

bulletin épidémiologique hebdomadaire



BEH

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère des Affaires sociales et de la Solidarité nationale

Direction générale de la Santé

N° 14/1985

15 avril 1985

SITUATION EN FRANCE

Surveillance de la grippe : renseignements communiqués pour la période du 16 au 22 mars 1985 par les laboratoires de :

AGENTS	FRANCE NORD				FRANCE SUD			
	Isol-ments	Conver-sion	Titres élèves	Nombre de malades	Isol-ments	Conver-sion	Titres élèves	Nombre de malades
Grippe A	7	18	42	953	35	43	138	4 239 (total)
Grippe B	2	1	16	946	1	21	105	
Grippe C	-	-	-	299	-	-	-	
Parainfluenza 1	-	-	-	820	-	1	42	4 763 (total)
Parainfluenza 2	-	-	2	750	-	-	2	
Parainfluenza 3	-	-	7	854	5	2	94	
Virus respiratoire syncytial	4	3	18	851	23	44	171	
Adenovirus	2	3	13	909	2	7	139	
Ornithose Psittacose	-	-	1	1 030	-	-	36	
Mycoplasma pneumoniae	-	3	11	981	-	14	118	
Fiebre D	-	-	-	641	-	1	7	

En France Nord l'épidémie de grippe A se termine. 2 isolements de la grippe B ont été faits à Paris (hôpital Trousseau).

En France Sud 12,4 % de syndromes respiratoires sont signalés parmi la clientèle des médecins généralistes.

En Île-de-France la tendance au retour à la normale se maintient. La fréquence des arrêts de travail prescrits par les médecins du réseau ne s'est pas maintenue au niveau de la semaine dernière. Le nombre de visites des médecins d'urgence est en augmentation (114 % contre 108 % la semaine dernière). Mais le fait marquant de la semaine est la diminution du taux de viroses respiratoires soignées par les généralistes du « GROG ». (Source : GROG).

A l'étranger : en Belgique on a isolé le virus grippal A(H₃N₂) sur 2 enfants au cours de flambées locales à Bruxelles. Tous les autres cas confirmés de grippe signalés au cours de cette saison étaient imputables au virus A(H₁N₁). En Tchécoslovaquie d'autres souches de grippe A(H₃N₂) ont été isolées dans différentes localités du Centre, de l'Ouest et du Sud du pays. En Grèce, des cas de grippe A et B ont été confirmés à Athènes au cours du mois de mars. En Hongrie l'activité grippale s'est accrue modérément et des foyers ont été signalés dans la plupart des régions du pays. Dans la plupart des cas il s'agissait de grippe A(H₃N₂) mais on a également confirmé l'existence de quelques cas de grippe A(H₁N₁) et de grippe B. Dans plus de 40 % des cas, il s'agissait d'enfants de moins de 14 ans. Au Portugal le virus grippal A(H₁N₁) a été isolé sur un cas sporadique à Lisbonne.

SITUATION INTERNATIONALE

TUBERCULOSE AUX ÉTATS-UNIS EN 1984

Source : M.M.W.R.

En 1984, un total provisoire de 21 701 cas de **tuberculose** a été déclaré au C.D.C., soit une diminution de 9 % par rapport à 1983 (23 846 cas). Le taux d'incidence en 1984 est de 9,2 cas pour 100 000 habitants soit une diminution de 9,8 % par rapport à 1980 où le taux d'incidence est de 10,2 pour 100 000 habitants.

Le nombre de décès en 1982 était de 1 807 soit une diminution de 6,7 % par rapport à 1981 où 1 937 décès étaient enregistrés.

De 1975 à 1978 la décroissance moyenne annuelle du taux d'incidence de la **tuberculose** était de 6,3 %. De 1978 à 1981, avec un afflux important de réfugiés du Sud-Est asiatique, la diminution annuelle était seulement de 3,2 %. Une régression en 1982 de 7,6 %, de 7,3 % en 1983, et de 9,8 % (provisoirement) en 1984 indiquent que la tendance à la décroissance se confirme.

