



ÉTUDE

ÉVOLUTION DE L'EXPÉRIENCE DES MÉDECINS HOSPITALIERS CONCERNANT LA PROPHYLAXIE APRÈS EXPOSITION NON PROFESSIONNELLE AU VIH ENTRE 1997 ET 1999

N. Jourdan, K. Martin, J. Pillonel, A. Laporte
Institut de Veille Sanitaire

INTRODUCTION

Une étude a été réalisée en juillet 1997 auprès des praticiens déclarant des cas de Sida pour étudier leur expérience et leur attitude face à la prise en charge d'expositions récentes au VIH. Cette étude concluait à la nécessité de recommandations comprenant un outil d'aide à la décision [1]. Des recommandations ont alors été publiées en avril 1998 [2]. Un an après la diffusion de ces recommandations (en juillet 1999), une nouvelle étude a été réalisée dans le but d'évaluer l'impact des recommandations sur l'expérience et l'attitude des praticiens, et d'évaluer les éventuels effets secondaires graves liés au traitement prophylactique.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

L'étude de 1999 a suivi la même méthodologie que celle de 1997 [1]. En juillet 1999, un questionnaire a été adressé à 2 232 médecins hospitaliers déclarant les cas de Sida, dont 571 étaient des médecins désignés comme référents pour la prise en charge d'expositions au VIH. Une exposition non professionnelle au VIH peut être une exposition sexuelle, ou par partage de matériel d'injection ou par piqûre avec une seringue abandonnée ou un contact cutanéomuqueux avec du sang potentiellement contaminé. Le questionnaire, portant sur les 12 derniers mois, recueillait le nombre total et le type de demandes et de prescriptions de prophylaxie, la description détaillée du dernier cas traité, la notification d'éventuels événements indésirables graves survenus au cours du traitement prophylactique et l'attitude de prescription face à 5 cas théoriques d'exposition (non présenté dans cet article).

Après relance, 560 réponses ont été obtenues, 309 provenant de médecins référents (taux de réponses de 54 %), 241 provenant de médecins non référents (taux de réponses de 15 %). L'analyse n'a porté que sur 309 questionnaires, provenant de l'ensemble des médecins référents ayant répondu. Les médecins non référents ont été exclus, car ils sont amenés à la marge à prendre en charge des expositions au VIH dans le nouveau dispositif.

RÉSULTATS

Les médecins répondants en 1997 et 1999 ne diffèrent pas des non-répondants selon la spécialité médicale. Toutefois, la distribution des spécialités médicales des répondants diffère entre 1997 et 1999, les internistes étant moins représentés et les infectiologues plus représentés en 1999 (respectivement 39 % versus 65 % et 27 % versus 22 % en 1997, $p < 10^{-6}$).

La grande majorité des médecins inclus dans l'étude (94 %) ont connaissance des recommandations officielles publiées en 1998.

Analyse quantitative et qualitative des demandes et prescriptions de prophylaxie

Nombre de demandes et de prescriptions

Au total, 3 187 demandes de prophylaxie et 1 835 prescriptions ont été mentionnées par les 309 médecins inclus dans l'étude de 1999, elles étaient respectivement de 390 et 165 sur 12 mois dans l'enquête de 1997 (Tab. 1).

Les expositions sexuelles constituent 86 % des situations de demandes et de prescriptions de prophylaxie, en augmentation significative par rapport à l'enquête de 1997 où elles représentaient 71 % ($p < 10^{-6}$) des demandes et 63 % des prescriptions ($p < 10^{-6}$). Les expositions parentérales par partage de matériel d'injection entre usagers de drogue (2 % des demandes et 3 % des pres-

criptions de prophylaxie), et les autres situations d'exposition ⁽¹⁾ (11 % des demandes et des prescriptions) sont en proportion significativement plus faibles qu'en 1997 ($p < 10^{-6}$) (Tab. 1).

Le taux de prescription (nombre de prescriptions rapporté au nombre de demandes de prophylaxie) toutes expositions confondues augmente significativement de 1997 à 1999, passant de 42 % à 58 % ($p < 10^{-6}$). Les expositions sexuelles sont les situations où ce taux a le plus augmenté (37 % à 58 %, $p < 10^{-6}$) (Tab. 1).

Tableau 1. Nombre de demandes de traitement prophylactique et de prescriptions effectuées par les médecins ayant répondu à l'enquête en 1997 et 1999.

