



Inspection générale  
des affaires sociales

# Les centres de santé dentaires : propositions pour un encadrement améliorant la sécurité des soins

## **TOME 1 RAPPORT**

Établi par

Christine DANIEL                      Dr Patricia VIENNE  
Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Pirathees SIVARAJAH  
Stagiaire à l'Inspection générale des affaires sociales

- Janvier 2017 -

2016-105R



## SYNTHESE

Par lettre du 2 mai 2016, la Ministre des affaires sociales et de la santé a saisi l'Inspection générale des affaires sociales d'une mission relative aux centres de santé dentaires, notamment ceux dits « low cost ». La mission a été divisée en deux étapes, avec deux rapports distincts.

La première mission a porté sur l'affaire dite « DENTEXIA ». L'association DENTEXIA, créée en juillet 2011, gérait cinq centres de santé dentaires directement et elle présentait plusieurs anomalies juridiques et financières. Sa liquidation judiciaire a provoqué l'interruption des soins des patients suivis par ces centres (et par des cabinets libéraux affiliés), patients dont la majorité avait payé leurs soins d'avance. Le rapport a été remis à la Ministre début juillet, a été rendu public et a conduit à différentes mesures sanitaires portées par les pouvoirs publics. La mission avait été confiée à Christine Daniel, au Docteur Patricia Vienne et à Philippe Paris.

La seconde étape de la mission, à laquelle est consacré ce rapport, a été confiée à Christine Daniel, au docteur Patricia Vienne, avec la collaboration de Pirathees Sivarajah. La Ministre a souhaité que la mission examine « *la situation des centres de soins dentaires dits « low cost » et mette en évidence les facteurs qui pourraient induire une situation voisine de celle rencontrée par l'association DENTEXIA « afin d'éviter que ne se créent à l'avenir des structures mettant en péril la qualité et la sécurité des soins des patients »*. Elle a demandé à la mission, en s'appuyant notamment sur les constats réalisés lors de l'analyse des dysfonctionnements relevés dans le premier rapport, « *de faire des recommandations utiles visant à prévenir les dérives mises à jour, afin de garantir une offre de soins dentaires accessible et sûre.* »

Les centres dits « low cost » ne répondent à aucune définition juridique et la notion de « bas prix » ne peut être cernée de façon objective, pas plus que la qualité des soins dentaires. C'est pourquoi la mission a recouru à une méthode comparative entre tous les centres de santé dentaires, permettant d'identifier différents modèles économiques en fonction des statuts, dont certains sont porteurs de risque sanitaires.

Selon le code de la santé publique, à l'article L.6323-1, les centres de santé doivent répondre à une mission de santé publique intégrant notamment « *la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients* ». L'analyse de la mission, au-delà de cette définition, a porté sur les enjeux sanitaires, l'encadrement juridique et le modèle économique des centres de santé dentaires.

Le nombre de centres de santé dentaires a progressé de 25 % entre 2011 et 2016 et est de 726 au 1<sup>er</sup> novembre 2016 selon des données du répertoire FINESS<sup>1</sup>. Le nombre de centres de santé ayant une activité autre que dentaire a quant à lui diminué. L'augmentation du nombre de centres de santé dentaire est essentiellement portée par les centres de santé de statut associatif et se concentre dans les régions Ile de France et Provence Alpes Côte d'Azur.

Trois raisons se conjuguent pour expliquer cette progression dans le secteur dentaire :

- un assouplissement législatif intervenu avec la loi HPST de 2009 qui a transformé l'autorisation préalable des ARS à l'ouverture des centres en une simple déclaration accompagnée de la transmission d'un projet de santé et d'un règlement intérieur ;
- des soins dentaires où le reste à charge des patients s'élève à plus de 22 % et le renoncement pour raisons financières parmi les non recours aux soins dentaires pour tous motifs s'élève à 25 % en 2016. Les centres de santé dentaires se sont positionnés sur le marché des soins dentaires, en proposant des prix affichés comme moins chers que ceux pratiqués par les chirurgiens-dentistes en exercice libéral ;

---

<sup>1</sup> Fichier national des établissements sanitaires et sociaux.

- les aspirations sociales, culturelles nouvelles des chirurgiens-dentistes jeunes et/ou en fin de carrière à un exercice collectif, et à temps partiel. La part de chirurgiens-dentistes salariés progresse de façon lente mais régulière et a atteint 12 % en novembre 2016.

L'analyse du modèle économique des centres de santé dentaires, indifféremment de leur statut juridique (mutualiste, associatif, géré par une caisse d'assurance-maladie), a révélé que les centres de santé dentaires sont contraints par la tarification des actes dentaires dans leur recherche de l'équilibre budgétaire. Les centres visités par la mission pratiquent ainsi tous des soins prothétiques avec dépassements d'honoraires pour tenter d'atteindre cet équilibre.

Le modèle économique des centres de santé dentaires associatifs créés depuis le début des années 2010 se distingue par l'orientation progressive de leur activité vers l'implantologie, fortement rémunératrice. Certaines de ces associations sont en lien avec des sociétés privées qui sont gérées par les mêmes dirigeants. Il existe des risques sanitaires associés à ce fonctionnement : sur-traitement ou prescription sur des soins mieux rémunérés, pratiques qui n'offrent pas toujours les conditions d'un consentement éclairé du patient, risques sanitaires liés aux soins « à la chaîne » sur l'implantologie ou encore soins assurés par des chirurgiens-dentistes sous pression des gestionnaires. L'affaire dite « DENTEXIA » qui a fait l'objet du premier rapport, en est une illustration dramatique.

Ce type de modèle, toutefois, ne doit pas remettre en cause le rôle médico-social joué en France par la majorité des centres de santé dentaires, mutualistes, gérés par les caisses d'assurance-maladie, des collectivités territoriales ou de statut associatif.

La mission souhaite attirer l'attention des décideurs publics sur le cas de l'implantologie, qui est un « angle mort » des politiques publiques de santé : elle ne fait l'objet ni de référentiels récents, ni d'un suivi par l'assurance-maladie en raison de son absence d'inscription (sauf cas très particulier) à la nomenclature.

La mission a regretté l'absence d'une véritable politique publique de santé bucco-dentaire conduite par les pouvoirs publics jusqu'à présent, et ce à plusieurs niveaux :

- alors même que les études scientifiques étayaient l'impact de la santé bucco-dentaire sur la santé globale de la population, et qu'elles font apparaître des bilans préoccupants sur la qualité des soins, l'Etat n'a pas élaboré de politique de santé bucco-dentaire depuis 2006, la Haute Autorité de Santé (HAS) n'a pas régulièrement mis à jour des référentiels bucco-dentaires. La prise en charge par la CNAMTS des dépenses en soins dentaires s'est réduite depuis 2008 et est désormais limitée à 37 % de ces dépenses ;
- l'assouplissement juridique mis en œuvre par la loi HPST<sup>2</sup> s'est accompagné d'une baisse des contrôles *a posteriori* effectués par les Agences régionales de santé (ARS) ou les directions régionales de service médical (DRSM). La coordination des signalements sanitaires, financiers, déontologiques ou judiciaires entre les autorités régionales de contrôle est également très limitée, voire absente. La mission tient à souligner, toutefois, la forte mobilisation des ARS Ile de France et Provence Alpes Côte d'Azur sur les centres de santé dentaires, et en particulier sur les trois dernières années ;
- l'information des patients reste insuffisante dans le système de soins dentaires : le devis dentaire, bien que devenu obligatoire, n'est pas toujours rempli avec des précisions lisibles pour les patients ; les voies de recours, en cas de non satisfaction ou de soins problématiques, ne sont pas affichées dans les cabinets des chirurgiens-dentistes, libéraux ou salariés.

La mission a également déploré que le code de déontologie n'ait pas pris suffisamment en compte l'évolution de la profession dentaire vers le salariat, notamment en explicitant la notion d'indépendance professionnelle du chirurgien-dentiste salarié.

<sup>2</sup> Loi du 21 juillet 2009 relative à l'hôpital, aux patients, à la santé et aux territoires.

L'objectif de la mission a donc été de prévenir, par ses recommandations, toute nouvelle affaire dite DENTEXIA dans les centres de santé dentaires.

Le retour à l'autorisation préalable à l'ouverture d'un centre de santé, coûteux en moyens humains et financiers pour l'Etat, ne peut être préconisé, selon la mission, comme un outil efficace et rassurant pour les pouvoirs publics. En effet, cette autorisation porte sur un centre qui n'a pas encore démarré son activité et qui présente souvent toutes les garanties d'hygiène et de sécurité sanitaire à son ouverture, condition pour que l'ARS délivre une autorisation. Mais les dérives, postérieures au démarrage, sont essentiellement liées à des questions financières, ayant des conséquences sanitaires.

Aussi la mission préconise une série de recommandations qui, retenues de façon concertées, permettront un meilleur encadrement, tout en n'alourdissant pas de manière excessive la gestion et le fonctionnement de la majorité des centres de santé dentaires (et autres) qui sont de véritables relais de santé publique, que les pouvoirs publics doivent non seulement maintenir, mais également soutenir.

C'est pourquoi, la mission a concentré ses 20 propositions sur un encadrement juridique et un contrôle renforcé des centres de santé, sur le réinvestissement des pouvoirs publics sur la santé bucco-dentaire et sur des actions favorisant une progression de la qualité des soins dentaires :

- l'encadrement juridique des centres de santé doit permettre une prévention de tous les conflits d'intérêts liés à une gestion à but lucratif de ces centres. C'est pourquoi la mission propose d'appliquer une déclaration de liens intérêts à tous les centres de santé qui pourrait être transmise au directeur de l'ARS à sa demande ;
- la mobilisation des pouvoirs publics est nécessaire : la santé bucco-dentaire, comme il est montré dans ce rapport, a des effets sur la santé générale. La mission se situe dans la continuité des propositions faites par le ministre de la santé, qui a annoncé un plan de santé publique pluriannuel sur la santé bucco-dentaire. De façon parallèle, la HAS doit se réinvestir sur la construction de référentiels dentaires, incluant les choix de prescriptions, tant sur les soins conservateurs que sur l'implantologie ;
- par ailleurs, c'est un paradoxe de constater que la législation s'est assouplie en même temps que les moyens de contrôles ont baissé. Le contrôle doit être renforcé, systématiquement ciblé et coordonné entre autorités de contrôle sanitaires et financières. Il doit s'appuyer sur un cadre réglementaire précisé, avec notamment une actualisation systématique du projet de santé ;
- l'encadrement juridique des centres de santé doit permettre une prévention de tous les conflits d'intérêts liés à une gestion à but lucratif de ces centres. C'est pourquoi la mission propose d'appliquer une déclaration de liens intérêts à tous les centres de santé qui pourrait être transmise au directeur de l'ARS à sa demande ;
- le conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes peut participer à cet encadrement renforcé, en adaptant certaines dispositions du code de déontologie à l'exercice salarié et en ayant une vigilance accrue sur l'indépendance professionnelle de tous les chirurgiens-dentistes ;
- les négociations conventionnelles en cours pourraient contribuer à faire évoluer le modèle économique des centres de santé. En revalorisant les soins conservateurs, elles participeraient à la recherche de l'équilibre financier pour les centres privilégiant cette activité. En intégrant l'implantologie dans la nomenclature, elles contribueraient à la reconnaître comme une option thérapeutique possible et à lui donner une visibilité notamment pour les contrôles de l'assurance-maladie. Ces évolutions doivent être accompagnées d'études médico-économiques.

Les capacités de pilotage des pouvoirs publics (l'Etat étant au premier plan), restaurées au service de la conception et de la mise en œuvre d'une politique publique de santé bucco-dentaire, pourront alors garantir l'accès aux soins dentaires des usagers et leur qualité.



# Sommaire

SYNTHESE.....	3
RAPPORT.....	11
INTRODUCTION ET CONTEXTE .....	11
<b>1 L'ENCADREMENT JURIDIQUE DES CENTRES DE SANTE A ETE ASSOULI ALORS QUE LES MOYENS DE CONTROLE ONT BAISSE .....</b>	<b>14</b>
1.1 Selon la législation et les accords conventionnels avec l'assurance-maladie, les centres de santé répondent à une mission de santé publique.....	14
1.2 L'encadrement législatif et réglementaire des centres de santé a été modifié en 2009, conduisant à une progression du nombre de centres dentaires .....	17
1.2.1 La loi de juillet 2009 « hôpital patient santé territoire » a opéré un changement majeur, d'une autorisation préalable avant l'ouverture d'un centre de santé vers une simple déclaration .....	17
1.2.2 L'encadrement réglementaire actuel des centres de santé depuis 2010 est fondé sur l'existence d'un projet de santé et d'un règlement intérieur.....	17
1.2.3 Les conséquences juridiques des contrôles des ARS n'ont été précisées qu'en 2015, cinq ans après la parution du décret de 2010.....	20
1.2.4 L'impact de l'encadrement conventionnel par la rédaction d'un rapport d'activité annuel est très limité.....	20
1.2.5 L'augmentation du nombre de centres dentaires a été de 25 % sur la période 2011-2016 alors que le nombre total de centres de santé a diminué.....	21
1.3 Les contrôles des centres dentaires n'ont pas été renforcés, malgré cet assouplissement juridique.....	22
1.3.1 Les moyens d'inspection-contrôle des ARS sont absorbés par de multiples missions autres que le contrôle des centres de santé dentaires.....	22
1.3.2 Seuls huit chirurgiens-dentistes conseils étaient en poste dans l'ensemble des ARS en 2015 .....	23
1.3.3 Les centres de santé dentaires ne sont pas une priorité d'inspection pour les ARS .....	23
1.3.4 Les contrôle régionaux de l'assurance maladie sont contraints par une baisse des moyens et des difficultés de méthode .....	26
1.3.5 Les signalements venant d'autres organismes sont limités, parcellaires et insuffisamment coordonnés .....	28
1.4 L'encadrement juridique par le Code de déontologie des chirurgiens dentistes n'as pas pris en compte la lente évolution vers le salariat .....	28
1.4.1 L'indépendance professionnelle des chirurgiens-dentistes salariés ne peut être aliénée par leur statut salarié.....	29
1.4.2 La publicité et la concurrence donnent lieu à des contentieux entre le conseil de l'ordre et les centres de santé dentaires .....	30
1.4.3 La rédaction de certains articles du Code de déontologie des chirurgiens dentistes est ambiguë .....	31
<b>2 LA SANTE BUCCO-DENTAIRE A ETE DELAISSEE PAR LES POUVOIRS PUBLICS.....</b>	<b>32</b>
2.1 Les effets de la santé-bucco dentaire sur la santé en général sont étayés depuis de nombreuses années au niveau national et international .....	32
2.2 Les études sur la qualité des soins dentaires en France font apparaître des bilans préoccupants .....	33
2.2.1 Plusieurs études réalisées par les services médicaux de l'assurance-maladie portent sur la qualité des soins dentaires .....	33
2.2.2 Une enquête sur la qualité des soins endodontiques a été réalisée par le service des urgences odontologiques de la Pitié Salpêtrière.....	34

2.3	Malgré ces constats, la santé bucco-dentaire n'a jamais été une véritable priorité de santé pour les pouvoirs publics .....	35
2.3.1	L'Etat n'a pas élaboré de politique de santé bucco-dentaire.....	35
2.3.2	La tarification des soins dentaires par l'assurance-maladie induit 22,7 % de reste à charge pour le patient .....	36
2.3.3	Les référentiels de bonnes pratiques dentaires de la HAS sont en nombre limité depuis 2010 .....	37
2.3.4	Les documents d'évaluation de risques sont essentiellement élaborés par l'association dentaire française et se centrent sur la sécurité des soins.....	38
2.4	L'information des patients reste insuffisante .....	39
2.4.1	Le devis dentaire, désormais obligatoire, ne répond pas à tous les besoins d'information du patient .....	39
2.4.2	La réglementation relative aux conditions d'accès aux dossiers médicaux et à leur conservation est fragile juridiquement pour les centres de santé.....	40
2.4.3	Les voies de recours des patients sont nombreuses, mais ont peu été utilisées sauf dans l'affaire DENTEXIA .....	41
<b>3</b>	<b>LES CENTRES DE SANTE DENTAIRES SONT A LA RECHERCHE DE L'EQUILIBRE BUDGETAIRE.....</b>	<b>42</b>
3.1	L'équilibre financier des centres de santé est contraint par la tarification des actes.....	43
3.1.1	Les centres de santé dentaires où s'est déplacée la mission, quel que soit leur statut, pratiquent des dépassements d'honoraires .....	43
3.1.2	Il existe des leviers pour augmenter les recettes et diminuer les dépenses sans affecter <i>a priori</i> la qualité des soins.....	44
3.2	Les centres de santé mutualistes, confrontés à des contraintes financières nouvelles, se réorganisent pour atteindre l'équilibre budgétaire.....	47
3.2.1	La réorganisation des centres de santé mutualistes est une orientation nationale.....	47
3.2.2	Les trois centres visités par la mission font apparaître un processus de restructuration plus ou moins avancé .....	48
3.3	Les deux centres de santé dentaires gérés par l'assurance-maladie, sont fortement déficitaires avec une activité sur les soins conservateurs de 50 à 75 %.....	50
3.3.1	La modernisation de la gestion des centres gérés par l'assurance-maladie se heurte à des contraintes héritées de l'histoire .....	50
3.3.2	Les deux centres de santé dentaires de l'assurance-maladie visités par la mission maintiennent leur vocation sociale.....	51
3.4	Plusieurs centres de santé dentaires associatifs ont une gestion partiellement intégrée avec des sociétés et privilégient les activités prothétiques et d'implantologie .....	51
3.4.1	La notion de « low cost », initialement revendiquée par certains centres de santé dentaire, n'est pas appropriée pour rendre compte des risques de dérives.....	51
3.4.2	Dans les centres associatifs où la mission s'est déplacée, l'activité d'implantologie contribue pour près de 20 % au chiffre d'affaires et des projets d'extension sont en cours.....	53
3.4.3	La gestion de certains centres associatifs inclut des sociétés à but lucratif.....	54
3.4.4	L'organisation de ces centres associatifs incluant des sociétés privées peut induire des risques sanitaires.....	56
<b>4</b>	<b>RENFORCER L'ENCADREMENT DES CENTRES DE SANTE .....</b>	<b>59</b>
4.1	Mettre en place des garde-fous législatifs et réglementaires pour prévenir une gestion à but lucratif, contraire à la loi, des centres de santé dentaires.....	60
4.1.1	Ne pas revenir à l'autorisation préalable à l'ouverture d'un centre de santé .....	60
4.1.2	Prévenir les conflits d'intérêts par l'instauration d'une déclaration d'intérêts à remplir par les dirigeants du centre.....	61
4.1.3	Rétablir les catégories juridiques de centres de santé par types d'activité de soins .....	62
4.1.4	Prévoir une actualisation du code de déontologie des chirurgiens- dentistes pour l'adapter à la pratique salariée de la profession.....	63



4.1.5 Actualiser l'arrêté du 30 juillet 2010 en y intégrant des éléments de déontologie et de gestion des centres de santé .....	64
4.2 Renforcer les contrôles par un meilleur ciblage.....	65
4.2.1 Repositionner la mission de contrôle des ARS et de l'assurance maladie en ajustant effectifs et priorités d'inspection-contrôle.....	65
4.2.2 Coordonner, au niveau départemental et régional, les instances sanitaires et financières de contrôle pour contribuer au ciblage et mettre en place une vigilance collective .....	67
4.3 Les pouvoirs publics doivent se donner les moyens d'améliorer la qualité des soins bucco-dentaires .....	68
4.3.1 Réinvestir la santé bucco-dentaire dans le champ de la santé publique .....	68
4.3.2 Impliquer la Haute Autorité de santé dans la rédaction avec les professionnels de nouveaux référentiels relatifs à la qualité des soins bucco-dentaires.....	69
4.3.3 Inciter les chirurgiens-dentistes des centres de santé dentaires et du secteur libéral à développer des bonnes pratiques professionnelles .....	69
4.4 Conduire une évolution de la tarification appuyée sur des études médico-économiques.....	70
CONCLUSION .....	73
RECOMMANDATIONS DE LA MISSION.....	75
LETTRE DE MISSION.....	77
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES OU CONTACTEES.....	79
SIGLES UTILISES .....	83
LISTE DES ANNEXES ET PIECES JOINTES .....	85



# RAPPORT

## INTRODUCTION ET CONTEXTE

### ➤ L'objectif de la mission

Une première mission de l'inspection générale des affaires sociales était consacrée à l'analyse de l'affaire DENTEXIA. Les propositions émises visaient pour une large partie à préconiser des solutions de prise en charge pour les patients traités par les centres de santé dentaires (et cabinets libéraux affiliés) DENTEXIA dont les soins ont été interrompus à la suite de la liquidation judiciaire de ces centres<sup>3</sup> (cf. lettre de mission jointe en fin de rapport).

Cette seconde mission a pour objectif, conformément à la lettre de mission jointe en fin de rapport d'éviter qu'une affaire comparable, avec des conséquences sanitaires aussi dramatiques pour les patients, ne se reproduise.

Pour ce faire, la mission a évalué le fonctionnement des centres de santé dentaires exclusifs sur les aspects d'encadrement juridique, d'organisation et de fonctionnement sanitaire (notamment qualité et sécurité des pratiques et des soins délivrés aux patients) ainsi que le modèle économique de ces centres dentaires. Cette comparaison entre les modèles économiques des centres de santé dentaires a permis d'identifier des caractéristiques communes dans le fonctionnement des centres porteuses de risques sanitaires. La mission a en revanche considérée que la notion de « low cost », dans le secteur dentaire, ne pouvait être objectivée.

### ➤ La méthode retenue

La méthode retenue par la mission a consisté en :

- une analyse de la littérature notamment scientifique (référentiels et guides de bonnes pratiques, études, enquêtes...);
- des entretiens au niveau national avec les principaux acteurs administratifs et les représentants de la profession dentaire et des centres de santé dentaires ;
- des déplacements dans trois régions [Ile de France, Provence Alpes Côte d'Azur (PACA) et Grand Est]. Dans chacune des régions, la mission a rencontré :
  - ✓ les acteurs institutionnels les plus concernés (agence régionale de santé, conseil départemental de l'ordre des chirurgiens-dentistes, caisse primaire d'assurance-maladie, direction régionale du service médical<sup>4</sup>) ;
  - ✓ des dirigeants et chirurgiens-dentistes des centres de santé dentaires des trois principaux statuts (mutualistes, gérés par des caisses d'assurance-maladie et associatifs) ;

La liste des personnes rencontrées par la mission est jointe en fin de rapport. La liste des centres de santé dentaires où la mission s'est déplacée a été rendue anonyme, pour pouvoir utiliser les données économiques transmises par les centres de santé.

---

<sup>3</sup> Rapport 2016-75R, IGAS, juillet 2016 - « L'association DENTEXIA, des centres de santé dentaire en liquidation judiciaire depuis mars 2016 : impacts sanitaires sur les patients et propositions » Christine DANIEL, Philippe PARIS et Dr Patricia VIENNE.

<sup>4</sup> ARS, CDOCD, CPAM, DRSM.

En outre, afin de mieux cerner le contrôle effectué sur les centres dentaires, la mission a initié une enquête relative aux centres de santé dentaires, avec un questionnaire SOLEN auprès des 17 ARS issues de la réforme territoriale. Sur les 13 ARS hors outre-mer,<sup>5</sup> 12 ont répondu totalement ou partiellement au questionnaire, dans les délais impartis pour l'analyse<sup>6</sup>.

### ➤ **Les principales données statistiques sur les soins dentaires et les centres de santé**

Au mois de novembre 2016, 42 300 chirurgiens-dentistes étaient inscrits à l'ordre national des chirurgiens-dentistes<sup>7</sup>. Ils se répartissent à 88 % en exercice libéral (cabinets dentaires libéraux, sociétés d'exercice libéral, ou à responsabilité limitée) et à 12 % en exercice salarial. L'exercice hospitalier reste très marginal. La profession dentaire évolue lentement vers le mode d'exercice salarial, dans la mesure où en 2013, seuls 5 % des chirurgiens-dentistes exerçaient en tant que salariés.

La profession dentaire se féminise aussi progressivement. Les femmes représentent désormais 43,7 % de la profession dentaire. Elles se répartissent à 84 % en libéral et à 16 % en salariat, alors que les hommes se répartissent à 91 % en libéral et à 9 % en salariat.

Le nombre de centres de santé dentaires exclusifs en France s'élève à 726 au mois de novembre 2016, contre 583 au mois de janvier 2011.

Il y a eu une augmentation de 24,5 % du nombre de centres de santé dentaires entre 2011 et 2016. En revanche, sur la même durée, le nombre de centres de santé toute activité confondue a diminué de 7,5 %, passant de 2142 en janvier 2011 à 1980 en novembre 2016.

### ➤ **Le plan du rapport**

Le présent rapport est divisé en quatre parties :

- l'évolution de la législation qui encadre l'ouverture et le fonctionnement des centres de santé dentaires et les contrôles dont ils font l'objet de la part des pouvoirs publics - ARS et assurance-maladie ;
- l'importance d'un réinvestissement des pouvoirs publics dans la santé bucco-dentaire et de l'implication de la HAS dans l'actualisation des référentiels sur la santé bucco-dentaire et l'élaboration de nouveaux référentiels sur la qualité des soins, ainsi que sur des études médico-économiques ;
- les conditions dans lesquelles déontologie et qualité des soins dentaires s'appliquent aux praticiens salariés des centres de santé dentaires, dans un secteur où l'offre libérale est très majoritaire ;
- le modèle économique des centres de santé dentaire en fonction de leur statut et l'analyse du modèle dit « low cost » ; la mission considère que ce terme n'est pas approprié pour rendre compte de l'activité des centres mais identifie d'autres critères comportant des risques sanitaires, notamment une orientation majoritaire vers l'implantologie et l'intrication entre des associations gestionnaires de centres de santé et des sociétés privées ;
- les recommandations découlant des constats de la mission ont un périmètre plus large que les seuls constats faits pour les centres de santé dentaire :
  - ✓ la mission a pris le soin de formuler des propositions juridiques applicables pour certaines, à l'ensemble des centres de santé et non uniquement aux centres de santé dentaire ;

<sup>5</sup> Sachant que sur les 4 ARS ultramarines, seule une dispose d'un centre de santé dentaire exclusif - identification réalisée à partir du fichier FINISS - février 2016.

<sup>6</sup> Sa présentation figure dans le rapport dans la partie 1.3

<sup>7</sup> Données transmises du mois de novembre 2016 par le Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes.

- ✓ s'agissant de la pratique dentaire et de la qualité des soins, elle a formulé des recommandations qui s'appliquent tout autant aux centres de santé dentaires qu'aux professionnels libéraux chirurgiens-dentistes.

Une ordonnance prise en application de la loi de janvier 2016<sup>8</sup> doit être adoptée et plusieurs des recommandations de la mission pourraient s'intégrer dans ce véhicule législatif. D'autres propositions relèvent du domaine réglementaire ou de la diffusion de bonnes pratiques.

#### ► **Le contexte de la mission**

Les préconisations de la mission s'inscrivent dans un contexte où des orientations nouvelles se dessinent. Le communiqué de presse de la ministre de septembre 2016 repris dans le dossier de presse du projet de loi PLFSS 2017 l'illustre : « *Le Gouvernement s'engage à reconquérir la prise en charge des soins dentaires pour les rendre accessibles pour tous et à lancer un plan pluriannuel d'accessibilité aux soins bucco-dentaires* ».

En outre, la renégociation de la convention dentaire en cours devrait aboutir au premier trimestre 2017. Les résultats de cette renégociation auront un effet sur le secteur libéral mais aussi sur le fonctionnement des centres de santé dentaires. La santé bucco-dentaire ne peut rester un parent pauvre de la santé publique en creusant les inégalités d'accès aux soins.

---

<sup>8</sup> Article 204 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation du système de santé.

## 1 L'ENCADREMENT JURIDIQUE DES CENTRES DE SANTE A ETE ASSOUPLE ALORS QUE LES MOYENS DE CONTROLE ONT BAISSÉ

Les dysfonctionnements constatés avec l'affaire « dite DENTEXIA »<sup>9</sup> ne doivent pas jeter le discrédit sur l'ensemble des centres de santé et notamment sur les centres de santé dentaires – objet de cette mission. Toutefois, compte tenu de l'augmentation récente des centres de santé dentaires, notamment associatifs, ils conduisent à se réinterroger sur les assouplissements législatifs mis en place par la loi de juillet 2009 dite « loi HPST » (hôpital, patients, sécurité et territoires)<sup>10</sup>.

### 1.1 Selon la législation et les accords conventionnels avec l'assurance-maladie, les centres de santé répondent à une mission de santé publique

Les centres de santé ont toujours existé dans le paysage des offreurs de soins et sans remonter aux « consultations charitables pour les malades pauvres » du XIX<sup>ème</sup> siècle. On peut citer, entre autres, la circulaire du 26 août 1936 qui définissait à l'époque les centres de santé comme des structures permettant l'accès aux soins de tous<sup>11</sup>.

Les missions actuelles des centres de santé sont définies par l'article L.6323-1 du code de la santé publique (annexe 1 sur l'encadrement juridique des centres). Un centre de santé est une « structure sanitaire de proximité dispensant principalement des soins de premier recours<sup>12</sup> » qui comprend, selon l'article L.1411-11 du code de la santé publique :

- « la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patient ;
- la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;
- l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- l'éducation pour la santé ».

La rédaction de cet article sur le premier recours conduit à des interprétations différentes : ces activités sont alternatives pour certains et cumulatives pour d'autres, dans un objectif de prise en charge globale du patient, y compris sociale.

Au-delà de ces interprétations, plusieurs points caractérisent le fonctionnement d'un centre de santé, quel qu'il soit :

- les exigences de proximité s'apprécient en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité ;
- les centres dispensent des soins sans hébergement, délivrés au centre ou au domicile du patient (ce qui est peu réaliste pour les soins dentaires) ;
- ils mènent des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et des actions sociales ;
- ils pratiquent le tiers payant ;

<sup>9</sup> Cf. rapport IGAS 2016-075R – juillet 2016 « L'association DENTEXIA, des centres de santé dentaire en liquidation judiciaire depuis mars 2016 : impacts sanitaires sur les patients et propositions » Christine DANIEL, Philippe PARIS et Dr Patricia VIENNE.

