

Le directeur général

Direction des soins de proximité

Réf : DSDP-1119-13044-D

PJ : 3

Date : 16 décembre 2019

NOTE DÉTAILLÉE

d'alerte sur les conditions de création et de fonctionnement des centres de santé dentaires

Suite à l'évolution législative et réglementaire portant sur la création et le fonctionnement des centres de santé (CDS), permettant d'accroître le nombre de CDS aux fins de renforcer l'offre de soins de premier recours, de nombreuses difficultés sont apparues.

La présente note s'attache à exposer, après un rappel du cadre juridique du fonctionnement des CDS, la situation en région PACA, avec les multiples dérives constatées, la politique mise en œuvre par l'Agence régionale de santé PACA et ses propositions et pistes de réflexion, pour renforcer sa capacité d'actions en termes notamment de planification et de police sanitaire.

1 - Rappel du cadre juridique

L'article L.6323-1 du code de la santé publique définit les CDS comme des structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours qui réalisent à titre principal des prestations remboursables par l'assurance maladie. Ils jouent un rôle important pour l'accès aux soins de nombreux patients, notamment les plus précaires.

Le cadre juridique des CDS a beaucoup évolué passant d'un régime d'agrément préfectoral à un régime déclaratif auprès de l'Agence régionale de santé.



En effet, la loi «Hôpital Patient Santé Territoire» du 21 juillet 2009 a opéré un changement majeur de l'encadrement législatif et réglementaire des CDS conduisant à une forte progression du nombre de centres de santé dentaires notamment en région PACA. La principale modification porte sur la suppression de l'agrément administratif avant ouverture, auquel étaient jusque-là soumis les centres de santé. Aujourd'hui, une simple déclaration du porteur de projet, accompagnée d'un projet de santé et d'un règlement intérieur, aux Agences régionales de santé suffit.

En 2018¹, avec l'entrée en vigueur de l'ordonnance n°2018-17 du 12 janvier 2018 et de ses textes d'application, codifiés aux articles L.6323-1 à 11 et D.6323-1 à 24 du code de la santé publique, une nouvelle évolution de la réglementation de cette offre de soins est intervenue dans l'objectif de renforcer l'accès aux soins de premier recours de qualité tout en maintenant à l'égard des usagers des conditions de prises en charge financières favorables, en modifiant ou simplifiant les modalités de création et de fonctionnement des centres de santé, notamment :

- le caractère non lucratif des centres de santé précisé, des règles étant mises en place pour garantir ce principe (article L.6323-1-4 du CSP) ;
- l'engagement du représentant légal quant à la conformité du centre de santé au regard des obligations qui lui incombent (article L. 6323-1-11 du CSP) ;
- l'interdiction de toute forme de publicité en faveur des centres de santé (article L.6323-1-9 du CSP).

2 - La situation en région PACA : le constat de multiples dérives

A ce jour, il existe 149 CDS en PACA dont 112 sont des centres de santé dentaires, ce qui représente 72 % de la totalité des CDS. L'examen des projets de santé, les inspections réalisées ou encore les plaintes instruites ont permis de faire les constats exposés ci-après, s'agissant de la création et du fonctionnement de certains CDS dentaires.

↳ Les projets de santé ne sont pas élaborés en fonction des besoins de santé du territoire concerné, sans que la réglementation existante ne permette d'assurer un maillage du territoire

Plusieurs problématiques se posent actuellement liées au développement de ces centres de santé dentaires en dehors de toute adéquation de l'offre de soins avec les besoins des territoires.

L'inclusion des centres de santé dans le dispositif de l'offre de soins de proximité et dans le maillage des territoires est inscrite dans la loi HPST et reprise par la loi « Ma santé 2022 » du 24 juillet 2019 pour apporter une réponse aux populations précaires mais aussi aux populations éloignées d'une offre de soins.

Or, force est de constater que certains gestionnaires de CDS, accompagnés de leurs avocats, détournent les finalités de la réglementation (détournement du statut d'associations à but non lucratif par la création de sociétés filles commerciales – DENTIFREE..., détournement de la qualité des soins, absence de réponses aux populations précaires...) pour s'installer sur des territoires où l'offre de soins bucco-dentaires est déjà suffisante, voire surdotée et se positionner sur une offre de soins essentiellement lucrative.

