



ÉTUDE

LES INTERNES ET LE TABAGISME : CONNAISSANCES ET PRATIQUES

Salomon L¹, LeVu S¹, Steffen C¹, Papy E¹, Blanchon T¹, Mathern G², Dautzenberg B³,
Delormas P², Brücker G^{1,3}.

INTRODUCTION

Les médecins peuvent jouer un rôle important dans le sevrage tabagique des patients. Des études ont rapporté que le statut tabagique des praticiens peut influencer leur niveau d'implication dans la prévention, et qu'un simple conseil à l'arrêt peut favoriser le sevrage de leurs patients.[1-3] En milieu hospitalier, les substituts nicotiniques sont disponibles à l'hôpital depuis le début de l'année 2000, permettant de favoriser l'application des mesures légales interdisant de fumer à l'hôpital.

Créé il y a deux ans, l'Office Français de Prévention du Tabagisme (OFT) a parmi ses missions la prévention, l'éducation et la vigilance réglementaire concernant le tabagisme. Sur son initiative, une étude sur la consommation de tabac des internes et leur comportement vis-à-vis des patients fumeurs a été réalisée en Ile-de-France et dans la région Rhône-Alpes, quelques mois après l'introduction des substituts nicotiniques dans les pharmacies hospitalières. En effet, en tant que principal interlocuteur des patients à l'hôpital et que futurs praticiens, les internes constituent une population privilégiée pour étudier l'impact des mesures de prévention du tabagisme.

Les objectifs de cette étude étaient de déterminer la prévalence du tabagisme chez les internes, de décrire leur prise en charge des patients fumeurs et d'évaluer leurs connaissances sur les indications de prescription des substituts nicotiniques à l'hôpital.

MÉTHODE

Cette étude transversale exhaustive concernait les internes et résidents en médecine en activité. Elle a été réalisée à la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales, lors de la session de choix de stage qui les réunit chaque semestre. Deux régions ont participé à l'étude, Ile-de-France et

Rhône-Alpes (la ville de Saint Etienne n'a pu être incluse dans l'analyse en raison de difficultés de recueil entraînant un faible taux d'exhaustivité). L'ensemble des internes ont participé à l'étude, quelle que soit leur filière.

Un auto-questionnaire était remis à chaque interne et, dans la région Ile-de-France, une plaquette d'information sur l'utilisation des produits de substitution à l'hôpital, élaborée par l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, leur était distribuée.

Les données recueillies concernaient l'interne (données démographiques, ancienneté, spécialité...), son statut tabagique, son comportement vis-à-vis des patients fumeurs et sa connaissance des produits de substitution du tabac. Les internes ayant fumé moins de 100 cigarettes au cours de leur vie ont été considérés comme non-fumeurs (d'après la définition de l'OMS). Parmi les internes fumeurs, les fumeurs occasionnels (fumant moins d'une cigarette par jour) ont été distingués des fumeurs quotidiens.

L'étude descriptive et analytique univariée des données a été réalisée en utilisant le logiciel Epi-Info version 6.04.

RÉSULTATS

Le questionnaire a été rempli par 3 104 internes, avec un taux de réponse de 89 % parmi les internes présents, et un taux d'exhaustivité de 82 % (compte-tenu des internes choisissant par procuration).

L'âge médian des répondants est de 27 ans et le *sex ratio* de 0,8 homme par femme. La médiane d'ancienneté des répondants est de trois semestres. Les internes confrontés à des pathologies en rapport avec le tabagisme (pneumologie, cancérologie, cardiologie, gynécologie-obstétrique, ORL) représentent 13 % de l'ensemble des internes.

Le taux de prévalence du tabagisme est de 36 % parmi l'ensemble des internes (40 % chez les hommes et 32 % chez les femmes), qui se répartissent en 13 % de fumeurs occasionnels et 23 % de fumeurs quotidiens ; 55 % des internes déclarent n'avoir jamais fumé, 9 % avoir arrêté. Le statut tabagique des internes en fonction du sexe est détaillé dans le tableau 1.

