

ENQUÊTE

ÉTUDE PROSPECTIVE DE L'INCIDENCE DU MÉLANOME DANS LA RÉGION ÎLE-DE-FRANCE EN 1994

M. BACCARD*, S. HAVARD**, M. SOUQUES***, groupe mélanome de PETRI****

1. INTRODUCTION

L'incidence du mélanome en France n'est pas connue. Des données de pays géographiquement proches (Allemagne, Suisse, Danemark, Angleterre et Écosse) sont disponibles mais il est impossible d'extrapoler ces données à un pays dont l'ensoleillement, les habitudes de vie et les caractéristiques de population (notamment le phototype) sont différents. En France, seuls quelques registres départementaux fournissent des informations sur l'incidence du mélanome. Les dernières estimations publiées de l'incidence en France à partir de ces registres datent de la période 1978-1982 [1].

Nous avons cherché à évaluer l'incidence du mélanome dans la région Île-de-France en 1994, par une enquête prospective dénombant le plus exhaustivement possible les nouveaux cas diagnostiqués par les anatomopathologistes de la région. L'étude avait également pour but d'étudier les caractéristiques cliniques et anatomopathologiques essentielles de ces mélanomes et notamment leurs paramètres pronostiques.

2. MATÉRIEL ET MÉTHODE

Le fichier du Syndicat national des anatomopathologistes français a été utilisé pour contacter par courrier les anatomopathologistes des laboratoires publics et privés de la région Île-de-France. Les modalités de l'étude ont été approuvées par la Commission nationale informatique et libertés. Chaque exérèse de mélanome cutané primitif réalisée entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 1994 pour un malade habitant en Île-de-France devait faire l'objet d'une déclaration anonyme.

Les renseignements demandés concernaient les données démographiques (âge, sexe, confirmation de la domiciliation dans la région Île-de-France) et les caractéristiques du mélanome (localisation anatomique, type anatomoclinique, indice de Breslow, niveau de Clark, présence ou non de signes histologiques de régression). Ces renseignements étaient volontairement limités pour que la charge de travail supplémentaire imposée aux anatomopathologistes soit compatible avec la déclaration de tous les cas diagnostiqués.

Nous avons reçu 1 300 fiches de déclaration de 35 laboratoires différents. 193 fiches ont été éliminées pour des motifs variés (domiciliation inconnue pour 57 cas, domiciliation en dehors de l'Île-de-France pour 22 cas, biopsie d'un mélanome pour 57 cas, mélanome déjà déclaré par un autre laboratoire pour 31 cas, erreurs de déclaration variées pour 26 cas). 1 107 fiches étaient analysables. Nous n'avons pas tenu compte des 18 mélanomes de Dubreuilh sans mélanome invasif qui nous ont été déclarés et l'analyse porte donc sur 1 089 mélanomes.

Les laboratoires ont déclaré entre 1 et 346 mélanomes. 3 laboratoires sont à l'origine de 63,1 % des déclarations. 10 laboratoires (tous spécialisés en anatomie pathologique dermatologique) sont à l'origine de 92,3 % des déclarations.

Les données ont été analysées par le logiciel EPI-INFO version 5 (CDC Atlanta). Le test Chi 2 a été utilisé pour les comparaisons de pourcentage et le test H de Krus Kal-Wallis pour les comparaisons moyennes.

3. RÉSULTATS

Le 1^{er} janvier 1994, la population d'Île-de-France était estimée à 10 966 000 habitants [2]. L'incidence du mélanome en Île-de-France en 1994 est donc de 9,93 cas pour 100 000 habitants. L'incidence du mélanome invasif (niveau II à V) est de 8,62 cas pour 100 000 habitants.

Le sexe est connu pour 1 086 mélanomes : il y avait 404 hommes (37,2 %) et 682 femmes (62,8 %). L'incidence du mélanome est de 7,6 pour 100 000 hommes et de 12,1 pour 100 000 femmes. Celle du mélanome invasif est de 6,5 pour 100 000 hommes et de 10,5 pour 100 000 femmes.

L'âge est connu pour 1 064 mélanomes (âge moyen : 49,4 ans pour les hommes et 46,9 pour les femmes, extrêmes : 2 à 94 ans). La médiane de l'âge selon le sexe est de 49 ans pour les hommes et 44 pour les femmes montrant que le diagnostic est fait à un âge plus jeune chez la femme ($p = 0,004$).