<sup>10</sup> Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST.

<sup>11</sup> « Les centres de santé : une histoire, un avenir », Dominique ACKER et Marie Pierre COLIN (Revue de santé publique - 2009)

<sup>12</sup> L'ensemble des professionnels de santé, dont les médecins traitants cités à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, concourent également aux soins de premiers recours.

- les médecins<sup>13</sup> qui exercent en centres de santé sont salariés ;
- ils sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, soit par des collectivités territoriales ou des établissements publics de coopération intercommunale, soit par des établissements de santé.

Par ailleurs, le terme de « centre de santé » fait l'objet d'une approche différente dans le code de la santé publique et dans les accords signés entre les centres de santé et l'Assurance-maladie.

Pour le code de la santé publique, les centres de santé, depuis 2009, ne sont plus identifiés à partir de leurs activités. Jusqu'à la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, la réglementation mentionnait quatre catégories de centres de santé (centres à activité médicale exclusive, centres à activité dentaire exclusive, centres à activité infirmière exclusive et centres ayant plusieurs activités dits polyvalents). Désormais le code de santé publique ne connaît qu'une catégorie unique intitulée « centre de santé ». De ce fait, ces distinctions n'ont plus lieu de subsister en tant que telles dans le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS)<sup>14</sup>.

En revanche, l'accord national de juillet 2015 pris en application de l'article L.162-32-2 du code de la sécurité sociale (annexe 1) identifie encore les centres selon les activités qui y sont réalisées. L'Assurance-maladie maintient ces distinctions car elles fondent des rémunérations d'activités différentes pour les quatre catégories de centres de santé, les mêmes que celles auparavant prévues par le code de la santé publique :

- centre de santé médical ou quasi-exclusivement médical ;
- centre de santé polyvalent, ayant ou non une activité paramédicale ;
- centre de santé dentaire, le centre ayant une activité dentaire exclusive ou quasi-exclusive ;
- centre de santé infirmier, le centre ayant une activité infirmière exclusive ou quasi-exclusive.

L'article L.162-32-1 du code de la sécurité sociale prévoit que « *les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les centres de santé sont définis par un accord national conclu pour une durée au plus égale à cinq ans* ». Le dernier accord a été signé le 8 juillet 2015<sup>15</sup>, le précédent datant de 2003 (annexe 1).

Le préambule définit les objectifs de la convention qui répondent tous à des objectifs de santé publique :

- renforcement de l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire notamment pour les plus démunis. Est notamment cité le rôle « *des centres de santé ayant une activité dentaire visant à favoriser l'accès aux soins prothétiques et d'orthodontie et la pratique de soins conservateurs* » ;
- l'organisation et la coordination des soins et la valorisation de la qualité et de l'efficacité des pratiques médicales avec en particulier la tenue d'un dossier médical et l'engagement dans la prévention ;
- le travail en équipe ;

---

<sup>13</sup> Ce libellé s'applique à l'ensemble de la profession médicale qui regroupe dans le code de santé publique (les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes). Cette précision mériterait d'être introduite dans la future ordonnance.

<sup>14</sup> Instruction DGOS/PF3/DRESS/DMSI/2013/402 du 19 décembre 2013 relative à l'enregistrement des centres de santé dans le FINESS.

<sup>15</sup> Accord signé entre d'une part, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et, d'autre part, Adessadomicile Fédération nationale, la Croix-Rouge française, la Fédération des mutuelles de France, la Fédération nationale de la mutualité française, la Fédération nationale des centres de santé, la Fédération Nationale des Institutions de Santé d'Action Sociale d'Inspiration Chrétienne, l'Union nationale de l'Aide, des soins et Services aux Domiciles, la Confédération des centres de santé et services de soins infirmiers, et la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines.

- la modernisation des relations dématérialisées entre les centres et les CPAM, pour simplifier et sécuriser les échanges, notamment dans la pratique du tiers-payant.

L'accord comprend trois mesures principales qui visent à :

- créer un dispositif de rémunération forfaitaire pour favoriser la mise en œuvre de nouveaux services aux patients : accessibilité plus large, coordination professionnelle... ;
- offrir aux centres de santé les mêmes dispositifs de rémunération que les professionnels de santé libéraux. Il s'agit des rémunérations forfaitaires et majorations liées notamment au suivi de patients après une affection de longue durée (ALD), à la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), à la majoration pour personnes âgées de plus de 80 ans (MPA) ;
- créer une option conventionnelle dentaire, dénommée Contrat d'Accès aux Soins Dentaires (CASD), innovante, ayant pour objet de maîtriser les dépassements d'honoraires réalisés sur les actes de prothèses dentaires et d'orthopédie dento-faciale sur une période de trois ans, en contrepartie d'une rémunération supplémentaire fondée sur un pourcentage d'honoraires relatifs aux actes de soins conservateurs et chirurgicaux.<sup>16</sup>

A titre d'illustration du fonctionnement de cet accord, on peut citer l'article 8.3.3.4 qui s'inscrit dans le chapitre relatif à la coordination, plus particulièrement la coordination externe appliquée aux centres de santé dentaires :

- *« Afin de favoriser cette mission de coordination externe, l'accord prévoit de valoriser les contrats passés entre un centre de santé dentaire et un EHPAD<sup>17</sup> ou un établissement médico-social pour réaliser un bilan bucco-dentaire à chaque admission de nouveaux patients, dans la limite de deux contrats rémunérés.*
- *Le bilan est proposé à chaque patient lors de son admission dans l'établissement. Toutefois, le patient peut choisir de faire réaliser le bilan par un chirurgien-dentiste n'exerçant pas dans le centre de santé.*
- *Dans tous les cas, le contrat prévoit qu'au moins 80 % des patients de l'établissement ont fait l'objet d'un bilan par un chirurgien-dentiste du centre de santé ou par un autre chirurgien-dentiste.*
- *Le centre de santé fournit une copie des contrats à la caisse primaire d'assurance maladie.*
- *Une synthèse annuelle de ce dépistage est également adressée à la caisse primaire d'assurance maladie en indiquant le nombre de patients admis dans l'établissement, le nombre total de bilans réalisés et le nombre de bilans réalisés par les chirurgiens-dentistes du centre de santé, qui doit être au moins égal à 10 par an, pour donner lieu à rémunération. »*

Toutefois, l'impact financier de l'accord financier reste limité selon les entretiens conduits par la mission. Les ressources supplémentaires sont estimées entre 1 et 1,7 % du des ressources financières du centre de santé dentaire. L'incertitude sur le montant de ces ressources tient au fait que certains centres ne sont pas certains de remplir leurs objectifs et ne percevront donc pas la totalité du montant forfaitaire prévu.

<sup>16</sup> Circulaire CIR-12/2015 de la CNAMTS du 15 octobre 2015.

<sup>17</sup> Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.



La quasi-totalité des centres de santé dentaires rencontrés par la mission et adhérents à la convention ont évoqué le caractère quasi-inapplicable du contrat d'accès aux soins dentaires (CASD). L'engagement sur une stabilité des honoraires sur 3 ans, compte tenu des incertitudes financières et des variations possibles de la réglementation de l'assurance maladie comme des organismes complémentaires ne leur paraît pas réaliste.

Malgré ces limites, l'un des centres de santé dentaires rencontrés par la mission, au-delà de la complexité de l'accord, a souligné la façon dont celui-ci pouvait servir de levier à une amélioration des pratiques, notamment auprès des chirurgiens-dentistes y dispensant des soins. Le sujet de l'accessibilité et des horaires d'ouverture a été cité dans plusieurs autres centres.

Compte tenu de la contrainte légitime de l'atteinte des objectifs pour attribuer la totalité de la rémunération forfaitaire, le bilan national ne pourra être réalisé qu'en 2017 par la CNAMTS.

## 1.2 L'encadrement législatif et réglementaire des centres de santé a été modifié en 2009, conduisant à une progression du nombre de centres dentaires

### 1.2.1 La loi de juillet 2009 « hôpital patient santé territoire » a opéré un changement majeur, d'une autorisation préalable avant l'ouverture d'un centre de santé vers une simple déclaration

Avant 2009, l'ouverture des centres de santé était soumise à « *un agrément, délivré par l'autorité administrative sous réserve du résultat d'une visite de conformité (...)* ». La loi du 21 juillet 2009 dite « HPST » (hôpital, patient, santé territoire) <sup>18</sup> a supprimé cet agrément pour y substituer la présentation par le centre de santé « *d'un projet de santé* » (annexe 1). L'article L.6323-1 du code de la santé publique et les décrets pris pour son application définissent un nouveau régime de création, de fonctionnement et de contrôle des centres de santé.

La suppression de l'autorisation préalable des ARS est motivée par une volonté de développer les centres de santé en général, considérée comme une alternative à l'offre libérale, en facilitant leur ouverture. Les motifs d'une telle évolution sont multiples mais deux sont essentiels :

- le développement d'une approche coordonnée de l'offre de soins, dont le centre de santé fait partie. S'agissant des chirurgiens-dentistes, l'évolution peut avoir des impacts d'autant plus importants que la profession est quasi exclusivement libérale ;
- une mesure de simplification, dans un contexte d'évolution générale de l'administration où les autorisations préalables sont de plus en plus fréquemment remplacées par des formes d'intervention de la puissance publique plus souples et moins contraignantes pour les promoteurs.

### 1.2.2 L'encadrement réglementaire actuel des centres de santé depuis 2010 est fondé sur l'existence d'un projet de santé et d'un règlement intérieur

La déclaration d'ouverture d'un centre de santé faite à ARS doit s'accompagner de la transmission par le gestionnaire de ce centre d'un projet de santé et d'un règlement intérieur. Elle est ensuite suivie de l'attribution d'un numéro FINESS<sup>19</sup> pour l'inscription au fichier.

---

<sup>18</sup> Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST.

<sup>19</sup> Fichier national des établissements sanitaires et sociaux.

Le projet de santé, prévu par la loi<sup>20</sup> est établi par le futur gestionnaire et transmis à l'agence régionale de santé. Il doit être élaboré à partir des besoins de santé du territoire. Il requiert donc au préalable une phase de diagnostic. Le projet de santé définit les objectifs que se fixe le centre. Il précise notamment les actions qui seront mises en œuvre pour favoriser l'accessibilité sociale, la coordination des soins ou encore le développement d'actions de santé publique (prévention, dépistage).<sup>21</sup>

Contrairement au projet de santé, prévu par la loi, c'est le décret n°2010-895 du 30 juillet 2010 relatif aux centres de santé qui prévoit que « *les centres de santé établissent un règlement intérieur* ». Ce règlement intérieur fixe les principes généraux d'organisation du centre et les règles en matière d'hygiène et de sécurité.

Le contenu de ces deux documents est défini par l'arrêté du 30 juillet 2010 relatif au projet de santé et au règlement intérieur des centres de santé.

**Encadré 1 : Le contenu du projet de santé et du règlement intérieur  
selon la législation et la réglementation en vigueur au 1<sup>er</sup> novembre 2016**

L'arrêté du 30 juillet 2010 mentionne 9 éléments qui doivent figurer dans le projet de santé :

- « *les coordonnées du centre de santé et éventuellement des sites rattachés (notamment n° SIREN) et le nom de son responsable administratif ;*
- *le nom et le statut de son organisme gestionnaire ainsi que le nom du responsable de cet organisme ;*
- *la liste des professionnels exerçant au sein du centre, les diplômes ou équivalences dont ils sont détenteurs ainsi que les effectifs en équivalents temps plein ;*
- *les jours et heures d'ouverture et de fermeture du centre de santé ;*
- *les activités assurées en son sein et le temps proposé au public pour chaque activité ;*
- *les objectifs et l'organisation du centre de santé au regard notamment des populations et des pathologies prises en charge, des problématiques de santé du territoire, des professionnels concernés...*
- *les modalités d'accès aux données médicales des patients ;*
- *le dispositif d'évaluation de la qualité des soins ;*
- *les coopérations nouées avec des structures ou professionnels pour la prise en charge des patients. »*

Le règlement intérieur fixe les principes généraux d'organisation du centre et les règles en matière d'hygiène et de sécurité. Six éléments doivent figurer dans ce règlement :

- « *1° Les principes généraux de l'organisation fonctionnelle du centre de santé ;*
- *2° Les règles d'hygiène et de prévention du risque infectieux ;*
- *3° Les modalités de gestion des dossiers des patients ;*
- *4° Les modalités de conservation et de gestion des médicaments et des dispositifs médicaux stériles et non stériles ;*
- *5° Les modalités d'élimination des déchets d'activités de soins à risque infectieux ;*
- *6° Les modalités de gestion des risques. »*

<sup>20</sup> Article L6321-1 du code de la santé publique.

<sup>21</sup> Article L6321-1 du code de la santé publique.

L'une des limites tient au caractère formel de ces documents. Ils sont rédigés avant l'ouverture même des centres et ne peuvent anticiper l'importance de l'activité, son développement et la patientèle effectivement reçue, les recrutements possibles, les conditions de sécurité sanitaire lors de la réalisation des soins. La mission a observé, lors de ses déplacements, que les centres ouverts depuis moins d'un an présentaient toutes les garanties d'hygiène<sup>22</sup>.

Il n'y a pas d'actualisation régulière prévue par les textes. L'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté du 30 juillet 2010 mentionne ainsi que : « *En cas de projet de santé modificatif, le nouveau projet précise la nature de la modification ayant conduit à une nouvelle rédaction, notamment si cette modification porte sur l'activité du centre, son implantation ou son changement de gestionnaire. La date de la modification est également précisée.* »

L'interprétation de cet article est ambiguë comme en témoigne la rédaction de plusieurs projets de santé analysés par la mission. En effet, figure souvent une mention du type « *L'activité pourra être amenée à évoluer...* ». Une mention qui peut se comprendre, étant donné que le projet de santé est transmis à l'ouverture du centre. Une telle mention permet au gestionnaire d'apporter toutes les modifications ultérieures sans qu'il ne se considère comme obligé d'en informer l'ARS. La jurisprudence dite « COSEM » a illustré la difficulté d'intervention des pouvoirs publics au regard des textes actuels (pièce jointe n°1, texte intégral du jugement).

#### **Encadré 2 : La jurisprudence dite « du COSEM »**

Le jugement du tribunal administratif de Paris suite à l'audience du 5 octobre 2015 :

L'association « Coordination des œuvres sociales et médicale » (COSEM) a transféré le 26 novembre 2013 son implantation du centre « Rome » le 26 novembre 2013 vers un autre centre dénommé centre « Auber »<sup>23</sup>, ouvert le 1<sup>er</sup> avril 2014, avec la transmission d'un projet de santé modificatif à l'ARS. Dans l'intervalle pendant les 4 mois de décembre 2013 à avril 2014, l'ARS a considéré que l'utilisation sans autorisation du numéro FINESS par le centre Rome était une irrégularité, le numéro FINESS permettant le remboursement au centre Rome de prestations réalisées au centre Auber sur un projet de santé antérieur. Le tribunal administratif de Paris a été saisi par l'association COSEM et le délibéré suite à l'audience du 9 octobre 2015 a enjoint l'ARS « *de prendre toute mesure pour que l'immatriculation du centre Auber dans le répertoire FINESS soit rétroactivement attribuée à ce centre à compter du 13 novembre 2013.* »

L'un des motifs invoqués par le tribunal administratif est que la transmission d'un projet de santé par un centre de santé devait suffire en elle-même à l'attribution d'un numéro FINESS. Il n'y a donc pas nécessité pour le centre d'avoir un accusé de réception de sa déclaration afin de démarrer son activité : un accusé de réception « *attestant que le projet de santé et le règlement intérieur étaient conformes aux dispositions de du code de la santé publique* » n'est pas une pièce exigée par les textes et ne conditionne donc pas l'inscription correspondante dans le répertoire FINESS.

Ce jugement illustre le caractère formel de la déclaration à l'ARS et reporte de facto la possibilité d'intervention des ARS sur ses compétences de contrôle de police sanitaire, exercées *ex post*.

<sup>22</sup> Il est à noter que la mission n'a pas fait de visite inopinée dans les centres de santé, contrairement à la pratique des inspections-contrôles par l'ARS.

<sup>23</sup> Il s'agit des noms des rues d'implantation de ces centres.

### 1.2.3 Les conséquences juridiques des contrôles des ARS n'ont été précisées qu'en 2015, cinq ans après la parution du décret de 2010

Le décret n° 2015-583 du 28 mai 2015 relatif à la procédure de suspension d'activité des centres de santé précise et renforce les mesures qui peuvent être prises par le directeur général de l'agence régionale de santé à l'encontre des centres de santé, lorsqu'il constate au sein de ces centres l'existence de manquements mettant en péril la qualité ou la sécurité des soins. Ces mesures, graduées en fonction de la gravité du risque et des dispositions prises par le responsable du centre de santé pour mettre fin aux manquements constatés, incluent la suspension totale ou partielle de l'activité du centre. Les possibilités d'intervention du directeur de l'ARS en cas de non réponse du promoteur aux injonctions ne sont pas explicitement prévues dans le décret – sauf à décider d'une fermeture avec retrait du numéro FINESS, ce qui pourrait apparaître disproportionné dans certains cas.

Par ailleurs, aucune disposition législative ou réglementaire ne prévoit d'adresser une étude d'impact aux ARS sur les conséquences que la fermeture définitive d'un centre peut avoir sur le devenir des patients, qui y étaient soignés (file active de patients, traitements en cours et impacts sanitaires de l'interruption des soins pour les patients...).

C'est une information d'autant plus utile qu'au-delà des risques pour les patients d'une interruption brutale des soins il existe un vide juridique, sur le sort des dossiers médicaux en cas de cessation d'activités d'un centre de santé<sup>24</sup>. Ce vide juridique concerne aussi bien la responsabilité de la conservation et de la restitution (remise de copies papier ou numériques) des dossiers que les frais financiers découlant de cette conservation après la fermeture du centre et coût de cette restitution (cf. rapport IGAS - DENTEXIA de juillet 2016).

### 1.2.4 L'impact de l'encadrement conventionnel par la rédaction d'un rapport d'activité annuel est très limité

Les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), en application de l'article 29 de l'accord national des centres de santé, sont destinataires d'un rapport d'activité annuel, élaboré par le centre de santé<sup>25</sup> (cf. pièce jointe n°2, modèle de rapport disponible sur le site [ameli.fr](http://ameli.fr)).

En revanche, alors que le projet de santé et le règlement intérieur sont transmis à l'ARS, il n'est pas prévu que les gestionnaires des centres de santé envoient leur rapport d'activité annuel aux directeurs généraux des ARS. La transmission des rapports par les CPAM aux ARS n'est pas non plus prévue par les textes.

En pratique, la transmission de ces rapports d'activité aux ARS par les CPAM est très rarement effectuée. La plupart du temps, les ARS ne disposaient pas des rapports d'activité demandés par la mission dans le cadre de ses investigations et les ont sollicités auprès des CPAM. Certains centres ont même transmis leur rapport d'activité, voire élaboré ce rapport, suite aux demandes formulées par la mission, alors qu'il s'agit d'une obligation réglementaire annuelle.

Ce morcellement des compétences conduit à un suivi des centres de santé inadapté par les autorités de tutelle, qui ne disposent pas d'outils cohérents et opérationnels. La plate-forme informationnelle prévue par l'accord devrait remédier à cette absence de transmission mais elle n'est pas encore totalement finalisée en novembre 2016.

<sup>24</sup> La question est d'ailleurs plus large et concerne également la cessation d'activité de tout établissement de santé.

<sup>25</sup> Article 29 de l'accord national signé le 8 juillet 2015 entre l'assurance maladie et les centres de santé, cité dans la partie 114 du présent rapport : « le rapport d'activité est défini selon un modèle-type approuvé par la première commission paritaire nationale suivant l'entrée en vigueur du présent accord et est opposable à l'ensemble des centres de santé adhérents à l'accord ».

Enfin et surtout, la mission a constaté que l'analyse de ces rapports d'activité était rarement faite par les caisses primaires d'assurance-maladie.

### 1.2.5 L'augmentation du nombre de centres dentaires a été de 25 % sur la période 2011-2016 alors que le nombre total de centres de santé a diminué

La mission a sollicité la DREES afin d'obtenir les données statistiques les plus récentes sur le nombre de centres de santé. Une hétérogénéité du codage dans le fichier FINESS a concerné une centaine de données. Les résultats globaux demeurent significatifs, y compris en réintégrant les structures exclues suite aux modifications méthodologiques :

- le nombre de centres de santé toute activité confondue a diminué, passant de 2142 en janvier 2011 à 1980 en novembre 2016, soit une baisse de 7,5 % en 6 ans ;
- quant au nombre des centres de santé dentaires, il est passé de 583 en janvier 2011 à 726 en novembre 2016, soit une augmentation de 24,5 % sur la même durée (tableau 1).

L'assouplissement législatif ayant été identique pour tous les centres de santé, quelle que soit leur activité, la mission fait l'hypothèse que l'existence d'un reste à charge important sur les soins dentaires a participé de façon importante à l'augmentation du nombre de centres de santé dentaires. Une des raisons évoquée par les interlocuteurs de la mission est l'attractivité d'une offre de soins présentée comme moins coûteuse<sup>26</sup> par certains centres de santé dentaires (cf. partie 3 sur les modèles économiques des centres de santé dentaires).

Tableau 1 : Nombre de centres de santé (CS) depuis janvier 2011 : centres toute activité confondue et centres dentaires

	01/01/2011	01/01/2012	01/01/2013	01/01/2014	01/01/2015	01/01/2016	01/11/2016
<b>CS toute activité (nouveau codage)</b>	2142	2129	2179	2221	1720 (+ 158)	1816 (+110)	1914 (+66)
<b>CS dentaires (nouveau codage)</b>	583	592	628	658	632 (+20)	684 (+5)	726 (+0)

Source : DREES - centre autorisés ouverts, à partir des dates d'ouverture enregistrées dans FINESS

Une refonte des nomenclatures FINESS a eu lieu concernant les centres de santé et a entraîné des ruptures de comptage. Le détail des changements de comptage figure dans l'annexe 2.

En outre, les statistiques les plus récentes montrent que le processus de création de centres de santé dentaire tend à s'accélérer sur la période. On est passé d'une vingtaine de création annuelle sur les années 2011 et 2012 à plus du double sur la période 2013-2016 (tableau 2).

<sup>26</sup> Il s'agit notamment des soins non pris en charge par l'assurance maladie.

Tableau 2 : Les créations de centres de santé dentaires (CSD)

Année	2011	2012	2013	2014	2015	01/01/2016 Au 01/11/2016
Création de CDS	20	22	51	41	38	48

Source : DREES, nouveaux centres de santé dentaires enregistrés dans la base FINESS -

A noter qu'il s'agit de flux de créations, chiffre qui n'intègre pas les fermetures de centre, contrairement au tableau 1

### 1.3 Les contrôles des centres dentaires n'ont pas été renforcés, malgré cet assouplissement juridique

L'ouverture des centres de santé, notamment des centres dentaires, est donc limitée à une déclaration avec dépôt d'un projet de santé et d'un règlement intérieur. Pour autant, les pouvoirs publics n'ont renforcé ni leur système de vigilance ni leurs contrôles pour vérifier que le fonctionnement de ces centres de santé dentaires garantit bien la sécurité et la qualité des soins délivrés aux patients.

Les moyens humains d'inspection-contrôle de l'Etat ainsi que des organismes d'assurance maladie (AM) se sont raréfiés au fil des années sans que ces organismes de tutelle ne se coordonnent pour potentialiser leurs effectifs.

#### 1.3.1 Les moyens d'inspection-contrôle des ARS sont absorbés par de multiples missions autres que le contrôle des centres de santé dentaires

Depuis leur création en 2009 et leur mise en place opérationnelle en avril 2010, les agences régionales de santé, établissements publics administratifs, disposent de pouvoirs très étendus aussi bien dans le domaine de la planification sanitaire et médico-sociale, que de la prévention, de la surveillance et de la veille sanitaire, de la sécurité des soins et de l'inspection-contrôle.

Le bilan national des programmes d'inspection-contrôle des ARS établi en en 2014 par l'IGAS permet de faire un point sur l'activité d'inspection-contrôle. Les personnels affectés explicitement à la mission régionale d'inspection-contrôle ont une activité principalement centrée sur l'inspection-contrôle de terrain, mais aussi sur les aspects méthodologiques. Cela représentait au total en 2014, 90 agents soit 29 équivalent-temps plein (ETP).<sup>27</sup> Pour les autres catégories de personnels, il est complexe d'identifier le temps de travail qu'ils consacrent à l'inspection.

Cependant, à partir de ce bilan, quelques chiffres sont marquants : « Les ARS consacrent 6 % du temps de leurs agents à l'activité d'inspection-contrôle (IC) mais mobilisent pour ce faire un agent sur cinq. Ainsi beaucoup d'agents réalisant des IC y consacrent relativement peu de temps : près de la moitié moins de 40 jours par an et un sur cinq moins de 20 jours par an »<sup>28</sup>.

Par ailleurs, toujours selon ce bilan, l'inspection-contrôle se fait sur des champs très variés. Globalement, les inspections-contrôles consacrées au champ santé-environnement représentent environ 78 % des missions alors que celles consacrées au champ sanitaire en représentent 20 %.<sup>29</sup>

<sup>27</sup> Données extraites du bilan national des programmes d'inspection-contrôle des ARS en 2014 et perspectives d'évolution -rapport IGAS - 2015-065R de janvier 2016.

<sup>28</sup> Id. note 27

<sup>29</sup> Données extraites du bilan précité, p. 26.

En outre, en 2014, le temps consacré à l'IC était très variable selon les catégories professionnelles et selon les champs de compétence des ARS. Ainsi pour les médecins inspecteurs de santé publique, qui sont une ressource stratégique des ARS, en baisse constante d'effectifs, les missions d'inspection-contrôle représentaient 9 % de leur temps de travail (avec une variation importante selon les agents) dont deux-tiers de ce temps mobilisé par les contrôles de conformité obligatoire et l'audit.

### 1.3.2 Seuls huit chirurgiens-dentistes conseils étaient en poste dans l'ensemble des ARS en 2015

Dans le domaine bucco-dentaire, les ressources humaines disponibles n'existent pas dans les corps des fonctionnaires d'Etat. Deux options sont à la disposition des directeurs généraux des ARS, soit le transfert de chirurgiens-dentistes conseil de l'assurance-maladie<sup>30</sup> soit le recrutement de chirurgiens-dentistes contractuels, sachant que, selon leur statut, ces personnels disposent de pouvoirs différents.

En 2010, toutes les ARS ne disposaient pas du transfert de chirurgiens-dentistes conseil relevant du régime général et, fin 2015, peu disposent encore de cette compétence : 12 chirurgiens-dentistes conseils étaient en activité dans les ARS au 31 décembre 2011, ils n'étaient plus que 8 fin 2015. Sauf remplacement, fin 2016, ils ne seront plus que 6 chirurgiens-dentistes conseils en ARS et tous n'exercent pas à temps plein des missions d'inspection-contrôle (tableau 3).

Tableau 3 : Nombre de chirurgiens-dentistes conseil relevant du régime général de l'Assurance maladie en activité en ARS

ARS	Nombre de chirurgiens-dentistes conseil	Remarques issues de l'enquête SOLEN septembre 2016
Auvergne Rhône Alpes	1	0,4 ETP en 2016 sur les centres de santé dentaire
Bretagne	1	
Grand Est	2	
Ile de France	3	1 seul sera sur la thématique bucco-dentaire fin 2016
Pays de Loire	1	
<b>TOTAL</b>	8	Evolution des effectifs à la baisse depuis 2010

Source : Direction des ressources humaines du ministère chargé de la santé – données au 31 décembre 2015

### 1.3.3 Les centres de santé dentaires ne sont pas une priorité d'inspection pour les ARS

#### 1.3.3.1 Les orientations nationales n'ont laissé que peu de place aux contrôles des centres de santé dentaire

Les centres de santé dentaires, en concurrence avec d'autres missions de contrôle, n'ont pas fait l'objet de priorités nationales de contrôle avant les dysfonctionnements locaux, tout particulièrement l'affaire DENTEXIA et les impacts sanitaires provoqués par la liquidation judiciaire de cette association, relayés par les médias.

<sup>30</sup> L'ARS est un établissement public administratif constitué de personnel du réseau Etat et du réseau Assurance-maladie.

Depuis 2002, une commission nationale<sup>31</sup> définit chaque année une dizaine d'orientations d'inspection-contrôle et accompagne ces priorités d'outils méthodologiques (grille de contrôle / fiche de synthèse pour les remontées nationales...), qui constituent le programme national de contrôle. Ces thématiques d'inspection-contrôle (IC) constituent les objectifs nationaux d'inspection-contrôle obligatoires, complétés au niveau de chaque ARS par des objectifs régionaux d'inspection-contrôle. Ni les centres de santé dentaires ni les cabinets dentaires libéraux n'ont été proposés par les directions d'administration centrale, par les agences sanitaires ou par les ARS elles-mêmes, comme thématique prioritaire à inscrire dans les objectifs de contrôle, au regard de la sécurité des soins dentaires délivrés aux patients.

La première et unique instruction nationale de contrôle des centres dentaires a été adressée aux ARS le 8 mars 2016. Huit ARS ont identifié des centres de santé dont le fonctionnement méritait d'être vérifié. Elles ont réalisé, ou programmé, pour l'année 2016 une ou plusieurs inspections et fait remonter les premiers résultats de leurs investigations à la direction générale de l'offre de soins (DGOS) en charge des centres de santé. Pour les ARS qui se sont retrouvées confrontées à des problèmes de sécurité des soins dentaires, leur mobilisation date de 2015<sup>32</sup>.

