

N° 18 • juin 1999

La chirurgie est un des éléments importants du diagnostic et du traitement du cancer du sein chez la femme. Au cours de l'année 1997, plus de 45 000 séjours hospitaliers ont eu lieu, tant dans le secteur public que privé, pour réaliser une ablation partielle ou totale du sein, en raison de la présence d'un cancer. Cette activité a été réalisée dans 1 131 établissements; la moitié en réalise moins de 15 par an, alors que 50 d'entre eux ont effectué plus du tiers du total. Le secteur privé (non participant au service public) prend en charge 46% des séjours. La quasi-totalité des hospitalisations (92% des séjours) a lieu dans la région du domicile des patientes.

Hui-Quan CONG
François BOURDILLON
Jean-Marc NADAL
Ministère de l'Emploi et de la solidarité
Direction des Hôpitaux

Marc JOUBERT
Marie-Claude MOUQUET
Ministère de l'Emploi et de la solidarité
DREES

Edwige MASSON
CNAMTS

Les actes chirurgicaux liés au cancer du sein en 1997 à travers le PMSI

Depuis l'année 1997, le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) permet de disposer de données relatives à l'ensemble des hospitalisations, qu'elles aient lieu dans les cliniques privées, dans les hôpitaux publics ou participant au service public. Une première étude nationale issue de cette base de données PMSI a été effectuée par la Direction des hôpitaux, en lien avec la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Elle s'intéresse aux séjours hospitaliers pour chirurgie du cancer du sein chez la femme. Elle inaugure une série d'analyses et d'études destinées à mettre à disposition des professionnels de santé ainsi que du public, les informations à présent disponibles.



Encadré 1**Méthodes - L'exploitation statistique des données du PMSI**

Les données utilisées sont celles du PMSI de l'année 1997 qui prennent en compte les données du secteur public et privé.

Pour le secteur privé, c'est l'année de montée en charge. Toute l'activité en soins de courte durée des cliniques privées n'a pas donné lieu à production de résumés standardisés d'activité (RSA) en particulier sur les premiers mois de l'année.

Les établissements du secteur public ne sont pas tous couverts par le PMSI : les établissements de moins de 100 lits ne sont pas astreints à la transmission des données PMSI. Manquent de ce fait 98 centres hospitaliers, 62 établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH) et la quasi totalité des hôpitaux locaux; l'ensemble représentant 2% de l'activité du secteur sous dotation globale.

Afin de permettre leur utilisation statistique, et notamment une comparaison public-privé, les informations issues du PMSI ont donc été redressées. Ce redressement a été réalisé en confrontant des données de la base PMSI aux données de la base statistique annuelle des établissements (SAE), considérée comme la base de référence. Le volume d'activité du secteur sous dotation globale est globalement augmenté de 5%, tandis que le volume d'activité du secteur privé est augmenté de 29%. Ces opérations de redressement permettent en outre de contrôler la cohérence entre les deux sources.

Le redressement a été conduit en deux étapes : la première permet d'être représentatif de l'activité en hospitalisation complète pour chaque établissement ayant dans la source PMSI un nombre de journées supérieur ou égal à 50% de celui de la source SAE, la seconde permet d'être représentatif de l'activité régionale par grande catégorie d'établissements : CHU, CLCC, autres établissements sous budget global (hors hôpitaux locaux et CHS en psychiatrie); hôpitaux conventionnés CRAM. Cette deuxième étape permet de prendre en compte les établissements totalement non répondant ou répondant à moins de 50% de leurs admissions. Le coefficient de redressement pour la deuxième étape est calculé à partir de la proportion des journées d'hospitalisation complète des établissements non répondant ou de taux de couverture inférieure à 50% dans le total des journées d'hospitalisation complète des établissements de la région et de la catégorie.

Chirurgie du cancer du sein

A été sélectionnée la catégorie majeure de diagnostic (CMD) n° 9 : peau et sein, avec précision des codes du cancer du sein en diagnostic principal. Seuls les groupes homogènes de malades (GHM) comportant comme acte opératoire classant une mastectomie totale ou partielle, à savoir les GHM 368, 369, 370 et 371 et les séjours d'au moins 24 heures ont été pris en compte.

Pour certaines analyses, les établissements ont été distingués en deux catégories : les établissements participant au service public qui regroupent les centres hospitaliers régionaux (CHR), les centres hospitaliers généraux (CH), les hôpitaux privés participant au service public hospitalier (PSPH), notamment les centres de lutte contre le cancer (CLCC), et les autres établissements privés à but lucratif ou non.

