

N° 323

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2022-2023

Enregistré à la Présidence du Sénat le 8 février 2023

RAPPORT

FAIT

au nom de la commission des affaires sociales (1) sur la proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale, visant à améliorer l'encadrement des centres de santé,

Par M. Jean SOL,

Sénateur

(1) Cette commission est composée de : Mme Catherine Deroche, *présidente* ; Mme Élisabeth Doineau, *rapporteuse générale* ; M. Philippe Mouiller, Mme Chantal Deseyne, MM. Alain Milon, Bernard Jomier, Mme Monique Lubin, MM. Olivier Henno, Martin Lévrier, Mmes Laurence Cohen, Véronique Guillotin, M. Daniel Chasseing, Mme Raymonde Poncet Monge, *vice-présidents* ; Mmes Florence Lassarade, Frédérique Puissat, M. Jean Sol, Mmes Corinne Féret, Jocelyne Guidez, *secrétaires* ; Mme Cathy Apourceau-Poly, M. Stéphane Artano, Mme Christine Bonfanti-Dossat, MM. Bernard Bonne, Laurent Burgoa, Jean-Noël Cardoux, Mmes Catherine Conconne, Annie Delmont-Koropoulis, Brigitte Devésa, MM. Alain Duffourg, Jean-Luc Fichet, Mmes Frédérique Gerbaud, Pascale Gruny, MM. Abdallah Hassani, Xavier Iacovelli, Mmes Corinne Imbert, Annick Jacquemet, M. Jean-Marie Janssens, Mmes Victoire Jasmin, Annie Le Houerou, Viviane Malet, Colette Mélot, Michelle Meunier, Brigitte Micoulean, Annick Petrus, Émilienne Poumirol, Catherine Procaccia, Marie-Pierre Richer, Laurence Rossignol, M. René-Paul Savary, Mme Nadia Sollogoub, M. Jean-Marie Vanlerenberghe, Mme Mélanie Vogel.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (16^{ème} législ.) : 361, 514 et T.A. 38

Sénat : 162 et 324 (2022-2023)

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
L'ESSENTIEL.....	5
EXAMEN DES ARTICLES	13
• <i>Article premier</i> Procédure d'agrément des centres de santé pour les activités dentaires et ophtalmologiques	13
• <i>Article 1^{er} bis A</i> Conservation du dossier médical et mise à disposition de ce dernier en cas de fermeture.....	18
• <i>Article 1^{er} bis</i> Prévention des conflits d'intérêts pour l'exercice de fonctions dirigeantes d'un centre de santé.....	19
• <i>Article 1^{er} ter</i> Information de l'agence régionale de santé, de l'assurance maladie et de l'ordre en cas de fermeture d'un centre de santé.....	20
• <i>Article 1^{er} quater</i> Procédure d'agrément des centres de santé existants	21
• <i>Article 1^{er} quinquies</i> Interdiction de publicité en faveur des prestations délivrées	23
• <i>Article 2</i> Création d'un comité médical ou dentaire et information des patients sur les professionnels exerçant dans les centres de santé.....	24
• <i>Article 2 bis</i> Identification des professionnels de santé salariés des centres de santé.....	27
• <i>Article 3 (supprimé)</i> Suivi des contrats de travail des chirurgiens-dentistes et des ophtalmologistes	28
• <i>Article 4</i> Conséquences emportées par une décision de suspension ou de fermeture d'un centre de santé pour manquement à ses obligations	30
• <i>Article 5</i> Transmission annuelle à l'ARS des comptes certifiés du centre de santé	33
• <i>Article 6</i> Sanction financière en cas de manquement au respect de l'obligation de transmission d'informations à l'ARS.....	35
• <i>Article 7</i> Interdiction de la demande de paiement intégral anticipé des soins	36
• <i>Article 8</i> Sanctions applicables en cas de manquement par les centres de santé à leurs obligations légales et réglementaires	37
• <i>Article 9</i> Demande de rapport relatif aux moyens des agences régionales de santé.....	38
EXAMEN EN COMMISSION.....	41
RÈGLES RELATIVES À L'APPLICATION DE L'ARTICLE 45 DE LA CONSTITUTION ET DE L'ARTICLE 44 BIS, ALINÉA 3, DU RÈGLEMENT DU SÉNAT (« CAVALIERS »).....	59
Liste des personnes entendues	61
LA LOI EN CONSTRUCTION	63

L'ESSENTIEL

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

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

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

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

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

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

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



Centres de santé dénombrés début 2022



Évolution sur les cinq dernières années



Centres de santé exclusivement dentaires

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

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

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

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

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

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

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

2. Des moyens de contrôle encore insuffisants

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

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

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

II. LE RÉTABLISSEMENT D'UNE PROCÉDURE D'AGRÈMENT POUR CERTAINES ACTIVITÉS

A. UN AGRÈMENT SUPPRIMÉ EN 2009 CAR JUGÉ TROP LOURD

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

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

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

1. Un rétablissement d'agrément pour certaines activités

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

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

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

2. Un agrément délivré sous conditions

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

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

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

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

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

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

C. UNE DÉCLARATION TRÈS LARGE DES LIENS D'INTÉRÊTS

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

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

III. UNE MEILLEURE PRÉVENTION DES DÉRIVES DE GESTION

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

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

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

B. DES MESURES PRÉVENTIVES EN CAS DE FERMETURES DES CENTRES

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

Ainsi, il prévoit :

- une **obligation d'information des ARS, des CPAM et des ordres en cas de fermeture d'un centre de santé**, afin de garantir le suivi des praticiens, la désactivation des cartes professionnelles ou encore l'arrêt des facturations et remboursements ;

- un **encadrement renforcé**, introduit à l'initiative du rapporteur, de la **conservation du dossier médical afin, en cas de fermeture, d'assurer la possibilité pour d'autres praticiens de reprendre les patients en connaissance des antécédents de ces derniers et des actes précédemment réalisés.**

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

1. Des hypothèses de sanction élargies

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

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

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

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

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

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

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

3. Une échelle rehaussée des sanctions applicables

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

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

D. UN CONTRÔLE RENFORCÉ DES PRATIQUES DE FACTURATION

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

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

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

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

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

3. Un contrôle renforcé des cartes professionnelles en circulation

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

4. Un suivi renforcé des comptes

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

5. Un renforcement de l'interdiction de publicité

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

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

EXAMEN DES ARTICLES

Article premier

Procédure d'agrément des centres de santé pour les activités dentaires et ophtalmologiques

Cet article propose de rétablir l'agrément délivré par l'autorité administrative pour les activités dentaires et ophtalmologiques.

La commission a adopté cet article avec des modifications visant à clarifier les modalités de délivrance de l'agrément et à revoir les conditions de refus ou de retrait de ce dernier.

I - Le dispositif proposé

L'article 1^{er} prévoit un **rétablissement d'agrément** pour les centres de santé au titre de leurs **activités dentaires, ophtalmologiques et gynécologiques**. Il reprend pour partie les dispositions de l'article 70 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022¹, censurées par le Conseil constitutionnel car ne relevant pas du champ d'une LFSS.

A. Un régime d'autorisation préalable supprimé en 2009 pour les centres de santé

- Les centres de santé étaient soumis avant 2009 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* »².

Cependant, cet **agrément a été supprimé par la loi dite « HPST »**³. Le législateur a à ce moment poursuivi un objectif de **soutien au développement rapide des centres de santé** par un allègement des procédures, constatant également la **charge administrative conséquente** que représentait la gestion de ce régime d'autorisation préalable.

- À la suite des récents scandales concernant certains centres dentaires, **l'ordonnance de 2018**⁴ a renforcé les conditions de création et de fonctionnement des centres de santé.

¹ Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

² Article L. 6323-1 du code de la santé publique, dans sa version modifiée par l'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003.

³ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

⁴ Ordonnance n° 2018-17 du 12 janvier 2018 relative aux conditions de création et de fonctionnement des centres de santé.

L'ordonnance a prévu la **remise d'un « engagement de conformité » accompagnant un projet de santé**¹ pour l'ouverture d'un centre de santé ou d'une antenne. Celui-ci, adressé par le représentant légal de l'organisme gestionnaire, entraîne **l'établissement par le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) d'un récépissé**. Ce récépissé vaut autorisation de dispenser des soins dans le centre ou l'antenne.

B. Un rétablissement d'agrément pour les centres de santé au titre de leurs activités dentaires, ophtalmologiques et gynécologiques

• Considérant ce récépissé comme insuffisamment à même de donner aux ARS les moyens de lutter contre les dérives de certains gestionnaires, la présidente de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, Fadila Khattabi, a choisi de rétablir au sein de l'article 1^{er} un agrément.

La députée, également rapporteure de sa proposition de loi, regrette en effet une **procédure essentiellement formelle**, dans la continuité de la seule déclaration du projet de santé qui prévalait depuis 2009. Surtout, elle déplore **la valeur en définitive très modérée de ce récépissé**, alors que **le directeur général de l'ARS n'est pas fondé à refuser la délivrance de ce dernier**.

C'est pourquoi l'article 1^{er} prévoit que **les centres de santé ou leurs antennes ayant une activité dentaire, ophtalmologique ou gynécologique, sont soumis à un agrément du directeur général de l'agence régionale de santé**. Il modifie à cette fin **l'article L. 6323-1-11 du code de la santé publique**, qui concerne l'ouverture des centres de santé et au sein duquel figurent les dispositions relatives au récépissé précité.

Cet agrément n'est exigé que **pour les seules activités citées**. Il vaut **autorisation de dispenser des soins** aux assurés sociaux dans le centre ou l'antenne.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

À l'initiative de sa rapporteure, la commission des affaires sociales a largement complété l'article 1^{er} et **précisé la procédure d'agrément applicable** aux centres de santé.

L'Assemblée nationale a, par le même amendement, choisi de **ne pas retenir les activités gynécologiques dans le champ** des activités soumises à agrément préalable.

¹ Article L. 6323-1-11 du code de la santé publique.

A. Une procédure d'agrément clarifiée

- Le **III** créé au sein de l'article L. 6323-1-11 prévoit ainsi la remise, par le représentant légal de l'organisme gestionnaire, d'un **dossier de demande d'agrément**.

La commission a prévu des éléments obligatoires de ce dossier adressé au directeur général de l'ARS, prévoyant qu'y figureraient le **projet de santé**, les **déclarations des liens d'intérêts** de l'ensemble des membres de l'instance dirigeante et, le cas échéant, **les contrats liant l'organisme gestionnaire à des sociétés tierces**.

- La commission a également précisé que l'agrément délivré par le directeur général avait **nécessairement un statut provisoire**, lequel était levé à **l'issue d'une période d'un an**.

Durant cette première année, **une visite de conformité** peut être organisée à l'initiative de l'agence ; **ses résultats peuvent conduire à la remise en cause de l'agrément** provisoire.

- La commission a enfin explicitement prévu des **motifs de refus de délivrance de l'agrément** par le directeur général de l'ARS.

Le directeur général pourrait opposer un refus au motif d'une **insuffisante qualité des pièces fournies** ou de leur contenu, si le **projet de santé ne remplit pas les objectifs de conformité** ou est **incompatible avec les objectifs et besoins du projet régional de santé**.

Enfin, le refus peut être opposé au regard de la visite de conformité préalablement mentionnée, si celle-ci révèle des **non-conformités** ou une **incompatibilité de la gestion et de l'offre de soins du centre**, là encore avec le projet régional de santé

B. Une délivrance définitive et un maintien conditionné à des documents liés aux praticiens employés

Le **IV** créé à l'article L. 6323-1-11 **conditionne la délivrance de l'agrément définitif comme son maintien**.

Sont ainsi rendues obligatoires les transmissions des copies de diplômes et contrats de travail des chirurgiens-dentistes, assistants-dentaires, ophtalmologistes et orthoptistes. Ces éléments transmis à chaque embauche, sont complétés par d'éventuels avenants au contrat de travail et modifications de l'organigramme du centre pour toute embauche ou rupture.

