https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhafaf-1-n-96-466-du-18-juillet-1996-relative-a-la-mise-en-oeuvre-de-lordonnance-n-96-346-du-24-avril-1996-portant-reforme-de-lhospitalisation-publique-et-privee/
Circulaire DH/AF/AF 1 n° 96-466 du 18 juillet 1996 relative à la mise en oeuvre de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée
18/07/1996
La réforme de l'hospitalisation publique et privée revêt une importance considérable pour le Gouvernement. Elle s'inscrit en effet dans le mouvement de rénovation de la protection sociale, annoncé en novembre dernier.
Ce texte ambitieux modifie profondément la régulation du système hospitalier. Il concerne l'ensemble des établissements de santé, publics comme privés, et adapte les règles relatives tant à la planification qu'à l'allocation des ressources.
Il doit permettre non seulement une amélioration de la qualité des soins et de la prise en charge des besoins sanitaires de la population, mais aussi une meilleure utilisation des dépenses d'assurance maladie affectées à l'hospitalisation.
La mise en oeuvre de la réforme appelle la participation active de tous les acteurs du système hospitalier : celle des services de l'Etat et de l'assurance maladie, en particulier dans la perspective de la création des agences régionales de l'hospitalisation, mais aussi celle de tous ceux qui travaillent au sein des établissements de santé. Une qualité et une sécurité des soins accrues, un accueil du public amélioré, une gestion maîtrisée sont autant d'objectifs qui dépendent de tous.
Le Gouvernement entend donc promouvoir une mobilisation forte et rapide autour des différents axes de la réforme : coopération entre établissements, contractualisation externe et interne, promotion des droits des malades, engagement dans l'accréditation et développement de l'évaluation médicale.
L'application de l'ordonnance portant réforme de l'hospitalisation publique et privée requiert également la publication de nombreux décrets et circulaires, au nombre d'une trentaine environ. L'intention du Gouvernement est de les publier dans un délai rapproché et pour une bonne part dès cet automne. Toutefois, la célérité à laquelle le Gouvernement est attaché ne saurait lui faire oublier la nécessité d'une concertation étroite et approfondie avec les représentants du monde hospitalier.
La présente circulaire a pour objet de vous préciser, des dispositions de l'ordonnance, celles dont l'application est subordonnée à la parution de textes réglementaires et celles qui sont d'application immédiate, assorties des conditions de leur mise en oeuvre.
Sont joints en annexe le texte actualisé et commenté du titre Ier du livre VII du code de la santé publique relatif aux établissements de santé et le calendrier prévisionnel d'élaboration des projets des textes d'application.
1. Le droit applicable depuis la publication de l'ordonnance du 24 avril 1996
L'ordonnance portant réforme de l'hospitalisation publique et privée s'applique avant même sa ratification par le Parlement.
Elle a vocation à entrer en vigueur dès sa publication, c'est-à-dire à compter du 25 avril 1996.
Il n'en va autrement que pour celles des dispositions de l'ordonnance qui prévoient expressément d'autres dates d'entrée en vigueur et pour celles dont la mise en oeuvre est subordonnée à l'intervention d'un texte d'application.
Il convient d'ores et déjà d'appeler votre attention sur un point particulier : si l'article 28 de l'ordonnance rend l'annexe au SROS opposable, cette disposition n'a aucun caractère rétroactif et n'entre, de surcroît, en vigueur que pour les schémas dits de deuxième génération, comme cela est précisé dans l'exposé des motifs. Ainsi, les annexes relatives à divers volets spécifiques du SROS que vous pourrez être amenés à arrêter d'ici là garderont donc un caractère indicatif, tout comme les annexes arrêtées avant la publication de l'ordonnance : il importe naturellement de poursuivre l'élaboration des SROS de première génération pour les aspects qui n'auraient pu être developpés et de réaliser les annexes correspondantes.
L'annexe I ci-jointe présente, d'une part, le texte du titre Ier du livre VII modifié par l'ordonnance et donne, d'autre part, toutes indications utiles sur les dispositions qui s'appliquent immédiatement et celles dont l'application requiert la parution d'un texte réglementaire.
2. La continuité de l'action de l'Etat durant la période précédant l'installation des agences régionales de l'hospitalisation
a) Principes généraux
L'une des principales novations de la réforme de l'hospitalisation consiste en la création des agences régionales de l'hospitalisation, qui ont vocation à exercer les compétences en matière de politique hospitalière antérieurement dévolues au représentant de l'Etat dans la région ou le département, d'une part, et aux organismes de sécurité sociale (C.R.A.M.) d'autre part.
Le calendrier de la mise en place des agences régionales de l'hospitalisation est prévu à l'article 11 de l'ordonnance : les conventions constitutives des agences devront être signées le 31 décembre 1996 au plus tard. La convention constitutive de chaque agence précisera notamment la date à compter de laquelle celle-ci exercera ses compétences. Cette date ne pourra pas être postérieure au 1er juillet 1997.
Les I, II et III de l'article 12 de l'ordonnance indiquent les dispositions du code de la santé publique pour lesquelles, compte tenu des nouvelles répartitions de compétences, l'agence régionale de l'hospitalisation ou son directeur sont respectivement substitués au représentant de l'Etat. Les IV ert V du même article modifient les articles 201 et 201-1 du code de la famille et de l'aide sociale relatifs à la commission interrégionale de la tarification pour prendre en compte l'intervention du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation en matière de contentieux de la tarification.
L'article 13 de l'ordonnance précise les conditions dans lesquelles sont exercées les compétences dévolues aux agences régionales de l'hospitalisation avant la date de transfert prévue dans chaque convention constitutive et au plus tard jusqu'au 30 juin 1997. Durant cette période, ces compétences, à l'exception de celles concernant les contrats conclus avec les établissements de santé privés mentionnés à l'article L.710-16-2, sont exercées par le préfet de département ou de région en application des dispositions réglementaires actuellement en vigueur. Les contrats avec les établissements de santé publics et privés sous dotation globale, y compris les contrats tripartites qui étaient en cours de négociation sur la base de l'article L.714-4 avant la publication de l'ordonnance, qui sont désormais régis par l'article L.710.16.1, relèvent de la compétence du préfet de région.
L'article 14 indique les conditions dans lesquelles les contrats prévus à l'article L.710-16-2 se substituent aux conventions conclues entre les caisses régionales d'assurance maladie et les établissements de santé privés concernés, en vertu de l'article L.162-22 du code de la sécurité sociale.
b) Précisions sur la campagne budgétaire 1997 des établissements sous dotation globale
La campagne budgétaire 1997, qui va démarrer en juillet avec les premières délibérations des établissements sur les rapports d'orientation présentés en juin par les directeurs, sera menée sous la responsabilité directe des préfets de région et de département.
En effet, quelle que soit, dans chaque région, la date qui sera retenue pour les transferts de compétences à l'agence régionale, celle ci sera postérieure à la fin de la campagne budgétaire portant sur les budgets primitifs de l'exercice 1997. Cette campagne se déroulera selon un calendrier proche du calendrier habituel. En effet, la nouvelle rédaction de l'article L.714.7 du code de la santé publique, prévoyant que l'intervention nouvelle du Parlement concrétisée par le vote de la loi de financement de la sécurité sociale, qui aura lieu probablement fin décembre 1996 pour l'année 1997, ne fait pas obstacle à l'engagement de la procédure de fixation des budgets primitifs 1997 des établissements du secteur public dès le début de l'automne 1996.
Les DDASS et les DRASS auront donc à conduire la campagne budgétaire de l'exercice 1997 sous votre autorité, dans les conditions prévues par le nouvel article L.714.7 du code de la santé publique précité et des articles L.174.1 et L.174.1.1 du code de la sécurité sociale. Vous aurez ainsi à arrêter les budgets primitifs des établissements dans les trente jours qui suivront la publication de la loi de financement de la sécurité sociale et si possible avant le premier janvier 1997.
Il est précisé que les commissions d'examen des budgets hospitaliers prévues à l'article R.714-3-31 du code de la santé publique auront à se prononcer sur les budgets 1997.
Il est bien entendu important que les directeurs nouvellement nommés des agences régionales de l'hospitalisation soient tenus informés tout au long de la campagne budgétaire des orientations et des mesures que vous aurez à préparer et à prendre.
3. Les priorités de politique hospitalière qui peuvent être engagées sans attendre les textes d'application
Indépendamment de la publication des textes d'application et sans attendre les instructions annoncées, certaines dispositions nouvelles définies par l'ordonnance doivent commencer à donner lieu à des initiatives. Il est essentiel que les mois à venir soient pleinement utilisés à cet égard.
Il en est ainsi des thèmes suivants :
- les droits des malades, et plus particulièrement l'évaluation de la satisfaction des usagers, leur information et l'organisation de procédures de conciliation au sein des établissements de santé : les établissements publics et privés doivent être encouragés à prendre des initiatives dans ce domaine ;
- la coopération entre établissements : des projets de constitution de groupement de coopération sanitaire peuvent déjà être engagés et préparés entre les acteurs concernés, de telle sorte qu'une fois le dispositif réglementaire défini, l'opération puisse être concrétisée sans délai ; de même, il est souhaitable d'initier sans attendre la constitution de réseaux de soins et de communautés d'établissements, d'autant que ces dernières doivent être créées avant le 25 avril 1999 ; enfin, le nouvel article L.712.20 permet à l'autorité administrative de faire aboutir les actions de coopération entre établissements publics telles que la convention, le syndicat interhospitalier ou le GIP. Il conviendra de faire part de toutes initiatives et de communiquer à la direction des hôpitaux tous projets relatifs à ces actions de coopération, quel que soit leur état d'avancement ;
- les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens : de tels contrats avec les établissements publics et les établissements privés participant au service public hospitalier peuvent d'ores et déjà être négociés et conclus par les préfets de région en application de l'article 13 précité de l'ordonnance ;
- l'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins : les établissements tant publics que privés seront incités à développer les actions qu'ils mènent dans ce domaine et vous veillerez à informer la direction des hôpitaux de celles qui vous paraissent les plus intéressantes.
Vous voudrez bien faire connaître toute difficulté que vous pourriez rencontrer dans l'application de la présente circulaire.
Références : titre Ier du livre VII du code de la santé publique.
Pièces jointes : 2.
Annexe 1 : texte actualisé et commenté du titre Ier du livre VII du code de la santé publique ;
Annexe 2 : calendrier prévisionnel d'élaboration des textes d'application de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

ANNEXES.
ANNEXE I
Texte actualisé et commenté du titre Ier du livre VII du Code de la santé publique
CODE DE LA SANTE PUBLIQUE
LIVRE VII
ETABLISSEMENTS DE SANTE, THERMOCLIMATISME, LABORATOIRES
TITRE Ier
ETABLISSEMENTS DE SANTE
CHAPITRE Ier A
Principes fondamentaux
Section 1
Des droits du malade accueilli dans un établissement de santé
'Art. L.710-1. - Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire.
'Les limitations apportées à ce principe par les différents régimes de protection sociale ne peuvent être introduites qu'en considération des capacités techniques des établissements, de leur mode de tarification et des critères de l'autorisation à dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux.
'Art. L. 710-1-1. - La qualité de la prise en charge des patients est un objectif essentiel pour tout établissement de santé. Celui-ci doit procéder à une évaluation régulière de leur satisfaction, portant notamment sur les conditions d'accueil et de séjour. Les résultats de ces évaluations sont pris en compte dans l'accréditation définie à l'article L.710-5.
'Chaque établissement remet aux patients, lors de leur admission, un livret d'accueil auquel est annexée la charte du patient hospitalisé, conforme à un modèle type arrêté par le ministre chargé de la santé' (ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, art. 1er).
Modalités d'application du titre Ier du livre VII du code de la santé publique, modifié par l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée
Art. L. 710-1-1. - Le premier alinéa de cet article est d'application immédiate, sans attendre la circulaire qui viendra aider les établissements à définir des méthodes permettant d'évaluer la satisfaction des patients.
L'application du deuxième alinéa de cet article est subordonnée à la parution d'un arrêté.
'Art. L. 710-1-2. - Les règles de fonctionnement des établissements de santé propres à faire assurer le respect des droits et obligations des patients hospitalisés sont définies par voie réglementaire.
'Dans chaque établissement de santé est instituée une commission de conciliation chargée d'assister et d'orienter toute personne qui s'estime victime d'un préjudice du fait de l'activité de l'établissement et de lui indiquer les voies de conciliation et de recours dont elle dispose' (ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, art. 1er).
'Art. L. 710-2. - Les établissements de santé, publics ou privés, sont tenus de communiquer aux personnes recevant ou ayant reçu des soins, sur leur demande et par l'intermédiaire du praticien qu'elles désignent, les informations médicales contenues dans leur dossier médical. Les praticiens qui ont prescrit l'hospitalisation ont accès, sur leur demande, à ces informations.
'Dans le respect des règles déontologiques qui leur sont applicables, les praticiens des établissements assurent l'information des personnes soignées. Les personnels paramédicaux participent à cette information dans leur domaine de compétence et dans le respect de leurs propres règles professionnelles.
'Les établissements sont tenus de protéger la confidentialité des informations qu'ils détiennent sur les personnes qu'ils accueillent.
'Les médecins membres de l'inspection générale des affaires sociales, les médecins inspecteurs de la santé publique et les médecins conseils des organismes d'assurance maladie ont accès, dans le respect des règles de déontologie médicale, à ces informations lorsqu'elles sont nécessaires à l'exercice de leurs missions' (ordonnance n° 96-46 du 24 avril 1996, art. 50-I).
'Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire, après avis du conseil national de l'ordre des médecins.
'Art. L. 710-3. - Afin de dispenser des soins de qualité, les établissements de santé, publics ou privés, sont tenus de disposer des moyens adéquats et de procéder à l'évaluation de leur activité.
'Art. L. 710-3-1. - (Art. 31 de la loi n° 95-116 du 4 février 1995 modifié par l'article 14-I, II et III de la loi n° 96-452 du 28 mai 1996). Les établissements de santé, publics ou privés, et les établissements sociaux et médico-sociaux mettent en oeuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent. Pour les établissements de santé publics, ces moyens sont définis par le projet d'établissement visé à l'article L. 714-11.
'Les centres hospitaliers et universitaires assurent, à cet égard, la formation initiale des médecins et diffusent les connaissances acquises en vue de permettre la réalisation de cet objectif en ville comme dans les établissements.
'Les obligations prévues pour les établissements mentionnés au présent article s'appliquent notamment lorsqu'ils accueillent des mineurs, des majeurs protégés par la loi ou des personnes agées.
'Art. L. 710-3-2. - (Art. 32 de la loi n° 95-116 du 4 février 1995 abrogé par l'article 14-IV de la loi n° 96-452 du 28 mai 1996).
Art. L. 710-1-2. - Cet article est subordonné à la parution d'un décret en Conseil d'Etat, aux dispositions duquel les règlements intérieurs des établissements de santé devront se conformer. Dans l'attente de ce texte réglementaire, les dispositions du décret n° 74-27 du 7 janvier 1974 relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux demeurent en vigueur.

Section 2
L'évaluation et l'accréditation des établissements de santé
(ordonnance n° 96-346, art. 3)
'Art. L. 710-4. - Les établissements de santé, publics ou privés, développent une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et de toute action concourant à une prise en charge globale du malade afin notamment d'en garantir la qualité et l'efficience.
'L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, instituée à l'article L. 791-1, contribue au développement de cette évaluation' (ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, art. 2-I).
'L'évaluation des pratiques médicales doit respecter les règles déontologiques et l'indépendance professionnelle des praticiens dans l'exercice de leur art.
'Art. L. 710-5. - Afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée accréditation.
'Cette procédure, conduite par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, vise à porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement ou, le cas échéant, d'un ou plusieurs services ou activités d'un établissement, à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement.
'La procédure d'accréditation est engagée à l'initiative de l'établissement de santé, notamment dans le cadre du contrat qui le lie à l'agence régionale de l'hospitalisation instituée à l'article L. 710-17. Dans un délai de cinq ans à compter de la publication de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, tous les établissements de santé devront s'être engagés dans cette procédure.
'Les réseaux de soins mentionnés à l'article L. 712-3.2 ainsi que les groupements de coopération sanitaire mentionnés à l'article L. 713-11.1 sont également soumis à cette obligation.
'En l'absence de contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 710-16, l'agence régionale de l'hospitalisation saisit le conseil d'administration de l'établissement public de santé ou le représentant de l'établissement de santé privé d'une demande tendant à ce que cette procédure soit engagée.
'L'agence régionale de l'hospitalisation se substitue à l'établissement de santé pour demander la mise en oeuvre de la procédure d'accréditation si celui-ci s'en est abstenu pendant le délai de cinq ans susmentionné.
'Le rapport d'accréditation, qui est transmis à l'établissement de santé, est communiqué à l'agence régionale de l'hospitalisation compétente.
'Le directeur général de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé fournit au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation toutes informations quantitatives et qualitatives sur les programmes d'accréditation en cours dans les établissements de santé de la région' (ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, art. 2-IV).
Art. L. 710-4. - L'application du deuxième alinéa de cet article est subordonnée à la mise en place de l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (A.N.A.E.S.) et donc à l'intervention des décrets en Conseil d'Etat nécessaires à cet effet.
Art. L. 710-5 - L'application du deuxième alinéa de cet article est subordonnée à la mise en place de l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (A.N.A.E.S.) et donc à l'intervention des décrets en Conseil d'Etat nécessaires à cet effet. Les dispositions de l'ordonnance relatives aux missions et à l'organisation de l'A.N.A.E.S. constituent le chapitre IV du livre VIII du code de la santé publique.

