

ÉTUDE

ANALYSE DE LA SURVIE DES SUJETS ATTEINTS DE SIDA DANS LES PRINCIPAUX HÔPITAUX PARISIENS ENTRE 1981 ET 1993

C. SEMAILLE, J. PILLONEL, F. CAZEIN, F. LOT, A. LAPORTE,

Réseau national de Santé publique

À partir des données de surveillance du Sida, une première étude réalisée en 1989 avait analysé la survie de plus de 3000 patients atteints de Sida à Paris [1]. La médiane de survie globale à partir du diagnostic de Sida était de 16,7 mois et on observait une amélioration significative de la survie depuis le début de l'épidémie jusqu'en 1989.

L'objectif de cette deuxième étude est d'analyser l'évolution de la durée de survie des cas de Sida diagnostiqués jusqu'en fin 1993, soit avant l'introduction des associations d'antirétroviraux, et d'identifier les facteurs pronostiques liés à la survie.

Compte tenu de la période étudiée (1981-1993), le rôle des lymphocytes CD4 n'a pas été évalué dans notre analyse, cette variable n'étant pas encore recueillie sur la fiche de la déclaration obligatoire d'un cas de Sida.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'étude concerne tous les cas de Sida chez les adultes (> 15 ans), diagnostiqués dans les 12 principaux hôpitaux parisiens* avant le 31 décembre 1993 et notifiés avant le 31 décembre 1994 au Réseau national de Santé publique, dans le cadre de la déclaration obligatoire.

Le statut vital des sujets a été déterminé au 30 septembre 1994 (date de point), soit 9 mois après la dernière inclusion. Compte tenu de la sous-déclaration des décès par Sida, une enquête complémentaire a été réalisée dans les hôpitaux ayant déclaré ces cas, afin de connaître leur statut vital. Au 30 septembre 1994, les individus sont classés en 3 catégories : décédés, vivants ou vivants à une date de dernière nouvelle antérieure à celle du 30 septembre 1994. Les sujets pour lesquels le statut vital n'a pu être déterminé (date de dernière nouvelle inconnue) et les sujets décédés dont la date de décès n'est pas connue sont considérés comme perdus de vue et exclus de l'analyse.

La durée de survie a été étudiée en fonction des variables suivantes : sexe, âge au moment du diagnostic de SIDA, année de diagnostic, groupe de transmission et pathologie inaugurale.

Les courbes de survie ont été construites par la méthode actuarielle. Le modèle de Cox a été utilisé pour l'analyse multivariée de la survie afin de déterminer les facteurs liés à la survie après ajustement sur l'ensemble des variables étudiées.

RÉSULTATS

Population

8 162 cas de Sida ont été diagnostiqués dans 12 hôpitaux parisiens. Parmi ces sujets, 7 % sont perdus de vue (date de décès ou de dernière nouvelle inconnues). Le nombre de sujets inclus dans l'analyse s'élève donc à 7 593.

* Les hôpitaux qui ont participé à cette étude sont : Bichat-Claude Bernard, Broussais, Cochin, Laënnec, Necker, Pasteur, Pitié-Salpêtrière, Rotschild, Saint-Antoine, Saint-Louis, Tarnier et Tenon.

À la date de point, 73,7 % des sujets sont décédés, 14,8 % sont vivants et 4,5 % sont vivants à une date de dernière nouvelle antérieure à la date de point. L'âge moyen des sujets est de 37,3 ans et le sexe ratio (H/F) de 8,9.

Analyse univariée

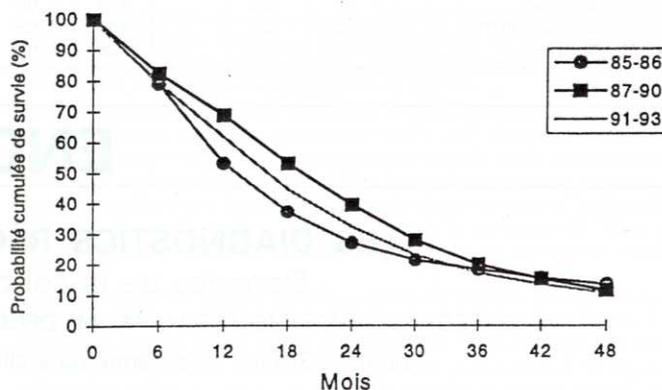
La médiane de survie globale est de 17,2 mois [IC = 16,7-17,7 mois]. La probabilité cumulée de survie à 1 an est de 64 %. Elle est de 35,3 % à 2 ans et de 18,5 % à 3 ans.