Un taux d'attraction a été calculé correspondant au solde des non résidents se faisant hospitaliser dans la région et des résidents se faisant hospitaliser en dehors de la région rapporté à l'activité de la région. Ce taux peut s'exprimer selon la formule suivante $\text{taux} = \text{solde} (\text{import-export}) / \text{activité régionale}$.

L'objectif de ce travail est de connaître le nombre et les caractéristiques des recours ayant pour motif une chirurgie du cancer du sein et de déterminer le statut des établissements concernés et leur localisation régionale (encadré 1).

**Plus de 45 000 séjours hospitaliers en 1997,
pour une intervention chirurgicale
liée au cancer du sein**

En 1997, 45 400 séjours hospitaliers ont eu lieu en France (DOM inclus) pour réaliser une mastectomie partielle ou totale. Ce chiffre est supérieur au nombre estimé de nouveaux cas annuels de cancer du sein en raison des interventions liées aux récidives ; en effet, les données recueillies ne permettent pas de distinguer, en l'état actuel, les réinterventions des autres. Dans 94% des cas, il s'agit de cancers invasifs¹, dans 6%, des cancers « *in situ* »², c'est-à-dire à développement limité. Les mastectomies totales représentent, en 1997, plus du tiers (37%) des mastectomies.

L'âge moyen des patientes (comme la médiane) est de cinquante-huit ans; près d'un tiers des séjours concernent néanmoins des femmes de moins de 50 ans (graph. 1). L'âge moyen des patientes qui subissent une mastectomie totale est un peu plus élevé que dans le cas des mastectomies subtotaux : soixante et un ans au lieu de cinquante-sept.

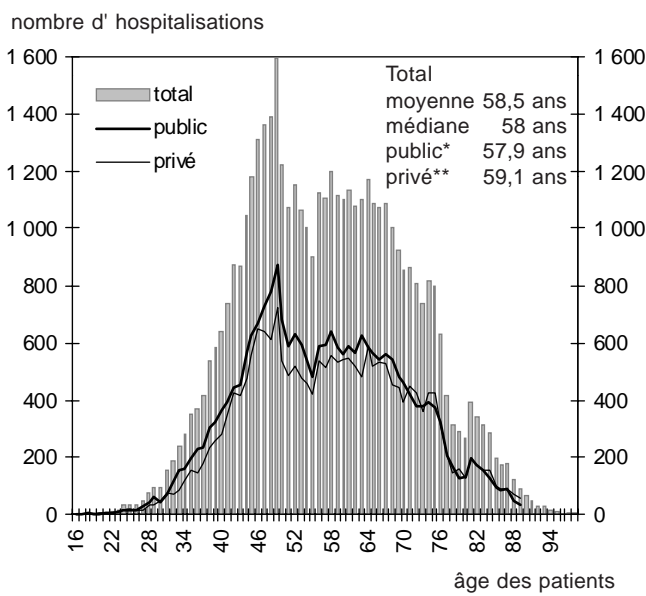
La durée moyenne de séjour est de 7,5 jours. Cette durée augmente en fonction de l'importance du geste opératoire – les séjours pour mastectomies partielles sont plus courts (6 jours) que pour les mastectomies totales (9 jours) – et de l'âge des patientes. L'échelle des durées de séjour varie selon le groupe homogène de malades (encadré 1), de 6 jours pour des interventions partielles chez des femmes de moins de soixante-dix ans à 7,9 chez celles de plus de soixante-dix ans, puis 8,2 pour des mastectomies totales effectuées chez des femmes de moins de soixante-dix ans et enfin 10,6 jours chez celles de plus de soixante-dix ans.

1. On appelle cancer invasif ou infiltrant un cancer ayant envahi le tissu conjonctif autour du foyer initial.

2. On appelle cancer *in situ* un cancer dont le développement reste très limité et qui n'envahit pas le tissu conjonctif voisin (on distingue essentiellement deux sous-groupes selon le point de départ de la tumeur : le cancer canalaire *in situ* et le cancer lobulaire *in situ*).

G
01

mastectomies pour cancer du sein en fonction de l'âge des patientes (45 412 mastectomies)



* public et participant au service public
** à but lucratif ou non
Base des données : PMSI Public et Privé 1997
Analyse : DH Bureau EO2

Une activité très variable selon les établissements

La plupart des 1 310 établissements publics et privés, autorisés à disposer de lits de chirurgie en hospitalisation complète, ont une activité chirurgicale liée au cancer du sein : en effet, 86% des établissements ont réalisé au moins une mastectomie en 1997. Leur niveau d'activité est très variable : 50% des établissements ont réalisé moins de 15 interventions chirurgicales par an (environ 50 établissements n'ont réalisé qu'une seule intervention). À l'inverse, 10% des établissements assurent, à eux seuls, 55% de l'activité totale (69 ont une activité supérieure à 100 interventions par an).

