



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^{er} novembre 2016 selon des données du répertoire FINESS¹. 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 ;

¹ 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 étaient 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 HPST² 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.

² 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'alourdisant 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 la 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 certains 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
1 L'ENCADREMENT JURIDIQUE DES CENTRES DE SANTE A ETE ASSOUPLI ALORS QUE LES MOYENS DE CONTROLE ONT BAISSE	14
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'a 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
2 LA SANTE BUCCO-DENTAIRE A ETE DELAISSEE PAR LES POUVOIRS PUBLICS.....	32
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
3 LES CENTRES DE SANTE DENTAIRES SONT A LA RECHERCHE DE L'EQUILIBRE BUDGETAIRE.....	42
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
4 RENFORCER L'ENCADREMENT DES CENTRES DE SANTE	59
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 centres³ (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 [Île 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 médical⁴) ;
 - ✓ 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.

³ 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.

⁴ 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,⁵ 12 ont répondu totalement ou partiellement au questionnaire, dans les délais impartis pour l'analyse⁶.

➤ **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-dentistes⁷. 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 ;

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

⁶ Sa présentation figure dans le rapport dans la partie 1.3

⁷ 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 2016⁸ 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.

⁸ 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 ASSOUPLI ALORS QUE LES MOYENS DE CONTROLE ONT BAISSE

Les dysfonctionnements constatés avec l'affaire « dite DENTEXIA »⁹ 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)¹⁰.

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 XIXème 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 tous¹¹.

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*¹² » 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 ;

⁹ 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.

¹⁰ 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.

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

¹² 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 médecins¹³ 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)¹⁴.

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 2015¹⁵, 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'efficience des pratiques médicales avec en particulier la tenue d'un dossier médical et l'engagement dans la prévention ;
- le travail en équipe ;

¹³ 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.

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

¹⁵ 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.¹⁶

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 EHPAD¹⁷ 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.

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

¹⁷ 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)¹⁸ 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 FINESS¹⁹ pour l'inscription au fichier.

¹⁸ 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.

¹⁹ Fichier national des établissements sanitaires et sociaux.

Le projet de santé, prévu par la loi²⁰ 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).²¹

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^{er} 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.* »

²⁰ Article L6321-1 du code de la santé publique.

²¹ 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'hygiène²².

Il n'y a pas d'actualisation régulière prévue par les textes. L'article 1^{er} 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 »²³, ouvert le 1^{er} 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 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*.

²² 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.

²³ 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 santé²⁴. 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 santé²⁵ (cf. pièce jointe n°2, modèle de rapport disponible sur le site 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.

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

²⁵ 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 coûteuse²⁶ 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
CS toute activité (nouveau codage)	2142	2129	2179	2221	1720 (+158)	1816 (+110)	1914 (+66)
CS dentaires (nouveau codage)	583	592	628	658	632 (+20)	684 (+5)	726 (+0)

Source : DREES - centre autorisés ouverts, à partir des dates d'ouverture enregisitres 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).

²⁶ 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 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).²⁷ 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* »²⁸.

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 %.²⁹

²⁷ 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.

²⁸ Id. note 27

²⁹ 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-maladie³⁰ 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	
TOTAL	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.

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

Depuis 2002, une commission nationale³¹ 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 2015³².

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,³³ 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.

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

³² Rapport IGAS 2016-075R, juillet 2016

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

Selon les réponses de l'enquête (tableau 4)³⁴, 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
TOTAL	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

³⁴ 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)³⁵ (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
Strasbourg	9	5	- 44 %
Bordeaux	12	7	- 42 %
Marseille	24	15	- 38 %
La Réunion	3	2	- 33 %
Lyon	20	14	- 30 %

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

³⁵ 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 dentaires³⁶. 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 CMUC³⁷. 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 NGAP³⁸ à la CCAM³⁹ 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, stomatologues et chirurgiens maxillo-faciaux, « *ciblé sur une facturation d'actes dont la localisation présente une distribution atypique* ».

³⁶ 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.

³⁷ Couverture maladie universelle et couverture maladie universelle complémentaire.

³⁸ Nomenclature générale des actes professionnels.

³⁹ 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/URSSAF⁴⁰/ DDCCRF⁴¹...) 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 professionnel⁴². 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'a 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...* ».

⁴⁰ Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales.

⁴¹ Direction Départementale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes.

⁴² 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* » ;⁴³
- « *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 (...)* » ;⁴⁴
- « *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.* »⁴⁵

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).

⁴³ Article R.4127-209 du code de la santé publique.

⁴⁴ Article R. 4127-247 du code de la santé publique.

⁴⁵ 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'interdiction 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- 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 tienne 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 dentistes 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 2016⁴⁶, 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.⁴⁷

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...).

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

⁴⁷ “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)⁴⁸ 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 certains malades 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 anciennes⁴⁹.

Une étude a ainsi été réalisée en 2002 par cinq chirurgiens-dentistes de différents services médicaux⁵⁰ : « 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. ».

⁴⁸ 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.

⁴⁹ 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.

⁵⁰ 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 2006⁵¹ 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*⁵² ».

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 couronnées⁵³. 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.⁵⁴ 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 Salpêtrière⁵⁵ (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).* »

⁵¹ « *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.

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

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

⁵⁴ Action de Contrôle : Prothèses Conjointes et Soins Préalables, RSI, novembre 2010

⁵⁵ 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'odontostomatologie, 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'endodontie 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.⁵⁶ 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 année, 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 axes⁵⁷. 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).

⁵⁶ « 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.

⁵⁷ 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 2015⁵⁸ ;
- 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 2015⁵⁹. 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* »⁶⁰.

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

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 2015⁶². 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 CSBM⁶³.

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

⁵⁹ Idem, p.95.

⁶⁰ Idem, p.50.

⁶¹ Rapport IGAS RM2013-096.

⁶² Idem, p.16.

⁶³ 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 %⁶⁴.

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 numérique⁶⁵.

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 dossier⁶⁶ pour chaque patient venant consulter pour la réalisation de soins dentaires, elle est non seulement une obligation déontologique et réglementaire⁶⁷ (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 santé⁶⁸. Ce référentiel contribue au développement des bonnes pratiques en permettant d'apprecier 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.

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

⁶⁵ Cf. article des Echos – 20 janvier 2017 – n°22366.

⁶⁶ Référentiel ANAES de 200 révisé en 2006 : Le dossier du patient en odontologie.

⁶⁷ Article D.6323-6 du code de la santé publique.

⁶⁸ 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 moteur⁶⁹ 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.

⁶⁹ 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 associées⁷⁰, 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-implantaires⁷¹, 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-dentistes⁷², 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.

⁷⁰ 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.

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

⁷² 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 2009⁷³ 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 2011⁷⁴ 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,⁷⁵ il ne mentionne pas explicitement les centres de santé⁷⁶. 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 2016⁷⁷ concerne exclusivement les patients lors de leur sortie d'un établissement de santé pour assurer le lien avec le secteur extrahospitalier.

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

⁷⁴ 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.

⁷⁵ 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.* »

⁷⁶ 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.

⁷⁷ 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 diagnostiques et thérapeutique ». 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.⁷⁸

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 Conseil 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'existe 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.

⁷⁸ 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 SNIIRAM⁷⁹, 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
Total général	662

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)⁸⁰. 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.

⁷⁹ Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie.

⁸⁰ 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 professionnalisaient⁸¹.

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.

⁸¹ 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 pris 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 ⁸² , avec rappels du rendez-vous par téléphone ou messages électroniques.

Source : Mission IGAS à partir des entretiens et des documents

⁸² 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)* »⁸³. 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.

⁸³ Rapport IGAS n°2013-123R de d'Anne-Marie BROCAS Michel DURAFFOURG et Jean-Paul SEGADE 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'affaires⁸⁴ 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 ;

⁸⁴ 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 rationnalisée 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 %⁸⁵.
- 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 %.

⁸⁵ 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	
Centres	Part des actes	Part du CA	Part des actes	Part du CA
Centre 1	75 % ⁸⁶	55 %	6 %	44 %
Centre 2	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.

⁸⁶ 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 DENTEXIA⁸⁷, 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 »⁸⁸.

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 profession⁸⁹, 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 opaque⁹⁰.

⁸⁷ Cf. rapport IGAS – 2016-75R de juillet 2016.

⁸⁸ 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.

⁸⁹ 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.

⁹⁰ 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	
Centres	Part des actes	Part du CA	Part des actes	Part du CA	Part des actes	Part du CA
Centre 1	33 %	9 %	22 %	59 %	7 %	23 %
Centre 2	49 %	8 %	51 %	92 %	Non communiqué	Non communiqué
Centre 3	17 %	6 %	7 %	40 %	2 %	18 %
Centre 4	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 coordonné 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.

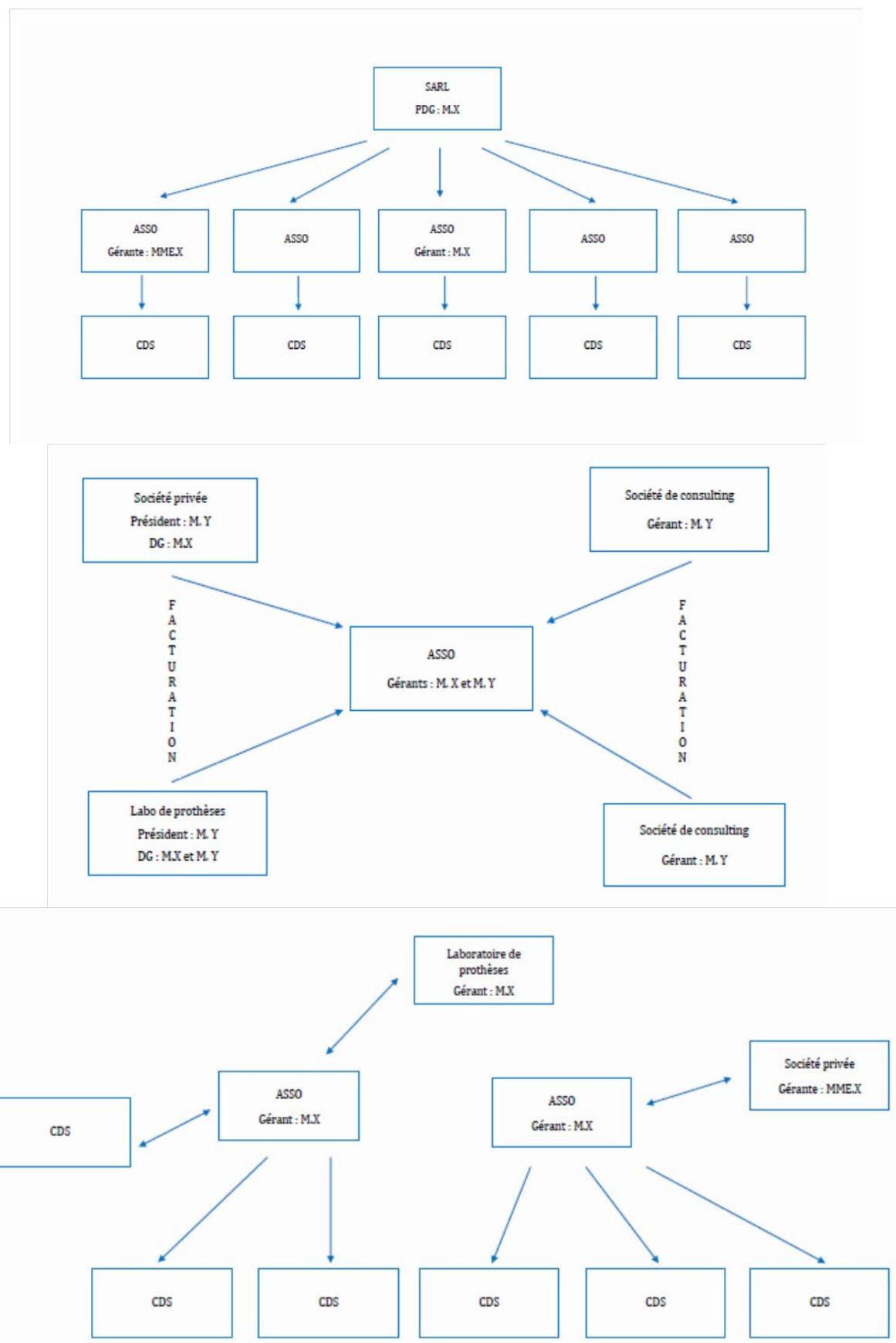
Les deux centres ont des dépenses de personnel inférieures à 50 % du chiffre d'affaires (47 % du CA pour le centre 1 et 49 % du CA pour le centre 4). L'association qui gère le centre 1 emploie des chirurgiens-dentistes jeunes et rémunère au pourcentage des actes mensuels réalisés, de même que le centre 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 montages⁹¹.

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 lucrativité⁹² :

- 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

⁹¹ 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.

⁹² 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 récent⁹³, 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.⁹⁴ 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.

⁹³ 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.

⁹⁴ 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 cost⁹⁵ :

- 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 rémunératrice 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 »⁹⁶ 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)⁹⁷ ;
- 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).

⁹⁵ 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).

⁹⁶ Qui est souvent un personnel administratif.

⁹⁷ 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 économique⁹⁸.

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 rappelés⁹⁹ 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 santé¹⁰⁰ 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

⁹⁸ 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.

⁹⁹ 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.

¹⁰⁰ 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'activité¹⁰¹. 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.

¹⁰¹ 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 rassurante¹⁰² 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.

¹⁰² 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 concerne 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 accéléraient 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 santé¹⁰³ 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 professionnels 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.

¹⁰³ 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 imparfairement traités par le droit¹⁰⁴.

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 : Incrire 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.

¹⁰⁴ 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 fonctionnaires¹⁰⁵. 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 disparaître¹⁰⁶.

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

¹⁰⁶ 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 santé¹⁰⁷, 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 concernés.

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.

¹⁰⁷ 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 rejoue 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.* »¹⁰⁸

« *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 ministériels¹⁰⁹. 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.* »

¹⁰⁸ Dossier de presse du PLFSS, présentation de la ministre

¹⁰⁹ 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-dentistes¹¹⁰.

Recommandation n°18 : Incrire 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,

¹¹⁰ 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 mobilisera 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 NOSO¹¹¹ des ophtalmologues ou délivrée par le COFRAC¹¹² 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 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

¹¹¹ 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.

¹¹² 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 libéral¹¹³, 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 prévention¹¹⁴. 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*¹¹⁵ ».

Des scenarios 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

¹¹³ Rapport RM2013-096P.

¹¹⁴ Article L.1411-11 du code de la santé publique.

¹¹⁵ 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 chiffrages réalisés en 2013.

Cette proposition de révision de la tarification s'inscrit dans les projets gouvernementaux annoncés en septembre 2016.¹¹⁶ 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.

¹¹⁶ 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 projet d'ordonnance , 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 projet d'ordonnance les sanctions applicables en cas de conflit d'intérêt.	Ministère de la santé DGOS	Au plus tard janvier 2018
3	Renvoyer à la réécriture d'un décret 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	Rétablissement dans le projet d'ordonnance 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 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 civile professionnelle.	Ministère de la santé DGOS en lien avec DAJ et CNOCD	2017
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.	Ministère de la santé DGOS	2017
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 et des conditions de leur restitution en cas de fermeture du centre de santé	Ministère de la santé DGOS	2017
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.	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 projet d'ordonnance 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 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.	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

CAB FM/IK Pégase D16-012147

Paris, le 2 MAI 2016

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 TOURAINÉ

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 DELAFUY, 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 FINESS

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 ROCHE, 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 EVAIN 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 manager 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 UTILISÉS

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 PIECES 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 FINESS
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



Inspection générale
des affaires sociales

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

TOME 2 ANNEXES ET PIÈCES JOINTES

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

Sommaire

ANNEXE 1 : TEXTES LEGISLATIFS, REGLEMENTAIRES ET CONVENTIONNELS ENCADRANT LE FONCTIONNEMENT DES CENTRES DE SANTE.....	5
1 CODE DE LA SANTE PUBLIQUE	5
1.1 Avant la loi HPST.....	5
1.2 Depuis la loi HPST.....	5
1.2.1 Cadre juridique législatif.....	5
1.2.2 Cadre juridique réglementaire	7
2 CODE DE LA SECURITE SOCIALE	8
2.1 Le cadre législatif.....	8
2.2 Le cadre conventionnel.....	9
ANNEXE 2 : METHODOLOGIE POUR LE DENOMBREMENT DES CENTRES DE SANTE A PARTIR DU FICHIER FINESS (SOURCE : MISSION AVEC LES DONNEES DE LA DRESS).....	11
ANNEXE 3 : LISTE DES PRINCIPAUX REFERENTIELS PROFESSIONNELS ET DES RECOMMANDATIONS MEDICALES, NOTAMMENT DE LA HAS	13
PIECE JOINTE N°1 : JURISPRUDENCE DE LA COSEM	15
PIECE JOINTE N°2 : RAPPORT D'ACTIVITES TYPE CENTRES DE SANTE TEL QUE DEFINI PAR LA CNAM	43
PIECE JOINTE N°3 : DONNEES CNAMTS SUR LE NOMBRE DE CHIRURGIENS DENTISTES-CONSEILS	47
PIECE JOINTE N°4 : LETTRE RESEAU LR-DACCRF-15/2015 - CNAMTS	51
PIECE JOINTE N°5 : LETTRE RESEAU LR-DACCRF-14/2016 - CNAMTS	63
PIECE JOINTE N°6 : CONTRAT DE TRAVAIL AVEC OBJECTIF DE CHIFFRE D'AFFAIRES.	73
PIECE JOINTE N°7 : LETTRE AVEC CONSIGNES DU GESTIONNAIRE SUR L'ATTEINTE D'OBJECTIFS D'ACTIVITE.....	85
PIECE JOINTE N°8 : ARRET DE LA COUR D'AIX EN PROVENCE DE 2007	91
PIECE JOINTE N°9 : ARRET DE LA COUR D'APPEL DE MONTPELLIER DU 22 MARS 2016.....	105
PIECE JOINTE N°10 : ARRET DE LA COUR D'APPEL DE PARIS DU 18 FEVRIER 2016	123
PIECE JOINTE N°11 : DECLARATION DE PRINCIPE DE LA FEDERATION DENTAIRE INTERNATIONALE (FDI).....	137
PIECE JOINTE N°12 : BILAN DE LA SANTE BUCCO-DENTAIRE D'UNE COHORTE DE PATIENTS PASSES AUX URGENCES DE L'HOPITAL DE LA SALPETRIERE	141
PIECE JOINTE N°13 : NOTICE D'INFORMATION PATIENT - DEVIS DENTAIRE	157

ANNEXE 1 : TEXTES LEGISLATIFS, REGLEMENTAIRES ET CONVENTIONNELS ENCADRANT LE FONCTIONNEMENT DES CENTRES DE SANTE

Textes sur les centres de santé

1 CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

1.1 Avant la loi HPST

L'article L6323-1 du code de la santé publique en vigueur avant la loi de 2009 dite HPST était libellé de la façon suivante :

« Les centres de santé assurent des activités de soins sans hébergement et participent à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales. (...) »

Ils sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, à l'exception des établissements de santé mentionnés au présent livre, soit par des collectivités territoriales.

Ils sont soumis, dans des conditions fixées par décret, à l'agrément de l'autorité administrative, sous réserve du résultat d'une visite de conformité, au vu d'un dossier justifiant que ces centres fonctionneront dans des conditions conformes à des prescriptions techniques correspondant à leur activité. L'agrément vaut autorisation de dispenser des soins aux assurés sociaux, au sens de l'article L. 162-21 du code de la sécurité sociale. »

Le décret n° 2000-1220 du 13 décembre 2000¹ relatif aux centres de santé prévoyait des nombreux éléments pour obtenir cet agrément, notamment sur les conditions techniques, les conditions de fonctionnement et les modalités de financement. Un arrêté du ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale fixait le contenu du dossier d'agrément. Par ailleurs, le contenu du rapport d'activité annuel que le centre de santé devait transmettre était également détaillé par ce décret : « Les centres de santé sont tenus d'établir chaque année, au plus tard pour le 30 juin de l'exercice suivant, un rapport d'activité comportant notamment toutes informations non nominatives relatives à la clientèle du centre, au personnel, aux actes effectués, aux moyens mis en place par le centre, à ses diverses activités ainsi qu'à ses dépenses et ses recettes. »

1.2 Depuis la loi HPST

1.2.1 Cadre juridique législatif

La loi n°2009-879 a supprimé cet agrément pour y substituer la présentation par le centre de santé « **d'un projet de santé** ». L'article L6323-1 du code de la santé publique en vigueur (intégration de diverses mesures législatives notamment sur les contrôles) définit le nouveau régime de création et de contrôle des ARS :

« *Les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours. Ils assurent des activités de soins sans hébergement, au centre ou au*

¹ Ce décret a été totalement abrogé suite à la suppression de l'agrément. Je n'ai pas, à ce stade, reconstitué l'historique car cela ne me semble pas prioritaire pour la première partie de la mission.

domicile du patient, aux tarifs mentionnés au 1^o du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, et mènent des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et des actions sociales et pratiquent la délégation du paiement du tiers mentionnée à l'article L. 322-1 du même code. Ils peuvent mener des actions d'éducation thérapeutique des patients. (...)

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.

L'identification du lieu de soins à l'extérieur des centres de santé et l'information du public sur les activités et les actions de santé publique ou sociales mises en œuvre, sur les modalités et les conditions d'accès aux soins ainsi que sur le statut du gestionnaire sont assurées par les centres de santé.

Les centres de santé élaborent un projet de santé incluant des dispositions tendant à favoriser l'accessibilité sociale, la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique.

Le projet médical du centre de santé géré par un établissement de santé est distinct du projet d'établissement. Les médecins qui exercent en centre de santé sont salariés.

Les centres de santé sont soumis pour leur activité à des conditions techniques de fonctionnement prévues par décret, après consultation des représentants des gestionnaires de centres de santé.

Ce décret prévoit également les conditions dans lesquelles, en cas de manquement compromettant la qualité et la sécurité des soins dans un centre de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé doit :

- *enjoindre au gestionnaire du centre d'y mettre fin dans un délai déterminé ;*
- *en cas d'urgence tenant à la sécurité des patients ou de non-respect de l'injonction, prononcer la suspension immédiate, totale ou partielle, de l'activité du centre, assortie d'une mise en demeure de prendre les mesures nécessaires ;*
- *maintenir cette suspension jusqu'à ce que ces mesures aient pris effet. »*

Seuls les services satisfaisant aux obligations mentionnées au présent article peuvent utiliser l'appellation de centre de santé. »

La notion de premier recours évoquée dans la première phrase de cet article est définie par l'article L. 1411-11 du code de la santé publique :

« L'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. Ils sont organisés par l'agence régionale de santé conformément au schéma régional de santé prévu à l'article L. 1434-2. Ces soins comprennent :

1^o La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;

2^o La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;

3^o L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;

4^o L'éducation pour la santé.

Les professionnels de santé, dont les médecins traitants cités à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, ainsi que les centres de santé concourent à l'offre de soins de premier recours en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux. »

1.2.2 Cadre juridique réglementaire

Décrets

Le décret n° 2010-895 du 30 juillet 2010 relatif aux centres de santé précise les conditions techniques que doivent remplir les centres de santé et pose le principe d'un règlement intérieur qui doit être établi par le centre de santé :

« (...) *Les locaux, les installations matérielles, l'organisation des soins, l'expérience et la qualification du personnel des centres de santé permettent d'assurer la sécurité des patients et la qualité des soins.* (...) »

Le dossier comporte l'identification du patient ainsi que, le cas échéant, celle de la personne de confiance définie à l'article L. 1111-6 et celle de la personne à prévenir. (...) »

Les centres de santé sont responsables de la conservation et de la confidentialité des informations de santé à caractère personnel constituées en leur sein. (...) »

Les centres de santé disposent de locaux et d'installations matérielles permettant d'assurer aux patients des conditions d'accessibilité, de sécurité et d'hygiène conformes aux normes en vigueur.

Les centres de santé établissent un règlement intérieur dont le contenu et les conditions d'élaboration sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé (...). »

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 mesures 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.

« Art. D. 6323-11.-*En cas d'absence de réponse ou de réponse insuffisante, d'absence de mise en conformité ou de mise en conformité partielle dans les délais requis aux termes de la notification mentionnée à l'article D. 6323-10 ou en cas d'urgence tenant à la sécurité des patients, le directeur général de l'agence régionale de santé peut décider la suspension immédiate, totale ou partielle, de l'activité du centre, assortie d'une mise en demeure de remédier aux manquements constatés.* »

Arrêté du 30 juillet 2010 : projet de santé et règlement intérieur

Le contenu du projet de santé et du règlement intérieur est fixé par l'arrêté du 30 juillet 2010 relatif au projet de santé et au règlement intérieur des centres de santé mentionnés aux articles D. 6323-1 et D. 6323-9 du code de la santé publique

Le projet de santé est établi par le futur gestionnaire. 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, éducation).

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. *L'fixe six éléments qui 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* ;
- 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*. »

2 CODE DE LA SECURITE SOCIALE

2.1 Le cadre législatif

L'article L162-32-1 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 par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations représentatives des centres de soins infirmiers, ainsi qu'une ou plusieurs organisations représentatives des centres de soins médicaux, dentaires et polyvalents. »

Cet accord qui détermine les obligations respectives des caisses primaires d'assurance maladie et des centres de santé ainsi que les conditions d'application des diverses conventions, prévoit aussi que l'accord passe traite :

- « *des modalités d'organisation des actions de prévention sanitaire menées par les centres de santé* ;
- *des mesures pour favoriser l'accès aux soins des assurés sociaux et*
- *des mesures pour garantir la qualité et la coordination des soins* ;
- *des modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives des centres de santé et notamment d'actions de prévention et d'éducation pour la santé* ;
- *des conditions dans lesquelles les organismes d'assurance maladie participent à des actions d'accompagnement de l'informatisation des centres de santé (engagement des centres sur un taux significatif de télétransmission de documents nécessaires au remboursement des actes ou des prestations)* ;
- *des orientations pluriannuelles prioritaires en matière de développement professionnel continu, 7° (Abrogé) ;*

- *le cas échéant, des dispositifs d'aide visant à faciliter l'installation des centres de santé dans les zones définies comme « déficitaires » par l'agence régionale de santé*
- *le cas échéant, de la rémunération versée en contrepartie du respect d'engagements individualisés (prescription, participation à des actions de dépistage et de prévention, prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques, actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins...). Le versement de la contrepartie financière au centre de santé est fonction de l'atteinte des objectifs par celui-ci. »*

L'article L162-32-3 prévoit que la CPAM « *peut décider de placer un centre de santé hors de la convention pour violation des engagements prévus par l'accord national ; cette décision doit être prononcée selon les conditions prévues par cet accord et permettre au centre de présenter ses observations (...).* »

2.2 Le cadre conventionnel

L'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'Assurance Maladie, a été conclu le 8 juillet 2015, 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 ADMR, 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. Il est destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses d'Assurance Maladie.

Son préambule prévoit que ce cadre conventionnel s'applique à l'ensemble des centres de santé, avec des dispositions spécifiques. L'article 1^{er} définit également le centre de santé comme « la personne morale gérant le centre de santé ». La typologie des centres de santé dans le préambule l'accord distingue quatre catégories de centres de santé :

- centre de santé médical ou quasi-exclusivement médical
- centre de santé polyvalent :
 - soit le centre de santé ayant une activité médicale et une activité d'une autre profession médicale (chirurgien-dentiste ou sage-femme) sans activité paramédicale,
 - soit le centre de santé ayant une activité médicale et une activité d'une autre profession médicale (chirurgien-dentiste ou sage-femme) sans activité paramédicale,
 - soit le centre de santé ayant une activité médicale et une activité d'une autre profession médicale (chirurgien-dentiste ou sage-femme) sans activité paramédicale,
 - soit le centre de santé ayant au moins une activité médicale et une activité paramédicale,
- centre de santé dentaire, le centre ayant une activité dentaire exclusive ou quasi-exclusive, c'est à dire dont les honoraires dentaires totaux représentent 80% des honoraires totaux du centre de santé,
- centre de santé infirmier, le centre ayant une activité infirmière exclusive ou quasi-exclusive, c'est à dire dont les honoraires infirmiers totaux représentent 80% des honoraires totaux du centre de santé.

Le préambule définit également les objectifs de la convention, dont l'atteinte est valorisée par une rémunération forfaitaire :

- renforcement de l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire notamment pour les plus démunis, avec :
 - un engagement optionnel aux centres de santé ayant une activité dentaire visant à favoriser l'accès aux soins prothétiques et d'orthodontie et la pratique de soins conservateurs,
 - des mesures en faveur de la répartition de l'offre de soins sur le territoire,
- l'organisation et la coordination des soins et la valorisation de la qualité et de l'efficience des pratiques médicales avec notamment :
 - la tenue d'un dossier médical,
 - l'engagement dans la prévention
- le travail en équipes
- la modernisation des relations dématérialisées entre les centres et les CPAM, qui vise à simplifier et sécuriser les échanges, notamment dans la pratique du tiers-payant.

L'accord distingue trois types d'obligations :

- les obligations générales, qui s'adressent à tous les centres de santé quelle que soit leur activité,
- Les obligations « socle », obligatoires mais pour certaines variables selon l'activité du centre, et nécessaires pour ouvrir droit à une rémunération,
- Les obligations « optionnelles » qui ne sont pas obligatoires mais donnent lieu à une rémunération supplémentaire définie par l'accord ; tant la nature des obligations optionnelles que leur rémunération peuvent varier en fonction de l'activité du centre. qui peuvent être adaptées

ANNEXE 2 : METHODOLOGIE POUR LE DENOMBREMENT DES CENTRES DE SANTE A PARTIR DU FICHIER FINESS

(source : mission avec les données de la DRESS)

Sur le nombre :

	01/01/2011	01/01/2012	01/01/2013	01/01/2014	01/01/2015	01/01/2016	01/11/2016
Nb de centres de santé toute activité confondue	2142	2129	2179	2221	1720 (+158)	1816 (+110)	1914 (+66)
Nombre de centres de santé dentaires	583	592	628	658	632 (+20)	684 (+5)	726 (+0)

Sont décomptés les centres autorisés ouverts (date d'ouverture renseignée dans FINESS)

De 2011 à 2014 sont décomptés :

- **Toute activité confondue** : les établissements des catégories 125 -Centres de santé dentaire ; 130-Centres de soins médicaux ; 289-Centres de soins infirmiers ; 439-Centres de santé polyvalents, catégories « assimilées à des CDS » en l'absence de nomenclature FINESS dédiée aux CDS.
- **Centres de santé dentaires** : les établissements de catégorie 125 - Centres de santé dentaire

Courant 2014, une refonte des nomenclatures FINESS a eu lieu concernant les centres de santé. (Voir la circulaire http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/12/cir_37774.pdf)

Les 4 catégories listées ci-dessus (125 ; 130 ; 289 ; 439) et « assimilées » jusqu'alors aux centres de santé ont été fermées et leurs structures reclassées dans une catégorie unique n°124-Centres de santé, lorsqu'elles répondaient aux critères d'un centre de santé au sens de l'article L. 6323-1 du CSP (voir page 3 de la circulaire).

Les structures ne répondant pas à ces critères ont été reclassées dans d'autres catégories.

Les structures pour lesquelles on ne pouvait se prononcer ont été laissées dans les anciennes catégories dans l'attente de reclassement (ou fermeture si plus d'activité).

Un certain nombre d'établissements préexistant dans les 4 catégories assimilées CDS n'étant en réalité pas des CDS, il existe donc des écarts de comptage entre 2014 et 2015.

A partir de 2015 sont ainsi décomptés :

- **toute activité confondue** : les établissements de catégorie 124-Centres de santé + les établissements des anciennes catégories 125 ; 130 ; 289 ; 439 (assimilées CDS) qui ne sont alors pas reclassés (Il est probable qu'une partie de ces centres-là ne sont en réalité pas des centres de santé, distinction des comptages).

Exemple au 01/01/2015 : 1720 (+158) = 1720 centres de santé de catégorie 124 + 158 établissements des 4 anciennes catégories.

- **centres de santé dentaires** : les établissements de la nouvelle catégorie 124-Centres de santé qui ont une activité dentaire unique -soit parce que l'activité le dit, soit parce que la raison sociale le dit (*) + les établissements de catégorie 125-Centres de santé dentaire qui ne sont alors pas reclassés (Il est probable qu'une partie de ces centres-là ne sont en réalité pas des centres de santé au sens du CSP, distinction des comptages).

(*) *Certains centres de santé dont l'activité n'est pas enregistrée dans FINESS en tant qu'activité dentaire unique sont pourtant libellés du type « CENTRE DE SANTE DENTAIRE », ils sont donc comptabilisés ici (entre 5 et 10% du total) en supposant que l'activité est mal enregistrée dans FINESS.*

Exemple au 01/01/2015 : 632 (+20) = 632 centres de santé de catégorie 124 faisant du dentaire unique + 20 centres de santé dentaire de l'ancienne catégorie 125.

Sur les créations : nouveaux centres enregistrés

	En 2011	En 2012	En 2013	En 2014	En 2015	Du 01/01/2016 au 01/11/2016
Création de centres de santé dentaires	20	22	51	41	38	48

Parmi les 726 centres de santé dentaire actuels (voir premier tableau), sont décomptés les centres ayant ouvert entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre de chaque année soit :

- 01/01/201n <=date d'ouverture<=31/12/201n pour les colonnes 2011 à 2015
- 01/01/2016 <=date d'ouverture<=18/11/2016 pour la dernière colonne.

ANNEXE 3 : LISTE DES PRINCIPAUX REFERENTIELS PROFESSIONNELS ET DES RECOMMANDATIONS MEDICALES, NOTAMMENT DE LA HAS

ANDEM (Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale), ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) et HAS (Haute Autorité de Santé)

2016

- ✓ Évaluation des prothèses plurales en extension (bridges cantilever) et des prothèses plurales collées (bridges collés)

2011

- ✓ Avis de la HAS sur le référentiel CNAMTS concernant la prise en charge par l'assurance maladie des soins d'orthopédie dento-faciale en fonction de la gravité des pathologies (Juillet 2011)

2010

- ✓ Stratégie de prévention de la carie dentaire (Mars 2010)
- ✓ Cancers des voies aéro-digestives supérieures (Octobre 2010)
- ✓ Rapport d'évaluation technologique portant sur le traitement implantoprothétique de l'adulte atteint d'agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare
- ✓ Document d'avis portant sur la pose d'un appareillage en propulsion mandibulaire (actualisation)

2009

- ✓ Rapport d'évaluation technologique portant sur la restauration dentaire par matériau incrusté (inlay-core) (Juillet 2009)
- ✓ Rapport d'évaluation technologique portant sur la tomographie volumique à faisceau conique de la face (Décembre 2009)

2008

- ✓ Rapport d'évaluation technologique portant sur les conditions de réalisation des actes d'implantologie orale : environnement technique (Juillet 2008)
- ✓ Rapport d'évaluation technologique portant sur le traitement endodontique (Septembre 2008)

2007

- ✓ Pose d'un appareil en propulsion mandibulaire (Evaluation pour inscription CCAM) (Juillet 2007)
- ✓ Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical ou paramédical (Juin 2007)
- ✓ Rapport d'évaluation technologique portant sur les prothèses dentaires à infrastructure céramique (Décembre 2007)

2006

- ✓ Rapport d'évaluation technologique portant sur le traitement des agénésies dentaires multiples liées aux dysplasies ectodermiques ou à d'autres maladies rares (chez l'enfant)
- ✓ Recommandations pour les professionnels de santé : Guide des indications et procédures des examens radiologiques en odonto-stomatologie
- ✓ Rapport d'évaluation technologique portant sur la pose d'une prothèse amovible définitive complète

- ✓ Rapport d'évaluation technologique portant sur la pose d'une prothèse amovible de 3 à 10 dents en denture temporaire, mixte, ou permanente, incomplète
- ✓ Rapport d'évaluation technologique portant sur la pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique
- ✓ Rapport d'évaluation technologique portant sur la pose d'une prothèse amovible de transition complète uni-maxillaire à plaque base résine
- ✓ Rapport d'évaluation technologique portant sur le bilan de dysmorphose dento-maxillo-faciale

2005

- ✓ Rapport d'évaluation technologique portant sur l'ostéoplastie soustractive
- ✓ Rapport d'évaluation technologique portant sur l'exérèse d'hypertrophie gingivale ou de crête flottante
- ✓ Rapport d'évaluation technologique portant sur la gingivectomie
- ✓ Rapport d'évaluation technologique portant sur l'amputation et/ou séparation radiculaire ou coronoradiculaire d'une dent
- ✓ Prévention et traitement de la douleur postopératoire en chirurgie buccale - novembre 2005
- ✓ Indication et contre-indication de l'anesthésie générale pour les actes courants d'odontologie et de stomatologie (Juin 2005)
- ✓ Prévention et traitement de la douleur postopératoire en chirurgie buccale (Novembre 2005)
- ✓ Appréciation du risque carieux et indications du scellement prophylactique des sillons des premières et deuxièmes molaires permanentes chez les sujets de moins de 18 ans (Novembre 2005)

2003

- ✓ Indications et contre-indications des reconstitutions corono-radiculaires pré-prothétiques coulées et insérées en phase plastique. (Octobre 2003)
- ✓ Critères d'aboutissement du traitement d'orthopédie dento-faciale (Décembre 2003)

2002

- ✓ Parodontopathies : diagnostic et traitements (Mai 2002)
- ✓ Indications de l'orthopédie dento-faciale et dento-maxillo-faciale chez l'enfant et l'adolescent (Juin 2002)
- ✓ Prophylaxie de l'endocardite infectieuse : révision de la conférence de consensus de Mars 1992 - Paris (2002)

2000

- ✓ Le dossier du patient en Odontologie (Mai 2000)

1996

- ✓ Recommandations et Références Dentaires (Radiodiagnostic sur les deux arcades, et traitement endodontique, prescription d'antibiotiques, parodontite et chirurgie) (1996)

1. Référentiels d'auto-évaluation des pratiques en odontologie (ANAES - HAS - ADF)

2006

- ✓ Dossier du patient en odontologie (Janvier 2006 HAS-ADF)

2004

- ✓ Information et consentement du patient majeur et non sous tutelle dans le cadre de l'exercice libérale de la chirurgie dentaire (Novembre 2004 - ANAES-ADF)
- ✓ Stérilisation des dispositifs médicaux : la conduite des cycles de stérilisation (Décembre 2004 ANAES-ADF)
- ✓ Dépistage orthodontique en denture temporaire et/ou en denture mixte, des anomalies fonctionnelles, dentaires et occlusales. (Décembre 2004 ANAES-ADF)

**PIECE JOINTE N°1 :
JURISPRUDENCE DE LA COSEM**

La COSEM Conclusions du rapporteur

2450

JURISPRUDENCE COMMENTÉE

• • •

Aux termes du paragraphe 42 de l'article 4 de l'accord du 23 septembre 2006, dans sa rédaction issue du point 31 de l'article 3 de l'avenant signé le 25 février 2008: «Un ressortissant sénégalais en situation irrégulière en France peut bénéficier, en application de la législation française, d'une admission exceptionnelle au séjour se traduisant par la délivrance d'une carte de séjour temporaire portant: - soit la mention "salarié" s'il exerce l'un des métiers mentionnés dans la liste figurant en annexe IV de l'accord et dispose d'une proposition de contrat de travail; / - soit la mention "vie privée et familiale" s'il justifie de motifs humanitaires ou exceptionnels».

L'article L. 313-14 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, inséré au sein d'une septième sous-section intitulée «L'admission exceptionnelle au séjour» de la deuxième section du chapitre III du titre I^{er} du livre III de la partie législative de ce code, dispose, en son premier alinéa, que: «La carte de séjour temporaire mentionnée à l'article L. 313-11 ou la carte de séjour temporaire mentionnée au 1^{er} de l'article L. 313-10 peut être délivrée, sauf si sa présence constitue une menace pour l'ordre public, à l'étranger ne vivant pas en état de polygamie dont l'admission au séjour répond à des considérations humanitaires ou se justifie au regard des motifs exceptionnels qu'il fait valoir, sans que soit opposable la condition prévue à l'article L. 311-7».

3. Les stipulations du paragraphe 42 de l'accord du 23 septembre 2006, dans sa rédaction issue de l'avenant signé le 25 février 2008, renvoyant à la législation française en matière d'admission exceptionnelle au séjour des ressortissants sénégalais en situation irrégulière rendent applicables à ces ressortissants les dispositions de l'article L. 313-14 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile. Dès lors, le préfet, saisi d'une demande d'admission exceptionnelle au séjour par un ressortissant sénégalais en situation irrégulière, est conduit, par l'effet de l'accord du 23 septembre 2006 modifié, à faire application des dispositions de l'article L. 313-14 du code. [...]

SANTÉ PUBLIQUE

Pas de déclaration préalable pour les centres de santé

La loi Hôpital, patients, santé, territoires a supprimé l'agrément administratif auxquels étaient jusque-là soumis les centres de santé. Contrairement à ce que soutenaient l'agence régionale de santé, le tribunal administratif de Paris a jugé que ce régime préventif n'a pas été remplacé par un régime de déclaration préalable obligatoire. Les centres de santé ne sont donc plus soumis qu'à un contrôle *a posteriori* de la part des ARS.

Tribunal administratif de Paris, 23 octobre 2015,
Coordination des œuvres sociales et médicales (COSEM),
n° 1420852/6-1

SANTÉ PUBLIQUE - Système de santé - Centre de santé - Déclaration préalable - Agences régionales de santé - Compétence - Agrément des centres de santé

**CONCLUSIONS de Laurent Marthinet,
rapporteur public**

Centres de santé

Les centres de santé constituent une catégorie d'établissements médico-sociaux définie à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique (CSP). Aux termes de cet article, «les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours» et ils assurent, notamment, «des activités de soins sans hébergement». Il s'agit là de la dernière version en date d'une définition ayant régulièrement évolué au fil des ans. Somme toute, de manière rapide et efficace, autant vous présenter ces «centres de santé» comme la dénomination nouvelle et officielle des anciens dispensaires.

Un régime de déclaration préalable

Avant d'en venir aux faits de l'espèce, il nous semble utile de procéder à un bref historique des aménagements auxquels a été soumise la liberté d'ouverture et de fonctionnement de ces établissements au cours des dernières décennies. Et nous voulons commencer par souligner que la liberté d'ouvrir et d'exploiter un centre de santé nous apparaît comme une simple déclinaison de la liberté d'entreprendre, liberté dont les aménagements ont déjà donné lieu à une jurisprudence abondante.

Ainsi, jusqu'à la loi du 21 juillet 2009, dite «loi HPST» (Hôpital, patients, santé, territoires), les centres de santé étaient, en application du 3^e alinéa de l'article L. 6323-1 du CSP, soumis à l'agrément de l'autorité administrative. Le régime de liberté applicable était alors celui de l'autorisation préalable, parfois qualifié de régime «préventif».

La loi HPST a donné lieu à une réécriture complète de cet article du CSP. La modification la plus spectaculaire ayant affecté cet article consiste en une suppression pure et simple de l'agrément des centres de santé. Cette suppression figurait déjà dans le projet de loi, sans que l'exposé des motifs n'en donne aucune justification. Une contrepartie à cette suppression apparaît cependant au 5^e alinéa de l'article L. 6323-1 du CSP, dans sa rédaction issue de la loi HPST, aux termes duquel les centres de santé seront désormais «soumis pour leur activité à des conditions techniques de fonctionnement prévues par décret». Le nouveau texte prévoit, par ailleurs, l'obligation, pour les centres de santé, d'élaborer «un projet de santé incluant des dispositions tendant à favoriser l'accessibilité sociale, la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique».

Plus aucune condition préalable à l'ouverture des centres de santé ne figure donc, depuis l'adoption de la loi HPST, à l'article L. 6323-1 du CSP. Le contrôle exercé par l'administration sur les centres de santé semble ainsi, à la lecture de cet article, ne plus devoir s'exercer qu'*a posteriori*. Mais le législateur n'avait, au stade de la loi HPST, prévu aucun mécanisme de mise en œuvre de ce contrôle. Cet oubli a, par la suite, été réparé, la loi n° 2011-940 du 10 août 2011 ayant introduit à l'article L. 6323-1 du CSP un nouvel alinéa aux termes duquel un «décret prévoit [...] les conditions dans lesquelles, en cas de manquement compromettant la qualité et la sécurité des soins dans un centre de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé peut enjoindre au gestionnaire du centre d'y mettre fin dans un délai déterminé; en cas d'urgence tenant à la sécurité des patients ou de non-respect de l'injonction, prononce la suspension immédiate, totale ou partielle, de l'activité du centre, assortie d'une mise en demeure de prendre les mesures nécessaires; maintenir cette suspension jusqu'à ce que ces mesures aient pris effet».

