

Décret n° 2002-779 du 3 mai 2002 pris pour l'application de l'article L. 2123-2 du code de la santé publique

NOR : MESP0221262D

Le Premier ministre,
Sur le rapport de la ministre de l'emploi et de la solidarité,
Vu le code civil, et notamment ses articles 492 et 508 ;
Vu le nouveau code de procédure civile ;
Vu le code de la santé publique, et notamment son article L. 2123-2 ;

Vu le décret n° 89-271 du 12 avril 1989 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais de déplacement des personnels civils à l'intérieur des départements d'outre-mer entre la métropole et ces départements, pour se rendre d'un département d'outre-mer à un autre ;

Vu le décret n° 90-437 du 28 mars 1990 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements des personnels civils sur le territoire métropolitain ;

Vu l'avis du conseil général de Mayotte en date du 15 février 2002 ;

Vu l'avis du conseil général de Saint-Pierre-et-Miquelon en date du 18 février 2002 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décrète :

Art. 1^{er}. – Le juge des tutelles, saisi dans les conditions prévues à l'article L. 2123-2 du code de la santé publique, recueille l'avis d'un comité d'experts constitué dans chaque région.

Le comité d'experts compétent pour donner un avis est celui dans le ressort duquel la personne concernée est domiciliée.

Art. 2. – Le comité d'experts comprend :

1° Deux médecins spécialistes qualifiés en gynécologie-obstétrique ;

2° Un médecin psychiatre ;

3° Deux représentants d'associations de personnes mentionnées à l'article L. 2123-2 du code de la santé publique.

Les associations mentionnées au 3° sont désignées par arrêté du préfet de région. Leurs représentants sont choisis par le préfet de région sur une liste établie par chacune des associations désignées et comportant deux fois plus de noms que de nominations à prononcer.

Le préfet de région désigne les membres du comité par arrêté.

Chaque membre du comité d'experts a un suppléant, désigné dans les mêmes conditions que le titulaire.

Art. 3. – Le mandat des membres titulaires et suppléants du comité est de trois ans. Il est renouvelable. En ce qui concerne les membres mentionnés au 3° de l'article 2, il prend fin lorsque le mandataire perd la qualité au titre de laquelle il a été désigné. Lorsque l'un de ses membres cesse d'appartenir au comité d'experts, il est pourvu à son remplacement dans un délai d'un mois. Dans ce cas, le mandat du nouveau membre prend fin à la date à laquelle aurait cessé celui du membre qu'il a remplacé.

Art. 4. – Le comité d'experts ne peut délibérer valablement que si ses cinq membres, titulaires ou suppléants, sont présents. Il statue à la majorité. L'avis est signé par chaque membre du comité.

Les membres du comité d'experts sont soumis au secret professionnel conformément à l'article 226-13 du code pénal.

Art. 5. – Les fonctions des membres du comité d'experts sont exercées à titre gratuit. Les frais engagés pour l'exercice de leur mission sont remboursés par l'Etat.

La direction régionale des affaires sanitaires et sociales assure le secrétariat du comité d'experts et met à sa disposition un local pour ses réunions.

Art. 6. – Le comité procède à toutes les consultations et peut faire procéder à tous les examens qu'il estime nécessaires pour éclairer son avis.

Il procède à l'audition de la personne concernée et s'assure qu'une information adaptée au niveau de compréhension de l'intéressé a été délivrée. Il vérifie qu'il existe une contre-indication médicale absolue aux méthodes de contraception ou une impossibilité avérée de les mettre en œuvre efficacement. A ce titre, il s'assure que des solutions alternatives à la stérilisation à visée

contraceptive ont été recherchées et évalué les risques d'effets secondaires graves sur les plans physique ou psychique de l'intervention.

Art. 7. – Le comité d'experts communique son avis par écrit au juge des tutelles qui l'a saisi. Ce dernier en informe la personne concernée et l'auteur de la demande.

