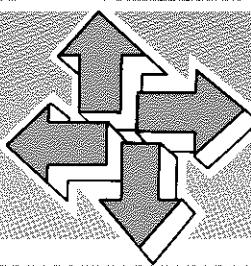


REPUBLIC FRANÇAISE

Ministère du Travail

et des Affaires sociales

Direction générale de la Santé



BEH

EPIBAC : p. 11.

Le point sur l'épidémie de fièvre hémorragique à virus *Ebola* au Gabon : p. 12.

Congrès AMIS-EPITER : p. 13.

N° 3/1997

14 janvier 1997

RECUEILLI
03 FÉV 1997

Centre Européen

SURVEILLANCE

SURVEILLANCE DES MÉNINGITES À *H. INFLUENZAE*, *N. MENINGITIDIS*, *L. MONOCYTOGENES*, *S. PNEUMONIAE*

par le réseau EPIBAC 1987-1994

I. MEHL-AUGET*, V. VAILLANT*, E. LAURENT*, V. GOULET*
et les microbiologistes du réseau EPIBAC

Le réseau EPIBAC est un réseau de laboratoires de microbiologie qui permet la surveillance des infections invasives communautaires à *H. influenzae*, *N. meningitidis*, *L. monocytogenes*, *S. pneumoniae*, et aux streptocoques des groupes A et B. Cette surveillance a pour objectif de connaître l'incidence et les tendances temporelles de ces infections. Elle permet d'identifier certaines caractéristiques des populations à risque auxquelles vont s'adresser plus particulièrement les mesures de prévention et d'évaluer l'efficacité de ces mesures.

Un rapport détaillé présente les résultats de cette surveillance entre 1987 et 1993 [1]. Dans cet article sont présentées les données du réseau EPIBAC concernant les méningites à *H. influenzae*, *N. meningitidis*, *L. monocytogenes*, *S. pneumoniae* pour les années 1987 à 1994.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Le réseau EPIBAC a été constitué en 1982 par le Laboratoire national de la Santé (LNS) en sollicitant, par courrier, tous les microbiologistes hospitaliers répertoriés dans le fichier de contrôle de qualité des laboratoires. Depuis janvier 1993, la coordination du réseau EPIBAC a été transférée au Réseau national de Santé publique (RNSP). La participation des laboratoires de microbiologie repose sur le volontariat. Sont déclarés les isolements réalisés dans le sang et le LCR et pour chaque isolement, sont renseignés le site et la date de prélèvement ainsi que des informations (date de naissance et sexe) sur le patient. Le recueil est réalisé par le laboratoire sur une fiche papier qui est envoyée selon une périodicité mensuelle, trimestrielle ou annuelle en fonction du volume d'activité du laboratoire. Les données sont informatisées depuis 1987. Les méningites analysées dans cet article sont définies par l'isolement dans le LCR d'une des bactéries surveillées.

Dans l'analyse annuelle, seuls les laboratoires qui ont envoyé l'ensemble des fiches mensuelles ont été considérés comme participant au réseau EPIBAC. De 1987 à 1993, le nombre de laboratoires participants a fluctué entre 97 et 130. En 1994, 189 laboratoires participaient, soit une augmentation de 60 % depuis 1993 du fait d'une animation plus active du réseau. Les établissements participant au réseau EPIBAC ont reçu 60 % des malades hospitalisés en médecine (court séjour) en 1994. L'augmentation de la proportion de laboratoires participants n'a pas modifié les proportions d'entrées en médecine adulte et en pédiatrie qui sont restées similaires à celles observées auparavant (les entrées en pédiatrie représentant 16 % des entrées en médecine totale). La probabilité de survenue des pathologies surveillées étant très faible, on a considéré que la distribution du nombre de cas observés obéissait à une loi de Poisson. L'intervalle de confiance du nombre de cas notifiés a donc été calculé en utilisant l'approximation normale de la loi de Poisson. Pour chaque pathologie surveillée, une incidence annuelle globale et par classe d'âge a été estimée en rapportant la proportion « nombre de cas notifiés/nombre d'admissions en médecine dans les établissements participant au réseau », au nombre total d'admissions en médecine dans l'ensemble des établissements métropolitains susceptibles de prendre en charge les pathologies étudiées.

