



ENQUÊTE

ÉVALUATION DE L'ORGANISATION DES ÉQUIPES OPÉRATIONNELLES D'HYGIÈNE DANS LES HÔPITAUX DE L'INTER-RÉGION PARIS-NORD

Sylvie Maugat, Pascal Astagneau et Gilles Brucker

pour le réseau des praticiens en hygiène de l'inter-région Paris-Nord (liste jointe), C.CLIN Paris-Nord.

INTRODUCTION

En France, l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales s'est progressivement structurée au cours des dix dernières années. L'analyse, réalisée par la cellule infections nosocomiales DGS/DH des rapports d'activité des Comités de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) de 1993 à 1996, montre une progression sensible des moyens et des activités des CLIN au cours de ces quatre années [1]. Dans ce contexte, la circulaire d'avril 1995 relative à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales a défini les modalités de mise en place des équipes opérationnelles en hygiène (EOH). Leur rôle est d'appliquer la politique de lutte contre les infections nosocomiales définie par le CLIN.

Dans le cadre de ses missions de coordination, le CCLIN Paris-Nord a mis en place en 1998 un réseau des praticiens en hygiène de l'inter-région. Sur la demande de ce réseau, une évaluation de l'organisation et des missions des EOH de l'inter-région a été conduite.

Les objectifs de ce travail étaient de faire un état des lieux de la composition, du statut et de l'activité des équipes en place compte tenu de la réglementation en vigueur, de créer un annuaire des équipes opérationnelles en hygiène de l'inter-région Paris-Nord, de faire progresser la réflexion sur les besoins et les missions des équipes d'hygiène.

MÉTHODE

L'évaluation des EOH a porté sur tous les établissements hospitaliers de l'inter-région Paris-Nord, c'est-à-dire des régions Île-de-France, Picardie, Haute-Normandie et Nord-Pas-de-Calais, répertoriés dans la base annuaire du CCLIN Paris-Nord au 10 juin 1998.

Un auto-questionnaire adressé aux présidents de CLIN a permis de recueillir des données sur la composition et le statut de l'EOH, son activité et ses relations avec le CLIN. Les données ont été saisies et analysées grâce au logiciel Epi Info version 6.04b.

RÉSULTATS

Parmi les 336 établissements de l'inter-région Paris-Nord contactés pour cette évaluation, 234 (69 %) ont répondu au questionnaire (Tab. 1). Les taux de participation variaient selon la région, le type et la taille de l'établissement.

Composition et fonctionnement des EOH

Parmi les 234 établissements répondants, 129 (55 %) ont déclaré une EOH dont 117 déclaraient également disposer de référents en hygiène. La proportion d'EOH variait selon la région (Tab. 1) et selon le type et la taille des établissements. Pour la moitié des EOH répertoriées, la date de création était antérieure à la parution de la circulaire (19 avril 1995).

Tableau 1. Participation et EOH par région

	Île-de-France	Haute-Normandie	Nord Pas-de-Calais	Picardie	Total
Contactés	177	39	73	47	336
Répondants	133	18	48	35	234
Taux de réponse	75 %	46 %	66 %	74 %	69 %
Avec équipe opérationnelle (n = 234)					
Effectifs	84	5	24	16	129
Proportions	63 %	28 %	50 %	46 %	55 %

Globalement, 92 % des établissements avec une EOH déclaraient au moins un soignant (infirmier ou cadre) hygiéniste (Tab. 2), présent en moyenne à temps plein sur leur établissement, et 54,3 % au moins un praticien (médecin ou pharmacien) en hygiène, affecté à l'équipe opérationnelle en moyenne pour un mi-temps. Cette évaluation a permis de recenser un total de 89 praticiens en hygiène sur l'inter-région dont le statut relevait pour un quart d'un statut de PH à temps plein, un quart d'un statut de PH à temps partiel et un quart d'un statut de vacataires. Conformément à la circulaire, la proportion de soignants et de praticiens hygiénistes, mais aussi de techniciens et de secrétaires, augmentaient avec la taille et le type des établissements.