Il nous reste encore à vous donner un aperçu des mesures réglementaires qui ont été prises en application de ces modifications législatives. Les conditions techniques de fonctionnement, auxquelles sont désormais soumis les centres de santé, et les modalités du contrôle *a posteriori* de ces établissements ont été introduites aux

N° 43/2015
AIDA
21 décembre 2015

SANTÉ PUBLIQUE

2451

HUI FIL DE LA SEMAINE

VIEILLE

ETUDES

CHRONIQUES

ACTUALITÉ LEGISLATIVE

JURISPRUDENCE COMMENTÉE

articles D. 6323-2 et suivants du CSP par un décret n° 2010-895 du 30 juillet 2010. Ce même décret accorde aux centres de santé qui avaient reçu un agrément précédemment à l'entrée en vigueur de la loi HPST un délai de six mois pour élaborer leur projet de santé, et un délai d'un an pour se conformer aux conditions techniques de fonctionnement prévues aux articles D. 6323-2 à D. 6323-9 du CSP. Il introduit, enfin, au CSP un article D. 6323-1 aux termes duquel « le contenu et les conditions d'élaboration des projets de santé mentionnés à l'article L. 6323-1 sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé ».

Cet arrêté, pris le même jour, fixe, comme prévu, le contenu et les conditions d'élaboration des projets de santé, mais aussi du règlement intérieur des centres de santé, et dispose que le projet de santé est porté « à la connaissance du directeur général de l'agence régionale de santé [ARS], lors de l'ouverture du centre et lorsqu'il fait l'objet de modifications portant notamment sur son activité, son implantation ou son gestionnaire. Le directeur général de l'ARS en accuse réception ».

Enfin, par une instruction du 19 décembre 2013 relative à l'enregistrement des centres de santé dans le fichier national des établissements sanitaires et sociaux, le FINESS, la ministre des affaires sociales et de la santé a précisé aux directeurs généraux des ARS que, « les centres de santé n'étant plus soumis à la délivrance d'un agrément par l'autorité administrative depuis la loi du 21 juillet 2009 [...] », c'est désormais l'accusé de réception du projet de santé qui est l'élément déclencheur de l'enregistrement dans FINESS et c'est la date d'émission de cet accusé de réception qui est retenue comme date d'autorisation ». Ces dispositions sont impératives et de portée générale et revêtent dès lors un caractère réglementaire. Ainsi donc, si l'on s'en réfère à cette instruction, c'est un régime de déclaration préalable – consistant plus précisément en une obligation de transmission préalable du projet de santé – qui est désormais applicable aux centres de santé. Et c'est par la mise en œuvre d'un tel régime que le directeur général de l'ARS a été amené à prendre les décisions litigieuses.

Venons-en maintenant aux faits de l'espèce.

Un centre de santé qui déménage... et se fait radier du FINESS

La COSEM, coordination des œuvres sociales et médicales, est une association régie par la loi de 1901, dont l'objet principal est de gérer des centres de santé. Trois d'entre eux sont situés à Paris, dont le centre Rome, qui était implanté rue de Rome, dans le 8^e arrondissement. Sous l'empire du régime préventif, ce centre exercait son activité sous couvert d'un agrément qui lui avait été délivré le 24 novembre 1981. En application du nouveau régime, issu de la loi HPST, le centre Rome a élaboré un projet de santé dont l'ARS d'Ile-de-France a accusé réception le 24 janvier 2011.

En 2013 – loin d'être anecdotique, cela nous semble avoir joué un rôle déterminant dans la suite des événements – une inspection sanitaire a été diligentée, suite à un signalement, dans les locaux des centres de santé gérés par la COSEM, et a donné lieu à la rédaction d'un rapport, transmis au directeur général de l'association par le directeur général de l'ARS d'Ile-de-France le 9 octobre 2013. Le rapport d'inspection était, à cette occasion, accompagné d'une lettre par laquelle le directeur général de l'ARS demandait à la COSEM de lui faire parvenir, le 1^{er} janvier 2014 au plus tard, et pour chacun des centres de santé gérés par l'association, un projet de santé et un règlement intérieur actualisés au regard des recommandations formulées par la mission d'inspection. Cette exigence nous laisse perplexe, car elle ne nous semble pouvoir s'appuyer sur aucune disposition du CSP. En revanche, comme nous l'avons vu, le directeur général de l'ARS aurait pu enjoindre

au gestionnaire du centre de mettre fin aux désordres constatés et, en cas d'urgence tenant à la sécurité des patients ou de non-respect de l'injonction, prononcer la suspension immédiate de l'activité du centre. Or le directeur général de l'ARS, bien qu'il semble que les conclusions du rapport d'inspection eussent pu le justifier, n'a pas souhaité mettre en œuvre cette procédure.

Par un courrier du 14 novembre 2013, le directeur général de la COSEM a informé l'ARS que, « conformément à la procédure déclarative prévue pour une modification d'implantation d'un centre de santé », il entendait « rappeler » (l'information avait déjà été donnée dans le projet de santé de 2011) à l'ARS le prochain transfert de la totalité des activités et du personnel du centre Rome vers un nouvel établissement, nommé centre de santé Auber, également géré par l'association. Ce courrier annonçait, par ailleurs, qu'un nouveau projet de santé serait prochainement adressé à l'ARS. Ce nouveau projet a effectivement été communiqué à l'ARS par courrier du 26 novembre 2013.

S'en est suivie une longue procédure au cours de laquelle l'ARS a exigé de nombreux ajouts ou corrections à ce projet de santé, avant d'en accuser finalement réception le 2 avril 2014 seulement. Précisons au passage que nous ne sommes pas tout à fait certains que les informations et modifications exigées par l'ARS au cours de cette procédure n'aient pas excédé le cadre fixé par l'arrêté précédemment mentionné du 30 juillet 2010, et nous nous demandons si l'ARS n'a pas abusivement cherché à transformer un régime, interprété par elle comme étant un régime de déclaration préalable, en un régime s'apparentant de fait, en raison du contrôle exercé sur les documents transmis, à un régime d'autorisation. Il s'agit là d'un travers administratif bien connu (*v. R. Leterton, Libertés publiques, Daloz, 1^{re} partie - chap. II - section 3 § 2A*).

Entre-temps, le 23 janvier 2014, la COSEM avait pris contact avec le service de l'ARS en charge de la gestion du FINESS, pour demander qu'y soit modifiée l'adresse du centre Rome. Cette démarche n'avait alors rencontré aucun obstacle, et la COSEM produisit d'ailleurs au dossier une « fiche de situation au FINESS » portant la date du 23 janvier 2014 et faisant effectivement apparaître, pour le « centre médical et dentaire Rome », l'adresse du centre Auber, rue Boudreau. Cependant, la COSEM devait recevoir quelques jours plus tard, le 29 janvier, un courriel l'informant de ce que cette fiche de situation était « dénuée de valeur juridique », au motif que le centre Rome était considéré par l'ARS comme ayant cessé son activité le 8 décembre 2013, et que le centre Auber – considéré comme un nouveau centre et non comme une nouvelle implantation du centre Rome – ne pouvait être enregistré au FINESS avant que le directeur général de l'ARS eût accusé réception de son projet de santé et de son règlement intérieur.

C'est finalement à l'occasion de la délivrance de cet accusé de réception, en date du 2 avril 2014, et non du 9 décembre 2013 comme elle l'avait espéré, que la COSEM a réalisé que son centre Auber avait fonctionné entre ces deux dates sans être enregistré au FINESS. Or cet état de fait emporte de graves conséquences financières pour l'association requérante. Il semble, en effet, que l'enregistrement au FINESS conditionne les remboursements dont bénéficient les professionnels pratiquant le système du « tiers payant ». Et le centre Rome, devenu centre Auber, pratique – comme d'ailleurs tous les centres de santé, en vertu d'une obligation posée à l'article L. 6323-1 du CSP – la « délégation du paiement du tiers mentionné à l'article L. 322-1 du code de la sécurité sociale ». La radiation du centre Rome au 9 décembre 2013 et l'inscription du centre Auber à compter du 2 avril 2014 seulement ont, ainsi, eu pour effet de rendre impossible le remboursement, par l'assurance maladie, des avances consenties par le centre Auber au titre du tiers payant pour les soins pratiqués en son sein entre ces deux dates. Par ailleurs,

• • •

la COSEM soutient que la radiation du centre Rome aurait également bloqué des opérations de remboursement qui, bien que portant sur des soins pratiqués avant le 8 décembre 2013, ont été engagées postérieurement à cette date.

La COSEM vous demande, par sa requête, l'annulation de la décision, non formalisée, du directeur général de l'ARS d'Ile-de-France par laquelle le centre Rome a été radié du FINESS en raison d'une préfondue cessation d'activité au 8 décembre 2013. Ces conclusions sont quelque peu reformulées dans le mémoire en réplique, enregistré le 26 janvier 2015, par lequel la COSEM vous demande d'annuler la « décision du directeur général de l'ARS d'Ile-de-France par laquelle il a procédé au retrait de l'acte intervenu le 23 janvier 2014 pour l'enregistrement du changement d'adresse du centre Rome/Auber ». Or, il est douteux qu'une véritable décision faisant grief ait été prise le 23 janvier 2014, puis retirée le 29 janvier. Le courriel du 29 janvier 2014 nous semble devoir être interprété, non comme une décision de retrait, mais comme révélant, d'une part, une décision de radiation du centre Rome du FINESS et, d'autre part, un refus d'enregistrement du centre Auber à la date à laquelle il a commencé son activité. Ce sont donc ces décisions dont la COSEM doit être regardée comme vous demandant l'annulation.

Au-delà d'une simple inscription au FINESS du centre Rome, il est évident que l'association requérante entend, au terme de cette procédure, et si vous lui donnez raison, obtenir le remboursement, par l'assurance maladie, des sommes avancées entre le 9 décembre 2013 et le 2 avril 2014 au titre du « tiers payant ». Or, le lien entre l'inscription au FINESS d'un centre de santé et le remboursement des sommes avancées au titre du tiers payant pour les soins effectués au sein de ce centre – lien postulé par l'association requérante – n'est pas évident, de prime abord.

Le seul texte réglementaire en vigueur et relatif à ce fichier que nous avons pu trouver est un arrêté du 13 novembre 2013 « relatif à la mise en place d'un répertoire national des établissements sanitaires et sociaux », arrêté qui ne contient aucune disposition liant le remboursement par l'assurance maladie et l'inscription à ce fichier. Le code de la sécurité sociale (CSS) prévoit, pour sa part, en son article L. 162-32, que les caisses primaires d'assurance maladie versent aux centres de santé une subvention et que les centres de santé font bénéficier les assurés sociaux de la dispense d'avance de frais pour la part garantie par l'assurance maladie. Par ailleurs, l'article D. 162-24 du CSS prévoit que « le centre de santé transmet, avec sa demande de paiement, à l'organisme d'assurance maladie servant les prestations de base à l'assuré [...] les documents mentionnés à l'article R. 161-40 permettant la constatation des soins et conditionnant l'ouverture du droit au remboursement » et que « le règlement de la part garantie par la caisse d'assurance maladie est effectué directement auprès du centre de santé ». Enfin, aux termes de l'article D. 162-23 du CSS : « Il n'est accordé aucun remboursement par les caisses d'assurance maladie pour les malades soignés dans un centre de santé non agréé ».

Ces dernières dispositions sont troublantes. Doit-on en déduire la survie d'une forme d'agrément, qui resterait nécessaire en vue du remboursement par les caisses d'assurance maladie ? Nous vous proposons, pour notre part, de considérer que ces dispositions résultent d'un oubli de la loi HPST qui, procédant à la suppression de l'agrément prévu par le CSP, aurait également dû procéder à la suppression ou, à tout le moins, à la modification de cet article du CSS. L'agrément des centres de santé n'existant plus, nous vous proposons donc de considérer que cet article D. 162-23 du CSS est devenu inapplicable. En revanche, il résulte des autres articles du CSS que nous venons de vous citer que la qualification d'un établissement de soins comme « centre de santé », au sens de l'article L. 6323-1 du CSP, produit des effets juridiques, notamment

pour ce qui concerne les relations financières entre cet établissement et l'assurance maladie. Or, dès lors qu'il n'existe plus d'agrément des centres de santé, et dès lors que cette disparition n'a pas été compensée par l'instaration d'un régime de déclaration préalable obligatoire – car telle est notre interprétation des textes, nous y reviendrons en détail – l'inscription au FINESS nous apparaît finalement comme la seule procédure par laquelle un établissement de soins est susceptible d'être répertorié et connu de l'administration comme « centre de santé ».

Nous pensons donc qu'en regardant la COSEM comme demandant l'annulation, d'une part, de la décision du directeur général de l'ARS d'Ile-de-France de radier le centre Rome du FINESS et, d'autre part, du refus d'enregistrement à ce même fichier du centre Auber à la date à laquelle il a commencé son activité, vous donnerez tout son effet utile à cette requête.

Venons-en maintenant à l'examen au fond.

Le déménagement n'était qu'un transfert

L'analyse de la requête de la COSEM n'est pas aisée, et nous nous contenterons d'en reprendre ici les seuls arguments qui devraient, selon nous, vous conduire à annuler les décisions attaquées.

Ainsi la COSEM fait valoir qu'elle a régulièrement déclaré le transfert d'implantation du centre de santé Rome en adressant un projet de santé modifcatif à l'ARS le 26 novembre 2013, et que l'ARS ne pouvait donc regarder ce transfert comme consistant en une cessation d'activité suivie de l'ouverture d'un nouveau centre. Elle fait également valoir que les textes ne prévoient pas que la notification d'un projet de santé modifcatif doive nécessairement précéder toute mise en œuvre des modifications dont il est question, et que rien ne s'opposait à ce qu'un simple changement d'adresse soit légalement enregistré dans le FINESS. Un léger exercice de requalification nous conduit à identifier, au travers de ces arguments, deux moyens : d'une part, l'erreur commise par le directeur général de l'ARS d'Ile-de-France en regardant le centre Auber comme un nouveau centre de santé et, d'autre part, celle ayant consisté à conditionner l'inscription au FINESS du centre Auber à la délivrance d'un accusé de réception de son projet de santé.

L'analyse, tant des faits que des textes, vous conduira sans aucun doute à considérer que l'ouverture du centre Auber a consisté en un simple transfert du centre Rome vers de nouveaux locaux, et non en l'ouverture d'un nouveau centre de santé. Le centre Rome ne peut donc être regardé comme ayant cessé son activité au 8 décembre 2013. Il ressort, en effet, des pièces du dossier que la fermeture du centre de santé Rome et l'ouverture concomitante du centre Auber ont donné lieu, et l'ARS ne le conteste pas, à un transfert complet des activités et du personnel du premier centre vers le second, les seules modifications ayant consisté, d'une part, en un changement d'implantation et, d'autre part, en un projet de création de deux nouvelles activités. Par ailleurs, l'arrêté du 30 juillet 2010, pris pour l'application de l'article D. 6323-1 du CSP, prévoit lui-même la possibilité de recourir à un simple projet de santé « modifcatif » en cas, notamment, de changement d'activité ou d'implantation. Le ministre, par cet arrêté, a ainsi admis que des modifications de ce type ne peuvent, en principe, déboucher sur la naissance d'un centre de santé nouveau. L'entité résultant de ces modifications est donc la même que celle qui les a précédées.

L'erreur ainsi commise peut paraître grossière et une partie de l'argumentation développée par l'ARS nous conduit à nous interroger quant à la possible existence de mobiles plus ou moins cachés. L'ARS expose, en effet, dans son mémoire en défense, que

si son service de gestion du FINESS a, comme nous l'avons déjà relaté, accepté, le 23 janvier 2014, par erreur, de modifier dans ce fichier l'adresse du centre Rome et, ce faisant, d'attribuer au centre Auber le numéro d'enregistrement au FINESS préalablement attribué au centre Rome, c'est uniquement parce que ce service ignorait « le contexte de l'inspection » précédemment mentionnée. L'ARS établit ainsi clairement un lien entre les décisions litigieuses et les suites de cette inspection. Il nous semble, dès lors, hautement probable que le directeur général de l'ARS, n'ayant pas souhaité mettre en œuvre, à la suite de l'inspection des centres de santé de la COSEM, la procédure précédemment mentionnée d'injonction/suspension légalement prévue en cas de manquement compromettant la qualité et la sécurité des soins, a cherché, en regardant le transfert du centre Rome comme une cessation d'activité et en retardant l'enregistrement du projet de santé du centre Auber, à obtenir de la COSEM qu'elle modifie son projet de santé dans le sens exigé par son courrier précédemment mentionné du 9 octobre 2013. L'objectif ainsi poursuivi était sans doute louable, mais la méthode, illégale.

Le régime de déclaration préalable n'existe pas

Le premier moyen de la COSEM est donc fondé, mais cela ne nous semble pas suffisant pour entraîner l'annulation des décisions attaquées. L'ARS fait, en effet, valoir, dans ses écritures, que toute modification de l'organisation d'un centre de santé ou de ses activités doit donner lieu à l'élaboration d'un projet de santé modificatif, dont son directeur général doit accuser réception. Elle fait valoir, en outre, que la conservation du numéro FINESS ne saurait être possible que dans le cas où le projet de santé et le règlement intérieur modificatifs ont donné lieu à la délivrance d'un accusé de réception préalablement à la mise en œuvre effective des modifications et donc, en l'espèce, préalablement au changement d'implantation. Par la même, l'ARS soutient que, quand bien même il y aurait eu continuité entre le centre Rome et le centre Auber, elle n'avait d'autre choix que de radier ce centre de santé du FINESS dès lors que l'obligation de procéder à une déclaration préalable du projet de santé modificatif n'avait pas été respectée.

Ainsi l'ARS considère que le régime applicable aux centres de santé est, depuis la suppression de l'accrément, un régime de déclaration préalable obligatoire, et que cette déclaration préalable s'impose également dans le cas où un centre de santé entend modifier au moins l'une des données devant obligatoirement figurer sur son projet de santé. Ce faisant, l'ARS comunit, selon nous, une seconde erreur.

Comme nous l'avons signalé, la loi HPST a supprimé l'ancien régime préventif, et le nouvel article L. 6323-1 du CSP ne fait nulle mention explicite d'un quelconque régime de déclaration préalable. S'il prévoit, certes, que les centres de santé élaborent un projet de santé, il ne fait pas explicitement de cette élaboration une condition préalable à l'enregistrement de l'établissement concerné, dans le FINESS, en qualité de « centre de santé ». Tout au plus un défaut de transmission du projet de santé d'un établissement pourrait-il donner lieu à une injonction dans le cadre de la procédure déjà mentionnée, prévue, également à l'article L. 6323-1 du CSP, en cas de « manquement compromettant la qualité et la sécurité des soins ».

Nous nous sommes cependant demandé si une obligation de déclaration préalable ne pourrait pas être regardée comme résultant nécessairement de l'instauration d'une telle procédure de contrôle *a posteriori*. Pour que ce contrôle puisse être effectivement assuré, encore faut-il, en effet, que l'administration ait connaissance d'une liste des centres de santé en activité. Mais,

d'une part, s'agissant d'une éventuelle restriction apportée à l'exercice d'une liberté publique, il nous semble que les dispositions l'instituant devraient, le cas échéant, être explicites. On pourrait, certes, objecter que la transmission du projet de santé n'apparaît pas nécessairement comme un préalable obligatoire à l'ouverture du centre de santé, mais pourrait n'être nécessaire qu'en vue de son inscription au FINESS, et que cette transmission ne revêtirait pas, dès lors, le caractère d'une limitation apportée à la liberté d'entreprendre. Si nous prenons en considération, toutefois, l'obligation faite aux centres de santé de pratiquer le tiers payant, et si l'inscription au FINESS constitue bien, pour ces centres, un préalable obligatoire pour pouvoir obtenir de l'assurance maladie le remboursement des sommes avancées au titre du tiers payant, alors un défaut d'inscription au FINESS représente, dans la pratique, un obstacle rédhibitoire au fonctionnement de ces établissements. D'autre part, il est un moyen pour l'ARS de connaître l'ensemble des centres de santé en activité dans son ressort : il suffit à son personnel de consulter le FINESS, fichier dont l'ARS assure elle-même la gestion pour ce qui concerne les établissements sanitaires. Car, quand bien même aucun texte ne semble explicitement contraindre les centres de santé à demander leur inscription à ce fichier, ceux-ci, comme nous venons de le montrer, ne peuvent, dans la pratique, fonctionner sans y être répertoriés.

Le régime de déclaration préalable obligatoire par transmission du projet de santé – auquel se réfèrent l'ARS d'Ile-de-France et la ministre des affaires sociales et de la santé, dans l'instruction précédemment mentionnée du 19 décembre 2013 – ne résulte donc pas de dispositions législatives. Or, en vertu de l'article 34 de la Constitution, la loi fixe les « règles concernant les garanties fondamentales accordées aux citoyens pour l'exercice des libertés publiques ». L'instauration d'une autorisation préalable ne peut donc, en principe, relever que de la loi. Ne voyant, entre l'autorisation préalable et la déclaration préalable, qu'une différence de degré, et non de nature, nous pensons donc qu'une déclaration préalable ne peut, elle-même, procéder que de la loi (V. T. M'Saidi, *La déclaration administrative préalable à l'exercice d'une activité*, AJDA 2013, 514).

La jurisprudence admet tout de même la possibilité d'une habilitation du pouvoir réglementaire par la loi aux fins de procéder à un aménagement d'une liberté publique (v. CE 16 déc. 1988, n° 75544, *Association des pêcheurs aux filets et engins Guyane, île et Corse et Dordogne maritimes*, Lebon ; D. 1990, 201, note F. Llorens et P. Soler-Coutau, et CE 7 juil. 2004, n° 155136). Mais nous ne voyons aucune disposition de l'article L. 6323-1 du CSP qui puisse être regardée comme une telle habilitation. Le Premier ministre n'est donc pas compétent pour instaurer un régime de déclaration préalable applicable aux centres de santé, et d'ailleurs il ne l'a pas fait. On cherchera, en effet, en vain, au CSP, une disposition réglementaire instaurant un régime de ce type.

En réalité, les dispositions sur lesquelles se fonde le directeur général de l'ARS, pour déduire l'existence d'un régime de déclaration préalable, se trouvent à l'arrêté du 30 juillet 2010 relatif au projet de santé et au règlement intérieur des centres de santé mentionnés aux articles D. 6323-1 et D. 6323-9 du CSP. Mais ces dispositions se bornent à prévoir que le projet de santé et le règlement intérieur des centres de santé sont portés à la connaissance du directeur général de l'ARS lors de l'ouverture du centre ou en cas de modifications portant notamment sur l'activité, l'implantation ou le gestionnaire du centre, et que le directeur général de l'ARS en accuse réception. Il est loin d'être évident que de telles dispositions puissent suffire à définir un régime de déclaration préalable obligatoire. Le texte ne dit rien des conséquences d'une absence de transmission du projet de santé ou du règlement intérieur. Il ne subordonne non plus, explicitement du moins, aucun droit à

• • •

l'accomplissement de cette formalité. Il nous semble donc abusif de déduire de ces seules dispositions l'existence d'un régime de déclaration préalable.

En tout état de cause, et plus fondamentalement, le ministre a pris cet arrêté en vertu d'une délégation du pouvoir réglementaire que le Premier ministre ne lui a accordée qu'aux fins de fixer « le contenu et les conditions d'élaboration » des projets de santé et règlements intérieurs des centres de santé. L'institution d'un régime de déclaration préalable obligatoire de ces deux documents sort manifestement du cadre fixé par cette délégation. Et ce cadre n'aurait d'ailleurs pu légalement inclure la possibilité d'instaurer un régime de déclaration préalable, le Premier ministre n'ayant lui-même pas été habilité pour ce faire par le législateur. Ainsi, quand bien même vous estimeriez que l'arrêté du 30 juillet 2010 instaure effectivement un tel régime, il vous appartiendrait de relever d'office le moyen tiré de l'ilégalité de ces dispositions, en tant qu'elles prévoient une obligation de déclaration préalable, du fait de l'incompétence du ministre.

Reste l'instruction du 19 décembre 2013. Celle-ci ne nous semble pas pouvoir être regardée comme purement interprétative. On peut, en effet, y lire, sans que cela soit explicitement présenté comme une simple interprétation des dispositions de l'arrêté du 30 juillet 2010, que « c'est désormais l'accusé de réception du projet de santé qui est l'élément déclencheur de l'enregistrement dans le FINESS et c'est la date d'émission de cet accusé de réception qui est retenue comme la date d'autorisation ». Ces dispositions, qui, nous l'avons déjà dit, revêtent un caractère réglementaire, nous semblent présentées par l'ARS comme l'une des bases légales des décisions attaquées. Et il ne nous sera, cette fois, pas possible de considérer que cette instruction n'instaure pas explicitement un régime de déclaration préalable obligatoire. Toutefois, tout comme nous l'avons déjà relevé au sujet de l'arrêté du 30 juillet 2010, la ministre des affaires sociales et de la santé était incomptente pour fixer une règle de ce type. Vous pourrez donc, si vous estimatez que le directeur général de l'ARS a effectivement entendu se fonder sur ce texte, en écarter l'application du fait de l'incompétence de son auteur. Mais il vous faudra, pour cela, préalablement informer les parties de ce que ce moyen est susceptible d'être relevé d'office. Cela n'ayant pas été fait, vous devrez, si vous entendez suivre notre raisonnement, renvoyer cette affaire à une date ultérieure et informer les parties du moyen tiré de l'incompétence de la ministre pour instaurer, par voie de circulaire, une obligation de transmission du projet de santé, préalable obligatoire à l'inscription d'un centre de santé au FINESS.

Ainsi, et contrairement à ce que soutient l'ARS, l'enregistrement d'un centre de santé dans le FINESS n'est pas soumis à la déclaration préalable de son projet de santé et de son règlement intérieur. De la même manière, le maintien du numéro FINESS d'un centre déjà enregistré ne peut, en cas de modifications envisagées au sein de cet établissement, être conditionné par la communication préalable d'un projet de santé et d'un règlement intérieur modificatifs.

Vous pourrez donc accueillir le moyen tiré de cette seconde illégalité, et annuler les décisions attaquées.

JUGEMENT

Sur la nature de la décision attaquée:

1. Considérant que les centres de santé sont, aux termes des dispositions de l'article L. 6323-1 du code de la santé publique, dans sa version résultant 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,

des structures sanitaires de proximité, créées et gérées notamment par des organismes à but non lucratif et dispensant principalement des soins de premier recours; qu'ils assurent, en application de ces dispositions, des activités de soins sans hébergement et pratiquent, à ce titre, la délégation du paiement du tiers mentionné à l'article L. 322-1 du code de la sécurité sociale, en application duquel: « La part garantie par la caisse primaire d'assurance maladie [...] est remboursée soit directement à l'assuré [...], soit à l'organisme ayant reçu délégation de l'assuré dès lors que les soins ont été dispensés par un établissement ou un praticien ayant passé convention avec cet organisme, et dans la mesure où cette convention respecte la réglementation conventionnelle de l'assurance maladie [...]»;

2. Considérant qu'aux termes de l'article 1^{er} de l'arrêté du 13 novembre 2013 relatif à la mise en place d'un répertoire national des établissements sanitaires et sociaux: « Les ministres chargés de la santé et de l'action sociale mettent en place un répertoire national des établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux dénommé FINESS dont les finalités sont de: 1. Disposer d'informations précises et mises à jour en continu sur les établissements et services des secteurs sanitaire, médico-social et social et ceux de formation aux professions de ces secteurs, soumis à autorisation préalable en application des dispositions du code de la santé publique et du code de l'action sociale et des familles. 2. Constituer un référentiel, partagé par l'ensemble des acteurs des domaines sanitaire, médico-social et social. 3. Mettre ces informations à la disposition du public et des organismes qui en font la demande »; qu'aux termes de l'article 5 de cet arrêté: « Les données sont enregistrées dans le répertoire FINESS selon l'une ou l'autre des procédures suivantes: - dans les guichets d'enregistrement situés dans les agences régionales de santé [...] au vu des décisions d'autorisation, de création, de transformation ou d'extension des établissements ou de l'arrêt de leur activité [...] » et qu'aux termes de son article 7: « Le service gestionnaire du répertoire FINESS est la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. A ce titre, cette direction assure la gestion opérationnelle du répertoire et le maintien en condition opérationnelle des outils informatiques nécessaires à la mise en œuvre des services de mises à jour, de consultation et d'extraction de données »;

3. Considérant que l'association Coordination des œuvres sociales et médicales (COSEM) qui a pour activité la gestion de centres de santé à Paris a transféré l'activité du centre de santé qu'elle exploitait rue de Rome, qui a cessé son activité le 7 décembre 2013, au centre de santé Auber, situé rue Boudreau qui a démarré son activité le 9 décembre 2013; qu'elle a informé l'agence régionale de santé d'Ile-de-France de ce changement d'implantation par courrier du 14 novembre 2013, puis lors de l'envoi, par courrier du 26 novembre 2013, d'un projet de santé modificatif; qu'elle demande au tribunal d'annuler la décision par laquelle l'agence régionale de santé a radié, à compter du 8 décembre 2013, le centre Rome du fichier national des établissements sanitaires et sociaux, puis, dans le dernier état de ses écritures, d'annuler la décision par laquelle cette autorité aurait retiré l'acte intervenu le 23 janvier 2014 pour l'enregistrement du changement d'adresse du centre Rome;

4. Considérant qu'il ressort des pièces du dossier que si, à compter de l'entrée en vigueur de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 mentionnée plus haut, les centres de santé ne sont plus soumis à l'agrément préalable de l'autorité administrative, le remboursement, par l'assurance maladie, des soins dispensés par un centre de santé à des assurés sociaux ayant bénéficié d'une avance de frais est, pour des modalités d'organisation techniques, subordonné à l'enregistrement de ce centre dans le répertoire FINESS; que la décision non formalisée intervenue au cours du mois de janvier 2014, par laquelle l'agence régionale de santé a procédé à l'enregistrement, au répertoire FINESS, de la cessation d'activité du centre Rome avec effet rétroactif au 8 décembre 2013 sans accompagner cette mesure d'un enregistrement concomitant, dans ce même fichier, de l'ouverture, à la date du 9 décembre 2013, du centre Auber, a ainsi eu pour effet de priver l'association requérante du remboursement, par les organismes d'assurance maladie, des prestations servies à leurs assurés pour la période comprise entre le 9 décembre 2013 et le 2 avril 2014, date d'attribution au centre Auber d'un nouveau numéro d'identification au répertoire FINESS; que l'association COSEM doit être regardée comme demandant l'annulation de cette décision qu'il fait grief;

Sur la légalité de la décision attaquée:

5. Considérant que l'agence régionale de santé fait valoir, au support de sa décision, que l'ouverture du centre Auber aurait dû être précédée, pour que l'association COSEM puisse continuer de bénéficier d'un numéro d'enregistrement dans le répertoire FINESS, de la délivrance, par ses services d'un accusé de réception du projet de santé et du règlement intérieur de ce centre en vertu de l'article 1^{er} de l'arrêté du 30 juillet 2010 susvisé;

6. Considérant qu'il ressort toutefois des pièces du dossier que le changement d'implantation du centre de santé Rome au centre de santé Auber s'est accompagné, ainsi que ne le conteste d'ailleurs pas l'agence régionale de santé, d'un transfert complet des activités et du personnel de ce centre; que, le début d'activité du centre Auber constituant ainsi non l'ouverture d'un nouveau centre, mais la poursuite de l'activité du centre Roma, ce changement d'implantation ne pouvait être regardé comme une cessation d'activité du centre Roma et ce nonobstant l'adjonction d'activités de soins d'urgence et de soins esthétiques; que dès lors, en procédant à l'enregistrement d'une cessation d'activité du centre Roma dans le répertoire FINESS sans accompagner cette mesure d'un enregistrement concomitant, dans ce même répertoire, de l'ouverture, à la date du 9 décembre 2013, du centre Auber, l'agence régionale de santé d'Ile-de-France a inexistantem apprisé les faits et a, par suite, entaché sa décision d'ilégalité;

7. Considérant, au surplus, qu'aux termes de l'article L. 6323-1 du code de la santé publique: « [...] Les centres de santé élaborent un projet de santé incluant des dispositions tendant à favoriser l'accessibilité sociale, la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique. [...] »; qu'aux termes de l'article D. 6323-1 de ce code: « Le contenu et les conditions d'élaboration des projets de santé [...] sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé » et qu'aux termes de l'article 1^{er} de l'arrêté du 30 juillet 2010 relatif au projet de santé et au règlement intérieur des centres de santé mentionnés aux articles D. 6323-1 et D. 6323-9 du code de la santé publique « [...] 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. II. - Le projet de santé est arrêté par le gestionnaire du centre de santé qui associe l'ensemble des professionnels du centre et le porte à la connaissance du directeur général de l'agence régionale de santé, lors de l'ouverture du centre et lorsqu'il fait l'objet de modifications portant notamment sur son activité, son implantation ou son gestionnaire. Le directeur général de l'agence régionale de santé en accuse réception [...] »;

8. Considérant qu'aucune de ces dispositions, dont il ne résulte d'ailleurs nullement, contrairement à ce que soutient l'agence régionale de santé, qu'elles aient eu pour effet de soumettre l'activité des centres de santé à un régime de déclaration préalable, ne conditionne l'ouverture ou le changement d'implantation d'un tel établissement et la possibilité de bénéficier, via l'inscription correspondante dans le répertoire FINESS, des remboursements de soins dispensés aux assurés par délégation de paiement, à la délivrance d'un accusé de réception attestant que le projet de santé et le règlement intérieur du centre sont conformes aux dispositions du code de la santé publique;

9. Considérant qu'il résulte de ce qui précède que la décision par laquelle l'agence régionale de santé a enregistré une cessation d'activité du centre Roma dans le répertoire FINESS sans enregistrer concomitamment, dans ce même répertoire, l'ouverture, à la date du 9 décembre 2013, du centre Auber, doit être annulée;

Sur les conclusions aux fins d'injonction:

10. Considérant qu'en application de l'article L. 911-1 du code de justice administrative: « Lorsque sa décision implique nécessairement qu'une personne morale de droit public ou un organisme de droit privé chargé de la gestion d'un service public prenne une mesure d'exécution dans un sens déterminé, la juridiction, saisie de conclusions en ce sens, prescrit, par la même décision, cette mesure assortie, le cas échéant, d'un délai d'exécution »; que le présent jugement implique nécessairement que l'agence régionale de santé prenne toute mesure pour que l'immatriculation du centre Auber dans le répertoire FINESS, qui n'a été effectuée qu'à compter du 2 avril 2014, soit rétroactivement attribuée à ce centre à compter du 9 décembre 2013 afin, notamment, que puisse lui être assuré sans discontinuité le remboursement de ses actes et prestations jusqu'au 1^{er} avril 2014 inclus; qu'il y a lieu d'ordonner à l'administration d'y procéder dans le délai de quinze jours à compter de la notification du présent jugement;

DÉCIDE:

Article 1^{er}: La décision non formalisée par laquelle l'agence régionale de santé a enregistré la cessation d'activité du centre de santé Roma au répertoire FINESS à la date du 7 décembre 2013 sans enregistrer, dans ce même répertoire, l'ouverture, à la date du 9 décembre 2013, du centre Auber est annulée.

Article 2: Il est enjoint à l'agence régionale de santé d'Ile-de-France de prendre toute mesure pour que l'immatriculation du centre Auber dans le répertoire FINESS soit rétroactivement attribuée à ce centre à compter du 9 décembre 2013 dans le délai de quinze jours à compter de la notification du présent jugement. [...]

**TRIBUNAL ADMINISTRATIF
DE PARIS**

N°1420852/6-1

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

**ASSOCIATION COORDINATION DES ŒUVRES
SOCIALES ET MÉDICALES**

AU NOM DU PEUPLE FRANÇAIS

Mme Prevot
Rapporteur

Le Tribunal administratif de Paris

M. Marthinet
Rapporteur public

(6ème Section - 1ère Chambre)

Audience du 9 octobre 2015
Lecture du 23 octobre 2015

C+

61-09-02-01

Vu la procédure suivante :

Par une requête et un mémoire complémentaire, enregistrés respectivement le 29 septembre 2014 et le 26 janvier 2015, l'association Coordination des œuvres sociales et médicale (COSEM), représentée par la SCP BDA-Patrick Atlan, demande au tribunal :

1°) - d'annuler la décision par laquelle le directeur général de l'agence régionale de santé d'Ile-de-France a radié le centre Rome du fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) ;

2°) - d'enjoindre à l'agence régionale de santé d'Ile-de-France de prendre toutes mesures pour que l'immatriculation du centre Rome soit affectée au centre Auber pour tous les actes accomplis jusqu'à la date du 1^{er} avril 2014 inclus ;

L'association COSEM soutient que :

- elle a régulièrement déclaré le transfert d'implantation du centre de santé Rome en adressant un projet de santé modificatif à l'agence régionale de santé le 26 novembre 2013 ;

- la radiation du centre Rome a été faite en violation de la procédure prévue par les articles L. 6122-13 et R. 6122-40 du code de la santé publique ;

- la décision attaquée n'a pas été motivée ni notifiée, en violation de l'article 3 de la loi du 11 juillet 1979 et de l'article 8 de la loi du 17 juillet 1978 ;

- le transfert de l'activité du centre Rome au centre Auber était légal, en l'absence même d'un accusé de réception, par l'agence régionale de santé, du projet de santé et du règlement intérieur de ce nouveau centre ;

- l'agence régionale de santé a illégalement retiré l'enregistrement du transfert d'implantation du centre de santé Rome ;

Par un mémoire en défense et un mémoire complémentaire, enregistrés le 3 décembre 2014 et le 16 février 2015, le directeur général de l'agence régionale de santé d'Ile-de-France conclut au rejet de la requête.

Le directeur général de l'agence régionale de santé d'Ile-de-France fait valoir :

- que le transfert du centre Rome au centre Auber constituait une cessation d'activité du premier centre suivie de l'ouverture d'un nouveau centre dont elle il s'est borné à prendre acte à la date où elle est devenue effective ;

- que l'attribution d'un numéro d'immatriculation FINESS permettant au centre Auber de bénéficier du remboursement des prestations servies à ses assurés nécessitait la délivrance préalable, par ses services, de l'accusé de réception d'un projet de santé et d'un règlement intérieur conformes aux prescriptions de l'arrêté du 30 juillet 2010 ;

- que l'utilisation sans autorisation du numéro d'immatriculation FINESS du centre Rome pour l'activité du centre Auber, dans l'intervalle compris entre la fermeture du premier centre et la délivrance du récépissé au second centre, constituait une irrégularité.

Par une ordonnance en date du 27 février 2015, la clôture de l'instruction a été fixée au 23 mars 2015.

Un mémoire présenté par l'association COSEM a été enregistré le 1^{er} octobre 2015, postérieurement à la clôture de l'instruction.

Vu les autres pièces du dossier.

Vu :

- l'arrêté du 30 juillet 2010 relatif au projet de santé et au règlement intérieur des centres de santé mentionnés aux articles D. 6323-1 et D. 6323-9 du code de la santé publique ;

- l'arrêté du 13 novembre 2013 relatif à la mise en place d'un répertoire national des établissements sanitaires et sociaux ;

- le code de la santé publique ;

- le code de justice administrative.

Les parties ayant été régulièrement averties du jour de l'audience ;

Ont été entendus au cours de l'audience publique :

- le rapport de Mme Prévot ;
- les conclusions de M. Marthinet, rapporteur public ;
- et les observations de Me Thuet, représentant l'agence régionale de santé d'Île-de-France.

Sur la nature de la décision attaquée :

1. Considérant que les centres de santé sont, aux termes des dispositions de l'article L. 6323-1 du code de la santé publique, dans sa version résultant 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, des structures sanitaires de proximité, créées et gérées notamment par des organismes à but non lucratif et dispensant principalement des soins de premier recours ; qu'ils assurent, en application de ces dispositions, des activités de soins sans hébergement et pratiquent, à ce titre, la délégation du paiement du tiers mentionné à l'article L. 322-1 du code de la sécurité sociale, en application duquel : « *La part garantie par la caisse primaire d'assurance maladie (...) est remboursée soit directement à l'assuré (...), soit à l'organisme ayant reçu délégation de l'assuré dès lors que les soins ont été dispensés par un établissement ou un praticien ayant passé convention avec cet organisme, et dans la mesure où cette convention respecte la réglementation conventionnelle de l'assurance maladie (...)* » ;

2. Considérant qu'aux termes de l'article 1^{er} de l'arrêté du 13 novembre 2013 relatif à la mise en place d'un répertoire national des établissements sanitaires et sociaux : « *Les ministres chargés de la santé et de l'action sociale mettent en place un répertoire national des établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux dénommé FINESS dont les finalités sont de: 1. Disposer d'informations précises et mises à jour en continu sur les établissements et services des secteurs sanitaire, médico-social et social et ceux de formation aux professions de ces secteurs, soumis à autorisation préalable en application des dispositions du code de la santé publique et du code de l'action sociale et des familles. 2. Constituer un référentiel, partagé par l'ensemble des acteurs des domaines sanitaire, médico-social et social. 3. Mettre ces informations à la disposition du public et des organismes qui en font la demande.* » ; qu'aux termes de l'article 6 de cet arrêté : « *Les données sont enregistrées dans le répertoire FINESS selon l'une ou l'autre des procédures suivantes : — dans les guichets d'enregistrement situés dans les agences régionales de santé (...) au vu des décisions d'autorisation, de création, de transformation ou d'extension des établissements ou de l'arrêt de leur activité (...)* » et qu'aux termes de son article 7 : « *Le service gestionnaire du répertoire FINESS est la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. A ce titre, cette direction assure la gestion opérationnelle du répertoire et le maintien en condition opérationnelle des outils informatiques nécessaires à la mise en œuvre des services de mises à jour, de consultation et d'extraction de données* » ;

3. Considérant que l'association Coordination des œuvres sociales et médicales (COSEM) qui a pour activité la gestion de centres de santé à Paris a transféré l'activité du centre de santé qu'elle exploitait rue de Rome, qui a cessé son activité le 7 décembre 2013, au centre de santé Auber, situé rue Boudreau qui a démarré son activité le 9 décembre 2013 ; qu'elle a informé l'Agence régionale de santé d'Île-de-France de ce changement d'implantation par courrier du 14 novembre 2013, puis lors de l'envoi, par courrier du 26 novembre 2013, d'un projet de santé modificatif ; qu'elle demande au tribunal d'annuler la décision par laquelle l'agence régionale de santé a radié, à compter du 8 décembre 2013, le centre Rome du fichier

national des établissements sanitaires et sociaux, puis, dans le dernier état de ses écritures, d'annuler la décision par laquelle cette autorité aurait retiré l'acte intervenu le 23 janvier 2014 pour l'enregistrement du changement d'adresse du centre Rome ;

4. Considérant qu'il ressort des pièces du dossier que si, à compter de l'entrée en vigueur de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 mentionnée plus haut, les centres de santé ne sont plus soumis à l'agrément préalable de l'autorité administrative, le remboursement, par l'assurance maladie, des soins dispensés par un centre de santé à des assurés sociaux ayant bénéficié d'une avance de frais est, pour des modalités d'organisation techniques, subordonné à l'enregistrement de ce centre dans le répertoire FINESS ; que la décision non formalisée intervenue au cours du mois de janvier 2014, par laquelle l'agence régionale de santé a procédé à l'enregistrement, au répertoire FINESS, de la cessation d'activité du centre Rome avec effet rétroactif au 8 décembre 2013 sans accompagner cette mesure d'un enregistrement concomitant, dans ce même fichier, de l'ouverture, à la date du 9 décembre 2013, du centre Auber, a ainsi eu pour effet de priver l'association requérante du remboursement, par les organismes d'assurance maladie, des prestations servies à leurs assurés pour la période comprise entre le 9 décembre 2013 et le 2 avril 2014, date d'attribution au centre Auber d'un nouveau numéro d'identification au répertoire FINESS ; que l'association COSEM doit être regardée comme demandant l'annulation de cette décision qui lui fait grief ;

Sur la légalité de la décision attaquée :

5. Considérant que l'agence régionale de santé fait valoir, au support de sa décision, que l'ouverture du centre Auber aurait dû être précédée, pour que l'association COSEM puisse continuer de bénéficier d'un numéro d'enregistrement dans le répertoire FINESS, de la délivrance, par ses services d'un accusé de réception du projet de santé et du règlement intérieur de ce centre en vertu de l'article 1^{er} de l'arrêté du 30 juillet 2010 susvisé ;

6. Considérant qu'il ressort toutefois des pièces du dossier que le changement d'implantation du centre de santé Rome au centre de santé Auber s'est accompagné, ainsi que ne le conteste d'ailleurs pas l'agence régionale de santé, d'un transfert complet des activités et du personnel de ce centre ; que, le début d'activité du centre Auber constituant ainsi non l'ouverture d'un nouveau centre, mais la poursuite de l'activité du centre Rome, ce changement d'implantation ne pouvait être regardé comme une cessation d'activité du centre Rome et ce nonobstant l'adjonction d'activités de soins d'urgence et de soins esthétiques ; que dès lors, en procédant à l'enregistrement d'une cessation d'activité du centre Rome dans le répertoire FINESS sans accompagner cette mesure d'un enregistrement concomitant, dans ce même répertoire, de l'ouverture, à la date du 9 décembre 2013, du centre Auber, l'agence régionale de santé d'Ile-de-France a inexactement apprécié les faits et a, par suite, entaché sa décision d'illégalité ;

7. Considérant, au surplus, qu'aux termes de l'article L. 6323-1 du code de la santé publique : « (...) Les centres de santé élaborent un projet de santé incluant des dispositions tendant à favoriser l'accessibilité sociale, la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique. (...) » ; qu'aux termes de l'article D. 6323-1 de ce code : « Le contenu et les conditions d'élaboration des projets de santé (...) sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé » et qu'aux termes de l'article 1^{er} de l'arrêté du 30 juillet 2010 relatif au projet de santé et au règlement intérieur des centres de santé mentionnés aux articles D. 6323-1 et D. 6323-9 du code de la santé publique « I. – (...) 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. II. - Le projet de santé est arrêté par le gestionnaire du centre de santé qui associe l'ensemble des professionnels du centre et le porte à la connaissance du directeur général de l'agence régionale de santé, lors de l'ouverture du centre et lorsqu'il fait l'objet de modifications portant notamment sur son activité, son implantation ou son gestionnaire. Le directeur général de l'agence régionale de santé en accuse réception. » ;

8. Considérant qu'aucune de ces dispositions, dont il ne résulte d'ailleurs nullement, contrairement à ce que soutient l'agence régionale de santé, qu'elles aient eu pour effet de soumettre l'activité des centres de santé à un régime de déclaration préalable, ne conditionne l'ouverture ou le changement d'implantation d'un tel établissement et la possibilité de bénéficier, via l'inscription correspondante dans le répertoire FINESS, des remboursements de soins dispensés aux assurés par délégation de paiement, à la délivrance d'un accusé de réception attestant que le projet de santé et le règlement intérieur du centre sont conformes aux dispositions du code de la santé publique ;

9. Considérant qu'il résulte de ce qui précède que la décision par laquelle l'agence régionale de santé a enregistré une cessation d'activité du centre Rome dans le répertoire FINESS sans enregistrer concomitamment, dans ce même répertoire, l'ouverture, à la date du 9 décembre 2013, du centre Auber, doit être annulée ;

Sur les conclusions aux fins d'injonction :

10. Considérant qu'en application de l'article L. 911-1 du code de justice administrative : « *Lorsque sa décision implique nécessairement qu'une personne morale de droit public ou un organisme de droit privé chargé de la gestion d'un service public prenne une mesure d'exécution dans un sens déterminé, la juridiction, saisie de conclusions en ce sens, prescrit, par la même décision, cette mesure assortie, le cas échéant, d'un délai d'exécution.* » ; que le présent jugement implique nécessairement que l'agence régionale de santé prenne toute mesure pour que l'immatriculation du centre Auber dans le répertoire FINESS, qui n'a été effectuée qu'à compter du 2 avril 2014, soit rétroactivement attribuée à ce centre à compter 9 décembre 2013 afin, notamment, que puisse lui être assuré sans discontinuité le remboursement de ses actes et prestations jusqu'au 1^{er} avril 2014 inclus ; qu'il y a lieu d'ordonner à l'administration d'y procéder dans le délai de quinze jours à compter de la notification du présent jugement ;

D E C I D E :

Article 1^{er} : La décision non formalisée par laquelle l'agence régionale de santé a enregistré la cessation d'activité du centre de santé Rome au répertoire FINESS à la date du 7 décembre 2013 sans enregistrer, dans ce même répertoire, l'ouverture, à la date du 9 décembre 2013, du centre Auber est annulée.