46% de l'activité de chirurgie du sein assurés par le secteur privé

L'analyse par catégorie d'établissement montre une forte activité des centres de lutte contre le cancer (les 20 centres de lutte contre le cancer (CLCC) réalisent 22% des recours chirurgicaux) et des centres hospitalo-universitaires (CHU)/centres hospitaliers régionaux (CHR) (12% de l'activité). L'activité est plus faible pour les autres centres hospitaliers publics et les autres PSPH (38% des établissements pour 20% de l'activité) ainsi que pour les établissements privés (58% des établissements pour 46% de l'activité).

Les 654 établissements privés à but lucratif assurent 46% de l'activité totale de mastectomie et les 477 établissements du service public (encadré 1) en assurent 54%. La répartition privé/public est variable en fonction des régions (carte 1). Dans certaines régions l'activité privée est prépondérante : en particulier en Champagne-Ardenne (66,3%), en Limousin (64,8%), en Poitou-Charentes (62,5%) et en Pays de la Loire (62,3%). À l'inverse, quelques régions ont une activité privée moins forte : l'Auvergne (26,8%), la Basse-Normandie (30,5%) et la Lorraine (32,8%).

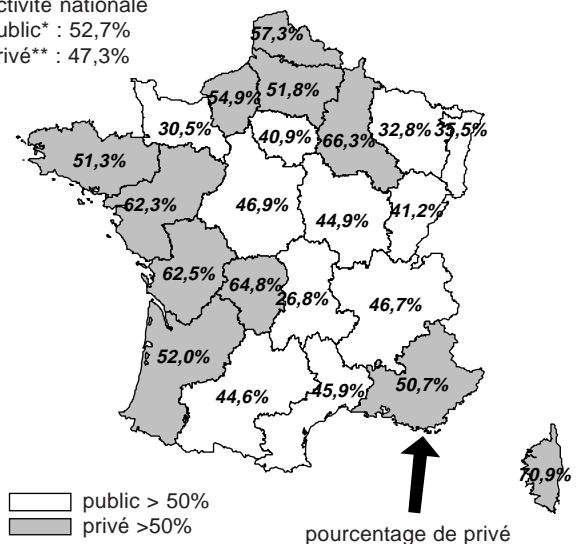
Si, à l'échelle nationale, la place que prend le secteur privé correspond à sa part relative de lits de chirurgie, cela ne se vérifie pas toujours dans chacune des régions. Dans certains cas (Île-de-France, Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon, Basse-Normandie, Auvergne, Provence-Alpes-Côte d'Azur), le privé assure une proportion moins grande d'activité que sa part de lits de chirurgie; dans d'autres, la situation est inverse, en particulier en Limousin, Champagne-Ardenne, Picardie, Nord - Pas-de-Calais, Pays de la Loire. D'autres facteurs interviennent à l'évidence dans cette répartition privé/public, comme les spécialités chirurgicales pratiquées dans les cliniques ou la notoriété des équipes publiques et privées de la région.

3

C
01

activité privée de mastectomie pour cancer du sein en 1997

activité nationale
public* : 52,7%
privé** : 47,3%



* public et participant au service public
** à but lucratif ou non
Base des données : PMSI Public et Privé 1997
Analyse : DH Bureau EO2



Des patientes généralement opérées dans leur région

La plupart des séjours a lieu dans la région d'origine des patientes; seuls 7% des séjours ont lieu dans une autre région. Cette géographie en matière de chirurgie du cancer contraste avec ce qu'on observe par exemple en chirurgie cardiaque, où les flux sont de l'ordre de 20%³.

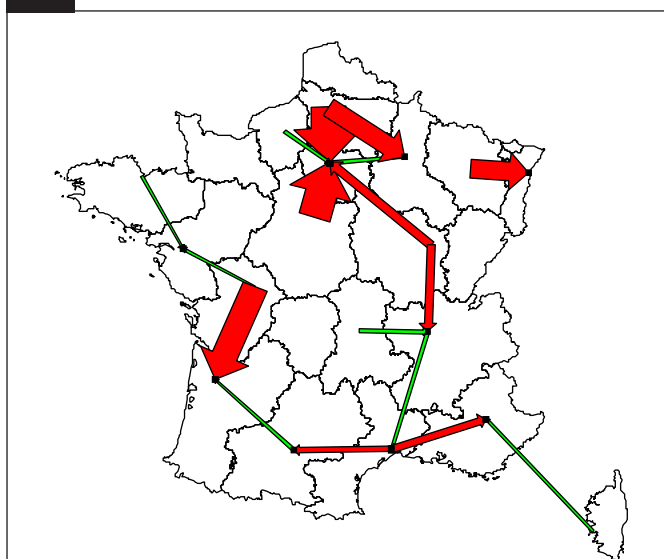
Quatre régions ont des taux d'attraction réelle importants (encadré 1) : Alsace (13,4%), Île-de-France (9,4%), Champagne-Ardenne (9,0%) et Aquitaine (8,3%). D'autres ont des taux de fuite importants : Picardie (-57,8%), Poitou-Charentes (-27,4%), Centre (-16,8%), Bourgogne (-9,9%), Franche-Comté (-11,0%) et Lorraine (-9,6%). La région Corse a une activité marginale, les soins étant réalisés sur le continent.

