



ENQUÊTES

9 DEC 1992

INFECTION PAR LE V.I.H. DANS UNE POPULATION DE PROSTITUÉES À PARIS

Isabelle DE VINCENZI *, Lydia BRAGGIOTTI **, Mounir EL-AMRI **,
Rosemary ANCELLE-PARK *, Jean-Baptiste BRUNET *

INTRODUCTION

Entre février et juillet 1990, une étude s'est attachée à définir les besoins de santé des prostituées, et à évaluer la pertinence et l'acceptabilité d'actions de prévention [1]. À l'issue de ce premier travail, 3 axes essentiels de travail et d'actions ont été mis en place : « Information et éducation sanitaire », « Accès aux soins » et « Recherche ». Pour atteindre ces objectifs, un bus a été mis en circulation fin 1990. Il a été proposé comme lieu de rencontre entre les femmes et différents acteurs : chercheurs, professionnels de la santé et du travail social. C'est dans ce contexte qu'une étude abordant spécifiquement les risques d'infection par le V.I.H. a pu se réaliser. Les données ont été collectées dans le cadre d'une étude multicentrique européenne, afin de pouvoir comparer les pratiques prostitutionnelles et les taux de prévalence du V.I.H. dans les différents pays [2]. L'analyse détaillée des données françaises (Paris) est présentée ici. 2 lieux de recrutement ont été retenus : rue Saint-Denis, et une porte de Paris où se sont développées de nouvelles formes de prostitution.

MÉTHODES

Une centaine de prostituées devaient être recrutées dans 9 grandes villes européennes (Paris, Anvers, Athènes, Madrid, Copenhague, Amsterdam, Lisbonne, Londres, Vienne). Le protocole et les questionnaires ont été élaborés conjointement avec les différentes équipes européennes. À Paris, l'équipe d'animation du bus a participé à toutes les étapes de l'enquête, de la discussion sur les méthodes à utiliser jusqu'à l'analyse des résultats. 2 femmes ont été formées comme enquêtrices. Le recrutement était basé sur le volontariat, et la participation consistait en un entretien dirigé (questionnaire) et une sérologie V.I.H. Le sang était recueilli sur buvard, après piqûre au doigt. Des tests ELISA étaient effectués à la recherche d'anticorps V.I.H. 1 et V.I.H. 2, tous les tests positifs étant confirmés par un Western Blot. Les buvards et les questionnaires étaient anonymes. Seul un numéro d'identification était inscrit sur le buvard et communiqué aux participantes, ce qui leur permettait d'obtenir sur demande le résultat de leur sérologie. Le rendu des résultats était effectué par un médecin et accompagné de conseils, et éventuellement d'une orientation pour prise en charge médicale.

RÉSULTATS (tabl. 1)

141 femmes prostituées ont été interviewées et testées entre novembre 1990 et avril 1992. 90 ont été recrutées rue Saint-Denis et 51 à la périphérie de Paris. La différence majeure existant entre ces 2 lieux concerne la toxicomanie. 9/90 (10 %) des femmes rue Saint-Denis ont utilisé des drogues intra-veineuses depuis 1980, comparé à 39/51 (76,5 %) à la périphérie. 41 des 48 femmes ayant utilisé des drogues I.V. depuis 1980 sont encore toxicomanes. Sur ces 41 femmes, 25 (61 %) disent ne jamais échanger les seringues, et 7 (17 %) toujours nettoyer les seringues qu'elles empruntent. Au total, 5 seulement présenteraient un risque d'infection V.I.H. lié directement aux injections avec un matériel souillé. Par contre, la plupart de ces femmes (35/48 = 73 %) ont (ou ont eu) des partenaires sexuels eux-mêmes toxicomanes, les relations avec ces partenaires étant rarement protégées. Parmi les 93 femmes n'ayant pas utilisé de drogues depuis 1980, 2 ont eu des partenaires toxicomanes et une un partenaire V.I.H.+ (bisexuel probable).

Tableau 1

	Saint-Denis (N = 90)		Périphérie (N = 51)	
	Nombre	%	Nombre	%
Toxicomanie * depuis 1980	9	10,0	38	74,5
LOGEMENT *				
Hôtel	19	21,1	25	49,0
Appartement loué	51	61,1	6	11,8
Hébergée	11	12,2	15	29,4
Autre	5	5,5	5	9,8
ORIGINE				
Française	60	66,7	40	78,4
Autre	30	33,3	11	21,6
Prostitution en dehors de France	19	21,1	8	15,7
<i>Nombre de clients/semaine * :</i>				
< 11	15	16,7	5	9,8
11 - 30	38	42,2	8	15,7
31 - 50	21	23,3	12	23,5
51 - 70	8	8,9	13	25,5
> 70	7	7,8	11	21,6
Inconnu	1		2	
<i>Principales pratiques sexuelles avec les clients (> 50 % des clients) :</i>				
Pénétration vaginale *	77	85,5	11	21,5
Fellation *	14	15,5	29	56,8
Partenaire privé dans les 12 derniers mois ..	47	52,3	33	64,7
Bilan gynécologique régulier * (au moins 1 fois par an)	70	77,8	23	45,1
Sérologie V.I.H.(+) *	4	4,4	14	27,4
Déjà testée pour V.I.H.	64	71,1	40	78,4

* p < 0,05.

Les femmes sont plus jeunes à la périphérie (médiane de 27 ans versus 37 ans), et se prostituent depuis moins longtemps (médiane de 4 ans versus 12 ans). Par contre, l'âge de début de prostitution est le même : médiane de 21 ans variant (14 à 54 ans). Le niveau de scolarisation est également équivalent, avec un âge médian de 16 ans à la fin des études. Le mode de logement est beaucoup moins stable à la périphérie, où 49 % des femmes vivent à l'hôtel, et 29 % sont hébergées par des amis. Rue Saint-Denis, 61 % louent leur propre appartement.

* Centre européen pour la surveillance épidémiologique du SIDA.
** Association nationale de réadaptation sociale.

41 femmes (29 %) sont d'origine étrangère : 12 viennent d'un autre pays européen, 20 d'Afrique du Nord, 6 d'Afrique noire, et 3 d'Amérique du Sud. 4 femmes d'origine étrangère se prostituaient déjà dans leur pays d'origine, 1 femme a travaillé en Côte-d'Ivoire, et 22 ont travaillé dans d'autres pays européens, principalement en Espagne et en Allemagne, mais aussi en Belgique, Hollande, Suisse et Italie.