Type d'exposition	Nombre de demandes D (%)		Nombre de prescriptions P (%)		Taux de prescription P/D (%)	
	1997	1999	1997	1999	1997	1999
Sexuelle	278 (71 %)	2 745 (86 %)	104 (63 %)	1 584 (86 %)	37	58
Parentérale	32 (8 %)	79 (2 %)	19 (12 %)	51 (3 %)	59	65
Autres	80 (20 %)	363 (11 %)	42 (25 %)	200 (11 %)	53	55
Total	390 (100 %)	3 187 (100 %)	165 (100 %)	1 835 (100 %)	42	58

Description détaillée du dernier cas ayant bénéficié d'une prophylaxie

En 1999, le nombre de dernier cas décrit ayant conduit à la prescription d'une prophylaxie s'élève à 226 : 191 (84,5 %) expositions sexuelles, 3 (1,3 %) expositions parentérales (partage de seringue entre usagers de drogue) et 32 (3,5 %) autres types d'exposition. Cette répartition ne diffère pas de celle de l'ensemble des prescriptions déclarées ($p = 0,21$) (Tab. 1). En 1997, 120 expositions ont été décrites, 82 (68 %) sexuelles, 1 (1 %) parentérale et 37 (31 %) percutanées ou muqueuses.

Filière de soins

Parmi les cas décrits, le premier recours du patient se fait le plus souvent auprès du service hospitalier spécialisé qui l'a pris en charge après l'exposition (62 %). Les autres premiers recours concernent les services d'urgence (28 %), les médecins de ville (7 %) et les CDAG (2 %). La répartition des recours entre l'hôpital et la ville diffère entre 1999 et 1997, avec 85 % de recours à l'hôpital et 15 % auprès du médecin de ville en 1997 ($p = 0,02$). La filière de soin n'est influencée ni par le type d'exposition, ni par le statut sérologique de la source.

Situations d'exposition

Expositions sexuelles

En 1999, les rapports non protégés constituent 60 % des expositions sexuelles et les ruptures de préservatif 40 %, ces proportions sont inversées par rapport à 1997 (respectivement 30 % et 70 %, $p < 10^{-5}$) (Tab. 2). Le statut sérologique du partenaire source est moins souvent connu comme positif (40 % des cas versus 78 % en 1997, $p < 10^{-6}$). Cependant, le statut sérologique est signifi-

(1) Piqûres avec seringues abandonnées, morsures, bagarres, agressions, expositions cutanéomuqueuse dans le cadre de secours.

tivement mieux connu en cas de rupture de préservatif qu'en cas de rapport non protégé en 1999 (55 % *versus* 31 %, $p = 0,001$) comme en 1997 (91 % *versus* 48 %, $p < 10^{-4}$) (Tab. 2). La connaissance du statut sérologique positif ne diffère pas selon le type de pratique sexuelle en 1999 ($p = 0,12$) et en 1997 ($p = 0,34$) (Tab. 2).

La répartition du type de pratiques sexuelles, homosexuelle ou hétérosexuelle, en cas de recours pour une rupture de préservatif ($p = 0,73$) ou pour un rapport non protégé ($p = 0,55$) n'est pas différente entre 1999 et 1997, 1/3 d'homosexuels et 2/3 d'hétérosexuels (Tab. 2). Trente-deux viols ont été décrits en 1999, chez 31 femmes et 1 homme (Tab. 2). La proportion de viols parmi toutes les situations d'exposition sexuelle décrites passe de 7 % dans l'enquête de 1997 à 17 % en 1999 ($p = 0,04$).

Tableau 2. Situations d'exposition sexuelle ayant conduit à un traitement prophylactique.

Situations à risque	1997	1999	1997	1999
	nombre de cas (%)		% source VIH+ connue	
Rupture de préservatif				
Relation homosexuelle	22 (39 %)	28 (36 %)	86 % (19/22)	39 % (11/28)
Relation hétérosexuelle	34 (60 %)	49 (64 %)	94 % (32/34)	63 % (31/49)
Type de relation non précisé	1	0	1	0
Total	57 (100 %)	77 (100 %)	91 % (52/57)	55 % (42/77)
Rapport non protégé				
Viols	6* (24 %)	32* (28 %)	0	3 % (1/32)
Relation homosexuelle	6 (24 %)	32 (28 %)	50 % (3/6)	41 % (13/32)
Relation hétérosexuelle	13 (52 %)	50 (44 %)	69 % (9/13)	42 % (21/50)
Total	25 (100 %)	114 (100 %)	48 % (12/25)	31 % (35/114)
Total	82	191	78 % (64/82)	40 % (77/191)

* dont 1 homme.