### 1.3.3.2 Une enquête auprès des ARS de la mission fait le bilan des contrôles réalisés

#### Encadré 3 : L'enquête SOLEN de l'IGAS auprès des ARS sur les centres de santé dentaires

Afin de mieux cerner la connaissance par les ARS des centres de santé dentaires, les contrôles effectués et leurs opinions sur le fonctionnement de ces centres, la mission a initié une enquête relative aux centres de santé dentaires avec un questionnaire SOLEN sur l'ensemble des 17 ARS issues de la réforme territoriale. Sur les 13 ARS hors outre-mer,<sup>33</sup> 12 ont répondu totalement ou partiellement au questionnaire dans les délais impartis.

Le questionnaire portait notamment sur :

- des données statistiques, sans visée représentative, compte tenu du caractère déclaratif de ce questionnaire :
  - nombre de centres de santé exclusivement dentaires dans la région ;
  - nombre de fauteuils dentaires par centre dentaire ;
  - type d'activité des centres dentaires,

L'ensemble de ces données statistiques ont été fournies par statut des centres (mutualiste, associatif, géré par l'assurance-maladie, géré par un établissement de santé, autres),

- les aspects financiers et notamment le nombre de centres de santé en situation de liquidation judiciaire, en redressement judiciaire ou de façon générale en situation de difficultés financières,
- la planification régionale de l'offre de soins dentaires,
- les inspections contrôles menés par les ARS :
  - moyens disponibles pour les inspections ;
  - nombre des inspections dans le domaine dentaire ;
  - outils méthodologiques utilisés.
- leur approche sur les critères d'un centre low-cost et leur appréciation de l'évolution du cadre législatif et réglementaire depuis 2009

Ces réponses sont déclaratives et se fondent sur la connaissance par les ARS des structures de santé implantées sur leur territoire. Ces informations ne sont pas remontées au niveau national, puisque dans l'immédiat, il n'existe pas de système centralisé. Les résultats de cette enquête sont intégrés dans les différentes parties du rapport.

<sup>31</sup> Elle est co-présidée depuis 2010 par le chef de l'IGAS et le secrétaire général du SGMAS.

<sup>32</sup> Rapport IGAS 2016-075R, juillet 2016

<sup>33</sup> Sachant que sur les 4 ARS ultramarines, seule une dispose d'un seul centre de santé dentaire exclusif - identification réalisée à partir du fichier FINISS - février 2016.



Selon les réponses de l'enquête (tableau 4)<sup>34</sup>, trois régions n'ont effectué aucun contrôle, ni sur les cabinets libéraux dentaires, ni sur les centres de santé dentaires : le Centre Val de Loire, la Corse et les Hauts de France. Aucun contrôle n'était prévu dans ces régions en 2016.

Les deux principaux motifs de non-programmation d'inspection-contrôles dans le domaine bucco-dentaire sont :

- l'absence de signalement auprès de l'ARS ;
- la rareté des ressources d'inspection et le choix d'autres priorités régionales d'inspection.

La mobilisation de la région Bourgogne Franche-Comté est spécifique dans la mesure où cette région a connu très tôt un scandale sur Nevers lié à un dentiste libéral.

Tableau 4 : Inspections-contrôles (IC) réalisés sur le champ bucco-dentaire du 1er janvier 2014 au 30 juin 2016

Agences régionales de santé	Cabinets libéraux dentaires	Centres de santé dentaire	Programmation d'ici fin 2016 de centres de santé dentaires
Auvergne Rhône Alpes	4	4	0
Bretagne	1	1	0
Bourgogne Franche Comté	53	13	2
Grand Est	4	0	2
Ile de France	2	2	2
Nouvelle Aquitaine	1	0	1
Occitanie	1	3	0
Pays de Loire	1	0	1
Provence Alpes Côte d'Azur	1	5	3
<b>TOTAL</b>	66 cabinets dentaires libéraux inspectés.	28 centres de santé dentaires inspectés.	6 ARS ont programmé 11 IC sur les centres de santé dentaires d'ici fin 2016.

Source : Enquête SOLEN-IGAS - septembre 2016 à partir des réponses des ARS

Tableau 5 : Progression du nombre de centres de santé dentaires associatifs et mutualistes en Ile de France et en Provence Alpes Côte d'Azur entre 2012 et 2016

Nombre total de centres dentaires	31/12/2012	31/12/2013	31/12/2014	31/12/2015	30/06/2016	en cours instruction 2016*
Centres mutualistes Ile de France	16	16	16	16	16	0
Centres associatifs Ile de France	23	31	39	52	69	6
Centres mutualistes PACA	58	60	61	51	52	3
Centres associatifs PACA	6	8	13	18	22	9

Source : enquête Solen auprès des ARS, Données déclaratives  
En cours d'instruction en septembre 2016 ; date de l'envoi du questionnaire

<sup>34</sup> A noter que la région Normandie n'a pas répondu à l'enquête dans les délais pour les deux anciennes régions, ce qui n'a pas permis l'exploitation des données partielles transmises.

L'investissement des ARS dans l'inspection-contrôle est lié à la croissance exponentielle du nombre de centres de santé dentaire associatif. Les deux régions les plus concernées selon les données du questionnaire envoyé par la mission sont l'Île de France et Provence Alpes Côte d'Azur (tableau 5). La stabilité, voire la baisse, du nombre de centres mutualistes contraste avec la progression des centres associatifs.

Le référentiel le plus utilisé lors des inspections est le guide technique de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie - DGS 2006 remis à jour en 2015 par l'Association dentaire française (cf. infra). L'enquête SOLEN adressée aux ARS montre que :

- la part des ARS concernées utilisant un référentiel national est la plus importante (6 ARS) ;
- les autres se répartissent entre soit uniquement l'utilisation d'un référentiel régional, soit l'utilisation conjointe d'un référentiel régional et d'un référentiel national.

Ce constat fait apparaître un besoin d'actualisation et de coordination des outils méthodologiques sur l'inspection-contrôle menée par les ARS sur les centres de santé.

### 1.3.4 Les contrôle régionaux de l'assurance maladie sont contraints par une baisse des moyens et des difficultés de méthode

#### 1.3.4.1 Une diminution de 25 % en 6 ans des effectifs de chirurgiens-dentistes

Le service du contrôle médical dispose d'un pôle régional auprès de chaque caisse d'Assurance Maladie. Il est constitué de praticiens conseils (médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens) et de personnel administratif. Dans le cadre de sa mission de gestion du risque, il a un rôle d'accompagnement aussi bien des assurés sociaux que des professionnels, notamment sur le bon usage des soins et l'amélioration de la prise en charge des affectations longue durée. Il a également un rôle de contrôle des prestations délivrées aux patients, des activités des professionnels et de la bonne application de la réglementation et des pratiques médicales.

Entre décembre 2011 et septembre 2016, les effectifs des chirurgiens-dentistes conseil (CDC) sont passés de 221 à 169 soit une baisse de 24 % sachant que cette diminution a été inégalement répartie sur l'ensemble des directions régionales des services médicaux (DRSM)<sup>35</sup> (pièce jointe n°3).

Tableau 6 : Les cinq ARS où la baisse des chirurgiens-dentistes conseils (CDC) est égale ou supérieure à 30 % entre décembre 2011 et septembre 2016

	Nombre de CDC en décembre 2011	Nombre de CDC en septembre 2016	% d'évolution
<b>Strasbourg</b>	9	5	- 44 %
<b>Bordeaux</b>	12	7	- 42 %
<b>Marseille</b>	24	15	- 38 %
<b>La Réunion</b>	3	2	- 33 %
<b>Lyon</b>	20	14	- 30 %

Source : Source : CNAMTS, octobre 2016, pièce jointe n°3

<sup>35</sup> Si on comptabilise uniquement les chirurgiens dentistes conseils (CDC) de niveau A correspondant à des opérationnels non chefs de service, les effectifs étaient de 290 chirurgiens-dentistes conseils en 2007 et de 190 en 2014.

Le tableau 6 illustre la fragilisation des contrôles de l'activité bucco-dentaire en général, qu'ils se déroulent en libéral ou en centre de santé, et ce d'autant plus que :

- l'ensemble des chirurgiens-dentistes conseil présents dans une DRSM ne sont pas tous affectés au contrôle. A titre d'exemple, en 2015, sur la DRSM de l'Ile de France, 33 chirurgiens-dentistes étaient en activité, dont 15,8 ETP travaillaient sur le secteur du contrôle et du contentieux ;
- les deux régions où les centres de santé dentaires associatifs se développent le plus rapidement ont en volume une capacité de contrôle réduite au regard du nombre des chirurgiens-dentistes : 11 chirurgiens-dentistes conseils en moins entre 2011 et 2016 sur l'Ile de France et 9 en moins sur la même période sur PACA.

Le dernier concours de recrutement de chirurgiens-dentistes conseils s'est déroulé en 2004. Cette décision de non renouvellement du concours a été prise dans le cadre des mesures de simplification administrative pour les usagers. L'un des motifs a été la suppression des demandes d'entente préalable, auparavant formulées par le chirurgien-dentiste auprès de la CPAM et nécessaires au remboursement des soins dentaires<sup>36</sup>. Seuls restent soumis à entente préalable les soins d'orthodontie des enfants et des adolescents.

#### 1.3.4.2 Un meilleur ciblage des contrôles pour compenser les baisses d'effectifs

Cette évolution des effectifs a conduit la CNAMTS à développer des plans nationaux de contrôle ciblés. C'est le cas du plan portant sur les centres de santé dentaires atypiques, lancé en 2013 et ciblé sur deux critères : l'hyperactivité et les différences d'activité de soins pour les bénéficiaires de la CMU et CMUC<sup>37</sup>. A partir de lettres-clés d'actes et d'indicateurs pour chaque lettre-clef, 21 centres de santé répartis dans sept régions ont été ciblés pour des contrôles.

De plus, la DRSM de l'Ile de France a développé un outil mis à jour pour intégrer le passage de la NGAP<sup>38</sup> à la CCAM<sup>39</sup> dentaire. Cet outil permet d'identifier des présomptions d'anomalies aussi bien pour les chirurgiens-dentistes libéraux que pour les centres de santé dentaires. La montée en charge du répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) va permettre d'identifier les professionnels de santé exerçant dans les centres de santé.

Dans la continuité, deux lettres réseaux de la CNAMTS, envoyées en 2015 et 2016 aux directeurs et agents comptables des CPAM ainsi qu'aux médecins-conseils ont ciblé l'activité de soins dentaires (pièces jointes n°4 et n°5) :

- la lettre-réseau LR-DACCRF-15/2015 « *sur la mise en place d'un programme national permettant à chaque organisme du réseau de repérer et contrôler les actes dentaires qui auraient fait l'objet d'une double facturation au détriment de l'assurance-maladie, l'une en utilisant de codage CCAM et l'autre la NGAP* » ;
- la lettre-réseau LR-DACCRF-14/2016 sur la mise en œuvre d'un programme de contrôle des chirurgiens-dentistes, stomatologistes et chirurgiens maxillo-faciaux, « *ciblé sur une facturation d'actes dont la localisation présente une distribution atypique* ».

---

<sup>36</sup> Par arrêté du 11 mars 2003 les prothèses dentaires, les interventions chirurgicales sur les gencives, les soins et extractions sous anesthésie générale ne nécessitent plus l'envoi d'une demande de prise en charge préalable au démarrage des soins.

<sup>37</sup> Couverture maladie universelle et couverture maladie universelle complémentaire.

<sup>38</sup> Nomenclature générale des actes professionnels.

<sup>39</sup> Classification commune des actes médicaux.

### 1.3.4.3 L'approche traditionnelle de l'assurance-maladie par professionnel

Plusieurs directions générales du service médical rencontrées par la mission ont souligné la difficulté de passer, dans les opérations de contrôle, d'une analyse par centre à une analyse par praticien. Actuellement, il est nécessaire d'obtenir des gestionnaires des centres la liste des praticiens en activité. Le turn-over des praticiens, important dans certains centres de santé dentaires, voire la réalisation de soins successifs sur le même patient par plusieurs chirurgiens-dentistes, ne facilitent pas les contrôles.

### 1.3.5 Les signalements venant d'autres organismes sont limités, parcellaires et insuffisamment coordonnés

De nombreuses autorités exerçant des missions de contrôle (ARS/CPAM/DRSM/URSSAF<sup>40</sup>/ DDCCRF<sup>41</sup>...) sont susceptibles de disposer d'informations permettant d'émettre des alertes précoces, si ces signalements sont centralisés et analysés collectivement. Les plaintes des usagers du système de soins ne doivent pas être négligées, surtout si elles se multiplient en direction d'une structure ou d'un professionnel<sup>42</sup>. Le conseil départemental de l'ordre des chirurgiens dentiste est régulièrement destinataire de telles plaintes. Les tribunaux peuvent également être saisis. Le cumul de ces signalements d'ordre sanitaire, financier, déontologique ou judiciaire portés à la connaissance de tous les décideurs locaux peut devenir un signal déclenchant pour un contrôle.

Dans certains départements, le comité opérationnel départemental anti-fraude (CODAF) sous pilotage conjoint du préfet et du procureur de la république joue ce rôle. Mais dans plusieurs régions cette coordination territoriale demeure très faible, ce qui induit une perte d'informations et une réaction collective retardée voire inexistante.

Quel que soit le niveau territorial choisi (la mission privilégie la région mais c'est aux acteurs locaux d'en décider) une instance devrait se saisir de ces signaux faibles, les enregistrer, les collationner et les analyser, pour être en mesure de réagir rapidement en cas de problème.

La mission considère comme un paradoxe induisant des risques sanitaires d'avoir simultanément supprimé tout contrôle a priori et réduit de façon conséquente, au fil des années, les moyens de contrôle de l'Etat et de l'Assurance-maladie.

## 1.4 L'encadrement juridique par le Code de déontologie des chirurgiens dentistes n'as pas pris en compte la lente évolution vers le salariat

Le Conseil National de l'ordre des chirurgiens-dentistes est le garant de la déontologie quel que soit le mode d'exercice. Il est le responsable, en lien avec les professionnels du secteur, de l'élaboration du code de déontologie et du contrôle de sa bonne application. L'article R.4127-284 du code de santé publique précise que : « *tout chirurgien-dentiste, lors de son inscription au tableau, doit affirmer devant le conseil départemental de l'ordre qu'il a pris connaissance du présent code de déontologie...* ».

<sup>40</sup> Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales.

<sup>41</sup> Direction Départementale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes.

<sup>42</sup> A contrario, les enquêtes de satisfaction tout comme les échanges positifs d'information inter-usagers sont rarement le fait du hasard, même s'ils méritent souvent d'être objectivés.

### 1.4.1 L'indépendance professionnelle des chirurgiens-dentistes salariés ne peut être aliénée par leur statut salarié

Les articles du Code de déontologie des chirurgiens-dentistes prévoient plusieurs éléments pour garantir l'indépendance professionnelle des chirurgiens-dentistes, y compris lorsque ceux-ci exercent sous un statut salarié :

- « le chirurgien-dentiste ne peut aliéner son indépendance professionnelle de quelque façon que ce soit » ;<sup>43</sup>
- « l'exercice habituel de la profession dentaire, sous quelque forme que ce soit, au service d'une entreprise, d'une collectivité ou d'une institution de droit privé doit, dans tous les cas, faire l'objet d'un contrat écrit (...) La copie de ces contrats ainsi que l'avis du conseil départemental doivent être envoyés au conseil national (...) » ;<sup>44</sup>
- « en cas d'exercice salarié, la rémunération du chirurgien-dentiste ne peut être fondée sur des normes de productivité et de rendement qui seraient susceptibles de nuire à la qualité des soins et de porter atteinte à l'indépendance professionnelle du praticien. Le conseil de l'ordre veille à ce que les dispositions du contrat respectent les principes édictés par la loi et le présent code de déontologie. »<sup>45</sup>

La mission a constaté que cette règle déontologique n'était pas toujours respectée dans les centres de santé, avec des pratiques des gestionnaires susceptibles d'affecter cette indépendance professionnelle des chirurgiens-dentistes :

- soit le contrat de travail lui-même comporte des objectifs chiffrés susceptibles d'introduire une notion de rendement (pièce jointe n°6) ;
- soit il existe des consignes envoyées par écrit par le gestionnaire (pièce jointe n°7) ;
- soit la pression se fait directement par une intervention du gestionnaire auprès du chirurgien-dentiste, comme c'était le cas dans l'association DENTEXIA : les assistantes dites « cliniques », de fait assistantes administratives, intervenaient y compris pendant la réalisation de l'acte lui-même ; certaines fixant le nombre de rendez-vous maximum à donner à un patient pour la réalisation d'un soin donné.

Les limites de l'intervention du Conseil départemental puis national de l'ordre des chirurgiens-dentistes sur ce sujet sont liées au fait que seul un avis est rendu par le conseil départemental, transmis avec le contrat de travail du chirurgien dentiste au conseil national, et qu'il ne peut y avoir de suites en termes de sanctions à l'encontre du centre de santé employeur.

Toutefois, si un conseil départemental de l'ordre n'est pas partie prenante à un contrat de travail, il peut intervenir en justice. C'est le sens des conclusions du jugement de la Cour d'appel d'Aix-en-Provence du 25 mars 1997. Un chirurgien-dentiste a contesté son licenciement par un centre de santé, licenciement fait au motif qu'il n'avait pas respecté les objectifs fixés par son employeur. La référence au code de déontologie, qui contredisait les termes du contrat, a conduit la Cour d'appel à condamner le centre de santé à verser 240 000 F au titre de dommages et intérêt au chirurgien-dentiste. En toute logique, les attendus du jugement confirment donc ce point de vue :

« Attendu que conformément à la mission qu'il tient du Code de la santé publique, le Conseil départemental de l'ordre des chirurgiens-dentistes justifie d'un intérêt certain à intervenir en la cause pour faire respecter les règles déontologiques de la profession méconnues par le licenciement » (pièce jointe n°8).

<sup>43</sup> Article R.4127-209 du code de la santé publique.

<sup>44</sup> Article R. 4127-247 du code de la santé publique.

<sup>45</sup> Article R. 4127-249 du code de la santé publique.

### 1.4.2 La publicité et la concurrence donnent lieu à des contentieux entre le conseil de l'ordre et les centres de santé dentaires

Les articles R.4127-215 à R.4127-218 du code de la santé publique (CSP) définissent les conditions dans lesquelles les chirurgiens-dentistes ont le droit de faire connaître leur cabinet et communiquer sur son existence.

Un certain nombre d'interdictions sont prévues par l'article R.4127-215 du CSP, qui découle du principe général selon lequel « *la profession dentaire ne doit pas être pratiquée comme un commerce* ». Sont notamment interdits :

- « *l'exercice de la profession dans un local auquel l'aménagement ou la signalisation donne une apparence commerciale* » ;
- « *toute installation dans un ensemble immobilier à caractère exclusivement commercial* » ;
- « *tous procédés directs ou indirects de publicité (...)* ».

L'article R.4127-216 du CSP précise quant à lui les seules indications que le chirurgien-dentiste est autorisé à mentionner sur ses imprimés professionnels, notamment ses feuilles d'ordonnances, notes d'honoraires et cartes professionnelles, qui sont d'ordre purement informatif (nom, horaire d'ouverture, diplômes...). Il en est de même pour les indications à faire figurer dans un annuaire (article R.4127-217 du CSP) et pour celles qui figurent sur une plaque professionnelle à la porte de son immeuble ou de son cabinet (article R.4127-218 du CSP).

Ces articles du Code de déontologie sont adaptés à l'exercice libéral, mais difficilement applicables dans leur rédaction actuelle à l'exercice salarié. Ils peuvent rentrer en contradiction avec les pratiques des centres de santé dentaires, qui développent des moyens de communication plus importants. Leur présence dans la rue est plus visible, parfois avec des enseignes lumineuses. Leur politique de communication sur le web est active. Des articles dans la presse ont également été rédigés à l'ouverture des centres. Le conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes et certains conseils départementaux ont dénoncé ces pratiques comme contraires au code de déontologie et attaqué en justice plusieurs centres de santé. Les procès ont donné lieu à une jurisprudence divergente entre les différents tribunaux saisis de cette question.

Deux jugements contradictoires en première instance et en appel sur les mêmes affaires illustrent ces divergences et mettent en lumière les arguments des deux parties.

#### Encadré 4 Deux jugements sur le centre de santé DENTALVIE - Extraits

En première instance, le conseil départemental de l'ordre des chirurgiens-dentistes des Pyrénées Orientales a attaqué le centre de santé dentaire DENTALVIE en lui reprochant des reportages en ligne à caractère publicitaire.

Le tribunal correctionnel de Perpignan a rendu un jugement le 2 avril 2014. Les arguments en présence et la décision étaient les suivants :

- l'association a indiqué qu'elle n'était pas inscrite à l'Ordre et ne pouvait donc être soumise à son code de déontologie, ce que le tribunal a confirmé ;
- en revanche le tribunal a rappelé que la « *profession dentaire ne doit pas être pratiquée comme un commerce* » et a attribué des dommages et intérêts au Conseil de l'ordre et demandé le retrait des deux reportages.

La Cour d'appel de Montpellier a statué en deuxième instance par un arrêt rendu le 22 mars 2016. Celui-ci montre à quel point l'interprétation juridique peut être nuancée :

- il fait référence à l'article L.6323-1 du code de la santé publique en précisant que l'association Dentalvie en sa qualité de centre de santé, doit favoriser l'accès aux soins à une majorité de personnes et peut de ce fait communiquer sur les modalités mises en œuvre pour pratiquer des tarifs modérés ;
- il fait référence à l'article L.121-8 du code de la consommation en indiquant que la comparaison entre le prix moyen pratiqué dans le département des Pyrénées orientales et les prix offerts aux centres est invoquée sans qu'il soit possible de s'assurer que ces éléments répondent aux exigences d'objectivité prescrite par cet article. De ce fait, cette partie de la communication de l'association est qualifiée par la cour d'appel de « *concurrence déloyale* » ;
- la Cour d'appel évoque également un élément de contexte « *en l'état d'une telle mobilisation de la profession contre les centres de soins à bas prix, il ne saurait être reproché utilement au centre DENTALVIE de fournir à des journalistes des informations sur le concept de soins mis en œuvre dans son établissement et sur les pratiques justifiant les tarifs appliqués* ».

(Pour le détail du jugement, pièce jointe n°9).

Une divergence comparable entre les jugements de première instance et d'appel est intervenue sur l'affaire ayant opposé l'association ADDENTIS au Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes (CNOCD) et à la Confédération nationale des syndicats dentaires (CNSD). Ces derniers avaient assigné l'association au motif d'une concurrence déloyale de l'association à l'encontre de la profession des chirurgiens-dentistes. Un jugement rendu le 11 septembre 2013 par le Tribunal de grande instance de Paris a considéré que l'association était effectivement responsable d'actes de publicité déloyale. Celle-ci a fait appel et un arrêt rendu par la Cour d'appel de Paris le 18 février 2016 infirme le jugement précédent et déboute le CNOCD comme la CNSD de toutes ses demandes (cf. pièce jointe n°10).

#### 1.4.3 La rédaction de certains articles du Code de déontologie des chirurgiens dentistes est ambiguë

La rédaction de l'article R.4127-210 du code de la santé publique mentionne à la fois les principes s'appliquant à tous les chirurgiens-dentistes, tout en faisant référence aux exceptions. Cette double mention peut rendre complexe et ambiguë la lecture de cet article, ce d'autant plus que le titre 3 se réfère aux devoirs des chirurgiens-dentistes en matière de médecine sociale.

Cet article précise qu'il peut être dérogé, notamment dans les structures de médecine sociale dont les centres de santé dentaires font partie, à l'un ou plusieurs des quatre principes suivants :

- le libre choix du chirurgien-dentiste par le patient ;
- la liberté des prescriptions du chirurgien-dentiste ;
- l'entente directe entre patient et chirurgien-dentiste en matière d'honoraires ;
- le paiement direct des honoraires par le patient au chirurgien-dentiste.

Cette dérogation s'applique sous réserve que « *le praticien intéressé tiennne à disposition du conseil départemental et éventuellement du conseil national de l'ordre, tous les documents de nature à établir que le service ou l'institution auprès duquel le praticien exerce entre dans l'une des catégories définies au 1er alinéa et qu'il n'est pas fait échec aux dispositions de l'article L.4113-5 du code de la santé publique* ».

La mission propose que le Conseil national de l'ordre des chirurgiens dentiste en clarifie la rédaction (cf. partie 4).

## **2 LA SANTE BUCCO-DENTAIRE A ETE DELAISSEE PAR LES POUVOIRS PUBLICS**

Dans cette partie, les constats concernent l'ensemble de la profession dentaire et pas uniquement les centres de santé dentaires. Le sujet de la qualité des soins dentaires ne peut se résumer aux dérives constatées lors de la mission relative à l'association DENTEXIA et des centres de santé dentaires qui étaient gérés par cette association.

La santé bucco-dentaire et ses effets sur la santé en général font l'objet de publications dans plusieurs revues académiques, partant d'une analyse de l'état de santé des patients fondée sur des études épidémiologiques en rendant compte. L'exigence de qualité des soins est commune à tous les professionnels dentaires et elle n'est liée ni au statut des chirurgiens dentistes, ni aux différents modes d'exercice. Il en est de même pour les modalités de tarification des soins.

### **2.1 Les effets de la santé-bucco dentaire sur la santé en général sont étayés depuis de nombreuses années au niveau national et international**

Un ouvrage scientifique de référence est paru en 2016<sup>46</sup>, rassemblant des recherches sur les liens épidémiologiques observés entre la santé bucco-dentaire et de nombreuses pathologies.

A titre d'exemple, dans le chapitre 3, il est rappelé que les données épidémiologiques sont nombreuses depuis plusieurs années et convaincantes. L'étude parue dans l'ouvrage de 2016 mentionné explore les mécanismes, notamment biologiques, susceptibles d'expliquer les liens entre inflammations bucco-dentaires et pathologies cardiaques.<sup>47</sup>

Plusieurs autres chapitres illustrent des liens avec d'autres pathologies, en se référant à une littérature académique antérieure fournie (liens avec le diabète dans le chapitre 4, avec les problèmes d'arthroses dans le chapitre 5, avec les maladies du rein et du foie dans le chapitre 6...).

---

<sup>46</sup> Oral infections and general Health, Anne Marie Lynge Pederson editor ; Springer International Publishing Switzerland 2016

<sup>47</sup> "While the epidemiological associations between periodontitis and atherosclerosis and acute atherosclerotic events are now beyond any doubt, biological explanations on how the relationship may exist are not clear. This chapter describes possible and plausible mechanisms on how these two diseases might be linked".



L'importance de la santé bucco-dentaire et son impact sur l'état de santé global des populations fait également l'objet d'études internationales. Ainsi, une déclaration de principe de la Fédération dentaire internationale (FDI)<sup>48</sup> rend compte de ces risques sur les maladies systémiques, en particulier sur le diabète sucré, les maladies cardio-vasculaires, les complications à la naissance et les maladies respiratoires (pièce jointe n°11).

**Encadré 5 : Déclaration de principe de la Fédération Dentaire Internationale,  
- version révisée adoptée par l'Assemblée générale de la FDI du 30 août 2013 -**

Extraits de la déclaration de principe de la FDI

*« Au cours des 15 dernières années, de nombreuses publications ont identifié l'infection et l'inflammation bucco-dentaires/parodontales comme des facteurs de risque dans le développement et/ou la sévérité de certaines maladies et certains troubles systémiques. Ces recherches se sont concentrées sur le diabète sucré, les maladies cardio-vasculaires, les complications à la naissance et les maladies respiratoires. D'autres associations ont été rapportées (comme la démence, les maladies rénales chroniques et certaines formes de cancer) mais les publications sur ce sujet ne sont pas fiables. (...) [Ces recherches] sont fondamentales pour l'avenir de la médecine bucco-dentaire dans le cadre des soins de santé, de l'enseignement et de la pratique interprofessionnels. »*

*« Il est essentiel que l'ensemble des professionnels de santé prennent conscience des conséquences cliniques de la maladie bucco-dentaire sur la santé systémique. »*

*« La FDI, en collaboration avec l'OMS, doit vivement préconiser l'intégration de la santé bucco-dentaire dans la politique gouvernementale en matière de santé et promouvoir l'accès aux soins bucco-dentaires. »*

## 2.2 Les études sur la qualité des soins dentaires en France font apparaître des bilans préoccupants

### 2.2.1 Plusieurs études réalisées par les services médicaux de l'assurance-maladie portent sur la qualité des soins dentaires

Plusieurs études sur la qualité des soins dentaires en France ont été réalisées par les services médicaux de l'assurance-maladie, mais restent rares et sont anciennes<sup>49</sup>.

Une étude a ainsi été réalisée en 2002 par cinq chirurgiens-dentistes de différents services médicaux<sup>50</sup> : *« 1 244 traitements endodontiques ont été analysés. 24,8 % de ces traitements ne présentaient aucun défaut radio-visible et 36,3 % présentaient au moins un défaut majeur avec ou sans conséquence iatrogène. Les reprises de traitement représentaient 24,9 % des traitements endodontiques analysés. »*

<sup>48</sup> La Fédération dentaire internationale ou FDI (en anglais : *FDI World Dental Federation*) est le porte-parole de la profession dentaire et compte 156 associations membres dans 137 pays, représentant plus de 900 000 chirurgiens-dentistes dans le monde. Elle a été fondée à Paris en 1900.

<sup>49</sup> Rapport iGAS - RM2013-096 P « Evaluation des pratiques et de l'exercice de la profession de chirurgien-dentiste » Laurence ESLOUS, Frédérique SIMON-DELAVELLE, Daniel NIZRI et Isabelle YENI.

<sup>50</sup> Évaluation des thérapeutiques endodontiques : enquête de pratique à partir des radiogrammes The Evaluation of Endodontic Treatments: A Survey of Clinical Practice Using X-ray Results Masson E 1, Henry JL 2, Dumais T 3, Busson O 4, Gérard P 5 Revue Médicale de l'Assurance Maladie volume 33 n° 3 / juillet-septembre 2002

Le rapport réalisé par la DRSM de Rhône Alpes en 2006<sup>51</sup> révèle également un taux important de traitements endodontiques classés comme incorrects de 32 % (contre 36 % pour l'étude menée en 2002). Ce rapport constate également que « *seuls 5,5 % des traitements étaient réalisés en utilisant une digue*<sup>52</sup> ».