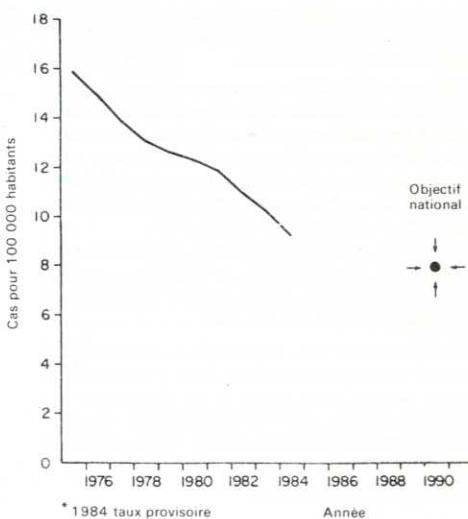
Trois facteurs ont pu contribuer à cette décroissance :

— diminution des cas de **tuberculose autochtone**;

— diminution du nombre des réfugiés arrivant aux U.S.A. avec **tuberculose** (depuis 1983, les réfugiés du Sud-Est asiatique sont dépistés et traités en Asie avant leur arrivée aux États-Unis). C'est également le cas pour les réfugiés à destination de la France;

— une augmentation du nombre d'états utilisant un système national de déclaration des cas qui exige une vérification plus stricte des cas avant qu'ils ne soient comptabilisés. L'objectif national est d'obtenir en 1990 une incidence de 8 cas pour 100 000 habitants.

Taux de tuberculose déclarés aux États-Unis entre 1975 et 1984



INFORMATIONS INTERNATIONALES

POLITIQUE VACCINALE EN EUROPE

Une réunion internationale organisée par l'O.M.S. et à laquelle assistaient des représentants de 25 pays de la Région Europe s'est tenue en Tchécoslovaquie (Karlovy Vary) du 10 au 12 décembre 1984. Elle avait pour objet les politiques de vaccination en Europe.

Nous rapportons ici les objectifs et les recommandations qui ont été édictées par le Bureau régional de l'Europe à la suite de cette réunion.

A sa trentième session, tenue à Fès en 1980, le Comité régional de l'O.M.S. pour l'Europe a approuvé une stratégie régionale de la Santé pour tous et demandé que soient formulés des buts particuliers à la Région afin d'appuyer la mise en œuvre de cette stratégie. A sa trente-quatrième session, tenue à Copenhague en septembre 1984, le Comité régional a approuvé les 38 buts régionaux à mettre en œuvre selon les circonstances propres à chaque État membre. Le but 5 vise l'élimination de certaines maladies et stipule notamment que « d'ici l'an 2000, il ne devrait plus subsister dans la Région de cas autochtones de rougeole, de poliomyléite, de tétonas du nouveau-né, de rubéole congénitale, de diphtérie... ».

Vingt-cinq pays de la Région étaient représentés à cette réunion, à laquelle assistaient également des représentants de l'Association internationale de pédiatrie, de la Commission des Communautés européennes, du Centre international de l'Enfance et du Fonds pour la sauvegarde de l'enfance, ainsi que des membres du personnel du siège de l'O.M.S. et du Bureau régional de l'O.M.S. pour l'Europe. Le but était :

- d'examiner et d'analyser l'état actuel des programmes de vaccination dans la Région;
- de déterminer les actions nécessaires pour éliminer les maladies cibles et pour promouvoir la vaccination contre d'autres maladies d'importance pour la santé publique;
- de renforcer l'engagement des États membres à l'égard des buts et des activités du programme élargi de vaccination et des activités spécialement entreprises par le Bureau régional afin d'encourager une action régionale coordonnée.

RECOMMANDATIONS

1. Politiques et pratiques en matière de vaccination

D'ici à la fin de 1985, tous les pays devraient avoir officiellement déclaré leur adhésion aux objectifs et aux activités du programme élargi de vaccination et au but 5 de la stratégie européenne de la Santé pour tous. D'ici à la fin de 1985, tous les pays devraient s'être fixé des buts à atteindre en 1990, concernant la réduction de la morbidité pour chacune des maladies du programme élargi de vaccination du Bureau régional.

D'ici à 1990, dans tous les pays, 90 % au moins des enfants devraient avoir reçu la série des vaccins de base avant la fin de leur deuxième année.

D'ici à la fin de 1985, tous les pays devraient avoir désigné un individu ou un service responsable du programme de vaccination.

