

## SITUATION EN FRANCE

- Surveillance de la grippe : renseignements communiqués pour la période du 20 au 27 janvier 1985 par les laboratoires de :

AGENTS	FRANCE NORD				FRANCE SUD			
	Isolé- ment	Conver- sion	Titres élevés	Nombre de malades	Isolé- ment	Conver- sion	Titres élevés	Nombre de malades
Grippe A	7	3	9	659	-	1	4	747
Grippe B	1	-	3	659	-	-	8	-
Grippe C	-	1	-	134	-	-	-	-
Paramyxoïde 1	-	1	1	555	-	1	11	858
Paramyxoïde 2	-	1	1	541	-	-	-	-
Paramyxoïde 3	-	5	10	654	1	1	25	-
Virus respiratoire syncytial	44	4	12	630	8	10	33	-
Adénovirus	5	3	18	676	1	-	25	-
Ornithose Psittacose	1	1	5	666	-	1	6	-
Mycoplasma pneumoniae	1	5	29	775	-	-	24	-
Fiebre Q	-	-	2	372	-	-	-	-

En France, il existe une importante activité du virus de la grippe, surtout dans la région parisienne : en témoignent les isolements et les conversions sérologiques, mais sont également de bons indicateurs les consultations médicales, l'absentéisme.

Une poussée épidémique a commencé depuis la deuxième semaine de janvier.

D'autres infections respiratoires, à virus respiratoire syncytial ou à mycoplasma pneumoniae, sont en augmentation.

**Surveillance de la population.** — Clientèle des médecins généralistes : 19,5 % de syndromes respiratoires.

### A l'étranger :

**Au Canada et aux États-Unis,** la grippe a fait son apparition ; aux États-Unis, une mortalité par pneumonie grippale a dépassé le niveau non épidémique pour la première fois depuis l'hiver 1980. C'est surtout le virus A ( $H_3N_2$ ) qui est mis en cause.

Ailleurs, selon le *Relevé épidémiologique hebdomadaire* (R.E.H.) de l'O.M.S., n° 6 de 1985, la situation est la suivante :

**République démocratique allemande** (23 janvier 1985). — L'incidence des maladies respiratoires aiguës et des affections de type grippal a nettement augmenté pour atteindre des niveaux épidémiques dans plusieurs districts. Des poussées isolées ont été signalées chez des enfants d'âge préscolaire et scolaire. Le virus A ( $H_3N_2$ ) a été isolé à partir de deux poussées épidémiques, à Berlin et à Magdebourg, ainsi que chez un cas sporadique à Berlin.

**République fédérale allemande** (31 janvier 1985). — Des cas sporadiques d'affections d'allure grippale ont été notifiés chez des enfants des écoles et des jardins d'enfants de Basse-Saxe depuis la mi-janvier. 20 souches de virus A ( $H_3N_2$ ) ont été isolées.

**Suisse** (5 février 1985). — Les notifications hebdomadaires de cas d'affections de type grippal ont augmenté graduellement au cours du mois de janvier. Quelques souches du virus A, sous-types  $H_3N_2$  et  $H_1N_1$ , ont été isolées la semaine dernière à Lausanne chez des cas sporadiques et lors de poussées localisées.

**Royaume-Uni** (2 février 1985). — Quelques poussées d'affections de type grippal ont été signalées dans des écoles d'Angleterre. Des virus A ( $H_3N_2$ ) isolés dans une école ont été examinés et se sont révélés antigéniquement semblables à A/Philippines/2/82. Des virus de la grippe B ont été isolés dans une autre école et se sont révélés proches de B/USSR/100/83. En outre, quelques virus de la grippe A ont été isolés sur des cas sporadiques, essentiellement des jeunes. Tous appartenaient au sous-type  $H_3N_2$ .

● Une **toxi-infection alimentaire** collective est signalée à Paris, dans un établissement d'enseignement. 75 sujets, dont une dizaine d'adultes ont présenté une diarrhée et des vomissements sans fièvre quelques heures après le repas supposé contaminant et servi à 360 personnes. La composition du menu était la suivante : couscous avec sauce aux tomates et aux poivrons, tranches de pain de viande hachée, prunes au sirop. L'analyse bactériologique de la viande hachée a montré un nombre anormalement élevé de germes anaérobies sulfitoréducteurs.

