

N° 63 • mai 2000

En 1997, les 240 milliards de francs de la dotation globale hospitalière ont été ventilés à 87 % entre mille hôpitaux publics et à 13 % entre cinq cents établissements privés PSPH.

D'après les comptes administratifs, les dépenses de personnel ont représenté plus des deux tiers des charges d'exploitation des établissements. Les charges à caractère médical, deuxième poste de dépenses, représentent quant à elles 13 % des charges.

Il s'agit essentiellement des achats de produits pharmaceutiques, de fournitures et de matériels médicaux.

Plus l'activité des établissements est technique, plus sont utilisés de produits médicaux et plus la part de personnel médical est importante.

L'évolution des dépenses hospitalières a été ralentie : 2 % par an de 1995 à 1997 contre 6 % de 1987 à 1995.

Les charges à caractère médical ont augmenté plus rapidement (+3,4 %) que les dépenses de personnel (+2,2 %).

Annie FENINA
Ministère de l'Emploi et de la solidarité
DREES

La structure des charges et des recettes des établissements sous dotation globale entre 1995 et 1997

En 1997, les 240 milliards de francs de la dotation globale hospitalière ont été répartis à 87 % entre mille hôpitaux publics et à 13 % entre cinq cents établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH). Chacune de ces deux catégories se divise en quatre groupes homogènes en terme d'activité mais d'importance financière différente.

Pour les établissements publics, la concentration est forte sur les trente et un centres hospitaliers régionaux (CHR) (2 % des établissements, 22 % des journées d'hospitalisation et 35 % de la masse financière). Les cinq cents autres centres hospitaliers (CH) représentent 47 % des journées d'hospitalisation et 40 %



de la dotation globale. Quant aux quatre vingt quinze centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie (CHS), ils représentent 10 % de la dotation globale et des volumes d'activité, tandis que les hôpitaux locaux ne comptent que pour 7 % des journées et moins de 2 % de la masse financière.

En ce qui concerne les établissements participant au service public hospitalier (PSPH), cent quarante-cinq établissements orientés vers le court séjour concentrent 6 % de la dotation globale (soit près de la moitié de la dotation des PSPH), les trois autres catégories d'établissements (soins de suite et de réadaptation, centres de lutte contre le cancer (CLCC) et établissements psychiatriques) représentant chacune 2 à 3 % de la masse financière.

L'étude des comptes administratifs

des établissements de santé permet ici d'analyser l'évolution et la structure finale des charges et des recettes constatées pour l'année 1997 dans les différentes catégories d'établissements entrant dans le champ de la dotation globale (encadré 1).

Les frais de personnel constituent plus des deux tiers de l'ensemble des charges

En 1997, les frais de personnel ont constitué l'essentiel des charges d'exploitation de l'ensemble des établissements publics et PSPH (71 % hors Assistance publique des Hôpitaux de Paris) : pour les établissements publics, ce poste est constitué à 57 % des rémunérations du personnel non médical et à 11 % des rémunéra-

tions du personnel médical (tableaux 1 et 2).

Le montant des charges à caractère médical, deuxième poste de dépenses en importance, compte en moyenne pour 13 % des charges d'exploitation : ce poste est constitué à plus de 80 % de produits pharmaceutiques et de fournitures et matériel médical. Viennent ensuite les dépenses à caractère hôtelier et général (10 % des charges) plus hétérogènes dans leur contenu. Près de la moitié de ces dépenses est cependant consacrée au recours à des services extérieurs, par exemple les locations immobilières et les primes d'assurance. Enfin, les charges financières et les dotations aux amortissements (6 % des charges) sont concentrées à 63 % sur ce dernier poste.

