



Inspection générale  
des affaires sociales

L'association Dentexia, des centres de santé  
dentaire en liquidation judiciaire  
depuis mars 2016 :  
impacts sanitaires sur les patients et  
propositions

## **RAPPORT**

Établi par

Christine DANIEL

Philippe PARIS

Dr Patricia VIENNE

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

- Juillet 2016 -

2016-075R



## SYNTHESE

La création en juillet 2011 de l'association Dentexia, gestionnaire de centres de santé dentaires, s'inscrit dans le nouveau cadre législatif de la loi de juillet 2009 dite loi HPST<sup>1</sup>. Elle réaffirme leur vocation à assurer des soins de premier recours et leur implication dans la prévention et la santé publique. Parallèlement, cette loi a cherché à faciliter l'ouverture des centres de santé. Elle a transformé l'agrément préalable délivré par les agences régionales de santé en une déclaration du centre de santé qui doit présenter un projet de santé et le règlement intérieur de la structure gérant le centre de santé (cf. annexe 1). La mission examinera dans son second rapport les conséquences de cette évolution législative.

L'association Dentexia gérait en direct cinq centres de santé dentaires et indirectement, un autre centre de santé dentaire et deux cabinets libéraux transformés en Société d'exercice libéral à responsabilité limitée (SELARL). Son activité se répartissait sur quatre régions (Provence-Alpes-Côte-d'Azur, Auvergne-Rhône-Alpes (ARA), Bourgogne-Franche-Comté et Ile-de-France) et cinq départements : les Bouches-du-Rhône, le Rhône (avec trois centres de santé dentaire et le nombre le plus élevé de patients), la Saône-et-Loire, les départements des Hauts-de-Seine et de Paris. Les statistiques de la CNAMTS comptabilisent près de 6700 patients passés par des centres de santé Dentexia, de janvier 2015 à mars 2016. Les statistiques antérieures ne sont pas disponibles, aussi il n'est pas possible de connaître le nombre total de patients ayant eu recours à ces centres depuis leur ouverture.

La mission a analysé le fonctionnement de l'association Dentexia. Elle a constaté plusieurs anomalies financières et juridiques rappelées dans le rapport. Elle a également considéré que l'organisation et la gestion s'éloignaient d'un fonctionnement associatif « à but non lucratif ». A titre d'exemple, le président de l'association occupait plusieurs mandats dans des sociétés privées, qui étaient prestataires de l'association. La mission a également relevé des pratiques commerciales qui, pour certaines, pouvaient contredire les objectifs assignés par la loi relative aux centres de santé : la promotion des soins était faite par des assistantes « cliniciennes », chargées dans le même temps de faire signer des prêts au sein même des centres de santé. Il était également demandé aux patients de signer un certificat attestant que tous les soins avaient été réalisés, avant de commencer la réalisation du traitement dentaire.

**La gestion structurellement déficitaire de l'association et l'augmentation du montant des dettes ont abouti à la liquidation judiciaire prévisible de sept des structures gérées directement ou indirectement par l'association Dentexia.** Ces liquidations judiciaires sont intervenues entre janvier 2015 et mars 2016, seul l'un des centres sur les huit, situé dans Paris, le centre Saint Lazare, a été repris par une autre association. Cette liquidation a laissé des patients au milieu de leur traitement dentaire et des patients ayant payé alors que leurs soins n'avaient pas commencé. Plus de 2400 patients d'entre eux se sont regroupés en collectif, victimes de la liquidation des centres de santé dentaires. Le nombre de ceux qui sont toujours en attente de soins est difficile à apprécier. Leur état dentaire réel est complexe à évaluer, faute d'accès à leur dossier médical, notamment radiologique et faute d'un bilan bucco-dentaire complet et récent.

La mission a travaillé sur quatre sources de données afin d'évaluer l'ampleur des interruptions de soins et leurs conséquences sanitaires.

---

<sup>1</sup> Hôpital Santé Patients Territoires ; Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, article L6323-1 du code de la santé publique.

**Les données de la CNAMTS font état de 6 674 patients passés par Dentexia** entre janvier 2015 et mars 2016, avec 4 562 patients pour la région Auvergne Rhône Alpes, soit près de 70 % des patients. Par ailleurs, seuls 5 % des 6 700 patients relevaient du panier soins CMUC. Les statistiques de la CNAMTS ne permettent guère d'aller plus loin pour deux raisons : les soins dentaires remboursés par l'assurance-maladie ont été limités et les données sanitaires extraites des bases mériteraient d'être précisées, notamment sur le type de dents extraites : si les extractions concernent 4 incisives pour un même patient, l'impact social et professionnel et bien sûr esthétique et psychologique sera différent d'une extraction de 4 prémolaires ou molaires où les répercussions pourront alors être plutôt alimentaires ou sur la vie quotidienne

Le ministère chargé de la santé a été alerté sur les dysfonctionnements sanitaires des centres de santé dentaires Dentexia suite aux inspections de deux Agences Régionales de Santé sur les centres de Chalon-sur-Saône et de la Tête d'Or à Lyon. Deux mesures principales ont été prises pour répondre aux effets de la liquidation qui a suivi :

- **le numéro vert mis en place par les ARS, à l'initiative de l'administration centrale, a permis de recevoir 940 appels**, dont plus de la moitié sur la région Auvergne-Rhône-Alpes (données recueillies entre le 3 mai 2016 et le 20 juin 2016). Les appels sont en forte diminution sur la seconde moitié du mois de juin. La durée des appels (environ 20 à 30 mn) montre que ce numéro vert a permis aux patients d'exprimer leurs situations et leurs souffrances mais les réponses apportées restaient généralistes, avec une difficulté des écoutants à proposer des solutions individualisées ;
- **les bons de prises en charge par la CNAMTS**, permettant la réalisation d'un bilan bucco-dentaire, n'ont été accessibles pour les patients que tardivement et très partiellement. D'après les sources du Collectif contre Dentexia, un seul bon avait été récupéré le 17 juin 2016. Les données font état de 49 bons reçus au 29 juin 2016, et 10 patients l'ayant utilisé. Au 7 juillet dernier, les dernières remontées d'information de la CNAMTS via la DSS, font état de **270 courriers accompagnés de bons** pour réaliser l'examen bucco-dentaire préalable à la reprise des soins adressés par les CPAM aux patients qui se sont manifestés. Il n'y a pas encore de données sur le nombre de bilans effectivement réalisés. Deux difficultés apparaissant, pour les patients habitant hors du département et pour ceux dépendant de régimes particuliers (ex: MGEN, ou RSI). La mission a également constaté que près de 200 patients, réclamant un bon de prise en charge, n'apparaissent sur aucune des requêtes de l'assurance-maladie (patients n'ayant pas eu d'actes remboursés après le 1er janvier 2015, ou absence de feuille de soins transmise par ces centres de santé).

**Une enquête déclarative a été réalisée par le collectif contre Dentexia, qui rassemble 2400 patients.** Celle-ci, analysée à partir des réponses de 558 patients, donne des précisions sur l'état sanitaire réel (avec radiographies et prise d'antibiotiques pour infection) et leurs ressentis. A titre d'exemple, plus de 21 % des patients concernés déclarent entre 5 et 10 dents extraites, 28 % précisent qu'ils portent toujours un appareil provisoire parfois depuis plus d'un an, un tiers est en attente d'une ou plusieurs couronnes pour recouvrir leur(s) implant(s). Certains (plus d'un tiers) déclarent qu'ils ont du être admis aux urgences pour soins, après la fermeture de leur centre dentaire. La mission précise qu'il s'agit d'un état des lieux réalisé par les patients eux-mêmes relatant les soins qu'ils avaient déjà réalisés au moment de la liquidation (ex : extraction/ pose d'implant / appareils dentaires provisoires...) et d'un constat exprimé par les patients sur les soins restant à faire au regard des plans de traitement et/ou devis qu'ils avaient acceptés et des sommes déjà versées.

**Plus de 350 plaintes déposées aux instances ordinales portent sur des motifs sanitaires.** Le médecin de la mission a constaté que plusieurs dentistes ont pu intervenir sur un même patient et que certains dentistes ont pu exercer successivement dans plusieurs centres. L'analyse de ces plaintes a été réalisée par le conseil national de l'ordre des chirurgiens dentistes, qui identifie (à travers les courriers des patients) cinq principaux motifs, parfois cumulatifs : atteinte à la santé (douleurs et/ou infections), soins non conformes, soins non terminés, violences volontaires entraînant mutilation, sur-traitement.

Enfin, la mission a reçu **plusieurs témoignages de refus de soins**, repris dans le rapport. Ils émanent de structures de soins au statut très divers, des chirurgiens dentistes libéraux, mais également hospitaliers ou exerçant dans des centres de santé dentaire ou mixte.

En juin 2016, la mission constate que des patients n'ont aucune solution pour la reprise de leurs soins dentaires et sont en difficultés psychologiques, physiques et financières. Les conséquences sanitaires de l'interruption des soins risquent de s'aggraver au cours du temps (ostéolyse maxillaire, affaissement des dents latérales à proximité des implants posés ou des extractions anciennes). Les difficultés psychologiques sont encore renforcées pour certains patients, par les refus de soins de professionnels hésitant à engager leur responsabilité en prenant la suite de soins effectués au sein d'un centre Dentexia. Les anciens patients de Dentexia se sentent doublement victimes du système de santé : ils le vivent comme un rejet. La mission estime, avec toutes les limites liées au système de recueil, **qu'environ 500 patients pourraient se trouver dans une situation sanitaire impactant leur vie quotidienne, professionnelle et sociale, avec un retentissement psychologique réel**, dont les trois-quarts ont eu recours aux centres dentaires de la région Auvergne-Rhône-Alpes. **Seul l'accès à un chirurgien dentiste qui réalisera alors un bilan bucco-dentaire individualisé complété d'un panoramique dentaire permettra d'avoir un constat précis de la situation de chaque patient concerné.** La centralisation (régionale ou nationale) de ses bilans sera seule en mesure d'avoir une visibilité réelle de l'impact sanitaire de cette liquidation.

Les actuels dispositifs mis en place au niveau national et régional ne permettent pas d'offrir des solutions totalement satisfaisantes à tous les patients, pour leur assurer une poursuite des soins qui doit être rapide.

**Pour la poursuite des soins de ces patients, la mission recommande des mesures rapides portées par les pouvoirs publics. Si la responsabilité de la liquidation n'incombe pas à l'Etat, la mission considère que son intervention relève de la solidarité nationale et d'une mission d'intérêt général. Elle formule 10 propositions et notamment :**

- La désignation d'un(e) délégué(e) national(e) ou un(e) conseiller(ère), autorité reconnue et indépendante, nommé(e) par la ministre qui serait garant(e) de la reprise des soins des anciens patients Dentexia, pour que ceux-ci puissent retrouver des conditions sanitaires compatibles avec une vie quotidienne acceptable ;
- Tous les patients devront être rentrés dans un circuit de soins au plus tard le 15 octobre 2016 (bilan bucco-dentaire préalable à la reprise des soins et nouveau plan de traitement).
- Un règlement de la question de la responsabilité médicale sur le plan juridique est nécessaire, dont la mission préconise qu'elle soit portée par le conseil national de l'ordre des chirurgiens dentistes en lien étroit avec le ministère de la santé ;
- La mission estime, qu'il serait préférable notamment pour consolider la sécurisation concrète des chirurgiens dentistes que l'ensemble de la prise en charge passe par l'implication de deux professionnels : l'un qui réalise le bilan bucco-dentaire préalable à la reprise des soins et l'autre qui effectue la reprise des soins, pour terminer le traitement.;
- La mission préconise que l'ensemble des professionnels (42.000 chirurgiens dentistes dont près de 88 % dans le secteur libéral) et médecins de la spécialité dentaire soient mobilisés, aussi bien dans le secteur libéral que dans les centres hospitalo-universitaires<sup>2</sup> et les facultés dentaires, ainsi que dans les centres de santé dentaires pour d'une part, la réalisation du bilan-bucco dentaire et d'autre part, la reprise et la poursuite des soins. Le volume de patients concernés est variable selon les régions, aussi une coordination entre les professionnels et les structures de soins dentaires de Lyon, Paris et Marseille pourrait contribuer à une prise en charge plus rapide des patients, en mobilisant également les facultés dentaires.

---

<sup>2</sup> Les pathologies des patients pouvant requérir autant des interventions de stomatologues que de chirurgiens dentistes et éventuellement de spécialistes en chirurgie maxillo-faciale.

- L'intervention du service public hospitalier, dans le cadre de ses missions d'intérêt général, n'exclut pas la participation des dentistes libéraux ou des dentistes des centres de santé dentaire dans un cadre qui doit être coordonné par les ARS, les conseils départementaux de l'Ordre des chirurgiens dentistes, les unions régionales des professionnels de santé dentistes et les doyens de la faculté dentaire ;
- La mission propose que le financement de la reprise des soins relève de la solidarité nationale, par un système d'avance de frais (qui pourrait ensuite conduire à une action récursoire) ; ce qui permet d'afficher clairement que la responsabilité de ses conséquences sanitaires relève totalement de Dentexia et de son Président. Elle marque bien le positionnement des autorités de santé publique, qui est de contribuer à favoriser la reprise des soins des patients, dans l'attente des procédures judiciaires. La mission estime que le coût des soins pourrait être compris entre 3 et 10 M€;

La mission souhaite attirer l'attention, sur le fait, qu'au-delà des préjudices psychologiques, les délais de reprise des soins sont susceptibles d'entraîner de multiples pathologies d'aggravation de l'état dentaire (ostéolyse, affaissement des dents latérales voisines des implants sans couronnes...), et notamment pour les patients déjà lourdement atteints. Des soins plus coûteux et remboursés par l'assurance-maladie pourraient en découler.

- Pour régler les problèmes d'accès aux dossiers médicaux, la mission recommande une intervention forte du ministère de la santé auprès du gestionnaire du logiciel Julie, pour libérer dans les plus brefs délais, les blocages techniques aux dossiers numériques et en particulier à l'imagerie dentaire. Elle engage le Conseil National à poursuivre la restitution des dossiers aux patients, qui le souhaitent. Un appui pourrait être sollicité, si nécessaire, auprès des DG-ARS.<sup>3</sup>
- La mission conseille, s'agissant de l'indemnisation, la voie judiciaire au moins pour les patients cumulant des préjudices de toute nature. Elle attire l'attention des patients sur la nécessaire vigilance lors de l'examen et l'éventuelle signature de protocoles, avec les banques ou les assurances, excluant tout autre recours. Si celle-ci peut se comprendre pour les préjudices exclusivement financiers, elle est plus risquée pour la prise en compte de préjudices dépassant ce périmètre.

---

<sup>3</sup> La réserve sanitaire n'a pas été utilisée pour la consolidation des plateformes téléphoniques ; elle pourrait éventuellement l'être ponctuellement, pour éviter que la restitution des dossiers, notamment en région ARA ne s'étale sur plusieurs semaines ou mois.

# Sommaire

SYNTHESE.....	3
RAPPORT.....	11
<b>1 LE FONCTIONNEMENT DE L'ASSOCIATION DENTEXIA REVELE DES ANOMALIES JURIDIQUES ET FINANCIERES.....</b>	<b>13</b>
1.1 Dentexia est une association gestionnaire de centres de santé, avec des structures affiliées.....	13
1.2 Le président de l'association assure des mandats dans plusieurs sociétés privées .....	14
1.3 Les comptes mettent à jour des pratiques peu conformes à une gestion « non lucrative ».....	16
1.3.1 Les comptes ne sont pas certifiés.....	16
1.3.2 En 2014, les dettes fournisseurs sont de 3,2 M€ et les dettes fiscales et sociales de 5,1 M€...17	17
1.3.3 En 2013-2014, les charges externes représentent entre 40 % et 25 % des produits d'exploitation.....	18
1.4 La gestion du personnel est conflictuelle.....	19
1.4.1 La pression des gestionnaires sur le personnel médical pèse sur la qualité des soins.....	19
1.4.2 Il y a huit contentieux prud'hommaux .....	19
1.5 Les prêts pour financer les soins sont contractés dans les centres de santé .....	20
1.6 L'absence d'anticipation de la liquidation a entraîné des préjudices sanitaires et financiers pour les anciens patients de l'association.....	20
<b>2 LA FERMETURE DES CENTRES DENTEXIA EST A L'ORIGINE D'UNE URGENCE HUMAINE, SANITAIRE ET FINANCIERE POUR PLUS DE 2000 PATIENTS.....</b>	<b>21</b>
2.1 Quatre sources de données ont été exploitées, d'interprétation délicate quant à la réalité dentaire individuelle de chaque patient.....	21
2.1.1 Pour la CNAMTS entre le 1er janvier 2015 et mars 2016, 6 674 patients sont passées par les structures « Dentexia » .....	21
2.1.2 Les données disponibles à travers le dispositif ministériel sont centrées sur le numéro vert et l'adressage de bons pour bilan bucco-dentaire.....	25
2.1.3 L'enquête déclarative réalisée par le Collectif auprès de ses membres apporte un éclairage complémentaire : 2400 patients mobilisés début juin 2016 .....	28
2.1.4 Plus de 350 plaintes de patients pour motif sanitaire ont été adressées aux instances ordinaires entre 2012 et 2016 .....	30
2.2 En juin 2016 l'état dentaire de nombreux patients nécessite de trouver rapidement des solutions pour qu'ils reprennent leurs soins.....	32
2.2.1 La situation sanitaire des patients a évolué entre mars et juin 2016 .....	32
2.2.2 La complexité de la prise en charge dentaire de certains patients va nécessiter des mesures adaptées .....	34
<b>3 LES PROPOSITIONS DE LA MISSION VISENT A ASSURER UNE REPRISE RAPIDE DES SOINS, SOUTENUE PAR LES POUVOIRS PUBLICS .....</b>	<b>36</b>
3.1 Désigner un délégué national ou un conseiller autorité indépendante et reconnue.....	37
3.2 Lever les obstacles en termes de responsabilité médicale .....	37
3.3 Mobiliser le service public hospitalier en complément des dentistes libéraux et des centres de santé .....	38
3.4 Recourir à un financement de solidarité nationale .....	40
<b>4 L'INDEMNISATION PASSE PAR LE RECOURS A DES VOIES DE DROIT COMMUN .....</b>	<b>41</b>
4.1 Confier explicitement au Conseil National de l'Ordre la responsabilité de la communication des dossiers et lui apporter un soutien ministériel pour accéder au contenu du logiciel Julie .....	41
4.1.1 La conservation des dossiers est différente d'un centre à l'autre .....	43

4.1.2 La communication des dossiers est pour certains centres retardée par des questions financières et d'accès informatique à l'imagerie et aux dossiers numériques .....	44
4.2 267 premières plaintes judiciaires ont été déposées au 16 juin 2016 et sont regroupées au pôle santé du parquet de paris.....	45
4.2.1 Les plaintes sont déposées au pénal et au civil, par des voies diverses .....	45
4.2.2 Les plaintes financières pourraient représenter la moitié du contentieux.....	46
4.2.3 Les délais de gestion des plaintes par le système judiciaire seront longs .....	46
4.3 L'indemnisation par l'ONIAM est complexe et peut nécessiter un recours à la loi .....	47
4.4 Des négociations sont en cours entre les avocats représentant les patients, l'assureur et les banques.....	47
4.4.1 Des négociations sont en cours avec les assureurs.....	47
4.4.2 Des négociations sont en cours avec les organismes bancaires .....	48
4.4.3 La mission souligne les risques à signer des protocoles renonçant à tout recours ultérieur....	48
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>50</b>
RECOMMANDATIONS DE LA MISSION.....	53
LETTRE DE MISSION.....	55
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES.....	57
LISTE DES ANNEXES .....	61
ANNEXE N°1 : TEXTES SUR LES CENTRES DE SANTE .....	63
ANNEXE N°2 : ACTES PRIS EN CHARGE POUR L'ASSURANCE MALADIE POUR LES PATIENTS AYANT EU RECOURS AUX CABINETS ET CENTRES DENTEXIA ET DOMICILIES EN ILE DE FRANCE SUR LA PERIODE DU 1ER JANVIER 2015 A MARS 2016 – EXTRACTION ERSM-ILE DE FRANCE.....	69
ANNEXE N°3 : EXTRAIT DE L'ENQUETE DECLARATIVE REALISEE PAR LE « COLLECTIF CONTRE DENTEXIA » ET PRESENTEE A LA MISSION IGAS LORS DE LA REUNION DU 7 JUIN 2016.....	73
SIGLES UTILISES .....	81
PIECES JOINTES .....	83
PIECE JOINTE N°1 : NOTE SGMAS DU 4 AVRIL 2016 RELATIVE A LA MISE EN PLACE D'UN NUMERO D'APPEL GRATUIT A DESTINATION DES PATIENTS PRIS EN CHARGE PAR DES PROFESSIONNELS DE SANTE SALARIES PAR L'ASSOCIATION DENTEXIA OU PAR DES PROFESSIONNELS DE SANTE EN LIEN AVEC L'ASSOCIATION DENTEXIA .....	85
PIECE JOINTE N°2 : CERTIFICAT BUCCO-DENTAIRE PREALABLE A LA REPRISE DES SOINS DENTAIRES.....	91
PIECE JOINTE N°3 : COURRIER DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES CHIRURGIENS DENTISTES DU 1ER JUIN 2016 .....	95
PIECE JOINTE N°4 : CONSIGNES AUX CPAM POUR LA PRISE EN CHARGE FINANCIERE DU BILAN BUCCO-DENTAIRE ET DU PANORAMIQUE DENTAIRE .....	99
PIECE JOINTE N°5 : MODELE DE COURRIER A ADRESSER AU PATIENT PAR LA CPAM	105

PIECE JOINTE N°6 : MODELE D'ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE DU CERTIFICAT BUCCO-DENTAIRE ET DU PANORAMIQUE DENTAIRE.....	109
PIECE JOINTE N°7 : GRILLE NATIONALE D'ENTRETIEN DANS LE CADRE DU SUIVI DES APPELS DES PATIENTS SUITE A LA MISE EN PLACE DU NUMERO VERT .....	115
PIECE JOINTE N°8 : LETTRE DU DIRECTEUR DE LA DAJ DU 6 JUILLET 2016 RELATIVE A L'AVIS JURIDIQUE SUR LA CORESPONSABILITE DES CHIRURGIENS DENTISTES QUI REPRENDRAIENT LES SOINS DE PATIENTS AYANT EU RECOURS A DES STRUCTURES DENTEXIA .....	119
PIECE JOINTE N°9 : ELEMENTS STATISTIQUES SUR LES PRATICIENS HOSPITALIERS STATUTAIRE EN ODONTOLOGIE, STOMATOLOGIE ET EN CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE –SITUATION AU 1 <sup>ER</sup> JANVIER 2016 – SOURCE CENTRE NATIONAL DE GESTION.....	125
PIECE JOINTE N°10 : COURRIER DU 2 MAI 2016 ADRESSE PAR LA MACSF - LE SOU MEDICAL A SES SOCIETAIRES.....	131
PIECE JOINTE N°11 : PASSEPORT « CHIRURGIE IMPLANTAIRE ».....	135
PIECE JOINTE N°12 : PASSEPORT « PROTHESE SUPRA-IMPLANTAIRE ».....	139
PIECE JOINTE N°13 : AVIS DAJ EN DATE DU 25 AVRIL 2016 RELATIF A LA CHARGE DES FRAIS DE TRAITEMENT DE COMMUNICATION DES DOSSIERS MEDICAUX.....	143
PIECE JOINTE N°14 : DEPECHE DE LA CHANCELLERIE- DIRECTION DES AFFAIRES CRIMINELLES ET DES GRACES EN DATE DU 14 JUIN 2016 .....	149
PIECE JOINTE N°15 : CODE DE DEONTOLOGIE DENTAIRE.....	153



## RAPPORT

Par lettre du 2 mai 2016, la ministre des affaires sociales et de la santé a saisi l'Inspection générale des affaires sociales d'une mission relative aux centres de santé dits « low cost ».

Pour cette mission le Chef de l'IGAS a désigné le 30 mai dernier : Christine DANIEL, Philippe PARIS et le Dr Patricia VIENNE.

Deux objectifs sont fixés par cette lettre adressée à la mission :

- proposer « *des mesures pour améliorer rapidement la situation des patients souffrant de soins mal ou incomplètement réalisés* », suite à la mise en liquidation judiciaire des centres de santé dentaire Dentexia et en particulier « *d'approfondir les sujets liés à la récupération et la conservation des dossiers médicaux, à l'examen des conditions de poursuites des soins et aux modalités d'indemnisation des préjudices financiers et corporels* » ;
- « *d'apporter une réponse plus globale sur la régulation de cette offre de soins afin d'éviter que ne se créent à l'avenir des structures mettant en péril la qualité et la sécurité des soins des patients* ».

\*\*\*

L'objet des centres de santé est de dispenser « *principalement des soins de premier recours* » et notamment de mener « *des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé* » (cf. annexe 1).

La loi de 2009 dite HPST<sup>4</sup>, a introduit une modification dans les règles d'ouverture des centres de santé, en transformant l'agrément préalable en une déclaration auprès de l'agence régionale de santé (ARS), sur la base d'un projet de santé et d'un règlement intérieur déposés par le centre de santé. L'objectif était de faciliter l'ouverture des centres de santé, tout en gardant leur mission première. Le dépôt de cette déclaration emporte l'obtention d'un numéro FINESS ouvrant droit au remboursement des soins par la sécurité sociale. L'ARS n'a ainsi plus la possibilité juridique de s'opposer à l'ouverture d'un centre de santé, qu'il soit dentaire ou non.<sup>5</sup> En revanche, elle dispose de la compétence d'inspection-contrôle pour s'assurer que les modalités de fonctionnement sont conformes au projet de santé déposé et que les centres de santé répondent à la réglementation sanitaire en vigueur. C'est également le cas de l'assurance-maladie, dans son domaine de compétence.

Le décret prévu par la loi de 2009, définissant les conditions dans lesquelles le directeur général de l'agence régionale de santé peut suspendre, partiellement ou totalement, l'activité du centre dentaire, n'a été adopté qu'en mai 2015<sup>6</sup>. Cette suspension peut notamment résulter de « *cas d'urgence tenant à la sécurité des patients* ».

---

<sup>4</sup> Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, article L6323-1 du code de la santé publique.

<sup>5</sup> Jugement du tribunal administratif de Paris, audience du 9 octobre 2015, lecture du 23 octobre 2015. « *Aucune des dispositions* » (il s'agit notamment des dispositions de la loi HPST) « *n'ont pour effet de soumettre l'activité des centres de santé à un régime de déclaration préalable, ne conditionne l'ouverture ou le changement d'implantation d'un tel établissement et la possibilité de bénéficier, via l'inscription correspondante dans le répertoire FINESS, des remboursements de soins dispensés aux assurés.* »

<sup>6</sup> Décret n° 2015-583 du 28 mai 2015 relatif à la procédure de suspension d'activité des centres de santé, article D. 6323-11 du code de la santé publique.

Cet assouplissement législatif, qui répond aussi à un souhait d'évolution de l'exercice médical, a conduit à une forte progression du nombre de centres de santé, tout particulièrement des centres de santé dentaire. Les chiffres de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) dénombrent 425 centres de santé exclusivement dentaires fin 2012 et 653 fin 2015.<sup>7</sup>

Analyser les conséquences de cette évolution législative et les modifications du paysage institutionnel des centres de santé dentaire fera l'objet d'un second rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) qui sera remis à la ministre à l'automne.

Ce premier rapport traite exclusivement de l'association Dentexia, même s'il s'inscrit dans ce nouveau paysage juridique et institutionnel.

**La mission tient à préciser que le présent rapport ne concerne que le fonctionnement des centres dentaires gérés ou rattachés à l'association Dentexia ; et qu'il ne s'agit ni de constats, ni d'analyses s'appliquant à l'ensemble des centres de santé dentaire.**

L'association Dentexia, créée en juillet 2011, gérait en direct cinq centres de santé dentaires et trois structures (dont deux cabinets libéraux transformés en SELARL) étaient indirectement liées à l'association. Entre février 2015 et mars 2016, sept sur huit de ces organismes ont été déclarés en liquidation judiciaire par les tribunaux de grande instance d'Aix-en-Provence et de Paris. De ce fait, des soins ont été interrompus, voire n'ont pas démarré, alors même que ces soins étaient payés d'avance par les patients, sous forme d'apport personnel ou de crédit. Plus de 2400 patients se considérant comme des victimes du fonctionnement de cette association, autant d'un point de vue sanitaire que financier, se sont réunis en un « collectif contre Dentexia »

Cinq questions guident ce rapport :

- Comment le fonctionnement de l'association Dentexia a-t-il conduit à la situation financière et sanitaire que connaissent aujourd'hui les anciens patients de Dentexia ?
- Combien de patients seraient concernés et quels seraient les cas les plus urgents à traiter ?
- Dans quelles conditions assurer une prise en charge sanitaire dans les plus brefs délais des patients dont la situation actuelle n'est plus tenable<sup>8</sup> ?
- Comment faciliter l'accès au dossier dentaire pour les patients qui souhaitent en disposer ?
- Quelle voie utiliser pour indemniser les patients ?

Le diagnostic établi par la mission s'appuie sur les entretiens menés par la mission avec les acteurs, administratifs, professionnels et patients (cf. liste des personnes rencontrées). Il a également reposé sur l'analyse des nombreux documents qui lui ont été transmis. En outre, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) a mis à la disposition de la mission un expert praticien-conseil, pour l'extraction et l'analyse des bases statistiques de la CNAMTS (le Dr Michèle CHANTRY).

<sup>7</sup> Le rapport de l'IGAS RM2013-119P, intitulé « Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain » reprend cette enquête de la CNAMTS, qui porte sur l'ensemble des centres de santé, pour analyse de façon quantitative le développement des centres de santé et leur typologie.

<sup>8</sup> C'est-à-dire qui ont des répercussions invalidantes dans leur vie quotidienne.

Le présent rapport décrit le fonctionnement de l'association Dentexia (partie 1), tant sur l'organisation, le fonctionnement financier, la gestion du personnel. La partie 2 analyse les multiples sources statistiques qui permettent d'estimer le nombre de patients concernés, leur état bucco-dentaire, les préjudices de toute nature notamment sanitaires et financiers ; sachant que seul l'accès à un chirurgien dentiste qui réalisera alors **un bilan bucco-dentaire individualisé complété d'un panoramique dentaire** permettra d'avoir un constat précis de la situation de chaque patient concerné. **La centralisation (régionale ou nationale) de ses bilans sera seule en mesure d'avoir une visibilité réelle de l'impact sanitaire de cette liquidation.** Les troisième et quatrième parties sont consacrées aux recommandations de la mission. Leur objectif est de généraliser, dans les délais les plus brefs, une reprise des soins pour les patients dont les soins ont été interrompus et/ou mal effectués par les praticiens et d'analyser les voies les mieux adaptées d'une indemnisation des patients.

## 1 LE FONCTIONNEMENT DE L'ASSOCIATION DENTEXIA REVELE DES ANOMALIES JURIDIQUES ET FINANCIERES

Les éléments rassemblés par la mission, relatifs à l'organisation de l'association, le fonctionnement financier, la structure du personnel y travaillant, le financement des soins par les patients font apparaître des irrégularités comptables et/ou juridiques et des pratiques qui interrogent le « caractère non lucratif » de l'association de type 1901 Dentexia.

### 1.1 Dentexia est une association gestionnaire de centres de santé, avec des structures affiliées

L'association Dentexia, créée le 1er juillet 2011, gère en direct cinq centres de santé dentaires, implantés sur quatre régions administratives<sup>9</sup>. Par jugement en date du 24 novembre 2015, le tribunal de grande instance d'Aix-en-Provence (TGI) a ouvert une procédure de redressement judiciaire à l'encontre de l'association Dentexia, transformée en procédure de liquidation judiciaire en janvier 2015.

Les offres de reprises ont toutes été rejetées et le TGI d'Aix-en-Provence a prononcé la liquidation judiciaire par un jugement du 4 mars 2016 des cinq centres directement gérés par Dentexia :

- le centre de santé dentaire de Chalon sur Saône, situé dans la ZAC Thalie créé en avril 2013 et en liquidation judiciaire depuis le 4 mars 2016, dont le bailleur est SAS Medic Development, spécialisée dans le commerce de gros de produits pharmaceutiques ;
- le centre de santé dentaire de Vaux-en-Velin, localisé à la Voie Lactée, créé en 2008 et rattaché à Dentexia en mars 2012 en liquidation judiciaire depuis le 4 mars 2016 dont le bailleur était SCI Vaux en Velin ;
- le centre de santé dentaire de la Grange Blanche, localisé sur le site de la Grange Blanche dans le 8ème arrondissement de Lyon, créé en mars 2012 et en liquidation judiciaire depuis le 4 mars 2016 dont le bailleur était l'hôpital privé Natecia ;
- le centre de santé dentaire de la Tête d'or, localisé dans le 6ème arrondissement de Lyon, créé en 2008 et rattaché à Dentexia en mars 2012 en liquidation judiciaire depuis le 4 mars 2016, dont le bailleur était la SCI 4Y ;
- le centre de santé dentaire Valmy, situé à Colombes. Ce centre de santé n'a pas été créé par l'association Dentexia mais repris par celle-ci en mars 2013. Ce centre a été fermé pour travaux mi 2015 et également en liquidation judiciaire depuis le 4 mars 2016.

<sup>9</sup> Les centres de santé dentaire gérés par l'association Dentexia se situaient, pour trois d'entre eux en région Auvergne-Rhône-Alpes et pour l'un en région Bourgogne-Franche-Comté ainsi que pour trois d'entre eux (dont deux affiliés) en région Ile de France, pour et pour le dernier (également affilié) dans la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur.

Parallèlement, le président de l'association Dentexia a créé une autre association en janvier 2012, dénommée « Centre dentaire de Saint-Lazare » situé au 46 rue de Londres à Paris dans le 8ème arrondissement. Une procédure de redressement judiciaire a également été ouverte le 5 mars 2015. Par jugement du TGI de Paris en date du 25 février 2016, le cabinet Saint-Lazare a été liquidé et repris par la SARL « Doctegestio », pour le compte d'une association dénommée « Association pour l'Accès de Tous aux Soins - Paris Lyon Marseille », déclarée le 25 février 2016 à la préfecture de Paris.

Deux cabinets libéraux, transformés en société d'exercice libéral à responsabilité limitée (SELARL), ont également été liquidés :

- le cabinet King, initialement cabinet libéral, a été transformé en société d'exercice libéral à responsabilité limitée (SELARL). Cette SELARL a été mise en liquidation judiciaire par un jugement prononcé le 20 février 2015 ;
- le cabinet Pages-centre Poincaré, également cabinet libéral transformé en SELARL a été mis en liquidation judiciaire par un jugement du 25 février 2016.

Plusieurs éléments repris dans la liasse fiscale transmise à la direction générale des finances publiques du ministère des finances (DGFIP) par l'association pour les années 2013 et 2014 mettent en évidence des circuits financiers entre l'association Dentexia et les trois autres centres de santé cités ci-dessus. Par exemple au titre du passif du bilan :

- 242 132 € en 2013 et 78 553 € en 2014 de dettes de l'association Dentexia envers le cabinet Pages,
- 159 961 € en 2014 de dettes de Dentexia envers le cabinet Saint Lazare,
- 27 714 € en 2013 et 14 244 € en 2014 de dettes envers le cabinet King.

## 1.2 Le président de l'association assure des mandats dans plusieurs sociétés privées

Le président de l'association Dentexia exerçait par ailleurs des mandats dans des sociétés privées. **La mission a identifié huit sociétés qui étaient dans ce cas :**

- trois sociétés ont été placées en liquidation judiciaire (dont une recréée quelques mois après) ;
- deux sont en cours de liquidation ou en procédure d'insolvabilité ;
- trois sont en fonctionnement.

### Encadré 1 : Huit sociétés privées identifiées par la mission où le président de l'association Dentexia occupe un mandat

- Société Laboscore, activité de fabrication et vente de prothèses : le président de l'association Dentexia est associé et la société est en cours de liquidation ;
- Société NPS, activité d'édition de revues et périodiques : président de l'association Dentexia en est le gérant et la liquidation judiciaire a été prononcée le 14 octobre 2014 ;
- Société Créer Patrimoine, activité de conseil pour les affaires et autres conseils de gestion : le président de l'association Dentexia en est le gérant, la société était localisée à Génissac en mars 2014, la liquidation judiciaire a été prononcée le 30 septembre 2014, la société a été rouverte le 18 mai 2015 à Paris ;
- Société Efficences Odontologiques activité de formation en organisation de cabinets dentaires et formation de personnel non dentiste, le président de l'association Dentexia en était le gérant, la liquidation judiciaire a été prononcée le 30 septembre 2014 ;
- Société Efficences Finances, activité des sociétés holding depuis septembre 2012, activité de formation continue des adultes depuis mars 2014, le président de l'association Dentexia en est le président ;
- Société Diastem, activité de fabrication et vente de matériel médico-chirurgical, le président de l'association Dentexia est associé ;
- Société Dentexia Bonn GMBH, activité de gérance de cabinets dentaires, le président de l'association Dentexia est cogérant, une procédure d'insolvabilité est en cours en Allemagne.
- Société Efficences Luxembourg SARL, activité de vente d'implants dentaires.

Les comptes de résultat de l'association des années 2013 et 2014 montrent que des charges sont comptabilisées au titre de ces sociétés (cf. partie 1.3). Le montant le plus élevé constaté par la mission est celui de 2013 au profit de la société Efficences Odontologiques de plus de 2 M€ Cette société assurait des prestations de formation. Elle est en liquidation judiciaire depuis octobre 2014 (liquidation prononcée le 30 septembre 2014).

Le président de l'association Dentexia, à but non lucratif, financée en partie par des remboursements de l'assurance maladie, exerce donc en même temps les fonctions d'associé, gérant ou cogérant dans les huit sociétés identifiées par la mission. En outre, 5 sur 8 de ces sociétés sont aujourd'hui en liquidation judiciaire ou en procédure judiciaire.

La mission s'interroge sur cet usage systématique de la procédure de liquidation judiciaire, que ce soit dans l'association Dentexia ou dans les sociétés privées dans lesquelles le Président de l'association exerce divers mandat. Cette interrogation est renforcée par le fait que les comptes font apparaître de nombreux échanges financiers entre ces structures.

### 1.3 Les comptes mettent à jour des pratiques peu conformes à une gestion « non lucrative »

#### 1.3.1 Les comptes ne sont pas certifiés

Le commissaire aux comptes, nommé en décembre 2014, en réponse à une demande de la mission<sup>10</sup>, a indiqué qu'il n'y avait pas de rapport de certification des comptes. Il précise que « *la revue initiale des comptes non auditables en l'état, a fait ressortir de nombreuses anomalies et des points en suspens* » (constat en novembre 2015).

