

Le ministre délégué à l'industrie,  
aux petites et moyennes entreprises,  
au commerce, à l'artisanat  
et à la consommation,

CHRISTIAN PIERRET

Le ministre de l'économie,  
des finances et de l'industrie,

LAURENT FABIUS

#### ANNEXE 1

##### TARIFS MENTIONNÉS À L'ARTICLE 5 DE L'ARRÊTÉ

L'énergie électrique active fournie par le producteur est facturée à l'acheteur sur la base des tarifs ci-dessous. Ils sont définis en fonction de la puissance garantie. Ils incluent une prime à l'efficacité énergétique, appelée M, calculée selon les modalités ci-dessous. Ces tarifs sont exprimés en c€/kWh hors TVA.

A. – Le tarif applicable à l'énergie électrique fournie sous une puissance instantanée inférieure ou égale à la puissance garantie PG est égal à :

$$RB \times (0,575 + 0,5 \times d) + M \text{ si } d \geq 0,85$$

$$RB \times (0,15 + d) + M \text{ si } d < 0,85$$

Formules dans lesquelles :

d est la disponibilité effective de l'installation, définie comme le rapport de l'énergie électrique effectivement fournie sous une puissance instantanée inférieure ou égale à la puissance garantie PG et de l'énergie électrique qu'aurait fournie l'installation si elle avait fonctionné sous la puissance garantie en permanence pendant la totalité de l'année.

RB est le tarif de référence fixé, hors taxes, à 7,62 c€/kWh en métropole et 7,93 c€/kWh dans les départements d'outre-mer et dans la collectivité territoriale de Saint-Pierre-et-Miquelon.

M est la prime à l'efficacité énergétique, calculée conformément aux dispositions ci-après.

VALEUR DE V	MONTANT DE LA PRIME M (en c€/kWh)
V ≤ 30 %	0
V = 40 %	0,1
V ≥ 50 %	0,3

Tableau dans lequel :

$V = (\text{énergie thermique valorisée [vendue ou auto-consommée]} + \text{énergie électrique valorisée [vendue ou auto-consommée]}) / (\text{énergie à la sortie de l'unité géothermale})$ .

L'énergie à la sortie de l'unité géothermale correspond à l'énergie à la sortie de l'échangeur thermique primaire ou du séparateur eau/vapeur principal, dans le cas d'un mélange diphasique.

Les valeurs intermédiaires sont obtenues par interpolation linéaire.

Les modalités de contrôle du calcul de la prime M sont précisées dans le contrat d'achat.

B. – Le tarif applicable à l'énergie fournie sous une puissance instantanée supérieure à la puissance garantie PG est égal à celui découlant de la formule du A ci-dessus pour  $d = 15 \%$ .

#### ANNEXE 2

##### TARIFS MENTIONNÉS AUX ARTICLES 5 ET 6 DE L'ARRÊTÉ

L'énergie active fournie par le producteur est facturée à l'acheteur sur la base des tarifs ci-dessous. Ils sont définis en fonction de la puissance garantie. Ces tarifs sont exprimés en c€/kWh hors TVA.

A. – Le tarif applicable à l'énergie fournie sous une puissance instantanée inférieure ou égale à la puissance garantie PG est égal à :

$$RB \times (0,575 + 0,5 \times d) \text{ si } d \geq 0,85$$

$$RB \times (0,15 + d) \text{ si } d < 0,85$$

Formules dans lesquelles :

d est la disponibilité effective de l'installation, définie comme le rapport de l'énergie effectivement fournie sous une puissance instantanée inférieure ou égale à la puissance garantie PG et de l'énergie qu'aurait fournie l'installation si elle avait fonctionné sous la puissance garantie en permanence pendant la totalité de l'année.

RB est le tarif de référence fixé, hors taxe, à 4,42 c€/kWh en métropole et à 5,34 c€/kWh dans les départements d'outre-mer et dans la collectivité territoriale de Saint-Pierre-et-Miquelon.

B. – Le tarif applicable à l'énergie fournie sous une puissance instantanée supérieure à la puissance garantie PG est égal à celui découlant de la formule du A ci-dessus pour  $d = 15 \%$ .

## MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ

### Décret n° 2002-465 du 5 avril 2002 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat)

NOR : MESH0220982D

Le Premier ministre,  
Sur le rapport de la ministre de l'emploi et de la solidarité,  
Vu le code de la santé publique ;  
Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – I. – L'article R. 712-2 du code de la santé publique est ainsi modifié :

Au I, il est ajouté un 7 ainsi rédigé :

« 7. Réanimation ».

