bulletin épidémiologique hebdomadaire

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère du Travail

et des Affaires sociales

Direction générale de la Santé

BEH

N° 19/1997

6 mai 1997

Prise en charge médicale des personnes infectées par le V.I.H. dans 2 départements français, 1993-1995 : p. 79.
Situation du SIDA en Europe : p. 81.

REÇU LE 27 MAI 1997 Centre Européen

ENQUÊTE

PRISE EN CHARGE MÉDICALE DES PERSONNES INFECTÉES PAR LE V.I.H. DANS 2 DÉPARTEMENTS FRANÇAIS, 1993-1995

V. SCHWOEBEL[1], M.-C. DELMAS[1], E. COUTURIER[1], A.-M. SIMONPOLI[2], D. ZUCMAN[2], C. MICHON[2], C. GOUJARD[3], F. BOUE[3], J.-B. HUBERT[4], F. DABIS[4], J.-B. BRUNET[1]

INTRODUCTION

Les premières recommandations officielles pour la prise en charge médicale des personnes infectées par le V.I.H. ont été publiées en France en 1990 et préconisaient en particulier le traitement par A.Z.T. et la prophylaxie primaire de la pneumonie à *Pneumocystis carinii* (P.P.C.) chez tout sujet séropositif ayant moins de 200 lymphocytes CD4/mm³ [1]. Cependant, bien qu'elle ait diminué depuis 1989 en France, la proportion de P.P.C. au diagnostic de SIDA était encore de 20 % en 1996 [2]. Une étude a été menée auprès d'une population de sujets pour lesquels le diagnostic de SIDA venait d'être posé, afin d'analyser rétrospectivement les obstacles à la prise en charge médicale avant le diagnostic du SIDA.

MÉTHODES

L'étude a porté sur tous les sujets adultes dont le diagnostic de SIDA (définition de 1993 [3]) a été posé entre juillet 1993 et mai 1995 dans les hôpitaux de Gironde ou des Hauts-de-Seine. Après consentement informé, un entretien confidentiel était organisé avec un enquêteur extérieur à l'équipe soignante. Cet entretien visait à recueillir des données socio-économiques, des informations sur les connaissances de l'infection à V.I.H., sur le recours habituel et les attitudes à l'égard du système de soins (évalués par la fréquentation d'un médecin traitant et d'un dentiste, l'observance habituelle des traitements prescrits et le fait d'avoir consulté une personne exerçant une médecine alternative), sur l'environnement familial et professionnel et sur l'appréciation des sujets sur leur prise en charge médicale à partir du premier test V.I.H. positif. Les données cliniques, thérapeutiques (traitements antirétroviraux et prophylactiques) et biologiques (numération des lymphocytes CD4) ont été recueillies à partir des dossiers médicaux des patients.

Un diagnostic tardif a été défini par un test V.I.H. positif effectué moins de six mois avant le diagnostic de SIDA. Un suivi régulier a été défini par la présence d'au moins une numération des lymphocytes CD4 par an pour des CD4 > 500/mm³, et d'au moins une par semestre pour des CD4 < 500/mm³ dans les 2 années précédant le SIDA [1]. Les facteurs associés à un suivi irrégulier ont été analysés parmi les sujets dont le diagnostic de l'infection à V.I.H. a été effectué au moins 6 mois avant le SIDA. Les analyses multivariées ont été conduites par régression logistique.

RÉSULTATS

Sur une période de 22 mois, 359 sujets ont été inclus, 205 (57,1 %) en Gironde et 154 (42,9 %) dans les Hauts-de-Seine. Parmi l'ensemble des sujets éligibles pour l'étude, 42,9 % n'ont pu être inclus, principalement du fait d'un état clinique ne permettant pas l'entretien (18,1 %) ou d'un refus (7,8 %). Il y avait une plus grande proportion d'hommes et, par groupe de transmission, une plus grande proportion d'homosexuels parmi les sujets inclus que parmi les non inclus. En revanche, il n'y avait pas de différence significative pour l'âge, la proportion de patients testés moins de 6 mois avant le SIDA et celle de patients ayant reçu des traitements antirétroviraux ou prophylactiques de la P.P.C. Toutefois les personnes ayant reçu des traitements étaient surreprésentées en Gironde et sous-représentées dans les Hauts-de-Seine.

