



UNIVERSITE DE RENNES 1 / EHESP

Faculté de Droit et de Science Politique / École des Hautes Études en Santé Publique

MASTER II : DROIT, SANTE, ETHIQUE

Parcours : Éthique et droit des professionnels et des établissements de santé

Les centres de santé dentaires

Julie DUVERGER

Sous la direction de :

Madame Marie-Laure Moquet-Anger, Docteur en droit, Professeur agrégé de droit public
à l' Université de Rennes 1, Présidente de l'AFDS

Mémoire soutenu en Septembre **2022**

Jury :

Madame Marie-Laure Moquet-Anger, Docteur en droit, Professeur agrégé de droit public à
l'Université de Rennes 1, Présidente de l'AFDS

Monsieur Jean-Marie André, Directeur du département des sciences humaines et sociales à
l'EHESP

REMERCIEMENTS

Je remercie sincèrement Madame Marie-Laure Moquet-Anger pour son accompagnement, ses conseils avisés, sa bienveillance, ses encouragements et sa disponibilité.

Je remercie les professeurs du master Droit, Santé, Éthique.

Je remercie le personnel de la bibliothèque de l'EHESP.

Je remercie mes collègues pour m'avoir aidée, parfois sans le savoir, pendant ces deux années de Master.

Je remercie mes amis rencontrés à Rennes.

Enfin, je remercie infiniment ma famille et mes proches pour leur soutien sans faille, leur écoute, leur patience. Sincèrement, merci.

SOMMAIRE

INTRODUCTION

Partie 1. L'AUGMENTATION DES CENTRES DE SANTE DENTAIRES EN QUESTION

CHAPITRE 1. Des structures sanitaires attractives pour la patientèle

CHAPITRE 2. Des structures sanitaires attractives pour les Professionnels

Partie 2. LA LEGISLATION DES CENTRES DE SANTE DENTAIRES EN QUESTION

CHAPITRE 1. Les dispositifs d'encadrement et de contrôle aux mains de la puissance publique et des financeurs

CHAPITRE 2. De l'insuffisance des mesures au renforcement de la législation relative aux centres de santé dentaires dans l'intérêt des usagers

CONCLUSION

LISTE DES ABREVIATIONS

ALD	Affection longue durée
AMC	Assurance maladie complémentaire
AME	Aide médicale de l'État
AMO	Assurance maladie obligatoire
ARS	Agence régionale de santé
C2S	Couverture santé solidaire
CAA	Cour administrative d'appel
CADA	Commission d'accès aux documents administratifs
CAI	Contrat d'aide à l'installation
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CE	Conseil d'État
Civ.	Chambre civile
CJCE	Cour de Justice des Communautés européennes
CJUE	Cour de Justice de l'Union européenne
CMU	Couverture maladie universelle
CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaire
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
DASRI	Déchets d'activité de soins à risque infectieux
DDASS	Direction départementale des affaires sociales
DGARS	Directeur général de l'ARS
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DRASS	Direction régionale des affaires sociales
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EEE	Espace économique européen
EHESP	École des hautes études en santé publique
ENSP	École nationale de santé publique
EPI	Équipement de protection individuelle
Fedcar	Fédération des autorités compétentes et régulateurs dentaires européens
FEHAP	Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne
FNCS	Fédération nationale des centres de santé
HPST	Hôpital patient santé territoire
Ibid.	Ibidem
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGF	Institut générale des finances
INVS	Institut national de veille sanitaire
IRDES	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
LGDJ	Librairie générale de droit et de jurisprudence
MISP	Médecin inspecteur de santé publique
NC	Numerus clausus

ODF	Orthopédie dento-faciale
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONCD	Ordre national des chirurgiens-dentistes
ONCS	Observatoire national des centres de santé
ONDPS	Observatoire national des professions de santé
Op. cit.	Opus citatum
PACES	Première année commune aux études de santé
PADHUE	Praticien à diplôme hors union européenne
PASS	Parcours d'accès spécifique santé
PISP	Pharmacien inspecteur de santé publique
PLFSS	Projet de loi de financement de la sécurité sociale
PMR	Personne à mobilité réduite
PNS	Politique nationale de santé
PQD	Professional qualifications directive
PUMA	Protection universelle maladie
QPC	Question prioritaire de constitutionnalité
QPV	Quartier prioritaire de la politique de la ville
RAC0	Reste à charge 0
RTT	Réduction du temps de travail
SNCDCS	Syndicat national des chirurgiens-dentistes des centres de santé
SNS	Stratégie nationale de santé
TGI	Tribunal de grande instance
UE	Union européenne
USMCS	Union syndicale des médecins des centres de santé
V.	Voir

L'Université de Rennes 1 et l'EHESP n'entendent donner ni approbation ni improbation aux propos émis dans ce mémoire. Ces propos doivent être considérés comme propres à l'auteur.

INTRODUCTION

« Rien n'est permanent sauf le changement ¹ » m'était-il amené à penser suite aux remarques, inquiétudes, incompréhensions, de patients, parents, amis et confrères au sujet de l'implantation nouvelle et grandissante de centres de santé dentaires de création associative dans leurs lieux de vie respectifs. Mythe ou réalité ?

Si les centres de santé sont reconnus juridiquement depuis les décrets de 1991², leur existence est en réalité ancienne. Autrefois appelés dispensaires, ils permettent dès le XVII^e siècle un accès aux soins de qualité pour « *les pauvres malades.* »³ Ces lieux de soins, permis par Théophraste Renaudot, médecin de Richelieu et commissaire général des pauvres du Royaume, ont la particularité de soigner des patients issus de toutes les strates de la société par des médecins de renom. La charité d'autrefois dispense les plus démunis de solder les consultations tandis que les plus aisés s'en acquittent. Dès la fin du XIX^e siècle, l'œuvre charitable coexiste avec l'idée d'assistance sociale permise par l'essor de l'Hygiénisme. Ainsi, des structures préventives et curatives qui n'accueillent au départ que les bénéficiaires de l'Assistance médicale gratuite⁴ s'ouvrent progressivement à tous.⁵ L'offre sanitaire qui y est dispensée s'adapte en fonction des enjeux de santé publique de l'époque. Les lieux de soins permettent ainsi de lutter notamment contre l'alcoolisme, la syphilis, le choléra et la tuberculose⁶. Comprenons que l'ampleur de ce fléau est telle, qu'outre la volonté d'améliorer les conditions de vie, les communes sont autorisées⁷ puis tenues⁸ de créer des dispensaires au rythme des vagues épidémiques, au point de faire de leur existence l'objet d'une véritable

¹ De Héraclite d'Ephèse, philosophe présocratique (naissance vers 544 av. J.C.-541 av. J.-C ; décès vers 480 av. J.-C.).

² Les décrets, au nombre de 3 sont les suivants : Décret n° 91-654 du 15 juillet 1991 modifiant le décret 56284 du 9-03-1956 modifié et fixant les conditions d'agrément des centres de santé par l'autorité administrative, Journal officiel, n° 164 du 16 juillet 1991 ; Décret n° 91-655 du 15 juillet 1991 relatif aux conditions de prise en charge des soins délivrés dans les centres de santé, Journal officiel n°164 du 16 juillet 1991 ; Décret n° 91-656 du 15 juillet 1991 relatif au montant de la subvention versée par les caisses primaires d'assurance maladie aux centres de santé, Journal officiel n°164 du 16 juillet 1991.

³ Colin, M-P., Acker, D. (2009). Les centres de santé : une histoire, un avenir. *SFSP*, (21), 57-65.

⁴ Loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance sociale.

⁵ Solano, V. (2010) Historique. In Limousin, M. *Les centres de santé en mouvement.* (p. 36-49). Le temps des cerises.

⁶ Colin, M-P., Acker, D. (2009). Les centres de santé : une histoire, un avenir. *SFSP*, (21), 57-65.

⁷ Loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance sociale, Article 35. Source : Solano, V. (2010) Historique. In Limousin, M. *Les centres de santé en mouvement.* (p 36-49) Le temps des cerises.

⁸ Loi du 15 avril 1916 marquant le début de l'intervention de l'État dans la lutte contre la tuberculose.

propagande étatique¹. S'ensuivent à l'aube de la seconde guerre mondiale des dispensaires conventionnés avec les organismes sociaux qui bénéficient de subventions permises par la volonté de toute une époque : l'ère du Front populaire. C'est ainsi que dès les années 1950, l'idée du centre de santé voulue par Robert Henri Hazemann² se substitue au dispensaire³ dans le sens où sont intégrées dans ces structures des fonctions de soins, de prophylaxie, de prévention, de réhabilitation⁴... : en somme un véritable parcours de santé indispensable au sortir de la seconde guerre mondiale.

Des caractéristiques communes qui ont, semble-t-il, peu changé au fil de l'Histoire et apparaissent sanctuarisées par l'article L. 6323-1 du code de la santé publique qui dispose que les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité, dispensant des soins de premier recours (...) et pratiquant à la fois des activités de prévention, de diagnostic et de soins. De même que par leur origine sémantique et historique, ce sont des lieux de soins privilégiés des plus vulnérables et ouverts à tous,⁵ à la « différence » des centres de santé Medicaid aux États-Unis⁶. Par ailleurs, la gestion protéiforme inscrite à l'article L. 6323-1-3 du code de la santé publique⁷ n'est finalement que le reflet de leur histoire et un moyen de sécuriser les caractéristiques présentées supra. Point de lucrativité⁸ donc dans les centres de santé qui sont ainsi appelés centres municipaux de santé⁹, centres de santé associatifs, centres de santé mutualistes ou centres de santé de l'Assurance maladie. Cette catégorisation juridique qui permet leur existence a par ailleurs fait le jeu de négociations auprès de la médecine libérale

¹ « L'aigle boche sera vaincu. La tuberculose doit l'être aussi. » Source : Valougeorgis, G. (2019). *Les centres municipaux de santé, une offre de soins particulière*. Thèse, diplôme d'État de docteur en chirurgie dentaire. Université Paris Descartes. p. 6.

² Médecin inspecteur de l'office publique d'hygiène sociale de la Seine et organisateur des services municipaux d'hygiène et d'assistance sociale d'Ivry sur Seine, Robert Henri Hazemann (1897-1976) fut chef de cabinet technique du ministre de la santé sous le Front populaire.

³ « Bien que cette appellation perdure encore dans l'inconscient collectif. » Source : Delprat, L. (2019). *Centres de santé. Guide pour les élus, les professionnels de santé et les porteurs de projet*. Parresia. p 5.

⁴ Solano, V. (2010) Historique. In Limousin, M. *Les centres de santé en mouvement*. (p 36-49). Le temps des cerises.

⁵ Article L. 6323-1 du code de la santé publique.

⁶ « Medicaid est le principal payeur des centres de santé communautaires dans la plupart des États ». Source : <https://lesactualites.news/sante/les-centres-de-sante-communautaires-font-face-a-des-problemes-apres-la-fin-de-lurgence-de-sante-publique/>

⁷ Article L. 6323-1-3 du code de la santé publique.

⁸ L'article L 6323-1-5 du code de la santé publique dispose que les bénéfices sont mis en réserve ou réinvestis au profit du centre de santé concerné ou d'un ou plusieurs autres centres de santé ou d'une autre structure à but non lucratif, gérés par le même organisme gestionnaire mais ne peuvent être distribués.

⁹ Gestion attribuée à une commune ou à un groupement de communes. Source : Article 6323-1-3 du code de la santé publique.

dès la mise en place de la Sécurité sociale^{10,11}. En effet, la création des organismes d'Assurance maladie, qui a fixé la dispense d'avance de frais¹² sanctuarisée depuis par la législation¹³, a longtemps conduit la médecine libérale à dénigrer les médecins qui, en exerçant en salariat dans ces centres polymorphes, étaient qualifiés non pas de praticiens de la médecine sociale mais praticiens de la médecine de caisse.

Pour autant, leurs caractéristiques matricielles ne semblent pas empêcher les centres de santé, à l'instar des dispensaires de jadis, de s'adapter à leur époque, parfois à leurs dépens ou à la surprise de l'État garant de l'accès aux soins sur le territoire. C'est ainsi qu'en dépit de leur participation quasi séculaire à l'offre sanitaire et sociale du pays et sans détrôner l'offre libérale pour autant, leur recensement n'est véritablement possible que depuis la mise en fonction de l'Observatoire des centres de santé¹⁴ en 2017. Il nous permet d'objectiver, depuis sa création, l'implantation et le nombre des centres de santé sur le territoire national par un recoupement des données transmises par les gestionnaires des centres de santé et issues des Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) et des Agences Régionales de Santé (ARS). C'est ainsi que par comparaison aux renseignements obtenus à l'issue d'une investigation menée par Emmanuel Vigneron¹⁵ en 2014¹⁶, le nombre de centres de santé est relativement stable et avoisine les 2000 structures.

Par ailleurs, l'étude de 2021 intitulée « dynamique de création des centres de santé » nous montre une implantation des centres de santé dentaires en évolution constante (+ 60 %

¹⁰ Ordonnance n° 45-2250 du 4 octobre 1945 portant sur l'organisation de la sécurité sociale, Journal officiel n° 0235 du 6 octobre 1945.

¹¹ Ordonnance n° 45-2456 du 19 octobre 1945 portant statut de la mutualité, Journal officiel n° 0247 du 20 octobre 1945.

¹² Imprégnée des principes du système de santé d'Assurance maladie généralisée.

¹³ Article L. 6323-1-7 du code de la santé publique.

¹⁴ Il correspond à une plateforme dématérialisée hébergée par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), elle-même fondée en 2000 et qui est un établissement public de l'État à caractère administratif placé sous la tutelle des ministères chargés de la santé, des affaires sociales et de la sécurité sociale. » Source : <https://www.atih.sante.fr/l-atih/presentation>.

¹⁵ Emmanuel Vigneron est vice-président de la commission spécialisée Déterminants de santé et maladies non-transmissibles. Docteur en histoire et en géographie, il a développé l'approche géographique des questions sanitaires et sociales à partir de l'identification des besoins pour travailler à l'analyse de la localisation et à l'organisation de l'offre de soins et de santé dans les territoires. Source : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/personne?clef=596>

¹⁶ Ce recensement était jusqu'alors difficile et source d'erreurs : « Nul ne sait précisément combien il en existe, ni même si ceux qui sont recensés sous ce nom en sont vraiment, ni si certains qui le sont ne sont pas recensés. » Source : Vigneron, E. (2014). *Les centres de santé : une géographie rétro prospective*. FEHAP. p. 69.

entre 2017 et 2021), significative, comparativement aux centres médicaux, polyvalents et infirmiers¹⁷.

Ainsi, en dépit d'une prise en charge globale des usagers permise par la pluralité des praticiens et des disciplines, les centres polyvalents ne suivent pas cette progression.

D'une part, il s'ensuit que cette dynamique s'est faite au détriment des initiatives des collectivités territoriales. Les centres de santé dentaires privés ont su notamment profiter d'un défaut manifeste d'implication de l'État¹⁸ marqué par la baisse des dotations étatiques¹⁹ pour s'implanter sur le territoire.

D'autre part, les centres de santé de l'Assurance Maladie Obligatoire et Complémentaires progressent moins et sont moins réactifs^{20,21} quand les centres de santé dentaires associatifs assoient leur représentativité.

Les centres de santé ne peuvent être centrés que sur l'activité dentaire. Cette distinction est instituée par des accords convenus avec les organismes d'assurance maladie²² et qui complètent l'unique article législatif du code de la santé publique²³ consacré à ces structures. On y apprend que les centres de santé peuvent être selon leurs disciplines, médicaux – infirmiers – polyvalents ou dentaires. De plus, les centres de santé dentaires sont des centres ayant une activité dentaire exclusive. Dans ce cas, l'intégralité des honoraires perçus provient d'activités odontologiques. Toutefois, l'appellation « centre de santé dentaire » peut aussi être attribuée à des structures ayant une activité dentaire « quasi exclusive ». Dans ce dernier cas, les honoraires dentaires totaux doivent représenter 80 % des honoraires totaux du centre de santé, tandis que le reste des honoraires peut provenir d'activités médicales et/ou paramédicales.²⁴

¹⁷ Saderne, E. (2021). Dynamique de création des centres de santé sur le territoire français entre 2017 et 2021. *Projet Épidémiologie Territoires*. p. 15. Disponible à l'adresse : https://www.fncs.org/sites/default/files/RAPPORT-ETUDE-DYNAMIQUE-CREATION-CDS-2017-2021-IJFR102021_version_site_internet.pdf

¹⁸ Rouxin, Claude. (1999). Interrogations sur l'avenir des centres de santé municipaux. In *Les centres de santé. Pertinence et modernité. Prévenir*, (37), 7-12.

¹⁹ Limousin, M. (2010). *Les centres de santé en mouvement*. Le temps des cerises. p. 24.

²⁰ « L'ordonnance du 19 avril 2001 a transposé dans le Code de la Mutualité les directives européennes des assurances. Les mutuelles ont dû alors séparer dans des entités juridiques différentes, les activités de soins des activités assurancielles. » Source : Limousin, M. (2010). *Les centres de santé en mouvement*. Le temps des cerises. p. 31.

²¹ Bizard, F. (2016). Que font les Ocam de votre argent ? *Complémentaires santé*, 33-68.

²² Article 3 de l'accord national des centres de santé destiné à organiser les rapports entre les Centres de santé et les caisses d'Assurance maladie. (2015)

²³ Qui s'étoffe plus particulièrement depuis l'ordonnance n° 2018-17 du 12 janvier 2018 relative aux conditions de création et de fonctionnement des centres de santé, *Journal officiel* n° 0010 du 13 janvier 2018.

²⁴ Accord national destiné à organiser les rapports des centres de santé avec l'Assurance maladie. (2015). (V. partie 2 de notre travail).

Il convient de préciser que, si les centres de santé (CDS) dentaires sont en pleine progression, leur existence n'est pas nouvelle. En effet, permettons-nous de citer l'institut dentaire George Eastman, créé en 1930²⁵, en vue de surveiller l'hygiène dentaire des enfants parisiens. Il s'agit, pour le père de la pellicule photographique et fondateur de Kodak, de la mise en place d'une véritable mission de santé publique, ce qui correspond bien à la volonté de s'adapter aux différents fléaux qui fragilisent la santé de la population.

Il est opportun de souligner que, même si les centres de santé dentaires peuvent constituer des lieux de stages, le cas échéant universitaires, pour la formation des futurs professionnels de l'art dentaire,²⁶ les soins proposés sont dispensés par des chirurgiens-dentistes diplômés. Ces derniers exercent selon des normes législatives et réglementaires que l'Ordre national des chirurgiens-dentistes²⁷ (ONCD) est tenu, dans sa mission de protection de la profession et des droits des malades, de faire appliquer dès la demande d'inscription du professionnel au tableau de l'Ordre, condition indispensable à son exercice professionnel. Citons ainsi l'article R. 4127-284 du code de la santé publique : « *tout chirurgien-dentiste, lors de son inscription au tableau, doit affirmer devant le conseil départemental qu'il a pris connaissance du (présent) code de déontologie.* »

Lorsque la profession de médecin délègue certaines tâches²⁸ autrefois réservées à son domaine de compétence, l'article L. 4161-2²⁹ du code de la santé publique dispose qu'« *exerce illégalement l'art dentaire³⁰ : toute personne qui prend part habituellement ou par direction suivie, même en présence d'un praticien, à la pratique de l'art dentaire* » sans répondre des normes exposées aux articles L. 4141-3³¹ et L. 4111.1³² du code de la santé publique. C'est ainsi que le monopole du chirurgien-dentiste demeure tant que la création d'une profession comparable aux hygiénistes dentaires³³ d'autres pays ne sera pas aboutie³⁴ et que les contours de l'accès partiel à la profession de chirurgien-dentiste ne seront pas définis par l'Ordre et les

²⁵ Précisons que les activités dentaires de l'institut Eastman sont à ce jour gérées par la ville de Paris.

²⁶ Article L. 6323-1-1 du code de la santé publique.

²⁷ La profession de chirurgien-dentiste est une profession médicale.

²⁸ Comme la vaccination.

²⁹ Article L. 4161-2 du code de la santé publique. Au sujet de l'exercice illégal de l'art dentaire

³⁰ L'article L. 4111-1 du code de la santé publique dispose que « La pratique de l'art dentaire comporte la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies congénitales ou acquises, réelles ou supposées de la bouche, des dents, des maxillaires et des tissus attenants... »

³¹ Article L. 4141-3 du code de la santé publique relative aux conditions d'exercice de la profession de chirurgien-dentiste.

³² Article L. 4111.1 du code de la santé publique relative aux conditions générales d'exercice de l'exercice des professions médicales.

³³ Assistante dentaire qualifiée de niveau 2 ou assistante en médecine bucco-dentaire ou autre dénomination.

³⁴ La mise en place de cette profession prendrait encore 4 ans. Source : Bartala, M. (2022). Une politique incompréhensible. *L'Information dentaire*, 104(17-18), 10.

instances gouvernementales³⁵. En effet, suite à un arrêt du 25 février 2021, la CJUE³⁶ décide que les États membres de l'Union européenne (UE) peuvent autoriser l'exercice d'un nombre limité d'actes d'une profession de santé réglementée (les médecins, chirurgiens-dentistes, sage-femmes, infirmiers, pharmaciens) par des membres d'une profession qui n'existe pas dans le pays d'accueil. Cela permettrait, par exemple à des hygiénistes dentaires diplômés dans l'UE de pratiquer certains actes réservés à ce jour aux chirurgiens-dentistes en France.³⁷

Outre une implantation grandissante, c'est la catégorie juridique des gestionnaires qui change : l'offre des centres dentaires actuelle dépend, en majorité, d'initiative privée loi 1901. Pour éviter toute méprise, il convient de les dissocier d'autres structures de soins que nous n'aborderons pas dans notre travail et qui n'apparaissent pas dans les chiffres présentés supra. Longtemps confondues avec les centres de santé, si les maisons de santé³⁸ ont des missions quasi similaires aux centres de santé³⁹, leur fonctionnement consiste en un regroupement de professionnels libéraux qui proposent à leurs patients une prise en charge pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire sans dispense d'avance de frais, contrairement aux centres de santé⁴⁰. A ma connaissance, il ne peut donc exister des maisons de santé dentaires. Par ailleurs, ni un centre de santé pluriprofessionnel universitaire odontologique où les soins sont dispensés par des chirurgiens-dentistes en devenir⁴¹, ni un cabinet de groupe et ni une clinique dentaire où les professionnels exercent en libéral qu'ils soient ou non collaborateurs, ne peuvent s'attribuer le nom de centres de santé dentaires. Par analogie, il est interdit « *de créer la confusion auprès du patient* » lors de la phase de création des statuts de l'association⁴² gérante. La dénomination retenue ne peut donc contenir le mot 'clinique' ou 'établissement de santé'⁴³.

³⁵ CJUE, 25 février 2021, affaire C-940/19.

³⁶ Cour de justice de l'Union européenne (CJUE).

³⁷ Précisons que la décision de justice précitée fera l'objet d'un développement complémentaire dans notre première partie.

³⁸ Structures créées juridiquement par le législateur en 2007 par la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008.

³⁹ L'article L. 6323-3 du code de la santé publique dispose que la maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ces professionnels assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours (...) et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales.

⁴⁰ Les CDS pratiquent le mécanisme du tiers payant mentionné aux articles L. 160-10 du code de la sécurité sociale et L. 6323-1-7 du code de la santé publique.

⁴¹ Article L. 6323-1-2 du code de la santé publique.

⁴² Les statuts de l'association de loi 1901 doivent comporter au minimum la dénomination, l'objet, le siège social, la durée de vie de l'association, son administration et ses ressources. Source : Delprat, L. (2019). *Centres de santé. Guide pour les élus, les professionnels de santé et les porteurs de projet*. Parresia. p. 19.

⁴³ Delprat, L. op. cit. p. 19.

Ces différents constats nous amènent à centrer notre travail sur les centres de santé récemment créés, en avouant qu'il aurait été plus aisé de présenter, par comparaison, l'offre bucco-dentaire délivrée en centres municipaux, d'autant qu'un renouveau de ces structures est en marche.^{44,45,46} Cependant, le travail de recherche préalable montre une sur représentativité de ces services polyvalents dans les écrits relatifs aux centres de santé, à faire oublier qu'ils ne représentent que 21 % des centres de santé depuis 2016.⁴⁷

En toute cohérence et malgré la possibilité de décrire une forme de pluralisme médical encore peu présente dans ce domaine⁴⁸, le centre de santé dentaire de notre travail sera un centre de santé à activité exclusivement dentaire, dont les honoraires perçus représentent 100 % des honoraires totaux. Il s'agit d'une focalisation sur ce secteur d'activité ou une manière peut-être de rappeler qu'en dépit d'être la profession médicale la plus recherchée sur les moteurs de recherche internet⁴⁹, le domaine de l'art dentaire reste finalement peu investi par les autorités⁵⁰, à l'instar des centres de santé en général⁵¹.

⁴⁴ Chibani-Jacquot, P. (2018). La nouvelle jeunesse des centres de santé. *Alternatives Économiques*, (385), 52.

⁴⁵ Abad, M., Véret, M. & Veyron J-H. (2021). *Centres de santé pluriprofessionnels. Leviers et bonnes pratiques organisationnelles en faveur de l'équilibre économique*. ANAP-juin 2021.

⁴⁶ Wion, M. (2021). *Les centres municipaux de santé et la territorialisation de la santé publique*. Les cahiers de santé publique et de protection sociale, N°38, septembre 2021. Disponible à l'adresse : <https://cahiersdesante.fr/editions/38/les-centres-municipaux-de-sante-et-la-territorialisation-de-la-sante-publique/>

⁴⁷ Abad, M., Véret, M. & Veyron J-H. (2021). *Centres de santé pluriprofessionnels. Leviers et bonnes pratiques organisationnelles en faveur de l'équilibre économique*. ANAP-juin 2021. p. 7.

⁴⁸ « La profession de chirurgien-dentiste est une profession médicale isolée. » Source : Bas, A-C. (2018). *Le marché de soins bucco-dentaires en France*. [Thèse de doctorat, Économies et finances, Université Paris sciences et lettres]. p. 21.

⁴⁹ (2022). Chirurgien-dentiste : la spécialité la plus recherchée par les Français sur le Net. *L'Information dentaire*. Publié le 29 mars 2022. Disponible à l'adresse : <https://www.information-dentaire.fr/actualites/chirurgien-dentiste-la-specialite-la-plus-recherchee-par-les-francais-sur-le-net/>

⁵⁰ Bas, A-C. (2018). *Le marché de soins bucco-dentaires en France*. Thèse de doctorat, Économies et finances, Université Paris sciences et lettres. p. 23.

⁵¹ Cohen, F. (2010). Les centres de santé dentaires en France. In Limousin, M., *Les centres de santé en mouvement* (p. 243-249).

La question qui se pose est de *comprendre les différents facteurs et enjeux de ce bouleversement de l'offre de soins bucco-dentaires sur le territoire national attribué aux centres de santé dentaires nouvellement créés, consubstantiels, semble-t-il, à la loi Hôpital Santé Territoire de 2009*⁵².

C'est ainsi que nous exposerons les motifs qui peuvent expliquer la hausse exponentielle des centres de santé dentaires associatifs (**Partie 1**) et que nous essaierons de comprendre la volonté affichée du législateur, de représentants de la profession, d'usagers d'une évolution juridique de ces structures sanitaires de proximité (**Partie 2**).

⁵² Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, Journal officiel n° 0167 du 22 juillet 2009.

Partie 1. L'AUGMENTATION DES CENTRES DE SANTE DENTAIRES EN QUESTION

Les 194 membres de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ont adopté le 24 mai 2022 une stratégie mondiale consacrée à la santé bucco-dentaire. S'il est trop tôt pour mesurer les effets du plan d'action qui a pour objectif un accès universel aux soins dentaires d'ici 2030⁵³, il est opportun de souligner la reconnaissance, par l'organisation, de l'importance d'une bonne santé orale, définie comme enjeu de santé publique.

Il convient de s'interroger sur la participation à l'accès aux soins des centres de santé dentaires, toujours plus nombreux en France depuis 2010⁵⁴, quand on sait que le recours aux soins dentaires du pays est parmi le plus faible d'Europe.⁵⁵

La question qui se pose est de comprendre et d'identifier les atouts que les centres de santé dentaires, permis par la liberté d'entreprendre, confèrent. Ce phénomène en augmentation⁵⁶ interroge à travers la demande sociétale (Chapitre 1) et le changement d'exercice des professionnels concernés (Chapitre 2).

CHAPITRE 1. Des structures sanitaires attractives pour la patientèle

Quelle que soit la catégorie juridique, du cabinet dentaire libéral au centre de santé public/privé et sans oublier les instituts universitaires de formation odontologique, toute structure de soin qui pratique des actes à visée diagnostique, préventive et curative doit permettre un égal accès aux soins⁵⁷ sur le territoire. Droit ricochet du principe à valeur

⁵³ (2022). Vives interrogations sur les implications de la stratégie OMS. *ONCD La lettre*, (199) juillet-août, 12-13.

⁵⁴ Saderne, E. (2021). Dynamique de création des centres de santé sur le territoire français entre 2017 et 2021. *Projet Épidaure Territoires*, p. 15. Disponible à l'adresse : https://www.fnccs.org/sites/default/files/RAPPORT-ETUDE-DYNAMIQUE-CREATION-CDS-2017-2021-IJFR102021_version_site_internet.pdf

⁵⁵ (2021). Rapport de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé destiné au ministère des solidarités et de la santé, novembre 2021, *Démographie des chirurgiens-dentistes : état des lieux et perspectives*, p. 13. Disponible à l'adresse :

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ondps_nov_2021_rapport_la_demographie_des_chirurgiens-dentistes_etat_des_lieux_et_perspectives_web.pdf

⁵⁶ Saderne, E. (2021). Dynamique de création des centres de santé sur le territoire français entre 2017 et 2021. *Projet Épidaure Territoires*, p. 19. Disponible à l'adresse : https://www.fnccs.org/sites/default/files/RAPPORT-ETUDE-DYNAMIQUE-CREATION-CDS-2017-2021-IJFR102021_version_site_internet.pdf

⁵⁷ Art L1110-1 CSP.

constitutionnelle de la protection de la santé pour tous⁵⁸, l'égal accès aux soins compose avec l'existence d'un renoncement aux soins.

Si le besoin de soins dentaires non satisfaits peut s'expliquer pour certains par une composante psychologique, « la peur du dentiste⁵⁹ », nombre d'études pointent un accès aux soins « délicat » pour motifs financiers (Section I), temporels et géographiques (Section II) que présumement palier les centres de santé dentaires nouvellement créés.

Section I. Accès aux soins et accessibilité financière

Il n'est pas inutile de constater que l'essor des centres de santé dentaires est contemporain de la crise financière de 2009 et de ses conséquences sur le domaine médico-dentaire⁶⁰. L'idée de bénéficier de soins dentaires aux tarifs ultra compétitifs à l'étranger⁶¹ a été de plus en plus envisagée par nos concitoyens, au point d'appeler ce phénomène le tourisme dentaire.⁶² De plus, la stratégie du « *low cost* », issue des compagnies aériennes à bas coût, a gagné le monde de la dentisterie.

Marqués par ces phénomènes, les centres dentaires associatifs nouvellement créés laissent entrevoir, par une potentielle capacité d'efficience économique⁶³, une réponse aux besoins de soins de patients en vulnérabilité pécuniaire (§1) ou en recherche d'une accessibilité financière toujours plus adaptée à leurs finances (§2).

§1. Vulnérabilité économique et soins dentaires

Attachons-nous à savoir si les centres de santé dentaires peuvent être des lieux privilégiés pour des personnes en vulnérabilité économique, en réduisant les renoncements aux soins (A) ou en faisant face à certains refus. (B)

⁵⁸ Alinéa 11 du préambule de la Constitution de 1946 : « La Nation garantit à tous, et notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé. »

⁵⁹ Chaupain-Guillot, S., Guillot O., Jankeliowitch-Laval, E. (2014). Le renoncement aux soins médicaux et dentaires : une analyse à partir des données de l'enquête SRCV. *Économie et statistique*. (469-470), 169-197.

⁶⁰ Le Gall, C. (2013). Le « *low cost* » passe à l'offensive. *La Gazette santé social*, (95), 20-27.

⁶¹ En Hongrie, en Turquie...

⁶² Assili, S. (2014). *Une dentisterie à bas prix : le tourisme dentaire et la tendance low-cost*. [Thèse en vue du diplôme d'état de docteur en chirurgie dentaire, Université de Lorraine]. p. 43.

⁶³ Pirnay, P. (2012). Soins *low cost* ou soins *right cost*. *L'information dentaire* (23), 30-31.

A. Le renoncement aux soins et les centres de santé

« La santé n'a pas de prix mais elle a un coût ».

Cet adage est d'autant plus intéressant à évoquer dans le domaine étudié du fait que les soins dentaires sont le premier poste de renoncement⁶⁴ et que la socialisation de ces dépenses pour les bénéficiaires de la Protection universelle maladie (PUMA) est particulière. En dépit de l'universalité de la protection santé en France depuis 2016, les conditions de prise en charge des soins dentaires par l'Assurance maladie n'ont pas été modifiées. Si pour l'ensemble des soins de ville, la Sécurité sociale intervient, en 2019, pour plus de 60 %, son intervention se limite à 34 % pour les soins dentaires (lorsque la prise en charge pour les mêmes soins était de 43,8 % en 1985) et 14 % pour les soins prothétiques⁶⁵ : « *les soins dentaires peu coûteux sont mieux remboursés que les soins les plus onéreux* ». ⁶⁶

« Un coût », que ne peuvent supporter certaines personnes, les empêchant de recourir aux soins, en ne donnant pas suite aux propositions thérapeutiques délivrées par le professionnel consulté⁶⁷ ou en ne consultant qu'en urgence et en l'absence de réel suivi bucco-dentaire. Il n'est pas inutile d'observer que fréquemment ces personnes n'ont pas d'Assurance maladie complémentaire (AMC). Si les motifs peuvent être pluriels, deux profils peuvent être décrits.

En premier lieu, les usagers souffrant d'affections chroniques longue durée (ALD)⁶⁸ et invalidantes ont une méconnaissance de la réalité de leur couverture spécifique. En effet, si les soins dentaires sont couverts pour partie et sous conditions, les soins prothétiques peuvent être mieux couverts que les assurés de droit commun mais ne sont jamais pris en charge intégralement par l'Assurance maladie obligatoire.

⁶⁴ ONDPS. (2021). Rapport de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé destiné au ministère des solidarités et de la santé, novembre 2021, Démographie des chirurgiens-dentistes : état des lieux et perspectives. p. 39. Disponible à l'adresse : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ondps_nov_2021_rapport_la_demographie_des_chirurgiens-dentistes_etat_des_lieux_et_perspectives_web.pdf

⁶⁵ (2019) Les dépenses de santé en 2019 Résultats des comptes de la santé. DREES. Disponible à l'adresse : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-referance/panoramas-de-la-drees/les-depenses-de-sante-en-2019-resultats>

⁶⁶ (2000). Comment améliorer la prise en charge des soins dentaires de la population ? p. 12. [Mémoire, Rennes, ENSP].