Art. 8. – Le présent décret est applicable à Mayotte sous réserve des adaptations suivantes :

1° A l'article 1^{er}, les mots : « dans chaque région » sont remplacés par les mots : « à Mayotte » ;

2° L'article 2 est rédigé comme suit :

« Le comité d'experts comprend :

« 1° Un médecin qualifié en gynécologie-obstétrique ;

« 2° Un médecin psychiatre ;

« 3° Un représentant d'une association de personnes mentionnées à l'article L. 2123-2 du code de la santé publique.

« Le représentant de l'Etat à Mayotte désigne les membres du comité par arrêté. » ;

3° A l'article 4, les mots : « cinq membres » sont remplacés par les mots : « trois membres » ;

4° A l'article 5, les mots : « direction régionale des affaires sanitaires et sociales » sont remplacés par les mots : « direction des affaires sanitaires et sociales ».

Art. 9. – Pour l'application du présent décret à Saint-Pierre-et-Miquelon, le deuxième alinéa de l'article 1^{er} est ainsi rédigé :

« Le comité d'experts compétent pour donner un avis pour une personne domiciliée à Saint-Pierre-et-Miquelon est celui compétent pour la région d'Ile-de-France. »

Art. 10. – La ministre de l'emploi et de la solidarité, la garde des sceaux, ministre de la justice, le ministre de l'intérieur, le ministre délégué à la santé, le secrétaire d'Etat à l'outre-mer et la secrétaire d'Etat aux droits des femmes et à la formation professionnelle sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 3 mai 2002.

LIONEL JOSPIN

Par le Premier ministre :

La ministre de l'emploi et de la solidarité,

ÉLISABETH GUIGOU

La garde des sceaux, ministre de la justice,

MARYLISE LEBRANCHU

Le ministre de l'intérieur,

DANIEL VAILLANT

Le ministre délégué à la santé,

BERNARD KOUCHNER

Le secrétaire d'Etat à l'outre-mer,

CHRISTIAN PAUL

La secrétaire d'Etat aux droits des femmes et à la formation professionnelle,

NICOLE PÉRY

Décret n° 2002-780 du 3 mai 2002 fixant le contrat type des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens mentionnés à l'article L. 6114-3 du code de la santé publique

NOR : MESH0221552D

Le Premier ministre,
Sur le rapport de la ministre de l'emploi et de la solidarité,
Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 6114-3 ;

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu l'avis du comité interministériel de coordination en matière de sécurité sociale en date du 17 décembre 2001 ;

Vu l'avis de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 25 février 2002 ;

Vu la lettre de saisine de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles en date du 30 janvier 2002 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Art. 1^{er}. – L'article R. 710-7 du code de la santé publique est ainsi modifié :

I. – Les 2 à 7 deviennent les 3 à 8.

II. – Le 2 est ainsi rédigé : « 2. Les orientations stratégiques de l'établissement, en tenant compte des objectifs du schéma d'organisation sanitaire ».

III. – Au 4, les mots : « conférence régionale de santé » sont remplacés par les mots : « conseil régional de santé mentionné à l'article L. 1411-3 ».

IV. – Au 5, les mots : « réseaux de soins mentionnés à l'article L. 712-3-2 » sont remplacés par les mots : « réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 ».

V. – Au 8, les mots : « au titre des 2, 3, 4 et 6 ci-dessus. » sont remplacés par les mots : « au titre des 2, 3, 4, 5 et 7 ci-dessus ».

VI. – Cet article est ainsi complété : « Chaque établissement signe un seul contrat pour l'ensemble de ses activités.

Ce contrat est porté à la connaissance des organismes d'assurance maladie, qui sont également informés de toute modification, suspension ou résiliation l'affectant.

Ce contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est conforme à un contrat type figurant en annexe à la présente section. »

Art. 2. – La ministre de l'emploi et de la solidarité et le ministre délégué à la santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 3 mai 2002.

