



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

Direction de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins

Paris, le 4 octobre 2005

Sous-direction de l'organisation
du système de soins

Bureau des dispositifs nationaux
et centralisés de l'offre de soins (O4)

B. LAURENT

T. : /01 40 56 52 76 Fax : 01 40 56 50 89

Bernard.LAURENT@sante.gouv.fr

bernard.laurent@sante.gouv.fr

LE MINISTRE DE LA SANTÉ
ET DES SOLIDARITÉS

A

MESDAMES ET MESSIEURS
LES DIRECTRICES ET DIRECTEURS D'AGENCE
REGIONALE DE L'HOSPITALISATION
(Pour exécution)

MESDAMES ET MESSIEURS
LES PREFETS DE DEPARTEMENT
Direction départementale
des affaires sanitaires et sociales
(Pour information)

MESDAMES ET MESSIEURS
LES PREFETS DE REGION
Direction régionale
des affaires sanitaires et sociales
(Pour information et diffusion)

CIRCULAIRE n° DHOS/O4/2005 du 4 octobre 2005

relative à l'entrée en vigueur de certaines dispositions du code de la santé publique prises en application de l'ordonnance du 4 septembre 2003, concernant l'organisation sanitaire, les instances de concertation et le régime d'autorisation.

CETTE CIRCULAIRE REMPLACE LA CIRCULAIRE N° 2005-347 du 22 juillet 2005 non publiée au B.O.

Résumé : Le décret du 6 mai 2005 insère au code de la santé publique les dispositions nouvelles découlant de l'ordonnance de 2003. Ces dispositions ont été recodifiées le 20 juillet 2005. Sont créées ou remodelées les instances de concertations intervenant dans les décisions d'organisation et d'équipement sanitaires, notamment pour l'élaboration des schémas et la délivrance des autorisations. Les conditions d'établissement des schémas sont précisées. Le régime des autorisations est mis à jour, en fixant notamment la liste nouvelle des activités et des équipements qui y sont soumis. Des mesures transitoires règlent l'entrée en vigueur de ces dispositions, et la situation des autorisations en cours de validité à ce moment. L'ensemble de ces règles est étendu à Mayotte. Pour mémoire : les dispositions du CSP relatives à la section sociale du CNOSS sont transférées au CASF.

Mots clés : Equipement sanitaire. Schéma d'organisation sanitaire. CRCSM. CNOSS. CROS. Conférence sanitaire Activités de soins. Equipements matériels lourds. Autorisation. Période de dépôt. Bilan. Dossier. Evaluation. Renouvellement. Modification, suspension, retrait. Prorogation. Mayotte

Textes de référence :

Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services médico-sociaux soumis à autorisation.

Articles L.6121-1 à L.6122-17, et L.6131-1 à L.6131-3 du CSP

Décret n° 2005-434 du 6 mai 2005 relatif à l'organisation et à l'équipement sanitaires et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) et le code de l'action sociale et des familles (deuxième partie : partie Réglementaire).

Décret n° 2005-840 du 20 juillet 2005 relatif la sixième partie (Dispositions réglementaires) du code de la santé publiques et modifiant certaines dispositions de ce code.

Arrêté du 27 avril 2004 fixant la liste des matières devant figurer obligatoirement dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire.

Arrêté du 8 juin 2005 relatif aux objectifs quantifiés de l'offre de soins.

Pièces jointes : Neuf annexes.

L'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services médico-sociaux soumis à autorisation, modifiant le code de la santé publique, a mis fin au système d'encadrement par la carte sanitaire, et a attribué au schéma d'organisation sanitaire, régional, interrégional, national, la fonction de déterminer la répartition territoriale des activités et des équipements lourds susceptible d'être autorisés, en quantifiant les objectifs auxquels cette offre de soins doit répondre (articles L.6121-1 et L.6122-2).

La mise en œuvre de cette organisation comporte une concertation avec les partenaires intéressés, tant à la préparation des schémas territoriaux qu'à l'attribution et au suivi des autorisations.

Cette ordonnance a supprimé du droit applicable à l'équipement sanitaire des établissements de santé, la notion d'installations, pour donner toute sa place à celle d'activité de soins (articles L.6121-1 et L.6122-1 du code). La notion d'équipement matériel lourd, définie par l'article L.6122-14, est conservée. Le régime d'autorisation est simplifié. L'autorisation est assortie d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens pris en compte dans les inventaires.

Un délai de mise en œuvre de ce nouveau régime est prévu par l'ordonnance, en son article 12. Il est calé sur la parution des schémas d'organisation sanitaire résultant de ces réformes, avec une date butoir fixée au 31 mars 2006.

Sur ces fondements le décret n° 2005-434 du 6 mai 2005 relatif à l'organisation et à l'équipement sanitaires modifiant le code de la santé publique et le code de l'action sociale et des familles a précisé les missions, la composition et les modalités de fonctionnement des instances de concertation, fixé les règles d'établissement des schémas et développé le nouveau régime d'autorisation. Ces dispositions sont étendues à Mayotte.

Enfin, le décret comporte des mesures transitoires réglant la situation des autorisations en cours au moment de l'entrée en vigueur du nouveau régime.

Il importe de signaler que les dispositions nouvelles, codifiées en mai 2005 selon l'ancien plan du code de la santé publique, en Livre VII, viennent d'être codifiées selon le nouveau plan de ce code, en Sixième partie, sans modification de fond, par le décret du 20 juillet 2005 publié le 26 juillet. Ce décret a aussi codifié à nouveau l'ensemble des dispositions réglementaires applicables à l'organisation des soins (objectifs quantifiés des schémas, notamment), ou au régime d'autorisation (conditions d'implantation des activités de soins, conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé). C'est cette codification qu'il conviendra désormais d'employer dans tous les actes, sauf lorsqu'il est fait application à titre transitoire des dispositions antérieures au décret du 6 mai.

(Annexe 9 ci-jointe)

La présente circulaire a pour objet de signaler les innovations en matière de concertations (I), d'éclairer le lien entre organisation sanitaire et régime d'autorisation (II), de commenter la liste nouvelle des matières soumises à ce régime (III) et de préciser l'application des dispositions d'entrée en vigueur (IV).

I – LES NOUVELLES INSTANCES DE CONCERTATIONS

1 - La commission régionale de concertation en santé mentale

La principale conséquence de la régionalisation de la planification en santé mentale est la suppression du conseil départemental en santé mentale et son remplacement par une commission régionale de concertation en santé mentale, en application de l'article L.3221-3 du code de la santé publique.

Placée sous la présidence du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, cette commission est représentative des acteurs et des décideurs, parties prenantes de la politique de santé mentale, ainsi que des usagers et de leurs familles.

(Annexe 1 ci-jointe)

2 - Le Comité national de l'organisation sanitaire et sociale

Il comporte toujours une section sanitaire et une section sociale. La composition n'en est modifiée que partiellement aussi bien en section sanitaire qu'en section sociale.

Les compétences de consultation obligatoire du comité sur le plan sanitaire, dont certaines sont dispersées dans d'autres textes, sont rassemblées. Ses missions dans le champ sanitaire sont modifiées du fait, notamment, de la déconcentration aux agences régionales de l'hospitalisation de compétences d'autorisation détenues jusqu'à présent par le ministre chargé de la santé.

Les dispositions réglementaires relatives à la section sociale sont insérées dans le code de l'action sociale et des familles.

(Annexe 2 ci-jointe)

3 - Le Comité régional de l'organisation sanitaire.

Ce comité se substitue à la section sanitaire du comité régional de l'organisation sanitaire et sociale. Cependant, la composition du CROS, constitué de 34 membres, diffère assez profondément de celle de cette section sanitaire. Ainsi, la présence des professionnels de santé y a été augmentée, puisqu'ils disposent désormais au moins de douze sièges, hors personnalités qualifiées. La représentation des usagers est portée à trois. Les organismes d'assurance maladie, représentés par l'Union régionale de caisses d'assurance maladie disposent de deux sièges, ces organismes constituant, à parité avec l'Etat, l'agence régionale de l'hospitalisation à laquelle le comité rend ses avis. L'URCAM peut proposer librement pour ces sièges les représentants des diverses caisses des régimes d'assurance maladie qui la constituent.

Sont également prévues les modalités de tenue des réunions en formation conjointe entre ces comités et les comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale, qui ont un rôle semblable dans le champ social.

(Annexe 3 ci-jointe)

4 - La conférence sanitaire

Le décret met en place la conférence sanitaire qui remplace, sur une base territoriale entendue différemment, la conférence sanitaire de secteur. Les missions de la conférence sont fixées par la loi et n'appellent donc pas de dispositions réglementaires. Le décret en précise les règles de composition et de fonctionnement.

Auparavant exclusivement composées de représentants des établissements de santé, les conférences ont désormais vocation à représenter, au niveau du territoire de santé, l'ensemble des acteurs de santé en s'ouvrant aux centres de santé et aux professionnels libéraux, ainsi que les élus, notamment les maires, et les usagers. En tant que de besoin, les établissements médico-sociaux peuvent être invités – avec voix délibérative - à participer aux travaux de la conférence.

(Annexe 4 ci-jointe)

II – LA RELATION ENTRE SCHEMA D'ORGANISATION SANITAIRE ET CHAMP DE L'AUTORISATION.

A la différence de celle que présentait l'article R.712-2 ancien qui déterminait le périmètre de la carte sanitaire et celui, par conséquent de toute la planification, la liste nouvelle portée par les articles R.6122-25 et R.6122-26 nouveaux ne fixe que le champ des autorisations.

La délivrance de ces autorisations est liée à l'examen de la pertinence du projet, au regard des besoins de santé de la population identifiés par le schéma, et de sa compatibilité avec les objectifs de ce schéma.

L'arrêté du 27 avril 2004 fixant la liste des matières devant figurer obligatoirement dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire en application de l'article L.6121-1 du code de la santé publique énumère des thèmes et des activités de soins.

Certaines des activités de soins et plusieurs des équipements lourds qui figurent à la liste des articles R.6122-25 et R.6122-26 n'apparaissent pas explicitement dans l'arrêté du 27 avril, alors qu'ils doivent être l'objet des dispositions obligatoires du schéma nouveau. Il importe donc de mettre en relation les matières mentionnées par l'arrêté et celles qui s'y rapportent dans le droit de l'autorisation. Cette correspondance est essentielle à l'établissement des schémas. La partie du schéma régional relative à ces thèmes doit traiter explicitement de l'activité de soins et des équipements matériels lourds concernés, aussi bien pour assurer l'application de l'article 12 de l'ordonnance, que pour permettre la délivrance et le renouvellement des autorisations.

(Annexe 5 ci-jointe)

III – LA NOUVELLE LISTE DES MATIERES SOUMISES A L'AUTORISATION.

Les deux articles nouveaux R.6122-25 et R.6122-26 réglementent, d'une part, 18 activités de soins, et d'autre part, 5 équipements lourds.

Des matières anciennes sont supprimées ; des activités nouvelles sont introduites ; la liste des équipements matériels lourds est considérablement allégée.

(Annexe 6 ci-jointe)

IV - ENTREE EN VIGUEUR ET AUTRES DISPOSITIONS TRANSITOIRES

A) Entrée en vigueur

Les dispositions relatives aux instances de concertation nouvelles entrent en vigueur dès la publication du décret. Cependant, les dispositions précédentes relatives au CNOSS et à la section sanitaire du CROSS sont applicables jusqu'à l'installation du nouveau comité.

L'entrée en vigueur du nouveau régime d'autorisation est, en droit, réglée au fond par l'article 12 de l'ordonnance du 4 septembre 2003. Le basculement du régime ancien vers le droit nouveau de l'organisation sanitaire et de l'autorisation s'effectuera distinctement dans chaque région.

L'ordonnance prévoit une date butoir, celle du 31 mars 2006.

Les schémas nouveaux doivent ainsi être rendus opposables par la publication au Recueil des actes administratifs de la préfecture de la région, au plus tard en mars 2006.

Il est à souligner que le basculement juridique dans le nouveau régime étant expressément prévu à la publication des « *dispositions applicables* » à chaque activité ou équipement il importe que l'ensemble de ces dispositions soient publiées dans une même région à la même date, pour l'ensemble des activités et des équipements concernés, afin que ne coexistent pas, même temporairement (jusqu'au 31 mars), deux régimes de droit. En effet, le droit précédent ne s'effacera qu'à ce moment, l'un se substituant alors à l'autre.