Les mélanomes se répartissent en 83 % de mélanomes superficiels extensifs (MSE), 7,6 % de mélanomes nodulaires, 2,6 % de mélanomes acrolentigineux, 4,2 % de mélanomes invasifs sur mélanose de Dubreuilh et 2,6 % jugés inclassables dans ces catégories.

La localisation est connue pour 1 073 mélanomes : tronc 37,1 %, membres inférieurs (sans les pieds) 31,8 %, membres supérieurs (sans les mains) 12,1 %, pieds 6,2 %, mains 0,5 %, ongles 0,6 %, organes génitaux externes 0,7 %, fesses 0,7 %, cuir chevelu 0,3 %, face et cou 10,1 %.

Le niveau de Clark est connu pour 1 083 mélanomes : I (c'est-à-dire mélanome *in situ*) : 12,7 %, II (48,5 %), III (22,7 %), IV (14 %), V (2,1 %).

L'indice de Breslow est connu pour 1 088 mélanomes. Les mélanomes se répartissent en 12,7 % de niveau I dont l'épaisseur n'a pas été mesurée, 52,2 % de mélanomes d'épaisseur inférieure à 0,75 mm, 18,2 % d'épaisseur comprise entre 0,75 et 1,49 mm, 10,6 % d'épaisseur comprise entre 1,5 et 2,99 mm et 6,4 % d'épaisseur égale ou supérieure à 3 mm.

Pour les 940 mélanomes de l'adulte (> 15 ans) de niveau II à V et dont l'épaisseur est connue, l'épaisseur moyenne est de 1,19 mm (extrêmes : 0,1 et 70 mm). Elle est de 1,38 mm pour les hommes et de 1,08 pour les femmes. L'épaisseur médiane est de 0,59 mm, très inférieure à la moyenne en raison de quelques mélanomes d'épaisseur très élevée. Cette valeur médiane reflète mieux l'épaisseur habituelle des mélanomes que la valeur moyenne, comme l'indique par exemple chez les femmes le fait que plus de 75 % des mélanomes ont une épaisseur inférieure à l'épaisseur moyenne (tabl. 1).

* Service de dermatologie (P^r Morel), hôpital Saint-Louis, 75010 Paris.

** Service de dermatologie (P^r Escande), hôpital Tarnier, 75006 Paris.

*** Service de prévention et de dépistage des tumeurs de la ville de Paris, 44, rue Charles-Moreau, 75013 Paris.

**** K. Zimmer, G. Dubois, E. Martin. Prévention et épidémiologie des tumeurs en région Île-de-France, 44, rue Charles-Moreau, 75013 Paris.

Tableau 1. – Indice de Breslow en mm. Mélanomes de l'adulte (> 15 ans)

	Clark I	Clark II-V			
		Moyenne	25 ^e p	Médiane	75 ^e p
	%				
Hommes	13,4	1,38	0,40	0,69	1,50
Femmes	12,2	1,08	0,32	0,52	1,00
H + F	12,6	1,19	0,35	0,59	1,12

Les 13 cas de mélanome de l'enfant ont fait l'objet d'une étude séparée. Il s'agissait de 5 garçons et 8 filles représentant 1,2 % des 1 089 mélanomes. Il y avait 11 MSE et 2 mélanomes nodulaires. 5 mélanomes étaient situés sur le tronc et 8 sur les cuisses ou les jambes. 2 mélanomes étaient de niveau I, 7 de niveau II, 2 de niveau III, 1 de niveau IV et 1 de niveau V. 10 mélanomes avaient une épaisseur inférieure à 0,75 mm et 3 une épaisseur $\geq 0,75$ mm avec des extrêmes de 0,33 à 10 mm. Les données enregistrées ne permettent pas de connaître la fréquence d'un nævus congénital sous-jacent.