Expositions non sexuelles

Trente deux expositions percutanées (blessure avec une aiguille abandonnée, blessure avec une aiguille appartenant à un usager de drogue, agression avec une seringue, morsures) ou cutanéomuqueuses (bagarres, blessures...) et trois cas de partages de seringues entre usagers de drogue ont été décrits en 1999. Par rapport à l'ensemble des expositions, leur proportion diminue entre 1997 et 1999, respectivement : 32 % et 15,5 % ($p = 4 \times 10^{-4}$). Les personnes sont traitées malgré l'absence fréquente de connaissance du statut sérologique de la source de contamination potentielle. La source est connue positive dans 14 % des cas en 1999 et l'était dans 38 % des cas en 1997 ($p = 0,05$).

Age et sexe

Les hommes représentent 57 % du nombre total des cas traités décrits.

L'âge des patients traités s'étend de 3 à 60 ans, les deux tiers des patients traités ont entre 20 et 39 ans. Chez les enfants (moins de 15 ans), 11 ont été exposés à des piqûres accidentelles (ce qui représente 50 % du nombre total de ce type d'exposition) et deux à une exposition sexuelle par viol. Chez les mineurs (15 à 17 ans), 11 situations ont été décrites, toutes sont des expositions sexuelles dont 7 viols.

Délai entre exposition et traitement, type et durée du traitement

Parmi les cas décrits en 1999, 92 % ont été traités moins de 48 h après l'exposition, ils étaient 87 % en 1997 ($p = 0,22$). On note une petite amélioration des délais longs entre exposition et traitement en 1999 : 2 % des cas décrits correspondent à un délai supérieur à 72 heures (9 % en 1997, $p = 8 \times 10^{-3}$). Aucune différence n'a été observée entre expositions sexuelles et non sexuelles en 1997 et en 1999. En revanche, parmi les expositions sexuelles, le délai est significativement plus court en cas de rupture de préservatif que de rapport non protégé en 1997 et en 1999 : 83 % des ruptures de préservatif ont été traitées moins de 24 heures après l'exposition contre 58 % des rapports non protégés ($p < 10^{-3}$).

En 1999, ce sont essentiellement des trithérapies qui sont prescrites (83 % *versus* 46 % en 1997, $p < 10^{-6}$), avec en particulier les associations AZT+3TC+Indinavir (46 % des prescriptions) et AZT+3TC+Nelfinavir (27 % des prescriptions). Aucune monothérapie n'a été prescrite. La durée de traitement est de 4 semaines dans 97 % des cas (83 % en 1997, $p < 10^{-5}$). La prescription d'une trithérapie qu'une bithérapie est significativement plus fréquente en cas d'exposition sexuelle (87 % *versus* 60 % pour les autres types d'exposition, $p < 10^{-4}$) et parmi celles-ci en cas de viol (97 % *versus* 82 %, $p < 10^{-6}$). En revanche, ce choix n'est influencé ni par le sexe de l'exposé, le délai entre l'exposition et le traitement, le type de pratique sexuelle (anale, vaginale), la protection ou non du rapport sexuel, la connaissance du statut sérologique de la source et la spécialité médicale du prescripteur.

Effets indésirables graves durant le traitement, ayant nécessité une hospitalisation.

Sur les 1 835 prescriptions déclarées par les médecins ayant répondu au questionnaire, 13 effets indésirables graves (ayant nécessité une hospitalisation

ou menaçant le pronostic vital), soit 0,71 % [IC 95 % : 0,38 %-1,21 %] ont été signalés. Les effets indésirables graves sont survenus uniquement chez des patients sous tri-thérapie incluant une antiprotéase ou un inhibiteur non nucléosidique. Ils étaient âgés de 20 à 46 ans, de sexe féminin dans 77 % des cas. L'effet indésirable le plus souvent retrouvé est une colique néphrétique (6 cas). Les autres effets indésirables graves signalés sont 2 toxidermies, 2 hépatites cytolitiques, 1 hémolyse, 1 cholestase althiasique et 1 épidermolyse bulleuse. Dans 11 cas, l'effet secondaire grave est associé par le médecin à l'Indinavir, dans un cas à la Névriapine et dans 1 cas le patient avait reçu à la fois de l'Indinavir et de la Névriapine.

La moitié des effets indésirables décrits apparaissent dans les 10 premiers jours de traitement (s'étendant du 1^{er} au 26^e jour). L'évolution a été favorable dans tous les cas.