En Paca, le nombre de ces centres de santé dentaires croît de façon importante essentiellement dans les zones du littoral très peuplées au pouvoir d'achat important, qui ne sont pas des zones sous-dotées en termes d'offre de soins bucco-dentaire, à l'instar de Nice et de certains arrondissements de Marseille (Cf. cartographie en annexe). Parfois deux ou trois centres ouvrent dans la même rue, voire comme les

¹ Ordonnance n°2018-17 du 12 janvier 2018 relative aux conditions de création et de fonctionnement des centres de santé parue au Journal Officiel du 13 février 2018 ; Décret n°2018-143 du 27 février relatifs aux centres de santé et Arrêté du 27 février 2018 relatif aux centres de santé, au Journal Officiel du 1er mars 2018.

centres de santé dentaires Dental Access et le centre de santé Dentylys à Saint-Laurent du Var installés dans le même immeuble.

L'objectif de ces centres de santé, principalement mono-spécialités de type dentaires ou ophtalmologiques, même habillés en polyvalent, est de se positionner là où le marché est le plus important, non là où le besoin non couvert est important.

Ainsi, en 2018, 16 créations de centres de santé dentaires ont été recensées :

- 6 pour Dentego (2 à Nice, 1 à Cannes, 1 à Antibes, 1 à Toulon et 1 à Saint Raphaël) ;
- 3 pour Clinadent sur Marseille ;
- 2 pour Dentylys sur Nice.

Depuis début 2019, sont intervenues 2 créations de CDS dentaires dont un nouveau porté par Clinadent sur Marseille et un autre porté par Dentego sur Nice. A ce jour, plusieurs dossiers sont en cours d'instructions et 3 autres projets sont annoncés par Dentego, toujours à Nice.

Les gestionnaires annoncent parfois dans leur projet de santé un centre de santé polyvalent mais ne recrutent ensuite jamais de médecin ou pour un temps très marginal. A l'inverse, on assiste à un retrait des porteurs de projets communaux ou mutualistes pour porter des CDS polyvalents non équilibrés financièrement.

En parallèle, il est constaté très peu d'ouverture de centres de santé dentaires ou polyvalents dans des territoires sous dotés (cartographies des CD et des CDS en PJ).

La majeure partie de ces créations est portée par des structures ayant le statut d'association à but non lucratif (Clinadent, Dentego, Dental Acces, Dentylys, Dentifree....) mais qui présentent un fonctionnement et une gestion qui s'éloignent d'un fonctionnement associatif à but non lucratif.

Le montage, permettant à ces investisseurs privés un retour sur investissement, s'effectue en général de la manière suivante :

- l'investisseur principal se constitue en SCM ou SCI, loue à tarif élevé les locaux à l'association Loi 1901, voire crée une centrale d'achat pour louer ou vendre préférentiellement l'équipement biomédical à l'association ;
- dans certains centres, les professionnels de santé salariés bénéficient également d'un intéressement au chiffre d'affaires, en fonction de leur activité (contrairement aux dispositions du code de déontologie médicale).

(Cf. les 2 dossiers communiqués à l'ARS Paca par le syndicat des chirurgiens-dentistes de France du 84 et le conseil départemental de l'ordre des chirurgiens-dentistes des Alpes-Maritimes).

L'engagement de conformité, tel que prévu à l'article L.6323-1-11 du code de la santé publique, doit être transmis à l'ARS préalablement à l'ouverture du CDS et porte bien sur le respect de la réglementation, et notamment sur le respect des dispositions de l'article L.6323-1-4 du code de la santé publique, indiquant que : « *Les bénéfices issus de l'exploitation d'un centre de santé ne peuvent pas être distribués...* ».

Or, en pratique, le temps et la compétence manquent à l'ARS pour démontrer *a priori* ces montages juridiques et financiers sous-jacents. Prouver ce non-respect s'avère impossible avant ouverture, et expose l'ARS à des recours.