RÉSULTATS

Évolution des méningites à *H. influenzae*, *N. meningitidis*, *L. monocytogenes*, *S. pneumoniae* de 1987 à 1994

On observe une tendance à la diminution des méningites dues à *H. influenzae*, *N. meningitidis* et *L. monocytogenes* (tabl. 1), surtout marquée pour les méningites à *H. influenzae* depuis 1992. L'incidence des méningites à *S. pneumoniae* est stable.

Tableau 1. – Estimation du nombre annuel (n) des méningites EPIBAC, 1987-1994

Années	<i>H. influenzae</i> n (IC 95 %)	<i>N. meningitidis</i> n (IC 95 %)	<i>S. pneumoniae</i> n (IC 95 %)	<i>L. monocytogenes</i> n (IC 95 %)
1987	510 (432-588)	622 (536-709)	497 (420-575)	188 (140-235)
1988	497 (515-579)	415 (431-598)	571 (483-660)	209 (156-263)
1989	518 (432-604)	548 (460-636)	625 (531-720)	218 (163-274)
1990	502 (422-582)	386 (316-456)	479 (401-557)	130 (89-170)
1991	465 (388-542)	445 (369-520)	597 (510-685)	173 (126-220)
1992	520 (434-606)	483 (400-566)	512 (427-598)	254 (194-314)
1993	271 (213-329)	405 (334-476)	503 (424-582)	101 (66-137)
1994	169 (133-205)	276 (230-322)	489 (428-550)	76 (52-101)

En 1994, 48 % des méningites bactériennes notifiées par le réseau EPIBAC étaient dues à *S. pneumoniae*, 27 % à *N. meningitidis*, 17 % à *H. influenzae* et 8 % à *L. monocytogenes*.

Répartition par âge

L'incidence des méningites était très différente en fonction de l'âge, cette pathologie touchait essentiellement les enfants. La bactérie à l'origine de la majorité des méningites bactériennes surveillées par EPIBAC variait en fonction de l'âge des cas. De 1987 à 1992, *H. influenzae* était le principal responsable des méningites des enfants de moins de 2 ans (fig. 1). À la suite de l'introduction du vaccin Hib (vaccin mis sur le marché en mars 1992 et recommandé dès l'âge de 2 mois en l'incluant dans le calendrier vaccinal en vigueur), l'incidence des méningites à *H. influenzae* a chuté brutalement dès 1993 chez les enfants de moins de 2 ans (fig. 2). En 1994, *S. pneumoniae* était devenu le principal responsable des méningites chez les enfants de moins de 2 ans. La part de *S. pneumoniae* a également augmenté chez les enfants de 2 à 14 ans passant de 19 % des cas de méningite en 1993 à 27 % en 1994. Au-delà de 15 ans, les méningites étaient essentiellement dues à *S. pneumoniae* en particulier chez les personnes âgées de plus de 64 ans où *S. pneumoniae* étaient responsables de 71 % des cas.

Figure 1. – Incidence estimée par million d'habitants des méningites chez les enfants de moins de 2 ans EPIBAC, 1987-1994

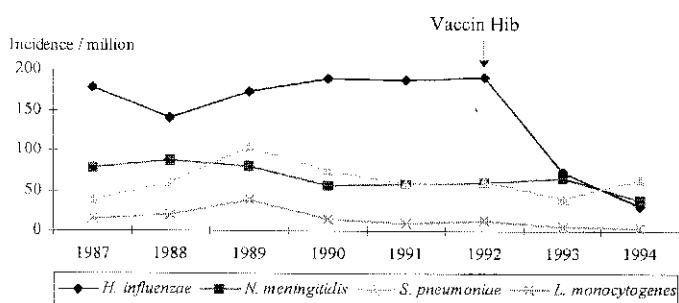
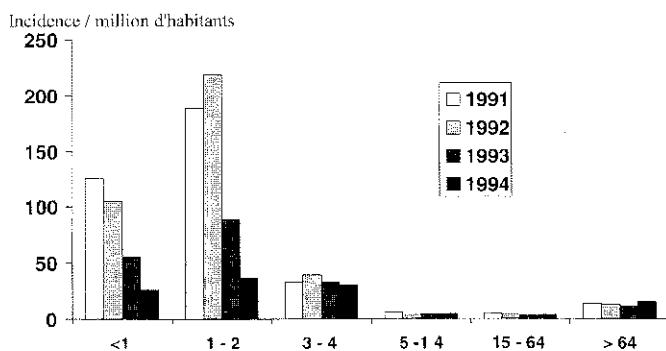