D'ici à la fin de 1985, tous les pays devraient avoir établi des procédures nationales de contrôle de la qualité des vaccins et utiliser des vaccins qui correspondent aux critères de l'O.M.S. Les pays devraient utiliser les méthodes recommandées par l'O.M.S. en matière de surveillance de la fabrication des vaccins et de vaccination.

D'ici à la fin de 1985, tous les pays devraient faire rapport annuellement sur leur taux de couverture vaccinale et indiquer les méthodes utilisées pour le rassemblement des données.

D'ici à la fin de 1985, tous les pays devraient faire rapport de manière analogue sur l'incidence de toutes les maladies cibles et/ou avoir établi un système national de mesure de l'impact des programmes de vaccination contre ces maladies. Il faudrait, pour cela, notamment élaborer des définitions normalisées des cas.

D'ici à 1987, tous les pays devraient être dotés d'un mécanisme permanent de surveillance de la couverture vaccinale chez les enfants (par l'examen des dossiers ou grâce à des études sérologiques) en temps utile (à l'entrée à la crèche, au jardin d'enfants, à l'école, etc.).

D'ici à 1986, tous les pays devraient avoir mis en place un système de surveillance des réactions défavorables aux vaccinations.

D'ici à 1986, tous les pays devraient avoir adopté un programme d'éducation sanitaire qui vise à accroître la participation communautaire et qui soit plus particulièrement dirigé vers les familles et les professionnels de la santé.

Avant 1987, tous les pays devraient commencer à procéder à des examens périodiques de leurs programmes internes.

D'ici à 1986, les pays devraient avoir élaboré un programme de maintien de la protection vaccinale tout au long de la vie.

D'ici à 1986, tous les pays devraient avoir soigneusement revu leur liste des contre-indications à la vaccination, qui devrait être aussi simple et réduite que possible.

D'ici à la fin de 1985, le Bureau régional de l'O.M.S. pour l'Europe devrait avoir désigné un responsable des activités en matière de vaccination.

D'ici à la fin de 1985, le Bureau régional devrait avoir coordonné les activités régionales en matière de vaccination et devrait fournir régulièrement des informations sur ces activités aux Etats membres.

D'ici à la fin de 1985, en étroite coopération avec le siège de l'O.M.S., le Bureau régional devrait fournir une collaboration technique aux Etats membres.

D'ici à 1986, en étroite coopération avec le siège de l'O.M.S., le Bureau régional devrait fournir un appui pour la formation voulue du personnel national aux activités pertinentes du programme de vaccination.

Le Bureau régional devrait organiser périodiquement des conférences sur la vaccination, la première devant avoir lieu de préférence d'ici à 1987, afin de juger les progrès accomplis dans la réalisation des buts visés et de renforcer l'action coordonnée.

D'ici à la fin de 1985, un petit groupe consultatif européen sur la vaccination devrait avoir été constitué afin d'apporter un appui au Bureau régional.

D'ici à 1986, en consultation avec son groupe consultatif sur la vaccination, le Bureau régional devrait avoir établi un modèle de calendrier de vaccination qui pourrait servir à optimiser les divers calendriers utilisés dans les Etats membres.

Tous les vaccins utilisés dans le programme d'élimination devraient être fournis gratuitement aux populations de la Région par les pouvoirs publics.

2. Élimination des maladies cibles

Rougeole

Buts à atteindre en matière de morbidité et de mortalité

Dans les pays de la Région où il existe des programmes de vaccination contre la rougeole, les cas autochtones de rougeole devraient être éliminés d'ici à 1990.

Dans le reste des pays de la Région, les cas autochtones de rougeole devraient être éliminés d'ici à 1995.

Buts opérationnels

D'ici à la fin de 1985, des programmes de vaccination contre la rougeole devraient être inclus dans les programmes nationaux de vaccination de tous les pays.

D'ici à 1988, dans tous les pays où il existe déjà des programmes nationaux bien établis de vaccination contre la rougeole, un taux de couverture maximale d'au moins 95 % des enfants âgés de moins de 2 ans devra avoir été atteint (et devra être ultérieurement maintenu).

Tous les autres pays devraient avoir atteint des taux de vaccination d'au moins 50 % des enfants avant la fin de la deuxième année, d'ici à 1988, et d'au moins 95 %, d'ici à 1990. Ces taux devraient être ensuite maintenus. Dans les pays où des programmes de vaccination contre la rougeole viennent seulement d'être institués, les résultats les meilleurs seront obtenus s'il est possible de vacciner en plus des enfants de moins de 2 ans, les autres enfants à risque jusqu'à l'âge de 5 ans.