LIONEL JOSPIN

Par le Premier ministre :

La ministre de l'emploi et de la solidarité,

ÉLISABETH GUIGOU

Le ministre délégué à la santé,

BERNARD KOUCHNER

ANNEXE

CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS

Vu la délibération de la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation de, en date du

Entre, d'une part,

L'agence régionale de l'hospitalisation dont le siège est

Représentée par Mme, M. directeur, directrice,

D'autre part,

M. X, ou la personne morale gestionnaire de l'établissement (numéro Finess),

Dont le siège est à, représenté(e) par Mme, M., en qualité de (le cas échéant : dûment mandaté), il a été convenu ce qui suit :

TITRE LIMINAIRE

I. – Le présent contrat régit les relations entre le gestionnaire et l'agence régionale de l'hospitalisation. Il fixe les obligations incombant à l'établissement dans la mesure où il dispense des soins aux assurés sociaux.

II. – L'annexe tarifaire et les autres annexes obligatoires ou facultatives fixent les stipulations nécessaires pour la mise en œuvre des obligations énumérées à l'article R. 710-7 du présent code. Ces stipulations sont prises en compte par le projet d'établissement.

III. – Le gestionnaire s'engage à transmettre avant le 1^{er} mars de l'année au cours de laquelle prend effet l'avenant tarifaire prévu à l'article L. 162-22-5 du code de la sécurité sociale ses prévisions d'activité pour la période de douze mois courant de la date de cette prise d'effet accompagnées de l'avis de la conférence médicale prévue à l'article L. 6161-2 du présent code.

IV. – Le gestionnaire s'engage à transmettre au plus tard deux mois après la fin de chaque période annuelle d'application et un an avant la date d'expiration du contrat le rapport annuel et le rapport final prévus au dernier alinéa de l'article L. 6114-1 du présent code.

V. – Le montant des pénalités prévues au 8^o de l'article R. 710-7 du présent code est fixé dans les annexes au contrat.

Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation qui constate l'inexécution des engagements invite le gestionnaire, par lettre recommandée avec avis de réception, à prendre les mesures qui s'imposent dans un délai qui ne peut être inférieur à deux mois, et en informe la commission exécutive. Si l'établissement ne défère pas à cette mise en demeure, il est passible de la pénalité prévue au contrat. Le gestionnaire ou l'agence peut saisir pour avis le comité prévu à l'article R. 162-40 du code de la sécurité sociale au sujet de l'infliction de cette pénalité.

Celle-ci est décidée par la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation. Elle est notifiée à l'établissement par lettre recommandée avec avis de réception. Le montant de cette pénalité doit être proportionné à la gravité du manquement constaté et son application ne peut en aucun cas, pour une année donnée, excéder 0,5 % du chiffre d'affaires de l'établissement. La pénalité est recouvrée par la caisse centralisatrice des paiements dans les conditions et sous les formes prévues en matière de recouvrement de cotisations de sécurité sociale, notamment celles prévues aux articles R. 133-3 et suivants ainsi qu'aux articles R. 244-1 et R. 244-2 du code de la sécurité sociale.

TITRE I^{er}

OBLIGATIONS GÉNÉRALES

Article 1^{er}

Libre choix

En vue de permettre l'exercice du droit au libre choix prévu à l'article L. 1110-8 du présent code, l'agence régionale de l'hospitalisation et les organismes d'assurance maladie tiennent à la disposition des assurés sociaux et communiquent au gestionnaire la liste des établissements ayant passé contrat avec l'agence régionale de l'hospitalisation.

Article 2

Publicité

Le gestionnaire s'engage à agir avec mesure en donnant, sur la nature de ses autorisations et de son activité, une information objective permettant aux patients d'exercer leur libre choix.

Article 3

Fiche d'identité

Le gestionnaire s'engage à fournir à l'agence régionale de l'hospitalisation les renseignements figurant dans la fiche d'identité dont le contenu est prévu par l'annexe n° ... et à communiquer à l'agence régionale dans le délai minimum d'un mois les modifications des données.

L'agence régionale tient à jour un état de la situation de l'établissement au regard de ses autorisations et de son classement.

Article 4

Lits d'accompagnement

Lorsque l'établissement dispose de lits spécialement affectés aux personnes accompagnant le patient, non inclus dans la capacité autorisée, le gestionnaire s'engage à ne pas affecter ces lits à des patients.