Section 3
'L'analyse de l'activité et les systèmes d'information
(ordonnance n° 96-346, art. 6)
'Art. L. 710-6. - Les établissements de santé, publics ou privés, procèdent à l'analyse de leur activité.
'Dans le respect du secret médical et des droits du malade, ils mettent en oeuvre des systèmes d'information qui tiennent compte notamment des pathologies et des modes de prise en charge en vue d'améliorer la connaissance et l'évaluation de l'activité et des coûts et de favoriser l'optimisation de l'offre de soins.
'Les praticiens exerçant dans les établissements de santé publics et privés transmettent les données médicales nominatives nécessaires à l'analyse de l'activité au médecin responsable de l'information médicale pour l'établissement dans des conditions déterminées par voie réglementaire après consultation du conseil national de l'ordre des médecins.
'Le praticien responsable de l'information médicale est un médecin désigné par le conseil d'administration ou l'organe délibérant de l'établissement, s'il existe, après avis de la commission médicale ou de la conférence médicale. Pour ce qui concerne les établissements publics de santé, les conditions de cette désignation et les modes d'organisation de la fonction d'information médicale sont fixés par décret' (art. 40 de la

, ancien art. L. 710-5 devenu l'article L. 710-6 conformément aux dispositions de l'article 2-III de l'ordonnance précitée du 24 avril 1996).
'Art. L. 710-7. - I. - Les établissements de santé publics et privés transmettent aux agences régionales de l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 710-17, ainsi qu'à l'Etat et aux organismes d'assurance maladie, les informations relatives à leurs moyens de fonctionnement et à leur activité qui sont nécessaires à l'élaboration et à la révision de la carte sanitaire et du schéma d'organisation sanitaire, à la détermination de leurs ressources et à l'évaluation de la qualité des soins.
'Les destinataires des informations mentionnées à l'alinéa précédent mettent en oeuvre, sous le contrôle de l'Etat au plan national et des agences au plan régional, un système commun d'informations respectant l'anonymat des patients, dont les conditions d'élaboration et d'accessibilité aux tiers, notamment aux établissements de santé publics et privés, sont définies par voie réglementaire dans le respect des dispositions du présent titre.
'II. - Les informations relatives aux honoraires des professionnels de santé exerçant leur activité dans les établissements mentionnés à l'article L. 710-16-2 sont transmises aux agences régionales de l'hospitalisation par les organismes d'assurance maladie' (ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, art 5).
Section 4
Les contrats pluriannuels entre les agences régionales de l'hospitalisation et les établissements de santé
'Art. L. 710-16 - Les agences régionales de l'hospitalisation, mentionnées à l'article L. 710-17, concluent avec les établissements de santé publics ou privés des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.
'La durée du contrat ne peut être inférieure à trois ans ni supérieure à cinq ans.
Art. L. 710-7. - Cet article est d'application immédiate sur la base de la réglementation déjà en vigueur (art. R. 712-52 à R. 712-79) ; toutefois l'organisation du contrôle de l'Etat sur le système commun d'information pourra nécessiter l'intervention de nouvelles dispositions réglementaires.
Art. L. 710-16. - Cet article comporte les dispositions communes aux établissements régis par les dispositions de l'article L. 710-16-1 (établissements financés par la dotation globale) et L. 710-16-2 (établissements privés non financés par la dotation globale).
'Le contrat est signé par le directeur de l'agence régionale et le représentant de l'établissement de santé concerné. Pour les établissement publics de santé, ces contrats sont conclus après délibération du conseil d'administration prise après avis de la commission médicale d'établissement et du comité technique d'établissement.
'Des organismes concourant aux soins, des professionnels de santé exerçant à titre libéral, des instituts de recherche ou des universités peuvent être appelés au contrat, pour tout ou partie de ses clauses.
'Le contrat fixe son calendrier d'exécution et mentionne les indicateurs de suivi et de résultats nécessaires à son évaluation périodique. L'établissement adresse un rapport annuel d'étape ainsi qu'un rapport final à l'agence régionale.
'Art. L. 710-16.1. - Les contrats mentionnés à l'article L. 710-16 conclus avec les établissements publics de santé et les établissements de santé privés à but non lucratif mentionnés aux articles L. 715-6 et L. 715-13 déterminent les orientations stratégiques des établissements, en tenant compte des objectifs du schéma d'organisation sanitaire, et définissent les conditions de mise en oeuvre de ces orientations, notamment dans le cadre du projet médical et du projet d'établissement approuvé.
'A cet effet, ils décrivent les transformations que l'établissement s'engage à opérer dans ses activités, son organisation, sa gestion et dans ses modes de coopération.
'Ils définissent, en outre, des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins ainsi que de mise en oeuvre des orientations adoptées par la conférence régionale de santé prévue à l'article L. 767. Ils prévoient les délais de mise en oeuvre de la procédure d'accréditation visée à l'article L. 710-5.
'Ils favorisent la participation des établissements aux réseaux de soins et aux communautés d'établissements de santé mentionnés aux articles L. 712-3.2 et L. 712-3.3 ainsi qu'aux actions de coopération prévues au présent titre.
'Ils précisent les dispositions relatives à la gestion des ressources humaines nécessaires pour la réalisation des objectifs.
'Ils fixent les éléments financiers, tant en fonctionnement qu'en investissement, ainsi que les autres mesures nécessaires à leur mise en oeuvre et prévoient pour l'établissement cocontractant, le cas échéant et compte tenu de son activité, les objectifs pluriannuels de réduction des inégalités de ressources mentionnées à l'article L. 174-1.1 du code de la sécurité sociale. Ils précisent également les critères en fonction desquels les budgets de l'établissement peuvent évoluer selon le degré de réalisation des objectifs fixés.
'En cas d'inexécution du contrat, le directeur de l'agence peut, après mise en demeure restée sans effet, mettre en oeuvre le sanctions, notamment à caractère financier, prévues au contrat.
'En l'absence de conclusion du contrat prévu au présent article, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation en tient compte dans l'exercice de ses compétences budgétaires.
Art. L. 710-16-1. - Dans l'attente de l'installation des agences régionales de l'hospitalisation, des contrats pluriannuels peuvent être conclus par le représentant de l'Etat dans la région (cf. art. 13 de l'ordonnance).
Cet article ne nécessite pas de texte d'application.
Les orientations méthodologiques sur les contrats seront précisées par voie de circulaire, mais les négociations en cours peuvent être poursuivies. De même la négociation de nouveaux contrats doit être engagée et poursuivie sans attendre le transfert de compétences aux agences régionales de l'hospitalisation.
'Art. L. 710-16-2. - Les contrats mentionnés à l'article L. 710-16 conclus avec les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés à l'article L. 710-16.1 déterminent par discipline les tarifs des prestations d'hospitalisation. Ils sont conclus dans le respect des dispositions des articles L. 162-22.1 et L. 162-22.2 du code de la sécurité sociale et compte tenu des objectifs mentionnés à l'alinéa ci-dessous.
'Ces contrats définissent des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins ainsi que de mise en oeuvre des orientations adoptées par la conférence régionale de santé prévue à l'article L. 767. Ils prévoient les délais de mise en oeuvre de la procédure d'accréditation visée à l'article L. 710-5.
'Les contrats peuvent, en outre, favoriser la constitution des réseaux de soins mentionnés à l'article L. 712-3.2 et les actions de coopération prévues au présent titre.
'Les contrats sont conformes à un contrat type annexé au contrat tripartite national visé à l'article L. 162-22.1 du code de la sécurité sociale.
'La demande de renouvellement des contrats est déposée auprès de l'agence régionale de l'hospitalisation un an avant leur échéance. En cas d'absence de réponse huit mois avant l'échéance, les contrats sont réputés renouvelés par tacite reconduction. Le refus de renouvellement doit être motivé.
'Sans préjudice des dispositions du contrat tripartite national visé à l'article L. 162-22.1 du code de la sécurité sociale, le contrat détermine les pénalités applicables à l'établissement au titre des deuxième et troisième alinéas ci-dessus en cas d'inexécution partielle ou totale des engagements dont les parties sont convenues.
'Les contrats peuvent être résiliés ou suspendus avant leur terme par l'agence régionale de l'hospitalisation en cas de manquement grave de l'établissement à ses obligations législatives, réglementaires ou contractuelles.
'Les litiges relatifs à l'application de ces contrats sont portés devant les juridictions compétentes en matière de sécurité sociale.
'Les conditions d'application du présent article sont définies par voie réglementaire.'

CHAPITRE Ier B
Les agences régionales de l'hospitalisation
'Art. L. 710-17. - Il est créé dans chaque région et dans la collectivité territoriale de Corse une agence régionale de l'hospitalisation, personne morale de droit public dotée de l'autonomie administrative et financière, constituée sous la forme d'un groupement d'intérêt public entre l'Etat et des organismes d'assurance maladie, dont au moins la caisse régionale d'assurance maladie, ainsi que l'union régionale de caisses d'assurance maladie à compter de la création de celle-ci. Ces agences sont placées sous la tutelle des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans les conditions prévues au présent titre.
Art. L. 710-16-2. - Cet article fera l'objet d'un décret en Conseil d'Etat portant notamment sur la définition de la notion de 'manquement grave', tel que prévu à l'avant dernier alinéa dudit article. Les dispositions de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale (conventionnement des établissements privés avec les C.R.A.M.) continuent de s'appliquer jusqu'aux dates prévues dans les conventions constitutives des agences régionales de l'hospitalisation et au plus tard jusqu'au 30 juin 1997 (cf. article 14 de l'ordonnance).
Art. L. 710-17 à L. 710-24. - L'application des articles L. 710-17 à L. 710-24 nécessite la parution du décret en Conseil d'Etat prévu à l'article L. 710-25. Avant les dates prévues dans les conventions constitutives des agences régionales, le représentant de l'Etat dans la région ou dans le département exerce les attributions de celles-ci (cf. article 13 de l'ordonnance).
Ces articles feront l'objet d'une circulaire spécifique lors de la parution du décret considéré.
'Elles sont soumises au contrôle de la Cour des comptes dans les conditions prévues à l'article L. 133-2 du code des juridictions financières et au contrôle de l'inspection générale des affaires sociales. Leur fonctionnement est soumis au contrôle économique et financier de l'Etat.
'Un décret peut conférer à certaines agences une compétence interrégionale.
'Elles sont administrées par une commission exécutive et dirigées par un directeur.
'Les conventions constitutives de ces groupements doivent être conformes à une convention type qui précise notamment l'organisation financière et comptable des agences, ainsi que la nature des concours de l'Etat et des organismes d'assurance maladie à leur fonctionnement. Cette convention type est élaborée en concertation avec les organismes nationaux d'assurance maladie et arrêtée par décret en Conseil d'Etat.
'Les délibérations portant sur le budget et le compte financier ne deviennent définitives qu'après approbation expresse par les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget.
'Art. L. 710-18. - Les agences régionales de l'hospitalisation ont pour mission de définir et de mettre en oeuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés et de déterminer leurs ressources. A cette fin et sous réserve des compétences dévolues au ministre chargé de la santé par les articles L. 712-5, L. 712-16 et L. 712-18, elles exercent les attributions définies au présent titre ainsi qu'à la section 5 du chapitre II du titre VI et au chapitre IV du titre VII du livre Ier du code de la sécurité sociale.
'Les pouvoirs des agences sont exercés par leur commission exécutive et par leur directeur dans les conditions définies aux articles L. 710-20 et L. 710-21.
'Art. L. 710-19. - Outre son président, la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation est composée à parité :
'1° De représentants de l'Etat, désignés par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;
'2° De représentants administratifs et médicaux des organismes d'assurance maladie, désignés par les organismes parties à la convention constitutive ;
'Le directeur de l'agence est nommé par décret. Il préside la commission exécutive. Il assure le fonctionnement de l'agence dans le cadre des orientations définies par la commission exécutive dont il prépare et exécute les délibérations.
'En cas de partage égal des voix au sein de la commission exécutive, celle du président est prépondérante.
'Art. L. 710-20. - La commission exécutive de l'agence délibère sur :
'1° Les autorisations visées à la section 2 du chapitre II du présent titre, à l'exception de leur suspension ou de leur retrait dans les conditions prévues par l'article L. 712-18 ;
'2° Les orientations qui président à l'allocation des ressources aux établissements de santé, après avis du comité régional de l'organisation sanitaire et sociale ;
'3° Les contrats pluriannuels mentionnés aux articles L. 710-16, L. 710-16-1 et L. 710-16-2, après avis des organismes d'assurance maladie intéressés.
'Les délibérations mentionnées au 1° ci-dessus sont susceptibles de recours administratif dans les conditions prévues à l'article L. 712-16.
'Art. L. 710-21. - Le directeur exerce, au nom de l'Etat, les compétences mentionnées à l'article L. 710-18, à l'exception de celles exercées par la commission exécutive en application de l'article L. 710-20.
'Le directeur prend l'avis de la commission exécutive lorsqu'il :
'1° Fixe les limites des secteurs sanitaires et des secteurs psychiatriques mentionnées au 1° de l'article L. 712-2 ;
'2° Arrête la nature et l'importance des installations et des activité de soins mentionnées au 2° de l'article L. 712-2 ;
'3° Arrête le schéma régional d'organisation sanitaire et son annexe prévus aux articles L. 712-3 et L. 712-3-1 ;
'4° Se prononce à titre définitif sur le retrait d'autorisation ou sur la modification de son contenu dans les conditions prévues à l'article L. 712-18 ;
'5° Exerce les compétences définies à l'article L. 712-20 ;
'6° Crée les établissements publics de santé, autres que nationaux, dans les conditions prévues à l'article L. 714-1 ;
'7° Approuve les délibérations des établissements publics de santé mentionnés au 2° de l'article L. 714-5 ;
'8° Exerce les compétences définies à l'article L. 714-7 ;
'9° Conclut les contrats de concession pour l'exécution du service public hospitalier dans les conditions définies à l'article L. 715-10.
'Le directeur rend compte à la commission exécutive des décisions qu'il prend sur les matières autres que celles énumérées à l'alinéa précédent. Il la tient informée de toute suspension d'autorisation en application du premier alinéa de l'article L. 712-18.
'Dans l'exercice des compétences définies au présent article, le directeur est soumis à l'autorité des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.'
'Le directeur peut déléguer sa signature dans les conditions définies par voie réglementaire.
'Art. L. 710-22. - Les délibérations mentionnées à l'article L. 710-20 sont exécutoires dès leur réception par le représentant de l'Etat dans la région, auquel elles sont transmises dans un délai de quinze jours. Le représentant de l'Etat défère les délibérations mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 710-20 qu'il estime contraires à la légalité, devant le juge administratif, dans les deux mois suivant leur réception.
'Art. L. 710-23. - Les services départementaux et régionaux de l'Etat compétents en matière sanitaire et dont l'intervention est nécessaire à l'exercice des pouvoirs et responsabilités dévolus aux agences régionales de l'hospitalisation sont mis à disposition de celles-ci. Le directeur de l'agence adresse directement aux chefs de service concernés les instructions nécessaires à l'exécution des tâches qu'il confie auxdits services.
'Dans les conditions prévues par la convention constitutive, conformément aux stipulations de la convention constitutive type arrêtée par décret en Conseil d'Etat, des services régionaux mentionnés au précédent alinéa peuvent être placés pour partie sous l'autorité directe du directeur de l'agence.
'En outre, le personnel de l'agence régionale de l'hospitalisation comprend :
'1° Des fonctionnaires régis par le statut général de la fonction publique de l'Etat, de la fonction publique territoriale ou de la fonction publique hospitalière, placés en position de détachement ;
'2° Des agents mis à disposition par les parties à la convention constitutive à la demande des agents concernés ou par tout service de l'Etat ;
'3° A titre exceptionnel et subsidiaire, des agents contractuels de droit public, recrutés par l'agence et soumis aux dispositions applicables aux agents non titulaires de l'Etat ;
'Les personnes collaborant aux travaux de l'agence ne peuvent détenir un intérêt direct ou indirect dans un établissement de santé de son ressort. En cas de méconnaissance de cette règle, les peines prévues au premier alinéa de l'article 432-12 du code pénal leur sont applicables.
'Art. L. 710-24. - L'agence régionale de l'hospitalisation transmet chaque année un rapport d'activité à la conférence régionale de santé mentionnée à l'article L. 767. Ce rapport présente notamment les actions des établissements de santé correspondant aux priorités de santé publique établies par ladite conférence.
'Art. L. 710-25. - Les conditions d'application des dispositions du présent chapitre sont définies par voie réglementaire'.
(Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, art. 10).

CHAPITRE Ier
Missions et obligations des établissements de santé
Section 1
Dispositions générales
'Art. L. 711-1. - Les établissements de santé, publics et privés, assurent les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques du patient.
'Ils participent à des actions de santé publique et notamment à toutes actions médico-sociales coordonnées et à des actions d'éducation pour la santé et de prévention.
'Art. L. 711-2. - Les établissements de santé, publics ou privés, ont pour objet de dispenser :
'1° Avec ou sans hébergement :
'a) Des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ou psychiatrie ;
'b) Des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des malades requérant des soins continus, dans un but de réinsertion ;
'2° Des soins de longue durée, comportant un hébergement, à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.
'Art. L. 711-2-1. - Les établissements de santé publics et privés peuvent créer et gérer, les services et établissements sociaux et médico-sociaux visés à l'article 3 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.et à l'article 46 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.
'Les services et établissements créés en application de l'alinéa précédent doivent répondre aux conditions de fonctionnement et de prise en charge et satisfaire aux règles de procédure énoncées par les lois susmentionnées.
(Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, art. 51).

Section 2
Dispositions propres au service public hospitalier
'Art. L. 711-3. - Le service public hospitalier exerce les missions définies à l'article L. 711-1 et, de plus, concourt :
'1° A l'enseignement universitaire et post-universitaire et à la recherche de type médical, odontologique et pharmaceutique dans les conditions prévues par l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale ;
'2° A la formation continue des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ;
'3° A la recherche médicale, odontologique et pharmaceutique ;
'4° A la formation initiale et continue des sages-femmes et du personnel paramédical et à la recherche dans leurs domaines de compétence ;
'5° Aux actions de médecine préventive et d'éducation pour la santé et à leur coordination ;
'6° Conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés, à l'aide médicale urgente.
'Le service public hospitalier assure, dans des conditions fixées par voie réglementaire, les examens de diagnostic et les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire, et, si nécessaire, en milieu hospitalier. Il concourt, dans les mêmes conditions, aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans les établissements pénitentiaires (art. 2 de la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994).
'Art. L. 711-4. - Le service public hospitalier est assuré :
'1° Par les établissements publics de santé ;
'2° Par ceux des établissements de santé privés qui répondent aux conditions fixées aux articles L. 715-6 et L. 715-10.
'Ces établissements garantissent l'égal accès de tous aux soins qu'ils dispensent. Ils sont ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services. Ils doivent être en mesure de les accueillir de jour et de nuit, éventuellement en urgence, ou d'assurer leur admission dans un autre établissement mentionné au premier alinéa.
Art. L. 711-2-1. - Dans son nouveau libellé, cet article, qui ouvre aux établissements de santé la faculté de créer et de gérer tout service ou établissement social et médico-social mentionné à l'article 3 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975, est d'application immédiate.
'Ils dispensent aux patients les soins préventifs, curatifs ou palliatifs que requiert leur état et veillent à la continuité de ces soins, à l'issue de leur admission ou de leur hébergement.
'Ils ne peuvent établir aucune discrimination entre les malades en ce qui concerne les soins. Ils ne peuvent organiser des régimes d'hébergement différents selon la volonté exprimée par les malades que dans les limites et selon les modalités prévues par les textes législatifs et réglementaires en vigueur.
'Un décret pris en conseil des ministres fixe les conditions de participation du service de santé des armées au service public hospitalier.
'Art. L. 711-5. - Les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés au 2° de l'article L. 711-4 peuvent être associés au fonctionnement du service public hospitalier en vertu d'accords conclus selon les modalités fixées à l'article L. 715-11.
'Les médecins et les autres professionnels de santé non hospitaliers peuvent être associés au fonctionnement des établissements assurant le service public hospitalier. Ils peuvent recourir à leur aide technique. Ils peuvent, par contrat, recourir à leur plateau technique afin d'en optimiser l'utilisation. Toutefois, lorsque ce plateau technique appartient à un centre hospitalier et est destiné à l'accomplissement d'actes qui requièrent l'hospitalisation des patients, son accès aux médecins et sages femmes non hospitaliers s'effectue dans les conditions définies à l'article L. 714-36 (ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, art. 52).
'En outre, les établissements visés à l'article L. 711-4 coopèrent avec les établissements de santé privés autres que ceux visés au 2° dudit article ainsi qu'avec les médecins et autres professionnels de santé.
'Ils peuvent participer, en collaboration avec les médecins traitants et avec les services sociaux et médico-sociaux, à l'organisation de soins coordonnés au domicile du malade.
'Art. L. 711-6. - Les établissements publics de santé sont les centres hospitaliers et les hôpitaux locaux.
'Les centres hospitaliers qui ont une vocation régionale liée à leur haute spécialisation et qui figurent sur une liste établie par décret sont dénommés centres hospitaliers régionaux ; ils assurent en outre les soins courants à la population proche.
'Les centres hospitaliers régionaux ayant passé une convention au titre de l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 précitée avec une université comportant une ou plusieurs unités de formation et de recherche médicales, pharmaceutiques ou odontologiques sont dénommés centres hospitaliers universitaires.
'Les hôpitaux locaux ne peuvent assurer les soins définis au a du 1° de l'article L. 711-2 qu'en médecine et à condition de passer convention avec un ou plusieurs centres hospitaliers publics ou établissements de santé privés qui, dispensant ces soins, répondent aux conditions fixées aux articles L. 715-6 ou L. 715-10, ou ont conclu un accord dans les conditions prévues à l'article L. 715-11.
'Les modalités particulières du fonctionnement médical des hôpitaux locaux sont fixées par voie réglementaire.
Art. L. 711-5. - La modification du deuxième alinéa de cet article a pour seul objet de préciser que lorsque les interventions des médecins non hospitaliers au sein du plateau technique d'un établissement public de santé nécessitent l'hospitalisation de leurs patients, le dispositif législatif et réglementaire de la structure mentionnée à l'article L. 714.36 doit se substituer au régime du contrat prévu à la phrase précédente du même alinéa.
'Art. L. 711-7. - Seuls les établissements de santé, publics ou privés, visés à l'article L. 711-4 dont la mission principale est de dispenser les soins définis au a du 1° de l'article L. 711-2 peuvent comporter une ou plusieurs unités participant au service d'aide médicale urgente appelées S.A.M.U., dont les missions et l'organisation sont fixées par voie réglementaire.
'Les services d'aide médicale urgente comportent un centre de réception et de régulation des appels.
'Leur fonctionnement peut être assuré, dans des conditions fixées par décret, avec le concours des praticiens non hospitaliers qui en font la demande. Des conventions sont passées à cet effet dans des conditions fixées par décret.
'Les centres de réception et de régulation des appels sont interconnectés dans le respect du secret médical avec les dispositifs de réception des appels destinés aux services de police et aux services d'incendie et de secours.
'Art. L. 711-8. - Les établissements publics de santé peuvent gérer des structures pour toxicomanes, financées sur le budget de l'Etat, dans les conditions fixées par la loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses.
'Art. L. 711-9. - Les centres hospitaliers régionaux définis à l'article L. 711-6 peuvent comporter une unité chargée de donner avis et conseils spécialisés en matière de diagnostic, pronostic, traitement et éventuellement prévention des intoxications humaines, dénommée centre antipoison.
'Les centres antipoison participent à l'aide médicale urgente telle qu'elle est définie par la loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires. Leurs missions et les moyens y afférents sont fixés par décret. Une liste nationale des centres hospitaliers régionaux comportant un centre antipoison est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé'.
'Art. L. 711-10. - Un ou plusieurs établissements publics de santé peuvent être spécifiquement destinés à l'accueil des personnes incarcérées. Les dispositions des chapitres Ier, III et IV de la présente loi seront adaptées par décret en conseil d'Etat aux conditions particulières de fonctionnement de ces établissements. Les dispositions du chapitre II ne leur sont pas applicables.
Le garde des sceaux, ministre de la justice, affecte à ces établissements des personnels de direction et de surveillance ainsi que des personnels administratifs, sociaux, éducatifs et techniques, qui relèvent de l'administration pénitentiaire et demeurent soumis à leur statut particulier.
'Art. L. 711-11. - Chaque établissement assurant le service public hospitalier et participant à la lutte contre les maladies mentales est responsable de celle-ci dans les secteurs psychiatriques qui lui sont rattachés. Il met à la disposition de la population, dans les secteurs psychiatriques qui lui sont rattachés, des services et des équipements de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale. Ces services exercent leurs activités non seulement à l'intérieur de l'établissement mais aussi en dehors de celui-ci.

