



-6 FEB 1998

Centre Européen

ÉTUDE

IMPACT SUR LA SANTÉ DE LA POLLUTION ATMOSPHÉRIQUE EN MILIEU URBAIN : SYNTHÈSE DES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE APHEA (AIR POLLUTION AND HEALTH: A EUROPEAN APPROACH)

Philippe QUÉNEL¹, Denis ZMIROU², Sylvia MEDINA^{1,3}, Alain LE TERTRE^{1,3}, Franck BALDUCCI²,
Yvon LE MOULLEC⁴, Philippe RITTER⁵, Taghi BARUMANDZADEH⁶, William DAB⁷

PRÉAMBULE

Nous présentons ici une synthèse, pour les agglomérations de l'Europe de l'Ouest, des principaux résultats de six méta-analyses réalisées dans le cadre de l'étude APHEA et qui ont déjà été publiées par ailleurs [1,2,3,4,5,6].

INTRODUCTION

Dès les années 1950-1960, des enquêtes épidémiologiques avaient clairement montré l'existence d'une augmentation de la mortalité respiratoire et cardio-vasculaire lors d'épisodes de pollution caractérisés par des niveaux très élevés de polluants acido-particulaires (particules en suspension et dioxyde de soufre -SO₂- notamment). Ces études ont été à l'origine des premières mesures réglementaires de contrôle des émissions des polluants atmosphériques, comme le Clean Air Act qui fut adopté au Royaume-Uni en 1957 ou la loi relative à la pollution atmosphérique votée en France en 1961. Suite à ces mesures, dans la majorité des pays industrialisés occidentaux et, plus particulièrement en France avec le développement du programme électronucléaire dans les années 1970, les niveaux de pollution atmosphérique de SO₂ et de particules en suspension liés aux émissions résultant d'installations fixes de combustion (activités industrielles et chauffage domestique) ont fortement diminué.

Néanmoins, au cours des années 1980-1990, de nombreuses publications scientifiques, essentiellement nord-américaines, ont montré que des niveaux modérés ou faibles de pollution atmosphérique avaient un impact à court terme sur la santé. De plus, le retentissement de la pollution photo-oxydante d'été (oxydes d'azote -NOx- et ozone -O₃-) a été également mis en évidence par des études épidémiologiques. Ces résultats sont à mettre en rapport avec l'évolution des sources de pollution atmosphérique en milieu urbain, où les transports automobiles représentent désormais la principale source de production des polluants, notamment particulaires et photo-oxydants.

Jusqu'à présent, très peu d'études avaient été menées en Europe. C'est dans ce contexte que l'étude APHEA (Air Pollution and Health: a European Approach) a été menée. Son objectif était de fournir des estimations quantitatives des effets à court terme sur la santé de la pollution atmosphérique en milieu urbain, et de contribuer à la révision, au plan international, des valeurs limites d'exposition.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

9 agglomérations de l'Europe de l'Ouest (Amsterdam, Athènes, Barcelone, Cologne, Helsinki, Londres, Lyon, Milan, Paris, Rotterdam) contrastées du point de vue socio-démographique, du climat, des conditions géographiques et de la pollution atmosphérique (de par la nature des polluants et des niveaux ambiants) ont participé à l'étude. Dans chacune d'elles, une étude écologique temporelle rétrospective a été menée sur une période d'étude, variable selon les agglomérations, comprise entre 1977 et 1992. Ce type d'étude consiste à étudier l'association, au jour le jour, entre des indicateurs de pollution caractérisant l'exposition de la population et des indicateurs de mortalité et de morbidité hospitalière caractérisant son état de santé [7].

Les indicateurs de pollution ont été construits à partir des données recueillies par les réseaux publics de surveillance de la qualité de l'air. Les indicateurs retenus dans cette étude sont les particules en suspension (mesurées par la méthode des fumées noires -FN-), le SO₂, le dioxyde d'azote (NO₂) et O₃.

Les données de mortalité journalière ont été obtenues auprès des registres nationaux de décès. Seuls les décès concernant les personnes domiciliées dans la zone d'étude et survenant dans celle-ci ont été pris en compte. Les indicateurs étudiés sont la mortalité totale (causes accidentelles exclues), la mortalité pour cause respiratoire (CIM-9 codes 460-519) et la mortalité pour cause cardio-vasculaire (CIM-9 codes 390-429).