Diagnostic de l'infection à V.I.H.

Chez les 359 personnes incluses, le délai entre le premier test V.I.H. positif et le diagnostic de SIDA variait de 0 à 11 ans avec une médiane de 5 ans. L'année médiane du premier test positif était 1988, les hétérosexuels ayant été testés globalement plus tard (année médiane : 1990) que les homo/bisexuels (1988) ou les toxicomanes (1987). L'âge médian au diagnostic de SIDA était de 35 ans (36 ans pour les homo/bisexuels, 35 ans pour les hétérosexuels et 33 ans pour les toxicomanes). 69 sujets (19,2 %) ont découvert leur séropositivité tardivement.

Le premier test V.I.H. positif a été fait pour une symptomatologie clinique (liée ou non au V.I.H.) chez 47,6 % des sujets, une prise de risque chez 26,2 %, lors d'un examen systématique chez 17,3 %, d'une cure de désintoxication chez 3,1 % et d'un emprisonnement chez 3,6 %. Le test a été effectué pour des signes cliniques chez 88,4 % des 69 sujets testés tardivement et chez 37,9 % des autres sujets. Seuls 29,5 % des hétérosexuels ont dit qu'ils étaient conscients, au moment du test, d'avoir pris un risque vis-à-vis du V.I.H., contre 75,9 % des homo/bisexuels et 66,3 % des toxicomanes. La proportion de sujets conscients de leur risque était de 46,4 % chez les sujets testés tardivement contre 60,3 % chez les autres (p = 0,03).

Le tiers (34,6 %) des hétérosexuels ont été testés tardivement, contre 12,7 % des homo/bisexuels et 9,6 % des toxicomanes ($p < 0,01$). Après exclusion des homo/bisexuels et des hémophiles, la proportion de tests tardifs était plus élevée chez les hommes que chez les femmes (28,7 % et 11,9 %, $p = 0,01$). La moitié des personnes nées en Afrique sub-saharienne ont été testées tardivement contre 16,5 % des personnes nées en France et 20,9 % des personnes nées dans un autre pays ($p < 0,01$). L'analyse des facteurs associés à un test tardif a été faite séparément par groupe de transmission car ces facteurs différaient selon le groupe (tableau 1). Chez les homo/bisexuels, la probabilité d'avoir été testé tardivement était plus de 3 fois supérieure chez les personnes qui avaient un niveau d'études au moins égal au baccalauréat que chez les autres (Odds Ratio ajusté (ORa) = 3,1 [IC à 95 % = 1,0-9,6]) et chez celles qui avaient déjà consulté une personne exerçant une médecine alternative que chez celles qui n'avaient jamais consulté (ORa = 3,4 [1,2-10,0]). Chez les hétérosexuels, la probabilité d'avoir été testé tardivement était plus de 5 fois supérieure chez les hommes que les femmes (ORa = 5,6 [1,7-18,9]) et chez les personnes qui recevaient une aide de l'État, de leur famille, ou qui avaient des revenus illégaux que chez celles qui avaient des revenus professionnels (ORa = 5,2 [1,4-19,0]). Chez les toxicomanes, aucun des facteurs n'était associé à un test tardif, à l'exception de l'absence de couverture sociale qui était à la limite de la signification statistique ($p = 0,06$).

(1) Centre européen pour la surveillance épidémiologique du SIDA.

(2) Centre d'information et de soins sur l'immunodéficience humaine (CISIH) des Hauts-de-Seine.

(3) CISIH Paris-Sud.

(4) Groupe d'épidémiologie clinique sur le SIDA en Aquitaine (GECSA).