Dans le cadre de leur activité de contrôle, le service de contrôle du Régime social des indépendants (RSI) a mené deux études en 2010 :

- la première était consacrée au devenir des dents couronnées<sup>53</sup>. Une analyse particulière était consacrée à la réalisation de soins après la pose d'une couronne, considérée comme un signe de non qualité, d'autant plus que les soins sont réalisés le plus fréquemment dans l'année qui suit la pose de la couronne.
- la seconde était consacrée aux prothèses conjointes et soins préalables.<sup>54</sup> Leur action de contrôle a permis de détecter plusieurs éléments pouvant induire des risques sur les soins, notamment :
  - les examens pré, per et post opératoires totalement ou partiellement absents des dossiers, ce qui a rejoint des constats faits par d'autres services médicaux ;
  - des clichés préopératoires communiqués qui dataient de plus d'un an, voire jusqu'à cinq ans ;
  - des radiographies panoramiques qui ont été communiquées au service médical à la place de clichés rétro alvéolaires recommandés ;
  - la pose de prothèses qui a eu lieu sans délai d'attente de signes de guérison ou de stabilité d'une lésion apicale existante ;
  - des traitements endodontiques qui étaient incomplets.

## 2.2.2 Une enquête sur la qualité des soins endodontiques a été réalisée par le service des urgences odontologiques de la Pitié Salpêtrière

Cette enquête a été faite sur la qualité des traitements endodontiques dans un échantillon de patients consultant en urgence dans le service d'odontologie du Groupe hospitalier de la Pitié Salpêtrière<sup>55</sup> (pièce jointe n°12).

Cette enquête est réalisée à partir de patients se présentant aux urgences dentaires ayant eu des soins. Un échantillon de 495 patients a été retenu. Un premier constat porte sur le volume des urgences endodontiques : « *Nous avons trouvé que 64 % des urgences totales étaient d'origine endodontique, ce qui peut être comparé à d'autres études : 53 % (Grover et coll., 1983) ; 62 % (Al-Turck et Al-Shawaf 1995) ; 38 % (Widström et coll., 1990) ; 85 % (Quinonez et coll. 2009).* »

<sup>51</sup> « *Evaluation de la qualité des traitements endodontiques à partir des radiographies postopératoires : étude en région Rhône-Alpes* » Michel MATYSIAK et Roland CHABERT chirurgiens-dentistes conseil à la DRSM Rhône-Alpes - Actualités odonto-stomatologiques n° 235-septembre 2006.

<sup>52</sup> Une digue dentaire est un carré de latex ou de polyuréthane mince et souple, totalement imperméable.

<sup>53</sup> Le devenir des dents couronnées : Rapport juin 2010, RSI, Action nationale de gestion du risque

<sup>54</sup> Action de Contrôle : Prothèses Conjointes et Soins Préalables, RSI, novembre 2010

<sup>55</sup> Qualité des traitements endodontiques (TE) dans un échantillon de patients consultant en urgence dans le service d'odontologie du Groupe hospitalier de la Pitié Salpêtrière, Revue d'odonto-stomatologie, décembre 2011.

L'enquête réalisée permet de mesurer un certain nombre de facteurs de qualité propre aux soins endodontiques. Le constat est alarmant : « *Aucun des traitements endodontiques observés n'avait été effectué sous digue, alors qu'elle est un pré-requis à la réalisation d'un traitement endodontique (ANDEM 1996, HAS 2008). L'isolation parfaitement étanche de la dent est nécessaire pour assurer une irrigation abondante de l'endodonte par les solutions désinfectantes et empêcher sa contamination par la salive lors du TE. Cette observation confirme la faible utilisation de la digue en France, entre 4 % et 12 % (Moryoussef et coll., 2008), par rapport à d'autres pays (Suède 67 %, USA 58-62 %, etc., voir Ahmad 2009 pour revue), en dépit des recommandations professionnelles et de l'enseignement dans les facultés dentaires.* »

Le constat est d'autant plus alarmant qu'une part des jeunes issus de formation initiale manque d'expérience en pratique clinique. Une thèse de juillet 2016 a analysé la formation initiale en Europe, considérant que pour exercer des soins dentaires de qualité, la première priorité est de disposer d'une formation initiale adéquate. L'enquête anonyme réalisée en mars par l'European Dental Students Association (EDSA, Association des étudiants en chirurgie dentaire d'Europe) auprès de 23 300 étudiants ayant terminé leurs études en 2015 dans vingt-six Etats de l'Union européenne (UE) est très loin d'être rassurante pour l'avenir.<sup>56</sup> Le principal constat est le suivant : 10 % des diplômés en odontologie formés en Europe n'ont reçu aucune formation de pratique clinique sur des patients. Arrivés à la fin de leurs études dentaires, ils n'ont effectué aucun soin parmi une liste d'actes cliniques de base (détartrage, prise d'empreintes, clichés radiographiques, prothèse provisoire, extraction d'une dent...).

## 2.3 Malgré ces constats, la santé bucco-dentaire n'a jamais été une véritable priorité de santé pour les pouvoirs publics

Les constats de la partie précédente montrent combien la santé bucco-dentaire est importante au regard des enjeux de santé publique et de la qualité des soins.

Pour autant, depuis près d'une dizaine d'années, les politiques de santé publiques n'ont pas investi ce champ malgré la lourdeur du reste à charge des ménages et les référentiels de bonnes pratiques n'ont pas été mis à jour.

### 2.3.1 L'Etat n'a pas élaboré de politique de santé bucco-dentaire

Il n'existe pas de plan national de santé bucco-dentaire sous pilotage ministériel depuis celui de 2006.

Toutefois, la thématique de sécurité des soins bucco-dentaires est intégrée, sans être individualisée en tant que telle, dans le programme national pour la sécurité des patients (2013-2017) qui s'articule autour de 4 axes<sup>57</sup>. Des travaux techniques sont menés avec des chirurgiens-dentistes sous le pilotage de la direction générale de l'offre de soins dans le programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS).

<sup>56</sup> « Evaluation de la pratique clinique dans le cursus des études odontologiques au sein de l'UE » - Dr Marco MAZENET soutenance juillet 2016. - Université Rennes I.

<sup>57</sup> Les 4 axes sont :

- L'information du patient, le patient co-acteur de sa sécurité ;
- Le renforcement de la déclaration des événements indésirables dans un objectif d'alerte et de retour d'expérience ;
- La formation, la culture de sécurité et l'appui aux acteurs de santé en matière de sécurité des soins ;
- L'innovation et la recherche.

Par ailleurs, dans l'administration centrale, les compétences techniques en chirurgie dentaire sont quasi-absentes. Depuis le départ à la retraite du seul chirurgien-dentiste au ministère de la santé en 2012, le domaine de la santé bucco-dentaire ne dispose plus d'expertise ministérielle interne. Un chirurgien-dentiste conseil est en poste au secrétariat général des ministères sociaux mais travaille très ponctuellement sur la santé bucco-dentaire. Il n'est donc pas identifié comme référent bucco-dentaire par les ARS.

### 2.3.2 La tarification des soins dentaires par l'assurance-maladie induit 22,7 % de reste à charge pour le patient

Les soins dentaires sont répartis en trois catégories selon la cotation des actes (CCAM) :

- les tarifs opposables sont essentiellement les tarifs de consultations, les soins conservateurs et chirurgicaux, les actes radiologiques et de prévention. Ils ne peuvent pas faire l'objet d'un dépassement d'honoraires. L'Assurance-maladie prend en charge 70 % du tarif des actes de soins courants. Le reste à charge est donc de 30 % pour le patient lorsqu'il ne dispose pas de complémentaire santé. Dans le cas du détartrage par exemple, le reste à charge s'élève à 8,68€ pour le patient ;
- les tarifs des actes prothétiques et orthodontiques peuvent faire l'objet de dépassements, c'est-à-dire d'une entente directe avec le patient sur les tarifs. L'Assurance maladie prend en charge 70 % du tarif opposable des soins prothétiques et 70 % des soins orthodontiques commencés avant le 16e anniversaire. Les dépassements d'honoraires représentaient un niveau élevé de 52 % des dépenses présentées au remboursement en 2015<sup>58</sup> ;
- les actes hors nomenclature sont les soins de parodontologie, d'implantologie et ceux d'orthodontie après l'âge de 16 ans. Ils ne sont pas remboursables par la CNAMTS et bénéficient de tarifs libres. Le chirurgien-dentiste n'a pas d'obligation de les mentionner sur la feuille de soins. Ils représentaient 1,3 milliards d'euros en estimation de dépenses en 2015<sup>59</sup>. La DREES rappelle cependant que « *les soins de parodontologie, d'implantologie et ceux d'orthodontie débutés après 16 ans, qui font l'objet d'honoraires libres, sont cependant très mal mesurés par la statistique publique en raison de leur non-inscription dans la CCAM. En conséquence, l'estimation qui en est faite dans les comptes de la santé est fragile* »<sup>60</sup>.

L'évolution de la convention n'a abouti qu'à des revalorisations minimales des tarifs opposables des soins conservateurs pour le chirurgien-dentiste.<sup>61</sup>

De façon globale, l'assurance maladie ne représente que 37 % de la prise en charge des soins dentaires en France en 2015. En comparaison, pour la même année, elle assurait 76,8 % des dépenses de consommation des soins et biens médicaux (CSBM).

Les assurances complémentaires sont donc devenues les premiers financeurs des soins bucco-dentaires depuis 2008. Elles représentent 40,3 % de la prise en charge des soins dentaires en 2015. Au total, la progression du financement des organismes complémentaires, relevée par la DREES, est de 5 points de 2006 à 2015<sup>62</sup>. Les soins dentaires représentent pour les organismes complémentaires 16,6 % de leurs dépenses, soit une part trois fois supérieure à la consommation de soins et biens médicaux (CSBM) (5,5 %). Cela est à rapprocher du faible niveau de remboursement par la CNAMTS des soins prothétiques, les soins dentaires ne représentant globalement que 2,4 % des dépenses de l'Assurance maladie sur le champ de la CSBM<sup>63</sup>.

<sup>58</sup> Publication de la DREES sur les dépenses de santé en 2015 (édition 2016) – résultats des comptes de la santé, p.95.

<sup>59</sup> Idem, p.95.

<sup>60</sup> Idem, p.50.

<sup>61</sup> Rapport IGAS RM2013-096.

<sup>62</sup> Idem, p.16.

<sup>63</sup> Idem, p.90.

De ce fait, le reste à charge en soins dentaires constitue une exception au système de soins en France. En 2015, 22,7 % des soins ont été payés par les patients alors que le reste à charge de la consommation des soins et biens médicaux s'élevait en moyenne tous soins confondus à 8,4 %<sup>64</sup>.

### 2.3.3 Les référentiels de bonnes pratiques dentaires de la HAS sont en nombre limité depuis 2010

La Haute autorité de santé (HAS) est l'autorité publique compétente en matière de référentiels de pratiques professionnelles. Elle utilise une méthodologie rigoureuse avec une recherche bibliographique de l'ensemble des travaux existant au niveau international et s'entoure de sociétés savantes et de représentants des professionnels concernés.

Dans le secteur dentaire, de nombreux référentiels dentaires ont été réalisés. La liste de l'ensemble des référentiels techniques figure en annexe 3. Mais une grande partie des travaux de la HAS datent de plus de 10 ans et certains mériteraient d'être réactualisés.

L'évolution des connaissances scientifiques – comme cela est d'ailleurs le cas pour l'ensemble de la médecine – mais également l'introduction de nouvelles technologies de l'information et de la communication (informatisation des dossiers médicaux/ dossier médical partagé) et de nouveaux outils techniques (ex : fabrication personnalisée de prothèses dentaires notamment par imprimante en trois dimensions - 3D) sont autant de motifs pour actualiser les référentiels dans le domaine dentaire.

#### **Encadré 6 : la conception et la fabrication assistée par ordinateur (CFAO)**

Dans la profession dentaire, la CFAO (conception et fabrication assistée par ordinateur) désigne tous les équipements utilisés dans la chaîne numérique allant de la modélisation à la fabrication des prothèses dentaires. Outre les logiciels de conception et de fabrication assistées par ordinateur, la CFAO dentaire comprend, en amont, les équipements de numérisation 3D (scanners) et en aval, les équipements de fabrication à commande numérique<sup>65</sup>.

Lors de ses déplacements, la mission a rencontré deux chirurgiens-dentistes qui l'utilisaient depuis plusieurs années ainsi que deux centres de santé dentaires de taille importante qui venaient de mettre en place les équipements nécessaires à la CFAO.

Quant à la tenue par le chirurgien-dentiste d'un dossier<sup>66</sup> pour chaque patient venant consulter pour la réalisation de soins dentaires, elle est non seulement une obligation déontologique et réglementaire<sup>67</sup> (cf. infra), mais elle est également inscrite dans la convention de 2012 pour les professionnels libéraux et dans l'accord national de juillet 2015 pour les professionnels des centres de santé.

La HAS a également en 2007 élaboré en lien avec le regroupement national des organismes gestionnaires des centres de santé (RNOGCS) et dans l'esprit de l'accord national de novembre 2002 (signé entre les gestionnaires et l'assurance-maladie), un référentiel ayant vocation à être utilisé par tous les centres de santé<sup>68</sup>. Ce référentiel contribue au développement des bonnes pratiques en permettant d'apprécier la capacité des centres de santé à s'organiser pour répondre aux besoins des patients en plaçant la sécurité comme un critère important de la qualité des soins.

<sup>64</sup> Publication de la DREES sur les dépenses de santé en 2015 (édition 2016) – résultats des comptes de la santé, p.99.

<sup>65</sup> Cf. article des Echos – 20 janvier 2017 – n°22366.

<sup>66</sup> Référentiel ANAES de 200 révisé en 2006 : Le dossier du patient en odontologie.

<sup>67</sup> Article D.6323-6 du code de la santé publique.

<sup>68</sup> Référentiel d'évaluation des centres de santé - HAS - février 2007.

La HAS a publié en septembre 2008 un rapport d'évaluation technologique sur « le traitement endodontique ». Parmi les référentiels de bonnes pratiques dentaires, la HAS a également publié en 2008 un référentiel sur « les conditions de réalisation des actes d'implantologie orale, notamment l'environnement technique » et les bonnes pratiques de sécurité des actes. En revanche, ce référentiel ne concerne pas les indications de pose d'implants.

Ce dernier point est d'autant plus important que les dispositifs médicaux implantables occupent une place de plus en plus importante dans l'arsenal thérapeutique dentaire. Cela justifierait que les professionnels chirurgiens-dentistes définissent des consensus sur le plan de traitement notamment sur les options thérapeutiques entre soins conservateurs et soins prothétiques.

Pour ces dispositifs médicaux implantables ou non, la traçabilité doit être sans faille. Dans plusieurs centres de santé dentaires où la mission s'est déplacée, ce sont des prothèses ou des implants d'origine étrangère qui sont utilisés. Sans remettre en cause *a priori* la qualité de ces produits, elle insiste sur l'obligation de notices compréhensibles (avec référence des matériaux) pour que la traçabilité soit assurée. C'est l'une des raisons – parmi d'autres – qui a compliqué la reprise des soins pour les patients de DENTEXIA. Ceux-ci ne pouvaient accéder à un dossier dentaire personnel fiable et documenté avec des passeports d'implantologie correctement remplis et faisant référence aux matériaux utilisés, en particulier pour les implants.

#### 2.3.4 Les documents d'évaluation de risques sont essentiellement élaborés par l'association dentaire française et se centrent sur la sécurité des soins

En 2006, le ministère chargé de la santé a été moteur<sup>69</sup> pour initier le pilotage de travaux sur la sécurité des soins dentaires. Deux guides faisaient références pour les professionnels : le guide des indications et des procédures des examens radiologiques en odontostomatologie (mai 2006) et le guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie (juillet 2006). Le manque de compétence dentaire au sein du ministère de la santé, déjà souligné au début de cette partie, n'a pas permis une actualisation régulière.

C'est actuellement l'association dentaire française (ADF) qui a pris le relai des travaux. L'ADF fédère 25 associations et organismes appartenant à l'univers de l'odontologie. Sur les 42 300 chirurgiens-dentistes français, plus de 75 % sont adhérents à l'ADF via leurs structures de rattachements.

La commission des dispositifs médicaux de cette association élabore et remet à jour régulièrement certains guides. Depuis 2013, on peut citer les documents suivants :

- Grille technique d'évaluation des risques professionnels en cabinet dentaire - Aide à l'élaboration du document unique (2013) ;
- Risques médicaux – Guide de prise en charge par le chirurgien-dentiste (2013) ;
- Grille technique d'évaluation des règles de radioprotection en cabinets dentaires (mise à jour en 2014) ;
- Grille technique d'évaluation pour la prévention des infections associées aux soins (mise à jour 2015) ;
- Liste positive des produits désinfectants dentaires (2015) ;
- Tomographie volumique à faisceaux coniques (2015).

Ces référentiels ont pour objectif de favoriser une auto-évaluation par les professionnels. Ils ne sont pas opposables, sauf pour les items faisant référence à des normes juridiques. Certains d'entre eux peuvent être utilisés comme fiche technique en inspection-contrôle comme il a été vu dans la partie précédente.

---

<sup>69</sup> Travaux piloté par le docteur KARSENTY chirurgien dentiste à la direction générale de la santé et responsable du plan national de santé bucco-dentaire rédigé en 2006.

## 2.4 L'information des patients reste insuffisante

### 2.4.1 Le devis dentaire, désormais obligatoire, ne répond pas à tous les besoins d'information du patient

Sans reprendre l'ensemble des textes publiés depuis la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, la mission, notamment à l'éclairage des récents dysfonctionnements mis en lumière avec la liquidation des centres DENTEXIA (et cabinets libéraux affiliés), souhaite insister sur la nécessité de préciser les obligations suivantes :

- la tenue du dossier odontologique ;
- l'information éclairée du patient avant, pendant et après les soins, en particulier lorsque le plan de traitement dentaire peut conduire à différentes options thérapeutiques, en fonction de l'âge du patient, de ses pathologies médicales associées<sup>70</sup>, des coûts des soins, du reste à charge global et de la part prise par l'assurance complémentaire. C'est la condition du consentement éclairé (pièce jointe n°13) ;
- la traçabilité des dispositifs médicaux (et en particulier des dispositifs implantables). Celle-ci est assurée par des passeports implantaires et supra-implantaires<sup>71</sup>, mais ceux-ci ne sont pas systématiquement remis au patient. Ils mériteraient de faire l'objet d'un document officiel annexé à un arrêté ministériel ou transformé en document CERFA. La mission laisse à l'appréciation des autorités de santé en lien avec le CNOCD cette suggestion sans en faire une recommandation explicite ;
- l'accès du patient à son dossier dentaire (cf. infra).

#### Encadré 7 : le devis dentaire conventionnel

##### **Le devis dentaire : une obligation conventionnelle protectrice des patients**

L'avenant n° 2 à la convention des chirurgiens-dentistes signée le 16 avril 2012 a mis en place un devis type. Cette convention précise que : « *avant l'élaboration d'un traitement pouvant faire l'objet d'une entente directe sur les honoraires, le chirurgien-dentiste doit remettre à l'assuré un devis descriptif écrit, établi conformément à l'article L.1111-3 du code de la santé publique* ».

Le devis remis au patient doit comporter le prix de vente du dispositif médical sur mesure (qui comprend l'achat du dispositif médical au fournisseur, majoré d'une partie des charges de structure du cabinet dentaire), le montant des prestations de soins, et enfin les charges de structure du cabinet, autres que celles déjà affectées au prix de vente du dispositif.

Même si le devis dentaire est désormais une obligation conventionnelle des chirurgiens-dentistes<sup>72</sup>, l'obligation législative d'indiquer dans le devis le coût d'achat du matériel, instaurée par la loi en 2009 a été supprimée en 2011, ne permettant pas de ce fait à un patient d'avoir une analyse précise de la composition du prix.

<sup>70</sup> Le parcours de soins coordonné entre médecins et chirurgiens-dentistes devrait être obligatoire pour les pathologies chroniques complexes, alors que souvent c'est le patient lui-même qui fait le lien.

<sup>71</sup> Documents disponibles sur le site du Conseil national de l'ordre des chirurgiens dentistes.

<sup>72</sup> L'annexe 7 de l'avenant 2 à la convention des chirurgiens-dentistes signée le 16 avril 2012 définit un modèle de devis.

L'article 57 de la loi HPST du 21 juillet 2009<sup>73</sup> prévoyait ainsi que « *l'information écrite délivrée gratuitement au patient comprend, de manière dissociée, le prix d'achat de chaque élément de l'appareillage proposé, le prix de toutes les prestations associées, ainsi qu'une copie de la déclaration de fabrication du dispositif médical.* ». La loi du 10 août 2011<sup>74</sup> est revenue sur cette disposition inscrite dans l'article L.111-3 du code de la santé publique en prévoyant que « *lorsque l'acte inclut la fourniture d'un dispositif médical sur mesure, l'information écrite délivrée gratuitement au patient comprend, de manière dissociée, le prix de vente de l'appareil proposé et le montant des prestations de soins assurées par le praticien, ainsi que le tarif de responsabilité.*»

#### 2.4.2 La réglementation relative aux conditions d'accès aux dossiers médicaux et à leur conservation est fragile juridiquement pour les centres de santé

Lors de l'affaire dite DENTEXIA, deux difficultés sont apparues concernant le dossier médical dentaire des patients suivis dans ces centres de santé :

- l'accès du patient à son dossier médical et la récupération de l'intégralité des pièces (documents papier et numériques), qui a pu conduire à un retard de prise en charge ;
- de façon plus générale, le devenir de ces dossiers médicaux à la fermeture d'un centre de santé.

Ces deux problématiques ont été étroitement intriquées, articulées à une décision de justice lors de la procédure de liquidation de l'association gestionnaire de ces centres, qui a confiée au Conseil national de l'ordre des chirurgiens dentistes, une mission difficile à réaliser au regard de l'organisation interne de ces centres.

##### 2.4.2.1 Concernant l'accès par le patient à son dossier médical dentaire :

La loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des usagers et à la qualité du système de santé donne un accès direct au malade à son dossier médical (celui-ci est entendu au sens large et couvre l'ensemble des professions médicales, dont font partie les chirurgiens dentistes).

L'application réglementaire est plus complexe. Si l'article R.1111-7 du code de santé publique s'applique à la fois aux professionnels et aux établissements de santé,<sup>75</sup> il ne mentionne pas explicitement les centres de santé<sup>76</sup>. Le contenu et les modalités de transmission du dossier au patient (délais, frais de reproduction et d'envoi) prévus par les articles R.1112-1 et suivants sont peu adaptés à une activité de consultation en centre de santé et pour les soins dentaires. Le récent décret de juillet 2016<sup>77</sup> concerne exclusivement les patients lors de leur sortie d'un établissement de santé pour assurer le lien avec le secteur extrahospitalier.

<sup>73</sup> Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

<sup>74</sup> Loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

<sup>75</sup> Article R. 1111-7 du CSP : « *Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention, ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers* ».

<sup>76</sup> L'arrêté du 5 mars 2004 portant homologation des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment l'accompagnement à cet accès précise qu'il d'informations de santé détenues par des professionnels de santé, des établissements de santé publics ou privés ou des hébergeurs.

<sup>77</sup> Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison.



Pour ce qui concerne plus spécifiquement les centres de santé, et quel que soit les soins qui y sont délivrés, l'article D.6323-6 du code de la santé publique rend obligatoire la tenue d'un « dossier comportant l'ensemble des informations de santé nécessaires aux décisions diagnostics et thérapeutiques ». Par ailleurs, « les centres de santé (- et non les professionnels y exerçant - ) sont responsables de la conservation et de la confidentialité des informations de santé à caractère personnel constituées en leur sein » (cf. article D.6323-7 du CSP).

La base juridique de transmission au patient d'un centre de santé reste donc fragile – celui-ci n'est ni établissement de santé, ni professionnel libéral – et les éléments à transmettre ne sont pas listés dans un texte réglementaire même si le référentiel HAS précise les principales pièces qui doivent y figurer.<sup>78</sup>

#### 2.4.2.2 Concernant le devenir des dossiers médicaux lors de la fermeture d'un centre de santé

La question se pose essentiellement lors de la « disparition administrative » du gestionnaire, car un organisme peut fermer un centre de santé tout en gardant d'autres ouverts ou un centre peut être repris par un autre gestionnaire. Dans ce cas, le gestionnaire est tenu de conserver les dossiers.

Lors d'une liquidation ou d'une fermeture totale d'un cabinet libéral ou d'une structure de soins, outre l'obligation légale de conservation des dossiers médicaux, il est en effet de l'intérêt de tout praticien de conserver les dossiers de ces patients pour trois raisons :

- assurer la continuité des soins du patient et ne pas perdre l'historique de diagnostic et de traitement du patient ;
- répondre à une demande d'accès au dossier du patient ou de ses ayants droits ;
- contribuer à la recherche en responsabilité civile : le dossier médical du patient, fourni par le médecin, peut constituer un élément de défense du praticien et un moyen de preuve.

#### 2.4.3 Les voies de recours des patients sont nombreuses, mais ont peu été utilisées sauf dans l'affaire DENTEXIA

Les voies de recours pour les patients, en cas de non satisfaction de la prestation de soins délivrée sont nombreuses et de différents ordres :

- plaintes administratives, déposées auprès des ARS ou des caisses d'assurance maladie, qui peuvent diligenter des contrôles, avec une information sur l'existence d'un médiateur et ses coordonnées ;
- plaintes ordinaires, déposées auprès des Conseils départementaux de l'ordre des chirurgiens-dentistes, qui pourraient être plus systématiquement transmises aux ARS ;
- plaintes judiciaires déposées auprès des tribunaux au civil ou au pénal.

Les visites des locaux des centres de santé dentaires où la mission s'est rendue ont montré qu'il n'existait pas toujours d'affichage. La mention des voies existantes de recours possibles sur les courriers accompagnant les devis n'est pas non plus systématique.

Lors des entretiens, les gestionnaires de la quasi-totalité des centres ont indiqué qu'ils ne recevaient pas de plaintes directement. L'un des plus gros centres de santé dentaires rencontré par la mission a indiqué que lorsque cela arrivait, les soins étaient repris gratuitement par un autre chirurgien-dentiste du même centre. Si cette pratique peut permettre de répondre à l'insatisfaction du patient, elle ne donne aucune visibilité sur les défauts éventuels de qualité des soins.

---

<sup>78</sup> Cf. référentiel HAS - dossier odontologique.

L'importance des dommages sanitaires et financiers constatés après la liquidation judiciaire de l'association DENTEXIA a conduit au dépôt de plaintes de toute nature – civiles et pénales – devant les tribunaux. Les différents motifs sanitaires sont indiqués dans les plaintes reçues par le Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes :

- atteinte à la santé (succession d'infections, douleurs) ;
- soins non conformes (prothèse non adaptée / couronnes non étanches / couronnes de mauvaise taille/ manque de suivi des implants posés) ;
- soins non terminés ;
- violences volontaires entraînant mutilation ;
- sur-traitement (remplacement de dents saines).

Le 15 décembre dernier, le tribunal de grande instance de Paris a ouvert une information judiciaire contre X.

### **3 LES CENTRES DE SANTE DENTAIRES SONT A LA RECHERCHE DE L'EQUILIBRE BUDGETAIRE**

Les éléments de méthode sont importants à préciser en préalable à cette partie :

- la mission s'est déplacée dans 12 centres de santé dentaires exclusifs répartis sur les 3 régions Ile de France, Provence Alpes Côte d'Azur et Grand Est et de statut différent :
  - ✓ 7 centres de statut associatif ;
  - ✓ 3 centres de statut mutualiste ;
  - ✓ 2 centres gérés par des caisses d'assurance-maladie ;
- le choix des régions n'est pas le fruit du hasard. De ses premiers contacts, la mission pressentait que les régions Ile de France et PACA étaient les plus concernées par la création à un rythme rapide de centres de santé dentaire associatifs, ce qui a été confirmé par l'enquête SOLEN. A l'inverse, dans la région Grand Est, le fonctionnement des centres de santé dentaires n'est pas un sujet de préoccupation majeure de santé publique, ce qui a été vérifié par la mission lors des visites des centres dentaires et argumenté par les acteurs régionaux lors des entretiens ;
- la sélection des centres au sein de ces régions ne prétend pas à la représentativité et répond à un critère de diversité des statuts. Le choix des centres résulte notamment d'échanges avec les agences régionales de santé concernées ;
- même si la mission a normalisé ses demandes de documents auprès des centres de santé dentaires visités, les informations qui lui ont été transmises ne sont ni homogènes, ni complètes. Certains centres de santé dentaires n'ont pas jugé nécessaire de transmettre les documents économiques et financiers utiles à leur évaluation par la mission. Celle-ci n'étant pas en mission de contrôle n'a pu analyser que les documents spontanément transmis ou obtenus par les autorités de tutelle ;
- plusieurs des éléments, qualitatifs ou quantitatifs, figurant dans cette partie résultent de déclarations ou de documents ad-hoc produits par les centres, sans que la mission n'ait pu effectuer une vérification de la véracité de leur contenu.
- Dans cette partie, la mission a conduit une analyse en deux temps :
- identifier les points communs des modèles économiques des centres de santé dentaire, quel que soit leur statut ;
- analyser les différences de modèles économiques entre les statuts juridiques de ces centres. Cette analyse se limite à trois sur cinq des statuts prévus par la loi : les centres

mutualistes, les plus nombreux, les centres gérés par l'assurance maladie et les centres gérés par des associations. En revanche, les centres gérés par des collectivités locales et ceux gérés par des établissements de santé n'ont pas fait l'objet d'une analyse spécifique de la mission, compte tenu de leur faible importance numérique.

Les données de la CNAMTS, issues du SNIIRAM<sup>79</sup>, sur le nombre de centres de santé dentaires et leur répartition par statut en novembre 2016 (tableau 7) ne coïncident pas avec les données de la DREES, issues du fichier FINESS. Cette différence (726 centres au FINESS et 662 au SNIIRAM) s'explique par le fait que les chiffres du SNIIRAM reflètent les remboursements et excluent de ce fait les centres n'ayant pas eu d'activité de remboursement. Les données FINESS sont en revanche calculées à partir des enregistrements des centres auprès des ARS.

