



INFORMATION ADMINISTRATIVE

CIRCULAIRE N° 41 DU 4 MAI 1995, RELATIVE À L'ORGANISATION DE LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE

La loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 a considérablement simplifié le dispositif de la lutte antituberculeuse en l'adaptant aux conditions actuelles. Ainsi, l'organisation en secteurs a disparu, les centres spécialisés dans la prise en charge de la maladie ne sont plus identifiés en tant que tels et la référence aux traitements devenus obsolètes a été supprimée. Il ne faudrait pas en déduire pour autant que la lutte antituberculeuse ne constitue plus une priorité de Santé publique, bien au contraire. Parallèlement aux travaux préparatoires à la loi susnommée, dès 1992, devant l'arrêt de la décroissance de la tuberculose, le Conseil supérieur d'hygiène publique de France a constitué plusieurs groupes de travail sur ce thème. S'appuyant sur les propositions d'un groupe d'experts réunis à cet effet, il a formulé un certain nombre de recommandations sur la prévention et la prise en charge de la tuberculose.

Cette circulaire a pour objet de rappeler les grands principes de la lutte antituberculeuse et d'explicitier le nouveau dispositif, suite aux modifications législatives récentes, à la lumière des réflexions du Conseil supérieur d'hygiène.

LE CONTEXTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

La tuberculose est redevenue une maladie d'actualité. Le nombre de cas déclarés de tuberculose en France a cessé de décroître depuis 1991, et a même augmenté depuis 2 ans : en 1993, 17 cas pour 100 000 habitants ont été déclarés (soit 8 % de plus qu'en 1992). L'interprétation de cette évolution est difficile; la médiatisation du phénomène liée à l'augmentation de l'incidence aux États-Unis dès 1985 a pu induire une meilleure déclaration des médecins. La situation observée aux États-Unis est cependant différente de la nôtre, quoi qu'il en soit, en France en 1993, au moins 10 000 personnes ont présenté une tuberculose (B.E.H. n° 44/94) et le nombre réel de cas est sans doute largement supérieur compte tenu de la sous-déclaration (de 30 à 50 % selon les estimations).

Des conditions de vie précaire, une baisse de l'immunité liée à l'âge ou à une maladie, des contacts prolongés et répétés avec un tuberculeux contagieux, un séjour récent et prolongé dans un pays à forte endémie tuberculeuse constituent des facteurs favorisant la survenue d'une tuberculose. Ainsi, l'impact de l'infection par le V.I.H. fréquemment évoqué pour expliquer cette recrudescence, n'est pas seul en cause. L'aggravation des conditions socio-économiques a pu influencer le développement de l'infection dans certains groupes de population déjà précarisés. Le rôle de ces différents facteurs dans l'apparition de la maladie peut expliquer les disparités épidémiologiques au niveau départemental (annexe 1).

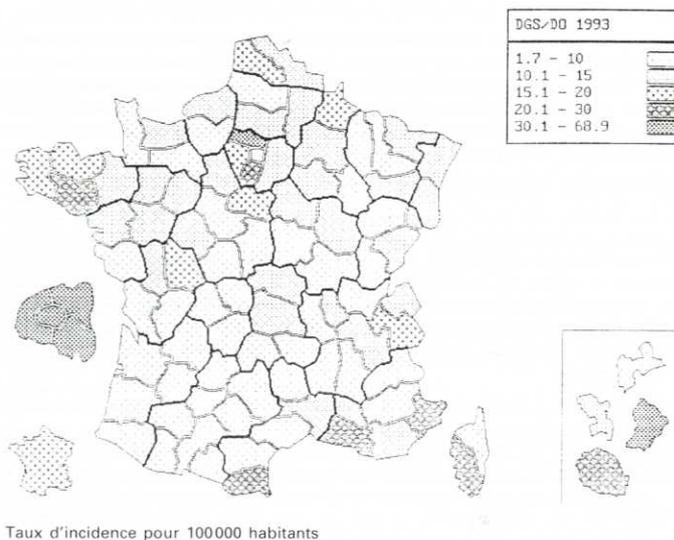
Ceci explique que la surveillance doit être plus soutenue que jamais.