Ils sont adressés au **directeur général de l'ARS** mais aussi au **conseil départemental de l'ordre** concerné. Ce dernier doit, aux termes du nouveau IV, rendre un **avis motivé sur ces contrats**, et ce dans un délai de deux mois.

L'Assemblée nationale¹ a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission

La commission a souscrit au principe de rétablissement de l'agrément pour certaines activités des centres de santé, en s'interrogeant sur l'opportunité et la faisabilité d'un rétablissement pour l'ensemble des activités.

À l'initiative de son rapporteur, la commission a adopté un **amendement COM-6** visant à **reformuler certaines des dispositions de l'article en vue de clarifier les procédures d'agrément**.

- Si le rapporteur s'est interrogé sur la nécessité d'inscrire dans la loi **le contenu du dossier d'agrément qui pourrait utilement se borner à un renvoi au pouvoir réglementaire**, il a cependant respecté l'intention de son homologue de l'Assemblée nationale d'insister particulièrement sur la **prévention des conflits d'intérêts et des montages complexes au moyen de contrats liant les organismes gestionnaires à des sociétés tierces**.

C'est pourquoi, au bénéfice d'une reformulation des alinéas 6 et 7, la commission souhaite **insister sur le caractère non exhaustif des éléments énumérés comme nécessairement présents dans le dossier d'agrément**. Surtout, alors que certains organismes gestionnaires sont des mutuelles de taille importante ou des collectivités locales, la transmission de l'ensemble des contrats les liant avec des sociétés tierces pourrait conduire à des obligations à la satisfaction impossible ou administrativement excessivement complexes et inopérantes. Aussi, souhaitant permettre au Gouvernement de **distinguer les seules catégories de contrats qu'il sera pertinent de transmettre**, la commission a **expressément ménagé un renvoi à des critères définis par voie réglementaire**.

- Afin de **renforcer les moyens effectifs de contrôle des agences régionales de santé**, le rapporteur a souhaité insister sur la nécessité que celles-ci disposent de **documents actualisés en temps utiles**, et non des seuls documents valables à la date de dépôt du dossier d'agrément. Il s'agit notamment de **prévenir des détournements de la procédure d'agrément, avec des montages financiers ou des contrats nouveaux qui seraient conclus postérieurement à la demande d'agrément**.

¹ La proposition de loi a été examinée selon la procédure de législation en commission.

C'est pourquoi la commission a prévu de compléter le IV en prévoyant **la transmission obligatoire par l'organisme gestionnaire, à la demande du directeur général de l'ARS, de tout ou partie des éléments du dossier d'agrément, dans une version actualisée.**

Par ailleurs, répondant à une demande de l'ordre des médecins, le rapporteur a souhaité **permettre aux ordres de consulter le projet de santé** du centre afin d'apprécier les contrats et diplômes qui lui sont soumis en vue de la remise de son avis motivé.

- Le rapporteur a ensuite entendu clarifier les **conditions de refus ou de retrait de l'agrément.**

À cette fin, l'amendement adopté par la commission prévoit une **possibilité explicite de retrait au regard des résultats de l'éventuelle visite de conformité** réalisée au cours de la période d'un an durant laquelle l'agrément est provisoire. Par ailleurs, les résultats de cette visite doivent, le cas échéant, être **portés à la connaissance de la caisse d'assurance maladie.**

Il prévoit également expressément des modalités de retrait au-delà de la période d'agrément provisoire. La commission a ainsi prévu **une possibilité de retrait de l'agrément lorsqu'il est constaté un non-respect des règles applicables** aux centres de santé dans le champ des activités dentaires ou ophtalmologiques, ou de **manquements compromettant la qualité ou la sécurité des soins.** Ces retraits seraient alors réalisés suivant la procédure applicable aux fermetures ou suspensions d'activités prévues à l'article L. 6323-1-12 du CSP et comprenant une procédure contradictoire après constatation des manquements.

- Enfin, par souci de clarté législative, le même amendement a réintégré, dans un V créé, **les dispositions de l'article 1^{er} ter** qui modifient le même article L. 6323-1-11 du CSP dans sa version modifiée par l'article 1^{er} et visent à introduire une obligation d'information des ARS, des CPAM et des ordres en cas de fermeture d'un centre de santé.

À l'occasion de ce transfert, la commission a également **précisé les délais dans lesquels cette obligation d'information devait être satisfaite.** Ainsi, si le délai de sept jours est maintenu pour les fermetures soudaines, la commission a prévu une **obligation d'information préalable à la fermeture dans le cas où celle-ci est prévue,** avec un délai fixé à quinze jours.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 1^{er} bis A

**Conservation du dossier médical et mise à disposition de ce dernier
en cas de fermeture**

Cet article additionnel, inséré par la commission à l'initiative de son rapporteur, vise à renforcer les conditions de conservation du dossier médical et assurer sa mise à disposition en cas de fermeture du centre de santé, au bénéfice de la continuité de la prise en charge des patients.

Comme l'ont rappelé tant les agences régionales de santé que les ordres, les récents scandales qui ont touché certains centres de santé ont montré, au-delà des dommages importants causés, une **difficulté dans la prise en charge des patients lourdement blessés par les actes qui leur ont été dispensés, faute de dossier médical suffisamment documenté ou accessible** au praticien reprenant les soins. L'intervention des ordres avait parfois permis de reprendre certains dossiers et d'apporter une réponse en termes de prise en charge.

Le rapporteur a souhaité apporter une réponse à ce problème particulier constaté dans les cas de fermetures de centres de santé aux pratiques déviantes.

Ainsi, par son **amendement COM-7**, le rapporteur propose de modifier **l'article L. 6323-1-8 du code de la santé publique** afin de clarifier **l'obligation de conservation du dossier médical**, en tout temps, dans des **conditions garantissant la qualité et la continuité de la prise en charge du patient**.

Surtout, la modification apportée vise à prévoir expressément qu'**en cas de fermeture prolongée ou définitive, le centre de santé est tenu de transmettre immédiatement les dossiers médicaux, en vue d'assurer la continuité de cette prise en charge**.

Cette transmission, que le rapporteur prévoit à l'agence régionale de santé, ne saurait remettre en cause le secret médical entourant les dossiers des patients. Il reviendra alors aux ARS, le cas échéant, de **conserver les dossiers reçus et les mettre à disposition de praticiens reprenant les soins des patients concernés, éventuellement avec le concours de l'ordre**.

La commission a adopté un article additionnel ainsi rédigé.

Article 1^{er} bis

Prévention des conflits d'intérêts pour l'exercice de fonctions dirigeantes d'un centre de santé

Cet article propose d'interdire d'exercer une fonction dirigeante dans une structure gestionnaire de centre de santé en cas de liens d'intérêts avec des entreprises privées lui délivrant des prestations

La commission a adopté cet article avec une seule modification d'ordre légistique.

I - Le dispositif proposé

Introduit à l'initiative du député Sébastien Peytavie, cet article vise à mettre en œuvre une recommandation de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) dans son rapport de 2017 relatif aux centres de santé dentaires¹.

Il s'agit de **prévenir les conflits d'intérêts et les dérives constatées en vue de contourner le principe de non-lucrativité** des centres de santé.

Ainsi, l'article 1^{er} bis prévoit, au sein d'un **article L. 6323-1-3-1 nouveau du code de la santé publique (CSP)**, que **le dirigeant d'un centre de santé ne peut exercer de fonction dirigeante au sein de la structure gestionnaire en cas d'intérêt**, direct ou indirect, avec **des entreprises privées délivrant des prestations** rémunérées à cette structure.

II - La position de la commission

La commission partage l'intention de cet article au regard des dérives constatées ces dernières années et des montages juridiques mis en avant par l'Igas et visant à faire entrer des entreprises à but lucratif dans la gestion des centres de santé.

La commission a, à l'initiative de son rapporteur (amendement COM-8), privilégié une codification de ces dispositions au sein de l'article L. 6323-1-3 du CSP, relatif aux organes gestionnaires des centres de santé.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

¹ « Les centres de santé dentaires : propositions pour un encadrement améliorant la sécurité des soins », Igas, janvier 2017.

Article 1^{er} ter

**Information de l'agence régionale de santé, de l'assurance maladie
et de l'ordre en cas de fermeture d'un centre de santé**

Cet article propose de prévoir, dans un délai de sept jours suivant la fermeture d'un centre de santé, une information obligatoire de l'ARS, la CPAM et l'ordre compétent.

La commission a transféré les dispositions proposées au sein de l'article 1^{er} de la présente proposition de loi. Elle a en conséquence supprimé cet article.

I - Le dispositif proposé

Cet article, introduit à l'Assemblée nationale à l'initiative du député Thibault Bazin, vise à prévoir, **en cas de fermeture d'un centre de santé** ou de l'une de ses antennes, **une information obligatoire, par le représentant légal de l'organisme gestionnaire, du directeur général de l'agence régionale de santé, du directeur de la caisse locale d'assurance maladie et du président du conseil départemental de l'ordre compétent.** Cette information doit être réalisée dans un **délai de sept jours**.

Il modifie à cette fin le I de l'article L. 6323-1-11 du code de la santé publique, relatif à l'engagement de conformité nécessaire à l'ouverture d'un centre de santé.

Outre le retrait du numéro FINESS par l'agence régionale de santé et l'arrêt de la prise en charge des soins par l'assurance maladie, l'auteur de l'amendement et la rapporteure, qui a sous-amendé ce dernier, entendent par cet article particulièrement **renforcer le contrôle des cartes des professionnels de santé**, dites « CPS », et **assurer leur désactivation rapide** afin de prévenir des utilisations irrégulières après la fermeture d'un centre de santé.

II - La position de la commission

La commission a souscrit à l'intention du dispositif. Cependant, par souci de cohérence, alors que cet article modifie l'article L. 6323-1-1 largement réécrit par l'article 1^{er}, la commission a choisi de **transférer les présentes dispositions au sein de ce dernier.**

En conséquence, la commission a supprimé cet article (amendement COM-9).

Article 1^{er} quater
Procédure d'agrément des centres de santé existants

Cet article vise à prévoir une procédure d'agrément spéciale pour les centres de santé existants avant l'entrée en vigueur du nouveau régime d'autorisation propre aux activités dentaires et ophtalmologiques.

La commission a adopté cet article modifié par deux amendements visant à clarifier le régime transitoire applicable aux centres existants.

I - Le dispositif proposé

Introduit à l'Assemblée nationale à l'initiative du député Thomas Mesnier, cet article vise à **appliquer au « stock » la nouvelle procédure d'agrément portée par l'article 1^{er}** et destinée au « flux » de nouveaux centres de santé dentaires et ophtalmologiques.

Le **premier alinéa** prévoit ainsi que **les centres de santé autorisés à dispenser des soins avant l'entrée en vigueur de la loi devront effectuer une demande d'agrément pour les activités qui y seront désormais soumises**, à savoir les activités dentaires et ophtalmologiques. Suivant la procédure prévue à l'article 1^{er}, cette demande est **adressée au directeur général de l'agence régionale de santé** compétente.

Le même **premier alinéa** prévoit que **le dépôt du dossier de demande d'agrément doit être réalisé dans un délai de six mois** suivant l'entrée en vigueur de la loi.

Enfin, le **second alinéa** prévoit, à l'issue d'un délai de deux ans¹, **l'interdiction de dispenser des soins dentaires ou ophtalmologiques pour les centres de santé qui ne disposeraient pas d'un agrément** pour ces activités.

II - La position de la commission

La commission partage pleinement l'intention de cet article. Ces dispositions permettent notamment de **ne pas placer sous deux statuts différents les centres existants et nouveaux centres**.

Surtout, outre une **égalité de traitement**, elles assurent surtout une **application de l'encadrement aux centres de santé déjà en activité** et permettent ainsi bien couvrir les établissements dont les pratiques ont pu être déviantes.