⁶⁷ En amont de la réalisation des actes dentaires, un plan de traitement, accompagné ou non d'un devis décrivant les soins prothétiques pris en charge ou non par l'Assurance maladie, doit être remis au patient.

⁶⁸ Citons notamment le diabète (type 1 et 2), l'insuffisance cardiaque grave, les troubles du rythme graves, les cardiopathies valvulaires graves, les cardiopathies congénitales graves, les maladies chroniques actives du foie et cirrhoses (...) dont les conséquences et indirectes en rapport avec la prise en charge médicamenteuse ou chirurgicale ont un impact sur la sphère orale du patient. Pour plus d'informations, se référer à la liste ALD 30. Source : Article D. 322-1 du code de la sécurité sociale.

En second lieu, sont exclus du dispositif de généralisation de la couverture complémentaire collective d'entreprise, mise en place par la loi de Financement de la Sécurité sociale pour l'année 2016,⁶⁹ les retraités et certains actifs.

Dans ce cas, deux leviers sont à disposition des centres de santé (dentaires). D'une part, un accompagnement pour l'ouverture des droits⁷⁰ est proposé dans 72 %⁷¹ des centres de santé dentaires par un financement spécifique des tutelles (ARS et Assurance maladie). D'autre part, pour celles et ceux dont les ressources dépassent le seuil d'attribution de la couverture santé solidaire (V. infra), les caractéristiques relatives à l'attractivité financière des centres dentaires « peuvent » faciliter les adhésions au(x) traitement(s) (V. §2).

« Un coût » enfin que supporte la collectivité en permettant aux plus précaires d'accéder aux soins nécessaires par le biais d'une couverture maladie⁷². En effet, les usagers à très faibles ressources ont la possibilité de bénéficier de la Couverture santé solidaire (C2S)⁷³, qui se substitue à la Couverture médicale universelle complémentaire⁷⁴ (CMU-C) depuis 2019⁷⁵, et dont le but est de permettre le remboursement intégral des dépenses de santé (dentaires) dans la limite des tarifs de la sécurité sociale et selon des paniers de soins spécifiques. Les patients qui en bénéficient peuvent ainsi recourir aux consultations, soins courants et soins prothétiques sans avance de frais et selon des forfaits de remboursement spécifiques aux dispositifs médicaux dentaires⁷⁶. Quant aux étrangers en situation irrégulière, le dispositif de l'Aide médicale d'État (AME) de droit commun vise à leur offrir une protection santé intégrale qui

⁶⁹ Article L. 911-7 du code de la sécurité sociale modifié par la Loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016-art 34, Journal officiel n° 0296 du 22 décembre 2015.

⁷⁰ Permis par l'article 9.1.2 de l'accord national destiné à organiser les rapports entre les Centres de santé et les Caisses d'assurance maladie. Intitulé de l'article : proposer un accompagnement spécifique aux publiques vulnérables. (Critère optionnel), (V. partie 2).

⁷¹ (2018). Observatoire national des Centres de santé. Les chiffres 2018. FNCS. Disponible à l'adresse : https://www.fncs.org/sites/default/files/Bilan_de_lobservatoire_des_CDS_2018_publicie_site_FNCS.pdf

⁷² Et non une assurance

⁷³ La C2S peut être gratuite ou payante en fonction des ressources. Par exemple, l'attribution de la C2S gratuite est automatique pour les usagers percevant le Revenu de solidarité active (RSA) sauf opposition express de leur part.

⁷⁴ La Couverture maladie universelle avait été instaurée en 1999 par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, Journal officiel 0172 du 28 juillet 1999.

⁷⁵ (2019). La nouvelle complémentaire santé solidaire entre en vigueur le 1^{er} novembre : plus simple, plus large et plus protectrice pour un meilleur accès aux soins. Communiqué de presse. Ministère des solidarités et de la santé. Disponible à l'adresse :

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cp_complementaire_sante_solidaire_vdef.pdf

⁷⁶ (2022). Complémentaire santé solidaire (ex-CMU-C). *Direction de l'information légale et administrative*. Disponible à l'adresse : <https://www.demarches.interieur.gouv.fr/particuliers/complementaire-sante-solidaire-ex-cmu-c>.

n'inclut que les soins dentaires courants⁷⁷. En effet, les soins dentaires prothétiques dispensés aux bénéficiaires de l'AME dans toute structure de soin, y compris les centres de santé associatifs ou municipaux, ne sont pris en charge par l'État qu'en faible partie.

Il est important de préciser que les soins non pris en charge par l'Assurance maladie sont de facto exclus de la couverture santé solidaire et de l'AME.

Le renoncement aux soins dentaires étant consubstantiel au gradient social⁷⁸, 17 % des centres de santé dentaires proposent des actions de santé publique axées sur l'hygiène bucco-dentaire ou l'hygiène de vie,⁷⁹ en considérant que la majorité des maux buccaux peuvent être évités par une prévention et une promotion de la santé bucco-dentaire et de la santé en général. Ce sont des notions, en raison de la persistance des inégalités sociales de santé, qui échappent aux plus vulnérables. Car comme le soulignent Mesdames Azogui-Levy⁸⁰ et Boy-Lefèvre⁸¹, « *les comportements favorables à la santé orale dépendent de la capacité des individus à s'approprier les savoirs nécessaires à la mise en œuvre de « bonnes » pratiques* ». ⁸²

Précisons que ces ateliers sont ouverts à tous et reflètent l'existence d'un taux de vulnérabilité en CDS (dentaires) supérieur à celui observé en cabinet de ville. L'étude Épidaure de 2011, dont le but était d'évaluer le rôle spécifique des centres de santé dans la réduction des inégalités sociales de santé, montre que si les personnes « vulnérables » représentent 63 % des usagers des 21 centres étudiés⁸³ (associatifs, municipaux et autres), les cabinets de ville n'accueillent que 35 % de citoyens précaires.⁸⁴

⁷⁷ Le dispositif de l'aide médicale d'État inclut l'AME de droit commun et le dispositif des soins urgents et vitaux. Pour plus d'informations, se référer à la source : Latournerie, J.-Y., Saulière, J., Hemous, C. et al (2019). *L'aide médicale d'État : diagnostic et propositions*. p. 1. Rapport de l'IGAS et de l'IGF. Disponible à l'adresse : <https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/AME.pdf>

⁷⁸ Azogui-Levy, S. & Boy-Lefèvre, M. (2017). Inégalités d'accès aux soins dentaires. *Après-demain*, 42, NF, 30-32. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.3917/apdem.042.0030>

⁷⁹ (2018). Observatoire national des Centres de santé. Les chiffres 2018. FNCS. Disponible à l'adresse : https://www.fncs.org/sites/default/files/Bilan_de_lobservatoire_des_CDS_2018_publicie_site_FNCS.pdf

⁸⁰ Sylvie Azogui-Levy est chirurgienne dentiste, professeure des universités, praticien hospitalier en santé publique à l'Université Paris 7 Denis Diderot. Source : <https://reflis.fr/project/sylvie-azogui-levy/>

⁸¹ Marie-Laure Boy-Lefèvre est chirurgienne-dentiste, professeure des universités, praticien hospitalier et a été la doyenne d'une unité de formation et de recherche. (Université Paris 7).

⁸² Azogui-Levy, S. & Boy-Lefèvre, M. (2017). Inégalités d'accès aux soins dentaires. *Après-demain*, 42, NF, 30-32. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.3917/apdem.042.0030>

⁸³ Bourguenil, Y., Mousquès, J. (2011). Projet Épidaure-CDS. Évaluation de l'apport des centres de santé en termes d'accès aux soins et de réduction des inégalités. Principaux résultats. Étude de l'IRDES. Disponible à l'adresse : <https://www.fncs.org/sites/default/files/pdf/2015/NoteSyntheseEpidaureJuillet2011.pdf>

⁸⁴ Villebrun, F. & Lopez, R. (2010). La prise en charge de la précarité/L'étude Épidaure. In Limousin, M., *Les centres de santé en mouvement*. (p. 131-184). Le temps des cerises.

B. Le refus de soins et les centres de santé

Affirmer que seuls les centres de santé, dentaires ou polyvalents, permettent un égal accès aux soins sur le versant de la « vulnérabilité économique » serait inopportun.

Pour autant, un « refus de soins » de professionnels de l'art dentaire existe.

Cette expression est à distinguer du refus de soin opposé au praticien par le patient, en référence à la liberté fondamentale de ne pas consentir à un acte médical⁸⁵ et du « droit de retrait » permis à tout professionnel.⁸⁶

Il s'agit, ici, de la caractérisation d'une « *discrimination dans la prévention ou aux soins* ». ⁸⁷ En supposant qu'elle ait toujours existé, ce n'est que récemment que cette méconnaissance, volontaire ou non, des principes d'égalité républicaine est objectivée⁸⁸ par les organismes d'assurance maladie, après signalement des assurés.

En premier lieu, le rapport annuel médiation de l'Assurance maladie de 2020⁸⁹ expose un recul des signalements des refus de soins tout domaine confondu (209 dossiers⁹⁰) par rapport à 2019 (501 dossiers). Ce recul semble s'expliquer par la baisse observée de la consommation des biens et services médicaux consécutive à la crise sanitaire du covid 19 et du confinement strict de mars-avril 2020⁹¹. En second lieu, il ressort dudit rapport que 26,95% des signalements de refus de soins concernent la chirurgie-dentaire, discipline médicale qui concentre la majorité des refus. Les investigations des médiateurs soulignent que les professionnels concernés invoquent l'impossibilité de réaliser la dispense d'avances de frais pour ces usagers vulnérables, eu égard à la viabilité économique de la structure, ou des comportements incompatibles avec la continuité des soins ou avec l'organisation du cabinet en faisant référence à des créneaux de rendez-vous non honorés par lesdits usagers⁹². Il est intéressant de préciser que, suite à « leur

⁸⁵ Article L. 1111-4 alinéa 2 du code de la santé publique : « Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. »

⁸⁶ Article R. 4127-232 du code de la santé publique.

⁸⁷ Article L. 1110-3 du code de la santé publique et Article R. 4127-7 du code de la santé publique.

⁸⁸ Apollis, B., Truchet D. (2020). *Droit de la santé publique*. (4^e édition). Dalloz. p. 254.

⁸⁹ 2020). Rapport annuel d'activité de l'assurance maladie. Médiation. 2020. Disponible à l'adresse : <https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/rapportmediation2020.pdf>

⁹⁰ 133 refus de soins sont finalement caractérisés au terme de l'investigation des médiateurs.

Source : (2020). Rapport annuel d'activité de l'assurance maladie. Médiation. 2020. Disponible à l'adresse : <https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/rapportmediation2020.pdf>

⁹¹ Les cabinets dentaires, à la demande du président de l'ONCD, ont été fermés du 16 mars au 11 mai 2020. Une permanence des soins, stricte et limitée, organisée par l'ONCD avait été instaurée durant cette période.

⁹² (2020). Rapport annuel d'activité de l'assurance maladie. Médiation. 2020. Disponible à l'adresse : <https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/rapportmediation2020.pdf>

refus », les praticiens concernés adressent les patients en centre de santé, empêchant l'errance des usagers et permettant une continuité de prise en charge⁹³.

Quid du chiffre réel quand « *près de 20 % des médecins et dentistes admettent pratiquer ces refus dans la région parisienne ?* »⁹⁴

Voilà un « effet ambivalent » de la Couverture maladie solidaire qui perdure depuis son entrée en vigueur,⁹⁵ comme le soulignait un groupe de travail de l'ENSP⁹⁶ en 2000.

Il est ainsi supposé que les centres de santé dentaires, polyvalents, municipaux, associatifs ou non, sont considérés par les patients en précarité économique comme des lieux privilégiés d'offre de soins. La question qui se pose est de savoir si les centres de santé dentaires associatifs constituent des structures attractives pour le reste de la population. (§2)

§2. Accès aux soins et attractivité financière des centres de santé dentaires

Il est opportun de rappeler 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* ».⁹⁷

Dans un contexte empreint de rigueur économique, marqué par une socialisation particulière des dépenses de santé dentaires non priorisée sur les soins curatifs les plus onéreux⁹⁸, laissant une part grandissante aux Assurances Maladies Complémentaires (AMC)⁹⁹, voire supplémentaires, nous comprenons qu'une patientèle à faibles ou moyens revenus¹⁰⁰ puisse être attirée par la dispense d'avances de frais (A) et la pratique de tarifs modérés associés ou non à la réforme du 100 % santé. (B).

⁹³ *Ibid.*

⁹⁴ Hervé, C., Stanton-Jean, M., Mamzer, M-F., et al. (2015). *Les inégalités sociales et la santé. Enjeux juridiques, médicaux et éthiques.* (p. 274). Dalloz.

⁹⁵ (2000). *Comment améliorer la prise en charge des soins dentaires de la population ?* p 11 [Mémoire, Rennes, ENSP].

⁹⁶ L'École nationale de santé publique (ENSP) devient l'École des hautes études en santé publique (EHESP) en 2008.

⁹⁷ Article D. 6323-1 du code de la santé publique.

⁹⁸ (2000). *Comment améliorer la prise en charge des soins dentaires de la population ?* p13 [Mémoire, Rennes, ENSP].

⁹⁹ Mutuelles ou Instituts Paritaires de Prévoyance ou Assurances privées.

¹⁰⁰ (1999). Rapport sur les centres de santé par l'inspection générale des affaires sociales. In Bchir, A., Bene, T., Ben salem, K. et al. *Les centres de santé. Pertinence et Modernités.* (p. 159-162). Prévenir, 2(37).

A. Du Tiers payant au tiers payant complémentaire

Réforme phare issue de la loi de modernisation de notre système de santé (MNSS)¹⁰¹ et défendue par la ministre de la santé Madame Touraine¹⁰², la généralisation du tiers payant ou dispense d'avance de frais médicaux et dentaires n'a pas eu lieu. L'obligation prévue est devenue une possibilité pour les professionnels de santé. La mobilisation manifeste du secteur de la santé contre ce projet, défendu par le gouvernement comme une avancée sociale pour les assurés, a conforté les centres de santé sur le versant de la dispense d'avance de frais relative à la part de l'Assurance maladie obligatoire.

En effet, l'article L 6323-1-7 du code de la santé publique dispose que « *les centres de santé pratiquent le mécanisme du tiers payant* ».

Imposé par la loi et rappelé par les accords conventionnels, il profite à tout assuré social, notamment depuis la mise en place de la Protection universelle maladie (PUMA) introduite par l'article 59 de la loi de Financement de la sécurité sociale pour 2016.¹⁰³ Comme le souligne le Dr Limousin¹⁰⁴, la spécificité du tiers payant « *marque fortement l'identité des centres*¹⁰⁵ », quand seulement 15% des chirurgiens-dentistes libéraux le proposaient en 2017.¹⁰⁶

Si les coûts de fonctionnement de la pratique du tiers payant sont décriés par certains gestionnaires de centres¹⁰⁷, d'autres plus novateurs n'hésitent pas à dépasser le cadre législatif. Ainsi, quand certains permettent des facilités financières comparables à des services à la consommation¹⁰⁸, d'autres proposent à la patientèle le tiers payant intégral ; nulle obligation légale, ici, mais bien un argument d'attractivité financière conditionné par l'effectivité d'une AMC valide ¹⁰⁹ et mis au point historiquement dans les centres mutualistes pour leurs

¹⁰¹ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, Journal officiel, n° 0022, 2016-41 (2016).

¹⁰² Sous le quinquennat du Président de la République François Hollande (2012-2017).

¹⁰³ Loi n° 2015-1702 ; article 59 modifiant l'article L.111-1 du code de la sécurité sociale.

¹⁰⁴ Médecin et membre du conseil scientifique de la Fondation Gabriel Péri.

¹⁰⁵ Limousin, M. (2010). Les valeurs, le sens, le mouvement. In Limousin, M., *Les centres de santé en mouvement*. (p. 19-25). Le temps des cerises.

¹⁰⁶ Fauchier-Magnan, E., Mejane, J., Roger, J., & Viosat, L-C. (2017). *Évaluation de la généralisation du tiers payant*. Rapport IGAS. p. 13.

¹⁰⁷ Georges, P. & Waquet, C. (2013). *Les centres de santé : Situation économique et place dans l'offre de soins de demain*. Rapport IGAS. p. 30.

¹⁰⁸ V. partie 2

¹⁰⁹ En cours de validité et ayant souscrit un accord avec le centre de santé dentaire en question.

adhérents¹¹⁰. Service offert à la population, les frais de fonctionnement sont entièrement supportés par la gestion du centre de santé : ni aide de l'État, ni subventions des tutelles (Assurance Maladie, ARS). Le fait que le tiers payant intégral est une dérogation au « paiement direct » issu de la charte médicale de 1927¹¹¹, que les détracteurs y voient une attitude mercantile ou que le Conseil Constitutionnel a retoqué son obligation le 1^{er} janvier 2017, aux motifs que le législateur n'a pas suffisamment encadré ce dispositif et a méconnu l'étendue de sa propre compétence,¹¹² peuvent expliquer que le centre ne perçoive aucune subvention.

Toutefois, comme le souligne le rapport de l'Observatoire national des centres de santé de 2018¹¹³, cela ne décourage pas la quasi-totalité des centres de santé dentaires (97%)¹¹⁴ et, par déduction associatifs, de proposer le tiers payant complémentaire, bien disposés à suivre les recommandations issues de l'étude Épidaure¹¹⁵ précitée.

Tiers payant et tiers payant complémentaire (ou intégral) sont autant de facilités d'accès aux soins pour les usagers des centres de santé (dentaires) depuis la mise en place par les articles 59 et 34 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 de la Protection Universelle Maladie¹¹⁶ PUMA et de la généralisation de la couverture complémentaire collective d'entreprises.¹¹⁷

¹¹⁰ Roncin, C. (2010). La mutualité, un organisme social, vivant, complexe. In Limousin, M., *Les centres de santé en mouvement*. (p. 196-215). Le temps des cerises.

¹¹¹ Transposée dans le code de déontologie des chirurgiens-dentistes à l'article R. 4127-210 du code de la santé publique.

¹¹² Décision n°2015-727 DC du 21 janvier 2016.

¹¹³ (2018). Observatoire national des Centres de santé. Les chiffres 2018. FNCS. Disponible à l'adresse : https://www.fncs.org/sites/default/files/Bilan_de_l'observatoire_des_CDS_2018_public_site_FNCS.pdf

¹¹⁴ Les données issues du rapport nous apprennent que le tiers payant complémentaire est pratiqué par neuf centres de santé sur dix (89 %), soit près de la totalité des centres dentaires (97 %) et infirmiers (94 %) et 82 % des centres pluriprofessionnels. En revanche, seule la moitié des centres médicaux la pratique (55 %).

¹¹⁵ Afrite, A., Bourgueil, A., Dufournet, M., Mousquès, J. (2011). Les personnes recourant aux 21 centres de santé de l'étude Epidaure-cds sont-elles plus précaires ? *Questions d'économie de la santé* (165). Mai 2011.

¹¹⁶ Article L. 111-1 du code de la sécurité sociale modifié par la Loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015-art 59 dans un souci d'amélioration de l'accès aux droits.

¹¹⁷ Article L. 911-7 du code de la sécurité sociale modifié par la Loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015-art 34.

B. Du respect strict des tarifs conventionnels au 100 % santé

Une protection santé renforcée et la dispense d'avance de frais dentaires s'accompagnent de la réalisation à titre principal de prestations remboursées par l'Assurance maladie¹¹⁸ dans les centres de santé.

La nuance « à titre principal » doit être maîtrisée par le gestionnaire du centre de santé. D'une part, cela risquerait de priver la patientèle d'un accès à des soins, certes non pris en charge par l'Assurance maladie, mais nécessaire au maintien de la bonne santé orale. L'implantologie¹¹⁹ est ainsi proposée dans presque la moitié des CDS dentaires et 17 % des centres pluriprofessionnels¹²⁰. D'autre part, une structure qui réaliserait majoritairement des actes d'implantologie ne pourrait revendiquer le statut de centre de santé,¹²¹ comme le souligne Maître Delprat¹²². La seule dérogation est permise à des structures spécialisées en Orthopédie dento-faciale (ODF).¹²³

Précisons que les dépassements d'honoraires sont prohibés.¹²⁴

Cela pourrait expliquer l'appellation « *centres de santé low cost* », aujourd'hui obsolète¹²⁵. En outre, les centres de santé (dentaires) facturent certains soins prothétiques, conservateurs et non remboursables par l'Assurance maladie à des tarifs inférieurs à certains cabinets libéraux disposant tous de la liberté tarifaire. Il est important de préciser que les soins précités ne sont pas concernés par la réforme du 100 % santé (V. infra) et que la tarification dépend de la libre appréciation du tact et mesure du praticien n'exerçant pas en CDS. C'est pourquoi, le motif de concurrence déloyale¹²⁶ ne peut être retenu. Les centres de santé ne font que se soumettre à l'obligation légale d'une facturation stricte des tarifs conventionnels correspondant aux thérapeutiques dispensées par les professionnels de la structure.

¹¹⁸ Article L. 6323-1 du code de la santé publique.

¹¹⁹ L'implantologie consiste à la mise en place chirurgicale de dispositif(s) médicaux, en remplacement de racine(s) manquante(s) et dont l'ostéointégration permettra la pose de prothèse(s) d'usage implanto-portée.

¹²⁰ (2018). Observatoire national des Centres de santé. Les chiffres 2018. FNCS. Disponible à l'adresse : https://www.fncs.org/sites/default/files/Bilan_de_observatoire_des_CDS_2018_public_site_FNCS.pdf

¹²¹ Delprat L. (2019). *Centres de santé. Guide pour les élus, les professionnels de santé et les porteurs de projet*. Parresia. p. 11.

¹²² Laurent Delprat est avocat à la cour d'appel de Paris, maître de conférences associé à l'Université Paris 8. Il était en 2019 conseiller municipal délégué à l'accès au droit et à la santé de Chaville (92) et conseiller de la branche dentaire du Réseau national des centres de santé mutualistes et de nombreux centres associatifs.

Source : Delprat, L. (2019). *Centres de santé. Guide pour les élus, les professionnels de santé et les porteurs de projet*. Quatrième de couverture. Parresia.

¹²³ Accord national destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses d'Assurance Maladie.

¹²⁴ Article L. 6323-1-7 du code de la santé publique.

¹²⁵ Daniel, C., Vienne P., Sivarajah, P. (2017) *Les centres de santé dentaires : propositions pour un encadrement améliorant la sécurité des soins*. Rapport IGAS. p. 51.

¹²⁶ Article R. 4127-221 du code de la santé publique.

En outre, la réforme du 100 % santé¹²⁷, entrée en vigueur en janvier 2020¹²⁸, permet une prise en charge améliorée par les organismes complémentaires selon trois paniers de soins prothétiques (rac 0¹²⁹, rac modérés et honoraires libres)¹³⁰. Par déduction, un centre de santé dentaire associatif qui propose le tiers payant intégral est d'autant plus attractif depuis l'entrée en vigueur de la réforme précitée. En effet, il peut être regrettable et incompréhensible pour l'utilisateur d'avoir à avancer les frais quand l'intégralité de la prise en charge, évoquée par le praticien à la remise du devis obligatoire, sera confirmée par sa complémentaire santé dite « responsable ». Au risque d'être redondante, avancer les frais peut s'avérer compliqué, voire impossible pour des patients à revenus limités, d'autant que des solutions d'échelonnement de paiement ne sont pas toujours proposées et qu'une confusion s'est opérée avec *le 100 % Sécu*, lors de la mise en place de la réforme précitée.

Les professionnels de santé, les producteurs des dispositifs prothétiques¹³¹ ainsi que les organismes maladie complémentaires ont dû s'adapter. Cette réforme, « avantageuse » pour les patients, n'a pu voir le jour qu'à la condition d'une revalorisation des soins conservateurs, améliorant par ailleurs la prévention, dans un système où la viabilité économique d'une structure de soins dentaires dépend de soins prothétiques et de soins non remboursables par l'Assurance maladie.

On peut comprendre que la viabilité économique des centres de santé, dentaires ou polyvalents interroge et doit être sécurisée.

Quand l'étude de la DREES¹³² de 2012¹³³ nous informe que la satisfaction des Français au sujet de l'accessibilité des soins dentaires (70 %) a chuté de 10 points en 5 ans, qu'en est-il des autres leviers aux mains des centres de santé pouvant inverser cette tendance ?

Les usagers des centres dentaires ont-ils un avantage à consulter les chirurgiens-dentistes y exerçant sur le versant de l'accessibilité spatio-temporelle (Section II) ?

¹²⁷ Ou RAC 0 ou Reste à charge zéro.

¹²⁸ La réforme du 100 % santé a été mise en place par paliers progressifs pour être totalement opérationnelle en janvier 2021.

¹²⁹ Rac 0 ou reste à charge 0.

¹³⁰ V. l'annexe correspondante au 100 % santé pour plus d'informations : Annexe 1.

¹³¹ Prothésistes dentaires.

¹³² Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

¹³³ Coppoletta, R. & Le Palud, V. (2014). Qualité et accessibilité des soins de santé : qu'en pensent les Français ? Rapport DREES. p. d'accueil du site. Disponible à l'adresse : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/qualite-et-accessibilite-des-soins-de-sante-quen-pensent-les-0>

Section II. Accès aux soins et accessibilité temporelle, géographique

Quelles que soient les mesures d'attractivité économique proposées dans les centres dentaires¹³⁴, elles ne sont d'aucun effet si les conditions d'ouverture (§1) et d'accessibilité géographique (§2) ne répondent pas aux besoins des usagers.

§1. Accès aux soins et accessibilité temporelle des centres de santé dentaires

Pour répondre à la demande en terme de temporalité, des efforts imposés par la loi ont été mis en place dans les centres (A), efforts difficilement mesurables concernant la permanence des soins (B).

A. Une amplitude horaire d'ouverture élargie

A l'instar de toute structure, de santé ou autre, l'amplitude horaire d'ouverture doit se conjuguer avec les effectifs de l'équipe dentaire et administrative exerçant dans le centre.

Toutefois, à la différence du secteur libéral¹³⁵, tout centre dentaire est soumis à une amplitude horaire élargie et définie juridiquement par des accords nationaux,¹³⁶ afin d'éviter des renoncements aux soins au motif de créneaux horaires incompatibles avec les besoins de la population. En contrepartie de rémunérations complémentaires au paiement à l'acte et indispensables à la pérennité de la structure, les centres de santé sont tenus d'accueillir du public de 8 h à 20 h en semaine, de 8 h à 12 h le samedi matin ainsi qu'au cours des périodes de congés scolaires¹³⁷ ; autant dire toute l'année. Il est important de souligner que des dérogations à ces contraintes sont possibles, notamment pour répondre au droit du travail des salariés y travaillant¹³⁸(congés, RTT, jours fériés, maladie, maternité, formation...) mais engagent des pénalités

¹³⁴ V. (§2, section 1, chapitre 1, partie 1).

¹³⁵ Lecomte, J-M. (2019). Les rapports avec l'assurance maladie. In Delprat, L, *Centres de santé. Guide pour les élus, les professionnels de santé et les porteurs de projet.* (p.73). Parresia.

¹³⁶ Accord national destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses d'Assurance Maladie.

¹³⁷ Article 8.1.3 de l'accord national destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses d'Assurance Maladie.

¹³⁸ Les dispositions applicables au travail et aux relations individuelles et collectives de tout salarié du secteur privé dépendent de fait du code du travail. Une convention collective d'entreprise peut leur accorder des droits supplémentaires.

financières. Il s'agit, pour le centre, de la non possibilité de percevoir la totalité de la rémunération liée à l'indicateur « accès aux soins »¹³⁹, qui désigne les conditions précitées de l'accès temporel du centre. Il est opportun de préciser que le centre de santé doit justifier le respect de trois indicateurs pour déclencher ladite rémunération¹⁴⁰. (V. partie 2).

A contrario, le centre de santé dentaire qui choisit d'accentuer son amplitude horaire au-delà de l'obligation conventionnelle ne perçoit pas de rémunération supplémentaire, probablement parce que les rémunérations octroyées ne doivent pas se faire au détriment de la qualité de l'accueil du public. En effet, si sur l'amplitude d'ouverture la présence de l'ensemble des professionnels n'est pas requise¹⁴¹, un centre dentaire ouvert mais sans chirurgien-dentiste n'est d'aucune utilité.

Les centres de santé dentaires répondent donc à une accessibilité dans le temps selon des notions d'horaires et de périodes d'ouverture élargies. La question qui se pose est de connaître les dispositions prévues lorsque le centre est fermé au cours de la période de recours aux soins incluse dans le dispositif de permanence des soins ambulatoires.¹⁴²

B. La participation des centres de santé dentaires à la Permanence des soins

« La permanence des soins peut être définie comme un dispositif de prise en charge des demandes de soins non programmées, en dehors des horaires d'ouverture des cabinets, la nuit, le week-end, les jours fériés ...¹⁴³».

Il s'agit d'une obligation légale. « Tout médecin¹⁴⁴ a vocation à y concourir ¹⁴⁵».

¹³⁹ Accord national destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses d'Assurance Maladie.

¹⁴⁰ (2020). Centre de santé dentaire-Rémunération forfaitaire spécifique-Accord national. Guide méthodologique de la CNAM. (V. Annexe 2)

Disponible à l'adresse : <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/722982/document/remuneration-forfaitaire-specifique-centre-sante-dentaire-assurance-maladie.pdf>. V. l'annexe 2.

¹⁴¹ Article 8.1.3 de l'accord national destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses d'Assurance Maladie.

¹⁴² Article 8.1 de l'accord national destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses d'Assurance Maladie.

¹⁴³ Callu, M-F., Girer M., & Rousset, G. (2017). *Dictionnaire de droit de la santé. Secteurs sanitaire, médico-social et social*. LexisNexis.

¹⁴⁴ Ici, il s'agit du terme générique de médecin. Pour rappel, les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sage-femmes sont à ce jour les seules professions médicales.

¹⁴⁵ Article L. 6314-1 du code de la santé publique.

Chirurgien-dentiste libéral¹⁴⁶, de centre de santé¹⁴⁷, déconventionné¹⁴⁸, du service des armées¹⁴⁹, tous doivent participer à cette mission de service public. Ce sont les Agences Régionales de Santé (ARS) et le préfet de département qui sont chargés de son organisation, en partenariat avec les centres de santé et les Ordres départementaux. Les missions de l'Ordre départemental sont aujourd'hui¹⁵⁰ restreintes dans ce domaine et consistent en l'élaboration du tableau nominatif de garde sur la base du volontariat. Pour autant, si le volontariat, qui est la règle, n'est pas suffisant à établir ledit tableau, le préfet de département procède à la réquisition de chirurgiens-dentistes sélectionnés par le résultat d'un tirage au sort opéré par l'Ordre départemental¹⁵¹.

Il s'agit d'une obligation déontologique. Le chirurgien-dentiste, au risque de sanction disciplinaire, doit se soumettre à la permanence des soins, sauf exceptions dues à l'âge, de l'état de santé et, éventuellement, de la spécialisation du praticien.¹⁵²

Selon les chiffres de l'Observatoire des centres de santé¹⁵³, 63 % des centres dentaires participent à la permanence des soins contre 26 % des centres polyvalents et tous n'ont pas le même niveau d'implication^{154,155}. Ainsi, des problèmes logistiques dus au fonctionnement du service, de la présence souhaitée du personnel administratif et des assistant(e)s dentaire(s) sont invoqués à l'Ordre pour déroger à cette obligation légale et déontologique.

Afin de sécuriser les praticiens réquisitionnés et leur permettre de se conformer aux réglementations juridiques, des alternatives peuvent être trouvées et proposées par l'Ordre du département :¹⁵⁶ 12 % des permanences sont ainsi réalisées en dehors de la structure¹⁵⁷.

¹⁴⁶ Article L. 6314-1 du code de la santé publique.

¹⁴⁷ Article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale relatif à l'accord national destiné à organiser les rapports des centres de santé et de l'Assurance maladie.

¹⁴⁸ Article L. 162-5-10 du code de la sécurité sociale.

¹⁴⁹ Article L. 1435-5 du code de la santé publique.

¹⁵⁰ « Les Ordres étaient chargés d'organiser les services de garde. Celui des médecins, en particulier, ayant failli à cette mission, l'organisation de la permanence en médecine libérale a été confiée à l'ARS avec le concours du préfet de département. » Source : Apollis, B., Truchet D. (2020). *Droit de la santé publique*. (4^e édition). Dalloz. p. 129.

¹⁵¹ Article L. 6314-1 du code de la santé publique.

¹⁵² Article R. 4127-245 du code de la santé publique.

¹⁵³ (2018). Observatoire national des Centres de santé. Les chiffres 2018. FNCS. Disponible à l'adresse : https://www.fncs.org/sites/default/files/Bilan_de_lobservatoire_des_CDS_2018_public_site_FNCS.pdf

¹⁵⁴ Villebrun, F., Lopez, R. (2010) La prise en charge de la précarité/L'étude Épidaire. In Limousin, M. *Les centres de santé en mouvement*. (p. 131-183). Le temps des cerises.

¹⁵⁵ (2018). Observatoire national des Centres de santé. Les chiffres 2018. FNCS. Disponible à l'adresse : https://www.fncs.org/sites/default/files/Bilan_de_lobservatoire_des_CDS_2018_public_site_FNCS.pdf.

¹⁵⁶ CE, 4^{ème}-1^{ère} chambres réunies, 29/05/20 n°422956.

¹⁵⁷ (2018). Observatoire national des Centres de santé. Les chiffres 2018. FNCS. Disponible à l'adresse : https://www.fncs.org/sites/default/files/Bilan_de_lobservatoire_des_CDS_2018_public_site_FNCS.pdf

Par ailleurs, le décret du 30 décembre 2015¹⁵⁸ vient rompre avec une jurisprudence de 2011, sous conditions de sollicitations préalables et de la remise de documents attestant l'exécution de la mission, par le gestionnaire auprès des financeurs. La décision de justice, précitée, précisait que bien qu'il s'agît d'une mission de service public, le praticien de garde n'était pas un collaborateur occasionnel du service public¹⁵⁹ et que seul le juge judiciaire était compétent pour connaître des actions en responsabilité¹⁶⁰.

La réforme précitée devrait faciliter la participation des centres de santé à la permanence des soins bucco-dentaires en leur permettant de percevoir plus facilement les rémunérations qui y sont associées.

Précisons que la notion de permanence des soins ne doit être confondue ni avec la continuité des soins¹⁶¹ (ou parcours de soins sans rupture)¹⁶² ni avec l'accueil de soins non programmés en horaire d'ouverture standard (ou urgences dentaires) dont est tenu de respecter tout centre de santé dentaire.¹⁶³

La question qui se pose, alors, est de présenter l'accessibilité aux soins sur le versant de la spatialité (§2).

¹⁵⁸ Décret n° 2015-1869 du 30 décembre 2015 relatif à l'affiliation au régime général de sécurité sociale des personnes participant de façon occasionnelle à des missions de service public, Journal officiel n°0303 du 31 décembre 2015.

¹⁵⁹ CAA Paris, 10 nov 2011, n°11PA01228.

¹⁶⁰ Civ. 1^{ère}, 4 février 2015, n°14-10-337.

¹⁶¹ Article L. 6315-1 du code de la santé publique ; Article R. 4127-232 du code de la santé publique.

