



SITUATION EN FRANCE

MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE AVRIL 1984 (14^e à 17^e semaine inclusive)

(Nombre de cas déclarés par région)

RÉGIONS	MALADIES																	
	Fiebris typhoïde et paratyphoïde	Dysenteries (shigelle)	Méningo-épizootiques	Brucellose	Tétanos	Tuberculose	Toxi-infection alimentaire collective	Hépatites virales	Teigne	Scarlatine	Rougeole	Poliomyélite	Rickettiose	Leptospirose	Lèpre	Paludisme	Tularemie	Dysenterie ambiante
Alsace		2			1	18		6	2	12	9							
Aquitaine	3	1	2	1	1	33		4	1	2	3						1	
Auvergne		1			4			5	1			6						
Bourgogne	1	1				15		16				3						
Bretagne	2					16		4		1	11							
Centre		1		1	40			4		3	3			1A				
Champagne - Ardenne						13		1		2	1							
Corse		4			1			3		2			1					
Franche-Comté		3	2		11			6		2					1			
Île-de-France	6	11	2	1	285			20		10	10				2	1		2
Languedoc - Roussillon	1	1			11			10			3							
Limousin		1			12													
Lorraine	5	2	1		19			32		2								
Midi - Pyrénées	4	3	7		30			34	1	17	5							
Nord - Pas-de-Calais	1	2	14		78			7		1								
Basse-Normandie	1		2			17		3		2	3							
Haute-Normandie			1		23			6		3	2							
Pays de la Loire	4	1		1	42	28		7	1		1			1				
Picardie		4			13			3		1								
Poitou - Charente		2			21			9							1			
Provence - Alpes - Côte d'Azur	8	12	2		82			48		11	69		2			2		
Rhône - Alpes	3	5	4	1	21			13		9								
Total	37	3	68	26	6	805	28	242	5	80	129		3	2	2	5	1	2
17 premières semaines de 1984	123	51	258	72	15	4 177	94	969	42	312	509	1	7	10	5	27	2	10

FRÉQUENCE DE L'ANTIGÈNE HBs CHEZ LES DONNEURS DE SANG - C.N.T.S.

La fréquence des sujets dépistés porteurs de l'Ag HBs à l'occasion d'un don de sang en 1983 a été de 1,19 % fréquence calculée sur 241 617 dons.

Chez les sujets donnant leur sang pour la première fois, cette fréquence est de 4,84 % (44 189 dons).

Ces sujets sont pour la grande majorité des porteurs chroniques du virus B, 75 % étant asymptomatiques et possédant l'anticorps anti-HB e tandis que 20 % sont porteurs de l'Ag HB e. Ces derniers ont été orientés vers une consultation spécialisée en hépatologie. Douze donneurs (4,2 % des sujets dépistés Ag HBs positif) n'étaient pas des porteurs chroniques et ont été dépistés pendant la phase d'invasion d'une infection par le virus B avant le développement des signes cliniques et (ou) biologiques et avant le développement de l'anticorps anti-HB c. 10 de ces 12 sujets ont pu être suivis : 8 ont développé une hépatite clinique et 2 ont rapidement perdu l'Ag HBs sans signes cliniques ni biologiques et ont acquis des anticorps spécifiques.

Un sous-typage de l'Ag HBs a été pratiqué chez 162 de ces 287 donneurs. La répartition des différents sous-types est présentée ci-dessous, comparativement à celle observée en 1982 et à celle retrouvée dans une population de donneurs de sang d'origine française exclusive.

	1983 n = 162	1982 n = 160	Donneurs d'origine française n = 1 094
	%	%	%
ayw 1	0,5	2,5	0,1
ayw 2	13,5	15	8,9
ayw 3	24,7	12	16,1
ayw 4	10,5	14,3	2,4
adw 2	44,5	54,3	70,4
adw 4	0	0	1,2
adr	1,8	1,8	0,9

Ces chiffres montrent que de nombreux sujets originaires d'Asie (ayw et adr) et d'Afrique noire (ayw 4) composent cette population de donneurs de sang dépistés porteurs de l'Ag HBs.