D'ici à la fin de 1985, tous les pays devraient avoir inscrit la rougeole dans la liste des maladies à déclaration obligatoire ou, si cela n'est pas possible, avoir mis en place un mécanisme quelconque de surveillance de l'incidence de cette maladie.

Avant 1988 au plus tard, tous les pays devraient avoir mis en place un système efficace de surveillance et d'investigation sur la rougeole, ou avoir renforcé le système existant.

D'ici à 1988, tous les pays qui possèdent un programme efficace de vaccination contre la rougeole devraient avoir étudié tous les cas suspects signalés et pris des mesures pour lutter contre les épidémies.

D'ici à 1990, tous les autres pays devraient avoir examiné tous les cas suspects et pris des mesures pour lutter contre les épidémies.

Poliomyélite

Buts à atteindre en matière de morbidité et de mortalité

D'ici à 1990, les cas autochtones de poliomylérite devraient avoir été éliminés de tous les pays de la Région.

Buts opérationnels

D'ici à 1990, tous les pays devraient avoir atteint (et devraient par la suite maintenir) une couverture vaccinale contre les trois types de poliovirus atteignant au moins 90 % des enfants âgés de moins de 2 ans.

D'ici à la fin de 1985, les pays où la poliomylérite existe encore à l'état endémique ou épidémique, un examen critique de la situation devrait avoir été fait et les programmes devraient avoir été modifiés en conséquence. Il est recommandé de faire appel pour cela à la collaboration de l'O.M.S.

D'ici à 1986, tous les pays devraient avoir mis en place un système efficace de surveillance et d'investigation des cas de poliomylérite ou avoir renforcé le système existant.

D'ici à 1987, tous les pays devraient étudier tous les cas suspects de poliomylérite et prendre, le cas échéant, les mesures voulues pour maîtriser toute épidémie.

Tétanos du nouveau-né

Buts à atteindre en matière de morbidité et de mortalité

D'ici à 1990, le tétanos du nouveau-né devrait avoir été éliminé de la Région européenne.

Buts opérationnels

D'ici à 1988, tous les pays où le tétonas du nouveau-né existe encore devraient avoir mis sur pied des programmes garantissant une immunisation de 90 % au moins, et si possible de 100 %, des femmes contre le tétonas avant l'accouchement.

D'ici à la fin de 1985, tous les pays devraient déclarer séparément les cas de tétonas du nouveau-né et les autres cas de tétonas.

D'ici à 1987, tous les pays devraient étudier tous les cas suspects de tétonas du nouveau-né, afin de renforcer les mesures de prévention. Il ne suffit pas de vacciner les femmes; il faut aussi assurer des conditions hygiéniques d'accouchement.

Rubéole congénitale

Buts à atteindre en matière de morbidité et de mortalité

D'ici à l'an 2000, la rubéole congénitale devrait avoir été éliminée de tous les pays de la Région.

Buts opérationnels

D'ici à 1990, tous les pays devraient utiliser le vaccin contre la rubéole dans leurs programmes nationaux.

Tous les pays où il existe maintenant des programmes nationaux bien établis de vaccination contre la rubéole devraient avoir atteint (et devraient par la suite maintenir) une couverture vaccinale de 100 % des femmes en âge de procréer d'ici à 1999 ou de 95 % des enfants d'âge préscolaire d'ici à 1995.

Tous les autres pays devraient avoir atteint (et devraient ultérieurement maintenir) une couverture vaccinale de 90 % au moins de la population cible d'ici à 1995.

Avant 1995 au plus tard, tous les pays devraient régulièrement réexaminer le taux de couverture antirubéolique des populations cibles, en temps utile (au début et à la fin des études primaires, au début des études secondaires ou lors de l'examen prénuptial des adultes).

D'ici à 1990, tous les pays devraient avoir mis en place un système efficace de surveillance contre la rubéole congénitale ou renforcer leur système existant.

D'ici à 1995, tous les pays devraient posséder un système efficace de surveillance et d'investigation de la rubéole.

D'ici à 1996, tous les pays devraient étudier tous les cas suspects signalés de rubéole congénitale.

