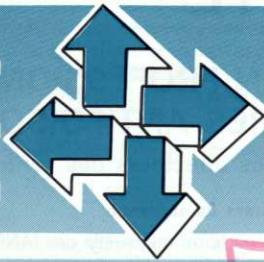


# bulletin épidémiologique hebdomadaire

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de l'Emploi  
et de la Solidarité

Direction générale de la Santé



# BEH

REÇU LE

28 OCT 1997

Surveillance des infections à méningocoque en France, 1990-1997 : p. 189.

Les intoxications accidentelles non professionnelles en 1995, enquête menée auprès des centres antipoison de France : p. 190.

N° 42/1997

14 octobre 1997

## SITUATION EN FRANCE

### SURVEILLANCE DES INFECTIONS À MÉNINGOCOQUE EN FRANCE, 1990-1997

B. HUBERT\*, V. GOULET\*, J.-Y. RIOU \*\*

#### DESCRIPTION DES SOURCES D'INFORMATION

La surveillance des infections à méningocoque en France repose sur quatre sources d'information :

1. Les infections à méningocoque sont à déclaration depuis 1902. Une définition de cas pour la surveillance, introduite en 1985, est basée sur l'isolement de *Neisseria meningitidis* dans le liquide céphalorachidien (LCR) ou le sang ou sur la présence d'antigènes dans le LCR, le sang ou les urines. En 1989 et 1990, en utilisant la méthode de capture-recapture, nous avons estimé que les cas déclarés représentaient 71 % de l'ensemble des cas d'infections à méningocoque en France (1).

2. Le Centre national de Référence pour les méningocoques (CNR), situé à l'institut Pasteur depuis 1987, reçoit les souches adressées par les laboratoires pour confirmation du diagnostic de sérogroupe. On estime que les souches reçues représentaient 50 % de l'ensemble des isolements en 1989, 58 % en 1990 (1) et probablement une proportion plus élevée au cours des dernières années.

3. Un système de surveillance active basé sur les laboratoires (EPIBAC) fournit depuis 1991 des informations sur les méningites et les bactériémies diagnostiquées en France : en 1995, ce système incluait la moitié des laboratoires hospitaliers publics français (2).

4. Les données provenant des certificats de décès sont enregistrées par l'Institut national de la Santé et de la Recherche médicale (INSERM). Nous avons pris en compte les décès comportant une mention d'infection à méningocoque (code CIM-9 : 036.0 à 036.9) en tant que cause immédiate ou associée du décès.

#### RÉSULTATS

En 1995, le taux d'incidence des cas déclarés d'infections à méningocoque était à son niveau le plus bas depuis 1945 (fig. 1). Cette tendance récente est cohérente avec les données d'EPIBAC et du CNR (tabl. 1). Par rapport à 1995, une augmentation a été observée en 1996 (+ 11 %) et au début de 1997 (+ 10 % jusqu'à la semaine 19).

Figure 1. – Incidence des cas déclarés d'infections à méningocoque en France, 1945-1996

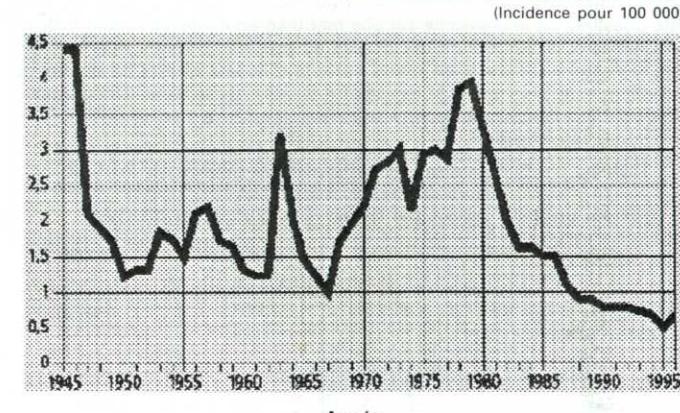


Tableau 1. – Cas rapportés d'infections à méningocoque, incidence estimée, France, 1990-1997

Année	Nombre de cas (déclarations)	Nombre de cas (CNR) [1]	Nombre de décès (certificats de décès)	Proportion de groupe C** %	Incidence estimée 1/10 <sup>5</sup> (déclarations)***	Incidence estimée 1/10 <sup>5</sup> (EPIBAC) [2]
1990	428	353	28	30	1,00	-
1991	432	415	37	33	1,00	0,98
1992	452	454	27	44	1,03	1,15
1993	418	427	20	35	0,95	0,92
1994	367	368	25	28	0,84	0,66
1995	310	329	28	22	0,75	0,69
1996	346	367	-	22	0,82	0,79
1997*	180	-	-	21	-	-

\* Données provisoires jusqu'à la semaine 19 incluse.