Les données de morbidité ont été recueillies, selon les pays, soit auprès des registres nationaux, soit auprès de systèmes de collecte opérant au niveau local ou municipal. Les indicateurs étudiés sont les admissions hospitalières en rapport avec une affection respiratoire (CIM-9 460 - 519) chez les adultes (15-64 ans) et les personnes âgées de plus de 65 ans, les admissions hospitalières pour crise d'asthme (CIM-9 493) chez les enfants (0-14 ans) et les adultes (15-64 ans), et les admissions pour broncho-pneumopathie chronique obstructive (CIM-9 490 - 492 et 496) tous âges et pour les personnes âgées de plus de 65 ans.

L'analyse des données a été réalisée dans chacune des agglomérations selon un protocole commun standardisé mais suffisamment « souple » pour permettre la prise en compte des caractéristiques locales. Ce protocole a reposé sur une analyse temporelle des indicateurs de pollution et de santé, utilisant une régression de Poisson, et permettant de contrôler les variations temporelles à long terme, les variations périodiques saisonnières et hebdomadaires, les épidémies de grippe, les événements inhabituels et les variations météorologiques. Les résultats obtenus dans chacune des agglomérations ont ensuite fait l'objet d'une méta-analyse. Ceux-ci sont exprimés sous forme de risques relatifs (RR) calculés pour une augmentation de 50 µg/m³ du niveau moyen journalier (moy-24h) ou de la valeur horaire maximale (max-1h) selon l'indicateur de pollution considéré.

RÉSULTATS

Les 9 agglomérations de l'Europe de l'Ouest qui ont participé à l'étude couvrent au total une population moyenne de 22 millions d'habitants

Dans la majorité de ces agglomérations, pour les niveaux de pollution rencontrés et avec la méthodologie d'analyse mise en œuvre, la forme de la relation observée entre les indicateurs de pollution et les indicateurs de santé est de type linéaire sans seuil.

- (1) Réseau national de Santé publique, Saint-Maurice.
- (2) Université Joseph-Fourier, Grenoble.
- (3) Observatoire régional de Santé d'Île-de-France, Paris.
- (4) Laboratoire d'hygiène de la ville de Paris.
- (5) Laboratoire d'écologie urbaine de la ville de Lyon.
- (6) LABSAD, Université Pierre Mendès-France, Grenoble.
- (7) Association pour la Prévention de la Pollution Atmosphérique, Paris.

Mots clés : Épidémiologie, Méta-analyse, Pollution atmosphérique, Santé publique.

En ce qui concerne la mortalité totale, il a été estimé qu'une augmentation de 50 µg/m³ du niveau moyen journalier des indicateurs de pollution acido-particulaire (FN et SO₂) s'accompagne dans les jours suivants d'un excès de 3 % de la mortalité totale journalière. Pour les indicateurs de pollution photo-oxydante (NO₂ et O₃), cet excès varie entre 1 et 3 % (tabl. 1). Pour la mortalité spécifique, une augmentation de 50 µg/m³ du niveau des indicateurs de pollution s'accompagne d'un excès de 1 à 4 % de la mortalité cardiovasculaire et, à l'exception de l'indicateur NO₂, de 4 à 5 % de la mortalité respiratoire (tabl. 2).

Tableau 1. – Risques relatifs de la mortalité journalière totale pour une augmentation de 50 µg/m³ des niveaux de polluants dans les agglomérations de l'Europe de l'Ouest

Polluants	Villes*	RR	IC 95%
FN moy-24h	4	1,03	1,02-1,04
SO ₂ moy-24h.....	7	1,03	1,02-1,04
NO ₂ max-1h.....	6	1,01	1,01-1,02
O ₃ max-1h	4	1,03	1,01-1,05

* Selon l'indicateur de pollution : Athènes, Barcelone, Cologne, Londres, Lyon, Milan, Paris.