Section 3
De la participation du service public hospitalier à l'enseignement médical, odontologique et pharmaceutique
'Art. L. 711-12. - Dans le cadre des dispositions de l'article 6 de l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958, les unités de formation et de recherche qui agissent en leur nom et les centres hospitaliers régionaux peuvent conclure conjointement des conventions avec les syndicats interhospitaliers ou avec des établissements de la conférence sanitaire s'ils ne font pas partie du syndicat interhospitalier.
'Art. L. 711-13. - Lorsque l'association d'une ou plusieurs structures médicales, pharmaceutiques ou odontologiques des établissements publics de santé ou d'un autre organisme public aux missions d'un centre hospitalier et universitaire définies à l'article 2 de l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 s'avère indispensable, et que cet établissement ou organisme refuse de conclure une convention en application de l'article 6 de ladite ordonnance, il peut être mis en demeure de la faire par décision conjointe du ministre chargé de la santé publique et du ministre de l'éducation nationale.
Cette décision impartit un délai pour la conclusion de la convention ; passé ce délai, les mesures nécessaires peuvent être imposées à l'établissement ou à l'organisme par décret en Conseil d'Etat.
'Art. L. 711-14. - Pour chaque centre hospitalier et universitaire, il est créé un comité de coordination hospitalo-universitaire où siègent notamment des représentants du centre hospitalier régional, des représentants des unités de formation et de recherches médicales, odontologiques et pharmaceutiques et, le cas échéant, des syndicats interhospitaliers de secteur et des établissements assurant le service public hospitalier qui ont conclu les conventions prévues à l'article 6 de l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958.
Un décret fixe les conditions d'organisation et de fonctionnement du comité de coordination et les cas où son avis est requis.
Ce comité est obligatoirement consulté sur le choix des priorités en matière d'équipement hospitalier et universitaire.
Les conventions visées à l'article L. 711-12 entre les établissements publics de santé et les unités de formation et de recherche médico-pharmaceutiques et odontologiques ne pourront être conclues qu'après avis favorable de ce comité.
'Art. L. 711-15. - Dans le ressort d'une même académie, deux ou plusieurs centres hospitaliers régionaux ont la possibilité de passer convention avec la ou les unités de formation et de recherche médicales de cette académie, pour la constitution d'un centre hospitalier et universitaire unique, dans le cadre des dispositions des articles 1er et 2 de l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958.
'Art. L. 711-16. - Il est créé un haut comité hospitalo-universitaire. Sa composition, ses règles de fonctionnement et les questions sur lesquelles il est consulté sont fixées par décret.

CHAPITRE II
L'organisation et l'équipement sanitaires
Section 1
Carte sanitaire et schéma d'organisation sanitaire
'Art. L. 712-1. - La carte sanitaire et le schéma d'organisation sanitaire ont pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins, en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé.
'A cette fin, ils sont arrêtés, dans les conditions fixées à l'article L. 712-5, sur la base d'une mesure des besoins de la population et de leur évolution, compte tenu des données démographiques et des progrès des techniques médicales et après une analyse, quantitative et qualitative, de l'offre de soins existante.
'Cette analyse tient compte des rapports d'activité et des projets d'établissement approuvés.
'La carte sanitaire et le schéma d'organisation sanitaire peuvent être révisés à tout moment. Ils le sont obligatoirement au moins tous les cinq ans.
'Tous les trois ans, le ministre chargé de la santé remet au parlement un rapport sur l'état de l'organisation et de l'équipement sanitaires.
'Art. L. 712-2. - La carte sanitaire détermine :
'1° Les limites des régions et des secteurs sanitaires ainsi que celles des secteurs psychiatriques mentionnés par l'article L. 326 ;
'2° La nature et l'importance :
'a) Des installations nécessaires pour répondre aux besoins de la population, y compris les équipements matériels lourds et les structures de soins alternatives à l'hospitalisation et notamment celles nécessaires à l'exercice de la chirurgie ambulatoire ;
'b) Des activités de soins d'un coût élevé ou nécessitant des dispositions particulières dans l'intérêt de la santé publique.
'La nature et l'importance des installations et activités de soins mentionnés au 2° sont déterminées pour chaque zone sanitaire. Les zones sanitaires constituées, selon le cas, par un ou plusieurs secteurs sanitaires ou psychiatriques, par une région, par un groupe de régions ou par l'ensemble du territoire sont définies par voie réglementaire.
'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'exerçent sont précisées par voie réglementaire.
'La liste des structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées au a du 2° est fixée par voie réglementaire.
'Art. L. 712-3. - Le schéma d'organisation sanitaire détermine la répartition géographique des installations et activités de soins définies à l'article L. 712-2 qui permettrait d'assurer une satisfaction optimale des besoins de la population.
'Un schéma est établi pour chaque région sanitaire pour tout ou partie de ces installations ou activités ; toutefois, des schémas nationaux ou interrégionaux peuvent être établis pour certaines de ces installations et de ces activités de soins.
'Art. L. 712-3-1. - Pour chaque schéma d'organisation sanitaire, une annexe au schéma élaborée selon la même procédure détermine, compte tenu de la nature et de l'importance de l'ensemble de l'offre de soins existante au moment où il entre en vigueur et des objectifs retenus par le schéma, les créations, les regroupements, les transformations ou suppressions des installations et unités qui seraient nécessaires à sa réalisation. (Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, art. 28 I, 1° ; second alinéa abrogé par le 2° du I de l'article 28 susvisé.)
'Art. L. 712-3-2. - En vue de mieux répondre à la satisfaction des besoins de la population tels qu'ils sont pris en compte par la carte sanitaire et par le schéma d'organisation sanitaire, les établissements de santé peuvent constituer des réseaux de soins spécifiques à certaines installations et activités de soins, au sens de l'article L. 712-2, ou à certaines pathologies.
'Les réseaux de soins ont pour objet d'assurer une meilleure orientation du patient, de favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui sont dispensés et de promouvoir la délivrance de soins de proximité de qualité. Ils peuvent associer des médecins libéraux et d'autres professionnels de santé et des organismes à vocation sanitaire ou sociale.
'Les établissements de santé peuvent participer aux actions expérimentales visées à l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale.
'La convention constitutive du réseau de soins est agréée par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation'.
(Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, art. 29.)
'Art. L. 712-3-3. - Les communautés d'établissements de santé sont constituées, au sein d'un secteur sanitaire, entre établissements assurant le service public hospitalier, mentionnés à l'article L. 711-4.
'Toutefois, une communauté d'établissements de santé peut être constituée entre des établissements relevant de plusieurs secteurs sanitaires d'une même région sanitaire, dès lors qu'ils sont situés dans le même pays au sens de l'article 22 de la

d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire.
'Les communautés d'établissements ont pour but de :
'1° Favoriser les adaptations des établissements de santé aux besoins de la population et les redéploiements des moyens qu'elles impliquent ;
'2° Mettre en oeuvre des actions de coopération et de complémentarité, notamment celles prévues par le schéma régional d'organisation sanitaire et son annexe ;
'3° Répondre aux besoins de service de proximité non satisfaits dans le domaine médico-social, notamment pour les personnes âgées et les personnes handicapées.
Art. L. 712-3-1. - La modification apportée à cet article rend opposable aux établissements de santé les annexes du schéma régional d'organisation sanitaire postérieures à la publication de l'ordonnance. Ainsi, non seulement les annexes élaborées avant le 25 avril 1996 conservent leur caractère indicatif (cf. art. 28 - III de l'ordonnance précitée du 24 avril 1996), mais encore seuls les S.R.O.S. DE deuxième génération verront leurs annexes devenir opposables. Une circulaire spécifique donnera toutes précisions utiles dans le courant de l'été (cf. calendrier en annexe II).
Art. L. 712-3-2. - Les dispositions relatives à la constitution de réseaux de soins n'appellent aucun texte d'application.
Avant les dates prévues dans les conventions constitutives des agences régionales de l'hospitalisation et au plus tard jusqu'au 30 juin 1997, les conventions constitutives des réseaux seront agréées par le représentant de l'Etat dans la région qui conservera durant cette période ses compétences en matière d'organisation sanitaire. Des recommandations par voie de circulaire seront diffusées avant la fin de l'année. Par ailleurs, certains de ces réseaux de soins pourront bénéficier des dérogations prévues par l'ordonnance sur la maîtrise médicalisée des dépenses de soins. Un décret relatif à cette procédure sera publié pendant l'été.
Art. L. 712-3-3. - Les dispositions de cet article appellent les mêmes commentaires que l'article L. 712-3-2 notamment en ce qui concerne la compétence du représentant de l'Etat dans la région pour agréer les chartes des communautés d'établissements avant les dates prévues dans les conventions constitutives des agences régionales. Une circulaire précisera avant la fin de l'année la finalité des communautés et les modalités relatives à leur constitution.
'Une charte fixe les objectifs de la communauté et indique les modalités juridiques de mise en oeuvre choisies par les établissements parmi celles fixées à l'article L. 713-12. La charte est agréée par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.
'Art. L. 712-3-4. - A l'issue d'un délai de trois ans à compter de la date de publication de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, les établissements publics de santé qui n'ont adhéré à aucune communauté d'établissements sont tenus d'en justifier dans un rapport adressé au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.
'Le directeur de l'agence peut, au vu des termes de ce rapport, mettre en oeuvre les dispositions prévues à l'article L. 712-20'.
(Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, art. 30.)
'Art. L. 712-4. - Abrogé par l'article 53 de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996.
'Art. L. 712-5. - Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, après avis du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale institué par l'article 712-6, la carte sanitaire ainsi que le schéma d'organisation sanitaire lorsque cette carte ou ce schéma est national ou interrégional. Dans ce dernier cas, ils recueillent également l'avis des comités régionaux concernés.
'Après avis du comité régional de l'organisation sanitaire et sociale, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation arrête la carte sanitaire lorsque la zone sanitaire retenue pour son élaboration est un secteur, un groupe de secteurs ou une région, ainsi que le schéma régional d'organisation sanitaire.
'Le schéma régional de psychiatrie est arrêté compte tenu des schémas élaborés au niveau départemental après avis des conseils départementaux de santé mentale mentionnés à l'article L. 326.
'La carte ou le schéma arrêté dans les conditions prévues aux deuxième et troisième alinéas de cet article est susceptible d'un recours hiérarchique auprès du ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale, qui se prononce après avis du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale.
Art. L. 712-3-4. - Le deuxième alinéa de cet article a pour seul objet de préciser que la non-adhésion d'un établissement public de santé à une communauté d'établissements dans le délai de trois ans après la publication de l'ordonnance précitée du 24 avril 1996 peut constituer l'un des motifs de mise en oeuvre des dispositions de l'article L. 712-20. Cette circonstance ne fait pas obstacle à ce que les mesures prévues à l'article L.712-20 soient appliquées à un établissement public de santé pour tout autre motif avant le 25 avril 1999.
L'introduction de cet article vise à inciter les établissements publics de santé à entrer dans un processus de réorganisation ou de restructuration. Les réseaux de soins et les communautés d'établissements constituent de nouvelles possibilités offertes aux hôpitaux pour rationnaliser et optimiser l'offre de soins ; les hôpitaux doivent les utiliser.
Art. L. 712-3-5. - Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation est substitué au représentant de l'Etat en application des dispositions de l'article 12-II de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996. Jusqu'aux dates prévues dans les conventions constitutives des agences et, au plus tard, jusqu'au 30 juin 1997, le préfet de région continue à exercer ces attributions.
'Art. L. 712-6. - Le Comité national et les comités régionaux de l'organisation sanitaire et sociale comprennent :
'1° Abrogés (art. 35 de la loi n° 93-5 du 4 janvier 1993) ;
'2° Abrogés (art. 35 de la loi n° 93-5 du 4 janvier 1993) ;
'3° Des représentants de l'Etat, des collectivités territoriales et des organismes de sécurité sociale ;
'4° Des représentants des institutions et des établissements de santé, des établissements sociaux, publics ou privés, notamment des établissements spécialisés ;
'5° Des représentants des personnels de ces institutions et établissements ;
'6° Des représentants des usagers de ces institutions et établissements ;
'7° Des représentants des professions de santé ;
'8° Des personnalités qualifiées.
'Ils comportent des sections.
'Le Comité national comprend en outre un député désigné par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale et un sénateur désigné par la commission des affaires sociales du Sénat.
'Il est présidé par un conseiller d'Etat (art. 35, loi n° 92-722 du 29 juillet 1992) ou par un conseiller maître à la Cour des comptes. Un collège national d'experts, dont la composition est fixée par décret, est constitué auprès du comité national.
'Les comités régionaux sont présidés par un magistrat du corps des cours administratives d'appel et des tribunaux administratifs ou du corps des conseillers de chambres régionales des comptes. Ils comprennent en outre le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. (Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, art. 31-I-1°.)
'La composition et les modalités de fonctionnement des comités et celles des formations qu'ils comportent sont fixées par voie réglementaire.
'Un collège régional d'experts est créé auprès de chaque comité régional de l'organisation sanitaire et sociale. Ses missions, sa composition et les modalités de sa coopération avec l'agence régionale de l'hospitalisation sont fixées par décret ; (Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, art. 31-I-2°.)
'Un rapport élaboré chaque année par l'agence régionale de l'hospitalisation sur le montant total des dépenses des régimes d'assurance maladie dans la région pour l'année écoulée, sur les évolutions constatées et sur les évolutions prévisibles pour l'année suivante est présenté au comité régional de l'organisation sanitaire et sociale.
Art. L. 712-6-1. - Abrogé par l'article 31-II de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996
Art. L.712-7. - Abrogé par l'article 53 de l'ordonnance précitée.
Art. L.712-6. - Cet article prévoit que chaque directeur d'agence régionale de l'hospitalisation à vocation à être membre du comité régional de l'organisation sanitaire et sociale (C.R.O.S.S.). La mise en oeuvre de cette disposition doit toutefois s'accompagner d'une modification de l'article R. 712-26 relatif à la composition de cette commission.
Chaque directeur d'agence régionale pourra assister aux délibérations du C.R.O.S.S. avec l'accord du président de cette instance, dès la publication du décret portant nomination des directeurs d'agences régionales de l'hospitalisation.
La constitution des collèges régionaux d'experts prévus au sixième alinéa de l'article L. 712-6 est subordonnée à la parution d'un décret. Ces collèges se substitueront aux actuelles commissions régionales de l'évaluation médicale des établissements. Leurs missions et leur composition en feront de véritables pôles d'expertise au service de la planification.
Enfin, le dernier alinéa de cet article a été modifié par le 3° de l'article 31-I de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 qui donne compétence à l'agence régionale de l'hospitalisation. Toutefois le rapport afférent à l'année 1996 devra être présenté par les services de l'Etat et les organismes d'assurance maladie.

