

PROPOSITION DE LOI

ENCADRER LES CENTRES DE SANTÉ

Première lecture



Justifiée par les dérives graves constatées ces dernières années dans l'activité de certains centres de santé, la proposition de loi renforce l'encadrement de leurs activités dentaires et ophtalmologiques.

La commission a approuvé le texte, tout en précisant certaines de ses modalités opérationnelles et en veillant à la coordination d'ensemble de ses dispositions.



1. UN ENCADREMENT RENDU NÉCESSAIRE PAR LES PRATIQUES DÉVIANTES DE CERTAINS CENTRES DE SANTÉ

A. UNE CROISSANCE NON MAÎTRISÉE DE L'ACTIVITÉ DENTAIRE ET OPHTALMOLOGIQUE DES CENTRES DE SANTÉ

Les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité, dispensant des soins de premier recours et, le cas échéant, de second recours, et pratiquant à la fois des activités de prévention, de diagnostic et de soins. Ouverts à toutes les personnes sollicitant une prise en charge médicale ou paramédicale, ils sont tenus de fournir, à titre principal, des prestations remboursables par l'assurance maladie, de pratiquer le tiers payant et de ne pas appliquer de dépassements d'honoraires. Les professionnels qui y travaillent sont salariés.

Leur nombre dépasse aujourd'hui les 2500. Ce sont pour moitié des centres exclusivement dentaires, et l'on compte plus d'une centaine de centres uniquement ophtalmologiques.

Ils sont principalement implantés dans des zones urbaines – c'est le cas pour l'ensemble des centres ophtalmologistes, et pour 91 % des centres dentaires – et sont même plus densément présents dans certaines régions à forte concentration démographique, telles les régions Île-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Auvergne-Rhône-Alpes.





Centres de santé
dénombrés début 2022



Évolution sur les cinq
dernières années



Centres de santé
exclusivement dentaires

En Île-de-France, le nombre de centres de santé a augmenté de 160 % entre 2016 et 2022. Cette croissance est pour l'essentiel tirée par les activités dentaire et ophtalmologique : la première représente 58 % du total des centres de santé franciliens, contre 49 % en 2017.

Ces chiffres sont certainement sous-évalués, certains gestionnaires préférant déclarer leur centre en « médical » ou « polyvalent » afin de ne pas attirer l'attention.

B. UN ENCADREMENT JURIDIQUE DES CENTRES DE SANTÉ ENCORE EN RETARD DE QUELQUES SCANDALES

1. La série de scandales récents révèle un cadre réglementaire trop lâche

Le « scandale Dentexia » a mis en lumière le fonctionnement de certains centres de santé dentaires, où des manquements caractérisés à la qualité et à la sécurité des soins ont été constatés. Dans le rapport qu'elle a consacré à l'établissement, l'inspection générale des affaires sociales recensait en juillet 2016 pas moins de 2400 patients membres du « collectif contre Dentexia », et 350 plaintes ordinaires. En 2021, le scandale Proxidentaire présentait des caractéristiques analogues : des tarifs attractifs, mais des soignants sommés de faire du chiffre, réalisant des soins superflus et dangereux, produisant des victimes par dizaines.

Cette curieuse conception du soin n'exclut pas **des pratiques de gestion à caractère plus classiquement frauduleux** : infractions au code du travail, fraude à l'assurance maladie, ou encore fraude fiscale par l'organisation de sociétés satellites chargées de minorer artificiellement le résultat de l'activité du centre de santé.

De telles dérives ont notamment été rendues possibles par un assouplissement du cadre juridique de ces centres. Afin de favoriser leur développement, la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) de 2009 avait notamment substitué au régime d'agrément un régime de simple déclaration de conformité à la réglementation. Une telle souplesse caractérisait également la nature juridique des centres – la forme associative étant assez recherchée –, ainsi que les activités qu'ils peuvent entreprendre.

2. Des moyens de contrôle encore insuffisants

L'ordonnance du 22 janvier 2018, prise après le scandale Dentexia, a certes précisé un peu le droit, notamment en interdisant à ces centres la distribution des bénéfices issus de leur exploitation, la publicité, et en rendant plus explicite le principe d'une ouverture à tous les patients et de la dispensation à titre principal de prestations remboursables. Elle n'a à l'évidence pas suffi.