## SITUATION INTERNATIONALE

### SITUATION DU S.I.D.A. AU 1<sup>er</sup> JANVIER 1985

#### I. SITUATION NATIONALE

L'enquête mise en place en mars 1982 par la Direction générale de la Santé permettait de recenser 260 cas de S.I.D.A. au 1<sup>er</sup> janvier 1985. Ces cas correspondent à la définition proposée par le Center for Disease Control d'Atlanta (États-Unis), et adoptée par l'Organisation Mondiale de la Santé.

Ils ne représentent que la partie la plus aisément identifiable de l'ensemble des manifestations

pathologiques liées au virus L.A.V. responsable du S.I.D.A.

Depuis le 15 octobre 1984 (voir *B.E.H.* n° 41/1984), 39 nouveaux cas ont été recensés, soit une augmentation de 4 cas par semaine. 142 cas ont été diagnostiqués en 1984 (chiffres provisoires compte tenu du délai de déclaration), ce qui représente une augmentation de 100 % par rapport à 1983 (73 cas déclarés).

90 % des cas ont été rapportés par des services hospitaliers de la région parisienne. Les 10 % restant (26 cas) ont été rapportés dans 18 villes diffé-

rentes : Bordeaux, Lyon, Besançon, Dijon, Nice, Nantes, Toulouse, Brest, Bar-le-Duc, Poitiers, Montpellier, Saint-Étienne, Tours, Grenoble, Le Mans, Limoges, Lille et Marseille. Ces pourcentages sous-estiment, en faveur de la région parisienne, la situation du S.I.D.A. dans les autres régions. Il arrive que des patients résident dans ces régions soient transférés dans des services hospitaliers parisiens où la déclaration des cas est effectuée.

Les principales caractéristiques des cas recensés sont données dans les tableaux suivants (tableaux 1, 2, 3).

Tableau 1. — Répartition des cas, par catégories diagnostiquées et mortalité associée

	Nombre de cas	Pourcentage	Décès (1)	Pourcentage
Infections opportunistes (I.O.) . . . . .	157	60	80	51
Sarcome de Kaposi (S.K.) . . . . .	61	23	10	16
S.K. + I.O. . . . .	40	15	25	62
Autres (2) . . . . .	2	1	1	50
<b>Total . . . . .</b>	<b>260</b>	<b>100</b>	<b>116</b>	<b>45</b>

(1) Ces chiffres, qui ne tiennent pas compte du temps de suivi sous-estiment la mortalité liée au S.I.D.A. 55 % des cas ont été rapportés depuis moins d'un an.

L'estimation des taux de survie, par la méthode actuarielle, donne les résultats suivants à 24 mois : environ 80 % pour le sarcome de Kaposi isolé, 20 % pour les infections opportunistes, proche de 0 pour les Kaposi associés à une ou plusieurs infections opportunistes.

(2) 2 cas de leucoencéphalite multifocale progressive.

Tableau 2. — Répartition par âge et par sexe

	Hommes	Femmes	Total	Pourcentage
0-11 mois . . . . .	2	1	<b>3 (1)</b>	1
1-4 ans . . . . .	—	—	—	—
5-9 ans . . . . .	—	—	—	—
10-14 ans . . . . .	2	—	<b>2 (2)</b>	1
15-19 ans . . . . .	1	—	<b>1</b>	1
20-29 ans . . . . .	37	12	<b>49</b>	19
30-39 ans . . . . .	130	7	<b>137</b>	53
40-49 ans . . . . .	50	2	<b>52</b>	20
50-59 ans . . . . .	13	1	<b>14</b>	5
+ de 60 ans . . . . .	2	—	<b>2</b>	1
<b>Total (et pourcentage) . . . . .</b>	<b>237 (91%)</b>	<b>23 (9%)</b>	<b>260</b>	<b>100</b>

(1) Les 3 cas d'enfants de moins d'un an correspondent à un enfant haïtien dont les 2 parents sont atteints du S.I.D.A., un enfant zairois dont la mère est également atteinte et un enfant français, de père zairois.

(2) Les 2 cas correspondent à 2 patients hémophiles.