Section 2
Autorisations
'Art. L. 712-8. - Sont soumis à l'autorisation du ministre chargé de la santé ou de l'agence régionale de l'hospitalisation les projets relatifs à :
'1° La création, l'extension, la conversion totale ou partielle de tout établissement de santé, public ou privé, ainsi que le regroupement de tels établissements ;
'2° La création, l'extension, la transformation des installations mentionnées à l'article L. 712-2, y compris les équipements matériels lourds définis à l'article L. 712-19 et les structures de soins alternatives à l'hospitalisation ;
'3° La mise en oeuvre ou l'extension des activités de soins mentionnées au 2° de l'article L. 712-2.
'Art. L. 712-9. - L'autorisation mentionnée à l'article L. 712-8 est accordée, selon les modalités fixées par l'article L. 712-16, lorsque le projet :
'1° Répond, dans la zone sanitaire considérée, aux besoins de la population tels qu'ils sont définis par la carte sanitaire ;
'2° Est compatible avec les objectifs fixés par le schéma d'organisation sanitaire mentionné à l'article L. 712-3 ainsi qu'avec l'annexe du schéma mentionnée à l'article L. 712-3-1 ;
'3° Satisfait à des conditions techniques de fonctionnement fixées par décret.
'Des autorisations dérogeant aux 1° et 2° du présent article peuvent être accordées à titre exceptionnel et dans l'intérêt de la santé publique après avis du comité de l'organisation sanitaire et sociale compétent.
'Art. L. 712-10. - Par dérogation aux dispositions des 1° et 2° de l'article L. 712-9, les projets de structures de soins alternatives à l'hospitalisation situés dans une zone sanitaire dont les moyens sont excédentaires dans la ou les disciplines en cause peuvent être autorisés à condition d'être assortis d'une réduction des moyens d'hospitalisation relevant de cette ou de ces disciplines au sein de la zone considérée. Les modalités de cette réduction sont définies par décret en tenant compte des excédents existant dans la zone considérée et dans la limite d'un plafond.
'Art. L. 712-11. - Le regroupement mentionné à l'article L. 712-8 consiste, pour un ou plusieurs établissements de santé, à réunir en un même lieu tout ou partie des lits ou des places précédemment autorisés sur des sites distincts à l'intérieur de la même région sanitaire.
'La conversion mentionnée à l'article L. 712-8 consiste, pour un établissement de santé, à transformer, pour tout ou partie de ses lits ou places, la nature de ses installations ou activités de soins, au sens de l'article L. 712-2.
'Par dérogation au 1° de l'article L. 712-9, l'autorisation de regroupement ou de conversion peut être accordée à des établissements situés dans une zone sanitaire dont les moyens excèdent les besoins de la population tels qu'ils sont pris en compte par la carte sanitaire. Cette autorisation,outre les conditions prévues aux 2° et 3° de l'article L. 712-9, est subordonnée aux conditions suivantes :
'1° Chaque opération de regroupement ou de conversion, même simultanée, doit être assortie d'une réduction du nombre des lits ou des places auto
Art. L. 712-8. - L'agence régionale de l'hospitalisation - en fait sa commission exécutive - est substituée au représentant de l'Etat en application de l'article 12-I de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996. Le préfet de région conservera ses compétences jusqu'à la date prévue dans la convention constitutive de l'agence et au plus tard jusqu'au 30 juin 1997.
Art. L. 712-9. - Cet article a été modifié par l'article 28-II de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996. La condition de compatibilité avec l'annexe du schéma ne pourra jouer qu'à partir du moment ou les annexes seront opposables.
Art. L. 712-11. - Les dispositions de cet article, à l'exception de celles de son avant-dernier alinéa, sont immédiatement applicables dans leur nouvelle version sur la base de la réglementation existante (cf. artciles D. 712-13-2 à D. 712-13-6).
risées. Cette réduction tient compte des excédents de moyens constatés dans la zone considérée ; elle ne peut dépasser un plafond. Elle est plus importante lorsque le regroupement concerne des lits ou des places ne relevant pas tous du même secteur ou groupe de secteurs sanitaires ou psychiatriques.
'Lorsque, dans la zone sanitaire où s'opère le regroupement ou la conversion, l'excédent de moyens constaté dépasse un certain seuil, le plafond est majoré. Un décret fixe les modalités de calcul de la réduction et du plafond.
'2° L'opération ne peut être autorisée si elle a pour effet, dans une des zones sanitaires concernées, de rendre les moyens déficitaires dans la ou les disciplines en cause.
'3° Lorsque le projet tend à réunir des lits ou des places précédemment autorisés dans des secteurs ou groupes de secteurs sanitaires ou psychiatriques différents, le regroupement doit se réaliser dans celui de ces secteurs ou groupes de secteurs qui présente le taux d'excédent le moins élevé ou dans tout autre secteur ou groupe de secteurs de la région sanitaire présentant un taux d'excédent inférieur.
'Lorsqu'un tel projet porte sur des installations de nature différente, le secteur ou groupe de secteurs pris en considération pour l'application de cette condition est celui qui présente le taux d'excédent le plus bas à l'égard de celle des installations à regrouper qui est la plus importante en nombre de lits ou de places.
'Le regroupement ou la conversion est subordonné, s'il y a lieu, au retrait de l'autorisation relative à la partie des installations ou activités de soins insuffisamment occupées, utilisées ou mises en oeuvre dans les conditions d'appréciation prévues à l'article L. 712-17.1. Dans ce cas, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation ou le ministre chargé de la santé, dans le cas mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 712-16, informe le titulaire de l'autorisation de son intention de procéder à son retrait partiel dans le respect d'une procédure contradictoire définie par voie réglementaire.
'Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux cessions d'établissements ne donnant pas lieu à une augmentation de capacité ou à un regroupement d'établissements (ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, art. 32).
'Art. L. 712-12. - L'autorisation est donnée avant le début des travaux, de l'installation de l'équipement matériel lourd ou de la mise en oeuvre des activités de soins ou des structures de soins alternatives à l'hospitalisation projetées.
'Lorsqu'elle est donnée à une personne physique ou à une personne morale de droit privé, elle ne peut être cédée avant le début des travaux, l'installation de l'équipement matériel lourd ou la mise en oeuvre des activités de soins ou des structures de soins alternatives à l'hospitalisation concernées. Elle vaut de plein droit autorisation de fonctionner, sous réserve du résultat positif d'une visite de conformité dont les modalités sont fixées par décret et, sauf mention contraire, autorisation de dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux par application de l'article L. 162-21 du code de la sécurité sociale.
Les dispositions de l'avant-dernier alinéa requièrent la parution du texte d'application de l'article L. 712-17-1 et la définition d'une procédure contradictoire spécifique, préalable au retrait partiel d'autorisation, par décret au Conseil d'Etat.
'L'autorisation de dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux peut être refusée lorsque le prix prévu est hors de proportion avec les conditions de fonctionnement du service, eu égard aux conditions techniques de fonctionnement fixées en application de l'article L. 712-9.
'Art. L. 712-12-1. - L'autorisation mentionnée à l'article L. 712-8 est subordonnée au respect d'engagements relatifs, d'une part, aux dépenses à la charge de l'assurance maladie ou au volume d'activité et, d'autre part, à la réalisation d'une évaluation dans des conditions fixées par décret (ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, art. 33.)
'Art. L. 712-13. - L'autorisation peut être assortie de conditions particulières imposées dans l'intérêt de la santé publique.
'Pour les établissements de santé privés, l'autorisation peut être subordonnée à l'engagement pris par les demandeurs de conclure un contrat de concession pour l'exécution du service public hospitalier ou un accord d'association au fonctionnement de celui-ci selon les modalités prévues aux articles L. 715-10 et L. 715-11.
'Art. L. 712-14. - L'autorisation instituée par l'article L. 712-8 est donnée pour une durée déterminée.
'La durée de validité de l'autorisation est fixée par voie réglementaire pour chaque catégorie de disciplines, d'activités de soins, de structures de soins alternatives à l'hospitalisation, d'installations ou d'équipements, en fonction, notamment, des techniques mises en oeuvre, de la durée d'amortissement des investissements mobiliers nécessaires et de l'évolution prévisible des besoins. Cette durée de validité ne peut être inférieure à cinq ans, sauf pour les activités de soins nécessitant des dispositions particulières dans l'intérêt de la santé publique.
'Le renouvellement de cette autorisation est subordonné aux conditions prévues aux 2° et 3° de l'article L. 712-9, à celles fixées à l'article L. 712-12.1 et aux résultats de l'évaluation appréciés selon des modalités arrêtées par le ministre chargé de la santé (ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, art. 34).
'Art. L. 712-15. - Les demandes d'autorisation ou de renouvellement d'autorisation portant sur des établissements, installations, activités de soins, structures de soins alternatives à l'hospitalisation de même nature sont reçues au cours de périodes déterminées par voie réglementaire afin d'être examinées sans qu'il soit tenu compte de l'ordre de dépôt des demandes.
'Dans le mois qui précède le début de chaque période, pour chaque installation ou activité de soins pour lesquelles les besoins de la population sont mesurés par un indice, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation ou le ministre chargé de la santé, selon les cas, publie un bilan de la carte sanitaire faisant apparaître les zones sanitaires dans lesquelles les besoins de la population ne sont pas satisfaits. Les demandes tendant à obtenir une autorisation de création, d'extension d'un établissement de santé ou d'une installation au sens de l'article L. 712-2 ou de mise en oeuvre ou extension d'une activité de soins ne sont recevables, pour la période considérée, que pour des projets intéressant ces zones sanitaires.
'Toutefois, dans l'intérêt de la santé publique, des demandes peuvent être reçues lorsqu'elles visent à satisfaire des besoins exceptionnels (ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, art. 35).
Art. L. 712-12-1. - Les dispositions de cet article sont immédiatement applicables à l'exception de celles relatives à l'engagement de réaliser une évaluation dont les conditions devront être préalablement fixées par décret.
Art. L. 712-14. - Le renouvellement de l'autorisation ne pourra être subordonné aux résultats de l'évaluation prévue à l'article L. 712-12-1 qu'après parution du texte réglementaire prévu audit article et de l'arrêté destiné à en fixer les modalités d'appréciation.
Art. L. 712-15. - Les dispositions de cet article sont d'application immédiate. Avant les dates prévues dans les conventions constitutives des agences régionales d'hospitalisation, leur mise en oeuvre est assurée par le représentant de l'Etat dans la région.
'Art. L. 712-16. - L'autorisation est donnée ou renouvelée par l'agence régionale de l'hospitalisation après avis du comité régional de l'organisation sanitaire et sociale. Un recours hiérarchique contre la décision peut être formé par tout intéressé devant le ministre chargé de la santé qui statue dans un délai maximum de six mois, sur avis du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale.
'Un décret fixe la liste des établissements, équipements, activités de soins ou structures de soins alternatives à l'hospitalisation pour lesquels l'autorisation ne peut être donnée ou renouvelée que par le ministre chargé de la santé après avis du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale.
'Dans chaque cas, la décision du ministre ou de l'agence régionale de l'hospitalisation est notifiée au demandeur dans un délai maximum de six mois suivant la date d'expiration de la période de réception mentionnée à l'article L. 712-15.
'Sauf dans le cas d'un renouvellement d'autorisation prévu par l'article L. 712-14, l'absence de notification d'une réponse dans ce délai vaut rejet de la demande d'autorisation.
'Lorsque, dans un délai de deux mois, le demandeur le sollicite, il est notifié dans le délai d'un mois les motifs justifiant ce rejet. Dans ce cas, le délai du recours contentieux contre la décision de rejet est prorogé jusqu'à l'expiration du délai de deux mois suivant le jour où les motifs lui auront été communiqués.
'A défaut de notification des motifs justifiant le rejet de la demande, l'autorisation est réputée acquise (art. 38 de la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994).
'La décision attribuant ou refusant une autorisation ou son renouvellement doit être motivée.
'Art. L. 712-17. - Toute autorisation est réputée caduque si l'opération n'a pas fait l'objet d'un commencement d'exécution dans un délai de trois ans.
'L'autorisation est également réputée caduque pour la partie de l'établissement, de l'installation ou de l'activité de soins dont la réalisation, la mise en oeuvre ou l'implantation n'est pas achevée dans un délai de quatre ans.
'De même, sauf accord préalable du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation sur demande justifiée du titulaire de l'autorisation, de l'administrateur judiciaire ou du liquidateur nommé par le tribunal de commerce, la cessation d'exploitation d'un établissement, d'une installation ou d'une activité de soins d'une durée supérieure à six mois entraîne la caducité de l'autorisation.
'Cette caducité est constatée par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation ou par le ministre chargé de la santé (ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, art. 36).
Art. L. 712-16. - L'agence régionale - en fait sa commission exécutive - est substituée au représentant de l'Etat en application de l'article 12-I de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996. Le préfet de région conservera ces attributions jusqu'aux dates prévues dans les conventions constitutives des agences et au plus tard jusqu'au 30 juin 1997 (art. 13 de l'ordonnance précitée).
Art. L. 712-17. - Les dispositions de cet article sont d'application immédiate.
Toutefois, les points de départ des délais de quatre ans et de six mois respectivement prévus à ses deuxième et troisième alinéa ne sauraient être antérieurs à la date de publication de l'ordonnance précitée du 24 avril 1996.
La caducité est constatée par le ministre chargé de la santé dans les cas mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 712-16 et par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation dans les autres hypothèses.
Avant la date prévue dans la convention constitutive de l'agence, la caducité prévue au troisième alinéa de l'article L. 712-17 pourra être constatée par le représentant de l'Etat dans la région.
'Art. L. 712-17-1. - Lorsqu'il est constaté que les taux d'occupation des installations, ou d'utilisation des équipements, ou le niveau des activités de soins, appréciés et calculés selon des critères identiques entre établissements publics et privés prenant en compte les caractéristiques des patients hospitalisés sont durablement inférieurs, pendant une période déterminée, à des taux ou niveaux correspondant à une occupation, une utilisation ou une capacité normales déterminées par décret, l'autorisation mentionnée à l'article L. 712-8 donnée à un établissement, une installation, un équipement matériel lourd ou une activité de soins peut être retirée totalement ou partiellement par l'agence régionale de l'hospitalisation ou par le ministre chargé de la santé, dans le cas mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 712-16, dans la limite des besoins de la population et de l'intérêt des malades.
'Les critères d'appréciation et de calcul des taux d'occupation des installations, d'utilisation des équipements ou du niveau des activités de soins, ainsi que la période mentionnée au premier alinéa, sont fixés par voie réglementaire. Cette période peut varier en fonction de la nature des installations, équipements ou activités de soins, sans pouvoir être inférieure à deux ans. Il est tenu compte, pour la période antérieure à la date de publication de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 des taux d'occupation, niveau d'utilisation, niveau d'activité et capacité publiés dans les statistiques officielles du ministère des affaires sociales prenant en compte les déclarations faites par les établissements.
'L'établissement dispose d'un délai de trois mois pour présenter ses observations à compter de la date de notification par l'agence régionale de l'hospitalisation ou le ministre chargé de la santé des motifs du projet de retrait d'autorisation. La décision de retrait est motivée. Elle est prise après consultation, selon le cas, du comité régional ou du comité national de l'organisation sanitaire et sociale, auquel aura été préalablement communiqué l'ensemble des éléments de procédure contradictoire (ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, art. 37).
'Art. L. 712-18. - Selon les cas, le ministre chargé de la santé ou le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut prononcer la suspension totale ou partielle de l'autorisation de fonctionner d'une installation ou d'une activité de soins :
'1° En cas d'urgence tenant à la sécurité des malades ;
'2° Lorsque les conditions techniques de fonctionnement prévues au 3° de l'article L. 712-9 ne sont pas respectées ou lorsque sont constatées dans un établissement de santé et du fait de celui-ci des infractions aux lois et règlements pris pour la protection de la santé publique entraînant la responsabilité civile de l'établissement ou la responsabilité pénale de ses dirigeants.
'La décision de suspension est transmise sans délai à l'établissement concerné, assortie d'une mise en demeure.
'A l'issue d'un délai d'un mois si la mise en demeure est restée sans effet, le ministre ou le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation saisit dans un délai de quinze jours, selon les cas, le comité national ou le comité régional de l'organisation sanitaire et sociale qui, dans les quarante-cinq jours de la saisine, émet un avis sur la mesure de suspension au vu des observations formulées par l'établissement concerné.
Art. L. 712-17-1. - Les dispositions de cet article ne seront applicables qu'après la parution du décret en Conseil d'Etat qui doit déterminer les critères d'appréciation et de calcul des taux d'occupation des installations, d'utilisation des équipements ou du niveau des activités de soins ainsi que la durée des périodes au cours desquelles la sous-occupation ou la sous-utilisation devront avoir été constatées pour justifier le retrait partiel ou total de l'autorisation mentionnée à l'article L. 712-8.
Art. L. 712-18. - Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation est substitué au représentant de l'Etat en application de l'article 12-II de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996. Le préfet de région conserve ces attributions jusqu'aux dates prévues dans les conventions constitutives des agences, soit au plus tard jusqu'au 30 juin 1997 (art. 13 de l'ordonnance précitée).
'Le ministre ou le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation doit alors se prononcer à titre définitif, éventuellement sur le retrait d'autorisation ou sur la modification de son contenu. Il peut également assortir l'autorisation des conditions particulières mentionnées à l'article L. 712-13.
'Les décisions de suspension ou de retrait prises selon les modalités mentionnées ci-dessus ne font pas obstacle à d'éventuelles poursuites judiciaires (art. 39, II. de la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994).
'Art. L. 712-19. - Sont considérés comme équipements matériels lourds au sens du présent titre les équipements mobiliers destinés à pourvoir soit au diagnostic, à la thérapeutique ou à la rééducation fonctionnelle des blessés, des malades et des femmes enceintes, soit au traitement de l'information et qui ne peuvent être utilisés que dans des conditions d'installation et de fonctionnement particulièrement onéreuses ou pouvant entraîner un excès d'actes médicaux. La liste de ces équipements est établie par décret en Conseil d'Etat.
'Art. L. 712-20. - I. - En vue d'adapter le système hospitalier aux besoins de la population et de préserver leur qualité dans l'intérêt des malades au meilleur coût, par un redéploiement de services, activités ou équipements hospitaliers, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut demander à deux ou plusieurs établissements publics de santé :
'1° De conclure une convention de coopération ;
'2° De créer un syndicat interhospitalier ou un groupement d'intérêt public ;
'3° De prendre une délibération tendant à la création d'un nouvel établissement public de santé par fusion des établissements concernés.
'La demande du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation doit être motivée. Les conseils d'administration des établissements concernés se prononcent dans un délai de trois mois sur cette création ou cette convention. Dans la mesure où sa demande ne serait pas suivie d'effet, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut, après avoir recueilli l'avis du comité régional de l'organisation sanitaire et sociale, prendre les mesures appropriées pour que les établissements concluent une convention de coopération, adhèrent à un réseau de soins ou créent un syndicat interhospitalier ou un groupement d'intérêt public, ou prononcer la fusion des établissements publics de santé concernés.
'II. - Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut demander, dans le cadre d'une opération de restructuration ou de coopération, la suppression d'emplois médicaux et des crédits y afférents ainsi que la création d'emplois médicaux et l'ouverture des crédits correspondants dans le ou les établissements publics de santé appelés à recevoir les patients des services supprimés ou convertis.
'A défaut de l'adoption de ces mesures dans un délai de deux mois par les conseils d'administration des établissements concernés, le directeur de l'agence régionale prend les décisions qui rendent ces mesures exécutoires de plein droit dès leur réception par les établissements. Les praticiens hospitaliers titulaires demeurent nommés sur les emplois transférés (ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, art. 38, I).
Art. L. 712-20. - Les mesures importantes prévues par cet article sont d'application immédiate. Avant les dates prévues dans les conventions constitutives des agences régionales de l'hospitalisation, elles peuvent être mises en oeuvre par le représentant de l'Etat dans la région.
Le II de l'article L. 712-20 précise les conditions dans lesquelles les postes médicaux pourront être supprimés à l'occasion d'une opération de restructuration ou transférés dans un ou plusieurs autres établissements publics de santé.

CHAPITRE III
Les actions de coopération
Section 1
Les conférences sanitaires de secteur
'Art. L. 713-1. - Il est créé, dans chaque secteur sanitaire, une conférence sanitaire formée des représentants des établissements de santé, publics ou privés, de ce secteur.
'Art. L. 713-2. - Les conférences sanitaires de secteur sont obligatoirement consultées lors de l'élaboration et de la révision de la carte sanitaire et du schéma régional d'organisation sanitaire ; elles sont également chargées de promouvoir la coopération entre les établissements du secteur.
'Art. L. 713-3. - Le nombre des représentants de chacun des établissements est fonction de l'importance de ces derniers.
'Aucun des établissements membres d'une conférence sanitaire de secteur ne peut détenir la majorité absolue des sièges de la conférence.
'Les représentants des établissements publics de santé sont désignés par le conseil d'administration ; le directeur de l'établissement, 'le président de la commission médicale de l'établissement et le maire de la commune d'accueil de l'établissement ou son représentant' (art. 46 de la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994) sont membres de droit de la conférence.
'Les représentants des établissements de santé privés sont désignés par l'organisme gestionnaire ; cette représentation comprend au moins un praticien exerçant dans l'établissement.
'Art. L. 713-4. - D'autres organismes concourant aux soins peuvent faire partie d'une conférence sanitaire de secteur à condition d'y être autorisés par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, sur avis conforme de la conférence.