Tableau 7 : Nombre de centres de santé dentaires par statut en novembre 2016

Statut du centre	Nombre de CDS dentaires exclusifs
Mutualiste	466
Association	114
Sécurité Sociale	64
Collectivité territoriale	13
Autre	4
Etablissement hospitalier	1
<b>Total général</b>	<b>662</b>

Source : CNAMTS- SNIIRAM – novembre 2016

### 3.1 L'équilibre financier des centres de santé est contraint par la tarification des actes.

Comme les chirurgiens-dentistes libéraux, les centres de santé dentaires ont un équilibre financier dépendant des actes qu'ils pratiquent : plus la part des soins conservateurs est élevée, plus l'équilibre financier est difficile à atteindre, au regard des faibles tarifs de ces soins. Il se traduit, dans de nombreux centres de santé dentaires qui continuent à avoir une activité importante de soins conservateurs par un déficit structurel. D'autres centres qui privilégient les actes ouvrant à la possibilité de dépassements d'honoraires ou les actes hors nomenclature peuvent atteindre l'équilibre financier plus facilement, voire être bénéficiaires.

#### 3.1.1 Les centres de santé dentaires où s'est déplacée la mission, quel que soit leur statut, pratiquent des dépassements d'honoraires

A titre illustratif, la mission a retenu six centres de santé dentaires pour étudier la part des dépassements d'honoraires et leur répartition dans les honoraires totaux des centres (tableau 8)<sup>80</sup>. Les données ont été transmises par la CNAMTS sur l'activité pour l'année 2015. Ils n'intègrent pas les activités réalisées par les centres pour les soins hors nomenclature – notamment les actes d'implantologie, pour une très grande majorité.

<sup>79</sup> Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie.

<sup>80</sup> Ces centres ne correspondent pas nécessairement à ceux dans lesquels la mission s'est déplacée.

Tableau 8 : Les honoraires totaux et la part des dépassements perçus par les centres de santé dentaires en fonction de leur statut en 2015

Centres par statut	Quantité d'actes	Honoraires totaux	Part des dépassements
Centre associatif 1 (CSDA)	114 483	11 267 412	43,8 %
Centre associatif 2 (CSDA)	13 954	1 303 131	48,4 %
Centre associatif 3 (CSDA)	6 493	568 442	50,7 %
Centre mutualiste (CSDM)	9 060	810 123	51,2 %
Centre assurance-maladie (CSDAM 1)	14 586	817 969	59,8 %
Centre assurance-maladie (CSDAM 2)	1 158	244 668	31,9 %

Source : données transmises par la CNAMTS, novembre 2016

Le tableau 8 montre qu'en moyenne, les dépassements d'honoraires représentent entre 50 % et 60 % des honoraires totaux des centres sans distinction de statut. Il faut noter que ce tableau, comme les suivants, ont été réalisés par le service médical de l'assurance-maladie à la demande de la mission. Ils n'incluent pas, les actes d'implantologie puisque ceux-ci sont, sauf exception, hors-nomenclature.

Le tableau 9 détaille l'ensemble des actes réalisés et montre que les dépassements d'honoraires se concentrent, pour quatre des six centres, à plus de 60 % sur les actes prothétiques en 2015. Les deux centres de l'assurance-maladie ont des profils différents :

- l'un a une part d'honoraires équilibrée entre ceux issus d'actes conservateurs et ceux issus d'actes prothétiques ;
- l'autre a une activité exclusive d'orthodontie et c'est celui qui a également les dépassements les plus faibles (31,9 % d'après le tableau 7).

Tableau 9 : Structure des honoraires par type d'actes (dépassements inclus) en 2015

	Total honoraires	% Visites	% Actes prothétiques	% Radios	% Soins chirurgicaux	% Soins conservateurs	% Orthodontie
CA1	11 267 412	2 %	68 %	10 %	7 %	12 %	1 %
CA2	1 303 131	3 %	71 %	4 %	2 %	20 %	0 %
CA3	568 442	3 %	69 %	6 %	4 %	18 %	0 %
CM	810 123	4 %	74 %	2 %	3 %	17 %	0 %
CAM1	817 969	4 %	44 %	3 %	4 %	45 %	0 %
CAM2	244 668	1 %	0 %	4 %	0 %	0 %	95 %

Source : données transmises par la CNAMTS, novembre 2016

CA = Centre associatif, CM = Centre mutualiste, CAM = Centre géré par l'assurance-maladie  
Les centres ne correspondent pas tous à ceux dans lesquels la mission s'est déplacée.

### 3.1.2 Il existe des leviers pour augmenter les recettes et diminuer les dépenses sans affecter *a priori* la qualité des soins

La mission a identifié neuf leviers d'amélioration du management et de la gestion économique des centres de santé dentaires. Ils ont pour objectif :

- l'augmentation des recettes d'activité des soins du centre de santé dentaire ;
- la maîtrise des dépenses effectuées par le centre de santé dentaire ;

- l'optimisation de l'organisation déjà existante du centre de santé dentaire, qui participe autant à l'augmentation des recettes qu'à la maîtrise des dépenses.

Tableau 10 : Trois leviers d'augmentation des recettes du centre de santé dentaire

Leviers d'augmentation des recettes du centre de santé dentaire	
Levier n°1	Allongement des plages horaires en jours de semaine et ouverture le samedi en matinée
Levier n°2	Taille minimale du centre avec une éventuelle augmentation du nombre de fauteuils dentaires. La moyenne observée est de 4 à 5 fauteuils dentaires dans les centres visités par la mission.
Levier n°3	Travail dit à « quatre mains » du chirurgien-dentiste et de son assistante dentaire.

Source : Mission IGAS à partir des entretiens et documents

Ces trois leviers d'amélioration conduisent à une augmentation du nombre d'actes réalisés :

- l'augmentation des plages horaires permet d'utiliser un même fauteuil pour un nombre d'actes supérieurs et ainsi d'accroître leur rentabilité ;
- la taille du centre permet une meilleure gestion du planning. Elle est aussi un facteur de souplesse, permettant de prendre en charge des urgences, y compris longues, participant en cela à la mission de premier recours des centres de santé. Dans l'ensemble des centres de santé dentaires que la mission a visités, les responsables ont déclaré qu'ils accueillaient des patients en urgence ;
- le travail à quatre mains est à la fois une pratique améliorant la sécurité et la qualité des soins et permet également de libérer « du temps chirurgien-dentiste », plus coûteux que celui des assistant(e)s dentaires. C'est aussi un moyen pour le chirurgien de déléguer toutes les charges de stérilisation, qui peuvent être faites plus rapidement dans le temps de transition entre deux patients. La mission a constaté que tous les centres dentaires pratiquaient de travail à « quatre mains » et que le plus souvent, les assistantes dentaires se professionnalisaient<sup>81</sup>.

Ces leviers doivent s'accompagner d'un nombre de chirurgiens-dentistes plus élevé que le nombre de fauteuils, d'autant que certains n'exercent qu'à temps partiel dans le centre de santé. Certains centres, ayant du mal à recruter, ne parviennent donc pas à mobiliser ces outils permettant une activité plus importante, même lorsque les équipements existent.

<sup>81</sup> La loi de modernisation du système de santé de janvier 2016 a défini les missions de l'assistant dentaire dans l'article L.4393-8 du CSP : « La profession d'assistant dentaire consiste à assister le chirurgien-dentiste ou le médecin exerçant dans le champ de la chirurgie dentaire dans son activité professionnelle, sous sa responsabilité et son contrôle effectif. Dans ce cadre, l'assistant dentaire contribue aux activités de prévention et d'éducation pour la santé dans le domaine bucco-dentaire.

« L'assistant dentaire est soumis au secret professionnel.

« La liste des activités ou actes que l'assistant dentaire peut se voir confier est déterminée par décret en Conseil d'Etat après avis de l'Académie nationale de médecine et de l'Académie nationale de chirurgie dentaire ».

Tableau 11 : Quatre leviers de maîtrise des dépenses du centre de santé dentaire

Leviers de maîtrise des dépenses du centre de santé dentaire	
Levier n°4	Mutualisation des achats de consommables, d'équipements et de gros matériels à l'échelle régionale par la structure (mutualiste, associative, Assurance-maladie) qui gère les centres ; Achats réalisés par appels d'offres et négociation directe avec les fournisseurs, et non les distributeurs ; Achats faits à la demande des chirurgiens-dentistes et assistantes dentaires avec évaluation a posteriori de leur usage et non-usage.
Levier n°5	Maîtrise de la masse salariale des chirurgiens-dentistes ; Mensualisation des rémunérations des assistantes dentaires ; Adaptation du nombre du personnel administratif dans le centre (chargé de l'accueil des patients) à l'activité du centre.
Levier n°6	Centralisation et structuration de la gestion du tiers-payant à l'échelle de la structure gestionnaire (mutualiste, associative, assurance-maladie) qui gère les centres.
Levier n°7	Uniformisation des systèmes d'information (SI) à l'échelle de la structure qui gère les centres. Cette uniformisation permet également le suivi des dossiers des patients.

Source : Mission IGAS à partir des entretiens et des documents

Trois des leviers de maîtrise des dépenses (leviers 4, 6 et 7) relèvent de la mutualisation. Celle-ci est rendue possible par le fait que les centres de santé visités par la mission étaient rattachés à une structure de gestion régionale ou nationale :

- les centres mutualistes sont rattachés à des fédérations locales ou régionales mutualistes qui participent à la mutualisation des achats. C'est à ce niveau que se font les appels d'offres ;
- les deux caisses d'assurance maladie auxquelles étaient rattachés les deux centres de santé où la mission s'est déplacée géraient plusieurs centres de santé et assuraient par exemple pour les fonctions de gestion des ressources humaines ;
- les centres associatifs récemment créés – la mission ne s'est pas déplacée dans des centres associatifs dont la création est antérieure à 2009 – ont plusieurs implantations, soit dans la même ville, soit sur tout le territoire français. Celles-ci assurent également, à des degrés divers, une mutualisation.

Le levier n°5 sur la maîtrise des dépenses de personnel est celui qui diffère le plus selon les statuts. Il existe en effet, en tout cas pour les centres mutualistes et ceux gérés par l'assurance maladie, des contraintes plus ou moins prégnantes liées au modèle de rémunération des chirurgiens-dentistes salariés (par exemple rémunérations sur la base de conventions collectives s'imposant au centre).

Tableau 12 : Deux leviers d'organisation par amélioration des relations avec le patient

Leviers d'optimisation de l'organisation interne du centre de santé dentaire	
Levier n°8	Coordination du chirurgien-dentiste et de son assistante dentaire sur le remplissage du planning.
Levier n°9	Prise de rendez-vous, soit en ligne par recours à des prestataires externes, soit par une plateforme téléphonique centralisée de la structure qui gère les centres ; Lutte contre l'absentéisme des patients <sup>82</sup> , avec rappels du rendez-vous par téléphone ou messages électroniques.

Source : Mission IGAS à partir des entretiens et des documents

<sup>82</sup> L'ensemble des centres de santé dentaires mentionnent l'absentéisme des patients, défini comme une absence à un rendez-vous pour laquelle le patient n'a pas informé le centre.

Les leviers d'organisation liés aux relations avec les patients sont très dépendants de l'intervention des assistantes – assistante dentaire pour le planning et assistante d'accueil pour les liens directs avec le patient (cf. levier 8.) Il existe par ailleurs des outils informatiques qui permettent de mieux gérer l'absentéisme des patients, qui peut concerner jusqu'à 20 % des patients et ainsi de réaffecter si besoin les plages de rendez-vous.

### **3.2 Les centres de santé mutualistes, confrontés à des contraintes financières nouvelles, se réorganisent pour atteindre l'équilibre budgétaire**

La réorganisation nationale en cours des centres mutualistes s'inscrit dans la recherche d'une plus grande rationalisation dans la gestion et l'organisation des centres. Elle rejoint, pour l'essentiel, les leviers d'amélioration évoqués ci-dessus.

Les centres de santé dentaires mutualistes dans lesquels la mission s'est déplacée conduisent une démarche comparable, avec un état d'avancement variable dans les trois centres.

#### **3.2.1 La réorganisation des centres de santé mutualistes est une orientation nationale**

La transposition, en 2001, du droit communautaire a fait entrer le secteur de la Mutualité dans le champ des directives assurances, et imposé, en vertu du principe de spécialisation des organismes d'assurance, la séparation de la gestion des activités d'assurance et de la gestion des structures et services sanitaires et sociaux mutualistes. Les institutions mutualistes s'en sont trouvées profondément bouleversées.

Il existe désormais deux types de mutuelles : les mutuelles dites du Livre II du Code de la Mutualité en charge des opérations d'assurance (principalement de la couverture complémentaire maladie) et les mutuelles dites du Livre III du Code de la Mutualité en charge de la gestion des structures et services sanitaires et sociaux mutualistes. Les mutuelles définies dans le Livre II (activités d'assurance, dont complémentaire santé) et le Livre III (gérant des structures sanitaires et sociales) du code la mutualité sont dotées de personnalités morales distinctes et de financements distincts.

La possibilité pour les fédérations locales mutualistes de verser des subventions aux centres de santé dentaires mutualistes a de ce fait progressivement été supprimée et a eu des conséquences financières sur le fonctionnement des structures gérées par des organismes mutualistes.

Un rapport IGAS de 2014, consacré aux mutuelles du livre III, rappelait ainsi que : « *l'équilibre d'un certain nombre de groupements mutualistes du livre III est précaire voire n'est pas assuré du fait des difficultés de gestion de certaines des activités qu'ils gèrent (centres de santé, certains établissements hospitaliers)* »<sup>83</sup>. Les trois centres de santé dentaires rencontrés par la mission ont indiqué que la baisse de cette ressource les avait conduits à réfléchir à des modes de rationalisation de leur gestion.

---

<sup>83</sup> Rapport IGAS n°2013-123R de d'Anne-Marie BROCAS Michel DURAFFOURG et Jean-Paul SEGADÉ sur l'évaluation des mutuelles du livre III du code de la mutualité, p.52.

Le processus de restructuration, observé par la mission dans les trois centres, est porté par le réseau national des gestionnaires de centres de santé mutualistes. Ce réseau organise notamment des rencontres régulières entre toutes les fédérations gestionnaires de centres. Ces fédérations répercutent au niveau local les enseignements tirés de ces rencontres. Elles animent et coordonnent les centres de santé dentaires mutualistes. Elles ont notamment organisé des audits dans les centres de santé pour mettre en œuvre concrètement cette restructuration sur un plan économique et organisationnel. La mission a eu connaissance de quelque uns de ces rapports d'audits réalisés par des auditeurs spécialisés, dont les préconisations rejoignent largement les leviers d'amélioration précédemment évoqués par la mission.

### 3.2.2 Les trois centres visités par la mission font apparaître un processus de restructuration plus ou moins avancé

La mission a visité trois centres à activité dentaire exclusive. Les trois centres étaient gérés par une fédération de mutuelle, assurant la mutualisation d'une partie de la gestion. Tous étaient dans une situation déficitaire, faible pour les deux premiers, élevée pour le troisième :

- le premier centre dispose de 3 fauteuils et est en cours de restructuration. Le chiffre d'affaires<sup>84</sup> annuel est de 855 000 €(2015) et le résultat d'exploitation net déficitaire est de 59 000 € en 2015. Les restructurations ont démarré dès 2011, et le centre projette de mettre en place un modèle économique viable en 2018 pour un retour à l'équilibre ;
- le second centre dispose de 4 fauteuils et est en phase avancée de restructuration. Le chiffre d'affaires annuel est de 2 000 000 € (2015) et le résultat d'exploitation net déficitaire de 74 000 €(2015) ;
- le troisième centre dispose de 3 fauteuils, dont 1 utilisé à temps partiel pour l'orthodontie, et est en phase de démarrage de restructuration. Le chiffre d'affaires annuel est de 548 000 € (2015) et résultat d'exploitation net déficitaire de 178 000 €(2015).

Plusieurs leviers sont utilisés dans ces trois centres pour atteindre un équilibre budgétaire :

- la rentabilité des actes prothétiques : le tableau 13 ci-dessus montre que les trois centres mutualistes réalisent leurs chiffres d'affaires essentiellement sur la part des actes prothétiques, qui représente de 56 à 74 % de leurs chiffres d'affaires ;

---

<sup>84</sup> La notion de chiffres d'affaires, ici utilisée, ne renvoie pas à une dimension de profit ou de lucrativité. Elle désigne, pour les mutuelles comme pour les associations, les « produits » de leur activité, le terme de « produit » étant utilisé dans le compte de résultat que ces structures doivent élaborer annuellement. En revanche, pour les structures non lucratives, on ne parle pas de pertes ni de bénéfices, mais respectivement de déficits ou d'excédents.



Tableau 13 : Soins conservateurs et prothétiques en fonction du volume d'activités et du chiffre d'affaires (CA)

CENTRES DE SANTE DENTAIRES	NATURE DES SOINS REALISES			
	Soins conservateurs		Soins prothétiques	
	Part des actes	Part du CA	Part des actes	Part du CA
Centre 1	50 %	19 %	17 %	74 %
Centre 2	ND (*)	36 %	ND (*)	60 %
Centre 3	57 %	27 %	10 %	56 %

Source : données des centres de santé dentaire transmises à la mission

(\*) ND : non disponible

➤ la maîtrise des achats :

- les achats de consommables, d'équipements et de gros matériels se font à une échelle régionale, garantissant une économie d'échelle pour chacun des trois centres ;
- les trois centres procèdent aux achats par appel d'offres, à partir d'une liste de références-fournisseurs établie à l'échelle nationale ;
- la liste des références-fournisseurs et des produits a été réduite et rationalisée par les trois centres afin d'optimiser la gestion des stocks ;
- le centre 3 réalise ses achats directement auprès des fournisseurs, et non des distributeurs. Les achats sont faits à la demande des praticiens de santé et des assistantes dentaires. Les nouveautés sont testées par envoi d'échantillons des fournisseurs au centre.

➤ la maîtrise des dépenses de personnel :

- le centre 1, au ratio dépenses de personnel/CA le plus faible, a désindexé les grilles de rémunération des chirurgiens-dentistes de la convention collective auparavant appliquée et a indexé les rémunérations par rapport aux nouveaux indices tarifaires des actes de chirurgie dentaire. La mesure a provoqué, d'une part, l'opposition des chirurgiens-dentistes salariés, et d'autre part, un conflit avec le conseil départemental de l'ordre des chirurgiens dentistes. Une partie des chirurgiens-dentistes opposés à la désindexation ont été licenciés par la direction ;
- le centre 3 en démarrage de restructuration, présente les dépenses de personnel les plus élevées en ratio CA, à hauteur de 62 %<sup>85</sup>.

➤ l'augmentation de l'occupation des fauteuils dentaires afin de rentabiliser leurs activités quotidiennes.

- les trois centres ont élargi leurs horaires d'ouverture. Globalement, les plages horaires d'ouverture sont de 8h à 20h du lundi au vendredi, et en matinée le samedi ;
- la gestion du planning est coordonnée entre chirurgiens-dentistes et assistantes dentaires. Les durées d'intervention sont communiquées par le chirurgien-dentiste à son assistante ;
- la lutte contre l'absentéisme des patients est une politique majeure des centres 1 et 2. Les messages de rappel le jour précédent le rendez-vous, la prise de rendez-vous en ligne font partie des moyens utilisés par les deux centres. En revanche, le centre 3, à la productivité la plus faible, présente un taux d'absentéisme des patients estimé à 20 %.

<sup>85</sup> La mission ne dispose pas d'éléments lui permettant d'établir une moyenne nationale. Elle n'a pu que constater la variabilité de la part des dépenses de personnel allant de 50 % du chiffre d'affaires dans des centres de santé associatifs à près de 140 % dans l'un des centres géré par l'assurance maladie. A titre de mémoire, dans un hôpital, les dépenses de personnel représentent environ 75 % des dépenses.

Les résultats obtenus par les trois centres sur ces volets sont très différents, témoignant d'une restructuration plus ou moins avancée :

- les achats sont compris entre 37 % et 55 % du CA dans les trois centres ;
- les dépenses de personnel représentent entre 43 % et 62 % du CA ;
- les ressources résultant de l'activité au fauteuil, qui dépendent à la fois du temps d'occupation des fauteuils et des actes réalisés, sont compris entre 219 000 € et 500 000 € de CA annuel /fauteuil.

### **3.3 Les deux centres de santé dentaires gérés par l'assurance-maladie, sont fortement déficitaires avec une activité sur les soins conservateurs de 50 à 75 %**

La mission s'est déplacée dans deux centres gérés par les caisses du régime d'assurance maladie, tous deux de petite taille mais gérés de façon mutualisée par la caisse d'assurance maladie à laquelle ils sont rattachés :

- le premier centre a trois fauteuils dentaires et la caisse d'assurance maladie de rattachement gère au total trois centres de santé dentaires. Le CA consolidé au niveau de la caisse est de 2 700 000 € et le résultat d'exploitation net déficitaire de 815 000 € en 2015 ;
- le second centre n'a qu'un fauteuil et la caisse gère six centres de santé dentaires avec un total de 8 fauteuils. Le CA consolidé au niveau de cette caisse est de 3 140 000 € et le résultat d'exploitation net déficitaire de 262 000 € en 2015.

#### **3.3.1 La modernisation de la gestion des centres gérés par l'assurance-maladie se heurte à des contraintes héritées de l'histoire**

Les centres de santé dentaires gérés par l'assurance-maladie se heurtent à de multiples contraintes, comparables dans les deux centres de santé dans lesquels la mission s'est déplacée, quand bien même ces contraintes ont des impacts variés sur l'activité des deux centres :

- un retard dans l'adaptation du système d'information (SI) pour suivre l'évolution de la CCAM qui n'a pas encore été rattrapé depuis 2010 ;
- la difficulté à maîtriser des dépenses de personnel déterminées par une convention nationale. Les dépenses de personnel s'élèvent à 137 % du chiffre d'affaires dans le premier centre et à 78 % du chiffre d'affaires dans le second centre ;
- le taux d'occupation des fauteuils dentaires, qui n'est pas totalement optimisé. La productivité de travail s'élève à 274 000 € de CA/fauteuil pour le premier centre et à 202 000 € de CA/fauteuil pour le second centre :
  - les plages horaires des deux centres sont réduites, souvent limitées entre 9h-13h (voire 12h) et entre 14h-18h (voire 17h) ;
  - la lutte contre l'absentéisme des patients est une politique balbutiante dans les deux centres ;
  - la gestion du planning pourrait être améliorée, tant sur le rapport durée prévue de l'acte/durée effective de l'acte, que sur la planification du plan de traitement.
  - la petite taille des deux centres ne leur permet pas d'assurer un volume d'activité suffisant, alors qu'ils ont des charges financières incontournables.

### 3.3.2 Les deux centres de santé dentaires de l'assurance-maladie visités par la mission maintiennent leur vocation sociale

Les centres gérés par les caisses d'Assurance maladie ont historiquement joué un rôle social. Trois éléments se retrouvent dans les deux centres dans lesquels s'est déplacée la mission :

- la prise en charge de populations précaires. En 2015, la proportion des bénéficiaires de la CMU-C représente 26 % de la patientèle dans les deux centres ;
- une part importante des actes conservateurs dans le nombre des actes dispensés, même si les actes prothétiques représentent une part majoritaire du chiffre d'affaires ;
- une participation au maillage territorial avec un facteur de proximité pour les usagers du système de soins et ; avec pour l'un des deux centres, une installation en zone urbaine sensible dans une petite ville située dans une ancienne région industrielle.

Tableau 14 : Tableau des soins conservateurs et prothétiques en fonction du volume d'activités et du chiffre d'affaires (CA)

Nature des actes	Soins conservateurs		Soins prothétiques	
	Part des actes	Part du CA	Part des actes	Part du CA
<b>Centres</b>				
<b>Centre 1</b>	75 % <sup>86</sup>	55 %	6 %	44 %
<b>Centre 2</b>	49 %	8 %	51 %	92 %

Source : données des centres de santé dentaires transmises à la mission

La première recette d'activité pour les deux centres est l'activité prothétique en raison de sa rémunération. Le premier centre, toutefois, présente une répartition déséquilibrée en actes de soins et bénéficie donc de subventions de la CNAMTS comme compléments de recettes à hauteur de 815 000€ en 2015.

### 3.4 Plusieurs centres de santé dentaires associatifs ont une gestion partiellement intégrée avec des sociétés et privilégient les activités prothétiques et d'implantologie

#### 3.4.1 La notion de « low cost », initialement revendiquée par certains centres de santé dentaire, n'est pas appropriée pour rendre compte des risques de dérives

Le nombre de centres de santé dentaires de statut associatif a augmenté de 25 % entre 2011 et 2016 en France (cf. partie 1). Cette augmentation s'explique notamment par la combinaison d'un assouplissement de la législation et d'une demande de la population, ayant un reste à charge de 22,5 % en moyenne, y compris avec une couverture complémentaire.

Les gestionnaires qui ont ouvert des centres de santé dentaire, en les qualifiant de « low cost », ont fondé le développement de leurs centres sur cette demande de la population. Ils ont construit un modèle proposant des soins dentaires à un prix plus bas (au moins dans les devis initiaux) que ceux pratiqués par les libéraux. La communication a souvent été axée sur l'accès à des soins jusque-là inaccessibles pour le patient, en particulier pour les implants dentaires.

<sup>86</sup> Les autres actes techniques réalisés au centre n'ont pas été précisés dans le document transmis à la mission.

Toutefois, les centres associatifs qui se revendiquaient « low-cost » avant le jugement du tribunal d'Aix en Provence de mars 2016 ayant conduit à la liquidation judiciaire de DENTEXIA<sup>87</sup>, ont abandonné cette appellation comme facteur de communication. Ils déclarent ne pas se reconnaître dans l'appellation « low cost » considérée comme péjorative et discriminante, fortement discréditée après les dommages sanitaires et financiers subis par les anciens patients des centres DENTEXIA.

L'ensemble des centres de santé où la mission s'est déplacée, associatifs ou autres, inquiets de la formulation de la lettre de mission, ont insisté pour dire qu'ils n'étaient pas des centres « low cost ». Pour eux, fournir des prestations dentaires à des prix moins élevés que celui du secteur dentaire libéral ne signifie pas réaliser des soins de moindre qualité et le terme de « low-cost » est synonyme selon eux de prestations à moindre coût et qualité « au rabais<sup>88</sup> ».

Au-delà de cette contestation du terme par les centres eux-mêmes, les constats effectués par la mission l'ont conduite à ne pas se référer à la notion de « low cost » :

- il n'y a pas de définition juridique du « low cost » ;
- en l'absence de références tarifaires transparentes et partagées dans la profession<sup>89</sup>, on ne peut quantifier de façon objective un « bas prix » ;
- dans le secteur dentaire, la qualité des soins ne peut qu'être partiellement appréhendée en l'absence de référentiels récents intégrant certains plans de traitements, notamment les plus complexes ou intégrant des innovations non validées. La sécurité des soins et l'hygiène, qui peuvent être objectivées lors des contrôles des ARS, ne sont pas les seuls déterminants de la qualité. La question essentielle, la plus délicate selon de nombreux chirurgiens-dentistes, est la pertinence de la prescription à travers notamment le plan de traitement proposé au patient ;
- enfin et surtout, les critères de prix, outre qu'ils ne sont pas objectivés, ne rendent pas compte de l'organisation des centres et de leur orientation thérapeutique, alors même que la mission, après ses investigations, considère que c'est le facteur majeur.

Pour la mission, les deux éléments importants à prendre en compte pour détecter des fonctionnements potentiellement à risques pour les patients, s'éloignant de la loi prévoyant une gestion « par des organismes à but non lucratif », sont :

- l'orientation vers l'implantologie, plus rémunératrice, au détriment d'autres choix thérapeutiques moins invasifs ;
- l'intrication de la gestion entre une association à but lucratif et des sociétés privées, avec une recherche potentielle de maximisation du chiffre d'affaires dans un modèle financier relativement opaque<sup>90</sup>.

---

<sup>87</sup> Cf. rapport IGAS – 2016-75R de juillet 2016.

<sup>88</sup> La mission n'a pas réussi à leur faire expliquer ce qu'ils entendaient par qualité au rabais, sauf à ce qu'ils renvoient sur les impacts sanitaires des patients pris en charge par DENTEXIA.

<sup>89</sup> C'est particulièrement le cas pour l'implantologie, placée – sauf quelques exceptions – hors de la tarification conventionnelle opposable. En outre, les prix affichés ne sont pas toujours comparables, surtout si les soins prothétiques se déroulent en plusieurs étapes et/ou sont réalisés par des chirurgiens dentistes différents.

<sup>90</sup> Pour lequel l'ARS ne dispose ni des compétences comptables, ni des modalités d'accès à des documents financiers et fiscaux permettant de croiser et d'analyser les informations potentiellement disponibles.

### 3.4.2 Dans les centres associatifs où la mission s'est déplacée, l'activité d'implantologie contribue pour près de 20 % au chiffre d'affaires et des projets d'extension sont en cours

Sur les sept centres associatifs que la mission a visités, quatre centres lui ont remis un tableau exploitable des actes en volume du chiffre d'affaires et en part du chiffre d'affaires. Les trois autres de santé dentaire n'ont pas transmis les documents demandés. La mission s'est donc appuyée sur ces quatre centres pour analyser le rapport entre actes dispensés et chiffres d'affaires.

Tableau 15 : Tableau des soins conservateurs et prothétiques en fonction du volume d'activités et du CA

Nature des actes	Soins conservateurs		Soins prothétiques		Soins implantaires	
	Part des actes	Part du CA	Part des actes	Part du CA	Part des actes	Part du CA
<b>Centre 1</b>	33 %	9 %	22 %	59 %	7 %	23 %
<b>Centre 2</b>	49 %	8 %	51 %	92 %	Non communiqué	Non communiqué
<b>Centre 3</b>	17 %	6 %	7 %	40 %	2 %	18 %
<b>Centre 4</b>	65 %	29 %	14 %	47 %	3 %	19 %

Source : données des centres de santé dentaire transmises à la mission

Les premières recettes d'activités sont l'activité prothétique (environ 60 %) et l'implantologie (20 %), alors même que l'implantologie en volume d'activités est marginale (entre 3 et 7 % de l'activité).