Les produits d'exploitation sont constitués à 85 % par la dotation globale. Les autres recettes se décomposent en deux groupes : d'une part, les produits liés à l'activité hospitalière proprement dite (groupe 2) qui représentent 6 % de l'ensemble des recettes. Ce poste est principalement constitué des recettes liées au forfait journalier et des frais restant à la charge des malades en médecine (ticket modérateur). Enfin, les produits du groupe 3, appelés également recettes subsidiaires (8 % en moyenne du total des produits), ne sont pas nécessairement directement liés à l'activité hospitalière. Ils sont essentiellement composés des remboursements de frais par les budgets annexes (près du tiers de ce poste pour les hôpitaux publics), de ventes de marchandises ou de services comme la blanchisserie ou la restauration, de prestations de recherche pour des tiers, etc. Ils comprennent également les remboursements de frais concernant le personnel, comme les indemnités journalières d'arrêt maladie ou la formation professionnelle. Les recettes de ce groupe n'entrent pas dans le financement des dépenses encadrées (encadré 2).

Sources

Deux sources ont été utilisées :

• les comptes de gestion des établissements publics de santé en 1997 (ministère de l'Économie, des finances et de l'industrie) qui donnent la structure détaillée des groupes de charges et produits constatés.

• une enquête commune à la DREES et à la Direction des hôpitaux qui porte sur un échantillon d'établissements publics et PSPH suivi à l'identique jusqu'en 1997 : cet échantillon comprend les hôpitaux ayant reçu au titre de l'exercice 1987 une dotation globale finale égale ou supérieure à 100 millions de francs. Les résultats portent sur les comptes administratifs du budget principal de l'échantillon d'établissements de santé de métropole qui représentent 80 % de la dotation globale et 20 % du nombre d'hôpitaux concernés par cette dotation. Ce sont les hôpitaux les plus importants en montant de charges et de produits : sont ainsi représentés 28 centres hospitaliers régionaux (CHR) hors Assistance publique des Hôpitaux de Paris, 177 centres hospitaliers (CH) de taille importante, 70 centres hospitaliers spécialisés (CHS) et 54 participant au service public hospitalier (PSPH) (dont 20 courts séjours, 15 centres de lutte contre le cancer (CLCC) et 15 établissements spécialisés en psychiatrie de grosse taille). Les hôpitaux locaux (2 % du montant de la dotation) ne sont pas représentés ni les PSPH dont la taille est faible (6 % du montant de la dotation). Les structures financières de ces établissements sont différentes de celles du champ étudié : la dotation globale des hôpitaux locaux (HL) ne représente que 54 % de leurs produits. L'échantillon permet de comparer les structures financières en grands groupes des établissements publics et PSPH (pour ces derniers il n'existe aucune source exhaustive d'information), et d'étudier les évolutions financières à champ constant entre 1995 et 1997.

Des charges qui reflètent la technicité de l'activité des établissements

Plus les activités réalisées par établissement ont un caractère technique, plus sont utilisés de produits médicaux, plus la part de personnel médical est importante (leur part est de 9 % dans l'effectif des CHR contre 7 % dans les CH) et plus l'existence d'équipements lourds augmente la dotation aux amortissements (graphique 1).

Les comptes des CHR et des

CLCC se caractérisent ainsi par une part importante de charges à caractère médical (respectivement 17 % et 16 % du total des charges). Les charges financières et de dotation aux amortissements y sont également élevées (respectivement 7 % et 8 % du total). En contrepartie, les dépenses de personnel (médical et non médical) ne représentent que 67 % des charges d'exploitation pour ces deux catégories d'établissement. Il faut toutefois noter que le montant des charges par journée d'hospitalisation a atteint 7 200 francs en 1997 pour les

CLCC contre 4 800 francs pour les CHR : cet écart s'explique notamment par la plus grande hétérogénéité de l'activité des CHR. Les journées d'hospitalisation des CHR comprennent en effet 5 % de journées de psychiatrie et 14 % de journées de soins de suite dont les coûts sont nettement moins élevés que ceux constatés en médecine ou en chirurgie. Cela s'explique aussi du fait que l'activité ambulatoire est beaucoup plus développée dans les CLCC.