Sur l'ensemble de l'inter-région, seules 15 % des équipes opérationnelles en hygiène avaient un statut administratif leur conférant une autonomie de fonctionnement (unité administrative ou unité administrative et fonctionnelle) alors que 43 % n'avaient aucun statut administratif. La représentation de ces statuts administratifs variait selon la région et l'appartenance à l'Assistance Publique de Paris (Tab. 3).

Tableau 2. Composition des EOH par taille d'établissements

	Moins de 400 lits (n = 43)	400 à 800 lits (n = 59)	Plus de 800 lits (n = 27)	Total (n = 129)
Pourcentage d'établissements avec au moins un(e) ... (%)				
Infirmier hygiéniste	28	32	41	32
Cadre hygiéniste	63	64	89	69
Médecin hygiéniste	30	37	48	37
Pharmacien hygiéniste	28	20	26	24
Technicien	19	39	56	36
Secrétaire	30	34	56	37

Tableau 3. Statut administratif des EOH selon la région et l'appartenance à l'AP-HP

	Unité administrative	Unité fonctionnelle	Aucun	UA et UF	Sans réponse
Île-de-France AP-HP (n = 34)	35 %	15 %	29 %	12 %	9 %
Île-de-France hors AP-HP (n = 50)	8 %	44 %	46 %	-	2 %
Haute Normandie (n = 5)	-	4	1	-	-
Nord Pas-de-Calais (n = 24)	-	42 %	54 %	-	4 %
Picardie (n = 16)	-	43 %	44 %	-	13 %
Total (n = 129)	12 %	37 %	43 %	3 %	5 %

Activité de l'équipe d'hygiène

Pour l'année 1998, les activités prédominantes de l'équipe d'hygiène (EOH et/ou référents en hygiène) des établissements répondants étaient l'élaboration de recommandations (40 %), la surveillance épidémiologique (33 %) et la formation du personnel (18 %). La part de la surveillance épidémiologique, l'aspect expertise/évaluation et intervention/aide à la décision est plus fréquemment cité lorsqu'il y avait une EOH.

Correspondance : Sylvie Maugat, C.CLIN Paris-Nord, Institut Biomédical des Cordeliers : 15-21, rue de l'école de médecine - 75006 Paris.
Tél. : 01.40.46.42.00. E-mail : maugat@idf.ext.jussieu.fr

Relation avec le CLIN

Parmi les 234 répondants, 197 (84 %) établissements déclarait une participation des membres de l'équipe d'hygiène au CLIN et 24 (10,2 %) établissements, sans EOH ni référents en hygiène, n'étaient pas concernés par d'éventuelles relations avec le CLIN. Plus d'un quart des praticiens en hygiène étaient présidents de CLIN, 52 % étaient membres à part entière et 17 % invités permanents. Deux tiers des soignants hygiénistes étaient membres à part entière du CLIN et 24 % invités permanents. Globalement, le choix des actions et de la politique de lutte contre les infections nosocomiales s'effectuait par le CLIN et l'équipe d'hygiène dans 119 (51 %) établissements, par le CLIN seul dans 94 (40 %) établissements et par l'équipe d'hygiène seule dans 9 (4 %).

DISCUSSION

Au vue de la participation par type d'établissement, l'enquête apparaît bien représentative de l'organisation des EOH pour les CHU, les CH et les CHS. Par contre, les informations obtenues concernant les hôpitaux locaux et les cliniques sont plus parcellaires car le taux de réponses parmi ces établissements est plus faible et le recensement des établissements privés, dans la base annuaire du C.CLIN, non exhaustif.

Bien que ne reflétant peut être pas la totalité des EOH de l'inter-région, cette évaluation a le mérite de faire le bilan de la structure et du positionnement au sein des hôpitaux de ces structures instituées par une circulaire DGS/DH du 19 avril 1995.

