bulletin épidémiologique hebdomadaire

BEH

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère des Affaires sociales et de la Solidarité nationale

Direction générale de la Santé

N° 5/1986

10 février 1986

Le point sur la prévention bucco-dentaire : page 17

LE POINT SUR...

LA PRÉVENTION BUCCO-DENTAIRE :
— un programme global d'intervention
— une innovation : le sel de table fluoré

Un paradoxe existe, en France, face aux problèmes bucco-dentaires, entre, d'une part, l'opinion publique et, d'autre part, les enquêtes et avis scientifiques.

Ainsi, le grand public ne voit dans les affections bucco-dentaires que des maladies somme toute assez bénignes. Il ne s'agit point là de ces phénomènes morbides terrifiants qui hantent les esprits tels le cancer ou l'infarctus du myocarde.

Pourtant, les experts de l'O.M.S. classent la carie dentaire au troisième rang des fléaux mondiaux (immédiatement après le cancer et les cardiopathies). La précocité de cette atteinte, le développement de cette maladie chronique parallèlement au niveau de vie, la perte des dents en l'absence de tout traitement avec la possibilité d'infections généralisées, expliquent en fait la gravité et le poids économique de ces affections et justifient la mise en œuvre d'un programme national de prévention.

LES DONNÉES ACTUELLES

D'après l'enquête I.N.S.E.E.-C.R.E.D.O.C. 1980-1981 sur la « morbidité traitée » les maladies de la cavité buccale occupent en France le **quatrième rang des causes de morbidité** (après les maladies de l'appareil respiratoire, circulatoire et digestif). 73 % de ces maladies sont des maladies du tissu dentaire dues pour la plupart à des caries. Entre 5 et 44 ans, elles occupent la deuxième place, après les maladies de l'appareil respiratoire, aussi bien pour le sexe féminin que masculin.

Les enfants ne sont pas épargnés, loin de là, par ces chiffres. Ainsi, des enquêtes épidémiologiques récentes permettent d'apprécier l'importance de ces affections dès le plus jeune âge.

Étude U.F.S.B.D.-D.G.S.
(1982-1983)

Sur 18 000 enfants de 6 à 9 ans :
- 46,4 % ont au moins 1 dent de lait cariée;
- 39,5 % ont au moins 1 dent permanente cariée;
- 13 % ont au moins 1 dent permanente obturée;
- 6,6 % ont au moins 1 dent permanente absente.

Les causes principales de la carie et de la parodontopathie sont les habitudes d'hygiène buccale et d'alimentation.

L'hygiène buccale est généralement déficiente. On constate cependant une amélioration depuis 1978, date des premières actions nationales d'information, si l'on se réfère à l'indicateur que représente la vente des brosses à dents; ce chiffre restant toutefois dérisoire si on le compare à ce que devrait être le « nombre idéal des ventes ».

Ventes annuelles des brosses à dents :
1977 : 37 millions;
1982 : 42,5 millions;
Chiffre idéal : 200 millions*.

* La « durée de vie » d'une brosse à dents ne devrait pas excéder 1 trimestre.

La fréquence élevée des caries s'explique aussi par des **habitudes alimentaires** et notamment la consommation de sucres très cariogènes. Si, depuis 1976 cette consommation s'est stabilisée autour de 35-36 kg par an et par personne, la structure de cette consommation s'est inversée, aboutissant à :

- Une baisse de consommation de sucre en nature : 60 % du total en 1970 contre 39 % en 1982.
- Un doublement de la consommation de sucres incorporés aux aliments industriels en 10 ans.

Le coût des soins dentaires reste donc très important puisqu'il représentait en 1983 29,4 milliards F soit 6,7 % de la consommation médicale.

Répartition de la prise en charge des dépenses de santé dentaire :
- 36,3 % remboursés par la Sécurité sociale;
- 4,5 % remboursés par les mutuelles;
- 0,2 % remboursés par les administrations publiques.