Tableau 3. — Répartition selon les groupes à risque identifiés et l'origine des patients (nationalité)

	Français	Haïtiens	Africains (1)	Autres (2)	Total	Pourcentage
Homosexuels masculins . . . . .	160	2	4	10	<b>176</b>	68
Hémophiles . . . . .	2	—	—	—	<b>2</b>	1
Toxicomanes . . . . .	3	—	—	—	<b>3</b>	1
Receveurs de transfusions sanguines . . . . .	2	—	—	1	<b>3</b>	1
Pas de facteurs de risque connus :						
— hommes . . . . .	12	14	26	2	<b>54</b>	21
— femmes . . . . .	5	4	13	—	<b>22</b>	8
<b>Total (et pourcentage) . . . . .</b>	<b>184 (71 %)</b>	<b>20 (8 %)</b>	<b>43 (16 %)</b>	<b>13 (5 %)</b>	<b>260</b>	<b>100</b>

(1) Zaire : 19, Congo : 11, Gabon : 2, Mali : 2, Cameroun : 2, Madagascar : 1, Cap-Vert : 1, Algérie : 1, Centrafrique : 1, Sénégal : 1, Egypte : 1, Tchad : 1.

(2) Royaume-Uni : 4, U.S.A. : 1, Roumanie : 1, Espagne : 1, Pérou : 1, Pakistan : 1, Allemagne : 1, Suisse : 1, Italie : 1, Portugal : 1.

R.F.A. : Robert Koch Institute, Berlin.

Royaume-Uni : Communicable Disease Surveillance Centre, London.

Suède : National Bacteriological Laboratory, Stockholm.

Suisse : Office fédéral de la Santé publique, Berne.

Tchécoslovaquie : Institut de Virologie, Bratislava.

(1) Texte établi d'après le rapport n° 4 sur la surveillance du S.I.D.A. en Europe, Centre collaborateur de l.O.M.S. sur le S.I.D.A., Paris.

(2) Ces sources sont les suivantes :

Autriche : Federal Ministry of Health and Environmental Protection, Vienne.

Belgique : Conseil supérieur de l'Hygiène publique, ministère de la Santé, Bruxelles.

Danemark : Statens Serum Institute, Copenhague.

Espagne : Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.

Finlande : Institute of Biomedical Sciences, Tampere.

France : Direction générale de la Santé, Paris.

Grèce : Ministère de la Santé, Athènes.

Islande : General Direction of Public Health, Reykjavik.

Italie : Istituto Superiore di Sanità, Rome.

Norvège : National Institute of Public Health, Oslo.

Pays-Bas : Staatstoezicht op de Volksgezondheid, Leidenfendam.

Pologne : National Institute of Hygiene, Varsovie.

(3) L.A.V. est l'abréviation de **Lymphadenopathy Associated Virus**, nom donné à ce virus par l'équipe de l'Institut Pasteur (L. Montagnier, J.-C. Cherman, F. Barré) qui l'a isolé initialement. Il est également connu sous deux autres noms : H.T.L.V. III (Human T cell Lymphotropic Virus III) et A.R.V. (A.I.D.S.-Related Virus), d'après les travaux de deux équipes américaines dirigées par R. Gallo et J. Levy. L'appellation L.A.V. est utilisée ici préférentiellement, pour deux raisons : l'analyse de la séquence des nucléotides du virus ne montre pas d'homologies significatives avec les autres rétrovirus humains ou animaux connus, y compris les H.T.L.V. I et II (*Nature*, 7 février 1985). Cette appellation a été, historiquement, la première utilisée pour ce virus.

## II. SITUATION INTERNATIONALE (1)

Près de 8 000 cas de S.I.D.A. sont actuellement recensés aux États-Unis.

En Europe, 17 pays fournissent leurs données de surveillance au centre collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé sur le S.I.D.A. Une seule source par pays, reconnue par les autorités sanitaires nationales, fournit les renseignements demandés. Les sources utilisent la définition des cas adoptée par l'O.M.S.

Les données sont recueillies trimestriellement sur des tableaux standardisés. Chaque source est responsable de la qualité des données fournies (2).

762 cas de S.I.D.A. ont été rapportés au Centre au 31 décembre 1984. 417 cas ont été diagnostiqués pendant cette année soit, plus de la moitié des cas déclarés depuis l'apparition de la maladie et presque deux fois plus qu'en 1983 (235 cas). Le nombre de cas rapportés pour les trois derniers mois de 1984 doit être considéré comme provisoire, compte tenu du délai variable séparant le diagnostic du rapport des cas aux centres de surveillance nationaux.