\*\* Parmi les cas déclarés.

\*\*\* Considérant que la sensibilité de la déclaration est stable à 70 % sur la période.

CNR : Centre national de Référence des méningocoques.

EPIBAC : Système de surveillance basé sur les laboratoires.

Entre 1990 et 1995, le nombre annuel de décès enregistrés a varié entre 20 (en 1993) et 37 (en 1991). Le taux de mortalité moyen annuel a été de 0,5/million. Parmi les cas déclarés, le taux de légalité était stable autour de 10 %. Aucun glissement dans la distribution par âge des cas n'a été observé entre 1990 et 1996.

Le sérogroupe C représentait environ 30 % des cas déclarés entre 1985 et 1991, a augmenté à 44 % en 1992 et a ensuite décru à 22 % en 1995-1996 et 21 % au début de 1997 (tabl. 1). En comparant la période 1989-1992 avec 1996, l'incidence des infections liées au sérotyp B:15 a légèrement diminué de 20 % à 17 % des isolements du groupe B; B:4 (principalement du sous-type P1.4) a augmenté brutalement de 9 % à 26 % des isolements du groupe B; C:2a a diminué de 69 % à 53 % des isolements du groupe C.

En réponse à l'augmentation des infections à méningocoque du sérogroupe C dans l'armée française en 1992, la vaccination de toutes les nouvelles recrues (200 000 hommes par an, soit 6 % des 3,2 millions d'hommes âgés de 18 à 25 ans) par un vaccin bivalent A-C a été introduite en 1993 par le ministère de la Défense (3). Toutefois, l'impact de cette mesure n'est pas clair puisqu'en 1993 une diminution de l'incidence du sérogroupe C a été observée dans chaque groupe d'âge et dans les deux sexes.

#### CONCLUSION

Le taux d'incidence des infections à méningocoque en France reste peu élevé (< 1/100 000) et les infections à sérogroupe C ne représentent qu'une faible proportion des cas.

#### RÉFÉRENCES

- [1] HUBERT B., DESENCLOS J.-C. – Évaluation de l'exhaustivité et de la représentativité d'un système de surveillance par la méthode de capture-recapture. Application à la surveillance des infections à méningocoque en France en 1989 et 1990. – Rev. Épidém. Santé Publ. 1993. 41 : 241-9.
- [2] MEHL-AUGER I., VAILLANT V., LAURENT E., GOULET V. – Surveillance des méningites et des bactériémies par le réseau EPIBAC 1987-1994. – Rev. Épidém. Santé Publ. 1993. 45 (S) : S49-50.
- [3] SPIEGEL A., QUENEL P., SPERBER G., MEYRAN M. – Évaluation de l'efficacité de la stratégie de vaccination antiméningococcique chez les appels de l'armée française. – Cahiers Santé, 6 : 383-8.

\* Réseau national de Santé publique, Saint-Maurice, France.

\*\* Centre National de Référence des méningocoques, Institut Pasteur, Paris, France.

# ENQUÊTE

## LES INTOXICATIONS ACCIDENTELLES NON PROFESSIONNELLES EN 1995, ENQUÊTE MENÉE AUPRÈS DES CENTRES ANTIPOISON DE FRANCE

C. FOURNIER\*, K. POCQUET\*, C. DUVAL\*, G. DIXSAUT\*, les directeurs des centres antipoison français\*\*

Les accidents de la vie courante, dont le nombre en France dépassait 8 millions en 1992 [1], sont une source de mortalité importante, estimée à 32,8 pour 100 000 habitants d'après les enquêtes menées par la CNAM auprès des familles, et d'après l'enquête EHLASS \*\*\* auprès des urgences hospitalières [1]. Dans son rapport 1994, le Haut Comité de la Santé Publique fixait comme objectif prioritaire pour l'an 2000 la diminution de 20 % des décès par accidents de la vie courante (année référence : 1994). En 1992, les intoxications accidentelles non professionnelles (IANP) représentaient 1,6 % des accidents de la vie courante.