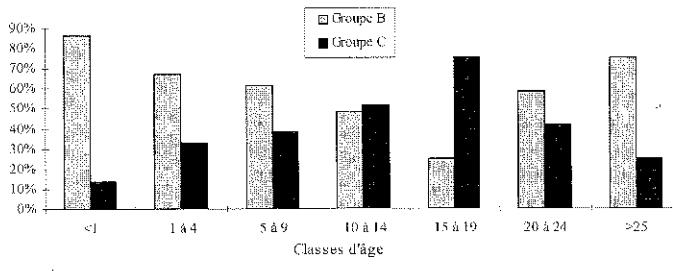
Figure 2. – Incidence estimée par million d'habitants des méningites à *Haemophilus influenzae* selon l'âge
EPIBAC, 1991-1994



Répartition des sérogroupes de *N. meningitidis* en fonction de l'âge

Le sérogrupe et la classe d'âge étaient renseignés dans 86 % des 523 cas notifiés de 1991 à 1994. Durant cette période, la répartition des 3 principaux sérogroupes était la suivante : groupe A : 1 %, groupe B : 64 % et groupe C : 35 %. Le sérogrupe C était en cause dans 29 % des cas chez les enfants de moins de 5 ans et dans seulement 14 % des cas chez les enfants de moins d'un an. Il était prédominant entre 10 et 19 ans (fig. 3).

Figure 3. – Répartition par âge des méningites à *N. meningitidis* de sérogroupes B et C
EPIBAC, 1991-1994



DISCUSSION

EPIBAC est un outil de surveillance qui permet d'analyser l'évolution des principales méningites bactériennes communautaires et de connaître la part relative de chacune d'elles.

La représentativité du réseau EPIBAC étudiée en comparant les établissements d'accueil des laboratoires participant au réseau à l'ensemble des établissements possédant un laboratoire interne est apparue satisfaisante en terme de répartition des admissions en médecine et en pédiatrie et en terme de type d'établissement entre 1987 et 1993 [1]. En 1994, la part des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) était plus importante. La comparaison des estimations du nombre global d'infections invasives obtenues en stratifiant selon le type d'établissement aux estimations obtenues sans stratification montre une différence d'estimation toujours inférieure à 5 %. La surreprésentation des CHU ne doit donc pas interférer de façon majeure dans les résultats.

Certains laboratoires ne participant pas toujours de manière constante, les tendances ont été étudiées en extrapolant les résultats annuels observés dans les laboratoires participants à une population de référence jugée stable au cours du temps. Ces extrapolations ont pu être réalisées du fait de la bonne représentativité du système et du fait que le nombre total de cas notifiés était suffisamment important pour que la précision des extrapolations soit acceptable. Cependant les estimations présentées dans certaines classes d'âge où le nombre de cas notifiés est faible sont très sensibles à des variations aléatoires et les tendances observées doivent alors être interprétées avec précaution.

Une analyse critique des estimations fournies par EPIBAC comparées aux données des centres nationaux de référence, à la déclaration obligatoire et à d'autres études publiées en France, a permis de valider ces estimations.

Une diminution importante du nombre de méningites à *H. influenzae* a été observée depuis 1992 à la suite de la diffusion du vaccin Hib en France. La brièveté du délai entre la diffusion du vaccin Hib et son impact sur l'épidémiologie des méningites à *H. influenzae* a été également observée en Grande-Bretagne [2]. Entre 1987 et 1994, l'incidence des méningites à *N. meningitidis* était très différente selon les pays : elle était 3 fois plus élevée en Grande-Bretagne qu'en France [3]. La tendance à la diminution des méningites à *N. meningitidis* observée en France a aussi été rapportée dans la majorité des pays européens comme la Suisse, l'Espagne ou l'Italie mais n'était pas retrouvée en Belgique où l'incidence augmentait, ni en Allemagne ou en Grande-Bretagne où elle était stable [3, 4, 5]. En 1994, l'incidence des méningites à *S. pneumoniae* variait dans les pays européens entre 1,1 et 14,1 cas par million d'habitants [3]. La stabilité de l'incidence des méningites à *S. pneumoniae* observée en France l'était également en Belgique et en Grande-Bretagne [4, 6].

Sans la participation des microbiologistes hospitaliers, des données sur l'incidence et sur l'évolution temporelle des maladies infectieuses, en particulier celles étudiées par EPIBAC, ne seraient pas disponibles en France. Le partenariat actif avec les microbiologistes hospitaliers constitue, de ce fait, un élément essentiel du système de surveillance de ces maladies en France.