Le nombre médian de jours de travail est de 5 par semaine rue Saint-Denis avec une médiane de 27 clients par semaine (3 à 101), alors que 50 % des femmes à la périphérie travaillent tous les jours de la semaine et ont une médiane de 51 clients par semaine (5 à 145). Les femmes interviewées rue Saint-Denis se répartissent de manière équivalente entre celles qui travaillent le matin, l'après-midi ou le soir, alors qu'à la périphérie, 3/4 des femmes interviewées travaillent le soir et la nuit, et seulement 1/4 travaille dans la journée (en fin d'après-midi).

Les pratiques sexuelles avec les clients sont également très différentes dans les 2 lieux : rue Saint-Denis, 85 % des prostituées ont des rapports vaginaux avec plus de la moitié de leurs clients, rapports souvent précédés par une fellation. À la périphérie, la « passe » consiste le plus souvent en une fellation isolée. Ce type de passe est le type habituel (plus de la moitié des clients) pour 57 % des femmes aux portes et 15 % des femmes rue Saint-Denis. 13 (14 %) femmes rue Saint-Denis (mais aucune à la périphérie) ont parfois des rapports sado-masochistes avec leurs clients. Les rapports anaux sont extrêmement rares (1/141).

7 femmes seulement (5 %) reconnaissent ne pas utiliser systématiquement des préservatifs pour les pénétrations vaginales. Le préservatif est un peu moins utilisé lors des fellations isolées : parmi les 102 prostituées proposant cette pratique sexuelle, 16 (16 %) n'utilisent pas systématiquement de préservatifs.

Les préservatifs sont beaucoup moins utilisés avec les partenaires privés. Parmi 76 femmes déclarant avoir eu au moins un partenaire privé dans les 12 derniers mois, 8 seulement (10,5 %) déclarent utiliser régulièrement des préservatifs.

Un bilan gynécologique régulier (au moins une fois par an) est effectué par 78 % des femmes rue Saint-Denis et 45 % à la périphérie. 40 % (N = 56) rapportent au moins un épisode de pertes vaginales anormales dans les 12 derniers mois, ce qui contraste avec le petit nombre rapporté de M.S.T. Rue Saint-Denis, 44 % des 34 femmes ayant eu des pertes vaginales ont bénéficié d'un diagnostic précis (12 trichomonoses, 2 gonococcies, 2 chlamydioses). À la périphérie, seules 4 femmes (18 %) parmi 22 ont eu un diagnostic précis (2 trichomonoses, 2 gonococcies).

Une sérologie V.I.H. avait déjà été effectuée avant l'étude pour 104 femmes (74 %). Au cours de l'étude, 18 femmes ont été retrouvées infectées par le V.I.H. 1 (aucun pour le V.I.H. 2), 4 (4,4 %) rue Saint-Denis, et 14 (27,4 %) aux portes. 8 femmes se savaient infectées avant l'étude, 5 n'avaient jamais été testées, et 5 avaient eu une sérologie négative courant 1990. 16 parmi les 18 femmes séropositives sont ou étaient toxicomanes, ce qui conduit à des taux de prévalence de 33,3 % (16/48) chez les toxicomanes et 2,1 % (2/93) chez les non-toxicomanes. Ces deux dernières femmes n'ont mentionné aucun facteur de risque d'infection par le V.I.H. Les deux étaient relativement âgées (40 et 57 ans), travaillaient rue Saint-Denis, déclaraient utiliser systématiquement des préservatifs avec leurs clients, et disaient ne pas avoir eu de partenaires privés depuis plusieurs années. Aucune des 2 n'est venue chercher son résultat de test, ce qui a rendu difficile toute investigation supplémentaire. Il est toutefois probable que l'une de ces femmes ait été infectée par un partenaire privé (ancien partenaire sexuel mort en prison d'une cause indéterminée). Pour la deuxième, la seule particularité relevée était que sa clientèle personnelle comportait une majorité de clients originaires d'Afrique sub-saharienne (où la prévalence V.I.H. dans la population hétérosexuelle est élevée).

Problèmes d'utilisation des préservatifs

35 % des femmes interrogées (N = 49) n'ont subi aucune rupture de préservatif au cours des 6 derniers mois. 27 % (N = 38) ont subi une rupture, et 35 % (N = 49) ont subi plusieurs ruptures. En tenant compte de la fréquence des rapports vaginaux avec les clients, on peut estimer qu'une rupture en 6 mois correspond approximativement à un taux de rupture de 0,2 %. Des lubrifiants supplémentaires sont utilisés par 60 % (N = 54) des femmes rue Saint-Denis et 22 % (N = 11) à la périphérie. Parmi les 62 femmes pour qui l'information était disponible, 38 (61 %) utilisent des lubrifiants non hydrosolubles, susceptibles de favoriser les ruptures de préservatifs. D'ailleurs, les femmes utilisant ces lubrifiants avec au moins la moitié de leurs clients ont plus fréquemment rapporté plusieurs ruptures dans les 6 derniers mois (15/27 = 55 %) que les femmes utilisant des lubrifiants hydrosolubles (4/16 = 25 %, $p = 0,05$), ou que les femmes n'utilisant pas (ou rarement) de lubrifiants (28/91 = 31 %, $p = 0,02$).

DISCUSSION

Les résultats d'une telle étude reposent essentiellement sur la validité des données recueillies par interrogatoire.

Pour valider l'échantillonnage et les réponses au questionnaire, nous avons utilisé la grande connaissance de la rue des enquêtrices et les entretiens au moment du rendu des résultats. Il semble que, rue Saint-Denis, les femmes travaillant de nuit et les Africaines soient sous-représentées dans l'échantillon. Cela reflète l'activité du bus qui n'est présent dans la rue Saint-Denis que

le jour. Par ailleurs, la plupart des femmes africaines se sont toujours tenues à l'écart des activités du bus. Il est d'autre part, possible que des femmes se sachant séropositives aient refusé de participer à l'étude, entraînant une sous-estimation de la prévalence.

Il semble que la non-utilisation de préservatifs avec des clients inconnus soit réellement exceptionnelle, mais que la non-utilisation avec les habitués soit plus fréquente que ce que les femmes ont déclaré. L'utilisation de préservatifs avec les partenaires privés semble rare, les femmes voulant marquer nettement la différence entre clients et partenaires privés.

Contrairement aux syphilis, gonococcies et herpès, les infections à trichomonas ou chlamydiae sont considérées comme banales, et assez bien déclarées. Toutefois, les femmes attendent souvent une éventuelle régression spontanée avant de consulter, et les M.S.T. souvent peu symptomatiques sont certainement sous-diagnostiqués. La prévalence des M.S.T. diagnostiqués et celle des leucorrhées anormales peuvent toutefois servir d'indicateurs. La proportion de femmes ayant eu une M.S.T. dans l'année devant se situer entre ces deux valeurs limites, on peut donc supposer qu'elle se situe entre 13 et 40 %.