LA SURVEILLANCE

La surveillance est de la responsabilité de l'État. Elle consiste en la déclaration obligatoire au médecin inspecteur de Santé publique (M.I.S.P.) de la D.D.A.S.S. de tout nouveau cas de tuberculose (dû à *Mycobacterium tuberculosis*, *africanum* ou *bovis* traité par au moins 3 antituberculeux). Ce dernier transmet les éléments épidémiologiques concernant le département au médecin du Conseil général.

Les résultats de l'analyse de ces données au niveau national sont publiés régulièrement par la Direction générale de la Santé dans le *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. Les formulaires de déclaration ont été récemment modifiés et comportent des renseignements complémentaires, en particulier sur la confirmation bactériologique par la culture.

Figure 1. - Cas de tuberculose déclarés



Bien que différée par rapport au moment où le diagnostic est évoqué, cette déclaration doit être aussi précoce que possible afin de permettre l'investigation dans l'entourage du cas; il est donc possible qu'au moment de la déclaration le médecin ne dispose pas des résultats de la culture. Le M.I.S.P. devra alors contacter le médecin déclarant quelques semaines plus tard pour les indiquer sur la fiche.

Ce dispositif de surveillance qui fait l'objet d'un suivi très attentif des services ministériels a été complété par d'autres dispositifs destinés, en particulier, à apprécier l'évolution de la multirésistance du BK aux antibiotiques.

Une surveillance de qualité permet d'organiser au mieux un dépistage précoce et efficace. Celui-ci a été confié aux services de lutte antituberculeuse des départements.

LES MISSIONS DES SERVICES DE LUTTE ANTITUBERCULEUSE

L'article L. 218 du code de la Santé publique a confié au service départemental de lutte antituberculeuse la prophylaxie individuelle, familiale et collective de la maladie. Le dépistage des cas et la prévention de la maladie relèvent donc de ce service. En outre, l'article L. 220 du même code a confié aux dispensaires antituberculeux le suivi médical et la délivrance gratuite des médicaments antituberculeux.

Le dépistage

Dépistage orienté

Plusieurs études ont montré l'inefficacité du dépistage radiologique systématique en population générale. Compte tenu des données épidémiologiques et des facteurs de risque, il est donc préférable de développer un

dépistage dans les collectivités accueillant des catégories de personnes plus susceptibles que d'autres de développer une tuberculose : prisons, centres d'hébergement et de réadaptation sociale, foyers de migrants.

Le dépistage de la tuberculose dans la population carcérale est prévu dans le cadre de la circulaire n° 45/DGS/DH/DSS du 8 décembre 1994 organisant les soins en milieu pénitentiaire. Une nouvelle rédaction de l'article D394 du code pénal précisera les modalités de ce dépistage en insistant sur la nécessité de pratiquer une radiologie pulmonaire chez toute personne entrant en prison.

La surveillance des établissements pour personnes âgées, toxicomanes, immunodéprimées ou de toute structure prenant en charge des sujets à risque sera être envisagée au cas par cas, en liaison avec les responsables de ces établissements. Il pourra être envisagé de n'intervenir qu'en cas de survenue d'un cas de tuberculose si la surveillance médicale est organisée par ailleurs.

Dépistage autour d'un cas de tuberculose

Pour éviter la contamination d'autres sujets, il est indispensable de dépister le plus précocement possible les personnes ayant été en contact avec un tuberculeux. Tout cas de tuberculose doit donc faire l'objet d'une investigation soignée dans l'entourage. En milieu familial, le service de lutte antituberculeuse intervient à la demande du médecin hospitalier ou du médecin généraliste ou parfois du médecin pénitentiaire, s'il s'agit d'un détenu. En collectivité, le médecin du service de lutte antituberculeuse gère l'enquête en liaison avec le médecin de l'établissement, le médecin de santé scolaire, de P.M.I. ou du travail selon les cas. Un protocole d'investigation a été élaboré par un des groupes de travail du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, il est joint en annexe II (1). Il vous appartient de diffuser l'information sur ce dispositif auprès des établissements concernés.