Le rapport EPIBAC 1987-1993 est disponible,
sur simple demande
au Réseau national de Santé publique, réseau EPIBAC,
tél. : 01 43 96 65 04; fax : 01 43 96 65 02

RÉFÉRENCES

- [1] Le réseau EPIBAC. – Surveillance des méningites et des bactériémies à *H. influenzae*, *N. meningitidis*, *L. monocytogenes*, *S. pneumoniae*. 1987-1993. – Réseau national de Santé publique. Saint-Maurice. France, 1995.
- [2] Communicable Disease Surveillance Center. – Invasive *Haemophilus influenzae* infection : changing patterns of infectious diseases. – Communicable Disease Report 1994; 4 : 227.
- [3] CONNOLLY M, NOAH N. – Surveillance of bacterial meningitis in Europe 1994. – King's College School of Medicine and Dentistry. December 1995.
- [4] DUCOFFRE G. – Surveillance des maladies infectieuses par un réseau de laboratoires de microbiologie 1994. – Rapport de l'Institut d'hygiène et d'épidémiologie, rue Juliette Wytsman 14-1050 Bruxelles.
- [5] JONES DM, KACZMARSKI EB. – Meningococcal infections in England and Wales: 1993. – Communicable Disease Report 1994; 4 : R 97-100.
- [6] ASZKENASY OM, GEORGE RC, BEGG NT. – Pneumococcal bacteraemia and meningitis in England and Wales 1982 to 1992. – Communicable Disease Report 1994; 4 : R 45-49.

LE POINT SUR...

LE POINT SUR L'ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE HÉMORRAGIQUE À VIRUS ÉBOLA AU GABON

L'épidémie actuelle de fièvre hémorragique à virus Ébola au Gabon a commencé en juillet 1996. Le premier cas est un chasseur de 39 ans décédé dans la région de Booué, province d'Ogooué-Ivindo. L'OMS a fait état de cette situation épidémique le 14 octobre 1996, après que l'identité du virus Ébola ait été confirmée par le Centre international de recherche médicale de Francéville (CIRMF) le 4 octobre 1996.

Ce virus a, depuis, été isolé et séquencé par le CNR pour les arbovirus et virus des fièvres hémorragiques de l'Institut Pasteur de Paris : il s'agit du même virus que lors de l'épidémie de février 1996 à Makokou (Gabon).

Depuis juillet, l'épidémie a touché 58 personnes et entraîné 43 décès dont 3 à Libreville (informations données par l'OMS le 9 janvier 1997). Le dernier décès date du 8 janvier 1997.

L'épidémie semblait contrôlée en novembre 1996 puisque le 13 novembre 1996, on dénombrait 27 cas dont 17 décès et que seul 1 contact identifié restait sous surveillance médicale.

Elle a cependant été réactivée lors de l'enterrement d'une personne, décédée dans la région de Booué le 26 novembre 1996. C'est en effet à cette occasion que plusieurs personnes, dont certaines habitaient à Libreville, ont été contaminées par le virus Ébola.

À l'heure actuelle, il semble que l'hypothèse d'une extension de l'épidémie à Libreville puisse être écartée puisqu'un seul cas de transmission secondaire a été identifié (transmission à un médecin qui a été soigné en Afrique du Sud et a, à son tour, contaminé une infirmière à Johannesburg en

novembre 1996). Cependant, 167 contacts (à Libreville et dans la région de Bououé) font actuellement l'objet d'une surveillance quotidienne.

La fièvre hémorragique à virus Ébola est une maladie qui se traduit, dans sa forme sévère, après une période silencieuse de quelques jours (20 jours maximum), par une fièvre élevée, des maux de tête, des douleurs musculaires puis des vomissements et une diarrhée souvent sanguins.

Il n'existe pas de traitement spécifique : le traitement consiste en une compensation des pertes liquidiennes et une correction des troubles biologiques.

Le risque de transmission est réel mais nécessite un contact étroit, soit avec un malade en phase clinique de la maladie, soit avec un liquide biologique infecté (sang, sécrétions digestives, urine, sperme, sueur...). Les personnes en période d'incubation et ne présentant pas de signe clinique ne sont pas contagieuses (voir BEH n° 6, 1996, p. 25-26, B. Le Guenno).