II. – L'article R. 712-7 du même code est ainsi modifié :

1. Le b du 1 est ainsi rédigé :

« b) Pour l'activité de soins visée au 5° du III de l'article R. 712-2 ; »

2. Le a du 3 est ainsi rédigé :

« a) Pour la réanimation et les soins de suite et de réadaptation ; »

3. Le c du 3 est ainsi rédigé :

« c) Pour les activités de soins énumérées aux 6° à 10°, à l'exception dans le 9° de l'activité obstétrique qui s'apprécie au niveau du secteur sanitaire, et au 12° du III de l'article R. 712-2. »

III. – L'article R. 712-48 du même code est ainsi modifié :

Au I, il est inséré un d ainsi rédigé :

« d) Les installations correspondant à la discipline mentionnée au 7 du I de l'article R. 712-2. »

**Art. 2.** – Au livre VII du code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat), titre I<sup>er</sup>, chapitre II, section IV, est insérée, après l'article R. 712-89, une sous-section 3 ainsi rédigée :

« Sous-section 3

« Réanimation

« Art. R. 712-90. – Les soins de réanimation sont destinés à des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter plusieurs défaillances viscérales aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance.

« Art. R. 712-91. – L'activité de soins de réanimation est exercée dans les établissements de santé comprenant une ou plusieurs unités organisées à cette fin, pouvant assurer la mise en œuvre prolongée de techniques spécifiques, l'utilisation de dispositifs médicaux spécialisés ainsi qu'une permanence médicale et paramédicale à la disposition exclusive de l'unité.

« Art. R. 712-92. – L'unité de réanimation est organisée :

« 1° Dans les établissements publics de santé, en unité fonctionnelle, service, département ou fédération ;

« 2° Dans les établissements de santé privés, en unité individualisée.

« Art. R. 712-93. – L'unité de réanimation comporte au minimum huit lits. A titre dérogatoire, après analyse des besoins de la population et lorsque l'éloignement de l'établissement pratiquant la réanimation impose des temps de trajets excessifs à une partie significative de la population, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut fixer cette capacité minimale à six lits.

« Art. R. 712-94. – L'autorisation prévue par le 3° de l'article L. 6122-1 nécessaire à un établissement de santé pour exercer l'activité de soins de réanimation mentionnée au b du III de l'article R. 712-2 ne peut lui être accordée que :

« a) S'il dispose en hospitalisation complète d'installations de médecine et de chirurgie ou d'installations de chirurgie. Toutefois, à titre dérogatoire, l'autorisation d'exercer l'activité de soins de réanimation peut être délivrée à un établissement de santé ne disposant que d'installations de médecine en hospitalisation complète s'il a conclu avec un ou plusieurs établissements de santé disposant d'installations de chirurgie une convention organisant le transfert des patients dans ces établissements ;

« b) S'il comporte au moins une unité de surveillance continue ;

« c) S'il est en mesure soit d'accueillir lui-même les patients dans une unité de soins intensifs, soit de les faire transférer dans un établissement disposant d'une telle unité avec lequel il a passé une convention.

« Art. R. 712-95. – Les unités de réanimation :

« a) Assurent vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année, l'accueil et la prise en charge diagnostique et thérapeutique ainsi que la surveillance des patients visés à l'article R. 712-90 ;

« b) Assurent la sécurité et la continuité des soins en organisant le retour et le transfert des patients dans les unités de surveillance continue ou toute autre unité d'hospitalisation complète dès que leur état de santé le permet. A cet effet, les établissements exerçant les activités de réanimation passent des conventions avec d'autres établissements possédant ces unités afin de définir les modalités permettant d'y transférer les patients. »

**Art. 3.** – Les schémas régionaux d'organisation sanitaire en vigueur à la date de la publication du présent décret devront être révisés, en ce qui concerne la réanimation, dans un délai de dix-huit mois à compter de cette date afin de tenir compte des dispositions des articles R. 712-90 à R. 712-95 du code de la santé publique.