59,0 % à la charge des ménages.

Cette structure de financement a donc une répercussion immédiate sur la consommation de soins. Le recours aux soins croît avec le revenu et la catégorie socio-professionnelle : les cadres supérieurs et les professions libérales sont les plus forts consommateurs, les ouvriers sont dans la moyenne nationale mais les inactifs, les salariés et exploitants agricoles font peu appel aux dentistes. Ceci rejoint d'ailleurs les données analysées par rapport à la taille de la commune : les habitants des communes rurales apparaissent comme de faibles consommateurs à l'opposé des habitants de Paris.

Face à ces constatations de nombreux efforts ont déjà été consentis ces dernières années, montrant bien la volonté des partenaires d'agir dans ce domaine.

Quelques exemples d'actions

- Actions nationales d'information réalisées par le C.F.E.S. en 1978 et 1982-1983.
- Convention D.G.S.-U.F.S.B.D. passée pour l'année scolaire 1982-1983 permettant dans quatre régions des séances de dépistages et d'éducation pour la santé auprès des 6-9 ans.
- 6 millions F affectés, dans le cadre des crédits régionaux de prévention.
- 222 170 dépistages réalisés sur 4 départements grâce à PREMUTAM dont 50 % ont conduit à des soins effectifs.
- Expériences locales d'apport de fluor en Seine-Saint-Denis, à La Villeneuve (Isère) ou à Narbonne... par plusieurs procédés : comprimés ou rinçage par solutés fluorés.

Toutefois, les mesures prises jusqu'ici — si elles ont apporté certaines améliorations — s'avèrent encore éparses et d'impact limité sur la population et montrent la nécessité, pour être efficace, d'entreprendre un programme global d'actions.

PROPOSITIONS POUR UN PROGRAMME GLOBAL D'INTERVENTION : les réalisations et décisions qui en découlent en 1985-1986

Un groupe d'experts, réuni à la Direction générale de la Santé, a dressé, en octobre 1984, les grands axes d'un programme de prévention qui comporte :

— la mise en place de protocoles épidémiologiques fiables;
— le développement des actions d'information et d'éducation pour la santé;
— le dépistage et l'incitation aux soins précoces;
— une prophylaxie de masse par apport de fluor.

Un certain nombre de décisions et de réalisations ont été — ou seront prochainement — arrêtées dans le sens :

— d'une sensibilisation de l'ensemble du public au niveau national;
— d'une éducation et d'une prévention au plus près de la population, tenant compte des spécificités locales;
— d'une prophylaxie de masse par apport de fluor.

Ainsi :

Une campagne nationale d'information a été lancée le 4 mars 1985 par le C.F.E.S., à la demande du ministre des Affaires sociales suivant deux stratégies de communication :

— **une action « grand public »** — avec une cible privilégiée : les enfants — comportant la diffusion de spots publicitaires télévisés, de documents écrits (dépliants, affiches, auto-collants) et de coffrets pédagogiques servant de supports aux interventions dans les écoles. Trois thèmes sont abordés : le brossage des dents, l'abus de sucreries et la consultation régulière chez le dentiste;

— **une action sur les relais** : visant l'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux concernés par la prévention bucco-dentaire. Ont été conçus et diffusés, dans ce but : une affiche sur le fluor, une « lettre du C.F.E.S. » et un dépliant. Par ailleurs, la presse a été largement associée à l'action par des conférences de presse, la publication d'articles ou la parution d'un numéro spécial de « la Santé de l'Homme ».

Des instructions ont été adressées aux D.R.A.S.S. et D.D.A.S.S. par circulaire n° 303 du 8 août 1985 pour :

— coordonner et amplifier les moyens disponibles par la création de **« Comités de coordination bucco-dentaire »** ayant pour mission de discuter de la meilleure opportunité de l'action, de la mise en œuvre des moyens, de la nature de la participation de chacun des partenaires, du suivi de l'action et de son évaluation;

— **éduquer les enfants** sur la nécessité d'une bonne hygiène buccale et nutritionnelle en réalisant des séances d'information dans les écoles, organisant des travaux pratiques — notamment dans les cantines après le repas de midi — pour le brossage des dents, entreprenant une information nutritionnelle visant notamment à diminuer la consommation de sucres entre les repas ou avant le coucher et à identifier la présence de sucres cachés, incitant aux soins précoces...

