

BEH

Prévalence des infections nosocomiales en long séjour : p. 185.

Listériose humaine en France en 1995 et 1996 : p. 186.

N° 41/1997

REÇU LE

7 octobre 1997

27 OCT 1997

ENQUÊTE

Centre Européen

PRÉVALENCE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES EN LONG SÉJOUR Enquête multicentrique de l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris (1993) *

J.-L. QUENON, S. GOTTOT, G. OFFENSTADT, B. RÉGNIER, G. BRÜCKER

1. INTRODUCTION

En France, peu de données concernant les infections nosocomiales (I.N.) sont disponibles pour le long séjour. Aussi, une étude de prévalence a été réalisée en 1993, dans plusieurs hôpitaux parisiens de l'Assistance publique. Les objectifs de cette étude étaient de mesurer la prévalence des infections nosocomiales, de décrire les micro-organismes en cause, d'étudier l'utilisation des anti-infectieux.

2. PATIENTS ET MÉTHODES

Tous les patients hospitalisés le jour de l'enquête dans des unités de long séjour ont été inclus dans l'étude.

Le caractère nosocomial était défini par l'absence de l'infection lors de l'admission. Les critères d'infection utilisés étaient ceux du BEH (localisation urinaire, pulmonaire, site opératoire, cathéter, bactériémie/septicémie) et des CDC (autres localisations anatomiques) [1,2]. Une infection était considérée active si le diagnostic était établi dans les 3 jours précédant l'étude ou si le patient recevait des anti-infectieux le jour de l'enquête. Un indice a été utilisé pour mesurer l'état de dépendance physique des patients [3]. Cet indice utilisé dans le système APACHE de Knauss permet de classer les patients en 4 catégories selon l'état de santé du patient : vie normale, limitation modérée d'activité, limitation importante d'activité, alitement. Un dépistage systématique des infections urinaires chez les patients sondés a été réalisé à l'aide de bandelettes urinaires.

La collecte des données a été réalisée au cours du mois de mars 1993 pour l'ensemble des hôpitaux. Les enquêteurs (cliniciens, microbiologistes, pharmaciens, infirmières hygiénistes), après une formation commune à la méthodologie, ont recueilli les informations à partir des dossiers médicaux et des informations fournies par les médecins et les infirmières en charge des patients. Les données ont été saisies à l'aide d'un programme de validation interne et par deux opérateurs différents, puis analysées avec le logiciel EPIINFO.

3. RÉSULTATS

L'enquête a concerné 2506 patients répartis dans 50 unités de long séjour de 9 hôpitaux. Le nombre de patients surveillés dans chaque établissement variait de 102 à 706. Les caractéristiques des patients étaient les suivantes : un sexe ratio (H/F) égal à 0,3, un âge médian de 85 ans, une durée moyenne de séjour de 3,4 ans, la présence d'une sonde urinaire pour 2 % des patients et d'un cathéter intra-veineux pour 1 % des patients.

262 infections concernant 224 patients ont été enregistrées. Le taux de prévalence des infectés était de 8,9 % (IC à 95 % : 7,8-10,0), celui des infections de 10,5 %. Le taux des infectés variait dans les 9 hôpitaux de 2,5 % à 25,2 %, avec un taux médian égal à 8,5 %. Les infections les plus fréquentes étaient celles du site urinaire (35 % de toutes les infections), suivies par celles de la peau (26 %), du tractus respiratoire (19 %) et de l'œil (7 %).

Le taux de prévalence des infectés est 4 fois plus élevé chez les patients totalement dépendants (11,8 % versus 2,9 % chez ceux sans limitation de l'activité physique) [tabl. 1].

Le taux de prévalence des infections urinaires chez les patients sondés était de 65 % et de 3 % parmi les non sondés.

Parmi les 229 micro-organismes identifiés, les plus fréquents étaient *Escherichia coli* (23 %), *Proteus spp.* (16 %), *Staphylococcus aureus* (14 %) et *Pseudomonas aeruginosa* (9 %). Presque la moitié des *Staphylococcus aureus* (44 %) étaient résistants à la méthicilline.