**Art. 4.** – Tout établissement souhaitant exercer ou continuer à exercer l'activité de soins de réanimation mentionnée au 6 du III de l'article R. 712-2 du code de la santé publique est tenu de solliciter l'autorisation prévue par le 3° de l'article L. 6122-1 du même code. La première période pendant laquelle les établissements de santé devront déposer des demandes d'autorisation mentionnées à l'article R. 712-38 de ce code sera ouverte, par dérogation aux dispositions de l'article R. 712-39 du même code, par arrêté du ministre chargé de la santé au terme du délai prévu à l'article 3 ci-dessus pour la révision des schémas régionaux d'organisation sanitaire. Cette période sera de six mois. La date de clôture de cette période fait courir le délai de six mois prévu au troisième alinéa de l'article L. 6122-10 de ce code.

**Art. 5.** – L'autorisation nécessaire pour exercer l'activité de soins de réanimation pourra être accordée à un établissement de santé pratiquant la réanimation à la date d'ouverture de la période prévue à l'article 4 ci-dessus et ne satisfaisant pas encore aux dispositions des articles R. 712-90 à R. 712-95 du code de la santé publique à condition que cet établissement se mette en conformité avec ces dispositions dans un délai de cinq ans à compter de la date de publication du présent décret.

**Art. 6.** – Les unités de réanimation spécialisées en activité médicale ou chirurgicale et rattachées à des services de médecine ou de chirurgie à la date de publication du présent décret pourront obtenir l'autorisation mentionnée à l'article R. 712-94 du code de la santé publique dans les conditions énoncées ci-après :

1° Pour les unités de réanimation spécialisées en activité médicale, seules pourront être autorisées les unités rattachées à un service de médecine agréé pour la formation pratique du diplôme d'études spécialisées de réanimation médicale ;

2° Pour les unités de réanimation spécialisées en activité chirurgicale, seules pourront être autorisées les unités rattachées à un service ou à un département de chirurgie et placées sous la responsabilité d'un médecin répondant aux conditions énumérées au 1° de l'article D. 712-108 du code de la santé publique et désigné avec l'accord conjoint des chefs de service ou de département de chirurgie et d'anesthésie-réanimation concernés.

**Art. 7.** – 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 5 avril 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

**Décret n° 2002-466 du 5 avril 2002 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour pratiquer les activités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : Décrets simples)**

NOR : MESH0220983D

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de l'emploi et de la solidarité,  
Vu le code de la santé publique ;

Vu le décret n° 2002-465 du 5 avril 2002 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) ;

Vu l'avis du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale en date du 8 février 2001 ;

Après avis du Conseil d'Etat (section sociale),

Décède :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – Au livre VII du code de la santé publique (troisième partie : Décrets simples), titre 1<sup>er</sup>, chapitre II, section III, sont insérées, après l'article D. 712-103, les sous-sections 5 à 7 ainsi rédigées :

« Sous-section 5

« Conditions techniques de fonctionnement relatives à la réanimation

« Art. D. 712-104. – L'unité de réanimation dispose de locaux distribués en trois zones :

« 1° Une zone d'accueil, située en amont de la zone technique et de la zone d'hospitalisation, permettant le contrôle des flux entrants de personnels, de malades, de visiteurs et de matériels ;

« 2° Une zone d'hospitalisation ;

« 3° Une zone technique de nettoyage, de décontamination et de rangement de matériel.

« Art. D. 712-105. – L'unité de réanimation dispose d'une pièce, en son sein ou à proximité immédiate, permettant aux médecins d'assurer la permanence médicale sur place vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année.

« Art. D. 712-106. – Dans toute unité de réanimation, la permanence médicale est assurée par au moins un médecin membre

de l'équipe médicale dont la composition est définie à l'article D. 712-108. Dans les établissements de santé publics et les établissements privés participant au service public hospitalier, elle peut être assurée en dehors du service de jour par un interne en médecine dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé. Dans ce cas, un médecin de l'équipe médicale mentionnée à l'article D. 712-108 est placé en astreinte opérationnelle.

« Art. D. 712-107. – Le responsable d'une unité de réanimation pour adultes est titulaire, selon l'orientation médicale, chirurgicale ou médico-chirurgicale de l'unité, de l'un des diplômes ou qualifications mentionnés aux 1<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup> de l'article D. 712-108.

« Le responsable d'une unité de réanimation pédiatrique est :

« – qualifié spécialiste en pédiatrie lorsque l'unité est à orientation médico-chirurgicale ou médicale ;

« – qualifié spécialiste ou compétent en anesthésie-réanimation ou qualifié spécialiste en anesthésiologie-réanimation chirurgicale lorsque l'unité est à orientation chirurgicale.