Pour les six derniers mois (tableau 1), les augmentations les plus marquées ont été observées en France : 80 cas (3 à 4 cas par semaine), R.F.A. : 56 cas (2 cas par semaine), Royaume-Uni : 54 cas (2 cas par semaine), Pays-Bas : 21 cas (1 cas par semaine).

Les taux par million d'habitants (population de 1983, Institut national d'études démographiques, Paris) les plus élevés (7 par million) sont notés pour la Belgique et le Danemark. On remarque cependant en ce qui concerne la Belgique que 85 % des cas, soit 54/65, sont des cas africains dont 18 seulement résidaient en Belgique avant le début de la maladie, à la différence du Danemark où aucun cas n'a été rapporté chez des patients africains ou originaires des Caraïbes. La Suisse présente un taux de 6 par million, la France : 5 par million, les Pays-Bas : 3 par million, la R.F.A. et le Royaume-Uni : 2 par million.

Le graphique montre la variation des taux d'incidence par million d'habitants par semestre pour chaque pays ayant observé des cas. L'interprétation de ce graphique est difficile compte tenu des différences qui peuvent exister dans la fiabilité des systèmes de surveillance nationaux.

Globalement, trois types de situations apparaissent. Pour 6 pays (Danemark, Suisse, France, R.F.A., Royaume-Uni et Pays-Bas), la tendance évolutive se manifeste par une augmentation constante des taux semestriels. Pour un pays, la Belgique, la situation est très particulière : stable pour 1981 et 1982, en augmentation en 1983 et décroissante en 1984. L'explication de ce phénomène paraît liée à un afflux de malades africains, essentiellement zairois, venus se faire soigner dans ce pays en 1983. A partir de 1984, la mise en place de possibilités d'accueil de ces malades au Zaire même a stoppé cette évolution. Parmi les 65 cas rapportés en Belgique, 7 seulement ont été diagnostiqués chez des patients originaires de ce pays. Pour un troisième groupe de pays (Espagne, Italie, Suède, Norvège, Autriche, Finlande, Grèce), une tendance épidémique ne semble pas être encore apparue. Si l'on ne tient pas compte des cas africains, la situation de la Belgique se rapproche de ce groupe.

## III. PRÉCAUTIONS RECOMMANDÉES CONCERNANT LES INDIVIDUS SUSCEPTIBLES D'ÊTRE ATTEINTS D'UNE INFECTION PAR LE VIRUS L.A.V. (3)

La mise au point de tests sérologiques permettant de déceler si un individu a été en contact avec ce virus peut déboucher, dans un avenir proche, sur la diffusion et l'utilisation de ces tests, si les évaluations actuellement menées apparaissent concluantes.

Dans cette éventualité, des recommandations ont été définies récemment par plusieurs organismes de Santé publique des États-Unis (Centers for Disease Control; Food and Drug Administration; Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration; National Institute of Health; Health Resources and Services Administration).

Nous donnons ici, à titre indicatif, le texte de ces recommandations (d'après *Morbidity and Mortality Weekly Record*, vol. 34, n° 1, 11 janvier 1985).

Une personne qui, selon toute probabilité, paraît être porteuse d'une infection par le virus H.T.L.V. III devra recevoir les renseignements et les conseils suivants :

1. Le pronostic à long terme d'une infection par le virus H.T.L.V. III n'est pas connu. Toutefois, les études menées chez des homosexuels du sexe masculin montrent que la plupart des sujets deviennent infectés.

2. Ces personnes, bien qu'asymptomatiques, risquent de transmettre le virus à d'autres. Il est conseillé de se faire suivre régulièrement par un médecin, surtout si des signes ou des symptômes évocateurs du S.I.D.A. apparaissent.

3. On devra s'abstenir de tout don de sang, de plasma, d'organes, de tissus ou de sperme.

4. Il existe un risque d'infecter d'autres personnes lors de rapports sexuels, en cas de partage d'aiguilles, ou d'exposition à la salive par contact orogénital ou baiser intime. Il n'est pas prouvé que les préservatifs assurent une protection efficace contre l'infection; toutefois, leur utilisation régulière pourrait réduire la transmission.

5. Il importe de ne point partager les brosses à dents, rasoirs et autres ustensiles susceptibles d'être contaminés par du sang.

6. Les femmes séropositives ou celles dont le partenaire sexuel est séropositif courent un risque accru de contracter le S.I.D.A. En cas de grossesse, leur descendance est également exposée.