La survie diffère significativement en fonction de l'âge, de l'année de diagnostic, du groupe de transmission et des pathologies inaugurales. En revanche, elle ne diffère pas en fonction du sexe.

La survie diminue significativement avec l'âge : les moins de 30 ans ont la survie la plus longue.

La survie a augmenté significativement jusqu'en 1987, est restée stable de 1987 à 1990 pour diminuer après 1991 (fig. 1). Les sujets diagnostiqués entre 1988 et 1990 ont les médianes de survie les plus longues, comprises entre 18,5 et 20,5 mois.

Figure 1. - Courbe de survie en fonction des 3 périodes de diagnostic



Analyse multivariée

Les résultats de l'analyse multivariée sont présentés dans le tableau 1. Les variables âge, année de diagnostic et pathologie inaugurale sont significativement liées à la survie. Le groupe de transmission ne reste pas lié à la survie après ajustement sur les autres variables ($p = 0,09$).

Le risque de décès augmente linéairement avec l'âge ($R = 0,94$). Les années associées aux meilleurs pronostics sont les années de diagnostic de 1988 à 1990.

Tableau 1. – Survie en fonction du sexe, de l'âge au moment du diagnostic, de l'année de diagnostic, des groupes de transmission, des principales pathologies inaugurales et risques relatifs de décès (modèle de Cox)

VARIABLES	Nombre de cas	Médiane de survie en mois		Risque relatif	
				p	p
TOTAL	7593	17,2			
Sexe :			NS		NS
Homme.....	6824	17,2			
Femme.....	769	17,0			
Âge au diagnostic :			< 10⁻⁴		< 10⁻⁴
< 30 ans.....	1673	21,2		1,00	
30-39.....	3272	17,8		1,17	< 10 ⁻⁴
40-49.....	1773	16,2		1,30	< 10 ⁻⁴
> 50 ans.....	875	12,0		1,78	< 10 ⁻⁴
Année de diagnostic :			10⁻⁴		10⁻⁴
≤ 1985.....	301	11,5		1,35	10 ⁻⁴
1986.....	349	15,0		1,25	10 ⁻³
1987.....	534	19,0		1,05	NS
1988.....	734	20,4		1,00	
1989.....	1036	19,6		1,11	0,04
1990.....	1190	18,4		1,07	NS
1991.....	1169	16,5		1,18	10 ⁻³
1992.....	1163	15,8		1,22	< 10 ⁻³
1993.....	1117	15,8		1,19	0,006
Groupe de transmission :			0,01		NS
Hétérosexuels.....	640	17,6		1,00	
Toxicomanes.....	955	18,7		1,10	NS
Homosexuels.....	5281	17,3		1,11	0,03
Hémophiles / Tr. coag.....	47	13,8		1,22	NS
Transfusés.....	177	13,8		1,22	0,04
Homos. et toxicomanes.....	100	14,9		1,35	0,01
Pathologies inaugurales :			< 10⁻⁴		< 10⁻⁴
Tuberculose extra-pulm.....	309	29,4		0,71	< 10 ⁻⁴
Candidose œsophag.....	438	22,7		0,96	NS
Kaposi.....	1848	20,8		1,00	
Cryptococcose.....	94	12,9		1,26	0,005
Pneumocystose.....	1654	20,2		1,30	< 10 ⁻⁴
Toxoplasmose céréb.....	814	14,6		1,80	< 10 ⁻⁴
Mycobactérie atypique.....	135	11,2		2,04	< 10 ⁻⁴
CMV.....	245	10,5		2,22	< 10 ⁻⁴
Syndrome cach.....	163	6,8		2,27	< 10 ⁻⁴
2 patho. associées.....	736	10,1		2,30	< 10 ⁻⁴
Encéphalite à VIH.....	174	6,7		2,40	< 10 ⁻⁴
3 patho. associées.....	91	8,4		2,55	< 10 ⁻⁴
Lymph. céréb. ou LEMP.....	142	4,3		4,70	< 10 ⁻⁴
4 patho. associées.....	10	4,5		4,85	< 10 ⁻³

DISCUSSION

Jusqu'en 1993, le pronostic du Sida restait sombre : la médiane de survie globale est de 17,2 mois.