Ce constat amène à plusieurs remarques de la mission.

L'association était tenue de nommer un commissaire aux comptes dès 2012 et non en décembre 2014. En effet, toute association ayant reçu annuellement des autorités administratives une subvention de plus de 153 000 € « *doit établir des comptes annuels comprenant un bilan, un compte de résultat et une annexe* » et « *assurer (...) la publicité des (...) comptes annuels et du rapport du commissaire aux comptes.* ». Les autorités administratives comprennent à la fois les administrations de l'Etat, les collectivités territoriales, les établissements publics à caractère administratif, les organismes de sécurité sociale et les autres organismes chargés de la gestion d'un service public administratif<sup>11</sup>.

Par ailleurs, si un commissaire aux comptes a été désigné en décembre 2014, il a indiqué à la mission ne pas avoir été en mesure d'établir un rapport de certification des comptes sur l'année 2014. Conformément à l'article L612-3 du Code de commerce, le commissaire aux comptes aurait dû au minimum faire valoir son « droit d'alerte » et en avertir le président du tribunal de grande instance, dès lors que la continuité de l'activité n'était pas assurée.

Dans l'un comme dans l'autre cas, des sanctions pourraient être prévues, si ces éléments sont confirmés par la justice. Elles seraient à la fois à l'encontre du dirigeant de l'association, qui n'a pas nommé dans les délais requis et à l'encontre du commissaire aux comptes qui n'a pas établi de rapport de certification des comptes.<sup>12</sup>

---

<sup>10</sup> Mail de réponse adressé à la mission le 22 juin 2016

<sup>11</sup> Article L612-4 du code du commerce ; loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations, article 1er ; article D612-5 du code du commerce

<sup>12</sup> Article L820-4 du code du commerce : « Nonobstant toute disposition contraire : 1° Est puni d'un emprisonnement de deux ans et d'une amende de 30 000 euros le fait, pour tout dirigeant de personne ou de l'entité tenue d'avoir un commissaire aux comptes, de ne pas en provoquer la désignation ».

### 1.3.2 En 2014, les dettes fournisseurs sont de 3,2 M€ et les dettes fiscales et sociales de 5,1 M€

A partir de la liasse fiscale transmise à la direction générale des finances publiques du ministère des finances (DGFIP) par l'association pour les années 2013 et 2014, la mission a analysé les bilans des années 2013 et 2014, ainsi que les comptes de résultats.

Tableau 1 : Analyse du bilan sur les années 2013 et 2014.

ACTIF net			PASSIF net		
	2013	2014		2013	2014
<b>TOTAL dont :</b>	<b>5 029 211</b>	<b>6 613 707</b>	<b>TOTAL dont :</b>	<b>5 029 211</b>	<b>6 613 707</b>
immobilisations corporelles	926 545	777 290	Report à nouveau	-2 382 404	-2 151 728
Matières premières	453 320	564 175	Dettes fournisseurs	4 053 025	3 184 545
Autres créances dont :	2 765 950	4 813 441	Dettes fiscales et sociales	2 554 413	5 094 538
<i>Factures à recevoir</i>	502 175	1 919 087	Autres dettes	585 056	
<i>Honoraires à l'encaissement</i>		2 294 524			

Source : liasse fiscale sur les années 2014 et 2015

La mission a constaté que les dettes étaient considérables, de 8,3 M€ en 2014 (dettes cumulées au 31 décembre 2014), en additionnant les dettes sociales et fiscales et les dettes fournisseurs. Ce montant peut être rapporté au total des produits figurant en 2014 au compte de résultat, soit 12 M€ de produits d'exploitation.

En outre sept contentieux étaient relevés par l'administrateur judiciaire devant le tribunal de commerce, portant, pour six d'entre eux, sur le paiement de factures :

- un double contentieux entre l'association Dentexia et la société Corhofi (activité de leasing pour la fourniture de matériel médical) au tribunal de commerce d'Aix, avec pour Dentexia une demande d'annulation de protocole conclus avec la société Corhofi, et une demande par la société Corhofi de paiement des factures adressées à Dentexia en vertu de ce protocole,
- quatre contentieux sont liés au non paiement de fournisseurs,
- une action d'Addentis, Efficentre et Patrice de Poncins contre Dentexia, devant le tribunal de commerce, pour action en concurrence déloyale, avec une condamnation de Dentexia et un appel en cours.

Ces contentieux sont la conséquence du non-paiement de certains fournisseurs. Le montant des dettes fiscales et sociales à la fin de l'année 2014 est également très important, illustrant la grande fragilité financière de l'association. Comme il a été indiqué au point précédent, celle-ci aurait dû attirer l'attention du commissaire aux comptes nommé en décembre 2014.

### 1.3.3 En 2013-2014, les charges externes représentent entre 40 % et 25 % des produits d'exploitation

Tableau 2 : Analyse du compte de résultat sur les années 2013 et 2014.

CHARGES			PRODUITS		
	2013	2014		2013	2014
<b>TOTAL CHARGES</b>	<b>12 428 800</b>	<b>13 540 531</b>	<b>TOTAL PRODUITS</b>	<b>10 953 979</b>	<b>13 771 206</b>
<b>Charges d'exploitations dont</b>	11 650 017	11 941 211	<b>Produits d'exploitation dont</b>	10 689 672	12 067 095
<i>Autres charges externes</i>	4 195 302	3 097 863	<i>Production vendue services</i>	10 523 121	11 618 956
<i>Honoraires</i>	2 195 205*	750 001**	<i>Subvention</i>	166 473	198 721
Charges financières	255 546	470 287	Produits financiers	-	-
Charges exceptionnelles	523 236	1 129 033	Produits exceptionnels	264 307	1 704 111

Source : liasse sociale et fiscale des années 2013 et 2014

Plusieurs postes méritent l'attention dans les charges externes :

- le montant des honoraires versés à la société Efficiences en 2013 (2 055 075 €, soit près de 94 % des charges externes),
- le montant des honoraires d'avocats sur l'année 2014 (421 982 € correspondant aux contentieux de l'association Dentexia cf. partie 117) ainsi que l'existence d'honoraires versés au Président de l'association (32 000 €),
- les postes voyages et déplacement, notes de frais et réception, qui sont de 158 901 € en 2013 et 299 406 € en 2014.

Par ailleurs, les produits exceptionnels de l'année 2014 s'élèvent à 1,7 M€ Ils comprennent notamment :

- des avoirs au titre de la société Laboscore, s'élevant à 670 000 € dont le président de l'association est associé et qui est en cours de liquidation judiciaire ;
- des avoirs pour malfaçons, s'élevant à 380 000 €

Les éléments comptables sur l'année 2015, qui n'est pas encore clôturée<sup>13</sup>, transmis à la mission par le cabinet comptable Dolfi sur l'année 2015 montrent que, malgré la chute de près de moitié des produits d'exploitation entre les années 2014 et 2015, les honoraires comme les postes voyages et déplacement, notes de frais et réception demeurent stables, ceux du président quadruplant presque entre les deux années.

La mission s'interroge sur les objectifs de gestion désintéressée, qui fondent à la fois les principes de fonctionnement d'une association à but non lucratif, et les missions des centres de santé, percevant des remboursements de l'assurance maladie :

- les honoraires du président s'élevaient à 32 000 € en 2014 et 114 000 € en 2015 ;
- les honoraires dits de « management commercial » en 2015, d'un montant de 268 800 €, se rapportaient à des honoraires versés à la société Créer Patrimoine, société dont le président est gérant ; le montant des honoraires continue donc à être d'un niveau élevé en 2015, alors même que l'association est dans une situation financière très fragile ;
- les procédures récurrentes de liquidation judiciaire suscitent des interrogations sur le mode de gestion des sociétés prestataires de l'association, où le président occupe des mandats.

<sup>13</sup> Eléments provisoires sur la comptabilité 2015 du cabinet Dolfi, transmis à la mission

Sur le premier point cité, le niveau de rémunération du président et les honoraires de management commercial versés en 2015 renvoient à la notion de gestion désintéressée d'une association. Les critères en sont fixés par l'article 261-7 du code général des impôts. Une association peut rémunérer ses dirigeants si « ...ses statuts et ses modalités de fonctionnement assurent sa transparence financière, l'élection régulière et périodique de ses dirigeants, le contrôle effectif de sa gestion par ses membres et l'adéquation de la rémunération aux sujétions effectivement imposées aux dirigeants concernés... ». Le montant de cette rémunération ne peut excéder trois fois le montant du plafond visé à l'article L 241-3 du Code de la sécurité sociale. Pour l'année 2015 ce plafond était fixé par l'arrêté du 26 novembre 2014 à 3170 € par mois soit 114 120 € par an si on multiplie la rémunération annuelle par trois. Un chiffre à comparer aux 114 000 € perçus effectivement.

## 1.4 La gestion du personnel est conflictuelle

### 1.4.1 La pression des gestionnaires sur le personnel médical pèse sur la qualité des soins

Le bilan économique, social et environnemental établi par l'administrateur judiciaire<sup>14</sup> évalue à 73 salariés (dont 22 chirurgiens-dentistes) le nombre de salariés présents à Dentexia au moment du redressement en janvier 2016.

Des témoignages recueillis par la mission font état de consignes de la part des gestionnaires du centre adressées aux chirurgiens dentistes, parfois pendant les soins :

- réduire le nombre de séances pour arracher plusieurs dents ;
- réduire le nombre de séances pour poser davantage d'implants en une fois ;
- donner des consignes notamment sur le fait de ne pas expliquer au patient ce qu'on lui fait au fur et à mesure des soins dispensés dans une même séance.

Le médecin de la mission, en examinant les dossiers médicaux, a constaté que plusieurs dentistes pouvaient intervenir sur un même patient et que certains dentistes ont pu exercer successivement dans plusieurs centres. Du fait de ces modes de gestion, les patients n'étaient pas suivis par un seul médecin et les plans de traitement pouvaient évoluer. (cf. partie 2)

### 1.4.2 Il y a huit contentieux prud'hommaux

La mission a relevé, dans le dossier de l'administrateur judiciaire, que six contentieux prud'hommaux étaient en cours<sup>15</sup>, dont trois en appel (2 à la Cour d'appel de Versailles et un à la cour d'appel d'Aix en Provence).

Deux autres contentieux sur l'année 2015 ont été signalés à la mission par le cabinet Dolfi.

Compte tenu des effectifs de Dentexia, cette conflictualité est très supérieure à ce qui est constaté au niveau national dans les statistiques générales sur les recours aux prud'hommes. En effet, sur la France entière, moins de 8 recours prud'hommaux sur 1000 salariés sont constatés, tous motifs confondus.<sup>16</sup> Elle est révélatrice de tensions entre personnes et entre fonctions, pesant sur les patients. Plusieurs témoignages recueillis par la mission exposés ci-dessus vont dans ce sens.

<sup>14</sup> Bilan transmis à la mission par l'intermédiaire du mandataire judiciaire à titre confidentiel.

<sup>15</sup> Le bilan des contentieux figure dans le bilan économique, social et environnemental de l'administrateur judiciaire en charge de la procédure de redressement judiciaire de l'association Dentexia, audience du 26 janvier 2016.

<sup>16</sup> Centre d'études de l'emploi, Connaissances de l'emploi n°111, mars 2014.

## 1.5 Les prêts pour financer les soins sont contractés dans les centres de santé

Les pièces transmises à la mission confirment la pratique « bancaire » de Dentexia, de faire payer d'avance les soins en une fois. Pour les prêts, les assistantes cliniciennes demandaient aux patients de remplir un certificat attestant que les soins étaient terminés et demandant en conséquence le versement en une fois du prêt affecté par la banque à l'attention du Centre de santé dentaire (ou de la société d'exercice libéral à responsabilité limitée)

Le rapport du mandataire judiciaire fait également mention à ces pratiques bancaires, en précisant que ces prêts étaient contractés après de trois banques : Franfinance de façon très majoritaire, la société SOFEMO, absorbée par COFIDIS et la société Ondotolease. Dans le cadre des crédits souscrits par ces banques, il s'agissait de prêts dits affectés : les fonds étaient directement versés aux centres Dentexia.

Le sondage réalisé par le collectif contre Dentexia, qui porte sur 558 personnes membres du collectif<sup>17</sup> donne les résultats suivants : environ la moitié des patients a contracté un prêt affecté, pour les trois-quarts avec la société Franfinance, pour plus de la moitié de plus de 5000 €

Par ailleurs, s'agissant des prêts personnels, sur environ 320 réponses, plus de la moitié indiquent que ces contrats personnels ont été contractés à l'intérieur du centre dentaire.

Le président de l'association, interrogé par la mission sur cette pratique de l'avance des frais avant le démarrage des soins l'a expliquée en comparant le fonctionnement des centres de santé dentaire et celui des professionnels libéraux. En effet, selon lui, pour faire fonctionner un centre dentaire ayant des coûts nettement inférieurs à ceux pratiqués dans un cabinet libéral, il est nécessaire de prendre un acompte de même valeur en volume que le cabinet libéral. La totalité du versement demandée par l'Association Dentexia correspondait de fait, en euros, à l'acompte des 30 % demandés par le centre de santé.

Malgré cette explication, cette pratique est contraire aux dispositions de l'article L311-31 du Code de la Consommation : « *Les obligations de l'emprunteur ne prennent effet qu'à compter de la livraison du bien ou de la fourniture de la prestation ; en cas de contrat de vente ou de prestation de services à exécution successive, elles prennent effet à compter du début de la livraison ou de la fourniture et cessent en cas d'interruption de celle-ci. Le vendeur ou le prestataire de services doit conserver une copie du contrat de crédit et le présenter sur leur demande aux agents chargés du contrôle.* »

## 1.6 L'absence d'anticipation de la liquidation a entraîné des préjudices sanitaires et financiers pour les anciens patients de l'association

Plusieurs éléments développés dans cette partie attestent d'objectifs commerciaux orientant les choix de gestion : le président de l'association participe activement à de nombreuses sociétés privées, l'analyse des comptes fait apparaître des dépenses au profit de ces mêmes sociétés, une partie du personnel avait essentiellement des fonctions commerciales. Cette gestion s'est conjuguée avec un paiement en avance de tous les soins, majoritairement permise par un prêt contracté dans le cabinet lui-même.

Plus grave, ces pratiques se sont accompagnées d'une gestion structurellement déficitaire avec l'accumulation de dettes sociales et fiscales et de dettes envers les fournisseurs.

---

<sup>17</sup> La méthode retenue par ce sondage, ainsi que ses limites méthodologiques, sont présentées dans la seconde partie du rapport, la majorité des questions pourtant sur les aspects sanitaires et 15 questions, sur les 65 posées, portent sur le volet financier.

Le centre de Colombes a été fermé dès la mi-2015. D'autres ont été fermés par les Agences régionales de santé pour raisons d'hygiène et de sécurité des soins (centre de la Tête d'Or à Lyon, Centre de Chalon-sur-Saône). Les autres, mis à part le centre dentaire Saint-Lazare ont été fermés pour liquidation judiciaire.

**Le fonctionnement des centres gérés par l'association Dentexia et des structures liées a ainsi conduit inéluctablement à leur fermeture, sans que celle-ci n'ait été anticipée par les personnes supposées tirer les sonnettes d'alarme, notamment - mais pas seulement - le commissaire aux comptes. Les patients avaient encore moins les moyens de l'anticiper.**

De ce fait, des patients se sont trouvés devant les portes closes d'un centre de santé, alors même que plusieurs n'avaient pas terminé leur traitement et pour certains, celui-ci n'avait même pas commencé. Les conséquences sanitaires de cette interruption des soins peuvent être lourdes, comme le montre la seconde partie de ce rapport. Les conséquences financières le sont aussi. Les patients ont payé d'avance tous leurs soins et ne peuvent plus récupérer leur mise auprès d'une association fermée, avec un passif évalué en mars 2016 à près de deux ans de chiffre d'affaires.

## **2 LA FERMETURE DES CENTRES DENTEXIA EST A L'ORIGINE D'UNE URGENCE HUMAINE, SANITAIRE ET FINANCIERE POUR PLUS DE 2000 PATIENTS**

La porte d'entrée des principales difficultés sanitaires actuelles des patients est liée au redressement judiciaire des centres depuis octobre 2015<sup>18</sup> et surtout à la fermeture des centres dentaires pour raisons sanitaires, suivie très rapidement de la liquidation judiciaire de tous les centres dentaires Dentexia en mars 2016. Cette liquidation a laissé plus de 2400 de patients en attente de soins, selon le collectif, qui sont de fait victimes de la liquidation des centres de santé dentaires ; cette liquidation a entraîné la suspension de leurs soins dentaires.

Pour évaluer l'ampleur sanitaire de ces interruptions soudaines de délivrance de soins dentaires et le nombre de patients concernés, la mission a eu accès à plusieurs sources de données. **Mais elle n'a pu avoir accès ni aux dossiers médicaux des patients, ni aux images radiologiques, complétées de comptes-rendus d'interprétation (cf. infra), pour objectiver l'état dentaire réel des patients à la date de rendu du rapport.**

### **2.1 Quatre sources de données ont été exploitées, d'interprétation délicate quant à la réalité dentaire individuelle de chaque patient**

Ces données dessinent un paysage complexe, où s'articulent des informations statistiques générales de l'assurance maladie, complétées par une analyse des actes limitée à une région, l'Ile-de-France, des éléments chiffrés parcellaires issus des dispositifs ministériels et régionaux mis en place depuis avril 2016 et une enquête déclarative réalisée auprès des membres du « collectif contre Dentexia », par son représentant lyonnais. Ces données sont complétées par des informations sanitaires issues de plaintes déposées par les patients et regroupées au niveau du Conseil national de l'ordre des chirurgiens dentistes.

#### **2.1.1 Pour la CNAMTS entre le 1er janvier 2015 et mars 2016, 6 674 patients sont passées par les structures « Dentexia »**

Deux types de données sont présentées ici : les statistiques nationales descriptives et une extraction des actes cotés pour les patients domiciliés en Ile-de-France et ayant eu recours aux cabinets et centres de santé dentaires étudiés par la mission.

<sup>18</sup> A l'exception du cabinet libéral de Marseille fermé lui depuis le 28 janvier 2015.

### 2.1.1.1 Les statistiques générales apportent peu d'éléments directement utilisables pour évaluer l'état dentaire actuel des patients

Il s'agit de statistiques nationales agrégées et anonymes. Seules les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) disposent des informations nominatives individuelles relatives aux affiliés.

Le système d'information de l'assurance maladie n'a permis de disposer que des données statistiques sur une durée de 18 mois<sup>19</sup>. Il s'agit d'une limite à l'exhaustivité de la file active des patients passés par les centres de santé dentaire Dentexia et les deux cabinets libéraux dentaires concernés, certains ayant pu commencer leurs soins antérieurement à 2015.<sup>20</sup>

Ces chiffres globaux regroupent l'ensemble des régimes, le régime général représentant environ 90 % des patients ; le régime agricole et le régime social des indépendants totalisent environ 6,4 % (soit plus de 400 patients) ; les autres régimes étant très minoritaires (SNCF, RATP, Clercs et employés de notaires, militaires de carrières, mineurs et assimilés).

Tableau 3 : Nombre de patients ayant eu recours aux centres dentaires Dentexia et aux cabinets libéraux dentaires affiliés à partir du 1er janvier 2015 et jusqu'à leur liquidation

Centre de santé DENTEXIA et cabinets libéraux affiliés	Nombre de patients ayant eu recours à la structure et identifiés par la CNAMTS	Dont nombre de patients bénéficiant du panier de soins CMU-C
Cabinet libéral du Dr KING - Marseille (13)	53 patients	26 patients
<b>TOTAL PACA</b>	<b>53 patients</b>	<b>26 patients</b>
Cabinet libéral Dr PAGES - Paris (75)	588 patients	26 patients
Centre de santé dentaire Valmy - Colombes (92)	496 patients	47 patients
Centre de santé dentaire Saint Lazare - Paris (75)	non disponible	non disponible
<b>TOTAL ILE DE FRANCE</b>	<b>1084 hors Saint Lazare</b>	<b>73 patients hors Saint Lazare</b>
Centre de santé dentaire - Chalon sur Saône (71)	975 patients	28 patients
<b>TOTAL BOURGOGNE FRANCHE COMTE</b>	<b>975 patients</b>	<b>28 patients</b>
Centre de santé dentaire Grange Blanche - Lyon (69008)	1.445 patients	54 patients
Centre de santé dentaire Tête d'Or - Lyon (69006)	1.326 patients	32 patients
Centre de santé dentaire La Voie Lactée - Vaulx-en-Velin (69)	1.791 patients	123 patients
<b>TOTAL AUVERGNE RHONE ALPES (ARA)</b>	<b>4.562 patients</b>	<b>209 patients</b>
<b>TOTAL GENERAL (hors centre Saint-Lazare)</b>	<b>6.674 patients</b>	<b>336 patients</b>

Source : CNAMTS - données transmises à la mission suite à la réunion du 7 juin 2016

La mission incite à la prudence dans l'analyse de ces données statistiques chiffrées, puisqu'il s'agit du nombre de patients ayant fréquenté les structures susmentionnées, et qui ont bénéficié d'au moins un acte coté à remboursement assurance maladie, et cela quelle que soit la suite de ce recours dentaire. **Sur les 6.674 patients qui ont fréquenté ces structures, plus de 68 % ont eu recours aux centres dentaires du Rhône.**

<sup>19</sup> Lors de la réunion initiale du 7 juin 2016 avec la CNAMTS, cette limite méthodologique a été mentionnée d'emblée avec ses représentants.

<sup>20</sup> Cf. infra. Enquête conduite par le « collectif contre Dentexia » qui fait apparaître que certains patients ont débuté leurs soins entre 2012 et 2014 (16, 5% des 558 personnes ayant répondu au questionnaire).

L'analyse des chiffres du tableau doit être réalisée en tenant compte des informations administratives et juridiques mentionnées dans la partie 1 du rapport, à savoir notamment :

- le cabinet dentaire libéral de Marseille (dit Cabinet du Dr King) a été fermé fin janvier 2015 (l'activité concerne donc à peine un mois) ;
- en Ile-de-France, le cabinet dentaire libéral du Dr Pages a été liquidé par jugement en date du 4 février 2016, le centre dentaire Valmy de Colombes est fermé pour travaux depuis mi-octobre 2015 et le centre de santé dentaire Saint Lazare, liquidé par jugement du 25 février 2016, a été repris par un nouveau gestionnaire à cette même date ;
- la DG-ARS d'ARA a pris, suite à une inspection, une décision, pour manquements aux règles d'hygiène, de suspension immédiate et totale d'activité du centre de la Tête d'Or à Lyon au 1er février 2016, avant la liquidation des trois centres du Rhône en date du 4 mars 2016 ;
- le DG-ARS de Bourgogne Franche Comté a suspendu l'activité du centre dentaire de Chalon sur Saône, en date du 1er mars 2016, également suite à une inspection, pour manquements sanitaires<sup>21</sup>.

La dernière colonne du tableau ci-dessus montre que les patients bénéficiaires de la CMU-C sont peu nombreux, en ce qui concerne les soins dentaires pris en charge par l'assurance maladie dans les cabinets et centres concernés.<sup>22</sup>

#### 2.1.1.2 Les soins dentaires remboursés par l'Assurance maladie pour les patients ayant eu recours aux structures Dentexia sont limités

Avec l'appui d'un praticien conseil de l'échelon régional du service médical de l'Ile-de-France, mis à disposition par l'Assurance maladie, une analyse des bases de données<sup>23</sup> n'a pu être réalisée que sur la région l'Ile de France<sup>24</sup>. Ce travail d'extraction couvre la période de juin 2014 à mars 2016.

La mission a constaté que les extractions statistiques concernant les soins dentaires remboursés par la CNAMTS des patients domiciliés en Ile de France sont difficilement utilisables comme activité rattachée à un chirurgien dentiste identifié, lorsque ces soins sont réalisés dans un centre de santé dentaire et cela pour plusieurs raisons :

- le numéro est affecté au centre dentaire et non à un chirurgien dentiste déterminé puisque les soins sont facturés par le centre et donc remboursés au centre. C'est donc le gestionnaire du centre qui est connu de la caisse et non les dentistes salariés ;
- les feuilles de soins télétransmises devraient être cosignées par le gestionnaire et le praticien l'un avec sa carte de gestionnaire et l'autre avec la carte de professionnel de santé (ou numéro RPPS pas totalement déployé) ; de fait les dentistes ont souvent délégué cette validation au personnel administratif sans contrôle par rapport aux actes réellement réalisés ;
- Alors que l'analyse des profils d'activité des dentistes libéraux permet de déceler d'éventuelles atypies de pratiques dans les actes réalisés – ce qui peut conduire à un éventuel contrôle sur place par un dentiste praticien conseil - pour les centres de santé, aucun suivi de profil n'est réalisé en routine. Il faut que le praticien conseil aille sur place pour sortir la liste des patients par dentiste présent le jour du contrôle et la compare à la liste des actes réalisés et facturés.

<sup>21</sup> Les rapports d'inspection de ces deux ARS ont été transmis à la mission.

<sup>22</sup> Les actes qui figurent au panier de soins pour les patients CMU-C bénéficient d'une meilleure prise en charge financière (ex : Couronne CMU-C prise en charge à 230 € au lieu de 107,50 € pour les patients non CMU-C).

<sup>23</sup> Il a nécessité de prendre en compte les changements de nomenclature, lié à l'évolution de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) en classification commune des actes médicaux dentaires (CCAM).

<sup>24</sup> Cette analyse n'a pu être exhaustive sur les quatre régions et les données France entière transmises assez tardivement n'ont pu être exploitées par la mission.

Les données extraites relèvent de statistiques très globales, mais elles ne peuvent éclairer précisément la mission, faute d'éléments comparatifs, dont seules les caisses d'assurances maladie disposent à travers leurs services médicaux.

Tableau 4 : Nombre d'actes réalisés et centres Dentexia et cabinets libéraux affiliés de juin 2014 à mars 2016 pour les patients domiciliés en Ile de France

CENTRE DE SANTE	NB ACTES	NB PATIENTS
CABINET KING	14	14
CABINET PAGES	278	215
CENTRE COLOMBES	246	198
CENTRE CHALON SUR SAONE	644	473
CENTRE GRANGE BLANCHE	726	534
CENTRE TETE D'OR	691	518
CENTRE VOIE LACTEE	1 280	885
Total général	3 879	2 837

Source : CNAMTS-ELSM Ile de France – extrait des bases juin 2016

D'autres soins sont plus spécifiques. La mission a demandé que certains actes remboursés (chirurgie/ soins conservateurs / panoramiques /prothèses fixes : couronne et bridge / prothèses amovible) soient extraits des bases de l'Ile de France ; ils figurent en annexe 2.

Seuls sont mentionnés ci-dessous deux types d'actes lourds : les extractions dentaires et les couronnes sur implants, actes plus directement en lien avec les problématiques des patients en attente de fin de traitement, notamment en attente de couronnes sur implants.

Tableau 5 : Nombre d'extractions et de poses de couronnes sur implant par structures pour les patients domiciliés en Ile de France de juin 2014 à mars 2016

CENTRE DE SANTE	1 extraction	2 à 5 extractions	6 à 10 extractions	11 à 15 extractions	Couronnes sur implants
KING	1				
PAGES	379	58	4	2	321
CENTRE SAINT LAZARE	820	107	8	1	1164
CENTRE COLOMBES	330	48			
CENTRE CHALON			9		
CENTRE GRANGE BLANCHE					1
CENTRE TETE D'OR	1				1
CENTRE VOIE LACTEE	1				

Source : CNAMTS-ERSM Ile de France – extrait des bases juin 2016

L'étude n'a pas pu isoler le type de dents extraites, ce qui aurait pu permettre un éclairage complémentaire quant aux répercussions sur les patients concernés. En effet, (à titre d'exemple), si les extractions concernent 4 incisives pour un même patient, l'impact social et professionnel et bien sûr esthétique et psychologique sera différent d'une extraction de 4 prémolaires ou molaires où les répercussions pourront alors être plutôt alimentaires ou sur la vie quotidienne. Cependant il reviendra aux experts judiciaires d'évaluer précisément ces préjudices.

La mission soulève une remarque à la lecture de ce tableau et de celui relatif aux soins conservateurs de l'annexe 2. A partir des échanges avec le praticien conseil en appui de la mission, il ressort que, alors que le profil moyen pour un dentiste libéral est d'environ 135 couronnes dento-portées pour 25 couronnes implantés (ratio de 5,4), pour le cabinet Pages et le centre Saint Lazare le ratio est voisin respectivement de 1,4 et de 1 ; ce qui suggère soit une activité atypique sur ces structures, soit une activité spécialisée regroupant les patients au moment de la pose de couronnes sur implant.

## 2.1.2 Les données disponibles à travers le dispositif ministériel sont centrées sur le numéro vert et l'adressage de bons pour bilan bucco-dentaire

### 2.1.2.1 Le ministère chargé de la santé a été alerté sur les dysfonctionnements sanitaires suite aux inspections de deux ARS en janvier et février 2016

**Fin janvier 2015** la liquidation judiciaire du cabinet dentaire du Dr King à Marseille est prononcée.<sup>25</sup> **Courant 2015**, des signalements ponctuels relatifs au fonctionnement de centres de santé, ont été notifiés au ministère chargé de la santé<sup>26</sup> aussi bien par le Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens Dentistes (CNOCD), que par certaines ARS, et sous forme de plaintes de patients pour motifs essentiellement financiers.

**Fin janvier et fin février 2016**, les inspections réalisées par les ARS d'ARA et de Bourgogne- Franche-Comté dans trois centres Dentexia font apparaître des problèmes de sécurité sanitaire liés notamment aux manquements à la réglementation sur l'hygiène des soins. Elles ont conduit à la suspension immédiate et totale du centre Tête d'Or à Lyon (au 1er février 2016) et celle du centre dentaire de Chalon sur Saône (au 1er mars 2016)<sup>27</sup>.

**Dès le 8 mars 2016** le Secrétaire Général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS) adresse un message à l'ensemble des DG-ARS leur demandant à tous de mettre en place d'un plan de contrôle sur les centres dentaires identifiés comme low-cost<sup>28</sup>. Par ailleurs, il demande aux DG-ARS des 4 régions concernées<sup>29</sup> par l'affaire Dentexia, d'organiser un « dispositif d'accueil des victimes de Dentexia », afin notamment de faciliter la continuité des soins pour les patients. Il précise que les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) pourront être impliquées pour gérer les problèmes de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Il les informe également qu'au niveau national, la direction générale de l'offre de soins en charge des centres de santé va organiser « une réunion avec l'Ordre national des chirurgiens-dentistes et le ministère de la justice pour examiner les actions concomitantes pouvant être prises et permettre une bonne articulation avec les actions des ordres départementaux » et que le ministère va prendre contact avec la CNAMTS pour permettre la mobilisation du réseau des CPAM. Il était prévu une conférence téléphonique entre les 4 ARS concernées et la DGOS la semaine suivante pour préciser l'articulation des actions nationales et locales et le calendrier de ces actions.

Des consignes ministérielles ont été transmises par une note SMGAS du 4 avril 2016 (pièce jointe 1) à l'attention des 4 DG-ARS concernés dont l'objet était « la mise en place d'un numéro d'appel gratuit à destination des patients pris en charge par des professionnels de santé salariés par l'association Dentexia ou par des professionnels de santé en lien avec l'association Dentexia ».

<sup>25</sup> Celui-ci exerçant depuis 2001, rencontre lors d'une formation le gestionnaire de Dentexia, il suit ses conseils et transforme son cabinet en SELARL, cette société rachetant ledit cabinet.

<sup>26</sup> Direction générale de l'offre de soins (DGOS).

<sup>27</sup> Alertes adressées à la DGS-CORRUSS le 29 janvier 2016 par l'ARS ARA et le 26 février 2016 par la l'ARS BFC.

<sup>28</sup> Sans préciser la définition d'un centre low-cost ; ce que devra regarder plus précisément la mission dans son rapport d'octobre prochain.

<sup>29</sup> Auvergne Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Ile- de-France et Provence Alpes-Côte d'Azur.

Sept rubriques sont déclinées comme devant faire l'objet d'un suivi hebdomadaire avec les ARS sous pilotage du secrétaire général<sup>30</sup> :

- la mise en place du numéro d'appel non surtaxé accessible aux heures ouvrables pour le 15 avril 2016 au plus tard ;
- le traitement des dossiers médicaux ;
- l'organisation de l'accès à un bilan bucco-dentaire ;
- la prise en charge médico-psychologique des patients qui en feront la demande ;
- la prise en charge financière de droit commun des actes et des soins ;
- la réparation des préjudices corporels et des préjudices économiques ;
- la mise en place d'un comité de suivi national qui a pour objectif d'examiner les réponses à apporter aux difficultés remontées par les ARS et de suivre l'état d'avancement.

La question de la continuité de la prise en charge de ces patients est posée avec des mesures complémentaires à mettre en place permettant d'identifier l'ensemble des patients concernés pour les informer de leurs droits et les orienter pour la poursuite de leurs soins.

Le choix ministériel a été fait de répondre à la demande en ouvrant une plateforme téléphonique régionale, sous pilotage des ARS et d'identifier par ce biais les patients laissés sans soins.

#### 2.1.2.2 Le numéro vert géré par les ARS a reçu plus de 900 appels en 6 semaines

Le numéro vert est opérationnel **depuis le 3 mai 2016** sur les trois régions (excepté ARS PACA dispensée du fait de l'ancienneté de la liquidation du cabinet dentaire King).

Les ARS ont informé la population par communiqué de l'ouverture de ce numéro vert. A l'ouverture, l'accès était limité à 2-3 heures par jour 5 jours par semaine. L'ARS ARA a étendu rapidement cette plateforme à 2 heures supplémentaires tous les après-midis ouvrables. Cette agence comme celle de Bourgogne-Franche-Comté et d'Ile-de-France a également ouvert une boîte mail spécifique. Certaines personnes ont envoyé des courriers postaux aux directeurs généraux des trois ARS.

Les objectifs de la plateforme téléphonique étaient d'identifier les patients se manifestant, de leur délivrer une information sur leurs droits notamment les modalités d'accès à leur dossier médical et de les conseiller pour la réalisation d'un bilan bucco-dentaire préalable à la poursuite de leurs soins. C'est en effet à partir de ces appels de patients et en recoupant avec les listes des personnes ayant eu recours aux centres et cabinets dentaires Dentexia ou affiliés adressées aux ARS par les CPAM, que ces patients pouvaient obtenir par courrier, de leurs caisses, une attestation de prise en charge leur permettant de faire ce bilan bucco-dentaire.<sup>31</sup> (cf. infra).

Les informations disponibles au 20 juin 2016 montrent que les deux tiers des appels concernent des patients ayant eu recours aux trois centres dentaires du Rhône.

Si le nombre d'appels a été important les 4 premières semaines après l'ouverture du numéro vert, ils sont maintenant en forte diminution (ex : au 29 juin 4 appels / jour en Ile-de-France).

<sup>30</sup> Entre le 5 avril et le 15 juin 2016, huit conférences téléphoniques se sont déroulées pour aborder les différents points à régler et évoquer l'état d'avancement et les difficultés locales nécessitant un appui national.

<sup>31</sup> Ce circuit est complexe, puisqu'il nécessite que les patients concernés se fassent connaître à l'ARS et qu'ensuite celle-ci transmettent aux CPAM, les noms et coordonnées des patients avec avoir vérifié le listing transmis par les CPAM via les directeurs coordonnateurs de la gestion des risques au niveau régional.

Cette baisse d'activité de la plateforme téléphonique régionale après 6 semaines peut s'expliquer ainsi : les appels ont permis aux patients d'exprimer leurs situations et de verbaliser leurs difficultés et leurs découragements, douleurs physiques ou psychique, mais les réponses apportées étaient généralistes les renvoyant sur le dispositif de santé de droit commun, avec une réelle difficulté des écoutants à leur proposer des solutions individualisées, au regard de l'hétérogénéité des situations sanitaires personnelles et de l'imprécision des consignes ministérielles ; celles-ci s'organisant en parallèle avec les acteurs nationaux (cf. infra).

Tableau 6 : Bilan du numéro vert - situation au 20 juin 2016

ARS concernées	Nombre de contacts <sup>32</sup>	Nombre de patients différents	Appelants souhaitant une attestation de prise en charge pour bilan bucco-dentaire
Auvergne- Rhône-Alpes	526	526 patients	505 patients
Bourgogne-Franche-Comté	178	159 patients	ND
Ile-de-France	236	193 patients	107 patients
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	Non concernée		
TOTAL	940 appels	878 patients	

Source : *Référents des ARS en charge du suivi et coordonateur de la plateforme téléphonique*

La durée des communications à travers le numéro vert est estimée à environ 20 à 30 minutes exceptionnellement, elle a pu atteindre une heure. Cette longueur des appels explique pour partie une saturation du numéro vert. Certains patients du collectif ont exprimé à la mission leur difficulté à y accéder.

Initialement, **début mai 2016** seul un contact téléphonique avec le numéro vert (ou un message adressé à l'ARS) permettant à l'appelant de décliner ses coordonnées d'affilié de l'assurance maladie ayant eu recours à un centre dentaire (ou cabinet) Dentexia activait l'accès à l'envoi d'un courrier accompagné d'une attestation de prise en charge.

**Depuis la deuxième semaine de juin**, des référents Dentexia ont été mieux identifiés dans les CPAM et il a été précisé aux ARS que les affiliés pouvaient s'adresser directement à leur caisse d'assurance maladie pour obtenir le bon permettant un bilan bucco-dentaire préalable à la reprise des soins.

### 2.1.2.3 Les premiers bons de prise en charge pour le bilan bucco-dentaire préalable à la reprise des soins sont parvenus aux patients à partir du 20 juin 2016

Un travail concerté entre le ministère chargé de la santé, le Conseil National de l'ordre des chirurgiens dentistes et la CNAMTS a conduit à l'élaboration d'un certificat préalable à la reprise des soins (disponible sur le site de l'Ordre National et figurant en pièce jointe 2). Ce certificat est présenté comme permettant d'avoir un état des lieux de la bouche du patient, consultant un dentiste un jour J avec une partie sur le constat professionnel du dentiste et la possibilité de mentionner les dires et plaintes du patient, et le degré d'urgence des soins. Ce bilan peut si nécessaire s'accompagner de la réalisation d'un panoramique dentaire.

Par courrier du 1er juin 2016, le président du conseil national de l'ordre des chirurgiens dentistes a diffusé l'ensemble des documents à tous les ordres (pièce jointe 3).

<sup>32</sup> La notion de contacts regroupe les appels sur le numéro vert, les mails spécifiques et les courriers postaux.