En ce qui concerne le milieu hospitalier, je vous rappelle que la circulaire du 29 octobre 1993 a décrit les précautions particulières à observer pour éviter les contaminations secondaires tant vis-à-vis d'autres patients réceptifs que vis-à-vis du personnel. Ces précautions doivent être prises le plus tôt possible après l'admission, dès suspicion du diagnostic de tuberculose contagieuse et non pas seulement lorsqu'elle est confirmée.

Vaccination et contrôles tuberculiques

La vaccination par le B.C.G. est également du ressort des services départementaux. Un décret pris en application de l'article L. 215 du code de la Santé publique définira la liste des personnes soumises à la vaccination obligatoire par le B.C.G. (essentiellement les enfants jusqu'à la fin de leur scolarité, les personnes s'occupant d'enfants et les professionnels particulièrement exposés à une contamination). En attendant sa publication, qui devrait avoir lieu dans les prochains mois, les dispositions de l'ancien article L. 215 restent applicables.

Ces vaccinations peuvent être réalisées soit chez le médecin traitant, soit dans le cadre des structures départementales (dispensaires antituberculeux, centres de vaccination), en milieu scolaire (après accord des parents), ou dans tout autre lieu de soins après un contrôle tuberculique. Les modalités et le rythme de ces contrôles seront fixés par arrêté ministériel. L'intradermo-réaction reste la méthode de référence, la périodicité des tests fait encore l'objet de discussions au sein du comité d'experts.

Suivi médical et délivrance gratuite des antituberculeux

Les modalités d'application de l'article L. 220 du code de Santé publique permettant le suivi médical et la délivrance gratuite d'antibiotiques antituberculeux par les dispensaires ont été précisées dans le décret n° 95-43 du 10 janvier 1995. Cette possibilité a été instituée pour permettre un meilleur accès aux soins des personnes en situation de précarité et éviter ainsi la mauvaise observance du traitement qui peut être à l'origine de résistances aux antibiotiques du bacille de la tuberculose. Elle s'inscrit dans le cadre plus général des mesures préconisées par les circulaires des 17 septembre 1993 et du 21 mars 1995 qui visent à améliorer l'accès aux soins des personnes les plus démunies.

Je vous invite à passer des conventions avec les services des conseils généraux et l'assurance-maladie pour faciliter l'application de ces mesures. Ce type de conventions est prévu par l'article L. 182-1 du code de la Sécurité sociale et le décret n° 93-648 du 26 mars 1993 relatif à l'aide médicale et à l'assurance personnelle et modifiant le code de la Sécurité sociale.

L'organisation de la lutte antituberculeuse

L'organisation du dispositif doit tenir compte des nécessités locales. On ne s'étonnera donc pas que cette organisation diffère selon les départements. Cependant, il est indispensable que chaque département, quelle que soit l'incidence de la tuberculose, puisse offrir gratuitement dépistage de la tuberculose, suivi médical, délivrance des médicaments et vaccination par le B.C.G., qui constituent ses missions. Le présent chapitre développe les recommandations du Conseil supérieur d'hygiène en ce domaine.

Les dispensaires

Les dispensaires sont les centres de coordination des diverses interventions du service de lutte antituberculeuse : certains sont spécialisés, d'autres sont des centres préventifs polyvalents avec un abord plus global de la santé. Plusieurs départements ont développé des consultations hospitalières et cette solution permet d'avoir sur place un plateau technique performant. Pour cette raison, pour les quelques départements qui ne disposent pas de dispensaires, il semble mieux adapté d'avoir recours à des conventions avec l'hôpital qu'à des consultations en secteur libéral.