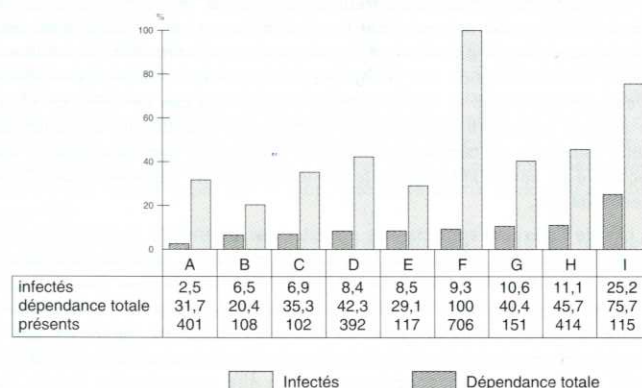
Tableau 1. - Risque d'être infecté selon l'état de dépendance

Dépendance	Prévalence (%)	Ratio de prévalence* (IC à 95 %)
Aucune	2,9 (5 / 175)	1
Modérée	4,7 (16 / 341)	1,64 (0,61 - 4,41)
Importance	6,0 (34 / 562)	2,16 (0,86 - 5,43)
Complète	11,8 (169 / 1428)	4,14 (1,73 - 9,94)

* Rapport de la prévalence d'un groupe de patients dépendants sur la prévalence du groupe de patients non dépendants.

Le jour de l'étude, 250 (10 %) patients recevaient un traitement anti-infectieux. Près de la moitié (53 %) des 293 anti-infectieux prescrits l'étaient pour une I.N., 44 % à visée prophylactique et 3 % pour une infection communautaire. Les plus prescrits pour les infections acquises à l'hôpital, étaient les pénicillines avec un inhibiteur de bêta-lactamase (27 %), les quinolones de 2^e génération (21 %) et les pénicillines A (13 %).

Figure 1. - Prévalence (%) des infectés et proportion des patients totalement dépendants pour chaque hôpital



4. DISCUSSION - CONCLUSION

La prévalence des infectés en long séjour (8,9 %) est proche de celle mesurée avec la même méthodologie et à la même période, sur 8399 patients de court séjour (9,1 %) de 25 hôpitaux de l'Assistance publique de Paris. Cependant, l'utilisation de critères microbiologiques pour définir certaines infections (site respiratoire et cutané en particulier) a probablement sous-estimé la fréquence de ces infections car les prélèvements biologiques ne sont pas toujours faciles et justifiés pour ces patients.

La variabilité des taux par hôpital est importante. Elle traduit des différences liées au recrutement et à l'utilisation des dispositifs invasifs. Les caractéristiques des patients étaient hétérogènes avec des variations du sexe ratio de 0,2 à 0,8, de l'âge médian de 70 à 89 ans, de la durée médiane de séjour

* (Groupe « Enquête de prévalence des infections nosocomiales », Assistance publique - Hôpitaux de Paris).

de 1 à 5,4 ans et de la proportion de patients avec une dépendance complète de 20 % à 100 %. Cette variabilité était moins importante pour les dispositifs invasifs avec de 0 % à 4 % des patients sondés et de 0 % à 2 % des patients avec un cathéter périphérique.

Il existe une association entre infection nosocomiale et état de dépendance physique. Malgré le petit nombre d'hôpitaux étudiés, les résultats présentés dans la figure 1 suggèrent une corrélation positive entre les taux de prévalence de chaque établissement et la proportion de patients avec une dépendance complète.

La diffusion de *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline est importante car elle concerne 14 patients (0,6 %) hospitalisés dans 10 services (10/50) de 44 hôpitaux (4/9). Elle est probablement favorisée par les transferts des malades entre services et/ou entre établissements. 4 patients avaient acquis ce micro-organisme dans un autre hôpital.

Les antibiotiques les plus récents et les plus coûteux (pénicillines avec inhibiteur de bêta-lactamase, quinolones de 2^e génération, céphalosporines de 3^e génération) représentent la moitié des 155 prescriptions pour des IN.

En conclusion, le risque nosocomial est important en long séjour. La surveillance épidémiologique discontinue, par des enquêtes de prévalence multicentriques permet à chaque hôpital d'évaluer ce risque et

de se situer à condition de tenir compte du niveau de dépendance des patients.