Les moyens de contrôle des ARS sont d'un maniement difficile : elles peuvent certes prononcer la suspension ou la fermeture d'un centre après une procédure en cas de manquement, au terme d'une procédure contradictoire, mais les moyens humains restent limités, et les moyens de vérification *ex ante* sont minces.

Les moyens de contrôle de l'assurance maladie ont été récemment renforcés. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 a d'abord rendu obligatoire le conventionnement des centres de santé pour que leurs actes soient pris en charge par l'Assurance maladie. Puis l'avenant n° 4 à l'accord national des centres de santé, conclu le 14 avril 2022 et publié au journal officiel début octobre 2022, a allongé la liste des manquements susceptibles d'être sanctionnés, et créé une procédure accélérée de déconventionnement en cas de constats d'actes fictifs. Cette procédure a pour la première fois été mise en œuvre pour deux centres situés dans les Yvelines et en Seine-Saint-Denis, fin janvier 2023.

2. LE RÉTABLISSEMENT D'UNE PROCÉDURE D'AGRÉMENT POUR CERTAINES ACTIVITÉS

A. UN AGRÉMENT SUPPRIMÉ EN 2009 CAR JUGÉ TROP LOURD

La loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) a **supprimé en 2009 l'agrément préalable** obligatoire pour les centres de santé. Celui-ci était alors **jugé trop lourd à gérer pour l'autorité administrative** mais également un frein au développement des centres de santé alors que le développement de l'offre était une priorité.

Après les scandales touchant certains centres, particulièrement des centres dentaires, **l'ordonnance de 2018** a renforcé les conditions de création et de fonctionnement des centres de santé. Doit depuis être adressé à l'agence régionale de santé un **engagement de conformité**, à réception duquel est délivré un récépissé donnant autorisation de dispenser des soins aux assurés.

B. UN RÉTABLISSEMENT LIMITÉ AUX ACTIVITÉS DENTAIRES ET OPHTALMOLOGIQUES DES CENTRES DE SANTÉ

1. Un rétablissement d'agrément pour certaines activités

L'article 1^{er} de la proposition de loi prévoit un **agrément nécessaire et valant autorisation à dispenser des soins, pour les seules activités dentaires et ophtalmologiques**. Les activités gynécologiques, initialement concernées par la proposition, ont été écartées.

Cet agrément est **délivré par le directeur général de l'ARS**, qui peut le refuser, notamment en cas de dossier manifestement insuffisant ou de projet incompatible avec le projet régional de santé. Cet agrément est délivré à **titre provisoire** durant un an, alors qu'une **visite de conformité** peut durant cette période, si ses résultats montrent des dysfonctionnements, entraîner son retrait.

La commission a souhaité **renforcer les modalités opérationnelles** de cet article en **clarifiant les conditions de refus et de retrait** de l'agrément.

2. Un agrément délivré sous conditions

L'agrément est délivré sur la base d'un **dossier adressé par l'organisme gestionnaire du centre de santé**. Ce dossier doit nécessairement prévoir le projet de santé mais aussi les déclarations d'intérêt des membres de l'instance dirigeante ou encore les contrats liant l'organisme gestionnaire à des sociétés tierces. Il s'agit de donner aux ARS les moyens de **contrôler avant l'ouverture du centre d'éventuelles contrariétés manifestes à la saine gestion requise**.

La commission a prévu que ces **documents seraient également actualisés à la demande des ARS**, pour garantir que le dossier initial ne soit pas seulement un affichage à l'ouverture du centre.

Par ailleurs, l'agrément comme son maintien sont conditionnés à **la transmission des diplômes et contrats de travail** des chirurgiens-dentistes, assistants dentaires, ophtalmologistes et orthoptistes, tant aux **ARS** qu'aux **ordres compétents**, lesquels doivent rendre un **avis motivé** sous deux mois.

3. Une gestion du « stock » dans un délai de deux ans

L'encadrement renforcé des centres de santé dentaires et ophtalmologiques ne saurait concerner que les seuls centres ouvrant postérieurement à l'entrée en vigueur de la loi. C'est pourquoi **l'article 1^{er} quater** prévoit une **application du nouveau régime d'autorisation aux centres de santé existants**. Les centres devront, dans les six mois suivant l'entrée en vigueur de la loi, déposer une demande d'agrément auprès de l'ARS. La commission a précisé que faute de dépôt dans le délai, les centres de santé ne seraient plus autorisés à dispenser des soins dans les activités dentaires et ophtalmologiques.