Les taux de rupture des préservatifs sont bas dans cette population d'utilisatrices expertes, même en cas d'utilisation de « mauvais » lubrifiants. Néanmoins, cette utilisation de produits non hydrosolubles est un bon exemple de la difficulté à changer des comportements acquis. En effet, nombreuses sont celles qui savent que ces produits augmentent le risque de rupture, mais ces produits (Cetavlon et Quotane en particulier) sont utilisés depuis très longtemps par les prostituées, afin de réduire l'irritation due aux nombreux rapports sexuels. Le deuxième argument est lié aux prix : les lubrifiants « intimes » commercialisés sont beaucoup plus chers.

Au niveau de la porte de Paris investiguée, l'absence de code professionnel strict fait que les réponses y sont également plus fiables : toxicomanie, partenaires privés, difficultés d'utilisation du préservatif ne sont pas cachés. Le besoin d'argent pour se procurer de la drogue fait que les femmes travaillent plus que rue Saint-Denis : elles travaillent tous les jours et ont 2 fois plus de clients par semaine (60 versus 30 en moyenne). Aux portes, l'état de santé des femmes est beaucoup plus précaire que rue Saint-Denis [1]. Les femmes ne s'orientent vers un médecin (souvent à l'hôpital) qu'en cas de problème grave. De plus, les services hospitaliers sont rarement armés pour faire face aux problèmes de dépendance à la drogue de ces femmes, ce qui entraîne qu'elles sortent souvent de l'hôpital contre avis médical, avant la fin des soins. Les pertes vaginales ne sont diagnostiquées et traitées que si elles prennent des proportions très importantes.

Ces femmes connaissent le SIDA, ses modes de transmission et les modes de prévention efficaces (préservatifs, non-échange de seringues). Une grande majorité d'entre elles a déjà eu l'occasion de se faire tester. Les femmes n'ayant jamais été testées avant l'étude savent qu'elles ont pris des risques (liés en particulier à la toxicomanie), mais souvent la peur d'un résultat positif les a dissuadées de se faire tester. La mise en place de cette étude a suscité une demande active de dépistage. Au total, 1 femme sur 4 (1 toxicomane sur 3) a été retrouvée séropositive. La prévalence de l'infection V.I.H. parmi ces femmes, dont la dépendance à la drogue les a conduites à la prostitution, semble équivalente à celle retrouvée parmi l'ensemble des toxicomanes [3].

De par le type habituel de rapports avec les clients, le potentiel de transmission du V.I.H. aux clients semble relativement faible. En effet, les rapports « complets » sont assez rares, et la fellation isolée la pratique la plus fréquente. Si l'on ne peut exclure totalement la fellation comme mode de transmission du V.I.H., cette pratique est nettement moins à risque que la pénétration vaginale [4]. De plus, la quasi-totalité des femmes semble utiliser systématiquement le préservatif pour les pénétrations vaginales.

Le risque de transmission du V.I.H. par les clients aux femmes prostituées doit être également considéré. Il est à noter que, pour la première fois en 3 ans de travail auprès des prostituées de la rue Saint-Denis, une femme pourrait avoir été infectée par un client. Si l'on admet que le meilleur moyen de protéger les clients et les prostituées est de prévenir l'infection V.I.H. chez ces dernières, il est important que leur effort pour l'adoption systématique du préservatif soit soutenu et encouragé.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] COPPEL A., BRAGGIOTTI L., DE VINCENZI I., BESSON S., ANCELLE R., BRUNET J.-B. — Recherche-action : prostitution et santé publique. — Rapport d'étude (1990).
- [2] ALARY M., PEETERS M., LAGA M., PIOT P. — H.I.V. infection in European female sex workers. — VIIIth international conference on AIDS, Amsterdam. Abstract PoC 4178.
- [3] BOULLENGER N., ANCELLE R. — L'infection H.I.V. chez les toxicomanes : comportements à risque de transmission, séroprévalence et facteurs de risque. — Rapport d'étude (1991).
- [4] DE VINCENZI I., BRUNET J.-B. — Sexe sans risque ou sexe à moindre risque. — *Le journal du SIDA* (1991); 27 : 13-14.

Remerciements. — Nous remercions particulièrement les enquêtrices de l'équipe du « Bus des femmes », Annie et Maité; le docteur Pedro Perez ainsi que le docteur Yves Brossard (Centre d'hémiobiologie périnatale) pour la réalisation des tests. L'étude a été financée par l'Agence nationale de recherche contre le SIDA.

LA TRANSMISSION DU V.I.H. CHEZ LES TOXICOMANES : état des lieux des pratiques à risques

F.R. INGOLD *, C. JACOB **, M. ET P. PRAT ***, M. TOUSSIRT *, P. PETIT ****

En 1988, l'I.R.E.P. a mené une étude ethnographique visant à évaluer la mesure de « libéralisation de la vente des seringues », ceci à partir de 5 sites; Paris et la banlieue, Bordeaux, Marseille et Metz. Cette étude a montré que les toxicomanes avaient progressivement modifié leurs pratiques dans le sens d'une limitation du partage des seringues. Une petite majorité d'entre eux (52 %) avait abandonné tout partage du matériel d'injection. Par ailleurs, nous avons également mis en évidence que les toxicomanes dans leur ensemble étaient bien informés de cette mesure et que les transactions entre usagers et pharmaciens se déroulaient dans de relativement bonnes conditions. 2 ans plus tard, nous avons mené une seconde étude afin d'évaluer de nouveau les changements de comportements en cours. Cette étude, comme la première, a été menée selon une méthode ethnographique et à partir de plusieurs sites; Paris, Marseille et Metz. Nous présentons ici les principaux résultats de cette dernière investigation.

MÉTHODE

Nous avons utilisé, pour cette seconde étude, le même questionnaire qu'en 1988, à la différence près que les questions relatives à la sexualité et à la prostitution ont été plus approfondies. Le travail ethnographique s'est principalement déroulé au niveau de sites de rue où s'opère habituellement la distribution des drogues. Notre accès aux sites concernés a été rendu possible par tout un travail de terrain préalable. De plus, 3 centres de soins ont participé au recueil de données dans les 3 sites : les intersecteurs spécialisés de Marseille et de Metz, l'association Charonne de Paris. Au total, en plus de l'ensemble des observations ethnographiques, notre recueil de données a concerné 359 sujets : 156 à Paris, 110 à Marseille et 93 à Metz. Parmi eux, 203 ont été rencontrés au niveau de la rue et 156 dans les centres de soins.