4. DISCUSSION

Le diagnostic anatomopathologique du mélanome est parfois difficile et une vérification par un groupe d'experts est souvent décidée dans le cadre d'études « protocolées » pour le confirmer. Cette relecture nous a paru être impossible à réaliser du fait du surcroît de travail imposé aux anatomopathologistes, qui aurait conduit à une sous-évaluation nette du nombre de cas déclarés. Elle ne nous paraît pas non plus indispensable pour ce type d'étude car nous avons cherché à évaluer l'incidence du mélanome dans les conditions habituelles de son diagnostic, conditions qui n'incluent pas la relecture par un groupe d'experts. Aucune vérification du diagnostic anatomopathologique n'avait d'ailleurs été pratiquée lors de l'évaluation de l'incidence du mélanome en France pendant la période 1978-1982 [1]. Il faut souligner que la pratique spontanée d'une relecture des lames de diagnostic difficile par d'autres anatomopathologistes est habituelle. Cette relecture a donné lieu à des doubles déclarations qui ont pu être repérées par la suite malgré l'anonymat, grâce à des vérifications manuelles et informatiquées des caractéristiques cliniques et anatomopathologiques des mélanomes. Le fait que 92,3 % des déclarations ont été faites par des anatomopathologistes spécialisés en dermatologie nous paraît être un gage supplémentaire de la qualité du diagnostic de mélanome dans cette étude.

Le taux national d'incidence du mélanome invasif pour la période 1978-1982 a été estimé par Laplanche et coll. à partir de l'incidence observée dans 4 départements possédant un registre du cancer (Bas-Rhin, Calvados, Doubs et Isère) à 2,8 pour 100 000 hommes et 6,2 pour 100 000 femmes, ce qui donne en chiffres absolus une estimation de 2 400 cas incidents par an [1]. Par rapport à cette étude, l'incidence en Île-de-France en 1994 est donc 2,32 fois plus élevée chez les hommes et 1,69 fois plus élevée chez les femmes.

5. CONCLUSION

Cette étude repose sur une déclaration volontaire et ne peut donc prétendre à l'exhaustivité. Les chiffres que nous rapportons reflètent donc l'incidence minimale du mélanome en Île-de-France en 1994. Ils sont proches de l'incidence observée dans 4 comtés anglais en 1992 [3] et dans le département français du Haut-Rhin entre 1991 et 1994 [4]. Ils restent très éloignés des chiffres record enregistrés dans l'état australien du Queensland (55,81 mélanomes invasifs pour 100 000 hommes et 42,89 pour 100 000 femmes en 1987) [5]. L'incidence du mélanome invasif a augmenté de plus de la moitié pour les femmes et a doublé pour les hommes dans l'état du Queensland entre 1980 et 1987 [5]. En revanche, elle est restée stable (voire a diminué pour les femmes) en Angleterre entre 1988 et 1992 [3].

MERCIEMENTS

Nous remercions tous les anatomopathologistes de la région Île-de-France, sans qui cette étude n'aurait pu être réalisée.

RÉFÉRENCES

- [1] LAPLANCHE A., BENHAMOU E. – Estimation de l'incidence des cancers en France. – *Bull. Cancer* 1991; 78 : 405-414.
- [2] Estimations de la population en Île-de-France en 1994. – Source : INSEE.
- [3] NEWTON J. N., REDBURN J. – Incidence of melanoma in four English counties, 1989-1992. – *Br. Med. J.* 1995; 310 : 502-503.
- [4] BUEMI A., HALNA J.M., GRANDADAM M. – Registre des cancers du Haut-Rhin. Mulhouse, France.
- [5] Mc LENNAN R., GREEN A.C., McLEOD G.R.C., MARTIN N.G. – Increasing incidence of cutaneous melanoma in Queensland, Australia. – *J. Natl Cancer Inst.* 1992; 84 : 1427-32.

LE POINT SUR...

ÉVOLUTION RÉCENTE DE LA MORTALITÉ PAR SUICIDE EN FRANCE (1985-1994)

F. HATTON*, F. FACY**, A. LETOULLEC*

Sur une période de 10 ans (1985-1994), de nettes variations du nombre annuel de suicides sont observées. Aux environs de 12 500 en 1985, ce nombre diminue jusqu'en 1990 (11 400). À partir de 1991, la tendance s'inverse, plus de 12 000 suicides étant enregistrés en 1993 et 1994.

Au-delà de la lecture globale de ces évolutions, des questions se posent quant à l'uniformité des groupes de sujets qui constituent la population, dans le prolongement des analyses sociologiques des comportements suicidaires, menées par Durkheim [1]. Les problématiques des groupes d'âge différents sont-elles reflétées par des évolutions différentes en terme de mortalité par suicide ?