La carte des déplacements s'explique, en partie, par l'attractivité traditionnelle de certaines régions, l'inégale répartition des CLCC (la Corse, la Picardie, la région Poitou-Charentes n'en ont pas – le Limousin non plus mais cette région a une activité équilibrée). Enfin, les données des flux entre les régions ne peuvent pas être analysées sans tenir compte de la proximité géographique et des zones d'influence des établissements de santé qui peuvent être différentes des découpages administratifs (carte 2).

4

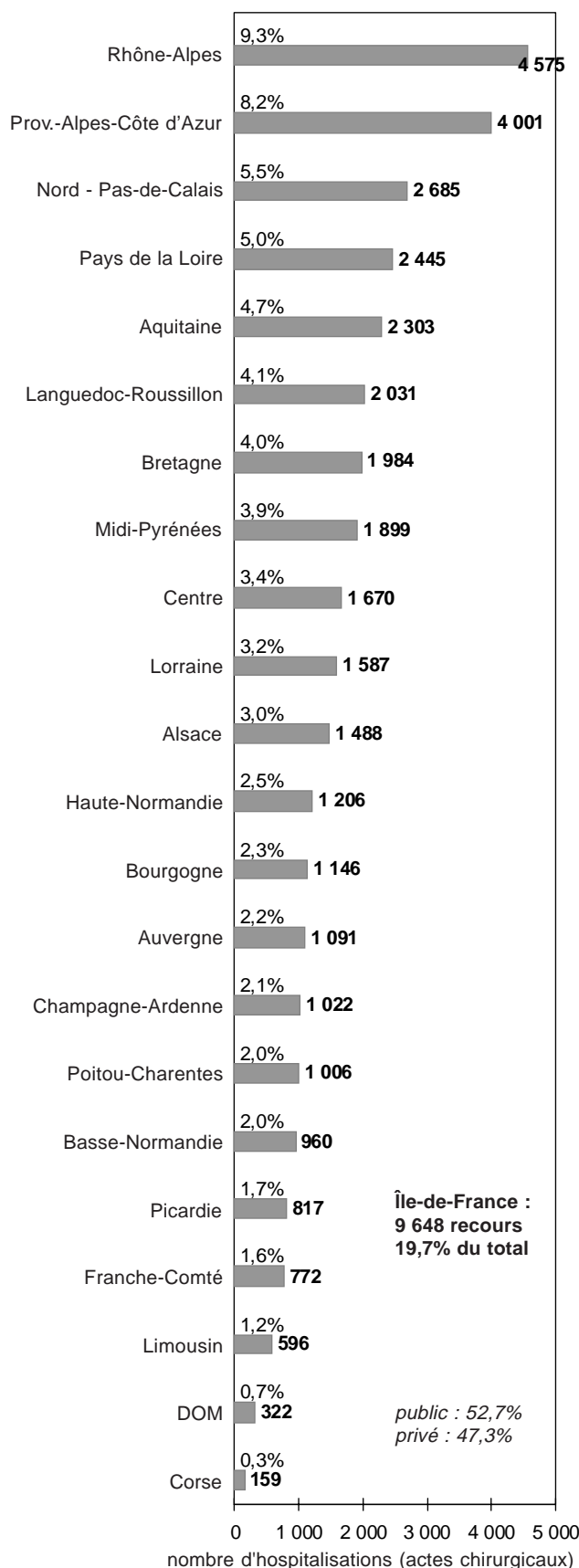
3. Alors qu'il existe des centres de chirurgie cardiaque dans chaque région. Étude DH-CNAMTS- groupe «Image» : «Activité des unités de chirurgie cardiaque françaises en 1994», août 1996, 83 pages.