La publication d'un article dans le *B.E.H.* n'empêche pas sa publication ailleurs. Les articles sont publiés sous la seule responsabilité de leur(s) auteur(s) et peuvent être reproduits sans copyright avec indication de la source.

Tableau 1. – **Diagnostic tardif de l'infection à V.I.H. dans chacun des trois principaux groupes de transmission**

	Homo/bisexuel		Hétérosexuel		Toxicomane	
	N	Test < 6 mois (*n et %*)	N	Test < 6 mois (*n et %*)	N	Test < 6 mois (*n et %*)
Sexe						
hommes	–	–	46	22 (47,8)	86	10 (11,6)
femmes	–	–	32	5 (15,6)*	18	0 (0,0)
Région de naissance						
France	131	16 (12,2)	47	14 (29,8)	86	7 (8,1)
Afrique sub-saharienne	3	1 (33,3)	19	11 (57,9)	0	0 (0,0)
autre	8	1 (33,3)	12	2 (16,7)*	17	3 (17,6)
Niveau d'étude						
primaire, secondaire	75	5 (6,7)	50	17 (34,0)	85	8 (9,4)
≥ bac	67	13 (19,4)*	28	10 (35,7)	18	2 (11,1)
Source de revenus						
professionnelle	118	13 (11,0)	62	17 (27,4)	68	6 (8,8)
non professionnelle	23	5 (21,7)	16	10 (62,5)*	35	4 (11,4)
Revenus mensuels						
< 6000 FF	50	3 (6,0)	40	14 (35,0)	59	8 (13,6)
≥ 6000 FF	89	15 (16,9)*	38	13 (34,2)	43	2 (4,7)
Couverture sociale						
oui	133	17 (12,8)	68	23 (33,8)	92	7 (7,6)
non	9	1 (11,1)	10	4 (40,0)	12	3 (25,0)
Recours au système de soins						
Médecin traitant						
oui	95	11 (11,6)	49	13 (26,5)	48	4 (8,3)
non	47	7 (14,9)	29	14 (48,3)	55	6 (10,9)
Dentiste						
oui	76	11 (14,5)	34	6 (17,6)	22	2 (9,1)
non	66	7 (10,6)	44	21 (47,7)*	81	8 (9,9)
Attitudes à l'égard du système de soins						
Observance antibiothérapie						
oui	94	12 (12,8)	52	17 (32,7)	51	6 (11,8)
non	48	6 (12,5)	25	10 (40,0)	52	4 (7,7)
Médecine alternative						
oui	30	8 (26,7)	13	3 (23,1)	7	2 (28,6)
non	112	10 (8,9)*	65	24 (36,9)	96	8 (8,3)
Total	**142**	**18 (12,6)**	**78**	**27 (34,6)**	**104**	**10 (9,6)**

*$p < 0,05$

Suivi médical de l'infection à V.I.H.

Parmi les 290 personnes testées plus de 6 mois avant le diagnostic du SIDA, 265 (91,4 %) ont dit avoir été suivies pour leur infection à V.I.H., mais seules 182 (62,8 %) ont déclaré avoir débuté le suivi dans l'année qui a suivi le diagnostic. La précocité du suivi était d'autant meilleure que les personnes avaient reçu lors du diagnostic de l'infection à V.I.H. des conseils de suivi : 56,4 % de suivi précoce chez celles qui avaient reçu des conseils de suivi et 32,1 % chez les autres. La précocité du suivi s'est améliorée au cours du temps (78,8 % des personnes testées à partir de 1991 ont dit avoir débuté le suivi dans l'année du test, contre 53,4 % de celles testées avant 1988). Chez les 290 personnes testées plus de six mois avant le SIDA, le délai médian entre le premier test V.I.H. positif et la première numération des CD4 disponible dans le dossier médical des patients était de 4 mois (3 mois chez les homo/bisexuels, 30 mois chez les toxicomanes et 1 mois chez les hétérosexuels). Seules 66 personnes (22,8 %) avaient plus de 500 CD4 au premier bilan, 125 (43,1 %) avaient entre 200 et 500 CD4/mm³ et 99 (34,1 %) avaient moins de 200 CD4/mm³.