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'étude porte sur les données de la statistique nationale des causes de décès en France, statistique élaborée par l'INSERM à partir des certificats médicaux de décès. Sont dénombrés dans cette statistique tous les suicides mentionnés sur les certificats de décès (le suicide est toujours codé en cause principale de décès). Sont étudiés les sujets âgés d'au moins 10 ans, aucun suicide n'étant enregistré, par convention, avant cet âge. 4 groupes d'âge sont distingués : adolescents et jeunes adultes de 10 à 29 ans, adultes de 30 à 49 ans et de 50 à 69 ans, personnes âgées de 70 ans et plus.

Pour l'ensemble des sujets, comme au sein de chaque groupe d'âge, l'analyse prend en compte les taux comparatifs, indicateurs éliminant l'influence éventuelle des différences de structure par âge des populations concernées. Ces taux de décès sont lissés sur une période de 3 ans encadrant l'année étudiée (pour la fin de la période sont retenues les 2 dernières années). Ce lissage diminuant les effets d'éventuelles variations aléatoires ou accidentelles permet de mieux apprécier la tendance durable des évolutions.

RÉSULTATS

Durant ces 10 dernières années, la mortalité par suicide présente les caractéristiques générales décrites antérieurement par d'autres auteurs [2, 3, 4] : nette surmortalité masculine et augmentation de la fréquence du suicide avec l'âge.

Les taux comparatifs calculés pour l'ensemble de la population confirment la tendance observée pour le nombre de suicides depuis une dizaine d'années : décroissance de 1985 à 1991 (le taux passant de 26 à 23 pour 100 000 habitants), puis changement de tendance avec une augmentation jusqu'en 1994, les taux restant toutefois nettement inférieurs au maximum de 1986 (tabl. 1).

Ces tendances évolutives varient cependant en fonction du sexe et de l'âge. Ainsi, après avoir diminué d'environ 10 % à partir de 1985, les taux masculins augmentent de plus de 3 % de 1991 à 1994. Chez les femmes, pendant la première période la décroissance est un peu plus marquée que chez les hommes, puis à partir de 1991 les taux stagnent aux environs de 12. Il résulte de ces différences tendancielle que la surmortalité masculine par suicide augmente à la fin de la période d'observation : égale à 2,9 au début, elle dépasse 3,1 en 1993 et 1994.

L'évolution diffère de manière encore plus nette selon l'âge. À la fin des années quatre-vingt, la décroissance touche les 4 groupes d'âge étudiés ; elle est toutefois relativement faible chez les adultes de 30 à 49 ans. C'est surtout à partir de 1991 que les tendances évolutives divergent : augmentation nette du suicide chez les moins de 50 ans, et, au contraire poursuite de la décroissance pour les 2 autres groupes (tabl. 1). Ces tendances sont particulièrement nettes pour le sexe masculin. Le rapport de chaque taux annuel à celui observé en 1985 pour chacun des groupes étudiés rend bien compte de ces différences (fig. 1) : évolution contrastée chez les hommes avec une diminution régulière après 50 ans alors que dans les 2 premiers groupes, 10 à 29 ans, et 30 à 49 ans, un fort accroissement survient à partir de l'année 1991 ; la fréquence du suicide devient alors supérieure à celle observée en 1985 chez les sujets de 30 à 49 ans. Chez les femmes le phénomène est moins marqué bien que l'augmentation soit nette chez les moins de 30 ans. Mais quel que soit l'âge, les taux restent toujours inférieurs à ceux de 1985.

Tableau 1. - Évolution du suicide en France de 1985 à 1994

Année	Total des suicides	Taux comparatif lissé						
		Sexe			Âge			
		Total	Masculin	Féminin	10-29 ans	30-49 ans	50-69 ans	70 ans et plus
1985	12 501	26,3	41,4	14,2	11,2	26,3	34,0	55,0
1986	12 529	26,1	41,0	14,2	10,8	26,4	33,5	54,7
1987	12 161	25,3	39,7	13,8	10,2	26,2	32,2	52,7
1988	11 599	24,5	38,5	13,3	10,0	25,7	30,6	51,0
1989	11 715	23,7	37,5	12,7	9,8	22,1	29,6	48,9
1990	11 403	23,4	37,0	12,5	9,8	24,9	29,1	47,5
1991	11 502	23,1	36,7	12,1	9,5	25,2	28,6	46,2
1992	11 644	23,5	37,1	12,3	10,1	26,1	28,3	45,5
1993	12 251	23,7	37,8	12,1	10,3	26,8	28,2	45,1
1994	12 041	23,9	38,3	12,2	10,7	27,2	28,2	45,0