Diphthérie

Buts à atteindre en matière de morbidité et de mortalité

D'ici à 1990, la diphthérie devrait avoir été éliminée de la Région européenne.

Buts opérationnels

D'ici à 1990, tous les pays devraient assurer la protection vaccinale totale de 95 % au moins des enfants avant la fin de leur deuxième année, puis maintenir ce taux d'immunité. L'état d'immunisation de la population contre la diphthérie et la situation épidémiologique devraient faire l'objet d'une évaluation, afin de décider de l'opportunité d'une vaccination périodique de la population adulte contre la diphthérie.

D'ici à la fin de 1985, les pays où la diphthérie se manifeste encore devraient avoir fait le point de la situation et modifié leurs programmes en conséquence. Il est recommandé de faire appel pour cela à la collaboration de l'O.M.S.

D'ici à 1987, tous les pays devraient étudier tous les cas suspects de diphthérie, afin de renforcer les mesures de prévention.

3. Autres maladies d'importance pour la santé publique

Coqueluche

Dans certains pays, les vaccins anticoqueluches préparés à partir de cellules entières ont donné davantage d'effets secondaires que les autres vaccins communément utilisés. Les bénéfices des programmes de vaccination utilisant les vaccins anticoqueluches actuellement disponibles dépassent néanmoins de beaucoup les risques et il est recommandé que tous les pays utilisent les vaccins disponibles. Si un pays décide de ne pas utiliser le vaccin anticoqueluches préparé à partir de cellules entières, cette décision ne devrait être prise qu'après étude soigneuse de ses conséquences pour l'enfant et pour la collectivité. Il faudrait encourager la mise au point et l'expérimentation clinique de vaccins anticoqueluches acellulaires dans la Région.

Tuberculose

Chaque pays devrait élaborer sa propre politique, compte tenu de la sécurité et de l'efficacité du vaccin et des risques de tuberculose sur son territoire (ou dans certains groupes de la population).

Tétanos

D'ici à 1988, tous les pays devraient avoir atteint un taux de couverture vaccinale de 90 % au moins des enfants avant la fin de leur deuxième année et

maintenir par la suite ce taux. Chaque pays devrait se fixer des buts précis concernant la vaccination des jeunes et des adultes à l'anatoxine tétanique. Il faudrait étudier la possibilité d'utiliser des anatoxines tétaniques et diphtériques associées dans les programmes. Des registres devraient être tenus pour éviter une vaccination excessive.

Grippe

Chaque pays devrait se fixer des buts en matière de vaccination annuelle des populations à haut risque (individus atteints de cardiopathie ou de maladie pulmonaire chronique, par exemple) contre la grippe. Il faudrait aussi envisager de vacciner chaque année contre la grippe les individus dont les services sont essentiels à la collectivité.

Hépatite B

Chaque pays devrait entreprendre de vacciner le plus tôt possible certains groupes particulièrement à risque (travailleurs de santé en contact avec des produits sanguins ou des aiguilles, nouveau-nés de mères porteuses de virus, individus à haut risque du fait de leur état de santé ou de leur mode de vie et malades mentaux en institutions, par exemple). Des buts réalisables en matière de couverture vaccinale devraient être fixés. Tous les vaccins utilisés devraient être préparés conformément aux recommandations de l'O.M.S. Chaque pays devrait mettre sur pied un système de surveillance avec identification du type d'hépatite (A, B, non-A, non-B, δ).

Oreillons

Il faudrait étudier la possibilité d'inclure la vaccination contre les oreillons dans le calendrier normal des vaccinations. Cela serait particulièrement opportun dans les pays qui peuvent utiliser des vaccins associés rougeole-oreillons ou rougeole-oreillons-rubéole dans le cadre de leurs programmes de vaccination des enfants. Tous les pays utilisant le vaccin contre les oreillons devraient se fixer des buts concernant la couverture de la population visée.

Infections pneumococciques

Chaque pays peut fixer des priorités et des buts en matière d'immunisation des groupes de population à haut risque (individus splénectomisés par exemple) à l'aide du vaccin antipneumococcique polyosidique.

Variole

La vaccination devrait cesser car elle n'est plus requise ni justifiée (sauf pour les travailleurs de laboratoire professionnellement exposés).