¹ Le délai initialement proposé de trois ans a été ramené à deux ans à l'initiative de la rapporteure.

Les centres exerçant actuellement devront ainsi **transmettre notamment les diplômes et contrats de travail des praticiens, mais aussi les liens d'intérêts** des membres de l'instance dirigeante et **les contrats éventuels conclus** avec des sociétés tierces.

- Les agences régionales de santé, l'assurance maladie et les ordres disposeront ainsi d'un « **rattrapage** » **d'information** et d'une vision précise de la configuration des centres en activité sur les deux secteurs désormais soumis à agrément.

À l'initiative de son rapporteur, la commission a, par **l'amendement COM-11, clarifié le régime transitoire** applicable aux centres de santé existants.

En effet, l'article 1^{er} *quater* ne fait pas mention de l'autorisation ou non de dispenser des soins pour les centres n'ayant pas, à l'issue du délai de six mois, procédé au dépôt du dossier de demande d'agrément. Par cet amendement, **la commission a ainsi prévu, à défaut de respect de l'obligation de demande d'agrément, une interdiction explicite de dispenser les soins des activités soumises à agrément.**

En outre, le rapporteur a souhaité **prendre en compte la charge que représentera la gestion de la délivrance des agréments aux centres existants pour certaines agences**, notamment celle d'Île-de-France, région qui compte de nombreux centres dentaires.

Ainsi, sur la proposition du rapporteur, la commission a souhaité prévoir **l'obligation de disposer d'un agrément, pour les centres existants, s'appliquant dans un délai de trente mois** et non deux ans. Sans retrouver le délai de trois ans proposé par Thomas Mesnier initialement et que Fadila Khattabi avait souhaité réduire pour contraindre à une action rapide des ARS, **le texte amendé donne ainsi deux ans effectifs aux agences, après la date limite de dépôt des demandes d'agréments.**

Enfin, par l'amendement COM-10, à l'initiative de son rapporteur, la commission a également procédé à des **corrections d'erreurs de références.**

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 1^{er} quinquies

Interdiction de publicité en faveur des prestations délivrées

Cet article additionnel, inséré par la commission à l'initiative de son rapporteur, vise à clarifier l'interdiction de publicité applicable aux centres de santé.

Lors de ses auditions, le rapporteur a constaté que certains acteurs déploreraient des opérations de publicité incitant à des actes au sein de certains centres de santé.

Alors que les obligations déontologiques prévoient déjà une interdiction d'incitation à recourir à des soins non nécessaires, le rapporteur a souhaité, par l'amendement COM-12 adopté par la commission, transcrire expressément cette obligation pour les centres de santé.

Ainsi, si l'article L. 6323-1-9 du code de la santé publique prévoit déjà l'interdiction de toute publicité au profit des centres, l'article additionnel prévoit d'étendre cette interdiction légale aux publicités incitant à recourir à des actes ou prestations délivrées par ces derniers.

La commission a adopté un article additionnel ainsi rédigé.

Article 2

Création d'un comité médical ou dentaire et information des patients sur les professionnels exerçant dans les centres de santé

Cet article crée un comité médical ou dentaire dans chaque centre de santé et oblige chaque centre à mieux informer les patients de la qualité des professionnels exerçant en leur sein.

La commission a précisé la mission du comité et renvoyé au pouvoir réglementaire la fixation des détails relatifs à son fonctionnement, et réécrit les dispositions relatives à l'information des patients sur les professionnels qui les prennent en charge.

I - Le dispositif proposé : une fonction de médecin ou dentiste référent, destinée à remédier à la dilution des responsabilités

Que les centres de santé, dentaires en particulier, soient devenus la proie de quelques gestionnaires peu scrupuleux, nul lecteur de la presse généraliste ne saurait plus en douter¹. Que cette activité soit, plus largement, en train de devenir la proie d'investisseurs privilégiant le retour sur investissement à la qualité des soins ne saurait davantage surprendre les lecteurs des rapports sénatoriaux récents – tel celui de la commission d'enquête sur les Ehpad, dont le secteur est victime du même phénomène².

Une onéreuse étude de marché du cabinet spécialisé Xerfi introduisait ainsi sobrement son sujet en avril 2022 : « *Les ouvertures de centres dentaires se poursuivent à un rythme effréné. Et tout porte à croire que cette démocratisation va s'accélérer avec la récente financiarisation du secteur. De nombreux acteurs du capital-investissement se sont en effet positionnés à la tête des plus grands réseaux. Et ces investisseurs comptent bien profiter du potentiel du marché dentaire pour imposer ce business model en France et davantage le structurer par des opérations de consolidation* »³.

Dans un tel contexte, il est à craindre qu'une meilleure politique d'autorisation ou de contrôle de la gestion des centres puisse ne pas suffire à garantir la qualité des soins dispensés.

¹ Voir notamment « Centres dentaires low cost : la dérive de "Proxidentaire" » sur France inter, le 1^{er} octobre 2021 ; ou bien « Après l'affaire Proxidentaire, veut-on la peau des centres de santé dentaire ? » dans Challenges, le 22 octobre 2021.

² Rapport d'information n° 771 (2021-2022) de M. Bernard Bonne et Mme Michelle Meunier, fait au nom de la commission des affaires sociales, le 12 juillet 2022.

³ Xerfi, « Centres dentaires : de l'hypercroissance à la financiarisation du business model », étude publiée le 13 avril 2022.

Cet article tente manifestement de poser une digue à la dégradation des prestations pouvant être causée par des objectifs de gestion arbitrairement fixés. Il reprend pour partie les dispositions de l'article 70 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022, censurées par le Conseil constitutionnel car ne relevant pas du champ d'une LFSS. Dans sa rédaction initiale, il créait au sein de l'article L. 6323-1-5 du code de la santé publique une fonction de dentiste ou médecin référent dans les centres ayant des activités dentaires, ophtalmologiques et gynécologiques. Ce référent serait responsable de la qualité et de la sécurité des soins au sein du centre et a vocation à faire contrepoids au gestionnaire qui voudrait imposer des objectifs de rentabilité au détriment des soins. Il aurait également pour mission d'alerter l'agence régionale de santé lorsque des dérives sont identifiées, ce que doivent lui permettre les règles d'indépendance professionnelle prévues dans les codes de déontologie des médecins et chirurgiens-dentistes.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale : la substitution d'un comité dentaire ou ophtalmologique

En commission, les députés ont adopté un amendement de la rapporteure procédant à deux modifications essentielles :

- il remplace, d'une part, le médecin ou le dentiste référent par un comité médical ou dentaire - l'activité gynécologique ayant été exclue à cet article comme à l'article 1^{er}, relatif à l'agrément. Celui-ci, composé des professionnels médicaux exerçant dans le centre au titre des activités ophtalmologiques ou dentaires, à l'exclusion du représentant légal de l'organisme gestionnaire, serait responsable de « *la politique d'amélioration continue de la qualité, de la pertinence et de la sécurité des soins ainsi que de la formation continue des professionnels de santé exerçant dans le centre* » au titre des activités dentaires ou ophtalmologiques. Sont encore précisés la possibilité pour ce comité d'inviter à ses réunions des représentants des usagers, la fréquence de ses réunions, les modalités de transmission du compte-rendu de ses travaux au gestionnaire, ou encore la désignation de son président ;

- il oblige chaque centre à « *afficher de manière visible, dans les locaux de ce centre et de ses antennes ainsi que sur son site internet et sur les plateformes de communication numériques utilisées pour ce centre, l'identité de l'ensemble des médecins et des chirurgiens-dentistes* » qui y travaillent.

De plus, les députés ont adopté, outre un amendement de précision rédactionnelle de M. Thibault Bazin, un sous-amendement de plusieurs membres du groupe Rassemblement national précisant que le règlement intérieur du centre prévoit le port, par les professionnels de santé qui y travaillent, d'un badge nominatif indiquant leur fonction.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission : préciser le rôle du comité médical ou dentaire, renvoyer au décret ses modalités de fonctionnement

Le rapporteur est très favorable à la constitution d'un tel comité, qui formera un utile contrepoids au pouvoir du gestionnaire.

Il lui semble toutefois que confier à ce comité la responsabilité de la politique d'amélioration des soins et de formation continue du personnel présente une double difficulté : d'une part, les contours de cette responsabilité ne sont pas clairement définis ni, par conséquent, les moyens d'en rendre compte et les conséquences d'un manquement à cette obligation. D'autre part, cela déchargerait très manifestement le gestionnaire d'une responsabilité qui lui appartient.

C'est pourquoi l'amendement COM-13 dispose plutôt que le comité dentaire ou ophtalmologique « *contribue* » à ces missions, lesquelles devront être précisées ou complétées par le décret auquel l'amendement confie aussi le soin de préciser son mode de fonctionnement - fréquence de réunion, désignation de son président, transmission de ses comptes rendus, *etc.* La réunion régulière du comité et la bonne information, le cas échéant, des autorités de contrôle de ses éventuelles observations devrait suffire à contrebalancer les objectifs de gestion par les impératifs légitimes des équipes soignantes.

La question de savoir si le gestionnaire du centre devait faire partie du comité a été souvent soulevée lors des auditions : il semble au rapporteur que sa présence parmi l'équipe soignante et, le cas échéant, les représentants des usagers, réduirait à néant l'objectif recherché, qui est d'instaurer un équilibre par une forme de séparation des pouvoirs dans l'acception la plus classique du terme.

Le rapporteur doute enfin qu'il soit nécessaire de garnir le code de la santé publique de dispositions aussi précises sur l'identification des professionnels de santé - aucune disposition législative ne semble à ce stade empiéter sur le pouvoir réglementaire au point d'imposer le port du badge à quiconque. Aussi l'amendement COM-14 du rapporteur ne fait-il que prévoir une double obligation générale, reposant sur le gestionnaire du centre, de mettre « *à la disposition des patients, sur tous supports utiles, une information claire et lisible relative aux médecins et aux chirurgiens-dentistes qui y exercent* », et d'assurer « *l'identification, par le patient, de chaque professionnel de santé qui contribue à sa prise en charge* », selon les moyens appropriés.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 2 bis

Identification des professionnels de santé salariés des centres de santé

Cet article, ajouté à l'Assemblée nationale, attribue aux professionnels de santé salariés des centres de santé un numéro personnel afin de faciliter la traçabilité par les caisses d'assurance maladie des actes qu'ils réalisent.

La commission a élargi l'application de cet article à tout professionnel de santé exerçant dans un centre.

I - Le dispositif proposé : l'attribution d'un numéro d'identification personnelle des salariés des centres de santé

Les actes des salariés des centres de santé sont aujourd'hui facturés à l'aide de la carte de la famille des cartes « professionnel de santé », dite CPS. L'assurance maladie prend en charge, pour les centres ayant adhéré à l'accord national du 19 novembre 2002, une carte de directeur d'établissement (CDE), une à cinq cartes de personnel d'établissement, et une carte professionnel de santé (CPS) par professionnel de santé.

Quoiqu'il en soit au juste de l'utilisation de ces cartes dans les centres, l'absence d'interopérabilité des systèmes d'information ne permet pas actuellement à la Cnam d'identifier un praticien salarié d'un centre de santé à l'origine d'un acte, ni par son numéro RPPS, ni par son numéro ADELI.

L'article, ajouté à l'Assemblée nationale par l'adoption de l'amendement de M. Thibault Bazin et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, crée afin d'y remédier dans le code de la sécurité sociale un article L. 162-34-1 disposant que « *les professionnels de santé salariés d'un centre de santé [...] sont identifiés par un numéro personnel distinct du numéro identifiant la structure où ils exercent, au moins en partie, leur activité* ». Un décret préciserait en outre les cas dans lesquels ce numéro et l'identifiant de la structure figurent sur les documents transmis aux caisses d'assurance maladie en vue du remboursement ou de la prise en charge des soins dispensés.