Le schéma considéré est celui dit « de troisième génération » (SROS III) établi conformément aux principes et règles nouveaux découlant de l'ordonnance de 2003, aussi bien quant au fond que quant à la procédure : délimitation des territoires de santé, élaboration des objectifs et des objectifs quantifiés, consultations, publication.

Les dispositions du « SROS II » ne valent pas dispositions de « SROS III » pour une activité ou un appareil mentionnés, fût-ce sous une dénomination inchangée, aux articles R.6122-25 et R.6122-26, et demeurent liées au régime de droit précédent. Le SROS nouveau doit reprendre ces dispositions.

A défaut, après la date butoir, le droit ancien ne se maintiendra plus à l'égard de matières qui n'auraient pas été traitées par le « SROS III », et une situation de vide juridique apparaîtrait, notamment pour la délivrance des autorisations.

Quant aux activités ou aux équipements lourds qui ne sont plus soumis à autorisation et qui n'ont donc lieu d'être couverts par aucune disposition du SROS nouveau, c'est à la date butoir seulement qu'ils se trouveront libérés de l'encadrement juridique résultant du régime ancien. Tel sera le cas des appareils désignés aux 1, 4, 11 et 12 du II de l'article R.712-2 ancien.

Il y a lieu de noter que, si les titulaires d'autorisation d'appareils d'angiographie servant aux pratiques interventionnelles sont considérés comme titulaires d'autorisation pour les activités de soins correspondantes, les établissements qui souhaiteraient d'ici à la date de basculement commencer une activité interventionnelle devraient obtenir une autorisation pour l'appareil.

Après cette date, les établissements qui entendront commencer l'exercice d'une activité de soins, telles les activités interventionnelles, même en l'absence éventuelle des textes réglementaires relatifs à ces activités, devront obtenir l'autorisation de l'activité de soins, sous réserve des dispositions de l'article 25 de la loi du 31 juillet 1991 : au moment de la publication de ces textes, cette autorisation sera remise en cause et fera l'objet d'une nouvelle décision de l'ARH, sur le fondement des règles nouvelles applicables à l'activité.

B) Dispositions transitoires : « transmutation » et prorogations

La loi n° 2004-1343 du 9 décembre 2004 de simplification du droit, en son article 77, a converti en autorisations d'activités de soins, selon la nouvelle dénomination issue à ce moment de l'article R.712-37-1 du CSP maintenant devenu l'article R.712-28, les autorisations existantes relatives à des installations, ou à des équipements au moyen desquels sont exercées ces activités de soins. Cette conversion permet aux titulaires de poursuivre leur exploitation jusqu'au terme de la durée de validité en cours, sans préjudice des modifications éventuelles de cette durée.

Le décret du 6 mai 2005 règle enfin le cas particulier des autorisations qui sont actuellement en vigueur, selon le droit précédent, et qui approchant du terme de leur durée de validité auraient dû faire l'objet d'une procédure complète de renouvellement d'autorisation.

Il est ainsi prévu que toutes les autorisations dont l'échéance tombe entre la date de publication du décret, soit le 8 mai 2005, et le terme de deux ans suivant l'entrée en vigueur du nouveau régime, sont prorogées d'une durée telle qu'elle permette au titulaire de bénéficier des dispositions de simplification introduites par l'article L 6122-10 du code de la santé publique : renouvellement implicite sous réserve de l'examen par l'agence régionale de l'hospitalisation d'un dossier d'évaluation transmis quatorze mois avant la fin de la validité.

La situation des titulaires d'une autorisation dont l'échéance tombait dans la période comprise entre le 28 novembre 2004 et le 8 mai 2005 a été réglée semblablement par les dispositions du décret n° 2004-1289 du 26 novembre 2004 relatif à la liste des activités de soins et des équipements matériels lourds soumis à autorisation, décret publié le 28 novembre 2004 et abrogé à la publication du décret du 6 mai 2005.

Cette prorogation est d'application immédiate : elle porte effet à l'égard de toute demande de renouvellement en cours d'examen auprès des agences sur laquelle il n'y a donc plus lieu à statuer présentement.

Tous les intéressés devront adresser à l'agence régionale de l'hospitalisation le dossier prévu à l'article L.6122-10, quatorze mois avant la nouvelle échéance de leur autorisation en vue d'en obtenir le renouvellement.

(Annexes 7 et 8 ci-jointes)

*

Les bureaux O4 (Mme Odile BRISQUET et M. Bernard LAURENT), O1 (Mme Véronique BILLAUD et Mme Laurence NIVET), O2 (M. Michel GENTILE et Mme Marie-Laure LAFARGUE) et O3 (M. Marc-David SELIGMAN et Mme Anne-Amélie FLAMENT) se tiennent à votre disposition pour vous apporter toute précision ou complément d'information sur la mise en œuvre de ce décret.

Pour le Ministre et par délégation
Le Directeur de l'Hospitalisation
Et de l'Organisation des Soins

Jean CASTEX

ANNEXES

ANNEXE 1 :	page 2
COMMISSION REGIONALE DE CONCERTATION EN SANTE MENTALE	
ANNEXE 2 :	page 5
COMITE NATIONAL DE L'ORGANISATION SANITAIRE ET SOCIALE	
ANNEXE 3 :	page 6
COMITE REGIONAL DE L'ORGANISATION SANITAIRE ET SOCIALE	
ANNEXE 4 :	page 10
CONFERENCE SANITAIRE	
ANNEXE 5 :	page 17
CHAMP DU SROS ET CHAMP DE L'AUTORISATION	
ANNEXE 6 :	page 18
NOUVELLE LISTE DES MATIERES SOUMISES A AUTORISATION	
ANNEXE 7 :	page 20
LES AUTORISATIONS EN COURS DE VALIDITE LORS DU BASCULEMENT DANS LE NOUVEAU REGIME D'AUTORISATION	
ANNEXE 8 :	page 28
CALENDRIER PREVISIONNEL DES PRINCIPALES ACTIONS A CONDUIRE APRES LA PUBLICATION DU SROS III	
ANNEXE 9 :	page 31
TABLEAU DE CORRESPONDANCE DE LA CODIFICATION LIVRE VII:/VI^{ème} partie CSP	

ANNEXE 1

COMMISSION REGIONALE DE CONCERTATION EN SANTE MENTALE

1. Rappel des dispositions du décret :

Le décret modifie certaines dispositions de la Troisième partie du code de la santé publique, (partie Réglementaire) relatives à l'organisation de la lutte contre les maladies mentales. Il concrétise, en particulier, la régionalisation de la planification en santé mentale dont la principale conséquence est la suppression du conseil départemental en santé mentale.

La section 3 du chapitre 1^{er} du titre II du Livre II du code de la santé publique est donc remplacée par une section 2 nouvelle portant création de la commission régionale de concertation en santé mentale (CRCSM), en application de l'article L.3221-3 du code de la santé publique, dans sa rédaction issue de l'article 6 de l'ordonnance de simplification du 4 septembre 2003.

L'article R.3221-7 en fixe les missions et l'article R.3221-8 prévoit sa composition. Placée sous la présidence du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH), cette commission est représentative des acteurs et des décideurs, parties prenantes de la politique de santé mentale : Etat, ARH, Assurance maladie, élus, institutions d'hospitalisation publique et privée et du secteur social et médico-social, professionnels de la santé mentale et enfin usagers et familles.

Les articles R.3221-9 à R.3221-11 prévoient les modalités de fonctionnement de cette instance. La commission se réunit au moins deux fois par an. Elle peut constituer, en son sein, des commissions thématiques. Le mandat des membres s'exerce à titre gratuit et les frais d'organisation et de fonctionnement de la commission sont pris en charge par l'ARH.

2. La désignation des membres :

La liste des membres de la commission régionale de concertation en santé mentale est dressée par arrêté du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, notamment sur la base des dispositions suivantes précisant les dispositions réglementaires de l'article R.3221-8.

2.1 Les représentants « institutionnels » (1° à 5°) :

Le décret ne précise pas la qualité des personnes appelées à représenter les directeurs de la DRASS, des DDASS, de l'URCAM, les présidents du conseil régional et des conseils généraux. Il appartient donc à chacun d'entre eux d'apprécier qui est légitime à le représenter.

S'agissant spécifiquement du représentant du directeur de l'URCAM, il pourrait s'agir logiquement d'un membre du conseil de l'union, défini à l'article L.183-2 du code de la sécurité sociale. S'agissant des représentants des Présidents du Conseil Régional et des Conseils Généraux, il revient à l'appréciation de ces derniers de l'opportunité de se faire représenter, soit par un élu de l'assemblée délibérante régionale ou départementale, soit par un représentant des services du conseil régional ou du conseil général, identifié comme légitime à la représenter.

2.2 Les représentants des organisations d'hospitalisation publique et privée (7°) :

Le décret prévoit une fourchette de 3 à 6 représentants, dont au moins un représentant une organisation comptant en son sein des établissements autorisés au titre de l'activité de soins de psychiatrie dans la région, désignés parmi les personnes figurant sur des listes proposées par les organisations les plus représentatives dans la région.

La représentation du secteur public hospitalier est assurée par la FHF et ses unions régionales. Celle du secteur privé est assurée par la FHP et ses fédérations régionales des cliniques, ainsi que par la FEHAP et l'UNIOPSS pour ce qui concerne le secteur privé à but non lucratif, participant au service public hospitalier ou non. Chacune de ces organisations est en mesure d'assurer l'exigence de la représentation d'établissements autorisés au titre de l'activité de soins de psychiatrie. Il est possible, en outre, de s'appuyer à cet effet sur la représentation, si elle existe dans la région, de l'Association des établissements gérant des secteurs de santé mentale (ADESM). Enfin, la conférence des présidents de CME de CHS sera également représentée dans ce cadre.

L'utilisation des fourchettes proposées par le décret permettra d'adapter la répartition des sièges, en fonction d'un double objectif de représentation de l'ensemble des secteurs et d'équilibre de la répartition des sièges au regard de l'état de l'offre dans la région.

2.3 Les représentants du secteur social et médico-social (8° et 12°) :

Le décret distingue, à cet égard, deux catégories de membres désignés parmi les personnes figurant sur des listes proposées par les organisations les plus représentatives dans la région : 2 représentants des institutions sociales et médico-sociales ; 1 à 3 représentants des professionnels travaillant dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Afin de faciliter la désignation des représentants des institutions, le directeur de l'ARH peut se rapprocher du préfet de la région ou du secrétariat du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS), pour accéder à la liste des organisations ayant été identifiées comme représentatives au niveau régional, dans le cadre des enquêtes de représentativité préalable à la composition du CROSMS. La représentativité des professionnels peut être appréciée sur le fondement des résultats des élections aux commissions paritaires, et éventuellement aux élections prud'homales.

2.4 Les représentants médicaux (9°, 10°, 13°) :

Le décret distingue trois catégories de représentants (psychiatres de secteurs psychiatriques, médecins libéraux ou exerçant dans des institutions privées et participant à la lutte contre les maladies mentales, un médecin exerçant dans un SAU ou une UPATOU), désignés parmi les personnes figurant sur des listes proposées par les organisations les plus représentatives dans la région.

Pour la première catégorie, la fourchette de 3 à 6 membres permet d'assurer la représentation des organisations de psychiatres de secteur à partir des résultats des élections paritaires.

La représentation des médecins libéraux laisse la possibilité d'associer, au sein de cette catégorie, des représentants des médecins généralistes et de psychiatres exerçant en ville ou au sein d'institutions privées participant à la lutte contre les maladies mentales. En utilisant la fourchette de 1 à 3 membres, désignés à partir de la liste des organisations syndicales de médecins représentées dans la région et disponible auprès du Conseil de l'Ordre, le directeur de l'ARH peut veiller ainsi, chaque fois que possible, à la représentation de ces différents statuts d'exercice.

Enfin, la représentation d'un médecin exerçant dans un service d'urgences sera assurée par un représentant des organisations des médecins urgentistes (syndicale ou associative).

2.5 Les représentants des professionnels de santé mentale non médicaux (11°) :

Cette catégorie concerne exclusivement les professionnels de la santé mentale exerçant dans des établissements de santé publics ou privés autorisés à exercer l'activité de psychiatrie et

mentionnés à ce titre à l'article L.3221-1 du code de la santé publique. Ils se différencient donc des professionnels de la santé mentale œuvrant dans le champ social et médico-social dont la représentation est prévue par ailleurs (12° du même article – *cf. supra*).