DISCUSSION

Les taux de réponses à cette enquête selon la qualité de médecin référent (54 %) ou non (15 %) et la quasi-absence des recours auprès des non référents montrent qu'un dispositif spécialisé de prise en charge des expositions au VIH s'est mis en place. Ces recours sont particulièrement faibles parmi les usagers de drogue par voie veineuse, et n'ont pas tendance à augmenter (2 % en 1999, 8 % en 1997). Les recours ont augmenté essentiellement pour les expositions sexuelles au VIH (86 % des demandes en 1999). C'est aussi pour ce type d'exposition que le taux de prescription a le plus augmenté passant de 37 % à 58 % entre 1997 et 1999.

L'analyse des derniers cas traités par les répondants, montre que la filière de soins s'est modifiée par rapport à l'enquête de 1997. Les premiers recours hors hôpital (médecine de ville et CDAG) ont diminué en 1999 (9 % *versus* 15 % en 1997), pour autant les délais entre l'exposition et le traitement semblent s'être peu modifiés. Seuls les délais au-delà de 72 heures ont significativement diminué probablement du fait des praticiens, les recommandations déconseillant le traitement après 48 heures.

Concernant les expositions sexuelles, l'enquête de 1999 met en évidence une augmentation des motifs de recours pour rapports non protégés. Ceci peut s'interpréter comme un impact des recommandations : « il s'agit de traiter des accidents ou des défaillances de prévention » [2], permettant au public de parler plus facilement de rapports non protégés et aux médecins de traiter des défaillances de prévention non accidentelles. La proportion de viols par rapport à l'ensemble des expositions prises en charge augmente significativement (5 % en 1997 *versus* 14 % en 1999) et atteint le même niveau que les expositions non sexuelles, montrant l'organisation de la prise en charge dans les services d'urgences médico-judiciaires. La proportion de cas traités pour lesquels le statut sérologique de la source est connu a diminué en 1999, en particulier en cas de rupture de préservatif, la connaissance du statut positif est passée de 91 % à 55 %. Ceci s'explique par la possibilité laissée ouverte dans les recommandations de traitement de personnes dont le statut de la source est inconnu (mais présentant des facteurs augmentant le risque de transmission).

Les effets indésirables graves sont survenus essentiellement chez des personnes recevant une tri-thérapie avec Indinavir, ou associant la Névriapine dans 2 cas. Le risque d'effet secondaire grave est élevé pour un traitement de 4 semaines chez des sujets sains. Les effets indésirables signalés, bien qu'ayant nécessité une hospitalisation, sont de gravité variable, allant d'un risque de décès faible pour les coliques néphrétiques et toxidermies, un peu plus élevé pour les hépatites cytolitiques et très élevé pour l'épidermolyse bulleuse (risque de décès de 40 %). L'association entre la molécule et l'effet secondaire n'est pas le résultat d'une étude de pharmacovigilance, le dossier source des patients n'a pas été étudié. Toutefois, le fait qu'ils soient survenus chez des sujets sains, la chronologie de survenue, le caractère connu de l'effet présenté pour chaque molécule plaident fortement pour une association.

CONCLUSION

La diffusion de recommandations a permis l'organisation d'un réseau de professionnels référents pour la prophylaxie après exposition. Le nombre d'effets secondaires graves rapportés sur les 12 mois de l'étude, invite à mieux prendre en compte le rapport bénéfice/risque de ce traitement chez des sujets sains. Par ailleurs, des schémas thérapeutiques mieux adaptés à la prévention de l'infection plutôt qu'à son traitement devraient être proposés dans les recommandations.

RÉFÉRENCES

- [1] F. Lamontage, J. Pillonel, A. Laporte. Prophylaxie après exposition non professionnelle au VIH, Expérience et attitudes des médecins hospitaliers. BEH n° 42/1998.
- [2] Circulaire DGS/DH/DRT/DSS n°98/228 du 9 avril 1998 relative aux recommandations de mise en œuvre d'un traitement antirétroviral après exposition au risque de transmission du VIH.



**European Programme
for Intervention Epidemiology Training**

**TRAINING FELLOWSHIPS
FOR INTERVENTION EPIDEMIOLOGY
IN EUROPE**

The European Programme for Intervention Epidemiology Training (EPIET) started in 1995. The programme is funded by the European Commission and by various EU member states as well as Norway. Subject to agreement for another round of funding, a seventh cohort of fellows is planned, starting in September 2001. The programme invites applications of eight fellowships for this 24-month training programme in communicable disease field epidemiology.