« Art. D. 712-108. – L'équipe médicale d'une unité de réanimation comprend ;

« 1<sup>o</sup> Un ou plusieurs médecins qualifiés compétents en réanimation ou titulaires du diplôme d'études spécialisées complémentaire de réanimation médicale lorsqu'il s'agit d'une unité à orientation médicale ou médico-chirurgicale ;

« 2<sup>o</sup> Un ou plusieurs médecins qualifiés spécialistes ou compétents en anesthésie-réanimation ou qualifiés spécialistes en anesthésiologie-réanimation chirurgicale lorsqu'il s'agit d'une unité à orientation chirurgicale ou médico-chirurgicale ;

« 3<sup>o</sup> Le cas échéant, un ou plusieurs médecins ayant une expérience attestée en réanimation selon des modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la santé.

« L'équipe médicale d'une unité de réanimation pédiatrique comprend, en outre, un ou plusieurs médecins qualifiés spécialistes en pédiatrie.

« Art. D. 712-109. – Sous la responsabilité d'un cadre infirmier, l'équipe paramédicale d'une unité de réanimation comprend au minimum :

« – deux infirmiers pour cinq patients ;

« – un aide-soignant pour quatre patients.

« L'équipe paramédicale d'une unité de réanimation pédiatrique comprend, en outre, au moins une puéricultrice.

« Art. D. 712-110. – L'établissement de santé doit être en mesure de faire intervenir en permanence un masseur-kinésithérapeute justifiant d'une expérience attestée en réanimation et doit disposer, en tant que de besoin, d'un psychologue ou d'un psychiatre et de personnel à compétence biomédicale.

« Art. D. 712-111. – L'activité de réanimation ne peut être autorisée que si l'établissement de santé dispose sur place vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année :

« 1<sup>o</sup> Des équipements mobiles permettant de réaliser, éventuellement dans les chambres de l'unité de réanimation lorsque les conditions de prise en charge du patient le justifient, des examens de radiologie classique, d'échographie et d'endoscopie bronchique et digestive ;

« 2<sup>o</sup> D'un secteur opératoire organisé de façon à mettre à la disposition de l'unité au moins une salle aseptique et des moyens de surveillance post-interventionnelle répondant aux conditions fixées par les articles D. 712-45 à D. 712-50 ;

« 3<sup>o</sup> De moyens techniques permettant de pratiquer les examens en scanographie, angiographie et imagerie par résonance magnétique ;

« 4<sup>o</sup> D'un laboratoire en mesure de pratiquer des examens de bactériologie, hématologie, biochimie ainsi que ceux relatifs à l'hémostase et aux gaz du sang.

« Les établissements ne disposant pas des moyens prévus aux 2<sup>o</sup> à 4<sup>o</sup> ci-dessus peuvent passer une convention avec un établissement en disposant.

« Lorsque la prestation est assurée par convention, elle doit l'être dans des délais compatibles avec les impératifs de sécurité.

#### « Sous-section 6

#### « Conditions techniques de fonctionnement relatives aux soins intensifs

#### « Paragraphe 1<sup>er</sup>

#### « Conditions générales

« Art. D. 712-112. – Les soins intensifs sont pratiqués dans les établissements de santé comprenant une ou plusieurs unités organisées pour prendre en charge des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une défaillance aiguë de l'organe concerné par la spécialité au titre de laquelle ils sont traités mettant directement en jeu à court terme leur pronostic vital et impliquant le recours à une méthode de suppléance.

« Art. D. 712-113. – Le fonctionnement d'une unité de soins intensifs doit être organisé de façon à ce qu'elle soit en mesure d'assurer la mise en œuvre prolongée de techniques spécifiques, l'utilisation de dispositifs médicaux spécialisés ainsi qu'une permanence médicale et paramédicale permettant l'accueil des patients et leur prise en charge vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année.

« L'unité de soins intensifs doit pouvoir assurer le transfert des patients visés à l'article D. 712-112 vers une unité de surveillance continue ou une unité d'hospitalisation dès que leur état de santé le permet, ou dans une unité de réanimation si leur état le nécessite.

« Art. D. 712-114. – L'unité de soins intensifs ne peut fonctionner qu'au sein d'un établissement disposant, selon la nature de la spécialité concernée, d'installations de médecine ou de chirurgie en hospitalisation complète.