La représentativité peut être appréciée sur le fondement des résultats des élections aux commissions paritaires, et éventuellement aux élections prud'homales.

2.6 Les représentants des usagers ou de leurs familles (14°) :

La représentation des usagers revient aux associations agréées à ce titre, en vertu de l'article L.1114-1 CSP. Le décret relatif à l'agrément est récemment paru. Mais, en attente de la délivrance des agréments, les associations d'usagers du système de santé non agréées peuvent être désignées à cette représentation pour un an (1°-I de l'article 158 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004). Dans le domaine de la santé mentale, il convient de s'appuyer sur des associations d'usagers et de familles œuvrant dans le domaine de la santé mentale (UNAFAM, FNAP-Psy, les plus largement représentées sur le territoire, ou d'autres associations représentatives localement, notamment sur des problématiques spécifiques : schizophrénie, suicide, dépression...).

3. Délai d'installation de la CRCSM.

Ce volet du décret est d'application immédiate. Si le décret ne fixe pas de date butoir, la composition de la nouvelle commission à brève échéance revêt une importance centrale dans le cadre de la finalisation puis de la mise en œuvre des futurs volets psychiatrie et santé mentale des SROS III (bien que cette instance ne soit pas appelée à rendre un avis obligatoire sur le projet de SROS, préalablement à son adoption). De plus, la CRCSM constituera un échelon essentiel de concertation sur la déclinaison régionale des différents volets du plan psychiatrie et santé mentale.

ANNEXE 2

COMITE NATIONAL DE L'ORGANISATION SANITAIRE ET SOCIALE

La composition du CNOSS n'est modifiée que très partiellement dans la section sanitaire, en ce qui touche la représentation des médecins des établissements de santé privés non PSPH (art. R.6122-4, 10°)

Le comité comporte toujours deux sections (une section sanitaire et une section sociale) et une formation plénière.

La section sanitaire est dorénavant consultée sur :

- Les projets de décrets relatifs aux conditions d'implantation des activités de soins et des équipements matériels lourds ;
- Les projets de décrets relatifs aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé ;
- -les projets de schémas nationaux d'organisation sanitaire ;
- -les recours hiérarchiques formés auprès du ministre contre les schémas régionaux ou interrégionaux d'organisation sanitaire, ainsi que contre les décisions d'autorisation prises par les agences régionales de l'hospitalisation ;
- les projets de décret portant création des établissements publics de santé nationaux.

A titre transitoire, et jusqu'à l'entrée en vigueur, dans chaque région, des dispositions issues de l'ordonnance de 2003, date qui sera déterminée par la parution des schémas de « troisième génération » (SROS III), la section sanitaire du comité demeurera compétente sur les éventuels projets de révision de la carte sanitaire nationale et de schémas national ou interrégional, sur les indices nationaux de besoin et sur les demandes d'autorisation actuellement de la compétence du ministre. Après cette date, elle sera encore consultée sur certaines demandes d'autorisation dont la décision restera de la compétence du ministre jusqu'à la publication du schéma national applicable à ces activités et équipements (art. 13 de l'ordonnance).

*

Les dispositions relatives à la composition et aux missions de la section sociale sont placées (art. 9 du décret) dans le code de l'action sociale et des familles (art. R.312-156 et R.312-157).

Les missions ainsi que la composition sont modifiées, notamment en ce qui concerne la représentation des organisations, (art. R.312-157, 8°, CASF)

Les conditions de fonctionnement de cette section demeurent toutefois fixées par le code de la santé publique (art.R.6122-15 à R.6122-21).

ANNEXE 3

COMITE REGIONAL DE L'ORGANISATION SANITAIRE ET SOCIALE

Missions du CROS

L'article R.6122-8 récapitule les compétences consultatives du CROS.

Il convient de souligner que, aux termes des articles L.6115-4, 1°, L.6121-9, 2°, et de l'article R.6122-8, 2°, le comité doit être saisi des demandes d'autorisation et de renouvellement d'autorisation, retracées par les rapports, accompagnées de projets de délibération motivés rédigés par l'ARH pour la commission exécutive sur ces mêmes demandes. Ces projets de délibération, tels quels, ne sauraient évidemment avoir un caractère définitif et pourront être modifiés par la commission exécutive pour tenir compte de l'avis exprimé par le comité.

L'article R.6122-9 organise l'information du comité à la suite de l'application des dispositions sur les renouvellements tacites des autorisations : l'article L.6122-10 ne prévoit pas de consultation du CROS sur ces renouvellements, mais l'article L.6121-9 rend obligatoire une information *a posteriori*.

L'autorisation ne fixant désormais plus la capacité des établissements ni de ce fait l'activité maximale, le CROS est aussi informé des contrats conclus par l'ARH sur les objectifs qui complètent à cet égard les autorisations. Cette information est prévue par l'article L.6121-9.

Enfin, l'article R.6122-10 précise la procédure à suivre pour l'application de la disposition introduite par l'article L.6122-9 sur la demande d'avis du CROS adressée par les tribunaux de commerce.

La désignation des membres. (art. R.6122-15)

Il appartient au directeur de l'ARH, lorsque, éventuellement après une première consultation des organismes en vue d'apprécier leur représentativité dans la région, il a arrêté la répartition des sièges prévue à l'article R.6122-14, de demander à ces organismes la proposition d'un ou de plusieurs noms de personnes (titulaires et suppléants) en nombre égal à celui des sièges à pourvoir en application de cette répartition.

Le retard des organismes, à répondre à ces sollicitations, ou la vacance prolongée de sièges, n'empêche pas le comité de siéger et de délibérer valablement, dès lors que le nombre de membres présents est au moins égal au quorum prévu à l'article R.6122-18. (Ce quorum se calcule sur le nombre total de sièges que compte la formation.)

Pour les représentants de l'URCAM, le code n'en précise pas la qualité : c'est à l'URCAM d'apprécier qui est légitime à la représenter. Il lui est permis de proposer des membres du conseil de l'union défini à l'article L.183-2 du code de la sécurité sociale. Rien ne s'oppose à ce qu'elle propose la nomination d'administrateurs des diverses caisses des régimes obligatoires de base d'assurance maladie qui la constituent aux termes de l'article L.183-1 CSS, aux sièges dont elle dispose : deux sièges de titulaires, deux sièges de suppléants.

La représentation du secteur hospitalier public est assurée par la FHF et ses unions régionales.

La représentation du secteur privé est assurée par la FHP et ses fédérations régionales des cliniques, par la FEHAP (PSPH) et par l'UNIOPSS (non lucratif), ainsi que par la FNLCC, en ce qui concerne les 20 centres régionaux de lutte contre le cancer.

Une conférence nationale des présidents de CME des établissements publics existe par catégorie d'établissement : CHU, CH et CHS.

En secteur privé, deux conférences sont constituées : l'une pour les établissements à but lucratif, l'autre pour les établissements à but non lucratif, y compris les établissements PSPH. Au regard du 8° de l'article R.6122-12, il importe, quelle que soit la distribution des trois sièges entre les représentants du secteur privé, que la répartition entre représentants du secteur privé PSPH et du secteur privé non PSPH (lucratif ou non lucratif) soit respectée.

La liste des syndicats de médecins représentés dans la région, si l'ARH n'en dispose pas, peut être obtenue auprès des syndicats nationaux ou auprès des conseils départementaux de l'ordre.

Pour les personnels non médicaux, la représentativité peut être appréciée sur le fondement des résultats des élections aux commissions paritaires, et éventuellement, aux élections prud'homales.

Les deux membres du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale seront désignés par ce comité, sur demande du directeur de l'ARH adressée au président du CROSMS.

La représentation des usagers revient aux associations agréées à ce titre, en vertu de l'art. L.1114-1 CSP. Le décret relatif à l'agrément est récemment paru. Mais, en attente de la délivrance des agréments, les associations d'usagers du système de santé non agréées peuvent être désignées à cette représentation pour un an (article 158 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004).

Quant à la troisième personne qualifiée, il revient au directeur de l'ARH, de choisir une personnalité reconnue régionalement pour ses compétences en matière sanitaire ou hospitalière, en organisation du territoire, etc. ; par exemple ancien directeur d'établissement, ancien praticien professeur des universités, doyen, enseignant en santé publique, économiste, membre du comité régional économique et social, etc.

La publication des arrêtés relatifs au CROS

Le CSP ne prévoit pas la publication des arrêtés relatifs à la composition des CROS : cette publication n'est pas obligatoire. Il appartiendrait à l'autorité de prouver que le comité est régulièrement constitué, en cas de contentieux soulevant ce moyen.

La publication, si elle est décidée dans l'article final de l'arrêté, ne sera donc utile que pour purger le délai de recours contre les désignations et nominations, délai qui ne courrait pas à défaut de publication.

Le recours hiérarchique à l'article L.6122-10-1 CSP ne concerne pas les arrêtés relatifs à la composition du CROS. Le recours applicable à ces actes administratifs est celui de droit commun. Il paraît inutile d'en faire mention dans ces arrêtés.

Délai d'installation du CROS

Le décret du 6 mai ne fixe pas de date impérative ni de date butoir pour la mise en place du CROS nouveau.

Le délai disponible pour ce faire se déduit de l'article 12 de l'ordonnance de 2003 : c'est ce CROS nouveau qui doit être saisi du projet de SROS, dit SROS III, dont la publication doit avoir lieu avant le 31 mars 2006. Le schéma comprend juridiquement la détermination des territoires de santé, prévus à l'article L.6121-2.

Dès qu'il sera en place, le CROS nouveau se substituera à la section sanitaire du CROSS, et rendra les avis sur les dossiers.

Compétence dans l'intérim

Tant que le CROS n'est pas installé, la section sanitaire du CROSS actuel est valablement saisie des dossiers qui appellent un avis obligatoire du comité d'organisation sanitaire, dans le cadre de la carte sanitaire et du régime d'autorisation.

En revanche, cette section du CROSS ne saurait être saisie du projet de SROS III, qui doit être soumis au CROS nouveau.

*

Adresses utiles (liste non exhaustive)

Association des régions de France : 276 boulevard Saint-Germain, 75007 PARIS

Conférence des présidents de conseils régionaux : 6 rue Duguay-Trouin, PARIS 75006

Assemblée des départements de France : 6 rue Duguay-Trouin, PARIS 75006

Association des maires de France : 41 quai d'Orsay 75007 PARIS

Association des maires de grandes villes de France : Palais du Luxembourg, 75291 PARIS CEDEX 06

Association des petites villes de France : 42 boulevard Raspail, 75007 PARIS

FHF : 33 avenue d'Italie, 750013 PARIS

FHP : 81 rue de Monceau, 75008 PARIS

FEHAP : 179 rue de Lourmel, 75015 PARIS

UNIOPSS : 133 rue Saint Maur, 75541 Paris cedex 11

Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer : 101 rue de Tolbiac, 75654 PARIS CEDEX 13

Confédération des hôpitaux généraux : CHS, 33410 CADILLAC

Coordination nationale des médecins, biologistes et pharmaciens de hôpitaux publics : CH de Meaux, 6/8 rue Saint-Fiacre, 77100 MEAUX

Syndicat national des médecins, chirurgiens et biologistes des hôpitaux publics : 14 rue Ferdinand. Duval, 75004 PARIS

Intersyndicat national des praticiens hospitaliers : 15 rue Beaugrenelle, 75015 Paris

Association des médecins urgentistes hospitaliers de France : 6^{ter} rue du Plan, 91140 VILLEBON/YVETTE

Confédération des syndicats médicaux français : 79 rue de Tocqueville, 75017 PARIS

Conférence des présidents de CME des CHU : 80 rue Brochier, 13354 MARSEILLE CEDEX 05

Conférence des présidents de CME de CH : 64 avenue Leriche, 67504 HAGENAU CEDEX

Conférence des présidents de CME de CHS : CHS Charles-Perrens, 121 rue de la Béchade, 33076 BORDEAUX CEDEX

Conférence nationale des présidents de CME d'hospitalisation privée : 79 rue de Tocqueville, 75017 PARIS

Conférence nationale des présidents de CME des établissements privés à but non lucratif : Hôpital Saint-Camille, 94360 BRY/MARNE

Fédération CGT de la santé et de l'action sociale : 263 rue de Paris, 93515 MONTREUIL CEDEX

Fédération nationale des syndicats des services de santé et des services sociaux CFDT : 47/49 avenue Simon Bolivar, 75950 Paris CEDEX 19

Fédération nationale des syndicats chrétiens des services de santé et des services sociaux CFTC : 13 rue des Ecluses Saint-Martin, 75010 PARIS

Union nationale des syndicats FO des personnels des CRLCC : 153/155 rue de Rome, 75017 PARIS

Fédération française des professions de santé et de l'action sociale CGC : 39 rue Victor Massé, 75009 PARIS

Mutualité française : 255 rue de Vaugirard, 75719 Paris CEDEX 15

ANNEXE 4

CONFERENCES SANITAIRES

LA COMPOSITION ET LE FONCTIONNEMENT DES CONFERENCES SANITAIRES

L'ordonnance du 4 septembre 2003 a apporté une profonde modification du rôle des conférences sanitaires. Le décret ne traite pas des missions des conférences qui sont clairement explicitées par l'ordonnance elle-même. Les missions antérieures (avis sur le projet de SROS, promotion de la coopération interhospitalière) demeurent mais désormais, les conférences sont conçues comme une force de proposition pour « l'élaboration, la mise en œuvre, l'évaluation et la révision du schéma régional d'organisation sanitaire ». Les conférences doivent donc devenir le lieu de la concertation pour l'organisation des soins et c'est à ce titre qu'elles constituent le cadre d'élaboration du projet médical de territoire, comme l'a précisé la circulaire DHOS du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération. Ceci suppose les ARH puissent librement délimiter le ressort territorial de ces conférences pour qu'il soit le plus pertinent possible au regard des réalités régionales et que la composition en soit élargie.