— **former les relais** : cette formation est nécessaire pour mener à bien les actions qui viennent d'être décrites. Elle concerne en particulier les enseignants et directeurs d'établissements, les équipes de P.M.I., de santé scolaire, le personnel de service, les gestionnaires de cantines... Elle peut se faire dans les écoles normales, les écoles ou tout autre lieu, animée par les chirurgiens dentistes locaux et/ou les animateurs des comités départementaux d'éducation pour la santé par exemple.

Un groupe « Épidémiologie » sera prochainement créé, au sein de la D.G.S. pour construire un protocole épidémiologique fiable permettant de connaître, sur un échantillon national, l'état dentaire actuel, de suivre son évolution au décours de ces différentes mesures et de mesurer l'impact d'une mesure nouvelle, adoptée en France pour la première fois :

LA MISE EN ŒUVRE D'UNE PROPHYLAXIE DE MASSE PAR L'AUTORISATION DE VENTE DE SEL DE TABLE FLUORÉ

Les expériences étrangères ont largement démontré l'intérêt du fluor dans la prophylaxie de la carie dentaire, quelle que soit la méthode utilisée.

En France, au cours des trente dernières années, les problèmes posés par la lutte contre la carie et l'apport de fluor ont été étudiés à plusieurs reprises par le Conseil supérieur d'hygiène publique qui, jusqu'en 1985, s'était prononcé uniquement en faveur de solutions individuelles (comprimés, dentifrices...) à l'exception de toutes mesures collectives (eaux, sel).

En 1985 et pour faire suite à l'avis du groupe d'experts réuni auprès de la D.G.S., les sections de la Sécurité alimentaire et de la Nutrition et hygiène de vie du C.S.H.P.F. se sont déclarées favorables à une supplémentation en fluor par mise en vente de sel de table fluoré, pour une période expérimentale de 5 ans après laquelle cette mesure devra être évaluée, et sous certaines réserves techniques.

Les pouvoirs publics ont décidé, à la suite de cet avis, de permettre par arrêté interministériel du 31 octobre 1985 (*J.O.* du 28.11.1985) la fabrication et **vente de sel de table fluoré à 250 mg/kg***.

Cette solution a été adoptée après une étude approfondie :

— de la quantité de fluor absorbée par un individu;
— de la (des) solution(s) qui peuvent être utilisées pour un apport complémentaire;
— des problèmes posés par la généralisation au niveau collectif de l'approche faite pour un individu;
— des problèmes spécifiques posés par la fluoration du sel.

La quantité de fluor absorbée par un individu

Elle provient essentiellement de l'eau consommée, des aliments, des médicaments, éventuellement des comprimés, bains de bouche, dentifrices fluorés et de l'air.

L'apport hydrique dépend de la quantité absorbée et la teneur en fluor de cette eau. Cette détermination est plus facile pour les eaux conditionnées que pour les eaux de réseau.

Les apports provenant des aliments consommés habituellement en France sont faibles. Compte tenu de l'incidence de la carie en France et des habitudes alimentaires, on peut considérer, car le calcul exact du fluor ingéré est difficile, que la majorité des français ont des apports alimentaires plutôt moins élevés que les Américains ou les Britanniques (thé !).

L'apport de fluor, sous une forme cosmétique ou pharmaceutique doit être aussi pris en considération en sachant que les enfants peuvent ingérer jusqu'à 25 % des formes à visée locale et que le fluor présent dans certaines spécialités pharmaceutiques est sous forme inactive.