Afin de veiller à un **contrôle rapide** mais également **compatible avec la charge de travail des ARS**, la commission a aménagé le délai butoir prévu par l'Assemblée nationale : aucun centre ne pourra dispenser de soins dans ces activités **sans agrément à l'issue d'un délai de trente mois**. Cela laisse ainsi deux ans aux ARS après le dépôt des derniers dossiers pour délivrer les agréments à ces centres.

C. UNE DÉCLARATION TRÈS LARGE DES LIENS D'INTÉRÊTS

Au-delà des déclarations d'intérêts de l'ensemble des membres de l'instance dirigeante prévues à l'article 1^{er}, l'article 1^{er} bis prévoit **l'incompatibilité d'exercice d'une fonction dirigeante au sein de la structure gestionnaire pour un dirigeant de centre de santé ayant un intérêt, direct ou indirect, avec des entreprises délivrant des prestations rémunérées à la structure**.

Le texte, par ces différentes dispositions, entend **prévenir les conflits d'intérêts et les montages complexes** parfois mis en place par des structures peu scrupuleuses.

3. UNE MEILLEURE PRÉVENTION DES DÉRIVES DE GESTION

A. LA CRÉATION D'UN COMITÉ MÉDICAL OU DENTAIRE, EN GUISE DE CONTREPOIDS AU POUVOIR DU GESTIONNAIRE

L'article 2 oblige les centres à se doter d'un comité dentaire ou ophtalmologique, pour ceux qui exercent ces activités. Un tel comité, qui serait chargé de contribuer à la politique d'amélioration de la qualité des soins et à la formation continue des salariés, serait un utile contrepois au pouvoir du gestionnaire. Il serait naturellement composé des seuls médecins du centre, mais pourrait inviter à ses réunions des représentants des usagers.

La commission a adopté l'amendement du rapporteur qui renvoie le détail de ses missions et de son fonctionnement au pouvoir réglementaire.

B. DES MESURES PRÉVENTIVES EN CAS DE FERMETURES DES CENTRES

Le texte entend également répondre à certains problèmes relevés lors des graves situations constatées durant les dernières années.

Ainsi, il prévoit :

- une **obligation d'information des ARS, des CPAM et des ordres en cas de fermeture d'un centre de santé**, afin de garantir le suivi des praticiens, la désactivation des cartes professionnelles ou encore l'arrêt des facturations et remboursements ;
- un **encadrement renforcé**, introduit à l'initiative du rapporteur, de la **conservation du dossier médical** afin, en cas de fermeture, **d'assurer la possibilité pour d'autres praticiens de reprendre les patients** en connaissance des antécédents de ces derniers et des actes précédemment réalisés.

C. RENFORCER LE POUVOIR DE SANCTION DU DIRECTEUR DE L'ARS

1. Des hypothèses de sanction élargies

L'article 8 élargit d'abord les hypothèses dans lesquelles le directeur général de l'ARS peut prononcer une sanction financière : au manquement à l'engagement de conformité sont ajoutés les manquements compromettant la qualité et la sécurité des soins ou encore au respect des dispositions législatives et réglementaires applicables aux centres. Cet élargissement inclut notamment la transmission d'informations relatives à la gestion du centre – ce qui satisfait l'article 6 et justifie par conséquent l'amendement de suppression du rapporteur, adopté par la commission.

La commission a également précisé que le constat d'un manquement compromettant la qualité et la sécurité des soins devait être transmis aux instances ordinales compétentes.

2. Les conséquences d'une décision de suspension ou de fermeture précisées

L'article 4 garantit d'abord que les décisions de suspension et de fermeture prises par le directeur de l'ARS sont transmises sans délai à la Cnam et aux instances ordinales compétentes.

Il prévoit en outre **qu'une décision de suspension encore en vigueur ou une décision de fermeture peut, pendant huit ans, justifier le refus de délivrance du récépissé d'engagement de conformité ou de l'agrément** demandé par le même organisme gestionnaire, le même représentant légal ou un membre de son instance dirigeante.

Il crée enfin un **répertoire national destiné à recenser les mesures de suspension et de fermeture** prises dans toute la France, à l'attention des services de l'État et de l'assurance maladie.

La commission a adopté à cet article les modifications rédactionnelles proposées par le rapporteur, ainsi que l'amendement du groupe écologiste prévoyant la publication obligatoire des décisions de sanction financière sur le site internet de l'agence.