Section 2
Les syndicats interhospitaliers
'Art. L. 713-5. - Un syndicat interhospitalier peut être créé à la demande de deux ou plusieurs établissements assurant le service public hospitalier dont un au moins doit être un établissement public de santé. Sa création est autorisée par arrêté du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. D'autres organismes concourant aux soins peuvent faire partie d'un syndicat interhospitalier à condition d'y être autorisés par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.
'Le syndicat interhospitalier est un établissement public.
Art. L. 713-4. - Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation est substitué au représentant de l'Etat en application de l'article 12-II de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996. Le préfet de département conserve cette attribution jusqu'aux dates prévues dans les conventions constitutives des agences soit au plus tard jusqu'au 30 juin 1997 (art. 13 de l'ordonnance précitée).
Art. L. 713-5. - Cet article a été modifié dans un souci de clarification par l'article 40 de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996. En toute hypothèse il n'était pas juridiquement concevable que deux établissements privés assurant le service public hospitalier puissent constituer entre eux seuls un syndicat interhospitalier qui ait la nature d'établissement public.
Le directeur de l'agence régionale est substitué au représentant de l'Etat en application de l'article 12-II de l'ordonnance précitée. Le préfet du département siège du syndicat conserve cette attribution jusqu'aux dates prévues dans les conventions constitutives des agences soit au plus tard jusqu'au 30 juin 1997 (art. 13 de l'ordonnance précitée).
'Art. L. 713-6. - Le syndicat interhospitalier est administré par un conseil d'administration et, dans le cadre des délibérations dudit conseil, par un secrétaire général nommé par le ministre chargé de la santé, après avis du président du conseil d'administration.
'Le conseil d'administration du syndicat est composé de représentants de chacun des établissements qui font partie de ce syndicat, compte tenu de l'importance de ces établissements, aucun de ceux-ci ne pouvant détenir la majorité absolue des sièges. Il élit son président parmi ces représentants. Le président de la commission médicale d'établissement de chacun des établissements et un représentant des pharmaciens de l'ensemble des établissements faisant partie du syndicat sont membres de droit du conseil d'administration. Le directeur de chacun des établissements assiste au conseil d'administration avec voix consultative.
'La représentation des personnels médicaux et des personnels non médicaux employés par le syndicat est assurée au sein de son conseil d'administration. Cette représentation ne peut être, en pourcentage, supérieure à celle dont ces personnels bénéficient dans l'établissement adhérant au syndicat où ils sont le mieux représentés.
'Le conseil d'administration peut déléguer à un bureau élu en son sein certaines de ses attributions. Cette délégation ne peut porter sur les matières énumérées aux 1°, 2°, 3°, 5°, 6°, 8°, 9° et 10° de l'article L. 714-4 qui demeurent de la compétence exclusive du conseil d'administration. Lors de chaque réunion du conseil d'administration, le bureau et le président rendent compte de leurs activités.
'La composition du bureau et le mode de désignation de ses membres sont fixés par décret.
'Art. L. 713-7. - Le syndicat interhospitalier peut exercer, pour tous les établissements qui en font partie ou pour certains d'entre eux, sur leur demande, toute activité intéressant le fonctionnement et le développement du service public hospitalier notamment :
'1° La création et la gestion de services communs ;
'2° La formation et le perfectionnement de tout ou partie du personnel ;
'3° L'étude et la réalisation de travaux d'équipement ;
'4° La centralisation de tout ou partie des ressources d'amortissement en vue de leur affectation soit au financement des travaux d'équipement entrepris, soit au service d'emprunts contractés pour le compte desdits établissements ;
'5° La gestion de la trésorerie ainsi que des emprunts contractés et des subventions d'équipements obtenues par ces établissements ;
'6° La création et la gestion de nouvelles installations nécessaires pour répondre aux besoins sanitaires de la population.
'Les attributions du syndicat sont définies par des délibérations concordantes des conseils d'administration des établissements qui en font partie.
'Art. L. 713-8. - Sous réserve des dispositions des articles L. 713-5 à L. 713-7, les sections I et II du chapitre IV du présent titre sont applicables au syndicat interhospitalier.
'Un décret fixe les conditions de l'application de l'article L. 714-16 au syndicat.
'Art. L. 713-9. - Les établissements qui font partie d'un syndicat interhospitalier peuvent faire apport à ce syndicat de tout ou partie de leurs installations sous réserve d'y être autorisés par arrêté du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. Cet arrêté prononce en tant que de besoin le transfert du patrimoine de l'établissement au syndicat.
'Après transfert des installations, les services qui s'y trouvent implantés sont gérés directement par le syndicat.
'Art. L. 713-10. - Les organismes concourant aux soins qui ne comportent pas de moyens d'hospitalisation peuvent, lorsqu'ils sont gérés par une collectivité publique ou une institution privée, faire partie d'un syndicat interhospitalier.
'Dans le cas où ils ne sont pas dotés de la personnalité morale, la demande est présentée par la collectivité publique ou l'institution à caractère privé dont ils relèvent.
'L'autorisation est accordée par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation sur avis conforme du conseil d'administration du syndicat intéressé.
'Art. L. 713-11. - Un établissement peut se retirer d'un syndicat interhospitalier avec le consentement du conseil d'administration de ce syndicat. Celui-ci fixe en accord avec le conseil d'administration de l'établissement intéressé les conditions dans lesquelles s'opère le retrait.
'Les conseils d'administration de tous les établissements qui composent le syndicat sont consultés. La décision est prise par arrêté du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

Section 3
Les groupements de coopération sanitaire
'Art L. 713.11.1. - Un groupement de coopération sanitaire peut être constitué par deux ou plusieurs établissements de santé qui ne remplissent pas les conditions prévues à l'article L. 713.5 pour constituer entre eux un syndicat interhospitalier.
'Le groupement de coopération sanitaire réalise et gère, pour le compte de ses membres, des équipements d'intérêt commun y compris des plateaux techniques tels des blocs opératoires ou des services d'imagerie médicale, ou constitue le cadre d'interventions communes des professionnels médicaux et non médicaux.
'Le groupement, qui n'est pas un établissement de santé, est doté de la personnalité morale. Son but n'est pas de réaliser des bénéfices. Il n'est pas employeur.
'Le groupement peut détenir des autorisations d'équipements matériels lourds visées au 2° de l'article L. 712.8.
'Art L. 713.11.2. - L'assemblée générale des membres du groupement est habilitée à prendre toute décision intéressant le groupement ; elle élit, en son sein, un administrateur qui est chargé de la mise en oeuvre de ses décisions.
'La convention constitutive du groupement doit être approuvée et publiée par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.
Art. L. 713-9. - Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation est substitué au représentant de l'Etat en application de l'article 12-II de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996. Le préfet du département siège du syndicat conservera cette attribution jusqu'aux dates prévues dans les conventions constitutives des agences soit au plus tard jusqu'au 30 juin 1997 (art. 13 de l'ordonnance précitée).
Art. L. 713.10. - Même commentaire que pour l'article L. 713.9.
Art. L. 713-11. - Même commentaire que pour l'article L. 713-9.
Art. L. 713-11-1 et L. 713-11-2. - L'application de ces articles est subordonnée à la parution d'un décret en Conseil d'Etat.
Toutefois les opérations de coopération considérées peuvent être, sans attendre, préparées par les acteurs concernés, de telle sorte que l'opération puisse se réaliser sans délai, après la publication du décret. Dans la mesure où les préfets de région seraient saisis de projets de groupement de coopération sanitaire, la direction des hôpitaux se tient à leur disposition pour donner toutes précisions utiles et doit être tenue informée de l'état d'avancement des projets. Les conventions constitutives des opérations de coopération susceptible d'aboutir à la création d'un groupement de coopération sanitaire seront approuvées par le représentant de l'Etat dans la région avant les dates prévues dans les conventions constitutives des agences régionales de l'hospitalisation et au plus tard jusqu'au 30 juin 1997.
'Le groupement peut être créé avec ou sans capital. Les charges d'exploitation sont couvertes exclusivement par les participations de ses membres.
'Les conditions d'intervention des personnels sont précisées dans la convention constitutive.
'Les membres du groupement sont responsables de sa gestion proportionnellement à leurs apports ou à leurs participations.
'Les conditions d'application de la présente section sont définies par voie réglementaire'. (Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, art. 39-II).

Section 4
Conventions de coopération
(Ordonnance n° 96-346, art. 39-I)
'Art. L. 713-12. - Dans le cadre des missions qui leur sont imparties et dans les conditions définies par voie réglementaire, les établissements publics de santé peuvent participer à des actions de coopération, y compris internationales, avec des personnes de droit public et privé. Pour la poursuite de ces actions, ils peuvent signer des conventions, participer à des syndicats interhospitaliers et à des groupements d'intérêt public ou à des groupements d'intérêt économique.
'Pour les actions de coopération internationale, les établissements publics de santé peuvent également signer des conventions avec des personnes de droit public et privé, dans le respect des engagements internationaux souscrits par l'Etat français.

CHAPITRE IV
Les établissements publics de santé
Section I
Organisation administrative et financière
'Art. L. 714-1. - Les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière. Leur objet principal n'est ni industriel, ni commercial. Ils sont communaux, intercommunaux, départementaux, interdépartementaux ou nationaux.
'Ils sont créés, après avis du Comité national ou régional de l'organisation sanitaire et sociale, par décret ou par décision du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation dans des conditions et selon des modalités fixées par voie réglementaire.
'Ils sont administrés par un conseil d'administration et dirigés par un directeur nommé, après avis du président du conseil d'administration :
'- par décret du premier ministre pour les établissements, figurant sur une liste fixée par décret ;
'- par arrêté du ministre chargé de la santé pour les autres établissements (ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, art. 41).
'Les établissements publics de santé sont soumis au contrôle de l'Etat, dans les conditions prévues au présent titre'.
'Art. L. 714-1-1. - Les établissements publics de santé sont soumis à un régime administratif, budgétaire, financier et comptable particulier défini par le présent chapitre et précisé par voie réglementaire.
'Les dispositions du code des marchés relatives à la passation des marché sont adaptées, par voie réglementaire, aux conditions particulières de leur gestion.
'Art. L. 714-2. - Le conseil d'administration des établissements publics de santé comprend six catégories de membres :
'1° Des représentants des collectivités territoriales ;
'2° Des représentants du personnel médical, odontologique et pharmaceutique ;
'3° Un représentant de la commission du service de soins infirmiers prévue à l'article L. 714.26 ;
'4° Des représentants du personnel relevant du Titre IV du statut général des fonctionnaires ;
'5° Des personnalités qualifiées ;
'6° Des représentants des usagers.
'En outre, dans les établissements comportant des unités de soins de longue durée, un représentant des familles de personnes accueillies en long séjour peut assister avec voix consultative, aux réunions du conseil d'administration.
'Les catégories mentionnées au 2°, d'une part, et aux 3° et 4° d'autre part, comptent un nombre égal de membres ; elles ne peuvent détenir ensemble un nombre de sièges supérieur à la catégorie mentionnée au 1°.
'La catégorie mentionnée au 5° comporte au moins un médecin et un représentant des professions paramédicales non hospitaliers.
'Le président et le vice-président de la commission médicale d'établissement sont membres de droit du conseil d'administration de l'établissement, au titre de la catégorie mentionnée au 2° ci-dessus.
'Dans les centres hospitaliers régionaux faisant partie d'un centre hospitalier et universitaire, le directeur de l'unité de formation et de recherche de médecine ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical est, en outre, membre de droit du conseil d'administration.
'La présidence du conseil d'administration des établissements communaux est assurée par le maire, celle du conseil d'administration des établissements départementaux par le président du conseil général.
'Toutefois, le président du conseil général ou le maire peut renoncer à la présidence du conseil d'administration pour la durée de son mandat électif. Dans ce cas, il désigne son remplaçant au sein de l'une des catégories mentionnées au 1° et au 5° ci-dessus.
'Le président du conseil d'administration désigne, parmi les représentants des catégories mentionnées au 1° ou au 5° ci dessus, celui qui le supplée en cas d'empêchement.
Art. L. 714-2. - Le décret en Conseil d'Etat prévu au dernier alinéa de cet article paraîtra avant le 30 septembre de l'année 1996. Les conseils d'administration des organismes d'assurance maladie représentés aux conseils d'administration des établissements publics de santé, issus de la procédure de renouvellement prévue par l'ordonnance portant organisation des caisses de sécurité sociale n'auront donc pas à désigner de représentants dans les conseils d'administration des établissements de santé. Jusqu'à la date de parution de ce décret, les articles R. 714-2-1 à R. 714-2-24 restent en vigueur.
'Les représentants mentionnés au 1° ci-dessus sont désignés par les assemblées des collectivités territoriales qu'ils représentent.
'Pour les établissements intercommunaux et interdépartementaux, l'acte de création désigne le président du conseil d'administration parmi les représentants des catégories mentionnées au 1° ou au 5° ci dessus.
'Les modalités d'application du présent article sont définies par voie réglementaire (ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, art. 42).
'Art. L. 714-3. - Nul ne peut être membre d'un conseil d'administration :
'1° A plus d'un titre ;
'2° S'il encourt l'une des incapacités prévues par les articles L. 5 et L. 6 du code électoral ;
'3° S'il a personnellement ou par l'intermédiaire de son conjoint, de ses ascendants ou descendants en ligne directe un intérêt direct ou indirect dans la gestion d'un établissement de santé privé ; toutefois, cette incompatibilité n'est pas opposable aux représentants du personnel lorsqu'il s'agit d'établissements de santé privés qui assurent, hors d'une zone géographique déterminée par décret, l'exécution du service public hospitalier dans les conditions prévues aux articles L. 715-6 et L. 715-10 ;
'4° S'il est fournisseur de biens ou de services, lié à l'établissement par contrat ;
'5° S'il est agent salarié de l'établissement.
'Toutefois, l'incompatibilité résultant de la qualité d'agent salarié n'est pas opposable aux représentants du personnel médical, pharmaceutique et odontologique, aux représentants du personnel titulaire de la fonction publique hospitalière, au représentant de la commission du service de soins infirmiers et au directeur de l'unité de formation et de recherche ou au président du comité de coordination de l'enseignement médical.
'Au cas où il est fait application des incompatibilités prévues ci-dessus au président du conseil général ou au maire, la présidence est dévolue à un représentant élu, désigné en son sein, respectivement par le conseil général ou le conseil municipal.
'Au cas où il est fait application de ces incompatibilités au président ou au vice-président de la commission médicale d'établissement, au directeur de l'unité de formation et de recherche ou au président du comité de coordination de l'enseignement médical, la commission médicale d'établissement, le conseil de l'unité ou le comité de coordination élit en son sein un remplaçant.
'Art. L. 714-4. - Le conseil d'administration définit la politique générale de l'établissement et délibère sur :
'1° Le projet d'établissement, y compris le projet médical, et le contrat pluriannuel visés aux articles L. 710.16 et L. 710.16.1, après avoir entendu le président de la commission médicale d'établissement (ordonnance n° 96-346, art. 43-a) ;
'2° Les programmes d'investissement relatifs aux travaux et équipements matériels lourds ;
'3° Le rapport prévu à l'article L. 714-6 ainsi que le budget et les décisions modificatives y compris les propositions de dotation globale et de tarifs de prestations mentionnés aux articles L. 174-1 et L. 174-3 du code la sécurité sociale ;
'4° Les comptes et l'affectation des résultats d'exploitation ;
'5° Les créations, suppressions, transformations de structures médicales, pharmaceutiques, odontologiques définies à la section 3 du présent chapitre et des services autres que médicaux, pharmaceutiques et odontologiques ;
'6° Les emplois des personnels de direction et les emplois de praticiens hospitaliers à temps plein et à temps partiel à l'exception des catégories de personnels qui sont régies par l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 précitée et des personnels accomplissant le troisième cycle de leurs études médicales ou pharmaceutiques (art. 44 de la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994) ;
'7° Les conventions passées en application de l'article 6 de l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 précitée, des textes pris pour son application, et de l'article L. 715-11 ;
'8° La constitution d'un réseau de soins mentionné à l'article L. 712.3.2, d'une communauté d'établissements de santé mentionnée à l'article L. 712.3.3, les actions de coopération visées aux sections II, III et IV du chapitre III du présent titre en ce qu'elles concernent la création d'un syndicat interhospitalier, d'un groupement de coopération sanitaire, d'un groupement d'intérêt public, d'un groupement d'intérêt économique, l'affiliation ou l'adhésion à ces structures ou le retrait de l'une d'elles, et les conventions concernant les actions de coopération internationale (ordonnance n° 96-346, art. 43 b) ;
'9° Le bilan social et les modalités d'une politique d'intéressement ;
'10° Le tableau des emplois permanents à l'exception de ceux mentionnés au 6° ainsi que ceux des catégories de personnels qui sont régies par l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 précitée et des personnels accomplissant le troisième cycle de leurs études médicales ou pharmaceutiques ;
'11° Les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ; les conditions des baux de plus de dix-huit ans ;
'12° Les emprunts ;
'13° Le règlement intérieur dans le respect des dispositions prévues à l'article L. 710.1.2 (ordonnance n° 96-346, art. 43 c).
'14° Les règles concernant l'emploi des diverses catégories de personnels, pour autant qu'elles n'ont pas été fixées par des dispositions législatives ou réglementaires ;
Art. L. 714-4. - a) Le libellé de cet article a été modifié pour tenir compte des nouvelles dispositions législatives relatives :
- au contrat pluriannuel visé aux articles L. 710-16 et L. 710-16-1 (1° de l'art. L. 714-4) ;
- aux réseaux de soins, communauté d'établissements et groupements de coopération sanitaire (8° de l'art.) ;
- au règlement intérieur type prévu à l'article L. 710-1-2 (13° de l'article L. 714-4). Dans l'attente de ce document qui fera l'objet d'un décret en Conseil d'Etat, il serait inopportun que les conseils d'administration délibèrent sur un nouveau règlement intérieur. Toutefois, rien ne s'oppose à ce que telle ou telle disposition d'un réglement intérieur en vigueur puisse faire l'objet d'une modification ponctuelle dans le respect de la législation et de la règlementation existante et notamment du décret n° 74-27 du 24 janvier 1974 relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux.
b) Un 18° a été rajouté à l'article L. 714-4 pour préciser que la création des structures mentionnées à l'article L. 714-36 (antérieurement dénommée 'cliniques ouvertes') doit faire l'objet d'une délibération du conseil d'administration.
'15° L'acceptation et le refus des dons et legs ;
'16° Les actions judiciaires et les transactions ;
'17° Les hommages publics ;
'18° La création d'une structure prévue à l'article L. 714.36 ; (Ordonnance n° 96-346 article 43 - d).
'Art. L. 714-5. - Les délibérations prévues par l'article L. 714.4 deviennent exécutoires selon les modalités suivantes :
'1° Les délibérations portant sur les matières énumérées au 4°, 5°, et 8° à 17° sont exécutoires de plein droit dès leur réception par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.
'Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation saisit, pour avis, la chambre régionale des comptes, dans les quinze jours suivant leur réception, des délibérations dont il estime qu'elles entraînent des dépenses de nature à menacer l'équilibre budgétaire de l'établissement. Il informe sans délai l'établissement de cette saisine, qu'il peut assortir d'un sursis à exécution. Sur avis conforme de la chambre régionale des comptes, rendu dans un délai de trente jours suivant la saisine, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut annuler la délibération ainsi mise en cause.
'Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation défère au tribunal administratif les délibérations portant sur ces matières qu'il estime illégales dans les deux mois suivant leur réception. Il informe sans délai l'établissement et lui communique toute précision sur les illégalités invoquées. Il peut assortir son recours d'une demande de sursis à exécution. Il est fait droit à cette demande si l'un des moyens invoqués paraît sérieux et de nature à justifier l'annulation de la délibération attaquée.
'2° Les délibérations portant sur les matières mentionnées aux 1°, à l'exclusion du contrat pluriannuel mentionné aux articles L. 710.16 et L. 710.16.1, 2°, 3°, à l'exception du rapport prévu à l'article L. 714.6, 6° et 7°, sont soumises au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation en vue de leur approbation.
'A l'exception de celles mentionnées au 3°, et sans préjudice de l'application de l'article L. 712.8, elles sont réputées approuvées si le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation n'a pas fait connaître son opposition dans un délai déterminé. Ce délai est de six mois pour les délibérations indiquées au 1°, de deux mois pour les délibérations indiquées au 2° et de trente jours pour les délibérations indiquées au 6° et 7°. Ces délais courent à compter de la date de réception des délibérations par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.
'Les délibérations mentionnées au 3° sont soumises au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation en vue de leur approbation dans les conditions fixées aux articles L. 714.7 et L. 714.8.
'Art. L. 714-6. - Avant le 30 juin de chaque année, le conseil d'administration délibère sur un rapport présenté par le directeur portant sur les objectifs et prévisions d'activité de l'établissement pour l'année à venir et sur l'adaptation des moyens qui paraissent nécessaires pour remplir les missions imparties par le projet d'établissement conformément aux engagements pris au contrat pluriannuel mentionné aux articles L. 710.16 et L. 710.16.1 (ordonnance n° 96-346, art. 45.1°).
Art. L. 714-5. - Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation est substitué au représentant de l'Etat en application de l'article 12-II de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996. Le préfet de département conservera cette attribution jusqu'aux dates prévues dans les conventions constitutives des agences soit au plus tard jusqu'au 30 juin 1997 (art. 13 de l'ordonnance précitée).
Le libellé de l'article L. 714-5 a été par ailleurs modifié pour tenir compte de l'abrogation de l'article L. 712-4 relatif aux contrats pluriannuels tripartites remplacé par les dispositions des articles L. 710-16 et L. 710-16-1.
Le 18° de l'article L. 714-4 n'est pas mentionné dans l'article L. 714-5. La création des structures prévues à l'article L. 714-36 ne relève en effet ni du contrôle de légalité, ni de l'approbation préalable mais d'une procédure spécifique d'autorisation définie au troisième alinéa de l'article L. 714-36.
Art. L. 714-6. - Cet article a été modifié, pour affirmer le lien entre le rapport d'orientation budgétaire et les engagements souscrits dans le cadre du contrat pluriannuel.
'Cette délibération et ce rapport sont transmis au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation dans un délai de huit jours à compter de la délibération.
'Art. L. 714-7. - Le budget et les décisions modificatives mentionnés au 3° de l'article L. 714.4 sont préparés et présentés par le directeur. Le budget de l'année est voté par le conseil d'administration au plus tard le 15 octobre de l'année précédente. Il est établi en cohérence avec les éléments financiers figurant au contrat mentionné aux articles L. 710.16 et L. 710.16.1.
'Les autorisations de dépenses et les prévisions de recettes qui figurent au budget sont présentées et votées par groupes fonctionnels dont la composition est conforme à une nomenclature fixée par décret. Les décisions modificatives sont présentées et votées dans les mêmes formes.
'Les délibérations relatives au budget et aux décisions modificatives sont transmises sans délai au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation en vue de leur approbation.
'Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut modifier le montant global des dépenses et des recettes prévues ainsi que leur répartition entre les groupes fonctionnels compte tenu, d'une part et prioritairement, du montant de la dotation régionale définie à l'article L. 174.1.1. du code de la sécurité sociale et, d'autre part, des orientations du schéma régional d'organisation sanitaire et des priorités de la politique de santé, du projet d'établissement mentionné à l'article L.714.11, du contrat pluriannuel défini aux articles L. 710.16 et L. 710.16.1 et de son exécution, ainsi que de l'activité et des coûts de l'établissement, appréciés selon les modalités prévues aux articles L. 710.6 et L. 710.7 et comparés à ceux des autres établissements de la région et de la France entière.
'Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation dispose d'un délai de quarante-cinq jours à compter de la réception du budget ou des décisions modificatives pour faire connaître les modifications qu'il estime nécessaires. Ce délai est fixé à trente jours pour les décisions modificatives qui ne modifient pas le montant total des dépenses et des recettes du budget. Dans un délai de quinze jours à compter de la réception de ces observations, le conseil d'administration peut faire de nouvelles propositions. Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation dispose d'un délai de trente jours à compter de la publication de la loi de financement de la sécurité sociale pour arrêter définitivement les autorisations de dépense et les prévisions de recettes du budget de l'année et, en conséquence, le montant de la dotation globale annuelle et les tarifs de prestation mentionnés respectivement aux articles L. 174.1 et L. 174.3 du code de la sécurité sociale. S'agissant des décisions modificatives, ce dernier délai est fixé à quinze jours à compter de la réception des propositions du conseil d'administration.
'Au vu de la décision motivée du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation arrêtée dans les conditions ci-dessus, le directeur procède, dans un délai de quinze jours suivant cette décision, à la répartition des autorisations de dépenses et des prévisions de recettes approuvées entre les comptes de chaque groupe fonctionnel. En sa plus prochaine séance, le conseil d'administration est informé de cette répartition. Le budget ainsi réparti est exécutoire à compter de la date de sa transmission au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.
Art. L. 714-7. - Dans l'attente du transfert de compétences aux agences, les dispositions de l'article L. 714-7 sont mises en oeuvre par le représentant de l'Etat dans le département conformément aux dispositions des articles R. 714-3-1 à R. 714-3-40. Il en sera notamment ainsi pour la fixation des budgets primitifs 1997.
'II. - Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut demander à chacun des établissements de délibérer sur une décision modificative prenant en compte les corrections budgétaires ainsi que l'ajustement de la dotation globale et des tarifs de prestations, rendus nécessaires pour permettre le respect du montant de la dotation régionale en cas de révision de son montant.
'A défaut d'adoption par le conseil d'administration de la décision modificative mentionnée à l'alinéa précédent dans un délai de trente jours à compter de la réception de cette demande, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation arrête la décision modificative du budget, la rend exécutoire et arrête, en conséquence, le montant de la dotation globale annuelle et les tarifs de prestations(ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, art. 17).
'Art. L. 714-8. - Lorsque le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation constate que cette répartition n'ouvre pas les crédits nécessaires au respect des obligations et des engagements de l'établissement ou modifie la répartition des dépenses par groupes fonctionnels qu'il avait précédemment arrêtée, il règle le budget et le rend exécutoire en assortissant sa décision d'une motivation explicite.
'Art. L. 714-9. - Si le budget n'est pas adopté par le conseil d'administration avant le 1er janvier de l'exercice auquel il s'applique, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation saisit sans délai la chambre régionale des comptes qui, dans un délai de trente jours, formule des propositions permettant d'arrêter le budget. Le président du conseil d'administration peut, à sa demande, présenter oralement ses observations à la chambre régionale des comptes. Il est assisté par le directeur de l'établissement. Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation arrête le budget et le rend exécutoire. Si le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation s'écarte des propositions de la chambre régionale des comptes, il assortit sa décision d'une motivation explicite.
'En cas de carence de l'ordonnateur, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut, après mise en demeure et à défaut d'exécution dans le délai de trente jours, procéder au mandatement d'office d'une dépense ou au recouvrement d'une recette régulièrement inscrite au budget initial et aux décisions modificatives éventuelles.
'Art. L. 714-9-1. - I. Dans le cadre des marchés publics, y compris les travaux sur mémoires et achats sur factures, lorsque des intérêts moratoires ne sont pas mandatés en même temps que le principal, ce dernier étant d'un montant supérieur à un seuil fixé par décret, le comptable assignataire de la dépense en informe l'ordonnateur et le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation dans un délai de dix jours suivant la réception de l'ordre de paiement. Dans un délai de quinze jours, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation adresse à l'ordonnateur une mise en demeure de mandatement. A défaut d'exécution dans le délai d'un mois, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation procède d'office, dans le délai de dix jours, au mandatement de la dépense. Lorsque le mandatement des intérêts moratoires exige un virement de crédits entre les comptes d'un même groupe fonctionnel du budget et qu'au terme du délai d'un mois dont dispose l'ordonnateur, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation constate qu'il n'a
Art. L. 714-8. - Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation est substitué au représentant de l'Etat en application de l'article 12-II de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996. Le préfet de département conservera cette attribution jusqu'aux dates prévues dans les conventions constitutives des agences soit au plus tard jusqu'au 30 juin 1997 (art. 13 de l'ordonnance précitée).
Art. L. 714-9. - Même commentaire que pour l'article L. 714-8.
Art. L. 714-9-1. - Même commentaire que pour l'article L. 714-8.
pas été procédé à ce virement, il y procède d'office. Il règle et rend exécutoire le budget rectifié en conséquence. Il procède ensuite au mandatement d'office dans les quinze jours.
'Si, dans le délai d'un mois dont il dispose pour mandater les intérêts moratoires, l'ordonnateur notifie un refus d'exécution motivé par l'insuffisance des crédits disponibles dans le groupe fonctionnel considéré du budget ou si, dans ce même délai, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation constate cette insuffisance, celui-ci, dans un délai de quinze jours à compter de cette notification ou de cette constatation, adresse une mise en demeure à l'établissement. Si, dans un délai d'un mois, une décision modificative n'a pas été votée par le conseil d'administration et ne lui a pas été transmise pour approbation, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation règle et rend exécutoire le budget rectifié en conséquence. Il procède ensuite au mandatement d'office dans les quinze jours.'
II. - Les dispositions du I ci-dessus entrent en vigueur le 1er janvier 1996 (art. 68 de la loi n° 94.679 du 8 août 1994).
'Art. L. 714-10. - Les marchés des établissements publics de santé sont exécutoires dès leur réception par le représentant de l'Etat. Celui-ci défère au tribunal administratif, dans les deux mois suivant cette réception, les décisions qu'il estime illégales. Il informe sans délai le président du conseil d'administration et lui communique toute précision sur les illégalités invoquées. Il peut assortir son recours d'une demande de sursis à exécution. Il est fait droit à cette demande si l'un des moyens invoqués paraît sérieux et de nature à justifier l'annulation de l'acte attaqué.
'Art. L. 714-11. - Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, les objectifs généraux de l'établissement dans le domaine médical et des soins infirmiers, de la recherche biomédicale, de la politique sociale, des plans de formation, de la gestion et du système d'information. Ce projet, qui doit être compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire, détermine les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs.
'Le projet d'établissement est établi pour une durée maximale de cinq ans. Il peut être révisé avant ce terme.
'Art. L. 714-12. - Le Directeur représente l'établissement en justice et dans tous les actes de la vie civile.
'Il prépare les travaux du conseil d'administration et lui soumet le projet d'établissement. Il est chargé de l'exécution des décisions du conseil d'administration et met en oeuvre la politique définie par ce dernier et approuvée par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. Il est compétent pour régler les affaires de l'établissement autres que celles qui sont énumérées à l'article L. 714-4. Il assure la gestion et la conduite générale de l'établissement, et en tient le conseil d'administration informé. A cet effet, il exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art.
Art. L. 714-10. - Le préfet de département conserve ses compétences à l'égard du contrôle des marchés en application de l'article 12-II de l'ordonnance précitée.
Art. L. 714-12. - Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation est substitué au représentant de l'Etat en application de l'article 12-II de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996. Le préfet de département continue à exercer ces attributions jusqu'aux dates prévues dans les conventions constitutives des agences, soit au plus tard jusqu'au 30 juin 1997 (art. 13 de l'ordonnance précitée).
'Le directeur ordonnateur des dépenses peut procéder en cours d'exercice à des virements de crédits entre les comptes d'un même groupe fonctionnel. Ces virements sont portés, sans délai, à la connaissance du comptable, du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et du conseil d'administration dans sa plus proche séance (art. 41-III de la loi n 94-43 du 18 janvier 1994).
'Le directeur peut déléguer sa signature dans des conditions fixées par décret.
'Art. L. 714-13. - (Abrogé par ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, art. 9-III).
'Art. L. 714-14. - Dans le respect de leurs missions, les établissements publics de santé peuvent, à titre subsidiaire, assurer des prestations de service et exploiter des brevets et des licences. Les recettes dégagées par ces activités donnent lieu à l'inscription au budget de dépenses non comprises dans la dotation régionale prévue à l'article L. 714.7 du présent code et à l'article L. 174.1.1 du code de la sécurité sociale (ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, art. 18).
'Le déficit éventuel de ces activités n'est pas opposable aux collectivités publiques et organismes qui assurent le financement de l'établissement.
'Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.
'Art. L. 714-15. - Les comptables des établissements publics de santé sont des comptables directs du Trésor ayant qualité de comptable principal.
'Lorsque le comptable de l'établissement notifie à l'ordonnateur sa décision de suspendre une dépense, celui-ci peut lui adresser un ordre de réquisition. Le comptable est tenu de s'y conformer, sauf en cas :
'1° D'insuffisance de fonds disponibles ;
'2° De dépenses ordonnancées sur des crédits irrégulièrement ouverts ou insuffisants ou sur des crédits autres que ceux sur lesquels elle devrait être imputée ;
'3° D'absence de justification de service fait ou de défaut de caractère libératoire du règlement.
'L'ordre de réquisition est porté à la connaissance du conseil d'administration de l'établissement et notifié au trésorier-payeur général du département qui le transmet à la chambre régionale des comptes.
'En cas de réquisition, le comptable est déchargé de sa responsabilité.
'Le comptable assiste avec voix consultative au conseil d'administration de l'établissement lorsque celui-ci délibère sur des affaires de sa compétence.
'Les conditions de placement et de rémunération des fonds des établissements publics de santé sont déterminées par décret.
'A la demande de l'ordonnateur, le comptable informe ce dernier de la situation de paiement des mandats et du recouvrement des titres de recettes, de la situation de trésorerie et de tout élément utile à la bonne gestion de l'établissement. Il paie les mandats dans l'ordre de priorité indiqué par l'ordonnateur.
'Art. L. 714-15-1. - Les dispositions des articles L. 1611-5 et L. 1617-5 du code général des collectivités territoriales s'appliquent aux créances des établissements publics de santé.' (Art. 70-III de la loi n° 96-314 du 12 avril 1996.)