Les moyens

Les moyens seront adaptés à l'importance du problème dans le département. Ainsi, les services départementaux qui sont équipés d'un laboratoire de bactériologie sont peu nombreux et il ne semble pas utile de les multiplier. Des conventions avec des laboratoires de bactériologie hospitaliers ou de ville peuvent être envisagées dans certains cas. Le dépistage radiologique nécessitera, suivant les flux de consultants, d'avoir une installation radiologique sur place, de passer convention avec l'hôpital ou de disposer d'un camion équipé d'un appareil radiophotographique.

Comme il est indiqué dans la circulaire du 8 décembre 1994, le dépistage obligatoire des détenus à leur entrée en milieu carcéral sera facilité par l'implantation d'une installation radiologique, à la charge de l'établissement hospitalier responsable de l'unité de consultations et de soins ambulatoires, dans les centres de plus de 150 places. Pour les autres maisons d'arrêt, les services de lutte antituberculeuse pourront utiliser un camion ou les installations de l'hôpital le plus proche.

Le nombre de médecins, de personnel paramédical (infirmiers, manipulateurs d'électroradiologie) et social dépend également de l'épidémiologie départementale de la tuberculose. Il est indispensable que les médecins consultants soient des spécialistes confirmés. Si cela s'avère impossible, le recrutement de généralistes, particulièrement expérimentés ou ayant reçu une formation spécifique dans le domaine de la tuberculose, peut être envisagé pour assurer des consultations dans des dispensaires éloignés de tout centre hospitalier. Lorsque le service n'a pas d'assistant de service social en propre, le recours au service social polyvalent peut être facilité par l'utilisation de centres médico-sociaux communs.

Les modalités d'intervention

Traditionnellement, les services ont surtout développé les consultations médicales, le dépistage radiologique et, parfois, en liaison avec les services départementaux de vaccination, les séances de contrôle tuberculique et de vaccination par le B.C.G. en milieu scolaire.

Il est essentiel d'orienter également l'activité des services vers l'intervention à domicile, pour aider les patients à observer leur traitement, et vers les investigations autour d'un cas qui permettent d'éviter la contamination de l'entourage et de couper ainsi la chaîne de transmission de la maladie. Ces interventions relèvent des médecins du service et d'infirmiers, si possible formés à la Santé publique.

Ces démarches ne peuvent se faire qu'avec l'ensemble du réseau de soins, c'est pourquoi les services départementaux doivent renforcer leurs liens avec les services hospitaliers et le secteur libéral. La loi du 18 janvier 1994 a supprimé l'organisation sectorielle de la lutte contre la tuberculose et les médecins hospitaliers n'ont donc plus la responsabilité de tels secteurs. Toutefois, leur rôle dans le domaine de la tuberculose est essentiel, tant en terme de référence que comme acteurs de soins dans les structures départementales non hospitalières.

Il ne peut y avoir que des avantages à ce que les médecins des D.D.A.S.S. et ceux des services départementaux chargés de la lutte antituberculeuse organisent des réunions d'information communes sur la tuberculose pour instaurer des relations suivies avec les médecins du secteur hospitalier ou libéral. Ce n'est que grâce à une bonne connaissance réciproque des différents professionnels intervenant dans le domaine de la lutte antituberculeuse que chacun pourra y jouer pleinement son rôle et que la recrudescence de la maladie pourra être freinée. Un recueil des recommandations du Conseil supérieur d'hygiène publique de France concernant la tuberculose sera publié prochainement.

Je souhaite que cette circulaire soit pour vous l'occasion de faire le point sur cette maladie dans le département et de rencontrer les différents partenaires du dispositif de prévention et de soins, y compris les représentants des établissements qui accueillent des personnes en situation de précarité. Le schéma départemental d'accès aux soins des personnes les plus démunies, prévu par la circulaire du 21 mars 1995, devra intégrer un volet concernant la lutte contre la tuberculose. Vous voudrez bien me tenir informé des éventuelles difficultés que vous pourriez rencontrer.

(1) L'annexe II n'est pas publiée ici. Se reporter au B.E.H. n° 9/94.