1. Service de Santé Publique, Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris

2. Institut Rhône-Alpes de Tabacologie

3. Office Français de Prévention contre le Tabagisme

Tableau 1
Statut tabagique des internes selon le sexe

	hommes	femmes
âge moyen (médiane)	28 ans (28)	27 ans (27)
ancienneté moyenne (médiane)	4 semestres (4)	4 semestres (3)
statut tabagique		
non - fumeurs	739 (52 %)	971 (58 %)
ex - fumeurs	120 (8 %)	161 (10 %)
fumeurs actuels	567 (40 %)	535 (32 %)
fumeurs quotidiens	382 (27 %)	316 (19 %)
fumeurs occasionnels	185 (13 %)	219 (13 %)
Total	1 426 (100 %)	1 667 (100 %)

La consommation des fumeurs quotidiens est en moyenne de 12 cigarettes par jour, les gros fumeurs (plus de 20 cigarettes/jour) représentant 6 % des fumeurs quotidiens.

Tentatives de sevrage

Parmi les 1 127 internes déclarant fumer au moment de l'enquête, 50 % ont déjà essayé d'arrêter. Ce pourcentage est de 54 % pour les fumeurs quotidiens, 29 % pour les fumeurs occasionnels. Parmi les internes ayant déjà fait une tentative de sevrage (anciens fumeurs et fumeurs ayant déjà tenté d'arrêter), 22 % ont utilisé un substitut nicotinique (gommes ou timbres en proportions équivalentes).

Comportement vis-à-vis du tabagisme des patients

La consommation tabagique des patients est une question de santé importante pour 97 % des internes et 76 % déclarent s'enquérir systématiquement de cette consommation. Toutefois, parmi ces internes on note que 74 % interrogent réellement tous les patients mais que 26 %, bien que déclarant s'enquérir « systématiquement » de la consommation tabagique des patients, n'interrogent pas ceux dont la pathologie n'est pas liée au tabac.

L'attitude des internes vis-à-vis des patients fumeurs est détaillée dans les tableaux 2 et 3. Confrontés dans leur pratique à un patient hospitalisé et fumeur, la quasi-totalité des internes déclare avoir une attitude d'information ou d'orientation vis-à-vis du tabagisme si la maladie du patient est liée au tabac (97 % *versus* 60 % si la maladie est sans rapport avec le tabac). Le statut tabagique des internes ne semble pas modifier cette attitude.

Tableau 2

Attitude des internes vis-à-vis des patients fumeurs

	informer sur les risques liés au tabac	adresser à une consultation spécialisée	conseiller d'en parler au médecin traitant
systématiquement	1 157 (41 %)	135 (5 %)	369 (13 %)
si pathologie liée au tabac	1 317 (46 %)	1 035 (36 %)	614 (22 %)
jamais	378 (13 %)	1 676 (59 %)	1 856 (65 %)
Total	2 852 (100 %)	2 846 (100 %)	2 839 (100 %)

Tableau 3

Attitude vis-à-vis des patients fumeurs, selon la consommation tabagique des internes

	interne fumeur	interne non-fumeur
adresser à une consultation spécialisée	456 (41 %)	774 (39 %)
conseiller d'en parler au médecin traitant	427 (39 %)	821 (41 %)
informer sur les risques liés au tabac	942 (85 %)	1 708 (86 %)
Total	1 102	1 991

(plusieurs réponses sont possibles)

Les internes confrontés à des pathologies en rapport avec le tabagisme, ainsi que les internes débutant leur internat (ancienneté inférieure ou égale à trois semestres), déclarent plus souvent s'enquérir systématiquement de la consommation de tabac des patients (respectivement 80 % *versus*

74 % dans les autres spécialités ($p=0,02$) et 91 % *versus* 70 % pour les « anciens » internes ($p<0,001$)). Le statut tabagique des internes ne semble pas modifier cette attitude.