II - La position de la commission : extension aux bénévoles exerçant en centre de santé

Le rapporteur souscrit pleinement à l'objectif de remédier à la curieuse lacune technique empêchant que soient identifiés les praticiens exerçant en centre de santé, et observe que les représentants des centres de santé eux-mêmes y sont favorables.

D'après la Cnam toutefois, la bonne application de cet article nécessitera en toute hypothèse une évolution de ses systèmes d'information, laquelle est déjà à l'étude.

Sur la proposition de son rapporteur, la commission a adopté l'amendement COM-15, qui élargit aux bénévoles exerçant dans les centres de santé la traçabilité dont leurs actes feraient ainsi l'objet. L'article L. 6323-1-5 autorise en effet les centres de santé à bénéficier de la participation à leurs activités de bénévoles, lesquels facturent à l'assurance maladie les actes qui auraient été facturés au patient.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 3 (supprimé)

**Suivi des contrats de travail des chirurgiens-dentistes
et des ophtalmologistes**

Cet article propose de porter au sein du projet de santé les contrats de travail des chirurgiens-dentistes, des médecins ophtalmologistes et des médecins gynécologues, et d'assurer leur transmission au conseil de l'ordre compétent.

La commission a maintenu la suppression de cet article dont les dispositions ont été transférées par l'Assemblée nationale au sein de l'article 1^{er}.

I - Le dispositif proposé

A. Une intégration des diplômes et contrats de travail au projet de santé

Le 1^o modifie l'article L. 6323-1-10 du code de la santé publique relatif au **projet de santé** des centres de santé.

Il prévoit ainsi que **le projet de santé comporte « notamment », la copie des diplômes et, le cas échéant, des contrats de travail des chirurgiens-dentistes, des médecins ophtalmologistes et médecins gynécologues** ayant une activité respectivement dentaire, ophtalmologique ou gynécologique au sein du centre.

B. Une transmission aux ordres des contrats de travail et diplômes

Le 2° modifie **l'article L. 6323-1-11 du même code**, relatif à **l'engagement de conformité** préalable à l'ouverture d'un centre de santé.

Il prévoit que **le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) transmet**, pour les centres de santé ayant une activité dentaire, ophtalmologique ou gynécologique, **les copies des diplômes et contrats de travail respectivement des chirurgiens-dentistes, médecins ophtalmologistes et médecins gynécologues aux ordres compétents** – soit, dans le premier cas l'ordre des chirurgiens-dentistes, dans les deux suivants l'ordre des médecins.

Le conseil départemental de l'ordre compétent est alors tenu de rendre **un avis motivé dans un délai de deux mois**.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée, à l'initiative de la rapporteure, a choisi de **transférer le contenu de cet article au sein de l'article 1^{er}** relatif aux agréments des centres de santé ayant des activités dentaires ou ophtalmologiques.

La transmission au fil de l'eau des diplômes et contrats de travail est, aux termes de l'article 1^{er} tel qu'il ressort de l'Assemblée nationale, une condition d'octroi et de maintien de l'agrément.

En cohérence avec le choix fait à l'article 1^{er} d'exclure du champ de la proposition de loi les activités gynécologiques, seules les dispositions de l'article 3 relatives aux activités dentaires et ophtalmologiques ont été transférées.

L'Assemblée nationale a en conséquence supprimé cet article.

III - La position de la commission

La commission a souscrit au choix fait par l'Assemblée nationale de **porter ces dispositions au sein du cadre relatif à l'agrément** des centres de santé. **Elle a maintenu la suppression de cet article.**

Article 4

Conséquences emportées par une décision de suspension ou de fermeture d'un centre de santé pour manquement à ses obligations

Cet article autorise le directeur général de l'ARS à refuser de délivrer le récépissé de l'engagement de conformité ou l'agrément demandé pour l'ouverture d'un centre lorsque le demandeur a précédemment fait l'objet d'une décision de suspension ou de fermeture, et organise la bonne information des autorités publiques des décisions de suspension et de fermeture prises par les ARS.

La commission a adopté plusieurs amendements de clarification rédactionnelle, et rendu obligatoire la publication, sur les sites des agences, des décisions de sanction financière prises par les directeurs d'ARS.

I - Le dispositif proposé : un relèvement des obstacles posés à l'exploitation d'un centre de santé pour le gestionnaire ayant fait l'objet d'une mesure de suspension ou de fermeture

L'article L. 6323-1-12 du code de la santé publique prévoit aujourd'hui une procédure de sanction des centres de santé déviants à deux étages.

Le directeur général de l'ARS peut d'abord infliger à un centre une sanction financière, après notification des manquements constatés et, en l'absence de réponse ou si celle-ci est insuffisante, après injonction de mise en conformité, dans quatre hypothèses :

- un manquement compromettant la qualité ou la sécurité des soins ;
- un manquement du représentant légal de l'organisme gestionnaire à l'obligation de transmission de l'engagement de conformité ;
- un manquement du même représentant légal au respect des dispositions législatives et réglementaires relatives aux centres de santé ;
- en cas d'abus ou de fraude commise à l'égard des organismes de sécurité sociale ou des assurés sociaux.

La sanction financière prononcée prend la forme d'une amende administrative, dont le montant ne peut être supérieur à 150 000 euros. Elle peut être assortie d'une astreinte journalière lorsque le gestionnaire ne s'est pas conformé, à l'issue d'un délai fixé par une mise en demeure, aux prescriptions qui lui ont été adressées, dont le montant ne peut dépasser 1 000 euros par jour. Le produit de cette sanction est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie.

Le directeur général de l'ARS peut décider de publier les décisions de sanction financière sur le site internet de l'agence. Il peut également procéder à la publication des décisions de sanction financière sur le site internet des autorités sanitaires appropriées et mettre en demeure l'organisme gestionnaire ou le représentant légal de celui-ci de publier ces décisions sur le site internet, lorsqu'il existe, du centre de santé pour lequel les manquements ont été constatés, ainsi que, le cas échéant, de les faire figurer dans les informations concernant ce centre mises à la disposition du public par une plateforme de mise en relation par voie électronique.

À un second niveau, le directeur général de l'ARS peut prononcer une décision de suspension immédiate, totale ou partielle, de l'activité du centre et, lorsqu'elles existent, de ses antennes, dans deux hypothèses :

- en cas d'urgence tenant à la sécurité des patients ;
- lorsqu'il n'a pas été satisfait, dans le délai fixé, à l'injonction précédemment mentionnée.

La décision est notifiée au représentant légal de l'organisme gestionnaire du centre de santé, accompagnée des constatations faites et assortie d'une mise en demeure de remédier aux manquements dans un délai déterminé. S'il est constaté, au terme de ce délai, qu'il a été satisfait à la mise en demeure, le directeur général de l'agence régionale de santé, éventuellement après réalisation d'une visite de conformité, met fin à la suspension. À défaut, le directeur général peut maintenir la suspension ou prononcer la fermeture du centre et, éventuellement, de ses antennes.

Cette procédure présente un double inconvénient : d'une part, il n'existe aucun moyen pour un directeur général d'ARS de refuser l'ouverture d'un centre ou d'une antenne à un gestionnaire associé à des pratiques frauduleuses mais n'ayant pas fait lui-même l'objet de mesures de sanction. D'autre part, l'insuffisante circulation des informations entre ARS permet aux personnes associées à certaines pratiques déviantes de demander l'ouverture de nouveaux centres dans une région différente de celle où de premières sanctions auraient été prononcées.

Dans sa version initiale, l'article 4 complétait pour y remédier l'article L. 6323-1-12 en précisant qu' *« à la suite de la suspension, totale ou partielle, de l'activité ou de la fermeture du centre ou, lorsqu'elles existent, de ses antennes, le directeur général de l'agence régionale de santé peut refuser de délivrer le récépissé de l'engagement de conformité relatif à l'ouverture d'un nouveau centre de santé ou d'une antenne lorsque ce récépissé est demandé par le même organisme gestionnaire ou par le même représentant légal jusqu'à la levée de cette suspension ou pour une durée maximale de cinq ans dans le cas d'une fermeture définitive »*.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Les députés ont d'abord adopté un amendement déposé par la rapporteure, qui complète le dispositif sur trois plans :

- il prévoit l'information systématique des ordres professionnels en cas de fermeture ou de suspension des activités d'un centre ;

- il crée un répertoire national destiné à recenser les mesures de suspension et de fermeture de centres, auquel auraient accès tous les services de l'État ;

- il vise plus largement les personnes susceptibles de faire l'objet d'une telle interdiction : au-delà du représentant légal de l'organisme gestionnaire, est visé tout membre de l'instance dirigeante du centre de santé ;

- il élargit enfin le refus pouvant être opposé par l'ARS dans le cadre de l'article 4 aux agréments prévus par le présent texte à son article 1^{er} pour les activités dentaire et ophtalmologique, et non seulement aux récépissés d'engagements de conformité. Sous-amendé à l'initiative du groupe Écologiste-Nupes, il porte de cinq à huit ans la durée de validité de la décision de refus prise sur le motif d'une précédente fermeture.

Un second amendement, déposé par M. Thibault Bazin et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, précise que les décisions de suspension et de fermeture de centres sont communiquées non seulement aux instances ordinales, mais aussi à la Caisse nationale de l'assurance maladie.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission

Le rapporteur approuve le relèvement des obstacles ainsi posés à la poursuite d'activité de la part de gestionnaires s'étant rendus responsables, fût-ce à titre collectif, de manquements aux obligations pesant sur les centres de santé. L'extension à tout membre d'une instance dirigeante précédemment compromise ne semble pas disproportionnée, dès lors qu'il ne s'agit que d'enrichir la palette des motifs pouvant fonder la décision du directeur général de l'agence, dont la décision n'est pas liée. D'ailleurs, aucun interlocuteur interrogé sur ce point lors des auditions n'a émis de doute sur la nécessité de telles mesures de précaution.

Aussi les amendements COM-16 et COM-17 du rapporteur adoptés par la commission ne sont-ils que rédactionnels. Son amendement COM-18, adopté également par la commission, renvoie au décret les modalités que prendra le répertoire national, en disposant que le recensement des décisions de suspension et de fermeture de centres de santé sont fixées par décret, lequel prévoit également les modalités de la transmission des informations utiles aux services de l'État et aux organismes de sécurité sociale.

La commission a également adopté l'amendement COM-5, déposé par Mme Poncet Monge et plusieurs de ses collègues du groupe Écologiste – Solidarités et territoires, qui rend obligatoire, et non facultative comme en dispose actuellement le code de la santé publique, la publication sur le site de l'agence régionale de santé de la décision de sanction financière prise par son directeur général.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 5

Transmission annuelle à l'ARS des comptes certifiés du centre de santé

Cet article, ajouté à l'Assemblée nationale, rend obligatoire la transmission annuelle à l'ARS des comptes certifiés des centres de santé.

La commission a renvoyé au décret la fixation des critères à remplir pour être soumis à une telle obligation.

I - Le dispositif proposé : obligation de transmission annuelle de comptes certifiés

Cet article, ajouté à l'Assemblée nationale par adoption d'un amendement de M. Thibault Bazin et d'un sous-amendement de la rapporteure, ajoute un alinéa à l'article L. 6323-1-4 du code de la santé publique disposant que les comptes du gestionnaire d'un centre de santé sont transmis annuellement au directeur général de l'agence régionale de santé. Il vise ainsi à prévenir les dérives financières de certains centres, documentées par les scandales et les rapports administratifs récents¹.

¹ Voir le rapport de l'Igas précité.

Pour l'heure, le code de commerce et le décret qui en précise les dispositions pertinentes prévoient que toute association ayant reçu annuellement des autorités administratives une subvention de plus de 153 000 euros « 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 »¹. Les autorités administratives visées comprennent à la fois les administrations de l'État, 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.