ENQUÊTE

LES PRATIQUES DE LA PRÉVENTION NOSOCOMIALE EN CAS DE TUBERCULOSE PULMONAIRE MULTIRÉSISTANTE

F. BOURDILLON*, J.-C. DESENCLOS**

Une récente enquête a montré la possibilité de transmission de la tuberculose dans les services prenant en charge des patients atteints par le V.I.H. [1]. Dans 139 services, où près de 16 000 hospitalisations de patients atteints par le V.I.H. ont eu lieu en 1993, 1 900 cas de tuberculose pulmonaire avaient été diagnostiqués. Les mesures de prévention étaient réelles, mais encore insuffisantes. L'utilisation de masques protecteurs était loin d'être généralisée et il existait encore des difficultés à hospitaliser les patients en chambre seule. Enfin, les systèmes de ventilation, lorsqu'ils existaient, étaient souvent inadéquats. Dans cette étude, 22 services avaient déclaré avoir eu, au moins 1 cas de tuberculose pulmonaire multirésistante durant l'année 1993. Afin de préciser les mesures de prévention appliquées lors de la survenue de cas de tuberculose pulmonaire multirésistante, nous avons conduit une étude complémentaire auprès de ces 22 services en juin 1994.

MÉTHODE

Une tuberculose multirésistante a été définie par la résistance à l'isoniazide et à la rifampicine. Des informations cliniques et biologiques ont été recueillies en appréciant les délais diagnostiqués et thérapeutiques concernant des patients atteints de tuberculose pulmonaire multirésistante ainsi que les mesures de prévention prises au décours de leur hospitalisation. Pour cela un questionnaire détaillant les différents items listés ci-dessus a été adressé aux 22 services.

RÉSULTATS

Sur les 22 services ayant déclaré avoir eu au moins 1 cas de tuberculose pulmonaire multirésistante en 1993 :

- 10 ont confirmé 11 cas de tuberculose multirésistante;
- 2 gardent le souvenir d'un tel cas, sans pouvoir retrouver le dossier du malade;
- 9 sont revenus sur leur déclaration : erreurs (4 cas), cas antérieurs à 1993 (3 cas), tuberculose extra-pulmonaire (1 cas), mycobactérie atypique multirésistante (1 cas);
- enfin 1 service n'a pas répondu, mais il s'agit d'un cas probable lié à un autre service ayant déclaré avoir reçu un patient.

Les 3 cas non confirmés, considérés comme douteux ou probables n'ont pas été retenus dans l'analyse. Au total, 10 services sur 22 (45,5 %) ont réellement pris en charge 11 cas de tuberculose multirésistante en 1993.

Ces 11 cas de tuberculose pulmonaire multirésistante ont été diagnostiqués dans 4 régions : Île-de-France (6 cas), Provence - Alpes - Côte d'Azur (3 cas), Aquitaine (1 cas) et Alsace (1 cas). Parmi eux, 5 ont été diagnostiqués en services de pneumologie, 2 en maladies infectieuses, 1 en service de médecine, 1 en service d'immunologie, 1 en dermatologie et 1 aux urgences. Dans les 10 services concernés, près de 1 600 hospitalisations de patients atteints par le V.I.H. ont été enregistrées et 300 cas de tuberculose pulmonaire diagnostiqués, soit un taux de prévalence de la multirésistance dans ces 10 services de 3,7 % (intervalle de confiance à 95 % : 18-6,5 %).

Données cliniques et diagnostiques

La possibilité de multirésistance a été évoquée avant mise sous traitement pour 4 cas devant des antécédents de tuberculose ou une notion de traitement antituberculeux (avec pour 2 cas notion d'interruption de ce traitement) et l'origine géographique (Angola, Somalie, Vietnam - le quatrième cas était français, sans domicile fixe).

Seul un cas a été considéré comme potentiellement d'origine nosocomiale avec une notion d'antécédent d'hospitalisation à New York.