Les substituts nicotiques

Face à trois indications potentielles de prescription, les internes seraient prêts à proposer des substituts nicotiques à un patient hospitalisé, 1) pour initier un sevrage souhaité par le patient (87 % des internes), 2) pour initier un sevrage justifié par une indication médicale (72 % des internes) et 3) pour permettre à un fumeur dépendant de respecter l'interdiction de fumer à l'hôpital (34 % des internes).

Près des deux-tiers des internes ignorent l'existence des substituts nicotiques à l'hôpital (63 %). Les internes confrontés à des pathologies en rapport avec le tabagisme connaissent plus fréquemment l'existence de ces substituts à l'hôpital (46 % *versus* 36 % pour les internes des autres spécialités, $p<0,001$). Parmi les internes, 81 % ne s'estiment pas formés à l'usage des substituts nicotiques, et plus particulièrement les internes en début de cursus (85 % *versus* 78 % pour les internes les plus anciens, $p<0,001$), qui expriment plus fréquemment une demande de formation (84 % *versus* 66 % des internes plus anciens, $p<0,001$). Il en est de même pour les internes confrontés à des pathologies particulièrement liées au tabagisme, dont 80 % réclament une formation (*versus* 74 % pour les internes des autres spécialités).

DISCUSSION

Dans cette étude exhaustive, portant sur plus de 3 000 internes, le taux de prévalence du tabagisme (quotidien et occasionnel) est de 36 %. Plusieurs études françaises rapportent des prévalences du tabagisme supérieures à 45 % chez les étudiants en médecine (n'exerçant pas véritablement, et généralement plus jeunes que les internes), et proches de 35 % chez les médecins généralistes.[4-6] La prévalence observée dans notre étude est plus proche de celle des médecins en activité que de celle des étudiants, ce qui correspond à la situation réelle d'un interne. Elle est plus faible que celle observée dans une population d'âge comparable, soit 43 % pour les femmes et 52 % pour les hommes (Baromètre Santé BVA-CFES 2000).

L'étude montre que les internes confrontés à des pathologies en rapport avec le tabagisme évaluent plus fréquemment le tabagisme des patients. C'est aussi le cas des internes en première partie de cursus, ce qui peut s'expliquer par le fait qu'ils n'ont pas encore vraiment abordé leur spécialité et sont peut-être encore dans une approche généraliste de la médecine, où le tabagisme et sa prévention sont une préoccupation importante. Dans cette hypothèse, leur spécialisation ultérieure pourrait les éloigner de ce thème, ce qui expliquerait que les internes plus âgés, ou soignant des pathologies qui ne sont pas particulièrement liées au tabagisme, s'impliquent moins sur le thème du tabagisme. Cette différence entre les internes en début ou en fin de cursus peut aussi s'expliquer par une sensibilisation plus importante des promotions d'internes les plus récentes. Cette sensibilisation peut être liée à une importance accrue de l'enseignement du tabagisme en deuxième cycle, mais aussi à une évolution plus générale des mentalités vis-à-vis du tabac.

Les internes sont conscients que le tabagisme est une question de santé importante, et les trois quarts déclarent interroger systématiquement les patients sur leur consommation tabagique. Toutefois, une analyse plus fine montre que, pour plus des deux tiers d'entre eux, cette interrogation n'est systématique que pour les pathologies liées au tabac. De même, si la quasi-totalité des internes s'implique dans la prise en

charge du tabagisme des patients dans un contexte de morbidité tabagique, une proportion moindre (60 %) informe ou oriente un patient fumeur hospitalisé dont la pathologie n'est pas liée au tabac. Ces résultats confirment que les internes se placent dans une logique de prévention secondaire des pathologies liées au tabac, sans envisager la prévention primaire de tout patient fumeur. Cette attitude n'est pas spécifique du tabagisme, l'éducation pour la santé et la prévention étant rarement abordées pendant un séjour hospitalier.