Ainsi, la capacité de l'autorité sanitaire à s'opposer à l'ouverture d'un centre de santé ne répondant pas aux priorités régionales de l'ARS PACA est très réduite, dans l'état actuel de la réglementation. Elle peut également apparaître comme incohérente avec les ambitions du ministère de la santé en termes de développement du nombre de centres de santé comme acteurs de santé de proximité. En pratique,

l'instruction des dossiers doit donc se limiter à vérifier la production des pièces au regard des textes en vigueur, sans régulation possible.

Les leviers réglementaires ou financiers à la main de l'ARS pour « contraindre » un CDS dentaire en zone sur dotée ouvert ou en projet à intégrer des médecins, sont tenus voire inexistant, et ces évolutions résultent du bon vouloir du porteur de projet, de même que pour l'incitation à la création d'un CDS en zone sous-dense.

↳ Une activité de soins axée prioritairement sur l'implantologie

La mission de l'IGAS en 2016 souhaitait « attirer l'attention des décideurs publics sur le cas de l'implantologie qui est un angle mort des politiques 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 à la nomenclature ». Ces constats sont à l'identique à ce jour.

En effet, les pratiques commerciales de certains CDS ne semblent pas toujours en accord avec les objectifs assignés de façon réglementaire aux CDS. Ces centres de santé privilégient les activités prothétiques et d'implantologie, hors nomenclature de l'assurance-maladie et particulièrement lucratives, au détriment des actes de soins conservatoires et de la prévention.

Ainsi une patiente de 75 ans d'un centre de santé dentaire cannois est décédée en mars 2018 au cours de soins dentaires prévoyant l'avulsion de 17 dents et la mise en place de 14 implants en un seul temps opératoire alors que le diagnostic initial et la proposition de soins avaient été réalisés de façon expéditive.

Il avait alors été constaté que le consentement « éclairé » du patient pouvait être recueilli dès la première consultation ce qui est incompatible avec le moindre délai de réflexion.

De même, une réclamation d'un chirurgien-dentiste salarié d'un CDS a signalé que son indépendance professionnelle était bafouée : un autre chirurgien-dentiste de l'association située à Paris avait modifié ses plans de traitement proposés à ses patients à Nice pour les orienter vers l'implantologie.

Ainsi ces centres de santé dentaires voient leur activité majoritairement relevée de l'activité implantaire alors même que l'article L.6323-1, en son 3^{ème} alinéa, introduit l'obligation pour les CDS, ainsi que chacune de ses antennes, de réaliser, **à titre principal**, des prestations remboursables par l'assurance-maladie.

↳ Des pratiques commerciales très actives de centres de santé dentaires associatifs

Ces CDS pratiquent une politique commerciale très active. En effet, certains gestionnaires n'hésitent pas, contrairement à la réglementation en vigueur, à utiliser la publicité très offensive pour se faire connaître et se constituer une patientèle (pages de publicité dans le principal journal quotidien ; dépôt de flyer sur les véhicules, organisation de manifestations sportives, création d'associations « caritatives »...).

Un gestionnaire de CDS a ainsi créé un site internet avec une dénomination de fantaisie pour pouvoir faire une publicité de ses « cliniques chirurgicales dentaires », en cherchant par ailleurs à développer une offre de tourisme médical associée à une offre de restauration et de soins esthétiques.

Une autre pratique commerciale courante consiste aussi à faire engager par le patient, par le biais de facilités de paiement, le financement des soins avant même le commencement de ces derniers. Ce financement peut atteindre plusieurs milliers d'euros, rendant ainsi captif le patient qui ne pourra récupérer la totalité du financement engagé s'il met fin aux soins prodigués au sein du CDS. En effet, certains devis de soins implantaires comportent une clause écrite en très petits caractères qui expose les patients à la perte des 10% des acomptes, payés à l'acceptation du devis en cas de renoncement aux soins.