Section 2
Organes représentatifs
'Art. L. 714-16. - Dans chaque établissement public de santé est instituée une commission médicale d'établissement composée des représentants des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques, qui élit son président et dont la composition et les règles de fonctionnement sont fixées par voie réglementaire.
'La commission médicale d'établissement :
'1° Prépare avec le directeur le projet médical de l'établissement qui définit, pour une durée maximale de cinq ans, les objectifs médicaux compatibles avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire ;
'2° Prépare avec le directeur les mesures d'organisation des activités médicales, odontologiques et pharmaceutiques de l'établissement, conformément à la section 3 du présent chapitre ;
'3° Prépare avec le directeur la définition des orientations et les mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité visée à l'article L. 710-4 ;
'4° Organise la formation continue des praticiens visés au 2° de l'article L. 714-27 et, à cet effet, prépare avec le directeur les plans de formation correspondants ; exerce, en formation restreinte, les compétences relatives à la formation médicale continue des praticiens dans les conditions prévues à l'article L. 367-2 ;
'5° Emet un avis sur le projet d'établissement, sur les programmes d'investissement relatifs aux travaux et équipements matériels lourds, sur le projet de contrat pluriannuel mentionné aux articles L. 710-16 et L. 710-16-1, sur le rapport prévu à l'article L. 714-6, sur le projet de budget, sur les comptes de l'établissement, ainsi que sur tous les aspects techniques et financiers des activités médicales, odontologiques et pharmaceutiques ;
'6° Emet un avis sur la constitution d'un réseau de soins mentionné à l'article L. 712-3-2, d'une communauté d'établissements de santé mentionnée à l'article L. 712-3-3, ainsi que sur les actions de coopération visées aux sections 2, 3 et 4 du chapitre III du présent titre en ce qu'elles concernent la création d'un syndicat interhospitalier, d'un groupement de coopération sanitaire, d'un groupement d'intérêt public, d'un groupement d'intérêt économique, l'affiliation ou l'adhésion à ces structures ou le retrait de l'une d'elles, et les conventions concernant les actions de coopération internationale ;
'7° Emet un avis sur le fonctionnement des services autres que médicaux, odontologiques et pharmaceutiques, dans la mesure où ils intéressent la qualité des soins ou la santé des malades ;
'8° Emet un avis sur le projet des soins infirmiers, tel qu'il est défini à l'article L. 714-26 ;
'9° Emet un avis sur le bilan social, les plans de formation, et notamment ceux intéressant les personnels paramédicaux et les modalités de mise en oeuvre d'une politique d'intéressement ;
Art. L. 714-16. - La rédaction nouvelle de cet article étend les attributions de la C.M.E. :
- à la préparation des mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité visée à l'article L. 710-4, c'est-à-dire notamment à l'évaluation des pratiques et des modalités d'organisation médicale des soins ;
- et à l'organisation de la formation continue des praticiens à temps plein et à temps partiel, à la préparation des plans de formateur et à l'exercice, en formation restreinte, des compétences définies à l'article L. 367-2 en matière de délivrance d'attestation de formation continue. Cette dernière fonction s'exercera selon des modalités qui seront définies dans le cadre d'instructions ultérieures. Son dernier alinéa prévoit l'association du président de la C.M.E. à la préparation du contrat pluriannuel.
'10° Est régulièrement tenue informée de l'exécution du budget et des créations, suppressions ou transformations d'emplois de praticiens hospitaliers ;
'11° Emet un avis sur les modalités de constitution des centres de responsabilité dans les conditions prévues à l'article L. 714-26-1 et sur la désignation des responsables de ces centres.
'En outre, à la demande du président du conseil d'administration, du directeur de l'établissement, de son propre président, du tiers de ses membres, ou du chef de service, ou du chef de département, ou du coordonnateur concerné, ou du responsable d'une structure médicale telle que définie à l'article L. 714-25-2, la commission délibère sur les choix médicaux de l'année à venir dans le respect de la dotation budgétaire allouée et compte tenu de décisions prises par le conseil d'administration et le directeur en application des articles L. 714-4 et L. 714-12.
'La commission médicale d'établissement peut mandater son président pour préparer les décisions visées aux 1° et 2° du présent article.
'Le président de la commission médicale d'établissement est associé à la préparation du contrat pluriannuel prévu aux articles L. 710-16 et L. 710-16-1 (ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, art. 46).
'Art. L. 714-17. - Dans chaque établissement public de santé, est institué un comité technique d'établissement présidé par le directeur, ou son représentant, membre du corps des personnels de direction de l'établissement (art. 6 de la

) et composé de représentants du personnel relevant du titre IV du statut général des fonctionnaires, élus par collèges définis en fonction des catégories mentionnées à l'article 4 de ce titre sur des listes présentées par les organisations syndicales représentatives au sein de chaque établissement pour chaque catégorie de personnel.
'La représentativité des organisations syndicales s'apprécie d'après les critères suivants :
'- les effectifs ;
'- l'indépendance ;
'- les cotisations ;
'- l'expérience et l'ancienneté du syndicat.
'Tout syndicat affilié à une organisation représentative sur le plan national est considéré comme représentatif dans l'établissement.
'Lorsque aucune organisation syndicale ne présente de liste ou lorsque la participation est inférieure à un taux fixé par décret, les listes peuvent être librement établies.
'Art. L. 714-18. - Le comité technique d'établissement est obligatoirement consulté sur :
'1° Le projet d'établissement, le projet de contrat pluriannuel mentionné aux articles L. 710-16 et L. 710-16-1 et les programmes d'investissement relatifs aux travaux et équipements matériels lourds (ordonnance n° 96-346 art. 47 a).
Art. L. 714-18. - Le libellé de cet article a été modifié pour tenir compte des nouvelles dispositions législatives relatives : - aux contrats pluriannuels (1° de l'art. L. 714-18) ; - aux centres de responsabilité (nouveau 4° de l'article) ; - aux groupements de coopération sanitaire (10° de l'article).
'2° Le budget, le rapport prévu à l'article L. 714-6 et les comptes ainsi que le tableau des emplois ;
'3° Les créations, suppressions, transformations des structures médicales, pharmaceutiques, odontologiques définies à la section 3 du présent chapitre et des services autres que médicaux, pharmaceutiques et odontologiques ;
'4° Emet un avis sur les modalités de constitution des centres de responsabilité dans les conditions prévues à l'article L. 714-26-1 (ordonnance n° 96-346, art. 47 c).
'5° Les conditions et l'organisation du travail dans l'établissement, notamment les programmes de modernisation des méthodes et techniques de travail et leurs incidences sur la situation du personnel ;
'6° Les règles concernant l'emploi des diverses catégories de personnels pour autant qu'elles n'ont pas été fixées par des dispositions législatives ou réglementaires ;
'7° Les critères de répartition de certaines primes et indemnités ;
'8° La politique générale de formation du personnel et notamment le plan de formation ;
'9° Le bilan social et les modalités d'une politique d'intéressement ;
'10° Les actions de coopération visées aux sections 2, 3 et 4 du chapitre III du présent titre en ce qu'elles concernent la création d'un syndicat interhospitalier, l'affiliation ou le retrait d'un tel syndicat, la création ou l'adhésion à un groupement de coopération sanitaire, à un groupement d'intérêt public, à un groupement d'intérêt économique, les conventions concernant les actions de coopération internationale (ordonnance n° 96-346, art. 47 d).
'Art. L. 714-19. - Un représentant du comité technique d'établissement et un représentant de la commission médicale d'établissement assistent, avec voix consultative, à chacune des réunions respectives de ces deux instances, dans des conditions fixées par décret.
'Les modalités d'application des articles L. 714-17 et L. 714-18 et notamment le nombre de membres titulaires et suppléants des comités techniques d'établissement ainsi que les règles de fonctionnement de ces comités sont fixés par voie réglementaire.
'Un décret définit les moyens dont disposent la commission médicale d'établissement et le comité technique d'établissement pour remplir leurs missions.