Pourcentage de variation*								
1991 à 1985	- 8	- 12	- 11	- 15	- 16	- 4	- 16	- 16
1994 à 1985	5	3	4	0	13	8	- 1	- 3

* Pourcentage de variation 1991 à 1985 = (taux 1991 - taux 1985)/taux 1985.
 * Pourcentage de variation 1994 à 1985 = (taux 1994 - taux 1985)/taux 1985.

L'augmentation du suicide observée au début de la décennie 1990 concerne ainsi essentiellement les jeunes adultes. Elle est particulièrement frappante pour les hommes de 30 à 49 ans d'autant plus que ce groupe d'âge n'avait pas montré la même décroissance à la fin des années quatre-vingt.

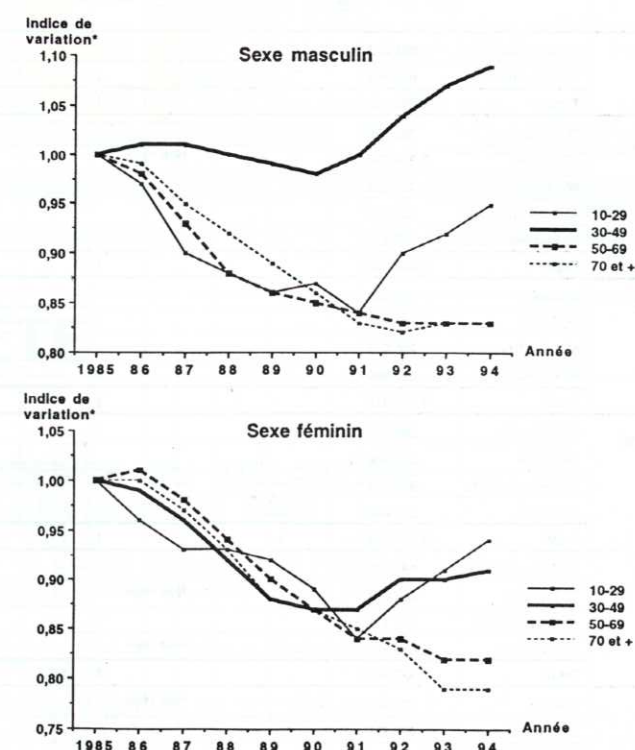
DISCUSSION

L'augmentation de fréquence observée dans la Statistique nationale peut-elle s'expliquer par certains biais d'enregistrement ? Cette question doit être posée, en particulier pour les suicides dont certains restent méconnus du fait de la non-déclaration des cas par les instituts médico-légaux ou de l'imprécision de la certification médicale.

Informations transmises par les instituts médico-légaux

Si, pour une mort considérée comme « suspecte » entraînant une investigation médico-légale, le certificat médical n'est pas transmis à l'INSERM, le décès est alors codé en « cause non déclarée ». La fréquence de ces cas est donc un bon indicateur de la non-transmission d'information par les instituts médico-légaux. À partir des résultats d'études spécifiques, l'une réalisée à Lyon en 1986 [5], l'autre conduite à l'institut médico-légal de Paris en 1990 [6], on peut déduire que la sous-estimation résultant de la méconnaissance de ces causes médico-légales concerne 10 à 20 % des suicides. Observe-t-on à partir de 1991 chez les sujets de moins de 50 ans, parallèlement à l'augmentation des suicides, une diminution de la fréquence des décès de cause non déclarée ? L'analyse des différences observées à cet égard entre 1994 et 1991, montre une augmentation du taux correspondant chez les hommes de 30 à 49 ans. En revanche pour les jeunes hommes de 10 à 29 ans, ainsi que pour les femmes, est observée une légère diminution ; elle est toutefois moins importante que l'augmentation correspondante des suicides.