↳ Des ouvertures multiples à un rythme très soutenu

Un véritable « forcing » de ces structures, auprès des services de l'ARS, a été constaté pour ouvrir en nombre important des centres de santé dentaires, sous un statut associatif à but non lucratif « détourné », associé à une prise en charge des patients, posant un réel problème de santé publique (risque de sur-traitement notamment).

Ainsi à Marseille, l'association CLINADENT a obtenu fin 2018 un numéro FINESS pour un 5^e centre de santé dentaire, sans procéder à son ouverture effective. Dans le même temps, ce gestionnaire a déposé un dossier de demande de création d'un 6^e centre de santé dentaire toujours à Marseille. A cette situation, se rajoute le signalement par un professionnel du 4^e centre de santé dentaire CLINADENT, qui indique l'ouverture de cette structure dans des conditions inacceptables : absence de matériel, de produits d'hygiène...

L'objectif sous-jacent est d'être positionné le plus vite possible, d'être le plus attractif et le plus concurrentiel en présentant une gamme complète de prise en charge dans des locaux rutilants, pour au final « tuer » la concurrence, qu'il s'agisse de libéraux isolés en cabinet libéraux ou de centres de santé plus petits ou avec moins de capacité d'investissement.

↳ La multiplication des plaintes et réclamations

Le nombre de plaintes/réclamations relatif aux centres de santé dentaires est en forte augmentation. Depuis le début de l'année 2019, 13 réclamations concernant 7 centres de santé dentaires appartenant à ces mêmes gestionnaires ont été réceptionnées à l'ARS PACA.

Ce nombre de réclamations n'est probablement pas représentatif de la situation réelle (minorée). En effet, la capacité financière de ces structures leur permet le plus souvent de régler directement, en interne, le mécontentement du patient ou les difficultés liées aux soins, par la mise en œuvre d'une reprise des soins et/ou d'un dédommagement financier.

Des chirurgiens-dentistes, ayant travaillé dans certains de ces centres de santé dentaires, ont également fait remonter auprès des conseils de l'ordre des chirurgiens-dentistes des alertes sur la qualité des pratiques : multiplications inutiles de radiographies (irradiations) ou au contraire, absence de bilan radiographique, sur-traitements (implants+++).

La question de l'indépendance professionnelle des praticiens salariés est ainsi posée. De même, la politique de certains centres de santé dentaires consistant à mettre en place l'intervention de plusieurs chirurgiens-dentistes auprès d'un même patient favorise une dilution de la responsabilité personnelle des chirurgiens-dentistes.

Ces problématiques afférentes à ces structures dites associatives mais qui mettent en œuvre une surenchère aux soins dentaires ont d'ailleurs été pointées par l'IGAS dans son rapport sur DENTEXIA et dans son rapport de janvier 2017 relatif aux propositions pour un encadrement améliorant la sécurité des soins. Ce dernier rapport faisait aussi état de l'augmentation très significative du nombre de CDS dentaires dans deux régions dont la région PACA.

3- Politique mise en œuvre à l'ARS PACA et capacité limitée de régulation

Depuis janvier 2016, l'ARS propose un accompagnement technique (sur le volet hygiène et stérilisation) et administratif aux porteurs de projet souhaitant créer des centres de santé dentaires, dans le but de permettre la mise en œuvre des actes bucco-dentaires sécurisés et conformes aux référentiels, dès l'ouverture du centre au public.

Dans le cadre du plan régional d'accès aux soins et de « Ma santé 2022 », l'ARS Paca s'est donnée pour objectif d'assurer un meilleur maillage territorial en termes d'accès aux soins de proximité en diversifiant et en soutenant l'offre, en encourageant la création de centres de santé polyvalents et médicaux dans les zones sous-denses et en soutenant la transformation de centres de santé dentaires en centres de santé polyvalents.

Dans cette optique, l'accompagnement des porteurs de projets de centres de santé polyvalents a été renforcé depuis fin 2018. L'ARS finance ainsi l'accompagnement du projet par une structure d'appui chargée de travailler sur l'élaboration du diagnostic territorial et sur l'adéquation des axes d'intervention du centre de santé avec les besoins des populations.