Les facteurs pronostiques sont l'âge, l'année de diagnostic et les pathologies inaugurales. Les 2 variables les plus solidement liées sont l'âge et la manifestation initiale. Le sexe et le groupe de transmission ne sont pas liés à la survie.

La survie diminue avec l'âge comme cela a été observé dans la plupart des publications. Entre 1988 et 1993, à la suite des révisions successives de la définition du Sida (OMS/CDC 1987 et définition CDC 1993 adaptée à l'Europe), 6 nouvelles pathologies ont été incluses. Mais les changements de définition n'ont pas eu d'impact sur la survie : la médiane de survie globale, calculée en excluant les sujets diagnostiqués avec les nouvelles classifications, ne diffère pas de celle calculée avec la totalité de la population (17,4 mois versus 17,2 mois).

3 périodes de diagnostic peuvent être identifiées en fonction des progrès thérapeutiques : 1985-1986, 1987-1990 (introduction de l'AZT et généralisation de la prophylaxie de la pneumocystose) et 1991-1993. Les sujets diagnostiqués entre 1987 et 1990 ont les médianes de survie les plus longues et les risques de décès, au moment du diagnostic, les plus faibles. On n'observe pas d'allongement de la survie entre 1990 et 1993.

L'amélioration de la prise en charge du Sida explique probablement l'allongement de la survie chez les sujets diagnostiqués entre 1988 et 1990.

La pneumocystose (PCP) est la pathologie qui illustre le mieux cette hypothèse, puisqu'elle a bénéficié des progrès thérapeutiques ces dernières années (efficacité de la prophylaxie et du traitement curatif). La fréquence et le nombre de PCP diminuent significativement depuis 1990. Les médianes de survie des sujets diagnostiqués avec une PCP augmentent jusqu'en 1989, où la survie est la plus longue (23,6 mois). En revanche, la survie semble diminuer à partir de 1991 du fait d'un pronostic à 6 mois plus défavorable qu'auparavant. Cette « surmortalité » observée quelques mois après le diagnostic suggère que les PCP après 1991 sont plus graves probablement parce qu'elles surviennent à un stade d'immunodépression plus sévère. Cette hypothèse n'a pu être confirmée car le nombre des CD4 n'était pas disponible sur la fiche de déclaration au moment où l'étude a été réalisée.

CONCLUSION

Les facteurs pronostiques liés indépendamment à la survie dans notre étude sont ceux habituellement décrits dans les publications internationales qui analysent des données de survie jusqu'en 1993 : l'âge, l'année de diagnostic et la pathologie inaugurale.

La survie des patients, du Sida au décès, après avoir significativement progressé jusqu'en 1990, diminue entre 1991 et 1993. L'amélioration de la prise en charge a eu un effet paradoxal, celui de diminuer la durée de vie entre le diagnostic de Sida et le décès, par une entrée dans la maladie à un stade d'immunodéficience plus avancé. L'histoire naturelle de la maladie se modifie, on observe une réduction de la morbidité qui va s'accroître avec les nouvelles stratégies thérapeutiques existantes ou à venir.

[1] MC DELMAS, C. PATRIS, J. PILLONEL et al. – Analyse de la survie des sujets atteints de Sida diagnostiqués dans les principaux hôpitaux parisiens. – *BEH* 1991; 51 : 221-23.

ENQUÊTE

LES DIAGNOSTICS RÉCENTS D'INFECTION À VIH Données de la cohorte Aquitaine, 1993-1995

V. ORTEGA*, C. MARIMOUTOU*, **, M. DECOIN*, J. CAIE*, F. DABIS*, ** ET R. SALAMON*, **
pour le Groupe d'épidémiologie clinique du Sida en Aquitaine (GECSA)*, **

Remerciements

Nous remercions chaleureusement les personnes qui nous ont aidés au cours de ce travail : Laurence Dequae-Merchadou, Edwige Vimard et François de Chaballier.

La cohorte Aquitaine est soutenue financièrement par l'Agence nationale de recherches sur le Sida (ANRS) et le conseil régional d'Aquitaine.

* Centre d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (CISIH), Centre hospitalier universitaire, Bordeaux.