Figure 1. - Tendances évolutives des taux de suicides de 1985 à 1994



* Indice de variation = taux comparatif lissé de suicides de l'année considérée / taux comparatif lissé de 1985

Certification médicale

Dans certains cas le médecin déclare le « mode » de la mort (noyade, coup de feu...) sans préciser s'il s'agit d'un décès intentionnel ou accidentel. Le décès est alors codé à la rubrique « Traumatismes d'intention indéterminée ». La fréquence de cette rubrique s'est peu modifiée de 1991 à 1994. On peut au contraire noter une augmentation pour les décès masculins de 30 à 49 ans, groupe le plus concerné par l'accroissement du suicide. Enfin certains médecins certificateurs pourraient déclarer les suicides de mieux en mieux, au lieu de masquer le décès intentionnel en mentionnant toute autre affection précise (Sida, accident, cancer...). Il serait toutefois étonnant, si tel était le cas, que cette amélioration ne concerne que certains groupes de population, en particulier les moins de 50 ans, et pas les autres.

On est donc en droit de penser que l'accroissement du suicide chez les jeunes reflète bien une réalité, ceci d'autant plus qu'il s'agit d'une période de la vie où ne manquent pas les facteurs médicaux, sociaux et psychologiques susceptibles d'influencer le comportement individuel, ne serait-ce que les difficultés actuelles d'insertion professionnelle au niveau de l'adaptation sociale ou l'infection par le V.I.H. au niveau de la santé.

RÉFÉRENCES

- [1] DURKHEIM E. - **Le suicide**. - Paris, Presses universitaires de France, 1976; 469 p.
- [2] FACY F., MICHEL E., PHILIPPE A., HATTON F. - **Mortalité par suicide**. - In : *Psychiatrie et santé mentale*, SESI, La documentation française; 17 : 143-57.
- [3] DAVIDSON F., CHOQUET M. - **Le suicide de l'adolescent. Étude épidémiologique**. - Les Éditions ESF 1981; 135 p.
- [4] DEBOUT M. - **Le suicide**. - Étude présentée par la Section des Affaires sociales. Conseil économique et social, 6 juillet 1993; 1-95.
- [5] PHILIPPE A. **Apport d'un institut médico-légal à la mesure du suicide dans un département**. - *Journal de Médecine de Lyon*, 1986; 1421 : 321-23.
- [6] LÉCOMTE D., HATTON F., RENAUD G., LE TOULLEC A. - **Les suicides en Île-de-France chez les sujets de 15 à 44 ans**. - Résultats d'une étude coopérative. - *B.E.H.* 1994; 2 : 5-6.

* Service d'information sur les causes médicales de décès - SC 8 de l'INSERM.