Le questionnaire utilisé visait à recueillir un certain nombre de données sociodémographiques, des données relatives à la consommation des drogues, au passé médico-légal, au statut sérologique, aux pratiques vis-à-vis de la seringue et vis-à-vis de la sexualité. Une série d'entretiens semi-directifs a également été réalisée au niveau des sites et ils ont fait l'objet d'une retranscription intégrale ainsi que d'une analyse de contenu.

Pour des raisons de comparabilité avec l'étude menée en 1988, nous avons choisi de n'inclure dans notre échantillon que des usagers de seringues, principalement des héroïnomanes. Nous avons cependant rassemblé des informations qualitatives au sujet des consommateurs d'héroïne qui avaient abandonné l'usage de la seringue et qui, pour beaucoup, s'étaient orientés vers des prises de drogues et de médicaments multiples, ceci par voie orale ou nasale.

L'INFORMATION DES SUJETS

Quasiment tous les sujets disent être informés des risques de transmission du V.I.H. par la seringue et lors des contacts sexuels non protégés. Tous ou presque (98 %), savent que les seringues sont en « vente libre » dans les pharmacies. La plupart d'entre eux (84 %) estiment être bien informés d'une façon générale sur le SIDA et les modes de transmission du virus, leurs informations provenant le plus souvent des médias (46 %), du milieu médical (19 %) et du bouche à oreille (11 %). Mais ces déclarations doivent être nuancées : l'étude ethnographique a mis en lumière tout un ensemble d'informations et de croyances contradictoires, notamment pour tout ce qui concerne le nettoyage des seringues et leur stérilisation.

LE STATUT SÉROLOGIQUE

La grande majorité des sujets (82,5 %) a effectué un test de dépistage (78 % en 1988). Mais, pour certains d'entre eux le dernier test de dépistage remonte à 1 an ou davantage. On peut donc estimer que le statut sérologique des sujets est incertain dans 36,5 % des cas (17,5 % ne l'ont jamais effectué et 19 % testé il y a plus d'un an). En 1988, la proportion des sujets au statut sérologique incertain n'était que de 29 %. Il y aurait donc une tendance des sujets, confirmée par les données qualitatives, à ne pas répéter de façon régulière les tests de dépistage, surtout quand un premier test négatif a été obtenu.

Les sujets se répartissent donc en 3 catégories : les sujets séropositifs et malades du SIDA (28 %); les sujets séronégatifs (35 %); les sujets au statut sérologique incertain (36,5 %). Cependant, des différences sont à noter entre chaque grande ville, la proportion de sujets contaminés et malades étant plus importante à Marseille (33 %) ainsi qu'à Paris (29 %) et moins importante à Metz (20 %).

LES PRATIQUES SEXUELLES (tabl. 1)

La majorité des sujets dit avoir une vie sexuelle active (78 %) et seuls 15 % d'entre eux sont totalement abstinentes. Dans un tiers des cas, leurs partenaires sexuels sont aussi des toxicomanes utilisateurs de seringues. En 1988,

l'usage du préservatif était rare et seuls 22 % des sujets disaient en acheter ou en avoir acheté. En 1990, cette proportion a beaucoup augmenté et 23 % des sujets disent l'utiliser de façon régulière, surtout dans le sous-groupe des toxicomanes contaminés ou malades (43 %). Cette constatation indique également que les attitudes de prévention chez les toxicomanes sont aussi altruistes, visant à protéger les partenaires.

La prostitution concerne 17 % de l'échantillon et concerne davantage les femmes (32 %) que les hommes (13 %). Pour ce qui est du travail sexuel, l'usage systématique du préservatif est rapporté dans 56 % des cas seulement et plus souvent chez les femmes que chez les hommes. Il s'agit le plus souvent d'une prostitution épisodique.

Tableau 1. — Pratiques concernant la sexualité

	Sujets ayant commencé l'injection			
	Avant 1987		Après 1987	
	Nombre	(%)	Nombre	(%)
Achat préservatif :				
Régulier	66	22,0	8	10,4
Occasionnel	72	26,5	20	26,0
Jamais	140	51,5	49	63,6
Ensemble répondants	272		77	
Utilisation préservatif :				
Régulier	73	26,8	10	13,3
Occasionnel	81	29,8	18	24,0
Jamais	118	43,4	47	62,7
Ensemble répondants	272		75	
Partenaires réguliers :				
Toxicomanes	158	58,1	46	59,7
Toxicomane par I.V.	67	42,4	15	32,6
Séro+ et SIDA	58	36,7	12	26,1
N.S.P.	22	14,0	2	4,3
	17	10,8	3	6,5
Prostitution :				
Régulière	51	18,7	7	10,3
Épisodique	10	19,6	3	42,8
Rare	27	52,9	2	28,6
	14	27,5	2	28,6
Utilisent préservatif	28	54,9	6	85,7

LES PRATIQUES VIS-À-VIS DE LA SERINGUE (tabl. 2)

Les sujets, dans leur très grande majorité (95 %), achètent leurs seringues dans les officines pharmaceutiques (88 % en 1988) et la tendance au non-partage des seringues se confirme : 67 % des sujets disent n'utiliser que des seringues personnelles, les acheter en pharmacie et ne jamais les partager (52 % en 1988). Ce changement de comportement s'est principalement produit après 1987. En général, les sujets utilisent une seringue neuve 1 à 3 fois (70 %), puis la jettent; cette même proportion n'était que de 55 % en 1988. On peut dire, globalement, que les toxicomanes dans leur ensemble ont conscience du risque de transmission du V.I.H. par la seringue et que le non-partage de la seringue tend à devenir la norme. Parmi la « nouvelle génération » des toxicomanes, c'est-à-dire ceux dont les pratiques d'injection sont postérieures à 1987, ces changements de pratiques se traduisent par un taux beaucoup plus faible de sujets contaminés : 2 % au lieu de 28 % pour l'ensemble.

Cependant, il n'en reste pas moins qu'un tiers environ des sujets continue à avoir des pratiques à risque à ce niveau. Pour ces derniers, le partage de la seringue, la réutilisation de seringues usagées, l'emploi d'eau potentiellement souillée sont des pratiques qui subsistent, tout particulièrement lorsque les sujets consomment leurs drogues la nuit et dans des conditions de grande précarité : la rue, les squatts. Dans un contexte global où les sujets ne savent pas exactement comment nettoyer une seringue, on assiste à des pratiques multiples et le plus souvent inefficaces : rinçage à l'eau, au jus de citron, au parfum... L'emploi d'eau de Javel reste une pratique limitée et peu de sujets pensent à l'utiliser.