Malgré l'importance qu'ils accordent à la consommation de tabac des patients, les internes ne s'estiment pas formés aux techniques de sevrage et la plupart ignorent l'existence des substituts nicotiques à l'hôpital. De plus, si les internes connaissent l'indication des substituts nicotiques pour débiter un sevrage (souhaité par le patient ou, moins fréquemment, requis par sa pathologie), ils méconnaissent l'indication privilégiée des substituts nicotiques à l'hôpital, c'est à dire pallier le manque chez des patients hospitalisés.

CONCLUSION

Dans cette étude, la prévalence du tabagisme chez les internes est semblable à celle des médecins en exercice, rapportée dans des études antérieures. Les internes sont conscients que la consommation de tabac des patients est une question de santé importante et manifestent un désir de formation sur les modalités de prescription des substituts nicotiques. Si ceci permet d'espérer une implication accrue dans la prise en charge du tabagisme, on observe que la prise en

charge des patients fumeurs est actuellement plus centrée sur une prévention secondaire que sur une prévention primaire. De plus, l'information délivrée en milieu hospitalier n'a pas permis aux internes d'apprécier tout le champ des indications des substituts nicotiques, en particulier chez les patients hospitalisés. La Formation Médicale Continue pourrait donc jouer un rôle important dans la formation des médecins à la prise en charge du tabagisme, complétant ainsi la formation dispensée pendant le deuxième cycle des études médicales, qui semble encore insuffisante.

RÉFÉRENCES

- [1] Lancaster T, Stead L, Silagy C, Sowden A. Effectiveness of interventions to help people stop smoking : findings from Cochrane library. *BMJ*. 2000 ; 321 : 355-8.
- [2] Kawakami M, Nakamura S, Fumimoto H, Takizawa J, Baba M. Relation between smoking status of physicians and their enthusiasm to offer smoking cessation. *Intern Med*. 1997;36(3) : 162-5.
- [3] Slama K, Karsenty S, Hirsch A. French general practitioners' attitudes and reported practices in relation to their participation and effectiveness in a minimal smoking cessation programme for patients. *Addiction*. 1999 ; 94 : 125-32.
- [4] Tessier JF, Fréour P, Crofton J. Les étudiants en médecine français et le tabac. *Rev Mal Respir*. 1988 ; 5 : 589-99.
- [5] Tredaniel J, Karsenty S, Chastang C, Slama K, and Hirsch A. Smoking habits of French general practitioners. Results of a representative sample of 1 012 physicians. *Rev Mal Respir*. 1993 ; 10(1) : 35-38.
- [6] Josseran L, King G, Velter A, Dressen C, Grizeau D. Smoking behavior and opinions of French general practitioners. *J Natl Med Assoc*. 2000 Aug ; 92(8) : 382-90.

INFORMATION

Appel à candidature pour le renouvellement des Centres Nationaux de Référence pour la période 2002 - 2004

La Direction générale de la Santé procède au renouvellement des centres nationaux de référence dont les missions sont définies dans l'arrêté du 29 juin 2001. Cet appel à candidature s'adresse à tout laboratoire au sein d'établissements publics ou privés de soins, d'enseignement, ou de recherche.

La liste des 46 Centres Nationaux de Référence proposés dans le cadre de l'appel à candidature 2001 ainsi que, pour chacun d'entre eux, un cahier des charges spécifiques tel que prévu par l'arrêté du 29 juin 2001, ont été établis et peuvent être consultés sur les sites web de l'InVS (<http://www.invs.sante.fr>) ou du Ministère de la Santé (<http://www.sante.gouv.fr>).

Les dossiers de candidature doivent être adressés en **quatre** exemplaires **avant le 30 novembre 2001**, le cachet de la poste faisant foi, à l'adresse suivante :

**Secrétariat du Comité des Centres Nationaux de Référence
Institut de Veille Sanitaire
12, rue du Val d'Osne
94410 SAINT MAURICE**

Le dossier de candidature devra, outre le bilan résumé de l'état de la question scientifique et des enjeux de santé publique y afférant, préciser le programme de travail triennal envisagé en référence au cahier des charges spécifiques, décrire les moyens de la structure (curriculum vitae du responsable scientifique, qualification des personnels et nature du plateau technique), et présenter le bilan d'activité scientifique et technique des trois dernières années, dont la liste des publications ainsi qu'une fiche détaillée du budget de financement.