LE POINT SUR...

SURVEILLANCE DE LA RUBÉOLE Vaccination au cours de la grossesse (U.S.A.)

États-Unis d'Amérique. — De janvier 1971 à décembre 1982, 959 femmes enceintes ayant reçu une vaccination antirubéolique dans les 3 mois suivant ou précédant la date présumée de la conception ont été enregistrées auprès des Centers for Disease Control et ont fait l'objet d'une enquête prospective visant à déterminer le risque d'anomalies fœtales après exposition au vaccin.

Les données recueillies avant le mois d'avril 1979 sur 538 femmes ayant reçu au cours de leur grossesse soit le vaccin Cendehill, soit le vaccin HPV-77 ont été communiquées dans un numéro antérieur du R.E.H.

Depuis l'autorisation de mise sur le marché en 1979, du vaccin RA 27/3, on a signalé 418 vaccinations de femmes enceintes. L'issue de la grossesse est connue pour 390 (93 %) de ces femmes. Parmi celles-ci, 343 ont mené leur grossesse à terme : 81 femmes qui s'étaient révélées sensibles à la rubéole au moment de la vaccination et 262 femmes immunes ou dont l'état immunitaire n'était pas connu. Sur les 81 femmes qui s'étaient révélées sensibles à la rubéole au moment de la vaccination, 28 ont été vaccinées 1 semaine avant à 4 semaines après la conception et 57 dans les 6 semaines ayant précédé ou suivi la conception.

Les 343 femmes ont donné naissance à 346 enfants, 3 ayant eu des jumeaux (2 paires nées de femmes non immunes et une d'une femme dont l'état immunitaire n'était pas connu). Aucun des 346 nouveau-nés ne présentait d'anomalies compatibles avec le syndrome de rubéole congénitale (S.R.C.).

Note de la rédaction. — Au moment où il a remplacé, en 1979, les autres vaccins antirubéoliques, on craignait que le vaccin RA 27/3 n'ait un plus grand potentiel tératogène que les vaccins antérieurs. Tout comme pour les autres vaccins, rien ne permet de conclure à l'heure actuelle que le vaccin RA 27/3 peut provoquer des anomalies compatibles avec le SRC.

Vingt-huit (35 %) des 81 mères non immunes ont reçu le vaccin RA 27/3 pendant la période où le risque de virémie et de malformation fœtale est le plus grand (1 semaine avant à 4 semaines après la conception). Aucun de ces nouveau-nés ni des autres n'a présenté de rubéole congénitale ; en conséquence, le risque observé de rubéole consécutif à la vaccination continue d'être nul. Toutefois, d'après les limites de confiance à 95 % de la distribution binomiale, le risque maximum théorique de rubéole congénitale dans ce groupe de 83 enfants peut atteindre 5 % (si l'on tient compte des 95 nouveau-nés exposés aux autres vaccins anti-rubéoliques, le risque maximum est de 2 %). Ce risque maximum reste bien inférieur au risque de 20 % ou plus de rubéole congénitale associé à une infection de la mère par un virus sauvage au cours du premier trimestre de la grossesse.

Bien qu'aucune anomalie compatible avec la rubéole congénitale n'ait été relevée, il est clair que les virus des vaccins antirubéoliques, dont la souche RA 27/3, peuvent traverser le placenta et infecter le fœtus. Environ 2 % des enfants nés de femmes non immunes vaccinées présentaient des signes sérologiques d'infection infraclinique, quelle que soit la souche de vaccin. En revanche, si

le pourcentage d'isolements du virus rubéolique dans les produits de conception n'est que d'environ 4 % seulement pour le vaccin RA 27/3 (1 sur 28), il est de 20 % pour les vaccins Cendehill et HPV-77 (17 sur 85). Ces chiffres montrent que le risque d'infection placentaire ou fœtale par le vaccin RA 27/3 est minime.