Actuellement, une fiche d'information est systématiquement distribuée aux passagers des vols en provenance de Libreville. Cette fiche d'information

décrit les premiers signes de la maladie et surtout, permet, en étant remise au médecin traitant en cas de suspicion d'Ébola, que le patient soit pris immédiatement en charge de manière appropriée.

En effet, une prise en charge adaptée nécessite, entre autres choses (REH, 35/70, 1995, 249-256), des mesures d'isolement du patient, de protection des personnels soignants, et d'information des personnels des laboratoires d'analyses médicales, afin d'éviter de voir apparaître des cas secondaires. Ces mesures doivent être définies, localement, par les différents services concernés, cliniques et biologiques en association avec le CLIN (Comité de lutte contre les infections nosocomiales) de l'établissement.

D'autre part, en cas de suspicion, contacter le Centre national de référence pour les arbovirus et virus des fièvres hémorragiques (B. Le Guenno) au 01 40 61 30 88 (Institut Pasteur, 28, rue du Dr Roux, 75724 Paris Cedex).

Les DDASS ont été informées de cette épidémie et ont diffusé ces informations à tous les établissements de soins ainsi qu'aux laboratoires d'analyses de biologie médicale.

CONGRÈS AMIS-ÉPITER ÉTHIQUE ET SANTÉ PUBLIQUE

13 et 14 mars 1997, Nantes, cité des Congrès

L'Association des médecins-inspecteurs de Santé publique (AMIS) et d'épidémiologie de terrain (ÉPITER) organise conjointement les 13 et 14 mars 1997 au Palais des congrès de Nantes un congrès sur le thème «Ethique et Santé publique».

La première journée du congrès organisée par l'AMIS aborde sous forme de session de présentations les thèmes suivants : contexte éthique et déontologique, «éthique, solidarité et exclusion», «éthique et éducation pour la santé», «éthique et politique de santé», «éthique, offre de soins, et maîtrise des coûts» et «confidentialité des données médicales».

La seconde journée organisée conjointement par ÉPITER et l'AMIS traitera des 3 sujets suivants : «groupes à risque, conduites à risque... risque de stigmatisation et de discrimination», «le risque socialement acceptable» et «épidémiologie, santé publique et responsabilité».

Les thèmes abordés lors des 2 journées seront animés par des professionnels de santé publique (MISP, médecins de santé publique, épidémiologistes...) mais aussi des sociologues, juristes, journalistes, décideurs et responsables politiques.

Droit d'inscription : **600 F** repas non compris
(**300 F** pour une journée).

Pour les demandes d'inscription, contacter soit :

AMIS : J. Raimondeau, DRASS MAN,
6, rue René-Viviani, 44262 Nantes Cedex 2
(Fax : 02 40 12 80 77).

ou

ÉPITER : F. Bonnet, ÉPITER,
hôpital national de Saint-Maurice
14, rue du Val-d'Osne, 94415 Saint-Maurice Cedex
(Fax : 01 43 96 65 02).

BOURSES DE STAGES EN ÉPIDÉMIOLOGIE D'INTERVENTION

Le programme européen de formation à l'épidémiologie d'intervention (EPIET), financé par l'Union européenne depuis 1995, offre 8 bourses de stage de formation en épidémiologie d'intervention. Le stage, d'une durée de 22 mois, débutera le 1er octobre 1997.

Candidatures : Les candidats doivent avoir une expérience dans le domaine de la santé publique, un intérêt majeur pour le travail de terrain, une bonne maîtrise de l'anglais et d'au moins une autre langue européenne, et être prêts à séjourner 22 mois dans un autre pays européen. Les candidats doivent avoir moins de 10 ans d'expérience en santé publique.

Objectif : Le but de ce programme est de permettre aux stagiaires d'assumer à terme, des responsabilités dans le domaine de l'épidémiologie des maladies transmissibles. Ce programme de formation par la pratique inclue la surveillance des maladies transmissibles, l'investigation des phénomènes épidémiques, la recherche appliquée, et met l'accent sur la communication avec les décideurs.

Les stagiaires suivront un cours d'introduction de 3 semaines avant de prendre leurs fonctions dans des instituts d'accueil des 15 pays membres de l'Union européenne. Des cours supplémentaires seront organisés au cours des 2 années de stage par les différentes institutions européennes ayant des responsabilités dans le domaine de la surveillance épidémiologique.