Ces quatre centres visités ont démarré leur activité d'implantologie récemment, en 2014. Ils ont également déclaré à la mission qu'ils avaient l'intention d'accroître leur volume d'activité en implantologie. Cette part de l'implantologie dans le chiffre d'affaires peut être comparée aux données identiques de centres de statut différent, qui ne pratiquent pas – au moins pour l'instant – d'implantologie.

Les documents plus riches transmis à la mission ont permis une analyse plus complète sur les centres 1 et 4 :

- le centre 1 compte 7 fauteuils, un CA de 5 200 000€ et un résultat d'exploitation net excédentaire de 54 000€ en 2015 ;
- le centre 4 compte 8 fauteuils, un CA de 1 650 000€ et un résultat d'exploitation net excédentaire de 110 000€ en 2015. Ce centre est en phase de démarrage dans l'amélioration de sa gestion.

Le chiffre d'affaires par fauteuil est de 742 000 €fauteuil pour le centre 1. Il est à comparer avec la fourchette des centres mutualistes, entre 200 000 et 500 000 €fauteuil, sans même parler des centres gérés par l'assurance-maladie.

Une telle rentabilité induit l'application des leviers d'amélioration de la gestion identifiés par la mission (plages horaires sont étendues, de 9h à 19h pour le centre 1 en semaine, et de 8h30 à 19h30 pour le centre 4 en semaine ainsi qu'en matinée le samedi, gestion du planning coordonnée entre chirurgiens-dentistes et assistantes dentaires, lutte contre l'absentéisme et mutualisation des appels sur une plate-forme téléphonique). Elle est aussi le signe d'une répartition des actes privilégiant les actes les plus rémunérateurs, qui, seule, peut aboutir à une telle rentabilité.

Le centre 1 a mutualisé les achats de consommables, d'équipements et de gros matériels à une échelle nationale avec les autres centres appartenant à la même association, garantissant une économie d'échelle. Les matériels employés (fauteuils, consommables, chaîne de stérilisation, radiographies) dans le centre sont achetés, par appel d'offres, auprès de distributeurs ou fournisseurs français et étrangers avec traçabilité.

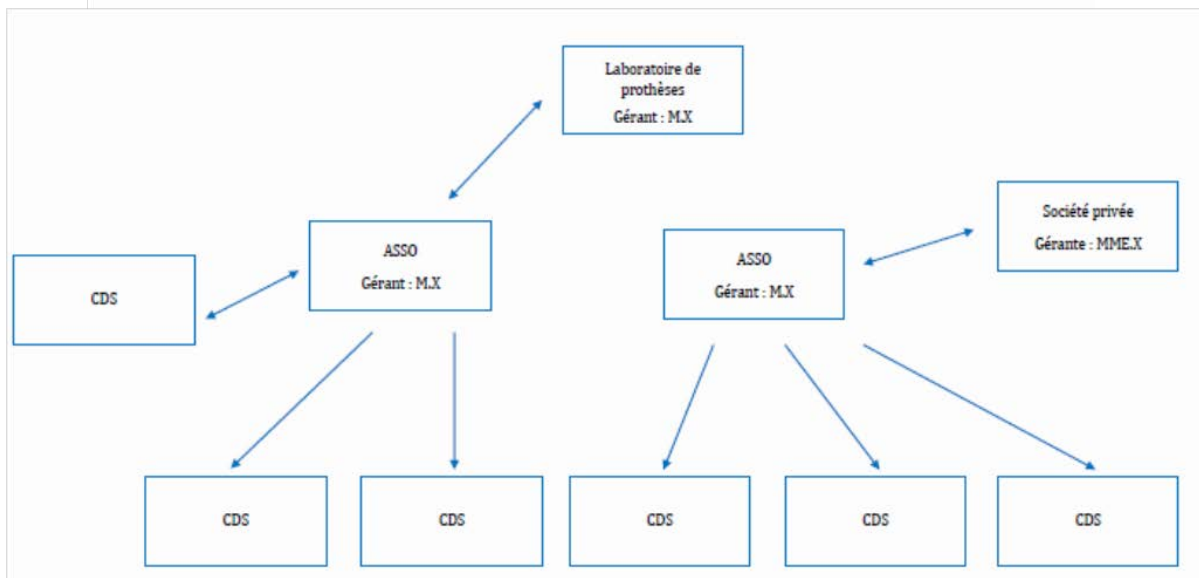
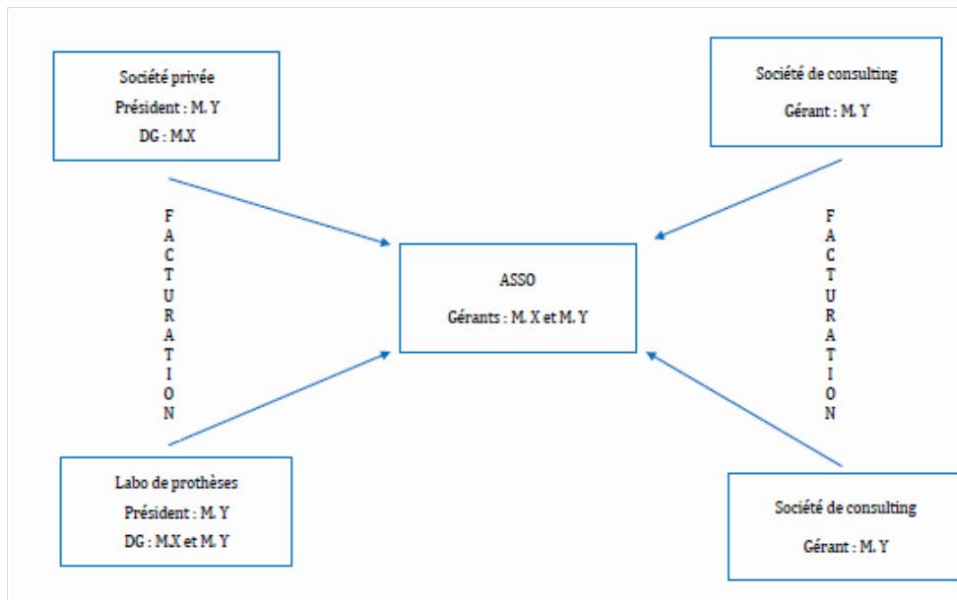
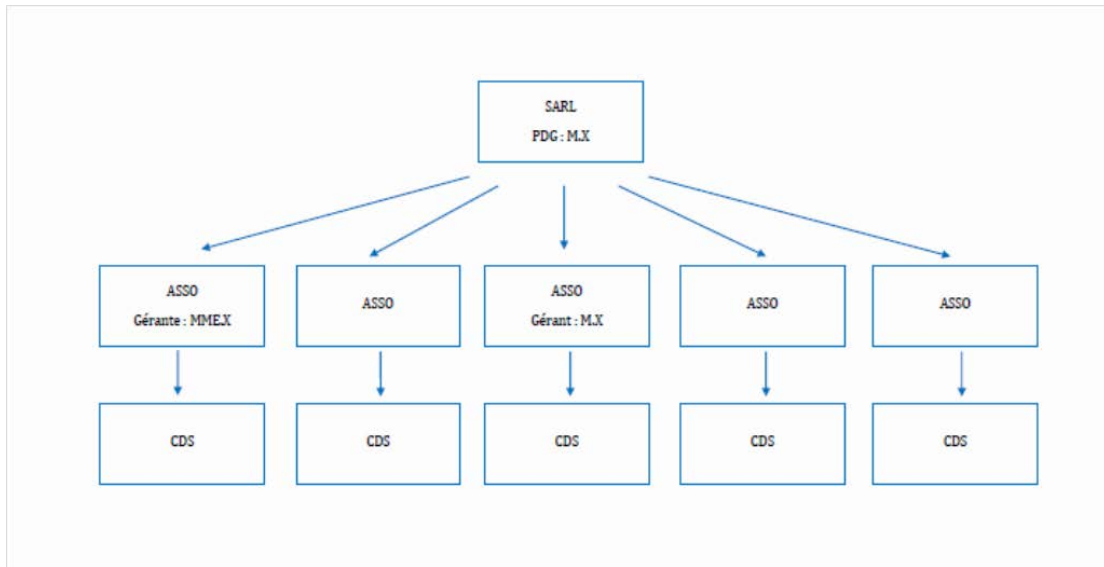
Les deux centres ont des dépenses de personnel inférieures à 50 % du chiffre d'affaires (47 % du CA pour le centre 1 et 49 % du CA pour le centre 4). L'association qui gère le centre 1 emploie des chirurgiens-dentistes jeunes et rémunère au pourcentage des actes mensuels réalisés, de même que le centre 4, qui applique un pourcentage fixe de 22 % des actes réalisés. Ce pourcentage identique est susceptible d'induire une préférence économique des chirurgiens-dentistes pour les actes les plus rémunérateurs. L'un des centres associatifs visité par la mission pratiquant même un pourcentage supérieur pour les actes prothétiques et d'implantologie, par rapport à celui pratiqué pour les soins conservateurs. A l'inverse, dans les centres mutualistes où la mission s'est déplacée, le pourcentage de rémunération à l'acte était plus élevé pour les actes conservateurs.

De façon générale, les dépenses de personnel sont de loin moins élevées dans les centres associatifs visités par la mission que dans les centres ayant d'autres statuts.

### 3.4.3 La gestion de certains centres associatifs inclut des sociétés à but lucratif

Cinq des sept centres de santé dentaires associatifs visités par la mission ont un fonctionnement où le responsable de l'association assure en même temps, directement ou indirectement, des fonctions dirigeantes dans des sociétés en lien direct ou indirect avec l'association.

Schéma 1 : Trois montages juridiques identifiés à partir des centres visités



Source : Documents élaborés par la mission à partir des documents remis lors des déplacements

Une telle organisation repose sur un fonctionnement financier variable selon les associations, mais dont l'opacité est systématiquement présente dans chacun des montages<sup>91</sup>.

Par exemple, le président d'une association peut exercer cette fonction à titre bénévole, ou avec une rémunération et des avantages limités conformes à la réglementation. En même temps, il peut être rémunéré par ailleurs, au-delà de ces limites, par une société dont l'association est la seule cliente, donc de fait par l'argent provenant de l'association dont il est président.

De même, un directeur peut également avoir deux rémunérations, l'une comme salarié de l'association, l'autre comme gérant d'une société qui travaille exclusivement pour le compte de l'association qu'il dirige.

L'article 261-7 du code général des impôts prévoit les conditions de rémunération de ces dirigeants par une association, soumises à certaines conditions « *...ses statuts et ses modalités de fonctionnement assurent sa transparence financière, l'élection régulière et périodique de ses dirigeants, le contrôle effectif de sa gestion par ses membres et l'adéquation de la rémunération aux sujétions effectivement imposées aux dirigeants concernés...* ». La mission s'interroge sur la transparence financière de ces associations dont l'existence de sociétés « satellites » ayant des activités qui ne sont fournies qu'aux centres de santé dentaires des dites associations et souvent dans une opacité financière qui n'est contrôlée de façon globale par aucun service de l'Etat.

Ce mode d'organisation peut également entrer en contradiction avec le principe de non-lucrativité des associations et de gestion désintéressée exposé dans le Code général des impôts à l'article 261-7, alinéa 1.a : « *les services de caractère social, éducatif, culturel ou sportif rendus à leurs membres par les organismes légalement constitués agissant sans but lucratif, et dont la gestion est désintéressée* ».

Le statut à but non lucratif des centres associatifs est précisé par une instruction fiscale et trois critères sont utilisés pour définir la notion de lucrativité<sup>92</sup> :

- la gestion intéressée des dirigeants ;
- la concurrence économique avec les sociétés à but lucratif ;
- des critères portant sur les « produits proposés », le « public visé », la « publicité », et des « prix définis », par ordre décroissant d'analyse.

Ce sont les services fiscaux qui interprètent ces critères au regard du fonctionnement de l'organisme à but lucratif concerné.

#### 3.4.4 L'organisation de ces centres associatifs incluant des sociétés privées peut induire des risques sanitaires

Cette conjonction de l'orientation vers une activité très rentable – l'implantologie – au détriment d'autres soins et d'une gestion intriquée avec des sociétés privées induit des contradictions avec la mission de santé publique dévolue aux centres de santé et des risques sanitaires (l'affaire dite DENTEXIA l'a montré récemment).

La localisation du centre de santé dentaire se fonde sur une recherche de clientèle, par l'affichage de prix plus bas. De ce fait :

- la localisation privilégie des lieux sur-dotés, où vivent des personnes d'un haut niveau de vie, demandeurs de soins d'implantologie. C'est par exemple le cas à Cannes où l'ARS

<sup>91</sup> L'organisation de certains de ces centres de santé dentaires et les doubles fonctions des dirigeants pourraient relever de sanctions pénales. Tel n'était pas l'objet de la mission qui, par ailleurs, n'a pas de compétence sur les sociétés privées faisant partie de cette constellation autour de l'association gestionnaire.

<sup>92</sup> Elle s'appuie également sur l'instruction fiscale 4-H-506, n° 208 du 18 décembre 2006, du Ministère de l'Economie et des Finances. Elle s'est centrée sur l'analyse du critère n°1, pp. 13-40. Annexe 16



PACA a signalé à la mission deux demandes d'ouverture dans la même rue, à 50 numéros d'écart, respectivement de centres de 6 et 8 fauteuils. Cette ville réunit une clientèle aisée, demandeuse de soins d'implantologie. De même à Lyon, un nouveau centre de santé dentaire a été ouvert au sein d'un complexe de luxe de la ville ;

- il y a, symétriquement, très peu d'ouverture dans des lieux sous dotés, à quelques exceptions près. Comme le rapport le montre, la majorité des ouvertures se fait en PACA et Ile de France, surtout su Paris et les Hauts de Seine, très peu en Seine saint-Denis. Seuls des centres de santé dentaire « historiques » restent implantés dans des zones rurales très sous dotées en chirurgiens-dentistes libéraux.

Par ailleurs, et même si le décret est récent<sup>93</sup>, sur les 12 centres de santé où la mission s'est déplacée, un seul centre, de statut mutualiste, était intégré à la permanence des soins. La permanence des soins est une activité qui relève d'un objectif de santé publique, coûteuse pour un centre de santé, puisque cela implique la réouverture de locaux. Une logistique plus importante que celle d'un cabinet libéral est nécessaire. L'ouverture d'un centre de santé le dimanche exige de mobiliser trois personnes : une personne responsable de la logistique en lien avec les contraintes de sécurité des bâtiments, un chirurgien-dentiste et un(e) assistant(e).

L'orientation vers l'implantologie, au détriment des soins conservateurs, a été largement présentée dans le rapport. A titre d'exemple, à leur ouverture, certains centres associatifs étaient fermés le mercredi, réduisant ainsi l'accès de ces structures aux enfants, dont les soins sont peu rentables.<sup>94</sup> Depuis l'affaire DENTEXIA, et la dénonciation de cette pratique de fermeture le mercredi, celle-ci a disparu dans la très grande majorité, voire la totalité, des centres associatifs de santé dentaires. La mission l'a vérifié pour les 7 centres visités et a eu connaissance d'autres centres où cette pratique, présente lors de l'ouverture du centre, avait disparu.

La sélection des patients en fonction des demandes de soins formulées est un autre procédé utilisé par certains centres pour maximiser leurs recettes. Ainsi, en fonction de la nature des demandes, les rendez-vous sont fixés à une échéance plus ou moins éloignée, les actes les plus rémunérateurs étant privilégiés.

Ces pratiques laissent apparaître la recherche d'un fonctionnement où la mission de santé publique n'occupe pas une place centrale, contrairement aux objectifs législatifs fixés aux centres de santé.

Par ailleurs, le fonctionnement même de certains centres de santé dentaires associatifs peut peser sur la qualité des soins voire induire des risques sanitaires.

Le modèle économique de tous les centres de santé qui cherchent à réorganiser leur fonctionnement est tourné vers la réduction du temps de travail du chirurgien-dentiste, présenté par les gestionnaires comme un recentrage sur l'activité de soins dentaires au détriment d'autres activités chronophages, pouvant être réalisés par d'autres personnels, notamment assistant dentaire ou secrétaire.

C'est certes un levier d'amélioration de la gestion en vue d'un fonctionnement plus équilibré financièrement pour le centre. Les pratiques qui accompagnent cette vigilance sur le temps de travail du chirurgien-dentiste peuvent aussi contribuer à la qualité des soins. Le travail à quatre mains ou la délégation de tâches administratives à des assistantes, notamment pour la gestion du tiers-payant, participent à un objectif d'économie en même temps que d'amélioration de la qualité des soins.

---

<sup>93</sup> Décret n° 2015-75 du 27 janvier 2015 relatif à l'organisation de la permanence des soins des chirurgiens en ville et des médecins dans les centres de santé.

<sup>94</sup> Certains centres de santé dentaires répondant d'ailleurs explicitement qu'ils ne recevaient pas les enfants au motif peu plausible de l'absence d'équipement spécifique.

En revanche, d'autres pratiques peuvent contribuer à réduire cette qualité des soins. Plusieurs éléments peuvent être cités, qui sont analysés dans le précédent rapport IGAS suite à l'affaire DENTEXIA mais également par une thèse sur le fonctionnement plus général des centres de santé dentaire dits low cost<sup>95</sup> :

- le temps passé au fauteuil est, pour certains gestionnaires, un critère d'évaluation de la « performance » des chirurgiens-dentistes salariés et les actes de soins sont chronométrés ;
- les actes sont condensés dans le rendez-vous d'un patient. Un exemple a été donné à la mission par un chirurgien dentiste conseil, qui lors d'un de ses contrôles, avait détecté un nombre d'actes facturés au patient tellement élevé que leur réalisation impliquait une présence continue de 3 heures au fauteuil ;
- le temps consacré au relationnel avec le patient, jugé chronophage et non rémunérateur est réduit au minimum. C'est une pratique que la mission a constaté pour DENTEXIA, avec des instructions directement données par l'assistante dite « clinicienne »<sup>96</sup> au chirurgien-dentiste pendant le déroulement des soins.

Cette optimisation du temps pour la prise en charge d'un patient avec un objectif de rentabilité financière pour le gestionnaire a des limites et induit des risques sanitaires :

- des risques infectieux d'une part lorsque le turn-over des patients sur un même fauteuil est trop rapide limitant les mesures d'hygiène ou d'autre part, lorsque les conditions techniques de réalisation des actes d'implantologie ne sont pas conformes aux référentiels existants (cf.HAS 2008)<sup>97</sup> ;
- pour les traitements prothétiques ou d'implantologie, les phases de temporisation nécessitent un rythme de programmation des rendez-vous qui permettent la cicatrisation, pour éviter les complications ultérieures ;
- des risques de qualité sur la réalisation des soins, lorsque des jeunes chirurgiens-dentistes sont incités à pratiquer des actes d'implantologie alors qu'ils ne disposent ni des compétences ni de l'ancienneté de pratique professionnelle ;
- du fait des différences de tarification existant entre les actes conservateurs et les actes prothétiques, dans une optique de rentabilité, mais aussi d'équilibre financier des structures, le risque existe de proposer à certains patients des plans de traitement plus coûteux que nécessaire. En outre il est complexe de parler de consentement éclairé du patient lorsqu'il s'agit d'option thérapeutique dont certains patients peuvent avoir du mal à comprendre toutes les retombées immédiates ou plus lointaines. Ces sur-traitements sont complexes à mettre en lumière sauf examens des panoramiques dentaires par d'autres chirurgiens dentistes (conseil ou expert judiciaire) ; il est alors souvent bien tard pour le patient. La mission tient ici à préciser que, comme dans d'importe quelle profession il existe des dérives, mais qu'elle ne met pas en cause a priori l'éthique professionnelle des chirurgiens-dentistes.

Enfin, deux autres constats de la mission peuvent également peser sur la qualité des soins :

- dans certains centres, le turn-over des praticiens est très élevé, ne permettant pas d'assurer la réalisation de l'intégralité du plan de traitement d'un patient. Ce turn-over peut être interne au centre, organisé entre les différents centres de santé dentaire appartenant à une même structure juridique ou provoqué par des démissions ou licenciements de certains chirurgiens-dentistes. L'absence de représentants du personnel dans les centres de santé associatifs dans lesquels la mission s'est déplacée rend ces pratiques peu visibles, sauf à demander régulièrement la liste des professionnels exerçant dans les centres de santé (cf. infra).

<sup>95</sup> Thèse d'Etat de chirurgien dentiste de l'université de Lorraine, intitulée « Une dentisterie à bas prix : le tourisme dentaire et la tendance low cost » du Dr. Sonia ASSILI (2014).

<sup>96</sup> Qui est souvent un personnel administratif.

<sup>97</sup> La sécurité des soins délivrés est en priorité ce que regardent les ARS lors de leurs visites d'inspections et de contrôles.

- dans certains centres, le chirurgien-dentiste se voit assigné la réalisation d'objectif de chiffres d'affaires, qui doit être distinguée d'une rémunération au pourcentage des actes réalisés. Cette pratique est contraire au principe de l'indépendance professionnelle prévu aux articles R.4127-209 et R. 4127-249 du code de la santé publique. Elle est étayée dans le rapport par quelques exemples (pièces jointes 6 et 7). Elle peut contribuer aux risques sanitaires évoqués ci-dessus.

Le profil des chirurgiens-dentistes exerçant dans les centres peut induire une réceptivité plus grande aux prescriptions d'un gestionnaire, qu'il s'agisse de chirurgiens-dentistes sans expérience de la pratique dentaire ou ayant été formés hors des universités françaises avec de ce fait une connaissance insuffisante des principes déontologiques de la profession et/ou de la nomenclature des actes. Cela peut également être le cas de chirurgien dentiste en situation de fragilité économique<sup>98</sup>.

Pour la mission, le modèle économique qui consiste à rechercher l'équilibre financier et donc permettre la viabilité du centre doit être distingué de celui qui, potentiellement, apporte un bénéfice financier personnel au gestionnaire. Ce second modèle est contraire au principe législatif qui prévoit que le centre de santé est géré par un organisme à but non lucratif dont la gestion doit être désintéressée conformément aux règles fiscales. Certaines associations seulement fonctionnent sur ce modèle et contribuent à décrédibiliser les autres centres de santé dentaires qui eux, participent, et parfois depuis des années, à une mission de santé publique.

#### 4 RENFORCER L'ENCADREMENT DES CENTRES DE SANTE

Les préconisations de la mission sont élaborées au moment où se déroulent des négociations conventionnelles avec les chirurgiens-dentistes. La mission reprend dans ce rapport des constats maintes fois rappelés<sup>99</sup> depuis plusieurs années sur la faiblesse de la prise en charge des soins conservateurs qui amène à la pratique de dépassements d'honoraires des soins prothétiques et du non-remboursement de soins classés hors nomenclature.

Le développement de centres de santé dentaires associatifs s'est nourri, outre l'assouplissement de la législation, de l'importance du reste à charge pour les patients produit par ce mécanisme conventionnel et du renoncement aux soins, notamment dans la filière libérale.

Les positions prises par la ministre chargée de la santé<sup>100</sup> dans le cadre des discussions du projet de loi de financement de la sécurité sociale PLFSS 2017 annoncent une mobilisation nouvelle des pouvoirs publics dans le domaine de la santé bucco-dentaire, comme il a été rappelé dans l'introduction de ce rapport.

Dans le droit fil des constats réalisés à partir de la mission IGAS suite à la liquidation judiciaire de l'association DENTEXIA, la mission formule des recommandations ayant pour objectif d'assurer un encadrement renforcé des centres de santé dentaires, notamment ceux ayant une approche lucrative de leur activité, en contradiction avec les textes :

- mettre en place une déclaration d'intérêts très rapidement afin que les modèles fondés sur des liens étroits entre un centre de santé et des sociétés privées ne puissent plus exister juridiquement. Cette déclaration d'intérêts devra s'appliquer à l'ensemble des centres de

---

<sup>98</sup> Une jeune chirurgienne-dentiste a ainsi expliqué à la mission que pour des raisons économiques, elle a dû attendre près de 18 mois pour quitter le centre qui lui imposait des objectifs de chiffres d'affaires.

<sup>99</sup> En particulier le rapport IGAS- RM2013-096 P « Evaluation des pratiques et de l'exercice de la profession de chirurgien-dentiste » - Laurence ESLOUS, Frédérique SIMON-DELAVELLE, Daniel NIZRI et Isabelle YENI.

<sup>100</sup> Cf. dossier de presse PLFSS 2017 : « Le Gouvernement s'engage à reconquérir la prise en charge des soins dentaires pour les rendre accessibles pour tous et à lancer un plan pluriannuel d'accessibilité aux soins bucco-dentaires ».

santé, les nouveaux comme ceux déjà ouverts, et cela quelle que soit leur type d'activité<sup>101</sup>. Il s'agit de l'une des propositions centrales de la mission pour encadrer à court terme le développement des centres de santé dentaires ;

- renforcer les contrôles en les ciblant et en mettant en place une approche coordonnée entre contrôles sanitaires et contrôles financiers et fiscaux ;
- réaffirmer l'indépendance professionnelle des chirurgiens-dentistes, notamment par des clarifications du code de déontologie des chirurgiens-dentistes (le CNOCD y réfléchit déjà) ;
- finaliser des études médico-économiques permettant de revoir la nomenclature, pour répondre d'une part à la revalorisation des soins conservateurs et pour intégrer d'autre part, l'activité d'implantologie dans la nomenclature, en la reconnaissant comme une option thérapeutique possible, ce qui de plus la rendrait visible pour la CNAMTS et permettrait de l'intégrer dans ses plans de contrôles.

#### **4.1 Mettre en place des garde-fous législatifs et réglementaires pour prévenir une gestion à but lucratif, contraire à la loi, des centres de santé dentaires**

Le statu quo législatif serait perçu comme un abandon des pouvoirs publics face à des dérives constatées et médiatisées de certains centres de santé dentaires.

Pour autant, la mission ne préconise pas de revenir à une autorisation préalable à l'image de celle qui prévalait avant 2009. Elle estime en effet qu'elle serait inefficace pour prévenir ces dérives et pourrait apparaître comme une fausse sécurité officialisée par les pouvoirs publics.

Elle préconise en revanche un encadrement législatif destiné à prévenir les comportements de gestion intéressée et le développement d'une stratégie lucrative des gestionnaires. Celle-ci doit être distinguée d'une évolution vers une meilleure organisation pouvant conduire à des restructurations avec mutualisation, qui conditionne aujourd'hui la viabilité des centres de santé dentaires.

##### **4.1.1 Ne pas revenir à l'autorisation préalable à l'ouverture d'un centre de santé**

Le retour à une autorisation préalable entrerait en contradiction avec une volonté sans cesse réaffirmée depuis plusieurs années en faveur des modes d'exercice collectifs de la médecine, à l'image de ce qui se pratique dans les centres de santé ou les maisons de santé.

Par ailleurs, l'autorisation préalable ne s'appliquerait que pour l'ouverture de nouveaux centres – tous les centres créés entre 2010 et 2016 y ayant échappé, alors même que la mission a constaté que l'augmentation de centres de santé dentaires était très importante pendant cette période.

Le rétablissement d'une autorisation préalable irait également à l'encontre des évolutions actuelles de l'administration qui visent à simplifier les modalités administratives d'ouverture et à développer les contrôles a posteriori.

---

<sup>101</sup> La mission en répondant strictement à la commande ministérielle n'a examiné ici que les centres de santé. Cependant la problématique des déclarations publiques d'intérêt mériterait d'être examinée dans l'ensemble du secteur sanitaire et social, notamment établissements de santé et secteur d'activité libérale.

Une autorisation délivrée par l'ARS, à l'ouverture d'un centre de santé, pourrait apparaître rassurante<sup>102</sup> à un moment donné (à l'ouverture du centre de santé) mais serait faussement sécurisante à moyen terme. Plusieurs constats de terrain illustrent ces limites :

- à l'ouverture, les centres de santé dentaire ont un équipement neuf et mettent en place des procédures de fonctionnement irréprochables. C'est ce qu'a pu voir la mission dans les centres de santé tout récemment ouverts ;
- la mission a constaté, notamment en région PACA, que depuis peu, l'agence régionale de santé était sollicitée au préalable par des centres de santé afin que les critères sur lesquels elle fonde ses contrôles soient bien respectés. Cette prévention « préalable » résulte des conséquences souvent lourdes pour les centres, suite aux contrôles réalisés par les ARS. Elle est positive, au sens où elle prévient des éventuelles difficultés à venir ;
- au moment de l'ouverture, il n'y a par définition pas d'activité et il est donc très difficile d'observer les éventuelles déviations dans les actes (peu d'actes conservateurs, sélection de la patientèle, dégradation de l'hygiène du fait de contraintes financières sur l'approvisionnement des matériels jetables...) ;
- enfin, les difficultés pointées par la mission mettent en avant un fonctionnement financier à but lucratif et des montages juridiques l'organisant. L'autorisation délivrée par les ARS ne porte pas sur ces éléments, qui ne relèvent pas de leur compétence.

Alors même que l'impact est limité, le rétablissement d'une autorisation d'ouverture serait coûteux en moyens humains et concernerait tous les centres de santé, quelle que soient leurs activités. Le bilan des missions d'inspection-contrôle effectué par la mission permanente de l'IGAS (cf. partie 131) montre que les visites de conformité préalables aux ouvertures mobilisent fortement les personnels techniques des ARS au détriment des temps d'inspection et de contrôle. A titre d'exemple, en 2014, pour les médecins inspecteurs de santé publique, le temps consacré aux contrôles de conformité mobilisaient les deux-tiers du temps de contrôle – celui-ci étant, déjà très minoritaire dans leur activité (9 % de temps des médecins inspecteurs de santé publique est consacré à l'inspection-contrôle).

Au regard de tous ces éléments, la mission ne préconise pas un retour à l'autorisation préalable qui serait, selon elle, inefficace. Coûteuse en moyens, elle n'aurait qu'un impact limité sur l'ouverture de centres s'inscrivant dans une logique lucrative.