Article 2 : Il est enjoint à l'agence régionale de santé d'Ile-de-France de prendre toute mesure pour que l'immatriculation du centre Auber dans le répertoire FINESS soit rétroactivement attribuée à ce centre à compter du 9 décembre 2013 dans le délai de quinze jours à compter de la notification du présent jugement.

Article 3 : Le présent jugement sera notifié à l'association Coordination des œuvres sociales et médicales et à l'agence régionale de santé d'Ile-de-France. Copie en sera communiquée à la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

Délibéré après l'audience du 9 octobre 2015, à laquelle siégeaient :

M. Wurtz, président,
M. Matalon, premier conseiller,
Mme Prévot, conseiller,

Lu en audience publique le 23 octobre 2015.

Le rapporteur,

Le président,

M. PREVOT

Ch. WURTZ

Le greffier,

A. LEMIEUX

La République mande et ordonne à la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes en ce qui la concerne ou à tous huissiers de justice ce requis en ce qui concerne les voies de droit commun contre les parties privées, de pourvoir à l'exécution de la présente décision.

**TRIBUNAL ADMINISTRATIF
DE PARIS**
7 rue de Jouy
75181 Paris cedex 04
Téléphone : 01.44.59.44.60
Télécopie : 01.44.59.46.46

Greffre ouvert du lundi au vendredi de
9h30 à 16h30

Dossier n° : 1420852/6-1
(à rappeler dans toutes correspondances)
COORDINATION DES OEUVRES SOCIALES ET
MEDICALES c/ AGENCE REGIONALE DE SANTE
ILE-DE-FRANCE

1420852/6-1

Monsieur le Directeur Général
AGENCE REGIONALE DE SANTE
ILE-DE-FRANCE
35 rue de la Gare
75935 PARIS CEDEX 19

NOTIFICATION DE JUGEMENT

Monsieur le Directeur Général,

J'ai l'honneur de vous adresser, ci-joint, l'expédition du jugement en date du 23/10/2015 rendu dans l'instance enregistrée sous le numéro mentionné ci-dessus.

La présente notification fait courir le délai d'appel qui est de 2 mois.

Si vous estimatez devoir faire appel du jugement qui vous est notifié, il vous appartient de saisir la COUR ADMINISTRATIVE D'APPEL, 68, rue François Miron 75004 PARIS d'une requête motivée **en joignant une copie de la présente lettre**.

A peine d'irrecevabilité, la requête en appel doit :

- être assortie d'une copie de la décision juridictionnelle contestée.
- être présentée par un avocat.

Je vous rappelle qu'aux termes de l'article R.751-4-1 du code de justice administrative, la notification de la décision par le moyen de l'application Télérecours aux administrations de l'Etat, aux personnes morales de droit public et aux organismes de droit privé chargés de la gestion d'un service public qui y sont inscrits est réputée reçue à la date de première consultation de la décision, certifiée par l'accusé de réception délivré par l'application informatique, ou, à défaut de consultation dans un délai de huit jours à compter de la date de mise à disposition de la décision dans l'application, à l'issue de ce délai. Cette notification ne fait pas obstacle à votre droit de demander ultérieurement la délivrance d'une expédition de la décision, en application de l'article R. 751-7.

Je vous prie de bien vouloir recevoir, Monsieur le Directeur Général, l'assurance de ma considération distinguée.

Le Greffier en Chef,
ou par délégation le Greffier,

NB. Dans le seul cas où le jugement rendu vous accorde partiellement ou totalement satisfaction, vous avez la possibilité d'user de la disposition de l'article L. 911-4 du code de justice administrative, aux termes duquel : "En cas d'inexécution d'un jugement définitif, la partie intéressée peut demander ... au tribunal administratif ... qui a rendu la décision d'en assurer l'exécution". Toutefois, en cas d'inexécution d'un jugement frappé d'appel, la demande d'exécution est adressée à la juridiction d'appel. Cette demande, sauf décision explicite du refus d'exécution opposé par l'autorité administrative, ne peut être présentée avant l'expiration d'un délai de 3 mois à compter de la notification du jugement. Toutefois, en ce qui concerne les décisions ordonnant une mesure d'urgence, et notamment un sursis à exécution, la demande peut être présentée sans délai. En application de l'article R. 811-5 du code de justice administrative les délais supplémentaires de distance prévus à l'article R. 421-7 du même code s'ajoutent aux délais prévus ci-dessus.

Grosses délivrées
aux parties le :

REPUBLIQUE FRANCAISE
AU NOM DU PEUPLE FRANCAIS

COUR D'APPEL DE PARIS

Pôle 4 - Chambre 9

ARRÊT DU 18 FÉVRIER 2016

(n° , pages)

Numéro d'inscription au répertoire général : **13/19101**

Décision déférée à la Cour : Jugement du 11 Septembre 2013 -Tribunal d'Instance de PARIS 5ème- RG n° 11-11-000326

APPELANTE

ASSOCIATION POUR LE DÉVELOPPEMENT DE L'ACCÈS AUX SOINS DENTAIRE (ADDENTIS) Association régie par la Loi du 1er juillet 1901, déclarée à la Préfecture de Police de PARIS le 28/10/2008 et publiée au Journal Officiel du 22/11/2008 sous l'annonce n°889 (p.5639), représenté par son Président, domicilié audit siège

9 rue notre Dame de Lorette
75008 PARIS

Représentée par Me Anne GRAPPOTTE-BENETREAU de la SCP GRAPPOTTE BENETREAU, avocats associés, avocat au barreau de PARIS, toque : K0111
Assistée de Me Daphné BES DE BERC de l'AARPI BGB ASSOCIES, avocat au barreau de PARIS, toque : P030

INTIMÉES

Association CONFÉDÉRATION NATIONALE DES SYNDICATS DENTAIRE (CNSD), agissant en la personne de son président en exercice domiciliée en cette qualité audit siège

54 rue Ampère
75017 PARIS

Représentée par Me Pascale FLAURAUD, avocat au barreau de PARIS, toque : K0090

LE CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES CHIRURGIENS DENTISTES, agissant poursuites et diligences de son Président en exercice, Monsieur Gilbert BOUTEILLE

22 rue Emile Ménier -BP2016
75761 PARIS Cedex 16

Représentée par et assistée de Me Marie VICELLI-GUILBERT, avocat au barreau de PARIS, toque : B0109

PARTIES INTERVENANTES :

FÉDÉRATION NATIONALE DES CENTRES DE SANTÉ (FNCS), représentée par son président dûment habilité à cet effet et domicilié audit siège
3/5 rue de Vincennes
93100 MONTREUIL

Représentée par Me Sandra OHANA de l'AARPI OHANA ZERHAT Cabinet d'Avocats,
toque : C1050
Représentée par Me Sara NOURI-MESHKATI substituant Me Jean-Louis VASSEUR
de la SCP SEBAN ET ASSOCIES, avocat au barreau de PARIS, toque : P0498

**SYNDICAT DES CHIRURGIENS DENTISTES DE SEINE SAINT DENIS,
agissant en la personne de son Président en exercice monsieur Didier SAMIN
3 allée de la Boétie
93270 SEVRAN**

Représentée par Me Pascale FLAURAUD, avocat au barreau de PARIS, toque : K0090
Assistée de Me Jean-Claude CHOCQUE du Cabinet ADAMAS , avocat au barreau de
PARIS, toque : L291

COMPOSITION DE LA COUR :

L'affaire a été débattue le 13 Janvier 2016, en audience publique, devant la Cour
composée de :

Monsieur Jean-Pierre GIMONET, Président de chambre
Mme Patricia GRASSO, Conseillère
Madame Françoise JEANJAQUET, Conseillère
qui en ont délibéré

Greffier, lors des débats : Madame Catherine MAGOT

ARRÊT :

- CONTRADICTOIRE

- par mise à disposition de l'arrêt au greffe de la Cour, les parties en ayant été
préalablement avisées dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article 450 du
code de procédure civile.

- signé par Monsieur Jean-Pierre GIMONET, président et par Madame Catherine
MAGOT, greffière à laquelle la minute de la décision a été remise par le magistrat
signataire.

L'association pour le développement de l'accès aux soins dentaires (ADDENTIS),
association régie par les dispositions de la loi du 1^{er} juillet 1901 créée en octobre 2008 dont
l'objet est la gestion de centres de santé dentaires, a créé dans le département de la Seine
Saint Denis trois centres, le centre du MOULIN, à Bondy qui a ouvert en septembre 2009,
ouverture dont le journal LE PARISIEN, la revue REFLETS et les autres médias,
notamment lors de l'émission de télévision CAPITAL sur M6, se sont fait l'écho, puis le
centre des Quatre Chemins à Aubervilliers et enfin le centre Pablo Picasso à Bobigny.

Le Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens Dentistes (CNOCD) et la Confédération
Nationale des Syndicats Dentaires (CNSD) estimant qu'ADDENTIS utilisait des méthodes
à caractère publicitaire afin de promouvoir son activité au détriment des cabinets dentaires
situés à proximité, ont par acte délivré le 28 octobre 2011, assigné l'association
ADDENTIS devant le tribunal d'instance du 5^{ème} arrondissement de Paris sur le fondement
de l'article 1382 du code civil, afin, qu'il soit jugé que l'association ADDENTIS s'est
rendue fautive d'actes de concurrence déloyale à l'encontre de la profession des chirurgiens
dentistes afin d'obtenir notamment sa condamnation au paiement de dommages-intérêts,
la publication de la décision aux frais avancés d'ADDENTIS dans le bulletin officiel du
CNOCD, dans le chirurgien dentiste de France et dans le PARISIEN et qu'il lui soit fait
injonction de cesser immédiatement tout acte publicitaire et tout acte de concurrence
déloyale sur tous supports tant matériels que virtuels.

Par jugement en date du 11 septembre 2013, le tribunal d'instance a déclaré recevables les actions formées par le CNOCD et la CNSD à l'encontre de l'association ADDENTIS, dit que l'association ADDENTIS était responsable d'acte de concurrence déloyale à l'égard de la profession de chirurgien-dentiste et l'a condamnée en conséquence à payer une somme de 1500€ chacun au CNOCD et au CNSD à titre de dommages et intérêts, lui a enjoint de cesser, sans délai, tout acte publicitaire de concurrence déloyale sur tous supports tant matériels que virtuels de ses centres de soins dentaires situés respectivement à Bondy, Bobigny et Aubervilliers, débouté les requérants du surplus de leurs demandes, débouté l'association ADDENTIS de sa demande reconventionnelle, ordonné l'exécution provisoire, condamné ADDENTIS à payer au CNOCD la somme de 2 500 € et au CNSD la somme de 500€ sur le fondement de l'article 700 du code de procédure civile, outre les dépens.

Par déclaration du 3 octobre 2013, ADDENTIS a relevé appel du jugement.

Par conclusions du 7 mars 2013, la Fédération Nationale des Centres de Santé (FNCS) est intervenue volontairement à l'instance.

Par ordonnance du 3 juin 2014, le conseiller de la mise en état a déclaré la CNSD irrecevable à déposer des conclusions.

Par conclusions du 6 octobre 2014 le Syndicat des Chirurgiens Dentistes de Seine Saint Denis est intervenu volontairement à l'instance.

Selon ses dernières conclusions du 30 novembre 2015, l'association ADDENTIS sollicite la confirmation du jugement en ce qu'il a rejeté les demandes de publication et d'injonction formées par le Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes et la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires à son encontre et son infirmation pour le surplus et demande à la cour de :

-à titre principal, juger irrecevable l'intervention volontaire du Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de Seine Saint-Denis et en tout état de cause irrecevables les actions engagées par le CNOCD et la CNSD, de même que par le Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de Seine Saint-Denis, à l'encontre de l'association ADDENTIS ;

- à titre subsidiaire,

- juger que le code de déontologie des chirurgiens-dentistes n'est pas applicable à l'association ADDENTIS, celle-ci n'étant pas membre de la profession de chirurgien-dentiste

- à titre subsidiaire, saisir la Cour de Justice de l'Union Européenne de la question préjudicelle suivante : « La législation nationale française, à savoir les articles R.4127-201 à R.4127-231 du code de la Santé publique, en ce qu'ils sont considérés comme imposant aux centres de santé dentaire de respecter les dispositions du code de déontologie des chirurgiens-dentistes prohibant notamment toute mesure de publicité et restreignant la libre signalisation, et créant ainsi une distorsion de concurrence entre lesdits centres et les centres de santé pluridisciplinaires, est-elle compatible avec les dispositions lues de manière combinée des articles 3.3, 4.3 TUE et 101 TFUE ? » et se référer à statuer au fond dans l'attente de la réponse de l'autorité requise

-en tout état de cause, juger que le CNOCD, CNSD et le Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de Seine Saint-Denis n'établissent pas l'existence d'agissements fautifs qui auraient été commis par l'association ADDENTIS et notamment d'actes de concurrence déloyale et, en conséquence, que les demandes formées par le CNOCD, la CNSD et le Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de Seine Saint-Denis à l'encontre de l'association ADDENTIS sont infondées et les en débouter ;

- à titre plus subsidiaire,

-juger que le Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de Seine Saint-Denis est irrecevable à réclamer la réparation d'un préjudice propre dont ni l'existence ni le montant n'avaient été soumis à la juridiction du premier degré

- juger que le CNOCD, la CNSD et le Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de Seine Saint-Denis ne démontrent pas l'existence d'un quelconque préjudice matériel et/ou moral dont ils pourraient demander réparation et en conséquence, les débouter de l'ensemble de leurs demandes

- en tout état de cause, juger que leur demande de publication aux frais avancés de la concluante est infondée et, à tout le moins, manifestement excessive et la rejeter ;

- en tout état de cause,

-débouter la CNSD et le Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de Seine Saint-Denis de l'intégralité de leurs demandes, fins et conclusions à l'encontre de l'association ADDENTIS ;

- débouter le CNOCD de l'intégralité de ses demandes, fins et conclusions à l'encontre de l'association ADDENTIS, en ce comprises celles formées au titre d'un appel incident dans ses conclusions signifiées le 18 février 2014 ;

- condamner le CNOCD et la CNSD et le Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de Seine Saint-Denis in solidum à lui payer une somme de 10 000€ chacun au titre de l'article 700 du code de procédure civile, outre les entiers dépens de première instance et d'appel.

Aux termes de ses conclusions du 5 décembre 2015, la Fédération Nationale des Centres de Santé, demande à la cour de juger son intervention à la présente instance tant recevable que bien fondée de faire droit à l'ensemble des demandes formulées par l'association ADDENTIS appellante et de condamner solidairement les défenderesses à lui payer la somme de 10 000€ au titre de l'article 700 du code de procédure civile.

Aux termes de ses dernières conclusions du 11 janvier 2016, le Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes demande à la cour de :

- le déclarer recevable en ses demandes et bien fondé,

- débouter l'association ADDENTIS de toutes ses demandes, fins et exceptions,

- dire et juger que les dispositions internes des articles R4127-201 et suivants du code de la santé publique sont compatibles avec les dispositions de droit européen et communautaire,

- confirmer le jugement déféré, en ce qu'il a déclaré l'association ADDENTIS responsable d'actes de concurrence déloyale à l'encontre de la profession de chirurgien-dentiste, et y ajoutant,

- condamner l'association ADDENTIS à verser au CNOCD la somme de 20 000 € de dommages et intérêts au titre de la réparation de son préjudice

- enjoindre à l'association ADDENTIS de cesser immédiatement tout acte publicitaire et tout acte de concurrence déloyale sur tous supports, tant matériels que virtuels, et plus précisément sur tous les sites internet reprenant le nom ADDENTIS et ainsi, notamment mais non exclusivement, les site accessibles à l'adresse: "addentis.fr", "aubervilliers-centre-dentaire-des-4-chemins.fr" et "paris-centre-dentaire-du-moulin.fr", et toute mention publicitaire au profit des centres du Moulin à Bondy, des Quatre Chemins à Aubervilliers et Pablo Picasso à Bobigny, sous astreinte de 2 000 € par manquement constaté et par jour, et, sous la même astreinte :

- enjoindre à l'association ADDENTIS de procéder au retrait pur et simple, sans lui substituer la nouvelle insertion d'un nouveau message, des mentions publicitaires figurant sur le sites "addentis.fr", "aubervilliers-centre-dentaire-des-4-chemins.fr", "paris-centre-dentaire-du-moulin.fr", la cour renvoyant aux conclusions de l'intimée quant aux détails des suppressions sollicitées sur ces sites

- ordonner la dépose des enseignes des centres dentaires du Moulin à Bondy, des Quatre Chemins à Aubervilliers et Pablo Picasso à Bobigny, pour y substituer, d'une part, les plaques professionnelles des chirurgiens-dentistes y exerçant conformes à l'article R4127-218 et, d'autre part, une affiche qui soit purement informative du centre et non pas publicitaire,

- ordonner à l'association ADDENTIS de respecter et faire respecter par ses trois centres de santé (centre dentaire du Moulin, centre dentaire des Quatre Chemins, et centre dentaire Pablo Picasso) et les personnels s'y trouvant les injonctions faites et les mesures ordonnées

- ordonner la publication du jugement à intervenir aux frais avancés de l'association, dans « La Lettre » du Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes, et le journal LE PARISIEN, sans que le coût de l'insertion ne puisse être supérieur à 5 000 €,

en tout état de cause :

- condamner l'association ADDENTIS à payer au CNOCD la somme de 8 000 € au titre de l'article 700 du code de procédure civile, outre les dépens comprenant ceux d'exécution et de constats, dans les termes 695 du code de procédure civile.

Selon ses conclusions du 8 janvier 2016, le Syndicat des Chirurgiens Dentistes de Seine Saint Denis, demande à la cour de :

- le déclarer recevable en son intervention volontaire et y faisant droit,
 - le déclarer recevable en ses demandes et l'en déclarer bien fondé ;
 - déclarer irrecevable et non fondée l'intervention volontaire de la FNCS
 - débouter l'association ADDENTIS de toutes ses demandes, fins et exceptions
 - confirmer le jugement en ce qu'il a déclaré l'association ADDENTIS responsable d'actes de concurrence déloyale à l'encontre de la profession de chirurgiens-dentistes, en conséquence,
 - condamner l'association ADDENTIS à lui verser la somme de 20 000 € de dommages et intérêts au titre de la réparation de son préjudice
 - enjoindre à l'association ADDENTIS de cesser immédiatement tout acte publicitaire et tout acte de concurrence déloyale sur tous supports tant matériels que virtuels sur les sites internet "addentis.fr", "aubervilliers-centre-dentaire-des-4-chemins.fr", "paris-centre-dentaire-du-moulin.fr" et toute mention publicitaire au profit des centres du Moulin à Bondy, des Quatre Chemins à Aubervilliers et Pablo Picasso à Bobigny sous astreinte de 2 000 € par manquement constaté par jour et notamment sous la même astreinte,
 - enjoindre à ADDENTIS de procéder au retrait pur et simple sans nouvelle insertion d'un nouveau message des mentions publicitaires figurant au dispositif des conclusions récapitulatives en réponse déposées par le Conseil National de l'Ordre le 18 février 2014,
 - ordonner la dépose des enseignes des centres dentaires du Moulin à Bondy, des Quatre Chemins à Aubervilliers et Pablo Picasso à Bobigny pour y substituer les plaques professionnelles conformes à l'article R 4127-218 des chirurgiens-dentistes y exerçant,
 - ordonner la publication du jugement à intervenir aux frais avancés de l'association ADDENTIS dans le CHIRURGIEN DENTISTE DE FRANCE ou au bulletin de la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires et le journal LE PARISIEN sans que le coût de l'insertion ne puisse être supérieur à 5 000 €,
- en tout état de cause,
- condamner l'association ADDENTIS à payer au Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de Seine Saint Denis, la somme de 8 000 € au titre de l'article 700 du code de procédure civile outre les dépens, comprenant ceux d'exécution et de constat, dont distraction au profit de Maître Pascale FLAURAUD, conformément aux dispositions de l'article 699 du code de procédure civile.

SUR CE, LA COUR

Sur la recevabilité de l'intervention volontaire du Syndicat des Chirurgiens Dentistes de Seine Saint Denis

Selon les dispositions de l'article 554 du code de procédure civile, peuvent intervenir en cause d'appel dès lors qu'elles y ont un intérêt les personnes qui n'ont été ni parties ni représentées en première instance.

L'intervention n'est recevable qu'à la condition qu'elle se rattache aux prétentions des parties par un lien suffisant et l'intervenant ne peut soumettre à la cour un litige nouveau qui n'aurait pas été débattu en première instance.

Le litige pendant devant la cour d'appel porte sur la critique d'un jugement qui a retenu que l'association ADDENTIS était responsable d'actes de concurrence déloyale à l'égard de la profession de chirurgien dentiste sur assignation du CNOCD et de la CNSD notamment à l'occasion de la création de centres de santé situés sur le département de la Seine Saint Denis et portant condamnation de l'association ADDENTIS à des dommages-intérêts, à faire cesser les actes de concurrence déloyale et ordonnant la publication du jugement.

Le Syndicat des Chirurgiens Dentistes de Seine Saint Denis est un syndicat professionnel régi par les dispositions des articles L 2111-1 et suivants du code du travail et en tant que tel, il peut devant toutes les juridictions exercer les droits réservés à la partie civile concernant les faits portant un préjudice direct ou indirect à l'intérêt collectif de la profession qu'il représente, en l'espèce les chirurgiens dentistes de Seine Saint Denis dont il ne peut être sérieusement contesté qu'ils sont ceux qui pourraient être directement touchés par les actes de concurrence déloyale allégués ainsi qu'en atteste d'ailleurs une pétition signée le 11 juillet 2012 par les docteurs en chirurgie dentaires de la ville de Bobigny contre l'ouverture de centre dentaire ADDENTIS Pablo Picasso de Bobigny adressée à l'ONCD et à l'ORCD.

Si le Syndicat des Chirurgiens Dentistes de Seine Saint Denis forme à titre personnel une demande en dommages-intérêts, celle-ci s'appuie exactement sur les mêmes faits de concurrence déloyale dénoncés dans l'assignation devant le tribunal d'instance et discutés devant le premier juge et ses autres demandes tendent aux mêmes fins que celle formées par le CNOCD et la CNSD.

En conséquence, l'intervention volontaire du Syndicat des Chirurgiens Dentistes de Seine Saint Denis régulièrement représentée par son président mandaté à cette fin selon par le conseil d'administration du syndicat selon décision du 25 avril 2014 conformément aux statuts du syndicat, doit être déclarée recevable.

Sur la recevabilité de l'intervention volontaire de la Fédération Nationale des Centres de Santé

La Fédération Nationale des Centres de Santé est une association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 qui selon ses statuts a pour objectif de fédérer, promouvoir, accompagner et défendre les centres de santé dentaires et/ou médicaux adhérents et aux termes de l'article 5 de ses statuts, elle assure l'initiative ou le soutien d'action en justice pour défendre les centres de santé.

Il ne peut être sérieusement contesté que la Fédération Nationale des Centres de Santé a un intérêt collectif à intervenir dans le présent litige en ce qu'il doit trancher une question de principe susceptible d'avoir des conséquences pour l'ensemble de ses membres à savoir l'application du code de déontologie des chirurgiens dentistes à un centre de santé associatif et la possibilité pour un tel centre de recourir ou non à des actes de publicité sans encourir la critique de concurrence déloyale.

En l'espèce, elle ne formule aucune demande à titre personnel, venant uniquement au soutien des demandes formées par l'appelant principal l'association ADDENTIS.

En conséquence son intervention volontaire doit être déclarée recevable.

Sur la recevabilité des actions engagées par le CNOCD et la CNSD et le Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de Seine Saint-Denis

La société ADDENTIS fait grief au jugement déféré d'avoir déclaré recevables les actions du CNOCD et du CNSD considérant que celles-ci, fondées sur une demande de respect de la déontologie des chirurgiens dentistes et en concurrence déloyale à l'égard de la profession de chirurgien dentiste, font partie de la défense des intérêts collectifs de la profession alors qu'en réalité, elles ne sont fondées que sur de prétendus actes de concurrence déloyale qui ne créent de préjudice qu'à l'égard des membres de la profession considérée et ne constituent pas en eux-mêmes une atteinte portée à l'intérêt collectif de la profession et que faute de démontrer l'existence d'une atteinte portée à l'intérêt collectif de la profession de chirurgien le CNOCD et la CNSD et le Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de Seine Saint-Denis sont irrecevables en leur action.

L'ordre d'une profession et les syndicats de cette profession ont notamment vocation à assurer la défense d'un intérêt collectif professionnel de portée générale, il s'ensuit que l'acte ou le fait qu'ils contestent doit avoir porté atteinte aux intérêts généraux de la profession.

En l'espèce le CNOCD et le Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de Seine Saint-Denis reprochent à l'association ADDENTIS des actes de concurrence déloyale, en s'appuyant essentiellement sur le fait que l'association s'affranchit des règles édictées par le code de déontologie des chirurgiens dentistes en matière de publicité et que ces actes préjudicien à profession de chirurgien dentiste et à ceux, qui exerçant cette profession, en respectent la réglementation.

Le litige tend en définitive à faire trancher la question de l'application du code de déontologie à l'association ADDENTIS en ce qu'il interdit au chirurgien dentiste de faire des actes de publicité, dont il ne peut être contesté qu'il s'agit d'une question de principe, l'association la présentant d'ailleurs elle même ainsi, et touchant à l'intérêt collectif de la profession de chirurgien dentiste.

En conséquence, le jugement sera confirmé en ce qu'il a déclaré recevable les actions du CNOCD et la CNSD et y ajoutant, l'action du Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de Seine Saint-Denis sera également déclarée recevable.

Sur l'action en concurrence déloyale

L'action en concurrence déloyale trouve son fondement dans les dispositions des articles 1382 et 1383 du code civil qui impliquent l'existence d'une faute commise par le défendeur et celle d'un préjudice souffert par le demandeur.

Les intimés soutiennent que la faute de l'association ADDENTIS est caractérisée par le fait pour celle-ci, alors qu'elle participe à la profession de dentiste de ne pas avoir respecté le code de déontologie des chirurgiens dentistes figurant aux articles R4127-201 et suivants, alors que l'article R4127-201 du code de la santé publique dispose que les dispositions du présent code de déontologie s'imposent à tout chirurgien dentiste inscrit au tableau de l'ordre, à tout chirurgien dentiste exécutant un acte professionnel dans les conditions prévues à l'article L4112-7 ou par une convention internationale, quelle que soit la forme d'exercice de la profession.

Ils font reproche à l'association ADDENTIS d'avoir eu recours à des actes de publicité qui sont interdits aux chirurgiens dentistes par l'article R4127-125 du code de la santé publique lequel énonce que la profession dentaire ne doit pas être exercée comme un commerce et que sont notamment interdits : l'exercice de la profession dans un local auquel l'aménagement ou la signalisation donne une apparence commerciale et tous procédés directs ou indirects de publicité, les manifestations spectaculaires touchant à l'art dentaire et n'ayant pas exclusivement un but scientifique ou éducatif, et estiment que ces actes de publicité ont ainsi créé les conditions d'une concurrence déloyale au préjudice des chirurgiens dentistes n'exerçant pas au sein de l'association.

Aux termes de ses statuts constitutifs déposés le 28 octobre 2008, l'association ADDENTIS a pour objet la création et la gestion en France de centres de santé dentaire ouverts à tous et pratiquant des prix accessibles à tous, dotés de moyens techniques et organisationnels performants et mettant à la disposition des équipes cliniques un environnement de travail adapté à la réalisation de soins de qualité.

Selon ses derniers statuts l'association a pour but de "favoriser l'accès aux soins dentaires à toutes les catégories sociales et notamment aux personnes démunies, plus particulièrement en créant des centres de santé dentaire accessibles à tous en pratiquant des tarifs modérés, ainsi que toutes autres structures complémentaire visant à atteindre ce but. Pour atteindre ce but, ces établissements seront organisés pour favoriser l'écoute, la prise en charge et l'information de prévention de tous les patients ; ils seront dotés de moyens

techniques et organisationnels performants, composés d'équipes cliniques compétentes et formées, travaillant dans un environnement de travail adapté à la réalisation de soins de qualité ; ils auront la faculté de rechercher le concours ou de déléguer tout ou parties de ces tâches à des personnes physiques ou morales compétentes qui pourront les aider à atteindre leurs objectifs".

Elle se présente donc comme un centre de santé relevant de l'article L 6323-1 du code de la santé publique issu de la loi HPST du 21 juillet 2009.

Cet article prévoit que des soins peuvent être administrés dans le cadre de centres de santé, structures sanitaires de proximité, qui peuvent notamment être créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, soit par des collectivités territoriales soit par des établissements de santé, les médecins y exerçant étant salariés.

L'article D6323-2 du même code issu du décret du 30 juillet 2010 précise que les centres de santé sont ouverts à toutes les personnes qui souhaitent être reçues en consultation ou bénéficier d'actes de prévention, d'investigation ou de soins médicaux, paramédicaux ou dentaires. Ils peuvent assurer un ou plusieurs de ces types de soins et participer à des actions de formation et de recherche. Leur activité peuvent être réparties sur plusieurs sites ou antennes assurant tout ou partie de leur mission.

L'association ADDENTIS en ce qu'elle gère des centres de santé dont les objectifs, tels que déclarés dans les statuts de l'association sont identiques à ceux assignés aux centres de santé autorisés par la loi, est soumise à la réglementation relative aux centres de santé.

Les chirurgiens dentistes employés par l'association ADDENTIS sont salariés et bénéficient d'un contrat à durée indéterminée avec un salaire qui ne comprend pas de rémunération à l'acte ou un pourcentage en fonction du chiffre d'affaire réalisé et ils peuvent se voir proposer voire imposer en cours d'exécution du contrat de travailler indifféremment dans un des centres gérés par l'association.

Il ne peut donc y avoir aucune confusion possible entre les chirurgiens dentistes salariés par l'association et l'association elle-même, s'agissant de personnes juridiques bien distinctes.

Aucun dentiste travaillant au sein des centres gérés par l'association en tant que salarié, n'est membre de l'association et celle-ci n'apparaît pas comme ayant été créée par un groupe de praticiens directement intéressés au chiffre d'affaire afin de pouvoir contourner les règles strictes imposées par la réglementation de leur profession.

Ils ne peuvent donc profiter personnellement, directement ou indirectement, d'éventuels actes de publicité ou de promotion mise en œuvre par l'association qui les embauche;

Les chirurgiens dentistes salariés de l'association, en leur qualité de praticiens sont par ailleurs eux-mêmes soumis au respect du code de la santé publique et au code de déontologie de leur profession ainsi qu'il est expressément stipulé à l'article 1 du contrat de travail proposé par l'association ADDENTIS, ce même article prévoyant que l'association doit quant à elle, respecter les dispositions impératives résultant de ses agréments.

S'il est également stipulé au contrat de travail que les obligations de l'une des parties s'imposent de plein droit à l'autre partie, cela induit seulement pour l'association ADDENTIS qu'elle ne saurait imposer à ses salariés des obligations non conformes aux prescriptions résultant du code de la santé publique ou du code de la déontologie mais ne peut signifier, contrairement à ce qui a été retenu par le premier juge, que l'association ADDENTIS a entendu se soumettre elle-même au code de déontologie des praticiens qu'elle emploie.

Par ailleurs, les textes relatifs aux centres de santé ne prévoient pas expressément que ceux-ci sont tenus de respecter eux-mêmes les règles déontologiques des praticiens qui exercent dans ces centres.

Une telle injonction serait en toute hypothèse impossible à mettre en oeuvre puisqu'un centre de santé peut avoir vocation à proposer une offre de soins multidisciplinaire en embauchant des praticiens de spécialités différentes soumis à une réglementation et des règles déontologiques propres à chaque spécialité médicale et qui pourraient même être contradictoires entre elles et qu'une structure unique ne pourrait donc respecter à son niveau.

Les centres de santé doivent se soumettre en outre, aux dispositions des articles du code de la santé publique issus de la loi HPST du 21 juillet 2009 et du décret du 30 juillet 2010 et ces textes peuvent être en contradiction avec les règles déontologiques des professions médicales qu'ils emploient.

L'exemple en est parfaitement donné par l'obligation pour les centres de santé en application de l'article D 6323-5, d'afficher de façon apparente à l'intérieur et à l'extérieur des centres de santé, les jours et heures d'ouverture, de permanence et de consultation, les tarifs pratiqués, le dispositif d'orientation en cas de fermeture et les principales conditions de fonctionnement, cette injonction étant incompatible avec les prescriptions de l'article R4127-218 du code de déontologie relatives à la plaque professionnelle des chirurgiens dentistes et aux mentions devant y figurer qui sont particulièrement restrictives.

Cette obligation d'affichage est d'ailleurs justifiée au regard de la vocation sociale des centres de santé et du public auxquels les soins proposés s'adressent.

Au travers de leur action en concurrence déloyale, le CNOCD et le Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de Seine Saint-Denis tentent en réalité de démontrer que l'association ADDENTIS exerce la profession de dentiste sous une forme commerciale en contradiction avec ses propres statuts et les objectifs d'utilité publique affichés et poursuivis par les centres de santé.

Au vu des pièces produites, il ne peut bien sûr échapper à la cour l'existence de liens très étroits entre les membres fondateurs de l'association ADDENTIS et notamment Messieurs Patrice DE PONCINS et Eric de PONCINS et la société EFFICIENTRE SAS, dont le président n'est autre que M. Patrice MONTAGNE DE PONCINS, et dont l'objet est d'accompagner la création et l'exploitation de structures de santé dentaires et de leur fournir un ensemble de prestations et le fait que d'importants dividendes des différents centres de l'association puissent être reversés sous forme d'honoraires ou de facturations à la société EFFICIENTRE dont ils sont les uniques clients.

Toutefois, si ces éléments peuvent interroger sur la réelle vocation sociale des centres de santé créés par l'association, ce débat n'est pas celui soumis à la cour tant que les centres de santé ADDENTIS sont reconnus et autorisés en cette qualité à exercer leur activité en toute légalité en affichant un objectif de soins de proximité pour un public ciblé conforme à l'objet social de l'association, l'ordre ne démontrant pas en quoi ils ne répondent pas à cet objectif de soins, et tous les supports d'information critiqués à destination du public et susceptibles d'attirer la patientèle rappelant à cet égard que, par les tarifs pratiqués en matière de soins et de prothèses et leurs implantation, les centres santé ont vocation à s'adresser et à soigner une population bénéficiant de la CMU ne pouvant faire l'avance de soins ou n'ayant pas accès aux propositions de soins classiques en cabinet.

Ainsi il ne peut en conséquence, être reproché à l'association ADDENTIS de pratiquer des actes de promotion de l'activité des centres de santé qu'elle gère au travers des médias, d'articles de presse, de son site internet et des panneaux d'affichage dès lors qu'il ressort des documents critiqués versés aux débats que, tant sur les panneaux d'affichage des centres gérés par l'association ADDENTIS que sur le site internet des différents sites, ne

figurent pas les noms des chirurgiens dentistes qui y sont salariés et que les articles de presse cités n'assure pas la publicité d'un ou de plusieurs dentistes nommément désignés travaillant pour l'association ADDENTIS et qui seraient rémunérés en fonction de leur chiffre d'affaire.

Si ces documents présentent de façon plutôt positive voire élogieuse l'action des centres de santé dentaires dépassant le cadre de la simple information objective sur les prestations offertes, leur diffusion en tant que telle auprès du public ne saurait être considérée fautive, l'association ADDENTIS ne pouvant être soumise au code de déontologie des chirurgiens dentistes et à l'interdiction du recours à la publicité.

Le CNOCD et le Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de Seine Saint-Denis ne démontrent pas par ailleurs, en quoi les allégations diffusées par l'association ADDENTIS au travers de son site internet ou des articles de presse publiés quant à la description des prestations et du plateau technique proposés et aux tarifs pratiqués s'analyseraient en des actes de publicité comparative et/ou trompeuse pouvant caractériser une faute à l'origine d'une concurrence déloyale indépendamment de la question de la violation des dispositions du code de déontologie.

Les articles de presse comme les émissions télévisées incriminés se contentent de relayer l'existence d'une offre de soins dentaires de qualité s'adressant majoritairement à la population bénéficiaire de CMU et pratiquant des tarifs attractifs en évitant l'avance des frais sans négliger la qualité en offrant un plateau technique moderne, ce qui correspond à l'objectif affiché de l'association dont il n'est pas démontré à ce jour qu'il n'est pas respecté.

Ces actes de promotion visent en tout état de cause la population ciblée par les statuts de l'association et les objectifs assignés aux centres de santé par la loi et tant qu'ils s'y cantonnent, ils ne sauraient être qualifiés de déloyaux.

C'est le même constat qui peut être fait concernant les mentions figurant sur la plaquette d'information et sur le site internet en dehors de points de détail comme le fait que figure la mention agrément par l'ARS au lieu de déclaration auprès de l'ARS ou de commentaires faits par M. DE PONCINS sur l'offre de soins en Seine Saint Denis à partir des données du CNOCD pouvant laisser penser qu'il s'agit de commentaires émanant de l'ordre et non d'ADDENTIS, commentaires qui semblent en toute hypothèse avoir été supprimés depuis.

Au vu de l'ensemble de ces éléments, aucune faute caractérisant des actes de concurrence déloyale ne peut être reprochée à l'association ADDENTIS.

En conséquence par infirmation du jugement, le CNOCD, la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires et le Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de Seine Saint-Denis seront déboutés de l'ensemble de leurs demandes.

PAR CES MOTIFS

Déclare recevable l'intervention volontaire du Syndicat des Chirurgiens Dentistes de Seine Saint Denis ;

Déclare recevable l'intervention volontaire de la Fédération Nationale des Centres de Santé ;

Déclare recevable l'action du Syndicat des Chirurgiens Dentistes de Seine Saint Denis

Infirme le jugement dans toutes ses dispositions sauf en ce qu'il a déclaré recevable les actions du CNOCD et la CNSD et qu'il a débouté le CNOCD et la CNSD de leurs demandes de publication et d'injonction ;

Statuant à nouveau des chefs infirmés,

Déboute le Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens Dentistes, la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires de leurs demandes ;

Y ajoutant,

Déboute le Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens Dentistes de ses demandes incidentes

Déboute le Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de Seine Saint-Denis de l'ensemble de ses demandes ;

Condamne *in solidum* Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens Dentistes, la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires et le Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de Seine Saint-Denis à payer à la société ADDENTIS la somme de 10 000€ au titre de l'article 700 du code de procédure civile ;

Les condamne *in solidum* à payer à la Fédération Nationale des Centres de Santé la somme de 2 000€ au titre de l'article 700 du code de procédure civile ;

Les condamne *in solidum* aux dépens de première instance et d'appel.

LE GREFFIER

LE PRÉSIDENT

PIECE JOINTE N°2 :
RAPPORT D'ACTIVITES TYPE CENTRES DE SANTE
TEL QUE DEFINI PAR LA CNAM

RAPPORT D'ACTIVITE DES CENTRES DENTAIRES

Objet : **Rapport d'activité**
 Année : **20XX**
Accord National Centre de Santé

Destinaires :
 - CPAM DONT DEPEND LE CENTRE
 - COMMISSION PARITAIRE REGIONALE

Centre dentaire de :

N° FINESS :

Adresse :

Nom du directeur du centre :

1. La patientèle

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de passages (nombre de facturation correspondant à chaque acte pratiqué et facturé) 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de passages/nombre d'heures ETP 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Caractéristiques (nombre)</u> <ul style="list-style-type: none"> - sexe - âge : 0/20 ans 21/64 ans + de 64 ans 	
<ul style="list-style-type: none"> - régime de couverture sociale - CMU et autres complémentaires - Autres exonérations (Invalidité, ALD, exonération du TM) 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ origine géographique : de la circonscription ▪ hors circonscription 	

2. Le personnel

<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Personnel médical et paramédical</u> <ul style="list-style-type: none"> - répartition par spécialité - effectif dont ETP 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Personnel administratif</u> <ul style="list-style-type: none"> - Répartition - effectif dont ETP 	

3. L'activité du centre de santé

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Heures d'ouverture 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actes effectués : <ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'actes - Répartition par spécialité - Lettre-clé coefficient moyen par acte 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actions de prévention (hors option), de formation et de recherche 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antenne sociale 	OUI ou NON
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Autres activités 	

4. Les moyens techniques mis en place

Superficie des locaux		Nombre de fauteuils dentaires	
Matériel de radiologie OUI ou NON et nombre		Logiciel professionnel utilisé	
Etat des lieux sur les moyens de décontamination, de stérilisation		Autres moyens médicaux éventuellement utilisé (facultatif)	
Récupération des déchets (Nom de la société)			

5. Centre de santé optant

▪ Nombre d'assurés optants	
▪ Participation aux thèmes de prévention spécifiques à l'option	OUI ou NON
▪ Intégration du centre de santé dans le dispositif d'astreinte (lorsqu'il sera mis en place)	OUI ou NON
▪ Intégration du centre de santé dans le dispositif de régulation de l'offre ambulatoire (lorsqu'il sera mis en place)	OUI ou NON
▪ % Adhésions (nombre adhésions patients / total patients)	
▪ Mise en place du dossier dentaire	OUI ou NON
▪ Mise en place PPP (Plan Personnalisé Prévention)	OUI ou NON
▪ Réalisation de bilans périodiques	OUI ou NON
▪ Remise au patient du carnet personnel d'information	OUI ou NON

6. Charges et Produits (Joindre le compte de résultats)

▪ <u>Montant des charges :</u> <ul style="list-style-type: none"> - Charges liées au personnel médical et paramédical 	
<ul style="list-style-type: none"> - Charges liées au personnel administratif 	
<ul style="list-style-type: none"> - Montant total des autres charges 	
▪ <u>Montant des produits :</u> <ul style="list-style-type: none"> - perçus au titre des remboursements effectués par les organismes de Sécurité Sociale - en provenance des assurés : <ul style="list-style-type: none"> au titre du ticket modérateur au titre des dépassements au titre des actes hors nomenclatures 	
<ul style="list-style-type: none"> - Subvention des organismes de Sécurité Sociale 	
<ul style="list-style-type: none"> - Montant total des autres produits 	

7. Observations particulières

PIECE JOINTE N°3 :
DONNEES CNAMTS SUR LE NOMBRE DE
CHIRURGIENS DENTISTES-CONSEILS

Evolution des effectifs de CDC de décembre 2011 à septembre 2016

Région	déc-11	déc-12		déc-13		déc-14		déc-15		sept-16		Evolution globale 2011 à septembre 2016
	Nombre de CDC	Nombre de CDC	Evolution 2011-2012	Nombre de CDC	Evolution 2012-2013	Nombre de CDC	Evolution 2013-2014	Nombre de CDC	Evolution 2014-2015	Nombre de CDC	Evolution 2015-2016	
BORDEAUX	12	10	-17%	9	-10%	6	-33%	6	0%	7	17%	-42%
CLERMONT-FERRAND	3	3	0%	4	33%	3	-25%	2	-33%	2	0%	-33%
DIJON	9	9	0%	9	0%	9	0%	8	-11%	8	0%	-11%
GUADELOUPE	1	1	0%	2	100%	2	0%	1	-50%	1	0%	0%
LILLE	18	16	-11%	16	0%	15	-6%	15	0%	15	0%	-17%
LIMOGES	7	7	0%	6	-14%	6	0%	5	-17%	6	20%	-14%
LYON	20	17	-15%	17	0%	16	-6%	16	0%	14	-13%	-30%
MARSEILLE	24	24	0%	22	-8%	19	-14%	18	-5%	15	-17%	-38%
MARTINIQUE	1	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	0%
MONTPELLIER	13	13	0%	13	0%	13	0%	12	-8%	12	0%	-8%
NANCY	9	9	0%	9	0%	9	0%	8	-11%	8	0%	-11%
NANTES	11	11	0%	11	0%	11	0%	11	0%	10	-9%	-9%
ORLEANS	8	8	0%	8	0%	8	0%	8	0%	6	-25%	-25%
PARIS	42	39	-7%	38	-3%	36	-5%	33	-8%	31	-6%	-26%
RENNES	8	8	0%	8	0%	8	0%	7	-13%	7	0%	-13%
REUNION	3	3	0%	3	0%	3	0%	2	-33%	2	0%	-33%
ROUEN	12	12	0%	12	0%	11	-8%	10	-9%	9	-10%	-25%
STRASBOURG	9	9	0%	7	-22%	7	0%	7	0%	5	-29%	-44%
TOULOUSE	9	9	0%	8	-11%	8	0%	8	0%	7	-13%	-22%
CNAMTS	2	2	0%	2	0%	3	50%	3	0%	3	0%	50%
Total général	221	211	-5%	205	-3%	194	-5%	181	-7%	169	-7%	-24%

**PIECE JOINTE N°4 :
LETTRE RESEAU LR-DACCRF-15/2015 -
CNAMTS**

LETTRE-RÉSEAU

LR-DACCRF-15/2015

Document consultable dans Médi@m

Date :

05/01/2016

Domaine(s) :

gestion du risque

Nouveau	<input checked="" type="checkbox"/>
Modificatif	<input type="checkbox"/>
Complémentaire	<input type="checkbox"/>
Suivi	<input type="checkbox"/>
Provisoire	<input type="checkbox"/>

Objet :

Programme de contrôle contentieux portant sur les chirurgiens-dentistes ciblés pour avoir pratiqué des doubles facturations utilisant les 2 codages CCAM et NGAP

Liens :

Plan de classement :

P10-06

Emetteur(s) :

DACCRF/DDO

Pièces jointes : 6

à Mesdames et Messieurs les

Directeurs

CPAM CARSAT

UGECAM CGSS CTI

Agents Comptables

Médecins Conseils

Régionaux

Chef de service

Pour mise en oeuvre immédiate

Résumé :

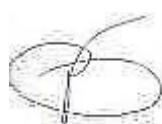
La CNAMTS met en œuvre un programme national permettant à chaque organisme du réseau de repérer et de contrôler les actes dentaires qui auraient fait l'objet d'une double facturation, au détriment de l'Assurance maladie, l'une en utilisant le codage CCAM et l'autre la NGAP.