Dans 10 cas sur 11, l'examen direct était positif (1 cas seulement positif en culture). Le délai entre le premier jour de l'hospitalisation et le résultat de l'examen direct est inférieur ou égal à 5 jours (4 cas le premier jour, 3 le deuxième, 1 le troisième et 1 le cinquième; 1 sans réponse). Les cultures sont revenues positives entre 3 et 4 semaines, sauf pour une dont le délai a été de 11 semaines (3 sans réponse). Les délais d'antibiogramme ont été plus longs : entre 3 et 10 semaines (4 sans réponse).

Les délais de mise sous traitement de première intention avant la connaissance de la multirésistance étaient courts, inférieurs à 5 jours pour les 6 patients pour lesquels cette information est disponible.

Les durées moyennes d'hospitalisation ont été extrêmement variables de 2 jours à 4 mois, en tenant compte ici, pour les séjours courts, de transferts de malades dans des services spécialisés.

L'évolution sous traitement au quatrième mois est connue dans 8 cas sur 11 : 3 patients ne sont plus bacillifères sous traitement, 4 le sont toujours malgré le traitement et 1 est décédé.

Parmi les 9 cas pour lesquels la sérologie V.I.H. est connue, 2 patients étaient séropositifs.

Les mesures de prévention

L'hospitalisation en chambre seule a été de règle dans 10 cas sur 11, et le premier jour de l'hospitalisation pour 9 cas.

La mise en place d'un système d'utilisation de masques à l'entrée des chambres a été réalisée pour 8 cas (80 % - non-réponse 1 cas) et pour 6 d'entre eux dès l'hospitalisation (67 % - non-réponse 1 cas). Les masques utilisés correspondaient aux recommandations du ministère de la Santé [2] dans 6 services (75 %), les 2 autres services utilisaient des masques de soins.

L'investigation des sujets contacts n'a pas été réalisée auprès des familles pour 6 cas (67 % - non-réponse 2 cas), auprès des patients hospitalisés au même moment pour 7 cas (78 % - non-réponse 2 cas), auprès des personnels soignants pour 6 cas (67 % - non-réponse 2 cas). Le C.L.I.N. a été sollicité 6 fois sur 10 (ne sait pas 1 cas) et le médecin du travail 2 fois.

DISCUSSION

L'enquête complémentaire a permis de valider sur les 22 services, 10 services ayant réellement accueilli pendant l'année 1993, 11 cas de tuberculose pulmonaire multirésistante. Un doute persiste pour 3 services. Ces 10 services correspondent à 4 régions (6 régions avec 3 cas douteux ou probables et 7 si les cas survenus les années précédentes sont pris en compte).

La preuve bactériologique auprès des laboratoires biologiques des hôpitaux concernés n'ayant pas été sollicitée, il n'est pas possible d'affirmer que les 11 cas de tuberculose pulmonaire multirésistante identifiés et confirmés par les cliniciens soient certains. Ces cas représentent près du quart des cas de tuberculose résistante diagnostiqués en 1993 [3].

La prévalence de la multirésistance dans ces 10 services (3,7 %) est sensiblement supérieure à l'estimation nationale en 1993 (0,5 %) [3].

Bien que diagnostiqués dans des services à forte activité V.I.H., ces cas concernent peu (18 %) les patients atteints par le V.I.H. Dans l'enquête du Centre national de référence pour la surveillance de la tuberculose et des infections à mycobactéries atypiques [3] 15 % des patients atteints de tuberculose multirésistante étaient séropositifs connus versus 18 % dans la présente étude.

Alors que le potentiel de transmission existe dans les services à forte activité V.I.H., les cas décrits ne semblent pas avoir été acquis par transmission nosocomiale.

Le diagnostic de tuberculose pulmonaire a, le plus souvent été posé dans les 5 premiers jours de l'hospitalisation. Les sujets ont été hospitalisés dans 91 % des cas en chambre seule, et ceci, dès leur arrivée à l'hôpital. Seule, la moitié des services a utilisé des masques considérés comme protecteurs durant l'hospitalisation. Les investigations épidémiologiques à visée de dépistage en direction des familles, des soignants ou d'éventuels patients contacts étaient rares, même devant ces cas de multirésistance. Ces mesures de prévention, même si elles sont mieux prises en compte dans les services ayant rencontré une tuberculose multirésistante sont encore loin d'être suffisantes [1].