II - La position de la commission : renvoi au pouvoir réglementaire des critères imposant cette certification

Le rapporteur estime opportune une telle disposition, qui améliorera la visibilité des autorités de contrôle sur la gestion des centres. Toutefois, la transmission annuelle des comptes certifiés ne s'impose sans doute pas avec la même urgence pour tous types de centres : ceux gérés par des associations ayant constitué des montages complexes intéresseront sans doute davantage les ARS que ceux gérés par des petites collectivités territoriales, par exemple.

Suivant son rapporteur, la commission a adopté l'amendement COM-19, qui renvoie au pouvoir réglementaire la détermination des critères que les centres doivent remplir pour être assujettis à cette obligation de transmission des comptes certifiés.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

¹ Article L. 612-4 du code de commerce et décret n° 2006-335 du 21 mars 2006 fixant le montant des subventions et des dons reçus à partir duquel les associations et les fondations sont soumises à certaines obligations.

Article 6

Sanction financière en cas de manquement au respect de l'obligation de transmission d'informations à l'ARS

Cet article, ajouté à l'Assemblée nationale, ajoute aux hypothèses pouvant fonder une sanction du directeur général de l'ARS le manquement aux obligations de transmission d'informations relatives au fonctionnement et à la gestion des centres.

La commission a supprimé cet article, satisfait par l'article 8 dans sa rédaction issue des travaux de l'Assemblée nationale.

I - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale : une précision superfétatoire

L'article L. 6323-1-13 du code de la santé publique dispose que chaque organisme gestionnaire de centres de santé transmet annuellement au directeur général de l'agence régionale de santé les informations relatives aux activités et aux caractéristiques de fonctionnement et de gestion des centres et de leurs antennes dont il est le représentant légal. Un arrêté du ministre chargé de la santé en précise la liste.

Cet article 6, ajouté en commission à l'initiative de la rapporteure, ajoute le manquement à cette obligation de transmission d'informations parmi les hypothèses pouvant fonder une décision de sanction du directeur général de l'ARS.

Or la rédaction de l'article 8 issue des mêmes travaux de l'Assemblée nationale y fait droit, puisqu'elle étend la procédure de sanction pouvant donner lieu au prononcé d'une amende administrative éventuellement assortie d'une astreinte, prévue à l'article L. 6323-1-12, à tous types de manquement « *au respect des dispositions législatives et réglementaires relatives aux centres de santé* », selon la formule de son premier alinéa.

Il reviendra au ministre chargé de la santé de compléter, le cas échéant, l'arrêté prévu à l'article L. 6323-1-13 pour y inclure davantage de documents, tels par exemple les comptes certifiés dont la transmission à l'ARS est rendue obligatoire, dans certains cas, par l'article 5.

II - La position de la commission : suppression de l'article

En adoptant l'amendement COM-20 de son rapporteur, la commission a supprimé cet article.

Article 7

Interdiction de la demande de paiement intégral anticipé des soins

Cet article, ajouté à l'Assemblée nationale, interdit la demande de paiement intégral anticipé des soins.

La commission a adopté cet article après l'adoption d'un amendement rédactionnel.

I - Le dispositif proposé : interdiction de la demande du paiement intégral anticipé des soins qui n'ont pas encore été dispensés

Cet article, ajouté à l'Assemblée nationale par l'adoption d'un amendement de la rapporteure, complète l'article L. 6323-1-7 du code de la santé publique d'une phrase disposant que les centres de santé ne peuvent demander le paiement anticipé intégral des soins qui n'ont pas encore été dispensés.

Le code de déontologie des médecins interdit explicitement la demande d'honoraires pour des actes qui n'auraient pas été « *réellement effectués* »¹ ; celui des chirurgiens-dentistes est moins explicite sur ce chapitre. Il ne semble toutefois pas exister de disposition légale étendant aux centres de santé la disposition de l'article L. 111-3-4 imposant aux établissements de santé de ne facturer au patient « *que les frais correspondant aux prestations de soins dont il a bénéficié* ».

II - La position de la commission : clarification rédactionnelle

Aucun des interlocuteurs du rapporteur n'a été en mesure de quantifier la pratique consistant à réclamer le paiement intégral anticipé des soins dans les centres de santé. La direction générale de l'offre de soins reconnaît toutefois, dans les réponses au questionnaire qui lui a été transmis, que « *ces pratiques ont pu être observées lors des inspections contrôles effectuées notamment à l'été 2021 concernant les deux centres Proxidentaire* », et les récits des victimes de Dentexia ou Proxidentaire rapportés par la presse invitent à prendre cette précaution.

Aussi la commission souscrit-elle à la disposition proposée par l'Assemblée nationale, sous réserve d'une modification rédactionnelle, qui fait l'objet de l'amendement COM-21 de son rapporteur.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

¹ Article R. 4127-53 du code de la santé publique ; voir aussi l'article R. 4127-29.

Article 8

Sanctions applicables en cas de manquement par les centres de santé à leurs obligations légales et réglementaires

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, élargit les hypothèses dans lesquelles le directeur général de l'ARS peut prononcer une sanction financière à l'encontre d'un centre de santé, renvoie au décret la fixation d'un barème de sanctions proportionnelles à la gravité des manquements constatés et rehausse les valeurs plafond de ces sanctions financières.

La commission a prévu l'information des ordres des manquements compromettant la qualité et la sécurité des soins, clarifié le renvoi au décret du barème de ces sanctions et relevé de nouveau les valeurs maximales des sanctions que peut prononcer le directeur général de l'ARS.

I - Le dispositif proposé : un élargissement des pouvoirs de sanction du directeur général de l'ARS

Les députés ont d'abord adopté un amendement de la rapporteure visant à renforcer le pouvoir du directeur général de l'ARS de sanctionner financièrement un centre de santé qui ne se conformerait pas à ses obligations, par deux compléments apportés à l'article L. 6323-1-12 du code de la santé publique :

- d'une part en élargissant le périmètre des manquements susceptibles d'entraîner une sanction bien au-delà du seul manquement à l'obligation de conformité, puisque sont aussi bien envisagés, par renvoi au premier alinéa de l'article L. 6323-1-12, les « manquements compromettant la qualité ou la sécurité des soins » et les manquements « au respect des dispositions législatives et réglementaires relatives aux centres de santé » ;

- d'autre part en renvoyant à un décret la détermination d'un barème pour l'application de l'amende administrative et de l'astreinte journalière, dont la valeur serait fonction de la gravité du manquement constaté.

Les députés ont également adopté un amendement proposé par plusieurs membres du groupe Écologiste-Nupes, qui porte le montant de l'astreinte journalière de 1000 à 2 000 euros et le montant maximal de l'amende administrative de 150 000 à 300 000 euros.

II - La position de la commission : alourdir le barème de sanctions, mieux informer les ordres professionnels

Les auditions conduites par le rapporteur ont fait état d'un assez grand consensus autour de la nécessité de renforcer les pouvoirs de sanction du directeur de l'ARS. Certains interlocuteurs ont même estimé que les valeurs maximales de l'amende administrative et de l'astreinte journalière pouvaient être relevées afin de rendre plus dissuasives encore les armes à la disposition du directeur général de l'ARS et d'affiner le barème pour lui permettre d'adapter la sanction aux manquements constatés, sans toutefois excéder le montant susceptible de provoquer une liquidation judiciaire qui nuirait à la continuité des soins.

Aussi l'amendement COM-23 relève-t-il de nouveau les valeurs de l'amende administrative et de l'astreinte journalière maximales, en les portant respectivement à 500 000 et à 5 000 euros. L'amendement COM-24 clarifie pour sa part la rédaction de la disposition renvoyant au décret la détermination du barème des sanctions possibles en fonction de la gravité des manquements constatés.

L'amendement COM-22 précise enfin que le directeur général de l'agence régionale de santé informe également les instances ordinales compétentes de tout manquement « *compromettant la qualité ou la sécurité des soins* », afin de leur permettre de diligenter les contrôles et d'engager les procédures disciplinaires correspondantes en tant que de besoin.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 9

Demande de rapport relatif aux moyens des agences régionales de santé

Cet article, ajouté à l'Assemblée nationale, prévoit la remise par le Gouvernement d'un rapport sur les moyens à allouer aux agences régionales de santé pour réaliser les opérations prévues par la proposition de loi.

La commission a supprimé cet article.

I - Le dispositif proposé

Le présent article, introduit à l'initiative du député Thibault Bazin, prévoit la remise par le Gouvernement, dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la loi, d'un **rapport au Parlement** sur « *les moyens à allouer aux agences régionales de santé afin de leur permettre de réaliser les opérations prévues par la présente loi* ».

II - La position de la commission

Le nouveau régime d'autorisation propre aux activités dentaires et ophtalmologiques et **l'analyse de l'ensemble des documents transmis en vue de l'obtention d'un agrément nécessiteront un lourd travail de la part des agences régionales de santé.**

Si celui-ci s'entend pour la gestion du « flux », il **pourrait être particulièrement délicat à absorber pour celle du « stock »**. L'ARS d'Île-de-France, région qui compte de très nombreux centres de santé, sera par exemple particulièrement mobilisée et s'est montrée préoccupée par les nouvelles missions à réaliser dans un délai contraint pour les centres de santé existants.

Si la commission souscrit à l'intention d'une évaluation des moyens nécessaires aux ARS pour assurer les missions qui leur sont attribuées, elle est, de pratique constante, **défavorable aux demandes de rapport.**

En conséquence, la commission a supprimé cet article par l'adoption de l'amendement COM-25.

EXAMEN EN COMMISSION

Réunie le mercredi 8 février 2023, sous la présidence de Mme Catherine Deroche, présidente, la commission examine le rapport de M. Jean Sol, rapporteur, sur la proposition de loi (n° 162, 2022-2023) visant à améliorer l'encadrement des centres de santé.

Mme Catherine Deroche, présidente. – Nous examinons le rapport de notre collègue Jean Sol sur la proposition de loi visant à améliorer l'encadrement des centres de santé.

M. Jean Sol, rapporteur. – La proposition de loi visant à améliorer l'encadrement des centres de santé, déposée par la présidente de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, Fadila Khattabi, a été adoptée par nos collègues députés selon la procédure de législation en commission le 30 novembre dernier.

La discussion de ce texte, qui contient douze articles à l'issue de son examen par l'Assemblée nationale, est inscrite par le Gouvernement à l'ordre du jour des travaux de notre assemblée le 14 février prochain.

Cette proposition de loi trouve son origine dans les scandales qui ont émaillé le secteur ces dernières années, en particulier celui des centres dentaires.

En 2015, trois ans seulement après son ouverture, Dentexia fermait après avoir mutilé et escroqué de nombreux patients auxquels étaient proposés toujours plus d'actes afin de maintenir des flux de trésorerie élevés. Dans le rapport qu'elle a consacré à l'établissement, l'inspection générale des affaires sociales recensait, en juillet 2016, pas moins de 2 400 patients membres du « collectif contre Dentexia » ainsi que 350 plaintes ordinaires.

En 2021 éclatait un nouveau scandale, le scandale Proxidentaire, du nom de cette chaîne bourguignonne de centres exploitant les mêmes recettes, avec les mêmes résultats : des patients attirés par la promesse de soins à bas coût, des soignants sommés de faire du chiffre, des soins superflus facturés en quantité excessive, des victimes parfois édentées à vie. Dans le collectif d'usagers du seul centre de Chevigny-Saint-Sauveur, en Côte-d'Or, on en compte pas moins de 160. Leurs récits, dont la presse locale s'est fait l'écho, serrent le cœur au moins autant que celui de la Fantine des *Misérables*.

La chronique des récentes dérives de certains centres de santé ne s'arrête hélas ! pas là. Dans les Alpes-Maritimes, les centres Dental Access ont déposé le bilan en septembre 2020. Créés en 2015, ils avaient fait l'objet, à partir de 2016, de nombreux signalements et de plusieurs inspections de l'agence régionale de santé (ARS) ; en mars 2018, une patiente de 75 ans est même décédée pendant une intervention.