Section 3
Organisation des soins et fonctionnement médical
'Art. L. 714-20. - Pour l'accomplissement de leurs missions, les établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux sont organisés en services ou en départements créés par le conseil d'administration sur la base du projet d'établissement mentionné à l'article L. 714-11.
'Les services et les départements sont placés sous la responsabilité d'un médecin, biologiste, odontologiste ou pharmacien hospitalier.
'Les unités fonctionnelles sont les structures élémentaires de prise en charge des malades par une équipe soignante ou médico-technique, identifiées par leurs fonctions et leur organisation, ainsi que les structures médicotechniques qui leur sont associées (article 45 de la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994).
'Les services sont constitués d'unités fonctionnelles de même discipline.
'Les départements sont constitués d'au moins trois unités fonctionnelles.
'A titre exceptionnel, lorsqu'une unité fonctionnelle ne présente pas de complémentarité directe avec d'autres unités de même discipline ou qu'il n'existe pas d'unité ayant la même activité, elle peut constituer un service.
'Art. L. 714-21. - Les chefs de service ou de département sont nommés, pour une durée de cinq ans renouvelable, par le ministre chargé de la santé après avis de la commission médicale d'établissement qui siège en formation restreinte aux praticiens titulaires et du conseil d'administration ; le renouvellement est prononcé après avis de la commission médicale d'établissement, puis du conseil d'administration, par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, y compris en ce qui concerne les chefs de service nommés avant l'entrée en vigueur de la

portant diverses dispositions d'ordre social. Il est subordonné au dépôt, auprès du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et des instances citées ci-dessus, quatre mois avant l'expiration du mandat, d'une demande de l'intéressé, accompagnée d'un bilan de son activité en qualité de chef de service ou de département et d'un projet pour le mandat sollicité. Le non-renouvellement est notifié à l'intéressé avant le terme de son mandat. Il peut être fait appel de cette décision dans un délai de deux mois auprès du ministre chargé de la santé.
Les conditions de candidature et de nomination dans ces fonctions, dont certaines peuvent être propres à la psychiatrie, sont fixées par voie réglementaire.
Peuvent exercer la fonction de chef de service ou de département ou de responsable de structures créées, en application de l'article L. 714-25-2, les praticiens titulaires relevant d'un statut à temps plein ou, si l'activité du service, du département ou de la structure ou la situation des effectifs le justifient, les praticiens titulaires relevant d'un statut à temps partiel.
Les dispositions du premier alinéa ne font pas obstacle à l'application des dispositions relatives aux sanctions prises en cas de faute ou d'insuffisance professionnelle et aux décisions prises dans l'intérêt du service.
Les fonctions hospitalières exercées par les professeurs des universités-praticiens hospitaliers cessent à la fin de l'année universitaire au cours de laquelle ils atteignent la limite d'âge fixée pour les praticiens hospitaliers.
Toutefois, les professeurs des universités-praticiens hospitaliers bénéficient d'une prolongation d'activité au-delà de l'âge de soixante-cinq ans conformément à l'article 2 de la loi n° 86-1304 du 23 décembre 1986 relative à la limite d'âge et aux modalités de recrutement de certains fonctionnaires civils de l'Etat peuvent demander à poursuivre, en qualité de consultants, des fonctions hospitalières à l'exclusion de celles de chef de service.
Art. L. 714-21. - Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation est substitué au représentant de l'Etat en application de l'article 12-II de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996. Le préfet de région conserve ces attributions jusqu'aux dates prévues dans les conventions constitutives des agences, soit au plus tard jusqu'au 30 juin 1997 (art. 13 de l'ordonnance précitée).
Les candidatures et la nature des missions confiées aux consultants, dans ou en dehors de l'établissement, sont examinées par le conseil d'administration et la commission médicale d'établissement qui émettent un avis motivé sur l'opportunité et le contenu de la demande. Le statut de consultant est fixé par décret.
'Art. L. 714-22. - Dans chaque service ou département il est institué un conseil de service ou de département constitué, selon l'importance du service ou du département, soit des personnels médicaux et non médicaux du service ou du département, soit des représentants des unités fonctionnelles, dans des conditions définies par voie réglementaire.
'Le conseil de service ou de département a notamment pour objet :
'- de permettre l'expression des personnels ;
'- de favoriser les échanges d'informations, notamment celles ayant trait aux moyens afférents au service ou au département ;
'- de participer à l'élaboration du projet de service ou de département et du rapport d'activité ;
'- de faire toute proposition sur le fonctionnement du service ou du département.
'Les modalités de fonctionnement du conseil sont fixées par le règlement intérieur de l'établissement.
'Art. L. 714-23. - Le chef de service ou de département assure la conduite générale du service ou du département et organise son fonctionnement technique dans le respect de la responsabilité médicale de chaque praticien et des missions dévolues à chaque unité fonctionnelle par le projet de service ou de département. Il est assisté selon les activités du service ou du département par une sage-femme, un cadre paramédical ou un cadre médico-technique pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités qui relèvent de leurs compétences.
'Le chef de service ou de département élabore avec le conseil de service ou de département un projet de service ou de département qui prévoit l'organisation générale, les orientations d'activité ainsi que les actions à mettre en oeuvre pour développer la qualité et l'évaluation des soins.
'Tous les deux ans, un rapport d'activité et d'évaluation établi dans les mêmes conditions précise l'état d'avancement du projet et comporte une évaluation de la qualité des soins. Ce rapport est remis, notamment, au directeur et au président de la commission médicale d'établissement.
'Des dispositions réglementaires fixent les modalités d'application du présent article.
'Art. L. 714-24. - L'unité fonctionnelle est placée sous la responsabilité d'un praticien titulaire ou d'un praticien hospitalo-universitaire temporaire du service ou du département dans le cadre de l'organisation générale définie par le chef de service ou de département et dans le respect du projet de service.
'A titre exceptionnel, un praticien hospitalier peut être chargé de plusieurs unités fonctionnelles.
'Le conseil d'administration désigne pour une période déterminée par voie réglementaire le praticien hospitalier chargé de l'unité fonctionnelle avec l'accord du chef de service ou de département après avis des praticiens titulaires du service ou du département et de la commission médicale d'établissement.
'Art. L. 714-25. - Avec l'accord des chefs de service ou de département intéressés, des services, des départements ou unités fonctionnelles peuvent être regroupés en fédérations en vue soit du rapprochement d'activités médicales complémentaires, soit d'une gestion commune de lits ou d'équipements, soit d'un regroupement des moyens en personnel ou pour la réalisation de plusieurs de ces objectifs.
'Les activités de la fédération sont placées sous la responsabilité d'un coordonnateur médecin, biologiste, pharmacien ou odontologiste hospitalier. Le coordonnateur est assisté par une sage-femme, un cadre paramédical, un membre du personnel soignant ou un membre du personnel médico-technique et par un membre du personnel administratif.
'L'organisation, le fonctionnement et l'intitulé de la fédération sont définis par un règlement intérieur. Le règlement intérieur est arrêté par le conseil d'administration après avis de la commission médicale d'établissement et du comité technique d'établissement dans des conditions définies par voie réglementaire. Ce règlement intérieur précise notamment la nature et l'étendue des activités de la fédération, les modalités d'association des personnels à ces activités ainsi que les conditions de désignation et le rôle du coordonnateur et de ses assistants.
'Art. L. 714-25-1. - Les sages-femmes sont responsables de l'organisation générale des soins et des actes obstétricaux relevant de leur compétence. Elles participent, dans les conditions prévues à l'article L. 714-23, à leur évaluation et aux activités de recherche en collaboration avec les praticiens du service, du département ou d'une structure médicale telle que définie à l'article L. 714-25-2.
'Art. L. 714-25-2. - Par dérogation aux dispositions des articles L. 714-20 à L. 714-25, le conseil d'administration d'un établissement public de santé peut décider d'arrêter librement l'organisation des soins et le fonctionnement médical de l'établissement, dans le respect du projet d'établissement approuvé.
'Cette décision est prise à l'initiative du président du conseil d'administration, du président de la commission médicale d'établissement ou du directeur de l'établissement, après avis conforme de la commission médicale d'établissement siégeant en formation restreinte aux praticiens titulaires. Le comité technique d'établissement est consulté. (ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, art. 48).
'Dans ce cas, le conseil d'administration nomme les responsables des structures médicales et médico-techniques ainsi créées après avis de la commission médicale d'établissement qui siège en formation restreinte aux praticiens titulaires (art. 7, II de la

). Il prévoit, après consultation de la commission médicale d'établissement et du comité technique d'établissement, les modalités de participation et d'expression des personnels au fonctionnement de ces structures. La mise en place de celles-ci ne peut intervenir qu'à l'occasion des renouvellements des chefs de service en fonction à la date de promulgation de la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.
Les dispositions du troisième alinéa ne font pas obstacle à l'application des dispositions relatives aux sanctions prises en cas de faute ou d'insuffisance professionnelle et aux décisions prises dans l'intérêt du service (art. 7, II de la
).
'Art. L. 714-26. - Il est créé, dans chaque établissement, un service de soins infirmiers dont la direction est confiée à l'infirmier général, membre de l'équipe de direction.
'Une commission, présidée par le directeur du service des soins infirmiers et composée des différentes catégories de personnels du service de soins infirmiers, est instituée en son sein. Elle est consultée dans des conditions fixées par voie réglementaire sur :
'1° L'organisation générale des soins infirmiers et de l'accompagnement des malades dans le cadre d'un projet de soins infirmiers ;
'2° La recherche dans le domaine des soins infirmiers et l'évaluation de ces soins ;
'3° L'élaboration d'une politique de formation ;
'4° Le projet d'établissement.
Art. L. 714-25-2. - Cet article dont le deuxième alinéa a été modifié est d'application immédiate. Le nouveau libellé a pour objectif de faciliter le recours a la faculté prévue dans cet article, afin de favoriser les restructurations internes nécessaires à une meilleure organisation de l'offre de soins.
Le fait que la décision de mettre en oeuvre l'organisation libre des structures médicales soit prise 'après avis conforme de la commission médicale d'établissement' s'oppose à ce que le conseil d'administration passe outre à un refus exprimé à la majorité des membres de la commission siégeant en formation restreinte. A l'inverse, le conseil d'administration n'est pas tenu de mettre en oeuvre les dispositions de l'article L. 714-25-2 au vu d'un avis émis en ce sens par la commission médicale.
Par ailleurs, les délibérations du conseil d'administration relatives à la nomination des responsables des structures médicales ainsi organisées ainsi que celles relatives aux conditions de participation et d'expression des personnels au fonctionnement de ces structures sont prises après avis simple de la commission médicale. Le comité technique d'établissement est obligatoirement consulté à toutes les étapes de cette procédure autres que la nomination des responsables médicaux.

Section 4
La contractualisation interne
'Art. L. 714-26-1. - Les établissements publics de santé peuvent mettre en place des procédures de contractualisation interne.
'A cette fin, les équipes médicales et paramédicales peuvent à leur initiative proposer au directeur de l'établissement la création de centres de responsabilité. Ces propositions sont soumises pour avis à la commission médicale d'établissement et au comité technique d'établissement. La décision du directeur est motivée.
'Le directeur peut également décider de créer un centre de responsabilité après avis de la commission médicale d'établissement, du comité technique d'établissement et des équipes médicales et paramédicales concernées.
'Le responsable de chaque centre de responsabilité est proposé par les structures médicales qui le composent parmi les médecins, biologistes, odontologistes et pharmaciens membres des unités, services, départements et fédérations concernés. Le responsable est désigné par le directeur. La décision du directeur est motivée.
'Les centres de responsabilité bénéficient de délégations de gestion de la part du directeur.
'Ces délégations de gestion font l'objet d'un contrat négocié par le responsable du centre avec le directeur. Ce contrat définit également les objectifs, les moyens et les indicateurs de suivi des centres de responsabilité, les modalités de leur intéressement aux résultats de leur gestion, ainsi que les conséquences en cas d'inexécution du contrat (ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, art. 9-II).

Section 5
Les personnels des établissements publics de santé
(ordonnance n° 96-346, art. 9, I)
'Art. L. 714-27. - Le personnel des établissements publics de santé comprend :
'1° Des agents relevant des dispositions du titre IV du statut général des fonctionnaires ;
'2° Des médecins, des biologistes, des odontologistes et des pharmaciens dont les statuts et le régime de protection sociale, qui sont différents selon que ces praticiens consacrent tout ou partie de leur activité à ces établissements, sont établis par voie réglementaire ;
'3° Des médecins, des biologistes, des odontologistes et des pharmaciens attachés des hôpitaux dont le statut est établi par voie réglementaire.
'En outre, lorsque la nature des fonctions ou les besoins du service le justifient, des médecins, biologistes, pharmaciens et odontologistes contractuels peuvent être recrutés dans des conditions déterminées par voie réglementaire.
Art. L. 714-26-1. - Cet article est d'application immédiate en ce qui concerne la constitution des centres de responsabilité, toutefois les délégations de gestion ne pourront intervenir qu'après la modification de l'article D. 714-12-1 (courant septembre 1996).
L'article L. 714-26-1 se substitue aux dispositions de l'article L. 714-13 qui est abrogé.
'Les dispositions des 2° et 3° du présent article ne sont pas applicables aux praticiens des hôpitaux locaux, mentionnés à l'article L. 711-6, qui assurent les soins définis au a du 1° de l'article L. 711-2 ; les conditions dans lesquelles ces dispositions peuvent être applicables aux praticiens des hôpitaux locaux assurant les soins définis au b du 1° et au 2° de l'article L. 711-2 sont fixées par voie réglementaire.
'Art. L. 714-28. - Les personnels des établissements publics de santé bénéficient soit des dispositions prévues à l'article L. 714-22, soit, pour les personnels qui ne relèvent pas de ces dispositions, d'un droit à l'expression directe et collective sur le contenu, les conditions d'exercice et l'organisation de leur travail, dont les modalités d'exercice sont définies par voie réglementaire.
'Art. L. 714-29. - En cas d'exercice de l'activité à temps partiel, la nomination des intéressés peut, sauf démission, être remise en cause dans les six mois qui précèdent l'expiration de chacune des périodes quinquennales d'exercice.
Le conseil d'administration de l'établissement, agissant de sa propre initiative ou à la demande du médecin inspecteur régional de la santé, après audition de l'intéressé et avis de la commission médicale d'établissement, demande au préfet du département, par une délibération motivée, de mettre fin aux fonctions de l'intéressé.
Le préfet statue dans les trois mois de la saisine, sur avis conforme d'une commission paritaire régionale, dont la composition sera fixée par décret en Conseil d'Etat.
L'intéressé ou le médecin inspecteur régional de la santé peut exercer un recours à l'encontre de cette décision dans les deux mois de la notification qui leur en est faite,devant une commission nationale paritaire dont la composition sera fixée par décret en Conseil d'Etat.
Cette commission doit statuer dans les trois mois de sa saisine après audition des intéressés ou de leurs représentants.

Section 6
Dispositions diverses
(ordonnance n° 96-346 art. 9,I)
'Art. L. 714-30. - Dès lors que l'intérêt du service public hospitalier n'y fait pas obstacle, les praticiens statutaires exerçant à temps plein dans les établissements publics de santé sont autorisés à exercer une activité libérale dans les conditions définies ci-après.
'Art. L. 714-31. - L'activité libérale s'exerce exclusivement au sein des établissements dans lesquels les praticiens ont été nommés ; elle peut comprendre des consultations, des soins en hospitalisation et des actes médico-techniques à condition :
1° Que les praticiens exercent personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le secteur hospitalier public ;
2° Qu'aucun lit ni aucune installation médico-technique ne soit réservé à l'exercice de l'activité libérale.
Art. L. 714-29. - En application de l'article 12-II de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, le préfet de département conserve ses compétences en matière de non-renouvellement des praticiens exerçant à temps partiel à l'expiration de chaque période quinquennale d'exercice.
La nomination des praticiens exerçant à temps partiel est prononcée par le préfet de région en vertu de l'article 12 du décret n° 85-384 du 29 mars 1985.
La durée de l'activité libérale ne peut excéder le cinquième de la durée de service hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens. Les autres conditions et limites de l'exercice de l'activité libérale sont fixées, en fonction de la discipline concernée, par voie réglementaire.
'En outre, s'agissant de greffe d'organes ou de tissu humain, aucun des actes ainsi exercés ne peut concerner directement ou indirectement le prélèvement, le transport ou la greffe.
'Art. L. 714-32. - Le praticien exerçant une activité libérale choisit de percevoir ses honoraires directement ou par l'intermédiaire de l'administration hospitalière.
L'activité libérale donne lieu au versement à l'établissement par le praticien d'une redevance dans des conditions déterminées par décret.
'Art. L. 714-33. - Les modalités d'exercice de l'activité libérale font l'objet d'un contrat conclu entre le praticien concerné et l'établissement public de santé sur la base d'un contrat type d'activité libérale établi par voie réglementaire.
Ce contrat est approuvé par le représentant de l'Etat dans le département, après avis du conseil d'administration et de la commission médicale d'établissement, pour une durée de cinq ans, renouvelable. L'approbation du contrat vaut autorisation d'exercice de l'activité libérale.
'Des modalités différentes peuvent être prévues par les statuts mentionnés au 2° de l'article L. 714-27 en ce qui concerne la protection sociale des praticiens hospitaliers selon qu'ils concluent ou non un contrat d'activité libérale, en application du présent article.
'Art. L. 714-34. - Il est institué, dans chaque établissement public de santé où s'exerce une activité libérale, une commission de l'activité libérale chargée de veiller au bon déroulement de cette activité.
Il est institué auprès du ministre chargé de la santé une commission nationale de l'activité libérale.
Les attributions, la composition et les conditions de fonctionnement de ces commissions sont fixées par voie réglementaire.
Ces commissions peuvent, sous réserve du respect du secret médical, demander toutes informations utiles sur l'activité libérale d'un praticien, et notamment communication des statistiques de son activité qui sont détenues par les organismes de sécurité sociale compétents.
'Art. L. 714-35. - L'autorisation peut être suspendue ou retirée par le représentant de l'Etat dans le département lorsque le praticien méconnaît les obligations qui lui incombent en vertu des lois et règlements et les dispositions du contrat ; cette décision est prise après avis ou sur proposition de la commission mentionnée au premier alinéa de l'article L. 714-34 dans des conditions définies par décret.
Le ministre chargé de la santé, saisi dans le cadre d'un recours hiérarchique des contestations relatives aux décisions prises en application de l'alinéa précédent, doit statuer après avis de la commission nationale mentionnée à l'article L. 714-34.
Art. L. 714-33. - Le préfet de département conserve sa compétence à l'égard de l'approbation des contrats d'exercice d'activité libérale, en application de l'article 12-II de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996.
Art. L. 714-35. - Le préfet de département conserve ses pouvoirs de suspension ou de retrait d'autorisation d'exercice libéral, en application de l'article 12-II de l'ordonnance n° 92-346 du 24 avril 1996.
'Art. L. 714-36. - Dans le respect des dispositions relatives au service public hospitalier édictées à la section 2 du chapitre Ier du présent titre, et dans les conditions et sous les garanties fixées par voie réglementaire, les centres hospitaliers autres que les centres hospitaliers régionaux peuvent être autorisés à créer et faire fonctionner une structure médicale dans laquelle les malades, blessés et femmes enceintes admis à titre payant peuvent faire appel aux médecins, chirurgiens, spécialistes ou sages-femmes de leur choix autres que ceux exerçant leur activité à titre exclusif dans l'établissement.
'Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, les intéressés perçoivent leurs honoraires, minorés d'une redevance, par l'intermédiaire de l'administration hospitalière.
'Sans préjudice des dispositions de l'article L. 712-8, la création ou l'extension d'une telle structure est soumise à l'autorisation du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation après avis du comité régional de l'organisation sanitaire et sociale. L'autorisation est accordée pour une durée déterminée. Elle peut être suspendue ou retirée en cas de non respect par l'établissement de la réglementation applicable à ses structures.
'Pour chaque discipline ou spécialité, l'établissement ne peut réserver à cette structure plus du tiers de la capacité d'accueil, en lits et place, dont il dispose pour ladite discipline ou spécialité (ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, art. 49).
'Art. L. 714-37. - Lorsque, par suite d'un changement de circonstances, l'exécution des conditions et charges grevant une donation ou un legs fait à un établissement public de santé devient soit extrêmement difficile, soit sérieusement dommageable, la révision de ces conditions et charges peut être autorisée par arrêté du commissaire de la République si l'auteur de la libéralité ou ses ayants droit acceptent les mesures envisagées ; dans les autres cas, la révision est autorisée dans les conditions prévues aux articles 900-2 à 900-8 du code civil.
'Art. L. 714-38. - Les établissements publics de santé peuvent toujours exercer leurs recours, s'il y a lieu, contre les hospitalisés, contre leurs débiteurs et contre les personnes désignées par les articles 205, 206, 207 et 212 du code civil.
'Ces recours relèvent de la compétence du juge des affaires familiales' (art. 51 de la loi n° 93-22 du 8 janvier 1993).
'Art. L. 714-39. - Les effets mobiliers, apportés par les personnes décédées dans les établissements publics de santé après y avoir été traitées gratuitement, appartiennent auxdits établissements à l'exclusion des héritiers et du domaine en cas de déshérence (1).
(1) Complété par l'article 7 de la loi n° 92-614 du 6 juillet 1992 relative à la responsabilité du fait des vols, pertes et détériorations des objets déposés dans les établissements de santé et certains établissements sociaux et médico-sociaux, et à la vente des objets abandonnés dans ces établissements (J.O. du 7 juillet 1992, p. 9025).
Les héritiers et légataires des personnes dont le traitement et l'entretien ont été acquittés de quelque manière que ce soit, peuvent exercer leurs droits sur tous les effets apportés dans les établissements publics de santé par lesdites personnes malades ou valides ; dans le cas de déshérence, les mêmes effets appartiennent aux établissements publics de santé.
Art. L. 714-36. - L'application de cet article est subordonnée à la parution d'un décret en Conseil d'Etat qui définira notamment dans quels délais les structures antérieurement qualifiées de cliniques ouvertes devront se conformer aux nouvelles dispositions en vigueur et notamment à celles du dernier alinéa du présent article.
Art. L. 714-37. - Le préfet de département conserve ses compétences en matière de révision des conditions et charges grevant les donations et legs en application de l'article 12.II de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996.
Le présent article n'est pas applicable aux militaires et marins soignés dans les établissements publics de santé.
'Art. L. 714-40. - Les obligations imposées aux établissements publics de santé ne peuvent dans aucun cas porter préjudice au service des fondations et de l'assistance publique.
L'Etat doit à ces établissements une allocation égale aux frais qui leur incombent par suite du traitement des malades militaires.
'Art. L. 714-41. - La dépense des travaux de construction ou d'appropriation reconnus nécessaires pour l'établissement dans les établissements publics de santé des services hospitaliers des garnisons est exclusivement à la charge de l'Etat. Nul travail ne pourra être exécuté sans l'assentiment de la commission administrative de l'hôpital et du conseil municipal de la ville, et sans l'accord préalable des ministres de la défense nationale et de la santé publique et de la population.
Toutefois, les traités particuliers conclus avec les communes qui ont pris envers l'Etat l'engagement d'assurer le traitement des malades militaires dans les établissements publics de santé demeurent exécutoires.
'Art. L. 714-42. - Les précédentes dispositions ne portent pas atteinte aux droits des communes sur les lits des établissements publics de santé d'une autre commune, ni aux droits quelconques résultant des fondations faites par les départements, les communes ou les particuliers qui doivent être respectés.