Les lettres de candidature accompagnées d'un curriculum vitae doivent être envoyées avant le 28 février 1997.

Des informations complémentaires peuvent être obtenues à l'adresse suivante :

Dr Frank Van Loock – Institut d'Hygiène et d'Épidémiologie

14 J. Wytsmanstraat

B-1050 Bruxelles, Belgique

Tél. : 00 32 26 42 57 83 – Fax : 00 32 27 42 54 10

E mail : frank.vanloock@ihe.be

Cas déclarés pour certaines maladies transmissibles

Données provisoires non validées

Semaine du 30 décembre 1996
au 5 janvier 1997

RÉGIONS	DÉPARTEMENTS	POPULATION EN 1992	Typho/Paratyphi.	SIDA	Meningite à méningocoques	Brucellose	Tétanos	Tuberculose	T.I.A.C.	Botulisme	Légonellose	Poliomyélite	RÉGIONS	DÉPARTEMENTS	POPULATION EN 1992	Typho/Paratyphi.	SIDA	Meningite à méningocoques	Brucellose	Tétanos	Tuberculose	T.I.A.C.	Botulisme	Légonellose	Poliomyélite	
ALSACE	67 Rhin (Bas-)	961 020		1	1						1		LIMOUSIN	19 Corrèze	236 744											
	68 Rhin (Haut-)	681 443					2							23 Creuse	128 729	/ / / / /	/ / / / /	Non reçu	/ / / / /	/ / / / /						
	Total	1 642 463		1	1			2			1			87 Vienne (Haute-)	353 070	/ / / / /	/ / / / /	Non reçu	/ / / / /	/ / / / /						
AQUITAINE	24 Dordogne	388 669						1					LORRAINE	19 Corrèze	236 744											
	33 Gironde	1 234 434		2	1			3						54 Meurthe-et-Mos.	708 658	4										
	40 Landes	315 605	/ / / / /	/ / / / /	Non reçu	/ / / / /								55 Meuse	194 713											
	47 Lot-et-Garonne	305 945												57 Moselle	1 009 645		1	1								2
	64 Pyrénées-Atlant.	589 415		3				2						88 Vosges	383 192	/ / / / /	/ / / / /	Non reçu	/ / / / /	/ / / / /						
AUVERGNE	Total	2 834 068		5	1			6					MIDI-PYRÉNÉES	Total	718 543											
	03 Allier	355 438												09 Ariège	136 867	/ / / / /	/ / / / /	Non reçu	/ / / / /	/ / / / /						
	15 Cantal	157 984						1						12 Aveyron	268 606											
	43 Loire (Haute-)	206 010												31 Gironde (Hte-)	955 113	/ / / / /	/ / / / /	Non reçu	/ / / / /	/ / / / /						
	63 Puy-de-Dôme	597 985		1				1						32 Gers	174 579											
BOURGOGNE	Total	1 317 417		1				2			1		NORD-PAS-DE-CALAIS	46 Lot	157 679											
	21 Côte-d'Or	500 742	/ / / / /	/ / / / /	Non reçu	/ / / / /								65 Pyrénées (Htes-)	225 256	/ / / / /	/ / / / /	Non reçu	/ / / / /	/ / / / /						
	58 Nièvre	231 826												81 Tarn	340 899	/ / / / /	/ / / / /	Non reçu	/ / / / /	/ / / / /						
	71 Saône-et-Loire	557 316												82 Tarn-et-Gar.	203 385			1								
	89 Yonne	327 656												Total	2 296 208		5	1								3
BRETAGNE	Total	1 617 540											NORMANDIE (BASSE-)	59 Nord	2 540 359	/ / / / /	/ / / / /	Non reçu	/ / / / /	/ / / / /						
	22 Côtes-d'Armor	539 508						2						62 Pas-de-Calais	1 438 839											4
	29 Finistère	839 663	/ / / / /	/ / / / /	Non reçu	/ / / / /								Total	3 979 198											4
	35 Ille-et-Vilaine	816 111						1						14 Calvados	625 665											2
	56 Morbihan	627 919												50 Manche	482 457											
CENTRE	Total	2 823 201						3					PAYS DE LA LOIRE	61 Orne	295 199	/ / / / /	/ / / / /	Non reçu	/ / / / /	/ / / / /						
	18 Cher	322 945	/ / / / /	/ / / / /	Non reçu	/ / / / /								Total	1 403 321											2
	28 Eure-et-Loir	400 317	/ / / / /	/ / / / /	Non reçu	/ / / / /								27 Eure	525 253			1	1							