¹⁶² Callu, M-F., Girer M., & Rousset, G. (2017). *Dictionnaire de droit de la santé. Secteurs sanitaire, médico-social et social*. LexisNexis.

¹⁶³ Article 8.1.3 de l'accord national destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses d'Assurance Maladie.

§2. Accès aux soins et accessibilité géographique

Il convient de s'intéresser à l'attractivité spatiale des centres de santé dentaires nouvellement créés en décrivant l'implantation géographique de ces structures de proximité sur le territoire national (A) et en précisant les modalités d'accessibilité qui y sont proposées (B).

A. L'implantation des centres de santé dentaires sur le territoire national

Les centres de santé disposent, à ce jour, d'une relative liberté d'installation,¹⁶⁴ à l'instar des chirurgiens-dentistes libéraux.¹⁶⁵

Les gestionnaires de centres de santé dentaires en devenir peuvent s'appuyer sur la publication, via le site internet des ARS, de la cartographie des zones sous denses des chirurgiens-dentistes. Cependant, ces zones, définies juridiquement comme présentant une offre de soins insuffisante ou des difficultés d'accès aux soins¹⁶⁶, ne reflètent pas toujours la réalité en raison d'un manque d'actualisations des données. Fort d'un constat d'obsolescence, l'ARS Bretagne s'est ainsi détournée de la cartographie des zones sous denses définies en 2014 (et ainsi toujours opposable) pour présenter le 1^{er} janvier 2022 une carte des territoires nommée « *zone d'accompagnement régional* », en précisant que les mesures d'aide à l'installation permises par la mise en place de ce dispositif se poursuivront tant que la révision nationale du zonage des chirurgiens-dentistes ne sera pas effective¹⁶⁷.

En France, l'incitation prévalant à l'obligation, des aides à l'installation en zones sous dotées sont ainsi sollicitées par 11 % des centres de santé dentaires en 2021.¹⁶⁸ A l'instar des dispositifs proposés aux chirurgiens-dentistes libéraux, ces contrats individuels tripartites sont conclus entre le centre éligible, l'ARS et l'Assurance maladie.¹⁶⁹

¹⁶⁴ V. Partie 2.

¹⁶⁵ Article R. 4127-278 du code de la santé publique relatif à la liberté d'installation des chirurgiens-dentistes.

¹⁶⁶ Article L. 1434-4 du code de la santé publique

¹⁶⁷ (2022). Bretagne : l'ARS élargit le zonage des chirurgiens-dentistes devenu « obsolète ». *L'Information dentaire*. Disponible à l'adresse : <https://www.information-dentaire.fr/actualites/bretagne-l-ars-elargit-le-zonage-des-chirurgiens-dentistes-devenu-obsolete/>

¹⁶⁸ (2021) Ouverture et conventionnement des centres de santé dentaire : l'Assurance maladie appelle à la fermeté. *L'Information dentaire*. Publié le 05 juillet 2021. Disponible à l'adresse : <https://www.information-dentaire.fr/actualites/ouverture-et-conventionnement-des-centres-de-sante-dentaire-l-assurance-maladie-appelle-a-la-fermete/>

¹⁶⁹ Article L.162-32-1 du code de la sécurité sociale et Article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

Cependant, l'installation historique des centres de santé dentaires (et polyvalents) en zones urbaines et péri-urbaines¹⁷⁰ se vérifie toujours aujourd'hui et se calque sur l'implantation des libéraux. Quand la majorité des centres de santé dentaires s'installe là où l'attractivité de la population est forte et parvient, fort de leur succès, à gagner les agglomérations moyennes et petites, l'offre rurale en centres de santé dentaires est anecdotique et ne représente que 2% de la totalité des structures¹⁷¹.

En conclusion, comme le rapporte l'Observatoire National des Professions de Santé, l'implantation des chirurgiens-dentistes, libéraux et salariés, contrevient à la garantie d'une offre de soins homogène sur le territoire¹⁷².

B. Les modalités de l'accessibilité spatiale des centres de santé dentaires

Dans notre pays, il n'existe ni un accès aux soins dentaires conditionné par l'adressage du médecin traitant ni de chirurgien-dentiste 'traitant' : le patient dispose du libre choix du chirurgien-dentiste.¹⁷³

Son arbitrage tient compte des critères précités et d'autres plus personnels et moins étudiés dans la littérature ¹⁷⁴ : les avis de proches et sites internet ...ainsi que des critères de mobilité. Il convient de souligner que « *les CDS uniquement dentaires couvrent en général des zones d'attraction plus étendues que les CDS de médecine générale seule*¹⁷⁵ », du moment qu'elles sont accessibles, « *avec si possible un parking gratuit et une pizzeria à proximité* ^{176,177} ».

¹⁷⁰ V. introduction

¹⁷¹ (2018). Observatoire national des Centres de santé. Les chiffres 2018. FNCS. Disponible à l'adresse : https://www.fncs.org/sites/default/files/Bilan_de_lobservatoire_des_CDS_2018_public_site_FNCS.pdf.

¹⁷² (2021). Rapport de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé destiné au ministère des solidarités et de la santé, novembre 2021, *Démographie des chirurgiens-dentistes : état des lieux et perspectives*. p. 13. Disponible à l'adresse : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ondps_nov_2021_rapport_la_demographie_des_chirurgiens-dentistes_etat_des_lieux_et_perspectives_web.pdf

¹⁷³ Article R. 4127-210 du code de la santé publique.

¹⁷⁴ « Les récents résultats de la Drees montrent ainsi que les patients ne consultent pas toujours le professionnel de santé le plus proche. » Source : Lucas-Gabrielli, V., Pierre, A., Com-Ruelle, L. et al (2016). *Pratiques spatiales d'accès aux soins*. Rapport de l'IRDES n° 564. p. 6. Disponible à l'adresse : <https://www.irdes.fr/recherche/rapports/564-pratiques-spatiales-d-acces-aux-soins.pdf>

¹⁷⁵ Villebrun, F. & Lopez, R. (2010). La prise en charge de la précarité/L'étude Épidaure. In Limousin, M, *Les centres de santé en mouvement*. (p. 131-184). Le temps des cerises.

¹⁷⁶ Delprat, L. (2019). *Centres de santé. Guide pour les élus, les professionnels de santé et les porteurs de projet*. Parresia. p. 5.

¹⁷⁷ (2022). Cabinet dentaire au supermarché. *Union dentaire*. Disponible à l'adresse : <https://www.union-dentaire.com/actualite/enquete-cabinet-dentaire-au-supermarche-4997/>

En miroir de ces observations, les personnes à mobilité réduite (PMR)¹⁷⁸, en recherche de proximité, sont plus susceptibles de fréquenter des structures adaptées à leurs venues¹⁷⁹. C'est au détour des rues, à l'issue de recherches électroniques et selon le rapport de l'Observatoire des centres de santé, que l'on peut dire que les centres de santé nouvellement créés leur sont, en majorité, accessibles (87 %)¹⁸⁰ en répondant aux normes de l'article L. 111-7 du code de la construction et de l'habitation. Il serait intéressant de renouveler notre interrogation une fois la constitution effective d'un annuaire relatif à l'accessibilité des cabinets puisque « 75% des personnes en situation de handicap abandonnent tout ou une partie de leurs soins courants et que 53 % des personnes à mobilité réduite rencontrent des difficultés pour pouvoir accéder à un professionnel spécialiste¹⁸¹ ».

Les centres de santé dentaires nouvellement créés qui proposent en majorité la dispense totale d'avance de frais peuvent, ainsi, être une réponse aux inégalités sociales de santé, notamment sur le versant de l'accessibilité financière. Il est opportun de s'interroger sur la faible représentation objectivée de ces structures dentaires en Quartier prioritaire de la ville¹⁸² (QPV) à la différence des centres de santé polyvalents.¹⁸³

Cependant, la question qui se pose est de savoir si les conditions favorables de prise en charge proposées aux usagers des centres de santé dentaires font écho aux besoins des chirurgiens-dentistes travaillant dans ces services sanitaires de proximité (Chapitre 2).

¹⁷⁸ (Âge et/ou handicap).

¹⁷⁹ Lucas-Gabrielli, V., Pierre, A., Com-Ruelle, L. et al (2016). *Pratiques spatiales d'accès aux soins*. Rapport de l'IRDES n° 564, p. 6. Disponible à l'adresse : <https://www.irdes.fr/recherche/rapports/564-pratiques-spatiales-d-acces-aux-soins.pdf>

¹⁸⁰ (2018). Observatoire national des Centres de santé. Les chiffres 2018. FNCS. Disponible à l'adresse : https://www.fncs.org/sites/default/files/Bilan_de_lobservatoire_des_CDS_2018_public_site_FNCS.pdf.

¹⁸¹ (2022). Vers la mise en place d'un annuaire de l'accessibilité des cabinets. *L'Information dentaire*, 104(26), 10.

¹⁸² « Territoires d'intervention » définis par la loi n° 2014-173 du 21 février 2014 de programmation pour la ville et la cohésion urbaine, Journal officiel n° 0045.

¹⁸³ (2018). Observatoire national des Centres de santé. Les chiffres. FNCS. Disponible à l'adresse : https://www.fncs.org/sites/default/files/Bilan_de_lobservatoire_des_CDS_2018_public_site_FNCS.pdf.

CHAPITRE 2. Des structures sanitaires attractives pour les Professionnels

La législation précise que tout chirurgien-dentiste qui officie en CDS est salarié à défaut d'y être bénévole¹⁸⁴.

Pour répondre aux besoins de soins de la patientèle, les gestionnaires des centres de santé dentaires associatifs doivent procéder au recrutement, en sus de l'équipe administratif¹⁸⁵ et « support »¹⁸⁶, de chirurgiens-dentistes, à diplôme étranger (Section II) ou non, qui font le choix de se détourner de la pratique libérale (Section I).

Section I. Le salariat

Par dérogation à l'exercice libéral, un chirurgien-dentiste qui satisfait aux conditions générales de la profession peut exercer en salariat, sans contrevenir pour autant à la définition de la profession médicale proposée par le doyen Savatier¹⁸⁷ : « *Par opposition aux professions manuelles, elle est intellectuelle ; par opposition aux professions salariées, elle est indépendante et par opposition aux professions commerciales, elle est désintéressée* ».¹⁸⁸

Sous ce sens, des profils communs associés aux chirurgiens-dentistes exerçant en centre de santé dentaires peuvent être identifiés (§2), sans oublier de présenter les raisons éventuelles expliquant le choix de l'exercice salarié (§1).

¹⁸⁴ Article L. 6323-1-5 du code de la santé publique.

¹⁸⁵ Personnel d'accueil, de gestion.

¹⁸⁶ Assistantes dentaires, aides dentaires et parfois prothésistes dentaires.

¹⁸⁷ René Savatier (1892-1984) était Docteur en droit, professeur de droit civil à la Faculté de droit de l'Université de Poitiers de 1920 à 1963.

¹⁸⁸ Savatier, R., Auby, J-M., Savatier, J. et al (1956). Traité de droit médical. *Revue internationale de droit comparé*, volume 1. Éditions Techniques (574 p).

§1. Les motifs du choix du salariat

L'impressionnante dynamique des centres dentaires mobilise de facto¹⁸⁹ des professionnels disposés à travailler en équipe selon des conditions d'exercice (A) et de rémunérations (B) éloignées pour certains du mode d'exercice présenté et étudié pendant le cursus universitaire.

A. Une profession en mutation

Le rapport de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé paru en novembre 2021 nous apprend que si le salariat ne représente que 21 % des inscrits au tableau de l'Ordre de la profession (quand il est de 48 % chez les médecins), 12 % des professionnels travaillent en CDS¹⁹⁰. Ainsi, quand l'exercice hospitalier exclusif est anecdotique,¹⁹¹ les CDS sont les plus gros employeurs.

L'exercice libéral reste toujours plébiscité par les professionnels, en exercice ou en formation, et le cabinet de groupe devient la structure majoritaire (54 %).¹⁹²

Les praticiens recrutés veulent se concentrer exclusivement à la pratique de leur art sans préoccupations d'ordre administratifs, comptables, managériales, financières ou autres.¹⁹³ Quand le coût d'installation oscille entre 150 000 et 200 000 euros¹⁹⁴, que les bénéfices dégagés sont inférieurs à d'autres professions médicales¹⁹⁵, il peut s'entendre que la peur de

¹⁸⁹ (2021). Rapport de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé destiné au ministère des solidarités et de la santé, novembre 2021, *Démographie des chirurgiens-dentistes : état des lieux et perspectives*. p. 70. Disponible à l'adresse :

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ondps_nov_2021_rapport_la_demographie_des_chirurgiens-dentistes_etat_des_lieux_et_perspectives_web.pdf

¹⁹⁰ *Ibid.*

¹⁹¹ *Op. cit.* p. 67.

¹⁹² *Op. cit.* p. 70.

¹⁹³ Delprat L. (2019). *Centres de santé. Guide pour les élus, les professionnels de santé et les porteurs de projet*. Parresia. p. 5

¹⁹⁴ (2020). Quels coûts à l'installation ? *What's up doc ?* Disponible à l'adresse : <https://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/quels-couts-linstallation>

¹⁹⁵ Quand les bénéfices d'un cabinet dentaire représentent en moyenne 36,8 % du montant des recettes, ceux des médecins généralistes et médecins spécialistes représentent respectivement 58,9 % et 52 % du chiffre d'affaires de 2019. Source : (2019) Les bénéfices d'un cabinet dentaire représentent 36,8% du montant de ses recettes. *L'information dentaire*, (24). Publié le 14 juin 2019. Disponible à l'adresse : <https://www.information-dentaire.fr/actualites/les-benefices-d-un-cabinet-dentaire-representent-368-du-montant-de-ses-recettes/>

l'engagement financier, la crainte de l'échec et la difficulté du choix d'implantation peuvent faire préférer un exercice salarié par le professionnel¹⁹⁶.

Il convient de souligner que la pratique en cabinet dentaire individuel n'est plus la bienvenue à l'heure du partage des expériences cliniques,¹⁹⁷ de la coopération et des risques du syndrome d'épuisement professionnel qui menacent tout chirurgien-dentiste¹⁹⁸. C'est pourquoi, si la plupart des chirurgiens-dentistes inscrits au tableau de l'Ordre plébiscitent l'exercice libéral et exercent majoritairement en cabinet de groupe (V. supra), d'autres préfèrent exercer en centres de santé.

Bien que minoritaire, le salariat chez les odontologistes est en progression dans notre pays, sans pour autant annoncer un changement de paradigme.

B. Les contrats d'exercice des chirurgiens-dentistes en centres de santé dentaires

Le gestionnaire conclut avec le chirurgien-dentiste un contrat synallagmatique de droit privé. Le praticien recruté devient un préposé et se soumet aux réglementations de la structure en matière d'horaires, de fonctionnement de service, etc.

Cependant, le principe déontologique d'indépendance professionnelle¹⁹⁹ dans l'exercice de son art doit lui être assuré. Sous peine de sanction disciplinaire, le praticien ne peut y déroger puisque cela contreviendrait à la qualité et à l'utilité des soins.

Pour faciliter et sécuriser le recrutement, des contrats types sont mis à disposition sur le site internet du conseil de l'Ordre des chirurgiens-dentistes (ONCD). Il est par ailleurs demandé au chirurgien-dentiste salarié d'envoyer à l'Ordre départemental, pour information, la copie du contrat ainsi conclu après avoir vérifié, au préalable, que le document sous seing privé est conforme aux contrats types évoqués supra et, par conséquent, à la déontologie.²⁰⁰

¹⁹⁶ (2020). *S'installer en exercice libéral*. URPS Chirurgiens-dentistes Hauts-de-France. Disponible à l'adresse : https://urpscd-hdf.fr/wp-content/uploads/2021/03/Installation-liberale_MAJ-07-2020.pdf

¹⁹⁷ Kahn, J-V. (2010). Le syndicat des chirurgiens-dentistes. In Limousin, M, *Les centres de santé en mouvement*. (p. 58-61). Le temps des cerises.

¹⁹⁸ Delprat, L. (2019). *Centres de santé. Guide pour les élus, les professionnels de santé et les porteurs de projet*. Parresia. p. 6.

¹⁹⁹ Article L. 4127-209 du code de la santé publique.

²⁰⁰ Article L. 4127-247 du code de la santé publique.

Il est opportun de présenter les principales caractéristiques des contrats proposés aux employés, en sus des possibilités d'exercice à durée indéterminée et de conditions négociées, au préalable et en supplément de celles inscrites dans la convention collective d'entreprise.

En premier lieu, le temps de travail est assez modulable et le temps partiel est la règle : seuls 23 % des chirurgiens-dentistes²⁰¹ y exercent à temps plein. Si certains font le choix de concilier vie de famille et vie professionnelle en condensant le temps de travail sur 3,5/4 jours en moyenne²⁰², d'autres cumulent les activités. Ils peuvent ainsi choisir de travailler en CDS en complément d'un exercice libéral en cabinet individuel ou de groupe²⁰³, d'un exercice en collaboration libérale ou en sus d'une activité salariée de droit privé²⁰⁴ ou de droit public.²⁰⁵ Il est important de préciser que tout chirurgien-dentiste ne peut avoir que deux activités, une principale et une annexe. Cependant, la règle peut parfois être dérogée, après accords des conseils départemental et national, et lui permettre de cumuler trois activités,²⁰⁶ en veillant à ne pas contrevenir à la déontologie.

En second lieu, bien que le choix du mode de rémunération ne soit régi par aucune norme, point d'émolument fixe²⁰⁷ pour la majorité des chirurgiens-dentistes salariés en centres associatifs qui bénéficient d'une rétrocession mensuelle fondée sur le principe du paiement à l'acte de la médecine de ville. En outre, la rémunération du praticien est basée sur le chiffre d'affaires mensuel lié à son activité et calculée selon un pourcentage de ce chiffre d'affaires généré et dont les modalités de rétrocession sont spécifiées dans le contrat²⁰⁸. Il convient de souligner, que les praticiens sont ainsi rémunérés avec un mois d'écart, c'est-à-dire que l'émolument du mois de janvier (par exemple) correspond à l'activité du mois de décembre.

²⁰¹ (2018). Observatoire national des Centres de santé. Les chiffres 2018. FNCS. Disponible à l'adresse : https://www.fncs.org/sites/default/files/Bilan_de_lobservatoire_des_CDS_2018_public_site_FNCS.pdf.

²⁰² (2021). Rapport de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé destiné au ministère des solidarités et de la santé, novembre 2021, *Démographie des chirurgiens-dentistes : état des lieux et perspectives*. p. 70. Disponible à l'adresse :

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ondps_nov_2021_rapport_la_demographie_des_chirurgiens-dentistes_etat_des_lieux_et_perspectives_web.pdf

²⁰³ En pleine indépendance.

²⁰⁴ En remplacement ou en collaboration libérale ; en collaboration salariée en cabinet privé ou de groupe ou en centre de santé. Les modes d'exercice sont ainsi protéiformes.

²⁰⁵ Praticien contractuel en centre municipal de santé ou en centre hospitalo-universitaire de formation odontologique.

²⁰⁶ Lecomte, J-M. (2010). Le projet de santé, le règlement de fonctionnement et l'engagement de conformité. In Delprat, L. (2019). *Centres de santé. Guide pour les élus, les professionnels de santé et les porteurs de projet*. (p. 57-64). Parresia.

²⁰⁷ A la « vacation » c'est-à-dire que le praticien perçoit une rémunération qui fluctue en fonction du volume horaire effectué ; ou au « forfait » c'est-à-dire un salaire fixe mensuel comme la majorité des salariés de France.

²⁰⁸ Delprat, L (2019). Le contrat de travail des praticiens. In Delprat, L. *Centres de santé. Guide pour les élus, les professionnels de santé et les porteurs de projet*. (p. 65-71). Parresia.

Les raisons invoquées de ce choix de mode de rémunération, liée à l'activité, sont d'une part, l'équilibre financier de la structure²⁰⁹ et d'autre part, le recrutement facilité par la garantie de « salaires » attractifs et supérieurs à une rémunération fixe²¹⁰. Toutefois, précisons que l'article R. 4127-249 du code de la santé publique dispose que « *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* ».

Il s'agit pour les praticiens, dont les profils restent à identifier (§2), de sécuriser leur exercice et de bénéficier des avantages du salariat²¹¹ tout en conservant ceux du libéral²¹².

§2 Des caractéristiques communes

Avant d'identifier des profils communs (B), il n'est pas inutile de présenter les conditions d'exercice des chirurgiens-dentistes salariés de droit public (A), par souci de transparence, de compréhension et d'objectivité.

A. Un choix assumé ou un choix sous contraintes

Si la législation fixe le salariat comme mode d'exercice des professionnels des centres de santé²¹³, elle ne définit pas pour autant de cadre légal de droit privé (V. supra) et de droit public. Jusqu'à l'essor des centres associatifs dentaires, les professionnels de l'art dentaire qui souhaitaient se détourner de l'exercice libéral traditionnel rejoignaient, pour partie, les équipes des centres municipaux²¹⁴. Celles et ceux qui y travaillent de nos jours savent que leur engagement dans la médecine sociale et de proximité est parfois mis à rude épreuve par l'effectivité de leurs conditions de rémunération qui dépendent donc du droit public. Ce que

²⁰⁹ May, E. (2010). Le contrat des praticiens en centre de santé : Histoire, état des lieux et enjeux. In Limousin, M., *Les centres de santé en mouvement*. (p. 327-337). Le temps des cerises.

²¹⁰ V. infra §2, A.

²¹¹ Georges, P. & Waquet, C. (2013). *Les centres de santé : Situation économique et place dans l'offre de soins de demain*. Rapport IGAS. p. 57.

Disponible à l'adresse : https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-119P-Centres_de_sante.pdf

²¹² A l'instar d'une offre d'emploi : Vyv dentaire (2022). Vous recherchez le confort et la sécurité du salariat en gardant l'autonomie de l'exercice libéral ? Rejoignez-nous ! *l'information dentaire*, 104(24-25), 13.

²¹³ Article L. 6323-1-5 du code de la santé publique.

²¹⁴ Il n'est pas opportun de décrire les conditions d'exercice en centres mutualistes tant elles sont relativement similaires à celles observées en centres dentaires associatifs. Source : May, E. (2010). Le contrat des praticiens en centre de santé. In Limousin, M., *Les centres de santé en mouvement* (p. 327-337). Le temps des cerises.

soulignait le Dr Jean-Victor Kahn²¹⁵ en 2010 : « *pas d'évolution de carrière, des salaires qui restent différents des médecins, une évolution du point d'indice faible, des situations disparates (...)* »²¹⁶ demeure en 2022.

A cela s'ajoutent une précarité des contrats d'exercice de droit public²¹⁷, une transposition compliquée du Ségur aux personnels soignants et l'inexistence de statut de chirurgien-dentiste territorial calqué sur la grille indiciaire de la fonction publique hospitalière²¹⁸.

Les précisions juridiques quant aux conditions d'ouverture, de fonctionnement, de rémunérations forfaitaires abondent sans évoquer, pour autant, les conditions de rémunérations des professionnels du soin, en dépit de sollicitations répétées d'élus locaux²¹⁹ et de représentants de la profession²²⁰ qui se voient opposer, à juste titre, la particularité de la fonction publique territoriale. Ainsi, la rémunération des chirurgiens-dentistes, agents publics non titulaires, est librement fixée²²¹ ce qui n'empêche pas, les collectivités de la calculer « *par référence à celle perçue par des fonctionnaires territoriaux de niveau équivalent* »²²² ou « *par analogie avec la rémunération des praticiens de la fonction publique hospitalière* »,²²³ comme le suggère le ministère de l'intérieur en 1998²²⁴.

Choisir, pour un chirurgien-dentiste, d'exercer en centre de santé dentaire associatif c'est peut-être renoncer à des conditions d'exercice en centre municipal de santé éloignées de toute réalité économique et laissées à la libre appréciation de la collectivité territoriale.

²¹⁵ Vice-président du Syndicat national des chirurgiens-dentistes des centres de santé (SNCDSCS) en 2010.

²¹⁶ Kahn, J-V. (2010). La santé bucco-dentaire en centre de santé. In Limousin, M. *Les centres de santé en mouvement*. (p. 346-355). Le temps des cerises.

²¹⁷ Il convient de relever que, contrairement au secteur privé, les médecins et chirurgiens-dentistes recrutés en centres municipaux ne sont CDIables qu'à l'issue de 6 années d'exercice dans la même structure de soin en CDD.

²¹⁸ Villebrun, F. (2022). Les vœux de Frédéric Villebrun, Président de l'USMCS. *USMCS Janvier 2022*, Éditorial Newsletter. Disponible à l'adresse : <https://lescentresdesante.com/les-voeux-de-frederic-villebrun-president-de-lusmcs/>

²¹⁹ Lefort, J-C. (1998). Question à l'assemblée nationale n° 12590. Disponible à l'adresse : <http://questions.assemblee-nationale.fr/q11/11-12590QE.htm>

²²⁰ Citons Frédéric Villebrun, président de l'USMCS en 2022.

²²¹ Cela correspond aux modalités de recrutement des agents publics des collectivités territoriales dont avaient recours les élus locaux avant les lois de 1983 (Loi n°86-663 du 22 juillet 1983) et 1984 (Loi n°84-53 du 26 janvier 1984) relatifs à la fonction publique territoriale.

²²² Lefort, J-C. (1998). Question à l'assemblée nationale n° 12590. Disponible à l'adresse : <http://questions.assemblee-nationale.fr/q11/11-12590QE.htm>

²²³ *Ibid.*

²²⁴ *Ibid.*

B. L'identité des chirurgiens-dentistes salariés en centres de santé dentaires associatifs

A la différence des exercices hospitaliers, hospitalo-universitaires ou relatifs aux services des armées, l'accès au salariat en centre de santé est libre.

Nul besoin de procéder au recensement des chirurgiens-dentistes exerçant dans ces services de proximité pour comprendre qu'il n'existe pas de profil type. Pourtant, les données issues du rapport de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé de 2021 exposent des caractéristiques qu'il convient de souligner. Il est important de préciser que ledit rapport, réalisé à la demande de la ministre de la santé de 2017 et publié en novembre 2021, permet d'identifier les besoins relatifs à la profession à l'aune d'informations fournies par les « *représentants de l'ONCD, de la conférence des doyens des facultés d'odontologie, des étudiants, des syndicats dentaires, des ARS, des URPS²²⁵ ainsi que des travaux de projection démographique de la DREES* ». ²²⁶

D'une part, l'omnipratique²²⁷, qui reste la norme dans la profession (94 %), est d'autant plus marquée en CDS quand les trois spécialités reconnues, que sont l'orthopédie dento-faciale, la chirurgie orale et la médecine buccale, représentent respectivement 5,7 %, 0,5 % et 0,2 % des effectifs totaux des chirurgiens-dentistes salariés²²⁸. Cela s'explique notamment par le fait que les soins qui y sont dispensés sont remboursés à titre principal par l'Assurance maladie et ne sont pas soumis à dépassement d'honoraires.

D'autre part, au-delà de la possibilité offerte à certains praticiens en fin de carrière de continuer une activité en dehors du libéral, les centres de santé dentaires associatifs attirent, par

²²⁵ Les Unions régionales de professionnels de santé, créées par la loi HPST, représentent la composante libérale de chaque profession de santé au niveau régional. Leurs missions principales sont de contribuer à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé au niveau régional. Source : (2021). Qui est l'URPS des chirurgiens-dentistes d'Île-de-France ? URPS des chirurgiens-dentistes d'Île-de-France. Disponible à l'adresse : <https://urps-cd-idf.com/qui-est-lurps-des-chirurgiens-dentistes-dile-de-france/>

²²⁶ (2021). Rapport de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé destiné au ministère des solidarités et de la santé, novembre 2021, *Démographie des chirurgiens-dentistes : état des lieux et perspectives*. p. 6. Disponible à l'adresse : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ondps_nov_2021_rapport_la_demographie_des_chirurgiens-dentistes_etat_des_lieux_et_perspectives_web.pdf

²²⁷ L'équivalence de la médecine générale en dentisterie.

²²⁸ (2021). Rapport de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé destiné au ministère des solidarités et de la santé, novembre 2021, *Démographie des chirurgiens-dentistes : état des lieux et perspectives*. p. 6. Disponible à l'adresse : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ondps_nov_2021_rapport_la_demographie_des_chirurgiens-dentistes_etat_des_lieux_et_perspectives_web.pdf

leur offre exponentielle, des professionnels en début de carrière²²⁹. En effet, les raisons évoquées supra (V. §1) s'accompagnent, pour les jeunes diplômés, d'une préférence à exercer en centre urbain, à proximité de leur lieu de formation initiale. Il n'est pas inutile de rappeler que « *dans le passé, la voie libérale était quasiment la seule possible.*²³⁰»

Toutefois, il convient de souligner que les jeunes diplômés n'excluent pas d'exercer en libéral ou de se spécialiser après dix années de pratique professionnelle en centre de santé²³¹. Cela pourrait s'expliquer par le fait que dispenser des soins en CDS serait, selon 31 % des primo inscrits au tableau de l'Ordre, un continuum recommandé post universitaire ou que les conditions proposées seraient plus « confortables » que les autres possibilités « sans engagement » de début de carrière, que sont la collaboration libérale ou le remplacement libéral.

Par ailleurs, la représentativité des chirurgiennes-dentistes en centre de santé dentaire²³² se confirme avec la volonté pour tout praticien de concilier vie professionnelle et vie de famille sous l'effet des « 35 heures »²³³ et de la féminisation de la profession. En effet, si les femmes représentaient 29 % de la profession en 1990, leur représentativité est estimée à 48 % en 2021²³⁴.

Il convient d'évoquer, dans un souci d'exhaustivité et de compréhension relative à l'offre bucco-dentaire sur le territoire, la percée des professionnels à diplôme étranger dans les centres dentaires associatifs (Section II).

²²⁹ « 31 % des primo-inscrits s'installent en 2021 dans des centres de santé contre 12 % en 2013 ». Source : (2021). Rapport de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé destiné au ministère des solidarités et de la santé, novembre 2021, *Démographie des chirurgiens-dentistes : état des lieux et perspectives*. p. 68. Disponible à l'adresse :

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ondps_nov_2021_rapport_la_demographie_des_chirurgiens-dentistes_etat_des_lieux_et_perspectives_web.pdf

²³⁰ Selon le syndicat des chirurgiens-dentistes de France (CDF). Source : (2021). Rapport de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé destiné au ministère des solidarités et de la santé, novembre 2021, *Démographie des chirurgiens-dentistes : état des lieux et perspectives*. p. 70. Disponible à l'adresse :

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ondps_nov_2021_rapport_la_demographie_des_chirurgiens-dentistes_etat_des_lieux_et_perspectives_web.pdf

²³¹ (2021). Rapport de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé destiné au ministère des solidarités et de la santé, novembre 2021, *Démographie des chirurgiens-dentistes : état des lieux et perspectives*. p. 66. Disponible à l'adresse :

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ondps_nov_2021_rapport_la_demographie_des_chirurgiens-dentistes_etat_des_lieux_et_perspectives_web.pdf

²³² Cohen, F. (2010). Les centres de santé dentaires en France. In Limousin, M. *Les centres de santé en mouvement*. (p. 243-249). Le temps des cerises.

²³³ Loi n° 2000-37 du 19 janvier 2000 relative à la réduction négociée du temps de travail, Journal officiel, n° 16 du 20 janvier 2000.

²³⁴ « Ce mouvement devrait se poursuivre selon la DREES car les femmes sont majoritaires dans la jeune génération en représentant 59 % de la classe d'âge 25-29 ans. » Source : (2021). Rapport de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé destiné au ministère des solidarités et de la santé, novembre 2021, *Démographie des chirurgiens-dentistes : état des lieux et perspectives*. p. 64. Disponible à l'adresse :

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ondps_nov_2021_rapport_la_demographie_des_chirurgiens-dentistes_etat_des_lieux_et_perspectives_web.pdf

Section II. Les professionnels à diplôme étranger

Les données issues des inscriptions aux tableaux des Ordres départementaux de 2021 montrent que plus de la moitié des dentistes diplômés à l'étranger (58 %) exercent exclusivement en salariat, contre 28 % des diplômés nationaux.²³⁵ Par ailleurs, 40 % des odontologistes primo-inscrits au tableau de l'Ordre sont diplômés à l'étranger²³⁶, ce qui objective un afflux de professionnels plus soutenu que pour les autres professions médicales²³⁷.

Il convient de comprendre les enjeux relatifs à la participation des chirurgiens-dentistes diplômés à l'étranger à l'offre de soin bucco-dentaire française (§2) en précisant, au préalable, les législations autorisant leur pratique en centres de santé (§1).

§1. La législation encadrant la participation à l'offre de soins bucco-dentaire française des chirurgiens-dentistes diplômés à l'étranger

La question qui se pose est d'identifier les normes juridiques spécifiques aux diplômés étrangers (A) tout en distinguant des réglementations adaptées aux diplômés de l'Union Européenne²³⁸ ou de l'Espace Économique Européen²³⁹ (B).

A. Règles communes aux professionnels à diplôme étranger

Il n'est pas inutile de rappeler que l'obtention d'un diplôme hors de nos frontières ne déroge pas au respect formel des normes législatives et réglementaires en vigueur ; qu'elles soient relatives à l'ordre public et à la vie de la cité ou aux conditions d'exercice et de pratique professionnelle.²⁴⁰

²³⁵ *Op. cit.* p. 68

²³⁶ *Op. cit.* p. 28

²³⁷ « On ne retrouve pas une telle croissance pour les autres professions médicales pour lesquelles la part des diplômés à l'étranger parmi les nouveaux inscrits au 1^{er} janvier 2021 est plus modeste : 13 % des médecins, 8 % des sage-femmes, 6 % des pharmaciens. » Source : Rapport de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé destiné au ministère des solidarités et de la santé, novembre 2021, *Démographie des chirurgiens-dentistes : état des lieux et perspectives*, p. 29. Disponible à l'adresse : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ondps_nov_2021_rapport_la_demographie_des_chirurgiens-dentistes_etat_des_lieux_et_perspectives_web.pdf

²³⁸ Union Européenne ou UE.

²³⁹ Espace économique européen ou EEE. Les 27 États membres de l'UE sont dans l'EEE, qui comprend également l'Islande, la Norvège et le Liechtenstein.

²⁴⁰ Respect des conditions générales des professions médicales (Articles L. 4111-1 à L. 4112-du code de la santé publique) et relatives aux chirurgiens-dentistes (Articles L. 4113-1 à L. 4113-14 du code de la santé publique) :

Dans un souci de transparence et pour respecter le libre choix du chirurgien-dentiste par le patient,²⁴¹ l'article R. 4127-218 du code de la santé publique dispose que les praticiens qui ne sont pas titulaires du diplôme d'État français doivent ajouter sur leur plaque professionnelle les mentions d'origine de leur diplôme en sus des seules informations autorisées par ledit article. L'obligation, pour le praticien, de délivrer une information claire loyale et appropriée²⁴², en vue de rechercher le consentement libre et éclairé²⁴³ du malade,²⁴⁴ impose une maîtrise de la langue française²⁴⁵. Ainsi, qu'importe l'origine du praticien, les informations orales et écrites comme les prescriptions, devis prothétiques et autres documents²⁴⁶ sont délivrées en français²⁴⁷. Il en va de la qualité et de l'utilité des soins, du respect de la personne humaine et de la santé publique.