La CNAMTS a accepté de prendre en charge financièrement pour les patients-affiliés le bilan bucco-dentaire préalable à la reprise de soins attesté par le dentiste (bilan bucco-dentaire 34€) et un panoramique dentaire (20€)<sup>33</sup>. Des consignes complémentaires ont été données aux CPAM pour gérer les remboursements selon les modalités de paiements des actes par les patients : paiement direct ou tiers payant (pièce jointe 4). Le dispositif se faisant par l'envoi d'un courrier (pièce jointe 5) et d'une attestation de prise en charge (pièce jointe 6) présente, selon la mission, l'intérêt d'organiser et de prendre en charge ce bilan, mais il a certaines limites inhérentes à la stratégie et aux circuits de diffusion choisis :

- il laisse aux patient le soin de se manifester ;
- il nécessite de prendre en compte à la fois les affiliés du régime général, mais de s'articuler avec les autres régimes (MSA, RSI et régimes spécifiques) ;
- la lourdeur du circuit et les allers-retours initiaux entre CPAM / ARS ont conduit à un démarrage assez lent des réponses réelles pour les patients. La CNAMTS interrogée pour un bilan au 24 juin 2016 n'a pu fournir de chiffres sur la montée en charge du dispositif. Ce même jour le collectif de patients (cf. infra) faisait état de la réception du premier courrier adressé à un affilié. Les données au 29 juin 2016 font état de 49 bons reçus. **La montée en charge s'est amplifiée tout récemment avec 270 courriers accompagnés de bons de prise en charge au 6 juillet dernier et l'accès direct aux CPAM par les affiliés ;** ce qui peut également expliquer la diminution du nombre d'appels au le numéro vert.

Au-delà de la difficile montée en puissance du dispositif (cf. infra), la mission s'étonne qu'un tel dispositif n'ait pas prévu de centralisation régionale ou nationale des données qui seront mentionnées dans ces certificats. En effet, ce dispositif est actuellement conçu pour apporter une réponse individuelle à chaque patient. Il n'intègre pas de recueil épidémiologique permettant de mieux appréhender l'état dentaire des patients à un moment donné, par un professionnel dentiste non directement concerné par les soins antérieurs. Cette absence de centralisation rend également difficile l'organisation du circuit de prise en charge des patients pour structurer la reprise des soins dentaires à partir des données réelles de la gravité (sans doute variable) de l'état dentaire de ces patients et définir les patients à prendre en charge en priorité.

### 2.1.3 L'enquête déclarative réalisée par le Collectif auprès de ses membres apporte un éclairage complémentaire : 2400 patients mobilisés début juin 2016

Le « collectif contre Dentexia » s'est constitué en janvier 2016 à partir de Lyon. Il s'agit de patients qui se sont regroupés estimant que la liquidation judiciaire, notamment celle du 4 mars 2016, les laissaient sans soins dentaires terminés alors qu'ils avaient déboursé pour certains des sommes importantes (notamment pour les soins non totalement pris en charge par l'assurance maladie et pour lesquels le reste à charge pouvait être très important).<sup>34</sup>

Au début de la mission en juin 2016, cinq mois après sa création, le collectif<sup>35</sup> regroupait au total près de 2400 patients avec des fédérations d'initiatives locales sur Marseille (environ 200 patients), Paris et Colombes (environ 300 patients) et Chalon sur Saône (environ 200 patients) et Lyon et Vaulx-en-Velin (environ 1700 patients).

A la demande de la mission et pour la rencontre qui s'est tenue le 7 juin 2016 à l'IGAS, le collectif a présenté les résultats d'un questionnaire déclaratif (65 questions) transmis par **558 participants (plus de 23 % des membres du collectif).**

<sup>33</sup> Un syndicat de professionnels dentaires a estimé qu'il ne serait pas envisageable de réaliser ces deux actes à moins de 100€ et cela en dehors du problème de coresponsabilité évoqué infra.

<sup>34</sup> C'est le cas en particulier pour la pose de couronnes sur implant.

<sup>35</sup> Le collectif n'avait, début juin, pas de personnalité juridique.

La mission expose ici les principaux résultats et notamment ceux permettant d'apprécier, à travers leurs réponses, l'état de santé des patients<sup>36</sup> qui se « *considèrent comme abandonnés du système de soins du fait de la liquidation* ». Il s'agit d'un état des lieux des soins déjà réalisés au moment de la liquidation (extraction(s) dentaires, pose implants, couronnes restant à poser...) d'un constat exprimé par les patients sur les soins restant à leur faire au regard des plans de traitement et/ou devis qu'ils avaient acceptés, et des sommes qu'ils ont déjà versées. Il s'agit également d'une photographie au moment de l'enquête des troubles ressentis (physique, psychologique et socioprofessionnel).

La mission a extrait les principaux constats, le volet sanitaire de l'enquête figure sur le site du collectif<sup>37</sup>.

Les principaux éléments déclaratifs sont repris ci-dessous. 558 patients ont participé à l'enquête, avec un âge moyen de 57 ans et des patients résidant dans 29 départements différents.

Un extrait de l'enquête est disponible en annexe 3. Il mentionne la majorité des items utiles pour apprécier l'ampleur des impacts sanitaires tels que le vivent les patients du collectif notamment la répartition des patients, la date de début des soins, le nombre de dents extraites dans le cadre des soins, le nombre de patients ayant en bouche des implants sans prothèses.

**Seul l'accès à un chirurgien dentiste qui réalisera alors un bilan bucco-dentaire individualisé complété d'un panoramique dentaire** (et de tout autre examen qu'il jugera utile au moment de l'élaboration du nouveau plan de traitement) **permettra d'avoir un constat précis de la situation de chaque patient concerné.**

**Une centralisation (régionale ou nationale) de ces bilans sera seule en mesure de permettre une visibilité objectivée de l'impact sanitaire de cette liquidation.**

#### **Encadré 2 : Extrait de l'enquête déclarative du collectif – juin 2016**

##### **Quelle est la situation sanitaire telle que décrite par les 558 personnes ayant répondu à l'enquête du collectif (extrait) ?**

- 16,5 % des répondants ont débuté leurs soins en 2012 ou 2013 ;
- 28 % des répondants étaient dans le premier tiers de leurs prises en charge (145 patients) et près de 60 % des répondants sont dans la deuxième moitié de leurs parcours de soins (263 patients) ;
- Plus de 21% des répondants ont eu entre 5 et 10 dents extraites (84 patients) et 11% des répondants ont eu plus de 10 dents extraites (44 patients) ;
- En juin 2016, 28% portent toujours un ou plusieurs provisoires (73 patients) ;
- Environ 55% des 305 répondants ont de 2 à 5 implants sans prothèse en bouche, 20% ont de 5 à 10 implants sans prothèse en bouche (62 patients) et environ 6% ont plus de 10 implants sans prothèse en bouche (19 patients) ;
- 52 patients sont en attente d'un ou plusieurs bridges ;
- Un tiers des patients (217 patients) est en attente d'une ou plusieurs couronnes.

Source : Collectif contre Dentexia

L'enquête réalisée par le collectif a intégré des questions sur les complications éventuelles qu'ils ont dû gérer, leur niveau de satisfaction et le ressenti des patients.

<sup>36</sup> L'enquête comporte également un volet financier non négligeable repris dans la partie 3 de ce rapport.

<sup>37</sup> [www.collectif-contre-dentexia.com](http://www.collectif-contre-dentexia.com).

### Encadré 3 : Extrait de l'enquête déclarative réalisée par le collectif (suite)

#### Quelles sont les conséquences réelles et ressenties à la fois des soins réalisés et de l'interruption de soins liées à la fermeture des cabinets et centres dentaires ?

- 28 patients signalent une résorption osseuse confirmée par radiographies.
- 170 patients ont été soignés pour une infection antérieure ou actuelle.
- Un patient sur trois a dû être admis aux urgences après la fermeture de son centre dentaire.
- Près de 70 % des patients qui ont répondu à l'enquête se disent insatisfaits des soins réalisés.
- 75 % des patients ont des doutes sur la qualité des soins et des matériaux utilisés et seuls 33% des patients ayant répondu à l'enquête ne se considèrent pas victimes de malfaçon.
- 60 % des patients ayant répondu à l'enquête ne se considèrent pas victimes de mutilations.
- 23% sont dans le doute quant à d'éventuelles malfaçons et souhaitent demander un constat par un dentiste.

Source : Collectif contre Dentexia

Conclusion du collectif lors de la présentation : « L'état d'esprit des patients est une combinaison entre des sentiments liés à l'installation en bouche de solutions provisoires qui n'ont normalement pas vocation à durer, le fait d'être perdu dans les démarches, l'impacts des aspects financiers et esthétiques, les difficultés liées à la reprise des soins, les douleurs et le sentiment d'impasse, d'humiliation et/ou de colère ».

#### 2.1.4 Plus de 350 plaintes de patients pour motif sanitaire ont été adressées aux instances ordinales entre 2012 et 2016

Depuis 2012, et surtout depuis 2016 de multiples signalements et plaintes de patients ayant eu recours aux structures Dentexia (centre dentaires et cabinets) sont parvenues dans les différents conseils de l'ordre départementaux (par lettre ou messagerie); ils ont été regroupés au niveau du Conseil national de l'ordre des chirurgiens dentistes. Mi-juin 2016, ces **1124 plaintes de patients** adressées aux instances ordinales ont été transmises au Parquet de Paris, essentiellement pour motifs financiers (cf. infra).

A travers les tableaux remis à la mission par l'avocate du Conseil National de l'Ordre, « les patients dénoncent des préjudices d'ordre sanitaire (**81 patients**), des préjudices à la fois financier et d'ordre sanitaire (**267 patients**) et d'autres se plaignent de soins terminés mais ne caractérisent pas, en l'état des faits constitutifs d'une infraction pénale (**164 patients**)<sup>38</sup> ». Le médecin de la mission a analysé le tableau synthétique des 81 plaignants pour raisons sanitaires. Si les plaignants ont pu être reçus par les chirurgiens-dentistes des instances ordinales, notamment lorsque les motifs évoqués étaient importants, la mission elle a eu accès aux analyses de l'Ordre national, et n'a pas rencontré (et encore moins réalisé d'examen bucco-dentaire à ces patients).

<sup>38</sup> Courrier du 20 juin 2016 référencé : ONCD / DENTEXIA n°3206932-MV/AVR- L303 adressé au médecin de la mission avec les tableaux nominatifs.

Tableau 7 : Analyse des 81 signalements des patients pour motif sanitaire par cabinet et centre adressés au CNOCD entre 2012 et 2016

Cabinets libéraux et centres	Année de dépôt du signalement	Nombre de courriers ou mails reçus	Nombre de fois où un praticien est cité
Centre Colombes	2012	2	0
Cabinet libéral Poincaré	2013, à 2015 <b>10 - en 2016</b>	14	10
Centre Saint Lazare	<b>6 - en 2016</b>	6	2
Centre Grange Blanche	2012 à 2015 <b>14 - en 2016</b>	22	8
Centre Voie Lactée	2012 à 2015 <b>11 - en 2016</b>	18	9
Centre Lyonnais non identifié	2013 et 2014 <b>4 - en 2016</b>	6	1
Chalon sur Saône	2013 <b>12 - en 2016</b>	13	5
TOTAL	51 - en 2016	81	26 praticiens différents

Source : Conseil National de l'Ordre des chirurgiens dentistes –juin 2016

L'analyse nominative des tableaux par le médecin de la mission montre d'une part que plusieurs dentistes ont pu intervenir sur un même patient et que certains dentistes ont pu exercer successivement sur plusieurs centres.

**Les libellés des plaintes pour motifs sanitaires** du tableau synthétique transmis le Conseil National de l'Ordre sont les suivants (sachant qu'un patient peut signaler plusieurs motifs) :

- Atteinte à la santé (succession d'infections, douleurs) ;
- Soins non conformes (prothèse non adaptée / couronnes non étanches / couronnes de mauvaise taille/ manque de suivi des implants posés) ;
- Soins non terminés ;
- Violences volontaires entraînant mutilation ;
- Sur-traitement (remplacement de dents saines) ;

S'y ajoute pour certains la mention d'abus de faiblesse, de chantage et/ou de pression pour paiement de la totalité des soins avant traitement.

Près de 45 % des patients (36 patients) ont demandé sans succès<sup>39</sup> à avoir accès à leur dossier médical, en précisant pour la majorité un accès aux panoramiques dentaires qu'ils avaient payés.

**Le tableau relatif aux plaintes déposées par 267 patients pour préjudice financier et d'ordre sanitaire** (plaintes pour motif mixte) reprend globalement les mêmes motifs sanitaires auxquels s'ajoutent l'accusation d'escroquerie<sup>40</sup> et d'abus de confiance (soins payés et non réalisés ou soins réalisés différents de ceux prévus dans le devis).

<sup>39</sup> Sachant que pour certains patients, l'accès à leur dossier médical leur a été explicitement refusé.

<sup>40</sup> Certains patients qualifient même les pratiques « d'escroquerie en bande organisée ».

## 2.2 En juin 2016 l'état dentaire de nombreux patients nécessite de trouver rapidement des solutions pour qu'ils reprennent leurs soins

### 2.2.1 La situation sanitaire des patients a évolué entre mars et juin 2016

**En mars 2016 (liquidation)**, trois catégories de patients pouvaient être identifiés vis-à-vis de l'impact sanitaire. La mission constate que les données les plus précises sont celles de l'enquête déclarative du collectif, à défaut d'accéder aux dossiers médicaux, et au regard des difficultés de montée en charge de la délivrance du certificat préalable à la reprise des soins dentaires<sup>41</sup>

A partir des données disponibles, trois grandes catégories de patients existaient au moment de la liquidation :

- Un partie des patients, avec des soins non commencés mais un préjudice purement financier (qu'il s'agisse de paiement sur fonds propres ou à partir de prêts affectés ou personnels et quelle qu'en soit la hauteur), du fait d'un paiement d'avance : ces patients ne pouvaient pas être considérés comme prioritaires, pour motif sanitaire, pour finir leurs soins<sup>42</sup> ;
- Un deuxième groupe de patients avec des soins commencés et un préjudice financier important (pour eux) mais relativement limité (inférieur à 3000€) ou susceptible de trouver une situation individuelle en particulier s'ils ont signé des prêts bancaires personnels et surtout affectés directement au centre dentaire (et dont la légalité sera à examiner au cas par cas par leurs avocats); parmi ceux-ci, d'après les échanges avec le collectif, la mission estime qu'environ 50 % ont décidé de terminer leurs soins et pour cela ont accepté de repayer, notamment du fait de l'impact ressenti comme important sur la vie quotidienne qu'il s'agisse notamment d'un bridge inconfortable, de douleurs quotidiennes, ou d'épisodes infectieux ; ils sont certes victimes d'un préjudice et devront terminer leurs soins dans les meilleurs délais possibles et seul un bilan dentaire précis permettra de terminer le degré d'urgence de leur prise en charge ;
- Enfin, une troisième catégorie de patients avec des soins commencés et un préjudice financier majeur supérieur à 5.000€ et pour certains à 10.000€<sup>43</sup> (avec paiement sur fonds propres ou prêts personnels donc sans aucune négociation possible avec les organismes bancaires) ; ceux-ci ont commencé des soins lourds ou très lourds et correspondent aux patients, à plus fort impact sanitaire et dans leur vie quotidienne, sociale et professionnelles (extractions multiples, nombreux implants posés et laissés sans couronnes, accès successifs aux urgences pour infections à répétition, prise quotidienne d'antalgiques et possibilité d'aggravation rapide de leur état dentaire.

**Entre mars et juin 2016 (démarrage de la mission)**, la répartition de ces patients a pu évoluer, certains patients<sup>44</sup> ont repris leurs soins en payant une deuxième fois des soins non réalisés ou non terminés.

---

<sup>41</sup> Qui est une étape nécessaire, mais non suffisante pour accéder à un chirurgien dentiste, qui accepte de réaliser ce bilan bucco-dentaire (cf. infra).

<sup>42</sup> Ce qui ne veut pas dire qu'humainement leur situation personnelle ne soit pas difficile.

<sup>43</sup> La notion de préjudice n'est pas définitive, elle correspond à l'estimation qu'en ont faite les patients à partir des sommes déboursées sans résultats, ou à des déclarations de créances au liquidateur et/ou à des nouveaux devis demandés à d'autres dentistes pour finir leurs soins.

<sup>44</sup> Aucun dispositif de suivi de la file active de ces patients n'ayant été mis en place au niveau ministériel, la mission ne dispose que de données parcellaires qui ont été validées au cours des entretiens avec les personnes rencontrées.

Plusieurs solutions ponctuelles ont été trouvées pour des patients ayant signé un prêt affecté, soit avec l'appui du collectif et ses avocats, soit à titre individuel (ex : avec l'appui du président honoraire du conseil départemental de l'ordre des chirurgiens dentistes des Bouches-du-Rhône fortement investi) :

- Des anciens dentistes de Dentexia se sont manifestés, à titre personnel, auprès des patients pour leur proposer de finir leurs soins en repayant jusqu'à 5.000€ et parfois en leur faisant signer une décharge de responsabilité et en les incitant à ne pas porter plainte ;
- Des patients ont été contactés par l'avocat de l'ancien gestionnaire des centres Dentexia pour leur proposer de reprendre et finir les soins à titre gratuits et en les dirigeant vers d'autres centres dentaires ;
- Des patients sont retournés vers leurs anciens dentistes libéraux « de famille », qui ont accepté de les reprendre et ceux-ci ont décidé de finir leurs soins en repayant ;
- Enfin des patients ont pu être repris à titre individuel, par certains centres de santé.

**En juin 2016**, à partir des données disponibles et des rencontres avec les différents interlocuteurs, **la mission constate qu'il existe toujours des patients qui n'ont aucune solution pour la reprise de leurs soins dentaires et sont en difficulté psychologique, physique** (aggravation des problèmes dentaires liés notamment à l'arrêt des soins depuis plusieurs mois / infections/ douleurs quotidiennes) et financière. Il s'agit en grande majorité de patients du troisième groupe évoqué ci-dessus. Ces patients ont en général payé sur fonds propres ou prêts personnels parfois 10.000 à 15.000€devraient pouvoir être aidés pour trouver une solution de reprise des soins pour éviter des aggravations dentaires.

**Mi-juin 2016**, la mission estime, avec toutes les limites liées au système de recueil, **qu'environ 500 patients pourraient se trouver dans une situation sanitaire impactant leur vie quotidienne, professionnelle et sociale, avec un retentissement psychologique réel**, dont les trois-quarts ont eu recours aux centres dentaires de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

**La mission est parfaitement consciente de la difficulté actuelle à mieux appréhender l'ampleur de cette crise à impacts sanitaires.** Seul l'accès à un chirurgien dentiste qui réalisera alors un bilan bucco-dentaire individualisé complété d'un panoramique dentaire permettra d'avoir un constat précis de la situation de chaque patient concerné ; ce qui la mesure à soutenir le plus rapidement possible. Sinon tous les propos risquent d'être vains, pour organiser la reprise des soins.

C'est en priorité pour ces patients que des solutions de reprise des soins doivent être trouvées. Ils ont en grande majorité (environ 75 %) été pris en charge dans les trois centres dentaires du Rhône de la région Auvergne Rhône-Alpes. La mission insiste sur la région ARA, au regard du nombre de patients passés par les trois centres dentaires, mais les mesures proposées devront bien entendu concerner tous les patients ayant eu recours aux autres cabinets ou centres dentaires qui peuvent se trouver dans une situation identique.

L'agence régionale de santé d'Auvergne Rhône Alpes dispose d'un dentiste praticien conseil totalement intégré dans l'équipe médicale et administrative qui, de l'avis des multiples interlocuteurs rencontrés, s'est mobilisée pour trouver des solutions locales. Celui-ci a formé les écoutants de la plateforme et a analysé le contenu des échanges avec les patients, à partir de la grille d'entretien nationale.<sup>45</sup>

Cette analyse figure intégralement telle que transmise à la mission. Celle-ci souhaite insister, tout comme le mentionne le dentiste conseil, sur les limites de ces informations, qui ont le mérite d'exister, mais qu'il **faudra bien entendu valider lors de l'examen dentaire et notamment du fait d'une part de subjectivité et d'autre part de l'évolution de l'état dentaire mentionné ci-dessus.**

---

<sup>45</sup> Cette grille est en pièce jointe 7.

Par ailleurs, selon cette enquête du praticien conseil de l'ARS, 187 patients soit 36 % appelant et réclamant une attestation de prise en charge pour un bilan préalable n'apparaissent sur aucune requête de l'assurance maladie. Il peut s'agir de personnes n'ayant pas eu d'actes remboursés après le 1er janvier 2015- cf. date de début des soins figurant dans l'enquête du collectif - ou de centres de santé n'ayant pas produit du tout de feuille de remboursement.

A la date du 15 juin 2016, dans l'ARS ARA 26 % (128 sur 486) des personnes ayant appelé le numéro vert ont été classé dans le niveau 1 (le plus grave) du critère médical.

*« D'après l'analyse des entretiens, il s'agit de personnes à qui on a extrait un grand nombre de dents, voire la totalité. On leur a posé des implants, totalement ou partiellement. Mais, on ne leur a pas posé les couronnes ou bridges sur ces implants. Ces personnes ont souvent un appareil transitoire ou deux (haut et bas). Dans un plan de traitement normal, ces appareils transitoires d'une qualité moyenne doivent être portés entre 1 à 6 mois maximum, le temps que la reconstitution définitive de la bouche soit achevée. Ils ne servent que de solution temporaire d'attente.*

*Dans le cas présent, ces personnes portent ces appareils depuis de nombreux mois, voire plusieurs années. Certains se sont cassés. Ces appareils ne sont plus adaptés. Ainsi, ces personnes ne les portent plus ou ne peuvent plus manger avec. D'où problèmes esthétiques et masticatoires très importants ».*

Le dentiste conseil de l'ARS-ARA conclut en ces termes :

*« En conclusion, ces personnes nécessitent une prise en charge la plus rapide possible. Mais, cette prise en charge ne peut se résumer à 1 ou 2 séances de soins. Il s'agit de mener à terme la reconstitution globale de la dentition. Les préalables impératifs sont :*

- *bénéficier d'un bilan bucco-dentaire qui constitue le point de départ de reprise du traitement ;*
- *recupérer la copie de son dossier médical, élément important pour le professionnel qui poursuivra le traitement<sup>46</sup> ;*
- *trouver un chirurgien-dentiste ayant les compétences techniques et le matériel adapté pour poursuivre les soins ;*
- *disposer de liquidités suffisantes pour régler la fin du traitement : coût important pour pose des autres implants manquants et des couronnes ou bridges. »*

### 2.2.2 La complexité de la prise en charge dentaire de certains patients va nécessiter des mesures adaptées

A l'éclairage de l'ensemble des données disponibles et avec toutes les précautions d'interprétation mentionnées dans cette partie du rapport, la mission considère que des mesures doivent être prises au niveau régional pour la poursuite des soins et sous le pilotage des DG-ARS concernées. Elles ne pourront être efficaces qu'avec un soutien fort du niveau ministériel au regard du volume mais aussi de la particularité de certaines des situations dentaires des patients. La mission considère également qu'il est nécessaire d'envisager un financement de solidarité nationale de reprise des soins (cf. infra).

---

<sup>46</sup> Et qui sera, selon la mission, surtout utile pour les patients ayant déposé une plainte en justice.

Les éléments de complexité à ne pas occulter pour la reprise des soins sont les suivants :

- le turn-over important des praticiens, souvent jeunes et peu expérimentés<sup>47</sup>, a conduit à une succession de plans de traitement qui ont varié pour un même patient<sup>48</sup> ;
- des malfaçons mentionnées par 10 % des patients, qu'il faudra objectiver ;
- le certificat de constat bucco-dentaire initial associé à un panoramique dentaire permettra certes un état des lieux de la bouche du patient. Mais des surprises sont toujours possibles, comme lors de toute reprise d'un patient qui change de praticien, avec une différence importante dans le cas de patients traités par Dentexia. En effet, au regard des plaintes des patients et des premiers constats de chirurgiens dentaires ayant examiné certains patients, ont été mises à jour des infections<sup>49</sup>, des lyses osseuses possibles<sup>50</sup> et des malfaçons, qui devront être confirmées par des examens radiologiques complémentaires et dont l'ampleur devra être mesurée ;
- des patients dont les états dentaires sont évolutifs au fil des semaines et des mois, ce qui mérite une certaine expérience des chirurgiens-dentistes qui reprendront les soins ;
- aussi, même si ce n'est sans doute pas la majorité des patients, les plans de traitements nécessiteront pour certains, au préalable, et la décision relèvera bien entendu du seul chirurgien dentiste, une visualisation plus précise de l'état dentaire par scanner ou cone-beam<sup>51</sup> ;
- des matériaux utilisés, notamment pour les prothèses et les implants, qui interrogent les professionnels rencontrés par la mission, quant à leur composition précise<sup>52</sup> : il s'agit de dispositifs dont les matériaux sont peu utilisés, donc mal connus, de la majorité des chirurgiens dentistes rencontrés. Plusieurs dentistes ont demandé, jusqu'à présent sans succès, aux fabricants et fournisseurs à disposer des notices techniques avant d'envisager une reprise de soins pour ces patients<sup>53</sup> ;
- Selon les types d'implants utilisés, les dentistes doivent disposer de trousse de micro-instruments dentaires adaptés aux soins, d'un coût élevé et variable selon les marques.

La situation est d'autant plus délicate que plusieurs témoignages de refus de soins sont parvenus à la mission, avec des refus, plus ou moins explicites, exprimés par des praticiens libéraux, comme des praticiens hospitaliers ou des dentistes en activité dans les centres de santé dentaires.

---

<sup>47</sup> Ou dont les pratiques professionnelles ont pu être sanctionnées par les instances disciplinaires ordinaires.

<sup>48</sup> Pour de nombreux patients, le devis initial faisait office de plan de traitement au mépris de toutes les bonnes pratiques professionnelles.

<sup>49</sup> Cf. rapports d'inspection réalisés par les ARS ARA et Bourgogne Franche-Comté.

<sup>50</sup> Certains patients auront sans doute besoin non de dentistes mais de chirurgiens maxillo-faciaux pour des opérations plus lourdes.

<sup>51</sup> Le cone-beam (ou CBCT) est une nouvelle technique de radiographie numérisée qui utilise un faisceau d'irradiation de forme conique. Cet appareil a l'avantage d'être plus précis que le panoramique dentaire en offrant une résolution similaire à celle du scanner, avec en plus la possibilité d'une reconstitution numérique en 3D. Autre avantage, il apporte des indications plus détaillées sur les petites structures osseuses, difficiles à visualiser au scanner. Et à l'inverse de celui-ci, il permet de balayer en un seul passage l'ensemble du volume à radiographier, en étant en outre moins irradiant.

<sup>52</sup> Un implant dentaire doit être conçu pour supporter les forces de la mastication qui peuvent s'exercer dans des directions différentes. Le matériau utilisé (en général le titane) comprend un certain nombre d'impuretés (donc le vanadium) et en fonction de leur pourcentage le titane est classé en grades 1, 2, 3, 4 ou 5. Tous les implants ne sont donc pas identiques en composition et en indication.

<sup>53</sup> La société AB Dental s'estime mise en cause, notamment depuis la liquidation judiciaire de l'association Dentexia, pour la qualité de ses implants. Elle a publié un communiqué en date du 1er juin 2016 dans lequel notamment, « elle se tient à disposition de tout praticien qui prend (ou prendra) en charge un ancien patient de Dentexia, pour l'aider, dans la mesure du possible, à trouver les solutions techniques les plus adaptées ».

#### Encadré 4 : Des témoignages de patients victimes de refus de soins

M. L « J'ai contacté dès le début de l'affaire le docteur N (région ARA). (...) la secrétaire m'a dit que le médecin ne recevait pas les patients de Dentexia

M N « j'ai sollicité un rendez vous dans le service odontologie d'un hôpital parisien il y a 2 semaines environ. On m'a rappelé quelques jours plus tard en me disant que rien n'était décidé pour les demandes des très nombreux patients Dentexia et qu'il fallait voir avec le chef de service... ».

M. A « je vous informe que j'ai des problèmes d'abcès dentaires indépendamment des travaux de Dentexia. J'ai trouvé un dentiste qui m'a pris pour le premier rendez vous et quand je lui ai fait part que j'ai eu des soins de Dentexia il m'a envoyé un courrier pour annuler tous les rendez vous et oralement il m'a notifié que c'est des consignes de son assurance et du conseil de l'ordre... ».

Mme C « Le 11 mai dernier, j'avais rendez vous au cabinet de soins dentaires de S... Etant ex patiente de Dentexia, ils ont refusé de (me soigner). Leur explication : nous avons des instructions ».

M. Q « après mon hospitalisation en service infectieux et que je décide d'arrêter mes soins chez Dentexia.....j'ai attendu 11 mois ensuite pour faire constater par M...l'expert désigné par le tribunal.....dans l'attente de l'expertise, aucun praticien ne m'aurait soigné....après 11 mois, j'étais hospitalisé en psychiatrie pour 3 semaines... »

M. A « je soussigné C.A souhaite témoigner du refus de la MGEN de prendre en charge les patients Dentexia y compris ceux qu'elle assure. C'est la MGEN qui gère ma sécurité sociale, et ma mutuelle. (...) Les secrétaires m'ont expliqué que leur consigne était de ne pas prendre en charge les clients de Dentexia..... »

Mme K « Je suis allée voir le Docteur S qui a carrément refusé de prendre la suite des soins, le docteur M qui m'a dit qu'il ne me prendrait qu'à condition de m'arracher toutes les dents de la mâchoire supérieure et de remplacer les dix dents par des implants »

Mme B « j'ai une couronne sur implant qui s'est cassée début mars et la 2<sup>ème</sup> est fêlée. Je me suis rendue au centre de santé dentaire de la sécurité sociale à L. On m'a dit qu'on ne pouvait me soigner parce que j'étais passée par Dentexia.....On m'a aussi répondu qu'on ne pouvait rembourser une même dent pour un même soin plus d'une fois par an.... »

Mme L « ...j'ai été refusée pour la suite de mes implants à l'université dentaire de Lyon. J'ai été reçue par deux praticiens très sympathiques mais ils m'ont clairement précisé qu'ils refusaient de prendre en charge la suite de Dentexia à cause de la responsabilité que cela engageait... »

Mme P « ... J'ai contacté un dentiste de (Région ARA) qui m'a fait savoir par son assistante qu'il refusait de poursuivre mes soins...j'ai obtenu un rendez vous à l'école dentaire. Deux jours avant on m'annonce que les hôpitaux publics refusent de prendre les suites de soins des patients Dentexia.... »

### 3 LES PROPOSITIONS DE LA MISSION VISENT A ASSURER UNE REPRISE RAPIDE DES SOINS, SOUTENUE PAR LES POUVOIRS PUBLICS

Les éléments décrits dans la partie précédente attestent des dégâts sanitaires provoqués par la fermeture des centres de santé, l'ampleur, toujours difficile à évaluer, n'avait pas été bien mesurée il y a quelques mois. Ils illustrent aussi les difficultés rencontrées par les patients à reprendre rapidement les soins, malgré les dispositifs mis en place, notamment dans les ARS et par les CPAM, et dont les résultats restent très en deçà des besoins exprimés.

Pour ces raisons, la mission considère que **des voies complémentaires à celles suivies jusqu'à présent sont nécessaires pour assurer une reprise rapide des traitements dentaires.**

Elles reposent sur un engagement fort des pouvoirs publics, garant de la qualité et de la sécurité des soins délivrés. Ce soutien rejoindrait, sur plusieurs éléments, les principes défendus par la loi de modernisation de la santé publique votée en 2015.

### 3.1 Désigner un délégué national ou un conseiller autorité indépendante et reconnue

Le comité de suivi mis en place par l'instruction ministérielle du 4 avril 2016 est une instance de remontées d'informations et de concertation.

La mission préconise que la Ministre chargée de la santé désigne une personnalité indépendante reconnue, qui lui rendra compte directement à intervalles réguliers de l'avancement des mesures décidées.

Ce (ou cette) « Déléguée ou « Conseiller(e) » posera les principes des actions à mener et à coordonner par les DG-ARS et sera garant (e) notamment du suivi de l'avancement de la reprise des soins des patients, pour que ceux-ci puissent retrouver des conditions sanitaires compatibles avec une vie quotidienne acceptable. La montée en charge du dispositif sera réalisée selon un calendrier opérationnel défini entre les acteurs.

La mission préconise un échéancier court, qui doit privilégier les patients à fort handicap. En tout état de cause tous les patients devront être rentrés dans un circuit de soins (état des lieux et plan de traitement réalisés) **pour le 15 octobre 2016**.

**Recommandation n°1 : Désigner un délégué ou un conseiller placé auprès de la Ministre de la santé, qui sera garant de la reprise des soins des anciens patients de Dentexia.**

**Recommandation n°2 : Tous les patients devront être rentrés dans un circuit de soins au plus tard le 15 octobre 2016 (bilan bucco-dentaire préalable à la reprise des soins et nouveau plan de traitement).**

### 3.2 Lever les obstacles en termes de responsabilité médicale

Plusieurs des chirurgiens dentistes rencontrés par la mission ont évoqué le problème de la coresponsabilité des chirurgiens-dentistes. Pour eux, les fautes éventuellement commises par le ou les chirurgiens dentistes des centres Dentexia pourraient leur être imputées en cas de recours contentieux, au titre d'une coresponsabilité. Cette position a été défendue par le Conseil de l'Ordre des chirurgiens dentistes de Paris, par l'Union Régionale des Professionnels de Santé de la région Auvergne-Rhône-Alpes mais également par la Fédération Nationale des Centres de Santé. L'interprétation de cette coresponsabilité peut aller, pour certains, jusqu'à l'exigence d'une expertise de nature judiciaire préalable à la reprise des soins.

La mission n'a eu connaissance d'aucun texte juridique ou jurisprudentiel<sup>54</sup> attestant de l'existence de cette coresponsabilité dans le cas précis de la reprise de soins en dentisterie.

D'autres praticiens ont exprimé à la mission une position différente. Pour eux, le certificat bucco-dentaire, tel qu'il a été élaboré en concertation entre les administrations concernées, la CNAMTS et le Conseil national de l'ordre des chirurgiens dentistes, permettrait de répondre à cette question de la responsabilité. D'autres sont allés encore plus loin.

En conclusion, d'après l'avis de la Direction des Affaires Juridiques (DAJ) - pièce jointe 8, la responsabilité du chirurgien-dentiste peut être partagée avec un autre praticien mais seulement lorsque des fautes sont imputables aux deux intervenants.

---

<sup>54</sup> Qui considérerait le dernier chirurgien dentiste étant intervenu dans la bouche du patient, comme le responsable de l'ensemble des soins réalisés.

Confortant cette position, l'assurance professionnelle MACSF - le Sou Médical a adressé en date du 2 mai 2016 un courrier à ses sociétaires chirurgiens dentistes. Elle attirait leur attention sur les précautions à prendre, dans le cadre d'un nouveau contrat de soins, qu'il pourrait avoir à passer avec certains patients, dont les soins n'avaient pu être finalisés avant la liquidation de Dentexia et qui pourraient solliciter une prise en charge thérapeutique. Ce courrier figure en pièce jointe 10. Il précise le contenu devant figurer dans le certificat médical initial (CMI), des conseils pour sa rédaction « *attention à ne pas sous évaluer une lésion ou un dommage non perceptible (...) qui pourrait alors vous être imputé pour insuffisance de diagnostic* » et les mentions à y ajouter « *ce jour je n'ai pu constater de pathologies autres que celles rapporté dans le CMI descriptif, établi après examen clinique et radiographique* ».

Le dernier alinéa dudit courrier est explicite quant à l'importance de ce certificat pour le professionnel au regard des procédures de justice en cours. L'assureur professionnel joue ici pleinement son rôle de conseil et de protection juridique ultérieure<sup>55</sup> :

*« Ce certificat médical initial est un document indispensable à l'établissement de l'état antérieur et nous permettra, dans l'hypothèse où vous reprendriez la suite des soins, de vous défendre utilement en cas de réclamation ultérieure, afin que vous n'assumiez pas les éventuelles conséquences médico-légales, des traitements ou projets thérapeutiques précédents, s'ils s'avéraient non conformes. »*

La mission souligne que les informations demandées dans le cadre de ce certificat médical initial sont très largement identiques à celles demandées par le certificat bucco-dentaire national.

**Recommandation n°3 : Réaffirmer les conditions juridiques de la responsabilité des praticiens et les garde-fous existant ; le Conseil national de l'ordre des chirurgiens dentistes pourrait assurer la diffusion d'un tel message, en lien avec les services du ministère de la santé.**

### **3.3 Mobiliser le service public hospitalier en complément des dentistes libéraux et des centres de santé**

La mission constate la lenteur de diffusion du certificat bucco dentaire et sa faible utilisation. Une enquête rapide réalisée par le collectif auprès de ses membres conclut qu'à la date du 29 juin, une cinquantaine de bons avaient été distribués et une dizaine seulement utilisés par les patients. Les dernières données font état au 6 juillet 2016 de 270 bons adressés aux patients. La mission considère que cette procédure n'est pas en mesure de répondre rapidement à l'ampleur des besoins exprimés.

La procédure indemnitaire assurancielle et/ou pénale ne pourra intervenir rapidement au regard de l'urgence de la situation. Les estimations données à la mission par le ministère de la justice évoquent un délai minimal de 6 ans.

Dès lors, la mission considère qu'une mobilisation collective et urgente est nécessaire. Il s'agit d'un sujet lié à la de santé publique et qui ne se limite pas à la prise en charge de quelques patients. Il convient à la fois d'assurer des soins et leur prise en charge financière.

---

<sup>55</sup> Tous les professionnels de santé souhaitent pouvoir travailler dans la sérénité, ce certificat rédigé conformément aux recommandations est protecteur ; ce qui n'empêchera pas la juste de mener ses auditions auprès des professionnels qu'elle juge utile d'entendre.

La mission préconise que l'ensemble des professionnels (environ 42.000 chirurgiens-dentistes dont près de 88 % dans le secteur libéral - chiffre 2016) et médecins de la spécialité dentaire soient mobilisés, aussi bien dans le secteur libéral que dans les centres hospitalo-universitaires<sup>56</sup> (pièce jointe 9) et des facultés dentaires, ainsi que dans les centres de santé dentaires pour, d'une part la réalisation du bilan bucco-dentaire et d'autre part, la reprise et la poursuite des soins. Le volume de patients concernés est variable selon les régions, aussi une coordination entre les professionnels et les structures de soins dentaires de Lyon, Paris et Marseille pourrait contribuer à une prise en charge plus rapide des patients, en mobilisant également les facultés dentaires.

L'intervention du service public hospitalier, dans le cadre de ses missions d'intérêt général, pourrait accélérer le processus. Ce schéma se justifie en outre par le fait que certains praticiens ont fait part à la mission du besoin de recourir à des stomatologues, voire à des spécialistes de chirurgie maxillo-faciale, parallèlement aux chirurgiens dentistes. Cela n'exclut pas la participation des dentistes libéraux ou des dentistes des centres de santé dentaire dans un cadre qui doit être coordonné par les ARS, les conseils départementaux de l'Ordre des chirurgiens dentistes, les unions régionales des professionnels de santé dentistes et les doyens de la faculté dentaire.