	36 Indre	237 996												76 Seine-Maritime	1 229 154			1								
	37 Indre-et-Loire	538 680												Total	1 754 407		1	1	1							
CHAMPAGNE-ARDENNE	41 Loir-et-Cher	308 963											PICARDIE	44 Loire-Atlant.	1 071 359	/ / / / /	/ / / / /	Non reçu	/ / / / /	/ / / / /						
	45 Loiret	592 387						1						49 Maine-et-Loire	713 790											
	Total	2 401 288						1						53 Mayenne	281 277											
	08 Ardennes	295 784												72 Sarthe	518 117											
	10 Aube	292 066												85 Vendée	520 680	/ / / / /	/ / / / /	Non reçu	/ / / / /	/ / / / /						
CORSE	51 Marne	559 974	/ / / / /	/ / / / /	Non reçu	/ / / / /							POITOU-CHARENTES	Total	3 105 223											1
	52 Marne (Haute-)	202 636		1				1						02 Aisne	540 247											
	Total	1 350 460		1				1						60 Oise	748 150											
FRANCHE-COMTÉ	2 A Corse-du-Sud	119 427	/ / / / /	/ / / / /	Non reçu	/ / / / /								80 Somme	552 766											
	2 B Corse (Haute-)	132 675	/ / / / /	/ / / / /	Non reçu	/ / / / /								Total	1 841 163		1	1								
	Total	252 102												16 Charente	342 301											
	25 Doubs	490 637	/ / / / /	/ / / / /	Non reçu	/ / / / /								17 Charente-Mar.	538 607											
	39 Jura	251 790												79 Sèvres (Deux-)	346 228		1									
ÎLE-DE-FRANCE	70 Saône (Haute-)	229 790	/ / / / /	/ / / / /	Non reçu	/ / / / /								86 Vienne	387 125											
	90 Terr. de Belfort	136 111												Total	1 614 261		1	1								
	Total	1 108 328											PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	04 Alpes-Hte-Prov.	133 745											
	75 Paris (Ville)	2 155 137		50				68						05 Alpes (Hautes-)	115 850											
	77 Seine-et-Marne	1 130 058	/ / / / /	/ / / / /	Non reçu	/ / / / /								06 Alpes-Marit.	994 940		4									
LANGUEDOC-ROUSSILLON	78 Yvelines	1 339 661						6						13 B.-du-Rhône	1 784 855		5									
	91 Essonne	1 117 764		1			2			6				83 Var	849 740											
	92 Hauts-de-Seine	1 402 837			9					12				84 Vaucluse	478 452		2	1								
	93 Seine-St-Denis	1 403 136			16									Total	4 357 582		11	1								20
	94 Val-de-Marne	1 232 407	/ / / / /	/ / / / /	Non reçu	/ / / / /							RHÔNE-ALPES	01 Ain	487 431		1	1								
FRANCE OUTRE-MER	95 Val-d'Oise	1 080 930	/ / / / /	/ / / / /	Non reçu	/ / / / /								07 Ardèche	279 793	/ / / / /	/ / / / /	Non reçu	/ / / / /	/ / / / /						
	Total	10 861 938		1	75	2			92					26 Drôme	420 543											
	11 Aude	303 694												38 Isère	1 038 241											
	30 Gard	598 897	/ / / / /	/ / / / /	Non reçu	/ / / / /								42 Loire	748 003	/ / / / /	/ / / / /	Non reçu	/ / / / /	/ / / / /						
	34 Hérault	823 589												69 Rhône	1 527 264	/ / / / /	/ / / / /	Non reçu	/ / / / /	/ / / / /						
FRANCE METROPOLITAINE	48 Lozère	72 724												73 Savoie	363 413											
	66 Pyrénées-Orient.	372 622												74 Haute-Savoie	596 392	/ / / / /	/ / / / /	Non reçu	/ / / / /	/ / / / /						
	Total	2 171 466												Total	5 461 080		1	1								4
	971 Guadeloupe	407 485	/ / / / /	/ / / / /	Non reçu	/ / / / /								101	101	12	1									
	972 Martinique	370 756		4										141	1											
FRANCE METROPOLITAINE	973 Guyane	131 136		6									TOTAL DE LA SEMAINE FRANCE MÉTROPOLITAINE	101	101	12	1</									