Si une EOH existe dans plus de la moitié des établissements répondants, leur composition et leur positionnement sont assez inégaux en fonction du type et de la taille de l'établissement et restent en deçà des recommandations françaises soit une infirmière hygiéniste plein temps pour 400 lits et plus, et un médecin hygiéniste pour 800 lits et plus. Ces recommandations sont pourtant moins contraignantes que celles établies aux États-Unis dans le cadre du SENIC Project [2], soit une infirmière pour 250 lits et un praticien pour 400 lits. Dans l'étude du C.CLIN, les personnels les plus représentés au sein des EOH sont les soignants (infirmiers et cadres hygiénistes). En Australie, la lutte contre les infections nosocomiales apparaît aussi largement aux mains des soignants [3] ; l'hygiéniste australien type est une infirmière, travaillant dans un établissement public de courts séjours de plus de 251 lits, avec une expérience de 6 ans dans la lutte contre les infections nosocomiales.

Les établissements de petite taille et/ou privés sont les moins bien dotés essentiellement par manque de moyens. Cette observation, également rapportée aux États-Unis dans les années 80 [4, 5] et plus récemment au Brésil [6] et en Australie [3], renforce la nécessité d'établir des pôles de référence inter-établissements qui prendraient en charge les questions d'hygiène hospitalière de plusieurs établissements géographiquement proches. La mise en place de CLIN et d'EOH dans les établissements privés prévue par la loi du 1^{er} juillet 1998 devra passer par une sectorisation des moyens.

Quand elles existent, les EOH ont une position administrative mal affirmée. L'absence totale de statut ou le statut d'unité fonctionnelle rend difficile leur reconnaissance au sein de l'établissement. Dans l'avenir, il faudrait sans doute mieux réfléchir au positionnement que l'on souhaite donner aux hygiénistes et à leurs moyens de fonctionnement. Le nouveau décret (décret n° 99-1034) sur l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales paru le 6 décembre 1999 précise les missions et les rôles de ces équipes.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Pocquet K., Lepoutre A., Cullet D., Dumartin C. – Activité des comités de lutte contre les infections nosocomiales en 1996 et évolution depuis 1993 – *BEH* n° 27, 1998.
- [2] Haley R. W., Morgan W. M. and all. – Update from the SENIC Project. Hospital infection control: recent progress and opportunities under prospective payment – *Am. J. Infect. Control* 1985 ; 13 : 97-108.
- [3] Murphy C. L., McLaws M. L. – Who coordinates infection control programs in Australia ? – *AJIC* 1999 ; 27 : 291-5.
- [4] A national task analysis of infection control practitioners, 1982. Part three: the relationship between hospital size and task performed. – *Am. J. Infect. Control* 1984 ; 12 : 221-7.
- [5] Diffusion and adoption of CDC guidelines for the prevention and control of nosocomial infection in US hospital – *Infection Control* 1987 ; 8(10) : 415-23.
- [6] de Oliveira T. C., Moretti Branchini M. L. – Infection control in a Brazilian regional multihospital system – *AJIC* 1999 ; 27 : 262-9.

Réseau des praticiens en hygiène de l'inter-région Paris-Nord :

Serge ALFANDARI, Pierre ALLOUCH, Frédéric BARBUT, Yasmina BERROUANE, Patrice BLONDEL, Carine BROCARD, Richard CAUSSE, Annie CHALFINE, Gilles CHERBONNEL, Marilynne CLAUDE, Bruno COIGNARD, Marie COSSE-ROTON, Yannick COSTA, Françoise DAUMAL, Michel DENIS, Catherine DOIT, Catherine DUMARTIN, Laurence DUPOND, Florence ESPINASSE-EVEILLARD, Laurent FLEURY, Patrice GAMAIN, Jeanne-Marie GERMAIN, Emmanuelle GIROU, Bruno GRANDBASTIEN, Thierry GUEROUT, Michèle GUIBERT, Anita HAREL, Eric ILLOUZ, Guillaume KAC, Zoher KADI, KREMBEL, Marie-Françoise LE PAIH, Bernard LECLERCO, Stéphanie LEFLOT, Nadine LEMAITRE, Agnès LEPOUTRE, Marilyn LESCO, LEVENT, Samia LEVY, Jean-Christophe LUCET, Emmanuelle MARTIN, Laurence MARTY, Koffi MENSAH, Véronique MERLE, Jacques MERRER, Simone NEROME, Patrick PINA, Francis POULTON, Thérèse RABENJA, Ludovic RICHARD, Jérôme ROBERT, Martine ROUVEAU, Marie SAILLOUR, Pierrette SAINT-LAURENT, Béatrice SALAUZE, Catherine SAULNIER, José SAVALARY, Jean-Christophe SEGUIER, Jean TOUREAU, Christian VANDENBUSSCHE, Serge VASSAL.