Article 5

Information concernant les tarifs

Le gestionnaire s'engage à porter préalablement à l'admission à la connaissance du patient ou de l'assuré social dont il est l'ayant droit :

- les tarifs des prestations d'hospitalisation donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale visés à l'article R. 162-31 du code de la sécurité sociale ;
- les tarifs des suppléments visés à l'article R. 162-31-1 du même code ;
- les taux de prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie ;
- les conditions dans lesquelles les frais d'hospitalisation sont réglés ;
- le nom, la qualité, le secteur d'appartenance des praticiens et des auxiliaires médicaux conventionnés qui exercent en son sein ;
- les modalités de communication des tarifs d'honoraires par les médecins ou auxiliaires médicaux ainsi que, le cas échéant, des suppléments d'honoraires qu'ils pratiquent.

Article 6

Régime d'hospitalisation

Le patient ou l'assuré social choisit, après communication des tarifs applicables, le régime d'hospitalisation sous lequel le patient est placé : chambre à plusieurs lits ou chambre particulière pour convenance personnelle en dehors de toute prescription médicale, dans la mesure où l'établissement permet ce choix.

En tout état de cause, le gestionnaire s'engage à ne réclamer aucun supplément si le choix du patient ou de l'assuré social n'a pu être exprimé préalablement à l'admission.

Lorsque le choix d'un placement en chambre particulière a été effectué et s'il s'avère nécessaire au cours de l'hospitalisation de poursuivre le placement pour raison médicale, le gestionnaire informe immédiatement le patient ou l'assuré social de ce que le supplément n'est plus à sa charge.

Si ultérieurement le placement en chambre particulière n'est plus médicalement justifié, l'établissement en informe à nouveau le patient ou l'assuré social en lui précisant que le supplément est à nouveau à sa charge à compter du jour suivant celui où l'information est donnée.

Article 7

Documents médico-administratifs obligatoires

Le gestionnaire s'engage à tenir les documents suivants, dans le respect des règles du secret professionnel, à la disposition des personnels habilités à procéder à des contrôles, notamment en application des dispositions de l'article R. 162-32-2 code de la sécurité sociale :

I. - Une fiche administrative d'admission comportant, pour chaque malade hospitalisé, le nom et l'adresse du malade, son numéro d'immatriculation, sa caisse d'affiliation, la date et l'heure de son entrée. La fiche du malade comporte également mention de la discipline d'admission ainsi que, le cas échéant, des transferts qui ont pu intervenir au cours du séjour entre les différentes disciplines de l'établissement, ou de façon définitive ou provisoire vers d'autres établissements. La date et l'heure de la sortie du malade sont mentionnées, accompagnées de la fiche d'aptitude de retour au domicile pour les patients traités en structure alternative.

II. - Un document retraçant l'ensemble des soins dispensés au patient.

III. - Un dossier du malade hospitalisé conforme aux dispositions de l'article R. 710-2-1 du code de la santé publique.

IV. - Un cahier d'intervention ou d'accouchement comportant la date et l'heure des actes, le nom du patient ou de la parturiente, le nom du praticien ayant effectué l'intervention, du médecin accoucheur ou de la sage-femme ayant réalisé l'accouchement, ainsi que celui de l'anesthésiste ou du réanimateur, ou tout autre praticien présent lors de l'intervention. Le cahier doit comporter la signature de chacun des praticiens présents ainsi que le coefficient applicable aux actes pratiqués permettant de les facturer.

V. - Un registre d'urgence conforme aux dispositions de l'article R. 712-74 du code de la santé publique.

Article 8

Concours aux demandeurs d'affiliation à la couverture maladie universelle

Pour l'application des articles L. 161-2-1 et L. 861-5 du code

de la sécurité sociale, le gestionnaire s'engage à apporter son concours aux personnes intéressées dans leur demande d'affiliation au régime général sur critère de résidence ou pour l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé.

A cet effet, il s'engage à assister les intéressés pour remplir les formulaires de demande, rassembler les pièces justificatives et vérifier que le dossier est signé et, compte tenu des documents qui ont pu être réunis, rempli de manière à en permettre l'exploitation sans qu'il soit besoin de recourir à une demande d'instruction complémentaire. Le gestionnaire transmet le dossier à l'organisme compétent pour prendre la décision, après y avoir apposé un cachet mentionnant la date du dépôt de la demande.

