

15ème législature

Question N° : 4249	De M. Guy Bricout (UDI, Agir et Indépendants - Nord)	Question écrite
Ministère interrogé > Solidarités et santé		Ministère attributaire > Solidarités et santé
Rubrique > professions de santé	Tête d'analyse > Avenir chirurgie dentaire	Analyse > Avenir chirurgie dentaire.
Question publiée au JO le : 26/12/2017 Réponse publiée au JO le : 07/08/2018 page : 7211 Date de renouvellement : 24/07/2018		

Texte de la question

M. Guy Bricout appelle l'attention de Mme la ministre des solidarités et de la santé sur l'avenir de la chirurgie dentaire. En effet, la loi hôpital, patients, santé et territoire (HPST) de 2009 a permis l'ouverture des centres « low-cost » sous un régime associatif loi 1901 appartenant à des holdings remontant leurs bénéficiers dans des structures commerciales à but lucratif. La loi Leroux de 2013 a, de son côté, permis aux réseaux mutualistes le remboursement différencié des adhérents, selon l'appartenance ou non du chirurgien-dentiste à ce réseau, créant, de fait, une entorse au libre choix du praticien. Les nouvelles structures qui ont ainsi vu le jour contribuent en outre, par leur implantation urbaine, à l'extension des déserts médicaux. Aussi il devient plus qu'urgent d'inverser cette dérive de marchandisation des soins avec le lot d'excès qu'elle induit (tel le scandale Dentexia). Par là-même il s'agit de redonner espoir à la dentisterie libérale qui est la plus à même de mailler le territoire et de soigner avec toute la déontologie voulue la population. Les négociations conventionnelles de la branche dentaire ont lieu et un besoin de financements pour moderniser la nomenclature des actes remboursés, notamment la prévention, apparaît particulièrement nécessaire. En effet, la France ne se grandirait pas de passer d'une dentisterie égalitaire à une dentisterie à 2 vitesses sur le modèle espagnol. Aussi, il aimerait connaître son positionnement sur ces différents points et la manière dont elle compte les traiter.

Texte de la réponse

Le nouveau corpus réglementaire relatif aux centres de santé, introduit une série de mesures qui, conjuguées, renforcent l'encadrement de la création et du fonctionnement des centres de santé et les obligations des professionnels de santé qui y exercent. A cette fin, l'ordonnance du 12 janvier 2018 relative à la création et au fonctionnement des centres de santé garantit, à l'article L. 6323-1-4 du code de la santé publique, le caractère non lucratif de la gestion des centres en interdisant, à tout gestionnaire, quel que soit son statut, de partager entre les associés les bénéfices de l'exploitation de leurs centres. Il est précisé que ces bénéfices doivent être mis en réserves ou réinvestis au profit du centre de santé ou d'une autre structure à but non lucratif, gérés par le même organisme gestionnaire. Il n'est donc pas possible que ces bénéfices soient remontés vers des structures à but lucratif. Pour faciliter les contrôles dans ce domaine, le texte contraint les organismes gestionnaires à tenir les comptes de la gestion de leurs centres selon des modalités permettant d'établir le respect de ces obligations. En outre, le dispositif mis à la disposition des Agences régionales de santé (ARS) pour encadrer le fonctionnement des centres est singulièrement renforcé. En effet, jusque-là, les ARS pouvaient seulement suspendre partiellement ou totalement les activités d'un centre et uniquement en cas de manquement à la qualité et à la sécurité des soins. Désormais, aux termes de l'article L. 6323-1-12, elles peuvent, pour ces mêmes motifs, fermer le centre. En outre, les motifs de



fermeture du centre ou de suspension de leurs activités sont étendus au cas de non-respect de la réglementation par l'organisme gestionnaire et au cas d'abus ou de fraude à l'encontre des organismes de la sécurité sociale. Pour renforcer le dispositif, l'article L. 6323-1-11 oblige le gestionnaire à produire un engagement de conformité préalablement à l'ouverture du centre. Enfin, le texte prévoit, en son article L. 6323-1-8 CSP, l'obligation pour les professionnels de santé, en cas d'orientation du patient, d'informer ce patient sur les tarifs et les conditions de paiement pratiquées par l'autre offreur de soins. Le dossier médical du patient doit faire état de cette information. Cette disposition, conjuguée avec celle de l'article R. 4127-23 du même code, qui interdit tout compérage entre professionnels de santé, est de nature, non seulement à permettre au patient de choisir son praticien en connaissance de cause, mais encore, à limiter les risques de captation de clientèle.