L'ARS s'appuie également sur les contrats de l'assurance-maladie (contrats d'aide à l'installation, de stabilisation et de coordination et les contrats de solidarité territoriale en zones sous denses) à destination des centres de santé médicaux et polyvalents afin de les inciter à s'installer en zones sous denses.

Malgré la mise en place de ces dispositifs, le constat, à ce jour, est celui du peu d'impact sur les promoteurs de centres de santé dentaires qui continuent à porter des projets de centres avec un nombre important de fauteuils, dans des zones sur-dotées en chirurgiens-dentistes.

En effet, depuis 2017, ces créations sont portées, sous couvert d'un statut d'associations à but non lucratif, par des gestionnaires présentant une puissance financière importante. Depuis quelques mois, de nouveaux porteurs de projet, comme l'ASBBD (200 salariés, 9 centres de santé dentaires en Ile de France), viennent s'implanter en Paca. Leur démarche se situe dans une surenchère de l'offre de soins dans des territoires déjà sur dotés, où réside le plus souvent une population relativement aisée ayant plus facilement accès à des soins d'implantologie (Cannes, Nice, Marseille 8ème arrondissement...).

La mauvaise qualité des projets de santé transmis à l'ARS (faiblesse du diagnostic territorial et des axes d'intervention du centre de santé, quasi-absence d'actions de prévention...) démontre l'absence de justification possible par ces gestionnaires de leur choix d'implantation, le plus souvent lié à des opportunités immobilières. Pour autant, les dossiers, comportant toutes les pièces exigées par l'arrêté du 27 février 2018, entraînent la délivrance du récépissé d'engagement de conformité conformément à la réglementation.

Ainsi, même si l'ARS parvient à démontrer le caractère erroné du diagnostic de besoins de santé non couverts sur le quartier ou territoire d'implantation du centre de santé, figurant dans son projet de santé, ou bien est interpellé par le conseil départemental de l'ordre des chirurgiens-dentistes qui évoque un contournement de la régulation des installations en zone sur dotées, ces éléments ne sont pas de nature à constituer une opposition à la transmission du récépissé valant autorisation de dispenser des soins (art.L.6323-1-11 du code de la santé publique).

L'ordonnance du 12 janvier 2018 rappelle que le directeur général de l'ARS dispose, comme moyens de contrôle, la visite de conformité, l'inspection et la suspension temporaire ou définitive d'activité. En juin 2019, deux centres de santé dentaires (Dental Acces) ont fait l'objet d'une suspension totale d'activité en application de l'article L.6323-1-12 du CSP.

En ce qui concerne les moyens de contrôle et de sanctions, l'ARS Paca a inscrit depuis 2015, dans chaque plan régional d'inspection, l'inspection de centres de santé dentaires (administrative et hygiène/stérilisation des dispositifs médicaux) en association avec le service médical de l'Assurance-maladie.

Trois centres de santé dentaires sont inscrits cette année pour inspection. Cependant, les moyens humains dont disposent l'ARS à ce jour ne permettent pas d'augmenter ce nombre.

Par ailleurs, l'instruction des réclamations des patients relatives à la qualité des soins est rendue difficile sans le recours aux chirurgiens-dentistes conseils du service médical de l'Assurance-maladie, faute de compétence en art dentaire dans l'ARS Paca.

De plus, l'inspection est un moyen de contrôle a posteriori et, si cette dernière aboutit à une suspension d'activité, cela pose le problème de la continuité des soins vis-à-vis des patients. C'est donc, au final, une situation sanitaire plus compliquée qui doit être gérée que celle d'arrêter un projet de centre en amont, avant son installation et le démarrage des soins.

4- Propositions pour assurer un accès aux soins de 1^{er} recours, de qualité, sur tout le territoire

Comme exposé précédemment, la capacité de régulation de l'autorité sanitaire s'avère limitée, voire inexistante, en l'état actuel du droit.