L'apport de l'air est en général négligeable.

La toxicité aiguë du fluor ne se manifeste, pour le fluorure de sodium, que pour des doses de l'ordre du gramme. Les accidents rapportés sont soit des ingestions mixtes de fluorure de sodium (NaF) et d'acide fluorhydrique dans la préparation anti-rouille, soit des méprises massives (injections de NaF à la place de glucose au cours d'hyperglycémies provoquées). Les symptômes sont alors digestifs avec une hypocalcémie et des inhibitions enzymatiques diverses qui peuvent entraîner la mort. Par contre, les ingestions d'un conditionnement de comprimés de NaF à 1 mg n'entraînent jamais de risques de santé graves.

La toxicité à long terme se traduit :

— au niveau de l'os, par une ostéosclérose avec augmentation de la densité et de la calcification des os. « En l'absence de carences protéiniques et/ou vitaminiques, la fluorose reste une maladie relativement bénigne qui se traduit par quelques douleurs rachidiennes liées à des ossifications ligamentaires... » (Prof. Meunier);
— au niveau des dents, par l'apparition de petites taches irrégulières, opaques, blanches au début puis qui confluent en brunissant, donnant l'impression d'un émail attaqué.

L'individu reçoit donc un très faible apport de fluor; devant ce déficit, il faut envisager un apport complémentaire, venant à l'appui des actions menées en faveur de l'hygiène, de la réduction de la consommation de sucres cariogènes et de l'incitation aux consultations régulières.

* Pour des raisons techniques de fabrication, la vente effective de sel fluoré ne débutera qu'à la rentrée scolaire 1986-1987.

Les solutions pouvant être utilisées pour faire un apport complémentaire de fluor à un individu

Compte tenu des expériences internationales, lorsque les apports normaux sont faibles, les formes et les concentrations qui peuvent être retenues sont :

– l'eau de ville fluorée à 1 mg/litre;
– l'eau embouteillée à 1 mg/litre;
– le soluté : 2 rinçages/semaine à 0,2 %;
– les comprimés : 0,05 mg/kg de poids de l'enfant;
– le sel à 250 mg/kg en sachant que la consommation journalière de sel est en moyenne de 4 à 5 g/personne.

Les avantages et les inconvénients de ces différents modes d'administration sont :

Véhicule	Si utilisé à la dose prescrite		Facilité de dosage	Coût approximatif annuel par personne	Commodité	Consommation par les enfants	Résumé des inconvénients
	Efficacité	Sécurité					
Eau de ville fluorurée.	Établie (50 à 60 % des caries).	Établie.	Correcte.	Très réduit, 10 F par an.	Parfaite.	Certaine.	Difficulté du maintien de la dose en fluor. Pertes de fluorures. Perte écologique. Problème de liberté.
Eau fluorurée embouteillée.	Établie cf. ci-dessus.	Établie.	Bonne.	3 F × 365 j. = 1 095 F/an par personne.	Relative.	Fonction des habitudes.	Prix.
Soluté fluoruré donné à l'école.	Relative 25 à 30 %.	Établie.	Assez bonne.	Coût du soluté. Aménagement de points d'eau. Formation du personnel.	Relative.	Peu pratique.	Nécessité d'aménagement de points d'eau. Formation du personnel scolaire. Risque de déglutition.
Comprimés.	Reconnue 30 % à 40 % des caries.	Certaine.	Précis.	Consultation, plus coût des comprimés : – (40 F/an); – (SS 70 %).	Effort spécial.	Non consommé normalement.	Peu pratique. Difficultés d'adhérence au traitement. Intoxications aiguës. Risque d'augmenter la consommation de médicaments.
Sel.	Reconnue identique à celle de l'eau fluorurée.	Établie.	Assez bonne.	Très réduit. 8 à 10 F : achat du sel de cuisine.	Pas d'effort.	Variable. Prévoir un complément fluoré pour les nourrissons.	Nécessité d'un contrôle de qualité. Régimes hyposodés.