Parmi ces 290 personnes, 142 (49,0 %) ont eu un suivi régulier au cours des 2 années précédant le SIDA, et 148 (51,0 %) ont été irrégulièrement suivies, dont 30 qui n'ont eu aucun bilan autre que ceux effectués à l'occasion du diagnostic de l'infection à V.I.H. ou du diagnostic du SIDA. La proportion de personnes irrégulièrement suivies était plus élevée pour les toxicomanes (66,0 %) que pour les autres groupes de transmission (41,1 % chez les homosexuels, 49,0 % chez les hétérosexuels). Elle ne différait pas selon les circonstances du premier test V.I.H. positif (49,1 % de suivi irrégulier pour les personnes testées pour des signes cliniques, 48,3 % pour celles testées lors d'un examen systématique et 47,3 % pour celles testées pour une prise de risque), ni selon la démarche du dépistage (50,8 % chez celles qui ont déclaré lors de l'entretien qu'elles avaient elles-mêmes demandé le test, 50% chez celles qui ont dit que le test leur avait été proposé par le médecin et 52,1 % chez celles qui ont déclaré avoir été testées à leur insu). En analyse multivariée, cinq facteurs restaient indépendamment associés à un suivi irrégulier : le fait d'être un homme non homosexuel (infecté par voie hétérosexuelle ou par toxicomanie), d'avoir des revenus mensuels < 6000 F, de ne pas avoir de médecin traitant, d'avoir été emprisonné entre le diagnostic de l'infection à V.I.H. et le SIDA, et d'avoir été inclus dans les Hauts-de-Seine (tableau 2). Après ajustement sur ces facteurs, la toxicomanie, actuelle ou ancienne, n'était plus associée à un suivi irrégulier.

Tableau 2. – **Facteurs associés à un suivi irrégulier chez les 290 sujets testés plus de 6 mois avant le diagnostic du SIDA**

	Effectif total	Suivi irrégulier	
		%	Odds Ratio ajusté [IC* à 95 %]
Région d'inclusion			
Aquitaine	170	47,1	1
Hauts-de-Seine	120	56,7	1,9 [1,1 - 3,3]
Sexe/Orientation sexuelle			
femmes	52	44,2	1
hommes homo/bisexuels	124	41,1	1,3 [0,7 - 2,7]
hommes non homo/bisexuels	114	64,9	2,4 [1,1 - 5,1]
Revenus mensuels			
6000 F	154	42,9	1
< 6000 F	131	61,1	2,4 [1,4 - 4,1]
Médecin traitant			
oui	179	43,0	1
non	110	63,6	1,9 [1,1 - 3,3]
Prison**			
non	259	47,1	1
oui	29	82,8	3,8 [1,3 - 10,9]

* Intervalle de confiance.

** Au moins une fois entre le diagnostic de l'infection à V.I.H. et le diagnostic du SIDA.

Traitements

Seules 58,2 % des 359 personnes incluses dans l'étude ont eu un traitement antirétroviral plus d'un mois avant le SIDA et 54,6 % ont eu une prophylaxie de la P.P.C. plus de 2 mois avant le SIDA (tableau 3). Le passage au-dessous du seuil de 200 CD4 a pu être observé plus de 3 mois avant le SIDA chez 205 personnes et une prophylaxie de la P.P.C. a été prescrite chez 90,2 % d'entre elles.

Au diagnostic du SIDA, 74 personnes (20,6 %) avaient une P.P.C. et la proportion de P.P.C. était corrélée avec la régularité du suivi avant le SIDA (9,9 % chez les personnes régulièrement suivies, 15,3 % chez celles irrégulièrement suivies et 46,7 % chez celles testées plus de 6 mois avant le SIDA mais non suivies).