TITRE II

TARIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Article 9

Détermination des tarifs

Pour l'application des dispositions de l'article R. 162-33 du code de la sécurité sociale, le gestionnaire s'engage à transmettre chaque année à l'agence régionale de l'hospitalisation les documents et les pièces comptables justifiant du coût des services rendus aux praticiens et auxiliaires médicaux exerçant dans l'établissement et des montants des remboursements y afférents.

Article 10

Prestations pour exigences particulières

Lorsque l'établissement dispense les prestations prévues à l'article R. 162-31-1 du code de la sécurité sociale, le gestionnaire s'engage à en établir une facturation détaillée.

TITRE III

PRISE EN CHARGE ET FACTURATION

Article 11

Prise en charge et présomption de prise en charge

Lorsque les droits du patient n'ont pas été établis dans les conditions prévues par le règlement intérieur prévu à l'article L. 281-5 du code de la sécurité sociale, le gestionnaire s'engage à :

- adresser une demande de prise en charge à l'organisme dont relève le patient, sauf lorsque celui-ci réside dans le département et présente sa carte d'assuré social ou tout autre justificatif de droits en cours de validité attestant l'ouverture de ses droits aux prestations. Toutefois, en cas d'admission dans un établissement de réadaptation fonctionnelle ou d'admission directe dans un établissement de soins de suite, une demande de prise en charge est adressée dans tous les cas à l'organisme dont le patient relève ;
- dans tous les cas où il est tenu d'adresser une demande de prise en charge, à l'établir et à l'adresser dans un délai de 48 heures, sauf cas de force majeure.

Article 12

Bordereau de facturation

Le gestionnaire s'engage à transmettre par voie électronique les bordereaux de facturation mentionnés au deuxième alinéa de l'article R. 161-40 du code de la sécurité sociale à la caisse centralisatrice des paiements. Lorsqu'il ne dispose pas des moyens techniques lui permettant de se conformer à toutes les prescriptions prévues à l'article R. 161-47 du même code pour la transmission par voie électronique, il adresse les bordereaux de facturation sur support papier à l'organisme d'assurance maladie dont relève l'assuré dénommé « caisse gestionnaire ».

Le cas échéant, en complément des bordereaux de facturation, le gestionnaire adresse à la caisse les pièces justificatives supplémentaires requises par la réglementation en vigueur.

Dès lors que le patient a été transféré pour quelques heures sur le plateau technique d'un autre établissement pour y subir

des actes techniques, la facture établie par le gestionnaire de l'établissement prestataire de services est jointe au bordereau de facturation établi par l'établissement où le patient est hospitalisé, comme pièce comptable justificative des prestations délivrées.

Les prestations d'hospitalisation sont versées au gestionnaire de l'établissement par la caisse centralisatrice des paiements, dans les conditions prévues aux articles R. 174-17 à R. 174-20 du code de la sécurité sociale.

Le gestionnaire s'engage à solliciter les praticiens qui exercent en son sein afin qu'ils adhèrent au « protocole d'accord du bordereau de facturation signé avec la caisse ».

Lorsque le praticien a désigné un mandataire pour percevoir ses honoraires dans les conditions prévues par la convention en vigueur dans la profession, le gestionnaire s'engage à en porter mention sur le bordereau avec les coordonnées bancaires du mandataire.

Article 13

Dépôt de garantie et acompte

Le gestionnaire s'engage à ne pas demander un dépôt de garantie ou un acompte à l'assuré pour la part des frais d'hospitalisation prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

Article 14

Double de la facture

Le gestionnaire s'engage à remettre ou à envoyer au patient un double de la facture relative aux soins.

TITRE IV

CESSATION DU CONTRAT ET ENTRÉE EN VIGUEUR

Article 15

Conséquences de la cessation de l'autorisation

Le contrat cesse son effet de plein droit en cas de suspension, de non-renouvellement ou de retrait définitif de l'autorisation ou des autorisations dont l'établissement est titulaire en application de l'article L. 6122-1 du code de la santé publique.