Les centres hospitaliers (CH) et les établissements PSPH dont l'ac-

T 01 structure de chaque groupe de charges du budget général des hôpitaux publics hors APHP

en %

	en %
GROUPE 1 : Charges relatives au personnel	100
Rémunérations du personnel non médical	57
Charges de Sécurité sociale	22
Rémunérations du personnel médical	11
Impôts sur rémunérations	8
Ensemble des autres postes comptables du groupe 1 (1)	2
GROUPE 2 : Charges à caractère médical	100
Produits pharmaceutiques à usage médical	44
Fournitures, matériel médical et médico-technique	36
Sous-traitance générale	10
Fournitures médicales	5
Ensemble des autres postes comptables du groupe 2 (1)	5
GROUPE 3 : Charges à caractère hôtelier et général	100
Services extérieurs	46
Achats stockés (alimentation, combustibles...)	31
Achats non stockés (eau, électricité...)	17
Autres charges de gestion courante	5
Ensemble des autres postes comptables du groupe 3 (1)	1
GROUPE 4 : Amortissements, provisions, charges financières...	100
Dotations aux amortissements	63
Charges financières	18
Dotations aux provisions	11
Charges exceptionnelles	8
Ensemble des autres postes comptables du groupe 4 (1)	0

1. Les postes comptables dont la part dans le groupe est inférieur à 5% ont été rassemblés.

T 02 structure de chaque groupe de produits du budget général des hôpitaux publics hors APHP

en %

	en %
GROUPE 1 : Dotation globale de financement	100
Dotation globale	100
GROUPE 2 : Produits de l'activité hospitalière	100
Forfait journalier	31
Médecine et spécialités médicales	23
Chirurgie et spécialités chirurgicales	11
Part des consultations non prises en charge par l'Assurance maladie	9
Produits des tarifications au titre des conventions internationales	5
Ensemble des autres postes comptables du groupe 2 (1)	21
GROUPE 3 : Autres produits	100
Remboursements de frais par les budgets annexes	30
Remboursements de frais	22
Ventes de marchandises	13
Produits des activités annexes	10
Produits exceptionnels	9
Ensemble des autres postes comptables du groupe 3 (1)	16

1. Les postes comptables dont la part dans le groupe est inférieur à 5% ont été rassemblés.

tivité est principalement orientée vers la médecine, la chirurgie et l'obstétrique (MCO) présentent une structure de charges dans laquelle les frais médicaux ont un poids moins élevé (12 %). Les dotations aux amortissements restent quant à elles à un niveau aussi élevé que dans les CHR, tandis que la part des frais d'hébergement est proche de la moyenne des autres établissements (11 %). En ce qui concerne les produits, les CH se distinguent par une part des recettes subsidiaires élevée (9,5 %), liée en partie à des remboursements de frais de budgets annexes (2 %).

Du fait d'une activité davantage tournée vers la psychiatrie et les soins de suite et de réadaptation, le montant moyen des charges des centres hospitaliers calculé par journée d'hospitalisation (3 500 francs en 1997) est inférieur à celui observé pour les CHR, et même à celui cons-

taté pour les PSPH orientés vers le court séjour et appartenant à l'échantillon enquêté (4 200 francs). Ces derniers ont une spécialisation en chirurgie plus importante que les CH (37 % des journées d'hospitalisation contre 20 %).

Les CHS spécialisés dans la lutte contre les maladies mentales ont quant à eux, par la nature même de leur activité, des charges à caractère médical très faibles (2,7 %), et des charges de dotation aux amortissements moins importantes que celles des autres catégories d'établissements (4 %). En conséquence, le poids des charges de personnel y atteint un niveau plus élevé (81 % des dépenses), alors même que les rémunérations du personnel médical ont un poids deux fois moins important que dans les autres catégories d'établissements. La charge financière par

journée reste notablement inférieure à celle observée pour les CHR et CLCC (2 600 francs).

Concernant les produits, les recettes de tarification (4,8 %) et les recettes propres (5,1 %) ont dans les CHS une moindre importance que pour les autres hôpitaux, d'où la prépondérance de la part de la dotation globale (90 %) dans l'ensemble des ressources perçues (graphique 2).

Les établissements privés psychiatriques participant au service public hospitalier ont quant à eux des charges à caractère médical (1,6 %) et des recettes de tarification (4,2 %) encore plus faibles. Le montant de charges par journée y est aussi inférieur (2 200 francs) à celui constaté pour les CHS.