Pour toute information complémentaire, vous pouvez adresser vos demandes à Christine SAURA
(email : c.saura@invs.sante.fr).

Cas déclarés pour certaines maladies transmissibles

Données provisoires non validées

RÉGIONS	DÉPARTEMENTS	POPULATION EN 1999	Typho./Paratypho.	SIDA	Inf. à méningo.	Brucellose	Tétanos	Tuberculose	T.I.A.C.	Botulisme	Légionellose	Listériose	RÉGIONS	DÉPARTEMENTS	POPULATION EN 1999	Typho./Paratypho.	SIDA	Inf. à méningo.	Brucellose	Tétanos	Tuberculose	T.I.A.C.	Botulisme	Légionellose	Listériose		
ALSACE	67 Rhin (Bas-)	1 026 100	1	0	0	0	0	8	0	0	0	0	MIDI-PYRÉNÉES	09 Ariège	137 200	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0		
	68 Rhin (Haut-)	708 000	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0		12 Aveyron	263 800	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	Total	1 734 100	1	0	0	0	0	9	0	0	0	0		31 Garonne (Hte-)	1 046 300	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0		
AQUITAINE	24 Dordogne	388 300	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	NORD-PAS-DE-CALAIS	32 Gers	172 300	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	33 Gironde	1 287 300	0	1	0	0	0	13	0	0	0	0		46 Lot	160 200	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
	40 Landes	327 300	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0		65 Pyrénées (Htes-)	222 400	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
	47 Lot-et-Garonne	305 400	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		81 Tarn	343 400	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0		
	64 Pyrénées-Atlant.	600 000	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		82 Tam-et-Gar.	206 000	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	Total	2 908 300	0	1	0	0	0	13	1	0	3	0		Total	2 551 600	2	0	1	0	0	1	0	0	1	0		
AUVERGNE	03 Allier	344 700	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	NORMANDIE (BASSE-)	14 Calvados	648 400	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0		
	15 Cantal	150 800	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		50 Manche	481 500	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
	43 Loire (Haute-)	209 100	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		61 Orne	292 300	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
	63 Puy-de-Dôme	604 300	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0		Total	1 422 200	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0		
Total	1 308 900	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	NORMANDIE (HAUTE-)	27 Eure	541 100	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
BOURGOGNE	21 Côte-d'Or	506 800	/	/	/	/	/	/	/	/	/		/	PAYS DE LA LOIRE	44 Loire-Atlant.	1 134 300	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	58 Nièvre	225 200	/	/	/	/	/	/	/	/	/		/		49 Maine-et-Loire	732 900	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	
	71 Saône-et-Loire	544 900	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0		53 Mayenne	285 300	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	89 Yonne	333 200	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	72 Sarthe		529 900	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
Total	1 610 100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Total	1 780 200	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
BRETAGNE	22 Côtes-d'Armor	542 400	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	PICARDIE	02 Aisne	535 500	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	29 Finistère	852 400	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0		60 Oise	766 400	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
	35 Ille-et-Vilaine	867 500	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		80 Somme	555 600	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	56 Morbihan	643 900	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0		Total	1 857 500	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Total	2 906 200	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	POITOU-CHARENTES	16 Charente	339 600	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
CENTRE	18 Cher	314 400	/	/	/	/	/	/	/	/	/		/	PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	17 Charente-Mar.	557 000	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	28 Eure-et-Loir	407 700	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0		04 Alpes-Hte-Prov.	139 600	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
	36 Indre	231 100	/	/	/	/	/	/	/	/	/		/		05 Alpes (Hautes-)	121 400	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	
	37 Indre-et-Loire	554 000	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	06 Alpes-Marit.		1 011 300	0	2	0	1	0	0	0	0	0	1		