L'enquête rétrospective que nous avons menée a pour objectif d'isoler les IANP parmi tous les appels reçus par les centres antipoison français (CAP) [2]. Le but est d'étudier leurs caractéristiques (préalable à la prévention), de les comparer à celles des intoxications accidentelles non professionnelles repérées grâce à l'enquête EHLASS [3], et de connaître le rôle des centres anti-poisons dans ce type d'accidents.

### MATÉRIEL ET MÉTHODES

Un questionnaire a été élaboré en collaboration avec les 13 CAP français, au cours de l'année 1996, puis envoyé à chaque centre. Il permet de connaître le nombre d'IANP enregistrées au cours de l'année 1995 sur le nombre total d'appels, ainsi que les principales caractéristiques de survenue de ces accidents. Nous avons comparé ces données aux statistiques portant sur l'ensemble des appels reçus dans les 13 centres en 1995 (causes accidentelles et volontaires confondues), d'après leur rapport d'activité annuel, et aux données françaises obtenues par EHLASS sur les IANP (1748 cas d'intoxication sur les 55663 accidents domestiques recensés en 1995 dans les hôpitaux concernés).

### RÉSULTATS

Sur les treize questionnaires envoyés aux CAP, 10 nous ont été retournés, mais n'ont malheureusement pas pu être tous exploités, ou seulement partiellement, soit du fait de données manquantes (informations indisponibles pour les centres, problèmes de traitement statistique des informations, manque de moyens financiers), soit à cause d'une inhomogénéité des définitions des termes employés dans l'enquête entre les différents centres. En fonction de la qualité des données reçues pour chaque item, nous avons donc analysé les résultats de 6 à 8 centres antipoison (Angers, Bordeaux, Lille, Lyon, Nancy, Reims, Rennes et Toulouse). Les IANP représentent la part la plus importante des appels aux centres antipoison :

Tableau 1. – Pourcentages d'appels pour IANP par rapport au nombre total d'appels parvenus aux différents CAP

1995	Nombre d'appels	Nombre d'IANP	%
Angers . . . . .	12 648	8 355	66
Bordeaux . . . . .	14 286	8 204	57
Lille . . . . .	15 595	8 969	57,5
Lyon . . . . .	24 700	16 425	66
Nancy . . . . .	8 756	5 220	60
Reims . . . . .	3 942	1 758	45
Rennes . . . . .	14 214	8 964	63
Toulouse . . . . .	15 050	7 264	48
Total . . . . .	109 191*	65 159	59,7

\* Ces appels, dont les données sont exploitables, représentent 54,8 % du nombre total d'appels reçus par les treize CAP en 1995.

### Âge

Si l'on considère les appels pour l'ensemble des intoxications reçus par les différents centres, on remarque deux pics de fréquence en fonction de l'âge : un chez les enfants de 1 à 4 ans (28,2 %) et un chez les adultes de 30 à 49 ans (16,9 %). Mais si l'on ne considère plus que les IANP, on observe alors un seul pic, chez les enfants de 1 à 4 ans (52,4 %). Cette répartition est identique dans l'enquête EHLASS (un pic de 55 % chez les 1-4 ans).

### Sexe

Contrairement à l'ensemble des intoxications (accidentelles et volontaires), qui touchent préférentiellement le sexe féminin (52,4 %), les IANP, dans les CAP comme dans EHLASS, atteignent plus fréquemment le sexe masculin (respectivement 52,6 et 53,7 %). Cette différence est significative ( $p < 10^{-7}$ ).

\* Ministère du Travail et des Affaires sociales, Direction générale de la Santé, sous-direction de la veille sanitaire.

\*\* P. ALQUIER, P. CURTES, P. DEBRU, P. EFTHYMIOU, P. EVREUX, P. FAVAREL-GARRIGUES, P. FURON, P. JAEGER, P. JOUGLARD, P. LAMBERT, P. LEROY, P. SEYS, P. VIRENGUE.