La mission souhaite attirer l'attention, sur le fait, qu'au-delà des préjudices psychologiques, les délais de reprise des soins sont susceptibles d'entraîner de multiples pathologies d'aggravation de l'état dentaire (ostéolyse, affaissement des dents latérales voisines des implants sans couronnes...), et notamment pour les patients déjà lourdement atteints. Des soins plus coûteux et remboursés par l'assurance-maladie pourraient alors en découler.

La mission estime, qu'il serait préférable (sans obligation aucune- cf. pièce jointe 8) notamment pour consolider la sécurisation concrète des chirurgiens dentistes que l'ensemble de la prise en charge passe par l'implication de deux professionnels : l'un qui réalise le bilan bucco-dentaire préalable à la reprise des soins et l'autre qui effectue la reprise des soins, pour terminer le traitement.)

Une centralisation des bilans réalisés sera notamment utile pour assurer le suivi régional et national de la montée en charge du dispositif qu'assurera le délégué national ou conseiller désigné par la ministre de la santé.

**Recommandation n°4 : L'intervention du service public hospitalier, dans le cadre de ses missions d'intérêt général, pourrait accélérer le processus de prise en charge, sans exclure les chirurgiens dentistes du secteur libéral et des centres de santé dentaire.**

**Recommandation n°5 : Si cela peut sécuriser les professionnels, il est possible (sans en faire une obligation) que deux praticiens différents établissent le certificat bucco-dentaire et réalisent la reprise et la poursuite des soins.**

**Recommandation n°6 : Assurer une remontée des données épidémiologiques par l'intermédiaire par les CHU au niveau des ARS concernés notamment avec une centralisation des bilans bucco-dentaires.**

---

<sup>56</sup> Les pathologies des patients pouvant requérir autant des interventions de stomatologues que de chirurgiens dentistes et éventuellement de spécialistes en chirurgie maxillo-faciale.

### 3.4 Recourir à un financement de solidarité nationale

Un abondement national de solidarité pourrait être décidé pour permettre aux patients de reprendre et terminer leurs soins dentaires. Plusieurs options sont envisageables, selon les situations des patients et les structures de leur prise en charge dentaire (dotation nationale de financement des missions d'intérêt général<sup>57</sup> (activités de soins non couverts par les nomenclatures ou les tarifs), fonds national d'action sociale des caisses d'assurance maladie (avec des instructions nationales pour lever, si nécessaire, les critères de ressources), fonds d'intervention régional... ou tout autre mécanisme financier).

La mission a réfléchi à une procédure d'avance. Elle permet de mettre à jour la responsabilité initiale de Dentexia et de son Président. Elle marque bien le périmètre de la responsabilité publique, qui est d'assurer une mission de solidarité nationale. La mission préconise de faire prendre en charge cette procédure d'avance par les pouvoirs publics, avec l'initiative d'une action récursoire. Les patients ne peuvent attendre des années pour finir leurs soins.

La mission propose que le financement de la reprise des soins relève de la solidarité nationale, par un système d'avance de frais (qui pourrait ensuite conduire à une action récursoire) ; ce qui permettrait d'afficher clairement que la responsabilité des conséquences sanitaires relève totalement de Dentexia et de son Président. Elle marque bien le positionnement des autorités de santé publique, qui est de contribuer à favoriser la reprise des soins des patients, dans l'attente des procédures judiciaires. La mission estime que le coût des soins pourrait être compris entre 3 et 10 M€

Ce financement n'entrerait en concurrence ni avec les dispositifs de droit commun, ni avec les dispositifs d'indemnisation (cf. ci-dessous), qui eux financeront les préjudices subis passés. Il s'agit ici d'une aide relevant de la mission de santé publique assumée par les autorités de santé.

**Le nombre de patients concernés de façon prioritaire pourrait être estimé en juin 2016 à maximum 500 patients.**

Dans l'état actuel des données disponibles, la mission ne peut faire qu'une estimation très large du coût des soins potentiels pour que les patients puissent retrouver des conditions dentaires compatibles avec des conditions de vie acceptables.

**Une fourchette minimale de 3 M€ paraît nécessaire et le maximum serait de 10M€ Cette fourchette prend pour base une estimation des créances déclarées par les patients auprès des liquidateurs. Toutefois, des facteurs de minoration ou de majoration interviendront au fur et à mesure du déroulement des soins.**

Il reste plusieurs éléments d'incertitude, comme il a été souligné dans la seconde partie : le nombre de patients concernés, l'ampleur des soins à dispenser, le nombre des patients ayant déjà fini la démarche de reprise des soins.

Par ailleurs, il existe plusieurs facteurs de sur ou sous-estimation du coût :

- les devis ou soins réalisés dans ces centres low-cost sont moins chers que dans les autres centres de santé et certainement dans les cabinets libéraux (majoration) ;
- l'ampleur des soins à réaliser ont pu être surestimés dans certains devis de Dentexia avec des sur-traitements proposés (minoration) ;
- les éventuelles complications survenues depuis la suspension des soins pour certains patients ont pu conduire à une aggravation de leur état dentaire (majoration) ;

---

<sup>57</sup> Cf guide de contractualisation des dotations finançant des missions d'intérêt générale - DGOS -

- la prise en compte des personnes ont déjà fini leurs soins, en les payant elles-mêmes. Elles sont alors dans une procédure d'indemnisation qui ne concerne plus la reprise des soins (minoration).

Par ailleurs la mission tient à souligner que plus les soins arrivent tard, plus ils risquent de coûter cher. La dégradation de l'état bucco-dentaire est en effet susceptible d'avoir des effets à la fois sur le système digestif (malnutrition), cardiaque (abcès et infections dentaires à répétition et stress), et bien sûr sur la mâchoire (ostéolyse maxillaire, affaissement des dents latérales à proximité des implants posés ou des extractions anciennes), sans évoquer la pose d'implant sous-dimensionné risquant de ne pouvoir supporter les couronnes habituellement posées. De ce fait, des traitements plus lourds deviendront nécessaires et sont susceptibles de s'inscrire alors dans le périmètre des remboursements.

**Recommandation n°7 : Prévoir un enveloppe de solidarité nationale de reprise des soins dont les sources pourrait être ou combiner enveloppe hospitalière, fonds d'action sociale de l'assurance maladie ou fond d'intervention régional, ou tout autre moyen financier pour permettre la reprise et la poursuite des soins pour les anciens patients de Dentexia.**

**Recommandation n°8 : L'enveloppe financière actuelle pour terminer les soins est estimée entre 3 et 10 M€; seule la réalisation des bilans bucco-dentaire préalables à la reprise des soins et les nouveaux plans de traitement permettront d'ajuster cette fourchette.**

## **4 L'INDEMNISATION PASSE PAR LE RECOURS A DES VOIES DE DROIT COMMUN**

L'obtention des dossiers médicaux, si elle n'est pas indispensable à la reprise des soins, comme il a été indiqué à la mission par plusieurs chirurgiens dentistes, est un élément essentiel des expertises qui seront conduites dans le cadre des procédures d'indemnisation.

### **4.1 Confier explicitement au Conseil National de l'Ordre la responsabilité de la communication des dossiers et lui apporter un soutien ministériel pour accéder au contenu du logiciel Julie**

Dans le code de la santé publique il n'existe pas pour les professions médicales libérales et les centres de santé de réglementation aussi précise que celle qui fait obligation aux établissements de santé de tenir un dossier patient au contenu établi (article R 1112-2 du code de la santé publique).

Les dispositions combinées des articles L 1111-2 et L 1111-7 du code de la santé publique imposent cependant que toute personne doit être informée de son état de santé et a accès à l'ensemble des informations détenues, à quelque titre que ce soit, par un professionnel de santé, consultations, examens, courriers, prescriptions.....

Le code de déontologie des chirurgiens dentistes admet de facto qu'il existe un dossier patient dans ses articles R 4127-208 et R 4127-264 du code de la santé publique. Son contenu est fixé dans des référentiels communs établis par la Haute Autorité de Santé et l'Association Dentaire Française. Enfin, l'article R 5211-51 du code de la santé publique impose une traçabilité précise à tous les dispositifs médicaux implantables, dont font partie les implants et les prothèses posées par les chirurgiens dentistes. C'est dans ce cadre que le Conseil National de l'ordre des Chirurgiens dentistes a mis en place deux passeports d'implantologie : le passeport « chirurgie implantaire » et le passeport « prothèse supra-implantaire » (cf. pièces jointes 11 et 12). Ces documents doivent figurer dans le dossier dentaire du patient et peuvent lui être remis à sa demande.

Pour les centres de santé le décret 2010-895 du 30 juillet 2010 pris en application de la loi HPST fait obligation « ...d'établir un dossier comportant l'ensemble des informations de santé nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques... » Article D 6323-6 du code de la santé publique.

Le code de la sécurité sociale renvoie dans son article L162-32-1 au cadre conventionnel représenté par l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurances maladie. Le dernier accord a été conclu le 8 juillet 2015. Les centres de santé dentaire doivent disposer d'un système d'information permettant la tenue d'un dossier dentaire structuré.

L'association Dentexia utilisait le progiciel « Julie » distribué par la société éponyme qui est le produit informatique le plus répandu dans les cabinets de chirurgie dentaire. Il intègre un dossier patient et les logiciels nécessaires à toute la gestion d'un cabinet, ressources humaines exceptées. La société Julie n'est pas hébergeur de données de santé au sens de l'article L 1111-8 du code de la santé publique.

Au vu des informations dont dispose la mission, la gestion des dossiers était très hétérogène dans les centres Dentexia. Certains patients avaient parfois plusieurs dossiers correspondant aux différents dentistes qui les avaient pris en charge, voire aux différents fauteuils sur lesquels les soins avaient été délivrés. La gestion des radiographies dentaires et des panoramiques était indépendante et celles-ci étaient rarement intégrées dans un dossier-patient unique. Une partie du dossier était sous forme papier et a pu être récupérée pour la majorité des centres, une autre sous forme informatique et reste inaccessible pour plusieurs centres faute d'accès ouvert aux ordinateurs qui les contiennent.

Pouvoir disposer de leur dossier est important pour les patients. C'est la première préoccupation qu'ils expriment dans leur situation actuelle, avec celle bien sûr de la reprise des soins.

Dans les demandes gérées par l'Ordre National des Chirurgiens Dentistes<sup>58</sup>, 831 patients de Dentexia et 131 patients du docteur Pages souhaitent la communication de leur dossier médical<sup>59</sup>.

Dans le cadre de l'enquête menée auprès des membres du collectif à destination de la mission (cf. partie 2 pour la présentation de l'enquête) il apparaît que 72,1 % des patients n'ont aucun dossier, 19,3 % ont un dossier incomplet et 8,7 % seulement des patients ont leur dossier.

Plusieurs chirurgiens dentistes rencontrés par la mission ont indiqué que le dossier médical n'était pas un préalable indispensable à l'évaluation de la situation dentaire du patient et à la reprise des soins. En outre, la situation sanitaire ayant pu évoluer depuis la suspension de traitement, un bilan plus récent pourrait se révéler nécessaire ainsi qu'un nouveau plan de traitement.

Ce dossier est en revanche déterminant dans le cadre des procédures engagées et des expertises à mener, tant pour les patients que pour leurs avocats ou les experts.

---

<sup>58</sup> Le jugement du TGI d'Aix-en-Provence du 4 mars 2016 complété par celui du 31 mars 2016 a confié au Conseil National de l'ordre des Chirurgiens Dentistes, la conservation des dossiers des patients ayant eu recours aux centres de soins dentaires Dentexia.

<sup>59</sup> Source Ordre national des chirurgiens dentistes

#### 4.1.1 La conservation des dossiers est différente d'un centre à l'autre

L'ordonnance du 31 mars 2016 prise par la juge commissaire auprès du TGI d'Aix-en-Provence a prononcé la liquidation judiciaire de l'association DENTEXIA. Elle concernait 5 centres, les deux de Lyon, celui de Vaux-en-Velin, celui de Chalon sur Saône et celui de Colombes.

Pour préserver les droits des patients, la juge commissaire a prévu que « *les dossiers médicaux seront remis au CNOCD sous le contrôle de l'agence régionale de santé compétente pour chacun des sites et qu'ils seront conservés en tous lieux, permettant d'assurer leur conservation et la préservation du secret médical dans le respect des dispositions rappelées à la saisine intervenue le 23 mars 2016* ». Cette saisine mentionnait les dispositions des articles R. 1112-7 et R. 4127-208 du code de la santé publique. » Il ressort également de l'ordonnance que l'ONCD ne pourra se défaire des dossiers, en particulier pour satisfaire les demandes des patients d'en disposer et devra en réaliser des copies intégrales pour cela.<sup>60</sup>

Tableau 8 : Situation des dossiers patients des centres concernés par l'ordonnance du 31 mars

	dossiers dentaires papier	dossiers dentaires numériques	imagerie
Lyon Tête d'or	conseil de l'ordre	non disponible	non disponible
Lyon La Grange Blanche	conseil de l'ordre	non disponible	non disponible
Vaulx en Velin	conseil de l'ordre	non disponible	non disponible
Chalon sur Saone	huissier	huissier	huissier
Colombes	disparu	disparu	disparu

Source : *Ordre national des chirurgiens dentistes, traitement mission*

Les dossiers papiers et informatique de Chalon sur Saône sont chez un huissier en attente de délivrance aux patients. Les dossiers informatiques lyonnais sont inaccessibles. Les dossiers du centre de Colombes semblent avoir disparu.

Tableau 9 : Situation des dossiers des centres Saint Lazare et Poincaré (patients du Docteur PAGES)

	dossiers dentaires papier	dossiers dentaires numériques	imagerie
Centre Saint Lazare	disponible (centre)	disponible (centre)	disponible (centre)
Centre Poincaré (Pages)	disponible (ONCD)	disponible (ONCD)	disponible (ONCD)

Source : *Ordre national des chirurgiens dentistes, traitement mission*

Les dossiers gérés et détenus par le docteur Pages ont été collectés, dossiers informatiques compris, après intervention de la société Julie.

<sup>60</sup> Document élaboré par la DAJ en date du 25 avril 2016

#### 4.1.2 La communication des dossiers est pour certains centres retardée par des questions financières et d'accès informatique à l'imagerie et aux dossiers numériques

Le Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens Dentistes (CNOD) a mandaté la société AZ services, dont l'agrément HADS (hébergeur agréé de données de santé) pour collecter et gérer la communication des dossiers aux patients n'a pu être vérifié par la mission. Il existe une société AZ Network agréée. Le contrat avec le CNOCD qui définit la mission de l'archiviste est en cours de signature. La question de la récupération des données informatiques n'est pas réglée.

Tableau 10 : Devis AZ archives en date du 11 mai 2016

	<b>Transfert et conservation</b>	<b>communication 15€/dossier</b>
Tête d'or	7 308,00 €	72 000,00 €
Natecia	7 308,00 €	72 000,00 €
Vaux-en -vVlin	9 544,00 €	72 000,00 €
Chalons sur Saône	4 772,00 €	36 000,00 €
Pages	4 772,00 €	36 000,00 €
serveurs informatiques	17 280,00 €	
Total	50 984,00 €	288 000,00 €

Source : Ordre national des chirurgiens dentistes et traitement par la mission

Dans les demandes gérées par l'ONCD 831 patients de DENTEXIA et 131 patients du docteur Pages souhaitent la communication de leur dossier.

L'analyse de l'ordonnance du 31 mars 2016 réalisée par la Direction des Affaires Judiciaires du ministère de la santé souligne également :

*« Il ressort des termes mêmes de l'ordonnance que les coûts de conservation des dossiers, conservation qu'au demeurant l'Ordre lui-même a demandée auprès du mandataire judiciaire, sont à la charge du CNOCD, auquel il est loisible de solliciter l'inscription de cette créance au passif (même si dans les faits cette inscription sera sans effet, compte tenu de l'impécuniosité de Dentexia) »<sup>61</sup>*

L'accès aux dossiers relève de la responsabilité de l'ONCD, qu'il y ait hébergeur ou pas. Le coût de traitement de leur communication ne peut être mis à la charge du patient. Seuls les coûts de reproduction et d'envoi peuvent éventuellement lui être refacturés. A titre de référence, les Etablissements Publics de Santé ne facturent actuellement aucun frais aux patients pour leur communiquer leurs dossiers.

Si l'ONCD se heurte à l'insolvabilité de Dentexia, ce qui est le plus probable, et au refus de l'assureur de l'association, ce qui reste à expertiser au vu des contrats d'assurance, la Direction des Affaires Juridiques du ministère de la santé considère que la communication du dossier peut relever d'une mission de service public. Elle s'appuie sur plusieurs arrêts du Conseil d'Etat et de la Cour administrative d'appel où l'Etat a dû se substituer à l'insolvabilité d'un débiteur dans le cadre du paiement de prestations qui participaient au fonctionnement du service public.

L'ONCD refuse actuellement de prendre à sa charge, l'intégralité du coût de communication du dossier. L'ordre a toutefois commencé à la restitution des dossiers du centre Poincaré aux patients qui en ont fait la demande. L'Ordre est également en mesure de procéder à la communication des dossiers des patients du centre de Chalon sur Saône.

<sup>61</sup> Source : Note de la Direction des affaires juridiques du 25 avril 2016, à mettre en pièce jointe

La société Julie devrait être en mesure de mettre les dossiers informatiques à disposition dès qu'elle peut accéder à la machine et au logiciel.

La situation est d'autant plus paradoxale que les patients de Marseille ont leur dossier, ceux de Chalons sur Saône pourront certainement en récupérer l'intégralité sous réserve de régler les questions de financement. Ceux de Colombes ont pour l'instant très peu de chances d'obtenir quoi que ce soit (sauf à ce que les dossiers aient été transférés au centre Saint Lazare ; ce qui n'a pu être vérifiés à ce jour).

Les patients de Lyon ne pourront récupérer que le dossier papier en l'état actuel de la disponibilité des documents.

Les dossiers du centre de Marseille (patients du Docteur King) ont été remis aux patients par l'Ordre départemental des chirurgiens dentistes des Bouches du Rhône.

Les dossiers des patients du docteur Pages sont en cours de restitution aux patients par l'Ordre national des chirurgiens dentistes.

Les dossiers des patients de Chalon sur Saône sont disponibles chez un huissier et peuvent être rapidement communiqués aux patients.

En conclusion : Pour régler les problèmes d'accès aux dossiers médicaux, la mission recommande une intervention forte du ministère de la santé auprès du gestionnaire du logiciel Julie, pour libérer dans les plus brefs délais, les blocages techniques empêchant l'accès aux dossiers numériques et en particulier à l'imagerie dentaire. Elle engage le Conseil National à poursuivre la restitution des dossiers aux patients, qui le souhaitent. Un appui notamment technique et logistique pourrait être sollicité, si nécessaire, auprès des DG-ARS.<sup>62</sup>

**Recommandation n°9 :** Poursuivre la procédure de restitution des dossiers engagée par le conseil national de l'ordre des chirurgiens dentistes avec un appui fort du ministère de la santé pour que le gestionnaire du logiciel Julie, débloque dans les plus brefs délais, l'accès aux dossiers numériques et en particulier à l'imagerie dentaire. Une mobilisation des ARS pourrait s'avérer utile, en fonction des volumes régionaux de dossiers.

## 4.2 267 premières plaintes judiciaires ont été déposées au 16 juin 2016 et sont regroupées au pôle santé du parquet de paris

### 4.2.1 Les plaintes sont déposées au pénal et au civil, par des voies diverses

De nombreuses plaintes ont été déposées contre Dentexia ou le président de l'association, les chirurgiens dentistes qui ont réalisés les soins dans le cadre de leur activité salariée dans l'association. Elles ont été adressées de façon dispersée, souvent sans ministère d'avocat, aux parquets des villes de siège des centres Dentexia, dans les commissariats, auprès des Directions départementales de la protection des populations.

Les plaintes, individuelles souvent insuffisamment argumentées, au moins pour les premières reçues, font référence majoritairement à l'escroquerie et à la tromperie. Elles sont également déposées pour blessures volontaires et violences volontaires. Les plaintes pour mutilation sont marginales.

L'action du Collectif contre DENTEXIA a abouti à une coordination et une structuration plus claire des plaintes déposées par l'intermédiaire de plusieurs cabinets d'avocats.

---

<sup>62</sup> La réserve sanitaire n'a pas été utilisée pour la consolidation des plateformes téléphoniques ; elle pourrait éventuellement l'être ponctuellement, pour éviter que la restitution des dossiers, notamment en région ARA ne s'étale sur plusieurs semaines ou mois.

La direction des affaires criminelles et des grâces a transmis à la mission le chiffre de 267 plaintes dont elle avait connaissance le 16 juin. Elles étaient concentrées sur deux parquets, celui de Paris pour 167 plaintes et celui d'Aix en Provence qui regroupe celles de Marseille, de Lyon et d'Aix, pour 100 plaintes. Le parquet de Paris recense 45 plaintes pour blessures volontaires et violences volontaires. Les avocats regroupés au sein du collectif annoncent 1000 plaintes à venir rapidement.

La direction des affaires criminelles et des grâces s'attend à un nombre de plaintes qui se situera dans une fourchette qui va de 1000 à 3000.

Par une dépêche en date du 14 juin 2016 (en pièce jointe 14) M. le directeur des affaires criminelles et des grâces au ministère de la justice a souhaité un regroupement des procédures au sein de la juridiction spécialisée en matière de santé publique de Paris. Les plaintes seront traitées par les magistrats du pôle financier et du pôle de santé publique.

#### 4.2.2 Les plaintes financières pourraient représenter la moitié du contentieux

Les plaintes ordinales reçues fournissent une évaluation de la nature des plaintes et de leur répartition ;

Le Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens Dentiste a enregistré 1170 plaintes détaillées dans le tableau ci-dessous, qu'elles aient ou non donné lieu à une plainte pénale ;

Tableau 11 : plaintes comptabilisées par l'ONCD

	Total des plaintes	Plaintes financières ou pour escroquerie
<b>Colombes</b>	30	17
<b>Saint Lazare</b>	136	53
<b>Grange Blanche</b>	174	78
<b>Voie Lactée</b>	207	41
<b>Tête d'or</b>	151	63
<b>Chalon</b>	98	68
<b>Lyon, centre non identifié</b>	32	26
<b>Pages (centre Poincaré)</b>	225	118
<b>King</b>	79	53
<b>Centres non identifiés</b>	38	
	<b>1170</b>	<b>517</b>

Source : Ordre national des chirurgiens dentistes

Près de la moitié des plaintes déposées sont financières ou pour escroquerie et elles reposent sur la non réalisation de soins payés d'avance (voir dans la partie 2 l'analyse des plaintes pour motif sanitaire déposées à l'ordre).

#### 4.2.3 Les délais de gestion des plaintes par le système judiciaire seront longs

Aucune information judiciaire n'est actuellement ouverte, seule l'enquête préliminaire est en cours.

Il est difficile de prévoir avec précision les délais de gestion des différents volets des procédures pénales et civiles. A titre de comparaison, le scandale PIP (Poly Implant Prothèse) a donné lieu à 3000 plaintes d'ores et déjà jugées depuis deux ans sur le volet escroquerie et tromperie mais encore en cours d'instruction sur le volet sanitaire. Aucune indemnité n'a donc pu encore être fixée dans le cadre d'une procédure civile. Ces procédures ont été ouvertes en 2009.

La procédure d'indemnisation civile des patients ne pourra intervenir qu'après la procédure pénale qui nécessitera un nombre important d'expertises.

### **4.3 L'indemnisation par l'ONIAM est complexe et peut nécessiter un recours à la loi**

La mission a analysé les procédures d'indemnisation existant à l'ONIAM et pouvant être activées pour les victimes de Dentexia.

L'indemnisation des victimes de Dentexia entre difficilement dans les critères d'indemnisation mis en œuvre par les commissions régionales d'indemnisation de l'ONIAM. La procédure est longue (18 mois à deux ans au minimum) et sans garantie de résultat homogène entre les régions.

Deux motifs retenus par ces commissions régionales d'experts pourraient en théorie être utilisées pour les victimes de Dentexia :

- l'indemnisation d'une incapacité permanente partielle (IPP) est soumise à un seuil de gravité. De très rares cas atteignent ce seuil pour l'indemnisation des conséquences de soins dentaires défailants. Seule la perte d'une dentition complète, avec une impossibilité d'appareiller ou d'implanter des prothèses dentaires pourrait dépasser le seuil de 24 % permettant l'indemnisation ;
- l'indemnisation pour troubles particulièrement graves dans les conditions d'existence, par nature subjective, pourrait donner lieu à une interprétation très différente d'une commission régionale à l'autre, pour un même préjudice.

Une procédure dérogatoire nationale est possible dans le cadre d'un évènement sériel. Elle a été mise en œuvre pour indemniser les victimes du Médiateur. Ce scénario nécessite de passer par une voie législative en application des articles L1142-24 et suivants du Code de la santé publique.

Si cette voie est possible, la mission n'est pas certaine que cela donne des meilleurs taux d'indemnisation pour les patients de Dentexia.

Quelle que soit la procédure classique ou dérogatoire, l'indemnisation ne peut être ni immédiate (le nombre de dentistes experts disponibles est un facteur d'allongement des délais qui se retrouve à l'ONIAM, mais également dans le cadre de la procédure judiciaire, ni globale dans la reconnaissance de l'ensemble des préjudices.

### **4.4 Des négociations sont en cours entre les avocats représentant les patients, l'assureur et les banques**

Sans rentrer dans des domaines qui peuvent relever du secret professionnel, la mission a eu connaissance de l'existence de négociations en cours entre les avocats et l'assureur d'une part, les avocats et les banques d'autre part.

#### **4.4.1 Des négociations sont en cours avec les assureurs**

L'association DENTEXIA a souscrit pour son compte auprès de la compagnie AXA le contrat n° 5657522104 garantissant les conséquences pécuniaires de la Responsabilité Civile pouvant lui incomber du fait de l'exercice des activités garanties par ce contrat.

Le mandataire judiciaire a déposé par courrier en date du 14 mars 2016 une déclaration de sinistre au titre de la responsabilité civile pour une somme de 6 millions d'euros correspondant au montant des créances déclarées par les patients dont les soins dentaires étaient restés inachevés.

Le Collectif contre DENTEXIA avait établi un modèle de déclaration de créance reprise par de nombreux membres afin d'être inscrit sur la liste des créanciers chirographaires dans le cadre de la liquidation judiciaire de DENTEXIA. Dans l'enquête réalisée par le collectif pour la mission, un quart des patients qui ont répondu ont indiqué qu'ils n'ont pas déclaré leur créance auprès du mandataire liquidateur.

La société AXA a exclu la prise en charge du remboursement des frais de soins et honoraires. L'assureur considère qu'il ne peut aller au-delà des garanties souscrites au contrat de responsabilité civile, à savoir couvrir les risques des soins défectueux.

De nombreux patients ont signifié des assignations au mandataire judiciaire aux fins d'estimer les préjudices subis pour déclencher une procédure d'indemnisation par l'assurance.

Depuis les avocats des victimes se sont coordonnés sous l'égide du collectif contre DENTEXIA. Des négociations ont commencé avec l'assureur. Aux dires des avocats des victimes, AXA accepterait de prendre à sa charge les procédures d'expertise. Afin d'accélérer les procédures, les expertises pourraient se faire sur pièces pour les plus simples.

Les sociétés d'assurance disposent généralement d'un médiateur qui pourrait utilement être sollicité sur ce dossier.

L'image et la crédibilité de la compagnie AXA auprès des victimes dépend de sa capacité et de sa rapidité à mettre en œuvre les garanties prévues par le contrat. Cela impose le passage par une procédure d'expertise pour l'ensemble des patients qui la solliciteront. Cela concerne les éventuelles malfaçons mais également le déroulement des soins, qui suppose le respect des règles de l'art par les praticiens qui sont intervenus avant sur les patients. De ce point de vue on pourrait considérer qu'une interruption des soins est contraire à ces règles de l'art, le responsable étant dans ce cas l'association Dentexia.

Ces commentaires de la mission ne reposent pas sur une analyse exhaustive du contrat de responsabilité civile, et les avocats des victimes ont de ce point de vue une compétence juridique plus importante sur un tel sujet que la mission.

#### 4.4.2 Des négociations sont en cours avec les organismes bancaires

Les avocats regroupés au sein du collectif ont également entamé des négociations avec les organismes de crédit afin d'obtenir la limitation des remboursements de crédit aux soins déjà réalisés et la transformation des crédits personnels en crédits affectés.

Franfinance a fait à plusieurs patients une proposition de transaction afin de ramener le crédit au montant correspondant aux travaux réalisés sous réserve d'une renonciation au contentieux.

Cofidis propose une procédure d'effacement d'une partie de la dette.

A la date de la mission, il y a peu de réponses pour la transformation des crédits personnels en crédits affectés.

#### 4.4.3 La mission souligne les risques à signer des protocoles renonçant à tout recours ultérieur

Les clauses d'exclusion de recours une fois que la transaction est conclue concernent tant l'assurance (AXA) que les protocoles établis avec les banques.

A titre d'exemple, la mission a eu la connaissance d'un protocole en cours de conclusion entre un ancien patient de Dentexia et une banque. Deux extraits semblent significatifs

### ARTICLE 3 – ENGAGEMENTS DE MR YY

*« En contrepartie des engagements de « BANQUE X » tels que visés à l'article 2, MR YY renonce à toute contestation relative à l'offre de crédit initiale et notamment à toute contestation liée au fait que le crédit initial s'est avéré être d'un montant supérieur aux soins réellement effectués par le Centre Dentaire DENTEXIA ZZ ».*

Sans se substituer à une appréciation du juge, la mission considère qu'une telle clause peut aussi peser sur d'éventuelles futures poursuites (...)

### ARTICLE 5 – RENONCIATION

*« Les Parties reconnaissent et acceptent en toute connaissance de cause le principe et les conséquences de la présente transaction.*

*En contrepartie du respect de leurs engagements réciproques, les Parties renoncent irrévocablement l'une envers l'autre à toute instance, action ou réclamation née ou à naître pouvant trouver sa cause ou son origine dans les faits visés dans le préambule du présente protocole. »*

Sans se substituer à une appréciation des avocats, des patients eux-mêmes ou du juge, la mission considère qu'une telle clause peut peser sur d'éventuelles futures poursuites (...).

L'avantage indéniable de ces deux modes d'indemnisation est la rapidité, surtout quand l'expertise peut se faire sur pièces. Elle présente également un avantage lorsque les préjudices sont avant tout financiers, par exemple pour des soins payés à l'avance mais pas commencés. Par contre, pour les patients cumulant des préjudices de plusieurs natures, la mission conseille l'indemnisation par voie judiciaire.

**Recommandation n°10: La mission recommande aux patients une vigilance avant la signature de protocole transactionnel avec les organismes financiers ou assuranciers qui comporterait une clause de renonciation à toute voie de recours.**

## CONCLUSION

L'analyse du fonctionnement des centres dentaires gérés par l'association Dentexia montre un système qui a organisé une gestion déficitaire, conduisant à une mise en liquidation programmée. Cette liquidation s'est faite brutalement en mars 2016 sans que les gestionnaires ne se soient préoccupés du sort des patients dont les soins n'étaient toujours pas terminés, après pour certains, plus de trois années de prise en charge.

Les données les plus précises dont a pu disposer la mission sont celles recueillies auprès du collectif de 2400 patients à travers une enquête déclarative. Ces patients se sont tournés en toute confiance vers ces centres de santé dentaires. Ils se retrouvent lésés financièrement et surtout pour certains, au milieu de leurs parcours de soins dentaires. Dans l'attente d'une évaluation précise du nombre de personnes concernées et d'un état dentaire objectif, avec la réalisation des bilans bucco-dentaires préalables à la reprise des soins, la mission estime que, près de 500 patients pourraient se trouver dans une situation sanitaire difficile avec un impact important sur leur vie quotidienne.

Certes, il s'agit initialement de faits proches de l'escroquerie (paiement de prestations non réalisées) et il reviendra à la Justice de qualifier et d'instruire les plaintes qui sont en cours d'être centralisées au pôle de santé publique et au pôle financier du Parquet de Paris. La responsabilité de cette liquidation ne peut qu'être imputée à l'association Dentexia et à son président.

Cependant l'impact financier et humain mais également sanitaire ne peut laisser la puissance publique et les autorités de santé indifférents, au motif qu'une partie des soins ne relève pas d'une prise en charge par l'assurance maladie, mais est soit remboursées par les mutuelles, soit relève du restes à charge pour les patients. Aussi la mission propose de faire jouer la solidarité nationale, à travers ses missions de santé publique pour contribuer à la reprise des soins des patients et que l'ensemble des chirurgiens dentistes puissent être collectivement mobilisés ; si ceux-ci sont juridiquement sécurisés, beaucoup parmi les professionnels rencontrés, n'y sont pas opposés<sup>63</sup>.

Ces patients ont été traités dans des centres de santé qui, sans être autorisés par les ARS, sont connus des responsables du système de santé qui depuis le décret du 28 mai 2015 disposent du pouvoir de suspendre leurs activités pour « manquements aux règles de fonctionnement du centre de santé compromettant la qualité et la sécurité des soins ». C'est cette procédure qui a été utilisée début 2016 par les DG-ARS. La CNAMTS peut également y réaliser des contrôles, car des actes côtés et remboursés y sont également effectués. La mission examinera les fonctionnements actuels et la législation-réglementation existantes d'ici octobre pour éviter que de tels événements ne se reproduisent.

Dans l'immédiat, la mission propose de faire jouer la solidarité nationale pour contribuer à la reprise des soins de ces patients

La mission propose qu'une enveloppe financière de fin de soins (3 à 10 M€) soit débloquée dans le cadre de la solidarité nationale et que les directeurs généraux des ARS concernées pilotent au niveau régional la mise en place de l'organisation des soins pour ces patients.

Au fil de l'avancement de la mission centrée sur l'affaire dite Dentexia, des informations sont remontées à la mission sur l'ouverture de nouveaux centres, dont les pratiques étaient présentées comme similaires. Elle aura dans un deuxième rapport à proposer des mesures pour éviter que de tels fonctionnements ne se renouvellent, pour garantir la sécurité des patients, qui ne disposent pas toujours des informations utiles avant de commencer un traitement dentaire et se trouvent alléchés par les tarifs réduits qui leur sont proposés initialement.

La mission attire l'attention des décideurs sur la nécessité de définir rapidement des critères de vigilance pour activer des contrôles ciblés et associant, en tant que de besoin, les autres services de l'Etat compétents, sur tout centre dentaire présentant un risque de dérive commerciale.

---

<sup>63</sup> Cf. pièce jointe 15 – code de déontologie.

Christine DANIEL

Philippe PARIS

Dr Patricia VIENNE

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales



## RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

N°	Recommandation	Autorité responsable	Echéance
1	Désigner un délégué ou un conseiller placé auprès de la Ministre de la santé, qui sera garant de la reprise des soins des anciens patients de Dentexia.	Ministre chargée de la santé	Rapidement
2	Tous les patients devront être rentrés dans un circuit de soins au plus tard le 15 octobre 2016 (bilan bucco-dentaire préalable à la reprise des soins et nouveau plan de traitement)	Conseiller en lien avec la Ministre chargée de la santé et les professionnels	15 octobre 2016
3	Réaffirmer les conditions juridiques de la responsabilité des praticiens et les garde-fous existant ; le Conseil national de l'ordre des chirurgiens dentistes pourrait assurer la diffusion d'un tel message, en lien avec les services du ministère de la santé.	SGMAS-DAJ en lien avec le Conseil national de l'Ordre des Chirurgiens Dentistes	Immédiat
4	L'intervention du service public hospitalier, dans le cadre de ses missions d'intérêt général, pourrait accélérer le processus de prise en charge, sans exclure les chirurgiens dentistes du secteur libéral et des centres de santé dentaire.	SGMAS-DGOS et DG des ARS concernées	Immédiate en lien avec le délai de la recommandation 2
5	Si cela peut sécuriser les professionnels, il peut être préférable (sans en faire une obligation) que deux praticiens différents établissent le certificat bucco-dentaire et réalisent la reprise et la poursuite des soins.	Conseil National de l'ordre des Chirurgiens Dentistes	Immédiate
6	Assurer une remontée des données épidémiologiques au niveau des ARS concernés par notamment une centralisation des bilans bucco-dentaires.	DG-ARS concernées	Immédiate
7	Prévoir un enveloppe de solidarité nationale de reprise des soins dont les sources pourraient être ou combiner enveloppe hospitalière, fonds d'action sociale de l'assurance maladie ou fond d'intervention régional, ou tout autre moyen financier pour permettre la reprise et la poursuite des soins pour les anciens patients de Dentexia.	Ministre chargée de la santé SGMAS DGOS-DSS	Immédiate
8	L'enveloppe financière actuelle pour terminer les soins est estimée entre 3 et 10 M€; seule la réalisation des bilans bucco-dentaires préalables à la reprise des soins et les nouveaux plans de traitement permettront d'ajuster cette fourchette.	Ministre chargée de la santé SGMAS-DSS DGOS	Immédiate
9	Poursuivre la procédure de restitution des dossiers engagée par le conseil national de l'ordre des chirurgiens dentistes avec un appui fort du ministère de la santé pour que le gestionnaire du logiciel Julie, débloque dans les plus brefs délais, l'accès aux dossiers numériques et en particulier à l'imagerie dentaire. Une mobilisation des ARS pourrait s'avérer utile, en fonction des volumes régionaux de dossiers.	Ministère de la santé CNOCD	Immédiate

<b>10</b>	La mission recommande aux patients une vigilance avant la signature de protocoles transactionnels avec les organismes financiers ou assurantiels qui comporterait une clause de renonciation à toute voie de recours.	Patients en lien avec leurs avocats	Immédiate
-----------	---	-------------------------------------	-----------

# LETTRE DE MISSION



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

*La Ministre*

CAB FM/IK Pégase D16-012147

*Paris, le* **2 MAI 2016**

## NOTE

à l'attention de

**Monsieur Pierre BOISSIER**

Chef de l'Inspection Générale des Affaires Sociales

**Objet** : mission d'inspection relative aux centres de santé dentaires dits « low cost »

Pratiquant des tarifs opposables ainsi que le tiers payant intégral pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire et de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé, les centres de santé jouent un rôle important pour l'accès aux soins de nombreux patients, notamment les plus précaires.

Fortes de ce constat, des associations se sont constituées afin de pouvoir créer et gérer des centres de santé dentaires dont l'activité est essentiellement axée sur les soins prothétiques. Situées notamment dans des zones accueillant des populations précaires, certaines structures, souvent rattachées à une chaîne, proposent ces soins à des prix très inférieurs à ceux pratiqués habituellement.