** Inserm U. 330, Université Victor-Segalen - Bordeaux 2, Bordeaux.

INTRODUCTION

Dans le cadre de la lutte contre l'épidémie d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), il est indispensable de disposer de systèmes de surveillance réactifs, capables de capter des informations épidémiologiques avec un minimum de délai sur la population qui se contamine. Les bases de données hospitalières, du fait de la disponibilité de paramètres tels que le nombre absolu de lymphocytes CD4+, permettent une estimation de l'ancienneté de la contamination par rapport à la date du diagnostic sérologique.

Cette étude a pour objectif de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et biologiques des personnes récemment diagnostiquées comme

séropositives pour le VIH (VIH+), et incluses dans la base de données hospitalière du Groupe d'épidémiologie clinique du Sida en Aquitaine (GECSA). L'objectif secondaire est de préciser, parmi les sujets récemment diagnostiqués, le profil de ceux qui découvrent leur séropositivité alors qu'ils ont déjà réalisé au moins un test de dépistage.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

La Cohorte Aquitaine

Le GECSA a mis en place, en 1987, un système d'information hospitalière des sujets infectés par le VIH dans la région Aquitaine [1]. La base de données, qui constitue la Cohorte Aquitaine, rassemble les données épidémiologiques, cliniques, biologiques et thérapeutiques recueillies par 18 services hospitaliers (dont 14 du Centre hospitalier universitaire de Bordeaux).

Les critères d'inclusion sont une infection par le VIH-1 confirmée par un test Western Blot, un âge au moins égal à 13 ans au moment de l'inclusion, une consultation ou hospitalisation dans un des services participants, un consentement éclairé. Un questionnaire permet la collecte anonyme et standardisée des informations recueillies lors de chaque contact.

Échantillon d'étude

L'échantillon d'étude des personnes récemment diagnostiquées se définit par un diagnostic de séropositivité VIH+ porté entre 1993 et 1995.

Sont analysées dans cette étude les informations suivantes, recueillies à la visite d'inclusion :

- caractéristiques socio-démographiques (âge, sexe, lieu de domicile), motif de la prescription du test positif, mode d'acquisition de l'infection par le VIH, date de première sérologie positive, date éventuelle de dernière sérologie négative;
- données d'examen clinique, bilan biologique (taux de lymphocytes CD4).

RÉSULTATS

Description des personnes récemment diagnostiquées

Durant la période 1993-1995, 686 sujets ont été diagnostiqués VIH+ et inclus dans la Cohorte Aquitaine (302 en 1993, 228 en 1994 et 156 en 1995). Il s'agissait de 521 hommes et 165 femmes (sex ratio H/F = 3,2 : 1). Le délai médian entre le diagnostic de séropositivité et l'inclusion dans la cohorte était de 19 jours (étendue : 0 jours à 2,7 ans). Ces sujets étaient à 90,5 % domiciliés en région Aquitaine. Au moment du diagnostic, 72,9 % des hommes étaient âgés de 30 ans et plus, contre 54,6 % des femmes ($p < 10^{-5}$). Un comportement à risque était le motif de prescription du test conduisant au diagnostic dans 54,5 % des cas, suivi par une symptomatologie évocatrice dans 26,1 %.

Chez les hommes, la transmission par voie homo/bisexuelle prédominait (51,5 %), suivie de la transmission par voie hétérosexuelle (24,6 %) et par toxicomanie IV (14,2 %). Chez les femmes, la contamination hétérosexuelle prédominait (64,8 %) suivie de la transmission par toxicomanie IV (17,6 %). Le sex ratio était de 1,2 pour l'ensemble des cas hétérosexuels.

Près d'un tiers des sujets nouvellement diagnostiqués (31,2 %) étaient inclus au stade symptomatique de la maladie VIH (groupe IV de la classification 1987 des Centers for Disease Control), dont 61,2 % présentaient un SIDA avéré.

Parmi les 658 sujets qui ont bénéficié d'un dosage de lymphocytes CD4 à l'inclusion, 34,3 % présentaient une immunodépression sévère (taux de $CD4 \leq 200/mm^3$) et 24,3 % avaient un taux de $CD4 > 500/mm^3$. Seulement 10,0 % avaient un taux de $CD4$ supérieur à $700/mm^3$. L'âge médian au diagnostic était de 37 ans chez les sujets sévèrement immunodéprimés, et de 31 ans chez les personnes présentant un taux de $CD4$ supérieur à $500/mm^3$ ($p < 10^{-4}$). La proportion de femmes et de sujets contaminés par voie sexuelle (hétérosexuelle surtout) était plus importante dans le groupe des sujets présentant un taux de $CD4$ supérieur à $500/mm^3$ (tabl. 1). Par contre, les personnes contaminées par toxicomanie IV, ainsi que les sujets transfusés, se retrouvaient plus volontiers parmi les sujets sévèrement immunodéprimés à l'inclusion.