Tableau 3. – **Prescription de traitement antirétroviral et prophylactique de la pneumonie à *Pneumocystis carinii* (P.P.C.) et P.P.C. au diagnostic du SIDA, en fonction de l'antériorité du test et du suivi de l'infection à V.I.H.**

	Effectif total	Traitement antirétroviral		Prophylaxie de la P.P.C.		P.P.C. au diagnostic du SIDA	
		n	%	*n*	%	*n*	%
Test < 6 mois avant SIDA	**69**	**1**	**1,4**	**2**	**2,9**	**28**	**40,6**
Test > 6 mois avant SIDA	**290**	**208**	**71,7**	**194**	**66,9**	**46**	**15,9**
Aucun suivi	30	2	6, 7	1	3,3	14	46,7
Suivi irrégulier	118	78	65,5	74	62,7	18	15,3
Suivi régulier	142	128	90,1	119	83,8	14	9,9
Total	**359**	**209**	**58,2**	**196**	**54,6**	**74**	**20,6**

DISCUSSION

Dans cette étude, la répartition par groupe de transmission, la proportion de personnes découvrant leur séropositivité au moment du SIDA, la proportion de P.P.C. au diagnostic de SIDA sont proches de celles retrouvées dans le cadre de la surveillance nationale du SIDA au cours de la même période (1993-1995) [2,4]. Les obstacles à la prise en charge médicale avant le diagnostic du SIDA identifiés dans cette étude sont vraisemblablement représentatifs de la situation nationale de cette période, avant que ne soit diffusée l'information sur les bénéfices thérapeutiques liés aux nouveaux antiviraux (antiprotéases).

Le premier obstacle était une méconnaissance du statut sérologique. Près d'une personne sur 5 a découvert sa séropositivité au moment du diagnostic de SIDA et ce retard était très hétérogène selon le groupe de transmission. L'ignorance du statut sérologique, très fréquente chez les hommes hétérosexuels, pourrait être le témoin de leurs contacts moins fréquents avec le système de soins que les femmes du même groupe de transmission, en particulier pour ceux en situation précaire, ainsi que d'une méconnaissance de leur risque d'infection à V.I.H. Chez les toxicomanes et les homo/bisexuels, la proportion de personnes ignorant leur statut sérologique était bien plus faible. Le dépistage a été plus précoce chez les toxicomanes mais un test tardif était également associé à une situation sociale précaire. En revanche, chez les homo/bisexuels, le test tardif n'apparaissait pas lié à des barrières socio-économiques mais plutôt à un refus du dépistage chez des sujets bien informés. Même lorsque l'infection à V.I.H. a été diagnostiquée plus de 6 mois avant le SIDA, le dépistage apparaissait souvent tardif par rapport à la contamination, comme en témoigne le nombre très bas de lymphocytes CD4 au premier bilan.

Un deuxième type d'obstacle à la prise en charge était l'insuffisance du suivi médical. Les retards à débuter un suivi après le diagnostic de l'infection à V.I.H. ont concerné presque exclusivement les toxicomanes. Cepen-

dant, on a observé une amélioration au cours du temps dans la précocité du suivi qui pourrait être liée à une meilleure information donnée lors du diagnostic de l'infection à V.I.H. Par ailleurs, bien que la régularité du suivi ait été définie de manière très large par rapport aux recommandations officielles [1] et qu'elle n'ait été appréciée que sur les deux dernières années précédant le SIDA, seule la moitié des personnes dépistées plus de 6 mois avant le SIDA ont eu un suivi régulier. La toxicomanie en elle-même n'augmentait pas le risque de suivi irrégulier, mais l'emprisonnement qui concernait presque exclusivement des toxicomanes apparaissait indépendamment lié au suivi irrégulier. Bien que les numérations effectuées en prison pourraient ne pas avoir été récupérées, l'emprisonnement pourrait être la cause directe d'interruptions de suivi ou indiquer une catégorie de toxicomanes peu insérés socialement. La régularité du suivi au cours des deux dernières années précédant le SIDA ne dépendait pas des circonstances du diagnostic de la séropositivité. En revanche, le fait d'être un homme non homosexuel, d'avoir des bas revenus, et de ne pas avoir de médecin traitant étaient indépendamment associés à un suivi irrégulier, l'association avec le département d'inclusion étant probablement attribuable à la surreprésentation des sujets bien suivis en Gironde. Les obstacles à un suivi régulier de l'infection à V.I.H. semblaient donc relever davantage de problèmes d'ordre socio-économique limitant le recours au système de soins que d'insuffisances médicales. Lorsque les personnes ont été régulièrement suivies, il ne semblait pas y avoir d'obstacle majeur à l'accès aux traitements antiviraux et préventifs, quels que soient le sexe ou le groupe de transmission.