* IREP.
** Intersecteur spécialisé de Jury-les-Metz.
*** Intersecteur spécialisé de Marseille.
**** Association Charonne.

Tableau 2. — Pratiques concernant la seringue

	Sujets ayant commencé l'injection			
	Avant 1987		Après 1987	
	Nombre	(%)	Nombre	(%)
Achat en pharmacie :	257	95,1	75	98,6
Toujours	216	80,0	62	81,6
Parfois	39	14,4	11	14,5
1 à 2 fois	2	0,8	2	2,6
Jamais	13	4,8	1	1,3
Ensemble des répondants	270		76	
Seringues achetées :				
Ne les prête pas	178	69,2	45	60,0
Les prête	27	10,5	8	10,6
Les donne	19	7,4	6	8,0
Ensemble des répondants	224		59	
Utilise des seringues non achetées :				
Régulièrement	11	10,1	2	7,5
De temps en temps	34	31,2	12	44,4
Rarement	64	58,7	13	48,1
Ensemble des répondants	109		27	
Précautions seringue :				
Oui	189	77,1	50	74,6
Non	56	22,9	17	25,4
Ensemble des répondants	245		67	
Utilisation moyenne de la seringue	3,8 fois		3,9 fois	

DISCUSSION

Ces changements de comportement affectent l'ensemble des usagers, indépendamment de leur âge, de leur sexe, de leur milieu social et de l'ancienneté de leur consommation. En termes de séroprévalence, le passage en prison est associé à une plus grande fréquence de la contamination (35 % contre 20 %) ce qui est révélateur en premier lieu des conséquences des trajectoires pénales par rapport aux trajectoires médicales.

En fonction des groupes sérologiques, c'est encore celui du « statut sérologique incertain » qui est le plus problématique. Ces sujets ont davantage tendance à partager leurs seringues et moins tendance à utiliser les préservatifs.

En ce qui concerne les pratiques à risques, soulignons l'importance considérable des circonstances particulières (prise de drogue dans la rue et dans les squatts) ainsi que des moments de haute vulnérabilité des sujets. En réalité, les risques de transmission du V.I.H. sont maintenant dominés par les conditions de vie et l'hygiène générale des usagers. L'information est passée, le non-partage de la seringue s'est installé comme une routine, l'emploi du préservatif est devenu un peu plus fréquent. Mais il manque au maintien ou au renforcement de ces nouvelles habitudes l'environnement sanitaire adéquat. Les états de crise, la misère économique, la difficulté de l'accès aux soins, la discontinuité des prises en charge sanitaires sont autant d'éléments qui fragilisent l'adoption des pratiques de réduction des risques.

CONCLUSION

La libéralisation de la vente des seringues apparaît comme l'élément central et indispensable de la prévention du SIDA en milieu toxicomane. Mais cette mesure, comme nous l'avons indiqué en 1988, n'est pas suffisante en elle-même. Outre les problèmes globaux de l'accompagnement sanitaire des toxicomanes et de l'accès aux soins, certaines mesures spécifiques restent hautement souhaitables. Parmi ces dernières, soulignons l'importance d'une information claire sur les moyens efficaces de stérilisation des seringues (eau de Javel). Enfin, soulignons également le caractère indispensable de mesures préventives destinées à un public de consommateurs de drogues non limité à celui des seuls usagers de la seringue : la transmission du V.I.H. par voie sanguine n'exclut pas la voie sexuelle.

PRÉVALENCE DE L'INFECTION V.I.H. CHEZ LES FEMMES ENCEINTES DE LA RÉGION P.A.C.A.

Y. OBADIA ⁽¹⁾, D. REY ⁽¹⁾, C. PRADIER ⁽²⁾, I. DELOFFRE ⁽¹⁾, C. GRANGE ⁽¹⁾,
Y. BROSSARD ⁽³⁾, J.-P. MOATTI ⁽⁴⁾, P. DELLAMONICA ⁽²⁾, H. GALLAIS ⁽⁵⁾, J.-A. GASTAUT ⁽⁵⁾,
J.-Y. GILLET ⁽⁶⁾, A. BONGAIN ⁽⁶⁾, E. COUTURIER ⁽⁷⁾, J.-B. BRUNET ⁽⁷⁾

Les enquêtes PRÉVAGEST ont pour but d'estimer la prévalence de l'infection à V.I.H. dans la population des femmes enceintes des régions françaises les plus touchées par le SIDA : la région parisienne et la région Provence - Alpes - Côte d'Azur [1].

L'enquête en région P.A.C.A. a été réalisée selon les mêmes modalités qu'en région parisienne. PRÉVAGEST comprend 2 volets distincts : une enquête de séroprévalence du V.I.H. selon une méthode anonyme, non corrélée et une enquête sur les connaissances, attitudes et comportements des femmes enceintes face à l'infection à V.I.H. et à son dépistage. Les 2 parties ont été dissociées dans le temps pour qu'il n'y ait pas d'interférence entre elles. Nous rapportons ici les résultats de la première partie de l'étude en région P.A.C.A.

L'échantillon a été constitué de toutes les femmes enceintes terminant leur grossesse, quel que soit le mode de terminaison [accouchement, fausse couche spontanée (F.C.S.), interruption volontaire ou thérapeutique de grossesse (I.V.G. ou I.T.G.), grossesse extra-utérine (G.E.U.)] pendant une période de 8 semaines, du 27 janvier au 22 mars 1992, dans tous les départements de la région.

Dans chaque établissement l'enquête a été menée par le personnel soignant dans tous les lieux susceptibles de recevoir des femmes terminant leur grossesse (salles de naissance, blocs chirurgicaux, services de gynécologie, services d'urgence, centres d'orthogénie, etc).

L'information des patientes a été réalisée au moyen d'affiches informant les femmes d'une part, du déroulement de l'enquête et de son caractère anonyme non corrélé et conseiller d'autre part, à celles qui souhaitaient connaître leur statut sérologique vis-à-vis du V.I.H., de demander la prescription du test à leur médecin traitant ou de s'adresser à l'un des centres de dépistage anonyme et gratuit de la région.

Pour chaque femme 3 gouttes de sang ont été recueillies sur un buvard. Un double dépistage sérologique a été effectué sur les éluats sanguins des papiers filtres par des techniques ELISA H.I.V. 1 et H.I.V. 2 (Rapid Elavia Mixt Pasteur-Diagnostics France) et d'agglutination H.I.V. 1 (Serodia-Fujirebio Japon), chaque résultat positif étant confirmé par Western Blot (New Lav Blot 1 et 2 Pasteur-Diagnostics France).