Au vu de ces données, l'**Immunization Practices Advisory Committee** (A.C.I.P.) a précisé en 1981 que :

1° La grossesse reste une contre-indication de la vaccination antirubéolique en raison du risque théorique, bien que faible, de rubéole congénitale;

2° Un minimum de précautions s'impose pour éviter la vaccination des femmes enceintes, par exemple, demander aux femmes si elles sont enceintes, refuser la vaccination à celles qui déclarent l'être et expliquer aux autres les risques théoriques encourus ; et

3° En cas de vaccination dans les 3 mois pendant ou suivant la conception, le risque de rubéole congénitale est si faible qu'il peut être négligé ; en conséquence, la vaccination antirubéolique d'une femme enceinte ne constitue pas en soi d'indication d'interruption de grossesse. La décision définitive appartient en dernier ressort à la patiente et à son médecin. Ces recommandations restent valables au vu des données recueillies en 1982.

Sources : 1. R.E.H. (O.M.S.), n° 1, 1984 ; 2. M.M.W.R., 1983, 33-C.D.C.

LA LEPTOSPIROSE

Maladie professionnelle mais aussi touristique : mesures préventives ?

La leptospirose est une anthropo-zoonose transmise à l'homme par l'intermédiaire d'animaux vecteurs, porteurs de leptospires mais non malades. Les germes en effet se multiplient dans le rein et sont éliminés avec les urines : ils se complaisent avec préférence dans les milieux humides, tièdes, et de pH ni trop acide ni trop alcalin et les eaux douces sont particulièrement favorables à leur survie qui peut être de plusieurs mois. Par contre, ils ne survivent pas dans l'eau salée.

La contamination humaine est le plus souvent indirecte, par pénétration du germe dans une peau déjà exchoriée ou ramollie par un séjour plus ou moins prolongé dans l'eau, mais la contamination cutanéo-muqueuse (conjonctivale ou pharyngée) ou digestive est possible. La contamination directe par manipulation de l'animal, mort ou vivant, ou par morsure est plus rare et est plutôt le fait d'une contamination professionnelle.

Les animaux vecteurs sont nombreux mais il faut insister sur le rôle important des rongeurs, des bovins et des porcs, des chevaux, des animaux domestiques. L'homme représente le dernier maillon de la chaîne épidémiologique car la leptospirose humaine est faible et rapidement résolutive sous traitement ; la transmission interhumaine est exceptionnelle et celle de l'homme à l'animal n'est pas connue.

Le pouvoir pathogène des leptospires est variable ; certaines souches ont un pouvoir pathogène nul, sont aquicoles et saprophytes de l'environnement ; d'autres sont très virulentes et responsables de la maladie chez l'homme. Il existe plusieurs sérotypes et parmi ceux-ci, le sérotype **Icterohaemorrhagiae** est responsable des formes les plus graves en France. Toutefois il faut savoir

que certains sérotypes responsables de formes mineures dans certaines zones géographiques entraînent dans d'autres des formes sévères : c'est ainsi que le sérotype **Grippotyphosa** engendre des formes discrètes en France et des formes graves en Afrique et, compte tenu du délai d'incubation de la maladie (de 4 à 14 jours) la survenue de formes graves importées, autres que **Icterohaemorrhagiae** n'est pas impossible. Il importe donc de pouvoir établir un diagnostic sérologique précis.

Les leptospires sont des bactéries mobiles, visibles au microscope à fond noir et de culture délicate, aussi la préférence diagnostique va-t-elle à la sérologie qui de plus en plus fiable et fine permet un diagnostic de plus en plus précoce, mais l'hémoculture ne doit pas être négligée dans les premiers jours de la maladie.