Il est vraisemblable que les récentes avancées thérapeutiques modifient la perception de l'intérêt du test V.I.H. et du suivi médical dans la population infectée par le V.I.H. Cette étude dont le recrutement s'est terminé en 1995 ne permet pas d'évaluer de tels changements. Cependant, ces éventuelles modifications d'attitude ne pourront avoir qu'une influence limitée sur le manque de perception du risque, le recours insuffisant au système de soins et les obstacles d'ordre socioéconomique associés à un dépistage tardif et à un suivi irrégulier. L'amélioration des stratégies de dépistage et la réduction des inégalités d'accès et de recours aux soins devront donc continuer à être des objectifs majeurs pour permettre au plus grand nombre de personnes atteintes de bénéficier des progrès thérapeutiques actuels.

RÉFÉRENCES

[1] Prise en charge et traitement précoce de l'infection V.I.H. – *B.E.H.* 1990 (29) : 123-5.

[2] Réseau national de Santé publique, Surveillance du SIDA en France : Situation au 1er décembre 1997. – *B.E.H.* 1997 (11) : 46-9.

[3] Révision de la définition du SIDA en France. – *B.E.H.* 1993 (11) : 47-8.

[4] CAZEIN F., LOT F., PILLONEL J., PINGET R., LAPORTE A. – Connaissance du statut sérologique avant le diagnostic de SIDA. *B.E.H.* 1995 (46) : 202-3.

Cette étude a été financée par l'Agence nationale de recherches sur le SIDA.

Nous tenons à remercier les médecins qui ont participé à l'étude dans les hôpitaux suivants : dans les Hauts-de-Seine : Ambroise-Paré (Boulogne-Billancourt), Antoine-Béclère (Clamart), Beaujon (Clichy), Louis-Mourier (Colombes), Raymond-Poincaré (Garches), Notre-Dame-du-Perpétuel-Secours (Levallois-Perret), Max-Fourestier (Nanterre), Foch (Suresnes) ; en Gironde : Pellegrin Tripode, Saint-André (Bordeaux), Haut-Lévèque (Pessac), hôpital de Dax.

LE POINT SUR...

SITUATION DU SIDA EN EUROPE

Centre européen pour la surveillance épidémiologique du SIDA
(Extraits du rapport n° 52, 31 décembre 1996)

En 1996, 24 920 cas de SIDA ont été déclarés dans la région Europe de l'OMS, ce qui amène le total cumulé à 185 808 cas (tabl. 1). Pour la première fois depuis le début de l'épidémie, le nombre de cas déclarés dans l'année a diminué par rapport à l'année précédente (– 5 % entre 1995 et 1996, après avoir augmenté de 1 % entre 1994 et 1995).

Globalement, on estime, après redressement pour les délais de déclaration, que l'incidence annuelle du SIDA a diminué de 11 % en 1996, après avoir atteint un plateau en 1994-1995. La diminution la plus importante est observée pour les hommes homo/bisexuels (– 20 % en 1996, – 8 % en 1995). Elle est moins marquée pour les utilisateurs de drogues injectables (– 8 % en 1996, – 3 % en 1995) et pour les personnes contaminées lors de rapports hétérosexuels (– 1 % en 1996, après une augmentation de + 8 % en 1995).