#### « Paragraphe 2

#### « Conditions particulières aux soins intensifs cardiologiques

« Art. D. 712-115. – L'unité de soins intensifs cardiologiques est organisée :

« 1<sup>o</sup> Dans les établissements publics de santé, en unité fonctionnelle, service, département ou fédération ;

« 2<sup>o</sup> Dans les établissements de santé privés, en unité individualisée.

« Art. D. 712-116. – L'unité de soins intensifs cardiologiques comporte au minimum six lits. Elle ne peut fonctionner que dans un établissement exerçant des activités de cardiologie.

« Art. D. 712-117. – Dans toute unité de soins intensifs cardiologiques, la permanence médicale est assurée par au moins un médecin membre de l'équipe médicale définie à l'article D. 712-119. Dans les établissements de santé publics et les établissements privés participant au service public hospitalier, elle peut être assurée, en dehors du service de jour, par un interne en médecine dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé. Dans ce cas, un médecin de l'équipe médicale mentionnée à l'article D. 712-119 est placé en astreinte opérationnelle.

« Art. D. 712-118. – Le responsable de l'unité de soins intensifs cardiologiques est titulaire de l'une des qualifications mentionnées à l'article D. 712-119.

« Art. D. 712-119. – L'équipe médicale est composée de médecins qualifiés spécialistes ou compétents en cardiologie et médecine des affections vasculaires ou qualifiés spécialistes en pathologie cardio-vasculaire.

« Art. D. 712-120. – Sous la responsabilité d'un cadre infirmier, l'équipe paramédicale de l'unité de soins intensifs cardiologiques comprend :

« – de jour, un infirmier et un aide-soignant pour quatre patients ;

« – de nuit, au moins un infirmier pour huit patients.

« Lorsque, pour huit patients présents la nuit, un seul infirmier est affecté à l'unité, doit être en outre prévue la présence d'un aide-soignant.

« Art. D. 712-121. – L'établissement doit être en mesure de faire intervenir en permanence un masseur-kinésithérapeute et doit disposer, en tant que de besoin, d'un psychologue ou d'un psychiatre et de personnel à compétence biomédicale.

« Art. D. 712-122. – L'établissement dispose vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année :

- « 1° Sur place :
- « – des moyens techniques permettant de pratiquer les examens de radiologie conventionnelle ;
  - « – d'un écho-doppler avec mode M et sonde transœsophagienne.
- « 2° Sur place ou par convention avec un autre établissement en disposant :
- « – des moyens techniques permettant de pratiquer des scintigraphies, des examens en scanographie, en imagerie par résonance magnétique et des angiographies pulmonaires et vasculaires ;
  - « – d'un laboratoire en mesure de pratiquer des examens de bactériologie, hématologie, biochimie ainsi que ceux relatifs à l'hémostase et aux gaz du sang.
- « Lorsque la prestation est assurée par convention, elle doit être dans des délais compatibles avec les impératifs de sécurité.

« Art. D. 712-123. – L'unité de soins intensifs cardiologiques ainsi que l'unité de médecine de la spécialité à laquelle elle est rattachée doivent avoir accès, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, au sein de l'établissement d'implantation ou, en dehors de celui-ci par voie de convention, à une salle de coronarographie diagnostique et interventionnelle.

« Art. D. 712-124. – L'établissement de santé dans lequel fonctionne une unité de soins intensifs cardiologiques passe une convention précisant les conditions de transfert des patients avec des établissements de santé disposant d'une unité de réanimation.

#### « Sous-section 7

#### « Conditions techniques de fonctionnement relatives à la surveillance continue

« Art. D. 712-125. – La surveillance continue est pratiquée dans les établissements de santé comprenant une ou exceptionnellement plusieurs unités, si la taille de l'établissement le

justifie, organisées pour prendre en charge des malades qui nécessitent, en raison de la gravité de leur état, ou du traitement qui leur est appliqué, une observation clinique et biologique répétée et méthodique.

« Art. D. 712-126. – L'unité de surveillance continue peut fonctionner dans un établissement de santé ne disposant ni d'unité de réanimation, ni d'unité de soins intensifs s'il a conclu une convention précisant les conditions de transfert des patients avec des établissements disposant d'une unité de réanimation ou de soins intensifs. »

**Art. 2.** – Par dérogation, les médecins chefs de service de réanimation des établissements publics de santé qui, à la date de la publication du présent décret, ne sont pas titulaires des qualifications prévues à l'article D. 712-107 peuvent être maintenus dans leurs fonctions jusqu'à l'expiration de leur mandat en cours.