Il était classique en effet de considérer qu'entre la bactériémie et la détection des anticorps existait une phase muette située entre le 8^e et le 12^e jour. Or, avec de nouvelles méthodes et en particulier la méthode E.L.I.S.A. (méthode immuno-enzymatique : Enzyme-Linked-Immuno-Sorbent-Assay) une suspicion de la maladie peut être envisagée dès le 6^e jour d'où la suppression de la phase dite muette.

Les données épidémiologiques de l'année 1983, mieux encore que les années précédentes, permettent de considérer que la leptospirose icterohémorragique est relativement fréquente en France et surtout grevée d'une mortalité encore importante. Le Centre national de référence des leptospiroses a reçu pour confirmation diagnostique 4 595 sérum humains parmi lesquels 302 sont positifs pour la France métropolitaine dont

89 % à **Icterohaemorrhagiae** (3 % à **Canicola**, 1 % à **Grippotyphosa**). Les cas déclarés au ministère de la Santé (qui ne coïncident pas tous avec les sérum ci-dessus étudiés) se chiffrent à 105 dont 91 % à **Icterohaemorrhagiae** avec une mortalité de 10 %. Les hommes sont plus touchés que les femmes, l'âge moyen se situe entre 20 et 39 ans, existe un pic saisonnier très marqué en juillet et août qui correspond à la période touristique ce qui est confirmé par l'étude des sources de contamination : professionnelles 40 %, non professionnelles 60 %, c'est-à-dire baignade en eaux douces, sports nautiques sur plans d'eaux, naturels ou aménagés, toujours en eaux douces, pêches en rivière.

Devant cette montée saisonnière d'ailleurs classifiée mais plus marquée depuis quelques années de la leptospirose icterohémorragique que peut-on proposer comme mesures préventives ?

ÉVOQUER LE DIAGNOSTIC

L'incubation est silencieuse, l'étape clinique, hormis les cas patients avec septicémie et manifestations hépatorénales algiques et méningées, est le plus souvent difficile devant un tableau fait de signes isolés, associés ou dissociés de type fébrile, algique, cutané, méningé, icterique, rénal. Tout peut se voir et une fièvre isolée d'origine indéterminée devrait, dans un contexte évocateur, surtout en période estivale et à l'occasion d'activités nautiques ou de baignades en eaux douces ou de stages ruraux, faire penser au diagnostic de leptospirose d'autant plus qu'un début trompeur et peu grave ne permet pas de préjuger d'une évolution forcément favorable.

NOTES

CONFIRMER LE DIAGNOSTIC ET SURVEILLER L'ENVIRONNEMENT

Il importe en effet d'obtenir rapidement une confirmation diagnostique bactériologique ou sérologique non pas tant pour la mise en route du traitement qui sera souvent entrepris avant d'avoir le résultat mais, d'une part pour adapter ce traitement et d'autre part pour entreprendre une enquête épidémiologique à la recherche de nouveaux cas et tenter de trouver l'origine de la contamination. Les études de l'environnement montrent que les eaux douces contiennent des leptospires le plus souvent aquicoles et qu'il n'y a pas pour autant des cas de leptospirose clinique. Il est donc nécessaire de se pencher sur les facteurs favorisant le risque de la maladie, ces facteurs étant très nombreux et d'ordres différents : écologie animale, climatologie, géographie, qualité de l'eau, microbiologie hydrique... La présence de leptospires aquicoles pourrait être en effet un témoin de conditions favorables à la survie de leptospires pathogènes.

ÉDUQUER LE PUBLIC

1° Fréquenter les baignades autorisées, elles sont en effet surveillées tant sur le plan de la sécurité que de la qualité bactériologique des eaux mais les indicateurs recherchés sont des indicateurs de pollution fécale et il est difficile sinon impossible d'effectuer un parallèle entre pollution d'origine fécale et pollution par les leptospires. Toutefois les risques encourus sont plus grands en cas de baignade interdite ou sauvage, l'environnement en particulier animal n'étant pas du tout connu.