Tableau 1. - Caractéristiques des sujets diagnostiqués VIH+ en 1993-1995 et inclus dans la Cohorte Aquitaine selon le degré d'immunodépression à l'inclusion.

Caractéristiques	$CD4 \leq 200/mm^3$ (N = 226)		$CD4 > 500/mm^3$ (N = 160)		
	n	(%)	n	(%)	
Sexe :					$p=0,006$
Femmes.....	42	(18,6)	49	(30,6)	
Hommes.....	184	(81,4)	111	(69,4)	
Groupe à risque :					$p=0,014$
Homo/bisexuels*.....	79	(34,9)	61	(38,1)	
Hétérosexuels.....	70	(31,0)	68	(42,5)	
Toxicomanes.....	47	(20,8)	20	(12,5)	
Transfusés.....	12	(5,3)	2	(1,3)	
Indéterminés.....	18	(8,0)	9	(5,6)	

* Y compris les homo/bisexuels et toxicomanes.

Diagnostic récent de séropositivité et pratique antérieure du dépistage VIH

Parmi les sujets diagnostiqués VIH+ durant la période 1993-1995, 29,3 % (n = 201) ont mentionné une date antérieure connue de test négatif. 14 d'entre eux (7,0 %) signalaient un test VIH négatif dans les 3 mois qui ont précédé le diagnostic, 43,8 % (88/201) dans l'année et 65,2 % (131/201) dans les 2 ans. Ces sujets, définis comme ayant une pratique renouvelée de tests de dépistage, présentaient un profil clinique et épidémiologique particulier, par rapport aux sujets qui avaient découvert leur séropositivité lors du premier dépistage. On notait en particulier :

- une proportion plus élevée de sujets âgés de moins de 30 ans (38,3 % versus 28,7 %);
- une proportion plus élevée de sujets homo/bisexuels (tabl. 2);
- l'admission plus fréquente à un stade asymptomatique de la maladie;
- une fréquence plus élevée de taux de $CD4 > 500/mm^3$.

L'étude de l'évolution annuelle de la proportion de sujets mentionnant une date de dernier test négatif montrait une augmentation de cette pratique renouvelée de tests de dépistage. Cette proportion qui n'était que de 15,3 % pour les sujets diagnostiqués VIH+ en 1991 et de 20,7 % en 1992, est passée à 26,9 % en 1993 et a atteint 30,9 % puis 31,6 % pour ceux diagnostiqués en 1994 et 1995. Cette augmentation a été particulièrement marquée dans les populations des homosexuels et des toxicomanes diagnostiqués VIH+ (données non présentées).

Tableau 2. - Caractéristiques des personnes diagnostiquées VIH+ en 1993-1995 selon le signalement d'une dernière date de séronégativité à l'inclusion dans la Cohorte Aquitaine (N = 686)

Caractéristiques	Antécédent de test négatif				p
	Oui (N = 201)		Non (N = 485)		
	n	%	n	%	
Groupe à risque* :					$p < 10^{-4}$
Homo/bisexuels.....	107	53,2	159	32,8	
Homo/bisexuels et toxicomanes.....	4	2,0	2	0,4	
Hétérosexuels.....	53	26,4	182	37,5	
Toxicomanes.....	27	13,4	76	15,7	
Indéterminés.....	9	4,5	42	8,7	

* Après exclusion des 25 sujets transfusés.

DISCUSSION

Nous avons constaté que dans un contexte général de baisse de l'incidence annuelle des nouveaux diagnostics VIH+, le groupe des homosexuels reste prédominant parmi les sujets récemment diagnostiqués, ceci semble lié à une pratique fréquente de tests de dépistage dans ce groupe. Le groupe des hétérosexuels représente une part importante des nouveaux diagnostics et se démarque des autres groupes par une contamination estimée plus récente (taux de $CD4$ à l'inclusion plus élevé). L'inclusion dans la cohorte à un stade évolué de l'infection des sujets transfusés est expliquée par leur contamination antérieure à juillet 1985. Le même phénomène d'inclusion à un stade avancé chez les patients toxicomanes pourrait également indiquer une période de contamination ancienne de ce groupe.