La mission estime qu'il vaut mieux mobiliser les ressources humaines des pouvoirs publics sur des contrôles ciblés.

#### 4.1.2 Prévenir les conflits d'intérêts par l'instauration d'une déclaration d'intérêts à remplir par les dirigeants du centre

Comme il a été vu dans la troisième partie, une gestion qui contourne le principe de non lucrativité a été constatée par la mission dans certains centres de santé dentaires à statut associatif. Certains dirigeants exercent, directement ou indirectement, des fonctions de gérant ou autres dans des entreprises en lien direct ou indirect avec l'association gérée, ces dernières ne s'inscrivant pas dans le principe législatif de non lucrativité d'une association.

Il ne s'agit ni de remettre en cause l'ensemble des associations gestionnaires de centres de santé ni d'exclure les autres centres de santé de tout encadrement.

---

<sup>102</sup> La mission a démontré que les dérives financières ne relèvent pas du champ de contrôle de l'ARS et que les impacts sanitaires pour les patients, liés aux dysfonctionnements des centres de santé dentaires sont souvent tardifs.

La mission propose donc une disposition législative et un décret d'application qui s'applique à tous les centres de santé, permettant de rendre visibles ces liens d'intérêt. Cette disposition permettra de mieux cibler les dérives observées tout en évitant une charge trop lourde pour les autorités de contrôle. De même, dans les centres de santé qui ne sont pas sur une logique de fonctionnement lucrative, la charge de travail induite sera faible.

Elle pourrait s'appliquer à l'ensemble des centres de santé, indépendamment de leur date d'ouverture. C'est un avantage considérable par rapport au rétablissement de l'autorisation préalable qui ne concernerait que le flux des ouvertures nouvelles et avec une régularisation quasi-systématique du stock des centres déjà ouverts. La mission a constaté dans les deux régions les plus concernées – Ile de France et PACA – que des gestionnaires de centres de santé dentaire associatifs accélèrent le dépôt de déclaration d'ouverture auprès des ARS afin d'obtenir un numéro FINESS, avant un éventuel changement législatif d'encadrement. C'est le cas de « chaînes de centres » associatifs qui ouvrent des centres avec un nombre important de fauteuils, sans que les chirurgiens-dentistes ne soient encore recrutés.

**Recommandation n°1 : Prévoir dans le projet d'ordonnance, la rédaction par tous les dirigeants des centres de santé d'une déclaration de liens d'intérêts, en excluant une poursuite des fonctions au sein de la structure gestionnaire lorsqu'ils ont un intérêt, direct ou indirect, avec des entreprises privées délivrant des prestations rémunérées à la structure gestionnaire.**

**Recommandation n°2 : Insérer dans le projet d'ordonnance les sanctions applicables en cas de conflit d'intérêt.**

La définition de « dirigeant » doit être suffisamment large. Elle inclut le président et directeur de l'association, voire le chirurgien-dentiste coordonnateur lorsque celui-ci intervient dans la gestion de l'association. Pour les entreprises privées, plusieurs fonctions témoignent de liens d'intérêts : président ou président-directeur général, président, directeur, gérant, cogérant, associé...

Plusieurs options s'offrent dans la mise en œuvre de cette obligation : rendre publiques les déclarations de liens d'intérêt, les transmettre systématiquement aux ARS ou demander aux gestionnaires de les conserver dans le centre de santé, avec une transmission à la demande du directeur général de l'ARS ou de toute autorité de contrôle financier (URSSAF, service des impôts, DDCCRF...).

La mission préconise cette dernière solution, en optant, comme pour les contrôles pour un ciblage préalable. Les demandes de l'ARS et des autorités de contrôle seront ciblées, évitant une charge administrative trop lourde, qui risquerait de noyer l'administration sous une multitude de documents.

**Recommandation n°3 : Renvoyer à la rédaction d'un décret les modalités de transmission des déclarations d'intérêts des gestionnaires de centres de santé.**

#### 4.1.3 Rétablir les catégories juridiques de centres de santé par types d'activité de soins

Le rétablissement d'une classification en fonction des activités des centres de santé (centre de santé médical, centre de santé polyvalent, centre de santé dentaire, centre de santé infirmier) présenterait plusieurs avantages :

- harmoniser le code de la santé publique et la définition conventionnelle des centres de santé en revenant à une définition unique des centres de santé ;
- mieux identifier les activités de soins réalisés par les centres de santé dentaires :

- action de prévention par la réalisation de bilans-bucco-dentaires pour des personnes en situation de précarité ;
  - traitement des caries pour une personne handicapée ;
  - traitement du parodonte ;
  - activités d'implantologie (cf. infra).
- permettre un suivi statistique de l'évolution des centres par activité comparable pour les services de l'Etat et de l'Assurance maladie. La mise en parallèle de la baisse du nombre de centres de santé en général et de la progression importante du nombre des centres de santé dentaires dans la première partie du rapport illustre l'intérêt de ce suivi par activité.

**Recommandation n°4 : Rétablir dans le projet d'ordonnance les différentes catégories de centres de santé par type d'activité.**

#### 4.1.4 Prévoir une actualisation du code de déontologie des chirurgiens-dentistes pour l'adapter à la pratique salariée de la profession

Les dysfonctionnements relevés avec l'affaire dite DENTEXIA conduisent la mission à suggérer à l'Ordre National des chirurgiens-dentistes de soumettre à la Ministre chargée de la santé une révision de certains des articles du code de déontologie de la profession. Dans la pratique actuelle des chirurgiens-dentistes salariés, ils posent des difficultés d'interprétation, sont potentiellement porteurs de contentieux et peuvent présenter, sur certains points des insuffisances.

**Recommandation n°5 : Inciter le Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes à actualiser et clarifier le code de déontologie, notamment en tenant compte des spécificités de l'exercice salarié.**

Les ajustements et clarifications à apporter devront notamment avoir pour objectif de :

- garantir l'indépendance professionnelle du chirurgien-dentiste en toute circonstance et en particulier, dans un contexte d'exercice salarié. Le chirurgien-dentiste salarié exerce dans une structure qui doit lui donner les moyens humains et organisationnels lui permettant de travailler conformément aux données actuelles de la science et sans pressions administratives, financières. Le gestionnaire du centre de santé ne doit pas l'inciter à faire des soins bucco-dentaires, une source de rentabilité ou de commerce ;
- prévoir que les contrats de travail identifiés par les conseils départementaux de l'ordre comme contrevenant à l'indépendance des professionnels soient transmis aux autorités de tutelles (notamment aux ARS) ;
- prévoir une adaptation de l'entente directe avec le patient dans les centres de santé, où la libre fixation du tarif ne peut être appliquée de la même façon ;
- rappeler la nécessité pour tout professionnel de contracter une assurance en responsabilité civile professionnelle (RCP) individuelle quel que soit son mode d'exercice et explicitement pour les personnels médicaux réalisant des actes de diagnostic et de traitement en structure d'exercice collectif. La loi du 4 mars 2002 modifiée et notamment l'article L.1142-2 du CSP dans sa rédaction conduit à ce que certains professionnels des centres puissent exercer en s'estimant couverts par l'assurance du gestionnaire, alors que celle-ci ne couvre pas ces actes professionnels.

A l'éclairage des dysfonctionnements dans l'affaire dite DENTEXIA et des impacts sanitaires pour les patients, la mission préconise de rendre obligatoire pour les chirurgiens-dentistes salariés des centres de santé<sup>103</sup> la souscription d'une assurance en RCP, en sus de l'assurance contractée par le gestionnaire du centre.

Certains centres de santé dentaire le font déjà en incluant dans le contrat de travail une clause ainsi rédigée : « outre l'assurance responsabilité civile professionnelle souscrite par le centre de santé, le praticien devra souscrire, à titre individuel, une assurance en responsabilité civile professionnelle. » L'un des centres visités par la mission vérifiait systématiquement que cette obligation était respectée par le praticien.

**Recommandation n°6 :** **Inscrire explicitement dans le projet d'ordonnance, ou dans tout autre support législatif, l'obligation pour tout professionnel médical, dont les chirurgiens dentistes, exerçant en centre de santé, de souscrire une assurance en responsabilité civile professionnelle.**

#### 4.1.5 Actualiser l'arrêté du 30 juillet 2010 en y intégrant des éléments de déontologie et de gestion des centres de santé

L'ensemble des documents prévus par l'arrêté du 30 juillet 2010 relatif au projet de santé et au règlement intérieur des centres de santé, doivent être maintenus dans cet arrêté. Toutefois, ces documents ont plusieurs limites, que le rapport a relevées dans la partie 1.3.4.

**Recommandation n°7 :** **Prévoir par modification de l'arrêté de 2010 relatif au projet de santé et au règlement intérieur des centres de santé, l'actualisation du projet de santé tous les ans et sa transmission à l'ARS.**

Cette recommandation a pour objet d'ajuster le projet notamment dans les premières années d'ouverture du centre de santé, en tenant compte de son activité réelle (et non prévisionnelle) et de transmettre régulièrement à l'ARS la liste des professionnels y exerçant ; le turn-over des chirurgiens dentistes dans certains centres devant être un clignotant pour les autorités de tutelle.

**Recommandation n°8 :** **Insérer dans l'arrêté de 2010 relatif au projet de santé et au règlement intérieur des centres de santé : 1. des références au respect de la déontologie ; 2. la création d'une instance interne consultative associant les professionnels et les gestionnaires du centre avec une traçabilité des réunions ; 3. une description des procédures de conservation des dossiers médicaux dentaires et des conditions de leur restitution en cas de fermeture du centre de santé.**

Sur le premier point, la formulation évoquée dans l'une des notes de la DGOS pourrait être reprise « *Les gestionnaires des centres sont tenus de prendre les mesures permettant aux professionnels de santé qu'ils emploient de respecter les règles déontologiques ou professionnelles auxquelles ils sont soumis* ». C'est une disposition qui pourrait faire écho à l'actualisation du code de déontologie des chirurgiens dentistes proposée par la mission.

Le deuxième point permettrait une discussion entre gestionnaires et professionnels sur les modalités de réalisation de leur métier. Cette instance quelle que soit son nom, pourrait être le lieu de discussion préalable à la révision du projet de santé et du règlement intérieur. Elle pourrait également être un lieu d'échanges sur le profil de la patientèle, la structure des actes, les investissements matériels nécessaires. Elle pourrait aussi être un lieu de discussion pour le rappel des conditions d'exercice notamment d'indépendance professionnelle.

---

<sup>103</sup> Cela devrait également s'appliquer aux autres professions médicales exerçant dans ces mêmes structures.



Le dernier point, relatif au dossier médical dentaire, est particulièrement important, comme il a été rappelé dans la partie 2.4.2 de ce rapport. Elle a été mise à jour lors de la fermeture des centres DENTEXIA, les difficultés d'accès aux dossiers ayant entraîné pour les patients des retards de prise en charge dans la reprise des soins. De façon plus générale, l'accès au dossier médical par les patients suivis dans les centres de santé et surtout sa conservation sont des sujets qui restent imparfaitement traités par le droit<sup>104</sup>.

Aussi, pour que chaque centre de santé puisse définir une procédure de conservation et de restitution du dossier en cas de fermeture, la mission propose de l'inscrire explicitement dans l'arrêté du 30 juillet 2010.

Cet ajout de documents à l'arrêté du 30 juillet 2010 proposé par la mission ne doit pas servir à rétablir, de façon indirecte, une forme d'examen préalable des dossiers à l'ouverture des centres de santé. En revanche, il permet de compléter un contrôle par des éléments autres que sanitaires puisque le contrôle de l'ARS peut porter sur l'ensemble du projet de santé. Notamment la traçabilité des réunions d'une instance consultative interne permet de d'apprécier le fonctionnement du centre de santé et la réalité des échanges et du travail d'équipe par la régularité des réunions et la pertinence des sujets traités au regard du projet de santé du centre.

En outre, compte tenu des fragilités juridiques analysées par le rapport, la mission considère que l'ordonnance pourrait utilement donner une base juridique plus solide à la transmission des dossiers médicaux (dentaires notamment), au patient (contenu et modalités) lorsque celui-ci est pris en charge dans un centre de santé.

**Recommandation n°9 : Inscrire dans le projet d'ordonnance la base juridique permettant la transmission des dossiers aux patients par le centre de santé qui le suit et organiser le devenir des dossiers médicaux des patients lors de la fermeture du centre de santé.**

## 4.2 Renforcer les contrôles par un meilleur ciblage

La mission n'a pas recommandé de rétablir la délivrance par les ARS d'une autorisation préalable à l'ouverture des centres de santé. Compte tenu des constats faits dans la première partie de ce rapport, le renforcement de l'efficacité des moyens de contrôle est dès lors un contrepoint indispensable à l'encadrement de ces centres. Plusieurs recommandations de la mission visent à mettre en place dans les centres des procédures qui participent à l'efficacité de ces contrôles : déclaration d'intérêts, réactualisation régulière du projet de santé, réunions tracées des professionnels au sein des centres de santé, incitation du Conseil de l'ordre des chirurgiens dentistes à mieux préciser les droits et devoirs de la profession, notamment avec le développement de l'activité salariée dentaire.

### 4.2.1 Repositionner la mission de contrôle des ARS et de l'assurance maladie en ajustant effectifs et priorités d'inspection-contrôle

La mission a soulevé le paradoxe créé par la simultanéité de l'assouplissement du dispositif d'encadrement des centres de santé né de la loi de 2009 et de la baisse des effectifs de contrôle.

---

<sup>104</sup> Le devenir des dossiers médicaux en cas de fermeture de structures sanitaires, sociales ou médico-sociales et autres catégories de structures, mais également en cas de cessation d'activité par des professionnels libéraux mériterait une réflexion globale pilotée par le ministère chargé de la santé.

Cela conduit à une fragilité de la mission d'inspection contrôle des ARS garantes de la sécurité sanitaire : pour exercer un contrôle rigoureux, il est nécessaire de disposer de ressources compétentes et en nombre suffisant. La mission est consciente que le contexte actuel est à au mieux à la stabilité des effectifs et plutôt à la baisse globale du nombre des fonctionnaires<sup>105</sup>. Ces évolutions, pour assurer une continuité dans les missions régaliennes dont l'inspection-contrôle fait partie, nécessitent de prévoir :

- une priorisation territoriale plus forte des champs et des thématiques de contrôle ;
- un meilleur ciblage des structures à contrôler ;
- des redéploiements et/ou de nouvelles répartitions des effectifs entre les différentes missions de l'ARS, variables selon les territoires et relevant de l'appréciation des directeurs généraux des ARS.

En effet, la mission considère qu'un socle minimal d'effectifs de contrôle est nécessaire et qu'il y va de la crédibilité des pouvoirs publics et de la sécurité des soins, dont l'Etat est garant.

Pour autant, au regard des situations régionales très différentes, la mission ne préconise pas d'inscrire les centres de santé dentaires dans les orientations nationales d'inspection contrôle (ONIC). Une définition par les régions de priorités de contrôle sur les centres de santé est plus pertinente au regard de la concentration de créations de nouveaux centres de santé dentaires dans certaines régions. Ce programme de contrôle devra être défini au sein de chaque région en fonction des autres priorités régionales arrêtées par le directeur général de l'ARS.

En outre, la mission permanente d'inspection contrôle (MPIC) de l'IGAS pourrait pour les régions qui le souhaitent apporter un appui méthodologique à la construction d'outils, qui seraient ensuite mis à disposition de l'ensemble des ARS. L'enquête SOLEN réalisée par la mission montre en effet que les référentiels ont été élaborés par certaines régions et pourraient bénéficier à d'autres. Par ailleurs, la MPIC pourrait également aider les régions à cibler des indicateurs de vigilance, qu'il ne paraît pas opportun de rendre publics.

Au-delà de la construction de critères de vigilance et d'alerte et/ou d'outils d'aide au contrôle, l'absence d'accès réglementaire des ARS aux rapports annuels d'activité des centres de santé fragilise leur pilotage.

**Recommandation n°10 : Inciter les directeurs généraux des ARS à ajuster les ressources humaines affectées à l'inspection-contrôle en fonction des indicateurs de vigilance et des priorités arrêtées dans leur programme régional de contrôle.**

**Recommandation n°11 : Prévoir dans le projet d'ordonnance la transmission des rapports annuels d'activité des centres de santé aux directeurs généraux des ARS.**

L'Assurance - maladie exerce des missions de contrôle tout aussi importantes que celles conduites par les ARS. Elle seule dispose des compétences permettant d'évaluer les pratiques professionnelles individuelles, à travers les prises en charge des patients. La perte importante des effectifs de chirurgiens-dentistes conseils évoquée ci-dessus (5 DRSM ont plus de 30 % de baisse - cf. tableau 6) et l'absence de recrutement par concours de chirurgiens-dentistes conseils depuis plus de 10 ans ont conduit l'assurance maladie à recentrer ses priorités de contrôle.

La mission préconise de revenir sur une évolution ancienne de baisse des moyens de contrôle et incite la CNAMTS à centrer pour les années à venir ses priorités sur les contrôles de qualité des soins dentaires et à adapter ses effectifs de chirurgiens dentistes-conseils profession qui risque de disparaître<sup>106</sup>.

<sup>105</sup> Le projet de loi des finances 2017 prévoit une baisse de 170 équivalents temps pleins pour l'ensemble des ARS.

<sup>106</sup> Même si la convention collective de la CNAMTS permet aux agents de demeurer en poste jusqu'à 70 ans.

**Recommandation n°12 : Envisager la réouverture du concours de chirurgien-dentiste-conseil à partir d'une réflexion sur les priorités et les besoins de contrôles de l'activité dentaire de l'assurance maladie, garante de la qualité des soins délivrés aux assurés.**

Par ailleurs, pour faciliter les contrôles de ces chirurgiens-dentistes-conseils dans les centres de santé<sup>107</sup>, il est nécessaire que ceux-ci puissent disposer des listes actualisées des praticiens exerçant dans ces centres, et accéder aux informations nominatives personnalisées par patient et par praticien réalisant les actes de diagnostic et de traitement (cf. partie 1.3.4.3 - turn-over des professionnels et soins d'un patient réalisés par plusieurs chirurgiens dentistes).

**Recommandation n°13 : Renforcer les outils de contrôle des chirurgiens-dentistes conseils en leur permettant un accès direct facilité aussi bien au dossier dentaire des patients traités dans les centres de santé qu'au dossier des praticiens, notamment dans le cadre de la refonte du répertoire partagé des professions de santé.**

Ces deux recommandations pourraient trouver leur place dans le cadre du prochain renouvellement de la convention d'objectifs et de moyens de la CNAMTS.

#### 4.2.2 Coordonner, au niveau départemental et régional, les instances sanitaires et financières de contrôle pour contribuer au ciblage et mettre en place une vigilance collective

La coordination des autorités de contrôle sur le terrain, permet la mise en commun de « signaux faibles » sur les centres de santé, que ces signaux soient d'ordre sanitaire, financier ou juridique. Cette coordination devrait être centralisée par un opérateur public. A titre d'exemple, la mission a observé que dans certains départements, le Comité opérationnel départemental antifraudes (CODAF) présidé conjointement par le Préfet et le procureur de la République avait ponctuellement, mais régulièrement, inscrit à l'ordre du jour, la problématique des centres de santé dentaires.

Par ailleurs, la mission ne peut qu'inciter fortement à cibler les contrôles, pour développer leur efficacité. Plusieurs critères évoqués dans le rapport et complétés par les travaux mentionnés ci-dessus pourraient concourir à déterminer les critères de vigilance les plus appropriés dans les régions les plus concernées.

**Recommandation n°14 : Mettre en place une cellule régionale ou départementale se réunissant à rythme régulier permettant aux autorités de contrôle (ARS, DRSM, DDCCRF, services fiscaux, URSSAF) d'assurer la mutualisation des « signaux faibles » de dérives.**

**Recommandation n°15 : Confier à cette cellule de coordination la mission de cibler les centres de santé à contrôler.**

Les plaintes des patients méritent d'être analysées au niveau local pour compléter les critères de vigilance. Face à d'éventuels défauts dans les soins, il est important que le patient puisse exprimer son insatisfaction de façon visible pour les institutions chargées de l'encadrement des centres de santé. Plusieurs voies de recours existent et mériteraient d'être mieux connues.

La régulation par les plaintes des patients pourrait ainsi utilement accompagner les évolutions recommandées par le rapport sur le renforcement des contrôles et la recherche d'une plus grande qualité des soins.

---

<sup>107</sup> Dans l'immédiat, ces données ne sont disponibles qu'en se déplaçant dans les centres et en recoupant les différents fichiers papier et/ou informatiques ; ce qui est difficilement réalisable à grande échelle au regard des ressources de contrôle mobilisables.

Par ailleurs, l'information du patient passe aussi par la possibilité qui lui est donnée de disposer d'un devis dentaire et s'il le souhaite de pouvoir ainsi comparer le coût des soins. Il est préjudiciable pour les patients que la disposition inscrite dans la loi de 2009 faisant apparaître le prix d'achat, par le chirurgien-dentiste ou le centre de santé, du dispositif médical sur mesure, le montant de prestations de soins et les charges de structure, ait été supprimée.

**Recommandation n°16 :** Réintroduire dans le projet d'ordonnance ou dans tout autre support législatif, la disposition obligeant les professionnels à préciser dans le devis le prix d'achat des prothèses et implants dans un souci d'information des patients et de transparence économique.

### 4.3 Les pouvoirs publics doivent se donner les moyens d'améliorer la qualité des soins bucco-dentaires

Une action forte de l'Etat dans le champ de la santé bucco-dentaire, l'élaboration de référentiels en qualité des soins dentaires par la HAS, et des procédures indépendantes de certification dans le secteur dentaire pourraient contribuer à l'amélioration de la qualité des soins dentaires.

#### 4.3.1 Réinvestir la santé bucco-dentaire dans le champ de la santé publique

A plusieurs reprises dans le rapport, la mission a évoqué les liens entre santé bucco-dentaire et santé globale, faisant de la santé bucco-dentaire un enjeu de santé publique.

Les résultats de l'enquête SOLEN menée par la mission montrent qu'une partie des ARS a intégré la santé bucco-dentaire dans les programmes régionaux de santé. Les centres de santé dentaires pourraient jouer un rôle dans l'élaboration de ce plan, notamment ceux qui défendent leur vocation sociale, en la traduisant dans la réalité de leur pratique.

**Recommandation n°17 :** Inciter les ARS à élaborer un plan de santé publique pluriannuel relatif à la santé bucco-dentaire dans lequel les centres de santé dentaires pourraient s'inscrire.

Cette recommandation de la mission rejoint une orientation nouvelle que les pouvoirs publics souhaitent mettre en œuvre :

« Le Gouvernement souhaite relever le défi de l'amélioration de la santé dentaire des Français en lançant un plan pluriannuel pour l'accessibilité des soins dentaires reposant sur :

- la revalorisation de certains actes aujourd'hui insuffisamment rémunérés, notamment des soins conservateurs dans une logique de prévention ;
- l'encadrement de dépassements d'honoraires pour les actes à entente directe. »<sup>108</sup>

« Préserver l'égalité d'accès aux soins et faire face aux inégalités de santé qui touchent plus particulièrement les populations démunies sont des priorités de santé des pouvoirs publics, maintes fois rappelées. La santé bucco-dentaire fait partie intégrante de la santé publique, même si elle est trop souvent oubliée dans les discours ministériels<sup>109</sup>. Il revient aux directeurs généraux des ARS d'inscrire cette priorité dans les différents schémas de l'offre de soins (SROS), les programmes régionaux de santé (PRS), tout comme le programme régional d'accès aux soins (PRAPS) et de les décliner pour tenir compte des réalités territoriales. »

<sup>108</sup> Dossier de presse du PLFSS, présentation de la ministre

<sup>109</sup> Mme la Ministre l'a récemment rappelé dans le cadre du projet de loi de la sécurité sociale pour 2017 et avec l'ouverture des négociations conventionnelles de la CNAMTS avec les représentants des chirurgiens-dentistes.

#### 4.3.2 Impliquer la Haute Autorité de santé dans la rédaction avec les professionnels de nouveaux référentiels relatifs à la qualité des soins bucco-dentaires

Les problèmes de qualité dentaire et l'ancienneté de certains référentiels ont été soulignés dans le rapport. Ce constat suffirait à recommander une action forte dans le domaine de la qualité des soins dentaires, qui concerne autant les chirurgiens-dentistes libéraux que ceux exerçant en centres de santé.

D'autres raisons s'y ajoutent, également évoquées dans le rapport : nouvelles aspirations des plus jeunes, évolution des pratiques dentaires, développement de l'implantologie, importance des normes d'hygiène dans la chirurgie dentaire, introduction de nouvelles technologies comme la CFAO...

Cette proposition de la mission, y compris si la HAS fait appel à de nombreux experts externes pour l'élaboration des référentiels nécessiterait de mobiliser une compétence interne de chirurgiens-dentistes<sup>110</sup>.

**Recommandation n°18 : Inscrire l'amélioration de la qualité des soins bucco-dentaires dans les priorités de santé publique des 5 prochaines années et proposer à la HAS un programme de révision des référentiels dentaires sur la même période.**

Ces référentiels auront notamment pour objectif de préciser les critères respectifs de prescription de soins conservateurs, d'actes de prothèses ou d'implantologie.

Ces référentiels doivent notamment tenir compte de l'utilisation de nouvelles technologies numériques de fabrication de prothèses dentaires. Ils doivent également accompagner les évolutions de la nomenclature proposées ci-dessous par la mission.

#### 4.3.3 Inciter les chirurgiens-dentistes des centres de santé dentaires et du secteur libéral à développer des bonnes pratiques professionnelles

Il serait en théorie possible d'appliquer aux centres de santé dentaires la procédure de certification sur le modèle de la certification mise en œuvre par la HAS auprès des établissements de santé.

##### **Encadré 9 : la procédure de certification par la HAS**

La procédure de certification : un objectif d'amélioration de la qualité des soins

Procédure externe d'évaluation des établissements de santé publics et privés, la certification est effectuée par des professionnels mandatés par la HAS, appelés experts-visiteurs. Cette procédure, indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle, porte sur le niveau de prestations et de soins délivrés aux patients et sur la dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins mise en œuvre par les établissements.

L'objectif clairement défini était d'améliorer la qualité et la sécurité des soins dans les établissements de santé.

Quelques chiffres illustrent l'importance de la certification créée par l'ordonnance du 24 avril 1996 créant l'ANAES :

- 2 596 établissements visités depuis 2010,
- 650 comptes qualité reçus et analysés en 2015,

<sup>110</sup> Si aucun des organismes publics ne dispose de compétences propres en chirurgie dentaire, les risques de conflits d'intérêt aussi bien pour élaborer des référentiels que pour conduire des missions de contrôle seront importants.

- 588 établissements visités en 2015,
- 1 680 établissements en cours de procédure de certification en 2015,
- 491 experts-visiteurs en activité à fin décembre 2015.

*Source : Encadré réalisé par la mission à partir des entretiens et des documents disponibles.*

La mission a exclu la certification des centres de santé par la HAS pour trois raisons principales :

- elle exclurait de fait le secteur libéral, où la préoccupation de qualité des soins doit également être présente
- elle serait lourde et peu opérationnelle pour les centres de santé de petite taille ;
- elle s'appliquerait à près de 2000 centres de santé et mobiliserait des moyens humains et financiers considérables pour la HAS, ce qui ne semble pas raisonnable dans le contexte budgétaire actuel.

Plusieurs autres pistes ont été explorées, sans être retenues par la mission. C'est le cas par exemple des actions déjà conduites dans d'autres professions médicales ou de structures de soins (démarche qualité NOSO<sup>111</sup> des ophtalmologistes ou délivrée par le COFRAC<sup>112</sup> pour les laboratoires).

La mission recommande la construction d'une série de bonnes pratiques à appliquer dans le secteur dentaire :

- élaborées par la profession avec un certificateur indépendant ;
- ne relevant pas d'une démarche obligatoire, au moins dans un premier temps ;
- pouvant être validées au titre d'un « label ».

Les centres pourraient afficher cette « labellisation » - quel que soit son nom - dans leurs locaux, et le site [ameli.fr](http://ameli.fr) pourrait en faire mention, pour les centres de santé dentaires tout comme pour les chirurgiens-dentistes libéraux.

**Recommandation n°19 : Encourager la construction de bonnes pratiques portées par la profession dentaire et faciliter leur diffusion.**

#### **4.4 Conduire une évolution de la tarification appuyée sur des études médico-économiques**

Plusieurs constats de la mission font état de l'impact de la nomenclature sur les modèles économiques des centres de santé dentaires. Comme pour les libéraux, la tarification pèse sur l'équilibre financier des centres de santé dentaires :

- les centres qui s'orientent majoritairement vers la réalisation de soins conservateurs sont souvent en déficit et ne peuvent fonctionner que grâce à des subventions, de plus en plus rares ;
- les autres ont une partie de soins prothétiques, généralement plus faible en volume mais représentant la majorité du chiffre d'affaires ;
- dans le cas des centres de santé dentaires orientés vers un fonctionnement lucratif, l'implantologie est en train de prendre une place très importante sans qu'elle ne soit

<sup>111</sup> N.O.S.O : Nouvelle Organisation de Soins Ophtalmologiques) est une association de loi 1901 créée en 2003 par 4 institutions représentatives de la profession pour définir un référentiel « qualité » commun (basé sur la norme ISO 9001) et accompagner les adhérents à la certification ISO 9001.

<sup>112</sup> COFRAC : Comité Français d'Accréditation.

considérée comme une option thérapeutique à part entière et que les services de l'assurance-maladie ne puissent la contrôler.

La mission IGAS réalisée en 2013 sur l'évaluation des pratiques et de l'exercice de la profession de chirurgien-dentiste, consacrée principalement à l'exercice libéral<sup>113</sup>, soulignait déjà la nécessité de cette évolution de la tarification : « *rééquilibrer la part respective des soins conservateurs et des actes prothétiques afin d'améliorer l'état de santé de la population et de placer les soins bucco-dentaires dans le régime de droit commun de la protection sociale* ». Le rapport rappelle que « *les soins conservateurs n'ont pas été réévalués depuis 2003, ce qui a pu conduire certains professionnels à privilégier les soins prothétiques et hors nomenclature mieux rémunérés* ».