\*\*\* EHLASS (European Home and Leisure Accident Surveillance System). Ce système recense des données sur les accidents domestiques auprès des professionnels de santé des services d'urgences hospitaliers, selon une méthodologie commune aux différents pays de la CEE. Le recueil de données, prospectif, a débuté en 1986 et concerne 60 hôpitaux en Europe. Le grand nombre de cas recensés (361196 de 1986 à 1996) permet une étude épidémiologique approfondie et donc une meilleure approche des accidents domestiques, tant au niveau national qu'européen.

### Moment de survenue

La répartition mensuelle des IANP est peu différente de celle de l'ensemble des appels aux CAP : elle est relativement stable dans l'année, avec une légère recrudescence des IANP pendant les mois d'été et d'automne.

La répartition des IANP dans la semaine ne laisse pas apparaître de prédominance d'un jour en particulier.

S'agissant de la répartition horaire, on observe deux pics de fréquence des IANP : le plus important entre 18 et 22 heures (30,9 %), et le second entre 10 et 14 heures (27,7 %), comme l'ensemble des appels aux CAP.

### Lieu d'intoxication

La majorité des intoxications survient à domicile (63 %). Pour les IANP, c'est encore plus marqué, avec 83 % des cas (le chiffre est de 93,2 % dans l'enquête EHLASS). Les autres cas ont lieu soit à l'extérieur soit en collectivité.

### Groupes de « produits » incriminés

Sur les sept centres dont les réponses ont été analysées, quatre nomment un produit par appel, tandis que les trois autres citent plusieurs produits par appel, mais la comparaison des % avec ceux donnés par EHLASS nous semble tout de même possible.

Tableau 2. – Groupes de produits incriminés dans les intoxications et dans les IANP

1995	CAP-Tous appels (%)	CAP-IANP [7 CAP] (%)	IANP-EHLASS (%)
Médicaments . . . . .	50,4	36,0	30,3
Produits ménagers . . . . .	16,6	20,9	18,5
Produits industriels . . . . .	7,1	5,8	*
Plantes . . . . .	**	7,5	7,1
Monoxyde de carbone . . . . .	2,2	3,1	5,1
Autres ou inconnus . . . . .	23,7	26,7	39
Total . . . . .	100	100	100

\* La rubrique « produits industriels » n'existe pas dans EHLASS, et les produits correspondants sont donc classés autres ou inconnus.

\*\* La rubrique « plantes » est individualisée dans l'enquête CAP-IANP, mais pas dans le rapport annuel des CAP.

### Qui donne l'alerte ?

Lors de la survenue d'une IANP, c'est le plus souvent le public qui appelle le CAP (63,2 % contre 53,9 % pour l'ensemble des appels aux CAP). Les médecins donnent l'alerte dans 34,5 % des IANP (au lieu de 40,6 % tous appels confondus). En moyenne sur les sept CAP, c'est plus souvent un médecin hospitalier qui appelle (20,9 %) qu'un médecin de ville (14,5 %), mais ceci varie d'un CAP à l'autre. Les autres appels proviennent des agents de collectivité (1,4 % pour les IANP, et 4,6 % pour l'ensemble des appels reçus).

L'enquête montre par ailleurs que le délai d'alerte (délai entre la survenue de l'accident et l'appel) est court : il est inférieur à 10 minutes dans 33,1 % des cas, et inférieur à 30 minutes dans 56,6 % des cas d'IANP (calcul effectué sur six CAP).

### Traitements conseillé ou effectué

Cette question est intéressante car elle met bien en évidence le rôle majeur des CAP dans la diminution du recours au médecin ou aux urgences. En effet, les centres drainent un grand nombre d'appels directs du public, et conseillent dans presque 50 % des cas l'abstention ou la surveillance simple à domicile par l'entourage (contre seulement 14,8 % si l'on considère l'ensemble des intoxications).

Tableau 3. – Comparaison des attitudes conseillées par les CAP lors des appels pour IANP, et des attitudes suivies par les services d'urgences d'EHLASS

	IANP-CAP %	EHLASS %
Abstention ou surveillance simple à domicile . . . . .	49,7	60,7
Consultation généraliste (CAP) . . . . .	15,6	
ou		
Traitements sans hospitalisation (EHLASS) . . . . .		7,8
Hospitalisation . . . . .	16,8	31,2
Inconnue . . . . .	17,9	0,3
Total . . . . .	100	100

Les urgences hospitalières, dans l'enquête EHLASS, conseillent souvent l'absence thérapeutique; ceci aurait pu être fait téléphoniquement par les CAP dans de nombreux cas. Les CAP orientent aussi certains patients vers les médecins généralistes, ce qui évite le recours à l'hôpital et donc une surcharge des services d'urgence.