Ces observations doivent être interprétées avec prudence car, au-delà des problèmes de la variabilité individuelle du taux de lymphocytes $CD4$ et de sa mesure, on sait qu'un taux de lymphocytes $CD4$ élevé à l'inclusion peut être le fait de « progressseurs lents », infectés il y a longtemps et pas seulement de sujets récemment contaminés.

Nos résultats semblent informatifs d'une grande partie des personnes récemment diagnostiquées VIH+ dans la région. En effet, 85 % de l'ensemble des nouveaux diagnostics faits en 1993 en Aquitaine (source ORSA) ont été inclus dans le système de surveillance du GECSA.

L'association d'un diagnostic d'infection à VIH à un antécédent de test négatif n'est pas rare. Plusieurs études ont montré que le comportement de différentes populations à risque était peu ou pas modifié par la remise d'un résultat négatif de test de dépistage [2]. Chez les personnes qui ne se soustraient pas à l'exposition, une fréquentation répétée des structures de dépistage peut alors simplement entraîner la découverte de la séropositivité à un stade peu évolué de l'infection et favoriser une prise en charge médicale précoce.

En conclusion, le système de surveillance du GECSA dispose d'informations détaillées sur les patients diagnostiqués VIH+ chaque année. L'utilisation du taux de lymphocytes $CD4$ mesuré à l'inclusion sur des patients récemment diagnostiqués peut renseigner sur la dynamique de l'épidémie d'infection à VIH, même si ce critère de datation n'est pas parfait. Mieux connaître les circonstances et les motivations individuelles qui sont à l'origine des pratiques réitérées de tests de dépistage pourrait sans doute contribuer à la mise en place d'actions de prévention mieux ciblées.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] DABIS F., CHÈNE G., SALAMON R., MSELLATI P., ETCHEVERRY B. and the GECSA. - Hospital-based surveillance of HIV infection. Bordeaux, France, 1983-1990. - AIDS 1991; 5 : 774-75.
- [2] HIGGINS D. L., GALAVOTTI C., O'REILLY K. R., et al. - Evidence for the effects of HIV antibody counseling and testing on risk behaviors. - JAMA 1991; 266 : 2419-29.