7. Après un accident au cours duquel du sang aurait été répandu, il faudra laver les surfaces souillées avec de l'eau de Javel du commerce diluée au dixième.

8. Les instruments qui ont servi à percer l'épiderme, comme les aiguilles hypodermiques ou les aiguilles d'acupuncture, devront être soit stérilisés à la vapeur en autoclave avant réutilisation, soit jetés conformément aux procédures de sécurité. Dans la mesure du possible, on utilisera des aiguilles et du matériel jetables.

9. Lorsque les personnes en cause doivent recevoir des soins médicaux ou dentaires pour une affection intercurrente, elles doivent informer le personnel soignant de leur état de manière que celui-ci puisse évaluer la situation et prenne des mesures propres à éviter toute transmission.

10. On devra proposer à ceux qui ont eu un contact avec des individus séropositifs (partenaires sexuels, toxicomanes ayant partagé des aiguilles, enfants nés de mères séropositives) de faire procéder à une recherche des anticorps anti-H.T.L.V. III.

Des recommandations révisées seront publiées dès que des données supplémentaires seront disponibles et que l'on aura acquis plus d'expérience dans la pratique de cette épreuve.

TAUX / MILLION D'HABITANTS  
Graphique. — Distribution des taux d'incidence par million d'habitants par demi-année de diagnostic dans 14 pays européens