Il reste dommage de ne rien savoir de près de 20 % des attitudes conseillées par les CAP.

#### Traitements effectués en cas d'hospitalisation

Compte tenu de l'inhomogénéité des réponses des CAP, les résultats sont à interpréter avec prudence, et il est impossible de les comparer avec ceux concernant l'ensemble des intoxications. Pour résumer : 29,7 % des hospitalisés bénéficient uniquement d'une surveillance simple; 20,7 % reçoivent un traitement symptomatique; 10 % subissent un traitement évacuateur et le traitement spécifique (antidote ou charbon activé) ne concerne que 2,6 % des hospitalisés.

#### Évolution après appel au CAP

Sur les sept centres ayant répondu à cette question, 48,2 % des évolutions restent inconnues. La guérison est connue dans 51,2 % des cas; les décès concernent 0,06 % des cas (0,1 % pour EHLASS). La rubrique « séquelles » (0,55 % en moyenne, mais allant de 0,02 à 5,8 %) est complétée différemment par les centres, qui y notent soit les complications soit les séquelles et est donc difficilement interprétable.

#### DISCUSSION

Le public qui appelle les centres antipoison et celui qui va à l'hôpital ne sont pas tout à fait identiques. Cependant, l'analyse des questionnaires envoyés aux CAP et des données EHLASS nous permet d'obtenir des informations convergentes au sujet des intoxications accidentelles non professionnelles.

La tranche d'âge la plus touchée par les IANP est celle de 1 à 4 ans et plus fréquemment de sexe masculin, comme dans la majorité des accidents de la vie courante. Les heures de survenue vont de 10 à 14 heures et de 18 à 22 heures; ces tranches horaires correspondent-elles aux moments de

relâchement de la surveillance des parents (heures de préparation des repas, entre autres) ou bien tout simplement aux moments de présence au domicile? Par ailleurs, la grande majorité des IANP se produit à domicile, avec parmi les produits les plus fréquemment incriminés les médicaments, les produits ménagers et les plantes. C'est donc sur ces points que la prévention pourra être renforcée.

Par ailleurs, on peut noter le rôle important que jouent les centres antipoison dans les conseils aux familles des accidentés (les IANP étant le plus souvent bénignes), permettant de soulager les urgences hospitalières; on peut se demander si une meilleure information des familles, pour les encourager à recourir encore davantage aux centres antipoison, ne serait pas bénéfique.

#### CONCLUSION

Les centres antipoison recevant un très grand nombre d'appels, il était intéressant d'analyser leurs données et d'en extraire les intoxications accidentelles non professionnelles. C'est grâce à cette meilleure connaissance que la prévention pourra être plus efficace. Cette enquête nous apporte des données intéressantes et complémentaires de celles de l'enquête EHLASS. Il serait bon de la renouveler régulièrement tous les deux ou trois ans pour déterminer des tendances, éventuellement détecter de nouveaux types d'intoxications, et évaluer l'efficacité des mesures de prévention mises en place. Pour que ce travail puisse avoir lieu, il faudrait au préalable homogénéiser les définitions des données recueillies par les différents centres antipoison, et éventuellement harmoniser le questionnaire avec celui d'EHLASS, afin de simplifier l'exploitation des informations recueillies.

#### BIBLIOGRAPHIE

- [1] DUVAL C., SALOMON L. – **Les accidents de la vie courante.** – Direction générale de la santé. – *La documentation française*.
- [2] Rapport d'activité 1995 des centres anti-poisons français. – Direction générale de la santé.
- [3] DUVAL C., NECTOUX M. – **Exploitation statistique des données françaises du système EHLASS sur les intoxications en 1995.** – CITI 2 et DGS. (Publication en cours).