Centres hospitaliers participants et collaborateurs : Hôpital Hôtel-Dieu – La Collégiale (A. Bouvet, G. Grateau), Hôpital Lariboisière – Fernand Vidal – Saint-Lazare (M.-J. Sanson Le Pors, M.-J. Laisnée, F. Soumah, C. Thomas), Louis Mourier (Y. Bous-soungant, N. Lenfant), Albert Chenevier (J.-C. Le Parco, C. Divine, F. Guilloleau), Bicêtre (L. Jacques, Y. Costa, J. Cailleret, C. Protin), Emile Roux (B. Prieur, M. Gourdière), Paul Brousse (D. Mathieu), Charles Richet (C. Abramowitz, M. Dareau), Paul Dumer (C. Hægel, M. Hofman).

RÉFÉRENCES

- [1] Conseil Supérieur d'hygiène publique de France – Groupe de travail « Infections nosocomiales ». **100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales.** – BEH, juin 1992.
- [2] GARNER J.S., GAYNES R.P., MARTONE W.J., JARVIS W.R., EMORI T.G. **CDC Definitions for nosocomial infections**, 1998. *Am. J. Infect. control*, 1988; 16 : 128-140.
- [3] KNAUSS W.A., ZIMMERMAN J.E., WAGNER D.P., DRAPER E.A., LAWRENCE D.E. – **Apache : Acute physiology and chronic health evaluation : a physiologically based classification system.** – *Crit. Care Med.*, 1981; 9 : 591-597.

LA LISTÉRIOSE HUMAINE EN FRANCE EN 1995 ET 1996

Données du Centre national de référence des *Listeria**

J. ROCOURT, Ch. JACQUET, F. BROUILLE, C. SAINT-CLOMENT, B. CATIMEL

1. INTRODUCTION

Le Centre national de référence (CNR) des *Listeria* participe à la surveillance épidémiologique de la listériose humaine en France en évaluant l'incidence de cette infection et l'évolution des différentes formes cliniques, en prenant part à l'étude de la transmission alimentaire et en détectant toute augmentation anormale du nombre de cas. Lors de l'augmentation du nombre de cas dus à des souches présentant les mêmes caractéristiques phénotypiques ou non, le CNR alerte immédiatement la Direction générale de la santé (DGS), le Réseau national de santé publique (RNSP), la Direction générale de l'alimentation (DGAL) et la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) ; si une augmentation du nombre de cas, due à une souche unique, est confirmée, un dispositif d'enquête épidémiologique associant ces différents intervenants est mis en place afin d'identifier le véhicule alimentaire à l'origine des cas [2] [3]. Le CNR caractérise également un certain nombre de souches de *L. monocytogenes* d'origine alimentaire dont l'utilité a clairement été démontrée lors des épidémies de 1993 et 1995 [1].

2. MATÉRIEL ET MÉTHODES

La surveillance de la listériose est effectuée à partir des souches envoyées par les biologistes hospitaliers (représentant 94 et 89 % des souches en 1995 et 1996) et plus rarement par les biologistes privés. Il s'agit d'un système de surveillance passif et en conséquence non exhaustif. Le pourcentage de sous-déclaration n'a jamais été évalué et fera l'objet d'une étude par comparaison avec le fichier EPIBAC [4] pour les cas de 1996. En effet, une analyse sommaire de la liste de laboratoires expéditeurs des souches montre l'absence de certains laboratoires à certaines périodes, mais il est impossible de savoir si cela résulte d'une absence de déclaration ou d'une absence de cas.

Les cas de listériose sont classés en listériose périnatale et listériose non périnatale selon les définitions suivantes : un cas de listériose périnatale est un cas où *L. monocytogenes* est isolée d'un site le plus souvent normalement stérile de la femme enceinte et/ou du nouveau-né ou des fœtus, la mère et l'enfant comptant pour un seul cas ; les cas ne répondant pas à cette définition sont des cas de listériose non périnatale, avec isolement d'une souche de *L. monocytogenes* à partir d'un site normalement stérile. La forme clinique est une information collectée sur la feuille de renseignements accompagnant une souche. Elle est mentionnée le plus souvent et, à défaut, elle est déduite du prélèvement d'où la souche a été isolée. Pour le calcul des incidences en million d'habitants, la source des populations utilisée est le BEH. Les souches sont caractérisées en routine par sérotypie et lysotypie. Le typage moléculaire (principalement profils de macrorestriction d'ADN) est réservé aux situations épidémiologiques particulières.