RÉGIONS	DÉPARTEMENTS	POPULATION EN 1992	Typho./Paratypho.	SIDA	Méningite à méningocoques	Brucellose	Tétanos	Tuberculose	T.I.A.C.	Botulisme	Légionellose	Poliomyélite	RÉGIONS	DÉPARTEMENTS	POPULATION EN 1992	Typho./Paratypho.	SIDA	Méningite à méningocoques	Brucellose	Tétanos	Tuberculose	T.I.A.C.	Botulisme	Légionellose	Poliomyélite		
ALSACE	67 Rhin (Bas-)	961 020											LIMOUSIN	19 Corrèze	236 744										Non reçu		
	68 Rhin (Haut-)	681 443						4						23 Creuse	128 729											Non reçu	
	Total	1 642 463							4						87 Vienne (Haute-)	353 070											
AQUITAINE	24 Dordogne	388 669											LORRAINE	54 Meurthe-et-Mos.	708 658												
	33 Gironde	1 234 434		1	1			4						55 Meuse	194 713												
	40 Landes	315 605												57 Moselle	1 009 645												
	47 Lot-et-Garonne	305 945			2									88 Vosges	383 192											4	
	64 Pyrénées-Atlant.	589 415												Total	2 296 208											4	
Total	2 834 068			3	1			4																			
AUVERGNE	03 Allier	355 438											MIDI-PYRÉNÉES	09 Ariège	136 867											Non reçu	
	15 Cantal	157 984												12 Aveyron	268 606												
	43 Loire (Haute-)	206 010												31 Garonne (Hte-)	955 113		2						9	2			
	63 Puy-de-Dôme	597 985												32 Gers	174 579												
	Total	1 317 417													46 Lot	157 679											1
BOURGOGNE	21 Côte-d'Or	500 742						1					NORD-PAS-DE-CALAIS	59 Nord	2 540 359											10	
	58 Nièvre	231 826						4						62 Pas-de-Calais	1 438 839		1	1								2	
	71 Saône-et-Loire	557 316		1				1						Total	3 979 198		1	1								12	
	89 Yonne	327 656												14 Calvados	625 665		4										
Total	1 617 540			1				6					50 Manche	482 457											2		
BRETAGNE	22 Côtes-d'Armor	539 508						2					NORMANDIE (BASSE-)	61 Orne	295 199												
	29 Finistère	839 663												Total	1 403 321		4									2	
	35 Ille-et-Vilaine	816 111						4						27 Eure	525 253											1	
	56 Morbihan	627 919		1				3						76 Seine-Maritime	1 229 154											1	
Total	2 823 201			1				9					Total	1 754 407											2		
CENTRE	18 Cher	322 945											NORMANDIE (HAUTE-)	44 Loire-Atlant.	1 071 359												
	28 Eure-et-Loir	400 317												49 Maine-et-Loire	713 790			1								1	
	36 Indre	237 996												53 Mayenne	281 277												
	37 Indre-et-Loire	538 680			1			3						72 Sarthe	518 117												Non reçu
	41 Loir-et-Cher	308 963												85 Vendée	520 680												Non reçu
Total	2 401 288				2			4					Total	3 105 223				1							1		
CHAMPAGNE-ARDENNE	08 Ardennes	295 784			1								PICARDIE	02 Aisne	540 247		1										
	10 Aube	292 066						2						60 Oise	748 150		2										1
	51 Marne	559 974						1						80 Somme	552 766											2	1
	52 Marne (Haute-)	202 636												Total	1 841 163			3								3	1
Total	1 350 460				1			3					POITOU-CHARENTES	16 Charente	342 301												
08 Ardennes	295 784			1								17 Charente-Mar.		538 607												1	
10 Aube	292 066							2				79 Sèvres (Deux-)		346 228												Non reçu	
51 Marne	559 974							1				86 Vienne		387 125													
Total	1 350 460				1			3					Total	1 614 261												1	
CORSE	2 A Corse-du-Sud	119 427											PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	04 Alpes-Hte-Prov.	133 745												
	2 B Corse (Haute-)	132 675												05 Alpes (Hautes-)	115 850												Non reçu
Total	252 102												06 Alpes-Marit.	994 940												Non reçu	
FRANCHE-COMTE	25 Doubs	490 637						1					RHÔNE-ALPES	13 B.-du-Rhône	1 784 855												Non reçu
	39 Jura	251 790												83 Var	849 740											Non reçu	
	70 Saône (Haute-)	229 790												84 Vaucluse	478 452											2	
	90 Terr. de Belfort	136 111												Total	4 357 582											2	
	Total	1 108 328							1	1				01 Ain	487 431												Non reçu
ÎLE-DE-FRANCE	75 Paris (Ville)	2 155 137		28				33					07 Ardèche	279 793												Non reçu	
	77 Seine-et-Marne	1 130 058						4					26 Drôme	420 543													
	78 Yvelines	1 339 661						2					38 Isère	1 038 241		1										3	
	91 Essonne	1 117 764											42 Loire	748 003												Non reçu	
	92 Hauts-de-Seine	1 402 837											69 Rhône	1 527 264		4	1									4	
	93 Seine-St-Denis	1 403 136		2									73 Savoie	363 413				1							4	1	
	94 Val-de-Marne	1 232 407		1				8					74 Savoie (Haute-)	596 392												Non reçu	
Total	10 861 938		1	30				47				Total	5 461 080			5	1	1							11	1	
LANGUEDOC-ROUSSILLON	11 Aude	303 694						1					TOTAL DE LA SEMAINE FRANCE MÉTROPOLITAINE														
	30 Gard	598 897			1										1	51	8	1				129	5				
	34 Hérault	823 589		1																							
	48 Lozère	72 724																									
	66 Pyrénées-Orient.	372 622						2																			
Total	2 171 466			1	1			3																			
FRANCE OUTRE-MER	971 Guadeloupe	407 485											FRANCE MÉTROPOLITAINE														
	972 Martinique	370 756												6 premières semaines de 1997	11	458	76	8	1	864	36				9		
	973 Guyane	131 136												Total :													
	974 Réunion	595 839						1						6 premières semaines de 1996	12	705	73	6	1	891	33	10		6			
	Total	1 505 216							1																		