Or, des affaires récentes, notamment l'affaire dite « Dentexia » révèlent l'émergence de structures dont les pratiques, tant du point de vue médical que déontologique, sont contestables. Après la suspension d'activité et la mise en liquidation judiciaire de certaines de ces structures, certains patients souffrent de soins mal ou incomplètement réalisés. Des mesures ont d'ores et déjà été prises pour répondre à leurs attentes.

Je souhaiterais qu'une mission de l'Inspection générale des affaires sociales puisse, en lien avec les services du ministère des affaires sociales et de la santé, ainsi que les agences régionales de santé, proposer des mesures complémentaires, qui seraient nécessaires pour améliorer rapidement la situation des patients concernés. Elle approfondira notamment les sujets liés à la récupération et la conservation des dossiers médicaux, à l'examen des conditions de poursuite des soins et aux modalités d'indemnisation des préjudices financiers et corporels.

Au-delà de ces mesures, je souhaiterais que la mission apporte une réponse plus globale sur l'évolution de la régulation de cette offre de soins pour éviter que de nouvelles situations semblables à celles qui ont émergé ne se produisent.

A cette fin, je demande que la mission examine la situation des centres de soins dentaires dits « low cost » et mette en évidence les facteurs qui induisent ce type de situation, afin d'éviter que se créent à l'avenir des structures mettant en péril la qualité et la sécurité des soins.

La mission devra ainsi me faire part de toutes recommandations utiles visant à prévenir ces dérives et qui pourront, en tant que de besoin, être introduites dans le cadre du projet d'ordonnance prévu par la loi de modernisation du système de santé qui vise à adapter et clarifier les dispositions du code de la santé publique relatives aux conditions de création, de gestion, d'organisation et de fonctionnement des centres de santé afin de garantir une offre de soins dentaires accessible et sûre.

La mission pourra bénéficier du concours des services du ministère des affaires sociales et de la santé, de la caisse nationale de l'assurance-maladie des travailleurs salariés ainsi que des agences régionales de santé. Elle remettra son rapport avant le 31 juillet 2016 et fera un point d'étape début juin.



Marisol TOURAINE

## LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

### Ministère des affaires sociales et de la santé

#### Cabinet

Etienne CHAMPION directeur de cabinet

Nicolas PEJU adjoint au directeur de cabinet

Fabrice MASI conseiller technique « premier recours et professionnels de santé »

#### Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales

Pierre RICORDEAU secrétaire général

Natacha LEMAIRE adjointe au secrétaire générale

Docteur Marie Claude HITTINGER chargée de mission « offre de soins »

#### Direction des affaires juridiques

Philippe RANQUET directeur

Jérôme BIARD sous directeur, adjoint au directeur

Patrick NAVARRI magistrat

#### Direction générale de l'offre de soins

Anne-Marie ARMANTERAS de SAXE directrice générale

Gaël RAIMBAULT adjoint au sous directeur du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins

Samuel DELAFUYS adjoint à la cheffe de bureau PF3 « coopération et contractualisation

Isabelle MANZI chargée de mission bureau PF3 « coopération et contractualisation »

#### Direction générale de la santé

Anne Claire AMPROU adjointe du directeur général

Catherine CHOMA sous directrice « politique des produits de santé et qualité des pratiques et des soins »

Frédéric SEVAL chef de la division « droits des usagers, affaires juridiques et éthiques

Thierry PAUX sous directeur par intérim, chef du « département des urgences sanitaires »

#### Direction de la sécurité sociale

Thomas FATOME directeur

Marie-Anne JACQUET sous directrice « de l'accès aux soins, des prestations familiales et des accidents de travail »

Clothilde ORY-DURAND chef de bureau « accidents de travail et maladies professionnelles »

Laurent BUTOR adjoint au chef de bureau « relations avec les professions de santé »

#### Ministère de la Justice

Jean-Luc BLACHON magistrat et chef du bureau du droit économique, financier et social, de l'environnement et de la santé publique Direction des Affaires Criminelles et des Grâces

#### Caisse Nationale d'Assurance Maladies des Travailleurs Salariés (CNAMTS)

Delphine CHAMPETIER directrice de cabinet

Docteur Laure PRESTA responsable adjointe du DPROF/DDGOS

Claire MARTRAY juriste chargée des relations conventionnelles avec les CDP

Docteur Béatrice RIO médecin-conseil responsable nationale du département de l'animation du réseau médical et des opérations de contrôle contentieux

Jean-Charles GILLET directeur de cabinet du directeur délégué aux opérations

Fanny RICHARD responsable du département de la réglementation

Thomas JAN responsable du département de la coordination et de l'efficacité des soins

Docteur Michèle CHANTRY praticien conseil - échelon régional du service médical d'Ile de France - mise à disposition par la CNAMTS en appui technique de la mission pour l'analyse des bases statistiques dentaires de l'Assurance maladie

Conseil national de l'Ordre des chirurgiens dentistes

Gilbert BOUTEILLE président  
Paul SAMAKH vice président  
Maitre Marie VICELLI avocate de l'Ordre National  
M. MONTFORT avocat

Conseil départemental de l'Ordre des chirurgiens dentistes de Paris

Docteur Brigitte EHRGOTT présidente  
Docteur Claudia VALENSI  
Docteur Laurent PINTO  
Docteur Joseph John BARANES  
Docteur Boris JAKUBOWITCH  
Docteur Eric MARGUERAT

Conseil départemental de l'Ordre des chirurgiens dentistes de Saône et Loire

Docteur Michel KERLO président

Conseil départemental de l'Ordre des chirurgiens dentistes des Bouches du Rhône

Docteur Robert JUANEDA président d'honneur

Conseil départemental de l'Ordre des chirurgiens dentistes des Hauts de Seine

Docteur George HANAU président

Conseil départemental de l'Ordre des chirurgiens dentistes du Rhône

Docteur Alain CHANTREAU président

Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM)

Erk RANCE directeur  
Philippe TREGUIER directeur juridique

Agences Régionales de Santé

- Auvergne Rhône Alpes

Mme Véronique WALLON directrice générale  
Docteur Corinne RIEFFEL directrice déléguée à l'offre de soins  
Jean Louis COTARD dentiste praticien conseil

- Bourgogne Franche Comté

Christophe LANNELONGUE directeur général  
Chantal MEHAY chef du département accès aux soins primaires et urgents

- Ile de France

Pierre OUANHNON directeur du pôle ambulatoire et Services aux professionnels de santé  
Béatrice SEVADJIAN adjointe au directeur du pôle ambulatoire et Services aux professionnels de santé  
Docteur Bernard CHAPERT chirurgien dentiste conseil Pôle ambulatoire - Structures d'Exercice Collectif

- Provence Alpes Côte d'Azur

Docteur Gabriel KULLING responsable du département de l'offre de premier recours

Docteur Marie Pierre VILLARUBIAS adjointe au responsable du département de l'offre de premier recours

Direction départementale de la protection des populations du Rhône

Vincent PEROUSE, chef du service de la protection économique du consommateur

Association DENTEXIA

Pascal STEICHEN, président de l'association

Delphine TIESLER responsable du cabinet Dolfi (comptabilité de l'association)

Collectif contre DENTEXIA

Rosario MATINA, représentant du Collectif Marseille

Jean-Michel PIGANIO représentant du Collectif Paris

B. BESNAINOU représentante du collectif Paris

Mme Michelle BERGERON représentante du Collectif Paris

Dania LORENZANI représentante du Collectif Paris

Christine TEILHOL représentante du Collectif Chalon sur Saône

Nadine VERZEAUX représentante du Collectif Chalon sur Saône

Céline PRAT représentante du Collectif Lyon

Abdel AOUACHERIA fondateur du Collectif et représentant du Collectif Lyon

Maitre Emmanuelle ARDIGIER avocate des victimes et du Collectif Marseille

Maitre E. BIOSSELER avocat des victimes et du Collectif Paris

Maitre Pascal COUTURIER avocat des victimes et du collectif Lyon

Maitre Céline MOILLE avocat des victimes et du collectif Lyon

Maitre Stessy TETARD avocate du collectif Lyon

Fédération nationale des centres de santé (FNCS)

Docteur Richard LOPEZ président

Hélène COLOMBANI secrétaire générale

Docteur Patrice de PONCINS conseiller technique

Union régionale des professionnels de santé chirurgiens dentistes d'Auvergne-Rhône-Alpes

Docteur Marc BARTHELEMY président et conseiller ordinal

Docteur Eric LENFANT vice président et conseiller ordinal

Union régionale des professionnels de santé chirurgiens dentistes d'Ile-de-France

Docteur Jean François CHABENAT président



## LISTE DES ANNEXES

- Annexe n°1 : Textes sur les centres de santé
- Annexe n°2 : Actes pris en charge pour l'Assurance maladie pour les patients ayant eu recours aux cabinets et centres DENTEXIA et domiciliés en Ile de France sur la période du 1<sup>er</sup> janvier 2015 à mars 2016 – Extraction ERSM-Ile de France
- Annexe n°3 : Extrait de l'enquête réalisée par le « Collectif Contre Dentexia » et présentée à la mission IGAS lors de la réunion du 7 juin 2016



# ANNEXE N°1 :

## TEXTES SUR LES CENTRES DE SANTE

### 1 CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

#### 1.1 Avant la loi HPST

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

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

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

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

**Le décret n° 2000-1220 du 13 décembre 2000<sup>64</sup> relatif aux centres de santé prévoyait des nombreux éléments pour obtenir cet agrément**, notamment sur les conditions techniques, les conditions de fonctionnement et les modalités de financement. Un arrêté du ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale fixait le contenu du dossier d'agrément. **Par ailleurs, le contenu du rapport d'activité annuel que le centre de santé devait transmettre était également détaillé par ce décret** : *« Les centres de santé sont tenus d'établir chaque année, au plus tard pour le 30 juin de l'exercice suivant, un rapport d'activité comportant notamment toutes informations non nominatives relatives à la clientèle du centre, au personnel, aux actes effectués, aux moyens mis en place par le centre, à ses diverses activités ainsi qu'à ses dépenses et ses recettes. »*

#### 1.2 Depuis la loi HPST

##### 1.2.1 Cadre juridique législatif

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

*« Les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours. Ils assurent des activités de soins sans hébergement, au centre ou au domicile du patient, aux tarifs mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, et mènent des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et des actions sociales et pratiquent la délégation du paiement du tiers mentionnée à l'article L. 322-1 du même code. Ils peuvent mener des actions d'éducation thérapeutique des patients. (...)*

*Ils sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, soit par des collectivités territoriales ou des établissements publics de coopération intercommunale, soit par des établissements de santé.*

---

<sup>64</sup> Ce décret a été totalement abrogé suite à la suppression de l'agrément. Je n'ai pas, à ce stade, reconstitué l'historique car cela ne me semble pas prioritaire pour la première partie de la mission.

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

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

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

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

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

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

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

## 1.2.2 Cadre juridique réglementaire

### Décrets

**Le décret n° 2010-895 du 30 juillet 2010 relatif aux centres de santé** précise les conditions techniques que doivent remplir les centres de santé. A noter pour la mission :

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

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

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

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

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

**Le décret n° 2015-583 du 28 mai 2015 relatif à la procédure de suspension d'activité des centres de santé** précise et renforce les mesures qui peuvent être prises par le directeur général de l'agence régionale de santé à l'encontre des centres de santé, lorsqu'il constate au sein de ces centres l'existence de manquements mettant en péril la qualité ou la sécurité des soins.

Ces mesures, graduées en fonction de la gravité du risque et des mesures prises par le responsable du centre de santé pour mettre fin aux manquements constatés, incluent la suspension totale ou partielle de l'activité du centre.

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

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

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

Obligatoire, le **projet de santé** est établi par le futur gestionnaire. Il doit être élaboré à partir des besoins de santé du territoire. Il requiert donc au préalable une phase de diagnostic. Le projet de santé définit les objectifs que se fixe le centre. Il précise notamment les actions qui seront mises en œuvre pour favoriser l'accessibilité sociale, la coordination des soins ou encore le développement d'actions de santé publique (prévention, dépistage).

L'arrêté du 30 juillet 2010 mentionne 9 éléments qui doivent figurer dans le projet de santé :

- les coordonnées du centre de santé et éventuellement des sites rattachés (notamment n° SIREN) et le nom de son responsable administratif ;
- le nom et le statut de son organisme gestionnaire ainsi que le nom du responsable de cet organisme ;
- la liste des professionnels exerçant au sein du centre, les diplômes ou équivalences dont ils sont détenteurs ainsi que les effectifs en équivalents temps plein ;
- les jours et heures d'ouverture et de fermeture du centre de santé ;
- les activités assurées en son sein et le temps proposé au public pour chaque activité.
- les objectifs et l'organisation du centre de santé au regard notamment des populations et des pathologies prises en charge, des problématiques de santé du territoire, des professionnels concernés...
- les modalités d'accès aux données médicales des patients ;
- le dispositif d'évaluation de la qualité des soins ;
- les coopérations nouées avec des structures ou professionnels pour la prise en charge des patients.

Également obligatoire, le **règlement intérieur** fixe les principes généraux d'organisation du centre et les règles en matière d'hygiène et de sécurité. *L fixe six éléments qui doivent figurer dans ce règlement :*

- « 1° Les principes généraux de l'organisation fonctionnelle du centre de santé ;
- 2° Les règles d'hygiène et de prévention du risque infectieux ;
- 3° Les modalités de gestion des dossiers des patients ;
- 4° Les modalités de conservation et de gestion des médicaments et des dispositifs médicaux stériles et non stériles ;
- 5° Les modalités d'élimination des déchets d'activités de soins à risque infectieux ;
- 6° Les modalités de gestion des risques. »

## **2 CODE DE LA SECURITE SOCIALE**

### **2.1 Le cadre législatif**

**L'article L162-32-1 prévoit que** « les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les centres de santé sont définis par un accord national conclu pour une durée au plus égale à cinq ans par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations représentatives des centres de soins infirmiers, ainsi qu'une ou plusieurs organisations représentatives des centres de soins médicaux, dentaires et polyvalents.

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

- des modalités d'organisation des actions de prévention sanitaire menées par les centres de santé ;

- des mesures pour favoriser l'accès aux soins des assurés sociaux et
- des mesures pour garantir la qualité et la coordination des soins ;
- des modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives des centres de santé et notamment d'actions de prévention et d'éducation pour la santé ;
- des conditions dans lesquelles les organismes d'assurance maladie participent à des actions d'accompagnement de l'informatisation des centres de santé (engagement des centres sur un taux significatif de télétransmission de documents nécessaires au remboursement des actes ou des prestations) ;
- des orientations pluriannuelles prioritaires en matière de développement professionnel continu, 7° (Abrogé) ;
- le cas échéant, des dispositifs d'aide visant à faciliter l'installation des centres de santé dans les zones définies comme « déficitaires » par l'agence régionale de santé
- le cas échéant, de la rémunération versée en contrepartie du respect d'engagements individualisés (prescription, participation à des actions de dépistage et de prévention, prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques, actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins... Le versement de la contrepartie financière au centre de santé est fonction de l'atteinte des objectifs par celui-ci.

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

## 2.2 Le cadre conventionnel

**L'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'Assurance Maladie, a été conclu le 8 juillet 2015**, entre, d'une part, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et, d'autre part, Adessadomicile Fédération nationale, la Croix-Rouge française, la Fédération des mutuelles de France, la Fédération nationale de la mutualité française, la Fédération nationale des centres de santé, la Fédération Nationale des Institutions de Santé d'Action Sociale d'Inspiration Chrétienne, l'Union nationale ADMR, l'Union nationale de l'Aide, des soins et Services aux Domiciles, la Confédération des centres de santé et services de soins infirmiers, et la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines. Il est destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses d'Assurance Maladie

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

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

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

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

L'accord distingue trois types d'obligations :

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



**ANNEXE N°2 :**  
**ACTES PRIS EN CHARGE POUR L'ASSURANCE**  
**MALADIE POUR LES PATIENTS AYANT EU**  
**RECOURS AUX CABINETS ET CENTRES**  
**DENTEXIA ET DOMICILIES EN ÎLE DE**  
**FRANCE SUR LA PERIODE**  
**DU 1ER JANVIER 2015 A MARS 2016 –**  
**EXTRACTION ERSM-ILE DE FRANCE**



<b>Structures</b>	Hors CMU	CMU	
King		14	
Tête d'Or	14		
G. Blanche	8		
V Lactée	12		
Chalon	19		
St Lazare	9864	386	
Pages	3684	275	
Colombes	4534	483	
Total IDF	18135	1158	19293

<b>CHIRURGIE</b>	patient_chir	extract_1	extract_2_5	extract_6_10	extract_11_15	extract_16_20	extract_21_25	extract_26_30	extract_31
King	1	1							
Tête d'Or	1	1							
G. Blanche									
V Lactée	1	1							
Chalon									
St Lazare	1165	820	107	8	1				
Pages	462	379	58	4	2				
Colombes	388	330	48	9					

<b>RADIO</b>	patient_radio	Panoramique	scanner	autres
King	2	1		1
Tête d'Or	6	3		3
G. Blanche	3	3		
V Lactée	4	3		1
Chalon	4	4		
St Lazare	2173	1059		1114
Pages	1017	444		573
Colombes	1190	352		838

<b>SOINS</b>	patient_soins	obturations	endodontie
King	5	3	2
Tête d'Or	4	3	1
G. Blanche	2	2	
V Lactée	3	2	1
Chalon	12	12	
St Lazare	3090	1849	1241
Pages	1154	757	397
Colombes	1842	1196	646

<b>PROTHESES</b>	patient_prot	fixee	amovible	forfaits CMU	implants
King	3	1	2	3	
Tête d'Or	2		1		1
G. Blanche	1				1
V Lactée	1	1			
Chalon					
St Lazare	2891	1120	607	35	1164
Pages	1052	422	309	51	321
Colombes	1284	592	337	87	355

## ANNEXE N°3 :

# EXTRAIT DE L'ENQUETE DECLARATIVE REALISEE PAR LE « COLLECTIF CONTRE DENTEXIA » ET PRESENTEE A LA MISSION IGAS LORS DE LA REUNION DU 7 JUIN 2016

### Données générales

558 participants à l'enquête

Age moyen des patients : 57 ans

Patients résidant dans 29 départements différents

### Répartition des patients (question 3)

**Environ 77% des répondants étaient suivis dans les trois centres dentaires du Rhône**

Plus de 9% dans le centre dentaire de Chalon

Près de 13% sur les deux centres dentaires et le cabinet libéral de l'Ile de France

A peine 0,3 % avaient été suivi par le cabinet libéral de Marseille (fermé depuis le 28 janvier 2015)

### Début des soins chez DENTEXIA (question 4)

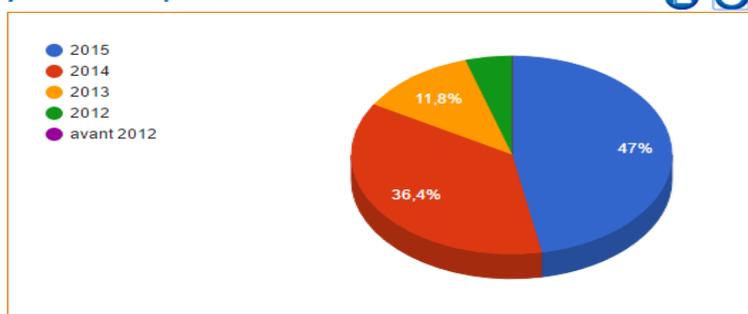
47 % des répondants ont débuté leurs soins en 2015

36,4 % des répondants ont débuté leurs soins en 2014 (soit 185 patients)

**16, 5 % des répondants ont débuté leurs soins en 2012 ou 2013** (soit 84 patients)

4. Quand avez-vous débuté vos soins chez Dentexia? (indiquer mois et année: MM/AAAA dans la zone commentaires)

#### Synthèse des réponses



### Etape du parcours de soins à la liquidation (question 5)

12,3% des répondants n'ont pas commencé leurs soins (63 patients - préjudice uniquement financier)

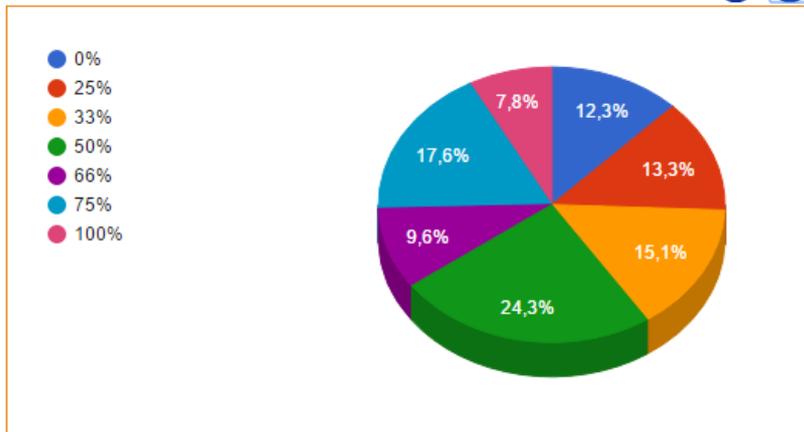
28 % des répondants étaient dans le premier tiers de leurs prises en charge (145 patients)

Près de 60 % des répondants sont dans la deuxième moitié de leurs parcours de soins (263 patients) ;

7,8 % ont terminé leurs soins (40 patients).

5. Où en étiez-vous à peu près dans votre parcours de soins au moment de la liquidation? (Indiquez un pourcentage: 0% pour des soins non-débutés, 100% pour un chantier dentaire complètement terminé)

#### Synthèse des réponses

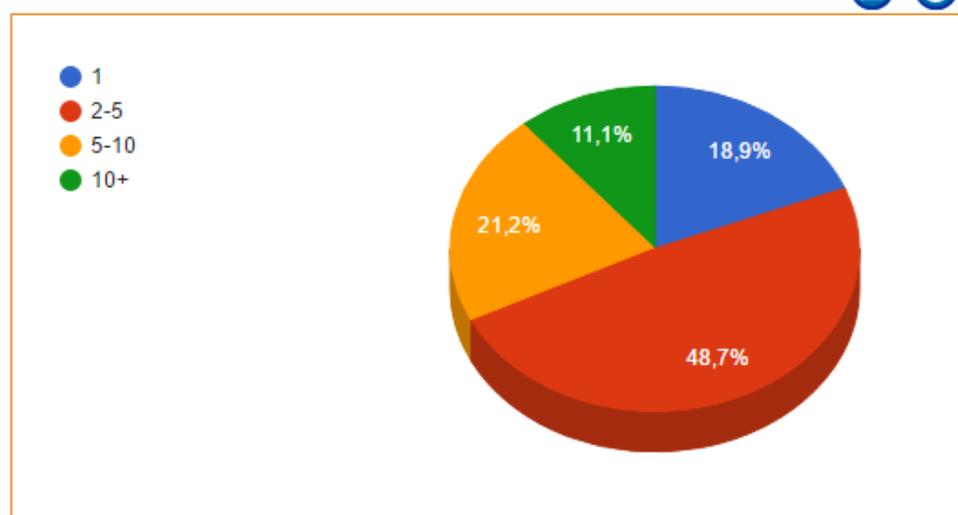


#### Nombre de dents extraites dans le cadre des soins chez DENTEXIA (question 6)

- A noter que le nombre de réponses est de 396 personnes
- Plus de 48% des répondants ont eu de 2 à 5 dents extraites (193 patients)
- Plus de 21% des répondants ont eu entre 5 et 10 dents extraites (84 patients)
- 11% des répondants ont eu plus de 10 dents extraites (44 patients)
- Seuls environ 19% des répondants ont eu une seule dent extraite (75 patients)

6. TRAVAUX DENTAIRES ET CONSÉQUENCES. Indiquez le nombre de dents que l'on vous a extraites dans le cadre de vos soins chez Dentexia. (Reportez le nombre précis dans la zone commentaires)

#### Synthèse des réponses



#### Nombre de répondants qui ont porté des appareils provisoires (question 7)

- Environ 41 % soit 239 personnes ont répondu à cette question et ont donc porté des appareils provisoires.

Durée de port des appareils provisoires (question 8)

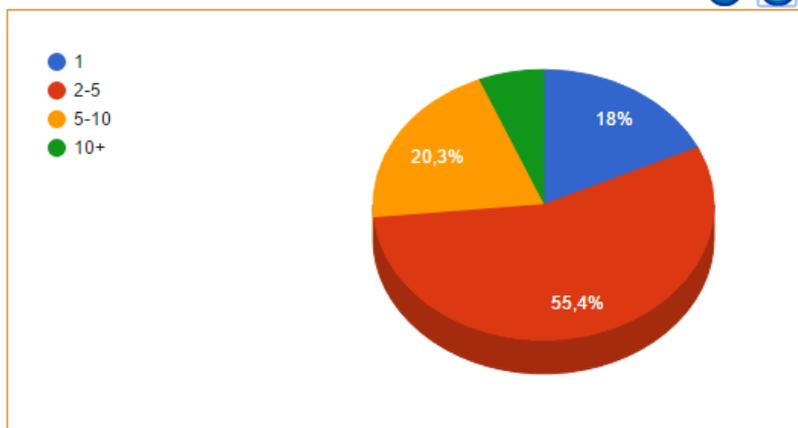
- 260 patients en ont porté dont 33% entre 1 et 3 ans.
- En juin 2016, 28% portent toujours un ou plusieurs provisoires (73 patients)

Nombre de patients ayant en bouche des implants sans prothèses (question 9)

- Sur 305 réponses
- 18% des répondants ont un implant sans prothèse (55 patients) environ 55% ont de 2 à 5 implants sans prothèse en bouche
- 20% ont de 5 à 10 implants sans prothèse en bouche (66 patients)
- Environ 6% ont plus de 10 implants sans prothèse en bouche (19 patients)

**9.** Combien d'implants sans prothèses posés par Dentexia avez-vous en bouche? (Indiquez le chiffre exact dans la zone commentaires)

Synthèse des réponses



Nombre d'implants défectueux (tombés, infectés ou douloureux) question 11

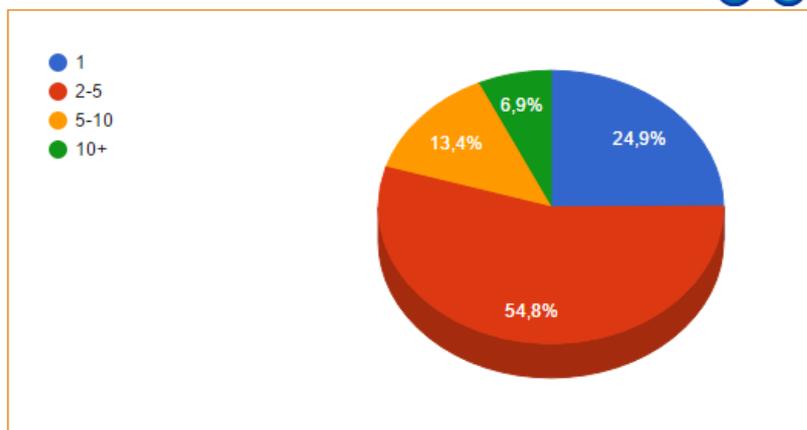
- Un patient sur 4 129 patients) estime avoir un implant défectueux

Nombre de couronnes restant à poser en juin 2016 (question 13)

- Un tiers des patients (217 patients) est en attente d'une ou plusieurs couronnes

**13.** Indiquez le nombre de couronnes restant à poser aujourd'hui. (Indiquez le chiffre exact dans la zone commentaires)

Synthèse des réponses



Nombre de couronnes défectueuses (douleur, défaut d'étanchéité) question 14

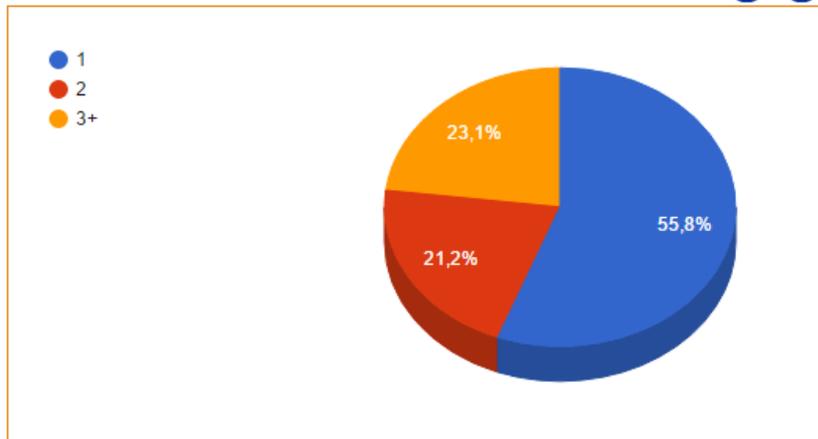
- Environ 10 % des patients signalent une ou plusieurs couronnes défectueuses

Nombre de bridges restant à poser (question 16)

- 52 patients sont en attente d'un ou plusieurs bridges

**16.** Indiquez le nombre de bridges restant à poser aujourd'hui. (Indiquez si nécessaire le chiffre exact dans la zone commentaires)

**Synthèse des réponses**



Nombre de bridges défectueux (question 16)

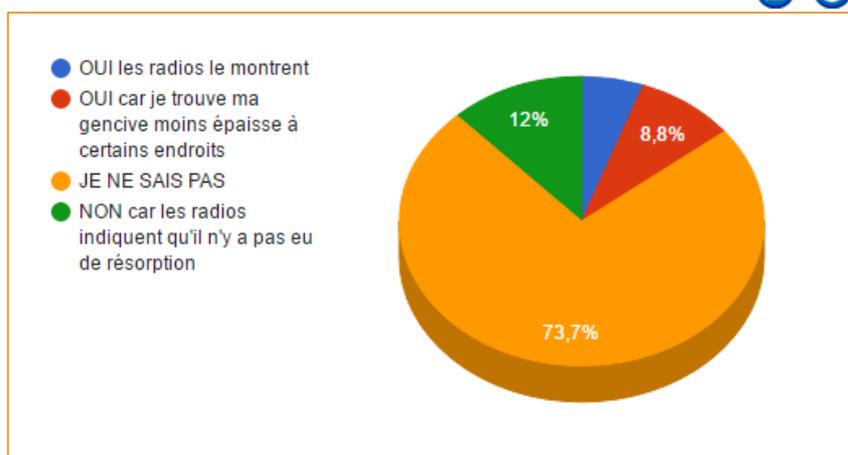
- 4% des patients (24 patients) estiment de leur (s) bridge(s) est défectueux

## Soins et conséquences

- Résorption osseuses confirmées par radiographies (question 20)
- 5,5% des 558 répondants soit 28 patients

**20.** Est-ce que certains os autour de vos dents ou de vos implants se sont résorbés suite aux soins chez Dentexia?

**Synthèse des réponses**

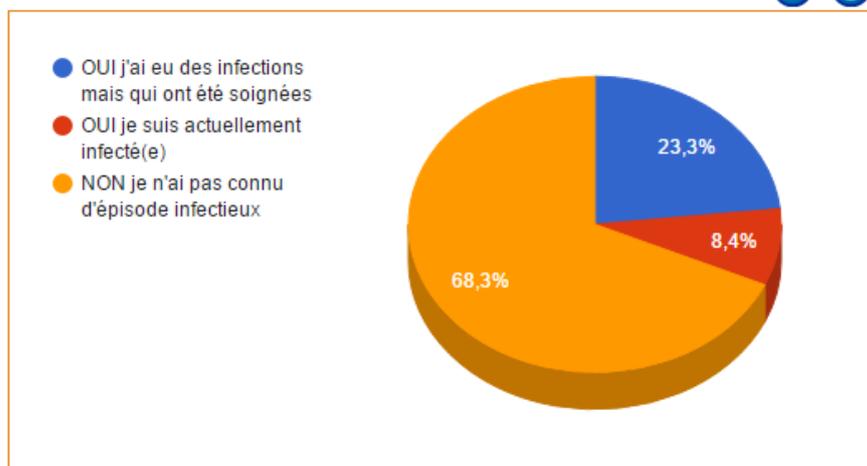


- Infections antérieures ou actuelles
- 23% infections soignées (125 patients)

- 8,4 % infections en cours (45 patients)

**18.** Avez-vous des infections ou avez-vous eu des infections suite aux soins chez Dentexia?

#### Synthèse des réponses

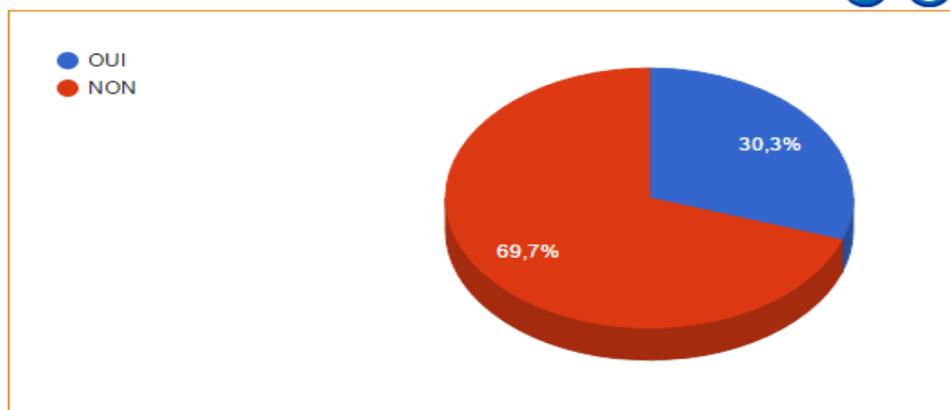


#### Nécessité de soins en urgence depuis la liquidation des centres (question 42)

- Un patient sur trois a dû être admis aux urgences après la fermeture de son centre dentaire

**42.** L'APRES DENTEXIA. Avez-vous eu besoin de soins en urgence après la liquidation ?

#### Synthèse des réponses

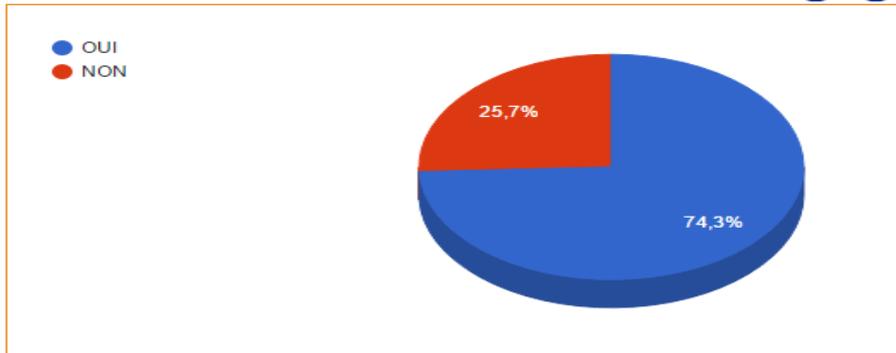


#### Qualité des soins et des matériaux

75 % des patients ont des doutes sur la qualité des soins et des matériaux utilisés

**60.** Avez-vous des doutes sur la qualité des soins et des matériaux fournis par Dentexia?

**Synthèse des réponses**

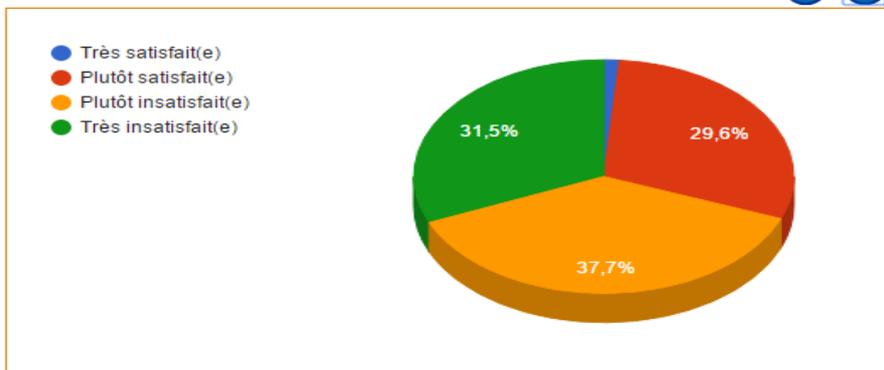


Satisfaction des patients vis-à-vis des soins réalisés

Près de 70 % des patients qui ont répondu à l'enquête se disent insatisfaits des soins réalisés

**61.** Etes-vous satisfait ou non des soins prodigués chez Dentexia?

**Synthèse des réponses**



Victimes de malfaçons

Seuls 33% des patients ayant répondu à l'enquête ne se considèrent pas victimes de malfaçon. 35 % sont dans le doute et souhaitent demander un constat par un dentiste.