3. LISTÉRIOSE HUMAINE EN 1995 ET 1996 EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

3.1. Listériose sporadique

Nombre de cas : 301 et 220 cas sporadiques ont été recensés respectivement en 1995 et 1996, à partir des souches reçues au CNR. Il s'agit des plus faibles nombres de cas sporadiques observés depuis 1987 sur la base des souches adressées au CNR (tabl. 1). Selon ces données, l'incidence a été de 5,9 et 3,8 cas par million d'habitants respectivement en 1995 et 1996.

Tableau 1. – Nombre de cas sporadiques, incidence, répartition des formes périnatales et non périnatales depuis 1987 en France métropolitaine

Année	Nombre de cas	Incidence (par million d'habitants)	Forme périnatale nb. (%)	Forme non périnatale nb. (%)
1987*	366	6,3	185 (51)	181 (49)
1988*	397	7,1	171 (43)	226 (57)
1989*	409	7,3	192 (47)	217 (53)
1990*	305	5,4	111 (36)	194 (64)
1991*	387**	6,8	170 (44)	216 (56)
1992	456 (278)***	7,9	153 (33)	303 (67)
1993	451** (38)***	7,9	144 (32)	305 (68)
1994	336	5,9	73 (22)	263 (78)
1995	301 (37)***	5,2	61 (20)	240 (80)
1996	220	3,8	59 (27)	161 (73)

* Données issues du CNR de Nantes.

** Un cas sans information sur la forme clinique en 1991, 2 cas en 1993.

*** Nombre de cas épidémiques.

Répartition temporelle des cas : la distribution trimestrielle du nombre de cas sporadiques de listériose en 1995 et 1996 est donnée dans le tableau 2. Un pic dans le nombre de cas de listériose est observé pour le deuxième trimestre en 1995 et le troisième en 1996.

Tableau 2. – Distribution trimestrielle des cas sporadiques de listériose par forme clinique en France métropolitaine en 1995 et 1996

	Formes périnatales	Formes non périnatales	Total
1 ^{er} trimestre 1995	12	61	73
2 ^e trimestre 1995	20	66	86
3 ^e trimestre 1995	14	66	80
4 ^e trimestre 1995	15	47	62
1 ^{er} trimestre 1996	16	44	60
2 ^e trimestre 1996	8	37	45
3 ^e trimestre 1996	26	44	70
4 ^e trimestre 1996	9	36	45

Répartition géographique

Selon la région, l'incidence en cas par million d'habitants a varié de 0 à 18 cas en 1995 et de 0 à 9,1 en 1996. Limousin, Rhône-Alpes et Basse-Normandie étaient des régions avec des incidences élevées (supérieure à la moyenne nationale) en 1995 et 1996. À l'inverse, Corse, Lorraine et Languedoc-Roussillon avaient les plus basses incidences en 1995 et 1996. À noter : Auvergne, l'incidence a doublé de 1995 à 1996, passant de 4,5 (6 cas) à 9,1 (12 cas) cas par million d'habitants. En 1996, l'Auvergne est la région ayant la plus forte incidence (fig. 1 et 2).

* Centre national de référence des *Listeria*. – Centre collaborateur de l'OMS pour la listériose d'origine alimentaire, Institut Pasteur, 28, rue du Docteur-Roux, 75724 Paris Cedex 15.

Formes périnatales : 61 cas en 1995 et 59 cas en 1996

Formes non périnatales : 240 cas en 1995 et 161 cas en 1996

Parmi les 190 cas (79 %) en 1995 pour lesquels l'information sur le terrain était connue, 8 % n'avait pas de terrain connu, cancer, cirrhose, éthylysme, diabète, transplantation d'organes et traitement immunosuppresseur, en association ou non, ont été mentionnés pour 73 % d'entre eux. En 1996, l'information sur le terrain était connue pour 131 patients (81 %) : 6 % n'avaient pas de terrain connu et cancer, cirrhose, éthylysme, diabète, transplantation d'organes et traitement immunosuppresseur, en association ou non, ont été mentionnés pour 70 % d'entre eux.