FELLOWSHIPS

Applicants for the 2001 cohort should have experience in public health, a keen interest in field work and be pursuing a career involving public health infectious disease epidemiology. They should have a good knowledge of English and of at least one other EU language, and be prepared to live abroad for a period of 24 months. The appropriately experienced professional is likely to be below 40 years of age.

AIM OF THE TRAINING

The aim of the training is to enable the fellow to assume service responsibilities in communicable disease epidemiology. The in-service training will focus on outbreak investigations, disease surveillance, applied research, and communications with decision makers, the media, the public and the scientific community.

Fellows will attend a three-week intensive introductory course and then be located in a host institute in one of the 15 participating European countries and Norway. Further training modules are organised during the two-year programme, normally in one of the participating national institutes with responsibility for communicable disease surveillance.

Detailed information can be obtained from the EPIET programme office at the address below. Letters of application accompanied by a curriculum vitae should be submitted by 15 February, 2001.

European Programme for Intervention Epidemiology Training
Institut de Veille Sanitaire
12, rue du Val d'Osne
94415 Saint-Maurice Cedex, France
Fax : +33 1 55 12 53 35
Email : EPIET@invs.sante.fr

Données provisoires non validées

RÉGIONS	DÉPARTEMENTS	POPULATION EN 2000	Typho./Paratypho.	SIDA	Inf. à méningo.	Brucellose	Tétanos	Tuberculose	T.I.A.C.	Botulisme	Légionellose	Listériose	RÉGIONS	DÉPARTEMENTS	POPULATION EN 2000	Typho./Paratypho.	SIDA	Inf. à méningo.	Brucellose	Tétanos	Tuberculose	T.I.A.C.	Botulisme	Légionellose	Listériose		
ALSACE	67 Rhin (Bas-)	1 043 000	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	MIDI-PYRÉNÉES	09 Ariège	142 800	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	68 Rhin (Haut-)	720 700	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0		12 Aveyron	277 800	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	Total	1 763 700	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0		31 Garonne (Hte-)	1 067 400	0	0	0	0	0	14	0	0	0	0	0	
AQUITAINE	24 Dordogne	402 400	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	NORD-PAS-DE-CALAIS	32 Gers	180 000	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	33 Gironde	1 315 400	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		46 Lot	167 300	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	40 Landes	341 000	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		65 Pyrénées (Htes-)	231 800	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	47 Lot-et-Garonne	317 900	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		81 Tarn	355 800	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	64 Pyrénées-Atlant.	620 800	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		0	82 Tarn-et-Gar.	213 200	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Total	2 997 500	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		0	Total	2 636 100	0	1	0	0	0	14	0	0	0	0	0
AUVERGNE	03 Allier	357 100	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	NORMANDIE (BASSE-)	59 Nord	2 597 400	0	0	2	0	0	5	0	0	4	0	0	
	15 Cantal	157 500	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		62 Pas-de-Calais	1 469 800	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	43 Loire (Haute-)	218 100	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		Total	4 067 200	0	0	2	0	0	5	0	0	4	0	0	
	63 Puy-de-Dôme	622 400	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0		14 Calvados	663 400	0	0	2	0	0	1	1	0	0	0	0	
	Total	1 355 100	0	1	0	0	0	3	0	0	0	0		50 Manche	499 000	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
BOURGOGNE	21 Côte-d'Or	521 300	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	NORMANDIE (HAUTE-)	61 Orne	302 500	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	58 Nièvre	233 500	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0		Total	1 464 900	0	0	3	0	0	1	1	0	0	0	0	
	71 Saône-et-Loire	565 200	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0		27 Eure	557 000	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	89 Yonne	345 100	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0		76 Seine-Maritime	1 262 500	0	0	0	0	0	4	1	0	0	0	0	
BRETAGNE	Total	1 665 100	0	0	0	0	0	4	0	0	1	0	PAYS DE LA LOIRE	Total	1 819 500	0	0	0	0	0	4	1	0	0	0	0	
	22 Côtes-d'Armor	565 100	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		44 Loire-Atlant.	1 165 200	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	29 Finistère	886 300	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0		49 Maine-et-Loire	757 100	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	35 Ille-et-Vilaine	893 500	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		53 Mayenne	295 600	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	56 Morbihan	670 600	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		72 Sarthe	545 900	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
CENTRE	Total	3 015 500	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	PICARDIE	85 Vendée	559 900	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
	18 Cher	325 100	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		Total	3 323 700	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	