RÉSULTATS

Sur les 93 établissements des 6 départements de la région P.A.C.A. concernés par PRÉVAGEST, 91 y ont participé, un centre hospitalier du Vaucluse

et une clinique du Var ayant refusé le principe de l'enquête. Au total 11 351 papiers buvards ont été collectés entre le 27 janvier et le 22 mars 1992.

L'analyse des 11 351 buvards a révélé que 48 femmes étaient V.I.H. positives, toutes pour le V.I.H.1, soit une prévalence globale de 4,2 ‰ (I.C* 3 - 5,4).

Le mode de terminaison de la grossesse est connu dans 10 814 cas (95,3 ‰), soit : 7 512 (69,5 ‰) accouchements, 2 353 (21,8 ‰) I.V.G., 720 (6,6 ‰) F.C.S., 126 (1,2 ‰) I.T.G. et 103 (0,9 ‰) G.E.U. (tabl. 1).

Parmi les 47 femmes séropositives dont le mode de terminaison de la grossesse est connu, 16 ont accouché (34 %) et 31 (66 %) ont eu une grossesse interrompue : 13 par I.V.G. (27,7 ‰), 17 par I.T.G. (36,2 ‰) et 1 par F.C.S. (2,1 ‰).

Les femmes ayant subi une I.V.G. ou une I.T.G., ont une séroprévalence V.I.H. très élevée (12,1 ‰ [I.C. 7,8 - 16,4]) par rapport à celle des accouchées [2,1 ‰ (I.C. 1,1 - 3,2)] (tabl. 1). Les prévalences V.I.H. observées sont respectivement de 134,9 ‰ (I.C. 76 - 192) pour les femmes ayant subi une I.T.G. et de 5,5 ‰ (I.C. 2,8 - 8,2) pour les patientes ayant eu une I.V.G. A noter que 14 des 17 I.T.G. (82,3 ‰) chez des femmes séropositives ont été pratiquées dans le département des Alpes-Maritimes.

La comparaison avec Paris et la Petite Couronne ** [25] montre une séroprévalence pratiquement identique parmi les accouchées (2,1 ‰ versus 2,8 ‰ en région parisienne). La proportion des I.V.G. et I.T.G. parmi l'ensemble des grossesses est, quant à elle, plus importante *** en région parisienne (23,5 ‰), mais la séroprévalence observée y est plus faible (7 ‰). La différence n'est cependant pas significative [0,05 < p < 0,06] (tabl. 1).

(1) O.R.S. P.A.C.A., 23, rue Stanislas-Torrents, 13006 Marseille.

(2) C.I.S.I.H. Nice, hôpital de l'Archet, 06012 Nice.

(3) Centre d'hémiologie périnatale de l'hôpital Saint-Antoine, 53, boulevard Diderot, 75012 Paris.

(4) I.N.S.E.R.M. Unité 357, hôpital de Bicêtre, 94270 Le Kremlin-Bicêtre.

(5) C.I.S.I.H. de Marseille, Hôtel-Dieu, 2, place Daviel, 13002 Marseille.

(6) Service de gynécologie-obstétrique et médecine de la reproduction, hôpital

(7) Centre collaborateur O.M.S. pour la surveillance du SIDA.

Saint-Roch, 5, rue P.-Devouly, Nice.

* Intervalle de confiance à 95 %.

** Enquête de séroprévalence V.I.H. de novembre 1990 à février 1991.

*** Différence significative (p < 0,01).

Tableau 1. — Répartition du nombre de femmes V.I.H. positives en région P.A.C.A. par mode de terminaison de la grossesse (enquête de séroprévalence V.I.H. réalisée du 27 janvier au 22 mars 1992) et comparaison avec la répartition observée à Paris et la Petite Couronne (enquête de séroprévalence réalisée du 5 octobre 1990 au 4 mars 1991).

	Mode de terminaison de la grossesse				Total
	Accouchements	I.V.G. et I.T.G.	F.C.S G.E.U.	Inconnu	
Région P.A.C.A.					
Nombre total de femmes	7 512	2 479	823	537	11 351
Nombre de femmes V.I.H. +	16	30	1	1	48
Séroprévalence (‰)	2,1	12,1	1,2	1,9	4,2
I.C. à 95 %	(1,1-3,2)	(7,8-16,4)	(0,03-6,7)	(0,05-10,6)	(3-5,4)
Paris et Petite Couronne					
Nombre total de femmes	7 261	2 718	757	857	11 593
Nombre de femmes V.I.H. +	20	19	4	5	48
Séroprévalence (‰)	2,8	7,0	5,3	5,8	4,1
I.C. à 95 %	(1,5-3,9)	(3,9-10,1)	(1,1-10,2)	(1,6-11,6)	(2,9-5,3)

I.C. : Intervalle de confiance.

L'âge de la femme est connu dans 11 182 cas (98,5 %) : 34,1 % (3 818) des femmes appartiennent à la classe d'âge 25-29 ans et 59 % (6 607) des femmes à la classe d'âge 25-34 ans. Parmi les 47 femmes séropositives dont l'âge est connu, 44 ont entre 20 et 34 ans. C'est chez les femmes de 20-24 ans que le taux de séroprévalence est le plus élevé (6,4 ‰ [I.C. 3,2 - 9,6]). 1 femme appartient à la tranche d'âge 15-19 ans et 2 à la tranche d'âge 35-39 ans.

Le tableau 2 donne les taux de prévalence V.I.H. par département de résidence de la femme. Les prévalences V.I.H. les plus élevées se situent dans les Alpes-Maritimes (8,1 ‰ [I.C. 4,6 - 11,7]) et dans les Bouches-du-Rhône (3,8 ‰ [I.C. 2 - 5,6]). On peut noter qu'en région P.A.C.A., les femmes enceintes finissent très majoritairement leur grossesse dans leur département de domicile. Le Vaucluse est le seul qui reçoit un pourcentage relativement important (25 %) de femmes domiciliées dans d'autres départements.

Tableau 2. — Répartition du nombre de femmes séropositives par code départemental du domicile principal (enquête de séroprévalence V.I.H. 1 et 2, région P.A.C.A., du 27 janvier 1992 au 22 mars 1992).

Département de résidence	Nombre total	Nombre de +	Prévalence ‰	I.C. à 95 %
Alpes-de-Haute-Provence	300	1	3,3	(0,08-18,4)
Hautes-Alpes	283	1	3,5	(0,09-18,7)
Alpes-Maritimes	2 452	20	8,1	(4,6 - 11,7)
Bouches-du-Rhône	4 765	18	3,8	(2,0 - 5,6)
Var	1 854	4	2,1	(0,05- 4,3)
Vaucluse	1 015	-	-	-
Autres départements	274	1	3,6*	-
Autres pays	22	1	45,5*	-
Inconnu	386	2	5,2*	-
Total	11 351	48	4,2	(3 - 5,4)

* Ne représente pas la prévalence de ces départements ou pays.
I.C. : Intervalle de confiance.