Article 16

Résiliation d'un commun accord

Les parties signataires peuvent à tout moment décider d'un commun accord de mettre fin au contrat. Elles signent dans ce cas un avenant de résiliation dont la date d'effet ne pourra être fixée au plus tôt qu'à l'expiration d'un délai de trois mois à compter de la signature de cet avenant.

Article 17

Entrée en vigueur

Le contrat prendra effet à compter du
Fait à , le

*Le directeur, la directrice,
de l'agence régionale
de l'hospitalisation,*

*La personne physique
ou le représentant
de la personne morale
gestionnaire de l'établissement,*

Fiche d'identité de l'établissement

Le gestionnaire informe l'agence régionale de l'hospitalisation :

- des liens juridiques qui l'attachent à d'autres sociétés, civiles ou commerciales, qui concourent à la mise en œuvre de ses autorisations ou du présent contrat ;

- des relations de coopération qu'il a nouées, notamment celles développées en application du titre III du livre I^{er} de la sixième partie, de l'article R. 712-69 ou de l'article D. 712-33 du code de la santé publique ;
- des éléments du plateau technique lui appartenant en propre et ceux faisant l'objet d'une mise à disposition dans le cadre d'une co-utilisation ;
- des noms et adresses professionnelles des praticiens et des auxiliaires médicaux dispensant habituellement des soins dans l'établissement.

Décret n° 2002-781 du 3 mai 2002 relatif au Conseil national pour l'accès aux origines personnelles et à l'accompagnement et l'information des femmes accouchant dans le secret pris pour l'application de la loi n° 2002-93 du 22 janvier 2002 relative à l'accès aux origines des personnes adoptées et pupilles de l'Etat

NOR : MESA0221601D

Le Premier ministre.

Sur le rapport de la ministre de l'emploi et de la solidarité et de la ministre déléguée à la famille, à l'enfance et aux personnes handicapées,

Vu le code de l'action sociale et des familles ;

Vu le décret n° 2002-575 du 18 avril 2002 relatif aux organismes autorisés et habilités pour l'adoption ;

Vu la saisine du conseil des ministres de la Polynésie française en date du 15 mars 2002 ;

Vu la saisine du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie en date du 28 mars 2002 ;

Vu l'avis du conseil général de Mayotte en date du 22 mars 2002 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décrète :

TITRE I^{er}

COMPOSITION ET FONCTIONNEMENT DU CONSEIL NATIONAL POUR L'ACCÈS AUX ORIGINES PERSONNELLES

Art. 1^{er}. - Les membres du Conseil national pour l'accès aux origines personnelles sont nommés pour trois ans par arrêté du ministre chargé de la famille.

Les magistrats sont nommés par arrêté conjoint du garde des sceaux, ministre de la justice, et du ministre chargé de la famille.

Leur mandat est renouvelable deux fois.

Art. 2. - Le magistrat de l'ordre judiciaire est nommé sur proposition du premier président de la Cour de cassation.

Le membre de la juridiction administrative est nommé sur proposition du vice-président du Conseil d'Etat.

Le représentant des conseils généraux est nommé sur proposition de l'Assemblée des départements de France.

Les représentants des ministres concernés sont :

- le directeur général de l'action sociale et le chef du service des droits des femmes et de l'égalité ou leurs représentants du ministère chargé des affaires sociales ;
- le directeur des affaires civiles et du sceau ou son représentant au ministère de la justice ;
- le directeur des Français à l'étranger ou son représentant au ministère des affaires étrangères ;
- le directeur général des collectivités locales ou son représentant au ministère de l'intérieur ;
- le directeur des affaires politiques, administratives et financières ou son représentant au ministère chargé de l'outre-mer.

Art. 3. - Le président du conseil national et son suppléant sont nommés parmi les membres du conseil national par arrêté du ministre chargé de la famille. Lorsque le président ou son suppléant est un magistrat, il est nommé par arrêté conjoint du garde des sceaux, ministre de la justice, et du ministre chargé de la famille.

Art. 4. - En cas de cessation des fonctions d'un membre du conseil national en cours de mandat pour quelque cause que ce