NOTES

DEUX OBSERVATIONS DE CHLOROQUINO-RÉSISTANCE DE *P. FALCIPARUM* VENANT DU CAMEROUN

Les professeurs Charmot et Lapresle nous transmettent les observations suivantes :

« Les enfants A... et P..., âgés de 10 et 5 ans, résident dans le sud-ouest du Cameroun avec leurs parents depuis octobre 1984. Ils suivent une chimio-prophylaxie quotidienne par la Chloroquine aux doses de 1/2 et 1/4 de comprimé. La maladie débute par de la fièvre le 12 février 1985 pour l'aîné et le 10 février 1985 pour le cadet. L'un et l'autre reçoivent alors de la Chloroquine à dose curative de 1,80 g en 5 jours pour l'aîné et de 1,20 g en 4 jours pour le cadet; elle est ensuite continuée à la dose de 1 comprimé par jour.

L'absence d'amélioration motive leur rapatriement et ils sont admis le 22 février 1985 à l'hôpital de l'Institut Pasteur dans un état sévère pour l'aîné. Les frottis de sang montrent la présence de

P. falciparum avec une parasitémie de l'ordre de 10 000/mm³. La culture d'hématozoaires (Centre national de référence pour la chimio-sensibilité du paludisme, institut Léon-Miba, Paris) donne les résultats suivants exprimés en nM/1 :

Taux sang total en n mol/l				
	CI 50	CI 90	CQ (1)	CQM1 (2)
A	170	700	1 000	100
P	190	900	3 800	1 700

(1) CQ : Chloroquine.

(2) CQM1 : Monodesethylchloroquine.

Une résistance de niveau modéré est donc confirmée puisque la CI 50 pour une couche sensible est inférieure à 100 nM/1. Le traitement par Quinine intraveineuse, puis par Méfloquine *per os*, entraînera rapidement la guérison. C'est donc la première fois qu'une chloroquino-résistance à **P. falciparum** est signalée au Cameroun.

La mère des 2 enfants, qui les avait accompagnés en France et qui suivait une prophylaxie par la Nivaquine, va parfaitement bien. Le père, resté au Cameroun, aurait présenté une fièvre n'ayant finalement cédé que sous Quinimax.