Tableau 2. – Risques relatifs de la mortalité journalière spécifique pour une augmentation de 50 µg/m³ des niveaux de polluants dans les agglomérations de l'Europe de l'Ouest

Mortalité	Polluants	Villes*	RR	IC 95%
Cardio-vasculaire	FN moy-24h	4	1,02	1,01-1,04
	SO ₂ moy-24h	5	1,04	1,01-1,06
	NO ₂ max-1h	4	1,01	1,00-1,01
	O ₃ max-1h	4	1,02	1,00-1,03
Respiratoire	FN moy-24h	4	1,04	1,02-1,07
	SO ₂ moy-24h	5	1,05	1,03-1,07
	NO ₂ max-1h	4	0,99	0,98-1,01
	O ₃ max-1h	4	1,04	1,02-1,06

* Selon l'indicateur de pollution : Barcelone, Londres, Lyon, Milan, Paris.

En ce qui concerne la morbidité hospitalière respiratoire, une augmentation de 50 µg/m³ du niveau des indicateurs de pollution s'accompagne d'un excès d'admissions hospitalières variant de 1 à 3 % chez les adultes ou les personnes âgées de plus de 65 ans (tabl. 3). Concernant les admissions hospitalières pour asthme, seul l'indicateur SO₂ est statistiquement associé à un excès d'admissions chez les enfants, de l'ordre de 8 % (tabl. 4). Enfin, une augmentation de 50 µg/m³ du niveau des divers indicateurs de pollution est associée à un excès de 1 à 4 % des admissions hospitalières pour broncho-pneumopathie chronique obstructive (tabl. 5).

Tableau 3. – Risques relatifs d'admissions hospitalières pour affections respiratoires pour une augmentation de 50 µg/m³ des niveaux de polluants dans les agglomérations de l'Europe de l'Ouest

Polluants	Villes*	RR et IC 95 % 15-64 ans	RR et IC 95 % > 65 ans
FN moy-24h	4	1,03 (1,01-1,05)	1,02 (0,99-1,05)
SO ₂ moy-24h.....	5	1,01 (0,99-1,03)	1,02 (1,00-1,05)
NO ₂ max-1h.....	4	1,00 (0,99-1,01)	1,01 (0,99-1,03)
O ₃ max-1h	4	1,02 (1,00-1,03)	1,03 (1,02-1,05)

* Selon l'indicateur de pollution : Amsterdam, Londres, Milan, Paris, Rotterdam.

Tableau 4. – Risques relatifs d'admissions hospitalières pour asthme pour une augmentation de 50 µg/m³ des niveaux de polluants dans les agglomérations de l'Europe de l'Ouest

Polluants	Villes*	RR et IC 95 % 0-14 ans	RR et IC 95 % 15-64 ans
FN moy-24h	4	1,03 (0,99-1,08)	1,02 (0,99-1,06)
SO ₂ moy-24h.....	4	1,08 (1,03-1,13)	1,00 (0,96-1,03)
NO ₂ max-1h.....	4	1,01 (0,99-1,02)	1,01 (0,99-1,02)
O ₃ max-1h	4	1,01 (0,98-1,04)	1,02 (0,96-1,08)

* Selon l'indicateur de pollution : Barcelone, Helsinki, Londres, Paris.

Tableau 5. – Risques relatifs d'admissions hospitalières pour BPCO* pour une augmentation de 50 µg/m³ des niveaux de polluants dans les agglomérations de l'Europe de l'Ouest

Polluants	Villes**	RR	IC 95%
FN moy-24h	5	1,04	1,01-1,06
SO ₂ moy-24h.....	6	1,02	0,98-1,06
NO ₂ max-1h.....	5	1,01	1,00-1,02
O ₃ max-1h	5	1,03	1,01-1,05

* BPCO = broncho-pneumopathie chronique obstructive.

** Selon l'indicateur de pollution : Amsterdam, Barcelone, Milan, Londres, Paris, Rotterdam.

DISCUSSION

Par rapport aux nombreuses études écologiques publiées dans ce domaine, le principal intérêt de ce travail est qu'il s'agit d'une méta-analyse menée de manière planifiée. De ce point de vue, les principales limites inhérentes à la méta-analyse comme les biais de publication ou de sélection ont été minimisées. De même, l'adoption d'un protocole standardisé pour le recueil des données, pour la construction d'indicateurs comparables d'exposition ou d'effets, et pour l'analyse statistique, a permis de réduire l'hétérogénéité habituellement observée entre des études menées de manière indépendante.