Les achats de produits pharmaceutiques et de fournitures médicales ont augmenté plus rapidement que les dépenses de personnel entre 1995 et 1997

4

E-2

Définitions

Le budget des hôpitaux publics s'articule selon un budget général (dit principal) et un nombre variable de budgets annexes, en fonction des activités assurées par les établissements : seuls le budget principal et le budget annexe portant sur les soins de longue durée sont concernés par l'enveloppe sanitaire de la dotation globale. Le budget des PSPH ne comporte pas de budgets annexes.

Le budget principal comporte deux sections :

- une section de fonctionnement qui retrace les recettes et les dépenses relatives à l'activité hospitalière proprement dite ;
- une section d'investissement qui retrace l'ensemble des opérations d'investissement de l'hôpital.

Les dépenses autorisées sont les dépenses d'exploitation des hôpitaux. Elles sont financées par les recettes suivantes :

- 1) la dotation globale de financement ou les forfaits globaux de soins (groupe 1 de recettes) ;
- 2) les produits de l'activité hospitalière (groupe 2 de recettes) ;
- 3) les recettes subsidiaires (groupe 3 de recettes).

Les dépenses encadrées des hôpitaux ou dépenses opposables à l'assurance maladie correspondent à la part des dépenses couvertes uniquement par les recettes des groupes 1 et 2.

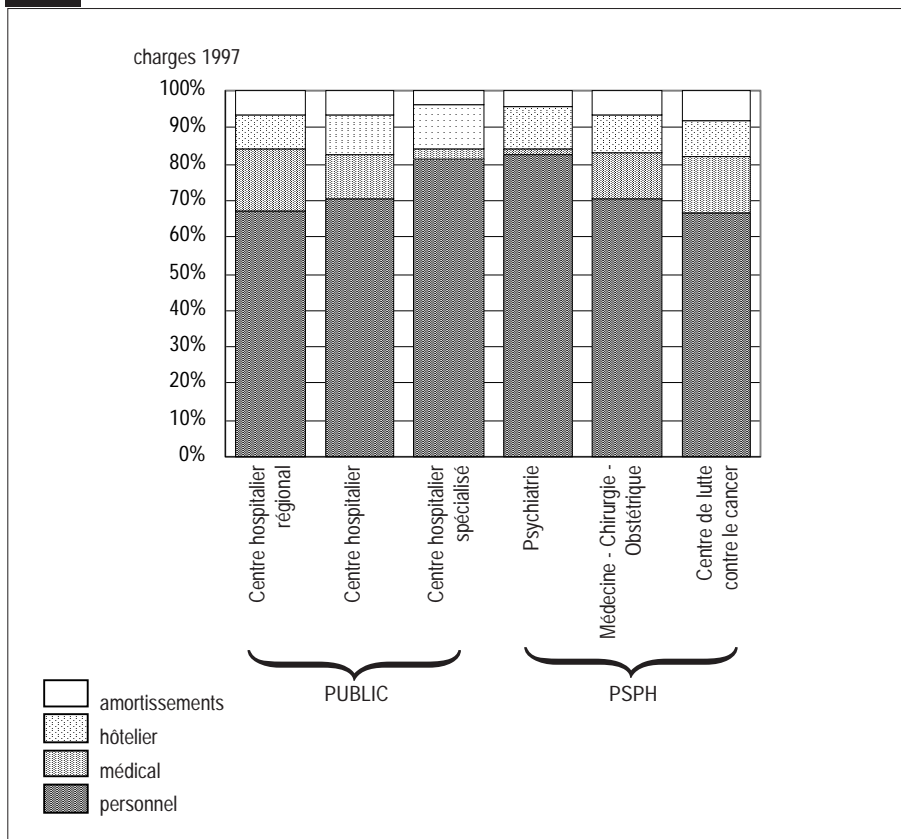
L'évolution des dépenses hospitalières prises en charge par les régimes d'assurance maladie dans le cadre de la dotation globale s'est caractérisée par une croissance sensiblement ralentie entre 1995 et 1997 : moins de 2 % par an pour une croissance annuelle de 6 % de 1987 à 1995. En francs constants, le ralentissement est également sensible : 1 % contre 3 % antérieurement.