Sont qualifiés de PADHUE²⁴⁸, les ressortissants étrangers diplômés hors Union Européenne²⁴⁹. Leur exercice sur le territoire national est conditionné par l'article L. 4111-2 du code de la santé publique. Suite à l'avis favorable d'une commission, composée des représentants de l'Ordre leur permettant de passer un examen anonyme de vérifications des connaissances qu'ils doivent valider, ils ne peuvent exercer de façon définitive qu'après justification d'un parcours de consolidation de compétences d'une année dans des lieux de stage agréés et auprès d'un praticien agréé par le ministère de la santé ou par le directeur général du centre national de gestion.²⁵⁰ Précisons que si les inscriptions au dispositif de reconnaissance de diplômes précité sont limitées en termes d'effectifs²⁵¹ et de tentatives,²⁵² le nombre maximum de candidats susceptibles d'être reçus, fixé par arrêté du ministère chargé de la santé, n'est pas opposable aux réfugiés, apatrides et bénéficiaires de l'asile territorial.²⁵³

règles communes liées à l'exercice de la profession), de la déontologie et du code de déontologie des chirurgiens-dentistes (inséré aux Articles R. 4127-201 à R. 4127-284 du code de la santé publique).

²⁴¹ Article R. 4127-210 du code de la santé publique.

²⁴² Articles L. 1111-2 et R. 4127-236 du code de la santé publique.

²⁴³ Articles L. 1111-4 et R. 4127-236 du code de la santé publique.

²⁴⁴ Préalable à tout acte médical. Pour information, il est obligatoire de respecter, avant tout acte médical, le triptyque suivant : nécessité médicale ou thérapeutique, consentement du malade et raison proportionnée.

²⁴⁵ Ici langue du pays d'accueil.

²⁴⁶ Certificats, attestations parentales, attestations de présence, certificat de conformité du dispositif médical, « passeport implantaire », renseignements pré et post opératoire etc...

²⁴⁷ Article R. 4127-230 du code de la santé publique.

²⁴⁸ Praticien à diplôme hors union européenne (PADHUE)

²⁴⁹ Moquet-Anger, M-L. (2021). *Droit hospitalier*. (6^e édition). LGDJ. p. 292.

²⁵⁰ Article 4111-2 du code de la santé publique. N.B : le Centre national de gestion, placé sous la tutelle du ministère chargé de la santé, est notamment chargé depuis 2007 du recrutement des praticiens hospitaliers ainsi que de l'organisation des concours nationaux et médicaux.

²⁵¹ « Le nombre maximum de candidats susceptibles d'être reçus est fixé par arrêté du ministère chargé de la santé ». Source : Article L. 4111-2 du code de la santé publique.

²⁵² « Nul ne peut être candidat plus de trois fois à l'autorisation d'exercice ». Source : Article L. 4111-2 du code de la santé publique.

²⁵³ Article L. 4111-2 du code de la santé publique.

Quand 39 % des primo-inscrits au tableau de l'Ordre sont formés dans l'Union Européenne en 2021, ils ne sont que 1 % de PADHUE²⁵⁴. En outre, la présence négligeable des diplômés non européens sur le territoire national conduit de facto à un exercice en CDS quasi inexistant. En effet, pratiquer la chirurgie-dentaire en centre de santé dentaire associatif n'est possible, pour les PADHUE, qu'après avoir obtenu l'autorisation définitive d'exercice, qui fait suite à la validation du parcours de consolidation d'une année réalisé essentiellement en établissement de santé²⁵⁵ ; comme en témoignent les dérogations permises aux professionnels de santé ukrainiens relatives au conflit russo-ukrainien.²⁵⁶

B. Les professionnels à diplôme européen

Comme le souligne l'Ordre en 2015, « *La tendance à l'eupéanisation des praticiens inscrits au tableau de l'Ordre non seulement se confirme mais s'amplifie*²⁵⁷ ».

Les raisons sont plurielles mais il s'agit d'en présenter les plus pertinentes et celles qui peuvent expliquer qu'en 2021, les praticiens à diplôme européen représentent 12 % de la démographie des chirurgiens-dentistes²⁵⁸.

En premier lieu, les professionnels à diplôme européen bénéficient, depuis 2015, d'une reconnaissance automatique de leurs qualifications,²⁵⁹ suite à la promulgation de la directive 2005/36 du 7 septembre 2005. Ladite directive ou PQD²⁶⁰ est la consécration de la liberté de circulation des travailleurs de 1957 et l'héritage de la directive européenne de 1978 qui fixait un socle de base requis pour la formation initiale²⁶¹, par souci de sécurité sanitaire et de santé

²⁵⁴ (2021). Rapport de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé destiné au ministère des solidarités et de la santé, novembre 2021, *Démographie des chirurgiens-dentistes : état des lieux et perspectives*, p. 30. Disponible à l'adresse :

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ondps_nov_2021_rapport_la_demographie_des_chirurgiens-dentistes_etat_des_lieux_et_perspectives_web.pdf

²⁵⁵ Article L. 4111-2 du code de la santé publique.

²⁵⁶ (2022). Professionnels de santé réfugiés ukrainiens - dispositions temporaires facilitant leur exercice. *Les CDF*. Disponible à l'adresse : <https://lescdf.fr/actualites/professionnels-de-sante-refugies-ukrainiens-dispositions-temporaires-facilitant-leur>

²⁵⁷ (2021) Rapport de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé destiné au ministère des solidarités et de la santé, novembre 2021, *Démographie des chirurgiens-dentistes : état des lieux et perspectives*, p. 12. Disponible à l'adresse :

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ondps_nov_2021_rapport_la_demographie_des_chirurgiens-dentistes_etat_des_lieux_et_perspectives_web.pdf

²⁵⁸ *Op. cit.* p. 31.

²⁵⁹ Directive 2005/36 du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles.

²⁶⁰ Professional qualifications directive.

²⁶¹ Mazevet, M. (2016). *Évaluation de la pratique clinique dans le cursus des études en odontologie au sein de l'Union Européenne*. [Thèse en vue du diplôme d'état de docteur en chirurgie dentaire, Université Rennes 1]. p. 15.

publique. Elle permet aux praticiens à diplôme européen un exercice de plein droit sur la base d'une coordination minimale de leur formation initiale. La durée minimale de la formation est fixée à 5 ans²⁶² et la directive 2005/36 définit, par ailleurs, « *un total d'au moins 5000 heures à temps complet d'éducation théorique et pratique ainsi que la liste des domaines d'enseignement* »²⁶³. Toutefois, il est important de présenter les apports de la jurisprudence du droit européen, permettant de préciser le contenu de ladite directive. Quand un arrêt de la CJCE²⁶⁴ de 2000 dispose que la vérification de la maîtrise de la langue française préalable à l'inscription au tableau de l'Ordre des chirurgiens-dentistes²⁶⁵ ne contrevient pas à la directive en question,²⁶⁶ une décision de justice de l'Union européenne de 2021²⁶⁷ précise que « *la distinction doit être faite entre les professionnels bénéficiant de la reconnaissance automatique et les professions pour lesquels un accès partiel peut être autorisé* »²⁶⁸, en application de l'ordonnance n° 2017-50.²⁶⁹

En second lieu, malgré des inégalités de santé toujours présentes²⁷⁰, le système de santé français est considéré par les praticiens à diplôme européen comme très favorable à leur implantation en France, en raison du « *meilleur système de remboursement facilitant un accès aux soins pour tous* »²⁷¹, comme le rapportent les conclusions d'une étude immersive de 6 mois dans les instituts de formations odontologiques espagnols et finlandais.

Précisons que les chirurgiens-dentistes à diplôme européen présentent des comportements similaires aux diplômés nationaux concernant les lieux et modes d'exercice.

²⁶² La durée de la formation initiale en odontologie est de 6 ans (hors spécialisation) en France en raison de la première année d'étude commune aux autres professions médicales et du cursus odontologique strict de 5 ans.

²⁶³ Mazevet, M. (2016). *Évaluation de la pratique clinique dans le cursus des études en odontologie au sein de l'Union Européenne*. [Thèse en vue du diplôme d'état de docteur en chirurgie dentaire, Université Rennes 1]. p. 16.

²⁶⁴ La CJCE est la Cour de justice des communautés européennes. Elle a été remplacée le 30 novembre 2009 par la Cour de justice de l'Union européenne.

²⁶⁵ Article L. 4111-2 du code de la santé publique.

²⁶⁶ CJCE du 4 juillet 2000 n°C-424/97.

²⁶⁷ CJUE du 25 février 2021 aff. C- 940/19.

²⁶⁸ Lexis veille - La CJUE valide les règles françaises relatives à l'accès partiel à certaines professions de santé. [En ligne]. 2021. Disponible à l'adresse : <https://www.lexisveille.fr/la-cjue-valide-les-regles-francaises-relatives-laccès-partiel-certaines-professions-de-santé>

²⁶⁹ L'ordonnance n° 2017-50 du 19 janvier 2017 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles dans le domaine de la santé a créé les articles L. 4002-3 à 4002-6 de la santé publique.

²⁷⁰ V. Chapitre 1.

²⁷¹ Launay, A., Moreau, C. (2017). La formation initiale des chirurgiens-dentistes en Europe : comparaison à travers l'analyse des modèles espagnol, finlandais et français. [Thèse en vue du diplôme d'état de docteur en chirurgie dentaire, Université Rennes 1]. p. 27.

Ainsi, les primo-inscrits au tableau de l'Ordre s'installent en centre urbain²⁷² et exercent en majorité en centre de santé²⁷³. (V. supra : Section 1, §2, B)

A la lecture de ces données et quand certains gestionnaires de centre de santé procèdent, par une méthode chirurgicale implacable, à un recrutement ciblé et actif ²⁷⁴ de chirurgiens-dentistes diplômés de l'Union Européenne en prétextant un atout linguistique pour la patientèle multi ethnique des centres,²⁷⁵ il est question de s'interroger quant aux enjeux de leur participation à l'offre de soins. (§2)

§2. Les enjeux de la participation des professionnels étrangers à l'offre bucco-dentaire

Il convient de présenter les effets inattendus de la directive européenne 2005/36 quant à la formation des chirurgiens-dentistes diplômés en France (A) et au sein de l'Union Européenne (B).

A. La formation universitaire des chirurgiens-dentistes en France

Si le nombre d'inscrits au tableau de l'Ordre à diplôme étranger est certes loin d'être anecdotique, leur installation n'a pas fait augmenter pour autant les effectifs des chirurgiens-dentistes sur notre territoire. Il s'agit, ainsi, d'en comprendre les motifs.

D'une part, la démographie des chirurgiens-dentistes a été « très atone » depuis vingt ans et n'a donc pas suivi l'évolution de la démographie française. Lorsqu'on recense 43 134 chirurgiens-dentistes pour 67,8 millions d'habitants en 2021, leur nombre était de 40 426 pour 60,9 millions d'individus²⁷⁶ en 2001.

²⁷² Rapport de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé destiné au ministère des solidarités et de la santé, novembre 2021, *Démographie des chirurgiens-dentistes : état des lieux et perspectives*, p. 63. Disponible à l'adresse : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ondps_nov_2021_rapport_la_demographie_des_chirurgiens-dentistes_etat_des_lieux_et_perspectives_web.pdf

²⁷³ *Ibid.*

²⁷⁴ *Ibid.*

²⁷⁵ *Ibid.* et source illustrative : Offre d'emploi disponible à l'adresse : <http://www.cosem.fr/le-cosem-recrute-des-chirurgiens-dentistes-etrangers/>

²⁷⁶ Les chiffres sont issus de l'ONDPS (pour le recensement des chirurgiens-dentistes du rapport) et de l'INSEE (pour le recensement de la population française). Sources respectives : (2021). Rapport de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé destiné au ministère des solidarités et de la santé, novembre 2021, *Démographie des chirurgiens-dentistes : état des lieux et perspectives*, p. 12. Disponible à l'adresse : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ondps_nov_2021_rapport_la_demographie_des_chirurgiens-dentistes_etat_des_lieux_et_perspectives_web.pdf & <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6037741?sommaire=6036447>

D'autre part, la faible croissance des effectifs reflète, pour partie, la stratégie associée au « numerus clausus »²⁷⁷ (NC) de la filière odontologique instaurée en 1971 : la régulation médicale. A l'instar des autres disciplines médicales, l'objectif était de fixer, en accord avec les représentants de la profession et du ministère de l'Éducation nationale, un nombre limité d'étudiants de la filière odontologique après la validation « très sélective » de la Première année commune aux études de santé (PACES). Décidée dès 1990 pour une fixation des effectifs en discordance avec les prévisions démographiques de la DREES, la hausse du NC en dentisterie, décidée en 2003, est la moins marquée des filières médicales. L'odontologie est la seule filière dont le numerus clausus reste en deçà (- 9%) de son niveau de 1980 et à fortiori de son niveau initial.²⁷⁸

Outre le flux dynamique des diplômés étrangers, qui non seulement contredit la chute des effectifs des chirurgiens-dentistes prévue par la DREES en 2007 mais en permet le maintien²⁷⁹, et la hausse du NC, l'allongement de l'âge de départ à la retraite des praticiens participe également à la stabilisation de la démographie des odontologistes en activité. Cela peut s'expliquer par la réforme des retraites de 2010²⁸⁰ qui a repoussé l'âge légal de départ à la retraite de deux ans, par le choix de certains professionnels de continuer à prodiguer des soins à leurs patients ou par défaut de reprise de patientèle. Toutefois, il est observé que le nombre de chirurgiens-dentistes en activité au-delà de 70 ans est en baisse.²⁸¹

Devant l'urgence, la réforme permise par la loi santé de 2019²⁸² a modifié les contours des études « médicales » en supprimant notamment le NC. Il est remplacé à la rentrée

²⁷⁷ Numerus clausus ou nombre fermé.

²⁷⁸ (2021). Rapport de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé destiné au ministère des solidarités et de la santé, novembre 2021, *Démographie des chirurgiens-dentistes : état des lieux et perspectives*.

²⁷⁹ « Sans ce flux (celui de diplômés étrangers), la démographie des chirurgiens-dentistes serait en déclin. »

Source : (2021). Rapport de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé destiné au ministère des solidarités et de la santé, novembre 2021, *Démographie des chirurgiens-dentistes : état des lieux et perspectives*. p. 27. Disponible à l'adresse : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ondps_nov_2021_rapport_la_demographie_des_chirurgiens-dentistes_etat_des_lieux_et_perspectives_web.pdf

²⁸⁰ Loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites, Journal officiel, n° 0261 du 10 novembre 2010.

²⁸¹ (2021). Rapport de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé destiné au ministère des solidarités et de la santé, novembre 2021, *Démographie des chirurgiens-dentistes : état des lieux et perspectives*. p. 27. Disponible à l'adresse : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ondps_nov_2021_rapport_la_demographie_des_chirurgiens-dentistes_etat_des_lieux_et_perspectives_web.pdf

²⁸² Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'Organisation et à la transformation du système de santé, Journal officiel, n° 0172 du 26 juillet 2019.

universitaire 2021²⁸³ par un « *numerus apertus*²⁸⁴ » qui conditionne le passage en deuxième année de la filière « choisie » selon la « *détermination annuelle par les universités*²⁸⁵ de leur capacité d'accueil en deuxième et troisième années, en fonction d'objectifs pluriannuels qu'elles arrêtent sur avis conforme des ARS »²⁸⁶. De plus, suite à un arrêté du 13 septembre 2021²⁸⁷, le gouvernement annonce le 2 décembre 2021, par la voix du Premier ministre Jean Castex, la création de huit nouveaux sites universitaires de formation en odontologie dès la rentrée 2022. Les villes retenues pour ces sites de formation et de recherche ou d'antennes (aux sites préexistants) sont Amiens, Caen/Rouen, Dijon/Besançon, Grenoble, Poitiers et Tours.²⁸⁸ Toutefois, si la profession est favorable à la création de ces sites de formation qui permet, l'augmentation de la capacité d'accueil des étudiants et favoriserait une répartition plus homogène des futurs diplômés sur le territoire, le défi demeure. Il s'agit de concilier le relèvement du nombre de places avec celui des sites de formation disponibles et des encadrants disposés à former les professionnels en devenir. La question est de savoir, pour les syndicats dentaires²⁸⁹, les représentants des étudiants de la filière odontologique²⁹⁰, la Conférence des doyens en odontologie et l'Association Dentaire de France²⁹¹, comment recruter des enseignants et des encadrants qualifiés dans ces nouveaux lieux de formation, quand les sites universitaires et hospitaliers actuels sont en pénurie de moyens humains et matériels²⁹². La profession redoute, par cette mesure louable mais prise sans réelle concertation avec les principaux intervenants, « *une dégradation inacceptable de la qualité de l'encadrement* »²⁹³.

²⁸³ Arrêté du 5 mai 2021 fixant le nombre d'étudiants de première année commune aux études de santé autorisés à poursuivre leurs études en médecine, odontologie, pharmacie et maïeutique à la rentrée universitaire 2021-2022, Journal officiel, n° 0107 du 7 mai 2021.

²⁸⁴ Antagoniste du *numerus clausus*. Cela signifie nombre ouvert.

²⁸⁵ Il existe 15 Universités de formation et de recherche en odontologie (UFR) à la rentrée 2021.

²⁸⁶ Apollis, B., Truchet D. (2020). *Droit de la santé publique*. (4^e édition). Dalloz. p.137.

²⁸⁷ Arrêté du 13 septembre 2021 définissant les objectifs nationaux pluriannuels de santé à former pour la période 2021-2025, Journal officiel, n° 0217 du 17 septembre 2021.

²⁸⁸ Castex, J. (2021). Discours de M. Jean Castex, Premier ministre. Hôtel de Matignon, Service de communication. Prononcé le 2 décembre 2021. Disponible à l'adresse : https://www.gouvernement.fr/upload/media/default/0001/01/2021_12_discours_de_m._jean_castex_premier_ministre_-_angouleme_-_02.12.2021.pdf

²⁸⁹ La Fédération des syndicats dentaires libéraux (FSDL), Les Chirurgiens-dentistes de France (Les CDF), L'Union dentaire (UD), Le Syndicat des femmes chirurgiens-dentistes (SFCD).

²⁹⁰ Union nationale des étudiants en chirurgie dentaire (UNECD).

²⁹¹ L'Association dentaire de France (ADF) dont le but est d'accompagner, de défendre et de former les professionnels de l'art dentaire est principalement connue pour le congrès international de l'ADF qui se déroule annuellement au mois de novembre.

²⁹² (2021). Création de huit nouveaux sites universitaires en odontologie : le « oui mais » de la profession. *L'information dentaire*, (44), publié le 14 décembre 2021. Disponible à l'adresse : <https://www.information-dentaire.fr/actualites/creation-de-huit-sites-universitaires-en-odontologie%E2%80%89-le-%E2%80%AF-oui-mais%E2%80%AF-de-la-profession/>

²⁹³ *Ibid.*

B. La formation universitaire des chirurgiens-dentistes à diplôme européen

La reconnaissance automatique des qualifications professionnelles au sein de l'espace économique de l'Union Européenne²⁹⁴ et le manque de capacité de formation initiale en France (V. supra) ont contribué à l'accueil de chirurgiens-dentistes étrangers en sur effectifs dans leur pays de départ. A l'instar de la France, d'autres pays européens ont mal appréhendé la démographie des chirurgiens-dentistes vis-à-vis des besoins de la population. C'est le cas de l'Espagne qui, en formant massivement, conduit à ce que 20 % des diplômés espagnols sont au chômage et que 10 % exercent un autre métier en complément.²⁹⁵

Par ailleurs, les gouvernements successifs, qui n'ont pas su répondre à la nécessité de formation odontologique et à la demande de formation de certains bacheliers, ont contribué à une « externalisation importante de la formation des chirurgiens-dentistes »²⁹⁶. Faute de possibilités en France, nombreux ont obtenu leurs diplômes en Espagne (42 %), en Roumanie (27 %), au Portugal (20 %) ou en Belgique (7 %).²⁹⁷ Ainsi, les quatre pays précités concentrent l'origine des diplômes acquis à l'étranger et il est opportun de souligner que les étudiants de nationalité française sont plus nombreux que ceux de nationalité étrangère, sauf en Roumanie.²⁹⁸ Ce constat n'est pas anodin. En 2021, plus de la moitié des primo-inscrits à diplôme étranger sont de nationalité française quand ils ne représentaient que 10 % en 2010. Il n'est pas inutile de préciser que cette situation facilite la vérification de la maîtrise orale et écrite de la langue française, préalablement à la demande d'inscription au tableau de l'Ordre de ces odontologistes à diplôme étranger, et donc leur participation à l'offre de soins du pays.

On est en droit de s'interroger sur les motivations de futurs praticiens de nationalité française. Il est permis de supposer, en sus des échecs de la PACES « relatifs », pour partie, au *numerus clausus* et du spectre de la difficulté des études médicales en France, des raisons personnelles quant au choix du site de formation, comme l'apprentissage d'une langue étrangère ou des méthodes d'admissibilité, basées sur une vérification de compétences et sur les capacités

²⁹⁴ Permise par la norme européenne : Directive 2005/36 du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles. (V. supra).

²⁹⁵ Launay, A., Moreau, C. (2017). *La formation initiale des chirurgiens-dentistes en Europe : comparaison à travers l'analyse des modèles espagnol, finlandais et français*. [Thèse en vue du diplôme d'état de docteur en chirurgie dentaire, Université Rennes 1]. p. 18.

²⁹⁶ (2021). Rapport de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé destiné au ministère des solidarités et de la santé, novembre 2021, *Démographie des chirurgiens-dentistes : état des lieux et perspectives*. p. 31. Disponible à l'adresse : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ondps_nov_2021_rapport_la_demographie_des_chirurgiens-dentistes_etat_des_lieux_et_perspectives_web.pdf

²⁹⁷ *Op. cit.* p. 29.

²⁹⁸ *Ibid.*

financières de l'étudiant, éloignées de celles pratiquées en France. Ainsi, quand les étudiants français suivent une formation universitaire publique et régulée à son entrée par la réussite du concours de la PACES, les ressortissants français souhaitant étudier en Espagne peuvent intégrer, s'ils le souhaitent, des formations privées, après validations de tests d'admission variables selon les écoles, et à la condition de s'exonérer de 67 000 € de frais d'inscription²⁹⁹ couvrant l'intégralité du cursus.

Par ailleurs, en dépit des dispositions du PQD (voir supra), du code de déontologie européen et de l'adage « *fabricando fit faber*³⁰⁰ », « *un dixième des diplômés au sein de l'Union Européenne n'a pratiqué aucun acte clinique sur un patient durant son cursus de formation initiale*³⁰¹ », comme le souligne une évaluation comparative de la pratique clinique de différents sites de formation odontologique de l'Union Européenne en 2016.

Dans ce contexte et en comprenant que l'obligation de formation continue³⁰² ne déroge pas à une formation initiale de qualité, l'ONCD et la Fédération des autorités compétentes et régulateurs dentaires européens³⁰³ (FEDCAR) ont présenté en mai 2022 plusieurs outils permettant une refonte nécessaire de la directive 2005/36 : les instaurations de volet clinique dans le socle commun et d'un « contrôle qualité » des centres d'enseignement et facultés dentaires en Europe, à l'instar des gynécologues (et vétérinaires.)³⁰⁴

Il conviendra de savoir si l'actualisation de la directive 2005/36 tiendra compte des recommandations exposées supra d'autant que, « *de toutes les professions, ce sont celles de la*

²⁹⁹ Les frais d'inscription peuvent varier selon les écoles. Par ailleurs, il convient de souligner que d'autres frais propres à l'utilisation du matériel clinique, pratique ou du réassort existent selon des modalités variables en France comme à l'étranger.

³⁰⁰ « C'est en forgeant qu'on devient forgeron »

³⁰¹ Mazevet, M. (2016). *Évaluation de la pratique clinique dans le cursus des études en odontologie au sein de l'Union Européenne*. [Thèse en vue du diplôme d'état de docteur en chirurgie dentaire, Université Rennes 1]. p. 31

³⁰² L'obligation déontologique d'entretien et de perfectionnement des connaissances (Article R. 4127-214 du code de la santé publique) a été consacrée en 2016 par l'obligation légale de formation continue triennale ou Développement professionnel continue (DPC) ayant pour objectif le maintien, l'actualisation des connaissances et des compétences ainsi que l'amélioration des pratiques professionnelles. (Article L. 4021-1 du code de la santé publique).

³⁰³ La FEDCAR, créée en 2004, rassemble les ordres européens et les organismes responsables de l'inscription, de la régulation et du contrôle des praticiens. Ses objectifs à portée européenne sont de promouvoir la sécurité des patients, faire valoir un haut niveau de soins dentaires et contribuer à la facilitation de la mobilité des praticiens de la médecine bucco-dentaire. Source : <https://fedcar.eu/fr/>.

³⁰⁴ (2022). Qualité de l'enseignement : en progrès mais peut mieux faire... *ONCD La Lettre*, 199, 14-15.

*santé qui sont le plus mobiles dans l'UE*³⁰⁵ » et que la tendance à l'eupéanisation de la formation des chirurgiens-dentistes est une possibilité mais non une obligation puisque « *la France n'est pas à l'abri d'un tarissement voire d'un arrêt brutal de ces flux à la faveur d'un changement politique, ou d'une crise (économique, sanitaire ...).* »³⁰⁶

Il s'agit d'un enjeu de sécurité sanitaire et de santé publique.

Dans un contexte marqué par les inégalités sociales de santé et la forte prévalence des pathologies bucco-dentaires qui impactent directement, indirectement l'état de santé général de nos concitoyens, un meilleur encadrement des centres dentaires s'avère -t- il judicieux quand ces structures, présentées comme une des réponses à la territorialisation de l'offre de soin, répondent à une demande sociétale, « du soignant et du soigné » ?

La question est de savoir si les normes juridiques actuelles relatives à l'encadrement des centres de santé dentaires sont suffisantes pour garantir la maîtrise des dépenses de santé, la qualité, la sécurité et la pertinence des soins (Partie 2).

³⁰⁵ Launay, A., Moreau, C. (2017). *La formation initiale des chirurgiens-dentistes en Europe : comparaison à travers l'analyse des modèles espagnol, finlandais et français*. [Thèse en vue du diplôme d'état de docteur en chirurgie dentaire, Université Rennes 1]. p. 12.

³⁰⁶ (2021). Rapport de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé destiné au ministère des solidarités et de la santé, novembre 2021, *Démographie des chirurgiens-dentistes : état des lieux et perspectives*. p. 32.

Partie 2. LA LEGISLATION DES CENTRES DE SANTE DENTAIRES EN QUESTION

Selon la définition du Larousse, la déviance correspond à « *un caractère qui s'écarte de la norme* ».

Il est utile de supposer que les « *centres de santé déviants* », expression créée en 2021³⁰⁷ par le ministre de la santé Olivier Véran³⁰⁸ et reprise par les différentes autorités en charge de la Santé, sont des structures qui ne répondent ni aux missions juridiques des centres de santé, ni aux objectifs contractuels et conventionnels d'avec les tutelles et les principaux financeurs.

La question qui se pose est de présenter les dispositions juridiques en vigueur aux mains de services spécifiques de la branche maladie de la Sécurité Sociale et des Agences régionales de santé (chapitre 1) puis de s'interroger sur les limites supposées de la législation (chapitre 2).

CHAPITRE 1. Les dispositifs d'encadrement et de contrôle aux mains de la puissance publique et des financeurs

Précisons qu'importe la qualification juridique du centre de santé, les normes d'encadrement sont identiques. Par ailleurs, tout gestionnaire de centre est tenu de connaître et de respecter la législation relative au bon fonctionnement du centre de santé à l'instar des dispositifs juridiques d'encadrement de ces structures sanitaires de proximité dont disposent les services spécifiques des Agences régionales de santé (Section 1) et de la branche maladie de la Sécurité Sociale (Section II).

³⁰⁷ Olivier Véran, ministre de la santé : « J'ai demandé, le vendredi 24 septembre (2021), aux agences régionales de santé de me donner la liste exhaustive de tous ceux (ces centres) qui sont identifiés comme déviants. » Source : Cherel, L. (2021). Centres dentaires low cost : la dérive de « Proxidendaire ». *Cellule investigation de Radio France*, publié le 1^{er} octobre 2021. Disponible à l'adresse : <https://www.radiofrance.fr/franceinter/centres-dentaires-low-cost-la-derive-de-proxidendaire-2720000>

³⁰⁸ Ministre des Solidarités et de la Santé du 16 février 2020 au 20 mai 2022.

Section I. Les attributions et moyens des ARS

Les ARS³⁰⁹, connues de tous depuis le début de la crise sanitaire relative à l'épidémie de SARS-CoV-2, sont tenues depuis 2010, en sus de mettre en œuvre à l'échelon territorial et infra territorial³¹⁰ la Politique nationale de santé (PNS)³¹¹ du gouvernement³¹², non seulement d'orienter mais aussi d'organiser et réguler l'offre de soins sanitaire et médico-sociale en accord avec les besoins de la population³¹³.

Dans ce sens et sans méconnaître les financements spécifiques des ARS, il est question de détailler les conditions nécessaires préalables à toute ouverture de centre dentaire (§1) et de prendre connaissance des mesures d'encadrement qui leur sont associées (§2).

§1. Les conditions préalables à l'ouverture des centres de santé dentaires

Les 26³¹⁴ Établissements publics administratifs sous tutelle des ministères compétents³¹⁵ que sont les ARS, sont ainsi en charge de permettre la création des centres dentaires. Il s'agira de décrire les conditions préalables à l'ouverture de ces structures sanitaires de proximité selon une délimitation temporelle, à l'aune de l'application de la loi Hôpital santé territoire³¹⁶.

A. Avant la loi HPST

Il ne nous a pas été permis de trouver trace d'une quelconque spécificité quant à la création des centres dentaires avant l'application de la loi HPST de 2009³¹⁷. Cette non spécificité s'explique certainement par un essor relativement récent de ces structures et de la non-nécessité, de ce fait, de différencier les conditions d'ouverture selon les services qu'elles proposent.

³⁰⁹ Articles L. 1431-1 -- 1435-12 et D. 1432-1 – R. 1435-39 du code de la santé publique.

³¹⁰ En interaction avec les acteurs locaux.

³¹¹ Définie et arrêtée par le Gouvernement dans le cadre d'une Stratégie Nationale de Santé (SNS). Notons que Ma santé 2022 est la SNS pour la période 2018-2022 axée sur 4 axes prioritaires : la promotion de la santé, l'innovation pour transformer notre système de santé, la lutte contre les inégalités sociales et territoriales et le triptyque relatif à la qualité, sécurité et pertinence de la prise en charge. Pour plus de précisions, se référer à l'article L. 1411-1 du code de la santé publique.

³¹² Article L. 1431-1 du code de la santé.

³¹³ Article L. 1431-2 du code de la santé publique.

³¹⁴ Il existe une ARS par région.

³¹⁵ C'est-à-dire les ministères chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et handicapées.

³¹⁶ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, Journal officiel, n°0167 du 22 juillet 2009.

³¹⁷ *Ibid.*

Si de nos jours les normes relatives à leur création sont identiques quelles que soient leur régime juridique, (voir infra (B)), cette harmonisation est en réalité relativement récente. Comme le souligne le Dr Solano³¹⁸, elles ont suivi les volontés politiques du moment. Preuve en est, quand l'Hygiénisme et l'assistance sociale sont à l'honneur au début du XXème siècle, l'État autorise puis impose aux collectivités locales la création des dispensaires publics d'hygiène sociale et de prévention qui ouvrent la voie aux premiers dispensaires municipaux.³¹⁹ Coexistent ensuite, à partir de la fin de la seconde guerre mondiale et la création de la sécurité sociale, des dispensaires publics et œuvres privées³²⁰ qui ne sont pas soumis à la même réglementation. C'est la loi du 6 janvier 1986³²¹ qui vient mettre fin à ce dualisme en imposant, préalablement à l'ouverture ou à l'extension, l'obtention d'un agrément préfectoral délivré par la commission régionale et la réalisation d'une visite de conformité. Feu « l'avantage » attribué aux collectivités locales qui pouvaient, sous réserve d'une offre libérale insuffisante, proposer la création de ces structures de proximité pour les besoins de la population.

Rappelons qu'en droit administratif, « *un agrément est un accord devant être obtenu de l'Administration pour que certaines réalisations projetées par les particuliers puissent être exécutées ou bénéficient d'un régime financier ou fiscal de faveur.* »³²²

Ainsi de 1986 à 2010, et malgré la création des Agences régionales de l'hospitalisation (ARH)³²³ par les ordonnances Juppé de 1996, l'ouverture d'un centre dentaire, associatif ou non, dépend d'un agrément délivré par le préfet de région et d'une visite de conformité. Cette dernière, diligentée par le préfet de département qui bénéficie d'un pouvoir de police administrative dans le département, est réalisée par des « *agents des membres du corps de l'inspection de l'action sanitaire et sociale, placés sous l'autorité des directeurs régionaux et départementaux des affaires sanitaires et sociales,* »³²⁴ en vue de vérifier la bonne conformité des installations et des locaux³²⁵ qui accueilleront du public, en besoin de soins dentaires.

³¹⁸ Solano, V. (2010) Historique. In Limousin, M., *Les centres de santé en mouvement.* (p 36-49) Le temps des cerises.

³¹⁹ V. introduction.

³²⁰ Loi du 16 août 1946 et décret n°46-1834 du 20 août 1946.

³²¹ Loi n° 86-17 du 6 janvier 1986 adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé, Journal officiel du 8 janvier 1986.

³²² (2020-2021). *Lexique des termes juridiques* (28^e édition). Dalloz.

³²³ Dont le champ d'intervention se limite au secteur hospitalier, dont ne dépend pas un centre de santé.

³²⁴ Moquet-Anger, M-L. (2021). *Droit hospitalier* (6^{ème} édition). LGDJ. p. 57.

³²⁵ Article D. 765. 4 du code de la santé publique (abrogé).

B. Après la loi HPST

Contrairement à ce que déclare un rapport de l'IGAS de 2017, la loi HPST³²⁶ ne met pas fin à « *une autorisation préalable délivrée par l'ARS* »³²⁷.

D'une part, il s'agissait d'un agrément préfectoral, dénommé aussi agrément de commission régionale (§1,A). D'autre part, la loi HPST à l'origine des ARS³²⁸, véritables « *administrations de la santé au sens large* »³²⁹ et le décret du 16 février 2010³³⁰ ont limité les attributions du préfet de région en disposant que ce dernier est « *responsable de l'exécution des politiques de l'État dans la région sous réserve des compétences de l'ARS* »³³¹.

Dès 2010, les centres de santé sont alors soumis à un régime déclaratif auprès des ARS dont ils dépendent. Une déclaration est moins contraignante qu'un agrément³³² car le droit administratif la définit comme « *une procédure de police permettant la surveillance de certaines activités en imposant aux particuliers de prévenir l'Administration de la naissance de cette activité* »³³³.