La présente lettre réseau a pour objet de donner les instructions relatives à ce programme de contrôle contentieux en mettant à disposition du réseau une requête permettant de cibler les chirurgiens-dentistes à contrôler, des propositions de méthode d'investigation et des préconisations en matière de suites contentieuses à engager en fonction des manquements relevés et du préjudice.

Mots clés :

Fraude ; professionnel de santé ; chirurgien-dentiste ; doubles facturations ; codages CCAM / NGAP

**Le Directeur de l'Audit, du Contrôle
Contentieux et de la Répression des Fraudes**



Pierre FENDER

**Le Directeur Délégué
aux Opérations**



Eric le BOULAIRE

LETTRE-RESEAU : LR/DACCRF/15/2015

Date : 05/01/2016

Objet : Programme de contrôle contentieux portant sur les chirurgiens-dentistes ciblés pour avoir pratiqué des doubles facturations utilisant les 2 codages CCAM et NGAP

Affaire suivie par Brigitte CANTIE - 01.72.60.25.18
 Eric FRANCOIS - 01.72.60.13.54
 Laurence CROS - 01.72.60.16.92

La présente lettre réseau a pour objet de donner les instructions relatives au programme de contrôle contentieux portant sur les chirurgiens-dentistes ciblés pour avoir pratiqué des doubles facturations d'actes dentaires en utilisant les 2 codages CCAM et NGAP. Elle met à la disposition du réseau une requête permettant de cibler les professionnels de santé à contrôler, des propositions de méthode d'investigation et des préconisations en matière de suites contentieuses à engager en fonction des manquements relevés et du montant du préjudice.

1- CONTEXTE :	3
2- OBJECTIFS DU PROGRAMME :	3
3- DEROULEMENT DU PROGRAMME :	3
3-1 MODALITES D'INVESTIGATION	3
3-2 CIBLAGE	3
3-3 ATTRIBUTION D'UN NUMERO D'ORDRE ANONYMISE PAR LA CNAMTS	4
3-4 ORIENTATIONS DES CONTROLES – PRECONISATIONS	4
4- VOLET 1 : CONTROLE DE LA REFACURATION EN CCAM PAR UN PRATICIEN D'ACTES QU'IL A DEJA FACTURES UNE PREMIERE FOIS EN NGAP (OU INVERSEMENT)	4
4-1 SELECTION DES PROFESSIONNELS DE SANTE	5
4-2 CALCUL DU PREJUDICE	5
4-3 POURSUITE DES INVESTIGATIONS ET CRITERES DE CHOIX DES SUITES CONTENTIEUSES	5
4-3-1-Préjudice inférieur à 1 PMSS	5
4-3-2-Préjudice supérieur à 1 PMSS.....	6
5- VOLET 2 : LE CONTROLE DE LA FACTURATION D'UN MEME ACTE A DEUX REPRISES PAR DEUX PRATICIENS DIFFERENTS EN UTILISANT LES 2 CODAGES CCAM ET NGAP	7
5-1 CIBLAGE DES PROFESSIONNELS DE SANTE	7
5-2 INVESTIGATIONS EN CHAMBRE	8
5-3 ANALYSE D'ACTIVITE DES CHIRURGIENS-DENTISTES RETENUS	8
6- ROLE DES DIFFERENTS INTERVENANTS :	9
7- CALENDRIER :	9
8- REPORTING :	9
9- ANNEXES :	9

1- Contexte :

La CCAM intégrant l'activité bucco-dentaire (à l'exception de l'orthodontie) est entrée en vigueur le 1er juin 2014.

Afin de permettre aux éditeurs de finaliser le déploiement des logiciels de facturation des actes dentaires en CCAM à l'ensemble des professionnels de santé, lors de la Commission Paritaire Nationale des chirurgiens-dentistes du 22 juillet 2014, il a été décidé de permettre aux professionnels de facturer leurs actes en NGAP jusqu'au 30 novembre 2014. Le système d'information a donc continué de permettre la facturation des actes en NGAP par voie électronique ou feuille de soins papier jusqu'à cette date¹.

Le passage à la CCAM dentaire institue donc une période de coexistence des deux codages qui est susceptible de faciliter la double facturation d'un même acte selon les deux systèmes de cotation.

2- Objectifs du programme :

L'objectif de ce programme national de contrôle est de permettre à chaque organisme du réseau de repérer et de contrôler les actes qui auraient fait l'objet d'une double facturation au détriment de l'Assurance maladie, l'une en utilisant le codage CCAM et l'autre la NGAP.

Il prévoit la réalisation d'un contrôle en 2 volets distincts :

- Volet 1 : contrôle portant sur la refacturation en CCAM d'actes qu'un même praticien a déjà facturés une première fois en NGAP (ou inversement), soit à la même date d'exécution, soit à des dates d'exécution différentes.
- Volet 2 : contrôle portant sur la refacturation d'un même acte par deux praticiens différents, en utilisant, chacun, un des deux codages CCAM ou NGAP.

3- Déroulement du programme :

3-1 Modalités d'investigation

En pratique, les modalités d'investigation sont les suivantes :

- Mise en place d'un binôme médico-administratif,
- Exécution des requêtes de ciblage élaborées par la DACCDF,
- Analyse médico-administrative des requêtes,
- Ciblage des chirurgiens-dentistes dont les doubles facturations doivent être contrôlées,
- Calcul du préjudice
- Orientations des contrôles et suites contentieuses

3-2 Ciblage

La requête communiquée par la CNAMTS/ DACCDF vise à élargir la visibilité des équipes chargées du contrôle de la facturation des chirurgiens-dentistes pour leur permettre de repérer les irrégularités commises par les professionnels de leur région pendant la période de coexistence des 2 codages CCAM – NGAP.

Le ciblage des chirurgiens-dentistes à contrôler sera défini localement parmi la sélection de praticiens ayant facturé des actes en doublon (hors régularisations) pendant la période étudiée.

¹ NB : La prise en charge des actes codés en NGAP et exécutés avant le 30/11/2014 est possible jusqu'au 30/12/2016

Une concertation régionale entre les organismes locaux et régionaux aura lieu afin de valider le ciblage et d'exclure les professionnels de santé ayant fait récemment (au cours de l'année 2015) l'objet d'investigations et/ou d'actions contentieuses.

3-3 Attribution d'un numéro d'ordre anonymisé par la CNAMTS

La liste des praticiens retenus dans le cadre du présent programme de contrôle sera transmise à la CNAMTS/DACCRF par les cellules régionales de coordination de la gestion du risque à l'aide du tableau joint en annexe 3.

A réception du ciblage des régions, la CNAMTS/DACCRF attribuera un numéro d'ordre anonymisé pour chaque professionnel contrôlé. Ce numéro sera utilisé pour le reporting ainsi que pour tous les échanges ultérieurs dans le cadre du présent programme.

3-4 Orientations des contrôles – Préconisations

Les constats effectués à l'issue des investigations en chambre orienteront la nature des investigations de terrain à mener envers les professionnels de santé repérés.

Deux situations peuvent être distinguées en fonction de l'axe de ciblage et du montant du préjudice constaté :

- PS ciblés volet 1 avec un préjudice inférieur à 1 PMSS : demande de renseignements adressée au chirurgien-dentiste par la CPAM,
- PS ciblés volet 1 avec un préjudice supérieur à 1 PMSS et PS ciblés volet 2 avec un préjudice supérieur à un $\frac{1}{2}$ PMSS : investigations portant sur l'ensemble de l'activité du praticien.

Cas particulier :

Lorsqu'un professionnel de santé est ciblé dans les 2 volets du programme (volet 1 et volet 2), c'est le ciblage dans le volet 2 qui prime : la phase d'investigation en chambre portera non seulement sur les doublons de facturation identifiés dans le volet 1, mais également sur l'ensemble de l'activité du praticien afin de mettre en évidence le(s) mode(s) opératoire(s) de fraude, d'activités abusives ou fautives et d'orienter les investigations de terrain.

4- Volet 1 : Contrôle de la refacturation en CCAM par un praticien d'actes qu'il a déjà facturés une première fois en NGAP (ou inversement)

Le volet 1 vise à repérer puis sanctionner les chirurgiens-dentistes qui refacturent en CCAM des actes déjà facturés une première fois en NGAP (ou inversement : pour des actes réalisés au cours de la période transitoire, refacturation en NGAP d'actes facturés auparavant en CCAM), soit à la même date d'exécution, soit à des dates d'exécution différentes.²

Pour la mise en œuvre de ce volet 1 du programme, les organismes :

- s'attacheront à contrôler les doubles facturations réalisées par un même professionnel de santé et repérées par la requête communiquée par la CNAMTS/DACCRF ;

²N.B. Les doubles facturations par le même PS à la même date d'exécution et selon la même codification (NGAP seulement, ou CCAM seulement) relèvent de la recherche des paiements multiples dans le cadre du PCSAC (Requête CMR N°37).

- porteront une attention particulière aux professionnels de santé qui exercent dans plusieurs cabinets (principal et secondaire) en analysant leur activité globale, notamment lorsque les cabinets sont situés dans des départements différents.

Les grandes lignes des investigations et les critères de choix des suites contentieuses qu'il conviendra d'engager envers les professionnels de santé sont résumés dans le tableau figurant en page 6.

4-1 Sélection des professionnels de santé

La requête communiquée par la CNAMTS/ DACC RF est lancée par chaque DRSM, et les résultats sont transmis au binôme médico-administratif désigné pour réaliser les investigations (cf. annexes n°1 et 2).

A partir des résultats de la requête, le binôme médico-administratif identifie, par professionnel de santé, les actes qui ont fait l'objet d'une double facturation, par ce même praticien, au détriment de l'Assurance maladie, l'une en utilisant le codage CCAM et l'autre la NGAP, soit à la même date d'exécution, soit à des dates d'exécution différentes.

Une analyse ligne à ligne des résultats de la requête est effectuée afin d'éliminer les actes ayant donné lieu à une régularisation.

La phase d'investigation en chambre consistera à rechercher si la régularisation topée par la requête correspond ou non aux actes ayant fait l'objet d'une double facturation (cf. protocole d'investigation en annexe 4).

Après avoir écarté les doublons de facturation ayant donné lieu à une régularisation, on obtient une sélection de praticiens ayant facturé des actes en doublon pendant la période étudiée et le montant du préjudice estimé correspondant.

Les chirurgiens-dentistes finalement retenus seront définis localement parmi la sélection précédente, à partir :

- du montant du préjudice estimé ;
- du volume de doubles facturations détectées.

L'organisme local proposera à la DACC RF les professionnels de santé qu'il souhaite analyser dans le cadre du présent programme.

4-2 Calcul du préjudice

Plusieurs situations peuvent être distinguées et le choix de la suite à donner s'appuie sur le montant du préjudice réel pour l'Assurance maladie : le préjudice correspond aux actes facturés indûment pris en charge par l'organisme.

4-3 Poursuite des investigations et critères de choix des suites contentieuses

4-3-1 Préjudice inférieur à 1 PMSS

Les contrôles envisagés dans ce volet 1 ont pour finalité de rechercher des cas de fraudes au sens de la circulaire CNAMTS CIR-1/2012, ils n'entrent pas dans le champ d'application des dispositions de la charte du contrôle des professionnels de santé. Par conséquent, la charte ne sera pas adressée au professionnel de santé.

Le chiffrage définitif du préjudice déterminera les actions à mettre en œuvre :

- a) Si le préjudice est inférieur à 1000 euros, les actions mises en œuvre par la Caisse seront les suivantes :
 - Récupération des sommes indument prises en charge au titre de l'article L133-4 du CSS (le seuil de déclenchement des indus est laissé à la libre appréciation des caisses),
- b) Si le préjudice est supérieur à 1000 euros et inférieur à 1 PMSS, les actions mises en œuvre par la Caisse seront :
 - Notification des faits susceptibles de faire l'objet d'une pénalité financière (cf. modèle de courrier en annexe n°5-1) : le professionnel de santé dispose d'un délai d'un mois pour faire part de ses observations écrites ou demander à être entendu.
A réception, le binôme médico-administratif analyse les observations du professionnel et transmet ses conclusions à la caisse, le chiffrage du préjudice définitif est arrêté.
 - Notification d'un avertissement au titre des articles L 314-1-4 et R 147-2 du CSS (cf. modèle de courrier en annexe n°5-2),
 - Récupération des sommes indument prises en charge au titre de l'article L133-4 du CSS (le seuil de déclenchement des indus est laissé à la libre appréciation des caisses).

Cas particulier :

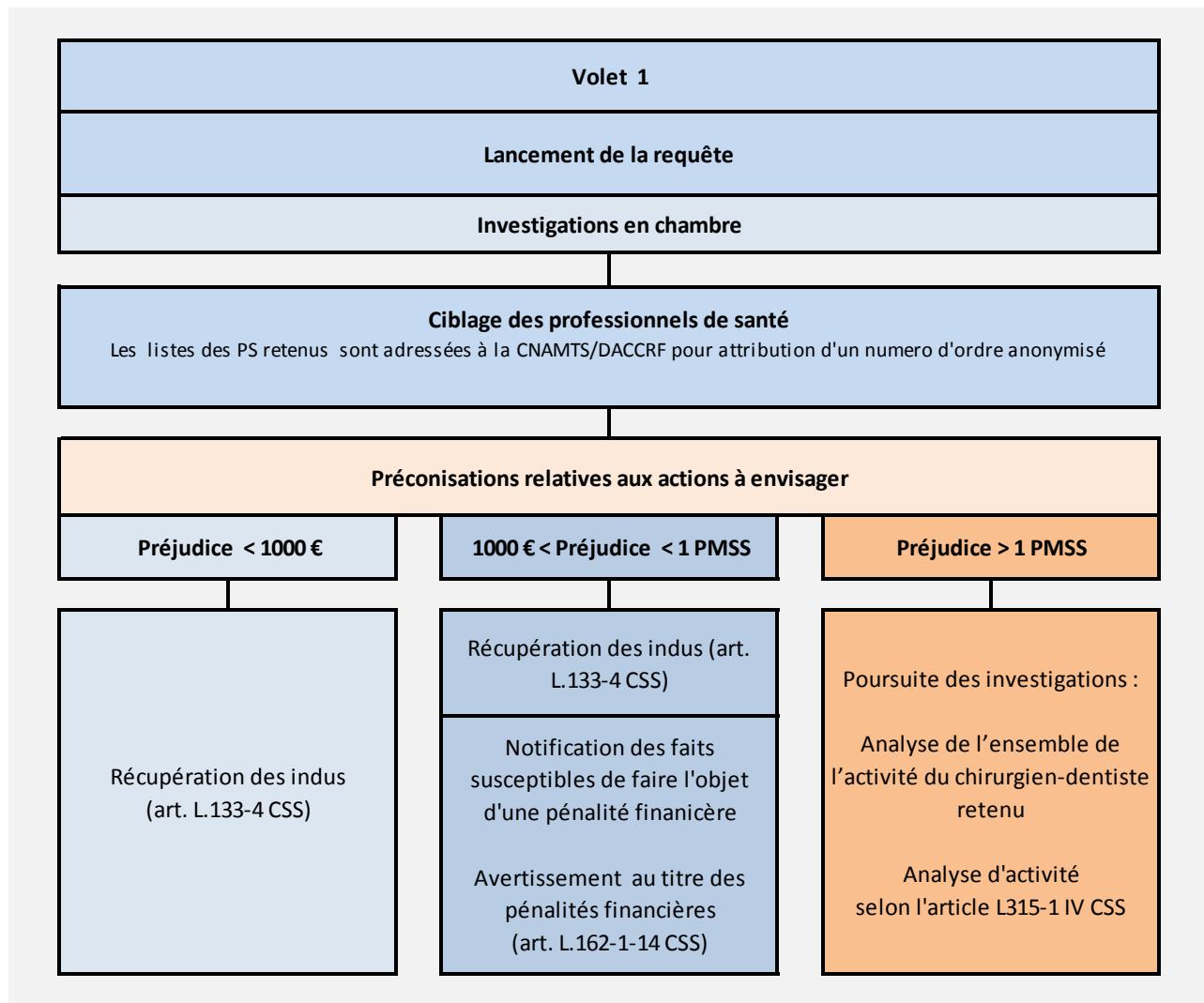
Lorsque le professionnel en cause a déjà fait l'objet d'une mise en garde ou d'une pénalité financière pour un même motif frauduleux (cas de facturation d'actes fictifs) et pour des actes réalisés avant le 01/03/2014 (faits antérieurs à la période d'analyse du présent programme), les actions mises en œuvre par la Caisse sont les suivantes :

- Récupération des sommes indument prises en charge au titre de l'article L133-4 du CSS (le seuil de déclenchement des indus est laissé à la libre appréciation des caisses);
- Procédure de pénalités financières pour fraude.

4-3-2 Préjudice supérieur à 1 PMSS

L'ensemble de l'activité du praticien sera contrôlé et une analyse d'activité selon la procédure prévue à l'article L 315-1 IV du CSS sera mise en œuvre par le service du contrôle médical afin de mettre en évidence le(s) mode(s) opératoire(s) de fraudes, abus ou fautes le cas échéant.

Tableau résumant les grandes lignes des investigations et les critères de choix des suites contentieuses qu'il conviendra d'engager envers les professionnels de santé :



5- Volet 2 : Le contrôle de la facturation d'un même acte à deux reprises par deux praticiens différents en utilisant les 2 codages CCAM et NGAP

Le volet 2 du programme vise à repérer puis sanctionner les chirurgiens-dentistes qui présentent des pratiques de refacturations d'actes déjà présents en bouche effectués par un confrère.

Les organismes s'attacheront à contrôler les PS qui refacturent en CCAM des actes qui ont déjà été facturés en NGAP par un autre chirurgien-dentiste (ou inversement : pour des actes réalisés au cours de la période transitoire, refacturation en NGAP d'actes facturés auparavant en CCAM).

5-1 Ciblage des professionnels de santé

La requête communiquée par la CNAMTS/ DACCRF (résultats volet 2) effectue un « pré-ciblage » des chirurgiens-dentistes en identifiant ceux qui ont refacturé des actes qui avaient déjà été facturés une première fois par un (ou des) professionnel(s) de santé différent(s) pour :

- un minimum de 4 bénéficiaires de soins,
- et un préjudice estimé supérieur à un $\frac{1}{2}$ PMSS.

5-2 Investigations en chambre

La procédure d'investigation en chambre a pour but de confronter les données du ciblage aux éléments issus de la connaissance de terrain et aux bases de données médicalisées.

On cherchera à identifier les modes opératoires de fraudes à l'aide de tous les éléments administratifs et médicaux internes à l'Assurance Maladie (bases de données de remboursement concernant les professionnels ciblés et leurs patients, historique des signalements et contentieux des professionnels, etc...).

Les modes opératoires envisagés sont :

- la facturation d'actes fictifs,
- des pratiques de refacturation d'actes déjà présents en bouche. Dans ce cas, le mode opératoire privilégié à rechercher est la facturation dans une codification (CCAM ou NGAP) d'actes sur des dents ayant déjà fait l'objet de soins facturés antérieurement dans l'autre codification par un autre chirurgien-dentiste.

Une requête « standard » portant sur l'ensemble de l'activité du praticien est réalisée par la DRSM.

Des requêtes « spécifiques » permettant d'identifier certains modes opératoires de fraude ou d'activité fautive déjà connus, actuellement en cours de test, seront transmises prochainement par la DACCRA au réseau.

La phase d'investigation en chambre, réalisée à partir des résultats de requêtes portant sur l'ensemble de l'activité du praticien, doit permettre d'orienter les investigations de terrain.

Selon la nature et le nombre des anomalies détectées lors de la phase d'investigation en chambre, on pourra s'orienter vers :

- **La mise en œuvre d'une analyse d'activité selon la procédure prévue à l'article L315-1 IV du CSS** afin de mettre en évidence le(s) mode(s) opératoire(s) de fraudes, d'activités abusives ou fautives.
- **Un classement du dossier.**

5-3 Analyse d'activité des chirurgiens-dentistes retenus

L'analyse se déroule selon la procédure habituelle prévue à l'article L 315-1 IV du CSS.

L'analyse de l'activité globale des chirurgiens-dentistes ciblés [activité du cabinet principal et du (ou des) cabinet(s) secondaire(s) le cas échéant], sera réalisée.

A partir des résultats de requêtes réalisées sur l'ensemble de l'activité du PS, on cherchera à repérer les bénéficiaires de soins présentant les dossiers potentiellement les plus atypiques : actes frauduleux et séquences incohérentes ou impossibles.

La sélection des dossiers de patients et les examens lors des convocations seront réalisés selon les procédures habituelles.

Le choix de la (ou des) suite(s) contentieuse(s) tiendra compte du type de manquement relevé à l'encontre du professionnel de santé, et sera effectué en concertation avec la DACCRA.

6- Rôle des différents intervenants :

L'ensemble de ce programme sera coordonné par le Directeur coordinateur de la gestion du risque, en liaison avec le Directeur régional du service du contrôle médical.

- Les noms des personnes en charge de la chefferie régionale de projet seront communiqués à la CNAMTS/DACCRF pour **le 30 janvier 2016**.
- A l'issue des investigations, une conclusion synthétique sera adressée à la DACCRF pour tous les professionnels ciblés afin de réaliser un 1^{er} bilan d'étape.
Dans le cas où il ne serait pas retrouvé d'anomalie imputable au professionnel à l'issue des investigations, les conclusions motivant le classement du dossier de contrôle du professionnel ciblé seront également adressées à la CNAMTS/DACCRF.

7- Calendrier :

- a) Lancement du programme de contrôle : Décembre 2015
- b) Analyse des requêtes : Janvier 2016
- c) Remontée des noms des personnes en charge de la chefferie régionale de projet : 30 janvier 2016
- d) Retour d'informations des régions concernant le ciblage et la liste des PS retenus dans le cadre du présent programme : 30 avril 2016
- e) Remontées des synthèses des investigations et des actions contentieuses engagées (hors professionnels de santé faisant l'objet d'une analyse d'activité) : 30 juin 2016
- f) Remontées des synthèses des investigations avec propositions d'actions pour les PS ayant fait l'objet d'une analyse d'activité : 30 octobre 2016.

8- Reporting :

Un dispositif de remontées nationales sera mis en ligne sur Medi@m. Ces remontées seront validées sous la responsabilité du DCGDR et renseignées «au fil de l'eau» dans Medi@m à partir du 30 avril 2016.

9- Annexes :

- Annexe 1 : Requêtes et mode d'emploi des requêtes
- Annexe 2 : Applicatif et mise en forme des résultats des requêtes
- Annexe 3 : Tableau de ciblage des PS et attribution du numéro d'ordre
- Annexe 4 : Protocole d'investigations
- Annexe 5 : Modèles de courriers Volet 1
- Annexes additionnelles : Requête «standard» sur l'activité du praticien et précisions

PIECE JOINTE N°5 :
LETTRE RESEAU LR-DACCRF-14/2016 -
CNAMTS

LETTRE-RÉSEAU

LR-DACCRF-14/2016

Document consultable dans Médi@m

Date :

12/07/2016

Domaine(s) :

gestion du risque
contentieux et affaires juridiques

Nouveau	<input checked="" type="checkbox"/>
Modificatif	<input type="checkbox"/>
Complémentaire	<input type="checkbox"/>
Suivi	<input type="checkbox"/>
Provisoire	<input type="checkbox"/>

Objet :

Programme national portant sur les professionnels de santé qui facturent des soins dont les localisations présentent une distribution atypique.

Liens :

LR-DACCRF-9/2016

Plan de classement :

P10 P14

Emetteur(s) :

DACCRF/DDO

Pièces jointes : 5

à Mesdames et Messieurs les

Directeurs

<input checked="" type="checkbox"/> CPAM	<input type="checkbox"/> CARSAT
<input type="checkbox"/> UGECAM	<input checked="" type="checkbox"/> CGSS
	<input type="checkbox"/> CTI

Agents Comptables

Médecins Conseils

<input checked="" type="checkbox"/> Régionaux	<input checked="" type="checkbox"/> Chef de service
---	---

Pour mise en oeuvre immédiate

Résumé :

La CNAMTS poursuit l’élaboration de programmes nationaux de contrôle de professionnels de santé dans la lignée des programmes de contrôle lancés depuis 2009 et met en œuvre un programme national de contrôle des chirurgiens-dentistes, stomatologues et chirurgiens maxillo-faciaux, libéraux, France entière (DOM compris), ciblés sur une facturation d’actes dont les localisations présentent une distribution atypique.

Ce programme s’inscrit dans le volet national du plan annuel de contrôle contentieux 2016.

La présente lettre-réseau a pour objet de présenter ce programme national de contrôle et ses modalités de mise en œuvre.

Mots clés :

Fraude ; professionnel de santé; chirurgien-dentiste; localisation atypique; fiches acteur dentiste

**La Directrice de l'Audit, du Contrôle
Contentieux et de la Répression des Fraudes**

**P/ Le Directeur Délégué
aux Opérations**



Catherine BISMUTH



Philippe TROTABAS

LETTRE-RESEAU : LR/DACCRF/14/2016

Date : 12/07/2016

Objet : Programme national portant sur les professionnels de santé qui facturent des soins dont les localisations présentent une distribution atypique.

Affaire suivie par

Brigitte CANTIE – e-mail : brigitte.cantie@cnamts.fr - 01.72.60.25.18

Sébastien VIOLE – e-mail : sebastien.viole-ext@cnamts.fr - 01.72.60.22.81

Laurence CROS – e-mail : laurence.cros@cnamts.fr - 01.72.60.16.92

Pout toute correspondance, l'adresse mail d'envoi est : dccrf@cnamts.fr

La présente lettre réseau a pour objet de donner les instructions relatives au programme de contrôle contentieux portant sur des chirurgiens-dentistes, stomatologues et chirurgiens maxillo-faciaux libéraux, ciblés sur une facturation d'actes dont les localisations présentent une distribution atypique.

Elle vise à mettre à la disposition du réseau les éléments qui ont été utilisés pour cibler les professionnels de santé à contrôler, des propositions de méthode d'investigation et des préconisations en matière de suites contentieuses à engager en fonction des manquements relevés et du montant du préjudice détecté.

PRÉSENTATION GÉNÉRALE DU CONTRÔLE

Ce programme de contrôle s'inscrit dans le volet national du plan annuel de contrôle contentieux 2016.

Les finalités de ce programme sont de :

- dissuader les acteurs de transgresser les règles et d'avoir des pratiques abusives voire frauduleuses au détriment de l'Assurance Maladie,
- réduire fortement l'ensemble des pratiques et comportements frauduleux.

L'ensemble de ce programme se déroulera sous la coordination du Directeur coordonnateur de la gestion du risque, en liaison avec le Directeur chargé de la lutte contre la fraude et avec le Directeur régional du service du contrôle médical. Les chefs de projet régionaux administratifs et médicaux contribueront à la conduite de ce programme et en assureront le suivi.

Le ciblage s'est appuyé sur l'analyse des bases de remboursement selon les principes du datamining raisonné.

Le contrôle concerne l'activité libérale globale du professionnel de santé ciblé et comporte deux phases d'investigations avec, dans un premier temps, des investigations en chambre. Les constats effectués à l'issue des investigations en chambre orienteront la nature des investigations de terrain à mener.

L'analyse d'activité au titre de l'article L.315-1 IV du Code de la sécurité sociale comportera une phase de recueil d'informations auprès du professionnel de santé contrôlé et une phase avec examen clinique de bénéficiaires.

Cette analyse sera menée dans le respect du contradictoire de la procédure prévue aux articles R.315-1 et suivants et D.315-1 et suivants du Code de la sécurité sociale ainsi que selon la Charte de contrôle de l'activité des professionnels de santé par l'Assurance Maladie.

Les actions contentieuses seront déterminées en fonction des anomalies constatées, selon des préconisations nationales (LR-DACCRF-4/2016).

1 CONTEXTE GENERAL

Le programme de contrôle porte sur des chirurgiens-dentistes, stomatologues et chirurgiens maxillo-faciaux, libéraux, France entière (DOM compris), ciblés sur une facturation d'actes dont les localisations présentent une distribution atypique.

Plusieurs signalements ont été faits à la CNAMTS/DACCRF par le réseau concernant l'activité de chirurgiens-dentistes présentant des facturations d'actes réalisés de façon quasi exclusive sur les incisives et les canines, les molaires et prémolaires ne recevant quasiment aucun soin. Cette pratique de facturation est atypique au regard des situations rencontrées habituellement, les soins étant concentrés majoritairement sur les molaires et prémolaires.

La facturation d'actes d'endodontie en proportion plus élevée sur les incisives et les canines que sur les molaires et prémolaires fait notamment suspecter :

- la facturation répétée d'actes non réalisés,
- la réalisation d'actes prothétiques dans une cavité buccale insuffisamment préparée,
- la réalisation d'actes sur des dents saines ou peu délabrées et ayant donné lieu à des délabrements volontaires sans nécessité médicale,....

Ces situations font donc suspecter :

- des pratiques frauduleuses telles que des actes fictifs,
- des activités fautives par réalisation d'actes non conformes aux données acquises de la science ou l'absence de soins sur certains types dents,
- des abus par exécution d'actes au-delà du besoin de soins du patient,
- voire des pratiques dangereuses.

2 FINALITÉS

Il s'agit de détecter les professionnels de santé suspects d'être à l'origine de fraudes, d'activités fautives ou abusives, de pratiques dangereuses, de les contrôler et de les faire sanctionner.

3 DÉROULEMENT DU PROGRAMME

Ce contrôle se déroule de la façon suivante :

- le ciblage des professionnels de santé à contrôler est effectué au niveau national,
- dans un premier temps, les investigations seront réalisées « en chambre »,
- en fonction des résultats de l'analyse en chambre, une analyse d'activité de chaque professionnel de santé ciblé pourra être déroulée dans le cadre de l'article L.315-1 IV du Code de la sécurité sociale,
- les suites contentieuses seront mises en œuvre en fonction des préconisations nationales, sous la coordination du Directeur coordonnateur de la gestion du risque avec l'appui du directeur référent de la lutte contre la fraude.

Deux bilans intermédiaires et un bilan final seront réalisés par la CNAMTS/DACCRF dans le cadre du suivi de ce programme.

4 CIBLAGE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

4.1 Données

Les données analysées sont issues du DCIR (Datamart Consommations Inter Régimes), restreintes aux assurés du régime général (hors Sections Locales Mutualistes), pour des soins facturés du 01 décembre 2014 au 30 novembre 2015, liquidés jusqu'à fin janvier 2016.

L'activité des professionnels de santé, est calculée à partir de leur NIR, afin de prendre en compte l'exhaustivité des soins facturés sur l'ensemble de leurs identifiants Assurance Maladie.

On s'intéresse ici uniquement aux activités des chirurgiens-dentistes, stomatologues et chirurgiens maxillo-faciaux libéraux, France entière (DOM compris). Les professionnels de santé ayant un numéro Assurance Maladie fictif ont été exclus.

Seuls les professionnels de santé ayant facturé au moins un acte d'endodontie sont retenus pour cette étude.

Ainsi sur la période de ciblage, nos données concernent 34 891 professionnels de santé.

4.2 Méthode de ciblage

Pour chacun des indicateurs de ciblage, les statistiques classiques permettant de mesurer la dispersion des données, sur l'ensemble des professionnels de santé concernés, ont été calculées (la moyenne μ , l'écart-type σ , le maximum, etc).

En second lieu, un seuil statistique a été déterminé pour chaque indicateur. L'élaboration de ce seuil est basé sur la méthode dite « α sigma » consistant à ramener tous les éléments autour de la moyenne dans un champ ne dépassant pas α fois σ .

Ainsi, les professionnels de santé ciblés sont ceux dont la valeur de l'indicateur est supérieure au seuil déterminé (correspondant à la moyenne augmentée de α fois l'écart-type).

Les 3 indicateurs retenus sont les suivants :

- Le nombre total d'actes d'endodontie localisés sur les incisives et les canines.
- La part d'actes d'endodontie réalisés sur les incisives et canines par rapport à l'ensemble des actes d'endodontie. (*Pour le calcul de cet indicateur, sont exclus les PS ayant facturé une quantité d'actes d'endodontie localisés sur les incisives et canines inférieure à la moyenne, soit 25 actes*).
- Le nombre d'assurés ayant plus de 7 actes d'endodontie localisés sur les incisives et les canines. (*Pour le calcul de cet indicateur, sont exclus les PS ayant facturé une quantité d'actes d'endodontie localisés sur les incisives et canines inférieure à la moyenne, soit 25 actes*).

La méthode de ciblage est détaillée en annexe 1.

4.3 Résultats du ciblage national

Au total, **174 professionnels de santé répartis sur 17 régions** France entière (DOM compris) sont ciblés.

Le ciblage national a eu pour objectif de retenir des professionnels dans chaque région tout en tenant compte des volumes gérables par les régions ayant un nombre important de praticiens ciblés.

5 SELECTION DES PROFESSIONNELS DE SANTE

La liste régionale des professionnels de santé ciblés sera mise à disposition de chaque région sur le serveur sécurisé « PETRA ». La mise à disposition de cette liste sera notifiée par courriel avec un lien vers ledit serveur dont l'accès sera limité à une durée de 5 jours.

Cette liste comprendra, pour chaque professionnel de santé ciblé, les numéros et coordonnées d'exercice du professionnel de santé ainsi qu'un numéro anonymisé attribué par la DACC RF/CNAMTS. Ce numéro sera utilisé pour le reporting ainsi que pour tous les échanges ultérieurs dans le cadre du présent programme.

En cas d'investigations jugées inopportunnes du fait du contexte locorégional, une synthèse motivant l'abandon du contrôle sera adressée à la DACC RF/CNAMTS sous quinzaine après lancement du programme national, à l'adresse suivante : dccrf@cnamts.fr

6 INVESTIGATIONS

Le contrôle comportera deux phases : des investigations en chambre dans un premier temps, puis des investigations de terrain.

Les modalités d'investigation sont développées dans le protocole d'investigation (annexe 2).

6.1 Investigations en chambre

L'objectif de la phase d'investigation en chambre est de confronter les éléments issus de la connaissance de terrain, des bases de données de remboursement concernant le professionnel de santé et ses patients, aux données de ciblage afin de :

- caractériser les anomalies potentielles,
- déterminer les éléments de preuves qui devront être recueillis lors de l'investigation de terrain.

Lors de l'investigation en chambre, aucun contact ne sera pris, ni avec le professionnel de santé, ni avec les assurés sociaux.

Les investigateurs s'attacheront tout particulièrement à dégager les différents modes opératoires possibles et évocateurs de pratique frauduleuse, fautive ou abusive.

Il conviendra de rechercher le caractère systématique et répété d'une pratique «incohérente», d'un mode opératoire, d'un mode de facturation.

Les investigateurs rechercheront tout particulièrement les modes opératoires suivants :

- les facturations multiples d'un même acte,
- les séquences de soins incohérentes ou impossibles,
- les facturations d'actes dans un délai incompatible avec leurs réalisations,
- les réalisations d'actes d'endodontie sans réalisation de radiographies associées,
- des variations de modes de transmission des actes facturés,
- une suractivité particulière selon les régimes d'exonération des patients.

Par ailleurs, les parcours de soins des patients seront étudiés afin de déterminer si des soins ont été réalisés par d'autres praticiens.

Une reconstitution du temps de travail sera effectuée en recherchant particulièrement les séances de soins présentant plus de 7 actes (hors radiographies).

Bilan intermédiaire :

A la fin de la phase des investigations en chambre, un rapport de synthèse détaillant les constats et la proposition de suite d'analyse à réserver à chaque dossier sera adressé à la CNAMTS/DACCRF pour **le 31 octobre 2016**.

L'élaboration du rapport de synthèse se fera selon les procédures habituelles (modèle proposé en annexe 3).

6.2 Investigations au titre de l'article L.315-1 IV du Code de la sécurité sociale

Le contrôle portera sur l'ensemble de l'activité facturée par le professionnel de santé ciblé.

L'analyse d'activité se déroulera selon la procédure prévue à l'article L.315-1 IV du Code de la sécurité sociale et ses articles d'application.

La mise en œuvre du contrôle de l'activité des chirurgiens-dentistes ciblés, selon les principes décrits dans la lettre-réseau LR-DACCRF-4/2013, constitue la base indispensable à la réussite des contrôles, notamment en garantissant le respect de la procédure.

L'analyse d'activité devra s'attacher à recueillir les éléments de preuve nécessaires à la conduite d'une action contentieuse par :

- le recueil d'informations auprès du professionnel de santé contrôlé,
- la convocation et l'examen clinique de bénéficiaires autant que de besoin.

L'analyse sera conduite en veillant à réaliser un contrôle des actes proportionnel à l'activité du praticien et à obtenir un nombre suffisant de bénéficiaires de soins présentant des anomalies (soit **une cinquantaine de dossiers au minimum**).

Bilan intermédiaire :

A la fin de la phase des investigations de terrain : un rapport de synthèse détaillant les constats et comportant la proposition des suites contentieuses à réservier à chaque dossier sera adressé à la CNAMTS/DACCRF pour **le 30 mars 2017**.

Le chirurgien-dentiste conseil chargé du contrôle du professionnel de santé réalisera l'entretien contradictoire, prévu à l'article R.315-1 2 du Code de la sécurité sociale avec le professionnel de santé concerné, en présence du Médecin-conseil chef de service.

Les modalités de l'entretien contradictoire ainsi que les suites de cet entretien tiendront compte des dispositions prévues par les articles D.315-1 à D.315-3 du Code de la sécurité sociale.

7 SUITES CONTENTIEUSES

Le choix des suites contentieuses doit viser l'efficacité et l'exemplarité des sanctions prononcées pour mieux dissuader les acteurs de transgresser les règles et d'avoir des pratiques abusives, fautives voire frauduleuses au détriment de l'Assurance Maladie (Cf. LR-DACCRF-4/2016 et tableau récapitulatif joint en annexe 4).

Le choix de l'action contentieuse tiendra compte des éléments suivants :

- la nature des manquements : fraude, activité fautive, activité abusive,
- le montant du préjudice,
- le contexte local,
- la jurisprudence sur le traitement des dossiers de même nature.

Le seuil de déclenchement des indus est laissé à la libre appréciation des Caisses.

8 REPORTING

Le tableau de reporting figurant dans MEDIAM est à renseigner par les ELSM et/ou les Caisses, au fil de l'eau.

Les données seront validées par les chefs de projet régionaux sous la coordination du Directeur coordonnateur de la gestion du risque et du Directeur chargé de la lutte contre la fraude.

Une note de remplissage est annexée à la lettre-réseau (annexe 5).

9 CALENDRIER

- Diffusion de la Lettre Réseau : juillet 2016
- Diffusion de la liste des professionnels de santé à chaque région : juillet 2016
- Investigations en chambre : jusqu'au 1^{er} octobre 2016
- Bilan intermédiaire à la fin de la phase des investigations en chambre : 31 octobre 2016
- Investigations de terrain : novembre 2016 à février 2017
- Bilan intermédiaire à la fin de la phase des investigations de terrain : 30 mars 2017
- Remontée des actions à mettre en œuvre : 30 avril 2017
- Bilan final du programme (actions mises en œuvre) : juin 2017

ANNEXES :

Les éléments listés ci-dessous accompagnent le présent document pour la mise en œuvre opérationnelle de ce programme :

- Annexe 1 : Méthode de ciblage
- Annexe 2 : Protocole d'investigation
- Annexe 3 : Modèle de rapport d'enquête
- Annexe 4 : Tableau de préconisation des suites contentieuses
- Annexe 5 : Note de remplissage du tableau reporting Medium

PIECE JOINTE N°6 :
CONTRAT DE TRAVAIL AVEC OBJECTIF DE
CHIFFRE D'AFFAIRES

Contrat Travail CDI à Temps partiel
Chirurgien-Dentiste-Coordonnateur Médical

Entre l'employeur l'association I
Dont le siège social est situé :
I

Représentée aux : _____ / _____ / _____

Ci-après désignée par l'employeur,

D'une part,

Et le salarié N
Né le : _____,
De nationalité : _____,
Demeurant : _____
Numéro de sécurité sociale : : _____

Ci-après désignée par le salarié,

D'autre part,

Il a été convenu ce qui suit :

OBJET ET DUREE DU CONTRAT

Ce contrat est conclu pour une durée indéterminée à compter 07 Novembre 2016. Il pourra toujours cesser à l'initiative de l'une ou l'autre des parties conformément aux dispositions légales et conventionnelles en vigueur.

Le contrat de travail du salarié est régi par les dispositions du c _____ par les dispositions particulières du présent contrat.

EMPLOI ET QUALIFICATION

Monsieur _____ est engagé pour exercer les fonctions de « Chirurgien-Dentiste – Coordonnateur Médical», salarié, avec un statut cadre.

La déclaration nominative préalable à l'embauche a été remise à l'URSSAF. Conformément à la loi du 6 janvier 1978, Monsieur _____ a un droit d'accès et de rectification aux informations portées sur ce document.

(M) 5/11

Ce contrat de travail n'est régi par aucune convention collective.

A toutes fins utiles, il est précisé que la convention collective des cabinets dentaires n'est pas applicable au chirurgien-dentiste salarié (article I.1 de la Convention collective des cabinets dentaires).