** Unité de recherche psychopathologie et pharmacologie des comportements - U 302 de l'INSERM.

Données provisoires non validées

RÉGIONS	DÉPARTEMENTS	POPULATION EN 1992	Typho./Paratypho.	SIDA	Méningite à méningocoques	Brucellose	Tétanos	Tuberculose	T.I.A.C.	Botulisme	Légionellose	Poliomyélite	RÉGIONS	DÉPARTEMENTS	POPULATION EN 1992	Typho./Paratypho.	SIDA	Méningite à méningocoques	Brucellose	Tétanos	Tuberculose	T.I.A.C.	Botulisme	Légionellose	Poliomyélite		
ALSACE	67 Rhin (Bas-)	961 020		2									LIMOUSIN	19 Corrèze	236 744												
	68 Rhin (Haut-)	681 443						1						23 Creuse	128 729											1	
	Total	1 642 463		2					1			2			87 Vienne (Haute-)	353 070	1	2									2
AQUITAINE	24 Dordogne	388 669						1					LORRAINE	54 Meurthe-et-Mos.	708 658												
	33 Gironde	1 234 434												55 Meuse	194 713											1	
	40 Landes	315 605												57 Moselle	1 009 645											1	
	64 Pyrénées-Atlant.	589 415												88 Vosges	383 192												
	Total	2 834 068							1					Total	2 296 208												2
AUVERGNE	03 Allier	355 438											MIDI-PYRÉNÉES	09 Ariège	136 867												
	15 Cantal	157 984						1						12 Aveyron	268 606											1	
	43 Loire (Haute-)	206 010												31 Garonne (Hte-)	955 113												
	63 Puy-de-Dôme	597 985						2						32 Gers	174 579												
	Total	1 317 417							3					46 Lot	157 679			1									1
BOURGOGNE	21 Côte-d'Or	500 742						1	1				NORD-PAS-DE-CALAIS	59 Nord	2 540 359												
	58 Nièvre	231 826												62 Pas-de-Calais	1 438 839											1	
	71 Saône-et-Loire	557 316												Total	3 979 198											1	
	89 Yonne	327 656		1										14 Calvados	625 665												
Total	1 617 540			1				1	1			NORMANDIE (BASSE-)	50 Manche	482 457												1	
BRETAGNE	22 Côtes-d'Armor	539 508												61 Orne	295 199												
	29 Finistère	839 663												Total	1 403 321												1
	35 Ille-et-Vilaine	816 111						3	1				NORMANDIE (HAUTE-)	27 Eure	525 253											1	
	56 Morbihan	627 919												76 Seine-Maritime	1 229 154		1	1								2	
Total	2 823 201							3	1			Total		1 754 407		1	1									3	
CENTRE	18 Cher	322 945											PAYS DE LA LOIRE	44 Loire-Atlant.	1 071 359												
	28 Eure-et-Loir	400 317												49 Maine-et-Loire	713 790												
	36 Indre	237 996						1						53 Mayenne	281 277											2	
	37 Indre-et-Loire	538 680		1										72 Sarthe	518 117	1	2									1	
	Total	2 401 288			2	1			4					85 Vendée	520 680												3
CHAMPAGNE-ARDENNE	08 Ardennes	295 784						1					PICARDIE	02 Aisne	540 247												
	10 Aube	292 066						2						60 Oise	748 150			5								3	
	51 Marne	559 974												80 Somme	552 766											1	
	Total	1 350 460							3					Total	1 841 163			5								3	
CORSE	2 A Corse-du-Sud	119 427											POITOU-CHARENTES	16 Charente	342 301			1								2	
	2 B Corse (Haute-)	132 675												17 Charente-Mar.	538 607			1								1	
	Total	252 102												79 Sèvres (Deux-)	346 228			2									
FRANCHE-COMTÉ	25 Doubs	490 637											PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	04 Alpes-Hte-Prov.	133 745												
	39 Jura	251 790												05 Alpes (Hautes-)	115 850												
	70 Saône (Haute-)	229 790												06 Alpes-Marit.	994 940												
	90 Terr. de Belfort	136 111												13 B.-du-Rhône	1 784 855			5									
	Total	1 108 328												83 Var	849 740	1	1										2
ÎLE-DE-FRANCE	75 Paris (Ville)	2 155 137		10				21		1			RHÔNE-ALPES	01 Ain	487 431												
	77 Seine-et-Marne	1 130 058												07 Ardèche	279 793												
	78 Yvelines	1 339 661						2						26 Drôme	420 543												1
	91 Essonne	1 117 764		4				13						38 Isère	1 038 241			2									7
	92 Hauts-de-Seine	1 402 837						9						42 Loire	748 003			1									2
	93 Seine-St-Denis	1 403 136		11	1			33						69 Rhône	1 527 264												6
	Total	10 861 938			25	1			90					73 Savoie	363 413												
LANGUEDOC-ROUSSILLON	11 Aude	303 694						1	1				TOTAL DE LA SEMAINE FRANCE MÉTROPOLITAINE	74 Savoie (Haute-)	596 392												
	30 Gard	598 897												Total	5 461 080	3	56	4	1	151	7	3					
	34 Hérault	823 589												FRANCE MÉTROPOLITAINE	28 premières semaines de 1996	55	2 733	207	45	17	4 196	137	16	41			
	48 Lozère	72 724													28 premières semaines de 1995	103	2 871	195	57	11	4 601	131	6	39			
	66 Pyrénées-Orient.	372 622													Total :	57 373 641											
Total	2 171 466							1	1																		
FRANCE OUTRE-MER	971 Guadeloupe	407 485											FRANCE MÉTROPOLITAINE	28 premières semaines de 1996	55	2 733	207	45	17	4 196	137	16	41				
	972 Martinique	370 756						5						28 premières semaines de 1995	103	2 871	195	57	11	4 601	131	6	39				
	973 Guyane	131 136	1	6										Total :	57 373 641												
	974 Réunion	595 839		1				2																			
Total	1 505 216	1	7					7																			