Les gestionnaires de centre ne doivent, ainsi, qu'informer l'ARS de l'ouverture, par la transmission du projet de santé³³⁴ et du règlement intérieur de la structure. De plus, à partir de 2018, il est requis en sus des documents précités, un engagement de conformité et non plus une visite de conformité. Pour mener à bien son projet, le représentant légal de la structure peut prendre contact auprès de l'ARS, interlocuteur privilégié des professionnels de santé, ou s'appuyer sur la publication de guides³³⁵ et autres documents disponibles.³³⁶

³²⁶ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, Journal officiel, n°0167 du 22 juillet 2009.

³²⁷ Daniel, C., Vienne P., Sivarajah, P. (2017) *Les centres de santé dentaires : propositions pour un encadrement améliorant la sécurité des soins*. Rapport IGAS. p. 3.

³²⁸ Décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé, Journal officiel 1^{er} avril 2010.

³²⁹ Moquet-Anger, M-L. (2021). *Droit hospitalier* (6^{ème} édition) LGDJ. p. 61.

³³⁰ Décret n° 2010-146 du 16 février 2010 modifiant le décret n° 2004-374 du 29 avril 2004 relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'État dans les régions et départements, Journal officiel n° 0040 du 17 février 2010.

³³¹ Apollis, B. et Truchet D. (2020). *Droit de la santé publique* (10^e édition) Dalloz. p. 57.

³³² Et d'une autorisation (voir partie 2, chapitre 2).

³³³ (2020-2021) *Lexique des termes juridiques* (28^e édition). Dalloz.

³³⁴ Différent du projet d'établissement.

³³⁵ Citons DGOS (2018). *Guide relatif aux centres de santé*.

³³⁶ Delprat L. (2019). *Centres de santé. Guide pour les élus, les professionnels de santé et les porteurs de projet*. Parresia.

Dans ce sens³³⁷, si le projet de santé permet aux autorités de connaître les dispositions tendant à diminuer les inégalités de santé, en favorisant l'accessibilité sociale, la coordination des soins, le développement d'actions de santé publique et la continuité des soins, le règlement intérieur ou règlement de fonctionnement précise les éléments relatifs à la sécurité sanitaire et aux droits des patients. Quant à l'engagement de conformité, dont le récépissé remis par le Directeur général de l'ARS (DGARS) permet l'ouverture de la structure,³³⁸ il dispose que le représentant légal du centre s'engage à respecter toutes les normes en vigueur relatives au centre de santé, bien utile en cas de recherche d'imputabilité.³³⁹

§2. Les inspections sanitaires

Comme indiqué au préalable (V. §1,B), l'ouverture des centres de santé (dentaires) n'est plus conditionnée à une visite de conformité. Ceci n'exclut pas, par ailleurs, la surveillance des autorités administratives de la santé, dont nous dissociions les caractéristiques et prérogatives générales (A) de celles spécifiques à la pratique de l'art dentaire (B).

A. Présentation générale des services d'inspection sanitaire

En vertu des pouvoirs de police sanitaire dont il dispose, le DGARS³⁴⁰ peut faire procéder à des inspections par des agents habilités et dotés d'une certification de compétence, issus pour certains de l'intégration des services sanitaires des anciennes DRASS³⁴¹ et DDASS³⁴² lors de la genèse des ARS.³⁴³

Propre à la fonction de police administrative qui leur est conférée, les médecins inspecteurs de santé publique (MISP), pharmaciens inspecteurs de santé publique (PISP)³⁴⁴ ont pour mission

³³⁷ Sources issues de Delprat L. (2019). Le régime juridique des centres de santé. In Delprat, L., *Centres de santé. Guide pour les élus, les professionnels de santé et les porteurs de projet.* (p. 9-28). Parresia.

³³⁸ Article D. 6323-9 du code de la santé publique.

³³⁹ Responsabilité pénale du gestionnaire (personne physique) et du centre (personne morale) depuis le nouveau code pénal.

³⁴⁰ Article L. 1435-7 du code de la santé.

³⁴¹ Directions régionales des affaires sanitaires et sociale (DRASS).

³⁴² Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS). Pour plus d'information sur les DRASS et les DDASS, se référer à : Moquet-Anger, M-L. (2021). *Droit hospitalier* (6^{ème} édition). p57. LGDJ.

³⁴³ Décrets respectifs : Décret n° 2009-1540 du 10 décembre 2009 relatif à l'organisation et aux missions des directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale, Journal officiel n°0288 du 12 décembre 2009 ; Décret n° 2009-1484 du 3 décembre 2009 relatif aux directions départementales interministérielles, Journal officiel, n° 0281 du 4 décembre 2009.

³⁴⁴ Articles 1421-1 et suivants du code de la santé publique.

première la prévention. Il s'agit d'éviter, par leurs actions,³⁴⁵ la commission d'infractions ou leur poursuite, relatives au non-respect des dispositions du code de la santé publique. Leurs inspections ne sont donc pas soumises à autorisation du juge³⁴⁶, sauf dispositions contraires.³⁴⁷

D'une part, lesdits agents peuvent être amenés à des investigations programmées annuellement et décidées par la commission nationale de programmation d'inspection-contrôle ou par leur propre programmation annuelle régionale³⁴⁸.

D'autre part, les MISP et les PISP peuvent intervenir dans le cadre d'investigations de contrôles décidées par les autorités compétentes, en l'occurrence le DGARS, suite à des suspicions de la survenue ou de la survenance de risque sanitaire pour la patientèle de la structure ainsi inspectée et qui justifient une intervention non programmée.

Il est important de souligner, qu'il s'agisse d'investigations décidées en urgence ou en amont par les commissions, elles sont inopinées pour le gestionnaire et peuvent intervenir selon des conditions d'accès définies par la loi.³⁴⁹

Les agents habilités, en charge de l'inspection, sont tenus d'adresser un rapport d'inspection au gérant du centre de centre de santé, selon le principe du contradictoire, afin de lui permettre s'il y a lieu de prendre les dispositions nécessaires pour se soumettre aux normes et recommandations dans des délais prévus par la loi.

B. Effectivité des inspections en centre dentaire

Comme toute discipline, la chirurgie dentaire présente des normes de qualité et de sécurité sanitaires adaptées à la pratique, qui doivent être connues des agents de terrain (1) et des autorités sanitaires (2).

³⁴⁵ Leurs actions doivent se produire dans le cadre de leurs compétences respectives. Source : Article L. 1421-1 du code de la santé publique.

³⁴⁶ CE 21 novembre 2016, n° 386249 B.

³⁴⁷ Visite « exécutoire au seul vu de la minute » (article L. 1421-2-1 du code de la santé publique) ou suite à une action judiciaire dans le cadre d'une procédure pénale.

³⁴⁸ Moquet-Anger, M-L. (2021). *Droit hospitalier* (6^{ème} édition). LGDJ. p. 57

³⁴⁹ L'article L. 1421-2 du code de la santé publique dispose notamment que les MISP et PISP « peuvent opérer sur la voie publique et pénétrer entre 8 heures et 20 heures dans les locaux, lieux, installations (et moyens de transport) dans lesquels ont vocation à s'appliquer les dispositions qu'ils contrôlent. »

1. Spécificités relatives à l'inspection en centre dentaire

Par la finalité légitime de leurs interventions³⁵⁰ et dans le cadre de leurs compétences et obligations respectives³⁵¹, les MISP et les PISP sont chargés de vérifier le respect des dispositions du code de la santé publique et de celles spécifiques aux risques de la pratique dentaire pouvant compromettre la santé individuelle et la santé publique. Il s'agit ainsi d'un contrôle sur site de l'engagement de conformité³⁵².

En rappelant que les risques propres à la discipline³⁵³ doivent être pris en considération par le gestionnaire du centre dentaire et que ce dernier doit permettre aux professionnels de la structure de respecter les normes relatives à l'odontologie, précisons qu'il n'existe pas de normes spécifiques au centre dentaire, si ce n'est la contextualisation de l'inspection. Le gestionnaire du centre n'est pas tenu aux obligations déontologiques de la profession médicale. Le non-respect des normes observées peut s'expliquer, de surcroît, par un défaut de management, relatif à la non prise en compte des obligations de formations initiale et continue des employés en charge de la stérilisation et à une coordination non efficiente parmi une équipe, dont les effectifs sont supérieurs à un cabinet traditionnel.³⁵⁴

Citons les normes requises³⁵⁵, qui nous paraissent pertinentes dans le cadre de notre travail ³⁵⁶.

D'une part, il convient, pour les agents en charge de la mission d'inspection, de contrôler les recommandations liées à l'hygiène du personnel³⁵⁷ et les obligations relatives au circuit de

³⁵⁰ Assurer la santé publique et la sécurité sanitaire des particuliers

³⁵¹ Déontologiques et professionnelles.

³⁵² Document à remettre en sus du projet de santé et du règlement intérieur dans le cadre du régime déclaratif auprès des ARS, spécifique à l'ouverture préalable d'un centre de santé. (V. supra)

³⁵³ Risques de transmission des virus VIH, VHB, VHC, VHD, HSV ..., agents transmissibles non conventionnels (ATNC) ou prions.

³⁵⁴ Taille de la structure d'un centre dentaire = 10 ETP. Source: Georges, P. & Waquet, C. (2013). *Les centres de santé : Situation économique et place dans l'offre de soins de demain*. Rapport IGAS. p. 111.

³⁵⁵ Schaefer, J. (2010). *Obligations légales relatives aux normes des cabinets dentaires*. [Thèse en vue du diplôme d'état de docteur en chirurgie dentaire].

³⁵⁶ Les normes relatives à la radioprotection font l'objet de contrôle annexe.

³⁵⁷ Telles que l'hygiène des mains et le port des EPI (Équipement propre individuel) tenue de travail, gants, masque chirurgical, lunettes de protection et depuis la crise sanitaire, surblouse, charlotte, visière et masque ffp2 pour les actes à aérosolisation.

stérilisation des dispositifs médicaux³⁵⁸. Il convient de préciser que « l'unité dentaire »³⁵⁹ est soumis à un contrôle, via des prélèvements analysés par la suite en laboratoire³⁶⁰.

D'autre part, le gestionnaire du centre est contraint de respecter les obligations sanitaires relatives aux traitements des Déchets d'activité de soins à risque infectieux³⁶¹ (DASRI) et des déchets d'amalgame dans un souci de protection de santé publique et environnementale.

Notons que les normes d'aménagement et d'organisation des locaux des cabinets et centres dentaires participent au bon respect des normes précitées, notamment en termes d'hygiène et stérilisation qu'il convient ainsi de vérifier.

2. Les difficultés soulevées par les investigations en centre dentaire

Si les ARS sont de véritables « *clefs de voûte* »³⁶² de la régulation étatique, les agents en charge des inspections dans le domaine de l'art dentaire font face à des difficultés d'ordre historique, logistique et administratif.

En 2000, un rapport de séminaire de l'ENSP,³⁶³ réalisé par 10 élèves en formation initiale, nous apprenait, à regret, qu'aucun contrôle sur site n'était réalisé par les MISP (ou PISP) des services sanitaires³⁶⁴.

En dépit des prérogatives renforcées des agents suite aux scandales sanitaires des années 1990, des recommandations du rapport précité³⁶⁵ et celles de l'Institut national de veille sanitaire (INVS)³⁶⁶, préconisant un renforcement des mesures d'hygiène et stérilisation en pratique

³⁵⁸ Tout dispositif qui n'est pas à usage unique et qui est nécessaire à la pratique orale doit pouvoir être stérilisé selon les normes en vigueur.

³⁵⁹ L'unité dentaire est « *l'unité de travail qui sert au déroulement de toutes les procédures médicales effectuées sur le patient* ». Source : Barbieri, S. (2019). Protocole de nettoyage de l'unité dentaire : la désinfection des circuits d'aspiration. *Zhermack Dental magazine*. Disponible à l'adresse : <https://magazine.zhermack.com/fr/hygiene-fr/protocole-nettoyage-unite-dentaire-desinfection-circuits-aspiration/>

³⁶⁰ Article L. 1421-3 du code de la santé publique.

³⁶¹ Les DASRI sont des déchets tranchants, coupants, souillés.

³⁶² Keller, C., Moquet-Anger, M-L., Villeneuve, P. (2017). *L'épreuve de droit hospitalier*. Presses de l'EHESP. p. 66.

³⁶³ (2000). *Comment améliorer la prise en charge des soins dentaires de la population ?* [Mémoire, ENSP. Rennes]. p. 16

³⁶⁴ Rappel, les agents en charge de l'inspection sanitaire ont été intégrés aux ARS lors de la création de ladite agence en 2010.

³⁶⁵ « *Il est d'une part possible d'instaurer des visites régulières de contrôle à la charge des médecins ou pharmaciens inspecteurs de santé publique.* » Source : (2000). *Comment améliorer la prise en charge des soins dentaires de la population ?* [Mémoire, ENSP. Rennes]. p. 17.

³⁶⁶ Santé publique France se substitue à l'INVS en 2018.

dentaire³⁶⁷, la répression³⁶⁸ supplante la prévention. Ainsi, à défaut d'une programmation annuelle régionale ou nationale en 2020, les inspections sont, en majorité, inopinées et décidées dans l'urgence, suite à des signalements.³⁶⁹ (V.A)

Précisons que l'externalisation des inspections est possible³⁷⁰ et que l'annonce du renforcement des effectifs des agents sanitaires se traduit par une proposition de formation continue, dispensée aux MISP et PISP depuis 2022 à l'EHESP et intitulée « *Organisation et inspection des cabinets dentaires et centres de santé dentaire* »³⁷¹.

Outre des prérogatives toujours plus renforcées³⁷², le DGARS, peut décider de mesures de sanction relatives aux relations des centres avec les organismes d'assurance maladie. C'est dire la coopération et le décloisonnement des services relatifs au secteur de la santé depuis la loi HPST, sans pour autant ignorer les relations existant entre les centres dentaires et l'Assurance maladie obligatoire (Section II).

³⁶⁷ Thiolet, J-M. (2009). Analyse du risque infectieux lié à la non stérilisation entre chaque patient des porte-instruments rotatifs en chirurgie dentaire. Rapport de l'INVS. p. 2. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/notices/analyse-du-risque-infectieux-lie-a-la-non-sterilisation-entre-chaque-patient-des-porte-instruments-rotatifs-en-chirurgie-dentaire>

³⁶⁸ Dans ce cas, le rapport d'inspection précède un procès-verbal d'inspection rédigé par un MISP, PISP habilité et assermenté qui l'adresse au procureur dans l'urgence. L'agent a ici des pouvoirs de police administrative et judiciaire.

³⁶⁹ Barlet, C. (2020). Place et rôle de l'inspection-contrôle dans le champ des établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux. [Thèse, droit. Rennes 1]. p. 25.

³⁷⁰ Article L. 1421-1 du code de la santé publique.

³⁷¹ EHESP. (2022). Organisation et inspection des cabinets dentaires et centres de santé dentaire. Formation. : Nouveauté du catalogue de formation de l'année 2022. Disponible à l'adresse : <https://formation-continue.ehesp.fr/formation/organisation-et-inspection-des-cabinets-dentaires-et-centres-de-sante-dentaire/>

³⁷² Renforcement des prérogatives dévolues au DGARS en cas de « manquement compromettant la qualité et la sécurité des soins, un manquement du représentant légal de l'organisme gestionnaire à l'obligation de transmission l'engagement de conformité ou aux dispositions législatives et réglementaires relatives aux centres de santé ou en cas d'abus ou de fraude commise à l'égard des organismes de sécurité sociale ou des assurés sociaux. » Article L. 6323-1-12 CSP modifié par la loi n°2021-1754 du 23 décembre 2021 (article 71).

Section II. Les fonctions de l'Assurance maladie

En rappelant le rôle des centres de santé dentaires dans la mise en œuvre par tous moyens du droit fondamental à la protection de la santé³⁷³, il n'en demeure pas moins que ces structures doivent par leurs employés, et comme tout à chacun, garantir la pérennité du système de santé et des principes sur lesquels il repose³⁷⁴.

Sous ce sens et en tenant compte de l'organisation bicéphale du système de santé, partagé entre l'État et la Sécurité sociale, il n'est pas inutile de s'intéresser à la reconnaissance, par cette dernière, d'une singularité propre aux centres de santé (§1) sans pour autant déroger à des principes généraux d'accompagnement et de coercition (§2).

§1. Les accords nationaux destinés à organiser les rapports entre les centres de santé dentaires et les Caisses nationales d'Assurance maladie

Si en toute objectivité la reconnaissance juridique des centres de santé est récente à l'aune de leur participation historique au système de santé, la singularité de leur offre s'est longtemps accompagnée de relations avec les organismes d'assurances maladie que certains³⁷⁵ qualifient de marginales.³⁷⁶

Il convient alors d'exposer les principes actuels issus des accords conventionnels en vigueur (B), sans oublier pour autant de décrire les jalons historiques (A).

A. Fondements des accords conventionnels

Il est important de comprendre que les centres dentaires ne sont pas concernés par le conventionnement national régissant, depuis 1975, les relations entre l'assurance maladie et les chirurgiens-dentistes libéraux qui ont choisi d'y adhérer. En effet, qu'ils soient dentaires, polyvalents, médicaux ou infirmiers, les centres de santé ne dépendent que depuis 2003 d'un accord national. Il inclut des spécificités propres à chaque profession et permet, pour partie,

³⁷³ Article L. 1110-1 du code de la santé publique.

³⁷⁴ Article L. 1111-1 du code de la santé publique.

³⁷⁵ A l'instar du président de la Caisse Nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés en 1999 : Jean-Marie Spaeth.

³⁷⁶ Spaeth, J-M. (1999). Les centres de santé et leurs relations avec l'Assurance maladie. In Bchir, A., Bene, T., Ben salem, K. et al. *Les centres de santé. Pertinence et Modernités*. (p. 155-158). Prévenir, 2(37).

d'appliquer des règles issues des conventionnements ou négociées, eu égard aux besoins de la population, du fonctionnement des structures et du bon usage des ressources, permettant la conservation du caractère universel obligatoire et solidaire de l'Assurance maladie³⁷⁷.

D'une part, les centres de santé ont été régis par des conventions locales avec comme particularité d'imposer des abattements tarifaires de 10 à 30 %³⁷⁸, suite à la mise en place progressive d'un conventionnement départemental³⁷⁹ puis national des professionnels libéraux en 1971³⁸⁰. La volonté de l'époque était clairement de ne pas favoriser l'implantation des centres de santé, en échange de l'instauration des conventions médicales³⁸¹ qui réaffirmaient alors, en partie, les principes de la charte médicale de 1927 et substituaient les tarifs conventionnels opposables³⁸² aux garde-fous tarifaires de conventions départementales disparates³⁸³ ou aux tarifs de responsabilité instaurés par la création de la Sécurité sociale en 1945.^{384,385}

D'autre part, ni la fin de 35 années d'abattements tarifaires permise par la loi de 1985³⁸⁶, ni la promulgation du décret de 1991³⁸⁷ relatif aux conditions de prise en charge des soins délivrés dans les centres de santé entourant leur reconnaissance juridique³⁸⁸, ne mettent fin aux disparités. En effet, bien que les conventions types deviennent nationales et mettent un terme

³⁷⁷ Callu, M-F., Girer, M. & Rousset, G. (2017). *Dictionnaire de droit de la santé. Secteurs sanitaire, médico-social et social*. LexisNexis.

³⁷⁸ Solano, V. (2010) Historique. In Limousin, M. *Les centres de santé en mouvement*. (p. 36-49) Le temps des cerises.

³⁷⁹ Décret n° 60-451 du 12 mai 1960 relatif à l'organisation et au fonctionnement de la sécurité sociale, Journal officiel du 13 mai 1960. Il constitue un cadre réglementaire instituant un système de négociation entre les syndicats de médecins et les caisses de sécurité sociale départementales.

³⁸⁰ Loi n° 71-525 du 3 juillet 1971 relative aux rapports entre les caisses d'assurance maladie et les praticiens et auxiliaires médicaux.

³⁸¹ Lesieur, A. (2003). Les centres de santé municipaux. Passé, présent, perspectives. In : Intervention à la journée de formation des élus municipaux. *CLNCS*. Disponible à l'adresse : <https://www.formationcitoyennete.org/IMG/pdf/A.Lesieur.pdf>

³⁸² Liberté tarifaire limitée par la mise en place du tarif opposable, qui conditionne la base de remboursement des Assurances maladies obligatoire et complémentaires des usagers du système de santé.

³⁸³ Le maximum tarifaire à ne pas dépasser, instauré par négociation départementale en 1960, avait accentué les disparités départementales tarifaires.

³⁸⁴ Les articles 9, 10, 12 et 13 de l'Ordonnance n° 45/2554 du 19 octobre 1945 « relative au régime des assurances sociales applicable aux assurés des professions non agricoles » définissent les dispositions relatives au tarif de responsabilité des professionnels libéraux.

³⁸⁵ L'article 11 de l'ordonnance précitée définit les dispositions relatives au tarif de responsabilité pratiqués en centres de santé.

³⁸⁶ Loi n° 85-10 du 3 janvier 1985 portant diverses dispositions d'ordre social, Journal officiel du 4 janvier 1985.

³⁸⁷ Décret n° 91-655 du 15 juillet 1991 relatif aux conditions de prise en charge des soins délivrés dans les centres de santé, Journal officiel n° 164 du 16 juillet 1991.

³⁸⁸ Décret n° 91-654 du 15 juillet 1991 modifiant le décret 56284 du 9-03-1956 modifié et fixant les conditions d'agrément des centres de santé par l'autorité administrative, Journal officiel, n° 164 du 16 juillet 1991 et le décret n° 91-656 du 15 juillet 1991 relatif au montant de la subvention versée par les caisses primaires d'assurance maladie aux centres de santé, Journal officiel n° 164 du 16 juillet 1991.

aux conventions locales, dépourvues de cadre juridique³⁸⁹ et que la subvention « Teulade » prenne en charge, depuis 1991³⁹⁰, une partie des cotisations sociales des praticiens du centre³⁹¹, les dispositions opposables aux chirurgiens-dentistes libéraux, issues de la voie conventionnelle, ne peuvent être appliquées aux centres de santé qu'à la condition de l'existence d'un cadre conventionnel équivalent. Il faudra ainsi attendre la promulgation de l'accord national de 2003 pour permettre l'application d'évolutions de prise en charge, comme le bilan de prévention et de suivi de soins dentaires gratuits permis par la convention des chirurgiens-dentistes libéraux de 1997.³⁹²

C'est dans ces conditions de marginalité historique, mises en lumière par une enquête IGAS de 1998³⁹³, que les lois de financement de la sécurité sociale de 2000³⁹⁴ et 2002³⁹⁵ et l'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale permettent la promulgation du 1^{er} accord national des centres de santé³⁹⁶, destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses d'Assurance maladie le 19 avril 2003.³⁹⁷

³⁸⁹ Lesieur, A. (2003). Les centres de santé municipaux. Passé, présent, perspectives. In : Intervention à la journée de formation des élus municipaux. *CLNCS*. Disponible à l'adresse : <https://www.formationcitoyennete.org/IMG/pdf/A.Lesieur.pdf>

³⁹⁰ Décret du 15 juillet 1991 relatif au montant de la subvention versée par les caisses primaires d'assurance maladie aux centres de santé, Journal officiel n°164 du 16 juillet 1991.

³⁹¹ La subvention Teulade consiste en « une subvention égale à 11,5 % de la rémunération brute des professionnels de santé » et est une transposition forfaitaire de la prise en charge des cotisations sociales en secteur 1. Source : Georges, P. & Waquet, C. (2013). *Les centres de santé : Situation économique et place dans l'offre de soins de demain*. Rapport IGAS. p. 28.

³⁹² Spaeth, J-M. (1999). Les centres de santé et leurs relations avec l'Assurance maladie. In Bchir, A., Bene, T., Ben salem, K. et al. *Les centres de santé. Pertinence et Modernités*. (p. 155-158). Prévenir, 2(37).

³⁹³ (1999). Rapport sur les centres de santé par l'inspection générale des affaires sociales. In Bchir, A., Bene, T., Ben salem, K. et al. *Les centres de santé. Pertinence et Modernités*. (p. 159-162). Prévenir, 2(37).

³⁹⁴ Article 23 de la Loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 de financement de la sécurité sociale pour 2000, Journal officiel, n° 302 du 30 décembre 1999.

³⁹⁵ Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002, Journal officiel n° 299 du 26 décembre 2001.

³⁹⁶ Avis portant approbation de l'accord national destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses nationales d'assurance maladie (2003), Journal officiel, n° 93 du 19 avril 2003.

³⁹⁷ Conclu le 19 novembre 2002 entre les représentants des organismes d'assurance maladie et les principaux représentants des gestionnaires des centres de santé.

B. Effectivité des accords conventionnels

L'article 162-32-2 du code de la sécurité sociale dispose que le contenu³⁹⁸ et les conditions d'application³⁹⁹ de l'accord national appliqué dans les 377 centres dentaires⁴⁰⁰ dès 2003 se conforment aux normes conventionnelles entourant la pratique des chirurgiens-dentistes libéraux. Les tacites reconductions permises par la loi n'ont pas pu faire évoluer l'accord historique de 2003. Il est resté en l'état, sans négociation ni modification, jusqu'à l'aboutissement de l'accord national de 2015.

Il est donc primordial de spécifier les caractéristiques les plus pertinentes qui ont régi les centres de santé dentaires pendant plus d'une décennie et de comprendre les normes actuelles.

Outre la promotion de la qualité des soins, la mise en place d'une démarche d'évaluation et de l'affirmation du rôle spécifique des centres de santé, ledit accord innove quant à la contribution des centres de santé aux évolutions du paysage sanitaire et à la participation à une régulation concertée et médicalisée des dépenses de santé. En effet, le chapitre V de l'accord stipule la possibilité pour les centres de santé dentaires, percevant ainsi une rémunération forfaitaire annuelle spécifique, de proposer aux patients une démarche qualité, fondée sur la continuité et la coordination des soins. Pour ce faire, les centres de santé dentaires sont qualifiés de centres de santé dentaires « *optants* » et le patient pris en charge par ladite démarche doit désigner un « chirurgien-dentiste coordinateur ». S'inscrivant dans un contexte empreint de reconnaissance des droits des patients⁴⁰¹, de régulation des dépenses de santé⁴⁰² et de sensibilisation à la promotion de la santé⁴⁰³, ce dispositif ambitieux mais chronophage⁴⁰⁴ et difficile à maîtriser,⁴⁰⁵ paraît plus en adéquation avec la réforme du médecin

³⁹⁸ Article L. 162-9 du code de la sécurité sociale.

³⁹⁹ Article L. 162-15 du code de la sécurité sociale.

⁴⁰⁰ Sur les 1500 centres de santé en général. Données de la CNAMTS de 1995. Source : Colin, M-P, Acker, D. (2009). Les centres de santé : une histoire, un avenir. *SFSP*, 21, 57-65.

⁴⁰¹ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Journal officiel du 5 mars 2002.

⁴⁰² L'article L. 1111-1 du code de la santé publique, issu de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 en son article 11, dispose que les droits reconnus aux usagers s'accompagnent des responsabilités de nature à garantir la pérennité du système de santé et des principes sur lesquels il repose.

⁴⁰³ Le chapitre VI dispose que les caisses d'assurance maladie s'engagent à fournir toute information utile aux centres de santé concernant les actions financées par leurs fonds nationaux de prévention.

⁴⁰⁴ Georges, P. & Waquet, C. (2013). *Les centres de santé : Situation économique et place dans l'offre de soins de demain*. Rapport IGAS. p. 37.

⁴⁰⁵ En 2009, « en dehors des centres de soins infirmiers, ce système bénéficie à moins de 10 % des centres ». Source : Colin, M-P, Acker, D. (2009). Les centres de santé : une histoire, un avenir. *SFSP*, 21, 57-65.

traitant de 2004.⁴⁰⁶ Précisons qu'il n'a pas été transposé au monde dentaire en général, faute de succès.⁴⁰⁷

Toujours en application suite à une reconduction tacite en 2020, le contenu du second accord national⁴⁰⁸ a été modifié par quatre avenants⁴⁰⁹ depuis sa promulgation en 2015. Décrit comme révolutionnaire, il précise les modes de fonctionnement des centres de santé par spécialité, en complément de l'article L. 6323-1 du code de la santé publique, et introduit des modes de rémunération complémentaires au paiement à l'acte⁴¹⁰. Ledit accord valorise ainsi la qualité des pratiques et l'efficacité, par la mise en place d'un financement au forfait, basé sur un bloc commun principal, obligatoire et facultatif pour partie. Précisons que ledit financement est orienté selon des axes prioritaires en santé publique⁴¹¹ qui visent à renforcer le système d'information (Axe 3) et l'accès aux soins sur tout le territoire (Axe 1) tout en développant la prise en charge coordonnée des patients (Axe 2)⁴¹². Ainsi, le présent accord institue pour partie, la coordination obligatoire en centre de santé dentaires et met fin à l'option de coordination du précédent accord (V. supra). Dans le cadre de l'accès aux soins, outre l'accessibilité temporelle obligatoire, des contrats incitatifs en zones fragilisées ou Contrats d'aide à l'installation (CAI) sont proposés, tandis que l'avenant 3 met un terme à la possibilité d'adhérer à un contrat d'accès aux soins dentaires, suite à la mise en place de la réforme du 100 % santé⁴¹³ décrite dans notre première partie.

Il est important, pour le gestionnaire, de maîtriser parfaitement les avenants successifs qui permettent, en sus de l'amélioration de la prise en charge, une captation de capitaux, pérennisant les missions spécifiques et historiques des centres de santé et leur viabilité financière. Citons l'avenant 4, « réputé approuvé » le 22 juin 2022 qui, en s'inscrivant dans les prolongements de Ma santé 2022, de la crise sanitaire et du Ségur de la Santé, permettra

⁴⁰⁶ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, Journal officiel n° 0190 du 17 août 2004.

⁴⁰⁷ Colin, M-P, Acker, D. (2009). Les centres de santé : une histoire, un avenir. *SFSP*, 21, 57-65.

⁴⁰⁸ Avis du 30 septembre 2015, relatif à l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie, Journal officiel, n° 0226.

⁴⁰⁹ Avenant 1 promulgué le 17-11-2017 ; Avenant 2 promulgué le 5 juillet 2019 ; Avenant 3 promulgué le 3 septembre 2020 ; Avenant 4 signé le 19 avril 2022 non encore promulgué.

⁴¹⁰ Pour plus d'informations spécifiques, se référer à la source électronique disponible à l'adresse : CNAM (2020). Centre de santé dentaire. Rémunération forfaitaire spécifique. Accord national. Guide méthodologique. https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/722982/document/remuneration-forfaitaire-specifique-centre-sante-dentaire_assurance-maladie.pdf

⁴¹¹ Potentiellement actualisés au gré des avenants successifs.

⁴¹² V. l'Annexe 2.

⁴¹³ Article 4 de l'avenant 3 de l'accord national destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses d'Assurance maladie. (2020).

notamment l'instauration de nouveaux indicateurs et réhaussera les financements liés à l'accompagnement des publics vulnérables.

Par ailleurs, le non-respect des accords conclus contractuellement entraîne de facto des pénalités, sanctions pouvant se solder par « une mise hors de la Cité dentaire »⁴¹⁴ ou déconventionnement, une des conséquences, par ailleurs, de la surveillance du service médical de l'assurance maladie. (§2)

§2. La surveillance des centres de santé dentaires par le service médical de l'Assurance maladie

Le 11 avril 2022, le directeur de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) nous apprenait que 80 centres dentaires font l'objet d'une surveillance par le service médical de l'Assurance maladie⁴¹⁵. En outre, en sus des observations transmises par l'ARS, les chirurgiens-dentistes conseils sont chargés d'une surveillance d'activité réglementée⁴¹⁶ qui peut induire des sanctions d'ordre judiciaire, administratif, disciplinaire ou pénal⁴¹⁷.

La procédure est enclenchée à la suite de suspicions,⁴¹⁸ de plaintes.⁴¹⁹ En vue de respecter le principe du contradictoire, le service médical doit informer, au préalable, la mise en place par des agents compétents, d'un contrôle, souvent long⁴²⁰ et éprouvant⁴²¹ pour les « mis sous surveillance ».

⁴¹⁴ Attali, E. & Delprat, L. (2013). Le contrôle dentaire ou analyse d'activité. Simple variation sémantique ou véritable opposition de point de vue ? *Le fil dentaire*, (79), 20-22.

⁴¹⁵ (2022). 80 centres sous surveillance. *L'information dentaire*, (17/18), 12.

⁴¹⁶ Article L. 145 du code de la sécurité sociale.

⁴¹⁷ V. Chapitre 2.

⁴¹⁸ « Relevés d'activités, notamment prothétiques se démarquant des moyennes locales » comme c'est le cas pour les 80 centres sous surveillance « l'activité sur le créneau des prothèses est 10 % plus élevée en moyenne dans les centres que chez les libéraux. » Sources respectives : Attali, E. & Delprat, L. (2013). Le contrôle dentaire ou analyse d'activité. Simple variation sémantique ou véritable opposition de point de vue ? *Le fil dentaire*, (79), 20-22 et (2022). Et : 80 centres sous surveillance. *L'information dentaire*, (17/18), 12.

⁴¹⁹ Attali, E. & Delprat, L. (2013). Le contrôle dentaire ou analyse d'activité. Simple variation sémantique ou véritable opposition de point de vue ? *Le fil dentaire*, (79), 20-22.

⁴²⁰ Trois, six, douze mois ou plus.

⁴²¹ Il est important de se faire conseiller et accompagner lors d'un contrôle d'activité. Par ailleurs, le service médical met à disposition du public une charte : CNAMTS. (2012). Charte du contrôle de l'activité des professionnels de santé par l'assurance maladie. Disponible à l'adresse : <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/4894/document/charte-contrôle-activité-assurance-maladie.pdf>

On assiste alors à une étape précontentieuse⁴²² durant laquelle les chirurgiens-dentistes conseils peuvent convoquer des patients⁴²³ sélectionnés,⁴²⁴ avoir accès à des dossiers administratifs, médicaux, radiologiques qu'ils demandent, et seulement ceux qu'ils demandent, dans la limite de leur mission et du secret professionnel. L'objectif de la surveillance est de s'assurer, par un contrôle sur site et sur pièces, de la bonne application des règles de cotation et de conventionnement au sein de ces structures où sont réalisés 15 % des soins dentaires⁴²⁵. Ces règles relatives aux tarifs conventionnels et à la maîtrise de la Classification commune des actes médicaux⁴²⁶ (CCAM) doivent être, par ailleurs, rappelées par les chirurgiens-dentistes conseils à l'aune de leurs missions d'accompagnement et de prévention.

A la fin de la phase précontentieuse, le service médical remet au gestionnaire du CDS un bilan des observations retenues,⁴²⁷ qui fait référence à la CCAM, à l'accord national, aux codes de la sécurité sociale et de la santé publique, et aux données acquises de la science. Ledit document va conditionner, si elle a lieu, l'étape contentieuse. Il est utile, dans ce cas, de comprendre toute la particularité de l'organisation « *bicéphale* »⁴²⁸ du centre dentaire.