Entre 1995 et 1997, le montant total des charges d'exploitation (classe 6) a quant à lui progressé en taux moyen annuel de 2,1 % en francs courants.

L'évolution des charges de personnel – principal poste de dépenses – est de 2,2 %, et joue un rôle déterminant dans l'évolution de l'ensemble des charges (encadré 3). Néanmoins, ce sont les charges à

G
01

structure en montant des charges



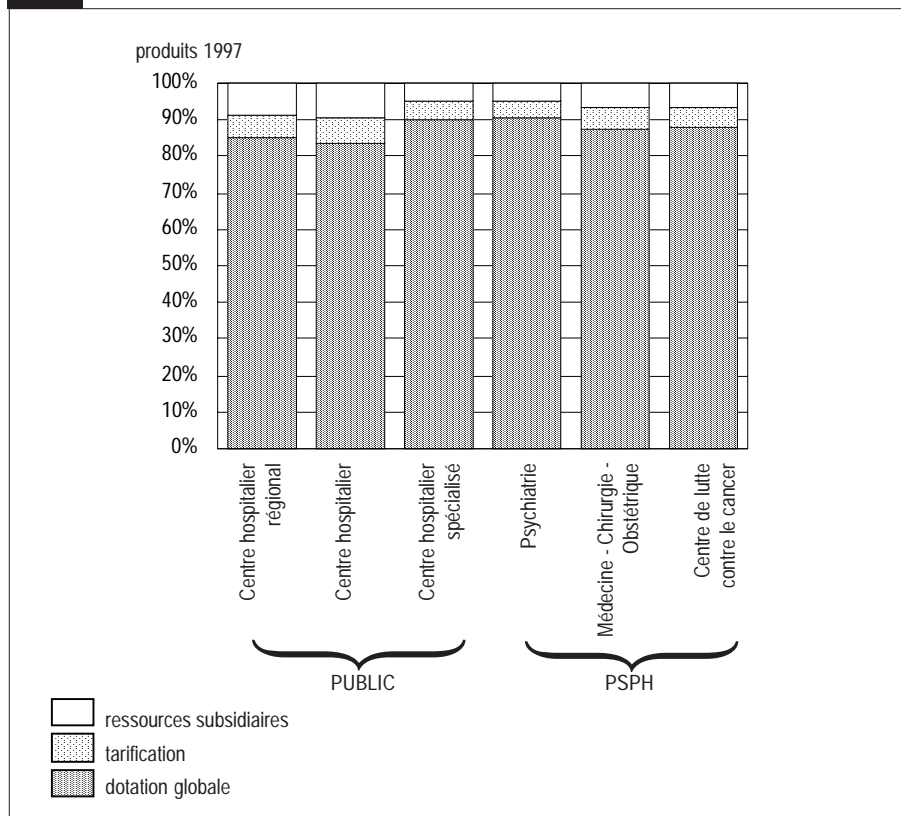
caractère médical qui ont connu la plus forte augmentation (+ 3,4 %). Les dépenses à caractère hôtelier et général ont, quant à elles, eu une croissance très faible (+ 0,4 %). Ceci est à mettre en relation d'une part avec l'augmentation relativement importante de l'activité des hôpitaux à plateau technique développé et, d'autre part, avec la diminution globale du nombre de journées d'hospitalisation (- 1,5 %). Les charges financières et de dotations aux amortissements se sont accrues en moyenne de 1,5 % par an tandis que les dépenses de personnel augmentaient de 2,2 % pour une augmentation des effectifs non médicaux de 0,3 % par an.

En ce qui concerne les produits, l'augmentation a été de 1,9 % en moyenne annuelle. La dotation globale hospitalière et les recettes liées à la tarification des prestations et au forfait journalier se sont accrues d'environ 1,5 % par an. Les autres recettes ont au contraire progressé de plus de 6 % en moyenne annuelle : l'augmentation du montant des rétrocessions de médicaments (doublement en deux ans), liée à la sortie des anti-rétroviraux de la dotation globale, en est une cause importante, de même que la recherche assez répandue de ressources externes destinées à alléger la contrainte globale de financement. Entre 1995 et 1997, la part de la dotation globale dans le financement des dépenses autorisées a ainsi diminué de 1 % en deux ans, alors que sa part dans le financement des dépenses encadrées restait stable.