3. Une échelle rehaussée des sanctions applicables

L'article 8 complète enfin les dispositions relatives aux sanctions financières à la main du directeur général de l'ARS : en prévoyant un barème gradué, qui serait précisé par voie réglementaire, et en portant la valeur de l'amende maximale de 150 000 à 300 000 euros, et celle de l'astreinte journalière de 1 000 à 2 000 euros.

La commission a, sur la proposition de son rapporteur, relevé encore les valeurs de l'amende administrative maximale et de l'astreinte journalière, respectivement à 500 000 et 5 000 euros, afin de rendre les sanctions plus dissuasives et d'affiner le barème dans lequel le directeur de l'ARS pourra choisir celle qui correspond le mieux aux manquements constatés, en fonction de leur gravité.

D. UN CONTRÔLE RENFORCÉ DES PRATIQUES DE FACTURATION

1. Une identification obligatoire des praticiens, par le patient comme par l'assurance maladie

L'article 2 facilite l'identification, par les patients, des professionnels qui les prennent en charge par l'affichage des noms et qualités à l'intérieur du centre, et par le port d'un badge nominatif. La commission a adopté un amendement rédactionnel prévoyant plus simplement la responsabilité du gestionnaire en matière de bonne information des patients.

L'article 2 *bis* dispose en outre que les salariés des centres sont identifiés par un numéro personnel distinct de celui de la structure dans laquelle ils exercent. Le numéro RPPS ne suffit en effet pas à permettre à l'assurance maladie de remonter jusqu'au professionnel exerçant dans un centre de santé. La commission a simplement étendu cette mesure à tous les praticiens et non aux seuls salariés, car les centres peuvent également faire appel à des bénévoles.

2. Une réaffirmation du principe de paiement des seuls actes réalisés

L'article 7 précise que les centres de santé ne peuvent demander le paiement intégral anticipé des soins qui n'ont pas encore été dispensés. La commission s'est rangée à l'avis de son rapporteur, considérant la mesure opportune, qui laisse toutefois aux centres la possibilité de demander un acompte, ce qui peut s'entendre pour des soins complexes et séquencés.

3. Un contrôle renforcé des cartes professionnelles en circulation

L'article 1^{er} ter introduit une obligation d'information des ARS, des CPAM et des ordres en cas de fermeture d'un centre de santé. Il s'agit de pouvoir assurer la désactivation rapide des numéros FINESS ou encore des cartes « CPS » des praticiens, et de tarir ainsi les flux de facturation. La commission a, sur la proposition de son rapporteur, renforcé ce dispositif en prévoyant une information anticipée en cas de fermeture prévue, et a transféré ces dispositions à l'article 1^{er}.

4. Un suivi renforcé des comptes

L'article 5 dispose enfin que les gestionnaires des centres de santé font certifier leurs comptes et les transmettent annuellement au directeur général de l'agence régionale de santé. Suivant son rapporteur, considérant qu'il est douteux qu'une telle obligation s'impose pour tous les centres, notamment les plus petits ou ceux gérés par une collectivité territoriale, la commission a renvoyé au décret la détermination des critères selon lesquels s'impose la certification des comptes, et les modalités de leur transmission.

5. Un renforcement de l'interdiction de publicité

Alors que les centres de santé font déjà l'objet d'une interdiction de publicité en leur faveur, la commission a également souhaité répondre à des lacunes rencontrées dans la promotion parfois constatée des prestations offertes. Afin de ne pas inciter à recourir à des soins non nécessaires et ne pas soutenir de logique commerciale, la commission a clarifié l'interdiction de publicité pour les actes et prestations dispensés.

- Réunie le 8 février 2023 sous la présidence de Catherine Deroche, la commission des affaires sociales a adopté la proposition de loi modifiée par les amendements de son rapporteur.



EN SÉANCE

En séance publique, six amendements ont été adoptés visant à élargir la composition des comités dentaire et ophtalmologique aux professionnels paramédicaux, à intégrer le plafonnement du nombre d'assistants médicaux pour les activités ophtalmologiques, ainsi qu'à réaliser certaines clarifications et coordinations nécessaires.

Le 14 février 2023, le Sénat a adopté à l'unanimité la proposition de loi ainsi modifiée.



Catherine Deroche
Sénatrice (LR) de Maine-et-Loire
Présidente



Jean Sol
Sénateur (LR) des Pyrénées-Orientales
Rapporteur

Consulter le dossier législatif

<http://www.senat.fr/dossier-legislatif/pp122-162.html>