C.02 flux des mastectomies pour cancer du sein



3 353 mastectomies (7,4% du total) sont effectuées en dehors de la région de résidence des patientes
Base des données : PMSI Public et Privé 1997
Analyse : DH Bureau EO2

G.02 activité chirurgicale pour cancer du sein (45 400 mastectomies en 1997)



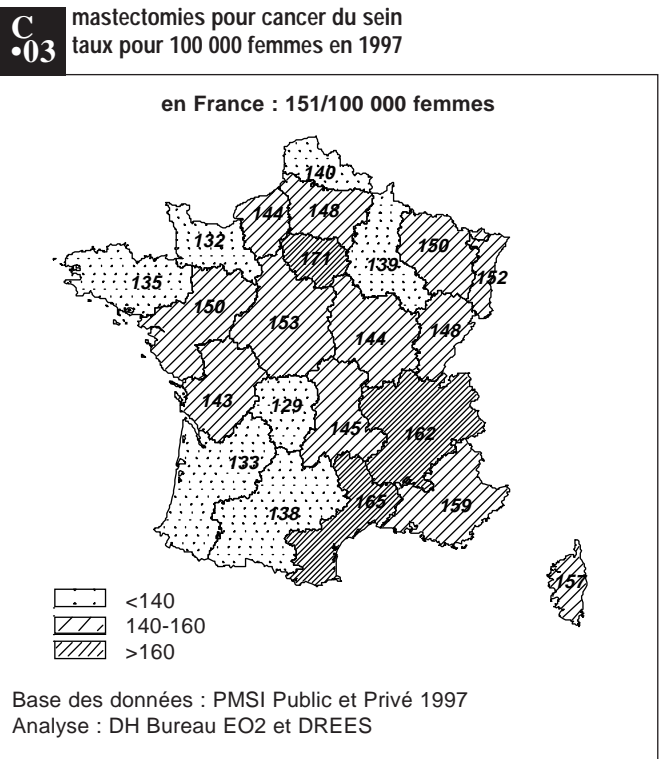
Base des données : PMSI Public et Privé 1997
Analyse : DH Bureau EO2

Trois régions assurent plus du tiers de l'activité : la région Île-de-France représente 19,7% de l'activité nationale. Viennent ensuite les régions Rhône-Alpes (9,3%) et Provence-Alpes-Côte-d'Azur (8,2%) [graph. 2].

D'importantes disparités régionales dans la fréquence des mastectomies

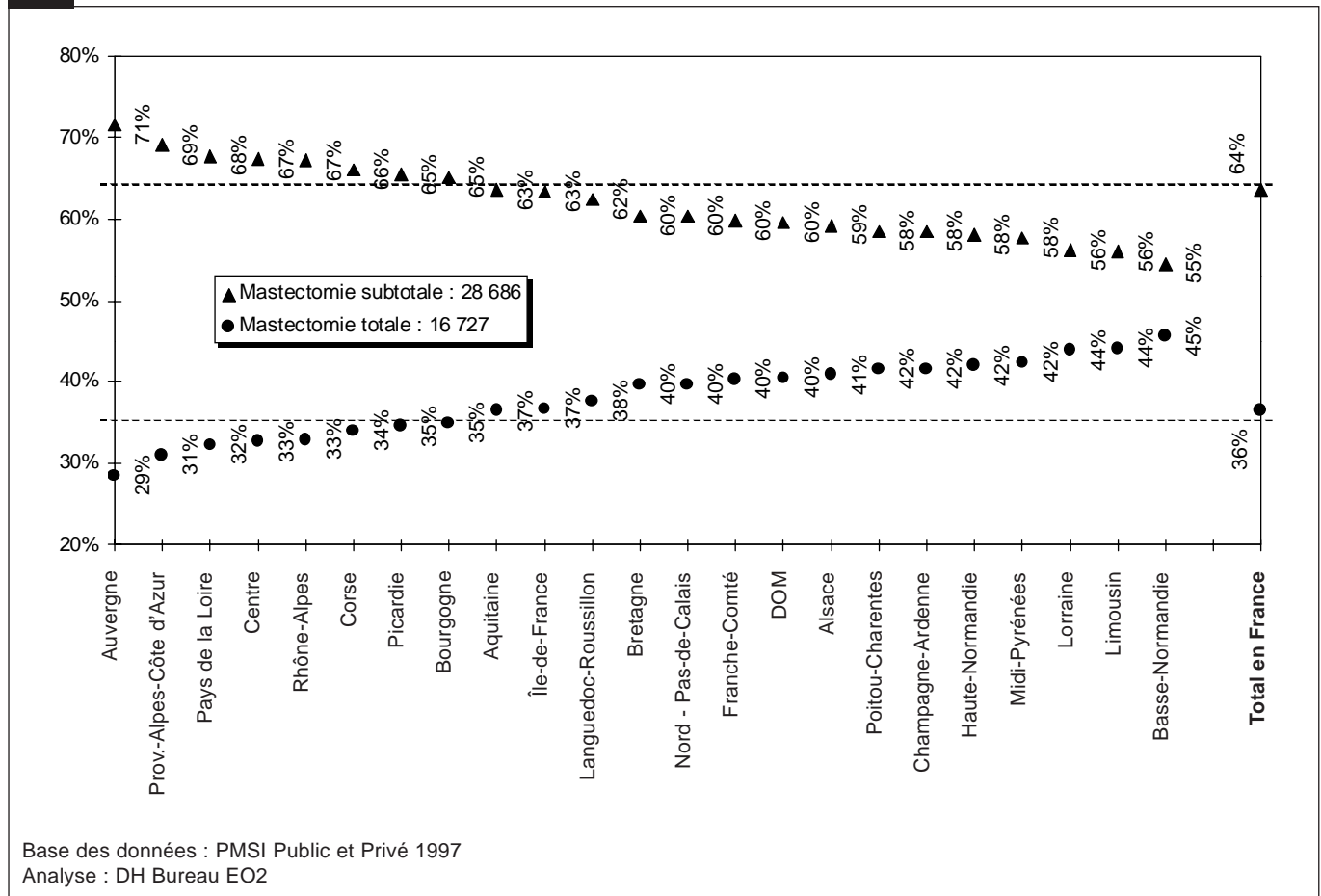
Le taux national de mastectomies est de 151 pour 100 000 femmes mais, selon la région d'origine des patientes, il varie entre 129 et 171. C'est dans le Limousin que le taux régional est le plus faible à 129/100 000 et en région Île-de-France qu'il est le plus élevé à 171/100 000 (carte 3)⁴. Ces variations sont probablement liées à des variations d'incidence dont les registres de cancer ont montré la réalité.