DÉCRETS, ARRÊTÉS, CIRCULAIRES

TEXTES GÉNÉRAUX

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité

Décret n° 99-1034 du 6 décembre 1999 relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé et modifiant le chapitre premier du titre premier du livre VII du code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'État).

NOR : MESH9923097D

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de l'Emploi et de la Solidarité,

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code du travail, notamment les titres III et IV du livre II ;

Vu l'avis du Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels en date du 11 juin 1999 ;

Le Conseil d'État (section sociale) entendu,

Décète :

Article 1^{er}. – Il est inséré dans la section I (Dispositions générales) du chapitre 1^{er} (Missions et obligations des établissements de santé) au titre 1^{er} du livre VII du code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'État) une sous-section I ainsi rédigée :

Sous-section I

Organisation de la lutte contre les infections nosocomiales

• *Art. R. 711-1-1.* – Chaque établissement de santé organise en son sein la lutte contre les infections nosocomiales, y compris la prévention de la résistance bactérienne aux antibiotiques. A cet effet, chaque établissement de santé institue en son sein un comité de lutte contre les infections nosocomiales, se dote d'une équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière et définit un programme annuel d'actions tendant à assurer :

1. La prévention des infections nosocomiales, notamment par l'élaboration et la mise en œuvre de recommandations de bonnes pratiques d'hygiène ;
2. La surveillance des infections nosocomiales ;
3. La définition d'actions d'information et de formation de l'ensemble des professionnels de l'établissement en matière d'hygiène hospitalière et de lutte contre les infections nosocomiales ;
4. L'évaluation périodique des actions de lutte contre les infections nosocomiales, dont les résultats sont utilisés pour l'élaboration des programmes ultérieurs d'actions.

- **Art. R. 711-1-2.** – Le comité de lutte contre les infections nosocomiales :
 1. Coordonne l'action des professionnels de l'établissement de santé dans les domaines visés à l'article R. 711-1-1 ;
 2. Prépare, chaque année, avec l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière, le programme d'actions de lutte contre les infections nosocomiales ;
 3. Élabore le rapport annuel d'activité de la lutte contre les infections nosocomiales ; ce rapport d'activité peut être consulté sur place, sur simple demande ; il comporte le bilan des activités, établi selon un modèle défini par arrêté du ministre chargé de la santé ; ce bilan est transmis annuellement, par le représentant légal de l'établissement de santé, à la direction départementale des affaires sanitaires et sociales et au centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales.

Dans le cadre de ses missions, le comité est notamment chargé de définir, en relation avec les professionnels de soins, les méthodes et indicateurs adaptés aux activités de l'établissement de santé permettant l'identification, l'analyse et le suivi des risques infectieux nosocomiaux.

Le comité de lutte contre les infections nosocomiales est consulté lors de la programmation de travaux, l'aménagement de locaux ou l'acquisition d'équipements susceptibles d'avoir une répercussion sur la prévention et la transmission des infections nosocomiales dans l'établissement.

- **Art. R. 711-1-3.** – Le programme d'actions et le rapport d'activité sont soumis, dans les établissements publics de santé, à l'avis de la commission médicale d'établissement prévue par l'article L. 714-16 et de la commission du service de soins infirmiers prévue à l'article L. 714-26, dans les établissements de santé privés participant au service public hospitalier, à l'avis de la commission médicale d'établissement prévue par l'article L. 715-8, et, dans les autres établissements de santé privés, à l'avis de la conférence médicale mentionnée à l'article L. 715-12.

Le programme d'actions et le rapport d'activité, après délibération du conseil d'administration dans les établissements publics de santé ou de l'organe qualifié dans les établissements de santé privés, sont transmis au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

Dans les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier, le projet d'établissement prévu à l'article L. 714-11 définit les objectifs généraux en matière de lutte contre les infections nosocomiales.