I LES TERRITOIRES DES CONFERENCES

Art. R.6131-1 : Le ressort territorial de la conférence sanitaire est fixé par arrêté du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.[...].

Comment délimiter les territoires des conférences ?

Les textes n'imposent plus, contrairement aux dispositions législatives antérieures sur les conférences sanitaires de secteur, que les territoires de concertation et les territoires de santé soient identiques. Cependant, il résulte de la compétence reconnue aux conférences sanitaires pour se prononcer sur les SROS que chaque territoire de santé délimité dans le SROS doit être inclus dans un territoire de concertation mais rien n'empêche que ce dernier soit d'une dimension différente.

La délimitation géographique des territoires correspondant à ces conférences (leur "ressort territorial" selon les termes de l'article R. 6131-1 du code de la santé publique) relève librement d'une décision du directeur de l'ARH ; la notion de "territoire" s'entend ici au sens du "territoire pour la concertation" défini au b) du point I.1 de la circulaire du 5 mars 2004. Ces conférences sanitaires se substituent aux conférences sanitaires de secteur qui existaient jusqu'à l'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003. L'article R. 6131-1 résultant du décret précise que le DARH délimite par arrêté le périmètre servant de référence à la constitution de la conférence.

Quel est le lien entre les territoires des conférences et les territoires de santé ?

De façon pragmatique, le DARH fixera des territoires pour la concertation qui soient cohérents avec les projets de territoires de santé (TDS). Il pourra consulter, pour la définition des TDS, les anciennes conférences sanitaires de secteur mais en aucun cas cette consultation ne pourra tenir lieu de l'avis de la conférence sanitaire prévu à l'article R. 6121-2 du code de la santé publique. Il faudra donc soumettre aux nouvelles conférences dès leur installation les projets de TDS qui sont une partie intégrante du SROS.

Faut-il consulter le CROS sur la délimitation des territoires des conférences ?

La délimitation du territoire des conférences sanitaire n'est pas un élément du SROS. Vous n'êtes donc pas tenus à consulter le CROS sur ce point. Il est toutefois souhaitable d'informer cette instance de vos décisions en la matière.

II LA COMPOSITION DES CONFERENCES

Auparavant exclusivement composées de représentants des établissements de santé et de maires, les conférences comportent désormais des représentants des établissements de santé, des professionnels de santé libéraux, des centres de santé, des élus et des usagers. Cet élargissement conjugué à la nécessité de maintenir les conférences dans des dimensions raisonnables, contraint à fixer un nombre maximum de membres pour chacune des catégories représentées. Aussi, les choix que vous opérerez pour délimiter le territoire de la conférence sera déterminant pour la représentation des différents acteurs de santé sur le territoire.

Représentation des établissements de santé : article R.6131-1

Art. R.6131-1 : Le ressort territorial de la conférence sanitaire est fixé par arrêté du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. Les établissements de santé situés dans ce ressort sont représentés comme suit au sein de la conférence:

1° Pour chaque établissement, public ou privé : le directeur de l'établissement, ou son représentant, et le président de la commission médicale ou de la conférence médicale d'établissement, ou, à défaut, un membre du personnel médical désigné par la commission ou la conférence ;

2° Pour l'Assistance publique - hôpitaux de Paris, les hospices civils de Lyon et l'assistance publique de Marseille : outre les deux membres mentionnés au 1°, deux à huit membres supplémentaires désignés par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation sur proposition conjointe du directeur et de la commission médicale de l'établissement.

Cependant, lorsque plus de vingt établissements sont situés dans le ressort territorial de la conférence, le nombre des représentants des établissements de santé désignés parmi les personnes mentionnées aux 1° et 2° du présent article est limité à quarante. Dans ce cas, la répartition des sièges assure la représentation des différentes catégories d'établissements publics de santé, mentionnées à l'article L. 6141-2, et d'établissements de santé privés, et tient compte des activités de soins relevant du schéma régional d'organisation sanitaire, exercées dans le ressort de la conférence.

Les règles de représentation des établissements de santé publics et privés ont été totalement modifiées selon les options suivantes :

- Suppression du lien entre la taille de l'établissement et le nombre de représentants et limitation au maximum à deux du nombre de représentants par établissement (sauf exceptions),
- Organisation d'une représentation comparable pour le public et le privé,
- Exception pour l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris et de Marseille et les Hospices civils de Lyon qui peuvent avoir jusqu'à dix représentants en tout,
- Dans tous les cas, limitation à quarante du nombre total des représentants des établissements de santé.

Faut-il représenter des entités juridiques ou des sites ?

Les termes « établissements de santé » doivent s'entendre au sens juridique. Pour autant, un établissement disposant d'un site sur le territoire de la conférence mais d'un siège social sis hors de ce territoire devra être représenté au sein de la conférence.

Les hôpitaux des armées sont inclus dans cette appellation.

Comment choisir les représentants des établissements lorsque le territoire de la conférence en comprend plus de vingt ?

Lorsque le nombre d'établissements est supérieur à 20, sachant que le nombre des représentants est limité à 40, le DARH peut retenir vingt établissements avec deux représentants chacun (le directeur et le président de la CME ou CFE) ou plus de vingt établissements, avec chacun un ou deux représentants, soit au maximum 40 établissements disposant chacun d'un représentant (qui sera soit le directeur soit le président de CME ou de la CFE au choix de l'établissement).

Il faut alors impérativement veiller à ce que soient représentées, d'une part, les différentes catégories d'établissements (établissements privés et établissements publics et, pour ces derniers, les trois types d'établissements mentionnés à l'article L. 6141-2 : centre hospitalier régional, centre hospitalier et hôpital local), et, d'autre part, les activités de soins figurant dans le SROS.

Il s'agit au minimum des matières devant figurer obligatoirement dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire telles que listées par l'arrêté du 27 avril 2004 pris en application de l'article L. 6121-1 du code de la santé publique (la médecine, la chirurgie, la périnatalité, les soins de suite, la rééducation et la réadaptation fonctionnelle, l'hospitalisation à domicile, la prise en charge des urgences et l'articulation avec la permanence des soins, la réanimation, les soins intensifs et les soins continus, l'imagerie médicale, les techniques interventionnelles utilisant l'imagerie médicale, la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique, la psychiatrie et la santé mentale, la prise en charge des personnes âgées, la prise en charge des enfants et des adolescents, la prise en charge des personnes atteintes de cancer, les soins palliatifs, la prise en charge des patients cérébro-lésés et traumatisés médullaires).

A titre d'exemple, il est impératif que soit représentée la psychiatrie, donc le cas échéant un CHS si aucun autre établissement non spécialisé n'exerce cette activité. En revanche, il n'est pas nécessaire que chaque activité soit représentée pour chaque type d'établissement, un seul établissement suffit.

Représentants des professionnels de santé libéraux : article R. 6131-2

Art. R. 6131-2 : Les représentants des professionnels de santé libéraux sont désignés par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation comme suit :

- Deux à cinq médecins exerçant à titre libéral, en dehors des établissements de santé mentionnés à l'article R. 6131-1, dans le ressort territorial de la conférence parmi les personnes proposées par l'union régionale des médecins exerçant à titre libéral ;
- Deux à cinq représentants des autres professionnels de santé exerçant à titre libéral, en dehors des établissements de santé mentionnés à l'article R. 6131-1, dans le ressort territorial de la conférence parmi les personnes proposées par les instances représentatives de ces professions au niveau régional ou, à défaut, national.

Les représentants des professionnels de santé libéraux sont désignés par le DARH. Le décret réserve la qualité de membres aux professionnels de santé exerçant sur le territoire de la conférence. La légitimité des représentants des différentes catégories repose également sur la consultation d'organisations professionnelles et le décret précise donc les instances ayant le pouvoir de proposition.

En ce qui concerne **les médecins**, ce rôle est dévolu aux unions régionales des médecins exerçant à titre libéral (URML)

Pour les autres professions de santé, en l'absence d'organisation comparable aux URML, le soin de proposer au DARH leurs représentants est confié aux instances représentatives au niveau régional ou, à défaut national.

Le DARH peut-il ne consulter que les instances des professions qui siègeront ?

Non. Il vous faut consulter pour toutes les professions de santé autres que les médecins, même si le nombre de représentants (2 à 5) implique qu'elles ne soient pas toutes représentées. **Le**

choix du DARH quant aux professions représentées intervient après cette consultation de l'ensemble des professions.

Quelles sont les professionnels autres que les médecins susceptibles d'être représentés ?

Outre les médecins, sont concernées les professions de santé visées par la quatrième partie du code de la santé publique : livre Ier : professions médicales (chirurgiens-dentistes, sages-femmes), livre II : professions de la pharmacie (pharmaciens, préparateurs), et livre III : auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes et orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale, audio-prothésistes, opticiens et diététiciens).

La limitation à cinq membres au maximum des représentants des professionnels autres que les médecins signifie qu'il vous faudra faire un choix parmi ces professions. Pour autant, toutes leurs organisations professionnelles représentatives au niveau régional ou, à défaut, national, devront avoir été consultées au préalable. Il n'est pas nécessaire de disposer de propositions conjointes des organisations professionnelles : il vous appartient de choisir librement leurs représentants parmi les propositions que chaque organisation vous aura envoyées, sous réserve que ces professionnels exercent bien dans le ressort territorial de la conférence.

Comment savoir quelles organisations consulter ?

L'URCAM peut valablement vous renseigner sur les organisations représentatives au niveau régional. A défaut, la liste des organisations représentatives peut vous être communiquée par la DHOS (bureau SDO3) et vous pouvez la demander par messagerie électronique interne à Anne-Amélie FLAMENT (tél. : 041 40 56 53 02).

Comment choisir le nombre de représentants des professionnels de santé libéraux ?

La fixation d'une fourchette (2 à 5 pour les médecins, 2 à 5 pour les autres professions) permet tout à la fois de garantir une représentation minimale et de répondre au souci de limitation du nombre des membres des conférences. En outre, elle vous aménage une marge de manœuvre vous permettant de veiller à l'équilibre global des différentes catégories en fonction du nombre de représentants des autres catégories.

Représentants des centres de santé : article R. 6131-3

<p>Art. R 6131-3 : Les représentants des centres de santé situés dans le ressort territorial de la conférence sont désignés par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation parmi les personnes proposées par les gestionnaires de tous les centres de santé situés dans ce ressort et à raison d'un représentant au plus par centre dans la limite de cinq.</p>

Sont visés les centres de santé définis par l'article L. 6323-1 du CSP. Comme pour les représentants des professionnels de santé libéraux, la qualité de membre est réservée aux représentants des centres situés sur le territoire de la conférence. Le nombre de sièges est plafonné à cinq membres désignés par le DARH parmi les personnes proposées par les gestionnaires de tous les centres de santé situés dans le périmètre de la conférence, qui devront donc être consultés au préalable pour faire leurs propositions. Un centre ne peut disposer que d'un représentant au plus. Jusqu'à cinq centres, toutes ces structures sont donc obligatoirement représentées. En l'absence de centres de santé, ces sièges ne sont pas pourvus.