Selon les règles déontologiques, tout chirurgien-dentiste se charge, à l'issue de la consultation, de la juste cotation des actes et de la délivrance de tous documents relatifs à son art et à sa compétence, qu'il atteste avoir réalisés, par sa signature. Ainsi, le praticien salarié, ayant agi en toute indépendance dans le choix de sa pratique et refusant toute norme de productivité, peut faire l'objet de sanctions, à l'issue de la procédure précontentieuse qui a révélé des abus, des fautes ou des fraudes⁴²⁹. Il s'agit pour le préposé du centre, de justifier de l'opportunité des actes et des choix thérapeutiques effectués et de la qualité des traitements,⁴³⁰ après la saisine de la section des affaires sociales de de la chambre disciplinaire dans le cadre du contentieux du

⁴²² Attali, E. & Delprat, L. (2013). Le contrôle dentaire ou analyse d'activité. Simple variation sémantique ou véritable opposition de point de vue ? *Le fil dentaire*, (79), 20-22.

⁴²³ Jusqu'à une cinquantaine de patients.

⁴²⁴ Par un arrêt du 14 février 2013, la Cour de cassation a posé le principe que le service médical ne peut agir qu'après avoir informé le professionnel de santé de l'identité des patients qu'il entend auditionner et examiner. (Civ., 2^{ème}, 14 février 2013, n° 12-13.743).

⁴²⁵ Blanc, C. (2022). Encadrement des centres de santé dentaires. *MACSF*. Publié le 20 janvier 2021. Disponible à l'adresse : <https://www.macsf.fr/exercice-liberal/exercer-en-groupe/encadrement-centres-sante-dentaires>

⁴²⁶ « Tous les actes médicaux et gestes paramédicaux des professionnels, du secteur public ou privé, sont codés qu'ils soient remboursés ou non ». Source : Callu, M-F., Girer M., & Rousset, G. (2017). *Dictionnaire de droit de la santé. Secteurs sanitaire, médico-social et social*. LexisNexis.

⁴²⁷ « des actes cotés non constatés ou antidatés, abus fautes ou fraudes, des non-respect des cotations ou conventionnement, non-respect des données acquises de la science, actes mettant en danger la santé du patient, des surtraitements voire des mutilations » Source : Delprat L. (2019). *Centres de santé. Guide pour les élus, les professionnels de santé et les porteurs de projet*. Parresia. p. 89.

⁴²⁸ Delprat, L. *Op. cit.* p. 90.

⁴²⁹ Article L 145-1 et suivants du code de la sécurité sociale.

⁴³⁰ *Ibid.*

contrôle technique⁴³¹. Par l'action du service médical et de ses praticiens, l'Ordre peut ainsi contrôler et sanctionner le comportement d'un professionnel par un avertissement, blâme ou une interdiction d'exercer, selon le principe de la légalité des peines et délits.

Par contre, lorsque la phase précontentieuse rapporte des anomalies dans la cotation et que la qualité des soins n'est pas remise en cause, le gestionnaire du centre dentaire, responsable de l'environnement structurel du soin, comme l'archivage des données ou de la transmission des feuilles de soin⁴³² électronique ou papier, peut faire l'objet d'une procédure contentieuse judiciaire,⁴³³ appelée « *action en répétition des indus* »⁴³⁴. La structure encourt alors, par le contrôle d'activité, des sanctions financières⁴³⁵ par le remboursement des indus associé ou non à des pénalités financières⁴³⁶.

Rappelons ici que le gérant du centre dentaire associatif ne peut être responsable du fait de ses préposés que dans le cas d'une recherche de responsabilité à visée indemnitaire⁴³⁷ comme pour l'action en répétition des indus. Ainsi, le chirurgien-dentiste salarié de droit privé ne bénéficie pas de l'immunité du préposé dans le cadre d'une responsabilité sanction d'ordre disciplinaire, qu'elle soit ou non relative au contentieux du contrôle technique, ou pénale⁴³⁸ et qui peuvent faire suite à la surveillance du service médical.

Il est important de rappeler que l'Ordre des chirurgiens-dentistes ne peut exercer de contrôle sur la structure, quelle que soit sa nature juridique, associative ou non. A la différence des chirurgiens-dentistes salariés qui sont soumis aux principes déontologiques, le gestionnaire du centre de santé ne peut être tenu à ces obligations qu'à la condition qu'il exerce au sein de la structure en tant que chirurgien-dentiste, à temps complet ou incomplet. Pour autant, l'article 162-1-19 du code de la sécurité sociale dispose que « *les directeurs des organismes d'assurance*

⁴³¹ Dans ce cas, il s'agit d'un contentieux administratif.

⁴³² Delprat, L. *Op. cit.* p. 90.

⁴³³ Tribunal des conflits 9 juin 1986 n° 02418 : « Les rapports établis entre les caisses de sécurité sociale qui sont des personnes morales de droit privé et les chirurgiens-dentistes présentent le caractère de rapport de droit privé. Ainsi les litiges ... ressortissent à la compétence de la juridiction judiciaire. »

⁴³⁴ Article L. 133-4 du code de la sécurité sociale.

⁴³⁵ « En 2015, 2654 pénalités financières ont été prononcées toutes professions confondues. »

Source : Auché, J-H. (2017). Guide pratique du contrôle d'activité par les caisses d'Assurance maladie à l'attention des chirurgiens-dentistes. Disponible à l'adresse : <https://www.ah-avocats.fr/wp-content/uploads/2016/06/GUIDE-PRATIQUE-POUR-LES-MEDECINS-ET-CHIRURGIENS-en-cas-de-contrôle-d'activité-.pdf>

⁴³⁶ Article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale.

⁴³⁷ Sauf faute inexcusable.

⁴³⁸ « La responsabilité ordinale et la responsabilité pénale étant des responsabilités personnelles, les praticiens peuvent être traduits devant la chambre disciplinaire et devant les juridictions répressives selon les règles du droit commun. » Source : Moquet-Anger, M-L. (2021). *Droit hospitalier* (6^{ème} édition). LGDJ. p. 325.

maladie et les services médicaux de ces organismes sont tenus de communiquer à l'ordre compétent les informations qu'ils ont recueillies dans le cadre de leur activité et qui sont susceptibles de constituer un manquement à la déontologie⁴³⁹ d'un professionnel de santé inscrit à un ordre professionnel ».

Après avoir décrit les différents aspects d'encadrement et de contrôle concernant l'organisation et le financement aux mains des organismes de tutelle, nous ne pouvons ignorer les principes relatifs aux droits des malades et nous interroger quant aux limites de la législation entourant les structures étudiées (Chapitre 2).

⁴³⁹ Citons les articles R. 4127-233 (relatif aux soins conformes aux données acquises de la science) et R. 4127-238 (relatif à la raison proportionnée) du code de la santé publique.

CHAPITRE 2. De l'insuffisance des mesures au renforcement de la législation relative aux centres de santé dentaires dans l'intérêt des usagers

En tant que garant des intérêts des malades, de la profession, l'Ordre national des chirurgiens-dentistes multiplie les actions et communiqués contre certains centres dentaires associatifs appelés « low cost », « déviants » ou « non vertueux »⁴⁴⁰ (...), au point d'augmenter le montant de la cotisation ordinale de 2022.⁴⁴¹ De plus, l'instance de régulation, de la profession étudiée, établit une charte « *pour une bonne prise en charge bucco-dentaire ou en centre de santé* »⁴⁴², en lien avec la Direction générale de l'offre de soins (DGOS)⁴⁴³. Enfin, l'Ordre, qui ne dispose pas de pouvoir réglementaire mais d'une autorégulation de la profession, en appelle, au printemps dernier, aux candidats à la Présidence de la République Française de se prononcer sur la question des centres dentaires, qu'il considère comme l'un des « *quatre enjeux structurants qui engagent l'avenir de notre profession et l'accès pour tous les Français à des soins de qualité* »⁴⁴⁴.

En outre, des dérives qui ont fait l'actualité ces dernières années obligent le législateur à progressivement modifier leur encadrement (Section II) à l'aune de la mise en lumière d'un possible accès aux soins dentaires sans qualité, ni sécurité dans des structures « permises » semble-t-il par des normes inadéquates (Section I).

⁴⁴⁰ (2021) Interview : Philippe Pommarède, Président du conseil national. *ONCD la lettre*, (191), 4-9.

⁴⁴¹ Induite en partie par le nombre de procédures engagées envers les centres « déviants ». Source : (2022). Appel à cotisation praticien 2022. Lettre de l'ONCD. (V. Annexe 3.)

⁴⁴² (2022). Une charte pour maintenir la confiance des patients. *ONCD La Lettre*, Mars 2022, 4-5.

⁴⁴³ La DGOS a pour mission de construire l'offre de soins de demain. L'entité réunit toutes les organisations, institutions et ressources intervenant en matière de santé, de recherche ou de formation. Source : Le ministère des solidarités et de la santé. Gouvernement. Disponible à l'adresse : <https://www.gouvernement.fr/le-ministere-des-solidarites-et-de-la-sante>

⁴⁴⁴ Pommarède, P. (2022) Appel aux candidats à la présidentielle. *ONCD La Lettre*, Mars 2022, 3.

Section I. Effectivité de l'insuffisance des mesures relatives à l'encadrement des centres de santé dentaires

Permettons-nous de citer Su Shi, poète mandarin de la dynastie Song : « *Le vrai visage du mont Lu reste inconnu à celui qui s'y trouve* », dont la compréhension s'apparente à la métaphore sylvestre « *l'arbre qui cache la forêt* ».

Il conviendra d'exposer les effets sociétaux (§1) et juridiques (§2) relatifs à une décision de justice ayant pour objet des centres de santé dentaires associatifs et dont la solution est fondée sur le droit des entreprises en difficulté.

§1. Conséquences sociétales : d'un problème fiscal à une catastrophe sanitaire

Par un jugement du TGI d'Aix en Provence en date du 4 mars 2016, est décidé « la conversion de la procédure de redressement judiciaire en liquidation judiciaire en considération de la situation financière dégradée de l'association *Dentexia* et malgré les conséquences dramatiques à l'égard des patients et des salariés »⁴⁴⁵, et même de la Cité, qui a dû y faire face et s'adapter.

Comme indiqué dans notre introduction, quand des collectivités territoriales ou des réseaux mutualistes peinent à s'adapter au contexte sociéto-économico-juridique du début du XXI^{ème} siècle, d'autres responsables comme les gestionnaires de centres dentaires associatifs répondent présents à l'offre du gouvernement de participer au paysage sanitaire français.

Les centres se multiplient et certains gestionnaires se saisissent véritablement de l'assouplissement des conditions d'ouverture pour accroître leur rayonnement sur le territoire national. Tel est le cas du responsable de l'association *Dentexia* qui permet l'ouverture et le fonctionnement de six centres dentaires de 2011 à 2016⁴⁴⁶.

Fondés sur l'idée de « *favoriser l'accès aux soins dentaires à toutes les catégories sociales et notamment aux personnes démunies* », ces centres dentaires sont alors dotés d'un

⁴⁴⁵ TGI Aix en Provence, 1^{ère} civ., 4 mars 2016 n° 15/06352, Association DENTEXIA, URSSAF PACA, URSSAF BOURGOGNE/Association DENTEXIA représentant des salariés.

⁴⁴⁶ Colombes, Chalon-sur-Saône, Paris, Lyon (Grange Blanche et Tête d'Or) Vaulx-en-Velin.

véritable pouvoir d'attraction, dont les caractéristiques rejoignent, pour partie, celles présentées dans notre première partie.

Leur organisation « favorisant l'écoute, la prise en charge et l'information de prévention de tous les patients » séduisent, aux dires du gérant, 16 000 patients.⁴⁴⁷ Ces derniers reconnaissent, par ailleurs, se détourner de devis prohibitifs émanant de dentistes libéraux au profit de structures modernes, basées en France, proposant des tarifs compétitifs et des facilités de paiement⁴⁴⁸. Cependant, est finalement mis en exergue un accompagnement, certes personnalisé, mais dont la finalité mercantile se substitue aux fondements déontologiques de la profession issus de la locution latine « *Primum non nocere*⁴⁴⁹ ».

En premier lieu, le jugement révèle une course à la rentabilité, permise par une indifférence plutôt qu'une méconnaissance des règles d'indépendance de la pratique de l'art dentaire, une sélection des patients en incohérence avec les fondements historiques des centres de santé, ainsi qu'une attractivité financière qui ne se limite pas qu'à la dispense d'avance de frais. En effet, nonobstant des tarifs plus que compétitifs⁴⁵⁰, les structures permettent aux patients la contractualisation de prêt à la consommation aux principes particuliers : les centres sont intégralement rémunérés avant la réalisation des actes, à majorité prothétiques ou non opposables.

En second lieu, le montage financier de l'association repose sur le dévoiement du caractère non lucratif, exigé lors de la création de la structure, car s'il n'est pas exclu de réaliser des bénéfices, les excédents doivent être réinjectés dans la trésorerie de l'association et en pérenniser, ainsi, le fonctionnement. Tel ne fut pas le cas ici.

Sous surveillance fiscale depuis 2014, la liquidation judiciaire de l'association se substitue au redressement judiciaire prononcé en novembre 2015 et met, alors, en lumière un véritable enjeu sanitaire, dont certains de nos concitoyens peinent encore à s'extirper de nos jours.

⁴⁴⁷ Sur la période en activité de 2011 à 2016.

⁴⁴⁸ Le Collectif des plaignants contre Dentexia (2016). Lettre ouverte du Collectif contre Dentexia à la ministre de la Santé. *Lyon capitale*. Disponible à l'adresse : <https://www.lyoncapitale.fr/actualite/lettre-ouverte-du-collectif-contre-dentexia-a-la-ministre-de-la-sante>.

⁴⁴⁹ « *Primum non nocere* » signifie « ne pas nuire » ou « d'abord ne pas faire de mal ».

⁴⁵⁰ Trois fois inférieurs à ceux pratiqués en libéral.

La question « *d'urgence de santé publique de portée nationale* » se pose. C'est ce que dénonce le 18 février 2016⁴⁵¹ et en amont de la décision de justice précitée, « *le collectif contre Dentexia* », par une lettre ouverte adressée à la ministre de la santé.

D'une part, près d'un millier de personnes s'interrogent sur l'effectivité de la qualité et de la sécurité des soins que les centres leur ont dispensée,⁴⁵² quand certains d'entre eux dénoncent, auprès des ordres départementaux et des procureurs de la République, des soins non conformes aux données acquises de la science avec facteurs aggravants de violences volontaires ayant entraîné une mutilation ou infirmité⁴⁵³. Ces accusations semblent être confirmées par la procédure de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes du 1^{er} mars 2016, contrainte de fermer administrativement le centre *Dentexia* « *Tête d'Or* »⁴⁵⁴, en prévention d'exposition à « *des dangers graves et immédiats de contamination bactérienne et virale* »⁴⁵⁵.

D'autre part, d'autres qualifications pénales se concentrent sur l'abus de faiblesse, l'abus de confiance et l'escroquerie⁴⁵⁶ et mettent à jour l'épineuse problématique de la continuité des soins, dans les structures *Dentexia*, pour des patients dont les devis honorés, préalablement à la réalisation des actes, empêchent les requérants de bénéficier des traitements adéquats, faute de praticiens disponibles ou de structures ouvertes, suite à la fermeture administrative de l'ARS.

Ainsi, si la décision de justice met fin aux pratiques frauduleuses, l'interprétation livrée par les patients s'éloigne des motifs du jugement correspondants pour partie à la prévention des risques sanitaires, au profit d'une crainte absolue de rupture de soins, de précarité économique et d'incompréhension quant à l'existence de ces lieux de soins permise par les autorités sanitaires. En effet, ce qu'il faut comprendre par cette décision, c'est que la reprise de l'activité n'a pas été permise par le Tribunal, faute d'offre recevable sur le plan administratif et

⁴⁵¹ Le Collectif des plaignants contre Dentexia (2016). Lettre ouverte du Collectif contre Dentexia à la ministre de la Santé. *Lyon capitale*. Disponible à l'adresse : <https://www.lyoncapitale.fr/actualite/lettre-ouverte-du-collectif-contre-dentexia-a-la-ministre-de-la-sante>.

⁴⁵² *Ibid.*

⁴⁵³ Lamy, G. (2016). Dentexia : le vrai scandale des « sans dents ». Disponible à l'adresse : <https://www.lavanceur.fr/scandale-dentaire-dentexia-le-defenseur-des-droits-ouvre-une-enquete-2/>

⁴⁵⁴ Suite à l'inspection sanitaire du 28 janvier 2016 après avertissement de la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi qui a averti, en lien avec les signalements de salariés, des problèmes d'hygiène. Source : Lamy, G. (2016). Dentexia : le vrai scandale des « sans dents ». Disponible à l'adresse : <https://www.lavanceur.fr/scandale-dentaire-dentexia-le-defenseur-des-droits-ouvre-une-enquete-2/>

⁴⁵⁵ Lamy, G. (2016). Dentexia : le vrai scandale des « sans dents ». Disponible à l'adresse : <https://www.lavanceur.fr/scandale-dentaire-dentexia-le-defenseur-des-droits-ouvre-une-enquete-2/>

⁴⁵⁶ *Ibid.*

sanitaire⁴⁵⁷ et dont la crainte était de permettre la naissance de dommages comparables à ceux présentés dans la décision⁴⁵⁸.

C'est dans ce contexte qu'est diligentée le 2 mai 2016, une enquête IGAS par la ministre des affaires sociales et de la santé, en vue notamment de proposer des mesures relatives à la rupture de soins évoquée supra. La remise du rapport rendu public fin juillet 2016⁴⁵⁹ nous apprend, qu'outre les dispositions immédiates de recensement, d'écoute, d'information et de réalisation de bilan bucco-dentaire, intégralement pris en charge par l'Assurance maladie, des mesures supplémentaires sont annoncées⁴⁶⁰.

Ainsi, une prise en charge financière, conditionnée selon l'importance du plan de traitement et des ressources de la personne en attente et besoin de soins, peut être octroyée. La mobilisation de tous les chirurgiens-dentistes du pays est attendue et est reconnue indispensable.

Pourtant, malgré la mise en place d'un « *conseiller en charge de la reprise des soins* », dont la mission est de renforcer le dialogue avec les professionnels et assurer les échanges avec le collectif de patients, la continuité des soins s'avère compliquée au sein du colloque singulier. Les usagers redoutent la prise en charge et les professionnels opposent aux « victimes de *Dentexia* » un refus de soins. En toute objectivité, il est permis d'évoquer le dilemme que les professionnels de l'art dentaire ont rencontré car, au-delà de répondre à la mission de santé publique, il s'agit pour beaucoup d'engager leur responsabilité. On peut s'interroger sur des mesures qui ne sont pas issues d'une décision de justice judiciaire de recherche de responsabilité civile, prises à l'encontre de l'association en question ou des chirurgiens-dentistes y exerçant. Sous prétexte d'impossibilité de poursuites immédiates, la réparation de potentiels préjudices, liés à l'activité de soins d'ordre technique ou financière, est demandée aux chirurgiens-dentistes de France, après la réalisation d'un bilan bucco-dentaire préalable. Citons ainsi la ministre des

⁴⁵⁷ L'offre présentée par la société Adental Holding (Association Dentego qui exerce l'activité de centre de soins et la société commerciale Numérident qui exerce l'activité de laboratoire de prothèses) « s'inspire singulièrement du modèle d'organisation mis en place par M. X lors de la création de Dentexia.

Source issue de la motivation de jugement : TGI Aix en Provence, 1^{ère} civ., 4 mars 2016 n° 15/06352, Association DENTEXIA, URSSAF PACA, URSSAF BOURGOGNE/Association DENTEXIA représentant des salariés.

⁴⁵⁸ « En l'espèce, le critère de l'emploi, qui détermine souvent le choix du plan de cession, ne peut être considéré comme prioritaire au regard des impératifs de santé publique qui s'imposent. »

Source issue de la motivation de jugement : TGI Aix en Provence, 1^{ère} civ., 4 mars 2016 n° 15/06352, Association DENTEXIA, URSSAF PACA, URSSAF BOURGOGNE/Association DENTEXIA représentant des salariés.

⁴⁵⁹ Daniel, C., Paris, P. & Vienne, P. (2016). *L'association Dentexia, des centres de santé dentaires en liquidation judiciaire depuis mars 2016 : impacts sanitaires sur les patients et propositions*. Rapport IGAS. p. 56.

⁴⁶⁰ Ministère des affaires sociales et de la santé (2016). Remise du rapport IGAS sur l'affaire Dentexia : Marisol Touraine annonce des mesures pour renforcer la prise en charge des patients. Communiqué de presse du 27 juillet 2016.

affaires sociales et de la Santé qui appelle « *les professionnels à faire preuve de responsabilité en proposant des tarifs accessibles aux patients*⁴⁶¹ ».

Nous sommes, ainsi, face à une catastrophe sanitaire pour les patients qui ne peuvent obtenir indemnisation, ni auprès de la juridiction civile par défaut des conditions d'engagement de la responsabilité pour faute⁴⁶² et en attente de la décision pénale⁴⁶³, ni auprès de la solidarité nationale du fait de conditions d'éligibilité non remplies⁴⁶⁴. Pour autant, les patients peuvent compter sur la mobilisation du ministère de la santé et sur l'implication personnelle de la ministre⁴⁶⁵.

Il n'est pas inutile de rappeler que la promulgation du second accord national des centres de santé en 2015, permettant le renforcement de l'offre de soins bucco-dentaires par lesdites structures, est contemporaine⁴⁶⁶ à ces événements qui ont jeté l'opprobre sur le système de santé. La question est de savoir quelles ont été les réponses strictement juridiques tenant compte de la particularité de la situation (§2).

⁴⁶¹ Ministère des affaires sociales et de la santé (2016). Remise du rapport IGAS sur l'affaire Dentexia : Marisol Touraine annonce des mesures pour renforcer la prise en charge des patients. Communiqué de presse du 27 juillet 2016.

⁴⁶² Rappel des conditions d'engagement de la responsabilité médicale qui par l'article L. 1142-1 du code de la santé publique requiert l'existence d'une faute pour engager la responsabilité du praticien ou du la structure associée à l'existence d'un dommage, d'un lien de causalité et de la recherche de l'imputabilité. Ces conditions sont rendues difficiles par la multitude d'intervenants et la perte de dossiers ne permettant pas de prendre connaissance de l'état antérieur du patient. Source : Daniel, C., Paris, P. & Vienne, P. (2016). *L'association Dentexia, des centres de santé dentaires en liquidation judiciaire depuis mars 2016 : impacts sanitaires sur les patients et propositions*. Rapport IGAS. p. 42.

⁴⁶³ Dans le cas de la procédure pénale avec constitution de parties civiles. Dans ce cas, « le criminel tient le civil en l'état »

⁴⁶⁴ L'article L. 1142-1 du code de la santé publique dispose qu'« ouvre droit à réparation des préjudices au titre de la solidarité nationale un taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique au plus égal à 25 %, difficilement atteint en chirurgie dentaire. Source : Daniel, C., Paris, P. & Vienne, P. (2016). *L'association Dentexia, des centres de santé dentaires en liquidation judiciaire depuis mars 2016 : impacts sanitaires sur les patients et propositions*. Rapport IGAS. p. 47.

⁴⁶⁵ Ministère des affaires sociales et de la santé (2016). Remise du rapport IGAS sur l'affaire Dentexia : Marisol Touraine annonce des mesures pour renforcer la prise en charge des patients. Communiqué de presse du 27 juillet 2016.

⁴⁶⁶ Avis du 30 septembre 2015, relatif à l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie, Journal officiel, n° 0226.

§2. Conséquences juridiques : d'une rupture de soins à une défiance envers le Système de santé

Il conviendra d'évoquer les recommandations de réformes nécessaires, émises par l'inspection générale des affaires sociales, dont le but est d'empêcher la survenue de nouveaux scandales sanitaires similaires (A) et la prise en compte, par les pouvoirs publics, de ces mêmes recommandations (B).

A. Présentation d'une enquête IGAS consacrée à la législation des centres de santé dentaires

Une seconde enquête a ainsi été diligentée à l'IGAS par la ministre des affaires sociales et de la santé dans le but d'émettre des « recommandations⁴⁶⁷ utiles visant à prévenir les dérives mises à jour »⁴⁶⁸ par le rapport consacré aux centres *Dentexia*⁴⁶⁹. La mission, déclarant inappropriée l'expression *low-cost*⁴⁷⁰, présente le modèle économique des centres de santé dentaires étudiés, rappelle le cadre juridique qui leur est opposé et recherche les enjeux similaires qui leur sont associés.

D'une part, la mission de l'IGAS souligne qu'en dépit de la levée de contraintes préalables relatives à la mise en place du régime déclaratif en 2010, un assouplissement quant à la fréquence des inspections, sanitaires des ARS et d'activité de l'Assurance maladie, a été observé. Il est ainsi proposé d'accentuer lesdites missions, sans pour autant rétablir la visite de conformité, au motif que les activités de soins n'ont pas débuté⁴⁷¹. Il est opportun de souligner que les agents de l'IGAS recommandent une surveillance priorisée des activités dentaires par l'Assurance maladie, tandis qu'ils ne préconisent qu'une programmation régionale, si nécessaire, des inspections sanitaires. En reconnaissant les effectifs toujours plus restreints des deux services d'inspection, la mission invite, par effet immédiat, à un renforcement des effectifs de chirurgiens-dentistes conseils en rétablissant notamment le mode de recrutement par

⁴⁶⁷ La mission émet 20 recommandations.

⁴⁶⁸ Daniel, C., Vienne P., Sivarajah, P. (2017) *Les centres de santé dentaires : propositions pour un encadrement améliorant la sécurité des soins*. Rapport IGAS. p. 3.

⁴⁶⁹ Daniel, C., Paris, P. & Vienne, P. (2016). *L'association Dentexia, des centres de santé dentaires en liquidation judiciaire depuis mars 2016 : impacts sanitaires sur les patients et propositions*. Rapport IGAS.

⁴⁷⁰ Daniel, C., Vienne P., Sivarajah, P. (2017) *Les centres de santé dentaires : propositions pour un encadrement améliorant la sécurité des soins*. Rapport IGAS. p. 3.

⁴⁷¹ *Op. cit.* p. 60.

concours et non plus par entretien individuel⁴⁷². Par analogie, il devrait être mis fin au non renouvellement des MISP, en insistant sur le besoin de compter des Chirugiens inspecteurs de santé publique (CISP) au sein des services d'inspection. En outre, en dépit des caractéristiques relatives à la genèse des ARS, dont le but était pour partie la territorialisation du système de santé, la coordination entre les services d'inspection de contrôle d'activité, fiscal et sanitaire devrait être améliorée pour gagner en efficacité⁴⁷³. De plus, la mission recommande de renforcer les prérogatives du DGARS, relatives aux mesures suspensives, et précise que la promulgation tardive du décret d'application relatif aux conditions de fermeture administrative en 2015⁴⁷⁴, avait été dommageable⁴⁷⁵.

D'autre part, ladite enquête reconnaît que la hausse des centres dentaires, observée entre 2011 et 2016,⁴⁷⁶ n'est pas seulement due à l'absence d'agrément et de visite de conformité depuis 2010, mais répond véritablement à une demande de la population, « *incitée à se rendre dans les centres où les coûts affichés paraissent plus limités* »⁴⁷⁷. Il serait donc nécessaire de sécuriser l'offre de soins, à majorité associative, qui pour « *garantir sa viabilité économique* » a tendance à s'orienter vers les activités les plus rémunératrices. Les inspecteurs des affaires sociales préconisent de réformer le contenu des documents requis pour l'ouverture et le fonctionnement du centre. Il est ainsi proposé d'insérer dans le projet de santé, une déclaration de liens d'intérêt rédigée par tout gestionnaire de centre⁴⁷⁸, des références à la déontologie⁴⁷⁹ et la création d'une instance interne consultative associant gestionnaires et salariés⁴⁸⁰ pour améliorer la coordination interne. Par ailleurs, pour sécuriser la pratique et faciliter le contrôle, sur pièce et sur site, le projet de santé, actualisé si besoin, devrait être transmis annuellement à l'ARS⁴⁸¹. Enfin, l'effectivité du droit à l'information des usagers, par la conservation et la

⁴⁷² *Op. cit.* p. 76.

⁴⁷³ *Ibid.*

⁴⁷⁴ Décret n° 2015-583 du 28 mai 2015 relatif à la procédure de suspension d'activité des centres de santé, Journal officiel n° 0123 du 30 mai 2015.

⁴⁷⁵ *Op. cit.* p. 20.

⁴⁷⁶ « Le nombre de centres de santé dentaires a progressé de 25 % entre 2011 et 2016 ; quand celui relatif aux centres ayant une activité autre que dentaire a diminué. » Source : Daniel, C., Vienne P., Sivarajah, P. (2017) *Les centres de santé dentaires : propositions pour un encadrement améliorant la sécurité des soins*. Rapport IGAS. p.3.

⁴⁷⁷ Daniel, C., Vienne P., Sivarajah, P. (2017) *Les centres de santé dentaires : propositions pour un encadrement améliorant la sécurité des soins*. Rapport IGAS. p. 73.

⁴⁷⁸ *Op. cit.* p. 75.

⁴⁷⁹ La mission invite par ailleurs l'ONCD à modifier le code déontologie qui doit s'adapter à l'exercice salarié. Source : *Op. cit.* p. 75.

⁴⁸⁰ Daniel, C., Vienne P., Sivarajah, P. (2017) *Les centres de santé dentaires : propositions pour un encadrement améliorant la sécurité des soins*. Rapport IGAS. p. 75.

⁴⁸¹ *Op. cit.* p. 75.

transmission des dossiers patients, devrait faire l'objet de la création d'une base juridique spécifique aux centres de santé⁴⁸².

Pour finir, la mission conclut son rapport en reconnaissant la spécificité de l'offre dentaire. Il serait ainsi demandé, pour tout chirurgien-dentiste salarié, l'obligation et non plus la préconisation de souscrire à une Responsabilité civile professionnelle (RCP)⁴⁸³, à l'instar des libéraux et sans renoncer à l'obligation d'assurance de la structure de soins⁴⁸⁴. Enfin, les inspecteurs de l'IGAS invitent les pouvoirs publics à s'intéresser davantage à la santé bucco-dentaire des usagers par la mise en place de programme(s) de Santé publique dédié(s) et de réformes relatives à la prise en charge des soins odontologiques, nécessairement revalorisés et mieux remboursés⁴⁸⁵.

B. Application juridique des recommandations émises par les agents de l'Inspection générale des affaires sociales

Il n'est pas inutile de souligner que quoique remis en 2017 au ministère de la santé, le rapport de l'IGAS « *Les centres de santé dentaires : propositions pour un encadrement améliorant la sécurité des soins* » n'a été rendu public qu'en juillet 2018, suite au recours d'un syndicat de chirurgien-dentiste auprès de la Commission d'accès aux documents administratifs (CADA)⁴⁸⁶. Par ailleurs, les recommandations émises par les inspecteurs de l'IGAS devaient servir de base de réflexion, d'argumentaire et d'écriture à la possibilité permise par la loi n° 2016-41 de légiférer par voie d'ordonnance⁴⁸⁷. C'est par la lecture des documents relatifs à sa publication que l'on se rend compte que les effets de « *l'assouplissement législatif*, »⁴⁸⁸ relatifs

⁴⁸² *Op. cit.* p. 75.

⁴⁸³ Daniel, C., Vienne P., Sivarajah, P. (2017) *Les centres de santé dentaires : propositions pour un encadrement améliorant la sécurité des soins*. Rapport IGAS. p. 75.

⁴⁸⁴ L'article L. 1142-1 du code de la santé publique dispose que « les professionnels exerçant à titre libéral, les établissements de santé, services de santé (...) sont tenus de souscrire une assurance destinée à les garantir pour leur responsabilité civile et administrative susceptibles d'être engagée en raison de dommages subis par des tiers et résultant d'atteintes à la personne, survenant dans l'ensemble de cette activité ».

⁴⁸⁵ *Op. cit.* p. 32.

⁴⁸⁶ La CADA est une autorité administrative indépendante chargée de veiller à la liberté d'accès aux documents administratifs et aux archives publiques ainsi qu'à la réutilisation. La commission peut être saisie par des personnes (physiques ou morales) qui se sont vues opposer une décision défavorable en matière d'accès aux documents administratifs. Source : (2022). Qu'est-ce que la CADA ? CADA. Disponible à l'adresse : <https://www.cada.fr/>

⁴⁸⁷ Article 204 de la loi n° 2016- 41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, Journal officiel, n° 0022, 2016-41 (2016).

⁴⁸⁸ *Ibid.*

aux conditions de création, sont assumés par le gouvernement puisque favorisant des structures indispensables à l'offre bucco-dentaire du pays.

Faisant ainsi suite aux dérives associées à la fulgurance de cette offre⁴⁸⁹ et à des retours d'expérience, l'ordonnance 2018-17⁴⁹⁰ modifie les conditions de création et de fonctionnement des centres de santé, sans remettre en question le régime déclaratif.

En premier lieu, ladite ordonnance les a simplifiées,⁴⁹¹ en rendant facultatives des activités antérieurement obligatoires, comme l'accueil d'étudiants en formation initiale odontologique.

En second lieu, elle les a clarifiées,⁴⁹² en disposant que le gestionnaire du centre de santé doit fournir au directeur général de l'ARS,⁴⁹³ en sus du projet de santé et du règlement intérieur⁴⁹⁴, un engagement de conformité dont le contenu est précisé par arrêté du ministre chargé de la santé⁴⁹⁵ et que nous avons préalablement décrit dans le chapitre précédent.

Il convient de préciser que l'ordonnance du 12 janvier 2018 *relative aux conditions de création et de fonctionnement des centres de santé* ne s'inspire donc que légèrement des recommandations émises par la mission de l'IGAS, eu égard aux données précitées⁴⁹⁶ et que celles relatives aux mesures suspensives feront l'objet d'une démonstration ultérieure.

Par ailleurs, les propositions de refonte relatives aux modalités du salariat en centre de santé dentaires, n'ont pas trouvé grâce auprès des institutions habilitées, à supposer qu'elles n'étaient pas nécessaires puisque redondantes avec le cadre juridique actuel ou qu'elles n'étaient pas sécurisantes pour l'employé puisque « mettant fin » à l'immunité du préposé issue d'une jurisprudence judiciaire de 2004⁴⁹⁷. Il en est de même de la possible évolution de la

⁴⁸⁹ V. partie 2, chapitre 2, section 1.

⁴⁹⁰ Ordonnance relative n° 2018-17 du 12 janvier 2018 relative aux conditions de création et de fonctionnement des centres de santé, Journal officiel n° 0010 du 13 janvier 2018.

⁴⁹¹ Conseil des ministres (2018). Communiqué de presse du Conseil des ministres du 12 janvier 2018 relative aux conditions de création et de fonctionnement des centres de santé.

⁴⁹² Conseil des ministres. (2018). Communiqué de presse du Conseil des ministres du 12 janvier 2018 relative aux conditions de création et de fonctionnement des centres de santé.

⁴⁹³ Article D. 6323-8 du code de la santé publique.

⁴⁹⁴ Article L. 6323-1-10 du code de la santé publique (création).

⁴⁹⁵ Article L. 6323-1-11 du code de la santé publique (création).

⁴⁹⁶ (V. A).