Les dossiers de création de CDS dentaires, voire ophtalmologiques, émanent le plus souvent de personnes morales et de groupes d'intérêts privés régionaux ou nationaux, avec un modèle économique et de fonctionnement ne correspondant pas en réalité aux missions confiées aux CDS. Ces implantations ne répondent pas aux objectifs fixés par le Projet Régional de Santé en vigueur tendant à l'amélioration de l'accès aux soins en zone sous dotée et les nouveaux CDS dentaires saturant l'offre déjà abondante sur le littoral.

Au regard des multiples difficultés rencontrées, l'ARS PACA a identifié certains leviers, pour certains indisponibles en l'état actuel de la réglementation.

Face à cette situation, l'ARS PACA souhaite, dès à présent, s'appuyer sur les leviers suivants :

- maintenir un programme d'inspection des centres de santé dentaires, mis en œuvre par l'ARS en partenariat avec l'Assurance-maladie ;
- suivre l'activité des centres de santé et mieux maîtriser nos capacités d'intervention avec nos partenaires institutionnels et dans le respect de nos compétences respectives (ARS/AM/conseils de l'ordre des chirurgiens-dentistes) ;
- mieux identifier les liens d'intérêt direct ou indirect avec des entreprises privées délivrant des prestations rémunérées à la structure gestionnaire, en partenariat avec les autres administrations de l'Etat, dans le respect de leurs compétences respectives. Les comités opérationnels départementaux anti-fraude (ou CODAF), réunissent sous la co-présidence du préfet de département et du procureur de la République du chef-lieu du département, les services de l'Etat (police, gendarmerie, administrations préfectorale, fiscale, douanière et du travail) et les organismes locaux de protection sociale (Pôle emploi, URSSAF, caisses d'allocations familiales, d'assurance-maladie et de retraite, le régime social des indépendants (RSI), la MSA) cellule régionale ou départementale. Leur mobilisation, ponctuelle ou systématique, doit pouvoir être envisagée ;
- proposer un groupe de travail interrégional avec le ministère et avec les ARS concernées par ces pratiques, notamment l'ARS Ile de France, pour échanger sur nos difficultés, nos moyens d'actions et nos connaissances réciproques d'opérateurs qui passent d'une région à l'autre.

L'ARS PACA a identifié en particulier deux recommandations de la mission IGAS qui pourraient être utilement mises en œuvre face au phénomène constaté :

- inciter l'Assurance-maladie à ajuster les ressources humaines affectées à l'inspection et au contrôle de l'activité dentaire (Recommandation n°12 de la mission IGAS –rapport janvier 2017) ;
- encourager la construction de bonnes pratiques portées par la profession dentaire et faciliter leur diffusion notamment dans les centres de santé dans le domaine de l'implantologie, de l'anesthésie locale et des conditions techniques de la sédation consciente lors des actes dentaires (Recommandation n°19 de la mission IGAS –rapport janvier 2017).

Enfin, une évolution de la réglementation pourrait permettre de réintroduire des outils de régulation pour l'ARS face à ce détournement du cadre réglementaire existant pour les centres de santé :

- étendre le périmètre du zonage des professionnels de santé, notamment dentaire, pour un maillage harmonieux de l'offre de soins dans les territoires : envisager que l'arrêté national caractérisant les zones sous denses et à l'inverse sur dotées dans une spécialité médicale (chirurgiens-dentistes, ophtalmologistes...) intègre non seulement les libéraux mais également les professionnels salariés dans les centres mono spécialité ou avec une spécialité dominante ;
- créer un dispositif législatif et réglementaire à l'instar des sociétés gérants des laboratoires de biologie médicale, rendant obligatoire le respect du (des) code(s) de déontologie des professionnels de santé salariés du centre de santé par la structure gestionnaire ou créer un dispositif contraignant les gestionnaires des centres de santé à respecter pleinement le code de déontologie spécifique à chaque professionnel de santé employés dans le centre de santé.

PIECES JOINTES :

PJ1 : Cartographies des CD et des CDS

PJ2 : Dossier communiqué à l'ARS PACA par le syndicat des chirurgiens-dentistes de France du 84

PJ3 : Dossier communiqué à l'ARS PACA par le conseil départemental de l'ordre des chirurgiens-dentistes des Alpes-Maritimes