Les fonctions de Monsieur [] sont axées sur 2 activités complémentaires :

- En sa qualité de chirurgien-dentiste, Monsieur [] recevra tous les patients que l'association [] lui confiera et leur donnera ses soins consciencieux et attentifs, conformément aux dispositions de l'article R.4127-211 du Code de la santé publique.
- En sa qualité de coordonnateur médical, Monsieur [] sera chargé de l'encadrement du parcours de soins des patients dans le centre. Les missions principales attribuées dans ce cadre au salarié, sont définies dans les annexes jointes au présent contrat à savoir :
 - Annexe 1 « Le coordonnateur »
 - Annexe 2 « Les indicateurs du coordonnateur »
 - Annexe 3 « Plan personnel de santé bucco-dentaire»

S'agissant du parcours de soins c'est-à-dire du plan personnalisé de santé bucco-dentaire, le coordonnateur sera notamment chargé de :

- Identifier les situations délicates sur la base d'une évaluation globale de la situation médicale,
- Prioriser les situations où une intervention est à la fois nécessaire et possible,
- Recueillir les préférences et attentes du patient, et en tenir compte,
- Négocier des objectifs communs avec le patient,
- Planifier les interventions pour atteindre ces objectifs,
- Désigner des personnes chargées de la réalisation de ces interventions,
- Déterminer des critères permettant d'évaluer les processus et les résultats,
- Fixer les dates de révision des interventions,
- Organiser des procédures d'alerte en cas de problème intercurrent

Ces fonctions sont susceptibles d'évolution et seront réévaluées par la direction selon les besoins du centre et de l'association. Ces fonctions sont susceptibles de donner lieu à des évolutions économiques, médicales et techniques.

DROIT D'EXERCER

Monsieur [] déclare être titulaire du diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire, être inscrit au Conseil de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes, sous le numéro national et ne faire l'objet d'aucune interdiction d'exercer.

Monsieur [] a déclaré sur l'honneur à l'employeur qu'il n'avait fait l'objet d'aucune condamnation ordinaire.

Par rapport à son inscription au tableau de l'Ordre, il est rappelé au salarié que toute fausse déclaration peut entraîner des sanctions.

AM TM
2

L'article L 4163-8 du Code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Le fait pour un médecin, chirurgien-dentiste ou une sage-femme de faire une fausse déclaration en vue de son inscription au tableau de l'Ordre est puni de 3 mois d'emprisonnement et de 3 750 € d'amende ».

EXERCICE PROFESSIONNEL

Monsieur _____ exercera son art en toute indépendance suivant les prescriptions du code de déontologie et les dispositions légales en vigueur qu'il déclare bien connaître.

Monsieur _____ sera libre de choisir, sous son entière responsabilité et dans l'intérêt des patients, tout procédé de diagnostic et tout mode de traitement.

Pour tout ce qui ne relève pas de la pratique de son art, Monsieur _____ sera placé sous l'autorité de la direction ou de toute autre personne déléguée à cet effet.

Monsieur _____ devra scrupuleusement respecter :

- Les dispositions de la nomenclature générale des actes professionnels (ou de la CCAM) et les tarifs fixés par l'association _____ conformément à la réglementation du centre de _____,
- La politique tarifaire de l'association _____ soins prothétiques et tous les actes hors nomenclature,
- La pratique du tiers payant sur les parts obligatoires et complémentaires,
- Les dispositions des conventions liant l'association _____ aux organismes d'assurance maladie,
- Les objectifs définis par l'association _____ matière de prévention et de dépistage, ainsi qu'en matière de maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie en fonction de la réglementation ou des stipulations des conventions conformes à la réglementation conclues en ce domaine.

Monsieur _____ s'engage à :

- Elaborer et transmettre les feuilles de soins électroniques dans le respect des dispositions légales, réglementaires et techniques propres à ces mêmes documents.
- Intégrer dans son exercice les recommandations de bonnes pratiques élaborées par les instances compétentes et la politique de l'association _____
- Constituer et tenir à jour pour chaque patient un dossier _____ conformé aux dispositions réglementaires.
- Communiquer à son employeur tous les éléments permettant un suivi de chiffre d'affaires et des comptes clients, ainsi que de son temps de travail par le biais de fiches de temps.
- Ne pas dispenser ses soins à un nombre de patients incompatible avec la pratique conscientieuse de son art.
- Respecter les dispositions du règlement intérieur et des notes de services applicables dans l'organisme _____
- A remettre chaque mois à son employeur une fiche horaire mentionnant jour par jour les horaires de travail effectués afin de permettre l'établissement de son bulletin de salaire.

SECRET PROFESSIONNEL

Monsieur █ est tenu au secret professionnel prévu par la loi.

De son côté, l'association █ veillera à prendre toutes dispositions utiles pour que le secret professionnel soit respecté, en particulier par le personnel contribuant à l'activité.

MOYENS MIS A DISPOSITION

L'association █ s'engage à mettre à disposition du salarié les locaux, le matériel opératoire, le personnel indispensable (sans que cela garantisse la présence d'une assistante au fauteuil) et, d'une manière générale, tous les moyens nécessaires pour lui permettre d'exercer son art dans les meilleures conditions.

En retour, █ s'engage à utiliser selon les règles de bonnes pratiques professionnelles, le matériel et les produits mis à sa disposition par l'employeur et à respecter toutes les procédures mises en place par son employeur.

L'association █ s'engage à étudier et à appliquer, dans la mesure de ses disponibilités financières, toutes les suggestions tendant au renouvellement ou à la modernisation de l'équipement professionnel et à assurer l'entretien normal du matériel.

FORMATION CONTINUE ET DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU

Il appartient au salarié de mettre à jour ses connaissances conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Monsieur █ s'engage à suivre toute formation █ demanderait son employeur.

Cette formation sera réalisée selon les dispositions applicables en matière de droit du travail.

OBLIGATIONS PROFESSIONNELLES

█ s'engage à :

- Observer les prescriptions du Code de la santé publique et les règles et usages de la profession dentaire qu'il déclare bien connaître, ainsi que le règlement intérieur du cabinet dentaire s'il en existe un.
- Observer, tant pendant l'exécution qu'après la cessation du contrat, une discréction professionnelle absolue pour tout ce qui concerne les faits ou informations dont il aura connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions. Il en est de même à l'égard des patients et de l'entourage de ceux-ci,
- Observer les horaires de travail qui seront fixés par l'employeur,
- Se conformer aux directives et instructions émanant de la direction ou de son représentant,
- Observer, vis-à-vis des patients la plus grande correction, ainsi que vis-à-vis du reste du personnel.

- Faire connaître à l'employeur, sans délai, tout changement de situation le concernant susceptible d'influer sur l'exécution du présent contrat.

Monsieur _____ ne pourra pas exercer d'activité professionnelle complémentaire de quelque nature que ce soit sans autorisation expresse de son employeur.

PERIODE D'ESSAI ET VISITE MEDICALE D'EMBAUCHE

Le présent engagement est conclu sous réserve d'une période d'essai de quatre (4) mois de travail.

La période d'essai s'entend d'une période de travail effectif; toute suspension de l'exécution du contrat, quel qu'en soit le motif, entraînera une prolongation de la période d'essai d'une durée équivalente à celle de la suspension.

Cette période d'essai ne pourra faire l'objet daucun renouvellement.

Pendant cette période, l'entreprise pourra mettre fin au contrat sans indemnité, moyennant le respect du délai de prévenance fixé par le code du travail, dont la durée augmente en fonction de l'ancienneté dans l'entreprise, à savoir :

- 24 heures si la durée de présence dans l'entreprise est inférieure à 8 jours ;
- 48 heures de 8 jours à 1 mois de présence dans l'entreprise ;
- 2 semaines entre 1 mois et 3 mois de présence dans l'entreprise ;
- 1 mois au-delà de 3 mois de présence dans l'entreprise.

Si Monsieur _____ souhaite rompre la période d'essai, il devra prévenir l'entreprise dans les conditions fixées par le code du travail, à savoir 24 heures à l'avance si la durée de présence dans l'entreprise est inférieure à 8 jours ; 48 heures à l'avance au-delà. Toute rupture de la période d'essai, quel qu'en soit l'auteur, sera notifiée par écrit. Celui-ci sera remis en main propre contre décharge ou adressé en recommandé avec AR.

Monsieur _____ devra, avant l'expiration de la période d'essai, passer une visite médicale d'embauche conformément aux dispositions de l'article R. 4624-10 du Code du travail.

L'engagement du salarié ne sera confirmé qu'après la visite médicale d'embauche décidant de son aptitude au poste proposé et intégrant les vaccinations obligatoires à jour.

Monsieur _____ s'engage à fournir pendant la période d'essai tous les éléments nécessaires pour constituer son dossier.

LIEU DE TRAVAIL

Le lieu de travail est fixé à l'établissement de l'association _____

Immeuble Le Pôle Eureka.

Cependant, Monsieur _____ prend l'engagement d'accepter tout changement de lieu de travail nécessité par l'intérêt du fonctionnement de l'entreprise. Cette mobilité pourra s'exercer dans les limites géographiques suivantes : 40 kilomètres autour du lieu de travail actuel.

SNL

M

5

Dans le cas d'un changement de lieu de travail, l'employeur informe _____ dans le délai d'un mois à l'avance, sauf cas d'urgence.

En fonction des nécessités, l'employeur se réserve le droit de demander au salarié d'effectuer des déplacements temporaires n'entrant pas de changement de résidence.

DUREE DU TRAVAIL

La durée hebdomadaire du travail est fixée à 39 heures répartie sur 4 jours de la façon suivante :

- les Lundis, Mardis, Jeudis et Vendredis.
- *Les Mercredis non travaillés*

L'horaire de travail est l'horaire collectif en vigueur dans l'établissement. Il sera susceptible d'être modifié par l'employeur.

Il pourra vous être demandé l'accomplissement d'heures supplémentaires dans les limites légales et conventionnelles. Toute heure supplémentaire doit faire l'objet de l'accord préalable et exprès du supérieur hiérarchique.

Il est également indiqué que le salarié remettra chaque mois à son employeur une fiche horaire signée détaillant jour par jour la durée de son temps de travail effectif, permettant l'établissement de son bulletin de salaire.

ABSENCE ET INDISPONIBILITE

Toute absence, quelle que soit sa durée, doit faire l'objet d'une justification auprès de l'employeur sans délai et selon tout moyen à la convenance du salarié.

Par ailleurs, le salarié a l'obligation, dans les deux jours ouvrables suivant son absence, de fournir à l'employeur tout document écrit justifiant l'absence et, en particulier, le volet de l'arrêt de travail destiné à l'employeur lorsqu'une prescription médicale d'arrêt de travail est ordonnée.

Tout manquement de la part du salarié à l'obligation d'information et de transmission de documents caractériserait une exécution déloyale du contrat de travail et constituerait une violation de l'obligation de loyauté.

Le salarié s'engage également à communiquer sans délai le décompte des indemnités journalières de sécurité sociale afin de permettre à l'employeur de procéder, le cas échéant, au calcul du complément de salaire dû.

La base de calcul pour la indemnisation en cas d'absence pour maladie, s'agissant de la rémunération, correspondra à la rémunération qu'aurait perçue le salarié s'il avait travaillé mais ne comprendra pas les éléments du salaire ne rémunérant pas le travail proprement dit mais étant liés à la simple présence du salarié pour une situation particulière attachée à la prestation de travail.

JNL
Ay

La rémunération de référence servant aux calculs sera la rémunération moyenne perçue sur le trimestre précédent hors les éléments exclus ci-dessus.

REMUNERATION VARIABLE

En contrepartie de l'exécution de ses fonctions, _____ percevra un intérressement calculé en pourcentage du montant des facturations réalisées au titre des actes et travaux réalisés par le centre.

Le pourcentage au titre des actes et travaux réalisés par le centre est fixé à 2 % sur le chiffre d'affaires mensuel du centre déterminé sur l'activité globale de la clinique implantaire, parodontale, chirurgicale et prothétique.

Le chiffre d'affaires mensuel se définit comme l'activité clinique ayant fait l'objet du respect d'un plan personnalisé de santé bucco-dentaire et d'un compte rendu opératoire associé par chaque acteur de ce plan personnalisé de santé bucco-dentaire.

Les actes sont considérés comme accomplis lorsqu'ils sont exécutés et que les documents ainsi que les travaux administratifs, ont été réalisés conformément aux pratiques en vigueur dans l'organisme, notamment après la remise systématique de devis signé par le praticien et le patient pour tout acte prothétique et hors nomenclature.

En complément de l'exécution de ses fonctions, le praticien coordonnateur percevra une rémunération mensuelle brute calculée en pourcentage du montant des honoraires définitivement facturés au titre des actes et travaux effectués par lui-même.

Le pourcentage est fixé à :

- 10 % du chiffre d'affaires (CA) déterminé pour les actes liés à l'implantologie pour un CA jusqu'à 40000€. En cas d'échec chirurgical et de repos d'implants, l'acte ne pourra être refacturé, et ne pourra pas être assimilé au chiffre d'affaire chirurgical.
- 9% du chiffre d'affaires (CA) déterminé pour les actes liés à l'implantologie pour un CA à partir de 40001€. En cas d'échec chirurgical et de repos d'implants, l'acte ne pourra être refacturé, et ne pourra pas être assimilé au chiffre d'affaire chirurgical.
- 27 % du chiffre d'affaires déterminé pour les relevés de sinus, les autres actes, incluant examens radiologiques et actes parodontaux jusqu'à 20000€
- 24 % du chiffre d'affaires déterminé pour les autres actes, incluant examens radiologiques et actes parodontaux pour la tranche de chiffre d'affaire supérieure ou égale à 20001€.

Le chiffre d'affaires mensuel se définit comme l'activité clinique ayant fait l'objet du respect d'un plan personnalisé de santé bucco-dentaire et d'un compte rendu opératoire associé par chaque acteur de ce plan personnalisé de santé bucco-dentaire.

Les actes sont considérés comme accomplis lorsqu'ils sont exécutés et que les documents ainsi que les travaux administratifs, ont été réalisés conformément aux pratiques en vigueur dans l'organisme, notamment après la remise systématique de devis signé par le praticien et le patient pour tout acte prothétique et hors nomenclature.

En cas de modification de la nomenclature des actes telle qu'elle existe à la signature du présent contrat, et en particulier en cas d'introduction de nouveaux actes dentaires, ou en cas

78

7

de revalorisation des tarifs de vente pratiqués par l'association.

Les modalités de calcul de la rémunération des actes prothétiques seront modifiées de manière à ce que cette rémunération ne puisse pas augmenter par le seul fait de ces modifications considérées.

Cas particulier de l'~~implantologie et les métal~~ux précieux : Les métaux précieux sur implant ne sont pas pris en compte dans l'assiette de rémunération des chirurgiens-dentistes.

On retiendra le calcul de la rémunération basée sur des actes effectifs du mois précédent.

PRIMES SUR OBJECTIF

A cette rémunération s'ajoutera, une prime sur objectif intitulée Prime qualitative parodontologie définie comme suit :

- 1 % du chiffre d'affaires mensuel du centre déterminé sur l'activité globale de la clinique implantaire, parodontale, chirurgicale et prothétique à la condition d'une part, d'un rapport de santé à destination de l'ARS pour un minimum de 50 patients traités par mois et d'autre part, d'un chiffre d'affaires mensuel sur l'activité clinique prévention et actes parodontaux (incluant la tomographie volumique) représentant au minimum un pourcentage de 8% de l'activité globale du centre ou 10 000 € mensuel, au premier des deux seuils atteints.

GARANTIE DE REMUNERATION

Pour permettre au salarié de débuter son activité avec une garantie de rémunération indépendante du nombre d'actes réalisés, ~~l'entreprise~~ bénéficiera d'une garantie de rémunération mensuelle brute d'un montant de 6.251,00 € (base 39 heures) pendant les 6 premiers mois de sa présence dans l'entreprise, et ce, exclusivement dans le cas où la rémunération variable et la prime sur objectif définie ci-avant ne permettrait pas au salarié de percevoir le montant mensuel brut de 6.251,00 € (base 39 heures).

Si pendant les 6 premiers mois de présence, le montant mensuel brut de 6.251,00 € (base 39 heures) n'est pas atteint, un complément intitulé « complément de garantie de rémunération » lui sera versé sur le mois en question pour atteindre un salaire mensuel brut de 6.251,00 € (base 39 heures).

Passé les 6 premiers mois de présence dans l'entreprise, la garantie de rémunération du salarié ne sera plus de 6.251,00 € brute mensuelle (base 39 heures) mais sera de 2.800,00 € brute (base 39 heures).

Là encore, dans l'hypothèse où la rémunération variable et la prime sur objectif définie ci-avant ne permettrait pas au salarié de percevoir le montant de sa rémunération mensuelle brute de 2.800,00 €, un « complément garantie de rémunération » lui sera versé pour atteindre le montant de 2.800,00 € brut (base 39 heures).

PRINCIPES GOUVERNANT LA REMUNERATION VARIABLE ET LA REMUNERATION SUR OBJECTIFS

Conformément au code de déontologie, en aucun cas ~~l'entreprise~~ ne négligera la qualité des soins et son indépendance au profit de considération mercantile.

302

L'employeur s'engage à ne jamais mettre en place de démarches visant à porter atteinte à la qualité des soins ou à l'indépendance professionnelle du praticien salarié.

L'article 4127-249 du Code la santé publique dispose :

« 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. »

CONGES PAYES

■ bénéfice d'un congé annuel payé, conformément aux dispositions en vigueur dans l'établissement.

RETRAITE COMPLEMENTAIRE ET PREVOYANCE

■ bénéficiera des avantages sociaux consentis au personnel de sa catégorie, concernant le régime de retraite, de prévoyance et de frais de santé.

Notre entreprise est affiliée, au jour des présentes, aux organismes suivants :

Retraite ARRCO : AG2R - 37 Boulevard Brune 75014 Paris.

Retraite AGIRC : AG2R 170 Boulevard de la Villette 75918 PARIS CEDEX 19

Prévoyance : Ag2r Prévoyance 37 Boulevard Brune 75014 PARIS

Frais de santé : ACM JARD SA 34, rue du Wachen 67000 Strasbourg.

■ ne saurait se soustraire au bénéfice des prestations, ni refuser d'acquitter la quote-part mise à sa charge, telles que ces prestations et cotisations sont actuellement prévues ou telles qu'elles sont susceptibles d'évoluer.

ASSURANCE ET RESPONSABILITE CIVILE

Bien que l'assurance garantissant la responsabilité civile professionnelle de l'association couvre Monsieur ■ pour les missions qui lui sont imparties dans le cadre du présent contrat, Monsieur ■ aura soin de souscrire à ses frais sa propre assurance et responsabilité civile.

De même ■ devra régler à ses frais sa cotisation ordinaire.

FRAIS PROFESSIONNELS

Les frais engagés par ■ dans l'exercice de ses fonctions seront, sur justificatifs, pris en charge ou remboursés aux conditions et selon les modalités en vigueur au sein de la société, lesquelles pourront être dans le temps modifiées sans que cela constitue une modification d'un élément du présent contrat.

EXCLUSIVITE

En raison de la nature de ses fonctions, ■ s'engage à n'avoir aucune autre activité professionnelle en rapport avec celle de l'

soit pour son propre compte, soit pour le compte d'une autre entreprise, à l'exception de son exercice salarié actuel au sein du centre dentaire

Le non-respect du présent article est susceptible de remettre en cause les présentes relations contractuelles.

CONFIDENTIALITE

s'engage à observer la discréetion la plus absolue, pendant la durée du présent contrat et après sa rupture, sur l'ensemble des informations ou renseignements dont il pourrait avoir connaissance de par l'exercice de ses fonctions.

Tout manquement par _____ de son obligation de discréetion conduirait la société à envisager la rupture du présent contrat indépendamment de réparation éventuelle du préjudice subi par la société.

PARTICIPATION AU SERVICE DE GARDE

Il appartient à l'association _____ de tout mettre en œuvre pour permettre au salarié de remplir ses obligations déontologiques en matière de garde.

ACCEPTATION DES LETTRES RECOMMANDÉES ELECTRONIQUES

Dans le cadre de l'application de l'article 1369-8 du Code civil, _____ s'engage à accepter l'envoi par voie électronique des courriers recommandés de l'association _____ relatifs à la conclusion ou à l'exécution de son contrat de travail.

_____ devra transmettre dans les meilleurs délais au service du personnel son adresse électronique personnelle à laquelle ces courriers pourront être envoyés. Il devra par la suite, en cas de changement ultérieur de son adresse électronique, en informer aussitôt ce service.

FIN DE CONTRAT

Chaque partie peut mettre fin au contrat de travail, conformément aux dispositions légales et conventionnelles applicables à l'entreprise.

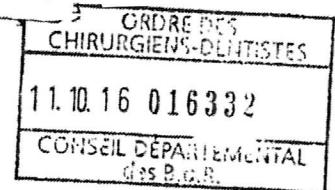
Le préavis à respecter en cas de licenciement sera celui prévu par la loi.

Le préavis à respecter en cas de démission sera celui prévu par les usages.

Ce droit de résiliation unilatérale ne fait pas échec à la faculté de mettre fin au contrat par accord mutuel. Dans ce dernier cas, la cessation du contrat fera l'objet d'une convention particulière fondée, soit sur le droit commun des contrats (article 1134 du Code civil), soit sur les dispositions légales relatives à la rupture conventionnelle du contrat de travail (articles L. 1237-11 et suivants du Code du travail).

PIECE JOINTE N°7 :
LETTRE AVEC CONSIGNES DU GESTIONNAIRE
SUR L'ATTEINTE D'OBJECTIFS D'ACTIVITE

CENTRE DENTAIRE



Le 05 septembre 2016

NOTE DE SERVICE

Mesdames, Messieurs,

Depuis le mois d'avril – mai, un certain nombre d'entre vous ne réalise pas leurs objectifs de prestations et accumulent beaucoup de manque de Chiffres d'Affaires. Ce qui met la structure en difficulté financière au regard du budget établit.

Pourtant l'an[“] passé tout le monde avait atteint les objectifs fixés. C'est pourquoi le Centre de Santé Dentaire était revenu à un équilibre. Vous comprendrez que nous ne pouvons de nouveau générer des déficits.

Malgré la philosophie de bien accompagner les patients, il n'en demeure pas moins que la réalité économique doit être prise en compte au risque de conduire le Centre à un dépôt de bilan.

C'est pourquoi, je vous demande à vous et à tous, un effort de productivité. Il nous reste 3 mois pour récupérer 14 000€ de C.A. à condition que les objectifs mensuels de vos propres C.A. soient à l'équilibre.

Je compte sur votre engagement.

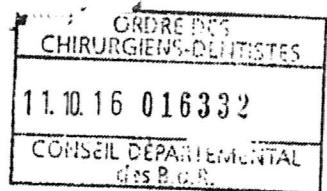
Une réunion générale est programmée :

le mercredi 05 octobre 2016 de 12h à 13h
pour vous donner diverses informations et objectifs,
sans suivre d'un repas de 13h à 14h.

Votre présence est obligatoire.

Bien cordialement,

CENTRE DENTAIRE



le 05 septembre 2016

NOTE DE SERVICE

Mesdames, Messieurs,

Depuis le mois d'avril – mai, un certain nombre d'entre vous ne réalise pas leurs objectifs de prestations et accumulent beaucoup de manque de Chiffres d'Affaires. Ce qui met la structure en difficulté financière au regard du budget établit.

Pourtant l'an passé tout le monde avait atteint les objectifs fixés. C'est pourquoi le Centre de Santé Dentaire était revenu à un équilibre.
Vous comprendrez que nous ne pouvons de nouveau générer des déficits.

Malgré la philosophie de bien accompagner les patients, il n'en demeure pas moins que la réalité économique doit être prise en compte au risque de conduire le Centre à un dépôt de bilan.

C'est pourquoi, je vous demande à vous et à tous, un effort de productivité.
Il nous reste 3 mois pour récupérer 14 000€ de C.A. à condition que les objectifs mensuels de vos propres C.A. soient à l'équilibre.

Je compte sur votre engagement.

Une réunion générale est programmée :

le mercredi 05 octobre 2016 de 12h à 13h
pour vous donner diverses informations et objectifs,
sans suivre d'un repas de 13h à 14h.

Votre présence est obligatoire.

Bien cordialement,



Monsieur,

Nous,soussignés Docteurs

avons pris connaissance de votre "Note de service" du 05.09.2016, notre surprise est grande.

En effet, il y est question d'"objectifs orientés par un chiffre d'affaire et de demande d'effort de productivité"(sic), nous laissant généreusement 3 mois pour "récupérer 14 000 euros de C.A!"

Ce changement d'éthique est surprenant, car:

- Il ignore le grand principe selon lequel notre profession ne doit pas être exercée comme un commerce(article R.4127-215 du csp)
- Il est ensuite consternant puisqu'il viole le code de la santé qui encadre tous nos actes.
- Il ignore aussi notre contrat de travail qui ,dans sa rubrique Indépendance technique et professionnelle stipule:
 - Le docteur exerce l'ensemble de ses missions en toute indépendance sur le plan technique et professionnel conformément au code de la santé publique.(article R.4127-209)
 - s'interdit de lier l'évolution du salaire du Docteur

l'accomplissement d'objectifs personnels de productivité ou de rendement, conformément aux dispositions du Code de la santé publique.(article R.4127-249)

- Il est enfin très inattendu provenant d'un établissement exemplaire comme le nôtre, en matière de dévouement premier à l'intérêt des patients.

S'il est possible de comprendre vos soucis comptables, il semble qu'ils puissent trouver une solution dans une gestion qui laisse les praticiens en paix avec leur conscience et leur liberté diagnostique.

Nous vous prions de croire,Monsieur,en l'expression de nos meilleurs sentiments.

PS:copie à :

copie à Monsieur le Président de l'ordre départemental des chirurgiens-dentistes des bouches du rhône.

PIECE JOINTE N°8 :
ARRET DE LA COUR D'AIX EN PROVENCE
DE 2007

COUR - D' APPEL D'AIX-EN-PROVENCE
AU NOM DU PEUPLE FRANCAIS

N°
1997

18^{ème} Chambre
Sociale et Civile

ARRET AU FOND

DU 25 mars 1997

Rôle N° 16191/92

Arrêt de la 18^{ème} Chambre Sociale et Civile
du : 25 mars 1997
prononcé sur appel
d'un jugement
rendu le 13 février 1992
par le Conseil de Prud'hommes de NICE
section : ENC R.G N° 90/275

Mr TONIONI Claude

C/

Conseil Départ. de l'ordre des
Chirurgiens Dentistes

Mutualité Médicale

COMPOSITION LORS DES DEBATS ET DU
DELIBERE.

Président : Mme CIMAMONTI

Conseillers : Mr TOULZA

Mme BAETSLE

Greffier lors des débats : Monsieur GARRIGUES

DEBATS :

à l'audience du : 26 novembre 1996
l'affaire a été mise en délibéré à l'audience
du 25 Février 1997 prorogé au 25 mars 1997

PRONONCE : à l'audience publique

du 25 mars 1997

par Mme CIMAMONTI Président
assisté de Monsieur GARRIGUES, Greffier.

0325tom.art

Grosse

délivrée le :

à : N° BATUDDUX
N° WATICKI
N° GASTALDI

NATURE DE L'ARRET

CONTRADICTOIRE

NOMS DES PARTIES :

Monsieur

I

APPELANT représenté par Maître BAUDOUX,
avocat au barreau de NICE

CONTRE :

Conseil Départemental de l'Ordre des
Chirurgiens Dentistes
22 Bd Raimbaldi
06000 NICE

INTIME non comparant, représenté par Maître WALICKI X
Avocat au barreau de GRASSE

à COTE D'AZUR

INTIME représenté par Maître Luc GASTALDI
Avocat au barreau de GRASSE

*

FAITS,PROCEDURE ET MOYENS DES PARTIES:

M. a été engagé à compter du 3 octobre 1984 en qualité de chirurgien dentiste par L'UNION DEPARTEMENTALE MUTUALISTE DES ALPES MARITIMES,devenue par la suite la MUTUALITE COTE AZUR.

Il a été licencié le 21 octobre 1989 pour le motif d'insuffisance de résultats.

Contestant ce licenciement,il a saisi le 9 janvier 1990 le Conseil de Prud'hommes de NICE afin d'obtenir,suivant ses conclusions devant les premiers juges,la condamnation de La MUTUALITE COTE D'AZUR à lui payer les sommes de 250.000 F du chef de licenciement sans cause réelle et sérieuse,150.000 F pour son préjudice matériel,25.000 F pour son préjudice moral outre la somme de 5.000 F au titre de l'article 700 du N.C.P.C.

Suivant jugement du 13 février 1992,le Conseil de Prud'hommes de NICE :

- a dit que le licenciement de M. reposait sur une cause réelle et sérieuse,

- a dit qu'il a été rempli de ses droits,

- l'a débouté de tous ses chefs de demande,

- A déclaré irrecevable,en application des dispositions de l'article 330 du Nouveau Code de Procédure civile,l'intervention volontaire du CONSEIL DEPARTEMENTAL DE L'ORDRE DES CHIRURGIENS DENTISTES,

- Faisant droit à la demande reconventionnelle de la défenderesse,a condamné M. au paiement de la somme de 4.000 F au titre de l'article 700 du Nouveau code de procédure civile.

M. régulièrement relevé appel de ce jugement.

Il expose que le licenciement n'est pas causé:

Soutenant avoir toujours dispensé à ses patients les meilleurs soins possibles et rappelant que le "résultat " ne peut être le moteur d'une "oeuvre sociale" telle que la MUTUALITE COTE D'AZUR, M. fait valoir que des considérations tirées d'une prétendue insuffisance de résultats ne sauraient en l'espèce constituer un juste motif de licenciement,étant incompatibles avec l'exercice de la profession de médecin et les règles déontologiques imposant au chirurgien dentiste de privilégier la qualité des soins ,sans jamais aliéner son

indépendance professionnelle, et de limiter ses prescriptions et ses actes,

Il observe de plus que l'insuffisance du chiffre d'affaires invoquée par la mutualité n'est pas démontrée et que si insuffisance il y a eu, elle ne procède pas de son propre fait, mais de contingences propres à l'organisation et au fonctionnement de la Mutualité: M.^r se prévaut à cet égard des rapports annuels de l'employeur, illustrant le problème de rentabilité du cabinet dentaire de MENTON où il exerçait, ainsi que les graves problèmes d'hygiène rencontrés par ce cabinet dans le courant de l'année 1989.

Il rappelle en outre que la prétendue baisse d'activité dont aurait souffert ce cabinet correspond exactement à la date à laquelle un troisième chirurgien dentiste a été recruté ce qui a eu pour effet d'entraîner le fractionnement de la clientèle ainsi que la réduction considérable de ses propres horaires.

M.^r ajoute que la décision prise à son encontre est sous-tendue par des motifs de querelles de personnes ou le souhait de la Mutualité d'en terminer avec le centre dentaire de MENTON.

Il souligne le caractère vexatoire de l'interdiction, qui lui fut faite dès le jour de la signification de son licenciement, de se rendre dans les locaux de la mutualité, et le discrédit que cette mesure, s'apparentant purement et simplement à une mise à pied, lui a causé dans la ville de MENTON.

Il ajoute qu'eu égard à ce discrédit, il a été dans l'impossibilité de recueillir en se réinstallant à son propre compte au moins une partie des fruits de son travail et de son dévouement auprès de sa clientèle et que c'est en vain que la MUTUALITE DE LA COTE D'AZUR tente de se prévaloir d'une clause de non concurrence, non limitée dans le temps et dans l'espace et donc nulle. Il précise avoir été inscrit au chômage pendant trois ans.

M.^r sollicite en conséquence la condamnation de la MUTUALITE COTE D' AZUR à lui payer les indemnités de:

-300.000 F du chef de licenciement sans cause réelle et sérieuse,
-200.000 F en réparation de ses préjudices matériel et moral,

-15.000 F par application de l'article 700 du N.C.P.C.

Le CONSEIL DEPARTEMENTAL de L'ORDRE DES CHIRURGIENS DENTISTES soutient que par application des articles L 366, L 431, et L 382 du

code de la Santé publique et dans la mesure où la MUTUALITE COTE D'AZUR a violé de propos délibéré les règles du dit Code, son intervention ne peut qu'être déclarée recevable.

Le CONSEIL DEPARTEMENTAL DE l'ORDRE DES CHIRURGIENS DENTISTES fait grief à la MUTUALITE COTE d'avoir enfreint les règles de déontologie en ayant licencié M. sur la seule base d'une prétendue insuffisance de résultats, alors que de telles considérations sont absolument incompatibles tant avec l'exercice de la médecine qu'avec les dites règles et notamment les articles 6 et 32 du Code de déontologie des Chirurgiens Dentistes, qui dissocient totalement la notion d'argent et celle de soins dentaires.

Il soutient qu'une telle transgression doit être sanctionnée sur le fondement de l'article 1382 du Code civil.

Le CONSEIL DEPARTEMENTAL DE L'ORDRE DES CHIRURGIENS DENTISTES demande en conséquence à la Cour de l'accueillir en son intervention volontaire, de la déclarer bien fondée et de condamner la MUTUALITE COTE D'AZUR à lui payer la somme de 5.000 F à titre de dommages-intérêts et celle de 12.000 F au titre de l'article 700 du Nouveau Code de Procédure Civile.

La MUTUALITE COTE D'AZUR conclut quant à elle à la confirmation du jugement entrepris et à la condamnation de l'appelant à lui payer la somme de 20.000 F au titre de l'article 700 du N.C.P.C.

Elle rappelle notamment quant aux faits que du début de l'activité du Dr en novembre 1984 jusqu'en décembre 1987, le chiffre d'affaires du fauteuil dont il avait l'exploitation devait connaître une augmentation annuelle quasi croissante, jusqu'à 891.157 F en 1987, pour diminuer à 783.733 F en 1988; qu'en 1989, le chiffre d'affaires diminuait de 28,3 % par rapport à celui de 1988 tandis que la fréquentation du cabinet diminuait de 13 %, de sorte que cette baisse d'activité considérable a du l'amener au licenciement de M.TONIONI.

La MUTUALITE COTE D'AZUR rappelle qu'il est de jurisprudence que l'insuffisance de résultat constitue une cause réelle et sérieuse de licenciement, et ce même en l'absence de faute du salarié.

Elle indique qu'il s'agit bien en l'espèce d'une absence de résultat due soit à une absence de motivation de la part du Dr , soit à une absence de travail effectif de sa part.

Elle affirme qu'il n'a jamais été question pour elle de privilégier le chiffre d'affaires à effectuer par M. au détriment des soins à procurer aux patients fréquentant le cabinet dentaire mutualiste, mais que ,comme tout praticien qui exercerait de manière libérale, le Dr devait effectuer un chiffre d'affaires nécessaire pour assurer la survie de son cabinet.

A titre subsidiaire, la MUTUALITE COTE D'AZUR conteste l'existence du préjudice tant moral que matériel invoqué par le Dr ;

Déniant avoir agi de manière vexatoire, la MUTUALITE COTE D'AZUR insiste sur le fait qu'elle a toujours essayé d'informer ses adhérents du départ du Dr de façon correcte et loyale et n'a jamais ,à aucun moment, souhaité jeter un quelconque discrédit sur la probité et les compétences professionnelles de ce médecin.

Elle fait valoir que dans le cadre d'une activité salariale, M ne peut prétendre avoir subi un préjudice quelconque pour sa réinstallation alors que les clients du cabinet dentaire ,adhérents de la Mutualité,n'étaient pas les siens et que le contrat de travail comportait une obligation de non-concurrence.

Par ailleurs la MUTUALITE COTE D'AZUR conclut à l'irrecevabilité de l'intervention du Conseil départemental de l'Ordre des Chirurgiens Dentistes compte tenu du fait que d'aucune façon ,affirme-t-elle, elle n'a imposé de restrictions à l'exercice du Dr par rapport au Code Déontologique. Elle observe qu'au demeurant,l'application des règles déontologiques est clairement énoncée au contrat de travail et qu'elle a procédé au licenciement de M pour la déficience de son activité professionnelle,l'absence de résultat tenant à une absence de travail de la part de l'intéressé.

MOTIFS DE LA DECISION

Attendu que suivant contrat de travail écrit à durée indéterminée en date du 3 octobre 1984 ,M. a été recruté par l'Union départementale Mutualiste des ALPES Maritimes pour exercer,à temps plein ,à raison de 38 H 45 par semaine,son activité de chirurgien dentiste dans le cabinet de L'U.D.M.A.M. 20 val du Careï à MENTON,moyennant une rémunération comportant une partie fixe égale au minimum mutualiste et une proportionnelle brute égale à 18 % du montant du chiffre d'affaires réalisé par lui mensuellement;

Attendu que ce contrat de travail régit les rapports des parties étant observé que le second contrat produit,du 13 décembre 1984, non signé par M.,a été refusé par lui par lettre du 13/12/84:

Attendu qu'il est notamment stipulé au contrat de travail du 3 octobre 1984 que le chirurgien dentiste contractant exerce ses fonctions en conservant son entière indépendance professionnelle,dans le respect des dispositions du Code de déontologie des chirurgiens dentistes

Attendu que par avenant du 1er octobre 1987 , l'activité hebdomadaire de M. était fixée à 35 heures;

Attendu que la lettre de licenciement du 21 octobre 1989,qui fixe les termes et les limites du litige énonce:

"A la suite de notre entretien du 16 octobre 1989,je vous informe que j'ai décidé de vous licencier.

Je vous confirme la cause réelle et sérieuse qui m'a conduit à prendre cette décision et qui vous a été exposée lors de cet entretien :Vous êtes licencié pour insuffisance de résultats".

Attendu qu'il résulte des pièces versées aux débats que le chiffre d'affaires du cabinet dentaire occupé par M à MENTON après avoir augmenté de 813.929 F en 1985 à 891.157 F en 1987 a diminué à 783.733 F en 1988 ,puis à 518.455 F pour les dix premiers mois de 1989,

Attendu que si de façon générale,et en l'absence de toute faute ou insuffisance professionnelle du salarié, l'insuffisance des résultats obtenus par celui-ci peut constituer à elle seule pour l'employeur une cause réelle et sérieuse de licenciement,il en va différemment en l'espèce du fait de l'objet médical spécifique du contrat de travail et des principes déontologiques qui régissent les relations contractuelles de la Mutualité et du chirurgien dentiste,

Attendu d'une part ,qu'il convient de rappeler qu'une Mutuelle n'est pas une entreprise à but lucratif,qu'elle n'a pas pour vocation de faire des bénéfices mais de rendre des services à ses adhérents,et que ses cabinets dentaires sont des œuvres sociales ayant pour but d'assurer aux mutualistes bénéficiaires tous les soins et la prothèse dentaire dont il peuvent avoir besoin aux meilleures conditions de prix et de qualité,

Attendu d'autre part que par application des règles du code de déontologie des

chirurgiens dentistes, qui s'imposent au praticien comme à l'employeur, que le chirurgien dentiste, dégagé de toute contingence lucrative, doit exercer son art en totale indépendance, dans des conditions qui ne puissent compromettre la qualité, seule privilégiée, des soins qu'il dispense: qu'il doit limiter au nécessaire ses prescriptions et ses actes, dans la mesure compatible avec la qualité et l'efficacité de ses soins et sans négliger son devoir d'assistance morale envers son malade;

Attendu qu'il s'avère ainsi qu'il ne peut être fait grief au chirurgien dentiste salarié d'une mutuelle, exempt de toute faute ou insuffisance professionnelle, d'une insuffisance de résultats, considération intrinsèquement divergente des principes déontologiques gouvernant le contrat de travail;

Attendu que seule une insuffisance de résultats trouvant son origine dans l'insuffisance professionnelle ou la faute du médecin pourrait constituer une cause réelle et sérieuse de licenciement,

Attendu que selon ses écritures la MUTUALITE COTE D'AZUR entend précisément rattacher l'insuffisance des résultats dont elle fait grief au Dr _____ à une insuffisance professionnelle de ce praticien c'est à dire, "soit à une absence de motivation", soit à une absence de travail effectif de sa part, ou encore à la "déficience de son activité professionnelle".

Mais attendu, qu'aucune faute ou insuffisance professionnelle du Dr _____ :
-n'est énoncée à la lettre de licenciement qui fixe les termes et les limites du litige,

-au surplus ne se trouve caractérisée, étant notamment relevé qu'il ne résulte d'aucun élément et qu'il n'est d'ailleurs pas allégué que le Dr _____ ait fait l'objet de remarque défavorable sur la qualité de son travail et la tenue de son cabinet,

Attendu que plus surabondamment encore et en tout état de cause, il n'est pas sans intérêt de relever qu'il ressort d'extraits de rapports annuels de la MUTUALITE COTE D'AZUR confirmant les indications du Dr _____, que le cabinet dentaire de MENTON, eu égard notamment à son emplacement, connaissait un problème de rentabilité ancien, ayant mis en question son déplacement ou sa fermeture (Rapport 1987: déficit de 15,6 % par rapport à 1986 nonobstant une augmentation du chiffre d'affaires) et qu'il a rencontré de sérieux problèmes d'hygiène en avril-mai 1989; qu'en outre à compter d'octobre 1987 les horaires de travail du Dr _____ ont été réduits à 35 heures en

l'état de la création d'un deuxième fauteuil de chirurgien dentiste au cabinet de MENTON,

Attendu qu'il convient en conséquence de déclarer sans cause réelle et sérieuse le licenciement du Dr ;

Attendu que celui-ci ayant plus deux ans d'ancienneté peut légitimement prétendre par application de l'article L 122.14.4. du code du travail à une indemnité non inférieure aux salaires des six derniers mois;

qu'il y lieu d'observer que la discussion des parties relatives à la clause de non-concurrence est en tout état de cause sans intérêt ,cette clause figurant au contrat du 13 décembre 1984 refusé par M. et non au contrat du 3 octobre 1984 seul signé des deux parties,

Attendu que compte tenu de l'ancienneté du Dr ,des justificatifs produits concernant son salaire ainsi que la période d'indemnisation de son chômage la Cour fixe la dite indemnité à la somme de 240.000 F,

Attendu qu'il convient de relever par ailleurs les conditions vexatoires de la rupture:

qu'en effet ,en convoquant le 13 octobre 1989 le Dr a l'entretien préalable ,la MUTUALITE COTE D'AZUR , l'a mis a pied a titre conservatoire avec effet immédiat , "compte tenu de la gravité de la mesure envisagée",alors qu'une telle mise à pied ne se conçoit que dans la cadre d'une procédure disciplinaire lorsque l'agissement du salarié le justifie,

qu'en outre ,par la lettre de licenciement du 21 octobre 1989 dispensant le Dr d'effectuer le préavis,l'employeur croyait en outre devoir lui intimer de s'abstenir de se rendre dans les locaux de la mutualité,

Attendu que ces circonstances vexatoires,génératrices d'un préjudice distinct de celui réparé par l'indemnité allouée du chef de licenciement sans cause réelle ni sérieuse, justifient l'allocation au Dr de la somme de 30.000 F à titre de dommages-intérêts ,

Attendu que conformément a 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,

Que son intervention est parfaitement recevable,

Attendu que si le licenciement est illégitime ,il n'est pas pour autant caractérisé à l'encontre de la MUTUALITE COTE D'AZUR une faute de nature à justifier l'allocation de dommages-intérêts au CONSEIL DEPARTEMENTAL DE L'ORDRE DES CHIRURGIENS DENTISTES,

Attendu que par application de l'article 700 du N.C.P.C. il apparait conforme à l'équité de condamner la MUTUALITE COTE D'AZUR à payer ,tant au Dr qu'au Conseil départemental de l'Ordre des Chirurgiens dentistes,la somme de 5.000 F à raison des frais irrépétables exposés tant en première instance qu'en appel;

PAR CES MOTIFS,

La Cour,statuant publiquement,contradictoirement ,en matière prud'homale :

Infirmit le jugement entrepris,

Condamne la MUTUALITE COTE d'AZUR à payer à M. i les sommes de :

-240.000 F à titre de dommages-intérêts du chef de licenciement sans cause réelle et sérieuse,

-30.000 F à titre de dommages-intérêts pour rupture vexatoire du contrat de travail,

Reçoit le Conseil Départemental de l'Ordre des Chirurgiens Dentistes en son intervention.

Par application de l'article 700 du Code de procédure civile,condamne la MUTUALITE COTE D'AZUR à payer :

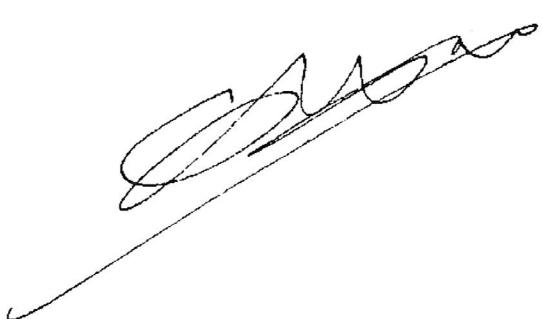
-à M. la somme de 5.000 F

-au Conseil Départemental de l'Ordre des Chirurgiens Dentistes la somme de 5.000 F

Condamne la MUTUALITE COTE d'AZUR aux entiers dépens de première instance et d'appel.