L'écart résiduel entre l'évolution des dépenses et celle des recettes a conduit entre 1995 et 1997 à une diminution du solde total d'exploitation. Ce solde, qui atteignait environ 1,1 % des produits d'exploitation en 1995, a en effet diminué de 0,3 point en deux ans. Ceci correspond à une légère érosion des capacités d'investissement des établisse-

G
02

structure en montant des produits



ments que ces derniers alimentent, toutefois de manière marginale, en affectant les soldes d'exploitation au compte de provisions pour investissement.

Une progression plus forte des charges pour les établissements aux activités techniques

Entre 1995 et 1997, en moyenne annuelle, les charges d'exploitation ont progressé moins rapidement pour les CHS (1,3 %) et les établis-

sements psychiatriques PSPH (0,9 %) que pour les CLCC (1,8 %) et les MCO (2 %). Les dépenses des CH et des CHR augmentent deux fois plus vite (respectivement 2,2 % et 2,4 %) que celles des CHS.

Ces progressions différenciées rejoignent les constats faits sur l'évolution de l'activité de ces différentes catégories d'établissements. La croissance de l'activité a, en effet, été beaucoup plus marquée pour les établissements à plateau technique développé : CLCC, CH de taille importante ou CHR tandis que l'activité des

établissements PSPH de court séjour s'est stabilisée au cours de la période tant au niveau des entrées que des journées réalisées.

En outre, les établissements se différencient fortement autour des moyennes : ainsi le taux d'évolution du montant des charges est négatif pour 10 % des hôpitaux et supérieur à + 4 % pour également 10 % d'entre eux. Cette dispersion se retrouve pour tous les groupes de charges et de produits et pour toutes les catégories d'établissements.

E•3

Les charges qui contribuent le plus à l'évolution des budgets

Les charges à caractère médical ont le plus fort taux d'évolution entre 1995 et 1997, mais du fait du poids des charges de personnel dans le budget des établissements et de leur croissance, l'évolution de ces charges de personnel explique plus de 70 % du taux d'évolution de l'ensemble des charges (tableau-colonne (10)).

Cela est particulièrement vrai pour les établissements publics dont l'évolution des charges de personnel explique de 65 % (pour les CHR) à 85 % (pour les CH et CHS) de l'augmentation des budgets des établissements. Leur contribution descend à environ 40 % pour les CLCC.

Toutefois, les charges à caractère médical constituent, en général, le deuxième facteur d'évolution : il explique de 20 à 30 % de l'évolution totale, sauf pour les établissements orientés vers la psychiatrie.

	Pourcentage d'évolution du total	Pourcentage d'évolution des différents postes de charges				Contributions de l'évolution des différentes charges à l'évolution totale				Part des contributions de l'évolution des différentes charges à l'évolution totale			
		charges de personnel	charges à caractère médical	charges à caractère hôtelier et général	charges à caractère financier	charges de personnel	charges à caractère médical	charges à caractère hôtelier et général	charges à caractère financier	charges de personnel	charges à caractère médical	charges à caractère hôtelier et général	charges à caractère financier
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)
CHR	2,4	2,3	3,5	1,3	2,1	1,6	0,6	0,1	0,1	65%	24%	5%	6%
CH	2,2	2,7	3,4	-0,6	-0,4	1,9	0,4	-0,1	0,0	86%	19%	-3%	-1%
CHS	1,3	1,4	3,3	0,4	1,7	1,1	0,1	0,1	0,1	84%	7%	4%	5%
CLCC	1,8	1,2	3,5	2,8	2,7	0,8	0,6	0,3	0,2	43%	31%	15%	12%
Ensemble	2,1	2,2	3,4	0,4	1,5	1,6	0,4	0,0	0,1	73%	20%	1%	5%

Note de lecture : les colonnes (6) à (9) donnent les contributions de l'évolution de chaque poste de charge. Par exemple, les charges de personnel des CHR représentent environ 67 % du budget, leur pourcentage d'évolution est de 2,3 %, elles contribuent donc à l'évolution du budget des CHR à la hauteur de $2,3 \times 0,67$ soit 1,6 point sur les 2,4 points d'évolution du budget des CHR. La somme des colonnes (6) à (9) est égale à la colonne (1).