Compte tenu du fait que la fluoration de l'eau de réseau ne constitue pas, dans l'état actuel, une solution facilement envisageable, il est apparu que les solutions les plus intéressantes pour un individu sont :
– nourrissons : comprimés;
– enfants avant 2 ans : comprimés ou éventuellement sel fluoré;
– jeune enfant, adolescent : sel fluoré – éventuellement comprimés.

La question était alors posée de savoir si l'on voulait favoriser une approche individu par individu par l'intermédiaire des chirurgiens dentistes et/ou des médecins ou si l'on voulait développer une action collective systématique et, dans ce cas, quel degré de liberté laisser à l'individu.

Les problèmes posés par la généralisation au niveau collectif

L'intérêt d'une **approche individu par individu** est la possibilité de personnaliser la solution. Sa difficulté provient de la motivation des individus à consulter, donc de la sensibilisation des personnes. Cette solution risque de défavoriser les classes les plus exposées à la maladie carieuse et ayant un moindre accès aux soins. La conviction de l'intervenant sanitaire entraîne également une meilleure adhérence au traitement et ce dernier élément est loin d'être acquis en France. Par ailleurs, les expériences réalisées dans différents pays avec succès reposent sur des solutions collectives.

La solution collective doit permettre de dépasser les difficultés liées à une trop grande négligence intellectuelle. Les méthodes d'apport de fluor ne doivent en effet pas être trop contraignantes ou difficiles à gérer par les individus; ce qui suppose le développement de leur motivation par une éducation sanitaire soutenue, surtout pour les solutions faisant appel à un geste individuel.

L'apport de fluor par l'eau de distribution serait une solution collective efficace mais, outre les difficultés liées à la dispersion des points de distribution et aux mauvaises connaissances concernant la répercussion de cette fluoration sur la pollution des nappes phréatiques, cette solution a l'inconvénient de ne pas laisser de liberté de choix à l'individu.

Les considérations spécifiques à la fluoration du sel

Compte tenu des résultats obtenus en Suisse et des spécificités françaises, la fluoration du sel de table semble donc représenter, à l'heure actuelle, le procédé le plus efficace pour un coût très réduit. La baisse des caries ainsi obtenue, en Suisse, est de l'ordre de 60 à 80 % en quinze ans. Ce procédé permet, en effet, tout en préservant une liberté de choix de l'individu, d'assurer une prévention efficace qui ne repose pas uniquement sur des initiatives individuelles quotidiennes contraignantes ou sur la motivation des intervenants sanitaires.

Par ailleurs, les risques de surconsommation de sel – et donc d'hypertension artérielle – qui serait susceptible d'intervenir après une action d'information sur l'intérêt du fluor, n'ont pas été démontrés en Suisse où, après un recul de 20 ans, la consommation de sel reste stable malgré l'introduction du fluor.

Enfin, demeure effectivement le problème de consommation du sel fluoré dans les zones où l'eau de distribution a une teneur en fluor supérieure à 1 mg/litre. Ceci suppose :
– une surveillance régulière de la teneur en fluor des eaux de distribution;
– des actions spécifiques d'information dans les régions concernées.

Pour tenir compte de ces différents éléments, dès la mise en vente effective du sel de table fluoré, c'est-à-dire au quatrième trimestre 86 seront entrepris :
– une campagne d'information nationale centrée sur le fluor, complétée par des actions locales en particulier dans les régions où la teneur en fluor des eaux de distribution est élevée;
– une surveillance régulière de cette teneur en fluor des eaux, par des analyses confiées aux D.D.A.S.S. et qui donneront lieu à la publication d'une cartographie comme celle parue début 1985;
– un suivi épidémiologique de l'incidence de la carie dentaire parallèlement à la mise en œuvre des différentes mesures de prévention précitées.