EN CONCLUSION

La validation des résultats sur la multirésistance des cas de tuberculose pulmonaire apparaît comme indispensable puisque seulement la moitié des services a confirmé les cas dans cette étude complémentaire. La tuberculose pulmonaire multirésistante est donc peu fréquente, mais touche plusieurs régions françaises. Les mesures de prévention de la transmission nosocomiale de la tuberculose pulmonaire peuvent encore être améliorées. Les investigations épidémiologiques autour d'un cas doivent être systématiques.

Dans la mesure où l'enquête initiale ne ciblait pas la multirésistance il n'est pas surprenant qu'une proportion non négligeable de services n'ait pas confirmé la multirésistance à partir de critères et d'un questionnaire spécifiques.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] F. BOURDILLON, J.-C. DESENCLOS. - Enquête nationale sur les pratiques de prévention de la transmission nosocomiale de la tuberculose dans les lieux de soins en 1993. - *B.E.H.*, n° 21/1994.
- [2] J.-C. DESENCLOS, groupe de travail Direction générale de la Santé. - La place des masques, de la ventilation et des ultraviolets dans la prévention de la transmission nosocomiale de la tuberculose dans les lieux de soins. - *B.E.H.*, n° 15/1994.
- [3] B. DECLUDT, V. SCHWOEBEL, S. HAEGHEBAERT et coll. - Surveillance de la tuberculose à bacilles multirésistants en 1993. - *B.E.H.*, n° 50/1994.

* Mission SIDA. - Direction des Hôpitaux, ministère des Affaires sociales de la Santé et de la Ville.