**22.** Pensez-vous être victime de malfaçons?

**Synthèse des réponses**



Victime de mutilations

**23. Pensez-vous être victime de mutilations?**

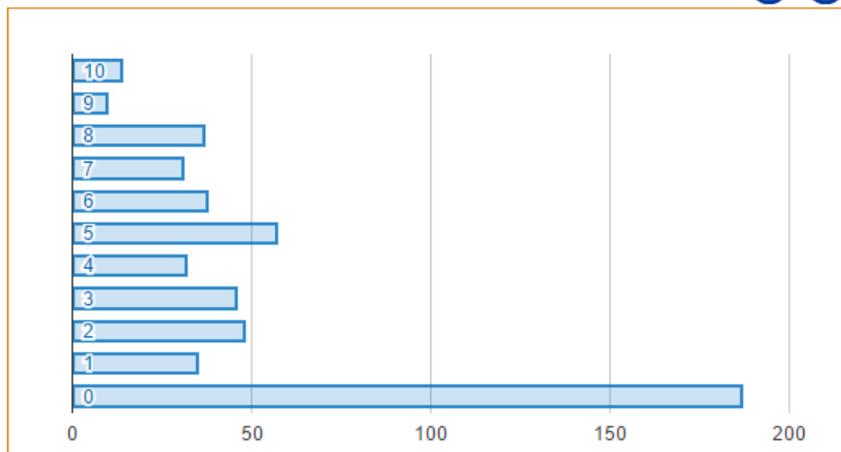
**Synthèse des réponses**



Niveau de souffrance physique

**24. Sur une échelle de 1 à 10, quel est votre niveau de souffrance physique? (0 étant aucune souffrance et 10 une souffrance insupportable)**

**Synthèse des réponses**



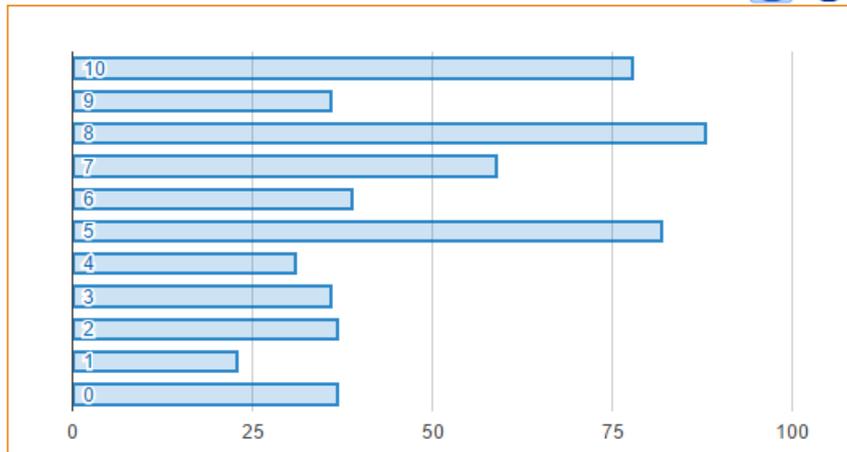
**Moyenne**  
**3.1**

Niveau de souffrance psychologique

⇒ Combinaison entre l'installation en bouche de solutions provisoires qui n'ont normalement pas vocation à durer, fait d'être perdu dans les démarches, aspect financier, aspect esthétique (symbolique du dentaire), difficultés liées à la reprise des soins et sentiment d'impasse, d'humiliation et/ou de colère

25. Sur une échelle de 1 à 10, quel est votre niveau de souffrance psychologique? (0 étant aucune souffrance et 10 une souffrance insupportable)

### Synthèse des réponses



**Moyenne**

**5.8**

## SIGLES UTILISES

APCR :	Autorité de contrôle prudentiel et de résolution
ARA :	Auvergne – Rhône -Alpes
ARS :	Agence régionale de santé
CCAM :	Classification commune des actes médicaux
CDOCD :	Conseil départemental de l'ordre des chirurgiens dentistes
CNOCD :	Conseil national de l'ordre des chirurgiens dentistes
CMU-C :	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAMTS :	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CPAM :	Caisse primaire d'assurance maladie
CSP :	Code de la santé publique
DAJ :	Direction des affaires juridiques
DDPP :	Direction départementale de la protection des populations
DG-ARS :	Directeur général de l'agence régionale de santé
DGFIP :	Direction générale des finances publiques
DGOS :	Direction générale de l'offre de soins
DGS :	Direction générale de la santé
DSS :	Direction de la sécurité sociale
ELSM :	Echelon local du service médical
FINESS :	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
FNCS :	Fédération nationale des centres de sa
HADS :	Hébergeur agréé de données de santé
HPST :	Hôpital patients santé territoires
IGAS :	Inspection générale des affaires sociales
MGEN :	Mutuelle générale de l'éducation nationale
IPP :	Incapacité permanente partielle
MSA :	Mutuelle sociale agricole
NGAP :	Nomenclature générale des actes professionnels
ONCD :	Ordre national des chirurgiens dentistes
ONIAM :	Office national de l'indemnisation des accidents médicaux
PACA :	Provence Alpes-Côte d'Azur
PIP :	Poly Implant Prothèse - prothèses mammaires implantables
RSI :	Régime social des indépendants
TGI :	Tribunal de grande instance
SELARL :	Société d'exercice libéral à responsabilité limitée
SGMAS :	Secrétariat général chargé des ministères des affaires sociales
TGI :	Tribunal de grande instance
URPS :	Union régionale des professionnels de santé



## PIECES JOINTES

- Pièce jointe n°1 : Note SGMAS du 4 avril 2016 relative à la mise en place d'un numéro d'appel gratuit à destination des patients pris en charge par des professionnels de santé salariés par l'association Dentexia ou par des professionnels de santé en lien avec l'association Dentexia
- Pièce jointe n°2 : Certificat bucco-dentaire préalable à la reprise des soins dentaires
- Pièce jointe n°3 : Courrier du Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens Dentistes du 1er juin 2016
- Pièce jointe n°4 : Consignes aux CPAM pour la prise en charge financière du bilan bucco-dentaire et du panoramique dentaire
- Pièce jointe n°5 : Modèle de courrier à adresser au patient par la CPAM
- Pièce jointe n°6 : Modèle d'attestation de prise en charge du certificat bucco-dentaire et du panoramique dentaire
- Pièce jointe n°7 : Grille nationale d'entretien dans le cadre du suivi des appels des patients suite à la mise en place du numéro vert
- Pièce jointe n°8 : Lettre du directeur de la DAJ du 6 juillet 2016 relative à l'avis juridique sur la coresponsabilité des chirurgiens dentistes qui reprendraient les soins de patients ayant eu recours à des structures Dentexia
- Pièce jointe n°9 : Eléments statistiques sur les praticiens hospitaliers statutaires en odontologie, stomatologie et en chirurgie maxillo-faciale –situation au 1<sup>er</sup> janvier 2016 – source Centre national de gestion
- Pièce jointe n°10 : Courrier du 2 mai 2016 adressé par la MACSF - Le Sou Médical à ses sociétaires
- Pièce jointe n°11 : Passeport « chirurgie implantaire »
- Pièce jointe n°12 : Passeport « prothèse supra-implantaire »
- Pièce jointe n°13 : Avis DAJ en date du 25 avril 2016 relatif à la charge des frais de traitement de communication des dossiers médicaux
- Pièce jointe n°14 : Dépêche de la Chancellerie- Direction des affaires criminelles et des grâces en date du 14 juin 2016
- Pièce jointe n° 15 : Code de déontologie des chirurgiens dentistes



**PIECE JOINTE N°1 :**  
**NOTE SGMAS DU 4 AVRIL 2016 RELATIVE A LA**  
**MISE EN PLACE D'UN NUMERO D'APPEL**  
**GRATUIT A DESTINATION DES PATIENTS PRIS EN**  
**CHARGE PAR DES PROFESSIONNELS DE SANTE**  
**SALARIES PAR L'ASSOCIATION DENTEXIA OU PAR**  
**DES PROFESSIONNELS DE SANTE EN LIEN**  
**AVEC L'ASSOCIATION DENTEXIA**





MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DU DIALOGUE SOCIAL  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES  
MINISTÈRE DE LA VILLE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Direction générale de l'offre de soins  
Sous-direction de la performance  
Bureau « coopérations et contractualisations » (PF3)

Paris, le 04 AVR. 2016

Personnes chargées du dossier :  
Isabelle Manzi  
tél. : 01 40 56 76 88  
Mél. : [isabelle.manzi@sante.gouv.fr](mailto:isabelle.manzi@sante.gouv.fr)

Direction  
générale de la  
santé  
Frédéric Seval  
Tel : 01 40 56 49 36  
Mél : [frederic.seval@sante.gouv.fr](mailto:frederic.seval@sante.gouv.fr)

Direction de la  
sécurité sociale  
Géraldine Duverneuil  
Tel : 01 40 56 46 51  
Mél : [geraldine.duverneuil@sante.gouv.fr](mailto:geraldine.duverneuil@sante.gouv.fr)

Secrétariat Général - Direction des affaires juridiques  
Philippe Ranquet  
Tel : 01 40 56 64 71  
Mél : [philippe.ranquet@sg.social.gouv.fr](mailto:philippe.ranquet@sg.social.gouv.fr)

### NOTE

à l'attention des directeurs généraux des agences régionales  
de santé d'Auvergne-Rhône-Alpes, de Bourgogne-Franche-Comté,  
d'Ile-de France et de Provence-Alpes-Côte d'Azur

**Objet :** mise en place d'un numéro d'appel gratuit à destination des patients pris en charge par des professionnels de santé salariés par l'association Dentexia ou par des professionnels de santé en lien avec l'association Dentexia

PJ : guide d'entretien et liste de des questions/réponse  
Tableau de suivi hebdomadaire

A la suite de la liquidation judiciaire de l'association Dentexia ainsi que des cabinets en lien avec l'association Dentexia, un certain nombre de patients pris en charge par les structures gérées par Dentexia et les cabinets susmentionnés ont formé un collectif de victimes ; d'autres, ou les mêmes, ont formé des recours devant les tribunaux ou déposé des plaintes devant le Conseil de l'Ordre des chirurgiens dentistes. Les uns et les autres dénoncent des soins - souvent intégralement payés - mal réalisés ou incomplètement réalisés. Dans ces conditions, la question de la continuité de la prise en charge de ces patients se pose.

Face à cette situation, il convient de prendre des mesures complémentaires à celles déjà engagées permettant d'identifier l'ensemble des patients concernés par ces structures et cabinets en liquidation

judiciaire, afin de les informer sur leurs droits et, le cas échéant, de les orienter pour la poursuite de leurs soins. La présente note précise les premières orientations transmises le 8 mars dernier.

## **1- La mise en place d'un numéro d'appel**

Je vous demande de mettre en place, dans chacune de vos régions et au plus tard pour le 15 avril 2016 un numéro d'appel non surtaxé accessible aux heures ouvrables. Vous communiquerez localement ce numéro à l'aide d'un communiqué de presse régional. Les numéros d'appel mis en place seront transmis aux conseils de l'ordre des chirurgiens-dentistes.

Vous organiserez la plateforme téléphonique nécessaire au fonctionnement de ce numéro d'appel. Des renforts issus de la réserve sanitaire pourront temporairement renforcer votre plateforme si nécessaire.

Ce numéro d'appel doit permettre d'identifier les patients, de leur délivrer une première information et de recenser les questions qui nécessitent des compléments de réponses qui pourront leur être apportées dans un second temps. Le guide d'entretien et la liste des questions/réponses du numéro sont préparés par les administrations centrales compétentes (la direction générale de l'offre de soins, la direction générale de la santé et la direction de la sécurité sociale) en lien avec les agences régionales de santé concernées. Vous pourrez les compléter et les adapter en fonction des mesures que vous aurez mises en place localement.

Les appelants devront être informés sur leurs droits, notamment au regard de l'accès à leur dossier médical, et se voir conseiller la réalisation un bilan bucco-dentaire préalablement à toute poursuite des soins.

Cette étape permettra d'identifier l'ensemble de la patientèle. Parmi elle, il conviendra de recenser les patients sollicitant des soins complémentaires. Pour ces derniers, il importe de définir les éléments d'information à solliciter vous permettant de procéder à une première évaluation du degré d'urgence de ces soins (étant entendu que seul un bilan lésionnel bucco-dentaire pourra établir avec certitude cet élément).

Parallèlement la liste des patients recensés via le numéro d'appel gratuit devra être recoupée avec celle des patients (identifiés par nom et adresse) ayant reçu des soins dans les centres dentaires concernés. Cette seconde liste sera communiquée par l'assurance maladie à l'ARS dans le respect des dispositions de la loi informatique et libertés. A cette fin, il vous est demandé de créer des boîtes aux lettres spécifiques pour la réception de ces listes de patients et de désigner des « référents Dentexia » pour faciliter les échanges entre les ARS et les caisses d'assurance maladie. Les patients identifiés par vos services comme n'ayant pas appelé le numéro gratuit alors même qu'ils ont reçu des soins dans les centres Dentexia ou par des professionnels de santé en lien avec l'association Dentexia seront contactés par courrier.

L'établissement de la liste contenant les mentions prévues dans le questionnaire joint suppose qu'elle fasse l'objet d'une déclaration à la CNIL. Le traitement de la liste avec l'intégralité de ses données, une fois les informations collectées, devra être réservé aux personnels de l'ARS astreintes au secret médical.

## **2 – Le traitement des dossiers médicaux**

Le juge commissaire de la liquidation de l'association Dentexia a rendu le 31 mars 2016 une ordonnance prescrivant que les dossiers médicaux présents les cinq sites<sup>1</sup> de l'association soient remis, à fin de conservation en tous lieux permettant d'assurer la préservation du secret médical, au Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens Dentistes sous le contrôle de l'ARS compétente pour chaque site après établissement de leur liste par les soins du mandataire de justice. Chaque ARS devra mettre en œuvre une procédure de conservation, de communication et de sécurisation des dossiers médicaux en lien avec les conseils départementaux de l'Ordre en ce qui concerne les structures non visées dans l'ordonnance du juge commissaire à la liquidation.

La conservation des dossiers médicaux doit en effet être assurée de manière sécurisée, en particulier pour permettre toute investigation pénale ou expertise nécessaire aux patients pour faire valoir leurs droits. Dans le même temps, les patients ont un droit propre d'obtenir communication de leur dossier (par consultation sur place, en ligne quand elle est possible ou en en prenant copie) garanti par à l'article L. 1111-7 du CSP.

La direction générale de l'offre de soins apportera un appui, en lien avec la direction des affaires juridiques et le Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes, aux agences régionales de santé pour consolider le dispositif mis en place localement, notamment pour définir les procédures à suivre en cas de demande d'un patient d'accéder à son dossier et en cas de saisie du dossier par la justice.

## **3 - L'organisation de l'accès à un bilan lésionnel bucco-dentaire**

Il est recommandé à chaque ARS d'adopter un dispositif *ad hoc* permettant la réalisation d'un bilan lésionnel bucco-dentaire préalable à la poursuite des soins. Ce bilan devra permettre l'élaboration d'un devis relatif à la poursuite des soins. En cas d'expertise judiciaire ultérieure ce bilan permettra d'apprécier les lésions au moment de la reprise des soins.

La direction générale de l'offre de soins apportera un appui, notamment son expertise juridique, aux agences régionales de santé pour consolider le dispositif mis en place localement.

## **4 – La prise en charge médico-psychologique**

Il est recommandé à chaque ARS d'organiser la prise en charge médico-psychologique des patients qui en feront la demande en s'appuyant sur la cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) régionale et le réseau des CUMP de chaque département.

## **5 - Prise en charge financière des actes et de soins**

La caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés met à la disposition des ARS une boîte mail fonctionnelle destinée à répondre aux questions éventuelles relatives à la prise en charge de droit commun des actes et soins dentaires. Les questions devront être adressées uniquement par les ARS

---

<sup>1</sup> Chalon sur Saône, Vaulx en Velin, Lyon (Grange Blanche et Tête d'Or) et Colombes

à l'adresse suivante : [reglementation@cnamts.fr](mailto:reglementation@cnamts.fr), avec la mention « DENTEXIA » dans l'objet des mails. Par ailleurs, un document présentant les actes pris en charge par l'assurance maladie obligatoire sera prochainement mis à disposition des ARS.

## 6 - Réparation des préjudices

La direction générale de l'offre de soins en lien avec les autres services du ministère (direction générale de la santé, direction de la sécurité sociale, direction des affaires juridiques) et le ministère de la justice font le point sur les voies de droit existantes pouvant permettre aux patients d'obtenir réparation de leurs préjudices corporels et de leurs préjudices économiques.

## 7 – Mise en place d'un comité de suivi national

Un comité de suivi national est mis en place. Il a pour objectif d'examiner les réponses à apporter aux difficultés remontées par les ARS et de suivre l'état d'avancement du dossier. Ce comité doit permettre, dans un premier temps, un suivi hebdomadaire de l'avancement du dossier au cours du mois de mars et avril.

Ce comité, piloté par la direction générale de l'offre de soins, sera composé de représentants des ARS, du secrétariat général des ministères des affaires sociales de la direction générale de la santé, de la direction de la sécurité sociale et de la direction des affaires juridiques. Le ministère de la justice et la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés sont associés à ses travaux en tant que de besoin.

Afin de disposer d'informations régulières et consolidées au niveau national, je vous remercie de transmettre le tableau joint en annexe à une fréquence hebdomadaire. Vous adresserez ce bilan à la DGOS [adresse mail : [dgos-suivicentresdesante@sante.gouv.fr](mailto:dgos-suivicentresdesante@sante.gouv.fr)] qui assure le pilotage du comité de suivi national, selon des modalités qui vous seront indiquées ultérieurement.

Il vous est également demandé de transmettre au plus tard le 10 avril 2016 une note relative aux modalités de mise en œuvre du numéro non surtaxé ainsi que les réponses apportées localement.

\*\*\*

Nous vous remercions de votre implication sur ce sujet et nous vous demandons de nous faire part des difficultés rencontrées lors de la mise en œuvre de la présente instruction à la direction générale de l'offre de soins.

**Le Secrétaire général**  
**Pierre Ricordeau**  
Pierre RICORDEAU

Copies à :  
- autres ARS

**PIECE JOINTE N°2 :**  
**CERTIFICAT BUCCO-DENTAIRE PREALABLE A LA**  
**REPRISE DES SOINS DENTAIRES**



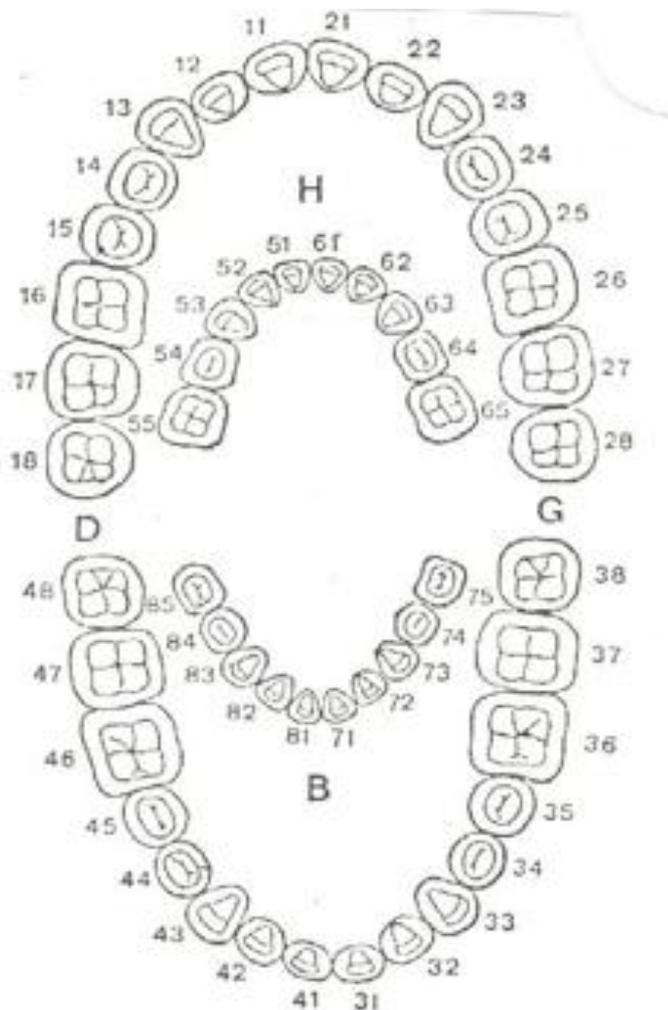


**DOCUMENT À CONSERVER IMPÉRATIVEMENT**

**/Schéma dentaire :**

- / : dent absente non remplacée
- ↓: dent à extraire
- c : dent cariée
- o :dent obturée
- :dent couronnée-dent pilier
- :inter de bridge
- X :dent remplacée par une prothèse amovible
- I :implant

Descriptif et observations complémentaires à noter en marge de chaque dent



**-Examen radiographique panoramique:**

Y a-t-il des soins urgents ?      oui       non

Certificat fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ (date en toutes lettres) et remis en mains propres à -----.

**SIGNATURE DU CHIRURGIEN-DENTISTE**

**PIECE JOINTE N°3 :**  
**COURRIER DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE**  
**DES CHIRURGIENS DENTISTES DU 1ER JUIN 2016**



Docteur Gilbert BOUTEILLE  
Chirurgien-dentiste  
Président du conseil national de l'Ordre

À

Mesdames, Messieurs les Présidents des  
conseils départementaux , régionaux et  
interrégionaux

GBO/SGE  
Circulaire n° 1595  
Classement répertoire n° 24

**Objet : Centres Dentexia et centres dentaires apparentés : des numéros d'appel pour les patients et un certificat de santé bucco-dentaire**

Paris, le 1<sup>er</sup> juin 2016

Madame, Monsieur le Président et cher confrère,

Après la fermeture des centres Dentexia de Chalon-sur-Saône, de la région lyonnaise et de la région parisienne, des procédures d'accompagnement des patients ont été mises en place pour répondre aux besoins et aux interrogations de ces derniers, notamment dans le cadre du suivi des soins déjà commencés.

Pour ce faire, et dans un premier temps, des numéros verts ont été mis en place par les trois ARS concernées :

- Pour la région Bourgogne-Franche-Comté, ce numéro est le 0805 200 550 (gratuit) du lundi au vendredi, de 10 heures à 12 heures.  
Les personnes concernées peuvent aussi contacter l'ARS Bourgogne-Franche-Comté par mail : [ARS-BFC-DENTEXIA@ars.sante.fr](mailto:ARS-BFC-DENTEXIA@ars.sante.fr)
- Pour la région Auvergne-Rhône-Alpes, il s'agit du 0 800 100 378 (gratuit) du lundi au vendredi, de 9 heures à 12 heures 30
- Pour la région Ile de France, il s'agit du 01 44 02 06 07 (n° non surtaxé) du lundi au vendredi, de 10 heures à 12 heures.

Dans un second temps, un document a été élaboré, conjointement avec le ministère de la santé, servant de support pour l'établissement d'un certificat de santé bucco-dentaire (CSBD) qui pourrait être demandé par les patients qui consulteront pour les suites à donner aux soins commencés chez Dentexia.

Ce document est disponible en consultation et téléchargement sur le site du Conseil National de l'Ordre à l'adresse suivante : [http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/espace-presse/communiqués-de-presse/communiqués-de-presse.html?tx\\_ttnews%5Btt\\_news%5D=620&cHash=bc5d34f29e6e393b5384e04cb3051711](http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/espace-presse/communiqués-de-presse/communiqués-de-presse.html?tx_ttnews%5Btt_news%5D=620&cHash=bc5d34f29e6e393b5384e04cb3051711)

Vous y trouverez également un courrier d'accompagnement à destination de nos confrères, expliquant la conduite à tenir face aux demandes des anciens patients de Dentexia pour l'établissement du CSBD et pour la suite de leur prise en charge thérapeutique.

Comptant sur votre collaboration pour relayer l'information auprès de nos confrères qui vous solliciteraient, et vous souhaitant bonne réception de la présente, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur le Président et cher confrère, l'expression de mes sentiments confraternels les meilleurs.

Le Président  
Gilbert BOUTEILLE

**PIECE JOINTE N°4 :**  
**CONSIGNES AUX CPAM POUR LA PRISE EN**  
**CHARGE FINANCIERE DU BILAN BUCCO-**  
**DENTAIRE ET DU PANORAMIQUE DENTAIRE**



## Consignes de prise en charge Dentexia

### **1- Prise en charge à 100% des examens complémentaires (un examen bucco-dentaire et une radiographie panoramique)**

#### **a. Champ d'application**

La prise en charge du ticket modérateur pour l'examen bucco-dentaire et la radiographie panoramique par l'assurance maladie concerne potentiellement tous les assurés ayant reçu des soins dans les centres de santé susvisés figurant sur la liste ou identifiés suite aux appels reçus par les ARS.

L'attestation de prise en charge est adressée **pré-identifiée** par la caisse **sur demande** de l'assuré (ou après transmission par l'ARS de la demande de l'assuré).

#### **b. Mode opératoire**

La caisse nomme un agent référent « dentexia » en charge du suivi attentionné de la prise en charge de ces assurés dont les coordonnées sont transmises via un courrier d'accompagnement.

Le référent Dentexia remet l'attestation spécifique de prise en charge **sur sollicitation de l'assuré** accompagnée d'un courrier explicatif. Un modèle d'attestation et de courrier d'accompagnement sont joints en annexes 1 et 2.

L'assuré remet cette attestation aux professionnels libéraux (chirurgien-dentiste et/ou radiologue) afin de bénéficier d'une radiographie panoramique et d'un examen bucco-dentaire. Ces actes seront pris en charge respectivement à hauteur de 24 et 30 euros, et pourront être pratiqués par les professionnels de santé concernés en tiers-payant sans obligation.

Aucune modalité de facturation particulière n'est définie, seuls le cachet et l'identifiant du professionnel de santé ainsi que la date de l'acte doivent être formalisés sur l'attestation à la fois dans la partie examen bucco-dentaire, et dans la partie radiographie panoramique, que le professionnel de santé soit unique (un même chirurgien-dentiste qui réalise à la fois la radio et l'examen) ou qu'ils soient deux (un chirurgien-dentiste pour l'examen et un radiologue pour la panoramique).

Plusieurs cas de figure peuvent se présenter ensuite :

- Soit l'assuré avance le prix de ses soins, il envoie alors lui-même l'attestation remplie et signée par le ou les professionnels à sa caisse de rattachement à l'attention de son correspondant dentexia.
- Soit l'assuré bénéficie d'un tiers-payant intégral sur l'un ou les deux actes :
  - o Cas du professionnel de santé unique : ce dernier conserve l'attestation et l'envoie à la caisse de rattachement de l'assuré en mentionnant DENTEXIA sur l'enveloppe.
  - o Cas de deux professionnels distincts

- Si l'un d'eux propose le tiers-payant intégral, seule la partie de l'attestation le concernant est détachée et lui est remise par l'assuré. Le PS l'enverra à la caisse de rattachement de l'assuré en mentionnant DENTEXIA sur l'enveloppe. L'autre partie, qui concerne l'autre acte est conservée par l'assuré qui l'enverra à sa caisse de rattachement sans cocher les cases «L'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire » et « l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire » à l'attention de son correspondant DENTEXIA.
- Si les deux professionnels proposent le tiers-payant intégral, ils conservent chacun la partie de l'attestation correspondant à l'acte réalisé, cochent les cases «L'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire » et « L'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire » et l'envoient à la caisse de rattachement de l'assuré en mentionnant DENTEXIA sur l'enveloppe.

Vous trouverez les consignes de saisie PROGRES en annexe 3 afin de permettre le remboursement de ces actes au professionnel de santé concerné en cas de tiers-payant intégral ou à l'assuré, le cas échéant.

Les participations forfaitaires et franchises ne sont pas facturées.

### ***3- Durée d'application du dispositif***

Le présent dispositif s'applique pour les examens bucco-dentaires et les radiographies panoramiques réalisés jusqu'au **31/12/2016**.

### ***4- Communication***

Les ARS assurent une information auprès de ces assurés. Il vous appartient par ailleurs de procéder à une communication des chirurgiens-dentistes libéraux et salariés des centres de santé via les instances locales afin qu'ils identifient l'attestation de prise en charge et les modalités de son utilisation.

Il vous appartient également d'informer les radiologues libéraux de la circonscription de la mise en place de ce dispositif.

### ***5- Suivi du dispositif***

Il est nécessaire de procéder à un suivi de l'application du dispositif. A cet effet, il conviendra de bien respecter les consignes de saisie sur PROGRES afin de permettre une traçabilité des actes réalisés requérables par la suite.

Nous vous demandons de transmettre toutes vos observations et interrogations sur la boîte générique suivante : [reglementation@cnamts.fr](mailto:reglementation@cnamts.fr) avec la mention **DENTENXIA** dans le titre.

Nous restons à votre écoute et nous vous tiendrons informés de tout élément complémentaire.

### ***6- Organisation des RCT***

Le référent DENTEXIA de la caisse transmet au service RCT l'ensemble des signalements des assurés auxquels est envoyée l'attestation de prise en charge.

Les services RCT ouvrent un dossier pour chacun de ces assurés en apposant une étiquette « DENTEXIA ». Des consignes de gestion complémentaires sont transmises par ailleurs aux services RCT des caisses et aux DRSM.

PJ : 2

Annexe 1 : Modèle attestation

Annexe 2 : Modèle courrier

Annexe 3 : Modalités de saisie dans PROGRES



**PIECE JOINTE N°5 :**  
**MODELE DE COURRIER A ADRESSER AU PATIENT**  
**PAR LA CPAM**



Caisse XXX

M. XXXX  
XXXX

Objet : La prise en charge de vos soins dentaires

Madame, Monsieur (XXX),

Vous avez reçu des soins dentaires dans un centre de santé Dentexia ou dans les cabinets du docteur Harold King (Marseille) ou du docteur Jean-Claude Pagès (Paris XVI<sup>e</sup>). Si vous estimez qu'ils ont été mal ou incomplètement réalisés, vous avez la possibilité de bénéficier d'un "certificat de situation bucco-dentaire" comprenant un examen de bilan bucco-dentaire et une radiographie panoramique, remboursés à 100%, soit respectivement 30€ et 24€, par votre caisse d'assurance maladie. Selon le professionnel de santé que vous consulterez, vous pourrez avoir à faire l'avance de ces frais.

Pour bénéficier de cette prise en charge, vous devez présenter l'**attestation conjointe** à chaque professionnel de santé que vous consultez (chirurgien-dentiste et/ou radiologue, si votre chirurgien-dentiste ne réalise pas de radiographie). Ce document devra être dûment complété et transmis à votre caisse d'assurance maladie par vos soins en cas d'avance de frais de votre part, ou par le professionnel de santé dans le cas contraire, conformément à ce qui est précisé au dos de l'attestation.

Pour toute question, vous pouvez contacter votre correspondant local unique M. XXX.

Je vous prie de recevoir, Madame, Monsieur (XXX), l'expression de mes sincères salutations

Le Directeur de la caisse  
d'assurance maladie



**PIECE JOINTE N°6 :**  
**MODELE D'ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE**  
**DU CERTIFICAT BUCCO-DENTAIRE ET DU**  
**PANORAMIQUE DENTAIRE**



**Attestation de prise en charge des patients ayant eu recours aux centres dentaires DENTEXIA et aux cabinets H. KING et J-C. PAGES**

Cette attestation vous permet de bénéficier d'une prise en charge à 100 % pour les examens mentionnés ci-dessous

- Valable jusqu'au 31 décembre 2016 -

(Une fois complétée par le chirurgien-dentiste, cette attestation doit être envoyée à l'organisme d'assurance maladie par l'assuré en cas d'avance de frais ou par le professionnel de santé en cas de tiers-payant)

**Attestation de prise en charge des patients ayant eu recours aux centres dentaires DENTEXIA et aux cabinets H. KING et J-C. PAGES**

Cette attestation vous permet de bénéficier d'une prise en charge à 100 % pour les examens mentionnés ci-dessous

- Valable jusqu'au 31 décembre 2016 -

(Une fois complétée par le chirurgien-dentiste ou le radiologue, cette attestation doit être envoyée à l'organisme d'assurance maladie par l'assuré en cas d'avance de frais ou par le professionnel de santé en cas de tiers-payant)

**A compléter par la personne recevant les soins et l'assuré(e)**

- **PERSONNE RECEVANT LES SOINS** (les noms et prénom de la personne recevant les soins sont à compléter obligatoirement par le chirurgien-dentiste)

Nom et prénom  
(suivis, s'il y a lieu du nom d'époux(se))

Numéro d'immatriculation

Date de naissance

- **ASSURE(E)** (à compléter si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré)

Nom et prénom  
(suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))

Numéro d'immatriculation

- **ADRESSE DE L'ASSURE(E)**

**A compléter par la personne recevant les soins et l'assuré(e)**

- **PERSONNE RECEVANT LES SOINS** (les noms et prénom de la personne recevant les soins sont à compléter obligatoirement par le chirurgien-dentiste)

Nom et prénom  
(suivis, s'il y a lieu du nom d'époux(se))

Numéro d'immatriculation

Date de naissance

- **ASSURE(E)** (à compléter si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré)

Nom et prénom  
(suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))

Numéro d'immatriculation

- **ADRESSE DE L'ASSURE(E)**

**A compléter par le chirurgien-dentiste**

- **CERTIFICAT DE SITUATION BUCCO-DENTAIRE 30€**

L'assuré(e) n'a payé ni la part obligatoire ni la part complémentaire

Identification du praticien  
(nom et prénom)

Identification

**A compléter par chirurgien-dentiste ou le radiologue**

- **RADIOGRAPHIE PANORAMIQUE 24€**

L'assuré(e) n'a payé ni la part obligatoire ni la part complémentaire

Identification du praticien ou du médecin  
(nom et prénom)

Identifiant

Identification de la structure  
(Raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement)

N° de la structure  
(AM, FINSS ou SIRET)

Identification de la structure  
(Raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement)

N° de la structure  
(AM, FINSS ou SIRET)

Date

Signature du praticien



Date

Signature du praticien ou du médecin

**Qui peut bénéficier de cette prise en charge ?** Les assurés ayant reçu des soins dentaires dans les centres de santé DENTEXIA.

**A quel moment peuvent-ils en bénéficier ?** La prise en charge à 100% de la radiographie panoramique, d'une valeur de 24 euros, et de l'examen bucco-dentaire d'une valeur de 30 euros, sera appliquée dès lors que ces actes sont réalisés avant le 31/12/2016.

**Comment facturer ces deux actes ?**

Aucune saisie informatique n'est requise, il suffit simplement d'envoyer ou de remettre cette attestation dûment remplie à la caisse d'assurance maladie à laquelle est rattaché l'assuré en précisant DENTEXIA sur l'enveloppe en cas d'envoi par courrier.

Plusieurs cas de figure peuvent se présenter :

- ➔ Soit l'assuré avance le prix de ses soins, il envoie alors lui-même l'attestation remplie et signée par le ou les professionnels à sa caisse de rattachement à l'attention de son correspondant dentexia.
- ➔ Soit l'assuré bénéficie d'un tiers-payant intégral sur l'un ou les deux actes :
  - Cas du chirurgien-dentiste réalisant les deux actes : il conserve l'attestation et l'envoie à la caisse de rattachement de l'assuré en mentionnant DENTEXIA sur l'enveloppe.
  - Cas de deux professionnels distincts (chirurgien-dentiste et radiologue) réalisant chacun un des deux actes :
    - Si l'un d'eux propose le tiers-payant intégral, seule la partie de l'attestation le concernant est détachée et lui est remise par l'assuré en

**Qui peut bénéficier de cette prise en charge ?** Les assurés ayant reçu des soins dentaires dans les centres de santé DENTEXIA.

**A quel moment peuvent-ils en bénéficier ?** La prise en charge à 100% de la radiographie panoramique, d'une valeur de 24 euros, et de l'examen bucco-dentaire d'une valeur de 30 euros, sera appliquée dès lors que ces actes sont réalisés avant le 31/12/2016.

**Comment facturer ces deux actes ?**

Aucune saisie informatique n'est requise, il suffit simplement d'envoyer ou de remettre cette attestation dûment remplie à la caisse d'assurance maladie à laquelle est rattaché l'assuré en précisant DENTEXIA sur l'enveloppe en cas d'envoi par courrier.

Plusieurs cas de figure peuvent se présenter :

- ➔ Soit l'assuré avance le prix de ses soins, il envoie alors lui-même l'attestation remplie et signée par le ou les professionnels à sa caisse de rattachement à l'attention de son correspondant dentexia.
- ➔ Soit l'assuré bénéficie d'un tiers-payant intégral sur l'un ou les deux actes :
  - Cas du chirurgien-dentiste réalisant les deux actes : il conserve l'attestation et l'envoie à la caisse de rattachement de l'assuré en mentionnant DENTEXIA sur l'enveloppe.
  - Cas de deux professionnels distincts (chirurgien-dentiste et radiologue) réalisant chacun un des deux actes :
    - Si l'un d'eux propose le tiers-payant intégral, seule la partie de l'attestation le concernant est détachée et lui est remise par l'assuré

*cochant les cases «L'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire » et « L'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire ». Il l'enverra alors à la caisse de rattachement de l'assuré en mentionnant DENTENXIA sur l'enveloppe. L'autre partie, qui concerne l'autre acte, est conservée par l'assuré qui l'enverra à sa caisse de rattachement sans cocher les cases «L'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire » et « l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire » à l'attention de son correspondant dentexia*

- *Si les deux professionnels proposent le tiers-payant intégral, ils conservent chacun la partie de l'attestation correspondant à l'acte réalisé, cochant les cases «L'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire » et « L'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire » et l'envoient à la caisse de rattachement de l'assuré en mentionnant DENTENXIA sur l'enveloppe.*

*en cochant les cases «L'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire » et « L'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire ». Il l'enverra alors à la caisse de rattachement de l'assuré en mentionnant DENTENXIA sur l'enveloppe. L'autre partie, qui concerne l'autre acte, est conservée par l'assuré qui l'enverra à sa caisse de rattachement sans cocher les cases «L'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire » et « l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire » à l'attention de son correspondant dentexia*

- *Si les deux professionnels proposent le tiers-payant intégral, ils conservent chacun la partie de l'attestation correspondant à l'acte réalisé, cochant les cases «L'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire » et « L'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire » et l'envoient à la caisse de rattachement de l'assuré en mentionnant DENTENXIA sur l'enveloppe.*

SPECIMEN



**PIECE JOINTE N°7 :**  
**GRILLE NATIONALE D'ENTRETIEN DANS LE**  
**CADRE DU SUIVI DES APPELS DES PATIENTS**  
**SUITE A LA MISE EN PLACE DU NUMERO VERT**







**PIECE JOINTE N°8 :**  
**LETTRE DU DIRECTEUR DE LA DAJ**  
**DU 6 JUILLET 2016 RELATIVE A L'AVIS JURIDIQUE**  
**SUR LA CORESPONSABILITE DES CHIRURGIENS**  
**DENTISTES QUI REPENDRAIENT LES SOINS DE**  
**PATIENTS AYANT EU RECOURS A DES**  
**STRUCTURES DENTEXIA**



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE  
MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DU DIALOGUE SOCIAL  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES  
MINISTÈRE DE LA VILLE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

SECRETARIAT GENERAL

Direction des affaires juridiques  
(DAJ)

Paris, le

- 6 JUL. 2016

Le directeur

à

Mme Christine Daniel  
M. Philippe Paris  
Mme Patricia Vienne,  
inspecteurs généraux des affaires  
sociales

L'inspection générale des affaires sociales, à qui la ministre des affaires sociales et de la santé a confié une mission relative aux centres dentaires dits « low cost », a interrogé la direction des affaires juridiques sur les conditions d'engagement de la responsabilité civile des praticiens qui assureraient la reprise des soins des patients jusqu'à présent suivis par les centres Dentexia. La mission a en effet constaté que certains praticiens refusent d'assurer cette reprise au motif d'une « co-responsabilité » qui existerait entre le praticien ayant commencé les soins et celui qui les poursuit, et donc d'un risque judiciaire pour eux-mêmes.

La direction des affaires juridiques n'a pu identifier aucun fondement à la « co-responsabilité » qui aurait été invoquée par certains praticiens, et en particulier aucun précédent juridictionnel étayant les craintes dont ils font état.

Il ressort au contraire des textes comme de la jurisprudence que les conditions d'engagement de la responsabilité dans cette hypothèse ne diffèrent nullement du droit commun, selon lequel : « *Hors le cas où leur responsabilité est encourue en raison d'un défaut d'un produit de santé, les professionnels de santé mentionnés à la quatrième partie du présent code, ainsi que tout établissement, service ou organisme dans lesquels sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute.* » (1<sup>er</sup> alinéa de l'article L. 1142-1 du code de la santé publique).