En conclusion, il est nécessaire de rappeler que malgré l'autorisation de vente de sel de table fluoré, qui représente, certes, un progrès considérable dans la prévention de la carie dentaire en France, les résultats obtenus resteront insuffisants si, dans le même temps, ne sont pas développés dès le plus jeune âge les autres aspects essentiels de cette prévention que sont l'hygiène buccale, l'éducation nutritionnelle, le dépistage et les soins précoces.

Catherine SEURRE
Bureau 1 A
Direction générale de la Santé

Cas déclarés pour certaines maladies transmissibles

Semaine du 20 au 26 janvier 1986

RÉGIONS	DÉPARTEMENTS	POPULATION EN 1982	Typhoïdes et paratyphoïdes	Shigellose	Méningite à méningocoques	Brucellose	Tétanos	Tuberculose	Toxi-infection alimentaire collective
ALSACE	67 - Rhin (Bas-)	915 676							
	68 - Rhin (Haut-)	650 372						6	
	Total	1 566 048						6	
AQUITAINE	24 - Dordogne	377 356							
	33 - Gironde	1 127 546			1			3	
	40 - Landes	297 424			1			1	
	47 - Lot-et-Garonne	298 522		1					
	64 - Pyrénées-Atlan.	555 670						18	
	Total	2 656 518		1	2			22	
AUVERGNE	03 - Allier	369 580					1	1	
	15 - Cantal	162 838						1	
	43 - Loire (Haute-)	205 895							
	63 - Puy-de-Dôme	594 365						1	
	Total	1 332 678					1	3	
BOURGOGNE	21 - Côte-d'Or	473 548						1	
	58 - Nièvre	239 635							
	71 - Saône-et-Loire	571 852					1	1	
	89 - Yonne	311 019						2	
	Total	1 596 054					1	4	
BRETAGNE	22 - Côtes-du-Nord	538 869							
	29 - Finistère	828 364						2	
	35 - Ille-et-Vilaine	749 764							
	56 - Morbihan	590 889						4	
	Total	2 707 886						6	
CENTRE	18 - Cher	320 174							
	28 - Eure-et-Loir	362 813						2	
	36 - Indre	243 191							
	37 - Indre-et-Loire	506 097						2	
	41 - Loir-et-Cher	296 220						2	
	45 - Loiret	535 669						1	
	Total	2 264 164						7	
CHAMPAGNE - ARDENNE	08 - Ardennes	332 338							
	10 - Aube	289 300						1	
	51 - Marne	543 627						4	
	52 - Marne (Haute-)	210 670							
	Total	1 345 935						5	
CORSE	2 B - Corse (Haute-)	131 574							
	2 A - Corse-du-Sud	108 604		1				2	
	Total	240 178		1				2	
FRANCHE-COMTÉ	25 - Doubs	477 163							
	39 - Jura	242 925							
	70 - Saône (Haute-)	231 962			1				
	90 - Terr. de Belfort	131 999							
	Total	1 084 049			1				
ÎLE-DE-FRANCE	75 - Paris (Ville)	2 176 243			1			41	
	77 - Seine-et-Marne	886 918							
	78 - Yvelines	1 196 111							
	91 - Essonne	988 306						6	
	92 - Hauts-de-Seine	1 387 039						21	
	93 - Seine-St-Denis	1 324 301	1		1		1		
	94 - Val-de-Marne	1 193 655	1		1			9	
	95 - Val-d'Oise	920 587						4	
	Total	10 073 160	2		3		1	81	
LANGUEDOC - ROUSSILLON	11 - Aude	280 686						1	
	30 - Gard	530 478						2	
	34 - Hérault	706 499						2	
	48 - Lozère	74 294							
	66 - Pyrénées-Orient.	334 557							
	Total	1 926 514						5	
FRANCE OUTRE-MER	971 - Guadeloupe								
	972 - Guyane								
	973 - Martinique								
	974 - Réunion								