LE GREFFIER

LE PRESIDENT



PIECE JOINTE N°9 :
ARRET DE LA COUR D'APPEL DE MONTPELLIER
DU 22 MARS 2016

AU NOM DU PEUPLE FRANCAIS

COUR D'APPEL DE MONTPELLIER

2e chambre

ARRET DU 22 MARS 2016

Numéro d'inscription au répertoire général : 14/03756

Décision déférée à la Cour : Jugement du 02 AVRIL 2014
TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE DE PERPIGNAN
No RG 13/04159

APPELANT :

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE L'ORDRE DES CHIRURGIENS DENTISTES DES PYRÉNÉES ORIENTALES
17 boulevard Kennedy
Le Challenger
66000 PERPIGNAN
représenté par Me Raymond ESCALE de la SCP VIAL-PECH DE LA CLAUSE-ESCALE-KNOEPFFLER, avocat au barreau des PYRENEES-ORIENTALES, avocat postulant assisté de Me Marie VICELLI, avocat au barreau de PARIS, avocat plaidant

INTIMEE :

ASSOCIATION CENTRE DE SOINS DENTAIRES DENTALVIE
2, rue Madeleine Brès
66330 CABESTANY
représentée par Me Jacques MALAVIALLE de la SCP NICOLAU-MALAVIALLE-GADEL-CAPSIE, avocat au barreau des PYRENEES-ORIENTALES, avocat postulant assistée de Me Philippe Rudyard BESSIS, avocat au barreau de PARIS, avocat plaidant

ORDONNANCE DE CLOTURE DU 26 Janvier 2016

COMPOSITION DE LA COUR :

L'affaire a été débattue le 16 FEVRIER 2016, en audience publique, Madame Brigitte OLIVE, conseiller, ayant fait le rapport prescrit par l'article 785 du Code de procédure civile, devant la cour composée de :

Monsieur Daniel BACHASSON, président
 Madame Brigitte OLIVE, conseiller
 Monsieur Bruno BERTRAND, conseiller
 qui en ont délibéré.

Greffier, lors des débats : Madame Sylvie SABATON

ARRET :

- contradictoire
- prononcé par mise à disposition de l'arrêt au greffe de la cour, les parties en ayant été préalablement avisées dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article 450 du Code de procédure civile ;
- signé par Monsieur Daniel BACHASSON, président, et par Madame Sylvie SABATON, greffier, auquel la minute de la décision a été remise par le magistrat signataire.

FAITS et PROCEDURE – MOYENS et PRETENTIONS DES PARTIES

L'association centre de soins dentaires Dentalvie (le centre Dentalvie), régie par la loi de 1901, dont l'activité consiste en l'accès aux soins dentaires pour tous par la pratique de tarifs maîtrisés, emploie des chirurgiens-dentistes salariés.

Reprochant au centre Dentalvie de recourir à des procédés de publicité prohibés par diffusion sur son site internet d'un article de presse et d'un reportage télévisé, le conseil départemental de l'ordre des chirurgiens-dentistes des Pyrénées-Orientales (le conseil de l'ordre) l'a fait assigner devant le tribunal de grande instance de Perpignan, qui, par jugement du 10 septembre 2013, l'a notamment condamné sous astreinte à retirer de son site l'article édité le 14 mars 2013 et le reportage télévisé du 25 mars 2013, et l'a condamné à des dommages et intérêts, au visa exclusif de l'article 1382 du code civil.

Invoquant de nouveaux faits publicitaires interdits par le code de déontologie et constitutifs d'actes de concurrence déloyale à l'encontre de la profession des chirurgiens-dentistes, le conseil de l'ordre a fait assigner, à jour fixe, le centre Dentalvie devant la même juridiction, au visa des articles 1382 du code civil et des articles L. 4121-2, L. 4121-3, R. 4127.201 et suivants du code de la santé publique, le 7 novembre 2013 puis le 17 janvier 2014, afin qu'il soit condamné à lui payer la somme de 20 000 € à titre de dommages et intérêts en réparation de son préjudice ainsi qu'au retrait, sous astreinte, des articles, reportages et mentions publicitaires sur tous supports tant matériels que virtuels, outre la cessation de tout acte de concurrence déloyale.

Par jugement contradictoire du 2 avril 2014, assorti de l'exécution provisoire, le tribunal a notamment :

-ordonné la jonction des instances enrôlées sous les numéros 13/4159 et 14/256 ;

Vu le jugement du 10 septembre 2013,

-dit irrecevable la demande de soumission de l'association centre de soins dentaires Dentalvie au code de la santé publique comme se heurtant à l'autorité de chose jugée ;

-condamne l'association centre de soins dentaires Dentalvie à payer au Conseil départemental de l'ordre des chirurgiens-dentistes des Pyrénées-Orientales, la somme de 15 000 €, à titre de dommages et intérêts, sur le fondement de l'article 1382 du code civil ;

-dit que l'association Dentalvie doit obtenir le retrait de l'article : « PO / Les dentistes « low cost » s'implantent à Cabestany » du site www.midilibre.fr, du reportage du 23 octobre 2013 intitulé « Des dentistes « low cost » s'installent dans les Pyrénées-Orientales » sur le site internet de BFM TV, ainsi que des mentions à caractère publicitaire contenues dans le site internet dentalvie.fr, aux onglets « Accueil, Centre, et Tarifs », dans le délai de 15 jours à compter de la signification du présent jugement sous peine d'une astreinte de 200 € par jour de retard pendant une durée de trois mois ;

-ordonné le retrait sur le site internet des Pages Jaunes de la mention « Le centre dentaire Dentalvie a pour vocation de mettre la santé bucco-dentaire à la portée de tous en pratiquant des prix deux fois inférieurs à ceux couramment pratiqués », dans le délai de 15 jours à compter de la signification du jugement, sous peine d'une astreinte de 200 € par jour de retard pendant une durée de trois mois ;

-rejeté les demandes pour le surplus ;

-condamné l'association centre de soins dentaires Dentalvie à payer au demandeur une indemnité de 3 000 €, sur le fondement de l'article 700 du code de procédure civile ainsi qu'à supporter les dépens de l'instance.

Le Conseil départemental de l'ordre des chirurgiens-dentistes a régulièrement interjeté appel de ce jugement le 19 mai 2014, demandant à la cour dans des conclusions transmises au greffe le 23 décembre 2014 de :

-déclarer son appel recevable,

-débouter l'association Dentalvie de l'ensemble de ses demandes, fins, prétentions et exceptions ;

-infirmer (sic) le jugement rendu par le tribunal de grande instance de Perpignan le 2 avril 2014, sauf en ce que celui-ci a jugé irrecevable la demande de soumission de l'association Dentalvie au code de la santé publique et a rejeté les demandes formulées au titre de l'affichage non discret de cette association ;

-dire et juger que l'association Dentalvie est soumise aux dispositions des articles R.4127-201

et suivants du code de la santé publique et en particulier les articles R. 4127-215 et R. 4127-218 ;

-dire et juger que l'association Dentalvie s'est rendue fautive d'actes de publicité interdite et de concurrence déloyale à l'encontre de la profession des chirurgiens-dentistes ;

-dire que l'association Dentalvie s'est rendue fautive de pratiques commerciales trompeuses et de concurrence déloyale à l'encontre de la profession des chirurgiens-dentistes ;

-la condamner à lui payer la somme de 25 000 euros de dommages et intérêts au titre de la réparation de son préjudice ;

-enjoindre à l'association Dentalvie de cesser immédiatement tout acte publicitaire et tout acte de concurrence déloyale sur tous les supports tant matériels que virtuels, sous astreinte de 2 000 € par manquement constaté et par jour ;

-confirmer l'ensemble des condamnations prononcées par le tribunal de grande instance de Perpignan le 2 avril 2014 au titre du retrait des mentions publicitaires qui y sont énumérées et y ajoutant :

*ordonner sous la même astreinte qui s'y ajoutera, le retrait sur les façades de Dentalvie comme en tous lieux, de banderoles, affiches, panneaux non-conformes aux articles R. 4127-2018 et D.6323-5 du code de la santé publique, pour y substituer des plaques professionnelles conformes des professionnels exerçant en son sein ;

*ordonner sous la même astreinte qui s'y ajoutera, le retrait de toute devise sur la page Dentalvie Centre Dentaire du site internet des Pages jaunes et le retrait effectif sur le site dentalvie.fr et du serveur des mentions publicitaires figurant aux onglets « Accueil, Implants et Centre », outre le retrait effectif sur le même site et serveur des logos partenaires Biomet 31 et FKG Swiss Endo ;

*ordonner sous la même astreinte qui s'y ajoutera, qu'aucune des mentions retirées ne devra être reproduite sous aucun autre onglet ou page ou renvoi du site internet ou tout autre site ou sur tout autre support/réseau et plus généralement interdire toute nouvelle mention à caractère publicitaire ;

-ordonner la publication de l'arrêt à intervenir aux frais avancés de l'intimée dans « La Lettre », organe du conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes, dans les journaux « La semaine du Roussillon » et Midi Libre, ainsi que sur les sites internet de ces journaux, sans que le coût de l'insertion ne soit inférieur à 500 € et dans la limite de 3 000 € par publication papier, ainsi que sur le site dentalvie.fr et sur tout site qui s'y substituerait pendant une durée continue de 30 jours à compter de l'arrêt ;

-condamner l'association Dentalvie à lui payer la somme de 15 000 € sur le fondement de l'article 700 du code de procédure civile outre les dépens comprenant les frais d'exécution et d'établissement des preuves (rapports Celog et constats d'huissier).

Il soutient pour l'essentiel que :

-l'association Dentalvie a retardé l'exécution du jugement du 10 septembre 2013 et, en

violation délibérée de cette décision, a continué à pratiquer de la publicité prohibée par le biais du site internet des Pages Jaunes mais également de manière indirecte en collaborant à la rédaction d'un article de presse paru à la une du journal Midi Libre le 19 octobre 2013 et sur le site internet de ce journal, en utilisant des procédés d'affichage et de signalétique ostentatoire du centre (13 panneaux de plus de 20 mètres de long), interdits aux chirurgiens-dentistes en vertu de l'article L. 4127-218 du code de la santé publique, visant à accroître sa visibilité auprès des chalands, en diffusant une publicité constante sur son site internet prétendant de manière mensongère pratiquer des tarifs deux fois inférieurs à ceux couramment constatés (publicité comparative par les tarifs concurrents fausse et déloyale) et en participant à un reportage publicitaire diffusé sur BFM TV le 24 octobre 2013, pérennisé sur le site internet de cette chaîne ;

-son action est recevable puisqu'elle est fondée sur des faits nouveaux survenus après le jugement du 10 septembre 2013 ;

-l'association Dentalvie est un centre de santé qui devrait prodiguer des soins de premier recours selon l'article L. 6323-1 du code de la santé publique, ce qui n'est pas le cas, puisque son activité est concentrée sur la pose d'implants et de prothèses et non sur les soins de conservation tarifés ;

-l'association Dentalvie est nécessairement soumise aux règles déontologiques des chirurgiens-dentistes qu'elle emploie, en vertu de l'article R. 4127-201 du code de la santé publique, et la consultation du professeur X... produite par celle-ci n'a aucune valeur juridique alors même qu'elle est contredite par celle du professeur Y... ;

-c'est à tort que les jugements du 10 septembre 2013 et du 2 avril 2014 ont considéré que l'application de ces textes n'était pas acquise alors que cette soumission ne souffre aucune contestation et résulte d'un fondement légal, contractuel et jurisprudentiel ;

-en tant qu'employeur de chirurgiens-dentistes, elle est dans l'obligation impérative de tout mettre en œuvre afin que ceux-ci respectent les règles professionnelles et, par suite, les dispositions du code de déontologie qui s'imposent au centre lui-même ;

-en préambule des contrats de travail, l'association Dentalvie a précisé qu'ils étaient établis conformément aux dispositions du code de la santé publique, du code de la déontologie et du code du travail ;

-la pratique de l'art dentaire impose le respect des règles déontologiques qui interdisent toute publicité, sous quelque forme que ce soit, dans le domaine des soins dentaires ;

-des décisions récentes de plusieurs juridictions ont considéré que les dispositions du code de la santé publique s'appliquaient aux centres de santé dentaire ;

-l'intimée ne soigne pas les plus démunis et sa création a été financée par des capitaux étrangers ;

-la comparaison des prix à laquelle elle procède est fausse et constitue une publicité comparative prohibée et non une information ;

- l'association Dentalvie n'est pas une mutuelle et ne saurait invoquer les dispositions de l'article L. 112-1 du code de la Mutualité autorisant des remboursements différenciés si l'assuré se rend chez un praticien partenaire ;
- les soins de santé bénéficient du droit légitime d'être protégés par la réglementation instituée par les Ordres ; les personnes physiques et morales exerçant l'art dentaire sont donc tenues au respect des règles professionnelles dont la violation par insertion d'une publicité comparative par les prix constitue une pratique commerciale déloyale, telle que visée aux articles L. 121-1, L. 121-6, L.213-1 et L. 122-11 du code de la consommation, issus de l'article 5 de la Directive européenne du 11 mai 2005, (cf. les arrêt de la CJUE « Doulamis » et « Tour Services ») ;
- l'association Dentalvie dénigre les chirurgiens-dentistes en les qualifiant de « classiques » pour les opposer à ceux du centre dont les conditions de travail et d'équipement seraient optimales ;
- l'association Dentalvie continue à inclure dans des pages de son site internet des insertions publicitaires en faisant état d'un agrément par l'agence régionale de la santé (ARS) alors que cet organisme ne délivre pas d'agrément, en vantant des marques d'implants et de produits dentaires distribués par des partenaires dont les logos sont affichés, ce qui est contraire aux dispositions du code de la santé publique ;
- le recours à toute forme de publicité interdite à la profession de chirurgien-dentiste et la mise en place d'une signalétique ostentatoire constituent des actes de concurrence déloyale ;
- ces actes réitérés ont occasionné à la profession des chirurgiens-dentistes un préjudice moral et matériel qui sera fixé à 25 000 euros, compte tenu de leur persistance malgré deux condamnations exécutoires.

L'association de soins dentaires Dentalvie, formant un appel incident, a conclu, le 16 juin 2015, à l'annulation des condamnations prononcées par le tribunal de grande instance de Perpignan, et demande à la cour de :

- dire qu'aucune faute ne peut être retenue à son encontre ;
- dire et juger qu'elle ne relève pas du code de la déontologie des chirurgiens-dentistes,
- dire qu'elle a respecté les articles L. 121-28 et suivants du code de la consommation et les directives européennes autorisant la publicité comparative ;
- dire qu'au vu de l'article 1351 du code civil la cessation de tout acte publicitaire sur le site Dentalvie est sous le coup de l'autorité de la chose jugée, le précédent jugement l'ayant refusée,
- débouter le conseil départemental de l'ordre des chirurgiens-dentistes de toutes ses demandes,
- condamner l'appelant à lui payer la somme de 20 000 euros à titre de dommages et intérêts pour procédure abusive et vexatoire outre celle de 10 000 euros sur le fondement de l'article

700 du code de procédure civile ;

Elle fait valoir en substance que :

-elle a exécuté le jugement du 10 septembre 2013 avec un peu de retard suite à un problème informatique rencontré par la société qui avait créé le site ;

-la publicité est définie par une directive européenne du 10 septembre 1984 comme toute forme de communication faite dans le cadre d'une activité commerciale, artisanale ou libérale dans le but de promouvoir la fourniture de biens ou services ;

-le développement d'internet a distingué la publicité et le marketing direct, et la législation européenne protège les consommateurs et les professionnels contre la publicité trompeuse et ses conséquences déloyales ;

-la publicité comparative n'est pas interdite si elle n'est pas trompeuse, dénigrante et si elle a pour unique objet l'information du consommateur, par application des articles L. 121-1 et suivants du code de la consommation ; la première chambre civile de la Cour de cassation a rappelé dans un arrêt du 4 juin 2014 (pourvoi no 13/16794) que si elle pouvait être restreinte pour tenir compte des particularités d'une profession déterminée, elle ne pouvait pas faire l'objet d'une interdiction totale et générale ;

-la liberté de la concurrence autorise tout commerçant à chercher à attirer vers lui la clientèle de son concurrent, sans pour autant que sa responsabilité soit engagée ; la faute constitutive de concurrence déloyale peut revêtir trois formes, le dénigrement, la confusion et la désorganisation ;

-le décret no 2009-152 du 10 février 2009 impose aux praticiens de santé d'afficher dans la salle d'attente de leurs cabinets les tarifs de 5 soins et prothèses et le site internet de la sécurité sociale donne les tarifs de tous les praticiens, afin que les patients puissent connaître les montants des prestations dentaires et médicales ; il n'est pas interdit d'afficher les tarifs appliqués sur les sites internet des cabinets et centres de soins dentaires ;

-en informant les patients, par le biais de son site internet, sur ses tarifs, le fonctionnement, les méthodes de travail et l'équipement du centre et en rapportant des témoignages de patients, elle ne pratique aucune publicité prohibée, alors que les articles D. 6323-4 et L. 6323-5 du code de la santé publique imposent aux centres de santé d'afficher à l'intérieur et à l'extérieur des établissements les conditions d'accueil et les tarifs appliqués ;

-une telle information n'est pas constitutive de publicité, de dénigrement et de concurrence déloyale ;

-en toute hypothèse, les règles du code de déontologie des chirurgiens-dentistes ne lui sont pas applicables, ce que le tribunal de grande instance de Perpignan a définitivement jugé le 10 septembre 2013 ;

-elle est prestataire de service et sa personnalité morale ne se confond pas avec celle des chirurgiens-dentistes qu'elle saline et qui exercent en son établissement ; l'article R. 4127-201 du code de la santé publique qui ne vise que les praticiens et les étudiants en chirurgie dentaire ne s'applique pas à une structure ; elle n'est d'ailleurs pas inscrite à l'Ordre des

chirurgiens-dentistes que ce soit en qualité de praticien individuel ou de société d'exercice libéral ;

-le statut des centres de santé défini par l'article L. 6323-1 du code de la santé publique est spécifique et n'a aucun rapport avec l'activité libérale des praticiens soumis au code de déontologie ; l'interlocuteur des centres de santé est le directeur de l'agence régionale de santé qui a le pouvoir de suspendre leur activité en cas de manquement compromettant la sécurité des patients ;

-ainsi et en raison de sa mission de santé publique, le centre de soins dentaires géré par une association à but non lucratif n'a pas vocation à faire des bénéfices comme les cabinets libéraux, ce qui justifie la pratique de bas tarifs ;

-le fait que les contrats de travail conclus avec les chirurgiens-dentistes rappellent qu'ils sont soumis, dans leur exercice professionnel, au code de déontologie ne signifie pas qu'elle a entendu s'y soumettre volontairement ;

-la jurisprudence citée par l'appelant nullement constante concerne des centres mutualistes de soins dépendant du code de la Mutualité prévoyant l'application du code de la santé publique et du code de déontologie ;

-l'interdiction de la publicité édictée par le code de déontologie ne lui est donc pas applicable, ce qui rejoint la jurisprudence majoritaire du droit communautaire ; certains codes comme celui des experts-comptables ayant d'ailleurs intégré la directive européenne du 12 décembre 2006 ;

-l'analyse du professeur X..., spécialiste et coauteur de la chronique « concurrence déloyale » de l'encyclopédie Dalloz, est pertinente et les critiques faites par M. Y..., professeur de droit public à Nantes, n'apportent aucun élément de droit nouveau ;

-son concept original de mettre les soins dentaires à la portée de tous dont le principe vient d'être validé par un arrêt du Conseil Constitutionnel du 23 janvier 2014 relativement à un contentieux concernant les frais de mutuelle, est novateur en ce que la pratique tarifaire ne diffère de celle des autres dentistes qu'au titre du coût des implants et prothèses nettement inférieur à celui habituellement pratiqué ;

-la création du centre en 2013 a nécessité une information par la presse écrite et télévisée mais aussi par le biais d'internet ;

-elle a respecté les articles L. 121- 8 et suivants du code de la consommation ayant transposé les directives européennes de 2005 et 2006, étant précisé, en outre, que la chambre commerciale de la Cour de cassation a affirmé dans un arrêt du 10 septembre 2013 que la simple transgression d'une règle déontologique n'est pas en elle-même constitutive d'une faute civile et notamment de concurrence déloyale ;

-aucun des griefs invoqués ne caractérise une concurrence déloyale ;

-s'agissant des Pages Jaunes, l'insertion dont elle offre de modifier le libellé, n'est pas une publicité ;

- les demandes de retrait de divers textes figurant sur son site internet se heurtent à l'autorité de chose jugée du jugement du 10 septembre 2013 qui a débouté l'appelant de ces prétentions ;
- les règles déontologiques relatives à la signalétique ne lui sont pas applicables et en tout état de cause, les panneaux ne sont pas ostentatoires et sont réalisés conformément au règlement de l'immeuble, (cf. attestation du bailleur et constat d'huissier du 23 janvier 2014) ;
- les mentions figurant sous différents onglets de son site internet ne sont pas des informations déloyales et mensongères ;
- l'article du Midi Libre paru le 19 octobre 2013, sous la responsabilité du journal, n'est pas accessible sur son propre site et elle n'a fait que répondre aux sollicitations des journalistes en procédant à une information générale sur son concept de soins novateur ; il en est de même en ce qui concerne le reportage de BFM TV ;
- elle n'a pas le pouvoir d'obtenir le retrait de reportages et d'articles diffusés sur des sites qui ne lui appartiennent pas ;
- le lien de causalité entre le dommage et le comportement fautif allégué n'est pas établi.

Le Conseil départemental de l'ordre des chirurgiens-dentistes a transmis au greffe de la cour le 26 janvier 2016 à 7h59 des conclusions et 11 nouvelles pièces.

C'est en cet état que la procédure a été clôturée par ordonnance du 26 janvier 2016 à 8h45.

Le Conseil départemental de l'ordre des chirurgiens dentistes des Pyrénées-Orientales a transmis au greffe de la cour, le 26 janvier 2016 à 10h31, des conclusions et pièces nouvelles se substituant à celles communiquées à 7 H59.

Le centre de soins dentaires Dentalvie a transmis au greffe de la cour les 27 janvier et 10 février 2016, des conclusions d'incident sollicitant le rejet des conclusions et pièces transmises par l'appelant le jour de la clôture auxquelles elle a été dans l'impossibilité de répliquer, ce qui est contraire au principe du contradictoire et de loyauté des débats.

Le Conseil départemental de l'ordre des chirurgiens dentistes des Pyrénées-Orientales a conclu, les 3 et 11 février 2016, qu'il a certes transmis au greffe des conclusions le jour de la clôture mais les avait préalablement adressées à l'avocat de l'intimée qui pouvait solliciter un report de la clôture avant que celle-ci soit prononcée. Le dispositif de ses conclusions est identique aux précédentes notifiées le 23 décembre 2014, sauf en ce qu'il est demandé le rejet de nouvelles pièces communiquées par l'association Dentalvie (n°24 à 57), non rapportées dans les écritures de celle-ci et sans intérêt aux débats. Les nouvelles pièces qu'elle a produites (n°48 à 58) répondent aux allégations de l'intimée. Elle sollicite la révocation de la clôture pour admettre une nouvelle pièce (n°59), utile aux débats.

MOTIFS DE LA DECISION

Sur l'incident

Le conseil de l'ordre a transmis au greffe de la cour, le 26 janvier 2016, jour de la clôture dont les parties avaient été avisées depuis le 22 juin 2015, des conclusions et 11 pièces nouvelles en réplique à celles du centre Dentalvie parvenues au greffe le 16 juin 2015. Contrairement à ce qui est prétendu, ces conclusions développent, sur 20 pages supplémentaires, des arguments nouveaux, explicitent les moyens énoncés antérieurement (23 décembre 2014) et demandent à la cour d'écartier des débats la moitié des pièces communiquées par l'intimé. L'avocat de celui-ci s'est donc trouvé dans l'impossibilité d'y répondre utilement (après les avoir soumises à son client pour approbation), avant l'ordonnance de clôture, ce qui caractérise une violation des articles 15, 16 et 135 du code de procédure civile. Il n'est justifié d'aucune cause grave à l'appui de la demande de révocation de l'ordonnance de clôture. Il y a donc lieu de déclarer irrecevables les conclusions et pièces nouvelles (no48 à 59) transmises par l'appelant le 26 janvier 2016.

Il sera statué au vu, d'une part, des conclusions transmises par le conseil de l'ordre le 23 décembre 2014 et des 47 pièces énumérées dans le bordereau joint et, d'autre part, des conclusions transmises par le centre Dentalvie le 16 juin 2015, comportant un bordereau de 54 pièces.

Sur la soumission aux règles de la déontologie des chirurgiens-dentistes

Aux termes de l'article 1351 du code civil, l'autorité de la chose jugée n'a lieu qu'à l'égard de ce qui a fait l'objet du jugement ; il faut que la chose demandée soit la même, que la demande soit fondée sur la même cause, entre les mêmes parties et formée par elles et contre elles en la même qualité.

En principe, le jugement qui, dans son dispositif, après avoir accueilli une des demandes d'une partie, « rejette toutes autres demandes », statue sur ces autres chefs de demandes par une décision revêtue de l'autorité de la chose jugée, dès lors qu'il résulte de ses motifs qu'il les a examinés.

En l'espèce, le jugement rendu le 10 septembre 2013 par le tribunal de grande instance de Perpignan, passé en force de chose jugée, opposant le conseil de l'ordre et le centre Dentalvie, a alloué au premier des dommages et intérêts, a ordonné le retrait, sous astreinte, de reportages sur le site internet du centre, en visant exclusivement dans son dispositif l'article 1382 du code civil et a rejeté les demandes pour le surplus. Ce rejet concerne notamment les prétentions du conseil de l'ordre fondées sur la violation des articles L. 4121-2, L. 4121-3, R. 4121-201 et suivants du code de la santé publique, examinées dans les motifs du jugement qui, après avoir rappelé les dispositions des articles R. 4127-201 et L. 6323-1 du code de la santé publique, a considéré que le centre Dentalvie n'était pas soumis aux règles du code de déontologie des chirurgiens-dentistes, «s'agissant d'une association prestataire de services, dont la personnalité morale ne se confond pas avec celle des chirurgiens-dentistes qui exercent en son sein en qualité de salariés ».

Ainsi le jugement du 10 septembre 2013 rendu entre les mêmes parties, prises en la même qualité, ayant accueilli les demandes du conseil de l'ordre au seul visa de l'article 1382 du code civil et ayant rejeté le surplus des demandes, après s'être expliqué sur le moyen tiré de la soumission du centre Dentalvie aux dispositions du code de déontologie des chirurgiens-dentistes, a l'autorité de la chose jugée quant au rejet de ce moyen.

Il s'ensuit que la demande du conseil de l'ordre tendant à dire que l'association Dentalvie est soumise aux dispositions des articles R. 4127-201 et suivants du code de la santé publique se heurte à la fin de non-recevoir tirée de l'autorité de la chose jugée.

Dans ces conditions, il ne saurait être opposé valablement au centre Dentalvie le non-respect des dispositions de l'article R. 4127-218 du code de la santé publique concernant la signalétique, étant observé au surplus qu'il résulte du constat d'huissier du 23 janvier 2014 que les enseignes et panneaux mentionnant le nom du centre, les horaires d'ouverture, les numéros de téléphone et le fléchage sont similaires à ceux utilisés par les autres professionnels de santé exerçant leur art dans le même immeuble, ce qui correspond à une information ne revêtant aucun caractère publicitaire.

Le jugement sera confirmé de ces chefs.

Sur la concurrence déloyale

Si le conseil de l'ordre n'est pas fondé à opposer au centre Dentalvie des fautes délictuelles relevant de l'inobservation des règles du code de déontologie des chirurgiens-dentistes, il peut, néanmoins, se prévaloir d'actes déloyaux tenant notamment au recours à une publicité comparative trompeuse.

Les actes reprochés par le conseil de l'ordre dans la présente instance n'ont pas été examinés par le jugement du 10 septembre 2013, de sorte que le centre Dentalvie ne saurait invoquer utilement à ce titre l'autorité de la chose jugée.

Il résulte du rapport Celog (pièce no19), dont les constatations ne sont pas contestées, que le centre Dentalvie a diffusé sur son site internet les informations suivantes :

*sous l'onglet Centre :

- le centre de soins dentaires Dentalvie a été créé pour mettre la santé dentaire à la portée de tout le monde (soins, prothèses, implants),
- nous disposons d'un plateau de haute technologie, nous achetons nos consommables et prothèses en France chez les mêmes fournisseurs que la majorité des cabinets classiques mais une personne est dédiée aux achats afin d'obtenir les meilleurs prix,
- à cela s'ajoute une organisation interne où les tâches cliniques sont séparées des tâches administratives pour parvenir à faire des économies d'échelle qui sont directement impactées sur les prix pour nos patients : 970 € Implant+couronne au lieu de 2 500 € en moyenne dans le département ; 390 € Couronne au lieu de 650 € en moyenne dans le département des Pyrénées-Orientales ;

*sous l'onglet Tarifs :

Le centre dentaire Dentalvie à Cabestany propose des tarifs permettant à tous d'accéder à la santé dentaire. Ils devraient réduire à 0 « le reste à charge » de la plupart des contrats de mutuelles (complémentaire santé). Toutes nos couronnes sont en céramique (390 €), l'implant unitaire est à 480 € auquel il faut rajouter 100 € de connectique pour y poser une couronne, soit tout compris 970 € comprenant, le scanner/radio 3D, la chirurgie-para-implantaire, la pose de l'implant, de l'interface et de la couronne sur implant.

Contrairement à ce que le premier juge a retenu, la majorité de ces mentions visent à informer le public sur les activités du centre de soins dentaires qui, en sa qualité de centre de santé, doit favoriser l'accès aux soins à une majorité de personnes en vertu de l'article L. 6323-1 du code de la santé publique, en sa rédaction applicable en la cause, et sur les modalités mises en œuvre pour pratiquer des prix modérés. Il ne peut être reproché valablement à l'intimé la diffusion sur son site d'informations relatives aux conditions d'accueil, aux jours et heures d'ouverture, aux tarifs, au mode de fonctionnement, à l'organisation des soins, aux installations matérielles, à l'expérience et à la qualification du personnel, qui sont conformes aux dispositions des articles D. 6323-4 et D. 6323-5 du code susvisé.

En revanche, en prétendant que les prix moyens pratiqués dans le département des Pyrénées-Orientales au titre d'un implant et d'une couronne s'élèvent respectivement à 2 500 € et 650 € et en les comparant à ceux du centre de soins, sans qu'il soit possible de s'assurer que ces éléments présentent les mêmes caractéristiques essentielles, l'exigence d'objectivité prescrite par l'article L. 121-8 du code de la consommation n'est pas remplie. A cet égard, le conseil de l'ordre produit en pièce no40 un document provenant du site de l'assurance-maladie Ameli fixant à la somme de 487 € la moyenne des tarifs déclarés (partiellement remboursés par la sécurité sociale), en matière de prothèses, par une soixantaine de chirurgiens-dentistes exerçant leur art à Perpignan, ce qui conforte l'inexactitude du prix moyen de 650 € annoncé et induit en erreur les personnes visitant le site internet du centre Dentalvie.

L'information relative à une réduction à 0 du reste à charge des contrats de mutuelles n'est pas non plus fondée sur des données objectives.

Le conseil de l'ordre dénonce également l'insertion dans le site internet des « Pages Jaunes » de la mention : « Le centre dentaire Dentalvie a pour vocation de mettre la santé bucco-dentaire à la portée de tous en pratiquant des prix deux fois inférieurs à ceux couramment pratiqués ». Cette comparaison qui est la résultante de l'annonce faite sur le site internet du centre Dentalvie sous l'onglet « Tarifs » ne repose pas sur des critères objectifs vérifiables et pertinents. En revanche, la première partie du slogan qui rappelle la vocation d'accès aux soins pour tous n'est pas déloyale.

En conséquence, la diffusion tant sur son site internet que sur celui des « Pages Jaunes » d'informations à visée publicitaire basées sur des comparaisons de prix non fiables, de nature à attirer la patientèle vers le centre de soins au détriment des chirurgiens-dentistes n'exerçant pas dans ce type de structure et privés de tout recours à des procédés de publicité directs ou indirects, constitue un acte de concurrence déloyale. Une telle faute engage la responsabilité du centre Dentalvie, sur le fondement de l'article 1382 du code civil, envers le conseil de l'ordre chargé de protéger la profession, qui subit ainsi un préjudice dont la réparation sera fixée à 10 000 €.

Le retrait des mentions insérées sous les onglets « Centre et Tarifs » du site www.dentalvie.fr, au titre des prix moyens pratiqués par les chirurgiens-dentistes dans le département des Pyrénées-Orientales et du reste à charge ainsi que la mention insérée dans les « Pages Jaunes » : « en pratiquant des prix deux fois inférieurs à ceux couramment pratiqués », sera ordonné, étant observé qu'il n'apparaît plus nécessaire de prononcer une astreinte puisque les captures d'écran des sites internet Dentalvie et « Pages Jaunes » du 17 décembre 2014 produites par l'appelante (no42 et 44) établissent que les mentions litigieuses ont été retirées.

Le jugement sera réformé de ces chefs.

En revanche, dans l'article paru au journal Midi Libre du 19 octobre 2013 sous le titre « P-O : Les dentistes low cost s'implantent à Cabestany » et inséré dans le site internet du quotidien, la journaliste, Sophie Z..., reproduit les témoignages de trois patients sur les raisons de leur choix du centre dentaire « low cost » récemment ouvert à Cabestany et recueille les propos de M. A... et de M. B..., respectivement président et secrétaire de l'association Dentalvie, qui répondent aux questions relatives au fonctionnement du centre et aux conditions d'accès aux soins. Il ne saurait être reproché utilement au centre Dentalvie d'avoir répondu aux interrogations de la journaliste dont les commentaires sur l'affluence des patients liée notamment aux tarifs pratiqués relèvent de l'information et non de la publicité.

L'émission diffusée sur BFM TV et reproduite dans le site internet de cette chaîne de télévision intitulée « Des dentistes low cost s'installent dans les Pyrénées-Orientales » présente les mêmes caractéristiques informatives que l'article du Midi Libre.

M. C..., président de l'ordre national des chirurgiens-dentistes, invité à l'émission « La Quotidienne » diffusée sur France 5 le 30 janvier 2014 et reproduite sur le site « replay » de France Télévisions, interrogé par le présentateur, a déclaré : « ces cliniques low cost, on a quand même de gros problèmes parce que justement à Perpignan, ça fait à peu près un an qu'ils sont installés. On a déjà une dizaine de plaintes de patients au niveau du conseil de l'ordre pour des soins non conformes, si vous allez dans cette clinique low cost pour vous faire soigner par exemple une seule dent, et bien on vous la soigne, on essaie de vous trouver si vous voulez d'autres dents à côté pour vous soigner, on appelle ça le surtraitement. On arrive même souvent à des mutilations. Donc nous avons des plaintes de patients et nous avons aussi des plaintes de chirurgiens-dentistes qui travaillent dans ces low cost parce qu'ils ont une pression terrible ».

Le président du conseil départemental de l'ordre a affirmé dans le cadre d'un article paru dans le journal Midi Libre du 1er octobre 2014, intitulé « Les dentistes low cost visés » que des patients mécontents des soins prodigués par le centre Dentalvie s'étaient manifestés auprès du conseil. Lorsque l'avocat de l'intimé a demandé, par courrier, quels étaient les patients concernés, le conseil de l'ordre a répondu que les nombreuses « alertes » souvent anonymes de patients, ne concernant pas toutes le chirurgien-dentiste du centre Dentalvie (Dr D...), demeuraient sans suite et qu'il se trouvait ainsi dans l'impossibilité de divulguer les noms des patients mécontents.

L'intimé produit de nombreux articles de presse démontrant que les organes représentatifs de la profession des chirurgiens-dentistes multiplient les mises en garde sur la qualité des soins prodigués par les centres de soins dentaires dits low cost.

Il apparaît, en conséquence, qu'en l'état d'une telle mobilisation de la profession contre les centres de soins dentaires 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.

Le jugement sera infirmé en ce qu'il a dit que l'association Dentalvie devait obtenir sous astreinte le retrait de l'article diffusé sur le site du journal Midi Libre et du reportage diffusé sur le site de BFM-TV.

Il sera confirmé en ce qu'il a rejeté la demande visant à enjoindre le centre Dentalvie de cesser

immédiatement tout acte publicitaire et tout acte de concurrence déloyale sur tous supports tant matériels que virtuels sous astreinte, en ce qu'ils concernaient des faits éventuels futurs sur lesquels il ne peut pas être statué à l'avance.

Sur les nouvelles demandes en cause d'appel

Le conseil de l'ordre présente des demandes nouvelles à la cour au titre de nouvelles mentions figurant sur le site internet du centre Dentalvie.

La mention relative à l'agrément de l'agence régionale de santé a été corrigée puisqu'il est précisé que le centre de soins dentaires a été déclaré auprès de cette agence. En toute hypothèse, la référence à un agrément qui a été remplacé par une déclaration en 2009 ne caractérise pas un acte de concurrence déloyale. Les logos de l'ARS et du Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes ont également été supprimés.

Le conseil de l'ordre invoque de nouveaux griefs fondés sur la violation de règles déontologiques relatives notamment à l'interdiction de toute publicité intéressant un tiers qui ne sont pas applicables au centre Dentalvie. Les nouvelles formules employées « soins accessibles à tous » « soins de qualité et le meilleur de la technologie à des tarifs modérés » « l'objectif est de proposer des produits haut de gamme, Dentalvie travaille en collaboration avec une des meilleures marques d'implants au monde ; cette marque partenaire fait partie des « 5 majors» mondiaux(...) » « pourquoi sommes-nous moins chers » « des partenariats avec des industriels du secteur et des achats mutualisés », sont conformes aux articles D. 6323-4 et D. 6323-5 du code susvisé et ne revêtent aucun caractère déloyal.

Les nouvelles demandes de retraits sous astreinte seront rejetées.

Sur les autres demandes

Il n'apparaît pas opportun, au regard des motifs sus-énoncés, d'ordonner la publication de l'arrêt aux frais avancés du centre Dentalvie.

Il ne sera pas fait application en cause d'appel des dispositions de l'article 700 du code de procédure civile au profit de l'une ou de l'autre partie. La demande de dommages et intérêts pour procédure abusive et vexatoire formalisée par l'intimée, qui succombe partiellement en son appel incident, sera rejetée.

Le centre Dentalvie sera condamné aux dépens d'appel. Les frais de constat et de rapports exposés par chacune des parties resteront à leur charge.

PAR CES MOTIFS

La cour, statuant publiquement et contradictoirement,

Déclare irrecevables les conclusions et pièces nouvelles (n°48 à 59) du conseil départemental de l'ordre des chirurgiens-dentistes transmises au greffe de la cour le 26 janvier 2016 ;

Infirme le jugement en ce qui concerne le quantum des dommages et intérêts mis à la charge du centre de soins dentaires Dentalvie et en ce qu'il a :

-dit que l'association Dentalvie devait obtenir le retrait de l'article « P-O : Les dentistes low cost s'implantent à Cabestany » du site www.midilibre.fr, du reportage du 23 octobre 2013 intitulé « Des dentistes « low cost » s'installent dans les Pyrénées-Orientales » sur le site internet de BFM TV, ainsi que des mentions à caractère publicitaire contenues dans le site internet dentalvie.fr, aux onglets « Accueil, Centre, et Tarifs », dans le délai de 15 jours à compter de la signification du présent jugement sous peine d'une astreinte de 200 € par jour de retard pendant une durée de trois mois,

-ordonné le retrait sur le site internet des « Pages Jaunes » de la mention « Le centre dentaire Dentalvie a pour vocation de mettre la santé bucco-dentaire à la portée de tous en pratiquant des prix deux fois inférieurs à ceux couramment pratiqués », dans le délai de 15 jours à compter de la signification du jugement, sous peine d'une astreinte de 200 € par jour de retard pendant une durée de trois mois ;

Et statuant à nouveau de ces chefs :

Condamne l'association centre de soins dentaires Dentalvie à payer au conseil départemental de l'ordre des chirurgiens-dentistes des Pyrénées-Orientales la somme de 10 000 euros, à titre de dommages et intérêts, sur le fondement de l'article 1382 du code civil ;

Ordonne à l'association centre de soins dentaires Dentalvie de retirer les mentions insérées sous les onglets « Centre et Tarifs » du site www.dentalvie.fr, au titre des prix moyens pratiqués par les chirurgiens-dentistes dans le département des Pyrénées-Orientales et du reste à charge ainsi que la mention insérée au site internet des « Pages Jaunes » ainsi libellée « en pratiquant des prix deux fois inférieurs à ceux couramment pratiqués » ;

Dit qu'il n'y a pas lieu d'assortir ces injonctions de retrait d'une astreinte ;

Confirme le jugement pour le surplus ;

Y ajoutant ;

Déboute le conseil départemental de l'ordre des chirurgiens-dentistes des Pyrénées-Orientales de l'ensemble des demandes faites en cause d'appel ;

Dit n'y avoir lieu à publication de l'arrêt aux frais avancés de l'intimée ;

Déboute l'association centre de soins dentaires Dentalvie de sa demande de dommages et intérêts pour procédure abusive ;

Dit n'y avoir lieu à l'application de l'article 700 du code de procédure civile au profit de l'une ou l'autre partie en cause d'appel ;

Condamne l'association de soins dentaires Dentalvie aux dépens d'appel ; chacune des parties conservant à sa charge le coût des constats et rapports auxquels elle a fait procéder.

Analyse

Décision attaquée : Tribunal de grande instance de Perpignan , du 2 avril 2014

Titrages et résumés :

1^o Est conforme aux dispositions des articles D. 6323-4 et D. 6323-5 du code de la santé publique, qui imposent aux centres de santé d'afficher à l'intérieur et à l'extérieur des établissements les conditions d'accueil et les tarifs appliqués, la diffusion sur son site internet par un centre de soins dentaires d'informations sur les activités de cette association qui, en sa qualité de centre de santé, doit favoriser l'accès aux soins à une majorité de personnes en vertu de l'article L. 6323-1 du code de la santé publique, et sur les modalités mises en oeuvre pour pratiquer des prix modérés, relatives aux conditions d'accueil, aux jours et heures d'ouverture, aux tarifs, au mode de fonctionnement, à l'organisation des soins, aux installations matérielles, à l'expérience et à la qualification de son personnel.

En revanche, la diffusion tant sur son site internet que sur celui des « Pages Jaunes » d'informations à visée publicitaire basées sur des comparaisons de prix non fiables, de nature à attirer la patientèle vers le centre de soins au détriment des chirurgiens-dentistes n'exerçant pas dans ce type de structure et privés de tout recours à des procédés de publicité directs ou indirects, constitue un acte de concurrence déloyale qui engage la responsabilité de ce centre sur le fondement de l'article 1382 du code civil, envers le conseil de l'ordre chargé de protéger la profession.

2^o En présence de nombreux articles de presse démontrant que les organes représentatifs de la profession des chirurgiens-dentistes multiplient les mises en garde sur la qualité des soins prodigues par les centres de soins dentaires dits « low cost » et en l'état d'une telle mobilisation de la profession à leur encontre, il ne saurait être reproché utilement au centre D... de fournir à des journalistes des informations sur le concept de soins mis en oeuvre dans son établissement et sur les pratiques justifiant les tarifs appliqués. En conséquence, la demande de retrait sous astreinte d'un article diffusé sur le site du journal Midi Libre et d'un reportage diffusé sur le site de BFM-TV doit être rejetée.

**PIECE JOINTE N°10 :
ARRET DE LA COUR D'APPEL DE PARIS
DU 18 FEVRIER 2016**

Grosses délivrées
aux parties le :

REPUBLIQUE FRANCAISE
AU NOM DU PEUPLE FRANCAIS

COUR D'APPEL DE PARIS

Pôle 4 - Chambre 9

ARRÊT DU 18 FÉVRIER 2016

(n° , pages)

Numéro d'inscription au répertoire général : **13/19101**

Décision déférée à la Cour : Jugement du 11 Septembre 2013 -Tribunal d'Instance de PARIS 5ème- RG n° 11-11-000326

APPELANTE

ASSOCIATION POUR LE DÉVELOPPEMENT DE L'ACCÈS AUX SOINS DENTAIRES (ADDENTIS) Association régie par la Loi du 1er juillet 1901, déclarée à la Préfecture de Police de PARIS le 28/10/2008 et publiée au Journal Officiel du 22/11/2008 sous l'annonce n°889 (p.5639), représenté par son Président, domicilié audit siège

9 rue notre Dame de Lorette
75008 PARIS

Représentée par Me Anne GRAPPOTTE-BENETREAU de la SCP GRAPPOTTE BENETREAU, avocats associés, avocat au barreau de PARIS, toque : K0111
Assistée de Me Daphné BES DE BERC de l'AARPI BGB ASSOCIES, avocat au barreau de PARIS, toque : P030

INTIMÉES

Association CONFÉDÉRATION NATIONALE DES SYNDICATS DENTAIRES (CNSD), agissant en la personne de son président en exercice domiciliée en cette qualité audit siège

54 rue Ampère
75017 PARIS

Représentée par Me Pascale FLAURAUD, avocat au barreau de PARIS, toque : K0090

LE CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES CHIRURGIENS DENTISTES, agissant poursuites et diligences de son Président en exercice, Monsieur Gilbert BOUTEILLE

22 rue Emile Ménier -BP2016
75761 PARIS Cedex 16

Représentée par et assistée de Me Marie VICELLI-GUILBERT, avocat au barreau de PARIS, toque : B0109

PARTIES INTERVENANTES :

FÉDÉRATION NATIONALE DES CENTRES DE SANTÉ (FNCS), représentée par son président dûment habilité à cet effet et domicilié audit siège

3/5 rue de Vincennes
93100 MONTREUIL

Représentée par Me Sandra OHANA de l'AARPI OHANA ZERHAT Cabinet d'Avocats,
toque : C1050

Représentée par Me Sara NOURI-MESHKATI substituant Me Jean-Louis VASSEUR
de la SCP SEBAN ET ASSOCIES, avocat au barreau de PARIS, toque : P0498

**SYNDICAT DES CHIRURGIENS DENTISTES DE SEINE SAINT DENIS,
agissant en la personne de son Président en exercice monsieur Didier SAMIN
3 allée de la Boétie
93270 SEVRAN**

Représentée par Me Pascale FLAURAUD, avocat au barreau de PARIS, toque : K0090
Assistée de Me Jean-Claude CHOCQUE du Cabinet ADAMAS , avocat au barreau de
PARIS, toque : L291

COMPOSITION DE LA COUR :

L'affaire a été débattue le 13 Janvier 2016, en audience publique, devant la Cour
composée de :

Monsieur Jean-Pierre GIMONET, Président de chambre
Mme Patricia GRASSO, Conseillère
Madame Françoise JEANJAQUET; Conseillère
qui en ont délibéré

Greffier, lors des débats : Madame Catherine MAGOT

ARRÊT :

- CONTRADICTOIRE

- par mise à disposition de l'arrêt au greffe de la Cour, les parties en ayant été
préalablement avisées dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article 450 du
code de procédure civile.