Je pourrais également citer la chaîne Clinadent, qui était soupçonnée fin 2021 par la direction des finances publiques de Provence-Alpes-Côte d'Azur d'avoir mis en place un système de fraude fiscale par l'organisation de sociétés satellites chargée de minorer artificiellement le résultat des centres.

À chaque fois s'observe la même indifférence à la raison d'être – sanitaire ! – de ces structures de la part de ce qu'il faut bien appeler des aigrefins. Le fondateur de Dentexia avait été condamné par le passé à douze ans d'interdiction de gestion pour avoir omis de déclarer un état de cessation de paiement, et le gérant de Proxidentaire, couvreur de profession, augmentait ses marges en employant des dentistes tunisiens formés en Roumanie, attirés par un salaire de toute façon plus élevé que dans leur pays d'origine. J'hésite, enfin, à tirer une conclusion définitive du seul constat que la gérante de Dental Access fût avocate fiscaliste.

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

L'ordonnance du 22 janvier 2018 avait vocation à mettre de l'ordre après le scandale Dentexia : elle a notamment interdit à ces centres la distribution des bénéfices issus de leur exploitation, prohibé la publicité et explicité le principe d'une ouverture à tous les patients et de la dispensation à titre principal de prestations remboursables.

Ces mesures n'ont à l'évidence pas suffi, et le nombre de centres a continué d'augmenter. Il a bondi de 50 % entre 2017 et 2021, cette proportion atteignant 124 % pour les centres ophtalmologiques, conduisant à une significative augmentation des remboursements liés à des consultations d'orthoptistes. La Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) peut certes déconventionner les acteurs malhonnêtes, comme elle l'a fait opportunément le 22 janvier dernier avec deux centres franciliens, mais cela ne résout pas le problème posé plus largement par un segment de l'offre qui semble échapper en partie aux efforts de maîtrise.

J'en viens aux apports de ce texte, dont je peux dire, avant même que l'on en discute dans le détail, qu'il est indispensable.

Son article 1^{er} rétablit un agrément pour les centres de santé, qui vaut autorisation de dispenser des soins aux assurés sociaux. Il ne concernerait cependant que les seules activités dentaires et ophtalmologiques.

Le texte initial prévoyait d'y intégrer les activités gynécologiques, qui ont finalement été laissées hors champ, la rapporteure de l'Assemblée nationale estimant que le besoin n'était pas suffisamment établi.

Les autres activités des centres de santé ne font pas l'objet d'un rétablissement d'agrément et demeurent soumises au seul engagement de conformité, dont le récépissé vaut autorisation de dispenser des soins.

Le texte a été enrichi par les travaux conduits en commission par nos collègues députés. La rapporteure a notamment souhaité préciser les pièces obligatoires du dossier de demande d'agrément. Si je considère qu'un renvoi au pouvoir réglementaire eût été suffisant, je comprends sa préoccupation et ne vous proposerai pas de revenir sur cette énumération non exhaustive. Sont ainsi nécessairement adressés au directeur général de l'ARS le projet de santé, les déclarations d'intérêts des membres de l'instance dirigeante ou encore les contrats liant l'organisme gestionnaire à des sociétés tierces.

Surtout, la commission a prévu un schéma en deux temps, avec un agrément provisoire pour une durée d'un an, période au cours de laquelle une visite de conformité peut être organisée par l'ARS et conduire à la remise en cause de cet agrément.

Par ailleurs, soucieuse de renforcer le pouvoir du directeur général de l'ARS dans l'octroi des agréments, la commission a prévu des motifs de refus : par exemple, un dossier de demande d'agrément jugé insuffisant ou, plus grave, des manquements du projet de santé ou de la gestion du centre aux exigences de conformité et à celles du projet régional de santé. Ces motifs devront, selon moi, être précisés par voie réglementaire.

Enfin, apport important de la rapporteure, l'agrément est délivré définitivement et maintenu si et seulement si les informations relatives aux professionnels employés - diplômes et contrats de travail - sont transmises sans délai aux ARS et aux ordres concernés. Il s'agit, par un avis motivé de l'ordre attendu sous deux mois, de pouvoir identifier et signaler les installations de professionnels ayant déjà eu des pratiques peu scrupuleuses.

Je vous proposerai une réécriture partielle de cet article afin d'en clarifier la formulation. Il me semble nécessaire de revoir les étapes d'obtention de l'agrément provisoire ou définitif, comme il est plus pertinent, selon moi, de parler de « retrait » de l'agrément dans le cas où la visite de conformité montrerait des incompatibilités importantes.

Je vous proposerai enfin de renforcer les pouvoirs d'information des ARS après la délivrance de l'agrément, afin de faciliter les contrôles sur les liens d'intérêts ou les contrats liant les organismes gestionnaires à des sociétés tierces. Il me paraît indispensable de prévoir un retrait possible en cas de manquement aux règles applicables aux centres de santé ou relatives à la qualité et à la sécurité des soins.

L'article 1^{er} *bis* prévoit l'exclusion du dirigeant d'un centre de santé de toute fonction dirigeante au sein de la structure gestionnaire si celui-ci a des liens d'intérêts avec une entreprise délivrant des prestations à la structure. Il s'agit de prévenir certains montages complexes que l'inspection générale des affaires sociales (Igas) avait identifiés. Je vous proposerai, à cet article, une seule modification d'ordre légistique.

L'article 1^{er} *ter* introduit une obligation d'information des ARS, des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et des ordres en cas de fermeture d'un centre de santé. Il s'agit de pouvoir assurer la désactivation rapide des numéros Finess - fichier national des établissements sanitaires et sociaux - ou encore des cartes de professionnels de santé (CPS) des praticiens, et de tarir ainsi les flux de facturation. Cet article répond là aussi à des dérives constatées, relatives à des facturations réalisées postérieurement à des fermetures. Je vous proposerai de renforcer ce dispositif d'information obligatoire en prévoyant une information anticipée en cas de fermeture prévue, et de transférer ces dispositions à l'article 1^{er}.

L'article 1^{er} *quater* prévoit un mécanisme transitoire de « gestion du stock », afin de faire entrer les centres de santé existants dans le nouveau régime d'autorisation. Cette disposition est tout à fait bienvenue : se focaliser sur les nouveaux centres sans chercher à mieux contrôler les centres ouverts n'est pas pertinent.

Sur ce point, je vous proposerai des clarifications du dispositif ménageant des délais distincts pour les agréments provisoires et définitifs, que j'espère plus compatibles avec la charge de travail des ARS.

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

L'article 2 prévoit également de faciliter l'identification, par les patients, des professionnels qui les prennent en charge.

Les amendements que j'ai déposés à cet article ne sont que de clarification rédactionnelle.

L'article 2 *bis* dispose que les salariés des centres sont identifiés par un numéro personnel distinct de celui de la structure dans laquelle ils exercent. Étrangement, en effet, le numéro RPPS - répertoire partagé des professionnels de santé - ne suffit pas toujours à l'assurance maladie pour remonter jusqu'au professionnel exerçant dans un centre de santé. Je vous proposerai simplement d'étendre cette mesure à tous les praticiens, au lieu de la réserver aux seuls salariés, car les centres peuvent également faire appel à des bénévoles.

L'article 4 vise à préciser les conséquences d'un constat de manquement d'un centre de santé à ses obligations légales et réglementaires. Il garantit d'abord que les décisions de suspension et de fermeture prises par le directeur de l'ARS sont transmises sans délai à la Cnam et aux instances ordinales compétentes. Il prévoit ensuite qu'une décision de suspension encore en vigueur ou une décision de fermeture peut, pendant huit ans, justifier le refus de délivrance du récépissé d'engagement de conformité ou de l'agrément demandé par le même organisme gestionnaire, le même représentant légal ou un membre de son instance dirigeante. Il crée enfin un répertoire national destiné à recenser les mesures de suspension et de fermeture prises dans toute la France, à l'attention des services de l'État et de l'assurance maladie. Je vous proposerai des amendements de clarification.

L'article 5 dispose que les gestionnaires des centres de santé font certifier leurs comptes et les transmettent annuellement au directeur général de l'agence régionale de santé. Je ne suis pas certain que cette mesure s'impose pour tous les centres, notamment les plus petits ou ceux qui sont gérés par une collectivité territoriale. Je vous proposerai par conséquent de renvoyer au décret la détermination des critères en fonction desquels s'impose la certification des comptes, ainsi que les modalités de leur transmission.

L'article 6 visait à assortir le manquement à l'obligation de transmission des informations utiles à l'ARS des sanctions financières déjà applicables en cas de manquement à l'engagement de conformité. Il est en réalité satisfait par la rédaction de l'article 8 issue des travaux de l'Assemblée nationale : je vous propose par conséquent de le supprimer.

L'article 7 précise que les centres de santé ne peuvent demander le paiement intégral anticipé des soins qui n'ont pas encore été dispensés. J'y suis favorable, de même qu'à la possibilité malgré tout laissée aux centres de demander un acompte, ce qui peut s'entendre pour des soins complexes et séquencés. Je vous proposerai simplement un amendement rédactionnel.

L'article 8 complète les dispositions relatives aux sanctions financières qui sont à la main du directeur général de l'ARS en élargissant les hypothèses dans lesquelles il peut les prononcer ; en prévoyant un barème gradué, qui serait précisé par voie réglementaire ; en portant la valeur de l'amende maximale de 150 000 à 300 000 euros, et celle de l'astreinte journalière de 1 000 à 2 000 euros. Je vous proposerai d'augmenter encore ces valeurs, respectivement à 500 000 et 5 000 euros, afin de rendre les sanctions plus dissuasives et d'affiner le barème dans lequel le directeur de l'ARS pourra choisir celle qui correspond le mieux aux manquements constatés, en fonction de leur gravité.

Enfin, l'article 9 prévoit la remise d'un rapport relatif aux moyens dont les ARS auront besoin pour remplir ces nouvelles missions. Il est vrai que les moyens de contrôle des ARS sont ce qu'ils sont ; nous l'avons déjà déploré ici même en préconisant de renforcer les contrôles sur les groupes gestionnaires d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Il n'est toutefois pas nécessaire de commander au Gouvernement un rapport de plus pour savoir à quoi nous en tenir sur ce point.

Cette proposition de loi me semble pertinente et nécessaire. Je vous propose simplement de renforcer les modalités opérationnelles de sa mise en œuvre et de colmater quelques brèches dans le cadre juridique des centres de santé. Cela ne saurait certes tenir lieu de politique ambitieuse de l'offre de soins, mais c'est là un autre débat.

Pour l'heure, je souhaite que ce texte consensuel, qui a été adopté à l'unanimité par l'Assemblée nationale, puisse trouver au Sénat une rédaction permettant, au gré d'une navette constructive, son adoption définitive au Palais-Bourbon.

Enfin, en tant que rapporteur, il me revient de vous proposer un périmètre au titre de l'article 45 de la Constitution.

Je vous propose de considérer que ce périmètre inclut des dispositions relatives au régime d'autorisation des centres de santé ; aux règles relatives au suivi des professionnels exerçant dans ces structures ainsi qu'à l'organisation de leur mission collective de garantie de la sécurité et de la qualité des soins ; à l'identification des praticiens et à la facturation des actes des centres de santé ; aux exigences éthiques applicables aux praticiens et gestionnaires de ces structures ; aux sanctions applicables aux centres de santé et à leurs dirigeants en cas de pratiques contraires au code de la santé publique.

En revanche, ne présenteraient pas de lien, même indirect, avec le texte déposé des amendements relatifs au régime d'autorisation des établissements de santé ou aux règles d'installation et de conventionnement des professionnels de santé.

Il en est ainsi décidé.

Mme Catherine Deroche, présidente. – Il convenait en effet de réguler les centres de santé ; certains donnent une image déplorable qui rejait sur l'ensemble des structures de ce type.