La répartition des femmes séropositives par département où s'est déroulée la grossesse montre aussi de grandes différences. C'est dans les Alpes-Maritimes que la séroprévalence V.I.H. est la plus élevée : 24 des 48 femmes séropositives ont fini leur grossesse dans ce département, soit une prévalence de 9,2 ‰ (I.C. 5,5 - 12,9). Les Bouches-du-Rhône viennent en deuxième position avec une séroprévalence de 3,6 ‰ (I.C. 1,9 - 5,3). Compte tenu de la faible mobilité des femmes de la région P.A.C.A., le département des Alpes-Maritimes semble représenter un « pôle attractif » pour des femmes séropositives qui terminent une grossesse (17 % des femmes séropositives ayant terminé leur grossesse dans ce département n'y étaient pas domiciliées).

Parmi les 7 512 accouchements, 16 enfants sont nés de mères séropositives pour le V.I.H. (2,1 ‰).

En supposant que la prévalence du V.I.H. ne varie pas de manière saisonnière et qu'elle n'augmente pas rapidement dans le temps [3], il est possible d'ob-

tenir une estimation annuelle du nombre d'enfants nés de mères V.I.H. positives, à partir du nombre de naissances déclarées en 1991 pour la région P.A.C.A. (55 306, source I.N.S.E.E.) et la prévalence de 2,1 parmi les accouchées. On peut ainsi estimer que dans l'année 1992, 116 enfants naissent dans la région de mères séropositives pour le V.I.H.

Si l'on estime le taux de transmission périnatale du V.I.H. à 20 % (avec un I.C. de ± 4 [4]), ce type de contamination touchera environ 23 enfants (1 enfant pour 2 405 naissances).

Il est à noter que 406 femmes ont échappé au prélèvement, soit un pourcentage global de 3,6 % d'oublis. Le mode de terminaison de leurs grossesses est connu dans 320 cas et se répartit comme suit : 140 accouchements (43,8 %), 129 I.V.G. (40,3 %), 35 F.C.S. (10,9 %), 10 G.E.U. (3,1 %) et 6 I.T.G. (1,9 %).

Par ailleurs, 4 femmes ont été prélevées 2 fois : 2 pour accouchement et 2 pour fausse couche.

CONCLUSION

Le taux global de séroprévalence V.I.H. pour les femmes terminant une grossesse dans les 6 départements de la région P.A.C.A. concernés par PRÉVAGEST est estimé à 4,2 ‰ avec une prévalence V.I.H. chez les femmes ayant eu une I.V.G. ou une I.T.G. 6 fois supérieure à celle observée chez les femmes ayant accouché.

Cette différence semble tenir pour l'essentiel à la forte orientation des grossesses identifiées comme étant V.I.H.+ vers l'interruption précoce. Cette orientation semble plus marquée en région P.A.C.A. qu'en région parisienne, ce qui souligne l'importance d'englober toutes les catégories de femmes enceintes pour des études comparatives de séroprévalence. En outre, du fait de la séroprévalence beaucoup plus élevée parmi les femmes interrompant leur grossesse, nos résultats confirment que la séroprévalence établie sur les filtres Guthrie des nouveau-nés ne peut être assimilée à la séroprévalence chez la femme enceinte, en France et probablement ailleurs, sans risque élevé de sous-estimation (du simple au double, en 1991, en région P.A.C.A.).

Par ailleurs, PRÉVAGEST a mis en lumière des particularités départementales très marquées tant au niveau des populations suivies que des pratiques médicales, concernant notamment l'interruption de grossesse pour les femmes séropositives.

Le premier volet de PRÉVAGEST a donc permis d'établir avec une bonne précision la prévalence réelle de l'infection chez les femmes enceintes dans la région choisie, d'y estimer le nombre d'enfants qui naîtront en 1992 de mères infectées et le nombre de ceux qui seront eux-mêmes infectés. PRÉVAGEST indique de plus, pour la période d'enquête, la proportion réelle des grossesses interrompues chez les femmes infectées par le V.I.H.

L'extrapolation du taux de prévalence observée à l'ensemble de la population des femmes âgées de 15 à 44 ans aboutirait à une estimation de 7 500 femmes infectées dans notre région. Cependant, il est peu probable que les femmes enceintes soient parfaitement représentatives de l'ensemble des femmes du même âge. Ce dernier chiffre doit donc être considéré avec la plus grande prudence.

REMERCIEMENTS

Cette étude, financée par l'A.N.R.S., a pu être réalisée grâce à la collaboration active de tout le personnel médical, notamment des sages-femmes et infirmières des établissements publics et privés de la région P.A.C.A. ayant participé à l'enquête.

Nous remercions pour leur aide dans la mise en place de l'enquête M^{me} CATHERINE, M^{mes} les docteurs DELPECH, GRIBELIN et PRODHON et M^{me} RIGAL.

RÉFÉRENCES

- [1] Surveillance du SIDA en France (situation au 30-6-1992). — B.E.H. n° 31/1992.
- [2] E. COUTURIER, Y. BROSSARD, C. LARSEN, M. LARSEN, C. DU MAZAU-BRUN, J. PARIS-LLADO, R. GILLOT, J. HUCHET, R. HENRIEN, G. BRÉART, J.-B. BRUNET. — **Prévalence de l'infection V.I.H. chez les femmes enceintes de la région parisienne.** — Une enquête anonyme non corrélée : PRÉVAGEST. B.E.H. n° 33/1991.
- [3] Enquête « 9 Maternités ». Collectif Paris-Tours. — **L'infection V.I.H. chez les femmes enceintes en région parisienne.** — Centre d'hémobiologie périnatale. Paris, rapport d'étude n° 9/1990.
- [4] European Collaborative Study. — **Children born to women with H.I.V.-1 infection : natural history and risk of transmission.** — *Lancet* 1991 ; i : 253-60.
- [5] COUTURIER, Y. BROSSARD, C. LARSEN, M. LARSEN, C. DU MAZAU-BRUN, J. PARIS-LLADO, R. GILLOT, R. HENRIEN, G. BRÉART, J.-B. BRUNET. — **H.I.V. infection at outcome of pregnancy in the Paris area, France.** — *Lancet* 1992 ; 340 : 707-09.