C'est un constat identique que dresse le rapport de 2016 sur les centres de santé dentaires.

Par ailleurs, le rapport de 2013 insiste, dans sa première recommandation, sur le renforcement de la prévention, qui a des retombées favorables tant sur le plan de l'état de santé bucco-dentaire que sur celui de la maîtrise des dépenses. Ce point est d'autant plus important que les centres de santé dentaires ont, de par la loi, une mission de prévention<sup>114</sup>. L'accord conclu en juillet 2015 entre l'assurance-maladie et les représentants des centres de santé rappelle la priorité de « *l'engagement dans la prévention* » d'un centre de santé.

Le rapport IGAS de 2013 propose donc « *d'une part de revaloriser les tarifs des soins conservateurs pour les rendre plus attractifs* » et « *d'autre part d'accroître le nombre d'actes conservateurs en y incluant des actes médicalement justifiés qui aujourd'hui n'y figurent pas, tels les soins du parodonte*<sup>115</sup> ».

Des scénarios chiffrés accompagnent les propositions formulées par le rapport de 2013. Ils précisent l'impact financier de la réforme préconisée pour chacun des financeurs.

S'agissant de l'implantologie, la mission a montré que son développement accéléré dans certains centres de santé dentaire induisait des risques pour les patients. L'implantologie n'est encadrée ni du point de vue des indications bucco-dentaires [notamment sur les cas où la prescription de soins d'implantologie serait plus efficace que d'autres traitements], ni d'un point de vue économique, les tarifs pratiqués étant libres. Enfin, son exclusion de la nomenclature en complique le suivi en terme de santé publique et en limite le contrôle.

La mission considère qu'il est essentiel d'actualiser et poursuivre ces études. Elles seront seules à même de prévenir de façon durable et de limiter le développement de modèles économiques porteurs de risques sanitaires.

**Recommandation n°20 : Finaliser les études médico-économiques en vue d'une part, de réévaluer les tarifs des soins conservateurs et d'autre part, d'envisager une inscription de l'implantologie dans la nomenclature, en sus de la cotation actuelle pour des indications très restreintes.**

Plusieurs champs – sans exhaustivité - mériteraient d'être étudiés :

- de recherches académiques sur l'usage fait et les possibilités thérapeutiques offertes par l'implantologie ;
- des études coûts-avantages de l'implantologie par exemple en termes de durabilité des prothèses posées, des études médico-économiques, permettant de mesurer en terme de

<sup>113</sup> Rapport RM2013-096P.

<sup>114</sup> Article L.1411-11 du code de la santé publique.

<sup>115</sup> Soins du parodonte évalués par la mission à un million d'actes qui s'ajouteraient aux 49 millions d'actes conservateurs constatés en 2012

- bénéfices/risques/coûts, les indications thérapeutiques des soins conservateurs et des poses de prothèses, en particulier via l'implantologie ;
- des analyses sur les évolutions technologiques affectant les soins dentaires ;
  - d'études médico-économiques sur le coût évité par une prévention pour une meilleure santé bucco-dentaire. L'analyse de l'impact sanitaire et financier de la prévention devra également être actualisée, dans la continuité de premiers chiffreages réalisés en 2013.

Cette proposition de révision de la tarification s'inscrit dans les projets gouvernementaux annoncés en septembre 2016.<sup>116</sup> La ministre des affaires sociales a annoncé « *un plan ambitieux pour l'accessibilité des soins dentaires* », visant à « *réduire le coût qui reste à la charge des patients, en limitant le coût des prothèses et en revalorisant la rémunération de certains soins conservateurs* ». Ce plan pluriannuel irait dans le sens d'un remboursement revalorisé des soins dits conservateurs et d'une prise en charge de soins jusque-là non remboursés dans l'objectif de favoriser l'accessibilité aux soins.

La mission considère que la revalorisation des soins conservateurs serait un atout majeur pour les patients et un élément central d'une politique de santé bucco-dentaire rénovée. Elle estime que la révision de la nomenclature conditionne l'amélioration du fonctionnement des centres de santé dentaire et plus généralement de la profession dentaire.

---

<sup>116</sup> Annonce du gouvernement dans le cadre de la présentation des grandes lignes du PLFSS pour 2017 en date du 23 septembre 2016.



## CONCLUSION

La mission a rendu, à la ministre des affaires sociales et de la santé en juillet 2016, son premier rapport relatif à l'impact sanitaire sur les patients de la liquidation judiciaire des centres gérés par l'association DENTEXIA. Elle a consacré son second rapport exclusivement à l'objectif suivant : éviter qu'une telle affaire ne se reproduise et sécuriser pour les patients et les autorités de tutelle les activités de soins bucco-dentaires.

Elle a donc procédé à l'évaluation des centres de santé dentaires en France sur un plan sanitaire, juridique et économique. Au mois de novembre 2016, il y avait 726 centres de santé dentaires en France, de tout statut juridique : municipal, géré par une caisse d'assurance-maladie, mutualiste, hospitalier et associatif.

Entre 2011 et 2016, le nombre de centre de santé dentaires a augmenté de 25%. D'une part, cette hausse est liée au remplacement depuis 2009, de l'autorisation préalable par une simple déclaration d'ouverture des centres auprès des agences régionales de santé (ARS). D'autre part, elle est liée à l'important reste à charge pour les patients, réalisant des soins dentaires qui peut les inciter à se rendre dans des centres où les coûts affichés paraissent plus limités.

La mission attire l'attention de la ministre sur le modèle économique de certains centres de santé dentaires de statut associatif, en particulier en Ile de France et Provence Alpes Côte d'Azur. Ces centres exploitent les rémunérations des soins dentaires, en particulier en implantologie, dans un but lucratif, contraire à l'esprit même et à la définition juridique d'un centre de santé.

Il existe des risques sanitaires associés à ce fonctionnement particulier : sur-traitement ou prescription de soins mieux rémunérés, pratiques qui n'offrent pas toujours les conditions d'un consentement éclairé, risques sanitaires liés aux soins en implantologie regroupés dans un temps réduit, ou encore soins assurés par des chirurgiens-dentistes sous pression financière de certains gestionnaires. L'affaire dite DENTEXIA, qui a fait l'objet du premier rapport, en est une illustration symptomatique.

La mission a déploré que l'assouplissement juridique de l'ouverture des centres de santé se soit accompagné d'une baisse des moyens de contrôle des ARS et des directions régionales du service médical (DRSM). Les ARS éprouvent des difficultés à effectuer leurs missions d'inspection-contrôle, ou même simplement à refuser l'ouverture d'un centre de santé, en l'état actuel des textes juridiques.

La mission regrette également que l'implantologie, « angle mort » des politiques de santé, ne fasse l'objet de suivi ni par l'Etat, ni par l'assurance-maladie, en raison de sa non-inscription (sauf indications ciblées) à la nomenclature.

La mission a formulé vingt propositions, qui s'inscrivent dans les orientations nouvelles voulues par le gouvernement en matière de politique publique de santé bucco-dentaire et en tenant compte du contexte budgétaire actuel et de la négociation conventionnelle en cours.

Le retour à l'autorisation préalable de l'ouverture des centres de santé, au nombre de 1855 toute activité confondue en France, ne lui semble pas souhaitable. Cette mesure serait inefficace à l'ouverture du centre de santé, puisque l'activité n'aura pas démarré. La mission fait une proposition simple d'actualisation systématique du projet de santé des centres tous les ans pour assurer un suivi par les ARS. Un meilleur ciblage des contrôles ARS et DRSM, ainsi qu'un renforcement de l'effectif de chirurgiens-dentistes conseils, faciliterait le pilotage de la politique de santé bucco-dentaire en France. Enfin, au regard des moyens humains et financiers disponibles, l'autorisation préalable serait coûteuse pour le ministère de la santé, sans réelle garantie de sécurité sanitaire à moyen et long terme.

Pour lutter contre la gestion à but lucratif de certains centres de santé dentaires associatifs, la mission propose une déclaration de liens d'intérêts des gestionnaires à l'ouverture des centres de santé, et recommande au conseil national des chirurgiens-dentistes, une actualisation du code de déontologie pour garantir l'indépendance des chirurgiens-dentistes en exercice salarial ; celui-ci en 2016, représentait 12 % de la profession dentaire.

La santé bucco-dentaire, son impact sur la santé en général, et le coût sont insuffisamment évalués. Dans les orientations voulues par le gouvernement en matière de politique publique de santé bucco-dentaire, dont la mission se félicite, la mission invite le ministère de la santé à programmer des études médico-économiques de la santé bucco-dentaire, et la Haute Autorité de santé (HAS) à élaborer de nouveaux référentiels en particulier concernant la qualité des soins dentaires.

La mission préconise une amélioration de l'information des patients, sur les coûts des prothèses et une plus grande lisibilité des devis dentaires, ce qui contribuera également à une meilleure régulation du système de santé bucco-dentaire.

Christine DANIEL

Dr Patricia VIENNE

Pirathees SIVARAJAH

## RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

N°	Recommandation	Autorité responsable	Echéance
1	Prévoir dans le <b>projet d'ordonnance</b> , la rédaction par tous les gestionnaires des centres de santé d'une déclaration de liens d'intérêts, en excluant une poursuite des fonctions au sein de la structure gestionnaire lorsque qu'ils ont un intérêt, direct ou indirect, avec des entreprises privées délivrant des prestations rémunérées à la structure gestionnaire.	Ministère de la santé DGOS	Au plus tard janvier 2018
2	Insérer dans le <b>projet d'ordonnance</b> les sanctions applicables en cas de conflit d'intérêt.	Ministère de la santé DGOS	Au plus tard janvier 2018
3	Renvoyer à la <b>rédaction d'un décret</b> les modalités de transmission des déclarations d'intérêts des gestionnaires de centres de santé.	Ministère de la santé DGOS	Postérieur à la publication de l'ordonnance - au plus tard début 2018
4	Rétablir dans le <b>projet d'ordonnance</b> les différentes catégories de centres de santé par type d'activité.	Ministère de la santé DGOS	Au plus tard, janvier 2018
5	Inciter le Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes à actualiser et clarifier le code de déontologie, notamment en tenant compte des spécificités de l'exercice salarié.	Ministère de la santé DGOS - CNOCD	2017
6	Inscrire explicitement <b>dans le projet d'ordonnance, ou dans tout autre support législatif</b> , l'obligation pour tout professionnel médical, dont les chirurgiens-dentistes, exerçant en centre de santé, de souscrire, une assurance en civile professionnelle.	Ministère de la santé DGOS en lien avec DAJ et CNOCD	2017
7	Prévoir par <b>modification de l'arrêté de 2010</b> relatif au projet de santé et au règlement intérieur des centres de santé l'actualisation du projet de santé tous les ans et sa transmission à l'ARS.	Ministère de la santé DGOS	2017
8	Insérer dans <b>l'arrêté de 2010</b> relatif au projet de santé et au règlement intérieur des centres de santé : 1. des références au respect de la déontologie ; 2. la création d'une instance interne consultative associant les professionnels et les gestionnaires du centre avec une traçabilité des réunions ; 3. une description des procédures de conservation des dossiers médicaux et des conditions de leur restitution en cas de fermeture du centre de santé	Ministère de la santé DGOS	2017
9	Inscrire dans le <b>projet d'ordonnance</b> la base juridique permettant la transmission des dossiers aux patients par le centre de santé qui le suit et organiser le devenir des dossiers médicaux des patients lors de la fermeture du centre de santé.	Ministère de la santé DGOS	Au plus tard janvier 2018

10	Inciter les directeurs généraux des ARS à ajuster les ressources humaines affectées à l'inspection- contrôle en fonction des indicateurs de vigilance et des priorités arrêtées dans leur programme régional de contrôle.	Ministère de la santé SGMAS-DG-ARS	Immédiat
11	Prévoir dans le <b>projet d'ordonnance</b> la transmission des rapports annuels d'activité des centres de santé aux directeurs généraux des ARS.	Ministère de la santé DGOS	Au plus tard janvier 2018
12	Envisager la réouverture du concours de chirurgien-dentiste-conseil à partir d'une réflexion sur les priorités et les besoins de contrôles de l'activité dentaire de l'assurance maladie, garante de la qualité des soins délivrés aux assurés.	Ministère de la santé DSS – CNAMTS	2017
13	Renforcer les outils de contrôle des chirurgiens-dentistes conseils en leur permettant un accès facilité aussi bien au dossier dentaire des patients traités dans les centres de santé qu'au dossier des praticiens notamment dans le cadre de la refonte du répertoire partagé des professions de santé.	Ministère de la santé DSS - CNAMTS	2017
14	Mettre en place une cellule régionale ou départementale se réunissant à rythme régulier permettant aux autorités de contrôle (ARS, DRSM, DDCCRF, services fiscaux, URSSAF) d'assurer la mutualisation des « signaux faibles » de dérives.	Ministère de la santé SGMAS DG-ARS en lien avec Préfet et Procureur de la république	2017
15	Confier à cette cellule de coordination la mission de cibler les centres de santé à contrôler.	Ministère de la santé SGMAS - DG-ARS Appui IGAS-MPIC	2017
16	Réintroduire dans le <b>projet d'ordonnance ou dans tout autre support législatif</b> , la disposition obligeant les professionnels à préciser dans le devis le prix d'achat des prothèses et implants dans un souci d'information des patients et de transparence économique.	Ministère de la santé DGOS	Au plus tard, janvier 2018
17	Inciter les ARS à élaborer un plan de santé publique pluriannuel relatif à la santé bucco-dentaire dans lequel les centres de santé dentaires pourraient s'inscrire.	Ministère de la santé SGMAS DG-ARS	2017
18	Inscrire l'amélioration de la qualité des soins bucco-dentaires dans les priorités de santé publique des 5 prochaines années et proposer à la HAS un programme de révision des référentiels dentaires sur la même période.	Ministère de la santé SGMAS DGOS - DGS – CNOCD représentants des professionnels - HAS	2017
19	Encourager la construction de bonnes pratiques portées par la profession dentaire et faciliter leur diffusion.	Ministère de la santé DGOS/ CNOCD /HAS Représentants des professionnels	2017
20	Finaliser les études médico-économiques en vue d'une part, de réévaluer les tarifs des soins conservateurs et d'autre part, d'envisager une inscription de l'implantologie dans la nomenclature, en sus de la cotation actuelle pour des indications très restreintes.	Ministère de la santé DSS CNAMTS	2017

# LETTRE DE MISSION



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

*La Ministre*

*Paris, le 2 MAI 2016*

CAB FM/IK Pégase D16-012147

## NOTE

à l'attention de

**Monsieur Pierre BOISSIER**

Chef de l'Inspection Générale des Affaires Sociales

**Objet :** mission d'inspection relative aux centres de santé dentaires dits « low cost »

Pratiquant des tarifs opposables ainsi que le tiers payant intégral pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire et de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé, les centres de santé jouent un rôle important pour l'accès aux soins de nombreux patients, notamment les plus précaires.

Fortes de ce constat, des associations se sont constituées afin de pouvoir créer et gérer des centres de santé dentaires dont l'activité est essentiellement axée sur les soins prothétiques. Situées notamment dans des zones accueillant des populations précaires, certaines structures, souvent rattachées à une chaîne, proposent ces soins à des prix très inférieurs à ceux pratiqués habituellement.

Or, des affaires récentes, notamment l'affaire dite « Dentexia » révèlent l'émergence de structures dont les pratiques, tant du point de vue médical que déontologique, sont contestables. Après la suspension d'activité et la mise en liquidation judiciaire de certaines de ces structures, certains patients souffrent de soins mal ou incomplètement réalisés. Des mesures ont d'ores et déjà été prises pour répondre à leurs attentes.

Je souhaiterais qu'une mission de l'Inspection générale des affaires sociales puisse, en lien avec les services du ministère des affaires sociales et de la santé, ainsi que les agences régionales de santé, proposer des mesures complémentaires, qui seraient nécessaires pour améliorer rapidement la situation des patients concernés. Elle approfondira notamment les sujets liés à la récupération et la conservation des dossiers médicaux, à l'examen des conditions de poursuite des soins et aux modalités d'indemnisation des préjudices financiers et corporels.

Au-delà de ces mesures, je souhaiterais que la mission apporte une réponse plus globale sur l'évolution de la régulation de cette offre de soins pour éviter que de nouvelles situations semblables à celles qui ont émergé ne se produisent.

A cette fin, je demande que la mission examine la situation des centres de soins dentaires dits « low cost » et mette en évidence les facteurs qui induisent ce type de situation, afin d'éviter que se créent à l'avenir des structures mettant en péril la qualité et la sécurité des soins.

La mission devra ainsi me faire part de toutes recommandations utiles visant à prévenir ces dérives et qui pourront, en tant que de besoin, être introduites dans le cadre du projet d'ordonnance prévu par la loi de modernisation du système de santé qui vise à adapter et clarifier les dispositions du code de la santé publique relatives aux conditions de création, de gestion, d'organisation et de fonctionnement des centres de santé afin de garantir une offre de soins dentaires accessible et sûre.

La mission pourra bénéficier du concours des services du ministère des affaires sociales et de la santé, de la caisse nationale de l'assurance-maladie des travailleurs salariés ainsi que des agences régionales de santé. Elle remettra son rapport avant le 31 juillet 2016 et fera un point d'étape début juin.



Marisol TOURAINE

## LISTE DES PERSONNES RENCONTREES OU CONTACTEES

Outre la liste qui figure ci-dessous, la mission s'est déplacée dans douze centres de santé dentaire, répartis dans trois régions (Ile de France, Grand Est et PACA), relevant de trois statuts différentes (2 centres gérés par l'assurance maladie, 3 centres mutualistes et 7 centres gérés par des associations). Dans chacun de ces centres la mission a rencontré les dirigeants et des chirurgiens dentistes (président(e) et/ou directeur(rice), responsable du centre, chirurgiens(nnes)-dentistes, coordonnateur(trice) des soins, référent(e) hygiène...

### Ministère des affaires sociales et de la santé

#### Cabinet

Nicolas PEJU, adjoint au directeur de cabinet

Emmanuel BOUGARD, conseiller technique « premier recours et professionnels de santé »

#### Secrétariat général chargé des ministères sociaux

Dr Marie Claire HITTINGER, médecin chargée de mission

Dr Vincent METTAUER, chirurgien-dentiste conseil chargé de mission

#### Direction de l'offre de soins

Anne-Marie JACQUET, sous-directrice du bureau de la performance

Gaël RAIMBAULT, adjoint à la sous-directrice

Myriam BURDIN, cheffe de bureau PF3

Samuel DELAFUYS, adjoint à la cheffe de bureau PF3 « Coopération et contractualisation »

Isabelle MANZI, chargée de mission au bureau PF3 « Coopération et contractualisation

Dr. Philippe MAGNE, chargé de mission au bureau PF2 « Qualité et sécurité des soins »

Guy BOUDET, chef de bureau RH2 « exercice, déontologie et développement professionnel continu »

Clémence CHARASSE, cheffe de bureau R2 « premiers recours »

Lydia VALDES, adjointe à la cheffe de bureau R3 « plateau technique et prises en charge hospitalières aigues »

#### Direction générale de la santé

Marie-Laure BELLENGIER, chef du bureau PP3 « dispositifs médicaux et produits de santé »

Emmanuelle BARSKY, adjointe au chef du bureau PP3 « dispositifs médicaux et produits de santé »

Mélanie CAILLERET, chargée de mission bureau PP3 « dispositifs médicaux et produits de santé »

Jean MEISTER, chargé de mission bureau PP3 « dispositifs médicaux et produits de santé », juriste

#### Direction des affaires juridiques

Patrick NAVARRI, chargé de mission

#### Direction de la Recherche et des Etudes et des Enquêtes sanitaires (DREES)

Badouraly MAHAMADALY, chef du département méthodes et système d'information

Vincent DREVILLON, équipe FINISS

Ministère de l'Economie et des FinancesDirection de la législation fiscale

Thibaut FIEVET chef de bureau B2 direction de la législation fiscale, direction générale des finances publiques

Service du contrôle fiscal

Olivier PALAT adjoint au chef de bureau, bureau des dossiers fiscaux CF-2A

Elisabeth RHINN, bureau des dossiers fiscaux CF-2A

Service juridique de la fiscalité

Coralie BURNOD, administratrice-adjointe

Haute Autorité de Santé (HAS)

Dr. Catherine GRENIER, directrice de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

Caisse Nationale d'Assurance Maladies des Travailleurs Salariés (CNAMTS)

Delphine CHAMPETIER directrice de cabinet

Franck DE RABAUDY adjoint à la directrice de cabinet

Claire MARTRAY sous-directrice département des professionnels de santé

Sandrine FRANGEUL adjointe du département des professionnels de santé

Danièle DUGLUE chargée de mission CCAM dentaire, département des actes médicaux

Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes

Gilbert BOUTEILLE président

Paul SAMAKH vice-président

Maitre Marie VICELLI avocate de l'Ordre National

Mutualité Française

Albert LAUTMAN directeur général

Sylvie GUERIN responsable du pôle services de soins mutualistes et nouvelles offres de santé

Roland MASOTTA directeur général des centres de santé – MG services

Fédération nationale des centres de santé (FNCS)

Dr Richard LOPEZ, président

Dr Hélène COLOMBANI, secrétaire générale

Patrice de PONCINS, conseiller technique

Syndicat national des chirurgiens-dentistes des centres de santé

Docteur Martine DAME, présidente

Association dentaire française (ADF)

Dr. Jean-Patrick DRUO, secrétaire général

Dr. Joël TROUILLET, secrétaire général

Carine BENEDICTUS, directrice administrative et financière

Union nationale patronale des prothésistes dentaires

Laurent MUNEROT, président

COMIDENT

Henri ROCHET, président

Arnaud PEMZEC, trésorier

Pierre-Yves LE MAOUT, membre du COMIDENT

Céline WURTZ, déléguée générale



Union régionale des professionnels de santé chirurgiens dentistes (URPS) d'Auvergne-Rhône-Alpes

Dr. Marc BARTHELEMY, président de l'Union et conseiller ordinal

Dr. Eric LENFANT, vice-président de l'Union et conseiller ordinal

Réseau SANTECLAIR

Marianne BINST, directrice générale

Collectif inter-associatif sur la santé

Claude RAMBAUD, coprésidente du CISS

Marc PARIS, responsable communication et animation réseau

Magali LEO, chargée de mission assurance maladie

Personnalité qualifiée

Pr. Jean AZERAD, ancien chef de service à l'hôpital de la Salpêtrière

## **REGION ILE DE FRANCE**

Agence régionale de santé de l'Ile de France

Pierre OUANHNON directeur du pôle ambulatoire et Services aux professionnels de santé

Béatrice SEVADJIAN adjointe au directeur du pôle ambulatoire et Services aux professionnels de santé

Aldrin EVAÏN chargé de mission du département Structures d'Exercice Collectif Pôle ambulatoire et services aux Professionnels de Santé à la direction de l'offre de soins et médico-sociale

Dr. Bernard CHAPERT chirurgien dentiste conseil au département Structures d'Exercice Collectif Pôle ambulatoire et services aux Professionnels

Dr. Edmée BERT chirurgien- dentiste conseil transférée de la DRSM d'Ile de France

Dr. Sophie SIROT médecin inspecteur à la délégation territoriale de Paris

Clothilde HUYGHES inspectrice de l'action sanitaire et sociale de la délégation territoriale de Paris

CPAM de Paris

Pierre ALBERTINI, directeur général

Fabien BADINIER, directeur de la stratégie, des moyens et des œuvres

Romain BEGUE sous-directeur de la coordination de la gestion du risque régional (DCGDR)

Dr. Marie Françoise CHAMODOT CANTIN chirurgien dentiste conseil DRSM Ile de France

Dr. Pierre TRAVERT directeur médical des centres de santé dentaires de la CPAM de Paris

Sylvie CREMONT chef de projet de la coordination de la gestion du risque régional (DCGDR)

Nicole BRUNEAU manageur des centres de santé dentaires de la CPAM de Paris

## **REGION GRAND EST**

Agence régionale de santé du Grand Est

Simon KIEFFER, adjoint au directeur général

Wilfrid STRAUSS, directeur de l'offre de santé et de l'autonomie

Dr. Christian PLACE, chirurgien-dentiste conseil auprès de l'ARS

CPAM de Moselle

Dr. Thierry PERREAU, chirurgien-dentiste conseil DRSM

Conseil départemental l'ordre des chirurgiens dentistes de Moselle

Dr. Franck LEFEVRE, président

Dr. Michel PASDZIERNY, vice-président

Dr. Sophie CAROLUS, chirurgien-dentiste  
Dr. Nathalie LYAUTEY, chirurgien-dentiste

### **REGION PROVENCE ALPES COTE D'AZUR**

#### Agence régionale de santé de Provence Alpes Côte d'Azur

Dr. Marie-Pierre VILLARUBIAS, responsable du département de premier recours  
Cathy BUONSIGNONI, responsable de la mission inspection contrôle réclamation  
Patricia FEMENIA, pharmacien inspecteur de santé publique  
Nadège EXERTIER, IASS en formation  
Elodie AGOPIAN, IPASS au service de l'offre de premiers recours  
Leila LAZREG, assistante du département de premier recours

#### CPAM des Bouches-du-Rhône

Dr. Pierre-Yves DUTHILLEUL, responsable de la cellule régionale de coordination auprès du DGGDR  
Dr. Marie MASSEMIN, ERSM mission appui dentaire  
Odile COUZY, responsable du service des relations conventionnelles avec les praticiens de santé

#### Conseil départemental de l'ordre des chirurgiens-dentistes des Bouches-du-Rhône

Dr. Robert JUANEDA, président honoraire  
Dr. Jacques LESOUS, président

#### URPS PACA

Dr. Jean Pierre BORDAS président URPS PACA  
Dr. Pierre GILLE vice-président URPS PACA  
Dr. Jean Michel LAROUSSE secrétaire URPS PACA

## SIGLES UTILISES

ADF	Association dentaire française
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
ALD	Affection de longue durée
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
AURA	Auvergne-Rhône-Alpes
CASD	Contrat d'accès aux soins dentaires
ARS	Agence régionale de santé
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CDC	Chirurgien-dentiste conseil
CDOCD	Conseil départemental de l'ordre des chirurgiens dentistes
CHU	Centre hospitalier universitaire
CNOCD	Conseil national de l'ordre des chirurgiens dentistes
CMU	Couverture maladie universelle
CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNOCD	Conseil national de l'ordre des chirurgiens dentistes
CNSD	Confédération nationale des chirurgiens-dentistes
CODAF	Comité opérationnel départemental anti-fraude
COMIDENT	Comité de coordination des chambres syndicales de l'industrie et du négoce dentaire
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CSBM	Consommation de soins et biens médicaux
CSP	Code de la santé publique
DCGDR	Direction de la coordination de la gestion des risques
DDCCRF	Direction Départementale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes.
DDPP	Direction départementale de la protection des populations
DG-ARS	Directeur général de l'agence régionale de santé
DGFIP	Direction générale des finances publiques
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGS	Direction générale de la santé
DREES	Direction de la recherche de l'évaluation et des statistiques
DRSM	Direction régionale du service médical
DSS	Direction de la sécurité sociale
EPHAD	Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes
ELSM	Echelon local du service médical
ETP	Equivalent temps plein
FINESS	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
FNCS	Fédération nationale des centres de santé
HAS	Haute autorité de santé
HPST	Hôpital patients santé territoires
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IC	Inspection-contrôle
ICARS	Inspecteur-contrôleur des agences régionales de santé
IES	Ingénieur d'études sanitaires
IGS	Ingénieur du génie sanitaire
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale

MACSF	Mutuelle d'assurances du corps de santé français
MISP	Médecin inspecteur de santé publique
MPA	Majoration pour personnes âgées
MPIC	Mission permanence d'inspection contrôle
NGAP	Nomenclature générale des actes professionnels
ONCD	Ordre national des chirurgiens dentistes
PACA	Provence Alpes-Côte d'Azur
PHISP	Pharmacien inspecteur de santé publique
RCP	Responsabilité civile professionnelle
RNOGCS	Regroupement national des organismes gestionnaires des centres de santé
ROSP	Rémunération sur objectifs de santé publique
RPPS	Répertoire partagé des professions de santé
SARL	Société anonyme à responsabilité limitée
SEL	Société d'exercice libéral
SELARL	Société d'exercice libéral à responsabilité limitée
SGMAS	Secrétariat général chargé des ministères des affaires sociales
SPILF	Société de pathologie infectieuse de langue française
TGI	Tribunal de grande instance
URPS	Union régionale des professionnels de santé
URSSAF	Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales

## LISTE DES ANNEXES ET PIÈCES JOINTES

Annexe 1	Textes législatifs, réglementaires et conventionnels encadrant le fonctionnement des centres de santé
Annexe 2	Méthodologie pour le dénombrement des centres de santé à parti du fichier FINSS
Annexe 3	Liste des principaux référentiels professionnels et des recommandations médicales, notamment de la HAS
Pièce jointe n°1	Jurisprudence de la COSEM
Pièce jointe n°2	Rapport d'activités type centres de santé tel que défini par la CNAM
Pièce jointe n°3	Données CNAMTS sur le nombre de chirurgiens dentistes-conseils
Pièce jointe n°4	Lettre réseau LR-DACCRF-15/2015 - CNAMTS
Pièce jointe n°5	Lettre réseau LR-DACCRF – 14/2016 - CNAMTS
Pièce jointe n°6	Contrat de travail avec objectif de chiffre d'affaires
Pièce jointe n°7	Lettre avec consignes du gestionnaire sur l'atteinte d'objectifs d'activité
Pièce jointe n°8	Arrêt de la cour d'Aix en Provence de 2007
Pièce jointe n° 9	Arrêt de la Cour d'appel de Montpellier du 22 mars 2016
Pièce jointe n°10	Arrêt de la Cour d'appel de Paris du 18 février 2016
Pièce jointe n°11	Déclaration de principe de la Fédération dentaire internationale (FDI)
Pièce jointe n°12	Bilan de la santé bucco-dentaire d'une cohorte de patients passés aux urgences de l'hôpital de la Salpêtrière
Pièce jointe n°13	Notice d'information patient - devis dentaire