- signé par Monsieur Jean-Pierre GIMONET, président et par Madame Catherine
MAGOT, greffièrre à laquelle la minute de la décision a été remise par le magistrat
signataire.

L'association pour le développement de l'accès aux soins dentaires (ADDENTIS),
association régie par les dispositions de la loi du 1^{er} juillet 1901 créée en octobre 2008 dont
l'objet est la gestion de centres de santé dentaires, a créé dans le département de la Seine
Saint Denis trois centres, le centre du MOULIN, à Bondy qui a ouvert en septembre 2009,
ouverture dont le journal LE PARISIEN, la revue REFLETS et les autres médias,
notamment lors de l'émission de télévision CAPITAL sur M6, se sont fait l'écho, puis le
centre des Quatre Chemins à Aubervilliers et enfin le centre Pablo Picasso à Bobigny.

Le Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens Dentistes (CNOCD) et la Confédération
Nationale des Syndicats Dentaires (CNSD) estimant qu'ADDENTIS utilisait des méthodes
à caractère publicitaire afin de promouvoir son activité au détriment des cabinets dentaires
situés à proximité, ont par acte délivré le 28 octobre 2011, assigné l'association
ADDENTIS devant le tribunal d'instance du 5^{ème} arrondissement de Paris sur le fondement
de l'article 1382 du code civil, afin, qu'il soit jugé que l'association ADDENTIS s'est
rendue fautive d'actes de concurrence déloyale à l'encontre de la profession des chirurgiens
dentistes afin d'obtenir notamment sa condamnation au paiement de dommages-intérêts,
la publication de la décision aux frais avancés d'ADDENTIS dans le bulletin officiel du
CNOCD, dans le chirurgien dentiste de France et dans le PARISIEN et qu'il lui soit fait
injonction de cesser immédiatement tout acte publicitaire et tout acte de concurrence
déloyale sur tous supports tant matériels que virtuels.

Par jugement en date du 11 septembre 2013, le tribunal d'instance a déclaré recevables les actions formées par le CNOCD et la CNSD à l'encontre de l'association ADDENTIS, dit que l'association ADDENTIS était responsable d'acte de concurrence déloyale à l'égard de la profession de chirurgien-dentiste et l'a condamnée en conséquence à payer une somme de 1500€ chacun au CNOCD et au CNSD à titre de dommages et intérêts, lui a enjoint de cesser, sans délai, tout acte publicitaire de concurrence déloyale sur tous supports tant matériels que virtuels de ses centres de soins dentaires situés respectivement à Bondy, Bobigny et Aubervilliers, débouté les requérants du surplus de leurs demandes, débouté l'association ADDENTIS de sa demande reconventionnelle, ordonné l'exécution provisoire, condamné ADDENTIS à payer au CNOCD la somme de 2 500 € et au CNSD la somme de 500€ sur le fondement de l'article 700 du code de procédure civile, outre les dépens.

Par déclaration du 3 octobre 2013, ADDENTIS a relevé appel du jugement.

Par conclusions du 7 mars 2013, la Fédération Nationale des Centres de Santé (FNCS) est intervenue volontairement à l'instance.

Par ordonnance du 3 juin 2014, le conseiller de la mise en état a déclaré la CNSD irrecevable à déposer des conclusions.

Par conclusions du 6 octobre 2014 le Syndicat des Chirurgiens Dentistes de Seine Saint Denis est intervenu volontairement à l'instance.

Selon ses dernières conclusions du 30 novembre 2015, l'association ADDENTIS sollicite la confirmation du jugement en ce qu'il a rejeté les demandes de publication et d'injonction formées par le Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes et la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires à son encontre et son infirmation pour le surplus et demande à la cour de :

-à titre principal, juger irrecevable l'intervention volontaire du Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de Seine Saint-Denis et en tout état de cause irrecevables les actions engagées par le CNOCD et la CNSD, de même que par le Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de Seine Saint-Denis, à l'encontre de l'association ADDENTIS ;

- à titre subsidiaire,

- juger que le code de déontologie des chirurgiens-dentistes n'est pas applicable à l'association ADDENTIS, celle-ci n'étant pas membre de la profession de chirurgien-dentiste

- à titre subsidiaire, saisir la Cour de Justice de l'Union Européenne de la question préjudicielle suivante : « La législation nationale française, à savoir les articles R.4127-201 à R.4127-231 du code de la Santé publique, en ce qu'ils sont considérés comme imposant aux centres de santé dentaire de respecter les dispositions du code de déontologie des chirurgiens-dentistes prohibant notamment toute mesure de publicité et restreignant la libre signalisation, et créant ainsi une distorsion de concurrence entre lesdits centres et les centres de santé pluridisciplinaires, est-elle compatible avec les dispositions lues de manière combinée des articles 3.3, 4.3 TUE et 101 TFUE ? » et surseoir à statuer au fond dans l'attente de la réponse de l'autorité requise

-en tout état de cause, juger que le CNOCD, CNSD et le Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de Seine Saint-Denis n'établissent pas l'existence d'agissements fautifs qui auraient été commis par l'association ADDENTIS et notamment d'actes de concurrence déloyale et, en conséquence, que les demandes formées par le CNOCD, la CNSD et le Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de Seine Saint-Denis à l'encontre de l'association ADDENTIS sont infondées et les en débouter ;

- à titre plus subsidiaire,

-juger que le Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de Seine Saint-Denis est irrecevable à réclamer la réparation d'un préjudice propre dont ni l'existence ni le montant n'avaient été soumis à la juridiction du premier degré

- juger que le CNOCD, la CNSD et le Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de Seine Saint-Denis ne démontrent pas l'existence d'un quelconque préjudice matériel et/ou moral dont ils pourraient demander réparation et en conséquence, les débouter de l'ensemble de leurs demandes

- en tout état de cause, juger que leur demande de publication aux frais avancés de la concluante est infondée et, à tout le moins, manifestement excessive et la rejeter ;
- en tout état de cause,

-débouter la CNSD et le Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de Seine Saint-Denis de l'intégralité de leurs demandes, fins et conclusions à l'encontre de l'association ADDENTIS ;

- débouter le CNOCD de l'intégralité de ses demandes, fins et conclusions à l'encontre de l'association ADDENTIS, en ce comprises celles formées au titre d'un appel incident dans ses conclusions signifiées le 18 février 2014 ;

- condamner le CNOCD et la CNSD et le Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de Seine Saint-Denis in solidum à lui payer une somme de 10 000€ chacun au titre de l'article 700 du code de procédure civile, outre les entiers dépens de première instance et d'appel.

Aux termes de ses conclusions du 5 décembre 2015, la Fédération Nationale des Centres de Santé, demande à la cour de juger son intervention à la présente instance tant recevable que bien fondée de faire droit à l'ensemble des demandes formulées par l'association ADDENTIS appelante et de condamner solidairement les défenderesses à lui payer la somme de 10 000€ au titre de l'article 700 du code de procédure civile.

Aux termes de ses dernières conclusions du 11 janvier 2016, le Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes demande à la cour de :

- le déclarer recevable en ses demandes et bien fondé,
- débouter l'association ADDENTIS de toutes ses demandes, fins et exceptions,
- dire et juger que les dispositions internes des articles R4127-201 et suivants du code de la santé publique sont compatibles avec les dispositions de droit européen et communautaire,
- confirmer le jugement déféré, en ce qu'il a déclaré l'association ADDENTIS responsable d'actes de concurrence déloyale à l'encontre de la profession de chirurgien-dentiste, et y ajoutant,
- condamner l'association ADDENTIS à verser au CNOCD la somme de 20 000 € de dommages et intérêts au titre de la réparation de son préjudice
- enjoindre à l'association ADDENTIS de cesser immédiatement tout acte publicitaire et tout acte de concurrence déloyale sur tous supports, tant matériels que virtuels, et plus précisément sur tous les sites internet reprenant le nom ADDENTIS et ainsi, notamment mais non exclusivement, les site accessibles à l'adresse: "addentis.fr", "aubervilliers-centre-dentaire-des-4-chemins.fr" et "paris-centre-dentaire-du-moulin.fr", et toute mention publicitaire au profit des centres du Moulin à Bondy, des Quatre Chemins à Aubervilliers et Pablo Picasso à Bobigny, sous astreinte de 2 000 € par manquement constaté et par jour, et, sous la même astreinte :
- enjoindre à l'association ADDENTIS de procéder au retrait pur et simple, sans lui substituer la nouvelle insertion d'un nouveau message, des mentions publicitaires figurant sur le sites "addentis.fr", "aubervilliers-centre-dentaire-des-4-chemins.fr", "paris-centre-dentaire-du-moulin.fr", la cour renvoyant aux conclusions de l'intimée quant aux détails des suppressions sollicitées sur ces sites
- ordonner la dépose des enseignes des centres dentaires du Moulin à Bondy, des Quatre Chemins à Aubervilliers et Pablo Picasso à Bobigny, pour y substituer, d'une part, les plaques professionnelles des chirurgiens-dentistes y exerçant conformes à l'article R4127-218 et, d'autre part, une affiche qui soit purement informative du centre et non pas publicitaire,
- ordonner à l'association ADDENTIS de respecter et faire respecter par ses trois centres de santé (centre dentaire du Moulin, centre dentaire des Quatre Chemins, et centre dentaire Pablo Picasso) et les personnels s'y trouvant les injonctions faites et les mesures ordonnées
- ordonner la publication du jugement à intervenir aux frais avancés de l'association, dans « La Lettre » du Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes, et le journal LE PARISIEN, sans que le coût de l'insertion ne puisse être supérieur à 5 000 €,

en tout état de cause :

- condamner l'association ADDENTIS à payer au CNOCD la somme de 8 000 € au titre de l'article 700 du code de procédure civile, outre les dépens comprenant ceux d'exécution et de constats, dans les termes 695 du code de procédure civile.

Selon ses conclusions du 8 janvier 2016, le Syndicat des Chirurgiens Dentistes de Seine Saint Denis, demande à la cour de :

- le déclarer recevable en son intervention volontaire et y faisant droit,
 - le déclarer recevable en ses demandes et l'en déclarer bien fondé ;
 - déclarer irrecevable et non fondée l'intervention volontaire de la FNCS
 - débouter l'association ADDENTIS de toutes ses demandes, fins et exceptions
 - confirmer le jugement en ce qu'il a déclaré l'association ADDENTIS responsable d'actes de concurrence déloyale à l'encontre de la profession de chirurgiens-dentistes, en conséquence,
 - condamner l'association ADDENTIS à lui verser la somme de 20 000 € de dommages et intérêts au titre de la réparation de son préjudice
 - enjoindre à l'association ADDENTIS de cesser immédiatement tout acte publicitaire et tout acte de concurrence déloyale sur tous supports tant matériels que virtuels sur les sites internet "addentis.fr", "aubervilliers-centre-dentaire-des-4-chemins.fr", "paris-centre-dentaire-du-moulin.fr" et toute mention publicitaire au profit des centres du Moulin à Bondy, des Quatre Chemins à Aubervilliers et Pablo Picasso à Bobigny sous astreinte de 2 000 € par manquement constaté par jour et notamment sous la même astreinte,
 - enjoindre à ADDENTIS de procéder au retrait pur et simple sans nouvelle insertion d'un nouveau message des mentions publicitaires figurant au dispositif des conclusions récapitulatives en réponse déposées par le Conseil National de l'Ordre le 18 février 2014,
 - ordonner la dépose des enseignes des centres dentaires du Moulin à Bondy, des Quatre Chemins à Aubervilliers et Pablo Picasso à Bobigny pour y substituer les plaques professionnelles conformes à l'article R. 4127-218 des chirurgiens-dentistes y exerçant,
 - ordonner la publication du jugement à intervenir aux frais avancés de l'association ADDENTIS dans le CHIRURGIEN DENTISTE DE FRANCE ou au bulletin de la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires et le journal LE PARISIEN sans que le coût de l'insertion ne puisse être supérieur à 5 000 €,
- en tout état de cause,
- condamner l'association ADDENTIS à payer au Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de Seine Saint Denis, la somme de 8 000 € au titre de l'article 700 du code de procédure civile outre les dépens, comprenant ceux d'exécution et de constat, dont distraction au profit de Maître Pascale FLAURAUD, conformément aux dispositions de l'article 699 du code de procédure civile.

SUR CE, LA COUR

Sur la recevabilité de l'intervention volontaire du Syndicat des Chirurgiens Dentistes de Seine Saint Denis

Selon les dispositions de l'article 554 du code de procédure civile, peuvent intervenir en cause d'appel dès lors qu'elles y ont un intérêt les personnes qui n'ont été ni parties ni représentées en première instance.

L'intervention n'est recevable qu'à la condition qu'elle se rattache aux prétentions des parties par un lien suffisant et l'intervenant ne peut soumettre à la cour un litige nouveau qui n'aurait pas été débattu en première instance.

Le litige pendant devant la cour d'appel porte sur la critique d'un jugement qui a retenu que l'association ADDENTIS était responsable d'actes de concurrence déloyale à l'égard de la profession de chirurgien dentiste sur assignation du CNOCD et de la CNSD notamment à l'occasion de la création de centres de santé situés sur le département de la Seine Saint Denis et portant condamnation de l'association ADDENTIS à des dommages-intérêts, à faire cesser les actes de concurrence déloyale et ordonnant la publication du jugement.

Le Syndicat des Chirurgiens Dentistes de Seine Saint Denis est un syndicat professionnel régi par les dispositions des articles L 2111-1 et suivants du code du travail et en tant que tel, il peut devant toutes les juridictions exercer les droits réservés à la partie civile concernant les faits portant un préjudice direct ou indirect à l'intérêt collectif de la profession qu'il représente, en l'espèce les chirurgiens dentistes de Seine Saint Denis dont il ne peut être sérieusement contesté qu'ils sont ceux qui pourraient être directement touchés par les actes de concurrence déloyale allégués ainsi qu'en atteste d'ailleurs une pétition signée le 11 juillet 2012 par les docteurs en chirurgie dentaires de la ville de Bobigny contre l'ouverture de centre dentaire ADDENTIS Pablo Picasso de Bobigny adressée à l'ONCD et à l'ORCD.

Si le Syndicat des Chirurgiens Dentistes de Seine Saint Denis forme à titre personnel une demande en dommages-intérêts, celle-ci s'appuie exactement sur les mêmes faits de concurrence déloyale dénoncés dans l'assignation devant le tribunal d'instance et discutés devant le premier juge et ses autres demandes tendent aux mêmes fins que celle formées par le CNOCD et la CNCD.

En conséquence, l'intervention volontaire du Syndicat des Chirurgiens Dentistes de Seine Saint Denis régulièrement représentée par son président mandaté à cette fin selon par le conseil d'administration du syndicat selon décision du 25 avril 2014 conformément aux statuts du syndicat, doit être déclarée recevable.

Sur la recevabilité de l'intervention volontaire de la Fédération Nationale des Centres de Santé

La Fédération Nationale des Centres de Santé est une association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 qui selon ses statuts a pour objectif de fédérer, promouvoir, accompagner et défendre les centres de santé dentaires et/ou médicaux adhérents et aux termes de l'article 5 de ses statuts, elle assure l'initiative ou le soutien d'action en justice pour défendre les centres de santé.

Il ne peut être sérieusement contesté que la Fédération Nationale des Centres de Santé a un intérêt collectif à intervenir dans le présent litige en ce qu'il doit trancher une question de principe susceptible d'avoir des conséquences pour l'ensemble de ses membres à savoir l'application du code de déontologie des chirurgiens dentistes à un centre de santé associatif et la possibilité pour un tel centre de recourir ou non à des actes de publicité sans encourir la critique de concurrence déloyale.

En l'espèce, elle ne formule aucune demande à titre personnel, venant uniquement au soutien des demandes formées par l'appelant principal l'association ADDENTIS.

En conséquence son intervention volontaire doit être déclarée recevable.

Sur la recevabilité des actions engagées par le CNOCD et la CNSD et le Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de Seine Saint-Denis

La société ADDENTIS fait grief au jugement déféré d'avoir déclaré recevables les actions du CNOCD et du CNSD considérant que celles-ci, fondées sur une demande de respect de la déontologie des chirurgiens dentistes et en concurrence déloyale à l'égard de la profession de chirurgien dentiste, font partie de la défense des intérêts collectifs de la profession alors qu'en réalité, elles ne sont fondées que sur de prétendus actes de concurrence déloyale qui ne créent de préjudice qu'à l'égard des membres de la profession considérée et ne constituent pas en eux-mêmes une atteinte portée à l'intérêt collectif de la profession et que faute de démontrer l'existence d'une atteinte portée à l'intérêt collectif de la profession de chirurgien le CNOCD et la CNSD et le Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de Seine Saint-Denis sont irrecevables en leur action.

L'ordre d'une profession et les syndicats de cette profession ont notamment vocation à assurer la défense d'un intérêt collectif professionnel de portée générale, il s'ensuit que l'acte ou le fait qu'ils contestent doit avoir porté atteinte aux intérêts généraux de la profession.

En l'espèce le CNOCD et le Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de Seine Saint-Denis reprochent à l'association ADDENTIS des actes de concurrence déloyale, en s'appuyant essentiellement sur le fait que l'association s'affranchit des règles édictées par le code de déontologie des chirurgiens dentistes en matière de publicité et que ces actes préjudicien à profession de chirurgien dentiste et à ceux, qui exerçant cette profession, en respectent la réglementation.

Le litige tend en définitive à faire trancher la question de l'application du code de déontologie à l'association ADDENTIS en ce qu'il interdit au chirurgien dentiste de faire des actes de publicité, dont il ne peut être contesté qu'il s'agit d'une question de principe, l'association la présentant d'ailleurs elle même ainsi, et touchant à l'intérêt collectif de la profession de chirurgien dentiste.

En conséquence, le jugement sera confirmé en ce qu'il a déclaré recevable les actions du CNOCD et la CNSD et y ajoutant, l'action du Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de Seine Saint-Denis sera également déclarée recevable.

Sur l'action en concurrence déloyale

L'action en concurrence déloyale trouve son fondement dans les dispositions des articles 1382 et 1383 du code civil qui impliquent l'existence d'une faute commise par le défendeur et celle d'un préjudice souffert par le demandeur.

Les intimés soutiennent que la faute de l'association ADDENTIS est caractérisée par le fait pour celle-ci, alors qu'elle participe à la profession de dentiste de ne pas avoir respecté le code de déontologie des chirurgiens dentistes figurant aux articles R4127-201 et suivants, alors que l'article R4127-201 du code de la santé publique dispose que les dispositions du présent code de déontologie s'imposent à tout chirurgien dentiste inscrit au tableau de l'ordre, à tout chirurgien dentiste exécutant un acte professionnel dans les conditions prévues à l'article L4112-7 ou par une convention internationale, quelle que soit la forme d'exercice de la profession.

Ils font reproche à l'association ADDENTIS d'avoir eu recours à des actes de publicité qui sont interdits aux chirurgiens dentistes par l'article R4127-125 du code de la santé publique lequel énonce que la profession dentaire ne doit pas être exercée comme un commerce et que sont notamment interdits : l'exercice de la profession dans un local auquel l'aménagement ou la signalisation donne une apparence commerciale et tous procédés directs ou indirects de publicité, les manifestations spectaculaires touchant à l'art dentaire et n'ayant pas exclusivement un but scientifique ou éducatif, et estiment que ces actes de publicité ont ainsi créé les conditions d'une concurrence déloyale au préjudice des chirurgiens dentistes n'exerçant pas au sein de l'association.

Aux termes de ses statuts constitutifs déposés le 28 octobre 2008, l'association ADDENTIS a pour objet la création et la gestion en France de centres de santé dentaire ouverts à tous et pratiquant des prix accessibles à tous, dotés de moyens techniques et organisationnels performants et mettant à la disposition des équipes cliniques un environnement de travail adapté à la réalisation de soins de qualité.

Selon ses derniers statuts l'association a pour but de "favoriser l'accès aux soins dentaires à toutes les catégories sociales et notamment aux personnes démunies, plus particulièrement en créant des centres de santé dentaire accessibles à tous en pratiquant des tarifs modérés, ainsi que toutes autres structures complémentaire visant à atteindre ce but. Pour atteindre ce but, ces établissements seront organisés pour favoriser l'écoute, la prise en charge et l'information de prévention de tous les patients ; ils seront dotés de moyens

techniques et organisationnels performants, composés d'équipes cliniques compétentes et formées, travaillant dans un environnement de travail adapté à la réalisation de soins de qualité ; ils auront la faculté de rechercher le concours ou de déléguer tout ou parties de ces tâches à des personnes physiques ou morales compétentes qui pourront les aider à atteindre leurs objectifs".

Elle se présente donc comme un centre de santé relevant de l'article L 6323-1 du code de la santé publique issu de la loi HPST du 21 juillet 2009.

Cet article prévoit que des soins peuvent être administrés dans le cadre de centres de santé, structures sanitaires de proximité, qui peuvent notamment être créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, soit par des collectivités territoriales soit par des établissements de santé, les médecins y exerçant étant salariés.

L'article D6323-2 du même code issu du décret du 30 juillet 2010 précise que les centres de santé sont ouverts à toutes les personnes qui souhaitent être reçues en consultation ou bénéficier d'actes de prévention, d'investigation ou de soins médicaux, paramédicaux ou dentaires. Ils peuvent assurer un ou plusieurs de ces types de soins et participer à des actions de formation et de recherche. Leur activité peuvent être réparties sur plusieurs sites ou antennes assurant tout ou partie de leur mission.

L'association ADDENTIS en ce qu'elle gère des centres de santé dont les objectifs, tels que déclarés dans les statuts de l'association sont identiques à ceux assignés aux centres de santé autorisés par la loi, est soumise à la réglementation relative aux centres de santé.

Les chirurgiens dentistes employés par l'association ADDENTIS sont salariés et bénéficient d'un contrat à durée indéterminée avec un salaire qui ne comprend pas de rémunération à l'acte ou un pourcentage en fonction du chiffre d'affaire réalisé et ils peuvent se voir proposer voire imposer en cours d'exécution du contrat de travailler indifféremment dans un des centres gérés par l'association.

Il ne peut donc y avoir aucune confusion possible entre les chirurgiens dentistes salariés par l'association et l'association elle-même, s'agissant de personnes juridiques bien distinctes.

Aucun dentiste travaillant au sein des centres gérés par l'association en tant que salarié, n'est membre de l'association et celle-ci n'apparaît pas comme ayant été créée par un groupe de praticiens directement intéressés au chiffre d'affaire afin de pouvoir contourner les règles strictes imposées par la réglementation de leur profession.

Ils ne peuvent donc profiter personnellement, directement ou indirectement, d'éventuels actes de publicité ou de promotion mise en oeuvre par l'association qui les embauche;

Les chirurgiens dentistes salariés de l'association, en leur qualité de praticiens sont par ailleurs eux-mêmes soumis au respect du code de la santé publique et au code de déontologie de leur profession ainsi qu'il est expressément stipulé à l'article 1 du contrat de travail proposé par l'association ADDENTIS, ce même article prévoyant que l'association doit quant à elle, respecter les dispositions impératives résultant de ses agréments.

S'il est également stipulé au contrat de travail que les obligations de l'une des parties s'imposent de plein droit à l'autre partie, cela induit seulement pour l'association ADDENTIS qu'elle ne saurait imposer à ses salariés des obligations non conformes aux prescriptions résultant du code de la santé publique ou du code de la déontologie mais ne peut signifier, contrairement à ce qui a été retenu par le premier juge, que l'association ADDENTIS a entendu se soumettre elle-même au code de déontologie des praticiens qu'elle emploie.

Par ailleurs, les textes relatifs aux centres de santé ne prévoient pas expressément que ceux-ci sont tenus de respecter eux-mêmes les règles déontologiques des praticiens qui exercent dans ces centres.

Une telle injonction serait en toute hypothèse impossible à mettre en oeuvre puisqu'un centre de santé peut avoir vocation à proposer une offre de soins multidisciplinaire en embauchant des praticiens de spécialités différentes soumis à une réglementation et des règles déontologiques propres à chaque spécialité médicale et qui pourraient même être contradictoires entre elles et qu'une structure unique ne pourrait donc respecter à son niveau.

Les centres de santé doivent se soumettre en outre, aux dispositions des articles du code de la santé publique issus de la loi HPST du 21 juillet 2009 et du décret du 30 juillet 2010 et ces textes peuvent être en contradiction avec les règles déontologiques des professions médicales qu'ils emploient.

L'exemple en est parfaitement donné par l'obligation pour les centres de santé en application de l'article D 6323-5, d'afficher de façon apparente à l'intérieur et à l'extérieur des centres de santé, les jours et heures d'ouverture, de permanence et de consultation, les tarifs pratiqués, le dispositif d'orientation en cas de fermeture et les principales conditions de fonctionnement, cette injonction étant incompatible avec les prescriptions de l'article R4127-218 du code de déontologie relatives à la plaque professionnelle des chirurgiens dentistes et aux mentions devant y figurer qui sont particulièrement restrictives.

Cette obligation d'affichage est d'ailleurs justifiée au regard de la vocation sociale des centres de santé et du public auxquels les soins proposés s'adressent.

Au travers de leur action en concurrence déloyale, le CNOCD et le Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de Seine Saint-Denis tentent en réalité de démontrer que l'association ADDENTIS exerce la profession de dentiste sous une forme commerciale en contradiction avec ses propres statuts et les objectifs d'utilité publique affichés et poursuivis par les centres de santé.

Au vu des pièces produites, il ne peut bien sûr échapper à la cour l'existence de liens très étroits entre les membres fondateurs de l'association ADDENTIS et notamment Messieurs Patrice DE PONCINS et Eric de PONCINS et la société EFFICIENTE SAS, dont le président n'est autre que M. Patrice MONTAGNE DE PONCINS, et dont l'objet est d'accompagner la création et l'exploitation de structures de santé dentaires et de leur fournir un ensemble de prestations et le fait que d'importants dividendes des différents centres de l'association puissent être reversés sous forme d'honoraires ou de facturations à la société EFFICIENTE dont ils sont les uniques clients.

Toutefois, si ces éléments peuvent interroger sur la réelle vocation sociale des centres de santé créés par l'association, ce débat n'est pas celui soumis à la cour tant que les centres de santé ADDENTIS sont reconnus et autorisés en cette qualité à exercer leur activité en toute légalité en affichant un objectif de soins de proximité pour un public ciblé conforme à l'objet social de l'association, l'ordre ne démontrant pas en quoi ils ne répondent pas à cet objectif de soins, et tous les supports d'information critiqués à destination du public et susceptibles d'attirer la patientèle rappelant à cet égard que, par les tarifs pratiqués en matière de soins et de prothèses et leurs implantation, les centres santé ont vocation à s'adresser et à soigner une population bénéficiant de la CMU ne pouvant faire l'avance de soins ou n'ayant pas accès aux propositions de soins classiques en cabinet.

Ainsi il ne peut en conséquence, être reproché à l'association ADDENTIS de pratiquer des actes de promotion de l'activité des centres de santé qu'elle gère au travers des médias, d'articles de presse, de son site internet et des panneaux d'affichage dès lors qu'il ressort des documents critiqués versés aux débats que, tant sur les panneaux d'affichage des centres gérés par l'association ADDENTIS que sur le site internet des différents sites, ne

figurent pas les noms des chirurgiens dentistes qui y sont salariés et que les articles de presse cités n'assure pas la publicité d'un ou de plusieurs dentistes nommément désignés travaillant pour l'association ADDENTIS et qui seraient rémunérés en fonction de leur chiffre d'affaire.

Si ces documents présentent de façon plutôt positive voire élogieuse l'action des centres de santé dentaires dépassant le cadre de la simple information objective sur les prestations offertes, leur diffusion en tant que telle auprès du public ne saurait être considérée fautive, l'association ADDENTIS ne pouvant être soumise au code de déontologie des chirurgiens dentistes et à l'interdiction du recours à la publicité.

Le CNOCD et le Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de Seine Saint-Denis ne démontrent pas par ailleurs, en quoi les allégations diffusées par l'association ADDENTIS au travers de son site internet ou des articles de presse publiés quant à la description des prestations et du plateau technique proposés et aux tarifs pratiqués s'analyseraient en des actes de publicité comparative et/ou trompeuse pouvant caractériser une faute à l'origine d'une concurrence déloyale indépendamment de la question de la violation des dispositions du code de déontologie.

Les articles de presse comme les émissions télévisées incriminés se contentent de relayer l'existence d'une offre de soins dentaires de qualité s'adressant majoritairement à la population bénéficiaire de CMU et pratiquant des tarifs attractifs en évitant l'avance des frais sans négliger la qualité en offrant un plateau technique moderne, ce qui correspond à l'objectif affiché de l'association dont il n'est pas démontré à ce jour qu'il n'est pas respecté.

Ces actes de promotion visent en tout état de cause la population ciblée par les statuts de l'association et les objectifs assignés aux centres de santé par la loi et tant qu'ils s'y cantonnent, ils ne sauraient être qualifiés de déloyaux.

C'est le même constat qui peut être fait concernant les mentions figurant sur la plaquette d'information et sur le site internet en dehors de points de détail comme le fait que figure la mention agrément par l'ARS au lieu de déclaration auprès de l'ARS ou de commentaires faits par M. DE PONCINS sur l'offre de soins en Seine Saint Denis à partir des données du CNOCD pouvant laisser penser qu'il s'agit de commentaires émanant de l'ordre et non d'ADDENTIS, commentaires qui semblent en toute hypothèse avoir été supprimés depuis.

Au vu de l'ensemble de ces éléments, aucune faute caractérisant des actes de concurrence déloyale ne peut être reprochée à l'association ADDENTIS.

En conséquence par infirmation du jugement, le CNOCD, la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires et le Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de Seine Saint-Denis seront déboutés de l'ensemble de leurs demandes.

PAR CES MOTIFS

Déclare recevable l'intervention volontaire du Syndicat des Chirurgiens Dentistes de Seine Saint Denis ;

Déclare recevable l'intervention volontaire de la Fédération Nationale des Centres de Santé ;

Déclare recevable l'action du Syndicat des Chirurgiens Dentistes de Seine Saint Denis

Infirme le jugement dans toutes ses dispositions sauf en ce qu'il a déclaré recevable les actions du CNOCD et la CNSD et qu'il a débouté le CNOCD et la CNSD de leurs demandes de publication et d'injonction ;

Statuant à nouveau des chefs infirmés,

Déboute le Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens Dentistes, la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires de leurs demandes ;

Y ajoutant,

Déboute le Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens Dentistes de ses demandes incidentes

Déboute le Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de Seine Saint-Denis de l'ensemble de ses demandes ;

Condamne in solidum Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens Dentistes, la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires et le Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de Seine Saint-Denis à payer à la société ADDENTIS la somme de 10 000€ au titre de l'article 700 du code de procédure civile ;

Les condamne in solidum à payer à la Fédération Nationale des Centres de Santé la somme de 2 000€ au titre de l'article 700 du code de procédure civile ;

Les condamne in solidum aux dépens de première instance et d'appel.

LE GREFFIER

LE PRÉSIDENT



PIECE JOINTE N°11 :
DECLARATION DE PRINCIPE DE LA
FEDERATION DENTAIRE INTERNATIONALE
(FDI)



DECLARATION DE PRINCIPE de la FDI

L'infection/inflammation bucco-dentaire comme facteur de risque dans les maladies systémiques

Combinaison de 'Les associations entre la santé buccodentaire, cardiovasculaire et cérébrovasculaire' (2002)' et 'l'odonto-stomatologie et la santé générale du public' (1998)

Version révisée « L'association entre santé bucco-dentaire et santé générale »
adoptée par l'Assemblée générale le 4 septembre 2009 - Singapour

Version révisée adoptée par l'Assemblée Générale de la FDI :
30 Août 2013 - Istanbul, Turquie

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 cardiovasculaires, les complications à la naissance et les maladies respiratoires. D'autres associations ont été reportées (comme la démence, les maladies rénales chroniques et certaines formes de cancer), mais les publications sur ce sujet ne sont pas fiables. Outre l'importance de telles recherches pour la santé générale et la santé bucco-dentaire des patients suivis par des professionnels de la santé bucco-dentaire, leurs répercussions 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.

Déclaration :

- Les publications portant sur l'association entre infection et inflammation bucco-dentaires/parodontales et certains troubles et maladies chroniques (ex : diabète sucré, maladies cardiovasculaires, complications à la naissance et maladies respiratoires) sont conséquentes, et comprennent des analyses *in vitro*, des études sur modèle animal, des études cliniques et des analyses épidémiologiques portant sur d'importantes bases de données de population.
- Ces associations sont biologiquement plausibles. Des effets directs de microorganismes buccaux sur les tissus et organes à distance peuvent exister, tout comme l'effet systémique de médiateurs de l'inflammation produits dans les tissus atteints d'une affection parodontale en réponse à la flore microbienne. Il est également important de prendre en compte les cofacteurs communs qui existent entre les parodontites et de nombreuses maladies chroniques.
- Des méta-analyses et des revues systématiques suggèrent que le traitement conservateur des maladies parodontales chez les patients atteints de diabète sucré pourrait réduire les taux de HbA1c, au moins pendant 3 mois. Les études d'intervention menées chez les patients présentant un risque de développer des maladies cardiovasculaires se sont concentrées sur les marqueurs de substitution (ex : fonction endothéliale), dont les effets se sont révélés prometteurs, mais pas sur des résultats cliniques spécifiques

(ex : infarctus du myocarde). Les études cliniques examinant l'effet de la thérapie parodontale sur les complications à la naissance ont révélé des résultats contradictoires.

- Il est important de souligner que les études d'intervention ne démontrent pas forcément un lien de cause à effet. Des études cliniques supplémentaires, à long-terme et suffisamment puissantes, sont nécessaires afin de déterminer l'effet de la thérapie parodontale sur les résultats cliniques des maladies chroniques et des affections spécifiques.
- Il est essentiel que l'ensemble des professionnels de santé prennent conscience des conséquences cliniques de la maladie bucco-dentaire sur la santé systémique.
- Toute stratégie thérapeutique destinée à réduire l'infection et l'inflammation bucco-dentaires/parodontales devrait mettre l'accent sur la maîtrise de cette affection et sur une santé bucco-dentaire optimale.
- Les associations nationales dentaires et les professionnels de la santé bucco-dentaires doivent avoir un rôle consultatif central pour faire évoluer la science en une prise de conscience générale assortie de mesures publiques.
- 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.

Références:

1. Gomes-Fihlo IS, Passos JS, Seixas da Cruz S. Respiratory disease and the role of oral bacteria. *J Oral Micro* 2010; 2: 5811.
2. Lalla E, Papapanou PN. Diabetes mellitus and periodontitis: a tale of two common interrelated diseases. *Nat Rev Endocrinol* 2011; 7: 738-748.
3. Lockhart PB, Bolger AF, Papapanou PN, et al. Periodontal disease and atherosclerotic vascular disease: does the evidence support an independent association? *Circulation* 2012; 125: 2520-2544.
4. Stein PM, Desrosiers M, Donegan SJ, Yepes JF, Kryscio RJ. Tooth loss, dementia and neuropathology in the Nun study. *J Am Dent Assoc* 2007; 138: 1314-1322.

PIECE JOINTE N°12 :
ETUDE DE LA SALPETRIERE

Qualité des traitements endodontiques dans un échantillon de patients consultant en urgence dans le service d'odontologie du GHPS.

ENDODONTIE

Mots clés :

Endodontie
Urgence
Épidémiologie

Quality of endodontic treatments in a sample of patients consulting the dental emergency service of the Pitié-Salpêtrière Hospital Group of Paris.

Keywords:

Endodontic treatments (ET)
Emergency
Epidemiology

TOURÉ B.* , AZOGUI-LÉVY S.** , DZARA I.** , AZÉRAD J.*** BOUCHER Y.***

* Médecine Pharmacie et Odontologie, Université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal.

** UFR d'Odontologie Paris-Diderot, GHPS-APHP, France.

*** UFR d'Odontologie Paris-Diderot, GHPS-APHP, France - CRIcm UMRS 975, Paris, France.

RÉSUMÉ

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la qualité des traitements endodontiques (TE) dans un échantillon de patients consultant pour une urgence endodontique. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer la douleur et le statut périapical lié à ces TE. MÉTHODES : 495 patients consultant pour la première fois en urgence ont été classés selon leur diagnostic. Seuls les patients se présentant pour une urgence d'origine endodontique en rapport avec un TE antérieur ont été retenus. Cinq variables ont été étudiées : (1) la qualité technique du TE ; (2) la qualité du joint coronaire ; (3) la douleur ; (4) le score PAI ; (5) le type de traitement d'urgence reçu. RÉSULTATS : 50 patients (10 %) présentaient un TE antérieur. La densité de l'obturation et ses limites étaient inadéquates dans respectivement 96 % et 82 % des cas. Le scellement coronaire était insuffisant dans 58 % des cas. La douleur moyenne était de $5,9 \pm 0,5$ (EVA 0-10). 80 % des patients de l'échantillon rapportaient un ou plusieurs antécédents douloureux en rapport avec le motif de consultation étudié. 16 % des dents avaient un PAI de 3, 28 % de 4 et 56 % de 5. Le traitement d'urgence était : prescription et orientation du patient (52 %) ; incision de la collection suppurée et prescription (10 %) ; extraction (38 %). CONCLUSION : 10 % des urgences concernaient une lésion périapicale d'origine endodontique (PAI>3) en rapport avec un traitement endodontique insuffisant.

ABSTRACT

The principal aim of this study was to evaluate the quality of endodontic treatments (ET) in a sample of endodontic emergencies. The secondary aims were to evaluate the pain and the periapical status related to these ET.

METHODS: 495 patients consulting for the first time in the emergency service were divided according to their diagnosis. Patients with an urgency of endodontic origin and a prior ET constituted the sample used in this study. Five variables were studied: (1) the quality of ET; (2) the quality of the coronal seal; (3) pain; (4) periapical index (PAI) and (5) the type of emergency treatment received. RESULTS: 50 patients (10%) had prior ET. The density of the obturation and its limits were unsatisfactory in 96% and 82% of the cases, respectively. The coronal sealing was insufficient in 58% of the cases. The mean pain score was 5.9 ± 0.5 (0 to 10 range). 80% of patients in the study sample reported to have experienced one or more painful episodes related to the reason for consultation. 16% of the teeth had a PAI of 3.28% of 4 and 56% of 5. The emergency treatments were prescription and patient referral (52%); incision of suppuration area and prescription (10%); or extraction (38%). CONCLUSION: 10% of the emergencies were due to periapical lesions of endodontic origin (PAI>3) related to inadequately performed endodontic treatment (IPET).

Introduction

De nombreuses études ont documenté le rôle des bactéries dans le développement des Lésions Inflammatoires Périradiculaires d'Origine Endodontique (Siqueira 2002). La prévalence des LIPOE varie de 30 % à 75 % selon les pays et les populations étudiées, augmente avec l'âge et le facteur principal lié aux LIPOE est la présence d'un traitement endodontique (TE) antérieur (Friedman 2008). Un TE de qualité insuffisante (TEI) ne permet pas d'éliminer les bactéries des canaux radiculaires ou de les confiner dans l'endodonte et entraîne la formation ou la persistance d'une LIPOE plus fréquemment que les TE correctement réalisés (Nair 2006).

La qualité technique du joint endodontique et coronaire sont donc des facteurs critiques de présence des LIPOE (Ray et Trope 1995, Sabeti et coll., 2006 ; Torabinejad 1990). La destruction osseuse associée aux LIPOE peut être mesurée avec l'Index Periapical (PAI) (d'Orstavik et coll., 1986). Alors que certaines lésions restent petites et non symptomatiques, et sont souvent découvertes par hasard, d'autres peuvent amener les patients à consulter en raison de douleurs et/ou de tuméfaction. Le choix du traitement des LIPOE dépend de nombreux facteurs, telle que la sévérité de l'infection, l'état de santé du patient et/ou de la présence d'éléments prothétiques et de tenons radiculaires. Pour les patients avec LIPOE et TE, les options thérapeutiques envisageables sont le retraitement endodontique, la chirurgie endodontique ou l'avulsion (Kvist 2001).

Les LIPOE et leurs traitements entraînent souvent une dégradation de la qualité de vie, exposant le patient à des risques d'infection, à des douleurs, à des allergies ou à un risque de toxicité médicamenteuse, qui peuvent avoir des conséquences fonctionnelles, esthétiques, ou économiques d'importance variable. Une autre conséquence des LIPOE est la perturbation des plannings des praticiens, et la congestion des services d'urgence hospitaliers. Pour toutes ces raisons, les LIPOE sont un problème de santé publique important dans de nombreux pays (Figdor 2002, Boucher 2005) qui mérite d'être documenté. L'objectif principal de cette étude était d'estimer la qualité des traitements endodontiques dans un échantillon de patients consultant pour une urgence endodontique. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer la douleur et le statut périapical lié à ces TE.

Matériels et méthodes

Échantillon : l'étude a été réalisée dans le service d'odontologie du Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière (GHP) de février 2004 à juillet 2005, un jour par semaine. Ce service est ouvert du lundi au vendredi de 8 h à 18 h,

Introduction

Periradicular lesions of endodontic origin are inflammatory lesions mainly encountered in the periapical area, referred as apical periodontitis (AP) (Siqueira 2002). Many studies have documented the role of bacteria in their development. Their prevalence varies from 30% to 75% according to the countries and the populations studied. It increases with age and the principal factor associated with AP is the presence of a prior endodontic treatment (ET) (Friedman 2008). An inadequately performed ET (IPET) cannot eliminate the bacteria from the root canals or may confine them in the endodontium and cause the appearance of an AP more frequently than a correctly done ET (Nair 2006).

The technical qualities of the endodontic and coronal seal are, thus, critical factors for the appearance of AP (Ray and Trope 1995 ; Sabeti et al., 2006 ; Torabinejad 1990). Bone destruction resulting from AP can be measured using the Periapical Index (PAI) as defined by Orstavik et al. (1986). While some lesions remain small, localized and non-symptomatic and therefore are discovered by chance, others, may force patients to seek emergency care because of pain or swelling. Undertaking the treatment of PA depends on numerous factors, such as the severity of the infection, the patient's health status, and/or the presence of crowns or posts. For patients with AP already treated, endodontic retreatment, endodontic surgery or extractions are the possible available treatment options (Kvist 2001).

The AP or their treatment often cause a degradation of the quality of life, exposing the patient to the risk of infection, pain, allergy, or toxicity, which may result in functional, aesthetic, or economic consequences of varying degree, depending upon the case. Another consequence of AP is a perturbation of the work schedules of private dental practitioners and the congestion of hospital emergency services. For all these reasons, AP represents a major public health problem in numerous countries (Figdor 2002 ; Boucher 2005, which deserves to be documented.

The principal aim of this study was then to evaluate the quality of ET in a sample of patients consulting for endodontic emergencies. The secondary aims were to evaluate the pain and the periapical status related to these ET.

Materials and methods

Sample: The study was performed in the dental service of the Pitié-Salpêtrière Hospital Group (PSHG) from February 2004 to July 2005, once a week. This service is open from Monday to Friday from 8:00 a.m. to 6:00 p.m.

et reçoit en moyenne 75 patients d'urgences par jour, principalement des adultes. La présente étude a été conduite selon les principes éthiques de recherche médicale impliquant les sujets humains (déclaration d'Helsinki de l'Association Mondiale des Médecins revue en 2008). L'anonymat des patients a été respecté. Tous les patients inclus dans cette étude étaient des adultes ayant donné leur consentement éclairé, ou des mineurs dont les parents l'avaient donné pour eux.

Les critères d'exclusion étaient : patients hospitalisés, patients présentant des difficultés de communication, et patients ayant déjà consulté en urgence dans le service dentaire du GHPH.

Ils ont été inclus selon leur ordre de présentation dans le service. La consultation a été conduite par un senior de l'équipe d'urgence et comportait une anamnèse médicale classique et un examen clinique. Les données générales d'âge et sexe, le motif de la consultation ont été recueillis et une radiographie panoramique a été prise. À la fin de la consultation, un diagnostic était posé et, le cas échéant, la dent causale identifiée. Les patients sont alors classés en deux catégories (**tableau 1**) : 1) urgences endodontique : pulpite réversible, pulpite irréversible, parodontite apicale aiguë (PAA primaire ou exacerbation d'une LIPOE chronique), abcès apical aigu, cellulite d'origine endodontique, 2) urgences non-endodontiques : abcès parodontal, péricoronarite, syndrome du septum, alvéolite, autres diagnostics. Les patients présentant une urgence d'origine endodontique et un traitement endodontique antérieur (ET) ont été retenus pour constituer notre échantillon. Seules les dents avec du matériau d'obturation discernable dans le canal radiculaire ont été incluses c'est-à-dire que les pulpotoomies ont été exclues.