2° Inciter les pêcheurs et leurs accompagnants à ne pêcher qu'avec des bottes aussi bien dans l'eau que sur les berges.

3° Éviter le contact avec l'eau en cas de plaies cutanées.

4° Lutter contre les réservoirs animaux en surveillant la population murine, le rat étant le vecteur principal du sérototype *Ictero-hemorragiae*. Prévoir le cas échéant une dératisation.

5° Conseiller à la population, en cas de fièvre survenant en période de baignades ou de sports nautiques ou de pêche en eaux douces, ou moins de quinze jours après, de consulter un praticien de son choix en faisant part de ces activités touristiques.

La vaccination comme prévention du risque lié à des activités de loisir ne peut pas être une attitude systématique mais elle doit être recommandée aux milieux professionnels exposés.

En conclusion, la leptospirose ictero-hémorragique est une maladie sérieuse dont les chances de guérison résident dans un diagnostic précoce et un traitement adapté. Toutefois cette maladie comporte encore beaucoup d'inconnues tant sur le plan du germe lui-même que des conditions pour lesquelles apparaissent la maladie. C'est pourquoi deux régions sensibilisées aux problèmes de la leptospirose, la Lorraine et l'Aquitaine ont entrepris, en coordination avec la Direction Générale de la Santé une étude prospective dont les résultats devraient d'ici quelque temps apporter des lumières nouvelles sur cette maladie qui concerne également les services vétérinaires.

Ce document a été rédigé par le groupe de travail sur la leptospirose : MM. Aubertin, Billaud, Dureux, Mailloux et le bureau I.C. D.G.S.

CIRCULAIRE N° 307 DE LA DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ pour les D.D.A.S.S. et des D.R.A.S.S. concernant la suspension de l'obligation de vaccination antivariolique

La loi n° 84-404 du 30 mai 1984 publiée au *Journal officiel* du 31 mai 1984 a suspendu l'obligation de vaccination antivariolique.

L'article L 5 du Code de la Santé publique maintenait depuis la loi du 2 juillet 1979 l'obligation de revaccination au cours de la onzième et de la vingt-et-unième année pour les sujets déjà vaccinés.

D'autre part l'article L 10 imposait aussi l'obligation de vaccination antivariolique et du maintien de l'immunité par des rappels tous les trois ans pour toute personne qui exerce dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention une activité professionnelle l'exposant à des risques de contamination.

La loi du 30 mai 1984 suspend donc les obligations de vaccination antivariolique et de revaccinations instituées par le premier alinéa de l'article L 5 et par l'article L 10 du Code de la Santé publique.

Le dernier cas de variole a été observé le 26 octobre 1977 en Somalie. Depuis cette date une vigilance sans relâche a été maintenue par l'Organisation mondiale de la santé; aucun cas de variole n'a été constaté.

L'éradication totale de la variole a été proclamée en mai 1980 par la III^e Assemblée mondiale de la santé. Le recul vis-à-vis de l'éradication maintient suffisant a conduit les autorités sanitaires à adopter les dispositions légales à la situation sanitaire mondiale.

Des 159 pays adhérent à l'Organisation mondiale de la santé, seule l'Albanie maintient encore actuellement une vaccination systématique.

Le risque très hypothétique de réapparition de la variole pourrait venir :

- soit de cas de maladie importée, hypothèse qui va à l'encontre de la proclamation officielle d'éradication de l'Organisation mondiale de la santé;
 - soit d'une origine accidentelle à partir d'un laboratoire détenteur de virus variolique mais la France ne possède plus de virus depuis 1978.
- Seuls, deux laboratoires dans le monde conservent du virus variolique. Ces laboratoires ont été choisis et sont constamment contrôlés par l'Organisation mondiale de la santé;
- soit du risque d'utilisation du virus variolique comme arme biologique, hypothèse qui semble peu vraisemblable d'une part à cause de la lenteur d'incubation de la maladie qui permet de prendre les mesures préventives qui s'imposent pour éviter une diffusion épidémique, d'autre part en raison de l'existence même d'une arme préventive, le vaccin, qui peut prendre de vitesse l'infection.