## ERRATUM

### BEH N° 13/1997. – REGISTRES

#### Impact des actions de dépistage en France sur la prévalence des naissances malformées, période 1990-1994

J. GOUJARD et al.

Pour le 1<sup>er</sup> paragraphe, lignes 5-7, page 55. Il convient de lire : « ... soit approximativement chaque année 180 000 naissances (1/4 des naissances françaises) et 670 interruptions médicales de grossesse (IMG) pour anomalies congénitales, et ils répertorient environ 4 500 naissances ou fœtus malformés par an ».

## Cas déclarés pour certaines maladies transmissibles

Données provisoires non validées

Semaine du 22  
au 28 septembre 1997

RÉGIONS	DÉPARTEMENTS	POPULATION EN 1992	Typho./Paratypho.	SIDA	Meningite à méningocoques	Brucellose	Tétanos	Tuberculose	T.I.A.C.	Boutisme	Legionellose	Poliomyélite	RÉGIONS	DÉPARTEMENTS	POPULATION EN 1992	Typho./Paratypho.	SIDA	Meningite à méningocoques	Brucellose	Tétanos	Tuberculose	T.I.A.C.	Boutisme	Legionellose	Poliomyélite	
ALSACE	67 Rhin (Bas-)	961 020		4						1			LIMOUSIN	19 Corrèze	236 744										2	
	68 Rhin (Haut-)	681 443						2						23 Creuse	128 729	/	/	/	/	/	/	/	/	/	Non reçu	/
	Total	1 642 463		4				2		1				87 Vienne (Haute-)	353 070			1							1	
AQUITAINE	24 Dordogne	388 669											LORRAINE	Total	718 543			1							2	1
	33 Gironde	1 234 434						2		1				54 Meurthe-et-Mos.	708 658				1							
	40 Landes	315 605	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		55 Meuse	194 713			1							2	
	47 Lot-et-Garonne	305 945		1										57 Moselle	1 009 645										2	
	64 Pyrénées-Atlant.	589 415		1				1						88 Vosges	383 192										1	
AUVERGNE	Total	2 834 068		2				3		1			MIDI-PYRÉNÉES	Total	2 296 208		1	1							5	
	03 Allier	355 438						1						09 Ariège	136 867			1							3	
	15 Cantal	157 984	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		12 Aveyron	268 606											
	43 Loire (Haute-)	206 010			2									31 Gironde (Hte-)	955 113											
	63 Puy-de-Dôme	597 985						5						32 Gers	174 579											
BOURGOGNE	Total	1 317 417		2				6					NORD-PAS-DE-CALAIS	46 Lot	157 679											
	21 Côte-d'Or	500 742		1										65 Pyrénées (Htes-)	225 256											1
	58 Nièvre	231 826												81 Tarn	340 899	/	/	/	/	/	/	/	/	/	Non reçu	/
	71 Saône-et-Loire	557 316												82 Tarn-et-Gar.	203 385			1								
	89 Yonne	327 656	1					2						Total	2 462 384		2									4
BRETAGNE	Total	1 617 540	1	1				2					NORMANDIE (BASSE-)	59 Nord	2 540 359	/	/	/	/	/	/	/	/	Non reçu	/	
	22 Côtes-d'Armor	539 508						1						62 Pas-de-Calais	1 438 839										2	
	29 Finistère	839 663						1						Total	3 979 198											2
	35 Ille-et-Vilaine	816 111	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		14 Calvados	625 665										1	
	56 Morbihan	627 919						1						50 Manche	482 457										1	1
CENTRE	Total	2 823 201						3					PAYS DE LA LOIRE	61 Orne	295 199										1	
	18 Cher	322 945	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		Total	1 403 321										3	1
	28 Eure-et-Loir	400 317	1					1						27 Eure	525 253										1	1
	36 Indre	237 996	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		76 Seine-Maritime	1 229 154										2	
	37 Indre-et-Loire	538 680												Total	1 754 407										3	1
CHAMPAGNE-ARDENNE	41 Loir-et-Cher	308 963											PICARDIE	44 Loire-Atlant.	1 071 359			1							1	
	45 Loiret	592 387						4						49 Maine-et-Loire	713 790										1	
	Total	2 401 288	1					5						53 Mayenne	281 277											
	08 Ardennes	295 784												72 Sarthe	518 117										1	
	10 Aube	292 066		1										85 Vendée	520 680			1							1	
CORSE	51 Marne	559 974											POITOU-CHARENTES	Total	3 105 223		2								4	
	52 Marne (Haute-)	202 636	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		16 Charente	342 301											
	Total	1 350 460		1										17 Charente-Mar.	538 607	/	/	/	/	/	/	/	/	Non reçu	/	
	2 A Corse-du-Sud	119 427	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		79 Sèvres (Deux-)	346 228	/	/	/	/	/	/	/	Non reçu	/		
	2 B Corse (Haute-)	132 675	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		86 Vienne	387 125									1		
FRANCHE-COMTÉ	Total	252 102											PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	Total	1 614 261										1	
	25 Doubs	490 637												04 Alpes-Hte-Prov.	133 745											
	39 Jura	251 790												05 Alpes (Hauts-)	115 850	/	/	/	/	/	/	/	Non reçu	/		
	70 Saône (Haute-)	229 790	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		06 Alpes-Marit.	994 940	/	/	/	/	/	/	/	Non reçu	/		
	90 Terr. de Belfort	136 111						1						13 B.-du-Rhône	1 784 855	2	2							8		
ÎLE-DE-FRANCE	Total	1 108 328						1					RHÔNE-ALPES	83 Var	849 740									2		
	75 Paris (Ville)	2 155 137	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		84 Vaucluse	478 452										10	
	77 Seine-et-Marne	1 130 058	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		Total	4 357 582	2	2									
	78 Yvelines	1 339 661	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		01 Ain	487 431											
	91 Essonne	1 117 764												07 Ardèche	279 793	2									1	
LANGUEDOC-ROUSSILLON	92 Hauts-de-Seine	1 402 837						4					TOTAL DE LA SEMAINE FRANCE MÉTROPOLITaine	26 Drôme	420 543	/	/	/	/	/	/	/	Non reçu	/		
	93 Seine-St-Denis	1 403 136			1			11						38 Isère	1 038 241	1								2	1	
	94 Val-de-Marne	1 232 407	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		42 Loire	748 003											
	95 Val-d'Oise	1 080 938						1						69 Rhône	1 527 264		2								5	1
	Total	10 861 938		1				16						73 Savoie	363 413	/	/	/	/	/	/	/	Non reçu	/		
FRANCE OUTRE-MER	11 Aude	303 694						2					FRANCE MÉTROPOLITaine	74 Savoie (Haute-)	596 392	/	/	/	/	/	/	/	Non reçu	/		
	30 Gard	598 897												Total	5 461 080	3	2							7	2	1
	34 Hérault	823 589						2						40 premières semaines de 1997	102	2 229	309	70	11	5 172	260	4	101			
	48 Lozère	72 724												40 premières semaines de 1996	120	4 028	266	60	35	6 140	270	16	65			
	66 Pyrénées-Orient.	372 622						1																		
	Total	2 171 466						5																		