Cinq variables ont été étudiées : la qualité de l'obturation canalaire et la restauration coronaire, le statut périapical, la douleur, le type de traitement d'urgence réalisé. Ces variables ont été définies comme suit :

Variable 1 : qualité du traitement endodontique sur des critères radiographiques. Elle était considérée satisfaisante si les critères suivants étaient remplis : distance entre la fin de l'obturation et l'apex <2 mm ; obturation dense remplissant le canal sans vide le long des parois ; respect du trajet canalaire. Il a été demandé au patient si un TE avait été exécuté sous champ opératoire (digue).

Variable 2 : qualité du joint coronaire. Il a été apprécié radiographiquement et jugé satisfaisant si les critères suivants étaient respectés (Tronstad et coll., 2000) : restauration permanente d'apparence intacte, et insatisfaisant si l'on pouvait discerner des surplombs, des bords ouverts, une récidive carieuse ou en cas de présence de restauration coronaire provisoire. Les dents dépourvues de restaurations coronaires, permanentes ou temporaires, ont été également incluses dans ce groupe. En présence de tenons, la distance du tenon à l'apex a été calculée en millimètres.

and it receives an average of 75 emergency cases per day, mainly adults. The present study was conducted according to the Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects (World Medical Association Declaration of Helsinki, 2008). The anonymity of the patients was respected. All the patients included in this study had given their informed consent, or were minors for whom their parents had given informed consent.

Exclusion criteria were: hospitalized patients, patients with difficulties of communication, and patients who have already consulted in the dental emergency service of the PSGH.

They were included in the order of presentation in the service. The consultation was led by a senior of the emergency team and included a standard medical history and clinical examination. The gathering of the general data such as age, sex and the motive for consultation was done followed by taking a panoramic radiograph. At the end of the consultation, a diagnosis was made and, when relevant, identified the causal tooth. The patients were then grouped according to two main categories (**table 1**) : 1) endodontic emergencies including reversible pulpitis, irreversible pulpitis, acute apical periodontitis (primary AAP or exacerbation of a chronic AP), acute apical abscess, cellulitis of endodontic origin, 2) non-endodontic emergencies: periodontal abscess, pericoronitis, interdental septum pain, alveolitis, other diagnosis. Patients with an urgency of endodontic origin and a prior endodontic treatment (ET) constituted our sample. Only teeth with a detectable presence of filling material in the root canal were included in ET, i.e. pulpotomy was excluded.

Five variables were studied: quality of endodontic treatment and coronal restoration, periapical status, pain and the type of emergency treatment performed. These variables were defined as follows:

Variable 1: the quality of the endodontic treatment based on radiographic criteria. It was considered satisfactory if the following criteria were met: the distance between the end of the obturation and the apex of < 2 mm; a dense obturation of the canal with no voids along the walls and respect for the canal shape. The patient was asked if the ET had been performed with a rubber dam.

Variable 2: the quality of the coronal seal was radiographically evaluated and judged satisfactory if the following criteria were respected (Tronstad et al., 2000) : the permanent restoration appeared intact and inadequate if there are detectable signs of overhangs, open margins or recurrent caries, or presence of temporary coronal restoration. Teeth with no coronal restorations, permanent or temporary, were also included in this group. In the presence of posts, the distance of the post at the apex was calculated in millimeters.

Variable 3 : douleur. La douleur ressentie au moment de la consultation a été évaluée avec une échelle numérique en 11 points (0 = aucune douleur ; 10 = douleur maximum) (Jensen et coll., 1999). Le nombre de visites et le nombre d'épisodes douloureux sur la même dent ont été également notés.

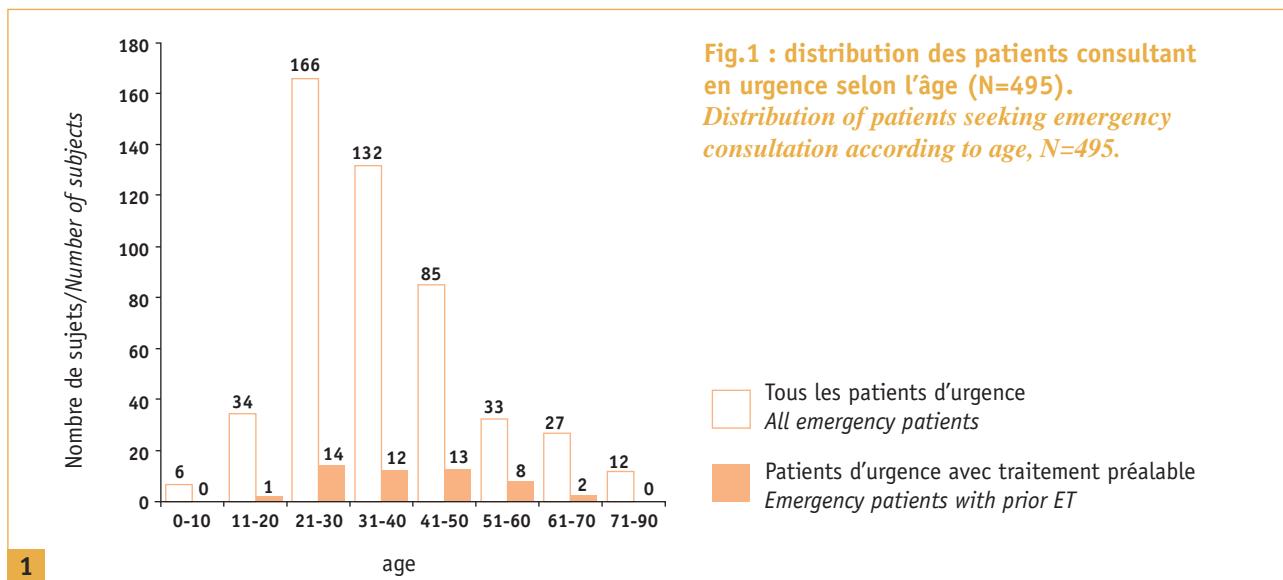
Variable 4 : statut périapical. Il a été évalué à l'aide de l'Index Periapical d'Orstavik et coll. (PAI). (scores de PAI : 1 = structure périapicale normale, 2 = petites modifications de la structure osseuse périapicale, 3 = modifications structurales et perte minérale, 4 = LIPOE avec image radioclaire bien définie, 5 = LIPOE de grande étendue). Les radiographies ont été évaluées tout au long de l'étude par le même praticien avec une expérience de ce type d'évaluation (Boucher et coll., 2002 ; Touré et coll., 2008) sans calibration spécifique pour cette étude, à l'aide d'un négatoscope et d'une loupe (x2). Toutes les racines ont été examinées et les scores les plus élevés ont été notés en cas de LIPOE multiples sur une même dent.

Variable 5 : type de traitement d'urgence effectué lors de la séance (TE, avulsion, incision, prescription, orientation du patient pour la poursuite du traitement).

Analyse de données : les données recueillies ont été rassemblées et transférées sur une feuille de calcul pour l'analyse (Excel MS 2004), par un investigateur indépendant de la collecte de données. Les résultats ont été exprimés sous forme de moyennes et d'écart-types.

Résultats

Échantillon : 495 patients, 307 hommes (62 %) et 188 femmes (38 %) avec un âge moyen de $36,2 \pm 0,6$ ans ont été examinés. La tranche d'âge 20-40 était la plus représentée, représentant approximativement 3/4 des patients (fig.1).



Variable 3: the pain felt at the moment of consultation was assessed by an 11-point numerical pain rating scale (0 = no pain; 10 = maximum pain) (Jensen et al., 1999). The number of visits and the number of painful episodes on the same tooth were also noted.

Variable 4: the periapical status, which was evaluated using the Periapical Index (PAI scores: 1= normal periapical structure, 2 = small modifications of the periapical bone structure, 3 = structural modification and mineral loss, 4 = AP with a well-defined radiolucent image, 5 = severe AP with exacerbation). Using a light box and a magnifying glass (x2), the radiographs were evaluated throughout the study by the same practitioner (a professor of endodontics who is familiar with this type of evaluation (Boucher et al., 2002 ; Touré et coll., 2008), but who was not calibrated for this study). All the roots were examined and the highest scores were recorded in case of multiple AP on the same tooth.

Variable 5: the type of emergency treatment performed (ET, extraction, incision, prescription, referring the patient for follow-up treatment).

Data analysis: the findings obtained were collected and transferred to a spreadsheet for analysis (Excel for MS Office 2004) by an investigator blind to the data collection process. The results were expressed as means and standard deviations.

Results

Samples: 495 patients, 307 males (62%) and 188 females (38%) with an average age of $36.2 + 0.6$ years were examined. The 20 to 40 age group was the most represented, approximately 3/4 of the patients (fig.1).

Fig.1 : distribution des patients consultant en urgence selon l'âge (N=495).
Distribution of patients seeking emergency consultation according to age, N=495.

█ Tous les patients d'urgence
All emergency patients
█ Patients d'urgence avec traitement préalable
Emergency patients with prior ET

Sur ces 495 urgences, 317 (64 %) étaient d'origine endodontique (**voir les catégories diagnostiques dans le tableau 1**). 50 urgences étaient liées à un TE antérieur (10 % des urgences totales et 16 % des urgences endodontiques) et ont constitué notre échantillon. Dans chacun de ces 50 cas, le TE était un TE initial, selon la déclaration du patient. Tous les TE avaient été réalisés en France ; 72 % plus de 6 mois auparavant, 16 % entre 7 jours et 6 mois, aucun pendant la semaine précédant l'urgence, et 12 % des patients ne pouvaient pas identifier la date du traitement. Les LIPOE concernaient les molaires dans 78 % des cas, les prémolaires dans 15 % des cas, et les incisives ou les canines dans 7 % des cas.

Tableau 1 : distribution of the different diagnostic categories in the 495 patient examined.
Distribution des différentes catégories diagnostiques dans les 495 patients examinés.

TYPES D'URGENCES/TYPE OF EMERGENCY	N	%	TYPES D'URGENCES/TYPE OF EMERGENCY	N	%
Urgences endodontiques /Endodontic emergencies	317	64	Autres urgences/Other emergencies	178	36
Pulpite réversible/Reversible pulpitis	10	2	Abcès parodontal/Periodontal abscess	20	4
Pulpite irréversible/Irreversible pulpitis	84	17	Péricoronarite/Pericoronaritis	25	5
LIPOE/Acute apical periodontitis	134	27	Syndrome du septum/Septum syndrome	10	2
Abcès alvéolaire aigu/Acute alveolar abscess	45	9	Alvéolite/Alveolitis	10	5
Cellulite/Cellulitis	44	9	Autres/Others	113	23

Variables :

Qualité des traitements endodontiques : aucun des TE ayant entraîné une visite en urgence n'avait été exécuté sous digue. Aucune des obturations radiculaires ne répondait à tous les critères de bonne qualité. Les causes de cette qualité insuffisante sont indiquées dans le **tableau 2**. La présence de 2 instruments cassés a été notée (4 %). 22 dents (44 %) présentaient un tenon radiculaire.

Restauration coronaire : 32 % des dents étaient reconstitués avec une couronne prothétique définitive, 48 % avec une restauration partielle et 20 % n'avaient pas de restauration du tout. Le joint de ces restaurations semblait satisfaisant dans 58 % des cas.

Tableau 2 : qualité de l'obturation canalaire chez les 50 patients avec urgence endodontique et traitement endodontique antérieur.

Quality of the canal filling among the 50 patients with endodontic emergency and prior endodontic treatment.

	SATISFAISANTE/SATISFACTORY	INSATISFAISANTE/UNSATISFACTORY
Densité de l'obturation/Density of the filling	2 (4%)	48 (96%)
Limite de l'obturation/Limit of the filling	9 (18%)	41 (82%) >2mm=35 (70%) dépassement/overfilling 6 (12%)
Respect du trajet canalaire/Respect for the canal shape	46 (92%)	4 (8%)

Of these 495 diagnosed emergencies, 317 (64%) were of endodontic origin (**see diagnostic categories in Table 1**). There were 50 emergencies related to a prior ET (10% of the total emergencies and 16% of endodontic emergencies), which constituted our sample. In all of these 50 cases, the ET that had led to an AP was the initial treatment, according to the declaration of the patient. All the ET were performed in France; 72% were done more than 6 months before, 16% between 7 days and 6 months, none during the week preceding the emergency, and 12% of the patients could not identify the date of the treatment. The AP concerned the molars in 78% of the cases, the premolars in 15% of the cases, and the incisors or canines in 7%.

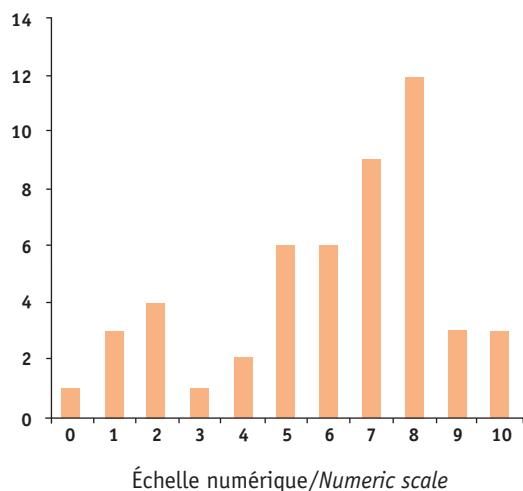
Variables:

Quality of the endodontic treatments: none of the ET, which resulted in an emergency visit, had been performed with a rubber dam. None of the root fillings met all of the criteria for good quality. The causes of unsatisfactory quality are indicated in **table 2**. The presence of 2 fractured instruments was noted (4%). 22 teeth (44%) had root posts.

Coronal restoration: 32% of the teeth were restored with a permanent crown, 48% with a partial restoration and 20% had no restoration. The seal of these restorations seemed adequate in 58% of the cases.

Douleur : la majorité des 50 patients avec TE endodontique antérieur sont venus consulter à cause de la douleur. Un seul avait une tuméfaction sans douleur. Les scores EVA occupaient toute la gamme de l'échelle (0-10), avec une moyenne de $5,9 \pm 0,5$. La distribution des scores de douleur est illustrée dans la **fig. 2**.

Pain: the majority of the 50 endodontic emergency patients with prior ET consulted because of the pain. Only one had swelling without pain. Range of pain score was 0-10 on a numeric pain scale, with an average of 5.9 ± 0.5 . The distribution of the pain scores is shown in **fig. 2**.

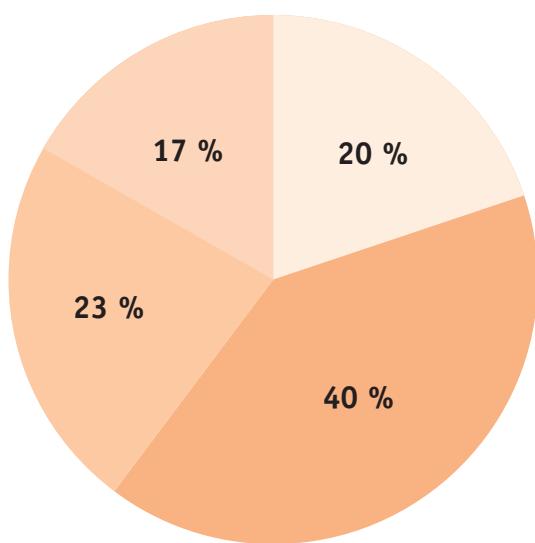


2

Fig.2 : distribution des scores de douleur mesurés avec une échelle numérique simple.
Distribution of pain scores related to the emergencies, evaluated with a (0-10) numeric scale (NS).

En outre, les épisodes douloureux sur une même dent étaient souvent multiples : la consultation d'urgence était la première dans seulement 20 % des cas, la seconde dans 40 % des cas, la troisième dans 23 %, et il y avait eu plus de 4 consultations dans 17 % des cas (**fig. 3**).

In addition, the painful episodes in the same tooth were often multiple: the emergency consultation was the initial reason in only 20% of the cases. There were 2 visits in 40% of the cases, 3 visits in 23%, and 4 visits and more in 17% (**fig. 3**).



3

Fig.3 : nombre de visites causées par le problème, incluant celle d'urgence.
Number of visits caused by the problem, including the emergency one.

- 1 visite/1 visit 20%
- 4 visites et plus/4 visits and more 17%
- 3 visites/3 visits 23%
- 2 visites/2 visits 40%

Statut périapical : aucune des dents n'avait un score PAI inférieur à 3 ; 16 % avaient un score de 3 ; 28 % de 4 ; et 56 % de 5.

Traitements d'urgence : trois types de traitements ont été réalisés (**tableau 3**) : prescription et orientation du patient pour réalisation de traitement dans le cas de LIPOE aiguë (52 % des cas); incision et prescription en cas d'abcès alvéolaire aigu et cellulite quand la conservation de la dent était possible (10 %) ; extraction de la dent causale dans la séance et prescription selon l'état de la dent et les conditions médicales du patient (38 %). Sept dents avec restauration prothétique ont été extraites.

Periapical status: none of the teeth had a PAI index less than 3; 16% had a PAI of 3; 28% had a PAI of 4; and 56% had a PAI of 5.

Type of emergency treatment: three types of treatments were performed (**table 3**): prescription and referral of the patient for treatment follow-up in the case of acute AP (52% of the cases); incision and prescription for the acute alveolar abscess and the cellulitis cases when further treatment of the tooth was estimated possible (10%); extraction of the causal tooth during the session and prescription according to tooth status and patient's medical condition (38%). Seven teeth with prosthetic restorations were extracted.

Tableau 3 : type de traitement selon le diagnostic/*Type of treatment according to diagnosis.*

	LIPOE/AP	AAA/AAA	CELLULITE/CELLULITIS
Prescription et adressage/ <i>Prescription and referral</i>	24	2	0
Incision et prescription/ <i>Incision and prescription</i>	0	2	3
Extraction et prescription/ <i>Extraction and prescription</i>	2	9	8

LIPOE = lésions inflammatoires périradiculaires d'origine endodontique , AAA = abcès alvéolaire aigu.

AP = apical periodontitis, AAA = acute alveolar abscess.

Discussion

Le choix du type de radiographie a été déterminé par l'organisation du circuit d'urgence qui inclut un cliché panoramique de façon systématique. La radiographie panoramique est considérée comme un outil acceptable pour les études épidémiologiques avec des avantages et des inconvénients ; elle a été employée dans de nombreuses études et rivalise bien avec la radiographie périapicale pour la détection et le scorage des lésions périapicales (Muhammed et coll., 1982 ; Marques et coll., 1998 ; Molander et coll., 1993 ; Ridao-Sacie et coll., 2007), particulièrement pour les grandes lésions (PAI ≥ 3) (Ridao-Sacie et coll., 2007), ce qui était le cas dans notre étude.

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). Le but de ce travail n'est pas d'expliquer les différences entre les études qui peuvent avoir de nombreuses causes, telle que l'organisation spécifique des systèmes de santé dans différents pays, des différences de recrutement selon les centres de d'urgence considérés, etc. Il n'existe à notre connaissance aucune donnée épidémiologique centrée sur les patients consultant en urgence avec un TE antérieur, groupe qui

Discussion

The systematic choice of panoramic radiographs was determined by the organization of the emergency circuit. It is considered an acceptable tool for epidemiological studies with advantages and drawbacks. It has been used in numerous epidemiological studies and compare well with periapical radiography especially for the detection and scoring of periapical lesions (Muhammed et al., 1982 ; Marques et al., 1998 ; Molander et al., 1993 ; Ridao-Sacie et al., 2007) in particular large lesions (PAI ≥ 3) (Ridao-Sacie et al., 2007), which was the case in our study.

We found 64% of the total emergencies to be of endodontic origin, which can be compared to other studies: 53% (Grover et al., 1983); 62% (Al-Turck and Al Shawaf, 1995); 38% (Widström et al., 1990); 85% (Quinonez et al., 2009). It is out of the scope of this study to attempt to explain the discrepancies between studies which can have numerous causes, such as different organization of the health systems in different countries, differences in patient recruitment according to the emergency centres considered, etc. To the best of our knowledge, there is no epidemiological data focusing on the selected group of patients seeking care in emergency with already performed

représentait 10% de l'ensemble des urgences et 15,7 % des urgences endodontiques. Dans notre étude, toutes les urgences du sous-groupe des urgences endodontiques avec TE antérieur ont été provoquées par une infection.

La douleur était le motif principal de consultation pour la majorité des patients à TEI (98 %), parfois comme symptôme isolé, parfois associé à un oedème. 42 % des patients avaient une douleur modérée (EVA 5-7) et 36 % une douleur sévère (EVA 8-10). Dans notre échantillon, le pourcentage de patients consultant pour cause de douleur était supérieur à celui d'autres études. Par exemple (O'Keefe 1976) a trouvé 62 % de douleurs modérées à intenses chez des patients consultant en urgence dans une clinique dentaire. Le pourcentage plus élevé observé dans notre étude pourrait être expliqué par le fait que seulement 20 % des patients consultaient pour la première fois (vs 52 % dans l'étude de O'Keefe). (Riley et coll., 2005) ont constaté que les patients consultant pour des soins dentaires urgents éprouvaient une douleur modérée à intense dans 89 % des cas. (Gibson et coll., 1993a) ont constaté que la douleur dentaire était la raison principale pour consulter une clinique dentaire en urgence, et que l'ancienneté de la douleur était de plus de 7 jours avant consultation chez 50 % des patients. Dans 2 consultations d'urgence en Finlande, (Widström et coll., 1988) ont rapporté qu'une moyenne de 64 % des consultations d'urgence étaient motivées par une douleur dentaire sans plus de précision. Dans leur échantillon, 69 % des patients éprouvait une douleur depuis 2 ou 3 jours et 18 % pendant environ une semaine.

Tous les TE de notre échantillon avaient été exécutés en France, le plus souvent dans la région parisienne, ce qui rend les conclusions de l'étude applicables à la France ou tout au moins en région parisienne. Aucun des TE examinés ne satisfaisait les critères recommandés de la Société Européenne d'Endodontie (ESE 2006). Ils peuvent donc être considérés comme insuffisants (TEI) et susceptibles de favoriser l'apparition d'une LIPOE. Il faut cependant remarquer que le statut périapical des dents avant TE n'était pas connu. Une lésion préexistante pouvait donc être présente au moment du TE initial. Cependant, les traitements adéquats favorisent la guérison alors que les traitements insatisfaisants ne le font pas.

Nos résultats doivent être appréciés en sachant que d'autres facteurs tels que la qualité de la restauration coronaire, la qualité de l'hygiène, ou la présence des lésions parodontales associées ou l'absence de suivi régulier par un dentiste, peuvent influencer le développement des lésions périapicales. En effet, la qualité du scellement coronaire, qui influe sur la santé périapicale (Sabeti et coll., 2006), était jugée insuffisante dans 42 % des dents. En outre, le statut social peut également influencer le recours aux services dentaires d'urgence (Lewis et

ET which represented 10% of all our emergencies and 15.7% of the endodontic emergencies. In our study all the emergencies of the subgroup of endodontic emergencies with a prior ET were caused by infection.

Pain represented the principal motive for consultation for the majority of the IPET patients (98%) sometimes as an isolated symptom, sometimes associated with oedema. The 42% of the patients had moderate pain (EVA 5-7) and 36% had severe pain (EVA 8-10). In our selected group, the percentage of patients seeking help because of pain is greater than in other studies. For example (O'Keefe 1976) found 62% of patients having moderate or severe pain for patients consulting a dental emergency clinic. The higher percentage in our study might be explained by the fact that only 20% of the patients came for their first visit (52% in O'Keefe'). (Riley et al., 2005) found that patients consulting for urgent dental care experienced moderate or severe pain in 89% of the cases. (Gibson et al., 1993a) found that dental pain was the predominant reason for consulting in an emergency clinic, and the pain existed for more than 7 days prior to seeking help in more than 50% of patients. In two emergency clinics in Finland, (Widström et al., 1990) reported an average of 64% of the emergencies caused by toothache without more precision. 69% of the patients experienced pain for 2 to 3 days and 18% for about a week.

All the ET of our sample were performed in France, most frequently in the Paris area, which render the conclusions of the study applicable to France or, at least, to the Parisian area. None of the ET examined satisfied the recommended criteria of the European Society for Endodontics (ESE 2006). They can therefore be considered as inadequate (IPET) and able to favour the appearance of a periapical lesion. It should be however noted that the periapical status of the tooth prior to the ET was not known. Therefore, a pre-existing lesion could have been present at the time of the ET. On the other hand, adequate treatments favour healing of the lesion where inadequate treatments do not.

Our findings must be weighed with an understanding that other factors such as the quality of the coronal restoration, hygiene deficiencies, or the presence of associated periodontal lesions, and the absence of regular follow-up by a dentist, may influence the development of periapical diseases. Indeed the quality of coronal seal, which is an important part of the periapical health (Sabeti et al., 2006), was poor in 42% of the teeth. In addition, social status can influence the consultation in dental emergency services (Lewis et al., 2003 ; Cohen et al., 2009). While

coll., 2003, Cohen et coll., 2009). Alors que le statut social des patients n'était pas spécifiquement évalué dans cette étude, notamment l'assurance maladie, une étude semblable effectuée dans le même hôpital a indiqué que plus de la moitié des patients consultant dans le service d'odontologie en urgence avaient une assurance sociale spécifique pour les personnes défavorisées ou pas d'assurance du tout ; de plus, un quart des patients a déclaré n'avoir jamais eu de soins dentaires réguliers (Azogui-Levy et coll., 2006).

Ces données sont compatibles avec celles indiquant que la perception d'un faible coût des soins était une des raisons majeures du choix de traitement à l'hôpital (Gibson et coll., 1993b). La faible qualité des TE observée dans cette étude est conforme à celle rapportée dans des études précédentes réalisées en France (Boucher et coll., 2002, Lupi-Pegurier 2002, Tavares et coll., 2009). Les scores PAI des dents avec LIPOE étaient tous ≥ 3 , et pour 84 % ≥ 4 . Ces scores élevés peuvent s'expliquer par le fait que les patients avaient déjà consulté en urgence et reçu un traitement médicamenteux qui avait calmé les symptômes cliniques sans traiter la lésion, lui permettant d'évoluer à bas bruit jusqu'à un nouvel épisode aigu. La sévérité de la lésion affecte la santé orale et la taille de la lésion influence directement le pronostic du retraitement (Ng et coll., 2008).

Aucun des TE 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'endodontie 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 but de la consultation d'urgence du GPHS est de traiter les urgences dentaires, et non de réaliser des traitements dentaires complets. Après la phase d'urgence, les patients sont alors invités à se rendre chez un praticien extérieur à l'hôpital (cabinet de ville, centre dentaire...) pour réaliser les traitements, ce qui pose le problème du suivi de ces patients puisque nombre d'entre eux ne sont pas suivis régulièrement par un praticien (Azogui-Lévy et coll., 2006). Une prescription a été faite dans tous les cas, comportant des antibiotiques, des antalgiques et des bains de bouche. Dans environ 50 % des cas, c'était le seul traitement prescrit, avec une explication concernant la pathologie et la consigne de s'adresser à un praticien extérieur au service. Ceci constitue un problème de santé

the social status of the patients was not specifically evaluated in this study, notably health insurance, a similar study carried out in the same hospital indicated that more than half of the patients consulting the dental department for an urgency benefited from a special social health insurance for the indigent or did not have any health insurance. In addition, a quarter of the patients said they never had means for regular dental care (Azogui-Levy et al., 2006).

This is consistent with studies indicating that a perceived low cost for treatment is a major reason for contacting the hospital (Gibson et al., 1993b). It cannot then be excluded that the poor quality of some observed treatments resulted from a negative attitude towards underprivileged people who cannot afford sophisticated treatments. Poor quality of endodontic treatment observed in this study is in line with previous studies performed in France (Boucher et al., 2002 ; Lupi-Pegurier 2002, Tavares et al., 2009). The PAI found in the AP teeth were ≥ 3 , and 84% were ≥ 4 . These high scores may be due to the fact that the patient had often consulted and received treatment that had calmed down the clinical symptoms but had not cured the lesion, allowing it to evolve without symptoms to a new flare-up. The severity of the lesion affects oral health, and the size of the lesion will directly influence the prognosis of the re-treatment (Ng et al., 2008).

None of the endodontic treatments, which led to emergency had been performed with a rubber dam, the use of which is necessary to assure abundant irrigation of the endodontium by disinfectant solutions and prevent its contamination by saliva during ET (ANDEM 1996 ; HAS 2008). This observation confirms the low rate of use of rubber dam in France, between 4% and 12% (Moryoussef et al., 2008), compared to other countries (Sweden 67%, USA 58-62%, see Ahmad 2009 for review) despite professional recommendations and its teaching in the dental schools.

The aim of the dental emergency unit of the PSHG is to treat acute dental emergencies, and not to complete dental treatments. After the emergency procedures, the patients are then asked to go to a general practitioner outside the hospital (office in the city, dental centre, etc.) to complete the treatments, which poses the problem of follow-up of these patients since many of them do not have a regular practitioner (Azogui-Levy et al., 2006). A prescription was given as part of the treatment for IPET in all cases, consisting of antibiotics, analgesics and mouth washes. In about 50% of the cases, it was the only treatment prescribed for the problem, along with an explanation about the pathology and referral to a practitioner outside the service. This is a public health problem since many

publique puisque de nombreux patients diagnostiqués comme urgence endodontique liée à un TEI viennent généralement dans le service en ayant préalablement consulté un ou plusieurs dentistes. Ils ne savent pas où prendre rendez-vous pour le traitement de suivi, qui n'est pas possible à l'hôpital dans la majorité des cas. Nous n'avons pas vérifié si le traitement d'urgence avait donné satisfaction, mais d'autres études ont montré qu'une proportion considérable de patients (environ 30 %) ne rapportait que peu ou pas de soulagement des symptômes après la visite d'urgence (Anderson et coll., 2005). Cependant dans une autre étude, (Gibson et coll., 1993b) ont noté chez les 50 % de patients de l'échantillon joignables par téléphone, un indice de satisfaction de 80 % dans un délai de 24 à 48 heures, ne motivant pas beaucoup de ces patients à poursuivre les soins.

L'extraction était le traitement d'urgence dans plus d'un tiers des cas. Les dents étant parfois porteuses de restaurations prothétiques, ceci veut dire que le patient a quitté le service d'urgence avec une ou plusieurs dents extraites sans solution de remplacement immédiate. Il faut également noter que le remplacement ultérieur des dents extraites par une prothèse entraînera des coûts additionnels, ou si les dents ne sont pas remplacées, une baisse de qualité de vie due à l'altération de la fonction masticatoire.

patients who are diagnosed as an endodontic urgency associated with an IPET generally come to the hospital dental service after having consulted one or many dentists, who they no longer trust. They do not know where to make an appointment for follow-up treatment, which is not possible at the hospital for routine treatment. We did not check if the treatment had been successful, but other studies have shown that a considerable proportion of patients (about 30%) reported little or no relief from symptoms after the emergency visit (Anderson et al., 2005). Although in another study, (Gibson et al., 1993b) observed that 50% of the patients in had an 80% success rate within 24 to 48 hours, did not motivate a large number of these patients to seek further dental care.

Extraction was the emergency treatment in more than one third of the cases sometimes with prosthetic restorations, which implies that the patient left the emergency service with at least one or several teeth extracted and no immediate solution for replacement. In addition, it should be noted that the prosthetic replacement of loss teeth will result in additional costs, or if the tooth is not replaced, there is a decline in the quality of life due to the alteration of the masticatory function.

Conclusion

En dépit de ses limitations, cette étude fournit des données sur la qualité technique des traitements endodontiques des dents motivant une consultation en urgence, susceptibles d'intéresser les décideurs en santé publique. Si nous considérons que 45 000 patients ont consulté dans le service d'odontologie du GHPH en 2008 (20 000 en journée et 25 000 pendant la nuit), une extrapolation de nos données nous fait estimer à 4 500 le nombre d'urgences annuelles liées aux TEI. Comme la faible qualité des traitements endodontiques est associée à une plus grande prévalence de LIPOE, certaines de ces consultations d'urgence auraient pu être évitées par un traitement adéquat. De plus, ce flux de patient a un impact négatif sur l'organisation de l'hôpital.

Despite the limitations of this study, these preliminary results provide interesting data related to the technical quality of ET in emergency patients for public health decision makers. When we consider that 45,000 patients consulted in the dental service of the PSHG in 2008 (20,000 during daytime hours and 25,000 during night hours), an extrapolation of our data leads us to estimate at 4 500 the number of annual emergencies associated with an IPET. As the poor quality of endodontic treatment is associated with an increased prevalence of AP, some of these emergency visits could have been avoided in case of adequate treatment. In addition, this flow of patients has a negative impact on the hospital's organization.

Traduction : Marie-Grace Poblete-Michel

Demande de tirés-à-part :
Yves Boucher - 54, Rue de la paix - 94300 Vincennes

Bibliographie

- AL-TURCK K.M.A., AL-SHAWAF M.D.
Incidence Of Orofacial Pain In A Selected Population At King Saud University College Of Dentistry Emergency Clinic. *Saudi Dent J* 1995;**7**:155-161. Cat 1
- AHMAD I.A.
Rubber dam usage for endodontic treatment: a review. *Int Endo J* 2009;**42**:963-972. Cat 3
- ANDERSON R., THOMAS D., PHILLIPS C.
The effectiveness of out of hours dental services: pain relief and other health outcome. *Brit Dent J* 2005;**198**:91-97. Cat 1
- ANDEM
Retraitement endodontique des dents permanentes matures. Recommandations et références de l'ANDEM. *Réal Clin* 1996;**7**:385-406. Cat 1
- AZOGUI-LEVY S., BOUDILLON F., SOUAMES M., AZÉRAD J.
Caractéristiques des patients consultant aux urgences odontologiques et motifs de recours : étude au GHPHS, Pitié-Salpêtrière. Rapport. Paris, 2004. Cat 1
- AZOGUI-LÉVY S., BOUDILLON F., ITTAH-DESMEULLES H., ROSENHEIM M., SOUAMES M., AZERAD J.
Dental status, access to care and precariousness. *Rev Epidem Sante Pub.* 2006;**54**:203-211. Cat 1
- BERGENHOLTZ G., COX C.F., LOESCHE W.J., SYED S.A.
Bacterial leakage around dental restorations: its effect on the dental pulp. *J Oral Patho* 1982;**11**:439-450. Cat 2
- BOUCHER Y., MATOSSIAN L., RILLIARD F., MACHTOU P.
Radiographic evaluation of the prevalence and technical quality of root canal treatment in a French subpopulation. *Int Endo J* 2002;**35**:229-238. Cat 1
- BOUCHER Y.
Apical periodontitis and insufficient endodontic treatment : a state of emergency. *Rev Odont Stomat* 2005;**34**:205-217. Cat 3
- CHUGAL N.M., CLIVE J.M., SPÅNGBERG L.S.
Endodontic infection: some biologic and treatment factors associated with outcome. *Oral Surg Oral Med Oral Patho Oral Radio Endo* 2003;**96**:81-90. Cat 1
- CHUGAL N.M., CLIVE J.M., SPÅNGBERG L.S.
Endodontic treatment outcome: effect of the permanent restoration. *Oral Surg Oral Med Oral Patho Oral Radio Endo* 2007;**104**:576-582. Cat 1
- COHEN L.A., HARRIS SL, BONITO AJ, MANSKI RJ, MACEK MD, EDWARDS RR, KHANNA N, PLOWDEN KO
Low-income and minority patient satisfaction with visits to emergency departments and physician offices for dental problems. *J Amer Coll Dent* 2009;**76**:23-31. Cat 1
- Cour des comptes
Rapport public annuel. Paris : Cour des comptes, (www.ccomptes.fr). 2007.
- ESE: European Society of Endodontontology.
Quality guidelines for endodontic treatment: consensus report of the European Society of Endodontontology. *Int Endo J* 2006;**39**:921-930. Cat 1
- ESTRELA C., BUENO M.R., AZEVEDO B.C., AZEVEDO J.R., PÉCORA J.D.
A new periapical index based on cone beam computed tomography. *J Endo* 2008;**34**:1325-1331. Cat 1
- FIGDOR D.
Apical periodontitis: a very prevalent problem. *Oral Surg Oral med Oral patho* 2002;**94**:651-652. Cat 3
- FRIEDMAN S.
Expected outcomes in the prevention and treatment of apical periodontitis. In Essential Endodontontology. Prevention and Treatment of Apical Periodontitis. Orstavik D and Pitt Ford T. (Eds), Blackwell Munksgaard Ltd, Oxford, 2008. Cat 3
- GIBSON G.B., BLASBERG B., HILL S.J.
A prospective survey of hospital ambulatory dental emergencies. Part 1: Patient and emergency characteristics. *Spec Care Dent* 1993a;**13**:61-65. Cat 1
- GIBSON G.B., BLASBERG B., ALTOM R. A.
Prospective survey of hospital ambulatory dental emergencies. Part 2: Follow-up to emergency:treatment. *Spec Care Dent* 1993;**13**,110-112. Cat 1
- GROVER P.S., CARPENTER W.M., ALLEN G.W.
Dental emergencies occurring among United States army recruits. *Mil Med* 1983;**148**:56-57. Cat 1
- HAS
Traitement endodontique, 2008. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/fiche_butm_traitement_endodontique.pdf. Cat 3
- JENSEN M.P., TURNER J.A., ROMANO J.M., FISHER L.D.
Comparative reliability and validity of chronic pain intensity measures. *Pain* 1999;**83**:157-162. Cat 1
- KAKEHASHI S., STANLEY H.R., FITZGERALD R.
The exposed germ-free pulp: effects of topical cortico-steroid medication and restoration. *Oral Surg Oral Med Oral Patho* 1969;**27**:60-67. Cat 2
- KVIST T.
Endodontic retreatment. Aspects of decision making and clinical outcome. *Swed Dent J* 2001;**144**(Suppl):1-57. Cat 3
- LEWIS C., LYNCH H., JOHNSTON B.
Dental complaints in emergency departments: a national perspective. *Ann Emerg Med* 2003;**42**:93-99. Cat 1
- LUPI-PEGURIER L., BERTRAND M.F., MULLER-BOLLA M., ROCCA J.P., BOLLA M.
Periapical status, prevalence and quality of endodontic treatment in an adult French population. *Int Endo J* 2002;**35**:690-697. Cat 1
- MACHTOU P., LASFARGUES J.J.
Soins endocanariales: suivis des recommandations de bonne pratique et qualité des traitements. URCAM Haute-Normandie, www.haute-normandie.assurance-maladie.fr/soins-dentaires.1792.0.html. 2001. Cat 1

Bibliographie

- MARTON I.J.
How does the periapical inflammatory process compromise general health?
Endodontic Topics 2004;8:3–14. Cat 3
- MOLANDER B., AHLQWIST M.,
GRÖNDAHL H.G., HOLLENDER L.
Comparison of panoramic and intraoral radiography for the diagnosis of caries and periapical pathology.
Dentomaxill Radiol 1993;22:28-32. Cat 1
- MORYOUSSEF L.
Evaluation des pratiques endodontiques à Paris et en banlieue parisienne. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en chirurgie dentaire. UFR d'Odontologie de l'Université Paris VII. 2008. Cat 3
- MUHAMMED A.H., MANSON-HING L.R., ALA B.
A comparison of panoramic and intraoral radiographic surveys in evaluating a dental clinic population.
Oral Surg Oral Med Oral Path 1982;54:108-117. Cat 3
- MURRAY C.A., SAUNDERS W.P.
Root canal treatment and general health: a review of the literature.
Int Endo J 2000;33:1-18. Cat 3
- NAIR P.N.
On the causes of persistent apical periodontitis: a review.
Int Endo J 2006;39:249-281. Cat 3
- NG Y.L., MANN V., GULABIVALA K.
Outcome of secondary root canal treatment: a systematic review of the literature.
Int Endo J 2008;4:1026-1046. Cat 1
- O'KEEFE E.M.
Pain in endodontic therapy: preliminary study
J Endo 1976;2:315-19. Cat 1
- ORSTAVIK D., KEREKES K., ERIKSEN H.M
The periapical index: a scoring system for radiographic assessment of apical periodontitis
Endo Dent Traumat 1986;2:20-34. Cat 1
- QUIÑONEZ C., GIBSON D., JOKOVIC A.,
LOCKER D.
Emergency department visits for dental care of nontraumatic origin.
Com Dent Oral Epide 2009;37:366-371. Cat 1
- RAY H.A., TROPE M.
Periapical status of endodontically treated teeth in relation to the technical quality of the root filling and the coronal restoration.
Int Endo J 1995;28:12-18. Cat 1
- RIDAO-SACIE C., SEGURA-EGEA J.J.,
FERNÁNDEZ-PALACÍN A.,
BULLÓN-FERNÁNDEZ P., RÍOS-SANTOS J.V.
Radiological assessment of periapical status using the periapical index: comparison of periapical radiography and digital panoramic radiography.
Int Endo J 2007;40:433-440. Cat 1
- RILEY J.L., GILBERT G.H., HEFT M.W.
Orofacial pain: patient satisfaction and delay of urgent care.
Pub Health Rep 2005;120,140–149. Cat 1
- ROHLIN M., KULLENDORFF B., AHLQWIST M.,
HENRIKSON CO, HOLLENDER L., STENSTRÖM B
Comparison between panoramic and periapical radiography in the diagnosis of periapical bone lesions.
Dentomaxill Radio 1989;18:151-155. Cat 1
- SABETI M.A., NEKO FAR M., MOTAHARY P.,
GHANDI M., SIMON J.H.
Healing of apical periodontitis after endodontic treatment with and without obturation in dogs.
J Endo 2006;32:628-633. Cat 2
- SJOGREN U., FIGDOR D., PERSSON S., SUNDQVIST G.
Influence of infection at the time of root filling on the outcome of endodontic treatment of teeth with apical periodontitis. *Int Endod J* 30:297-306. Erratum in:
Int Endo J 1998;3:148. Cat 1
- TAVERAS P.B., BONTE E., BOUKPESSI T.,
SIQUEIRA J.F. JR, LASFARGUES J.J.
Prevalence of apical periodontitis in root canal-treated teeth from an urban French population: influence of the quality of root canal fillings and coronal restorations.
J Endo 2009;35:810-813. Cat 1
- TORABINEJAD M., BORASMY U., KETTERING J.D.
In vitro bacterial penetration of coronally unsealed endodontically treated teeth.
J Endo 1990;16:566–569. Cat 2
- TOURÉ B., KANE A.W., SARR M., NGOM C.T.,
BOUCHER Y.
Prevalence and technical quality of root fillings in Dakar, Senegal.
Int Endo J 2008;41:41-49. Cat 1
- TRONSTAD L., ASBJORNSEN K., DOVING L.,
PEDERSEN I., ERIKSEN H.M.
Influence of coronal restorations on the periapical health of endodontically treated teeth.
Endo Dent Traumat 2000;16:218–221. Cat 1
- WIDSTRÖM E., PIETILÄ I., PIIRONEN P., NILSSON B.,
SAVOLA I.
Analysis of patients utilizing emergency dental care in two Finnish cities. *Acta Odont Scand* 1988;46:105-112. Cat 1
- WIDSTRÖM E., PIETILA I., NILSSON B.
Diagnosis and treatment of dental emergencies in two Finnish cities. *Com Dent Health* 1990;7:173-178. Cat 1
- WU M.K., DUMMER P.M., WESSELINK P.R.
Consequences of and strategies to deal with residual post-treatment root canal infection.
Int Endo J 2006;39:343-356. Cat 1

PIECE JOINTE N°13 :
NOTICE D'INFORMATION PATIENT - DEVIS
DENTAIRE

Chirurgie et Implantologie Orales

NOTICE D'INFORMATION PRE-OPERATOIRE EN IMPLANTOLOGIE. CONSENTEMENT ECLAIRÉ DU PATIENT.

Je soussigné: [REDACTED]

Née: [REDACTED]

Domicilié :

- Certifie avoir renseigné exactement le Docteur [REDACTED] sur mon état de santé,
- Certifie que le Docteur [REDACTED] a répondu à mes questions et m'a informée:

- 1) Des possibilités offertes par les traitements classiques en prothèse fixée (bridge) ou amovible (appareil "mobile"),
- 2) Que la mise en place chirurgicale d'implant(s) est possible, mais que des problèmes peuvent survenir.
L'implant serait remplacé, dans un délai de deux ans, sans frais supplémentaire par le Docteur [REDACTED].
En dehors de la notion d'échec à court terme il faut admettre que, comme toute autre prothèse, l'implant ne peut être considéré comme définitif et pourra être amené à être revu un jour, bien que ce soit une solution à long terme.
- 3) De la nécessité de contrôles post-opératoires à 8 jours, puis radiologique à 6 semaines
En outre, j'autorise la prise de clichés diapositives et prises de vues en vidéo, nécessaire à l'enseignement.
- 4) De la nécessité d'une hygiène bucco-dentaire correcte après la pose des implants, et de la prothèse, soit au minimum deux fois par jour:

Je donne mon consentement éclairé, conséutivement à toutes les informations, indications, contre-indications qui m'ont été exposées.

Après bilan clinique, il a été décidé d'un commun accord d'opter pour le traitement décrit dans le devis.

Signature du Praticien

Docteur [REDACTED]

Signature du Patient

"Lu et Approuvé, bon pour accord"

Fait à..... [REDACTED]