Rappelons qu'en vertu de ces dispositions comme des principes qui leur préexistaient :

1/ S'agissant des soins dentaires, la responsabilité du chirurgien-dentiste, quel que soit son statut, est fondée sur la faute puisqu'il n'est tenu qu'à une obligation de moyens. Il doit dispenser des soins attentifs, consciencieux et conformes aux données acquises de la science (CA Paris 20 décembre 2013 n°12/17794 ; Cass 19 décembre 2000 n°99-12.403). La faute doit être prouvée par le patient ainsi que le lien de causalité entre cette faute et le préjudice qu'il invoque.

Le fait de la victime peut exonérer le chirurgien-dentiste de sa responsabilité. Par exemple lorsque le praticien a cherché l'avis de plusieurs confrères en vue d'un diagnostic et que la patiente n'est pas venue aux rendez-vous malgré les relances téléphoniques (CA Aix-en-Provence 15 mars 1995, juris-data 1995-041059). En revanche, ne constitue pas une cause exonératoire de responsabilité le coût des soins, qui ne peut pas autoriser le praticien à dispenser des soins non conformes aux données acquises de la science (Cass 19 décembre 2000 juris-data 2000-007494 à propos d'une prothèse mobile adaptée aux possibilités financières de la patiente au lieu d'une prothèse fixe).

2/ S'agissant de la fourniture d'une prothèse, ce qui comprend la conception et la confection de l'appareil, la jurisprudence considère que le chirurgien-dentiste est tenu à une obligation de résultat (Cour de cassation 9 décembre 2010 n°09-70.407) puisque sa fabrication est un acte technique qui est dépourvu d'aléa. Le patient doit prouver le défaut de la prothèse (CA Aix-en-Provence 18 septembre 2002 Juris-data n°2002-192013).

3/ En revanche, la pose de la prothèse relève d'une obligation de moyens (Cass 10 juillet 1996 n°94-17.342). Lors de cette pose, toute faute du chirurgien-dentiste est écartée dès lors qu'il apparaît qu'il a agi conformément à la science ou si le préjudice est lié aux prédispositions ou à l'attitude de la victime plutôt qu'aux soins dentaires proprement dits (Cass 10 juillet 1996 n°94.1734).

Dans ce cadre, **la responsabilité du chirurgien-dentiste peut être partagée *in solidum* avec un autre praticien mais seulement lorsque des fautes sont imputables aux deux intervenants**. Telle est la condition d'engagement de la responsabilité y compris dans le cas, apparemment le plus problématique pour la reprise de soins des patients des centres Dentexia, où un premier intervenant a posé un implant et où le second termine les soins par la pose d'une prothèse. Ainsi :

- lorsque la faute du prothésiste dans la conception du bridge et des fautes du stomatologiste dans le contrôle de la bonne fabrication se cumulent (CA Paris 29 avril 1997 juris-data n°1997-021501) ;
- en cas de fautes du chirurgien-dentiste concepteur d'un bridge de 12 dents et du chirurgien-dentiste ayant mis en place un bridge définitif sur un implant défectueux (CA Aix-en-Provence 1 octobre 1996 juris-data n°1996-045214). On notera que dans cette affaire, c'est bien une faute qui fonde l'engagement de la responsabilité du second praticien, consistant à ne pas avoir tenu compte d'une déféctuosité qui aurait dû lui être apparente ;
- entre un chirurgien-dentiste et un ophtalmologiste compte tenu des fautes respectives (CA Paris 9 février 1995 juris-data 1995-020297) ;
- entre un chirurgien-dentiste et son remplaçant ayant installé une prothèse défectueuse car le premier a laissé croire à la patiente que le jeune remplaçant pouvait réaliser dans un temps très court une reconstitution prothétique importante alors que les clichés radiographiques laissaient prévoir des difficultés et le second parce qu'il avait commis des maladroites (CA Paris 1<sup>er</sup> décembre 1995) ;
- entre le chirurgien-dentiste ayant posé un implant et le chirurgien-dentiste ayant posé une prothèse sur cet implant, pour « absence de coordination » sur le projet clinique mené en commun, ayant entraîné un échec du traitement implantaire (CA Versailles 19 décembre 2013 n°08/07845). On notera que dans cette espèce, le praticien ayant posé la prothèse avait connaissance de l'activité du chirurgien à qui il avait d'abord adressé le patient pour la pose de l'implant. Il paraît donc difficile de déduire de cet arrêt que la même faute pourrait être reprochée à un praticien qui reprendrait des soins dans des conditions où la coordination avant le précédent intervenant est impossible.

Dans ces cas de cumul de fautes, le tribunal peut faire un partage de responsabilité en tenant compte de l'importance des fautes commises par chaque intervenant (CA Paris 20 décembre 2013 n°12/17794).

Dès lors, en cas de faute du premier praticien, le second intervenant n'est tenu à une obligation *in solidum* que si lui-même commet une faute. Il n'y a donc aucune responsabilité automatique du praticien poursuivant les soins à raison des actes susceptibles d'engager la responsabilité du premier.

Le praticien reprenant les soins se prémunit donc suffisamment contre le risque de voir sa responsabilité engagée à raison des actes accomplis avant la reprise en documentant l'état du patient et des soins qu'il a reçus tels qu'ils sont observables au moment de la reprise, le cas échéant en formulant les réserves qui conviennent sur ce qu'il n'est pas possible d'observer. L'état antérieur ainsi objectivé et ses conséquences ne peuvent être imputés au praticien reprenant les soins.

Il n'est pas besoin pour cela de recourir à une expertise judiciaire, dont les délais de réalisation ne seraient pas compatibles avec la situation de la plupart des patients. Un document tel que le certificat de situation bucco-dentaire diffusé par l'Ordre national des chirurgiens-dentistes, rempli par le praticien qui reprend les soins ou par un praticien tiers, sera regardé en cas de contestation ultérieure comme un élément essentiel du dossier, auquel se réfèrera une éventuelle expertise judiciaire.

Il n'apparaît, enfin, pas non plus justifié que les praticiens reprenant les soins posent comme condition à cette reprise de bénéficier d'une exemption totale de responsabilité, par exemple en demandant aux patients la conclusion d'un protocole par lequel ceux-ci renoncent à toute action à leur encontre « à quelque titre que ce soit et pour quelque cause que ce soit ». Cette clause aurait pour effet de supprimer toute responsabilité du praticien y compris pour les fautes qu'il serait amené à commettre lui-même, ce qui représente une atteinte excessive au droit au recours des patients et au principe de responsabilité, alors que comme on l'a vu l'application du droit commun et la précaution d'objectiver l'état du patient devraient suffire à éviter que le praticien supporte les conséquences des fautes d'un précédent intervenant.

Un tel protocole risque au demeurant de ne pas même procurer au praticien signataire la sécurité qu'il en attend. En effet, le patient souhaitant malgré tout le poursuivre pourrait soutenir que la clause d'exemption totale de responsabilité doit être réputée non écrite, soit en vertu des dispositions du code de la consommation qui qualifient d'abusives une telle clause dans un contrat entre professionnel et non-professionnel (articles L. 132-1 et R. 132-1), soit, s'il n'est pas fait directement application du code de la consommation, en vertu de l'ordre public protecteur de la partie non-professionnelle du contrat, dont ces dispositions sont l'expression.

Le directeur des affaires juridiques



Philippe RANQUET



**PIECE JOINTE N°9 :**  
**ELEMENTS STATISTIQUES SUR LES PRATICIENS**  
**HOSPITALIERS STATUTAIRES EN ODONTOLOGIE,**  
**STOMATOLOGIE ET EN CHIRURGIE MAXILLO-**  
**FACIALE –SITUATION AU 1<sup>ER</sup> JANVIER 2016 –**  
**SOURCE CENTRE NATIONAL DE GESTION**





Centre National de Gestion  
des Praticiens Hospitaliers  
et des Personnels de Direction de  
la Fonction Publique Hospitalière

# ELEMENTS STATISTIQUES SUR LES PRATICIENS HOSPITALIERS STATUTAIRES<sup>1</sup> (PH) EN ODONTOLOGIE, EN STOMATOLOGIE, ET EN CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE -SITUATION AU 1<sup>er</sup> JANVIER 2016-

[Evolution des effectifs rémunérés de praticiens hospitaliers par spécialité 2013-2016 \(source : CNG-SIGMED\)](#)

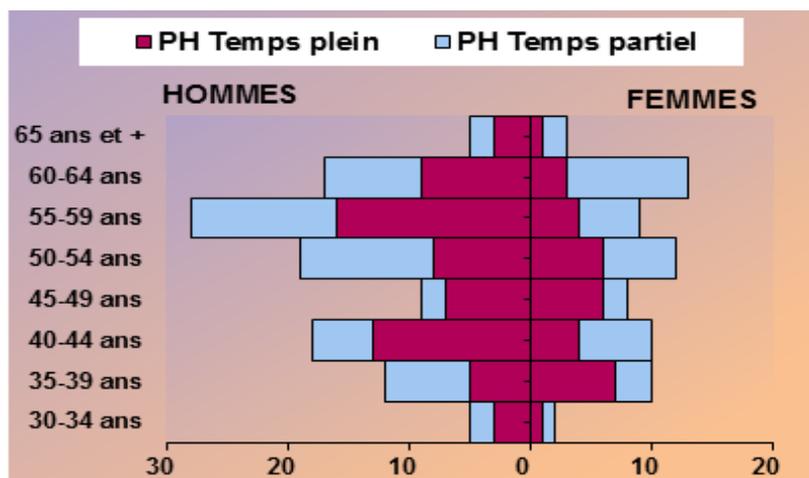
---

<sup>1</sup> Praticiens hospitaliers statutaires = praticiens hospitaliers temps plein et temps partiel titulaires et en période probatoire

Une faible augmentation de l'effectif des PH en odontologie (+12 PH en 3 ans) contre une baisse du nombre de PH en stomatologie (-18 PH en 3 ans) avec un taux annuel d'évolution des PH en chirurgie maxillo-faciale (+2,0%) et des PH en odontologie polyvalente (+2,3%) supérieur à la moyenne nationale (+0,8%).

Spécialité/ Discipline	Au 01/01/2013			Au 01/01/2016			Evolution 2013-2015 (PH total)		Evolution moyenne annuelle
	PH Temps plein	PH Temps partiel	Total PH	PH Temps plein	PH Temps partiel	Total PH	En effectif	En %	(en %)
chirurgie maxillo-faciale	46	18	64	50	18	68	4	6,3	2,0
stomatologie	34	68	102	31	53	84	-18	-17,6	-6,3
Odontologie polyvalente	83	85	168	96	84	180	12	7,1	2,3
<b>Total, toutes disciplines/spécialités confondues</b>	<b>37 160</b>	<b>5 107</b>	<b>42 267</b>	<b>38 754</b>	<b>4 595</b>	<b>43 349</b>	<b>1 082</b>	<b>2,6</b>	<b>0,8</b>

### Pyramides des âges des PH en odontologie au 01/01/2016 (source : CNG-SIGMED)



L'odontologie reste très largement à dominante masculine (62,8%), malgré une légère progression de la part des femmes depuis quelques années. La part des hommes chez les PH temps partiel est de 58,3 % et de 66,7 % chez les PH Temps plein. Alors que les PH temps partiel étaient majoritaires jusqu'en 2014 (51,4 %), le rapport s'est inversé en 2015 (45,9 %) et 46,7 % en 2016. Ils deviennent depuis ces deux dernières années, minoritaires, comme pour l'ensemble des autres disciplines.

Stabilité des âges moyen et médian en odontologie :

**Age moyen** = 50,8 ans en 2016, contre 50,0 ans en 2015

**Age médian** = 52,1 ans en 2016, contre 51,7 ans en 2015

### Occupation statutaire des postes de PH par spécialité situation au 01/01/2016 (source : CNG-SIGMED)

Pour les PH temps plein, Le taux de vacance statutaire observé en stomatologie (23,1%) et en odontologie (24,0%) est significativement inférieur à celui de la moyenne nationale de 26,3%. Pour les PH temps partiel, le taux de vacance statutaire observé est également inférieur à la celui de la moyenne nationale (45,9%) quelle que soit la spécialité.

Spécialité/ Discipline	PH temps plein				PH temps partiel			
	Postes budgétés	Postes occupés statutairement	Taux de vacance statutaire (en %) <sup>(*)</sup>	Variation du taux entre 2015 et 2016	Postes budgétés	Postes occupés statutairement	Taux de vacance statutaire <sup>(*)</sup>	Variation du taux entre 2015 et 2016
chirurgie maxillo-faciale	76	53	30,3	-2,2	29	16	44,8	11,5
stomatologie	39	30	23,1	-1,9	82	52	36,6	0,5
odontologie polyvalente	125	95	24	8,5	146	85	41,8	-1,5
<b>Total, toutes disciplines/spécialités confondues</b>	<b>52 577</b>	<b>38 732</b>	<b>26,3</b>	<b>0,6</b>	<b>8 474</b>	<b>4 583</b>	<b>45,9</b>	<b>1,1</b>

(\*) Taux de vacance statutaire : ces données, à utiliser avec précaution, sont une photographie à un moment donné : le nombre de postes vacants variant de façon importante selon le moment où la statistique est produite. Les postes vacants peuvent être occupés par des temporaires, le taux de vacance statutaire n'est donc pas le taux de vacance réel.

[Effectifs rémunérés des PH par région selon la spécialité, situation au 6 juillet 2016 \(source : CNG-SIGMED\)](#)

Régions	Stomatologie		
	PH temps plein	PH temps partiel	Total PH
Alsace-Lorraine-Champagne	5	1	6
Aquitaine-Limousin-Poitou	1	2	3
Auvergne-Rhône-Alpes	3	5	8
Bourgogne-Franche-Comté	1	1	2
Centre Val-de-Loire	1	2	3
Ile-de-France	5	20	25
Languedoc-Midi-Pyrénées	4	4	8
Nord-Pas-de-Calais-Picardie	1	6	7
Normandie	1		1
Pays de la Loire	3		3
Provence-Alpes-Côte d'Azur	4	6	10
<b>France métropole</b>	<b>29</b>	<b>47</b>	<b>76</b>
Martinique		2	2
Réunion	1	1	2
<b>France entière</b>	<b>30</b>	<b>50</b>	<b>80</b>

Régions	Chirurgie maxillo-faciale		
	PH temps plein	PH temps partiel	Total PH
Alsace-Lorraine-Champagne	2		2
Aquitaine-Limousin-Poitou	1	1	2
Auvergne-Rhône-Alpes	10		10
Bourgogne-Franche-Comté	1		1
Bretagne	2		2
Centre Val-de-Loire	2	1	3
Corse		2	2
Ile-de-France	10	9	19
Languedoc-Midi-Pyrénées	3	1	4
Nord-Pas-de-Calais-Picardie	7	3	10
Normandie	2		2
Pays de la Loire	4		4
Provence-Alpes-Côte d'Azur	5		5
<b>France entière</b>	<b>49</b>	<b>17</b>	<b>66</b>

Régions	Odontologie		
	PH temps plein	PH temps partiel	Total PH
Alsace-Lorraine-Champagne	13	10	23
Aquitaine-Limousin-Poitou	11	8	19
Auvergne-Rhône-Alpes	9	10	19
Bourgogne-Franche-Comté	5	4	9
Bretagne	3	3	6
Centre Val-de-Loire	1		1
Ile-de-France	12	20	32
Languedoc-Midi-Pyrénées	7	13	20
Nord-Pas-de-Calais-Picardie	10	5	15
Normandie	6	2	8
Pays de la Loire	5	2	7
Provence-Alpes-Côte d'Azur	8	3	11
<b>France métropole</b>	<b>90</b>	<b>80</b>	<b>170</b>
Guadeloupe		3	3
Guyane	2		2
Martinique	3		3
Réunion	4	1	5
<b>France entière</b>	<b>99</b>	<b>84</b>	<b>183</b>

### Répartition des HU en établissement selon le corps, la section et la sous-section , situation au 01/01/2016 (source CNG)

Discipline	Section	Sous-section	MCUPH	PUPH	Ensemble Effectif	% de la section dans la discipline	Part des PUPH (en %)
Médecine	Pathologie de la tête et du cou	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	2	29	31	3,5	93,5
Odontologie	Développement, croissance et prévention	Orthopédie dento-faciale	35	7	42	23,2	16,7
		Pédodontie	29	11	40		27,5
		Prévention, épidémiologie, économie de la santé, odontologie légale	23	12	35		34,3
	Sciences biologiques, médecine et chirurgie buccales	Chirurgie buccale, pathologie et thérapeutique, anesthésiologie et réanimation	47	7	54	27,9	13
		Parodontologie	28	10	38		26,3
		Sciences biologiques	27	22	49		44,9
	Sciences physiques et physiologiques endodontiques	Odontologie conservatrice, endodontie	64	21	85	48,9	24,7
Prothèses		80	23	103	22,3		
		Sciences anatomiques et physiologiques, occlusodontologiques, biomatériaux, biophysique, radiologie	43	16	59		27,1
<b>Ensemble Odontologie</b>			<b>376</b>	<b>129</b>	<b>505</b>	<b>100</b>	<b>25,5</b>

**PIECE JOINTE N°10 :**  
**COURRIER DU 2 MAI 2016 ADRESSE PAR LA**  
**MACSF - LE SOU MEDICAL A SES SOCIETAIRES**





- Votre numéro de sociétaire : 4064648

Pour nous contacter :

- Connectez-vous sur [macsf.fr](http://macsf.fr)

- Appelez le 3233 

06 03 01 74 12 03

Votre agence :

1 RUE BRUNEL

75017 PARIS

La Défense, le 2 mai 2016

Chère sociétaire,

L'association DENTEXIA a été mise en liquidation judiciaire le 4 mars 2016. Certains de ses patients, dont les soins n'ont pu être finalisés, vous solliciteront peut-être pour la suite de leur prise en charge thérapeutique.

Nous attirons votre attention sur les précautions particulières à prendre dans le cadre de ce nouveau contrat de soins, en fonction du contexte conflictuel potentiel.

Nous vous conseillons, préalablement à toute prise en charge, de pratiquer un examen clinique complet et de procéder à l'ensemble des examens complémentaires nécessaires (bilan radiographique notamment ; ne pas négliger les photographies, utiles dans ces circonstances), afin d'établir un état initial précis à intégrer dans le dossier médical constitué de manière exhaustive. Renseignez de manière détaillée le schéma dentaire de la fiche clinique (dents absentes, dépulpées, restaurées, remplacées ; en notant le type des obturations, des prothèses, etc.).

Indépendamment de la demande du patient, nous vous conseillons encore de rédiger systématiquement un Certificat Médical Initial complémentaire spécifique (ne pas relever les doléances du patient à votre initiative, ne les mentionner que s'il a formulé la demande de création d'un CMI), certificat de constatation qui permettra d'identifier, sans ambiguïté, les actes qui ont été réalisés par les praticiens précédents, ainsi que la situation endobuccale exacte lors de votre première consultation :

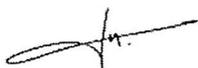
- Décrire avec précision les pathologies constatées (localisation, nature, volume, forme, etc.), avec les manifestations cliniques présentes pouvant en résulter.
- Attention à ne pas sous-évaluer une lésion ou un dommage non perceptible (avant dépose de restauration ou reprise de soins par exemple) qui pourrait alors vous être imputé pour insuffisance de diagnostic : ajouter la mention « *ce jour je n'ai pu constater de pathologies autres que celles rapportées dans le CMI descriptif, établi après examen clinique et radiographique* ».
- Si le CMI (signé et daté) est communiqué au patient, toujours en conserver un double.

Ce certificat ne doit en aucun cas contenir des propos critiques sur la qualité ou l'indication des soins et travaux dispensés initialement, mais doit mentionner ce que vous avez pu diagnostiquer objectivement au cours de l'examen, dans le respect du code de déontologie et sans le moindre commentaire ou avis de votre part.

Ce Certificat Médical Initial est un document indispensable à l'établissement de l'état antérieur et nous permettra, dans l'hypothèse où vous reprendriez la suite des soins, de vous défendre utilement en cas de réclamation ultérieure, afin que vous n'assumiez pas les éventuelles conséquences médico-légales des traitements ou projets thérapeutiques précédents, s'ils s'avéraient non conformes.

Nous vous prions d'agréer, Chère sociétaire, l'expression de nos sentiments dévoués.

Docteur Patrick MARCHAND  
 Directeur du Comité Dentaire



Nicolas GOMBAULT  
 Directeur Général du Sou Médical-Groupe MACSF



LE DENTEXI16

SOU MEDICAL GROUPE MACSF - MUTUELLE D'ASSURANCE DU CORPS DE SANTE FRANÇAIS - Société d'Assurance Mutuelle - Entreprise gérée par le Code des Assurances Code APE 660E - Siège Social : 10 cours du Triangle de l'Arche - TSA 80500 - 92919 LA DEFENSE CEDEX



**PIECE JOINTE N°11 :**  
**PASSEPORT « CHIRURGIE IMPLANTAIRE »**



# Passeport Chirurgie implantaire

## Chirurgien-dentiste

Nom  
Prénom  
Adresse

Téléphone  
Mail

## Patient

Nom  
Prénom

## Observations

## Etiquettes [à coller]

## Préparation du site implantaire

### Greffe(s) osseuse(s)

Position

Autogène(s)

Date

Allogreffe(s)

Xéno greffe(s)

Date

Fabricant / Mandataire

N° de lot

Hétéro greffe(s)

Date

Type matériau / origine

avec membrane

sans membrane

PRF

résorbable

non résorbable

## Pose chirurgicale

### Implant(s) dentaire(s)

Pose immédiate (après extraction)

oui

non

Date

Dénomination

Endo-osseux

Cylindrique

Cylindro-conique

Autre (préciser)

Marque

Fabricant / Mandataire

Téléphone

N° de lot

Position

Longueur

Diamètre

Composition

Titane

Autre (préciser)

Suivi médical (Fréquence à préciser)

### Greffe(s) osseuse(s)

Position

Autogène(s)

Date

Allogreffe(s)

Xéno greffe(s)

Hétéro greffe(s)

Date

Fabricant / Mandataire

N° de lot

avec membrane

sans membrane

PRF

résorbable

non résorbable

### Mise en charge

immédiate

différée

Durée mise en nourrice /ostéo-intégration

Date

### Pilier(s) transgingival(aux)

Dénomination

Marque

Fabricant / Mandataire

Téléphone

N° de lot

Composition

Titane

Autre (préciser)

Date



**PIECE JOINTE N°12 :**  
**PASSEPORT « PROTHESE SUPRA-IMPLANTAIRE »**





Ordre National  
des Chirurgiens-Dentistes

Passeport

Prothèse supra implantaire

### Chirurgien-dentiste

Nom  
Prénom  
Adresse

Téléphone  
Mail

### Patient

Nom  
Prénom

### Observations

### Etiquettes [à coller]

### Pilier(s) prothétique(s)

#### Mise en charge

immédiate

différée

Durée mise en nourrice  
/ostéo-intégration

Date

### Pilier(s) prothétique(s) [moyen(s) de liaison prothétique]

#### Position implant(s)

Dénomination

scellé

Trans-vissé

Monobloc

Sur mesure (préciser)

Marque

Fabricant / Mandataire

Téléphone

N° de lot

#### Composition

Titane

Autre (préciser)

Date

### Couple(s) de serrage

Date

### Prothèse(s) supra-implantaire(s)

#### Prothèse(s) fixée(s)

#### Position implant(s)

Date

Scellée(s) ou  collée(s)

#### Ciment

provisoire

permanent

Dénomination

Couronne

Bridge (préciser l'étendue)

Fabricant / Mandataire

Téléphone

Trans-vissée(s)

Laboratoire

monobloc

usinée

Assistée par ordinateur  
(Type fournisseur)

Couple(s) serrage

### Matériaux

métal

alliage (type)

zircone

Fabricant / Mandataire

Téléphone

N° de lot

Date

### Connexion(s)

Dent(s) naturelle(s)

Date

### Prothèse(s) adjointe(s) [moyen(s) de conjonction]

Barre de conjonction

Attachement(s)

Fraisage sur pilier(s)  
prothétique(s)

Fabricant / Mandataire

Dénomination

Date



**PIECE JOINTE N°13 :**  
**AVIS DAJ EN DATE DU 25 AVRIL 2016 RELATIF A**  
**LA CHARGE DES FRAIS DE TRAITEMENT DE**  
**COMMUNICATION DES DOSSIERS MEDICAUX**



<b>D</b> irection des <b>A</b> ffaires <b>J</b> uridiques	S. Thomas-Rideau	
	Date saisine : 22/04/2016 Date de la réponse : 25/04/2016	Auteur de la saisine : DGOS, sous-direction PF Ligne n° :
	Diffusion sharepoint : NON Mot(s)-clé(s) secteur : Santé Mot(s)-clé(s) juridique(s) : Ordres professionnels, responsabilité de la puissance publique, service public	Objet de la saisine : Charge des frais de traitement des demandes de communication des dossiers médicaux des patients des centres Dentexia conservés par le CNOCD

Par l'ordonnance du 31 mars 2016, le juge commissaire auprès du TGI d'Aix-en-Provence a, en application de l'article L. 621-9 du code de commerce, jugé, pour préserver les droits des patients, que « les dossiers médicaux seront remis au CNOCD sous le contrôle de l'agence régionale de santé compétente pour chacun des sites et qu'ils seront conservés en tous lieux, permettant d'assurer leur conservation et la préservation du secret médical dans le respect des dispositions rappelées à la saisine intervenue le 23 mars 2016 ». Cette saisine mentionnait les dispositions des articles R. 1112-7 et R. 4127-208 du code de la santé publique.

L'Ordre a fait part, lors de la réunion du 22 avril, de son refus de prendre en charge les frais de traitement des demandes de communication des dossiers, médicaux qui, au vu du contrat en cours de négociation entre l'Ordre et une société d'archives, seraient intégralement à la charge des patients (pour un montant envisagé de 25 euros \_ 18 euros pour la communication du dossier papier et 7 euros pour la copie de la radio panoramique stockée sous format dématérialisée).

Dans ces conditions, la DGOS a saisi la DAJ afin que soient précisées les obligations du CNOCD, notamment financières, qui résultent de l'ordonnance du 31 mars 2016.

### **I. Sur l'obligation de prise en charge du coût de récupération et de conservation des dossiers :**

Il ressort des termes mêmes de l'ordonnance que les coûts de conservation des dossiers, conservation qu'au demeurant l'Ordre lui-même a demandée auprès du mandataire judiciaire, sont à la charge du CNOCD, auquel il est loisible de solliciter l'inscription de cette créance au passif (même si dans les faits cette inscription sera sans effet, compte tenu de l'impécuniosité de Dentexia).

Dans la procédure de liquidation judiciaire, le CNOCD intervient en tant que contrôleur, en application de l'article L. 621-7, al 3 du code de commerce, chargé d'assister le juge **commissaire** dans sa mission de surveillance de l'administration de l'entreprise. La circonstance que le CNOCD soit contrôleur à sa demande, en fonction de ces dispositions, ne fait pas toutefois obstacle à ce qu'il soit également créancier, ou à ce que le juge commissaire puisse mettre à la charge du contrôleur, à la demande du mandataire judiciaire, une mesure conservatoire dont le coût constituera une créance à inscrire au passif de la structure liquidée. L'argument selon lequel aucune charge ne pourrait être supportée par l'Ordre en raison de sa qualité de contrôleur ne semble pas opérant.

### **II. Sur la portée de l'obligation de conservation jusqu'au jugement de clôture :**

Le CNOCD n'a pas le droit de restituer les dossiers, soit aux patients, soit à des praticiens ou établissements choisis par les patients, avant la clôture de la procédure. Il appartiendra au jugement final de clôture de déterminer le sort des dossiers médicaux, en application et dans le respect de l'article L. 642-23 du code de commerce<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> "La destination des archives du débiteur soumis au secret professionnel est déterminée par le liquidateur en accord avec l'ordre professionnel ou l'autorité compétente dont il relève".

### **III. Sur la prise en charge des coûts de communication des dossiers :**

En vertu de l'ordonnance du 31 mars 2016, l'Ordre a la responsabilité de la conservation de ces dossiers médicaux et de la préservation du secret médical, dans les conditions des dispositions citées par le mandataire liquidateur dans sa requête et mentionnées par le juge commissaire, qui sont celles du CSP.

L'ordonnance n'implique pas, de façon nécessaire à elle seule, la prise en charge par l'Ordre des frais de communication. Le seul appui textuel est le renvoi dans l'ordonnance aux dispositions mentionnées dans la saisine, qui sont celles relatives à la conservation des dossiers médicaux par les établissements. Ceux-ci supportent le coût du traitement d'une demande de communication, hors des frais restants à la charge du patient, mais cela ne résulte pas directement de ces dispositions. Il convient donc de voir dans quelle mesure la même règle serait applicable à l'Ordre.

Il est certain que, l'article L. 1111-7 du CSP prévoyant l'accès du patient au dossier, l'Ordre a nécessairement la responsabilité de l'accès des patients aux dossiers dont celui-ci est chargé de la conservation, dans les conditions prévues par la loi. La responsabilité de la conservation des dossiers semble en effet indissociable de la responsabilité de l'effectivité du droit d'accès des patients à leur dossier.

Si les relations, dérogatoires et exceptionnelles, entre l'Ordre et un hébergeur, en vue d'assurer la conservation des dossiers ne sont pas prévues dans le CSP, en revanche, tel n'est pas le cas du droit d'accès qui s'exerce auprès de la personne morale ayant la responsabilité de la conservation des dossiers.

**Le CNOCD a la responsabilité du traitement des demandes de dossier, par l'ordonnance du 31 mars.**

Or, en vertu de l'article L. 1111-7 du CSP, le coût du traitement de la demande de communication, hors coût de la reproduction et de l'envoi ne peuvent être à la charge du patient.

**En aucun cas, les coûts de traitement des demandes de communication des dossiers ne peuvent être mis à la charge des patients.**

Il pourrait donc être considéré que, dès lors que la conservation et la préservation du secret médical implique implicitement mais nécessairement que l'Ordre instruisse les demandes de communication des dossiers qui lui sont remis, il reste tenu au paiement des frais y afférents excédant ceux qui sont à la charge du patient.

Dès lors toutefois que la rédaction de l'ordonnance ne se prononce pas sur la charge du traitement des demandes de communication, il faut être conscient qu'il s'agit d'une interprétation de l'ordonnance, susceptible de se voir opposer trois objections au moins.

La première tient au caractère implicite de ce lien entre conservation et communication, nécessairement insatisfaisant. La deuxième tient au fait que le juge ne peut statuer ultra petita, de sorte qu'il ne pouvait imposer d'obligation financière excédant le coût de la conservation qui seule figurait dans la requête du mandataire judiciaire.

Enfin, contrairement à la simple conservation des dossiers expressément mentionnée dans l'ordonnance, le traitement des demandes qui ne sont que le droit du patient à accéder à son dossier font participer le CNOCD à une mission qui ne ressortit pas de ses missions telles qu'elles sont fixées à l'article L. 4122-1 du code de la santé publique.

**Il peut être soutenu que l'ordonnance du 31 mars 2016 a pour effet de mettre à la charge de l'Ordre le coût de traitement des demandes de communication de dossiers, mais ce ne peut être affirmé sans risque de contestation.**

Ce coût est en tout état de cause une dette de Dentexia et il n'est pas exclu que cette charge financière pourrait relever de l'assureur de Dentexia (à voir selon les termes du contrat).

Il pourrait également être discuté si le traitement par le CNOCD, chargé au moins temporairement de la conservation des dossiers, relève d'une mission de service public, qui devrait par suite être couverte par une indemnisation de l'Etat pour une collaboration de l'Ordre à cette mission de service public.

Une personne privée doit également être regardée, dans le silence de la loi, comme assurant une *mission de service public* lorsque, eu égard à l'intérêt général de son activité, aux conditions de sa création, de son organisation ou de son fonctionnement, aux obligations qui lui sont imposées ainsi qu'aux mesures prises pour vérifier que les objectifs qui lui sont assignés sont atteints, il apparaît que l'administration a entendu lui confier une telle mission (CE, 22 février 2007, *Association du personnel relevant des établissements pour inadaptés*).

En l'espèce, le traitement par le CNOCD des demandes de communication, qui par ailleurs est réalisé, dans d'autres circonstances, par des personnes privées, procède de la loi, et il n'y a pas de contrôle ou d'obligations mises à la charge par la puissance publique qui témoignerait de ce qu'il participerait dans ce cadre à une mission de service public, au sens de la jurisprudence. Il paraît donc difficile de qualifier la mission qu'il assumerait, en elle-même, de mission de service public.

En revanche, il existe des précédents où l'Etat a dû prendre la charge de missions assumées dans l'intérêt général quand celui qui les a réalisées n'a pu obtenir de remboursement de ses frais de la part du débiteur normal. Appliqué au traitement par le CNOCD des demandes de communication de dossiers médicaux adressées par les patients Dentexia, ce raisonnement conduirait à ce que la charge des coûts excédant ceux qui doivent être payés par les patients revienne à l'Etat, à titre subsidiaire, si l'Ordre ne peut en être dédommagé dans le cadre de la liquidation ou par les assureurs de Dentexia.

Le Conseil d'Etat a ainsi reconnu que « dans le cas où (la) partie (qui supporte les dépens) est insolvable, l'expert subit, pour avoir participé au fonctionnement du service public de la justice administrative, un préjudice qui résulte de l'impossibilité où il se trouve d'obtenir le paiement de ses honoraires ». En conséquence, « l'Etat, responsable du fonctionnement du service public de la justice administrative, doit se substituer au débiteur principal des dépens pour le paiement de ces honoraires et supporter à titre subsidiaire la charge de l'insolvabilité de ce débiteur » (CE 26 février 1971, *Aragon, Lebon* p. 172). On peut également se référer à l'arrêt par lequel la cour administrative d'appel de Marseille a transposé ce raisonnement à une société qui avait procédé au renflouement d'une épave afin d'éviter un risque de pollution. Si cette prestation de service doit, en principe, être rémunérée par le propriétaire du navire, l'impossibilité d'obtenir le paiement de la créance doit - selon les termes de la cour - « conduire l'autorité administrative à se substituer au débiteur principal des sommes dues et supporter à titre subsidiaire la charge de l'insolvabilité de ce débiteur » (CAA Marseille 28 décembre 2000, *Commune de Calvi*, n° 97MA01570 ; AJDA 2001, p. 989, note L. Marcovici).

Si un tel raisonnement était suivi, on notera qu'il pourrait s'appliquer non seulement aux frais de traitement des demandes de communication, mais aussi aux frais de la conservation proprement dite. En outre, s'il s'agit de dédommager l'Ordre de dépenses subies au titre de l'ordonnance et donc d'une fonction assimilable à celle de collaborateur du service public de la justice, la question du budget débiteur au sein de celui de l'Etat (ministère de la justice ou de la santé) pourrait se poser – on peut anticiper que sont règlement interministériel ne sera pas simple.

**Il ne peut être définitivement exclu que si la communication aux patients Dentexia de leur dossier, dans les circonstances particulières de l'espèce, devait être envisagée comme relevant**

**d'une mission de service public, les coûts de traitement des demandes de communication qui participent de ce droit d'accès relèvent in fine de l'Etat si l'Ordre ne peut en obtenir le financement par l'actif de Dentexia ou ses assureurs.**

#### **IV. Conclusion :**

**Il pourrait être soutenu, sous les réserves précédentes, que l'ordonnance du 31 mars implique nécessairement le traitement des demandes de données, dès lors que la loi lie de façon indissociable responsabilité de la conservation et de la communication du dossier médical (article L. 1111-7 du CSP). Dans l'hypothèse, toutefois, où l'Ordre ne pourrait obtenir aucun dédommagement des frais supportés à ce titre dans le cadre de la liquidation ou des assureurs, on ne peut exclure qu'une demande d'indemnisation par l'Etat ne soit fondée.**

**PIECE JOINTE N°14 :**  
**DEPECHE DE LA CHANCELLERIE- DIRECTION**  
**DES AFFAIRES CRIMINELLES ET DES GRACES EN**  
**DATE DU 14 JUIN 2016**





DIRECTION  
DES AFFAIRES CRIMINELLES ET DES GRÂCES  
SOUS-DIRECTION DE LA JUSTICE PÉNALE SPÉCIALISÉE  
Bureau du droit économique, financier et social, de l'environnement et de la santé publique

14 JUIN 2016

POUR ATTRIBUTION

Mesdames et Messieurs les procureurs généraux près les cours d'appel  
Monsieur le procureur de la République près le tribunal supérieur d'appel  
Mesdames et Messieurs les procureurs de la République  
près les tribunaux de grande instance  
Madame la procureure de la République financier  
près le tribunal de grande instance de Paris

POUR INFORMATION

Mesdames et Messieurs les premiers présidents des cours d'appel  
Monsieur le président du tribunal supérieur d'appel  
Mesdames et Messieurs les présidents des tribunaux de grande instance  
Monsieur le membre national d'Eurojust pour la France

OBJET : regroupement des procédures pénales relatives aux centres dentaires Dentexia

N/REF : 2016/F/0058/FF1

Plusieurs parquets ont récemment appelé l'attention de la Direction des affaires criminelles et des grâces sur les difficultés de traitement judiciaire des nombreuses procédures mettant en cause l'association Dentexia spécialisée dans les soins dentaires à bas coûts.

Les principes et les modalités de fonctionnement singuliers de cette association, qui disposait jusqu'à sa liquidation récente de centres de soins installés dans plusieurs régions françaises, font désormais l'objet de multiples plaintes et dénonciations à l'autorité judiciaire de patients, d'autorités administratives et d'organisations professionnelles<sup>1</sup>.

DACG

13, place Vendôme  
75042 Paris Cedex 01  
Téléphone : 01 44 77 60 60

<sup>1</sup> Association ayant son siège à Aix-en-Provence qui a fait l'objet d'un jugement de liquidation judiciaire du tribunal de commerce d'Aix-en-Provence le 04 mars 2016

La multiplicité des parquets déjà saisis ou susceptibles de l'être, les dimensions tant économique et financière que sanitaire des faits dénoncés, la volumétrie des plaintes d'ores et déjà enregistrées par les parquets constituent une complexité juridique et judiciaire qui justifie un regroupement des procédures au sein d'une juridiction spécialisée.

Le parquet de Paris a apporté une réponse à cette nécessité en souhaitant se saisir de l'ensemble des faits qui s'inscrivent dans le fonctionnement de l'association Dentexia.

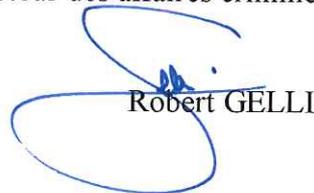
Ainsi, conformément à la circulaire du 31 janvier 2014 de présentation et d'application de la loi n°2013-669 du 25 juillet 2013 relative aux attributions du garde des sceaux et des magistrats du ministère public en matière de politique pénale et de mise en œuvre de l'action publique, il paraît utile d'envisager un regroupement de ces procédures au sein de la juridiction spécialisée en matière de santé publique de Paris dans l'intérêt d'une bonne administration de la justice.