⁴⁹⁷ Cour de cassation, chambre civile 1, du 9 novembre 2004, 01-17.908, Publié au bulletin. La Cour de cassation décide que l'indépendance, dont bénéficie le médecin salarié dans l'indépendance de son art, n'est pas incompatible avec l'octroi d'une immunité. (Articles L. 1242 du code civil et L. 121-12 du code des assurances)

cotation des actes et des conditions de prise en charge, malgré la nouvelle convention des chirurgiens-dentistes libéraux de 2018⁴⁹⁸ applicable aux centres de santé dentaires.

Ces dispositions⁴⁹⁹, qui ont pour but principal de renforcer l'offre de soins de premier recours, en facilitant la mise en place de ces lieux,⁵⁰⁰ n'ont pas changé depuis leur mise en place en 2018. Il convient de savoir si la prise en compte, par les pouvoirs publics, des dérives observées en CDS dentaires associatifs a été suffisante et adaptée à l'aune de l'actualité de ces cinq dernières années (Section II).

⁴⁹⁸ Arrêté du 20 août 2018 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'Assurance maladie, Journal officiel n° 0195 du 25 août 2018.

⁴⁹⁹ Issues d'une concertation auprès des représentants des centres de santé (gestionnaires et professionnels de santé), des ordres professionnels des professions de santé et des fédérations hospitalières.

⁵⁰⁰ Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance n° 2018-17 du 12 janvier 2018 relative aux conditions de création et de fonctionnement des centres de santé, Journal officiel n° 0010 du 13 janvier 2018.

Section II. Du paradoxe des mesures au renforcement de la législation relative à l'encadrement des centres de santé dentaires

Il est opportun de préciser que la législation tend depuis peu à s'emparer des enjeux entourant le fonctionnement des centres dentaires suite aux appels répétés des représentants de la profession, à la question écrite, caduque,⁵⁰¹ d'une sénatrice en mai 2021 relative à la gestion des centres de santé⁵⁰² et à la médiatisation d'un second scandale sanitaire qui conduit les parlementaires à intervenir (§1) et semble prédire des changements juridiques adaptés (§2).

§1. La réforme expresse du Parlement pour actualiser le cadre juridique des centres de santé dentaires

Si les communiqués de mesures suspensives de l'ARS se multiplient⁵⁰³ sans faire l'objet d'une réelle médiatisation, d'autres mis en lumière (A), incitent le Gouvernement et le législateur à intervenir, en comprenant qu'outre des mesures renforcées, le cadre législatif des centres dentaires doit se doter de mesures préventives, en vue d'éviter toute « permission relative » pour les centres dentaires, dévoyés, d'exister et de fonctionner (B).

A. La genèse de l'actualisation de la législation relative aux centres de santé

Dès le 9 juin 2021, l'ARS Bourgogne-Franche-Comté communique sur les mesures prises à l'encontre de centres dentaires associatifs labellisés *Proxidenaire* et nous livre un véritable feuilleton procéduro-juridique. Faisant suite à des signalements de la patientèle⁵⁰⁴ et de l'Ordre départemental⁵⁰⁵, l'inspection sanitaire du 6 juin 2021 conduit les autorités sanitaires

⁵⁰¹ Les questions écrites peuvent être frappées de caducité dans la mesure où ces questions ont été posées depuis plus de deux ans et sont restées sans réponse, ou qu'un changement de Gouvernement ou de législature est intervenu ou qu'une décision *ad hoc* de la Conférence des Présidents a été prise dans ce sens. Source : données ouvertes du Sénat-plateforme (2021). Qu'est-ce que la base de Questions ? data. Sénat. Disponible à l'adresse : <https://data.senat.fr/aide/notice-explicative-questions/>

⁵⁰² La sénatrice de l'Eure-et-Loir, Madame Chantal Deseyne souhaite s'informer des suites données aux recommandations émises par les inspecteurs des affaires sociales, dans leurs rapports de 2016 et 2017 consacrés respectivement à l'affaire Dentexia et aux possibles réformes de l'encadrement des centres de santé dentaires, par le ministère de la santé et de la prévention. Source : Deseyne, C. (2021). *Gestion des centres de santé dentaires*. Question écrite n° 22623, p. 2910, Journal officiel Sénat. Disponible à l'adresse : <https://www.senat.fr/questions/base/2021/qSEQ210522623.html>

⁵⁰³ Dentexia, Dental access (sanction administrative suivie de liquidation judiciaire en 2020), « d'autres encore, dont certains n'ont pas éclaté mais sur lesquels travaillent les autorités policières et judiciaires, en lien avec l'Ordre ». Source : (2021). *Vers la fin des centres déviants*. *ONCD La lettre*, (193), 5-10.

⁵⁰⁴ ARS Bourgogne-Franche-Comté. (2021). *Suspension de l'activité' du centre Proxidenaire de Chevigny-Saint-Sauveur*. *Communiqué de presse du 9 juin 2021*. Disponible à l'adresse : <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/suspension-de-lactivite-du-centre-proxidenaire-de-chevigny-saint-sauveur>

⁵⁰⁵ (2021). *Vers la fin des centres déviants*. *ONCD La lettre*, (193), 5-10.

à prononcer une suspension provisoire d'activités de 2 mois pour « *manquements de nature à mettre en cause la qualité des soins et la sécurité des soins*⁵⁰⁶ ». Pour autant, la mise en demeure de la direction du centre de remédier aux manquements constatés n'étant pas effective, la coopération des services d'inspection sanitaire, d'activité et fiscale met à jour, outre les manquements précédemment constatés⁵⁰⁷, des défauts majeurs d'organisation, des atteintes à la déontologie et à la loi par aliénation de l'indépendance professionnelle, par la réalisation d'actes non conformes aux données acquises de la science⁵⁰⁸ et de pratiques illicites de facturation.⁵⁰⁹ Le couperet tombe le 6 octobre 2021 par une mesure de fermeture définitive qui se substitue aux mesures suspensives précitées, au motif que « l'association *Proxidentaire* n'est pas en mesure d'assurer une gestion des centres garantissant la préservation de la santé publique ». ⁵¹⁰ Il est important de préciser que la collaboration de l'ARS, de l'Assurance maladie et de l'Ordre permet, par ailleurs, la mise en place de mesures permettant la continuité des soins dentaires.

L'action pénale en cours, semble révéler des pratiques commerciales trompeuses mettant en danger la santé humaine, des fraudes à la Sécurité sociale et des soupçons d'exercice illégal de la médecine. Il est opportun de souligner les similitudes avec l'affaire *Dentexia*, quant aux procédés utilisés pour « attirer » la patientèle sur le crédo de l'accessibilité financière d'actes à visée implanto-prothétique. De plus, la direction avait recours à des procédures de recrutements actifs en Tunisie de praticiens, d'origine tunisienne, diplômés essentiellement en Roumanie⁵¹¹. Nous ne pouvons que nous interroger sur la qualité de la formation pratique et déontologique qui leur a été dispensée, (V. partie 1) en rappelant la Jurisprudence de 2000 selon laquelle, ni le consentement du patient ni des considérations liées à ses possibilités financières

⁵⁰⁶ ARS Bourgogne-Franche-Comté. (2021). *Suspension de l'activité' du centre Proxidentaire de Chevigny-Saint-Sauveur*. Communiqué de presse du 9 juin 2021. Disponible à l'adresse : <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/suspension-de-lactivite-du-centre-proxidentaire-de-chevigny-saint-sauveur>

⁵⁰⁷ Ces manquements portent notamment sur la qualification du personnel, les règles d'hygiène et de désinfection, mais aussi les règles de distanciation et les mesures de prévention élémentaires liées à l'épidémie de COVID. Source : ARS Bourgogne-Franche-Comté. (2021). *Suspension de l'activité' du centre Proxidentaire de Chevigny-Saint-Sauveur*. Communiqué de presse du 9 juin 2021. Disponible à l'adresse : <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/suspension-de-lactivite-du-centre-proxidentaire-de-chevigny-saint-sauveur>

⁵⁰⁸ Aboutissant à des actes de mutilation et de délabrements volontaires sur des dents saines ou sans pathologie notables et sans justification médicale.

⁵⁰⁹ ARS Bourgogne-Franche-Comté. (2021). *Centres Proxidentaire de Belfort et Chevigny-Saint-Sauveur : Nouvelles mesures de suspension de l'activité*. Communiqué de presse du 27 juillet 2021. Disponible à l'adresse : <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/centres-proxidentaire-belfort-et-chevigny-saint-sauveur-mesures-de-suspension>.

⁵¹⁰ *Ibid.*

⁵¹¹ Université de Cly. Sources : ONCD (2021). *Les départements face aux centres déviants*. ONCD la lettre, (193), 10-11 et Cherel, L. (2021). Centres dentaires low cost : la dérive de « Proxidentaire ». Cellule investigation de Radio France, publié le 1^{er} octobre 2021. Disponible à l'adresse : <https://www.radiofrance.fr/franceinter/centres-dentaires-low-cost-la-derive-de-proxidentaire-2720000>

ne peuvent autoriser le praticien de l'art dentaire à dispenser des soins non conformes aux données acquises de la science.⁵¹²

B. De l'adoption du Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2022 à la promulgation de la loi de Financement de la sécurité sociale pour 2022

L'annonce du ministre de la Santé M. Olivier Véran⁵¹³ en septembre 2021 semble préfigurer un retour à la prudence quant à la croissance exponentielle de ces lieux de soins qui sont, selon ses dires, « *de l'escroquerie et un danger public* » et nécessitent une attention accrue des ARS, une facilitation des actions en justice et une vigilance quant à la possibilité des gestionnaires de développer d'autres centres⁵¹⁴.

C'est dans ce contexte que des amendements relatifs aux centres de santé sont insérés aux articles 70 et 71 du chapitre IV (*Renforcer l'accès aux soins et les actions de prévention*) du Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFS) 2022⁵¹⁵ relatif *aux crises sanitaire et économique*⁵¹⁶. Il est utile de préciser que le contrôle de constitutionnalité du 16 décembre 2021 n'a pas retenu l'article 70 du PLFSS pour 2022, au motif que les dispositions de ledit article n'auraient pas d'effets ou des effets trop indirects sur les dépenses des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement⁵¹⁷. En d'autres termes le Conseil Constitutionnel le qualifie de « cavalier législatif »⁵¹⁸. C'est ainsi que seules les dispositions de l'article 71 améliorant l'encadrement juridique des centres de santé (dentaires associatifs) entrent en vigueur le 24 décembre 2021, par la promulgation de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2022.⁵¹⁹

⁵¹² Cour de Cassation, 1^{ère} chambre civile, 19 décembre 2000, 99-12.403, Publié au bulletin.

⁵¹³ Ministre des Solidarités et de la Santé du 16 février 2020 au 20 mai 2022.

⁵¹⁴ Cherel, L. (2021). Les pratiques douteuses des centres dentaires low cost « Proxidentaire ». France bleu, enquête publiée le 1^{er} octobre 2021. Disponible à l'adresse : <https://www.francebleu.fr/infos/faits-divers-justice/les-pratiques-douteuses-des-centres-dentaires-low-cost-proxidentaire-1633032621>

⁵¹⁵ Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 n° 716 du 29 novembre 2021 (texte définitif). Disponible à l'adresse : https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/115t0716_texte-adopte-seance#D_Article_70

⁵¹⁶ Qui a pour objet principal la « traduction de l'action du gouvernement pour lutter contre la crise sanitaire et économique. » Source : Compte rendu du conseil des ministres du 7 octobre 2021. Disponible à l'adresse <https://www.gouvernement.fr/conseil-des-ministres/2021-10-07#financement-de-la-securite-sociale-pour-2022>

⁵¹⁷ Décision n° 2021-832 DC du 16 décembre 2021, Journal officiel n° 0299 du 24 décembre 2021.

⁵¹⁸ Expression imagée d'origine britannique (« rider ») désignant une disposition sans lien avec les autres dispositions du texte dans lequel elle est insérée et qui, ayant enfourché cette montre passe l'obstacle du vote en même temps qu'elle. Source : (2020) Lexique des termes juridiques : 2020-2021 (28^{ème} édition). Dalloz.

⁵¹⁹ Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022, Journal officiel, n° 0299 du 24 décembre 2021.

Ledit article de la présente loi modifie l'article L. 6323-12 du code de la santé publique en octroyant des pouvoirs supplémentaires de sanctions administratives et financières au DGARS, en cas de manquements constatés aux engagements de conformité. Il est précisé que le produit de la sanction financière, qui ne peut excéder 150 000 €, est affecté à la CNAM et que ces mesures sanctionnatrices peuvent être publiées sur le site internet de l'ARS ou de la structure à titre informatif. Par ailleurs, l'article L. 162-32 du code de la sécurité sociale dispose de mettre fin au conventionnement implicite, en précisant qu'un centre de santé non conventionné est autorisé à dispenser des soins remboursés par l'Assurance maladie sur la base de tarifs d'autorité fixés par arrêté ministériel. On ne peut que comprendre l'avis favorable de la commission des affaires sociales de la « *traduction rapide en loi de financement de sécurité sociale des propositions de l'Assurance maladie dans la lutte contre les détournements du modèle des centres de santé* »⁵²⁰ quand on sait qu'outre les dommages sanitaires, de telles dérives incitent les organismes d'assurance maladie à des actions de recours contre tiers parfois difficiles à obtenir et que les ARS contribuent, par ailleurs, au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM).⁵²¹

§. 2 Veille juridique à l'aune de l'actualité politique

Citons Madame Bourguignon⁵²² au sujet de l'adoption du PLFSS pour 2022 et à l'issue de la navette parlementaire, le 29 novembre 2021 : « *Ce travail en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins n'implique aucunement de transiger sur la qualité et sur la sécurité des actes.* »⁵²³

L'actualité juridique nous informe que, ni les parlementaires ayant opté « *pour un renforcement de la régulation en vue de mettre un terme à des pratiques opportunistes parfois révoltantes* »⁵²⁴ (A) ni les Sages (B) ne soutiennent la création ou le fonctionnement de ces structures aux pratiques contraires à la santé publique.

⁵²⁰ Jacotot, D. (2022). *Centres de santé avec activité dentaire : les mesures de régulation*. ONCD la lettre, (195), 25-28.

⁵²¹ Article L. 1431-1 du code de la santé publique.

⁵²² Alors ministre déléguée chargée de l'autonomie. (Et future ministre de la santé de santé pendant le premier gouvernement Borne du 20 mai 2022 au 3 juillet 2022)

⁵²³ Assemblée nationale (2021). 1^{ère} séance du 29 novembre 2021. Compte rendu intégral. Disponible à l'adresse : <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/comptes-rendus/seance/session-ordinaire-de-2021-2022/premiere-seance-du-lundi-29-novembre-2021#2699701>

⁵²⁴ *Ibid.*

A. Proposition de loi visant à améliorer l'encadrement des centres de santé

En retenant que la simplification des conditions d'ouverture a, certes, conduit pour la majorité des cas à améliorer l'accès aux soins, des députés de l'Assemblée nationale soulignent dans une proposition de loi enregistrée le 22 février 2022⁵²⁵ que cela « *a mené en réalité à de nombreuses pratiques contraires à la réglementation.* » Le texte, qui reprend l'article 70 du PLFSS 2022, "revoqué" par le Conseil Constitutionnel, ne vise que les centres de santé dentaires et les centres ophtalmiques⁵²⁶ qui concentrent l'essentiel des dérives.

L'article 1^{er} de la proposition de loi *visant à améliorer l'encadrement des centres de santé* rétablirait la condition de l'agrément préalable. Cette disposition nous interpelle sur la probabilité restreinte de mettre en place des procédés similaires à l'autorisation sanitaire et la certification réservés, pour partie, aux établissements de santé et qui mobilisent l'essentiel des effectifs des inspections sanitaires.

La création d'un responsable de la qualité et de la sécurité des soins parmi les chirurgiens-dentistes salariés du centre permettrait d'informer l'ARS en cas de divers manquements. Cette disposition, permise par l'article 2, créerait une qualification professionnelle de "lanceur d'alerte" et sanctuariserait les obligations déontologiques de tout praticien. Toutefois, il est difficile d'apprécier de sa faisabilité, à l'aune des conditions de recrutement, de rémunérations⁵²⁷ et d'exercice pour les praticiens investis par cette mission et dont les principes d'indépendance professionnelle pourraient être plus difficiles à appliquer.

Par son article 3, il serait demandé au responsable légal de la structure de soin de transmettre, en sus du projet de santé, les copies des contrats de travail des chirurgiens-dentistes employés directement à l'ARS en question. Ce serait, ainsi, le DGARS qui fournirait lesdits contrats et diplômes à l'Ordre départemental, chargé d'émettre un avis au regard de la déontologie. Il est permis de s'interroger sur la nécessité d'une telle disposition, qui rappelle les missions effectives de l'Ordre et laisse entendre un défaut de coordination entre les deux intervenants.

⁵²⁵ Khattabi, F., Mesnier, T., Dumas, F. et al. (2022). *Proposition de loi visant à améliorer l'encadrement des centres de santé*. Enregistrée à la Présidence de l'Assemblée nationale le 22 février 2022

⁵²⁶ Il existe une montée d'inquiétude, de la part des financeurs et des autorités sanitaires, quant à la hausse observée de créations de centres à activité ophtalmique.

⁵²⁷ Rares sont les ETP ou les praticiens au fixe. (V. partie 1)

Enfin, l'article 4 disposerait, par des prérogatives renforcées du DGARS, des mesures suspensives partielles ou définitives infligées à un gestionnaire de centre dentaire, empêchant ce dernier de créer antenne ou nouvelle structure.

La finalité de la proposition de loi *visant à améliorer l'encadrement des centres de santé*, présentée notamment par Madame Fadila Khattabi⁵²⁸ et Monsieur Thomas Mesnier⁵²⁹, serait de durcir les conditions d'ouverture des centres de santé dentaires (et ophtalmiques) à travers les quatre articles qu'elle contient.

B. Une décision du Conseil Constitutionnel

La proposition de loi précitée *visant à améliorer l'encadrement des centres de santé* semble avoir été éclipsée, à ce jour, par le conflit russo-ukrainien et les élections présidentielle et législative du printemps 2022.

Pour autant, par une Question prioritaire de constitutionnalité (QPC) rendue publique le 3 juin 2022⁵³⁰, le Conseil Constitutionnel avait été saisi le 14 avril 2022, dans les conditions prévues à l'article 61-1 de la Constitution, par la Cour de cassation suite à l'arrêt rendu le 1^{er} juillet 2021 par la cour d'appel de Paris dans une instance opposant l'Association pour le développement de l'accès aux soins dentaires aux instances de la profession et autres syndicats⁵³¹. Ladite association, dont l'objet est la création et la gestion des centres de santé contestait, par cette QPC, le second alinéa de l'article L. 6323-1-9 du code de la santé publique, qu'elle considérait non conforme aux principes d'égalité à valeur constitutionnelle.

Le Conseil Constitutionnel a dû se prononcer sur la différence de normes juridiques existant entre les structures sanitaires de proximité, que sont les centres de santé, et les professionnels de l'art dentaire soumis, notamment, au code de déontologie. Ledit article, qui dispose par son second alinéa que « *toute publicité en faveur des centres de santé est*

⁵²⁸ Madame Fadila Khattabi est présidente de la commission des Affaires sociales de l'Assemblée Nationale (22 juillet 2020-)

⁵²⁹ Monsieur Thomas Mesnier, médecin urgentiste, siège à l'Assemblée Nationale depuis 2017.

⁵³⁰ Décision n° 2022-998 QPC du 3 juin 2022.

⁵³¹ Cour d'appel de Paris, Pôle 4- chambre 9-a, 1^{er} juillet 2021, n° 17/15137

*interdite*⁵³² », a été introduit par l'ordonnance n°2018-17⁵³³ en vue d'empêcher toute mise en avant excessive des conditions de prise en charge dispensées dans les structures au risque de développer une pratique intensive de soins contraires à leur mission et de nature à porter atteinte à la qualité des soins dispensés.⁵³⁴

En considérant que l'intérêt général, ici poursuivi, est une dérogation permise par le principe de l'article 6 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 qui dispose que « *la loi doit être la même pour tous, soit qu'elle protège soit qu'elle punisse* », la méconnaissance du principe d'égalité, décrit supra, et l'atteinte à la liberté d'entreprendre invoquées par les requérants de l'association loi 1901 n'ont pas été retenues.

Cette décision met fin à la requête de l'association qui contestait le motif de concurrence déloyale, retenu par la Cour d'appel de Paris et précise que, si le décret du 20 décembre 2020⁵³⁵ a permis à tout praticien de l'art dentaire d'avoir recours à des procédés de communication encadrés par leurs pairs⁵³⁶ en rappelant que « *la profession de chirurgien-dentiste ne doit pas être pratiquée comme un commerce* »⁵³⁷, les gestionnaires de centres de santé, n'étant pas soumis à la Déontologie, ne peuvent en disposer.

Il convient de préciser que quoique « *toute publicité en faveur des centres de santé est interdite*⁵³⁸ », le premier alinéa de l'article 6323-1-9 dispose que « *l'identification du lieu de soin à l'extérieur des centres de santé et l'information du public sur les activités et les actions de santé ou sociales mises en œuvre, sur les modalités et les conditions d'accès aux soins (...) sont assurées par les centres de santé* », ce qui correspond à un encadrement de la communication de ces structures sanitaires de proximité que sont les centres de santé dentaires associatifs.

⁵³² Article L. 6323-1-9 du code de la santé publique.

⁵³³ Ordonnance n° 2018-17 du 12 janvier 2018 relative aux conditions de création et de fonctionnement des centres de santé, Journal officiel n° 0010 du 13 janvier 2018.

⁵³⁴ Motif n°7 du fondement de la décision du Conseil Constitutionnel. Source : Décision n° 2022-998 QPC du 3 juin 2022.

⁵³⁵ Décret n° 2020-1658 du 22 décembre 2020 portant modification du code de déontologie des chirurgiens-dentistes et relatif à leur communication professionnelle, Journal officiel n° 0311 du 24 décembre 2020.

⁵³⁶ Il convient de préciser que l'existence du décret n° 2020-1658, qui modifie ou crée 11 articles du code de déontologie des chirurgiens-dentistes, permet la mise en conformité des normes internes avec la législation européenne (directive UE 2015/1535).

⁵³⁷ Article R. 4127-215 du code de la santé publique.

⁵³⁸ Article L. 6323-1-9 du code de la santé publique.

CONCLUSION

« La plupart des gens attendent d'avoir mal aux dents pour aller chez le dentiste. La plupart des sociétés attendent d'être dérangées par les victimes pour entreprendre des réformes. » Charles ISSAWI⁵³⁹ (1970).

Le régime déclaratif mis en place par la loi HPST en 2009 n'a finalement pas permis un meilleur maillage territorial des activités bucco-dentaires sur le sol français et la participation des odontologistes dans la prise en charge coordonnée des patients, facilitée en centres de santé polyvalents et en maison de santé pluriprofessionnelle.

En effet, les centres de santé créés depuis 2010 sont principalement des centres de santé à activité dentaire et à structure associative dont l'augmentation manifeste est objectivée depuis la mise en place de l'Observatoire national des centres de santé en 2017.

L'attractivité de ces structures sanitaires de proximité est forte auprès de la population qui est capable de se déplacer, quand cela lui est possible, pour accéder aux conditions de prise en charge financière d'actes peu remboursés par le système d'Assurance maladie.

Cependant, outre l'inquiétude d'un changement de mode d'exercice professionnel d'une discipline peu habituée au salariat, la crainte émise par les représentants de la profession s'est confirmée. L'"effet d'aubaine", permis par la loi HPST, a été saisi par des gestionnaires mercantiles peu soucieux de répondre aux droits de leurs préposés et aux droits des malades⁵⁴⁰.

⁵³⁹ Charles ISSAWI (1916-2000) était économiste et historien du Moyen-Orient à l'Université de Columbia et à l'Université de Princeton aux Etats-Unis.

⁵⁴⁰ Daniel, C., Paris, P. & Vienne, P. (2016). *L'association Dentexia, des centres de santé dentaires en liquidation judiciaire depuis mars 2016 : impacts sanitaires sur les patients et propositions*. Rapport IGAS. p. 50.

Les subventions, complémentaires au paiement à l'acte, destinées à améliorer la viabilité financière des centres de santé n'ont pas permis de sécuriser l'offre de soins bucco-dentaire proposée dans ces structures nouvellement créées. La déviance de certaines structures, observée dès 2015, demeure en 2022 par la mise en lumière d'un nouveau scandale sanitaire et contraint le législateur à admettre que les mesures mises en place en 2018 n'ont pas été suffisantes et n'ont pas abouti à un « *équilibre satisfaisant en favorisant le renforcement de l'offre de soins de premier recours, tout en sécurisant, au bénéfice des patients, les conditions de création, de fonctionnement et de gestion des centres de santé*⁵⁴¹ ».

L'actualité juridique montre l'intérêt des législateurs et des pouvoirs publics pour ces structures et expose un triste constat pour la profession de chirurgien-dentiste : l'évolution juridique relative à l'encadrement des centres de santé est consubstantielle à l'offre de soins bucco-dentaires.

La question est de savoir si la problématique entourant l'essor florissant des centres de santé dentaires associatifs sera prise en compte, à sa juste valeur, par le législateur. Il s'agirait, en sus de sécuriser la prise en charge des usagers de ces structures sanitaires de proximité, de clarifier leurs missions, leurs organisations et leurs places au sein de l'offre de soin ambulatoire, quitte à engager d'autres réformes, plus générales et pleinement spécifiques à l'Odontologie.

⁵⁴¹ Réponse du Ministère des solidarités et de la santé publiée dans le Journal officiel du Sénat du 22 novembre 2018 – page 5921 à la question de : Gold, E. (2018). *Encadrement des centres de santé bucco-dentaires « low cost »* Question écrite n° 07634 du 8 novembre 2018, p 5642, Journal officiel Sénat. Disponible à l'adresse : <https://www.senat.fr/questions/base/2018/qSEQ181107634.html>

ANNEXES

ANNEXE 1 : La réforme du 100 % santé dentaire

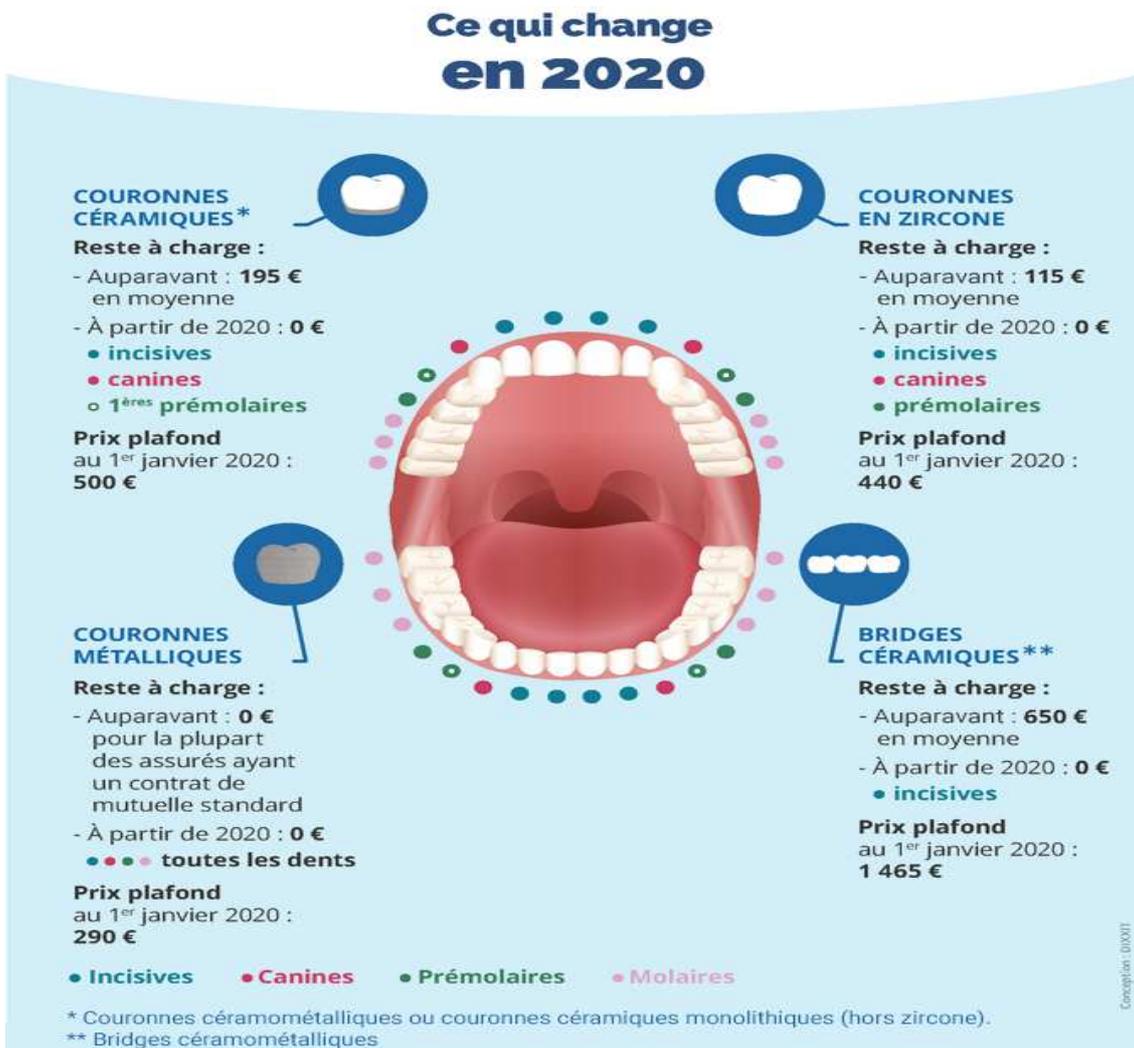


Figure 1 : Le 100 % pour la prothèse fixe



Figure 2 : Le 100 % santé pour la prothèse amovible

ANNEXE 2 : La subvention forfaitaire des centres de santé dentaires permise par l'accord national des centres de santé de 2015

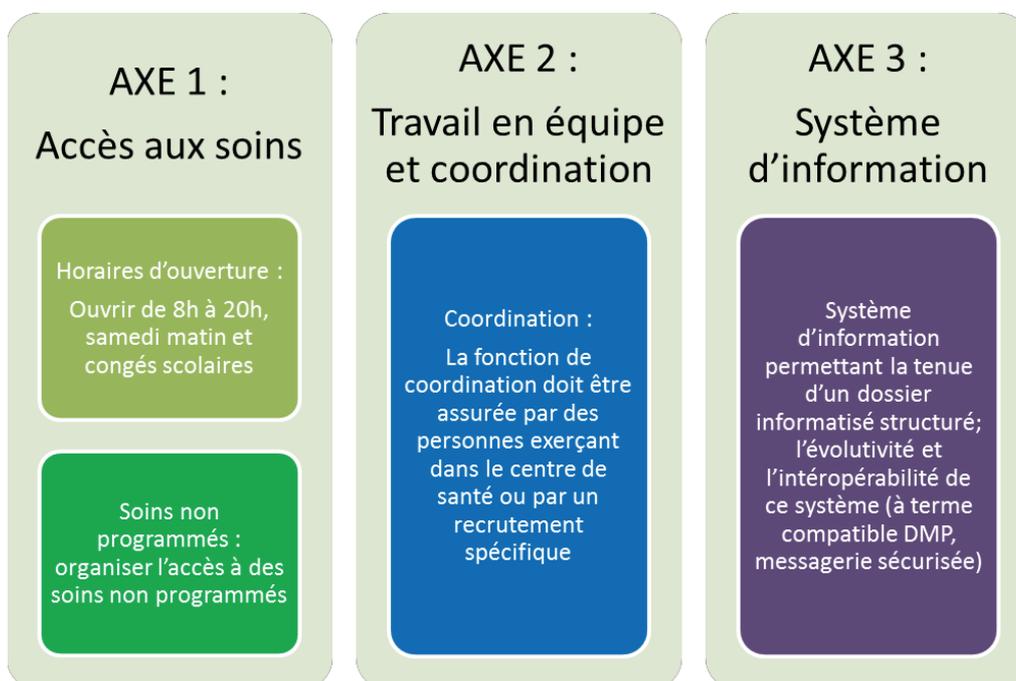


Figure 3 : Les indicateurs « socles et prérequis » (bloc commun principal)

ANNEXE 3 : Appel à cotisation pour l'année 2022 (ONCD)

Chère Consoeur, Cher Confrère,

Depuis le 1er janvier 2018 et conformément aux nouvelles dispositions de l'article L 4122-2 du code de la santé publique, la cotisation ordinaire est à régler au Conseil national de l'ordre, **au plus tard le 31 mars de l'année en cours.**

Le montant de la cotisation ordinaire pour l'année 2022 est fixé à :

- Personnes physiques et morales (SELARL et SCP) inscrites au Tableau : **431 €**
- Société de participations financières de professions libérales (SPFPL) : **215,50 €**
- Praticiens retraités non exerçants et ayant liquidés leurs droits à la retraite : **117,50 €** (cette cotisation minorée a été reconduite par l'abandon de la part nationale de la cotisation, afin que les chirurgiens-dentistes qui le souhaitent puissent rester en contact avec la profession).

Cette augmentation va permettre aux CDO comme aux CRO de compenser pour partie l'accroissement inévitable des charges annuelles de fonctionnement et au CNO de lui permettre de faire face au coût induit par l'augmentation du nombre des procédures contre les « centres de santé dits déviants ».

Nous vous recommandons le paiement sécurisé en ligne à l'adresse suivante :

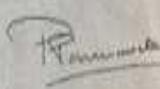
<https://cotisation.ordrechirurgiens-dentistes.fr> qui vous permettra d'obtenir immédiatement votre attestation de règlement ainsi que votre caducée.

Cependant, pour un règlement par chèque (**non souhaité et très chronophage en cette période de crise sanitaire**) libellé à l'ordre de «ONCD», il faudra joindre le coupon détachable dans l'enveloppe ci-jointe. Votre attestation de règlement sera disponible sous quinzaine sur le site indiqué ci-dessus et accessible en saisissant le Numéro d'Appel.

Veuillez agréer, chère Consoeur, cher Confrère, l'expression de mes meilleurs sentiments confraternels.

Année	Montant à régler
2022	431,00 €
Total	431,00 €

Le Président



BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

- Apollis, B., Truchet D. (2020). *Droit de la santé publique*. (4^e édition). Dalloz.
- Bchir, A., Bene, T., Ben salem, K. et al. (1999). Les centres de santé. Pertinence et Modernités. *Prévenir*, 2(37).
- Delprat, L. (2019). *Centres de santé. Guide pour les élus, les professionnels de santé et les porteurs de projet*. Parresia.
- Hervé, C., Stanton-Jean, M., Mamzer, M-F., et al. (2015). *Les inégalités sociales et la santé. Enjeux juridiques, médicaux et éthiques*. Dalloz.
- Keller, C., Moquet-Anger, M-L., Villeneuve, P. (2017). *L'épreuve de droit hospitalier*. Presses de l'EHESP.
- Limousin, M. (2010). *Les centres de santé en mouvement*. Le temps des cerises.
- Moquet-Anger, M-L. (2021). *Droit hospitalier*. (6^e édition). LGDJ.
- Savatier, R., Auby, J-M., Savatier, J. et al (1956). *Traité de droit médical. Revue internationale de droit comparé, volume 1*. Éditions Techniques.
- Vignerou, E. (2014). *Les centres de santé : une géographie rétro prospective*. FEHAP.