Données provisoires non validées

RÉGIONS	DÉPARTEMENTS	POPULATION EN 1990	Typho./Paratypho.	SIDA	Méningite à méningocoques	Brucellose	Tétanos	Tuberculose	T.I.A.C.	Botulisme	Légionellose	Diphthérie	RÉGIONS	DÉPARTEMENTS	POPULATION EN 1990	Typho./Paratypho.	SIDA	Méningite à méningocoques	Brucellose	Tétanos	Tuberculose	T.I.A.C.	Botulisme	Légionellose	Diphthérie			
ALSACE	67 Rhin (Bas-)	953 053	3	2									LIMOUSIN	19 Corrèze	237 908													
	68 Rhin (Haut-)	671 319						1						23 Creuse	131 349						Non reçu							
	Total	1 624 372	3	2					1						87 Vienne (Haute-)	353 593		1					2					
AQUITAINE	24 Dordogne	386 365											LORRAINE	Total	722 850		1											
	33 Gironde	1 213 499				1		16						54 Meurt-et-Mos.	711 822						Non reçu							
	40 Landes	311 461						7						55 Meuse	196 344							1						
	47 Lot-et-Garonne	305 989												57 Moselle	1 011 302						Non reçu							
	64 Pyrénées-Atlant.	578 516												88 Vosges	386 258						Non reçu							
Total	2 795 830					1		23					Total	2 305 726								1						
AUVERGNE	03 Allier	357 710											MIDI-PYRÉNÉES	09 Ariège	136 455													
	15 Cantal	158 723												12 Aveyron	270 141		2											
	43 Loire (Haute-)	206 568												31 Garonne (Hte-)	925 962		1	6										
	63 Puy-de-Dôme	598 213				1			1	1				32 Gers	174 587													
	Total	1 321 214				1			1	1				46 Lot	155 816							Non reçu						
BOURGOGNE	21 Côte-d'Or	493 866											NORD - PAS-DE-CALAIS	65 Pyrénées (Htes-)	224 759													
	58 Nièvre	232 278								1				59 Nord	2 531 855													
	71 Saône-et-Loire	559 413												62 Pas-de-Calais	1 433 203													
	89 Yonne	323 096												Total	3 955 058													
	Total	1 609 653									1				14 Calvados	618 478												
BRETAGNE	22 Côtes-d'Armor	538 395											NORMANDIE (BASSE-)	50 Manche	479 636					4	1							
	29 Finistère	838 687			2				3					61 Orne	293 204						Non reçu							
	35 Ille-et-Vilaine	798 718												Total	1 391 318													
	56 Morbihan	619 838				1								27 Eure	513 818													
Total	2 795 638				3				3				76 Seine-Maritime	1 223 429		5						2						
CENTRE	18 Cher	321 559	1										NORMANDIE (HAUTE-)	Total	1 737 247		5					2						
	28 Eure-et-Loir	396 073												44 Loire-Atlant.	1 052 183													
	36 Indre	237 510												49 Maine-et-Loire	705 882									1				
	37 Indre-et-Loire	529 345												53 Mayenne	278 037										1			
	41 Loir-et-Cher	305 937												72 Sarthe	513 654			1										
45 Loiret	580 612								1			85 Vendée	509 356											2				
Total	2 371 036		1						3				Total	3 059 112			1											
CHAMPAGNE-ARDENNE	08 Ardennes	296 357											PICARDIE	02 Aisne	537 259													
	10 Aube	289 207												60 Oise	725 603													
	51 Marne	558 217												80 Somme	547 825													
	52 Marne (Haute-)	204 067												Total	1 810 687													
Total	1 347 848												16 Charente	341 993														
CORSE	2 A Corse-du-Sud	118 174											POITOU - CHARENTES	17 Charente-Mar.	527 146													
	2 B Corse (Haute-)	131 563												79 Sèvres (Deux-)	345 965													
	Total	249 737												86 Vienne	379 977										1			
FRANCHE-COMTÉ	25 Doubs	484 770											PROVENCE - ALPES - CÔTE D'AZUR	04 Alpes-Hte-Prov.	130 883													
	39 Jura	248 759												05 Alpes (Hautes-)	113 300													
	70 Saône (Haute-)	229 650												06 Alpes-Marit.	971 829													
	90 Terr. de Belfort	134 097												13 B.-du-Rhône	1 759 371													
Total	1 097 276												83 Var	815 449														
ÎLE-DE-FRANCE	75 Paris (Ville)	2 152 423			85				22				RHÔNE - ALPES	84 Vaucluse	467 075													
	77 Seine-et-Marne	1 078 166												01 Ain	471 019													
	78 Yvelines	1 307 150				1								07 Ardèche	277 581													
	91 Essonne	1 084 824												26 Drôme	414 072													
	92 Hauts-de-Seine	1 391 658				2			5					38 Isère	1 016 228													
93 Seine-St-Denis	1 381 197				1	7		34				42 Loire	746 288															
94 Val-de-Marne	1 215 538											69 Rhône	1 508 966											18				
95 Val-d'Oise	1 049 598											73 Savoie	348 261															
Total	10 660 554		1	95					61				74 Savoie (Haute-)	568 286														
LANGUEDOC - ROUSSILLON	11 Aude	298 712											Total	5 350 701											18			
	30 Gard	585 049				1	1						01 Ain	471 019														
	34 Hérault	794 603											07 Ardèche	277 581														
	48 Lozère	72 825											26 Drôme	414 072														
	66 Pyrénées-Orient.	363 796				1			1				38 Isère	1 016 228														
Total	2 114 985				2	1			1				42 Loire	746 288														
FRANCE OUTRE-MER	971 Guadeloupe	386 987											FRANCE MÉTROPOLITAINE	69 Rhône	1 508 966													
	972 Martinique	359 572												73 Savoie	348 261													
	973 Guyane	114 678												74 Savoie (Haute-)	568 286													
	974 Réunion	597 823												Total	5 350 701											18		
Total	2 114 985				2	1			1				TOTAL DE LA SEMAINE		6	118	2	1		123	3							
FRANCE	45 premières semaines de 1992	289 4 742	378	107	49	7 360	399	21	53				FRANCE MÉTROPOLITAINE	45 premières semaines de 1991	243 4 052	371	113	34	6 975	266	6	46	1					
	TOTAL :	56 614 493																										

Directeur de la publication : P. J. F. GIRARD

Rédacteur en chef : D^e Elisabeth BOUVETRédaction : D^{rs} Jean-Baptiste BRUNET, Bruno HUBERT, Anne LAPORTE,

Agnès LEPOUTRE, Colette ROURE, Colette MOYSE

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) 46 62 45 54

N° CPP : 2015 AD

Revue disponible uniquement par abonnement : 250 F pour l'ensemble des publications de l'année civile ou pour les 52 numéros suivant la date d'abonnement.

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 - DÉ