Total	2 440 300	0	0	1	0	0	3	0	0	1	0	13 B.-du-Rhône	1 835 700	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0				
CHAMPAGNE-ARDENNE	08 Ardennes	290 100	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	RHÔNE-ALPES	83 Var	898 400	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	10 Aube	292 100	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		84 Vaucluse	499 700	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0		
	51 Marne	565 200	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0		Total	4 506 100	1	2	0	1	0	4	0	0	2	2		
	52 Marne (Haute-)	194 900	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		01 Ain	515 300	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	
Total	1 342 300	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	07 Ardèche	286 000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
CORSE	2 A Corse-du-Sud	118 600	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	FRANCE OUTRE-MER	971 Guadeloupe	422 500	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0		
	2 B Corse (Haute-)	141 600	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		972 Martinique	381 400	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
	Total	260 200	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		973 Guyane	157 200	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0		
FRANCHE-COMTE	25 Doubs	499 100	0	0	0	0	0	3	0	0	1	0	TOTAL DE LA SEMAINE FRANCE MÉTROPOLITAINE	9	12	7	1	1	110	5	0	31	3				
	39 Jura	250 900	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		TOTAL FRANCE MÉTROPOLITAINE + OUTRE-MER	9	13	7	1	1	113	5	0	31	3			
	70 Saône (Haute-)	229 700	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0		A compter du BEH n°11/2001, les données de population sont celles du recensement INSEE 1999													
	90 Terr. de Belfort	137 400	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		LIMOUSIN	19 Corrèze	232 600	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
Total	1 117 100	0	0	0	0	0	3	0	0	3	0	FRANCE MÉTROPOLITAINE	37 Premières semaines de 2001		63	1066	475	21	15	4124	284	11	524	101			
75 Paris (Ville)	2 125 200	1	4	0	0	0	32	0	0	2	0		TOTAL : 58 518 400		37 Premières semaines de 2000	89	906	409	36	21	3777	300	6	326	162		
77 Seine-et-Marne	1 193 800	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0		MÉTROPOLITAINE + OUTRE-MER		37 Premières semaines de 2001	69	1169	480	21	17	4231	297	11	526	103		
78 Yvelines	1 354 300	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			LORRAINE	54 Meurthe-et-Mos.	713 800	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
91 Essonne	1 134 200	0	0	0	0	0	8	0	0	4	1	55 Meuse			192 200	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
92 Hauts-de-Seine	1 428 900	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	57 Moselle			1 023 400	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
93 Seine-St-Denis	1 382 900	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	88 Vosges	381 000		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
94 Val-de-Marne	1 227 300	1	0	0	0	0	4	0	0	0	0	Total	2 310 400	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
95 Val d'Oise	1 105 500	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0																
Total	10 952 100	3	4	0	0	0	51	0	0	6	1																
LANGUEDOC-ROUSSILLON	11 Aude	309 800	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/															
	30 Gard	623 100	0	0	0	0	0	2	0	0	3	0															
	34 Hérault	896 400	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0															
	48 Lozère	73 500	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0															
66 Pyrénées-Orient.	392 800	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/																
Total	2 295 600	0	1	0	0	0	4	0	0	3	0																

Directeur de la publication : P' J. DRUCKER – Rédactrice en chef : D' Corinne LE GOASTER – Présidente du comité de lecture : P' Elisabeth BOUVET – Rédaction : D^{rs} Rosemary ANCELLE-PARK, Danièle FONTAINE, Elien IMBERNON, Martine LE QUELLEC-NATHAN, Daniel LEVY-BRUHL, Florence LOT, Véronique VAILLANT.
Documentation : Institut de Veille Sanitaire – 12, rue de Val d'Osne, 94415 Saint-Maurice Cedex – Fax : 01 41 79 67 90 – e-mail : c.legoaster@invs.sante.fr – N° CPP : 2015 AD – N° INPI : 00 300 1836 – 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 2000 – France : 46,50 € – 305,02 FF TTC, Europe : 52,00 € – 341,10 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 : 50,50 € – 331,26 FF HT
Autres pays, avion économique : 53,50 € – 350,94 FF HT ; suppl. par avion rapide : 3,90 € – 25,58 FF HT.