Cas déclarés pour certaines maladies transmissibles

semaine du 25 au 31 mars 1985

RÉGIONS	DÉPARTEMENTS	POPULATION EN 1982 (en milliers)	Typhoïdes et paratyphoïdes	Shigellose	Méningite à méningocoques	Brucellose	Tétanos	Tuberculose	Toxi-infection alimentaire collective	RÉGIONS	DÉPARTEMENTS	POPULATION EN 1982 (en milliers)	Typhoïdes et paratyphoïdes	Shigellose	Méningite à méningocoques	Brucellose	Tétanos	Tuberculose	Toxi-infection alimentaire collective
ALSACE	67 - Rhin (Bas-)	915 676						34		LIMOUSIN	19 - Corrèze	241 448							
	68 - Rhin (Haut-)	650 372	1				1	3			23 - Creuse	139 968							
	Total	1 566 048	1				1	37			87 - Vienne (Haute-)	355 737							1
AQUITAINE	24 - Dordogne	377 356						1		LORRAINE	Total	737 153							1
	33 - Gironde	1 127 546						4			54 - M.-et-Mos.	716 846							1
	40 - Landes	297 424									55 - Meuse	200 101							1
	47 - Lot-et-Garonne	298 522						1			57 - Moselle	1 007 189							6
	64 - Pyrénées-Atlan.	555 670							2	MIDI - PYRÉNÉES	88 - Vosges	395 769							4
	Total	2 656 518						6	2		Total	2 319 905							11
AUVERGNE	03 - Allier	369 580									09 - Ariège	136 443							1
	15 - Cantal	162 838						2			12 - Aveyron	278 654							2
	43 - Loire (Haute-)	205 895									31 - Garonne (Hte-)	824 501							
	63 - Puy-de-Dôme	594 365			1						32 - Gers	174 154							
	Total	1 332 678			1			2			46 - Lot	154 533							
BOURGOGNE	21 - Côte-d'Or	473 548								MIDI - PYRÉNÉES	65 - Pyrénées (Htes-)	227 922							
	58 - Nièvre	239 635									81 - Tarn	339 345							1
	71 - Saône-et-Loire	571 852						7			82 - Tarn-et-Gar.	190 485							3
	89 - Yonne	311 019									Total	2 326 037							5
	Total	1 596 054						7			59 - Nord	2 520 526	2	2					41
BRETAGNE	22 - Côtes-du-Nord	538 869			1					NORD - PAS-DE-CALAIS	62 - Pas-de-Calais	1 412 413							
	29 - Finistère	828 364			1						Total	3 932 939	2	2					41
	35 - Ille-et-Vilaine	749 764									14 - Calvados	589 559							
	56 - Morbihan	590 889			1			4			50 - Manche	465 948							
	Total	2 707 886			3			4			61 - Orne	295 472							
CENTRE	18 - Cher	320 174								NORMANDIE (BASSE-)	Total	1 350 979							
	28 - Eure-et-Loir	362 813									27 - Eure	462 323							6
	36 - Indre	243 191									76 - Seine-Maritime	1 193 039							11
	37 - Indre-et-Loire	506 097									Total	1 655 362							17
	41 - Loir-et-Cher	296 220								PAYS DE LA LOIRE	44 - Loire-Atlant.	995 498							13
	45 - Loiret	535 669			1			3			49 - Maine-et-Loire	675 321							3
	Total	2 264 164			1			3			53 - Mayenne	271 784							5
											72 - Sarthe	504 768							
CHAMPAGNE - ARDENNE	08 - Ardennes	332 338			1	2				NORMANDIE (HAUTE-)	85 - Vendée	483 027							1
	10 - Aube	289 300	1					3			Total	2 930 398		3					22
	51 - Marne	543 627									02 - Aisne	533 970							3
	52 - Marne (Haute-)	210 670								PICARDIE	60 - Oise	661 781							
	Total	1 345 935	1	1	2			3			80 - Somme	544 570							1
CORSE	2 B - Corse (Haute-)	131 574						3			Total	1 740 321							4
	2 A - Corse-du-Sud	108 604								POITOU - CHARENTES	16 - Charente	340 770							1
	Total	240 178						3			17 - Charente-Mar.	513 220							1
FRANCHE - COMTÉ	25 - Doubs	477 163						6			79 - Sèvres (Deux-)	342 812							
	39 - Jura	242 925									86 - Vienne	371 428							1
	70 - Saône (Haute-)	231 962				1	3				Total	1 568 230		2					2
	90 - Terr. de Belfort	131 999						1	-	PROVENCE - ALPES - CÔTE D'AZUR	04 - Alpes-Hte-Prov.	119 068							
	Total	1 084 049						10	-		05 - Alpes (Hautes-)	105 070							1
ÎLE-DE-FRANCE	75 - Paris (Ville)	2 176 243			3			52			06 - Alpes-Marit.	881 198							
	77 - Seine-et-Marne	886 918			1			4			13 - B.-du-Rhône	1 724 199							1
	78 - Yvelines	1 196 111						5			83 - Var	708 331							10
	91 - Essonne	988 306						3			84 - Vaucluse	427 343							5
	92 - Hauts-de-Seine	1 387 039						19			Total	3 965 209		2	1	1			17
	93 - Seine-St-Denis	1 324 301			1			41		RHÔNE - ALPES	01 - Ain	418 518							
	94 - Val-de-Marne	1 193 655						7			07 - Ardèche	267 970							
	95 - Val-d'Oise	920 587	1					13			26 - Drôme	389 781	1						
	Total	10 073 160	1	5				144			38 - Isère	936 771							
											42 - Loire	739 521							
											69 - Rhône	1 445 208							
											73 - Savoie	323 675		1	1				6
LANGUEDOC - ROUSSILLON	11 - Aude	280 686						2		TOTAL DE LA SEMAINE	74 - Savoie (Haute-)	494 505	1						
	30 - Gard	530 478						2			Total	5 015 947	2	5	3				24
	34 - Hérault	706 499									6	1	30	9	3	373	2		
	48 - Lozère	74 294		1				4		FRANCE MÉTROPOLITaine	14 premières semaines de 1985	83	21	318	57	23	3 132	14	
	66 - Pyrénées-Orient.	334 557						2			14 premières semaines de 1984	100	49	273	75	8	3 676	72	
FRANCE OUTRE-MER	Total	1 926 514		1				10											
	971 - Guadeloupe																		
	972 - Guyane							2											
	973 - Martinique							3											
	974 - Réunion							1											