- 1995 : 196 cas dus à des souches du séro groupe 1/2 (65 %), 5 cas dus à des souches du séro groupe 3 et 100 cas (33 %) dus à des souches du séro groupe 4 (sérovir 4b pour 98 cas);

- une bouffée épidémique en 1996 : 10 cas caractérisés par des souches de mêmes caractéristiques (sérovor 4b, lysovar de l'épidémie de 1992 : 2389/2425/3274/2671/47/108/340 et pulsovars 2/2). En dépit d'investigations épidémiologiques menées dès l'alerte par le RNSP et de la présence de souches d'origine alimentaire présentant les mêmes caractéristiques dans la banque des données du CNR, le faible nombre de cas observés n'a pas permis d'identifier avec certitude l'origine de cette bouffée.

À la Réunion, en 1996, 4 cas de listériose périnatale ont été observés en l'espace de 5 semaines (21/02 - 31/03), constituant une observation très supérieure en nombre de cas à celle des années précédentes (1990, 1991, 1992 : 1 cas, 1993 : 0 cas, 1994 : 4 cas entre mars et octobre, 1995 : 3 cas). Ces cas avaient été diagnostiqués à Saint-Denis (2 cas), à Saint-Pierre (1 cas) et à Saint-Paul (1 cas). Une souche appartenait au sérovar 1/2a et 3 au sérovar 4b. L'analyse des profils de macrorestriction d'ADN de ces 3 dernières souches a montré qu'il s'agissait de trois souches différentes, ne suggérant en conséquence aucune source commune de contamination.

Bien que le recueil des souches ne soit pas exhaustif, l'analyse régulière permet toutefois de détecter les phénomènes épidémiques très rapidement, et ceci même dans les DOM-TOM. Il convient donc de souligner que l'envoi rapide au CNR des souches de *L. monocytogenes* isolées par les biologistes est fondamental pour cette surveillance. Qu'ils soient ici remerciés pour leur active participation.

[5] PIERRE O., VEIT P. – Plan de surveillance de la contamination par *Listeria monocytogenes* des aliments distribués. – *bull. Epidémiol. Hebdom.*, 1996; 45 : 195-197.