Néanmoins, un certain degré d'hétérogénéité persiste entre les agglomérations du fait, par exemple, d'une structure différente des réseaux de surveillance de la qualité de l'air. De même, les indicateurs de santé, en particulier de morbidité hospitalière, n'ont pas strictement la même « signification » du fait de systèmes de collecte de données sanitaires qui varient d'un pays à l'autre, ou du fait des caractéristiques générales du système de soins. Une des retombées majeures de ce travail a été ainsi de contribuer, dans chacune des agglomérations participant à l'étude, au développement d'une expertise épidémiométrique permettant, par exemple, d'utiliser de manière plus appropriée (i.e. en termes d'exposition) les données produites en routine par les réseaux de surveillance de la qualité de l'air.

Les résultats observés dans toutes les agglomérations, ainsi qu'au sein de chacune d'entre elles, montrent une cohérence et une forte stabilité. Globalement, les résultats de la méta-analyse sont du même ordre de grandeur quel que soit l'indicateur sanitaire. Cependant, lorsque l'on considère les résultats ville par ville (non présentés ici), les risques relatifs augmentent à mesure que l'on s'intéresse à des phénomènes de santé de plus en plus spécifiques et sensibles (par exemple, de la mortalité générale aux admissions hospitalières pour asthme) ou à des populations plus « réactives » comme les enfants ou les personnes âgées de plus de 65 ans. Ces résultats, observés dans des contextes très différents, ainsi que ceux des modèles multi-polluants (non présentés ici), plaident en faveur d'associations indépendantes entre les différents indicateurs de pollution et de santé. De plus, par rapport aux études nord-américaines essentiellement orientées sur l'étude de la pollution particulaire, l'étude APHEA a permis d'objectiver l'existence d'une association entre la mortalité à court terme et l'indicateur ozone. Elle a permis également de mettre en évidence la persistance d'effets délétères sur la santé pour de faibles niveaux de SO₂. Enfin, les résultats de cette étude doivent amener les épidémiologistes à accorder davantage d'attention à l'indicateur NO₂ qui, en milieu urbain ambiant, est un bon reflet de la source automobile.

Enfin, malgré les risques relatifs faibles mis en évidence par cette étude, il faut garder à l'esprit que du fait de l'ubiquité de l'exposition aux polluants atmosphériques ambiants et de la prévalence élevée de certaines affections, notamment cardio-vasculaires, ces excès de risque se traduisent au niveau de l'ensemble de la population par des risques attribuables non négligeables [8]. Ces risques, contrairement à l'interprétation qui en est faite le plus souvent, ne sont pas en rapport avec la survenue de pics de pollution mais résultent des variations journalières des niveaux de pollution atmosphérique de fond couramment observés en milieu urbain.

CONCLUSION

Cette étude a permis de combler les lacunes sur les connaissances des liens existant à court terme entre la pollution atmosphérique et la santé en Europe et, en France, dans les agglomérations lyonnaise et parisienne. Dans toutes les agglomérations de l'Europe de l'Ouest, mais aussi dans certaines agglomérations de l'Est (résultats non présentés ici), des excès de risque en terme de mortalité et de morbidité cardio-respiratoire ont été mis en évidence pour des niveaux de pollution inférieurs aux seuils définis dans les directives européennes. Par ailleurs, ces risques relatifs estimés sur le court terme sont du même ordre de grandeur que ceux estimés pour le long terme.

Ces résultats ont été pris en compte par les groupes d'experts qui, actuellement, travaillent à la révision des directives européennes. Ils justifient également la poursuite des efforts de prévention et la nécessité de continuer la surveillance pour en évaluer les bénéfices sanitaires.

Reposant sur une approche écologique, cette étude ouvre la voie de la surveillance épidémiologique des effets sur la santé liés à la pollution. En Île-de-France, cette surveillance a été mise en place en 1995 dans le cadre du programme ERPURS [9]. La loi sur l'air et l'utilisation rationnelle de l'énergie ayant introduit l'obligation de surveiller les impacts sanitaires de la pollution atmosphérique, il convient maintenant de préciser le contenu, les modalités et les conditions d'une telle surveillance au niveau national. Depuis début 1997, une étude multicentrique coordonnée par le Réseau national de Santé publique a été lancée dans 9 agglomérations françaises afin de définir au plan national et local les modalités de cette surveillance [10].