- **Art. R. 711-1-4.** – Le comité de lutte contre les infections nosocomiales est composé de vingt-deux membres au maximum. Ce comité comporte :
 - a) Le président de la commission médicale d'établissement ou de la conférence médicale, ou son représentant, désigné par lui au sein de ces instances ;
 - b) Le représentant légal de l'établissement de santé, ou la personne désignée par lui ;
 - c) Le médecin responsable de la médecine du travail dans l'établissement ;
 - d) Le directeur du service de soins infirmiers ou son représentant dans les établissements publics de santé, ou, dans les établissements de santé privés, le responsable du service de soins infirmiers ;
 - e) Un pharmacien de la ou des pharmacies à usage intérieur prévues à l'article L. 595-1, ou, le cas échéant, le pharmacien titulaire d'office ayant passé convention avec l'établissement de santé en application de l'article L. 595-5 ;
 - f) Un biologiste de l'établissement ou, à défaut, un biologiste réalisant les analyses microbiologiques pour l'établissement ;
 - g) Deux membres proposés par la commission médicale d'établissement ou la conférence médicale parmi les médecins et chirurgiens de l'établissement ;
 - h) Le responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène ;
 - i) Le médecin responsable de l'information médicale ;
 - j) Un membre de l'équipe opérationnelle d'hygiène désigné par celle-ci en son sein ;
 - k) Un infirmier exerçant une activité de soins ; dans les établissements publics de santé, cet infirmier est désigné en son sein par la commission du service de soins infirmiers ;
 - l) Au plus cinq professionnels paramédicaux ou médicotextuels ;
 - m) Au plus cinq membres choisis parmi les médecins, pharmaciens, sages-femmes, odontologistes, dont un médecin spécialiste de l'épidémiologie, un médecin spécialiste des maladies infectieuses et une sage-femme lorsqu'ils existent ; dans les établissements publics de santé, ces membres sont proposés par la commission médicale d'établissement.

Les modalités de composition du comité de lutte contre les infections nosocomiales sont arrêtées par le conseil d'administration dans les établissements de santé publics, ou l'organe qualifié dans les établissements de santé privés.

Le représentant légal de l'établissement de santé arrête la liste nominative des membres du comité.

- **Art. R. 711-1-5.** – Le comité élit, à la majorité simple de ses membres, un président et un vice-président, parmi les praticiens hospitaliers relevant d'un statut à temps plein ou à temps partiel dans les établissements publics de

santé, et parmi les médecins et les pharmaciens exerçant leur activité pendant un temps équivalent au moins à cinq demi-journées par semaine dans les établissements de santé privés, et, le cas échéant, dans les hôpitaux locaux pour les médecins exerçant dans les mêmes conditions.

Le mandat des membres prend fin en même temps que les fonctions au titre desquels ils ont été désignés. La durée des mandats des membres mentionnés aux e, f, g, j, k, l, m de l'article R. 711-1-4 est de quatre ans. Leur mandat est renouvelable.

- **Art. R. 711-1-6.** – Le comité de lutte contre les infections nosocomiales se réunit au moins trois fois par an.

En cas de partage des voix, la voix du président est prépondérante.

Le comité peut entendre toute personne compétente, appartenant ou non à l'établissement, sur les questions inscrites à l'ordre du jour.

Les représentants des usagers siégeant au conseil d'administration, ou au sein de l'organe qualifié qui en tient lieu, assistent avec voix consultative à la séance du comité au cours de laquelle sont discutés le rapport d'activité et le programme annuel d'actions. Dans les établissements de santé privés dont le conseil d'administration, ou l'organe qualifié qui en tient lieu, ne comporte pas de représentant des usagers, un représentant de ceux-ci est désigné par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, après avis du préfet du département dans lequel l'établissement a son siège, parmi les personnes proposées par les organisations qui représentent au niveau régional ou départemental les intérêts des patients, des consommateurs, des familles, des personnes âgées et des personnes handicapées, et dont le directeur de l'agence estime que l'objet social correspond le mieux à l'orientation médicale et médico-sociale de l'établissement.