RÉGIONS	DÉPARTEMENTS	POPULATION EN 1992	Typho./Paratypho.	SIDA	Méningite à méningocoques	Brucellose	Tétanos	Tuberculose	T.I.A.C.	Botulisme	Légionellose	Polionyélie	RÉGIONS	DÉPARTEMENTS	POPULATION EN 1992	Typho./Paratypho.	SIDA	Méningite à méningocoques	Brucellose	Tétanos	Tuberculose	T.I.A.C.	Botulisme	Légionellose	Polionyélie
ALSACE	67 Rhin (Bas-)	961 020	///	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	LIMOUSIN	19 Corrèze	236 744	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	///
	68 Rhin (Haut-)	681 443	///	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///		23 Creuse	128 729	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	///
	Total	1 642 463												87 Vienne (Haute-)	353 070	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	///
AQUITAINE	24 Dordogne	388 669		1				2						Total	718 543										
	33 Gironde	1 234 434							1				LORRAINE	54 Meurthe-et-Mos.	708 658							2			
	40 Landes	315 605	///	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///		55 Meuse	194 713										
	47 Lot-et-Garonne	305 945		1										57 Moselle	1 009 645	1		1			2				
	64 Pyrénées-Atlant.	589 415									1			88 Vosges	383 192						2				
Total	2 834 068		2				2	1	1			Total	2 296 208	1		1				4	2				
AUVERGNE	03 Allier	355 438											MIDI-PYRÉNÉES	09 Ariège	136 867	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	///
	15 Cantal	157 984	///	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///		12 Aveyron	268 606										
	43 Loire (Haute-)	206 010												31 Garonne (Hte-)	955 113							1			
	63 Puy-de-Dôme	597 985												32 Gers	174 579										
Total	1 317 417											46 Lot		157 679											
BOURGOGNE	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	1					1					82 Tarn-et-Gar.	203 385											
	89 Yonne	327 656											Total	2 462 384							1				
Total	1 617 540	1						1				NORD-PAS-DE-CALAIS	59 Nord	2 540 359		10									
BRETAGNE	22 Côtes-d'Armor	539 508							1					62 Pas-de-Calais	1 438 839							1			
	29 Finistère	839 663												Total	3 979 198		10					1			
	35 Ille-et-Vilaine	816 111		1		1							NORMANDIE (BASSE-)	14 Calvados	625 665										
	56 Morbihan	627 919	///	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///		50 Manche	482 457							1			
Total	2 823 201		1		1		1					61 Orne		295 199				1							
CENTRE	18 Cher	322 945	///	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	NORMANDIE (HAUTE-)	Total	1 403 321				1		1				
	28 Eure-et-Loir	400 317												27 Eure	525 253		1					1			
	36 Indre	237 996												76 Seine-Maritime	1 229 154							4			
	37 Indre-et-Loire	538 680		2									Total	1 754 407		1					4	1			
	41 Loir-et-Cher	308 963						1					PAYS DE LA LOIRE	44 Loire-Atlant.	1 071 359		1					2			
45 Loiret	592 387	1					1					49 Maine-et-Loire		713 790							2	3			
Total	2 401 288	1	2				2					53 Mayenne		281 277							1	1			
CHAMPAGNE-ARDENNE	08 Ardennes	295 784	///	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///		72 Sarthe	518 117								1		
	10 Aube	292 066	///	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///		85 Vendée	520 680								2		
	51 Marne	559 974											Total	3 105 223		1					5	7			
	52 Marne (Haute-)	202 636		1									PICARDIE	02 Aisne	540 247										
Total	1 350 460		1									60 Oise		748 150											
CORSE	2 A Corse-du-Sud	119 427	///	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///		80 Somme	552 766								1		
	2 B Corse (Haute-)	132 675	///	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///		Total	1 841 163								1		
	Total	252 102											POITOU-CHARENTES	16 Charente	342 301				1						
FRANCHE-COMTÉ	25 Doubs	490 637	///	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///		17 Charente-Mar.	538 607	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	///
	39 Jura	251 790	///	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///		79 Sèvres (Deux-)	346 228							2			1
	70 Saône (Haute-)	229 790	///	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///		86 Vienne	387 125							2			
	90 Terr. de Belfort	136 111	///	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///		Total	1 614 261			1				4			1
	Total	1 108 328											PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	04 Alpes-Hte-Prov.	133 745										
ÎLE-DE-FRANCE	75 Paris (Ville)	2 155 137	///	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///		05 Alpes (Hautes-)	115 850	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	///
	77 Seine-et-Marne	1 130 058		10				7	1					06 Alpes-Marit.	994 940		3					5	1		
	78 Yvelines	1 339 661	///	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///		13 B.-du-Rhône	1 784 855	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	///
	91 Essonne	1 117 764	1	2	1			9						83 Var	849 740							1			
	92 Hauts-de-Seine	1 402 837	///	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///		84 Vaucluse	478 452							2	1		
	93 Seine-St-Denis	1 403 136	2	1				9					Total	4 357 582		3					8	2			
	94 Val-de-Marne	1 232 407		3				6		2			RHÔNE-ALPES	01 Ain	487 431										
	95 Val-d'Oise	1 080 938	///	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///		07 Ardèche	279 793	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	///
	Total	10 861 938	3	16	1			31	1	2				26 Drôme	420 543										
														38 Isère	1 038 241	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	///
LANGUEDOC-ROUSSILLON	11 Aude	303 694	///	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///		42 Loire	748 003							1			1
	30 Gard	598 897											69 Rhône	1 527 264	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	///	
	34 Hérault	823 589						4					73 Savoie	363 413	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	///	
	48 Lozère	72 724			1								74 Savoie (Haute-)	596 392	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	///	
	66 Pyrénées-Orient.	372 622											Total	5 461 080							1			1	
Total	2 171 466		1				4					TOTAL DE LA SEMAINE FRANCE MÉTROPOLITAINE			6	37	4	2			69	16	5		
FRANCE OUTRE-MER	971 Guadeloupe	407 485						1	1				FRANCE MÉTROPOLITAINE												
	972 Martinique	370 756						1						40 premières semaines de 1997	94	2 194	306	70	11	5 057	253	4	98		
	973 Guyane	131 136										TOTAL :		40 premières semaines de 1996	105	3 952	263	59	34	5 987	259	16	63		
	974 Réunion	595 839						1																	
Total	1 505 216							3	1																