Financement : Le projet APHEA a bénéficié d'un financement de l'Union européenne, DG XII, Programme « Environnement » 1991-1994 (contrat n° EV5VCT92-0202; responsable scientifique : Dr C. Nolan).

Le groupe APHEA est constitué de : K. Katsouyanni (Coordinatrice); G. Touloumi, E. Samoli (Grèce, Centre de coordination); D. Zmirou, P. Ritter, T. Barumandzadeh, F. Balducci, G. Laham (Lyon, France); H.E. Wichmann, C. Spix (Allemagne); J. Sunyer, J. Castellsague, M. Saez, A. Tobias (Espagne); J.P. Shouten, J.M. Vonk, A.C.M. de Graaf (Pays-Bas); A. Pönka (Finlande); H.R. Anderson, A. Ponce de Leon, R. Atkinson, J. Bower, D. Strachan, M. Bland (Royaume-Uni); W. Dab, P. Quénel, S. Medina, A. Le Tertre, B. Thélot, B. Festy, Y. Le Moullec, C. Monteil (Paris, France); B. Wojtyniak, P. Piekarsky (Pologne); M.A. Vigotti, G. Rossi, L. Bisanti, F. Repetto, A. Zanobetti (Italie); L. Bacharova, K. Fandakova (Slovaquie).

Bibliographie

- [1] KATSOUYANNI K, TOULOUMI G., SPIX C. *et al.* – Short-term effects of ambient sulphur dioxide and particulate matter on mortality in 12 European cities : results from time series data from the APHEA project. – *British Medical Journal*, 1997; 314 : 1658-1663.
- [2] TOULOUMI G., KATSOUYANNI K., ZMIROU D. *et al.* – Short-term effects of ambient oxidants exposure on mortality : a combined analysis within the APHEA project. – *American Journal of Epidemiology*, 1997; 146 : 177-185.
- [3] ZMIROU D., SCHWARTZ J., SAEZ M. *et al.* – Time-series analysis of air pollution and cause-specific mortality : a quantitative summary in Europe (APHEA study). – *Epidemiology*, 1998; soumis.
- [4] SPIX C., ANDERSON H.R., SCHWARTZ J. *et al.* – Short-term effect of air pollution on hospital admissions of respiratory diseases in Europe : a quantitative summary of APHEA study results. – *Archives of Environmental Health*, 1998; sous presse.
- [5] SUNYER J., SPIX C., QUENEL P. *et al.* – Urban air pollution and emergency admissions for asthma in four European cities : the APHEA project. – *Thorax*, 1997; 52 : 760-765.
- [6] ANDERSON H.R., SPIX C., MEDINA S. *et al.* – Air pollution and daily admissions for chronic obstructive pulmonary disease in 6 European cities : results from the APHEA project. – *European Respiratory Journal*, 1997; 10 : 1064-1071.
- [7] KATSOUYANNI K, SCHWARTZ J., SPIX C. *et al.* – Short-term effects of air pollution on health : an European approach using epidemiologic time series data : the APHEA protocol. – *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1996; 50 : S12-S18.
- [8] QUENEL P., ZMIROU D., LE TERTRE A. *et al.* – Impact de la pollution atmosphérique urbaine de type acido-particulaire sur la mortalité quotidienne à Lyon et dans l'agglomération parisienne. – *Santé publique*, 1995; 4 : 363-376.
- [9] MEDINA S., LE TERTRE A., QUENEL P., LE MOULLEC Y. – Évaluation de l'impact de la pollution atmosphérique urbaine sur la santé en Île-de-France. – *ORS Île-de-France*, Paris, novembre 1994; 104 pages.
- [10] QUÉNEL P., LE GOASTER C., CASSADOU C. *et al.* – Surveillance des effets sur la santé de la pollution atmosphérique en milieu urbain : étude de faisabilité dans 9 villes françaises. Objectifs et principes. – *Pollution atmosphérique*, 1998; sous presse.