** Réseau national de Santé publique.

Données provisoires non validées

RÉGIONS	DÉPARTEMENTS	POPULATION EN 1990	Typho./Paratypho.	SIDA	Méningite à méningocoques	Brucellose	Tétanos	Tuberculose	T.I.A.C.	Botulisme	Legionellose	Poliomyélite	RÉGIONS	DÉPARTEMENTS	POPULATION EN 1990	Typho./Paratypho.	SIDA	Méningite à méningocoques	Brucellose	Tétanos	Tuberculose	T.I.A.C.	Botulisme	Legionellose	Poliomyélite	
ALSACE	67 Rhin (Bas-)	953 053	////				Non reçu						LIMOUSIN	19 Corrèze	237 908	////				Non reçu						
	68 Rhin (Haut-)	671 319		2				5						23 Creuse	131 349											
	Total	1 624 372		2					5						Total	722 850										
AQUITAINE	24 Dordogne	386 365						2					LORRAINE	54 Meurthe-et-Mos.	711 822		1							1		
	33 Gironde	1 213 499		2										55 Meuse	196 344											
	40 Landes	311 461		3				4						57 Moselle	1 011 302		1					6				
	47 Lot-et-Garonne	305 989						2						88 Vosges	386 258											
	Total	2 795 830		5		1		9			1				Total	2 305 726		2					6		1	
AUVERGNE	03 Allier	357 710						3					MIDI-PYRÉNÉES	09 Ariège	136 455							1	1			
	15 Cantal	158 723	////				Non reçu							12 Aveyron	270 141											
	43 Loire (Haute-)	206 568												31 Garonne (Hte-)	925 962	////					Non reçu					
	63 Puy-de-Dôme	598 213		1				1						32 Gers	174 587											
	Total	1 321 214		1				4							46 Lot	155 816										
BOURGOGNE	21 Côte-d'Or	493 866											NORD-PAS-DE-CALAIS	59 Nord	2 531 855											
	58 Nièvre	233 278						1						62 Pas-de-Calais	1 433 203	////					Non reçu					
	71 Saône-et-Loire	559 413						1						Total	3 955 058											
	89 Yonne	323 096												14 Calvados	618 478											
	Total	1 609 653						2						50 Manche	479 636								1			
BRETAGNE	22 Côtes-d'Armor	538 395		3				3					NORMANDIE (BASSE-)	61 Orne	293 204									1		
	29 Finistère	838 687												Total	1 391 318								2			
	35 Ille-et-Vilaine	798 718	////				Non reçu							27 Eure	513 818											
	56 Morbihan	619 838												76 Seine-Maritime	1 223 429		1						3			
	Total	2 795 638		3				3						Total	1 737 247		1						3			
CENTRE	18 Cher	321 559	////				Non reçu						NORMANDIE (HAUTE-)	44 Loire-Atlant.	1 052 183	////					Non reçu					
	28 Eure-et-Loir	396 073	////				Non reçu							49 Maine-et-Loire	705 882								1	1		
	36 Indre	237 510												53 Mayenne	278 037											
	37 Indre-et-Loire	529 345						3						72 Sarthe	513 654									1		
	Total	2 371 036						3						Total	3 059 112									3	1	
CHAMPAGNE-ARDENNE	08 Ardennes	296 357	////				Non reçu						PICARDIE	02 Aisne	537 259											
	10 Aube	289 207												60 Oise	725 603								2			
	51 Marne	558 217												80 Somme	547 825		1						1			
	52 Marne (Haute-)	204 067	////				Non reçu							Total	1 810 687		1						3			
	Total	1 347 848													16 Charente	341 993		1							1	
CORSE	2 A Corse-du-Sud	118 174						1					POITOU-CHARENTES	17 Charente-Mar.	527 146	////					Non reçu					
	2 B Corse (Haute-)	131 563	////				Non reçu							79 Sèvres (Deux-)	345 965	////					Non reçu					
	Total	249 737						1						86 Vienne	379 977											
FRANCHE-COMTÉ	25 Doubs	484 770											PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	04 Alpes-Hte-Prov.	130 883											
	39 Jura	248 759	////				Non reçu							05 Alpes (Hautes-)	113 300		1									
	70 Saône (Haute-)	229 650			1									06 Alpes-Marit.	971 829	////					Non reçu					
	90 Terr. de Belfort	134 097												13 B.-du-Rhône	1 759 371			4						7		
	Total	1 097 276			1									Total	4 257 907		6							11		
ÎLE-DE-FRANCE	75 Paris (Ville)	2 152 423		16				15					RHÔNE-ALPES	01 Ain	471 019										1	
	77 Seine-et-Marne	1 078 166				1		2	2					07 Ardèche	277 581	////					Non reçu					
	78 Yvelines	1 307 150	////					Non reçu						26 Drôme	414 072											
	91 Essonne	1 084 824		3				12						38 Isère	1 016 228		1	1						2		
	92 Hauts-de-Seine	1 391 658	////				Non reçu							42 Loire	746 288		1							3		
	93 Seine-St Denis	1 381 197		11				37						69 Rhône	1 508 966				1					35	1	
	94 Val-de-Marne	1 215 538						7						73 Savoie	348 261		2							1		
	95 Val-d'Oise	1 049 598		9				18						74 Savoie (Haute-)	568 286		2							2		
	Total	10 660 554		39		1		91	2					Total	5 350 701		6	2						44	1	
	LANGUEDOC-ROUSSILLON	11 Aude	298 712	////				Non reçu							TOTAL DE LA SEMAINE FRANCE MÉTROPOLITAINE			67	3	2			197	4	3	1
30 Gard		585 049						3					FRANCE OUTRE-MER	971 Guadeloupe	386 987											
34 Hérault		794 603						1						972 Martinique	359 572											
48 Lozère		72 825	////				Non reçu							973 Guyane	114 678											
66 Pyrénées-Orient.		363 796						2						974 Réunion	597 823											
Total	2 114 985						6					Total	1 459 060													
FRANCE	TOTAL :	56 614 493						67	4	3	1		FRANCE MÉTROPOLITAINE	23 premières semaines de 1995	88	2 343	171	43	10	3 758	91	6	33			
														23 premières semaines de 1994	75	2 755	184	103	13	4 419	140	21	24	1		