Les risques de la vaccination antivariolique sont actuellement supérieurs au risque de contracter la maladie.

C'est pourquoi a été votée la suspension de l'obligation tout en maintenant en vigueur les dispositions législatives permettant de rendre, le cas échéant, à nouveau obligatoire la vaccination.

Une capacité de production de vaccin sera maintenue pendant cinq ans. Un stock de vaccin de cinq millions de doses sera réparti en plusieurs points du territoire et contrôlé par le ministère chargé de la Santé. Des immunoglobulines (1 500 doses) sont également stockées. Les modalités d'utilisation éventuelles de ces stocks feront l'objet d'instructions complémentaires du ministre chargé de la Santé.

Il n'y a plus désormais aucune raison de vacciner. Je vous demande donc d'arrêter immédiatement la pratique des vaccinations antivarioliques, d'informer au plus tôt le président du Conseil général, les collectivités territoriales, les responsables d'établissements et organismes publics ou privés de soins et de prévention, les responsables d'établissements d'enseignement scolaire, le conseil départemental de l'ordre des médecins, des pharmaciens, les associations de médecins et autres professions de santé, et tous ceux à qui vous croirez faire devoir passer l'information.

Ces crédits ainsi libérés pourraient être utilisés au profit d'autres vaccinations (rougeole, rubéole, tétanos, notamment).