Les préfets de région disposent de la liste des centres dont ils agréent les activités.

Faut-il consulter tous les centres de santé situés dans le ressort territorial de la conférence ou peut-on faire une présélection ?

Non à la seconde question. Il s'agit bien de consulter tous les gestionnaires des centres de santé et la sélection entre les centres se fait après cette consultation (comme pour les représentants des professionnels de santé autres que les médecins).

Peut-on désigner moins de cinq représentants des centres de santé ?

Il n'y a pas de fourchette pour les centres de santé, mais seulement un plafond de cinq. Jusqu'à cinq centres sur le territoire, tous sont obligatoirement représentés à raison d'un représentant maximum par centre, au delà, le DARH choisit les cinq centres représentés.

Comme pour les représentants des professionnels de santé autres que les médecins, il n'est pas nécessaire de disposer de propositions conjointes des centres. Il vous appartient de choisir les représentants parmi les propositions adressées par chaque centre de santé.

Représentants des usagers : article R. 6131-4

Art. R. 6131-4 : Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation désigne deux à cinq représentants des usagers parmi les personnes résidant dans le ressort territorial de la conférence proposées par les associations agréées conformément à l'article L.1114-1 au niveau régional ou, à défaut, national.

Comme pour les représentants des professionnels de santé libéraux, le décret fixe une fourchette garantissant une représentation minimale des usagers et permettant d'équilibrer la représentation des différentes catégories au sein des conférences.

Les critères d'éligibilité retenus sont :

- la résidence du représentant sur le territoire de la conférence
- la proposition par les associations représentatives des usagers du système de santé agréées au sens de l'article L. 1114-1 du CSP

Dans l'attente de l'agrément des associations prévu à l'article L. 1114-1 du CSP, comment désigner les usagers ?

Une désignation provisoire dans l'attente de l'agrément est possible en application des dispositions transitoires introduites par l'article 158 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. La seule obligation que créent ces dispositions est de choisir les usagers parmi des associations ad hoc régulièrement déclarées.

Extrait de l'article 158 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique :

« I. – A partir de la publication de la présente loi et jusqu'à l'expiration d'un délai de six mois à compter de la publication de la première décision prononçant les agréments prévus à l'article L. 1114-1 du code de la santé publique :

1° Les représentants des usagers du système de santé, dans les instances hospitalières ou de santé publique, prévus par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ou par des textes postérieurs à sa publication, sont désignés pour un an, par l'autorité administrative compétente, parmi les membres des associations régulièrement déclarées ayant une activité dans le domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des malades ;[...]. »

Représentants des élus : article R. 6131-5

Art. R. 6131-5 : Siègent à la conférence sanitaire :

1° Les maires des communes situées en tout ou partie dans le ressort territorial de la conférence sanitaire et sur le territoire desquelles est implanté un établissement de santé, dans la limite de dix membres choisis par les maires de ces communes parmi eux ; les

personnes choisies ne peuvent siéger au sein de la conférence au titre des 2° ou 3° du présent article ;

2° Les présidents des communautés mentionnées aux articles L.5214-1, L. 5215-1 ou L. 5216-1 du code général des collectivités territoriales regroupant des communes situées en tout ou en partie dans le ressort territorial de la conférence, dans la limite de trois membres choisis par les présidents parmi eux ;

3° Les maires qui exercent la fonction de président de pays, au sens de la loi n° 95-115 du 4 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire, regroupant des communes situées en tout ou en partie dans le ressort territorial de la conférence, dans la limite de trois membres qu'ils choisissent parmi eux ;

4° Un conseiller général, désigné par le conseil général, pour chaque département situé en tout ou partie dans le ressort territorial de la conférence.

5° Un conseiller régional, désigné sur proposition du conseil régional et, en Corse, un conseiller à l'Assemblée de Corse désigné sur proposition de cette assemblée.

Les maires

La plupart des territoires des conférences comptent un nombre important d'élus potentiellement membres de la conférence. Vous aurez donc le plus souvent à mettre en œuvre les limitations prévues par l'article R. 6131-5. En aucun le DARH ne peut choisir parmi les maires concernés. Il n'appartient qu'aux élus de désigner leurs représentants. Par ailleurs, les maires qui cumuleraient leur mandat avec celui de président d'une communauté devront choisir à quel titre ils siègent et ne disposeront que d'une voix.

Les associations départementales de maire peuvent-elles organiser la désignation des maires et des présidents de communauté et de pays ?

Elles le peuvent, mais il faut que les ARH consultent tous les maires concernés (ceux des communes d'implantation d'un établissement de santé public ou privé). Il faut donc veiller, si vous déléguez ce rôle à l'association des maires, que celle-ci consulte bien tous les élus concernés. L'idéal serait que l'ARH prévienne les maires, par courrier individuel, qu'ils doivent faire des propositions et que cela se fera dans le cadre de l'association départementale.

Les maires et les présidents des communautés peuvent-ils se faire représenter ?

Le décret ne prévoit de possibilité de représentation que pour les représentants des établissements de santé. En théorie donc, les maires seuls peuvent siéger. Toutefois, en cas de difficultés réelles pour que le maire siège en personne, il peut être admis que ce dernier délègue un adjoint en application de l'article L. 2122-18 du code général des collectivités territoriales (CGCT) :

« Art. L.2122-18 - Le maire est seul chargé de l'administration, mais il peut, sous sa surveillance et sa responsabilité, déléguer par arrêté une partie de ses fonctions à un ou plusieurs de ses adjoints et, en l'absence ou en cas d'empêchement des adjoints ou dès lors que ceux-ci sont tous titulaires d'une délégation à des membres du conseil municipal. »

Dans ce cas, le maire demeure cependant membre de la conférence ; son délégué peut siéger en son absence. Le maire devra communiquer au DARH son arrêté pris en vertu de l'article L.2122-18. Il est préférable que l'arrêté du DARH fixant la composition nominative mentionne le nom du délégué.

Le même raisonnement est applicable aux présidents de communautés de communes, de communauté d'agglomération et de communauté urbaine. Dans les dispositions générales, l'article L. 5211-9 du CGCT prévoit que le président « est seul chargé de l'administration, mais il peut déléguer par arrêté, sous sa surveillance et sa responsabilité, l'exercice d'une partie de ses fonctions aux vice-présidents et, en l'absence ou en cas d'empêchement de ces derniers ou dès lors que ceux-ci sont tous titulaires d'une délégation, à d'autres membres du bureau. » Cette disposition permet donc également aux présidents des communautés de se faire représenter au sein des conférences sanitaires, dans des conditions similaires à celles énoncées ci-dessus pour les maires.

Les autres organismes concourant aux soins : article R. 6131-6

Art. R. 6131-6 :Lorsque le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation autorise, dans les conditions prévues l'article L. 6131-1, d'autres organismes concourant aux soins à faire partie d'une conférence sanitaire, il détermine le nombre de représentants de ces organismes. Ces représentants ont voix délibérative.

Conformément à l'ordonnance, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut autoriser, sur avis de la conférence, d'autres organismes concourant aux soins à faire partie d'une conférence sanitaire. Dans ce cas, le DARH détermine le nombre de représentants de ces organismes. Ces représentants ont voix délibérative. Ces dispositions sont identiques aux dispositions antérieures sur les conférences de secteur.

Les représentants de l'ensemble de ces catégories sont nommés par arrêté du DARH. Cet arrêté ne peut se limiter à fixer un nombre de représentants par catégorie. Il s'agit d'un arrêté nominatif.

Les personnes pouvant assister aux réunions des conférences : article R. 6131-8

Les séances des conférences ne sont en principe pas publiques. Cet article vise, comme dans le décret antérieur, à préciser les personnes pouvant assister aux séances sans voix délibérative. Cette liste n'est pas limitative car une souplesse a été introduite dans le décret pour permettre aux DARH d'être accompagnés de toute personne de leur choix (personnels des ARH, experts, etc).

II LES MODIFICATIONS APORTEES AU FONCTIONNEMENT DES CONFERENCES

Il incombe au DARH d'adresser la convocation à la première réunion de la conférence qui désigne son président parmi les représentants des élus des collectivités territoriales.

A titre incitatif, le décret fixe une fréquence minimale des séances (au moins deux réunions par an) et assouplit les exigences quant à l'obligation de réunir la conférence à la demande de ses membres : désormais la conférence devra se réunir à la demande de la moitié des membres, et non plus des deux tiers.

Par ailleurs, le décret n'encadre plus l'organisation des travaux des conférences. Il se limite à préciser que le règlement intérieur prévoit notamment les modalités selon lesquelles ses travaux peuvent être préparés par des commissions et certaines de ses compétences et attributions déléguées à son bureau. Enfin le règlement intérieur n'est plus approuvé par le DARH

En matière de quorum, un léger assouplissement a été apporté au dispositif antérieur, consistant à abaisser la valeur absolue du quorum à 21 au lieu de 26 et à baisser le seuil au-delà duquel le quorum exigé passe au tiers des membres.

Concernant la publicité des séances, le projet de décret maintient le principe de la non-publicité des séances, parfois indispensable au bon déroulement des débats, mais il aménage une possibilité de déroger à cette règle, sur décision du président de la conférence et sous réserve que le règlement intérieur en précise les modalités.

Enfin, l'élargissement de la composition des conférences à d'autres catégories que les établissements de santé ne permet plus de laisser à leur charge les frais d'organisation et de fonctionnement de ces instances. Ceux-ci sont donc désormais assurés par les ARH. Le délai de transmission de quinze jours des procès verbaux jugé trop contraignant dans la pratique a été porté à un mois.

ANNEXE 5

CHAMP DU SROS ET CHAMP DE L'AUTORISATION

Il importe de rapprocher trois listes, celle de l'arrêté du 27 avril 2004 et celles des articles R.6122-25 et R.6122-26

L'arrêté, pris sur le fondement de l'article L.6122-1, ne fixe que la liste applicable au schéma régional. Les articles R.6122-25 et R.6122-26 déterminent tout le champ des matières encadrées par une autorisation.

Il convient de noter d'emblée que les thèmes du schéma régional prévus par l'arrêté sont souvent plus amples que l'activité de soins soumise à autorisation comprise dans le thème. Il sera donc nécessaire que la rédaction du SROS sur ces thèmes soit déclinée assez précisément pour permettre une exacte application des dispositions relatives à la matière soumise à l'autorisation.

Certains items sont identiques dans l'arrêté, soit seuls, soit compris dans un thème, et dans les articles du code : Médecine, Chirurgie, Soins de suite, Rééducation et réadaptation fonctionnelles, Psychiatrie, Réanimation,.

Malgré une différence minime de dénomination entre les deux textes, il n'y a pas de difficulté pour les activités : Accueil et traitement des urgences, Prise en charge de l'insuffisance rénale chronique par épuration extra-rénale, Prise en charge des personnes atteintes de cancer.

Plusieurs activités soumises à autorisation sont comprises dans un thème où leur dénomination n'apparaît pas. Ainsi, l'activité de soins Gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale, et l'ensemble des activités d'assistance médicale à la procréation énumérées au 17° de l'article R.6122-25 entrent dans le thème Périnatalité; l'activité Soins de longue durée, au moins en partie, dans le thème Prise en charge des personnes âgées ; les activités interventionnelles prévues au 11° de l'article susmentionné dans le thème Techniques interventionnelles utilisant l'imagerie médicale ; l'activité Neurochirurgie dans le thème Prise en charge des patients cérébro-lésés et traumatisés médullaires.

Est un peu plus complexe le cas des activités de soins se rattachant à plusieurs des thèmes du schéma : ainsi le thème Hospitalisation à domicile qui concerne, comme forme d'exercice, plusieurs de activités de soins.

Enfin, les appareils d'imagerie énumérés au 1°, au 2° et au 3° de l'article R.6122-26 entrent tous dans le thème Imagerie médicale prévu par l'arrêté.