RÉGIONS	DÉPARTEMENTS	POPULATION EN 1992	Typho./Paratypho.	SIDA	Méningite à méningocoques	Brucellose	Tétanos	Tuberculose	T.I.A.C.	Botulisme	Légionellose	Polionmyélite	RÉGIONS	DÉPARTEMENTS	POPULATION EN 1992	Typho./Paratypho.	SIDA	Méningite à méningocoques	Brucellose	Tétanos	Tuberculose	T.I.A.C.	Botulisme	Légionellose	Polionmyélite	
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	///	///	1	///	///	
AQUITAINE	24 Dordogne	388 669	///	///	///	///	///	1	///	///	///	///	LORRAINE	Total	718 543	///	///	///	///	Non reçu	///	///	1	///	///	
	33 Gironde	1 234 434	///	7	///	///	///	3	///	1	///	///		54 Meurthe-et-Mos.	708 658	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	///	
	40 Landes	315 605	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	///		55 Meuse	194 713	///	///	///	///	///	///	///	///	///		
	47 Lot-et-Garonne	305 945	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	///		57 Moselle	1 009 645	///	///	///	///	///	1	///	///	///		
	64 Pyrénées-Atlant.	589 415	///	3	///	///	///	///	///	///	///	///		88 Vosges	383 192	1	///	///	///	///	///	///	///	///		
Total	2 834 068		10	///	///	///	///	4	///	1	///	Total	2 296 208	1	///	///	///	///	///	1	///	///	///			
AUVERGNE	03 Allier	355 438	///	///	///	///	///	1	///	///	///	///	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	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///		
	63 Puy-de-Dôme	597 985	///	///	///	///	///	///	///	///	///	///		32 Gers	174 579	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///		
Total	1 317 417		///	///	///	///	1	///	///	///	///	46 Lot		157 679	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	///		
BOURGOGNE	21 Côte-d'Or	500 742	///	1	///	///	///	3	///	///	///	///	NORD-PAS-DE-CALAIS	65 Pyrénées (Htes-)	225 256	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	///	
	58 Nièvre	231 826	///	///	///	///	///	///	///	///	///	///		81 Tarn	340 899	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	///	
	71 Saône-et-Loire	557 316	///	///	///	///	///	1	///	///	///	///		82 Tarn-et-Gar.	203 385	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///		
	89 Yonne	327 656	///	///	///	///	///	///	///	///	///	///		Total	2 462 384	///	///	///	///	///	///	///	///	///		
	Total	1 617 540		1	///	///	///	4	///	///	///	///		59 Nord	2 540 359	///	6	///	///	4	///	///	///	///	///	
BRETAGNE	22 Côtes-d'Armor	539 508	///	///	///	///	///	2	///	1	///	///	NORMANDIE (BASSE-)	62 Pas-de-Calais	1 438 839	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	///	
	29 Finistère	839 663	///	///	///	///	///	///	///	///	///	///		Total	3 979 198	///	6	///	///	4	///	///	///	///		
	35 Ille-et-Vilaine	816 111	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	///		14 Calvados	625 665	///	///	///	///	///	///	///	///	///		
	56 Morbihan	627 919	///	///	///	///	///	2	///	///	///	///		50 Manche	482 457	///	///	///	///	///	///	///	///	///		
Total	2 823 201		///	///	///	///	4	///	1	///	///	NORMANDIE (HAUTE-)	61 Orne	295 199	///	///	///	///	///	///	///	///	///	///		
CENTRE	18 Cher	322 945	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///		///	PAYS DE LA LOIRE	Total	1 403 321	///	///	///	///	///	///	///	///	///	
	28 Eure-et-Loir	400 317	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///		///		27 Eure	525 253	///	///	///	///	///	///	///	///	///	
	36 Indre	237 996	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///		///		76 Seine-Maritime	1 229 154	///	///	///	///	2	///	///	///	///	
	37 Indre-et-Loire	538 680	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	///	Total		1 754 407	///	///	///	///	2	///	///	///	///		
	41 Loir-et-Cher	308 963	///	///	1	///	///	///	///	///	///	///	PICARDIE	44 Loire-Atlant.	1 071 359	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	///	
45 Loiret	592 387	///	///	1	///	///	///	///	///	///	///	49 Maine-et-Loire		713 790	///	///	///	///	1	///	///	///	///			
Total	2 401 288		1	///	///	///	///	///	///	///	///	53 Mayenne		281 277	///	///	///	///	///	1	///	///	///	///		