Cas déclarés pour certaines maladies transmissibles

Période du 18 au 24 juin

RÉGIONS	DÉPARTEMENTS	POPULATION EN 1982 (en milliers)	Typhoides et paratyphoides	Shigellose	Méningite à méningocoques	Brucellose	Tétanos	Tuberculose	Toxi-infection alimentaire collective	RÉGIONS	DÉPARTEMENTS	POPULATION EN 1982 (en milliers)	Typhoides et paratyphoides	Shigellose	Méningite à méningocoques	Brucellose	Tétanos	Tuberculose	Toxi-infection alimentaire collective
ALSACE	67 - Rhin (Bas-)	915 676								LIMOUSIN	19 - Corrèze	241 448							
	68 - Rhin (Haut-)	650 732						4			23 - Creuse	139 968							
	Total	1 566 048						4			87 - Vienne (Haute-)	355 737							1
AQUITAINE	24 - Dordogne	377 356						3			Total	737 153							1
	33 - Gironde	1 127 546						9		LORRAINE	54 - M.-et-Mos.	716 846							
	40 - Landes	297 424	1					5			55 - Meuse	200 101							
	47 - Lot-et-Garonne	298 522				1	1	1			57 - Moselle	1 007 189							4
	64 - Pyrénées-Atlan.	555 670									88 - Vosges	395 769							4
	Total	2 656 518	1	1	1	18					Total	2 319 905							
AUVERGNE	03 - Allier	369 580								MIDI - PYRÉNÉES	09 - Ariège	136 443							
	15 - Cantal	162 838									12 - Aveyron	278 654							
	43 - Loire (Haute-)	205 895									31 - Garonne (Hte-)	824 501							1 1
	63 - Puy-de-Dôme	594 365									32 - Gers	174 154							
	Total	1 332 678									46 - Lot	154 533							
BOURGOGNE	21 - Côte-d'Or	473 548									65 - Pyrénées (Htes-)	227 922							
	58 - Nièvre	239 635									81 - Tarn	339 345							
	71 - Saône-et-Loire	571 852					1				82 - Tarn-et-Gar.	190 485							
	89 - Yonne	311 019					5				Total	2 326 037							1 1
	Total	1 596 054					6				59 - Nord	2 520 526							18
BRETAGNE	22 - Côtes-du-Nord	538 869								NORD - PAS-DE-CALAIS	62 - Pas-de-Calais	1 412 413							1
	29 - Finistère	828 364						5			Total	3 932 939							1
	35 - Ille-et-Vilaine	749 764		1				1			14 - Calvados	589 559							2
	56 - Morbihan	590 889								NORMANDIE (BASSE-)	50 - Manche	465 948	1						2 1
	Total	2 707 886		1				6			61 - Orne	295 472							
CENTRE	18 - Cher	320 174									Total	1 350 979	1						2 3
	28 - Eure-et-Loir	362 813						2		NORMANDIE (HAUTE-)	27 - Eure	462 323							10
	36 - Indre	243 191									76 - Seine-Maritime	1 193 039							10
	37 - Indre-et-Loire	506 097									Total	1 655 362							
	41 - Loir-et-Cher	296 220								PAYS DE LA LOIRE	44 - Loire-Atlant.	995 498							
	45 - Loiret	535 669	1					1			49 - Maine-et-Loire	675 321							4
	Total	2 264 164		1				3			53 - Mayenne	271 784							1
	08 - Ardennes	332 338									72 - Sarthe	504 768							1
CHAMPAGNE - ARDENNE	10 - Aube	289 300								PICARDIE	85 - Vendée	483 027							6
	51 - Marne	543 627									Total	2 930 398							
	52 - Marne (Haute-)	210 670									02 - Aisne	533 970							
	Total	1 345 935									60 - Oise	661 781							
CORSE	2 B - Corse (Haute-)	102 800				2				POITOU - CHARENTES	80 - Somme	544 570	1						
	2 A - Corse-du-Sud	127 200									Total	1 740 321	1						
	Total	230 000				2					16 - Charente	340 770							
FRANCHE - COMTÉ	25 - Doubs	477 163									17 - Charente-Mar.	513 220							
	39 - Jura	242 925									79 - Sèvres (Deux-)	342 812							1
	70 - Saône (Haute-)	231 962									86 - Vienne	371 428		1					3
	90 - Terr. de Belfort	131 999					2				Total	1 568 230	1						4
	Total	1 084 049					2			PROVENCE - ALPES - CÔTE D'AZUR	04 - Alpes-Hte-Prov.	119 068							
ÎLE-DE-FRANCE	75 - Paris (Ville)	2 176 243	1	1				56			05 - Alpes (Hautes-)	105 070							2
	77 - Seine-et-Marne	886 918									06 - Alpes-Marit.	881 198							2
	78 - Yvelines	1 196 111									13 - B. du-Rhône	1 724 199							
	91 - Essonne	988 306									83 - Var	708 331							34
	92 - Hauts-de-Seine	1 387 039									84 - Vaucluse	427 343							
	93 - Seine-St-Denis	1 324 301									Total	3 965 209							2 38
	94 - Val-de-Marne	1 193 655									01 - Ain	418 518							1
	95 - Val-d'Oise	920 587									07 - Ardèche	267 970							
	Total	10 073 160	1	1				56			26 - Drôme	389 781							
	11 - Aude	280 686									38 - Isère	936 771							
LANGUEDOC - ROUSSILLON	30 - Gard	530 478									42 - Loire	739 521							7
	34 - Hérault	706 499		1							69 - Rhône	1 445 208							
	48 - Lozère	74 294									73 - Savoie	323 675							
	66 - Pyrénées-Orient.	334 557									74 - Savoie (Haute-)	494 505		1					
	Total	1 926 514		1							Total	5 015 947		1					8
	971 - Guadeloupe									TOTAL DE LA PÉRIODE	1	4	9	5	3	188			
FRANCE OUTRE-MER	972 - Guyane										FRANCE MÉTROPOLITAINE	25 premières semaines de 1984	175	66	483	167	34	5 912	182
	973 - Martinique										TOTAL :	54 334 871							
	974 - Réunion							7			25 premières semaines de 1983	210	92	566	247	50	7 541	409	