Dans cette perspective, et afin d'optimiser les conditions de dessaisissement au profit du parquet de Paris, il conviendra avant toute décision de transmission que le magistrat désigné pour suivre ces procédures prenne l'attache du parquet du pôle de santé publique de Paris par courriel adressé à [sec.s1.pr.tgi-paris@justice.fr](mailto:sec.s1.pr.tgi-paris@justice.fr) qui appréciera l'opportunité de se saisir des faits portés à sa connaissance.

Par ailleurs, vous veillerez, dans la mesure du possible, à ce que chaque transmission soit accompagnée, d'une part, de l'audition du plaignant réalisée conformément à la trame élaborée par le parquet de Paris, et d'autre part, d'un tableau et d'une fiche synoptiques dûment renseignés des procédures transmises (cf. annexes I, II et III).

Je vous saurai gré de m'informer sous le timbre du bureau du droit économique, financier et social, de l'environnement et de la santé publique, de toute difficulté rencontrée lors de la mise en œuvre de la présente dépêche.

Le directeur des affaires criminelles et des grâces,



Robert GELLI

**PIECE JOINTE N°15 : CODE DE  
DEONTOLOGIE DENTAIRE**



# Code de déontologie dentaire

## Titre 1e : Devoirs généraux des chirurgiens-dentistes

### Article R4127-201

Les dispositions du présent code de déontologie s'imposent à tout chirurgien-dentiste inscrit au tableau de l'ordre, à tout chirurgien-dentiste exécutant un acte professionnel dans les conditions prévues à l'article L. 4112-7 ou par une convention internationale, quelle que soit la forme d'exercice de la profession. Elles s'appliquent également aux étudiants en chirurgie dentaire mentionnés à l'article L. 4141-4. Les infractions à ces dispositions relèvent de la juridiction disciplinaire de l'ordre.

### Article R4127-202

Le chirurgien-dentiste, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine.

Il est de son devoir de prêter son concours aux actions entreprises par les autorités compétentes en vue de la protection de la santé.

### Article R4127-203

Tout chirurgien-dentiste doit s'abstenir, même en dehors de l'exercice de sa profession, de tout acte de nature à déconsidérer celle-ci.

Il est interdit au chirurgien-dentiste d'exercer en même temps que l'art dentaire une autre activité incompatible avec sa dignité professionnelle.

### Article R4127-204

Le chirurgien-dentiste ne doit en aucun cas exercer sa profession dans des conditions susceptibles de compromettre la qualité des soins et des actes dispensés ainsi que la sécurité des patients. Il doit notamment prendre, et faire prendre par ses adjoints ou assistants, toutes dispositions propres à éviter la transmission de quelque pathologie que ce soit.

Sauf circonstances exceptionnelles, il ne doit pas effectuer des actes, donner des soins ou formuler des prescriptions dans les domaines qui dépassent sa compétence professionnelle ou les possibilités matérielles dont il dispose.

### Article R4127-205

Hors le seul cas de force majeure, tout chirurgien-dentiste doit porter secours d'extrême urgence à un patient en danger immédiat si d'autres soins ne peuvent lui être assurés.

### Article R4127-206

Le secret professionnel s'impose à tout chirurgien-dentiste, sauf dérogations prévues par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du chirurgien-dentiste dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.

### Article R4127-207

Le chirurgien-dentiste doit veiller à ce que les personnes qui l'assistent dans son travail soient instruites de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment.

### Article R4127-208

En vue de respecter le secret professionnel, tout chirurgien-dentiste doit veiller à la protection contre toute indiscretion des fiches cliniques, des documents et des supports informatiques qu'il peut détenir ou utiliser concernant des patients.

Lorsqu'il utilise ses observations médicales pour des publications scientifiques, il doit faire en sorte que l'identification des patients soit impossible.

### Article R4127-209

Le chirurgien-dentiste ne peut aliéner son indépendance professionnelle de quelque façon et sous quelque forme que ce soit.

### Article R4127-210

Les principes ci-après énoncés, traditionnels dans la pratique de l'art dentaire, s'imposent à tout chirurgien-dentiste, sauf dans les cas où leur observation serait incompatible avec une prescription législative ou réglementaire, ou serait de nature à compromettre le fonctionnement rationnel et le développement normal des services ou institutions de médecine sociale.

Ces principes sont :

- Libre choix du chirurgien-dentiste par le patient ;
- Liberté des prescriptions du chirurgien-dentiste ;
- Entente directe entre patient et chirurgien-dentiste en matière d'honoraires ;

- Paiement direct des honoraires par le patient au chirurgien-dentiste.

Lorsqu'il est dérogé à l'un de ces principes pour l'un des motifs mentionnés à l'alinéa premier du présent article, le praticien intéressé doit tenir à la disposition du conseil départemental et éventuellement du Conseil national de l'ordre tous documents de nature à établir que le service ou l'institution auprès duquel le praticien exerce entre dans l'une des catégories définies audit alinéa premier et qu'il n'est pas fait échec aux dispositions de l'article L. 4113-5.

#### Article R4127-211

Le chirurgien-dentiste doit soigner avec la même conscience tous ses patients, quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminées, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard.

#### Article R4127-212

Le chirurgien-dentiste ne doit pas abandonner ses patients en cas de danger public, si ce n'est sur ordre formel et donné par écrit des autorités qualifiées.

#### Article R4127-213

Il est interdit d'établir un rapport tendancieux ou de délivrer un certificat de complaisance.

#### Article R4127-214

Le chirurgien-dentiste a le devoir d'entretenir et de perfectionner ses connaissances, notamment en participant à des actions de formation continue.

#### Article R4127-215

La profession dentaire ne doit pas être pratiquée comme un commerce.

Sont notamment interdits :

1. L'exercice de la profession dans un local auquel l'aménagement ou la signalisation donne une apparence commerciale ;
2. Toute installation dans un ensemble immobilier à caractère exclusivement commercial ;
3. Tous procédés directs ou indirects de publicité ;
4. Les manifestations spectaculaires touchant à l'art dentaire et n'ayant pas exclusivement un but scientifique ou éducatif.

#### Article R4127-216

Les seules indications que le chirurgien-dentiste est autorisé à mentionner sur ses imprimés professionnels, notamment ses feuilles d'ordonnances, notes d'honoraires et cartes professionnelles, sont :

1. Ses nom, prénoms, adresses postale et électronique, numéros de téléphone et de télécopie, jours et heures de consultation et ses numéros de comptes bancaires ;
5. Sa qualité et sa spécialité ;
6. Les diplômes, titres et fonctions reconnus par le Conseil national de l'ordre ;
7. Les distinctions honorifiques reconnues par la République française ;
8. La mention de l'adhésion à une association agréée prévue à l'article 64 de la loi de finances pour 1977 n° 76-1232 du 29 décembre 1976 ;
9. Sa situation vis-à-vis des organismes d'assurance maladie obligatoires ;
10. S'il exerce en société civile professionnelle ou en société d'exercice libéral, les noms des chirurgiens-dentistes associés et, en ce qui concerne les sociétés d'exercice libéral, les mentions prévues à l'article R. 4113-2 et le numéro d'inscription au registre du commerce et des sociétés.

#### Article R4127-217

Les seules indications qu'un chirurgien-dentiste est autorisé à faire figurer dans un annuaire sont :

1. Ses nom, prénoms, adresses postale et électronique, numéros de téléphone et de télécopie, jours et heures de consultation ;
2. Sa spécialité.

Les sociétés d'exercice de la profession peuvent figurer dans les annuaires dans les mêmes conditions que ci-dessus.

#### Article R4127-218

Les seules indications qu'un chirurgien-dentiste est autorisé à faire figurer sur une plaque professionnelle à la porte de son immeuble ou de son cabinet sont ses nom, prénoms, sa qualité, sa spécialité et les diplômes, titres ou fonctions reconnus par le Conseil national de l'ordre. Il peut y ajouter l'origine de son diplôme, les jours et heures de consultation ainsi que l'étage et le numéro de téléphone. Les praticiens qui ne sont pas titulaires du diplôme d'Etat français doivent ajouter les mentions d'origine

prévues par l'article L. 4111-5.

Ces indications doivent être présentées avec discrétion, conformément aux usages de la profession.

#### Article R4127-219

Les communiqués concernant l'installation ou la cessation d'activité du praticien, l'ouverture, la fermeture ou le transfert de cabinets ainsi que, dans le cadre d'un exercice en société, l'intégration ou le retrait d'un associé sont soumis à l'agrément préalable du conseil départemental de l'ordre, qui vérifie leur rédaction et leur présentation et fixe le nombre maximal de parutions auquel un communiqué peut donner lieu.

#### Article R4127-220

Sont interdits l'usurpation de titres, l'usage de titres non autorisés par le conseil national ainsi que tous les procédés destinés à tromper le public sur la valeur de ces titres, notamment par l'emploi d'abréviations non autorisées.

#### Article R4127-221

Sont interdits :

1. Tout acte de nature à procurer à un patient un avantage matériel injustifié ou illicite ;
2. Toute ristourne en argent ou en nature faite à un patient ;
3. Tout versement, acceptation ou partage de sommes d'argent entre des praticiens ou entre des praticiens et d'autres personnes sous réserve des dispositions propres aux sociétés d'exercice en commun de la profession ;
4. Toute commission à quelque personne que ce soit.

#### Article R4127-222

Est interdite toute facilité accordée à quiconque se livre à l'exercice illégal de la médecine et de l'art dentaire.

#### Article R4127-223

Il est interdit au chirurgien-dentiste de donner des consultations même à titre gratuit dans tous locaux commerciaux ou artisanaux où sont exposés ou mis en vente des médicaments, produits ou appareils qui peuvent être prescrits ou délivrés par un chirurgien-dentiste ou par un médecin ainsi que dans les dépendances desdits locaux.

#### Article R4127-224

Tout compérage entre chirurgien-dentiste et médecin, pharmacien, auxiliaires médicaux ou toutes autres personnes, même étrangères à la médecine, est interdit.

#### Article R4127-225

Le chirurgien-dentiste doit éviter dans ses écrits, propos ou conférences toute atteinte à l'honneur de la profession ou de ses membres. Sont également interdites toute publicité, toute réclame personnelle ou intéressant un tiers ou une firme quelconque.

Tout chirurgien-dentiste se servant d'un pseudonyme pour des activités se rattachant à sa profession est tenu d'en faire la déclaration au conseil départemental de l'ordre.

#### Article R4127-226

Divulguer prématurément dans le public médical et dentaire en vue d'une application immédiate un procédé de diagnostic ou de traitement nouveau insuffisamment éprouvé constitue de la part du praticien une imprudence répréhensible s'il n'a pas pris le soin de mettre ce public en garde contre les dangers éventuels du procédé.

Divulguer ce même procédé dans le grand public quand sa valeur et son innocuité ne sont pas démontrées constitue une faute.

Tromper la bonne foi des praticiens ou de leurs patients en leur présentant comme salubre et sans danger un procédé insuffisamment éprouvé est une faute grave.

#### Article R4127-227

Il est interdit au chirurgien-dentiste d'exercer tout autre métier ou profession susceptible de lui permettre d'accroître ses revenus par ses prescriptions ou ses conseils d'ordre professionnel.

#### Article R4127-228

Il est interdit au chirurgien-dentiste qui remplit un mandat électif ou une fonction administrative d'en user pour accroître sa clientèle.

#### Article R4127-229

L'exercice de l'art dentaire comporte normalement l'établissement par le chirurgien-dentiste, conformément aux constatations qu'il est en mesure de faire dans l'exercice de son art, des certificats, attestations ou documents dont la production est prescrite par la réglementation en vigueur.

Tout certificat, attestation ou document délivré par le chirurgien-dentiste doit comporter sa signature manuscrite.

#### Article R4127-230

Les prescriptions, certificats et attestations sont rédigés par le chirurgien-dentiste en langue française ; une traduction dans la langue du patient peut être remise à celui-ci.

#### Article R4127-231

Il est du devoir du chirurgien-dentiste de prendre toutes précautions nécessaires pour éviter que des personnes non autorisées puissent avoir accès aux médicaments et produits qu'il est appelé à utiliser dans l'exercice de son art.

### Titre 2 : Devoirs des chirurgiens-dentistes envers les malades

#### Article R4127-232

Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, le chirurgien-dentiste a toujours le droit de refuser ses soins pour des raisons personnelles ou professionnelles, à condition :

1. De ne jamais nuire de ce fait à son patient ;
2. De s'assurer de la continuité des soins et de fournir à cet effet tous renseignements utiles.

Le chirurgien-dentiste ne peut exercer ce droit que dans le respect de la règle énoncée à l'article R. 4127-211.

#### Article R4127-233

Le chirurgien-dentiste qui a accepté de donner des soins à un patient s'oblige :

1. A lui assurer des soins éclairés et conformes aux données acquises de la science, soit personnellement, soit lorsque sa conscience le lui commande en faisant appel à un autre chirurgien-dentiste ou à un médecin ;
3. A agir toujours avec correction et aménité envers le patient et à se montrer compatissant envers lui ;
4. A se prêter à une tentative de conciliation qui lui serait demandée par le président du conseil départemental en cas de difficultés avec un patient.

#### Article R4127-234

Le chirurgien-dentiste doit mettre son patient en mesure d'obtenir les avantages sociaux auxquels son état lui donne droit, sans céder à aucune demande abusive.

#### Article R4127-235

Lorsqu'un chirurgien-dentiste discerne, dans le cadre de son exercice, qu'un mineur paraît être victime de sévices ou de privations, il doit, en faisant preuve de prudence et de circonspection, mettre en oeuvre les moyens les plus adéquats pour le protéger et, le cas échéant, alerter les autorités compétentes s'il s'agit d'un mineur de quinze ans, conformément aux dispositions du code pénal relatives au secret professionnel.

#### Article R4127-236

Le consentement de la personne examinée ou soignée est recherché dans tous les cas, dans les conditions définies aux articles L. 1111-2 et suivants.

Lorsque le patient, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le chirurgien-dentiste doit respecter ce refus après l'avoir informé de ses conséquences.

Lorsqu'il est impossible de recueillir en temps utile le consentement du représentant légal d'un mineur ou d'un majeur légalement protégé, le chirurgien-dentiste doit néanmoins, en cas d'urgence, donner les soins qu'il estime nécessaires.

#### Article R4127-237

Sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5 et hors les cas prévus à l'article R. 4127-236, le chirurgien-dentiste attaché à un établissement comportant le régime de l'internat doit, en présence d'une affection grave, faire avertir le représentant légal du patient et accepter ou provoquer, s'il le juge utile, la consultation du praticien désigné par le patient ou son représentant légal.

#### Article R4127-238

Le chirurgien-dentiste est libre de ses prescriptions, qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Il doit limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité et à l'efficacité des soins.

#### Article R4127-239

Sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-7 et pour des raisons légitimes que le chirurgien-dentiste apprécie en conscience, un patient peut être laissé dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave. Un pronostic fatal ne doit être révélé au patient qu'avec la plus grande circonspection mais les proches doivent généralement en être prévenus, à moins que le patient n'ait préalablement interdit cette révélation ou désigné le ou les tiers auxquels elle doit être faite.

#### Article R4127-240

Le chirurgien-dentiste doit toujours déterminer le montant de ses honoraires avec tact et mesure.

Les éléments d'appréciation sont, indépendamment de l'importance et de la difficulté des soins, la situation matérielle du patient, la notoriété du praticien et les circonstances particulières.

Le chirurgien-dentiste est libre de donner gratuitement ses soins. Mais il lui est interdit d'abaisser ses honoraires dans un but de détournement de la clientèle.

Le chirurgien-dentiste n'est jamais en droit de refuser à son patient des explications sur le montant de ses honoraires.

Il ne peut solliciter un acompte que lorsque l'importance des soins le justifie et en se conformant aux usages de la profession. Il ne peut refuser d'établir un reçu pour tout versement d'acompte.

Aucun mode particulier de règlement ne peut être imposé aux patients.

Lorsque le chirurgien-dentiste est conduit à proposer un traitement d'un coût élevé, il établit au préalable un devis écrit qu'il remet à son patient.

#### Article R4127-241

La consultation entre le chirurgien-dentiste traitant et un médecin ou un autre chirurgien-dentiste justifie des honoraires distincts.

#### Article R4127-242

La présence du chirurgien-dentiste traitant à une opération chirurgicale lui donne droit à des honoraires distincts mais au cas seulement où cette présence a été demandée ou acceptée par le patient ou sa famille.

#### Article R4127-243

Tout partage d'honoraires, entre chirurgiens-dentistes et praticiens à quelque discipline médicale qu'ils appartiennent est formellement interdit.

Chaque praticien doit demander ses honoraires personnels.

L'acceptation, la sollicitation ou l'offre d'un partage d'honoraires, même non suivi d'effet, constitue une faute professionnelle grave.

La distribution des dividendes entre les membres d'une société d'exercice ne constitue pas un partage d'honoraires prohibé.

#### Article R4127-244

Le choix des assistants, aides opératoires ou anesthésistes ne peut être imposé au chirurgien-dentiste traitant.

Chacun des médecins ou chirurgiens-dentistes intervenant à ce titre doit présenter directement sa note d'honoraires.

### Titre 3 : Devoirs des chirurgiens-dentistes en matière de médecine sociale

#### Article R4127-245

Il est du devoir de tout chirurgien-dentiste de prêter son concours aux mesures prises en vue d'assurer la permanence des soins et la protection de la santé. Sa participation au service de garde est obligatoire. Toutefois, des exemptions peuvent être accordées par le conseil départemental de l'ordre, compte tenu de l'âge, de l'état de santé et, éventuellement, de la spécialisation du praticien.

#### Article R4127-246

L'existence d'un tiers garant tel qu'assurance publique ou privée, assistance, ne doit pas conduire le chirurgien-dentiste à déroger aux prescriptions de l'article R. 4127-238.

#### Article R4127-247

L'exercice habituel de la profession dentaire, sous quelque forme que ce soit, au service d'une entreprise, d'une collectivité ou d'une institution de droit privé doit, dans tous les cas, faire l'objet d'un contrat écrit.

Tout projet de convention ou renouvellement de convention avec un des organismes prévus au paragraphe précédent en vue de l'exercice de la profession dentaire doit être préalablement soumis pour avis au conseil départemental intéressé. Celui-ci vérifie sa conformité avec les prescriptions du présent code de déontologie ainsi que, s'il en existe, avec les clauses obligatoires des contrats types établis par le Conseil national de l'ordre soit en accord avec les collectivités ou institutions intéressées, soit conformément à des dispositions législatives ou réglementaires. La copie de ces contrats ainsi que l'avis du conseil départemental doivent être envoyés au conseil national.

Le chirurgien-dentiste doit affirmer par écrit et sur l'honneur qu'il n'a passé aucune contre-lettre relative au contrat soumis à l'examen du conseil.

Il est du devoir du chirurgien-dentiste, avant tout engagement, de vérifier s'il existe un contrat type établi par le Conseil national de l'ordre dans les conditions précisées au deuxième alinéa du présent article et, dans ce cas, d'en faire connaître la teneur à l'entreprise, la collectivité ou l'institution avec laquelle il se propose de passer contrat pour l'exercice de sa profession.

Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux chirurgiens-dentistes placés sous le régime d'un statut arrêté par l'autorité publique.

#### Article R4127-248

Les chirurgiens-dentistes sont tenus de communiquer au Conseil national de l'ordre par l'intermédiaire du conseil départemental les contrats intervenus entre eux et une administration publique ou une collectivité administrative. Les observations que le conseil national aurait à formuler sont adressées par lui au ministre dont dépend l'administration intéressée.

#### Article R4127-249

En cas d'exercice salarié, la rémunération du chirurgien-dentiste ne peut être fondée sur des normes de productivité et de rendement qui seraient susceptibles de nuire à la qualité des soins et de porter atteinte à l'indépendance professionnelle du praticien. Le conseil de l'ordre veille à ce que les dispositions du contrat respectent les principes édictés par la loi et le présent code de déontologie.

#### Article R4127-250

Sauf cas d'urgence, et sous réserve des dispositions législatives ou réglementaires relatives aux services médicaux et sociaux du travail, tout chirurgien-dentiste qui pratique un service dentaire préventif pour le compte d'une collectivité n'a pas le droit d'y donner des soins curatifs. Il doit renvoyer la personne qu'il a reconnue malade au chirurgien-dentiste traitant ou, si le malade n'en a pas, lui laisser toute latitude d'en choisir un. Cette prescription s'applique également au chirurgien-dentiste qui assure une consultation publique de dépistage. Toutefois, il peut donner ses soins lorsqu'il s'agit :

2. De patients astreints au régime de l'internat dans un établissement auprès duquel il peut être accrédité comme chirurgien-dentiste ;
3. De patients dépendant d'oeuvres, d'établissements et d'institutions autorisés à cet effet, dans un intérêt public, par le ministre chargé de la santé après avis du Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes.

#### Article R4127-251

Il est interdit au chirurgien-dentiste qui, tout en exerçant sa profession, pratique l'art dentaire à titre préventif dans une collectivité ou fait une consultation publique de dépistage d'user de cette fonction pour augmenter sa clientèle particulière.

#### Article R4127-252

Sauf cas d'urgence, nul ne peut être à la fois chirurgien-dentiste chargé d'une mission de contrôle et chirurgien-dentiste traitant à l'égard d'un même patient.

Cette interdiction s'étend aux membres de la famille du patient vivant avec lui.

#### Article R4127-253

Le chirurgien-dentiste exerçant un contrôle ne doit pas s'immiscer dans le traitement.

Toutefois, si au cours d'un examen il se trouve en désaccord avec son confrère ou si un élément utile à la conduite du traitement a été porté à sa connaissance, il doit le lui signaler confidentiellement.

#### Article R4127-254

Le chirurgien-dentiste exerçant un contrôle doit faire connaître au malade soumis à son contrôle qu'il l'examine en tant que chirurgien-dentiste contrôleur.

Il doit être très circonspect dans ses propos et s'interdire toute appréciation auprès du malade.

#### Article R4127-255

Le chirurgien-dentiste chargé du contrôle est tenu au secret professionnel vis-à-vis de l'administration ou de l'organisme qui l'emploie.

Les conclusions qu'il lui fournit ne doivent être que d'ordre administratif sans indiquer les raisons d'ordre médical qui les motivent.

Les renseignements d'ordre médical contenus dans les dossiers établis par le praticien ne peuvent être communiqués ni aux personnes étrangères au service médical ni à une autre administration.

#### Article R4127-256

Nul ne peut être à la fois chirurgien-dentiste expert et chirurgien-dentiste traitant d'un même patient. Sauf accord des parties, le chirurgien-dentiste ne doit pas accepter une mission d'expertise dans laquelle sont en jeu les intérêts d'un de ses clients, d'un de ses amis, d'un de ses proches, d'un de ses associés, d'un groupement qui fait appel à ses services. Il en est de même lorsque ses propres intérêts sont en jeu.

#### Article R4127-257

Le chirurgien-dentiste expert doit, avant d'entreprendre toute opération d'expertise, informer de sa mission la personne qu'il doit examiner. Il doit s'abstenir, lors de l'examen, de tout commentaire.

#### Article R4127-258

Lorsqu'il est investi de sa mission, le chirurgien-dentiste expert doit se récuser s'il estime que les questions qui lui sont posées sont étrangères à l'art dentaire, sauf à provoquer la désignation d'un sappeur.

Dans la rédaction de son rapport, le chirurgien-dentiste expert ne doit révéler que les éléments de nature à fournir les réponses aux questions posées dans la décision qui l'a nommé.

Hors ces limites, le chirurgien-dentiste expert doit taire ce qu'il a pu apprendre à l'occasion de sa mission.

## **Titre 4 : Devoirs de confraternité**

### **Article R4127-259**

Les chirurgiens-dentistes doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité.

En cas de dissentiment d'ordre professionnel entre praticiens, les parties doivent se soumettre à une tentative de conciliation devant le président du conseil départemental de l'ordre.

### **Article R4127-260**

Il est interdit de s'attribuer abusivement, notamment dans une publication, le mérite d'une découverte scientifique.

### **Article R4127-261**

Les chirurgiens-dentistes se doivent toujours une assistance morale.

Il est interdit de calomnier un confrère, de médire de lui, ou de se faire l'écho de propos capables de lui nuire dans l'exercice de sa profession.

### **Article R4127-262**

Le détournement ou la tentative de détournement de clientèle est interdit.

### **Article R4127-263**

Dans tous les cas où ils sont appelés à témoigner en matière disciplinaire, les chirurgiens-dentistes sont, dans la mesure compatible avec le respect du secret professionnel, tenus de révéler tous les faits utiles à l'instruction parvenus à leur connaissance.

### **Article R4127-264**

Le chirurgien-dentiste peut accueillir dans son cabinet, même en dehors de toute urgence, tous les patients relevant de son art quel que soit leur chirurgien-dentiste traitant. Si le patient fait connaître son intention de changer de chirurgien-dentiste, celui-ci doit lui remettre les informations nécessaires pour assurer la continuité et la qualité des soins.

### **Article R4127-265**

Lorsqu'un patient fait appel, en l'absence de son chirurgien-dentiste traitant, à un second chirurgien-dentiste, celui-ci peut assurer les soins nécessaires pendant cette absence. Il doit donner à son confrère, dès le retour de celui-ci, et en accord avec le patient, toutes informations qu'il juge utiles.

### **Article R4127-266**

Le chirurgien-dentiste doit en principe accepter de rencontrer en consultation tout autre chirurgien-dentiste ou médecin quand cette consultation lui est demandée par le patient ou sa famille.

Lorsqu'une consultation est demandée par la famille ou le chirurgien-dentiste traitant, ce dernier peut indiquer le consultant qu'il préfère, mais il doit laisser la plus grande liberté à la famille et accepter le consultant qu'elle désire, en s'inspirant avant tout de l'intérêt de son patient.

Le chirurgien-dentiste traitant peut se retirer si on veut lui imposer un consultant qu'il refuse ; il ne doit à personne l'explication de son refus.

### **Article R4127-267**

Le chirurgien-dentiste traitant et le consultant ont le devoir d'éviter soigneusement, au cours et à la suite d'une consultation, de se nuire mutuellement dans l'esprit du patient ou de sa famille.

Le chirurgien-dentiste consultant ne doit pas, sauf à la demande expresse du patient, poursuivre les soins exigés par l'état de ce dernier lorsque ces soins sont de la compétence du chirurgien-dentiste traitant.

### **Article R4127-268**

En cas de divergence de vue importante et irréductible au cours d'une consultation, le chirurgien-dentiste traitant est en droit de décliner toute responsabilité et de refuser d'appliquer le traitement préconisé par le consultant.

Si ce traitement est accepté par le patient, le chirurgien-dentiste peut cesser ses soins.

## **Titre 5 : Exercice de la profession**

### **Article R4127-269**

Sous réserve de l'application des articles R. 4127-210, R. 4127-247, R. 4127-248 et R. 4127-276, tout chirurgien-dentiste doit, pour exercer à titre individuel ou en association de quelque type que ce soit, bénéficier, directement ou par l'intermédiaire d'une société d'exercice ou de moyens :

1. Du droit à la jouissance, en vertu de titres réguliers, d'un local professionnel, d'un mobilier meublant, d'un matériel technique suffisant pour recevoir et soigner les malades, et, en cas d'exécution des prothèses, d'un local distinct et d'un matériel appropriés ;
2. De la propriété des documents concernant tous renseignements personnels aux malades.

Dans tous les cas doivent être assurées la qualité des soins, leur confidentialité et la sécurité des patients.

L'installation des moyens techniques et l'élimination des déchets provenant de l'exercice de la profession doivent répondre aux règles en vigueur concernant l'hygiène.

Il appartient au conseil départemental de contrôler si les conditions exigées pour l'exercice de l'activité professionnelle, par les dispositions des alinéas précédents, sont remplies.

#### Article R4127-270

Le lieu habituel d'exercice d'un chirurgien-dentiste est celui de la résidence professionnelle au titre de laquelle il est inscrit au tableau du conseil départemental, conformément à l'article L. 4112-1.

Un chirurgien-dentiste exerçant à titre libéral peut exercer son activité professionnelle sur un ou plusieurs sites distincts de sa résidence professionnelle habituelle :

- lorsqu'il existe dans le secteur géographique considéré une carence ou une insuffisance de l'offre de soins préjudiciable aux besoins des patients ou à la permanence des soins ;
- ou lorsque les investigations et les soins qu'il entreprend nécessitent un environnement adapté, l'utilisation d'équipements particuliers, la mise en œuvre de techniques spécifiques ou la coordination de différents intervenants.

Le chirurgien-dentiste prend toutes dispositions pour que soient assurées sur tous ces sites d'exercice la réponse aux urgences, la qualité, la sécurité et la continuité des soins.

La demande d'ouverture d'un lieu d'exercice distinct est adressée au conseil départemental dans le ressort duquel se situe l'activité envisagée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. Elle est accompagnée de toutes les informations utiles sur les conditions d'exercice.

Si ces informations sont insuffisantes, le conseil départemental demande des précisions complémentaires. Le conseil départemental au tableau duquel le chirurgien-dentiste est inscrit est informé de la demande lorsque celle-ci concerne un site situé dans un autre département.

L'autorisation est délivrée par le conseil départemental dans un délai de trois mois à compter de la date de réception du dossier de demande d'autorisation complet ou, sur recours, par le conseil national, qui statue dans les mêmes conditions. L'autorisation est personnelle et incessible.

Il peut y être mis fin si la condition fixée au troisième alinéa n'est plus remplie. Les recours contentieux contre les décisions de refus ou d'abrogation d'autorisation ne sont recevables qu'à la condition d'avoir été précédés d'un recours administratif devant le Conseil national de l'ordre.

#### Article R4127-271

Toute activité professionnelle d'un praticien qui, en sus de son activité principale, exerce à titre complémentaire soit comme adjoint d'un confrère, soit au service d'une collectivité publique ou privée, notamment dans les services hospitaliers ou hospitalo-universitaires, soit comme gérant, est considérée comme un exercice annexe.

Pour l'application du présent code de déontologie, l'exercice en cabinet secondaire est considéré comme un exercice annexe.

#### Article R4127-272

Lorsqu'il exerce à titre libéral, le chirurgien-dentiste ne peut avoir que deux exercices, quelle qu'en soit la forme.

Toutefois, le Conseil national de l'ordre peut accorder, après avis des conseils départementaux concernés, des dérogations dans des cas exceptionnels. Le remplacement n'est pas considéré comme un autre exercice au sens des présentes dispositions.

Les dispositions du présent article ne font pas obstacle à l'application des dispositions propres aux sociétés d'exercice de la profession, et notamment de celles des articles R. 4113-24 et R. 4113-74.

#### Article R4127-273

Il est interdit à un chirurgien-dentiste de donner en gérance ou d'accepter la gérance d'un cabinet dentaire, sauf autorisation accordée dans des cas exceptionnels par le Conseil national de l'ordre après avis du conseil départemental intéressé.

#### Article R4127-274

L'exercice habituel de l'art dentaire hors d'une installation professionnelle fixe conforme aux dispositions définies par le présent code de déontologie est interdit.

Toutefois, des dérogations peuvent être accordées dans l'intérêt de la santé publique par les conseils départementaux, notamment pour répondre à des actions de prévention, à des besoins d'urgence, ou encore à des besoins permanents de soins à domicile.

Les conseils départementaux, en liaison avec les autorités compétentes, vérifient la conformité de ces interventions avec les principes généraux du présent code de déontologie.

#### Article R4127-275

Un chirurgien-dentiste qui cesse momentanément tout exercice professionnel ne peut se faire remplacer que par un praticien inscrit au tableau de l'ordre ou un étudiant en chirurgie dentaire remplissant les conditions prévues par l'article L. 4141-4. Le président du conseil départemental doit être immédiatement informé.

Tout remplacement effectué par un praticien ou un étudiant en chirurgie dentaire doit faire l'objet d'un contrat écrit conforme à un contrat type établi par le Conseil national de l'ordre.

A l'expiration du remplacement, tous les éléments utiles à la continuité des soins doivent être transmis au titulaire.

#### Article R4127-276

Le chirurgien-dentiste doit exercer personnellement sa profession dans son cabinet principal et, le cas échéant, sur tous les sites d'exercice autorisés en application des dispositions de l'article R. 4127-270.

Le chirurgien-dentiste qui exerce à titre individuel peut s'attacher le concours soit d'un seul étudiant dans les conditions prévues à l'article L. 4141-4, soit d'un seul chirurgien-dentiste collaborateur.

La collaboration peut être salariée ou libérale dans les conditions prévues par l'article 18 de la loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises. Les sociétés d'exercice, inscrites au tableau de l'ordre, peuvent s'attacher le concours d'un praticien ou d'un étudiant dans les mêmes conditions.

#### Article R4127-276-1

Le chirurgien-dentiste ou la société d'exercice peut, sur autorisation, s'attacher le concours d'autres collaborateurs, salariés ou libéraux, ou étudiants adjoints.

Cette autorisation est donnée par le conseil départemental au tableau duquel le titulaire du cabinet ou la société est inscrit :

1. Lorsque les besoins de la santé publique l'exigent, pour une durée de trois ans ;
2. En cas d'afflux exceptionnel de population, pour une durée de trois mois ;
3. Lorsque l'état de santé du titulaire ou d'un associé exerçant le justifie, pour une durée de trois mois.

Si le titulaire du cabinet ou la société souhaite s'attacher le concours de plus de deux praticiens ou étudiants adjoints, l'autorisation est donnée par le Conseil national de l'ordre, après avis du conseil départemental, dans les conditions et pour les durées prévues précédemment.

Pour tout autre motif, l'autorisation est également donnée par le Conseil national de l'ordre, après avis du conseil départemental au tableau duquel le titulaire du cabinet ou la société est inscrit, pour une durée qu'il détermine compte tenu des situations particulières. L'autorisation est donnée à titre personnel au titulaire du cabinet ou à la société. Elle est renouvelable.

Le silence gardé par le conseil départemental ou par le conseil national à l'expiration d'un délai de deux mois à compter de la date de réception de la demande d'autorisation ou de renouvellement vaut autorisation implicite.

#### Article R4127-277

Le chirurgien-dentiste ou l'étudiant en chirurgie dentaire qui a été remplaçant ou adjoint d'un chirurgien-dentiste pour une durée supérieure à trois mois consécutifs ne doit pas exercer avant l'expiration d'un délai de deux ans dans un poste où il puisse entrer en concurrence avec ce chirurgien-dentiste, sous réserve d'accord entre les parties contractantes ou, à défaut, d'autorisation du conseil départemental de l'ordre donnée en fonction des besoins de la santé publique.

Toute clause qui aurait pour objet d'imposer une telle interdiction lorsque le remplacement ou l'assistantat est inférieur à trois mois serait contraire à la déontologie.

#### Article R4127-278

Le chirurgien-dentiste ou toute société d'exercice en commun, quelle que soit sa forme, ne doit pas s'installer dans l'immeuble où exerce un confrère sans l'agrément de celui-ci ou, à défaut, sans l'autorisation du conseil départemental de l'ordre.

Il est interdit de s'installer à titre professionnel dans un local ou immeuble quitté par un confrère pendant les deux ans qui suivent son départ, sauf accord intervenu entre les deux praticiens intéressés ou, à défaut, autorisation du conseil départemental de l'ordre.

Les décisions du conseil départemental de l'ordre ne peuvent être motivées que par les besoins de la santé publique. Le silence gardé par le conseil départemental vaut autorisation tacite à l'expiration d'un délai de deux mois à compter de la date de réception de la demande.

#### Article R4127-279

Il ne peut y avoir d'exercice conjoint de la profession sans contrat écrit soumis au conseil départemental de l'ordre et qui respecte l'indépendance professionnelle de chaque chirurgien-dentiste.

Les contrats ou avenants doivent être communiqués, conformément aux articles L. 4113-9 à L. 4113-12, au conseil départemental de l'ordre, qui vérifie leur conformité avec les principes du présent code de déontologie ainsi que, s'il en existe, avec les clauses des contrats types établis par le Conseil national de l'ordre.

Toute convention ou contrat de société ou avenant ayant un objet professionnel conclu entre un ou plusieurs chirurgiens-dentistes, d'une part, et un ou plusieurs membres d'autres professions de santé, d'autre part, doit être communiqué au conseil départemental de l'ordre des chirurgiens-dentistes. Celui-ci le transmet avec son avis au conseil national, qui examine si le contrat est compatible avec les lois en vigueur et avec le code de déontologie, notamment avec l'indépendance des chirurgiens-dentistes.

Les projets de convention, de contrat ou d'avenant établis en vue de l'application du présent article sont communiqués au conseil départemental de l'ordre, qui doit faire connaître ses observations dans le délai d'un mois.

Le chirurgien-dentiste doit signer et remettre au conseil départemental une déclaration aux termes de laquelle il affirme sur l'honneur qu'il n'a passé aucune contre-lettre relative au contrat soumis à l'examen du conseil.

#### Article R4127-280

Le chirurgien-dentiste ou la société d'exercice qui cesse toute activité est tenu d'en avvertir le conseil départemental. Celui-ci donne acte de sa décision et en informe le conseil national.

Le chirurgien-dentiste ou la société est retiré du tableau sauf demande expresse d'y être maintenu.

Le chirurgien-dentiste ou la société d'exercice qui modifie ses conditions d'exercice est tenu d'en avvertir le conseil départemental. Celui-ci prend acte de ces modifications et en informe le conseil national.

#### Article R4127-281

En cas de décès, à la demande des héritiers, le Conseil national de l'ordre peut autoriser un praticien à assurer le fonctionnement du cabinet dentaire, pour une durée qu'il détermine compte tenu des situations particulières.

Les dispositions prévues à l'article R. 4127-277 seront applicables.

### Titre 6 : Devoirs des chirurgiens-dentistes envers les membres des professions de santé

#### Article R4127-282

Les chirurgiens-dentistes, dans leurs rapports professionnels avec les membres des autres professions médicales ou paramédicales, doivent respecter l'indépendance de ces derniers.

#### Sous-section 7 : Dispositions diverses

#### Article R4127-283

Toute décision prise par l'ordre des chirurgiens-dentistes en application du présent code de déontologie doit être motivée.

Les décisions prises par les conseils départementaux peuvent être réformées ou annulées par le conseil national soit d'office, soit à la demande des intéressés. Cette demande doit être présentée devant le conseil national dans le délai de deux mois à compter de la date de notification de la décision. Cette notification doit reproduire les termes du présent article.

#### Article R4127-284

Tout chirurgien-dentiste, lors de son inscription au tableau, doit affirmer devant le conseil départemental de l'ordre qu'il a pris connaissance du présent code de déontologie.

Il doit informer le conseil départemental de toute modification survenant dans sa situation professionnelle.