CHAPITRE V
Les établissements de santé privés
Section 1
Dispositions générales
'Art. L. 715-1. - Dans les établissements de santé privés, quel que soit leur statut, les salariés sont représentés dans les conseils d'administration ou dans les conseils de surveillance ou dans les organes qui en tiennent lieu selon des modalités prévues à l'article L. 432-6 du code du travail, sous réserve des adaptations nécessaires fixées par voie réglementaire et dans le respect des obligations imposées par l'article L. 432-7 du même code.
'Un décret apporte aux modalités de la représentation des salariés les adaptations nécessaires en fonction de la nature juridique des établissements.
'Art. L. 715-2. - Abrogé (art. 39-III de la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994).
'Art. L. 715-3. - Toute personne qui ouvre ou gère un établissement de santé privé ou installe dans un établissement privé concourant aux soins médicaux des équipements matériels lourds en infraction aux dispositions des articles L. 712-8 et L. 712-13 ci-dessus est passible d'une amende de 100 000 F à 1 000 000 F.
Est passible de la même peine toute personne qui passe outre à la suspension ou au retrait d'autorisation prévus aux articles L. 715-2 et L. 712-18 ci-dessus.
En cas de récidive, la peine prévue au présent article est portée au double et peut être assortie de la confiscation des équipements installés sans autorisation.
'Art. L. 715-4. - La comptabilité des établissements de santé privés doit être mise, sur demande, à la disposition exclusive de l'administration habilitée à donner son accord sur la détermination du prix de journée.

Section 2
Dispositions propres aux établissements de santé privés qui assurent l'exécution du service public hospitalier ou sont associés à son fonctionnement
'Art. L. 715-5. - Les établissements de santé privés peuvent être admis à assurer l'exécution du service public hospitalier dans les conditions prévues par la présente section, sur leur demande ou sur celle de la personne morale dont il dépendent, sous réserve qu'ils s'engagent à respecter les obligations de service public imposées aux établissements publics de santé par les dispositions des articles L. 711-1 à L. 711-4 (art. 41 III de la
). Les établissements de santé privés assurant l'exécution du service public hospitalier sont assimilés aux établissements publics de santé en ce qui concerne l'accès des assurés sociaux et des personnes bénéficiaires de l'aide sociale.
'Art. L. 715-6. - Les établissements de santé privés à but non lucratif sont admis à participer à l'exécution du service public hospitalier lorsqu'ils répondent à des conditions d'organisation et de fonctionnement fixées par décret et qu'ils établissent un projet d'établissement tel que défini à l'article L. 714-11 compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire.
'La décision d'admission à participer au service public hospitalier est prise par le ministre chargé de la santé ; le refus d'admission doit être motivé.
'Art. L. 715-7. - Le budget et les décisions modificatives des établissements mentionnés à l'article L. 715-6 sont, en tant qu'ils concernent leurs activités de participation au service public, soumis à l'approbation du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation dans les délais et selon les modalités fixées à l'article L. 714-7.
'Pour le calcul de leur dotation globale et des tarifs de prestations, la prise en compte des dotations aux comptes d'amortissements et aux comptes de provisions ainsi que, le cas échéant, des dotations annuelles aux fonds de roulement et des annuités d'emprunts contractés en vue de la constitution de ces fonds est effectuée selon des conditions déterminées par des dispositions réglementaires ; celles-ci fixent également les règles selon lesquelles le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut subordonner cette prise en compte à un engagement pris par l'organisme gestionnaire de l'établissement de procéder, en cas de cessation d'activité, à la dévolution de tout ou partie du patrimoine de l'établissement à une collectivité publique ou à un établissement public ou privé poursuivant un but similaire.
'Les établissements bénéficient pour leur équipement des avantages prévus pour les établissements publics de santé.
Art. L. 715-7. - Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation est substitué au représentant de l'Etat en application de l'article 12-II de l'ordonnance. Le préfet de département conserve ses attributions budgétaires jusqu'aux dates prévues dans les conventions constitutives des agences soit au plus tard jusqu'au 30 juin 1997.
'Ils peuvent faire appel à des praticiens hospitaliers dans les conditions prévues par les statuts de ces praticiens. Ils peuvent par dérogation aux dispositions des articles L. 122-1, L. 122-1-1 et L. 122-1-2 du code du travail, recruter des praticiens par contrat à durée déterminée pour une période égale au plus à quatre ans.
'Art. L. 715-8. - Les dispositions des articles L. 714-6 et L. 714-11 sont applicables aux établissements mentionnés à l'article L. 715-6. Le projet d'établissement est approuvé par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation dans un délai de six mois.
'Tout établissement de santé privé participant au service public hospitalier doit comporter une commission médicale élue par les praticiens qui y exercent, dont il fixe les modalités d'organisation et de fonctionnement et qui est consultée notamment sur le projet de contrat pluriannuel visé aux articles L. 710.16 et L. 710.16.1, sur le projet d'établissement et sur le projet de budget (ordonnance n° 96-346, art. 54).
'Art. L. 715-9. - Sans préjudice des dispositions de l'article L. 715-2 ci-dessus, les dispositions du premier alinéa de l'article L. 712-20 sont applicables aux établissements de santé privés participant au service public hospitalier.
'La demande du ministre doit être motivée et les motifs exposés à l'établissement. Au cas où la demande du ministre n'est pas suivie d'effet dans le délai de quatre mois, l'établissement peut être rayé par arrêté de la liste des établissements participant au service public hospitalier.
'Art. L. 715-10. - Les établissements de santé privés, autres que ceux visés aux articles L. 715-6 et L. 715.13 peuvent conclure avec l'Etat des contrats de concession pour l'exécution du service public hospitalier.
Ces contrats comportent :
1° De la part de l'Etat, l'engagement de n'autoriser ou de n'admettre, dans une zone et pendant une période déterminée, la création ou l'extension d'aucun autre établissement ou service d'hospitalisation de même nature aussi longtemps que les besoins déterminés par la carte sanitaire demeurent satisfaits ;
2° De la part du concessionnaire, l'engagement de satisfaire aux obligations définies à l'article L. 715-5 ci-dessus. L'établissement concessionnaire conserve son individualité et son statut propre pour tout ce qui concerne sa gestion.
Ces contrats sont approuvés selon les modalités prévues à l'article L. 712-16 ci-dessus.
Ces concessionnaires ne peuvent recevoir de subventions d'équipement.
'Art. L. 715-11. - Les établissements de santé privés autres que ceux qui assurent le service public hospitalier peuvent conclure pour un ou plusieurs objectifs déterminés, soit avec un établissement public de santé, soit avec un syndicat interhospitalier, des accords en vue de leur association au fonctionnement du service public hospitalier, à condition d'avoir passé convention avec des organismes de sécurité sociale.
Art. L. 715-8. - Cet article modifié par l'article 54 de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 est d'application immédiate.
Art. L. 715-9. - Cet article doit être considéré comme implicitement abrogé par l'article 39-111 de la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 qui abrogeait explicitement les articles L. 712-20 et L. 715-2. Le nouvel article L. 712-20 issu de l'article 38-I de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 n'a pas vocation à s'appliquer aux établissements privés participant à l'exécution du service public hospitalier.
Art. L. 715-10. - Le premier alinéa a été modifié par l'article 55 de l'ordonnance précitée afin d'exclure de son champ d'application les établissements mentionnés à l'article L. 715-13 comme l'étaient déjà les établissements mentionnés à l'article L. 715-6.
Il convient en outre de préciser que la circonstance que les établissements de santé privés mentionnés à l'article l. 715-13 soient financés par la dotation globale fait obstacle, s'ils souhaitent ultérieurement assurer le service public hospitalier, à ce qu'ils y soient admis autrement que selon la procédure définie à l'article L. 715-6.
En application de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 715-10, le contrat de concession est conclu selon les cas par le ministre chargé de la santé ou par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. Jusqu'aux dates prévues dans les conventions constitutives des agences le préfet de département conserve ses compéte nces en la matière.
Ils peuvent alors demander à bénéficier des services communs gérés par le syndicat interhospitalier du lieu de leur implantation. L'autorisation est accordée selon les modalités prévues à l'article 'L. 713-10' ci-dessus (art. 41-IV de la

).
Section 3
Dispositions relatives aux établissements de santé privés ne participant pas au service public hospitalier
'Art. L. 715-12. - Les praticiens qui exercent leur activité dans un établissement de santé privé ne participant pas au service public hospitalier forment de plein droit une conférence médicale, chargée de veiller à l'indépendance professionnelle des praticiens et de participer à l'évaluation des soins. La conférence donne son avis sur la politique médicale de l'établissement ainsi que sur l'élaboration des prévisions annuelles d'activité de l'établissement.
'Ces prévisions d'activité doivent être communiquées à l'agence régionale de l'hospitalisation selon les modalités définies par le contrat prévu aux articles L. 710.16 et L. 710.16.2' (ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, art. 7).
'Art. L. 715-13. - Les établissements de santé privés à but non lucratif ne participant pas à l'exécution du service public hospitalier mentionnés à l'Article L. 174-1 du code de la sécurité sociale sont, pour ce qui concerne leurs activités définies par les articles L. 711-1 et L. 711-2 et la procédure budgétaire applicable, soumis aux dispositions fixées à l'article L. 714-7 et au deuxième alinéa de l'article L. 715-7.
'Ces établissements sont assimilés aux établissements publics de santé en ce qui concerne l'accès des assurés sociaux et des personnes bénéficiaires de l'aide sociale.
'Ils doivent satisfaire aux conditions fixées par le premier alinéa de l'article L. 715-8 et relèvent des dispositions de l'article L. 710-16.1.' (ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, art. 22).

CHAPITRE VI
Expérimentations et dispositions diverses
Section 1
Expérimentations
'Art. L. 716-1. - En vue de mieux répondre aux besoins de la population et de contribuer à la maîtrise des dépenses de santé, un régime expérimental relatif à l'autorisation d'installation des équipements matériels lourds définis par l'article L. 712-19, permettant de déroger aux dispositions de l'article L. 712-9, 1° et 2° pourra être institué dans une ou plusieurs régions sanitaires par arrêtés des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
Ces arrêtés déterminent la liste des équipements pouvant bénéficier de ces dispositions et les régions concernées.
Art. L. 715-13. - Cet article ne concerne que les établissements de santé privés relevant du prix de journée préfectoral à la date de publication de l'ordonnance et qui opteront pour le financement de dotation globale dans les conditions prévues à son article 25. Ce droit d'option ne peut être étendu en particulier aux établissements privés à but non lucratif qui seraient créés à l'avenir ni aux établissements dont le statut de l'organisme gestionnaire serait modifié à l'occasion d'une reprise de l'activité.
'Toute expérimentation réalisée dans le cadre de ce régime doit donner lieu, dans un délai maximum de trois ans à compter de la promulgation de la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, à la conclusion d'un contrat entre le demandeur de l'autorisation, le représentant de l'Etat et les organismes d'assurance maladie. Le contrat est conclu pour une durée fixée par référence aux dispositions de l'article L. 712-14. Sa conclusion vaut autorisation.
'Ce contrat a pour objet de fixer des modalités particulières d'exploitation et de tarification, ou de prévoir les conditions dans lesquelles le demandeur compensera intégralement, par des suppressions de lits ou de places d'hospitalisation ou d'activités de soins ou d'équipements matériels lourds ou de toute prestation en nature prise en charge par l'assurance maladie, les coûts résultant pour l'assurance maladie de la mise en service de l'équipement autorisé à titre expérimental.
'L'application de ce contrat fait l'objet d'une évaluation annuelle et contradictoire. A l'issue d'une période de trois ans, en cas de non-respect de ses engagements par le titulaire de l'autorisation, celle-ci est retirée par le ministre ou son représentant.
'Les modalités d'application du présent article, et notamment les conditions d'évaluation de l'expérimentation et la durée des contrats, sont fixées par voie réglementaire' (art. 42 de la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994).
'Art. L. 716-2. - Le Gouvernement pourra expérimenter, dans les conditions fixées par voie réglementaire, à compter du 1er janvier 1992 et pour une période n'excédant pas cinq ans :
'1° L'élaboration, l'exécution et la révision de budgets présentés en tout ou partie par objectifs tenant compte notamment des pathologies traitées ;
'2° L'établissement de tarifications tenant compte des pathologies traitées ;
'Cette expérimentation peut avoir lieu dans les établissements de santé, publics ou privés, avec leur accord.

Section 2
Dispositions diverses
'Art. L. 716-3. - I. - Les conditions d'application de la section 3 du chapitre 1er et celles du chapitre IV du présent titre à l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris, aux Hospices civils de Lyon, à l'Assistance publique de Marseille et aux établissements publics nationaux sont déterminées par voie réglementaire.
'II. - Les compétences de l'agence régionale énumérées aux articles L. 710-16, L. 710-16.1, au 3° de l'article L. 710-20 et aux 7° et 8° de l'article L. 710-21 sont, en ce qui concerne l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris, exercées par les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, du budget et de l'intérieur, après avis de la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation et après examen par un conseil de tutelle.
'Le directeur de cette agence régionale est membre de ce conseil de tutelle.
'Les conditions d'application du présent II sont déterminées par voie réglementaire (ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, art. 56).
Art. L. 716-3. - Les modalités d'application du II, de cet article, relatives à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, seront fixées par un décret en Conseil d'Etat qui entrera en vigueur à la date prévue dans la convention constitutive de l'agence régionale de l'hospitalisation d'Ile-de-France et au plus tard le 1er juillet 1997.
III. - Une ou plusieurs structures de ces établissements, dotées de l'autonomie financière et administrative, peuvent être agréées en qualité d'établissement de transfusion sanguine dans des conditions déterminées par voie réglementaire. Ces structures sont soumises au contrôle de l'Agence française du Sang dans les mêmes conditions que les établissements mentionnés au 1° et 2° de l'article L. 668-1 (art. 9 de la loi n° 93-5 du 4 janvier 1993).
'Art. L. 716-4. - Lorsqu'un service hospitalier de l'administration pénitentiaire est érigé en établissement public de santé, les dispositions de l'article L. 714-27 (1°) sont applicables aux fonctionnaires titulaires ou stagiaires de ce service qui y exercent des fonctions paramédicales, ainsi qu'aux agents contractuels exerçant les mêmes fonctions et occupant des emplois permanents à temps complet. Un décret en Conseil d'Etat fixera les conditions d'application du présent article.
'Art. L. 716-5. - Dans les unités ou centres de soins de longue durée définis à l'article L. 711-2, soit publics, soit privés à but non lucratif participant au service public hospitalier ou ayant passé convention avec les départements pour recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, la tarification des services rendus comporte deux éléments relatifs, l'un aux prestations de soins fournies, l'autre aux prestations d'hébergement. L'élément de tarification relatif aux prestations de soins est fixé par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation après avis du président du conseil général. Au vu de cette décision, le président du conseil général fixe l'élément de tarification relatif aux prestations d'hébergement.
'L'élément de tarification relatif aux prestations de soins est décidé dans la limite d'un plafond fixé annuellement par un arrêté interministériel et tenant compte d'un taux moyen d'évolution des dépenses déterminé à partir des hypothèses économiques générales, notamment des prévisions d'évolution des prix et des salaires.
'Les modalités de répartition des dépenses budgétaires entre les deux éléments de tarification définis au premier alinéa ainsi que les procédures de détermination et de fixation des tarifs sont fixées par un décret en Conseil d'Etat.
'Les commissions interrégionales de la tarification sanitaire et sociale sont compétentes en premier ressort pour statuer en matière contentieuse sur les recours déposés contre les arrêtés fixant les tarifs applicables dans les unités ou centres visés ci-dessus.
'Art. L. 716-6. - Les dépenses afférentes aux soins dispensés aux assurés sociaux et aux bénéficiaires de l'aide sociale dans les unités ou centres visés à l'article L. 716-5 sont prises en charge, soit par les régimes d'assurance maladie, soit par l'aide sociale, suivant les modalités fixées par voie réglementaire, éventuellement suivant des formules forfaitaires.
'La participation des assurés sociaux hébergés dans ces unités ou dans ces centres peut être réduite ou supprimée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.
Art. L. 716-5. - Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation est substitué au représentant de l'Etat en application de l'article 12-II de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996. Le préfet de département conservera sa compétence de fixation de l'élément de tarification relatif aux prestations de soins lors de la campagne budgétaire de 1997.
'Les caisses du régime de l'assurance maladie des travailleurs salariés sont habilitées à assurer le versement de la totalité des sommes dues aux établissements de leur circonscription, au titre des assurés sociaux hébergés dans les unités ou centres de soins de longue durée. Toutefois, lorsque dans une unité ou un centre, le nombre de ressortissants d'un autre régime obligatoire d'assurance maladie est le plus élevé,ce rôle peut être rempli par la caisse de ce régime dans la circonscription de laquelle se trouve l'établissement.
'Les caisses du régime de l'assurance maladie des travailleurs salariés sont également habilitées à centraliser les documents comptables afférents à ces paiements et à procéder, après concertation, à la répartition des charges entre les différents régimes d'assurance maladie. Cette répartition est déterminée de manière forfaitaire, en fonction du nombre de bénéficiaires de chaque régime présents dans les unités ou centres de soins de longue durée.
'Un décret fixe les modalités d'application des deux alinéas ci-dessus.
'Art. L. 716-7. - Les dispositions de l'article L. 716-6 sont applicables aux centres et unités de soins de longue durée privés autres que ceux visés à l'article L. 716-5 dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.
'Art. L. 716-8. - L'Etat participe aux dépenses exposées par les établissements qui assurent le service public hospitalier pour la formation des médecins, des odontologistes, des pharmaciens et des personnels paramédicaux dans la limite des crédits ouverts chaque année par la loi de finances.
'Les dépenses des centres de réception et de régulation des appels sont financées par des contributions qui peuvent notamment provenir des régimes obligatoires d'assurance maladie, de l'Etat et des collectivités territoriales.
'Art. L. 716-9. - Des mesures réglementaires déterminent en tant que de besoin les modalités d'application du présent titre. Sauf dispositions contraires, elles sont prises par décret en Conseil d'Etat.

ANNEXE II
CALENDRIER PREVISIONNEL D'ELABORATION DES TEXTES D'APPLICATION
Calendrier prévisionnel d'élaboration des textes d'application de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée
La date indiquée est celle de l'ouverture de la concertation sur la base d'une proposition de l'administration. Seront consultés, en fonction des domaines, les différents partenaires concernés, avant même la saisine des instances telles le Conseil supérieur des hôpitaux ou les organismes d'assurance-maladie lorsque celle-ci est nécessaire.
Direction des hôpitaux.
Le ministre du travail et des affaires sociales ; le secrétaire d'Etat à la santé et à la sécurité sociale à Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales) [pour information et mise en oeuvre] ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales) [pour information, diffusion et mise en oeuvre] ; Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissements (pour information).
Texte non paru au Journal officiel.