RÉGIONS	DÉPARTEMENTS	POPULATION EN 1982	Typhoïdes et paratyphoïdes	Shigellose	Méningite à méningocoques	Brucellose	Tétanos	Tuberculose	Toxi-infection alimentaire collective
LIMOUSIN	19 - Corrèze	241 448							
	23 - Creuse	139 968							
	87 - Vienne (Haute-)	355 737							
	Total	737 153							
LORRAINE	54 - Meurt.-et-Mos.	716 846	1					2	
	55 - Meuse	200 101						2	
	57 - Moselle	1 007 189			3				
	88 - Vosges	395 769							
	Total	2 319 905	1		3			4	
MIDI - PYRÉNÉES	09 - Ariège	136 443							
	12 - Aveyron	278 654							
	31 - Garonne (Hte-)	824 501							
	32 - Gers	174 154							
	46 - Lot	154 533							
	65 - Pyrénées (Htes-)	227 922			1				
	81 - Tarn	339 345							
	82 - Tarn-et-Gar.	190 485							
	Total	2 326 037			1				
NORD - PAS-DE-CALAIS	59 - Nord	2 520 526			2			6	
	62 - Pas-de-Calais	1 412 413							
	Total	3 932 939			2			6	
NORMANDIE (BASSE-)	14 - Calvados	589 559						1	
	50 - Manche	465 948						3	
	61 - Orne	295 472						1	
	Total	1 350 979						5	
NORMANDIE (HAUTE-)	27 - Eure	462 323						4	
	76 - Seine-Maritime	1 193 039						21	
	Total	1 655 362						25	
PAYS DE LA LOIRE	44 - Loire-Atlant.	995 498						4	
	49 - Maine-et-Loire	675 321						1	
	53 - Mayenne	271 784							
	72 - Sarthe	504 768							
	85 - Vendée	483 027						4	
	Total	2 930 398						9	
PICARDIE	02 - Aisne	533 970						3	
	60 - Oise	661 781							
	80 - Somme	544 570						4	
	Total	1 740 321						7	
POITOU - CHARENTES	16 - Charente	340 770	2						
	17 - Charente-Mar.	513 220							1
	79 - Sèvres (Deux-)	342 812							
	86 - Vienne	371 428						3	
	Total	1 568 230	2					3	1
PROVENCE - ALPES - CÔTE D'AZUR	04 - Alpes-Hte-Prov.	119 068							
	05 - Alpes (Hautes-)	105 070							
	06 - Alpes-Marit.	881 198						1	
	13 - B.-du-Rhône	1 724 199	1		1			18	
	83 - Var	708 331			2				
	84 - Vaucluse	427 343			3	1			
	Total	3 965 209	1		6	1		19	
RHÔNE - ALPES	01 - Ain	418 518	1		1			2	
	07 - Ardèche	267 970							
	26 - Drôme	389 781							
	38 - Isère	936 771						4	
	42 - Loire	739 521			1			13	
	69 - Rhône	1 445 208							
	73 - Savoie	323 675							
	74 - Savoie (Haute-)	494 505	1		1				
	Total	5 015 947	2		3			19	
TOTAL DE LA SEMAINE			8	2	21	1	3	238	1
FRANCE MÉTROPOLITAINE TOTAL : 54 334 871	5 premières semaines de 1986		33	5	93	16	8	814	5
	5 premières semaines de 1985		26	13	82	13	9	927	1

Responsable de la publication : Dr Elisabeth BOUVET
Rédaction : Drs Christine JESTIN, Jean PERRIN et Jean-Baptiste BRUNET
Administration : M. André CHAUVIN
Conception : BERNARD RIGAUD-CONSEIL, 64000 Pau

Direction générale de la Santé
Sous-direction de la Prévention générale et de l'Environnement
Bureau 1 C : 1, place Fontenoy, 75700 Paris - Tél. : (1) 45 67 55 44
N° CPP : en cours

Pour recevoir un abonnement, il suffit de s'adresser à la rédaction

IN 6 256020 P 61