Il y a lieu de remarquer que plusieurs des activités de soins devraient faire l'objet de dispositions transversales ou communes aux divers thèmes ou matières de l'arrêté, par exemple : Prise en charge des personnes âgées, Prise en charge des enfants et des adolescents, Soins palliatifs. Il en va de même des équipements d'imagerie.

L'arrêté du 27 avril 2004 n'interdit pas aux directeurs d'agences de compléter le schéma régional - ou les schémas interrégionaux prévus à l'article L 6121-3 - par des dispositions traitant des autres activités de soins ou équipements matériels lourds figurant aux articles R.6122-25 et R.6122-26 et non compris dans les listes prévues par l'article 6121-4.

ANNEXE 6

NOUVELLE LISTE DES MATIERES SOUMISES A L'AUTORISATION

Le régime d'autorisation n'encadre plus que deux catégories de matières : les activités de soins (article R.6122-25) et les équipements matériels lourds (article R.6122-26), conformément aux termes de l'article L.6122-1 CSP.

Les activités de soins correspondent pour partie aux « disciplines et groupes de disciplines » précédemment encadrés comme installations par l'article R.712-2 ancien, et pour partie à certaines des activités de soins qui figuraient à ce même article, dans une formulation parfois modifiée.

Deux des matières anciennes sont supprimées : l'utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées ; le traitement des affections cancéreuses par rayonnements ionisants de haute énergie. Des activités nouvelles sont introduites : les activités interventionnelles sous imagerie, par voie endovasculaire, en cardiologie, d'une part, et en neurologie, d'autre part ; ainsi que le traitement du cancer.

La liste des équipements matériels lourds est considérablement allégée, ne comportant plus que cinq types d'appareils, désormais sans distinction entre les appareils d'imagerie isotopique puisque toute la compétence d'autorisation appartient à la même autorité.

Ainsi, la publication des dispositions relatives à l'activité de soins de médecine ou de chirurgie met fin à l'ancien régime en ce qui concerne les disciplines ou les groupes de disciplines de médecine ou de chirurgie ; la publication des dispositions touchant l'activité de rééducation et réadaptation fonctionnelles met fin à ce régime pour la discipline de réadaptation et pour l'activité de soins de réadaptation fonctionnelle. Il en va de même pour certains équipements matériels lourds : la publication des dispositions relatives au traitement du cancer et aux activités interventionnelles sous imagerie médicale mettra hors du champ de l'autorisation les appareils de radiothérapie oncologique et les appareils de sériographie et d'angiographie numérisée.

Les disciplines, activités et appareils qui ne figurent plus sur les listes fixées par le code ne seront plus, après l'entrée en vigueur de cette liste, encadrés en droit au titre de la planification sanitaire, ni par dispositions des schémas, ni par autorisation ni par fixation d'objectifs quantifiés dans les contrats d'objectifs et de moyens des établissements qui disposent de ces activités ou appareils.

Les activités interventionnelles impliquent l'utilisation d'appareils d'angiographie et de coronarographie numérisés, qui, comme tels, ne sont plus soumis à autorisation. Ni l'installation de ces matériels ni leur usage diagnostique ne sont visés par la réglementation, mais seulement l'utilisation en intervention invasive pouvant présenter des risques pour le patient et seulement en cardiologie ou en neuroradiologie. Il incombera aux détenteurs de ces appareils souhaitant commencer cette pratique d'obtenir l'autorisation désormais prévue.

En ce qui concerne les appareils de radiothérapie oncologique, ils ne sont plus, eux non plus, soumis à une autorisation spécifique comme équipements lourds ; toutefois l'activité de soins nouvelle relative au traitement du cancer encadrera, par ses dispositions réglementaires spécifiques, la pratique thérapeutique à laquelle ils servent.

A compter de la publication des dispositions correspondantes du SROS établi conformément aux dispositions législatives et réglementaires issues de l'ordonnance de 2003, chacune des activités de soins est en vigueur dans la nouvelle formulation.

A partir de ce moment, les autorisations nouvelles et les renouvellements d'autorisation, explicites ou implicites, sont délivrés et enregistrés par l'ARH selon ces formulations et au regard du schéma afférent.

En application de l'article 13 de l'ordonnance du 4 septembre 2003, les matières aujourd'hui de compétence ministérielle (anciens articles D712-15 et D.712-16 CSP) et pour lesquelles le décret ou l'arrêté mentionnés à l'article L.6121-4 auront prévu un schéma national ou un schéma interrégional demeureront de la compétence ministérielle jusqu'à la publication du schéma adéquat, fût-ce au-delà de la date du 31 mars 2006.

Ainsi, les articles D.712-15 et D.712-16 sont abrogés au code de la santé publique, mais maintenus en vigueur dans leur rédaction antérieure à l'abrogation pour la délivrance et le renouvellements des autorisation concernées jusqu'à la publication des schémas dont il s'agit (Article 7 du décret n° 2005-840 du 20 juillet 2005).

ANNEXE 7

LES AUTORISATIONS EN COURS DE VALIDITE LORS DU BASCULEMENT DANS LE NOUVEAU REGIME D'AUTORISATION

L'échéance :

Le basculement aura lieu à une **date propre à chaque région** : celle de la publication du SROS III contenant les dispositions applicables aux matières soumises à l'autorisation par l'article R.712-28 nouveau.

A défaut de **publication** du SROS III, avant **le 31 mars 2006**, le basculement aura lieu à cette date.

Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003, article 12

(...)

A titre transitoire, les dispositions législatives en vigueur avant la publication de la présente ordonnance et relatives à la carte sanitaire et au régime des autorisations demeurent opposables aux installations, activités de soins ou équipements matériels lourds d'une région, jusqu'à la publication des dispositions du schéma d'organisation sanitaire applicables à ces activités ou équipements et au plus tard le 31 mars 2006 (...).

Pour l'application aux autorisations existantes à cette date **quatre points sont à retenir** :

POINT 1

La **nature** de toutes ces autorisations est désormais celle d'une autorisation pour une « **activité de soins** » ou pour un « **équipement matériel lourd** » : les autorisations anciennes de « disciplines » ont été « **transmutées** » :

Art. 77 de la loi n° 2004-1343 du 9 décembre 2004 de simplification du droit, complétant l'art. 12 de l'ordonnance du 4 septembre 2003

3° Il est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les établissements de santé qui, à la date d'entrée en vigueur du schéma d'organisation sanitaire concernant une activité de soins ou au plus tard au 31 mars 2006, sont titulaires d'une autorisation d'installations dans laquelle ils exercent cette activité de soins sont réputés titulaires de l'autorisation pour cette activité de soins jusqu'à la date d'expiration de la validité de l'autorisation d'installations susmentionnée. »

POINT 2

Leur **durée** est celle de la décision créatrice de droits **en cours d'effet** ; mais cette durée peut en certains cas être modifiée par l'agence.

Art. L 6121-2, avant-dernier alinéa :

« Les autorisations existantes incompatibles avec la mise en œuvre de cette annexe sont révisées au plus tard deux ans après la publication du schéma d'organisation sanitaire. »

Art. L.6122-8, dernier alinéa :

« Dans le cadre d'une opération de coopération, conversion, cession, changement de lieu d'implantation, fermeture, regroupement prévue par le schéma d'organisation sanitaire et pour assurer la continuité des soins, l'agence régionale de l'hospitalisation peut modifier la durée de validité d'une autorisation restant à courir ou fixer pour la nouvelle autorisation une durée de validité inférieure à celle prévue par voie réglementaire, après avis du comité régional de l'organisation sanitaire. »

POINT 3

Leur **renouvellement** se fera selon le **nouveau régime** ; elles ont, le cas échéant, été prorogées afin de pouvoir en bénéficier.

Décret n° 2005-434 du 6 mai 2005, article 10 :

V. - Par exception aux dispositions de l'article R. 712-48 du code de la santé publique, dans sa rédaction en vigueur à la date de publication du présent décret, pour les titulaires d'une autorisation d'installation concernant les disciplines et groupes de disciplines, les équipements matériels lourds ou les activités de soins énumérés à l'article R. 712-2 du même code dans sa rédaction antérieure à la date de publication du décret n° 2004-1289 du 26 novembre 2004, et venant à expiration dans la période comprise entre la date de la publication du présent décret et la date de publication des dispositions du schéma d'organisation sanitaire ou, à défaut, la date prévue au deuxième alinéa de l'article 12 de l'ordonnance précitée, la durée de validité de cette autorisation est prorogée du délai de quatorze mois prévu à l'article L. 6122-10 du même code à partir de la fin de cette période.

VI. - Par exception aux dispositions de l'article R. 712-48 du code de la santé publique, dans sa rédaction en vigueur à la date de publication du présent décret, pour les titulaires d'une autorisation venant à expiration dans le délai de deux ans suivant la date de publication des dispositions du schéma d'organisation sanitaire ou, à défaut, suivant la date prévue au deuxième alinéa de l'article 12 de l'ordonnance précitée, la durée de validité de l'autorisation est prorogée du délai de quatorze mois prévu à l'article L. 6122-10 du code de la santé publique à partir de la date d'expiration.

POINT 4

Elles pourront être remises en cause à la publication de **textes normatifs innovants** les concernant.

Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991, article 25 :

« Les établissements qui, à la date de publication des dispositions réglementaires prises pour l'application du septième alinéa de l'article L. 712-2 (*) du code de la santé publique, exercent les activités de soins définies par ces dispositions doivent demander, dans un délai fixé par les dispositions réglementaires susvisées, l'autorisation mentionnée à l'article L. 712-8 dudit code ; les demandeurs peuvent poursuivre ces activités jusqu'à l'intervention de la décision mentionnée par l'article L. 712-16 du même code. »

(*) **Art. L.712-2, 7ème al. :** « La liste des activités de soins mentionnées au b) du 2° ainsi que les conditions d'implantation et les modalités de fonctionnement des installations où elles s'exercent sont précisées par voie réglementaire. » Ces dispositions de 1991 sont devenues les art. L 6122-1, L.623-1 et L.6124-1 actuels.

1) NATURE et « TRANSMUTATION »

a) Les autorisations **accordées pour des activités de soins** énumérées au III de l'art. R.712-2 ancien, qui existaient comme telles avant la nouvelle liste **ne changent pas de nature** : transplantations d'organes et greffes de moelle osseuse, traitement des grands brûlés, etc.

Celles accordées pour **des activités de soins qui ne figurent plus dans la liste** n'ont plus d'objet après le 31 mars 2006. Mais les soins en cause peuvent être compris dans une autre activité de soins.

Exemple :

« Utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées » : s'intégrera à l'activité de soins de « Traitement du cancer », quand cette dernière sera définie par décret.

b) Les autorisations **accordées antérieurement pour des « installations »** (lits, places, appareils) qui servent à l'exercice de ce qui est désormais une activité de soins selon l'art. R.6122-25 sont **réputées autorisation pour cette activité** pour leur durée en cours.

Cette autorisation est éventuellement **spécifique : alternatives** (définies à l'art. R.6121-4 nouveau).

Elle le demeurera dans le nouveau régime. Il est en effet nécessaire juridiquement d'identifier l'autorisation des structures définies à l'art. R.6121-4, soumises à des conditions techniques de fonctionnement qui leur sont propres (art. D.6124-301 à D.6124-310). Une visite de conformité *ad hoc* doit être faite et, le cas échéant, les dispositions des articles L.6122-12 et L.6122-13 doivent pouvoir leur être appliquées.

Exemples :

Autorisation pour des lits de médecine = autorisation d'activité de soins de Médecine.

Autorisation pour des places de chirurgie ambulatoire = autorisation d'activité de soins de Chirurgie exercée sous forme d'alternative en structure de chirurgie ambulatoire définie à l'art. R.6121-4.

Autorisation d'appareils de radiothérapie = autorisation d'activité de soins de Traitement du cancer.

Autorisation d'appareil d'angiographie (lorsqu'il sert à des angioplasties coronaires) = autorisation d'activité interventionnelle, sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie.

c) Les autorisations **accordées pour des équipements lourds** énumérés au II de l'art. R.712-2 ancien, **qui demeurent soumis à autorisation** dans la nouvelle liste **ne changent pas de nature**.

Les autorisations accordées pour des **équipements qui ne figurent plus dans la liste** n'ont plus d'objet après le 31 mars 2006 : l'installation de l'appareil est libre.

d) **Cas particuliers :**

Lorsqu'une autorisation spécifique d'activité de soins était obligatoire en vertu de la liste ancienne (R.712-2), la « transmutation » n'a pas pour effet de dispenser l'établissement de cette autorisation.