ARTICLES ET CHRONIQUES

- Afrite, A., Bourgueil, A., Dufournet, M., Mousquès, J. (2011). Les personnes recourant aux 21 centres de santé de l'étude Epidaure-cds sont-elles plus précaires ? *Questions d'économie de la santé* (165). Mai 2011.
- Bartala, M. (2022). Une politique incompréhensible. *L'Information dentaire*, 104(17-18), 10.
- Bizard, F. (2016). Que font les Ocam de votre argent ? *Complémentaires santé*, 33-68.
- Chaupain-Guillot, S., Guillot O., Jankeliowitch-Laval, E. (2014). Le renoncement aux soins médicaux et dentaires : une analyse à partir des données de l'enquête SRCV. *Économie et statistique*. (469-470), 169-197

Chibani-Jacquot, P. (2018). La nouvelle jeunesse des centres de santé. *Alternatives Économiques*, (385), 52.

Colin, M-P., Acker, D. (2009). Les centres de santé : une histoire, un avenir. *SFSP*, (21), 57-65.

(2021) Interview : Philippe Pommarède, Président du conseil national. *ONCD la lettre*, (191), 4-9.

Jacotot, D. (2022). *Centres de santé avec activité dentaire : les mesures de régulation*. *ONCD la lettre*, (195), 25-28.

Le Gall, C. (2013). Le « low cost » passe à l'offensive. *La Gazette santé social*, (95), 20-27

Pirnay, P (2012). Soins low cost ou soins right cost. *L'information dentaire* (23), 30-31

Pommarède, P. (2022) Appel aux candidats à la présidentielle. *ONCD La Lettre*, Mars 2022, 3.

(2021). *Les départements face aux centres déviants*. *ONCD la lettre*, (193), 10-11

(2022). Qualité de l'enseignement : en progrès mais peut mieux faire... *ONCD La Lettre*, (199), 14-15.

(2022). 80 centres sous surveillance. *L'information dentaire*, (17/18), 12.

Rouxin, Claude. (1999). Interrogations sur l'avenir des centres de santé municipaux. In *Les centres de santé. Pertinence et modernité. Prévenir*, (37), 7-12.

(2022). Une charte pour maintenir la confiance des patients. *ONCD La lettre*, Mars 2022, 4-5.

(2021). *Vers la fin des centres déviants*. *ONCD La lettre*, (193), 5-10.

(2022). Vers la mise en place d'un annuaire de l'accessibilité des cabinets. *L'Information dentaire*, 104(26), 10

(2022). Vives interrogations sur les implications de la stratégie OMS. *ONCD La lettre*, (199) juillet-août, 12-13.

Vyv dentaire (2022). Vous recherchez le confort et la sécurité du salariat en gardant l'autonomie de l'exercice libéral ? Rejoignez-nous ! *l'information dentaire*, 104(24-25), 13.

TRAVAUX UNIVERSITAIRES

Assili, S. (2014). *Une dentisterie à bas prix : le tourisme dentaire et la tendance low-cost*. [Thèse en vue du diplôme d'état de docteur en chirurgie dentaire, Université de Lorraine]

Barlet, C. (2020). Place et rôle de l'inspection-contrôle dans le champ des établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux. [Thèse, droit. Université de Rennes 1]

Bas, A-C. (2018). *Le marché de soins bucco-dentaires en France*. [Thèse de doctorat, Économies et finances, Université Paris sciences et lettres]

ENSP. (2000). *Comment améliorer la prise en charge des soins dentaires de la population ?* [Mémoire, Rennes, ENSP]

Launay, A., Moreau, C. (2017). *La formation initiale des chirurgiens-dentistes en Europe : comparaison à travers l'analyse des modèles espagnol, finlandais et français*. [Thèse en vue du diplôme d'état de docteur en chirurgie dentaire, Université Rennes 1]

Mazevet, M. (2016). *Évaluation de la pratique clinique dans le cursus des études en odontologie au sein de l'Union Européenne*. [Thèse en vue du diplôme d'état de docteur en chirurgie dentaire, Université Rennes 1]

Schaefer, J. (2010). *Obligations légales relatives aux normes des cabinets dentaires*. [Thèse en vue du diplôme d'état de docteur en chirurgie dentaire, Université de Lorraine]

Valougeorgis, G. (2019). *Les centres municipaux de santé, une offre de soins particulière*. [Thèse, diplôme d'État de docteur en chirurgie dentaire. Université Paris Descartes]

DICTIONNAIRES

Callu, M-F., Girer M., & Rousset, G. (2017). *Dictionnaire de droit de la santé. Secteurs sanitaire, médico-social et social*. LexisNexis.

Larousse. fr

(2020-2021). *Lexique des termes juridiques* (28^e édition). Dalloz.

DOCUMENTS OFFICIELS

AVIS

Avis portant approbation de l'accord national destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses nationales d'assurance maladie (2003), Journal officiel, n° 93 du 19 avril 2003.

Avis du 30 septembre 2015, relatif à l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie, Journal officiel, n° 0226.

DECISIONS

CAA Paris, 10 nov 2011, n°11PA01228.

CE 21 novembre 2016, n° 386249 B.

CE, 4^{ème}-1^{ère} chambres réunies, 29/05/20 n°422956.

Civ. 1^{ère}, 4 février 2015, n°14-10-337.

Civ., 2^{ème}, 14 février 2013, n° 12-13.743.

Cour d'appel de Paris, Pôle 4- chambre 9-a, 1^{er} juillet 2021, n° 17/15137.

Cour de Cassation, 1^{ère} chambre civile, 19 décembre 2000, 99-12.403, Publié au bulletin.

Cour de cassation, chambre civile 1, du 9 novembre 2004, 01-17.908, Publié au bulletin

CJCE du 4 juillet 2000 n°C-424/97.

CJUE, 25 février 2021, affaire C-940/19.

Décision n°2015-727 DC du 21 janvier 2016.

Décision n° 2021-832 DC du 16 décembre 2021, Journal officiel n° 0299 du 24 décembre 2021.

Décision n° 2022-998 QPC du 3 juin 2022.

TGI Aix en Provence, 1^{ère} civ., 4 mars 2016 n° 15/06352, Association DENTEXIA, URSSAF PACA, URSSAF BOURGOGNE/Association DENTEXIA représentant des salariés.

Tribunal des conflits 9 juin 1986 n° 02418.

DOSSIERS DE PRESSE

Ministère des affaires sociales et de la santé (2016). Remise du rapport IGAS sur l'affaire Dentexia : Marisol Touraine annonce des mesures pour renforcer la prise en charge des patients. Communiqué de presse du 27 juillet 2016.

Ministère des solidarités et de la santé (2019). La nouvelle complémentaire santé solidaire entre en vigueur le 1^{er} novembre : plus simple, plus large et plus protectrice pour un meilleur accès aux soins. Communiqué de presse.

Conseil des ministres (2018). Communiqué de presse du 12 janvier 2018 relative aux conditions de création et de fonctionnement des centres de santé.

RAPPORTS

Abad, M., Véret, M. & Veyron J-H. (2021). *Centres de santé pluriprofessionnels. Leviers et bonnes pratiques organisationnelles en faveur de l'équilibre économique*. ANAP-juin 2021.

Daniel, C., Vienne P., Sivarajah, P. (2017) *Les centres de santé dentaires : propositions pour un encadrement améliorant la sécurité des soins*. Rapport IGAS.

Daniel, C., Paris, P. & Vienne, P. (2016). L'association Dentexia, des centres de santé dentaires en liquidation judiciaire depuis mars 2016 : impacts sanitaires sur les patients et propositions. Rapport IGAS.

Fauchier-Magnan, E., Mejane, J., Roger, J., & Viossat, L-C. (2017). *Évaluation de la généralisation du tiers payant*. Rapport IGAS.

Georges, P. & Waquet, C. (2013). *Les centres de santé : Situation économique et place dans l'offre de soins de demain*. Rapport IGAS.

SOURCES ELECTRONIQUES

Les actualités. (2022). Les centres de santé communautaires font face à des problèmes après la fin de l'urgence de santé publique. Publié le 26 mai 2022. Disponible à l'adresse : <https://lesactualites.news/sante/les-centres-de-sante-communautaires-font-face-a-des-problemes-apres-la-fin-de-lurgence-de-sante-publique/>

Améli. (2020). Centre de santé dentaire-Rémunération forfaitaire spécifique-Accord national. Guide méthodologique de la CNAM. Disponible à l'adresse : https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/722982/document/remuneration-forfaitaire-specifique-centre-sante-dentaire_assurance-maladie.pdf

Améli. (2022). Soins dentaires : comprendre le 100 % Santé. Disponible à l'adresse : <https://www.ameli.fr/paris/assure/remboursements/rembourse/soins-protheses-dentaires-optique-audition/soins-dentaires-comprendre-le-100-sante>

ARS Bourgogne-Franche-Comté. (2021). Centres Proxidentaire de Belfort et Chevigny-Saint-Sauveur : Nouvelles mesures de suspension de l'activité. Communiqué de presse du 27 juillet 2021. Disponible à l'adresse : <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/centres-proxidentaire-belfort-et-chevigny-saint-sauveur-mesures-de-suspension>.

ARS Bourgogne-Franche-Comté. (2021). Suspension de l'activité du centre Proxidentaire de Chevigny-Saint-Sauveur. Communiqué de presse du 9 juin 2021. Disponible à l'adresse : <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/suspension-de-lactivite-du-centre-proxidentaire-de-chevigny-saint-sauveur>

Assemblée nationale. (2021). 1^{ère} séance du 29 novembre 2021. Compte rendu intégral. Disponible à l'adresse : <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/comptes-rendus/seance/session-ordinaire-de-2021-2022/premiere-seance-du-lundi-29-novembre-2021#2699701>

Assurance maladie-améli. (2020). Rapport annuel d'activité de l'assurance maladie. Médiation. 2020. Disponible à l'adresse : <https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/rapportmediation2020.pdf>

ATIH. (2013). L'ATIH : un pôle d'expertise. Disponible à l'adresse : <https://www.atih.sante.fr/l-atih/presentation>.

Auché, J-H. (2017). Guide pratique du contrôle d'activité par les caisses d'Assurance maladie à l'attention des chirurgiens-dentistes. Disponible à l'adresse : <https://www.ah-avocats.fr/wp-content/uploads/2016/06/GUIDE-PRATIQUE-POUR-LES-MEDECINS-ET-CHIRURGIENS-en-cas-de-contrôle-dactivit e-.pdf>

Barbieri, S. (2019). Protocole de nettoyage de l'unité dentaire : la désinfection des circuits d'aspiration. *Zhermack Dental magazine*. Disponible à l'adresse : <https://magazine.zhermack.com/fr/hygiene-fr/protocole-nettoyage-unite-dentaire-desinfection-circuits-aspiration/>

Blanc, C. (2022). Encadrement des centres de santé dentaires. *MACSF*. Publié le 20 janvier 2021. Disponible à l'adresse : <https://www.macsf.fr/exercice-liberal/exercer-en-groupe/encadrement-centres-sante-dentaires>

Bourgueil, Y., Mousquès, J. (2011). Projet Épidaure-CDS. Évaluation de l'apport des centres de santé en termes d'accès aux soins et de réduction des inégalités. Principaux résultats. Étude de l'IRDES. Disponible à l'adresse : <https://www.fncs.org/sites/default/files/pdf/2015/NoteSyntheseEpidaureJuillet2011.pdf>

CADA. (2022). Qu'est-ce que la CADA ? Disponible à l'adresse : <https://www.cada.fr/>

Castex, J. (2021). Discours de M. Jean Castex, Premier ministre. Hôtel de Matignon, Service de communication. Prononcé le 2 décembre 2021. Disponible à l'adresse : https://www.gouvernement.fr/upload/media/default/0001/01/2021_12_discours_de_m._jean_castex_premier_ministre_-_angouleme_-_02.12.2021.pdf

Cherel, L. (2021). Centres dentaires low cost : la dérive de « Proxidentaire ». *Cellule investigation de Radio France*, publié le 1^{er} octobre 2021. Disponible à l'adresse : <https://www.radiofrance.fr/franceinter/centres-dentaires-low-cost-la-derive-de-proxidentaire-2720000>

CNAMTS. (2012). Charte du contrôle de l'activité des professionnels de santé par l'assurance maladie. Disponible à l'adresse : <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/4894/document/charte-contrôle-activité-assurance-maladie.pdf>

Coppoletta, R. & Le Palud, V. (2014). Qualité et accessibilité des soins de santé : qu'en pensent les Français ? Rapport DREES. Disponible à l'adresse : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/qualite-et-accessibilite-des-soins-de-sante-que-pensent-les-0>

Deseyne, C. (2021). *Gestion des centres de santé dentaires*. Question écrite n° 22623, p 2910, Journal officiel Sénat. Disponible à l'adresse : <https://www.senat.fr/questions/base/2021/qSEQ210522623.html>

Direction de l'information légale et administrative. (2022). *Complémentaire santé solidaire (ex-CMU-C)*. Disponible à l'adresse : <https://www.demarches.interieur.gouv.fr/particuliers/complementaire-sante-solidaire-ex-cmu-c>

Données ouvertes du Sénat-plateforme (2021). Qu'est-ce que la base de Questions ? data. Sénat. Disponible à l'adresse : <https://data.senat.fr/aide/notice-explicative-questions/>

DREES. (2019). Les dépenses de santé en 2019. Résultats des comptes de la santé. Disponible à l'adresse : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-reference/panoramas-de-la-drees/les-depenses-de-sante-en-2019-resultats>

EHESP. (2022). Organisation et inspection des cabinets dentaires et centres de santé dentaire. Formation. : Nouveauté du catalogue de formation de l'année 2022. Disponible à l'adresse : <https://formation-continue.ehesp.fr/formation/organisation-et-inspection-des-cabinets-dentaires-et-centres-de-sante-dentaire/>

FEDCAR. (2022). La FEDCAR est la Fédération des Autorités Compétentes et Régulateurs Dentaires Européens. Disponible à l'adresse : <https://fedcar.eu/fr/>

FNCS. (2018). Observatoire national des Centres de santé. Les chiffres 2018. Disponible à l'adresse : https://www.fncs.org/sites/default/files/Bilan_de_lobservatoire_des_CDS_2018_publicie_site_FNCS.pdf

Gold, E. (2018). *Encadrement des centres de santé bucco-dentaires « low cost »*. Question écrite n° 07634 du 8 novembre 2018, p 5642, Journal officiel Sénat. Disponible à l'adresse : <https://www.senat.fr/questions/base/2018/qSEQ181107634.html>

Gouvernement. (2021) Compte rendu du conseil des ministres du 7 octobre 2021. Disponible à l'adresse : <https://www.gouvernement.fr/conseil-des-ministres/2021-10-07#financement-de-la-securite-sociale-pour-2022>

HCSP. (2022). Emmanuel Vigneron. Publié le 20 juillet 2022. Disponible à l'adresse : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/personne?clef=596>

INSEE. (2022). Composantes de la croissance démographique, France. Disponible à l'adresse : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6037741?sommaire=6036447>

Lamy, G. (2016). Dentexia : le vrai scandale des « sans dents ». *Le lanceur*. Disponible à l'adresse : <https://www.l lanceur.fr/scandale-dentaire-dentexia-le-defenseur-des-droits-ouvre-une-enquete-2/>

Latournerie, J-Y., Saulière, J., Hemous, C. et al (2019). L'aide médicale d'État : diagnostic et propositions. *Rapport de l'IGAS et de l'IGF*. Disponible à l'adresse : <https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/AME.pdf>

Le Collectif des plaignants contre Dentexia. (2016). Lettre ouverte du Collectif contre Dentexia à la ministre de la Santé. *Lyon capitale*. Disponible à l'adresse : <https://www.lyoncapitale.fr/actualite/lettre-ouverte-du-collectif-contre-dentexia-a-la-ministre-de-la-sante>.

Lefort, J-C. (1998). Question à l'assemblée nationale n° 12590. Disponible à l'adresse : <http://questions.assemblee-nationale.fr/q11/11-12590QE.htm>

Le ministère des solidarités et de la santé. Gouvernement. Disponible à l'adresse : <https://www.gouvernement.fr/le-ministere-des-solidarites-et-de-la-sante>

Les CDF. (2022). Professionnels de santé réfugiés ukrainiens - dispositions temporaires facilitant leur exercice. Disponible à l'adresse : <https://lescdf.fr/actualites/professionnels-de-sante-refugies-ukrainiens-dispositions-temporaires-facilitant-leur>

Lesieur, A. (2003). Les centres de santé municipaux. Passé, présent, perspectives. In : Intervention à la journée de formation des élus municipaux. *CLNCS*. Disponible à l'adresse : <https://www.formationcitoyennete.org/IMG/pdf/A.Lesieur.pdf>

Lexis veille. (2021). La CJUE valide les règles françaises relatives à l'accès partiel à certaines professions de santé. Disponible à l'adresse : <https://www.lexisveille.fr/la-cjue-valide-les-regles-francaises-relatives-laces-partiel-certaines-professions-de-sante>

L'Information dentaire. (2022). Bretagne : l'ARS élargit le zonage des chirurgiens-dentistes devenu « obsolète ». Disponible à l'adresse : <https://www.information-dentaire.fr/actualites/bretagne-l-ars-elargit-le-zonage-des-chirurgiens-dentistes-devenu-obsolete/>

L'Information dentaire. (2022). Chirurgien-dentiste : la spécialité la plus recherchée par les Français sur le Net. Publié le 29 mars 2022. Disponible à l'adresse : <https://www.information-dentaire.fr/actualites/chirurgien-dentiste-la-specialite-la-plus-recherchee-par-les-francais-sur-le-net/>

L'information dentaire. (2021). Création de huit nouveaux sites universitaires en odontologie : le « oui mais » de la profession, (44), publié le 14 décembre 2021. Disponible à l'adresse : <https://www.information-dentaire.fr/actualites/creation-de-huit-sites-universitaires-en-odontologie%E2%80%89le-%E2%80%AFoui-mais%E2%80%AF-de-la-profession>

L'information dentaire. (2019). Les bénéficiaires d'un cabinet dentaire représentent 36,8% du montant de ses recettes. (24). Publié le 14 juin 2019. Disponible à l'adresse : <https://www.information-dentaire.fr/actualites/les-benefices-d-un-cabinet-dentaire-representent-368-du-montant-de-ses-recettes/>

L'Information dentaire (2021) Ouverture et conventionnement des centres de santé dentaire : l'Assurance maladie appelle à la fermeté. Publié le 05 juillet 2021. Disponible à l'adresse : <https://www.information-dentaire.fr/actualites/ouverture-et-conventionnement-des-centres-de-sante-dentaire-l-assurance-maladie-appelle-a-la-fermete/>

Lucas-Gabrielli, V., Pierre, A., Com-Ruelle, L. et al (2016). *Pratiques spatiales d'accès aux soins*. Rapport de l'IRDES n° 564. Disponible à l'adresse : <https://www.irdes.fr/recherche/rapports/564-pratiques-spatiales-d-acces-aux-soins.pdf>

Ministère des solidarités et de la santé. (2019). La nouvelle complémentaire santé solidaire entre en vigueur le 1^{er} novembre : plus simple, plus large et plus protectrice pour un meilleur accès aux soins. Communiqué de presse. Disponible à l'adresse : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cp_complementaire_sante_solidaire_vdef.pdf

ONDPS. (2021). Rapport de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé destiné au ministère des solidarités et de la santé, novembre 2021, Démographie des chirurgiens-dentistes : état des lieux et perspectives. Disponible à l'adresse : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ondps_nov_2021_rapport_la_demographie_des_chirurgiens-dentistes_etat_des_lieux_et_perspectives_web.pdf

Réflis. Sylvie Azogui-Lévy. Disponible à l'adresse : <https://reflis.fr/project/sylvie-azogui-levy/>

Saderne E. (2021). Dynamique de création des centres de santé sur le territoire français entre 2017 et 2021. Projet Épidémiologie Territoires. Disponible à l'adresse : https://www.fncs.org/sites/default/files/RAPPORT-ETUDE-DYNAMIQUE-CREATION-CDS-2017-2021-IJFR102021_version_site_internet.pdf

Thiolet, J-M. (2009). Analyse du risque infectieux lié à la non stérilisation entre chaque patient des porte-instruments rotatifs en chirurgie dentaire. INVS. Rapport. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/notices/analyse-du-risque-infectieux-lie-a-la-non-sterilisation-entre-chaque-patient-des-porte-instruments-rotatifs-en-chirurgie-dentaire>

Union dentaire (2022). Cabinet dentaire au supermarché. Disponible à l'adresse : <https://www.union-dentaire.com/actualite/enquete-cabinet-dentaire-au-supermarche-4997/>

URPS Chirugiens-dentistes Hauts-de-France. (2020). S'installer en exercice libéral. Disponible à l'adresse : <https://urpscd-hdf.fr/wp-content/uploads/2021/03/Installation-liberale-MAJ-07-2020.pdf>

URPS des chirurgiens-dentistes d'Île-de-France. (2021). Qui est l'URPS des chirurgiens-dentistes d'Île-de-France ? Disponible à l'adresse : <https://urps-cd-idf.com/qui-est-lurps-des-chirurgiens-dentistes-dile-de-france/>

Villebrun, F. (2022). Les vœux de Frédéric Villebrun, Président de l'USMCS. *USMCS Janvier 2022*, Éditorial Newsletter. Disponible à l'adresse : <https://lescentresdesante.com/les-voeux-de-frederic-villebrun-president-de-lusmcs/>

What's up doc ? (2020). Quels coûts à l'installation ? Disponible à l'adresse : <https://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/quels-couts-linstallation>

Wion, M. (2021). *Les centres municipaux de santé et la territorialisation de la santé publique*. Les cahiers de santé publique et de protection sociale, N°38, septembre 2021. Disponible à l'adresse : <https://cahiersdesante.fr/editions/38/les-centres-municipaux-de-sante-et-la-territorialisation-de-la-sante-publique/>

TEXTES CITES

ARRETE

Arrêté du 20 août 2018 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'Assurance maladie, Journal officiel n° 0195 du 25 août 2018.

Arrêté du 5 mai 2021 fixant le nombre d'étudiants de première année commune aux études de santé autorisés à poursuivre leurs études en médecine, odontologie, pharmacie et maïeutique à la rentrée universitaire 2021-2022, Journal officiel, n° 0107 du 7 mai 2021.

Arrêté du 13 septembre 2021 définissant les objectifs nationaux pluriannuels de santé à former pour la période 2021-2025, Journal officiel, n° 0217 du 17 septembre 2021.

CODES

Code civil

Code des assurances

Code de la santé publique

Code de la sécurité sociale

CONVENTION

Accord national des centres de santé destiné à organiser les rapports entre les Centres de santé et les caisses d'Assurance maladie de 2003.

Accord national des centres de santé destiné à organiser les rapports entre les Centres de santé et les caisses d'Assurance maladie de 2015.

Convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie de 2018.

DECRETS

Décret n° 60-451 du 12 mai 1960 relatif à l'organisation et au fonctionnement de la sécurité sociale, Journal officiel du 13 mai 1960.

Décret n° 91-654 du 15 juillet 1991 modifiant le décret 56284 du 9-03-1956 modifié et fixant les conditions d'agrément des centres de santé par l'autorité administrative, Journal officiel, n° 164 du 16 juillet 1991.

Décret n° 91-655 du 15 juillet 1991 relatif aux conditions de prise en charge des soins délivrés dans les centres de santé, Journal officiel n°164 du 16 juillet 1991.

Décret n° 91-656 du 15 juillet 1991 relatif au montant de la subvention versée par les caisses primaires d'assurance maladie aux centres de santé, Journal officiel n°164 du 16 juillet 1991.

Décret n° 2010-146 du 16 février 2010 modifiant le décret n° 2004-374 du 29 avril 2004 relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'État dans les régions et départements, Journal officiel n° 0040 du 17 février 2010.

Décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé, Journal officiel 1^{er} avril 2010.

Décret n° 2015-583 du 28 mai 2015-583 du 28 mai 2015 relatif à la procédure de suspension d'activité des centres de santé, Journal officiel n° 0123 du 30 mai 2015.

Décret n° 2015-1869 du 30 décembre 2015 relatif à l'affiliation au régime général de sécurité sociale des personnes participant de façon occasionnelle à des missions de service public, Journal officiel n°0303 du 31 décembre 2015.

Décret n° 2020-1658 du 22 décembre 2020 portant modification du code de déontologie des chirurgiens-dentistes et relatif à leur communication professionnelle, Journal officiel n° 0311 du 24 décembre 2020.

DIRECTIVES

Directive 2005/36 du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles.

LOIS

Loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance sociale.

Loi du 1^{er} juillet 1901 relative au contrat d'association, Journal officiel du 2 juillet 1901.

Loi du 15 avril 1916.

Loi du 16 août 1946 et décret n°46-1834 du 20 août 1946.

Loi n° 71-525 du 3 juillet 1971 relative aux rapports entre les caisses d'assurance maladie et les praticiens et auxiliaires médicaux.

Loi n° 85-10 du 3 janvier 1985 portant diverses dispositions d'ordre social, Journal officiel du 4 janvier 1985.

Loi n° 86-17 du 6 janvier 1986 adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé, Journal officiel du 8 janvier 1986.

Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, Journal officiel 0172 du 28 juillet 1999.

Loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 de financement de la sécurité sociale pour 2000, Journal officiel, n° 302 du 30 décembre 1999.

Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002, Journal officiel n° 299 du 26 décembre 2001.

Loi n° 2000-37 du 19 janvier 2000 relative à la réduction négociée du temps de travail, Journal officiel, n° 16 du 20 janvier 2000.

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Journal officiel du 5 mars 2002.

Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, Journal officiel n° 0190 du 17 août 2004

Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008, Journal officiel n° 0296 du 21 décembre 2007.

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, Journal officiel n° 0167 du 22 juillet 2009.

Loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites, Journal officiel, n° 0261 du 10 novembre 2010.

Loi n° 2014-173 du 21 février 2014 de programmation pour la ville et la cohésion urbaine, Journal officiel n° 0045.

Loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016-art 34, Journal officiel n° 0296 du 22 décembre 2015.

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, Journal officiel, n° 0022, 2016-41 (2016).

Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'Organisation et à la transformation du système de santé, Journal officiel, n° 0172 du 26 juillet 2019.

Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022, Journal officiel, n° 0299 du 24 décembre 2021.

ORDONNANCES

Ordonnance n° 45-2250 du 4 octobre 1945 portant sur l'organisation de la sécurité sociale, Journal officiel n° 0235 du 6 octobre 1945.

Ordonnance n° 45/2554 du 19 octobre 1945 relative au régime des assurances sociales applicable aux assurés des professions non agricoles

Ordonnance n° 45-2456 du 19 octobre 1945 portant statut de la mutualité, Journal officiel n° 0247 du 20 octobre 1945.

Ordonnance n° 2017-50 du 19 janvier 2017 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles dans le domaine de la santé, Journal officiel n° 0017 du 20 janvier 2017.

Ordonnance n° 2018-17 du 12 janvier 2018 relative aux conditions de création et de fonctionnement des centres de santé, Journal officiel n° 0010 du 13 janvier 2018.

PROJET DE LOI

(2021). Projet de loi de financement de financement de la sécurité sociale pour 2022 n° 716 du 29 novembre 2021.

PROPOSITION DE LOI

Khattabi, F., Mesnier, T., Dumas, F. et al. (2022). *Proposition de loi visant à améliorer l'encadrement des centres de santé*. Enregistrée à la Présidence de l'Assemblée nationale le 22 février 2022.

RAPPORTS

Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance n° 2018-17 du 12 janvier 2018 relative aux conditions de création et de fonctionnement des centres de santé, Journal officiel n° 0010 du 13 janvier 2018.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	1
PARTIE 1. L'AUGMENTATION DES CENTRES DE SANTE DENTAIRES EN QUESTION.....	9
CHAPITRE 1. DES STRUCTURES SANITAIRES ATTRACTIVES POUR LA PATIENTELE	9
Section I. Accès aux soins et accessibilité financière	10
§1. Vulnérabilité économique et soins dentaires	10
A. Le renoncement aux soins et les centres de santé	11
B. Le refus de soins et les centres de santé	14
§2. Accès aux soins et attractivité financière des centres de santé dentaires	15
A. Du Tiers payant au tiers payant complémentaire	16
B. Du respect strict des tarifs conventionnels au 100% santé	18
Section II. Accès aux soins et accessibilité temporelle, géographique	20
§1. Accès aux soins et accessibilité temporelle des centres de santé dentaires	20
A. Une amplitude horaire d'ouverture élargie	20
B. La participation des centres de santé dentaires à la Permanence des soins	21
§2. Accès aux soins et accessibilité géographique	24
A. L'implantation des centres de santé dentaires sur le territoire national	24
B. Les modalités de l'accessibilité spatiale des centres de santé dentaires.....	25
CHAPITRE 2. DES STRUCTURES SANITAIRES ATTRACTIVES POUR LES PROFESSIONNELS	27
Section I. Le salariat.....	27
§1. Les motifs du choix du salariat	28
A. Une profession en mutation	28
B. Les contrats d'exercice des chirurgiens-dentistes en centres de santé dentaires	29
§2 Des caractéristiques communes	31

A. Un choix assumé ou un choix sous contraintes	31
B. L'identité des chirurgiens-dentistes salariés en centres de santé dentaires associatifs.....	33
Section II. Les professionnels à diplôme étranger.....	35
§1. La législation encadrant la participation à l'offre de soins bucco-dentaire française des chirurgiens-dentistes diplômés à l'étranger.....	35
A. Règles communes aux professionnels à diplôme étranger.....	35
B. Les professionnels à diplôme européen	37
§2. Les enjeux de la participation des professionnels étrangers à l'offre bucco-dentaire.....	39
A. La formation universitaire des chirurgiens-dentistes en France	39
B. La formation universitaire des chirurgiens-dentistes à diplôme européen..	42
PARTIE 2. LA LEGISLATION DES CENTRES DE SANTE DENTAIRES EN QUESTION.....	45
CHAPITRE 1. LES DISPOSITIFS D'ENCADREMENT ET DE CONTROLE AUX MAINS DE LA PUISSANCE PUBLIQUE ET DES FINANCEURS.....	45
Section I. Les attributions et moyens des ARS	46
§1. Les conditions préalables à l'ouverture des centres de santé dentaires	46
A. Avant la loi HPST	46
B. Après la loi HPST	48
§2. Les inspections sanitaires.....	49
A. Présentation générale des services d'inspection sanitaire	49
B. Effectivité des inspections en centre dentaire	50
1. <i>Spécificités relatives à l'inspection en centre dentaire</i>	51
2. <i>Les difficultés soulevées par les investigations en centre dentaire</i>	52
Section II. Les fonctions de l'Assurance maladie	54
§1. Les accords nationaux destinés à organiser les rapports entre les centres de santé dentaires et les Caisses nationales d'Assurance maladie	54
A. Fondements des accords conventionnels	54
B. Effectivité des accords conventionnels.....	57
§2. La surveillance des centres de santé dentaires par le service médical de l'Assurance maladie	59
CHAPITRE 2. DE L'INSUFFISANCE DES MESURES AU RENFORCEMENT DE LA LEGISLATION RELATIVE AUX CENTRES DE SANTE DENTAIRES DANS L'INTERET DES USAGERS	63
Section I. Effectivité de l'insuffisance des mesures relatives à l'encadrement des centres de santé dentaires	64

§1. Conséquences sociétales : d'un problème fiscal à une catastrophe sanitaire .	64
§2. Conséquences juridiques : d'une rupture de soins à une défiance envers le Système de santé	69
A. Présentation d'une enquête IGAS consacrée à la législation des centres de santé dentaires	69
B. Application juridique des recommandations émises par les agents de l'Inspection générale des affaires sociales	71
Section II. Du paradoxe des mesures au renforcement de la législation relative à l'encadrement des centres de santé dentaires	74
§1. La réforme expresse du Parlement pour actualiser le cadre juridique des centres de santé dentaires	74
A. La genèse de l'actualisation de la législation relative aux centres de santé .	74
B. De l'adoption du Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2022 à la promulgation de la loi de Financement de la sécurité sociale pour 2022	76
§. 2 Veille juridique à l'aune de l'actualité politique	77
A. Proposition de loi visant à améliorer l'encadrement des centres de santé...	78
B. Une décision du Conseil Constitutionnel	79
CONCLUSION	81
ANNEXES	83
BIBLIOGRAPHIE	87

Résumé

Les centres de santé dentaires sont des centres de santé à activité dentaire qui permettent à la fois des activités de prévention, de diagnostic et de soins.

L'offre de soins, qui y est dispensée, peut être distinguée antérieurement et postérieurement à l'entrée en vigueur de la loi HPST. La démographie en baisse des chirurgiens-dentistes, les inégalités sociales de santé et la mise en place de la Stratégie nationale de santé 'Ma santé 2022', justifient le possible recours aux structures sanitaires de proximité de création loi 1901. Or, des scandales sanitaires mis à jour dans les centres de santé dentaires associatifs obligent les pouvoirs publics à repenser l'encadrement de ces lieux en sécurisant la pratique et en répondant aux attentes de la population française.

Mots clés : Attractivité • Centre de santé dentaire • Chirurgiens-dentistes • Démographie • Déontologie • Législation • Sécurité sanitaire • Prévention

Dental health centers are health centers with dental activity that provide preventive, diagnostic and treatment activities.

The care provided in these centers can be distinguished before and after the HPST law came into force. The declining demography of dentists, social inequalities in health and the implementation of the National Health Strategy 'My Health 2022', justify the possible use of local health structures created under the 1901 law. However, health scandals that have been uncovered in associative dental health centers are forcing the public authorities to rethink the framework of these health care facilities by making the practice more secure and by meeting the expectations of the French population.

Key words : Attractiveness • Dental health center • Dentists • Demography • Ethics - Legislation • Health security • Prevention

ERRATA

	<i>A la place</i>	<i>Il fallait lire</i>
Abréviations	CPAM CPAM	CPAM
p. 2. (note de bas de page n°7)	Article L. 6323-1-3 du code de la santé publique.	L'article L. 6323-1-3 du code de la santé publique dispose que les centres de santé sont créés et gérés par des organismes à but non lucratif, soit par les départements, soit par les communes ou leurs groupements, soit par des établissements publics de santé, soit par des personnes morales gestionnaires d'établissements privés de santé, à but non lucratif ou à but lucratif.
p. 27.	...équipe administratiféquipe administrative ...
p. 37.	...les professionnels à diplôme européen bénéficient, depuis 2015les professionnels à diplôme européen bénéficient, depuis 2005 ...
p. 61.	...l'article 162-1-19 du code de la santé publique...	...l'article L. 162-1-19 du code de la santé publique...
p. 66.	...violences volontaires ayant entraîné une mutilation ou infinitéviolences volontaires ayant entraîné une mutilation ou infirmité ...

ACTUALISATION

p. 41.

Cinq nouvelles facultés d'odontologie sont créées pour la rentrée 2022, sur les huit initialement prévues par le gouvernement, à Besançon, Caen, Dijon, Rouen, Tours.

Source : Bulletin officiel du ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche n°31 du 25 août 2022.