Directeur de la publication : P' J. F. GIRARD – Rédacteur en chef : P' Élisabeth BOUVET  
 Rédaction : Drs Jean-Baptiste BRUNET, Isabelle CAPEK, Corinne LEGOASTER, Agnès LEPOUTRE, Martine LEQUELLEC-NATHAN, Florence LOT, Vincent PIERRE, Isabelle REBIERE, Véronique VAILLANT. Administration : M. André CHAUVIN – Secrétariat : Mme Hortense PINVILLE Direction générale de la Santé – Sous-direction de la Veille sanitaire Bureau VS 2 : 1, place de Fontenoy, 75350 Paris 07 SP  
 Tél. : 01 40 56 40 95 – N° CPP : 2015 AD – N° INPI : 1 732 278 – ISSN 0245-7466

Diffusion : LA DOCUMENTATION FRANÇAISE - Service abonnements  
 124, rue Henri-Barbusse, 93308 AUBERVILLIERS CEDEX (France)  
 Tél. : 01 48 39 56 00 – Télécopie : 01 48 39 56 01  
 Tarif 1997 – France : 285 FF TTC, Europe (U.E.) : 320 FF TTC, Europe (hors U.E.) et Maghreb : 313,42 FF HT DOM/TOM et Pays R.P. (Régime Particulier : Pays de la Zone francophone de l'Afrique [hors Maghreb] et de l'Océan Indien), avion économique : 310 FF HT Autres pays, avion économique : 330 FF HT; suppl. par avion rapide 25 FF HT.  
 IMPRIMERIE NATIONALE 7 249142 P