Les colonnes (10) à (13) ramènent ces contributions à des pourcentages (1,6/2,4 donne 65%).

Le calcul des contributions n'a pu être réalisé pour les établissements PSPH spécialisés en médecine, chirurgie, obstétrique et en psychiatrie en raison du faible effectif de ces catégories dans l'échantillon.

Études et résultats

numéros disponibles

- Christel Collin : “ *Les ressources des allocataires du RMI : le rôle majeur des prestations sociales* ”
Études et résultats n° 62 mai 2000.
- Marie Ruault : “ *L’aide médicale départementale : bilan au 31 décembre 1998* ”
Études et résultats n° 61 avril 2000.
- Anne Guilmin, Marc Joubert, Édith Thomson : “ *L’activité des établissements de santé en 1998 : croissance modérée* ”
Études et résultats n° 60 avril 2000.
- Christophe Palle, Sergine Tellier : “ *Les usagers de drogues illicites pris en charge par le système de soins en novembre 1999* ”,
Études et résultats n° 59 avril 2000.
- Christophe Trémoureux, Emmanuel Woitrain : “ *Les établissements pour personnes handicapées entre 1988 et 1998 : réduction globale des disparités départementales* ”,
Études et résultats n° 58 avril 2000.
- Annick Vilain, Xavier Niel, Sophie Penneç : “ *Les densités régionales de médecin à l’horizon 2020* ”
Études et résultats n° 57 mars 2000.
- Catherine Borrel : “ *La prestation spécifique dépendance au 31 décembre 1999* ”
Études et résultats n° 56 mars 2000.
- Monique Chanteloup, Georges Gadel : “ *Les appels d’urgence au centre 15 en 1997* ”,
Études et résultats n° 55 mars 2000.
- Ève Roumiguières : “ *330 000 aides-soignants en 1999* ”,
Études et résultats n° 54 mars 2000.
- Éliane Michel, Gérard Salem, Stéphane Rican et Éric Jouglà : “ *Les disparités spatiales de mortalité par causes de décès : l’exemple des cancers de l’appareil digestif* ”,
Études et résultats n° 53 mars 2000.
- Marc Joubert avec la collaboration de Dominique Baubeau, Marie-Claude Mouquet et Laurent Tudeau : “ *Les flux de patients entre régions en 1997 d’après le PMSI* ”,
Études et résultats n° 52 février 2000.
- Olivier Bontout : “ *L’Earned Income Tax Credit aux États-Unis : un crédit d’impôt ciblé sur les foyers de salariés modestes* ”,
Études et résultats n° 51 février 2000.
- Nelly Gouider : “ *La conjoncture des hôpitaux publics et privés participant au service public hospitalier au troisième trimestre 1999* ”,
Études et résultats n° 50 février 2000.
- Catherine Borrel : “ *La prestation spécifique dépendance au 30 septembre 1999* ”
Études et résultats n° 49 janvier 2000.
- Anne Guilmin avec la collaboration de Bénédicte Boisguérin et de Claudine Parayre : “ *L’offre de soins en psychiatrie : des “modèles” différents selon les départements ?* ”
Études et résultats n° 48 janvier 2000.
- Sandrine Chambaretaud : “ *La consommation de médicaments dans les principaux pays industrialisés* ”
Études et résultats n° 47 janvier 2000.
- Marie Ruault, Daniel Callegher : “ *L’aide sociale à l’enfance : davantage d’actions éducatives et de placements décidés par le juge* ”,
Études et résultats n° 46 janvier 2000.
- Cécile Lefèvre, Jean-Paul Zoyem : “ *Les contrats d’insertion du RMI : quelle perception en ont les allocataires ?* ”,
Études et résultats n° 45 décembre 1999.

Pour obtenir *Études et Résultats*

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>

les publications de la **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/drees>



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 sociosanitaires
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

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>