Les mastectomies totales représentent 37% du total des mastectomies en France : 29% en région Auvergne et 45% en région Basse-Normandie (graph. 3). Ces variations sont probablement liées à des différences de gravité lors du diagnostic initial (découvertes tardives im-



4. Taux calculés après standardisation sur l'âge.

G.03 répartition régionale selon le type des mastectomies (totales ou subtotaies) pour cancer du sein



posant une intervention radicale) et à des différences de pratique. Il n'est pas possible, à travers le PMSI, de rapprocher cette pratique de la gravité du cancer ni du protocole de traitement adopté (séances de radiothérapie et de chimiothérapie).

Il apparaît donc que l'activité de chirurgie du cancer du sein est répartie de façon hétérogène; un petit nombre d'établissements, essentiellement les Centres de lutte contre le cancer et les Centres hospitaliers universitaires, ont une forte activité et assurent à eux seuls le tiers des interventions. À l'inverse, un grand nombre d'établissements (tant publics que privés) ont une activité très faible.

Encadré 2

Le cancer du sein en France

Le cancer du sein est le cancer féminin le plus fréquent. Il est responsable de 11 014 décès féminins en 1996 (soit 4,3% des décès féminins tous âges confondus) dont 4 099 survenus avant soixante-cinq ans (soit 12% de la mortalité prématurée des femmes). Le nombre de nouveaux cas par an, estimé à partir des registres (réseau FRANCIM), serait de 33 800 en 1995.

L'incidence du cancer du sein a augmenté, en France, de 60% entre 1975 et 1995. Les diagnostics sont de plus en plus précoces. L'augmentation du dépistage de tumeurs de petite taille et l'amélioration de l'efficacité thérapeutique ont largement amélioré les probabilités de survie à ce cancer. Trois régions, Nord - Pas-de-Calais, Picardie et Île-de-France, présentent sur la période 1993-1995 une surmortalité par cancer du sein par rapport à la France métropolitaine. À l'inverse, quatre régions, Midi-Pyrénées, Limousin, Bretagne et Poitou-Charentes, ont, à âge égal, des taux de mortalité significativement inférieurs à la moyenne nationale.

Lorsque le diagnostic est posé, une hospitalisation est souvent décidée, à la fois pour établir un bilan et entreprendre un traitement. Différentes séquences thérapeutiques sont possibles : chirurgie limitée (tumorectomie) ou plus large (mastectomie totale), radiothérapie, chimiothérapie, hormonothérapie.