**Art. 3.** – A titre transitoire, les établissements de santé dont les installations ne satisfont pas, à la date de la publication du présent décret, aux conditions techniques de fonctionnement prévues aux articles D. 712-104 à D. 712-126 du code de la santé publique disposent d'un délai de cinq ans à compter de cette date pour se conformer à ces dispositions.

**Art. 4.** – 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 5 avril 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

## MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR

### Arrêté du 8 mars 2002 pris pour l'application en 2002 de l'article L. 1614-4 du code général des collectivités territoriales

NOR : INTB0200140A

Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie et le ministre de l'intérieur.

Vu le code général des collectivités territoriales, et notamment ses articles L. 1614-1, L. 1614-3 et L. 1614-4 ;

Vu la loi de finances pour 1984 (n° 83-1179 du 29 décembre 1983), et notamment ses articles 14 et 24 à 29 ;

Vu la loi de finances rectificative pour 1984 (n° 84-1209 du 29 décembre 1984), et notamment ses articles 3 et 4 ;

Vu la loi de finances pour 1985 (n° 84-1208 du 29 décembre 1984), et notamment son article 35 ;

Vu la loi de finances rectificative pour 1986 (n° 86-824 du 11 juillet 1986), et notamment son article 37 ;

Vu la loi de finances pour 1997 (n° 96-1181 du 30 décembre 1996), et notamment son article 31 ;

Vu la loi de finances pour 1999 (n° 98-1266 du 30 décembre 1998), et notamment son article 39 ;

Vu la loi de finances pour 2000 (n° 99-1172 du 30 décembre 1999), et notamment son article 9 ;

Vu la loi de finances pour 2001 (n° 2000-1352 du 30 décembre 2000), et notamment son article 6 ;

Vu la loi de finances pour 2002 (n° 2001-1275 du 28 décembre 2001), et notamment son article 24 ;

Vu la loi n° 85-1098 du 11 octobre 1985 relative à la prise en charge par l'Etat, les départements et les régions des dépenses de personnel de fonctionnement et d'équipement des services placés sous leur autorité, et notamment ses articles 7, 20, 21 et 26 ;

Vu la loi n° 86-972 du 19 août 1986 portant dispositions diverses relatives aux collectivités locales, et notamment son article 33 ;

Vu la loi n° 90-587 du 4 juillet 1990 relative aux droits et obligations de l'Etat et des départements concernant les instituts universitaires de formation des maîtres, à la maîtrise d'ouvrage de constructions d'établissements d'enseignement supérieur et portant diverses dispositions relatives à l'éducation nationale, à la jeunesse et aux sports, et notamment son titre I<sup>er</sup> ;

Vu la loi n° 92-1255 du 2 décembre 1992 relative à la mise à la disposition des départements des services déconcentrés du ministère de l'équipement et à la prise en charge des dépenses de ces services, et notamment ses articles 12 et 13 ;

Vu l'arrêté du 14 avril 2000 pris pour l'application en 2000 de l'article L. 1614-4 du code général des collectivités territoriales ;

Vu l'arrêté du 15 mars 2001 pris pour l'application en 2001 de l'article L. 1614-4 du code général des collectivités territoriales ;

Vu les avis de la commission consultative sur l'évaluation des charges résultant des transferts de compétences en date des 3 juillet 1984, 4 et 24 septembre 1985, 28 avril 1987, 22 juillet 1987, 12 janvier 1988, du 22 février 1995, du 25 juin 1996, des 8 juin et 16 décembre 1999 et du 13 décembre 2001,

Arrêtent :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – Pour l'application de l'article L. 1614-4 du code général des collectivités territoriales et des dispositions législatives susvisées relatives au partage financier des services, le produit des impôts revenant aux départements des Alpes-Maritimes, de Paris et des Hauts-de-Seine est diminué au profit du fonds de compensation de la fiscalité transférée, d'une part, de la différence actualisée entre le produit calculé sur la base des taux en vigueur à la date du transfert, modifié de l'incidence des dispositions fiscales prévues par les lois de finances initiales pour 1999, 2000, 2001 et 2002, et le montant des charges qui résultent des transferts de compétences opérés en 1984, 1985, 1986, 1987 et 2000, ainsi que de la moitié du supplément de ressources fiscales résultant des dispositions de l'article 14 de la loi du 29 décembre 1983 susvisée et, d'autre part,