Sont concernées :

- **La gynécologie-obstétrique** : l'autorisation accordée pour les « installations » de gynécologie – obstétrique ne permet de pratiquer dans ces installations l'activité d'obstétrique que si l'établissement détient **également l'autorisation spécifique** à cette activité de soins définie aux articles R.6123-40 et R.6123-43. A défaut, l'autorisation de gynécologie vaudra autorisation d'activité de soins de Médecine ou de Chirurgie gynécologiques.
- **La réanimation** : les deux autorisations précédemment prévues : celles « d'installations » spécifiques à la réanimation et celle d'activité de soins ne peuvent être accordées l'une sans l'autre, pour l'application du décret du 5 avril 2002 : elles se confondront donc en une même autorisation d'activité de soins, d'une durée de 5 ans (art. R.712-48 ancien et art. R.6122-38, 1^{er} al., nouveau).
- **La réadaptation** : il en va comme dans le cas précédent : deux autorisations dont les effets se confondent.

2) DUREE DE VALIDITE

Les autorisations en cours d'exécution **conservent la durée de validité applicable à l'époque des décisions** qui ont créé leurs droits : 5 ans, 7 ans, 10 ans selon la matière, **sauf les cas particuliers** évoqués en 3 ci-après.

Exemples :

Autorisation de médecine (durée : 10 ans) renouvelée à compter du 2 août 2001 : valide jusqu'au 2 août 2011.

Autorisation de soins de suite, mise en œuvre en juin 1998 (durée :10 ans) : valide jusqu'en juin 2008.

Autorisation d'hospitalisation à domicile (durée :10 ans) mise en œuvre en mars 2000 : valide jusqu'en mars 2010.

Autorisation de chirurgie ambulatoire (durée 5 ans) mise en œuvre ou renouvelée en 2003 : valide jusqu'en 2008.

Autorisation de scanographe (durée : 7 ans) mise en œuvre ou renouvelée en 2000 : valide jusqu'en 2007.

N. B. : L'échéance des autorisations décennales courant d'août 2001 à août 2011, dont le renouvellement doit être engagé à partir de juin 2010, coïncidera avec la préparation – ou la parution - du SROS IV.

Cette durée peut cependant être modifiée avant l'échéance par l'ARH dans deux cas prévus par la loi.

- a) **Après la publication d'un nouveau SROS**, l'ARH **doit réviser**, y compris quant à leur durée, les autorisations devenues incompatibles.

Art. L 6121-2, avant-dernier alinéa :

« Les autorisations existantes incompatibles avec la mise en œuvre de cette annexe sont révisées au plus tard deux ans après la publication du schéma d'organisation sanitaire. »

- b) A l'occasion d'une **opération de recomposition**, prévue par le SROS et pour assurer la continuité des soins, l'ARH **peut modifier** les durées de validité.

Art. L.6122-8, dernier alinéa :

« Dans le cadre d'une opération de coopération, conversion, cession, changement de lieu d'implantation, fermeture, regroupement prévue par le schéma d'organisation sanitaire et pour assurer la continuité des soins, l'agence régionale de l'hospitalisation peut modifier la durée de validité d'une autorisation restant à courir ou fixer pour la nouvelle autorisation une durée de validité inférieure à celle prévue par voie réglementaire, après avis du comité régional de l'organisation sanitaire. »

Exemple :

Regroupement, sur le fondement du SROS, d'établissements dont les diverses autorisations en cours n'ont pas la même date de fin : l'ARH peut uniformiser les durées pour faciliter le calendrier de réalisation de l'opération.

3) RENOUELEMENT ET PROROGATIONS

Le renouvellement de toutes ces autorisations se fera, à l'échéance, selon le nouveau régime : envoi d'un dossier d'évaluation 14 mois avant l'échéance, éventuellement injonction de l'ARH demandant un dossier complet.

La durée de validité des autorisations d'AMP et de DPN a été prorogée de deux ans en 2004, elle est prorogée à nouveau par le décret : leur échéance est donc au 7 octobre 2007.

Loi n° 2004-800 du 6 août 2004 (J. O. du 7 août) relative à la bioéthique, art. 38 :

La durée des autorisations délivrées, en application des dispositions législatives et réglementaires applicables avant la date d'entrée en vigueur de la présente loi, aux centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal, aux établissements de santé, aux laboratoires d'analyses de biologie médicale ainsi qu'à des organismes pour la réalisation des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou de son identification par empreintes génétiques à des fins médicales, pour la pratique des activités de diagnostic prénatal, de diagnostic biologique à partir de cellules prélevées sur l'embryon in vitro ainsi que pour l'exercice des activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation est prorogée de deux ans à compter de la publication de la présente loi.

Les autorisations qui avaient été « transmutes » seront renouvelées dans l'activité de soins concernée.

La nouvelle durée de validité sera celle de 5 ans fixée par l'art. R.6122-38, 1^{er} alinéa.

Exemples :

Echéance d'une autorisation de médecine le 2 août 2001 : dossier à envoyer à l'ARH avant le 2 juin 2010. Renouvellement acquis implicitement le 2 août 2010, à défaut d'injonction. Nouvelle durée de validité : du 2 août 2011 au 2 août 2016.

Echéance d'une autorisation de chirurgie ambulatoire le 1^{er} juin 2009 : dossier d'évaluation à envoyer avant le 1^{er} avril 2008. A défaut d'injonction, renouvellement acquis le 1^{er} juin 2008, pour l'exercice de l'activité de soins de chirurgie sous forme de structure de chirurgie ambulatoire. Durée de validité : du 1^{er} juin 2009 au 1^{er} juin 2014.

- **Cas particulier des autorisations « d'installations » successives servant à une même activité de soins.**

Par la « transmutation » l'établissement est titulaire d'une autorisation d'activité de soins, et par l'effet de la suppression de la carte sanitaire, les décisions comptées en lits (ou places) disparaissent à l'avenir.

En conséquence, la première autorisation renouvelée renouvelle pour l'établissement le droit d'exercer l'activité de soins concernée. Le demandeur envoie alors le document prévu à l'article L.6122-10 en y retraçant l'évaluation de l'ensemble de l'activité en cause. De ce fait, les autorisations d'installations ultérieures deviennent sans objet lorsqu'elles arrivent à leur échéance propre. Il n'y a donc pas lieu d'en engager le renouvellement, **sauf lorsqu'il s'agit d'une décision d'alternatives**, « forme » qui demeure soumise à une autorisation expresse (art. L.6122-1 et R.6121-4).

Il convient de signaler, que, dans le cas où un établissement titulaire dès avant 1991 d'une autorisation renouvelée en 2001 jusqu'en 2011, détient également une seconde autorisation pour la même activité de soins, mise en œuvre entre 1991 et 2001, dont l'échéance se présentera chronologiquement la première, le renouvellement de cette autorisation à cette échéance rendra sans objet le renouvellement en 2011 de l'autorisation la plus ancienne, même si celle-ci avait en son temps constitué la décision principale. En effet, le renouvellement le plus précoce, portant sur le droit même de pratiquer l'activité de soins comme telle en confirmera le droit d'exploitation sur la totalité de l'établissement. Inversement si à l'occasion du premier renouvellement dont elle sera saisie l'ARH venait à ne pas renouveler l'autorisation d'exercer l'activité de soins, l'établissement ne saurait poursuivre l'exploitation d'installations plus anciennes.

Exemples :

Autorisation ancienne « d'installations » de médecine renouvelée le 2 août 2001, complétée par une autorisation d'extension de plusieurs lits mis en service le 1^{er} juin 2003 : la première autorisation, « transmutée » en autorisation d'activité de soins de médecine, sera renouvelée pour cette activité de soins à compter du 2 août 2011 et jusqu'au 2 août 2016. La seconde autorisation, qui courait jusqu'au 1^{er} juin 2013, dès lors qu'il n'y a plus d'autorisation en lits ne porte plus, par la « transmutation », que sur cette même activité ; elle est privée d'objet du fait du renouvellement de l'autorisation de l'activité en 2001 : il n'y a pas alors de renouvellement à solliciter.

Autorisation ancienne « d'installations » de chirurgie renouvelée le 2 août 2001, complétée par une autorisation d'extension de plusieurs lits mis en service le 1^{er} février 1999 : la première autorisation, « transmutée » en autorisation d'activité de soins de chirurgie, aurait été renouvelée à compter du 2 août 2011. Mais la seconde autorisation qui court jusqu'au 1^{er} février 2009 déclenchera dès cette échéance un renouvellement global de l'activité de soins, valant jusqu'au 1^{er} février 2014. Il n'y aura donc plus de renouvellement à solliciter en 2011.

Mais le CPOM prendra en compte, dans ses avenants ou renouvellements, des objectifs quantifiés correspondant à l'activité exercée sur l'ensemble né des diverses autorisations originelles.

• **Cas particulier des prorogations accordées par les décrets du 26/11/2004 et du 6/5/2005**

Afin de permettre le renouvellement selon le nouveau principe des autorisations arrivées, ou arrivant prochainement, à leur échéance initiale, la durée de validité en été prorogée par le décret du 6 mai 2005, faisant suite au décret du 26 novembre 2004.

Les autorisations arrivant à échéance entre la publication du décret de novembre 2004 (*J. O.* du 28/11) et la date de basculement dans le nouveau régime (publication du SROS III ou, à défaut, 31 mars 2006) sont prorogées de 14 mois à partir de cette dernière date.

Les autorisations arrivant à échéance dans les deux ans suivant cette même date sont prorogées de 14 mois ajoutés à leur durée initiale.

Les envois de dossier d'évaluation se feront donc de la façon suivante :

- pour les titulaires qui sont dans la première catégorie, le dossier d'évaluation doit être adressé à l'ARH **dès la publication du SROS III** ;

- pour ceux qui sont dans la seconde catégorie, le dossier doit être envoyé au plus tard **le jour même où dans sa durée initiale (prorogée par la loi Bioéthique, le cas échéant) l'autorisation aurait pris fin.**

• **Cas particulier de certaines matières soumises à autorisation qui ne seraient pas comprises dans un schéma à la date du 31 mars 2006 :**

Les matières demeurant soumises à autorisation en application des articles R.6122-25 et R.6122-26 nouveaux et qui cumulent les deux caractéristiques suivantes :

- autorisation réservée au ministre chargé de la santé, en application de l'art. L.6122-10 dans la rédaction antérieure au 6 septembre 2003 et des art. D.712-15 et D.712-16 anciens CSP,
- schéma d'organisation sanitaire les concernant non encore publié,

demeurent dans la compétence ministérielle pour le renouvellement de l'autorisation comme pour la délivrance d'autorisation nouvelle.

Ordonnance n° 203-850 du 4 septembre 2003, article 13 :

A titre transitoire, la compétence du ministre chargé de la santé prévue par les dispositions législatives en vigueur avant la publication de la présente ordonnance, pour délivrer et renouveler certaines autorisations d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, est maintenue jusqu'à la publication des dispositions du schéma d'organisation sanitaire applicable à l'activité de soins ou à l'équipement.

Décret n° 2005-840 du 20 juillet 2005, article 7 :

A titre transitoire et en application de l'article 13 de l'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation, les dispositions des articles D. 712-15 et D. 712-16 du code de la santé publique, dans leur rédaction antérieure à la publication du présent décret, demeurent applicables pour la délivrance et le renouvellement par le ministre chargé de la santé des autorisations relatives aux activités de soins et aux équipements lourds concernés, jusqu'à la date de publication des dispositions du schéma d'organisation sanitaire mentionnées à l'article 13 précité.

Mais à défaut de schéma, seules les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement sont opposables aux demandeurs, quand elles existent.

Il ne peut, en fait, s'agir ici que de matières mentionnées à la fois aux art. R.6122-25 et R.6122-26 nouveaux et à l'art. D.712-15 ancien, que le Gouvernement déciderait de soumettre à un schéma interrégional ou national, en vertu de l'art. L.6121-4, et qui, par là, seraient expressément exceptées des thèmes, activités de soins et des équipements lourds dont la liste est fixée par l'arrêté du 27 avril 2004.