J'ai envoyé un message de soutien à notre collègue présidente de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, qui a reçu des lettres d'injures et de menaces racistes dans le contexte très passionné que vous savez.

Mme Florence Lassarade. – Je remercie Jean Sol pour ce remarquable travail. Le problème qui se pose dans les centres dentaires ne vient-il pas de la cotation des actes ? La conservation de la dent vivante est sous-valorisée au bénéfice des implants, qui rapportent beaucoup : on en revient à l'époque où, aux États-Unis, à 20 ans, chacun se faisait arracher toutes ses dents. La dent vivante peut être conservée beaucoup plus longtemps qu'on ne le pense, mais à raison d'un travail minutieux et chronophage qui n'est pas valorisé par les tarifs.

M. Olivier Henno. – L'examen de ce dossier nous remet en mémoire nos cours d'économie sur les effets de la concentration capitaliste – c'est d'autant plus frappant qu'il s'agit du domaine de la santé et des soins. Nous connaissons le sujet s'agissant des maisons de retraite ; on observe, dans les centres dentaires, une même remise en cause de la qualité des soins, avec un maillage territorial qui, de surcroît, s'effiloche quelque peu.

Cette proposition de loi répond à toutes ces questions, mais elle y répond partiellement. Se pose, de manière plus profonde, la question de la cotation des actes, en effet, mais aussi celle d'une nouvelle pratique libérale de la médecine : une remise à plat est nécessaire, s'agissant de questions nouvelles, auxquelles on était peu confronté autrefois. Les solutions ne seront pas trouvées par petits bouts : c'est l'organisation de notre système de soins et de santé en général qui est en question.

Mme Laurence Cohen. – Madame la présidente, je soutiens le message que vous avez envoyé à la présidente de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale : l'insulte et les menaces n'ont rien à faire dans nos débats, qui doivent rester courtois et posés.

Je remercie Jean Sol pour la qualité de son travail et pour son écoute.

Je partage les propos de Florence Lassarade.

Pourquoi n'utilise-t-on pas cette proposition de loi pour rétablir l'agrément pour tous les centres de santé ? Cela permettrait de garantir la qualité. La majeure partie des centres de santé, d'ailleurs, se plie à aux exigences de qualité ; ceux qui sont visés sont des bandits. L'agrément pour tous les centres de santé me paraît la meilleure solution, assortie de décrets d'application bien cadrés qui permettraient d'empêcher les dérives.

Je regrette que nous n'ayons pas pu réintroduire à cette occasion un amendement adopté lors d'un précédent texte financier qui visait à réguler l'installation des centres de santé. Or, je considère que si une régulation est nécessaire, elle ne peut pas s'appliquer de la même manière aux structures pluridisciplinaires et à l'exercice individuel.

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale. – Laurence Cohen vient de poser la question que je souhaitais soumettre à notre rapporteur sur l'agrément.

Je remercie Jean Sol pour la clarté de ses explications : nous voterons ses propositions. Ces scandales-là, qui se nourrissent de la souffrance des gens, ne devraient pas exister. On parle souvent des fraudes aux prestations, mais elles sont sans commune mesure avec celles qui sont ici évoquées. Il faut augmenter les pénalités si l'on veut éradiquer le problème.

Mme Victoire Jasmin. – Je félicite notre collègue Jean Sol pour son travail.

Le contrôle de ces activités lucratives, qui entraînent des dérives considérables, sera du ressort des ARS ; mais je doute de leur capacité à contrôler réellement – on l'a vu pour les Ehpad : leurs effectifs sont insuffisants, sans parler de la formation et des référentiels métiers.

Il faut poser la question des diplômes des professionnels qui exercent dans ce genre de structures. Les numéros Adeli devraient être recensés et vérifiés par l'ARS, car en ce domaine aussi prospèrent des pratiques illégales. De manière générale, il faut garantir l'efficacité et la pertinence des contrôles.

Ces centres fonctionnent n'importe comment, parfois avec du personnel sous-qualifiés. Un encadrement est nécessaire, mais il faut veiller aux moyens permettant d'assurer la qualité et la conformité des pratiques.

M. Jean Sol, rapporteur. – Madame Lassarade, la question de la cotation des actes peut en effet se poser, mais cela ne justifie pas les détournements constatés. Les surfacturations réalisées ne l'ont pas été pour solvabiliser une meilleure prise en charge des soins, mais bien pour générer des profits.

Monsieur Henno, les centres de santé sont bel et bien révélateurs d'un phénomène de concentration ; ils sont d'ailleurs plus densément présents dans les zones urbaines. Notez que le directeur général de l'ARS pourra désormais refuser l'agrément en cas d'incompatibilité avec le projet régional de santé, ce qui est un moyen discret mais réel de lutter contre ce phénomène.

Madame Cohen, si l'agrément pour tous les centres a été supprimé en 2009, c'est qu'à l'époque on constatait que les autorités administratives n'étaient pas capables de gérer cette charge – il s'agissait alors de favoriser les installations afin de répondre à un besoin. La charge que représente ce nouvel agrément applicable aux seules activités dentaires et ophtalmologiques est déjà considérable. Sur le sujet de l'installation, nous avançons discrètement...

Madame Doineau, oui, il reste un peu de marge pour rendre les sanctions plus dissuasives ; d'où mon amendement de relèvement du barème. Les ARS sont d'ailleurs demandeuses de tels pouvoirs.

Madame Jasmin, la question de l'effectivité des moyens de contrôle est bel et bien cruciale, concernant notamment les numéros d'identification. La PPL améliore les contrôles des contrats de ces centres, mais aussi le suivi des professionnels en cas de fermeture ; mais il est vrai qu'il faudra que cet effort soit accompagné de moyens supplémentaires et de formations spécifiques pour les personnels des ARS.

Mme Catherine Deroche, présidente. – Ce texte prévoit de rétablir l'agrément pour les centres dentaires et ophtalmologiques, qui ont fait l'objet de très graves dérives. D'autres types de centres de santé auraient-ils pu justifier ce même traitement ?

M. Alain Milon. – La suppression de l'agrément fut en effet une conséquence de la loi HPST ; mais ce qu'une loi défait, une autre peut le rétablir.

Je poserai une question qui n'a pas de lien direct avec le texte : on constate, sur le territoire national, que des groupes financiers à capitaux étrangers sont en train de prendre le contrôle des cliniques de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), des centres de psychiatrie, mais aussi de certains établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) et même, en Île-de-France, de certains centres de santé.

À l'occasion de l'examen de ce texte, ne pourrait-on voter des amendements tendant à limiter cette prise de contrôle ? Je suis très inquiet, car la santé privée, sous forme d'un consortium de groupes, risque un jour d'être plus puissante que la santé publique.

M. Daniel Chasseing. – Je félicite Jean Sol pour cet excellent travail. Certains centres, pas tous, ont pour unique objectif le rendement financier ; il faut encadrer leur activité. J'ai vu des dentistes, venus de pays de l'est de l'Europe, recyclés dans de tels centres.

Mme Annie Le Houerou. – Je m'associe au soutien apporté à la présidente de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale.

Cette proposition de loi est un texte de réaction à plusieurs scandales sanitaires impliquant des centres de santé ; merci pour ce travail très intéressant, monsieur le rapporteur.

L'encadrement législatif est nécessaire ; pour autant, ce texte restera lettre morte si les ARS n'ont pas les moyens, en effectifs, mais aussi en compétences, de le faire appliquer. Les ARS elles-mêmes disent que les compétences en analyse financière sont aujourd'hui insuffisantes au sein de leurs équipes pour pouvoir contrer l'organisation sophistiquée que ces centres de santé mettent en place.

Le texte ne concerne que les centres de santé ophtalmologiques et dentaires. Actuellement, des centres de santé fleurissent sur la base de téléconsultations, avec un encadrement général, et d'autres centres de santé spécialisés peuvent donner lieu à des dérives. Le texte n'y répond pas.

L'amendement du rapporteur précise le sujet de l'identification des professionnels. Il est important d'avoir un numéro unique non seulement pour les centres de soins, mais aussi pour tous les professionnels de santé intervenant dans ces centres, qu'ils soient salariés ou libéraux.

Il faut aussi avoir un répertoire national. Les agréments seront donnés par région, mais les personnes ayant eu un comportement déviant ne doivent pas pouvoir intervenir dans d'autres régions. C'est un garde-fou.

Je fais le lien avec l'autre texte. La loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, dite « loi Rist », prévoit un accès direct à des assistants dentaires. Or des assistants dentaires ou des orthoptistes interviennent en amont de l'évaluation médicale, par exemple par un ophtalmologiste. Tout cela doit bien s'articuler pour obtenir un vrai diagnostic médical d'un professionnel et répondre au besoin de soin.

De nombreux textes sont déposés pour répondre à une situation particulière ou à une dérive du système de santé. Nous devons réfléchir plus globalement à notre système de santé, pour répondre aux besoins de soin par une offre de soins et non par des arguments pécuniaires ou lucratifs. Les centres de santé s'implantent dans des zones déjà très bien dotées en offre de soins.

M. Bernard Bonne. – Merci pour cet excellent rapport, qui comporte de nombreuses similitudes avec le rapport sur les Ehpad que nous avons publié avec Michelle Meunier à la suite du scandale Orpéa. Nous sommes dans la même configuration : de grands groupes ne sont là que pour faire de l'argent, et ne s'intéressent qu'à la rentabilité, plutôt qu'aux patients. Cela devient inacceptable. Il faut imposer des limites et des contrôles. Je doute que l'ARS soit prête à remplir la mission que nous lui avons confiée. Elle ne contrôle qu'au sein de la région, or ces groupes sont interrégionaux, voire internationaux, et arrivent à masquer leur rentabilité. S'il n'y a pas un contrôle officiel et organisé des groupes, nous n'arriverons pas à contrôler la totalité de ce qu'ils font.

Il faut aussi limiter l'expansion de ces groupes. Nous avons proposé, pour les maisons de retraite, une limitation à 25 % en moyenne pour les groupes privés.

Je ne comprends pas que les ARS ne s'allient pas avec les ordres des médecins, des dentistes et des pharmaciens pour contrôler ensemble ces structures et se transmettre les informations.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Nous nous associons à la protestation contre les agressions verbales et le courrier reçu par Mme Fadila Khattabi. Ce courrier comprend des insultes racistes et assimile les personnes de communautés étrangères à des trafiquants de drogue. Nous savons d'où peut venir une telle attaque.

Je remercie le rapporteur pour son travail important. Si nous ne visons plus le vote conforme, nous pourrions déposer des amendements sans aucune culpabilité... L'Assemblée nationale a adopté ce texte à l'unanimité, mais avec l'abstention de certains groupes politiques... Il fallait l'améliorer.

Nous avons beaucoup débattu des centres de santé durant la commission d'enquête sur le scandale Orpéa. Des améliorations sensibles et importantes ont été apportées contre les conflits d'intérêts. Mais ce genre de loi n'examine le problème que sous l'angle des abus du secteur privé lucratif. Le secteur mutualiste n'approuve pas certaines préconisations, qu'il juge inadaptées. On légifère pour contenir un secteur privé lucratif qui abuse, mais ce prisme nous empêche de proposer de véritables solutions. Nous allons passer beaucoup de temps à mettre en place l'agrément provisoire, aux dépens des contrôles des ARS, qui doivent être inopinés et fréquents. De plus, cet agrément provisoire pose problème. Affectons plus de temps au contrôle.

Arrêtons de courir derrière le privé lucratif qui trouvera d'autres moyens de s'enrichir. Peut-on faire de l'argent sur les activités de santé ? Nous avons déposé un amendement pour que les centres de santé ne fassent pas partie du secteur privé lucratif ; autrement, ils trouveront toujours un moyen de faire du profit... Tarissons plutôt la source !

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. – L'article 2 précise que les centres de santé doivent se doter d'un comité dentaire ou ophtalmologique composé uniquement de médecins du centre et éventuellement de représentants d'usagers. Ne craignez-vous pas que cet entre soi ne mène à rien et empêche tout contrôle effectif ? Il faudrait qu'un représentant extérieur, par exemple de l'ordre, puisse donner son avis.