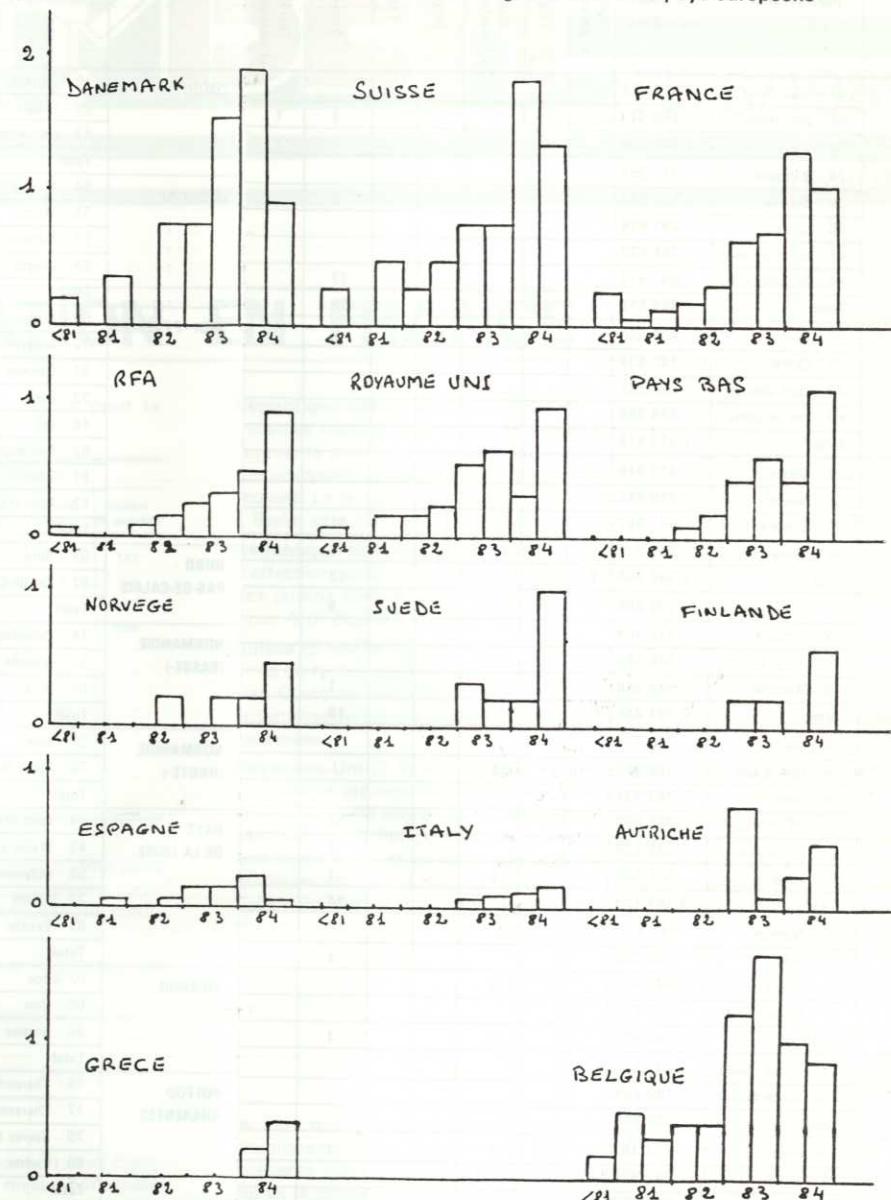


Tableau 4. — Nombre total de cas de S.I.D.A. rapportés par 17 pays européens et taux estimés par million d'habitants

Pays	Octobre 1984	Juillet 1984	Octobre 1984	Décembre 1984	Taux (2)
Autriche . . . . .	—	—	—	13	1,7
Belgique . . . . .	38	(juin) 50	—	65	6,6
Danemark . . . . .	13	28	31	34	6,6
Espagne . . . . .	6	14	18	18	0,5
Finlande . . . . .	—	—	4	5	1
France . . . . .	94	180	221	260	4,8
Grèce . . . . .	—	2	2 (3)	6	0,6
Islande . . . . .	0	0	0	0	0
Italie . . . . .	3	8	10	14	0,3
Norvège . . . . .	—	—	4	5	1,2
Pays-Bas . . . . .	12	21	26	42	2,9
Pologne . . . . .	0	0	0	0	0
R.F.A. . . . .	42	79	110	135	2,2
Royaume-Uni . . . . .	24	54	88	108	1,9
Suède . . . . .	4	7	12	16	1,9
Suisse . . . . .	17	28	33	41	6,3
Tchécoslovaquie . . . . .	0	0	0	0	0
Total . . . . .	253	471	559	762	2

(1) Données présentées à la première réunion européenne sur le S.I.D.A. (Aarhus, Danemark, octobre 1983).

(2) Basés sur les populations de 1983 : I.N.E.D., Paris.

(3) Données du 15 juillet 1984.