Une évolution analogue (stabilisation depuis 2 à 3 ans, puis diminution de l'incidence du SIDA en 1996) est observée dans la plupart des pays d'Europe occidentale. La diminution de l'incidence du SIDA est plus accentuée que la moyenne pour l'Europe en Autriche (– 36 %), Suède (– 25 %), Danemark (– 24 %), Pays-Bas (– 21 %), France (– 19 %), Royaume-Uni (– 17 %), Belgique (– 16 %) et Allemagne (– 13 %). Cependant, l'épidémie de SIDA ne semble s'être stabilisée ni au Portugal, ni en Grèce. Dans le centre et l'est de la région Europe de l'OMS, l'épidémie est bien plus récente et l'incidence du SIDA est beaucoup plus faible (à l'exception de la Roumanie) qu'en Europe occidentale. Au cours des 2 dernières années, l'incidence annuelle du SIDA (redressée pour les délais de déclaration) a augmenté de 23 % par an en moyenne. Les tendances de l'épidémie pour l'ensemble de cette partie de l'Europe sont largement influencées par l'épidémie nosocomiale majeure détectée en Roumanie en 1989. Cependant, dans d'autres pays de cette région, on observe actuellement une poursuite ou une émergence de l'épidémie.

La tendance à la diminution de l'incidence du SIDA dans l'ensemble de la région Europe pourrait être expliquée, au moins partiellement, par un pic de l'incidence du VIH dans les pays de l'ouest de l'Europe au milieu des années 80. Mais le facteur déterminant est sans doute la diffusion croissante depuis la mi-1996, de nouvelles stratégies thérapeutiques anti-rétrovirales, même si les niveaux de diffusion varient probablement beaucoup d'un pays à l'autre.

Tableau 1. – **Cas de SIDA et taux par million d'habitants par pays, déclarés au 31 décembre 1996, avec redressements pour les délais de déclaration. Région Europe de l'OMS**

Pays	Total cas déclarés	Total cas redressés	
	N	N	Taux
Albanie*	8	8	2,3
Allemagne	15 682	16 630	203,4
Autriche	1 642	1 670	208,4
Azerbaïdjan*	5	5	0,7
Bélarus*	15	15	1,5
Belgique	2 231	2 306	227,3
Bulgarie*	45	45	5,2
Croatie	108	110	24,5
Danemark	1 994	2 016	388,6
Espagne	43 218	46 161	1 163,4
Estonie*	14	14	9,2
Finlande	251	253	49,3
France	44 579	46 226	772,5
Géorgie*	12	12	2,2
Grèce	1 513	1 657	158,1
Hongrie	245	245	24,3
Irlande	577	646	181,2
Islande*	41	41	151,3
Israël	421	460	79,9
Italie	37 170	38 532	673,4
Kazakhstan*	8	8	0,5
Kirghizistan*	0	0	0,0
Lettonie*	17	17	6,7
Lituanie*	10	10	2,7
Luxembourg	117	117	285,4
Malte*	41	41	111,4
Moldova* République de	7	7	1,6
Monaco*	39	39	1 218,8
*Norvège	561	584	134,1
Ouzbékistan*	3	3	0,1
Pays-Bas	4 288	4 408	282,5
Pologne	477	502	13,1
Portugal	3 782	4 180	425,7
Roumanie	4 446	4 547	199,7
Royaume-Uni	13 720	14 368	245,9
Russie, (Fédération de)	255	274	1,9
Saint-Marin*	23	23	920,0
Slovaquie*	13	13	2,4
Slovénie	61	61	31,3
Suède	1 477	1 500	170,0
Suisse	5 535	6 007	826,4
Tadjikistan*	0	0	0,0
Tchèque, République	90	90	8,7
Turquie	224	250	4,0
Ukraine	228	408	8,0
Yougoslavie	615	639	58,8
Total	**185 808**	**195 148**	

* Non redressés (nombre insuffisant de cas).