Exemple :

Autorisation de chirurgie cardiaque (durée de validité : 5 ans), mise en œuvre le 1^{er} juin 1996, renouvelée à compter du 1^{er} juin 2001 jusqu'au 1^{er} juin 2006, prorogée jusqu'au 1^{er} août 2007 : dossier d'évaluation à envoyer le 1^{er} juin 2006. Si à cette date, aucun schéma relatif à la chirurgie cardiaque n'est publié, le dossier d'évaluation sera envoyé au ministre chargé de la santé, pour l'application de l'art. L.6122-10, et non à l'ARH.

4) TEXTES NORMATIFS NOUVEAUX

Par application de l'article 25 de la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, lorsqu'une activité de soins qui n'avait pas encore connu de réglementation de ses conditions d'implantation et modalités de fonctionnement fait l'objet de textes à cet égard, les établissements qui pratiquent l'activité doivent demander une autorisation dans le nouveau cadre juridique. Cette procédure met fin aux droits qu'une autorisation antérieure leur avait donnés, le cas échéant.

Art. 25 de la loi de 1991 :

« Les établissements qui, à la date de publication des dispositions réglementaires prises pour l'application du septième alinéa de l'article L. 712-2 du code de la santé publique, exercent les activités de soins définies par ces dispositions doivent demander, dans un délai fixé par les dispositions réglementaires susvisées, l'autorisation mentionnée à l'article L. 712-8 dudit code ; les demandeurs peuvent poursuivre ces activités jusqu'à l'intervention de la décision mentionnée par l'article L. 712-16 du même code. »

Cette procédure s'appliquera aux activités de soins nouvelles dans la liste de l'art. R.6122-25, au fur et à mesure de la publication des décrets les concernant.

Exemples :

Autorisation d'activité de Traitement du cancer en cours de validité par « transmutation » d'une autorisation d'appareil de radiothérapie : une autorisation nouvelle, avec une durée de validité nouvelle (de 5 ans et non de 7), devra être obtenue par l'établissement après la parution des décrets relatifs à l'activité de soins Traitement du cancer.

Autorisation d'activité interventionnelle en cours par « transmutation » d'une autorisation d'angiographe : une autorisation nouvelle, avec la durée de validité nouvelle, devra être obtenue par l'établissement après la parution des décrets relatifs à celle des activités de soins interventionnelles qu'il pratique.

A défaut de ces nouvelles autorisations, ces établissements ne pourront plus se prévaloir de droits antérieurs.

ANNEXE 8

CALENDRIER PREVISIONNEL DES PRINCIPALES ACTIONS A CONDUIRE APRES LA PUBLICATION DU SROS III PERIODE 2005-2011

CHRONOLOGIE 2005-2011	ACTIONS	
PERIODES	ARH	ETABLISSEMENTS
JUILLET-OCTOBRE 2005	Ouverture, avancée s'il y a lieu, et bilans préalables des 2^{èmes} « fenêtres » de dépôt des dossier pour 2005 : sur les bases de droit de l'ancien régime : carte sanitaire, SROS II.	Dans la « fenêtre » : Dépôt des dossiers de demandes.
OCTOBRE 2005-MARS 2006	Instruction des demandes sur les bases de droit de l'ancien régime. <u>Décisions avant la publication du SROS III si la demande touche un objet qui ne figurera plus dans le SROS III, ex. lits ou places.</u> Après cette publication, la demande devra être rejetée comme devenue « sans objet ». Si elle a encore un objet, ex. installation d'appareil d'imagerie, après la publication, il y sera statué au regard du SROS nouveau. Signature du SROS III. Information des titulaires d'autorisation prorogée concernée par un renouvellement prochain, de la publication prochaine du SROS III.	
MARS 2006	Publication du SROS III. N. B. Si le recueil est daté : « mois de mars » sans quantième, la publication est tenue pour faite le dernier jour du mois.	Pour les établissements ayant bénéficié de la prorogation d'une autorisation normalement échue entre le 26/11/2004 et la publication du SROS III : <ul style="list-style-type: none"> • Dès la publication du SROS III : envoi à l'ARH du dossier d'évaluation prévu par l'art. L.6122-10 CSP.

AVRIL 2006	<p>Etablissement du nouvel inventaire des autorisations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - liste des autorisations en cours de validité - objectifs quantifiés déjà assurés par les CPOM, ou couverts par les activités effectuées par les établissements (PMSI). <p>Examen des dossiers d'évaluation des autorisations à renouveler, reçus en mars.</p> <p>Injonctions éventuelles pour le dépôt d'un dossier complet de renouvellement, à déposer dans la prochaine fenêtre (L.6122-9)</p>	<p>Pour les établissements bénéficiant de la prorogation d'une autorisation dont l'échéance normale tombait entre la publication du SROS III et le terme des deux ans suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Envoi à l'ARH du dossier d'évaluation, à la date à laquelle l'autorisation devait échoir. <p>N. B. Cette action s'étalera dans le temps, de mars 2006 à mars 2008, selon la date d'échéance propre à chaque établissement intéressé.</p>
MAI-JUIN 2006	<p>Publication du bilan avant la 1^{ère} « fenêtre » de dépôts des demandes d'autorisation pour 2006, selon le nouvel inventaire.</p> <p>Examen des dossiers d'évaluation des autorisations à renouveler, au fur et mesure de leur réception et dans les deux mois. Injonctions éventuelles.</p> <p>N B. Cette action s'étalera jusqu'à mai 2008.</p>	<p>Dans la « fenêtre » :</p> <p>Dépôt des demandes d'autorisation. Dépôt des demandes de renouvellement des autorisations prorogées, en cas d'injonction de l'ARH.</p> <p>A défaut d'injonction dans les deux mois de l'envoi du dossier d'évaluation : les autorisations sont renouvelées, pour 5 ans à compter de la date de fin de la durée de validité prorogée.</p>
JUIN-DECEMBRE 2006	<p>Instruction et décision sur les demandes reçues dans la 1^{ère} « fenêtre » :</p> <p>Autorisations nouvelles, Renouvellements explicites (rejet en cas de silence gardé par l'ARH) : L.6122-9 CSP).</p>	<p>Poursuite de l'envoi des dossiers d'évaluation des autorisations prorogées.</p>
ANNEE 2006/ANNEE 2007	<p>Application courante du nouveau régime des autorisations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inventaire - Bilans avant les « fenêtres » - Examen des dossiers d'évaluation et injonctions éventuelles - Décisions d'autorisations et de renouvellement. 	<p>Idem :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Demandes d'autorisation - Envois des dossiers d'évaluation des autorisations (14 mois avant l'échéance) - Dépôt des dossiers de renouvellement, sur injonction - Etc.

	<p>Application du régime propre aux CPOM :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conclusion de CPOM dans les 3 mois suivant les autorisations nouvelles - Examens des demandes de renouvellement de CPOM et des rapports finaux (L.6114-1 CSP) - Examen du rapport annuel d'étape - Conclusions d'avenants éventuels aux CPOM existants, sur la base du SROS III - Conclusion de CPOM avec les établissements qui n'en auraient pas, sur la base de leurs autorisations en cours de validité et du SROS III. 	<p>Idem :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Négociation des CPOM nouveaux - Envoi des demandes de renouvellement de CPOM avec le rapport final - Envoi du rapport annuel d'étape - Demandes ou négociation avec l'ARH sur des avenants éventuels - Etc.
AVANT MARS 2008	Révision des autorisations non compatibles avec l'annexe du SROS.	Révision des autorisations devenues non compatibles.
ANNEE 2008/ANNEE 2009/ANNEE 2010	Application courante des régimes d'autorisation et de CPOM. Préparation du SROS IV	Application courante des régimes d'autorisation et de CPOM
AVANT le 2 JUIN 2010		Envoi des dossiers d'évaluation des autorisations décennales renouvelées pour 10 ans à compter du 2 août 2001, si le renouvellement n'a pas déjà eu lieu (voir annexe 7, point 3).
AVANT le 2-JUILLET 2010	Examen des dossiers d'évaluation des autorisations décennales à renouveler. Injonctions éventuelles pour le dépôt d'un dossier complet de renouvellement, à déposer dans la prochaine fenêtre..	A défaut d'injonction dans les deux mois, les autorisations sont renouvelées pour 5 ans, à compter du 2 août 2011.
AVANT MARS 2011	Publication du SROS IV	

ANNEXE 9

TABLEAU DE CORRESPONDANCE

Dispositions relatives à l'organisation des soins et au régime d'autorisation Dispositions relatives à la conférence sanitaire

Le décret n° 2005-434 du 6 mai 2005 avait codifié les dispositions nouvelles dans le Livre VII, du code de la santé publique Cette codification a été modifiée par le décret n° 2005-840 du 20 juillet 2005 relatif à la Sixième partie du CSP (*J.O.* du 26 juillet).

TEXTE	Codification en Livre VII Décret n° 2002-434	Codification en VI ^{ème} partie Décret n° 2002-840
Code de la santé publique	Schéma d'organisation sanitaire, CNOSS, CROS, Autorisation	Schéma d'organisation sanitaire, CNOSS, CROS, Autorisation
	Livre VII, titre 1 ^{er} , Chapitre II, Sections 1 à 3	VI ^{ème} partie, titre II, Chapitre 1 ^{er} , Sections 1 et 2 Chapitre II, sections 1 à 4
	art. R. 712-1	R. 6121-1
	art. R. 712-2	R. 6121-2
	art. R. 712-3	R. 6121-3
	art. R. 712-4	R. 6121-4
	art. R. 712-5	R. 6121-5
	art. R. 712-6	R. 6122-1
	art. R. 712-7	R. 6122-2
	art. R. 712-8	R. 6122-3
	art. R. 712-9	R. 6122-4
	art. R. 712-10	R. 6122-5
	art. R. 712-11	R. 6122-6
	art. R. 712-12	R. 6122-7
	art. R. 712-13, I	R. 6122-8
	art. R. 712-13, II	R. 6122-9
	art. R. 712-13, III	R. 6122-10
	art. R. 712-14	R. 6122-11
	art. R. 712-15	R. 6122-12
	art. R. 712-16	R. 6122-13
	art. R. 712-17	R. 6122-14
	art. R. 712-18	R. 6122-15

	art. R. 712-19	R. 6122-16
	art. R. 712-20	R. 6122-17
	art. R. 712-21	R. 6122-18
	art. R. 712-22	R. 6122-19
	art. R. 712-23	R. 6122-20
	art. R. 712-24	R. 6122-21
	art. R. 712-25	R. 6122-22
	art. R. 712-26	R. 6122-23
	art. R. 712-27	R. 6122-24
	art. R. 712-28, I	R. 6122-25
	art. R. 712-28, II	R. 6122-26
	art. R. 712-29	R. 6122-27
	art. R. 712-30	R. 6122-28
	art. R. 712-31	R. 6122-29
	art. R. 712-32	R. 6122-30
	art. R. 712-33	R. 6122-31
	art. R. 712-34	R. 6122-32
	art. R. 712-35	R. 6122-33
	art. R. 712-36	R. 6122-34
	art. R. 712-37	R. 6122-35
	art. R. 712-38	R. 6122-36
	art. R. 712-39	R. 6122-38, 1 ^{er} alinéa
	art. R. 712-40	R. 6122-38, 2 ^{ème} alinéa
	art. R. 712-41	R. 6122-39
	art. R. 712-42	R. 6122-40
	art. R. 712-43	R. 6122-41
	art. R. 712-44	R. 6122-42
	art. R. 712-45	R. 6122-43
	art. R. 712-46	R. 6122-44
Code de la santé publique	Livre VII, titre 1 ^{er} Chapitre III, Section 1	VI ^{ème} partie, titre III, Chapitre I ^{er} , Sections 1 et 2
	Conférences sanitaires	Conférences sanitaires
	art. R. 713-1-1	R. 6131-1
	art. R. 713-1-2	R. 6131-2
	art. R. 713-1-3	R. 6131-3
	art. R. 713-1-4	R. 6131-4
	art. R. 713-1-5	R. 6131-5
	art. R. 713-1-6	R. 6131-6
	art. R. 713-1-7	R. 6131-7

	art. R. 713-1-8	R. 6131-8
	art. R. 713-1-9	R. 6131-9
	art. R. 713-1-10	R. 6131-10
	art. R. 713-1-11	R. 6131-11
	art. R. 713-1-12	R. 6131-12
	art. R. 713-1-13	R. 6131-13
	art. R. 713-1-14	R. 6131-14
	art. R. 713-1-15	R. 6131-15
	art. R. 713-1-16	R. 6131-16