# Cas déclarés pour certaines maladies transmissibles

Sémaine du 28 janvier  
au 3 février 1985

RÉGIONS	DÉPARTEMENTS	POPULATION EN 1982 (en milliers)	Typhoides et paratyphoides	Shigellose	Méningite à méningocoques	Brucellose	Téanos	Tuberculose	Toxi-infection alimentaire collective	RÉGIONS	DÉPARTEMENTS	POPULATION EN 1982 (en milliers)	Typhoides et paratyphoides	Shigellose	Méningite à méningocoques	Brucellose	Téanos	Tuberculose	Toxi-infection alimentaire collective
ALSACE	67 - Rhin (Bas-)	915 676								LIMOUSIN	19 - Corrèze	241 448							1
	68 - Rhin (Haut-)	650 372						5	1		23 - Creuse	139 968							4
	Total	1 566 048						5	1		87 - Vienne (Haute-)	355 737							5
AQUITAINE	24 - Dordogne	377 356									19 - Corrèze	241 448							
	33 - Gironde	1 127 546							8		23 - Creuse	139 968							
	40 - Landes	297 424									87 - Vienne (Haute-)	355 737							
	47 - Lot-et-Garonne	298 522									Total	737 153							
	64 - Pyrénées-Atlan.	555 670							17		54 - M.-et-Mos.	716 846							
	Total	2 656 518							25		55 - Meuse	200 101	1	1					
AUVERGNE	03 - Allier	369 580								MIDI - PYRÉNÉES	57 - Moselle	1 007 189		1	1				
	15 - Cantal	162 838									88 - Vosges	395 769			1				1
	43 - Loire (Haute-)	205 895									Total	2 319 905	1	1	3				1
	63 - Puy-de-Dôme	594 365									09 - Ariège	136 443							
	Total	1 332 678									12 - Aveyron	278 654			1				
BOURGOGNE	21 - Côte-d'Or	473 548									31 - Garonne (Hte-)	824 501			1				
	58 - Nièvre	239 635									32 - Gers	174 154							1
	71 - Saône-et-Loire	571 852							11		46 - Lot	154 533							
	89 - Yonne	311 019	1	1					1		65 - Pyrénées (Htes-)	227 922							
	Total	1 596 054	1	1					12		81 - Tarn	339 345			1				1
BRETAGNE	22 - Côtes-du-Nord	538 869							9	NORD - PAS-DE-CALAIS	82 - Tarn-et-Gar.	190 485							2
	29 - Finistère	828 364									Total	2 326 037		3	1				3
	35 - Ille-et-Vilaine	749 764									59 - Nord	2 520 526	4	3	1	27			
	56 - Morbihan	590 889							1		62 - Pas-de-Calais	1 412 413							6
	Total	2 707 886							10		Total	3 932 939	4	3	1	33			
CENTRE	18 - Cher	320 174								NORMANDIE (BASSE-)	14 - Calvados	589 559							
	28 - Eure-et-Loir	362 813		1							50 - Manche	465 948							
	36 - Indre	243 191									61 - Orne	295 472							2
	37 - Indre-et-Loire	506 097							12		Total	1 350 979							
	41 - Loir-et-Cher	296 220							1		27 - Eure	462 323							2
	45 - Loiret	535 669		1					1		76 - Seine-Maritime	1 193 039							17
CHAMPAGNE - ARDENNE	Total	2 264 164		2					14	NORMANDIE (HAUTE-)	Total	1 655 362							19
	08 - Ardennes	332 338									44 - Loire-Atlant.	995 498							6
	10 - Aube	289 300							1		49 - Maine-et-Loire	675 321							4
	51 - Marne	543 627		1							53 - Mayenne	271 784							
	52 - Marne (Haute-)	210 670									72 - Sarthe	504 768							
CORSE	Total	1 345 935		1					1		85 - Vendée	483 027							10
	2 B - Corse (Haute-)	131 574								PAYS DE LA LOIRE	Total	2 930 398							
	2 A - Corse-du-Sud	108 604									44 - Loire-Atlant.	995 498							
FRANCHE - COMTÉ	Total	240 178									49 - Maine-et-Loire	675 321							
	25 - Doubs	477 163		1					7		53 - Mayenne	271 784							
	39 - Jura	242 925									72 - Sarthe	504 768							
	70 - Saône (Haute-)	231 962									85 - Vendée	483 027							
	90 - Terr. de Belfort	131 999		1							Total	2 930 398							
ÎLE-DE-FRANCE	Total	1 084 049		2					10	PICARDIE	02 - Aisne	533 970							
	75 - Paris (Ville)	2 176 243	1	1					22		60 - Oise	661 781		1					2
	77 - Seine-et-Marne	886 918		1					1		80 - Somme	544 570		2					6
	78 - Yvelines	1 196 111		3					5		Total	1 740 321		3					8
	91 - Essonne	988 306							6		16 - Charente	340 770							1
	92 - Hauts-de-Seine	1 387 039		1					19		17 - Charente-Mar.	513 220		1					2
	93 - Seine-St-Denis	1 324 301									79 - Sèvres (Deux-)	342 812							
	94 - Val-de-Marne	1 193 655		1					8		86 - Vienne	371 428							1
	95 - Val-d'Oise	920 587							8		Total	1 568 230		1					4
	Total	10 073 160	1	7					69		04 - Alpes-Hte-Prov.	119 068							1
LANGUEDOC - ROUSSILLON	11 - Aude	280 686								PROVENCE - ALPES - CÔTE D'AZUR	05 - Alpes (Hautes-)	105 070							
	30 - Gard	530 478							3		06 - Alpes-Marit.	881 198							2
	34 - Hérault	706 499									13 - B.-du-Rhône	1 724 199							18
	48 - Lozère	74 294									83 - Var	708 331							
	66 - Pyrénées-Orient.	334 557		4	1						84 - Vaucluse	427 343		1					
FRANCE OUTRE-MER	Total	1 926 514		4					4		Total	3 965 209		1					21
	971 - Guadeloupe									RHÔNE - ALPES	01 - Ain	418 518	3						
	972 - Guyane	2									07 - Ardèche	267 970							
	973 - Martinique								1		26 - Drôme	389 781							
	974 - Réunion								2		38 - Isère	936 771	1						8
FRANCE OUTRE-MER											42 - Loire	739 521							
											69 - Rhône	1 445 208	3						
											73 - Savoie	323 675							
											74 - Savoie (Haute-)	494 505							1
											Total	5 015 947	6	1					10

\* Dorénavant pour éviter la confusion entre nombre de malades et nombre de foyers, ne seront enregistrés que le nombre de foyers.