CHAMPAGNE-ARDENNE	08 Ardennes	295 784	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	///		PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	72 Sarthe	518 117	///	///	///	///	2	///	///	///	///	
	10 Aube	292 066	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	///	85 Vendée		520 680	///	///	///	///	1	///	///	4	1	///	
	51 Marne	559 974	///	///	///	///	Non reçu	1	///	///	///	///	Total		3 105 223	///	///	///	///	///	4	1	///	///		
	52 Marne (Haute-)	202 636	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	///	02 Aisne		540 247	///	///	///	///	///	1	///	///	///		
Total	1 350 460		///	///	///	///	1	///	///	///	///	POITOU-CHARENTES	60 Oise	748 150	///	///	///	///	///	2	///	///	///	///		
CORSE	2 A Corse-du-Sud	119 427	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///		///	80 Somme	552 766	///	///	///	///	///	///	///	///	///	///	
	2 B Corse (Haute-)	132 675	///	///	///	///	Non reçu	2	///	///	///		///	Total	1 841 163	///	///	///	///	3	///	///	///	///	///	
Total	252 102		///	///	///	///	2	///	///	///	///		RHÔNE-ALPES	16 Charente	342 301	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	///	
FRANCHE-COMTÉ	25 Doubs	490 637	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	///		17 Charente-Mar.	538 607	///	1	///	///	///	///	///	///	///	///	
	39 Jura	251 790	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	///		79 Sèvres (Deux-)	346 228	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	///	
	70 Saône (Haute-)	229 790	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	///		86 Vienne	387 125	///	///	///	///	1	///	///	///	///		
	90 Terr. de Belfort	136 111	///	///	///	///	///	///	///	///	///	///		Total	1 614 261	///	1	///	///	1	///	///	///	///		
	Total	1 108 328		///	///	///	///	///	///	///	///	///		04 Alpes-Hte-Prov.	133 745	///	///	///	///	///	///	///	///	///	///	
ÎLE-DE-FRANCE	75 Paris (Ville)	2 155 137	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	///		PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	05 Alpes (Hautes-)	115 850	///	///	///	///	///	///	///	///	///	///
	77 Seine-et-Marne	1 130 058	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	///			06 Alpes-Marit.	994 940	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	///
	78 Yvelines	1 339 661	///	1	///	///	Non reçu	///	///	///	///	///	13 B.-du-Rhône		1 784 855	///	///	///	///	2	///	///	///	///		
	91 Essonne	1 117 764	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	///	83 Var		849 740	///	1	///	///	5	///	///	///	///		
	92 Hauts-de-Seine	1 402 837	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	///	84 Vaucluse		478 452	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	///		
	93 Seine-St-Denis	1 403 136	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	///	Total		4 357 582	///	1	///	///	7	///	///	///	///		
	94 Val-de-Marne	1 232 407	///	///	///	///	Non reçu	15	///	1	///	///	01 Ain		487 431	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	///	
	95 Val-d'Oise	1 080 938	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	///	07 Ardèche		279 793	///	///	///	///	///	///	///	///	///		
Total	10 861 938		1	///	///	///	15	///	1	///	///	26 Drôme	420 543	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	///			
LANGUEDOC-ROUSSILLON	11 Aude	303 694	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	///	RHÔNE-ALPES	38 Isère	1 038 241	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	///	
	30 Gard	598 897	///	///	///	///	///	///	///	///	///	///		42 Loire	748 003	///	///	///	///	2	///	///	///	///		
	34 Hérault	823 589	///	///	1	///	///	///	///	///	///	///		69 Rhône	1 527 264	///	1	///	///	3	///	///	///	///		
	48 Lozère	72 724	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///	///		73 Savoie	363 413	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///		
	66 Pyrénées-Orient.	372 622	///	///	///	///	///	///	///	///	///	///		74 Savoie (Haute-)	596 392	///	///	///	///	Non reçu	///	///	///	///		
Total	2 171 466		1	///	///	///	///	15	///	1	///	Total		5 461 080	///	1	///	///	5	///	///	///	///	///		
FRANCE OUTRE-MER	971 Guadeloupe	407 485	///	///	///	///	Non reçu	///	///																	