En 1997, le nombre d'hospitalisations complètes pour un cancer du sein chez la femme, dans des établissements de soins de courte durée, est estimé à 59 000 en diagnostic principal. La plupart d'entre eux (45 000) aboutissent à des résumés de sorties anonymisées (RSA) classés dans les groupes homogènes de malades (GHM) de mastectomie totale ou subtotale. Les autres séjours en hospitalisation complète sont essentiellement effectués en médecine (encadré 3). Ceci ne représente toutefois qu'une partie de l'activité hospitalière liée à la prise en charge du cancer du sein féminin. Il faut en effet y ajouter les séjours de moins de 24 heures et les séances. Leur estimation, à partir de RSA est pour l'instant difficile, sous-évaluée. En effet, d'une part, le nombre de séances de chimiothérapie réalisées au cours d'hospitalisations d'au moins 24 heures n'est pas toujours comptabilisé et, d'autre part, la localisation du cancer pour lequel la chimiothérapie est réalisée n'est pas toujours mentionnée. De plus, le nombre de séances de radiothérapie ne peut pas, pour l'instant, être estimé, les résumés de sortie correspondants n'ayant pas toujours été renseignés, en particulier dans les établissements conventionnés CRAM.

Encadré 3 La source PMSI

Le PMSI ou programme de médicalisation des systèmes d'information est un outil médico-économique participant à l'allocation budgétaire externe des établissements de santé et un outil de mesure de l'utilisation des ressources. Pour sa réalisation, chaque séjour d'un patient fait l'objet d'un « résumé de sortie standardisé » (RSS) contenant un petit nombre d'informations médicales faciles à recueillir en routine et reposant sur des règles de codage. Celles-ci sont fondées sur la pathologie ayant mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant au cours du séjour du patient. Les séjours sont ensuite classés en un nombre volontairement limité de groupes présentant des caractéristiques cliniques proches et homogènes sur le plan économique, les « groupes homogènes de malades » (GHM).

Même si le PMSI a une finalité de gestion médico-économique, il est possible, en prenant quelques précautions de méthode, d'utiliser les informations recueillies pour mieux connaître les motifs de recours à l'hospitalisation.

Les limites rencontrées sont de différente nature

En premier lieu, le PMSI décrit des séjours et, pour les établissements sous dotation globale, il n'y a pas de chaînage des résumés de sortie anonymisés (RSA). De même, on ne peut pas relier entre eux les séjours d'un même malade effectués dans des établissements différents. Le PMSI ne peut donc pas être utilisé pour produire des données d'incidence sur les pathologies chroniques qui entraînent soit des prises en charge répétitives dans le même établissement hospitalier, soit des prises en charge diversifiées dans plusieurs types d'établissements. Il en va ainsi du cancer où le diagnostic initial peut être fait dans un établissement, l'intervention chirurgicale dans un autre et les séances de radiothérapie dans un troisième. En revanche, le PMSI renseigne sur la part de l'activité hospitalière consacrée annuellement à la prise en charge des différents problèmes de santé conduisant à une hospitalisation. Cette activité peut être ventilée selon les modes de prise en charge des patients : hospitalisation complète, hospitalisation inférieure à 24 heures, chirurgie ambulatoire, séance.

En second lieu, le RSA ne contient pas d'informations sur le degré de gravité ou le stade de la maladie. Il n'est donc pas possible de savoir, compte tenu des règles de codage, s'il s'agit d'une première manifestation ou d'une récurrence ou si le cancer est évolué.

Enfin, les RSA sont regroupés au niveau entité juridique pour les établissements sous dotation globale et au niveau établissement géographique pour les établissements conventionnés CRAM. Cela conduit à compter pour un seul hôpital l'ensemble des établissements de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, de l'Assistance publique de Marseille ou des Hospices civils de Lyon. Il faut donc nuancer les comparaisons entre établissements basées sur leur niveau d'activité et leur comparaison avec des masses critiques d'activité.

Pour en savoir plus

F. Ménégos, L. Chérié-Challine. « Le cancer en France : Incidence et mortalité – Situation en 1995 – Évolution entre 1975 et 1995 ». La Documentation Française, 1998.

« Statistiques des causes médicales de décès 1996 ». Les Éditions INSERM, décembre 1998.

Sites Internet

Causes médicales de décès <http://sc8.vesinet.inserm.fr:1080>
Indicateurs de santé <http://www.fnors.org>
PMSI <http://www.le-pmsi.fr>