	28 Eure-et-Loir	419 400	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		02 Aisne	552 700	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	36 Indre	239 900	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		60 Oise	788 300	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	
	37 Indre-et-Loire	568 000	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		80 Somme	569 600	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	
	41 Loir-et-Cher	325 400	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		Total	1 910 600	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	
CHAMPAGNE-ARDENNE	45 Loiret	636 900	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	POITOU-CHARENTES	16 Charente	353 600	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Total	2 514 700	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		17 Charente-Mar.	579 200	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	08 Ardennes	299 200	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		79 Sèvres (Deux-)	358 900	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	10 Aube	301 400	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		86 Vienne	412 100	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	51 Marne	583 100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		Total	1 703 800	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
CORSE	52 Marne (Haute-)	204 400	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	04 Alpes-Hte-Prov.	144 800	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	Total	1 388 100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		05 Alpes (Hautes-)	126 600	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	2 A Corse-du-Sud	121 900	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		06 Alpes-Marit.	1 022 700	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	2 B Corse (Haute-)	145 400	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		13 B-du-Rhône	1 861 100	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	
FRANCHE-COMTE	Total	267 300	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	RHÔNE-ALPES	83 Var	921 600	0	0	0	0	0	2	0	0	2	0	0	
	25 Doubs	515 300	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0		84 Vaucluse	510 700	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	39 Jura	261 900	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		Total	4 587 500	0	0	0	0	0	4	0	0	2	0	0	
	70 Saône (Haute-)	239 100	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		01 Ain	529 400	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
ÎLE-DE-FRANCE	90 Terr. de Belfort	142 100	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	FRANCE OUTRE-MER	07 Ardèche	294 500	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	Total	1 158 400	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0		26 Drôme	450 700	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	75 Paris (Ville)	2 147 900	0	16	2	0	0	34	1	0	0	0		38 Isère	1 116 400	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	77 Seine-et-Marne	1 213 800	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0		42 Loire	744 400	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	
	78 Yvelines	1 376 200	0	0	0	0	0	18	0	0	0	0		69 Rhône	1 605 800	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0	
	91 Essonne	1 149 400	0	2	0	0	0	5	1	0	1	0		73 Savoie	385 500	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	92 Hauts-de-Seine	1 442 900	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		74 Savoie (Haute-)	649 200	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
	93 Seine St-Denis	1 391 200	0	9	0	0	0	32	0	0	1	0		Total	5 775 900	0	2	0	0	0	5	0	0	1	1	1	
	94 Val-de-Marne	1 236 800	0	0	0	0	0	3	0	0	1	0		971 Guadeloupe	425 400	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
LANGUEDOC-ROUSSILLON	95 Val d'Oise	1 118 000	0	0	0	0	0	5	2	0	0	0	972 Martinique	383 900	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
	Total	11 076 200	0	27	3	0	0	99	4	0	3	0	973 Guyane	157 700	1	1	0	0	0	9	0	0	0	0	0		
	11 Aude	319 600	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	974 Réunion	714 000	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
	30 Gard	638 200	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	Total	1 681 000	1	5	0	0	0	9	0	0	0	0	0		
	34 Hérault	911 500	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	TOTAL DE LA SEMAINE FRANCE MÉTROPOLITAINE		0	33	8	0	0	147	8	0	13	1			
LIMOUSIN	48 Lozère	78 000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	FRANCE MÉTROPOLITAINE	48 premières semaines de 2000		127	1332	509	44	34	4942	397	19	520	201		
	66 Pyrénées-Orient.	400 800	0	0	0	0	0	1	0	0	0	TOTAL : 59 951 800		48 premières semaines de 1999		126	1457	398	44	20	4479	447	15	403	169		
	Total	2 348 100	0	0	0	0	0	1	0	0	0	FRANCE MÉTROPOLITAINE + OUTRE-MER		48 premières semaines de 2000		136	1443	518	46	34	5111	412	19	521	207		
	19 Corrèze	244 300	/	/	/	/	/	/	/	/	/																
	23 Creuse	130 800	/	/	/	/	/	/	/	/	/																
LORRAINE	87 Vienne (Haute)	364 400	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/															
	Total	739 500	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0															
	54 Meurthe-et-Mos.	730 000	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0															
	55 Meuse	200 300	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0															
LORRAINE	57 Moselle	1 047 600	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0															
	88 Vosges	395 500	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0															
	Total	2 373 400	0	0	0	0	0	3	1	0	0	0															