- **Art. R. 711-1-7.** – Chaque établissement de santé attribue au comité de lutte contre les infections nosocomiales les moyens nécessaires à son fonctionnement.

Les membres du comité et l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière ont accès aux informations et données nécessaires à l'exercice de leurs missions.

- **Art. R. 711-1-8.** – Un comité local de lutte contre les infections nosocomiales est créé dans chaque hôpital ou groupe hospitalier de l'Assistance publique - hôpitaux de Paris, des hospices civils de Lyon et de l'Assistance publique de Marseille. Ce comité local exerce les missions définies à l'article R. 711-1-2 au sein de l'hôpital ou du groupe hospitalier où il est créé, dans le cadre de la politique générale définie par le comité de lutte contre les infections nosocomiales de l'établissement. La composition du comité local de lutte contre les infections nosocomiales est arrêtée par le conseil d'administration dans les conditions prévues à l'article R. 711-1-4.

- **Art. R. 711-1-9.** – Chaque établissement de santé, ainsi que chaque hôpital ou groupe hospitalier de l'Assistance publique - hôpitaux de Paris, des hospices civils de Lyon et de l'Assistance publique de Marseille, constitue une équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière comportant le personnel, notamment médical, pharmaceutique et infirmier nécessaire à la mise en œuvre des actions de lutte contre les infections nosocomiales. Ce personnel doit avoir suivi une formation adaptée à ses fonctions. Les établissements de santé peuvent satisfaire à l'obligation de se doter d'une telle équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière par la voie d'une action de coopération inter-établissements.

- **Art. R. 711-1-10.** – Le livret d'accueil prévu à l'article L. 710-1-1 comporte une information synthétique, définie après avis du comité de lutte contre les infections nosocomiales, sur la lutte contre ces infections dans l'établissement de santé.

Art. 2. – Chaque établissement de santé devra avoir mis en œuvre les dispositions prévues à l'article R. 711-1-9 pour le 31 décembre 2001 au plus tard.

Art. 3. – Le décret no 88-657 du 6 mai 1988 relatif à l'organisation de la surveillance et de la prévention des infections nosocomiales dans les établissements d'hospitalisation publics et privés participant au service public hospitalier est abrogé.

Art. 4. – La ministre de l'emploi et de la solidarité et la secrétaire d'État à la santé et à l'action sociale sont chargées, chacun en ce qui la concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 6 décembre 1999

Lionel JOSPIN

Par le Premier ministre :

La ministre de l'emploi et de la solidarité,
Martine AUBRY

La secrétaire d'État à la santé et à l'action sociale,
Dominique GILLOT

Du fait de mouvements de protestation des médecins inspecteurs de santé publique et d'autres catégories de personnel du Ministère chargé de la santé, les relevés hebdomadaires de déclarations obligatoires de maladies ne sont pas transmises par la plupart des Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales.

Dans ces conditions, la publication des données relatives à la situation épidémiologique hebdomadaire des maladies transmissibles est momentanément suspendue.

Directeur de la publication : P^r J. DRUCKER – **Rédactrice en chef** : D^r Corinne LE GOASTER – **Présidente du comité de lecture** : P^r Elisabeth BOUVET – **Rédaction** : D^{rs} Rosemary ANCELLE-PARK, Ellen IMBERNON, Martine LE QUELLEC-NATHAN, Daniel LEVY-BRUHL, Florence LOT, Véronique VAILLANT.

Secrétariat de rédaction : Sonia ORTIZ – Institut de Veille Sanitaire 12, rue de Val d'Osne, 94415 Saint-Maurice Cedex Tél. : 01 41 79 67 18 – Fax. : 01 41 79 68 40 – e-mail : s.ortiz@invs.sante.fr – 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 40 15 70 00 – Télécopie : 01 40 15 68 00

Tarif 1999 – France : 46,00 € – 301,74 FF TTC, Europe : 51,50 € – 337,82 FF TTC
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 : 50,00 € – 327,98 FF HT
Autres pays, avion économique : 53,00 € – 347,66 FF HT ; suppl. par avion rapide : 3,80 € – 24,93 FF HT.