Études et résultats numéros disponibles

- Georges Gadel, Catherine Nunes : « *Les toxicomanes suivis dans les structures sanitaires et sociales en novembre 1998* », Études et résultats n° 1 décembre 1998.
- Simona Rusu-Dragos, Brigitte Haury, Nathalie Guignon, Claudine Parayre, Anne Delhommeau, Bertrand Thélot : « *Le recours aux soins hospitaliers pour hépatite C chronique* », Études et résultats n° 2 janvier 1999.
- Eve Roumiguières : « *Le revenu moyen des médecins varie, en 1997, de 300 000 à 900 000 francs selon la spécialité* ». Études et résultats n° 3 janvier 1999.
- Marie-Claude Mouquet, Martine Dumont, Marie-Cécile Bonnevie : « *La santé en prison : un cumul des facteurs de risques* », Études et résultats n° 4 janvier 1999.
- Marc Cohen-Solal, Philippe Montigny, Jean-Marie Saunier : « *Les transferts sociaux en Europe* », Études et résultats n° 5 février 1999.
- Annick Vilain : « *Les biologistes médicaux : environ dix mille biologistes en activité jusqu'en 2010* », Études et résultats n° 6 février 1999.
- Cédric Afsa : « *État de santé et insertion professionnelle des bénéficiaires du RMI* », Études et résultats n° 7 février 1999.
- Gérard Badeyan, Nathalie Guignon : « *Vaccination contre la tuberculose : deux tiers des enfants de six ans ont entièrement satisfait à l'obligation vaccinale* », Études et résultats n° 8 mars 1999.
- Stéphane Rican, Marc Simon, Alain Charraud, Gérard Salem : « *Les médecins généralistes libéraux dans les aires urbaines - des densités plus élevées dans le sud et les centres-villes* », Études et résultats n° 9 mars 1999.
- Emmanuel Woitrain : « *Hébergement social : environ 35 000 adultes et enfants sans logement sont hébergés en établissement* », Études et résultats n° 10 mars 1999.
- Claire Lesdos-Cauhapé : « *La conjoncture des hôpitaux publics et privés participant au service public hospitalier au troisième trimestre 1998 : léger ralentissement de l'activité* », Études et résultats n° 11 mars 1999.
- Annick Vilain, Xavier Niel : « *Les infirmiers en activité : croissance des effectifs à un rythme moins élevé dans les vingt prochaines années* », Études et résultats n° 12 mars 1999.
- Catherine Borrel : « *La prestation spécifique dépendance. Premier bilan au 31 décembre 1998* », Études et résultats n° 13 avril 1999.
- Nicole Coeffic : « *Le cumul emploi-retraite : plus fréquent chez les hommes de moins de 60 ans* », Études et résultats n° 14 avril 1999.
- Marc Beudaert : « *Les honoraires des médecins généralistes entre 1985 et 1995* », Études et résultats n° 15 avril 1999.
- Dominique Demailly : « *Les sorties du RMI : des motifs souvent multiples et imbriqués* », Études et résultats n° 16 mai 1999.
- Annick Vilain : « *Les sages-femmes : une profession en expansion* », Études et résultats n° 17 mai 1999.

Pour obtenir *Études et résultats*

Écrire au ministère de l'Emploi et de la solidarité, secrétariat de rédaction de la DREES, 11, Place des Cinq martyrs du Lycée Buffon, 75696 Paris cedex 14 ● Envoyer un Fax au 01 44 36 91 40 ● Consulter l'intégralité des textes sur le site Internet du ministère <http://www.sante.gouv.fr/drees>

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité
11, place des Cinq martyrs du Lycée Buffon
75696 Paris cedex 14

Pour toute information sur nos publications récentes, consulter :
Internet : <http://www.sante.gouv.fr>



un quatre pages d'informations :

ÉTUDES et RÉSULTATS

consultable sur Internet
abonnement gratuit à souscrire auprès de la DREES
téléphone : 01 44 36 92 00
télécopie : 01 44 36 91 40

trois revues trimestrielles :

- REVUE FRANÇAISE DES AFFAIRES SOCIALES
 - DOSSIERS SOLIDARITÉ et SANTÉ
 - CAHIERS de RECHERCHE de la MiRe

des ouvrages annuels

- ANNUAIRE DES STATISTIQUES SANITAIRES ET SOCIALES
 - DONNÉES SUR LA SITUATION SANITAIRE ET SOCIALE
 - LES COMPTES DE LA SANTÉ
 - LES COMPTES DE LA PROTECTION SOCIALE

et aussi ...

- CHIFFRES ET INDICATEURS DÉPARTEMENTAUX, édition 1998
 - INDICATEURS SOCIO-SANITAIRES
comparaisons internationales - évolution 1980-1994
(Allemagne, Canada, États-Unis, France, Québec, Royaume-Uni)
 - CHIFFRES REPÈRES SUR LA PROTECTION SOCIALE
DANS LES PAYS DE L'UNION EUROPÉENNE (à paraître)
 - STATISS, LES RÉGIONS FRANÇAISES

Minitel 3614 code STATISS
Résumé des informations disponibles dans les services statistiques des DRASS
consultable sur Internet



les revues et ouvrages sont diffusés par la Documentation Française
29, quai Voltaire - 75344 Paris Cedex 07
tél. : 01 40 15 70 00
Internet : <http://www.ladocfrancaise.gouv.fr>