Mme Catherine Deroche, présidente. – Le syndicat des ophtalmologistes demande que les orthoptistes participent à ce comité, notamment dans un contexte d'accès direct – les patients ignorent parfois qu'ils ont été vus par un orthoptiste et non un ophtalmologiste. Cela sera revu pour la séance publique.

M. Jean Sol, rapporteur. – Monsieur Milon, la place des groupes dans les centres de santé est en réalité réduite ou peu visible. Les centres sont nécessairement gérés par des organismes à but non lucratif. Des associations font l'interface. Certains, comme le groupe Ramsay, développent des centres expérimentaux. Ce texte ne concerne en revanche pas les établissements de santé. Reste que le poids croissant du privé justifierait une réflexion plus globale et un texte spécifique.

Je partage l'analyse de M. Chasseing sur les profits. Nous devons y mettre un terme.

Madame Le Houerou et monsieur Bonne, ce texte va améliorer notre connaissance des pratiques frauduleuses. Il crée un répertoire national des décisions de suspension ou de fermeture de centres. Les ordres professionnels doivent être mieux informés des manquements aux bonnes pratiques professionnelles touchant à la qualité, à la sécurité des soins et à la gestion des risques.

Madame Poncet Monge, effectivement il faut identifier quels contrôles faire, les prioriser et les renforcer. Les centres gérés par les collectivités locales, par exemple, ne doivent pas être prioritaires.

Les bénéficiaires des centres de santé ne peuvent pas être redistribués. Mais interrogeons-nous également sur les raisons pour lesquelles des organismes non lucratifs, comme la Croix-Rouge, cherchent à céder leurs centres de santé, et plus globalement à réduire leur offre de soins.

Monsieur Vanlerenberghe, selon les personnes auditionnées, le comité médical ou dentaire ne pose pas de difficultés particulières. Il doit être possible d'inclure des professionnels supplémentaires, à condition de le prévoir dans le décret. Il ne nous a en tout cas pas semblé souhaitable que le gestionnaire en soit membre, car celui-ci a vocation à se prononcer sur les pratiques professionnelles, à la qualité des soins et à la gestion des risques.

EXAMEN DES ARTICLES

Article 1^{er}

M. Jean Sol, rapporteur. - L'amendement [COM-6](#) clarifie la procédure d'agrément ainsi que des conditions de refus et de retrait.

Il réécrit une partie de l'article, en vue de reformuler les dispositions relatives à la procédure d'agrément pour préciser les dispositions relatives au dossier d'agrément et aux motifs de refus, intégrant les refus prévus à l'article L. 6323-1-12 modifié à l'article 4 et clarifier le cadre de la visite de conformité, qui suit l'octroi de l'agrément provisoire et prévoit que les résultats de cette visite, transmis à la caisse locale de l'assurance maladie, peuvent ainsi conduire au retrait de l'agrément ; et de permettre à l'agence régionale de santé d'exiger l'actualisation des éléments demandés dans le dossier d'agrément. En effet, les déclarations d'intérêts ou encore les contrats liant l'organisme gestionnaire à des sociétés tierces peuvent évoluer de manière substantielle après le dépôt de la demande d'agrément. Donnons à l'ARS les moyens de constater des changements de nature à compromettre la bonne gestion du centre de santé et de permettre la consultation par le conseil de l'ordre du projet de santé du centre, car celui-ci, ainsi que ses modifications, donne un éclairage pertinent à l'analyse du contrat de travail dont l'ordre est chargé.

L'amendement [COM-6](#) est adopté. En conséquence, les amendements [COM-1](#) et [COM-2](#) deviennent sans objet.

L'article 1^{er} est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Après l'article 1^{er}

M. Jean Sol, rapporteur. – La conservation du dossier médical et la transmission des dossiers en cas de fermeture sont des lacunes importantes dans la gestion et la prise en charge des patients lésés par certains centres de santé déviants. L'amendement [COM-7](#) prévoit une obligation de conservation du dossier médical et de mise à disposition de ce dernier en cas de fermeture, pour prévenir de tels manquements et assurer la reprise des patients.

L'amendement [COM-7](#) est adopté et devient article additionnel.

Avant l'article 1^{er}bis (nouveau)

M. Jean Sol, rapporteur. – L'amendement [COM-3](#) exclut les établissements de santé privés à but lucratif des organismes pouvant créer et gérer un centre de santé. Avis défavorable.

L'amendement [COM-3](#) n'est pas adopté.

Article 1^{er}bis (nouveau)

M. Jean Sol, rapporteur. – L'amendement [COM-8](#) privilégie une codification au sein de l'article L.6323-1-3 relatif aux organismes gestionnaires des centres de santé.

L'amendement [COM-8](#) est adopté. En conséquence, l'amendement [COM-4](#) devient sans objet.

L'article 1^{er} bis est ainsi rédigé.

Article 1^{er}ter (nouveau)

M. Jean Sol, rapporteur. – L'amendement [COM-9](#) supprime l'article 1^{er} ter au profit d'un transfert à l'article 1^{er}.

L'amendement [COM-9](#) est adopté.

L'article 1^{er} ter est supprimé.

Article 1^{er}quater (nouveau)

M. Jean Sol, rapporteur. – L'amendement [COM-10](#) corrige des erreurs de référence.

L'amendement [COM-10](#) est adopté.

M. Jean Sol, rapporteur. – L'amendement [COM-11](#) encadre l'application transitoire du régime d'agrément aux centres existants. Il prévoit que, faute du dépôt du dossier de demande d'agrément dans le délai de six mois, le centre de santé n'est plus autorisé à dispenser des soins dentaires ou ophtalmologiques, alors qu'aucune conséquence n'est prévue en cas d'absence d'engagement dans la procédure d'agrément. Il prévoit également, pour la gestion du stock, un délai de trente mois à l'issue duquel les centres actuels ne pourront continuer de dispenser des soins dentaires ou ophtalmologiques qu'à la condition d'un agrément définitif. Les ARS disposeront ainsi d'un délai de deux ans après le dépôt du dernier dossier de demande d'agrément pour délivrer ce dernier.

L'amendement [COM-11](#) est adopté.

L'article 1^{er} quater est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Après l'article 1^{er} quater (nouveau)

M. Jean Sol, rapporteur. – L'amendement [COM-12](#) interdit la publicité en faveur des prestations délivrées.

L'amendement [COM-12](#) est adopté et devient article additionnel.

Article 2

M. Jean Sol, rapporteur. – L'amendement [COM-13](#) précise le rôle et le fonctionnement du comité médical ou dentaire.

L'amendement [COM-13](#) est adopté.

M. Jean Sol, rapporteur. – L'amendement [COM-14](#) précise la rédaction des dispositions relatives à la bonne information des patients sur les professionnels qui concourent à leur prise en charge.

L'amendement [COM-14](#) est adopté.

L'article 2 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 2 bis (nouveau)

M. Jean Sol, rapporteur. – L'amendement [COM-15](#) élargit aux bénévoles des dispositions relatives à l'identification personnelle des praticiens des centres de santé.

L'amendement [COM-15](#) est adopté.

L'article 2 bis est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 3 (Supprimé)

L'article 3 demeure supprimé.

Article 4

M. Jean Sol, rapporteur. – L'amendement [COM-5](#) oblige la publication, sur le site de l'ARS, des décisions de sanction financière que prend son directeur général. Une telle publication est actuellement facultative. J'y suis plutôt favorable.

L'amendement [COM-5](#) est adopté.

M. Jean Sol, rapporteur. – L'amendement [COM-16](#) clarifie la disposition relative à l'information de la Cnam et des ordres des décisions de suspension et de fermeture de centres.

L'amendement [COM-16](#) est adopté.

M. Jean Sol, rapporteur. – L'amendement [COM-17](#) est rédactionnel et de clarification.

L'amendement [COM-17](#) est adopté.

L'amendement rédactionnel [COM-18](#) est adopté.

L'article 4 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 5 (nouveau)

L'amendement de clarification [COM-19](#) est adopté.

L'article 5 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 6 (nouveau)

M. Jean Sol, rapporteur. – L'amendement [COM-20](#) supprime l'article 6, qui est satisfait.

L'amendement de suppression [COM-20](#) est adopté.

L'article 6 est supprimé.

Article 7 (nouveau)

L'amendement rédactionnel [COM-21](#) est adopté.

L'article 7 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 8 (nouveau)

M. Jean Sol, rapporteur. – L'amendement [COM-22](#) prévoit l'information des instances ordinales des manquements constatés compromettant la qualité et la sécurité des soins.

L'amendement [COM-22](#) est adopté.

M. Jean Sol, rapporteur. – L’amendement [COM-23](#) relève les valeurs maximales de l’amende administrative et de l’astreinte journalière.

L’amendement [COM-23](#) est adopté.

L’amendement de clarification rédactionnelle [COM-24](#) est adopté.

L’article 8 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 9 (nouveau)

M. Jean Sol, rapporteur. – L’amendement [COM-25](#) vise à supprimer l’article 9, qui est une demande de rapport.

L’amendement de suppression [COM-25](#) est adopté.

L’article 9 est supprimé.

La proposition de loi est adoptée dans la rédaction issue des travaux de la commission.

TABLEAU DES SORTS

Auteur	N°	Objet	Sort de l’amendement
Article 1^{er}			
Procédure d’agrément des centres de santé pour les activités dentaires et ophtalmologiques			
M. SOL, rapporteur	6	Clarification de la procédure d’agrément ainsi que des conditions de refus et de retrait	Adopté
Mme PONCET MONGE	1	Caractère définitif de l’agrément et suppression de la visite de conformité	Satisfait ou sans objet
Mme PONCET MONGE	2	Caractère définitif de l’agrément et obligation de visite de l’ARS dans les douze mois suivant sa délivrance	Satisfait ou sans objet
Article(s) additionnel(s) après l’article 1^{er}			
M. SOL, rapporteur	7	Conservation du dossier médical et mise à disposition de ce dernier en cas de fermeture	Adopté
Article(s) additionnel(s) avant l’article 1^{er} bis (nouveau)			
Mme PONCET MONGE	3	Exclusion des établissements de santé privés à but lucratif des organismes pouvant créer et gérer un centre de santé	Rejeté
Article 1^{er} bis (nouveau)			
Prévention des conflits d’intérêts pour l’exercice de fonctions dirigeantes d’un centre de santé			
M. SOL, rapporteur	8	Modification d’une imputation législative	Adopté
Mme PONCET MONGE	4	Limitation du champ des incompatibilités à l’exercice d’une fonction dirigeante aux intérêts avec des entreprises lucratives	Satisfait ou sans objet

Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Article 1^{er} ter (nouveau) Information de l'agence régionale de santé, de l'assurance maladie et de l'ordre en cas de fermeture d'un centre de santé			
M. SOL, rapporteur	9	Suppression de l'article au profit d'un transfert à l'article 1 ^{er}	Adopté
Article 1^{er} quater (nouveau) Procédure d'agrément des centres de santé existants			
M. SOL, rapporteur	10	Correction de références	Adopté
M. SOL, rapporteur	11	Encadrement de l'application transitoire du régime d'agrément aux centres existants	Adopté
Article(s) additionnel(s) après l'article 1^{er} quater (nouveau)			
M. SOL, rapporteur	12	Interdiction de publicité en faveur des prestations délivrées	Adopté
Article 2 Création d'un comité médical ou dentaire et information des patients sur les professionnels exerçant dans les centres de santé			
M. SOL, rapporteur	13	Rôle et fonctionnement du comité médical ou dentaire	Adopté
M. SOL, rapporteur	14	Organisation de la bonne identification, par le patient, des praticiens qui contribuent à sa prise en charge	Adopté
Article 2 bis (nouveau) Identification des professionnels de santé salariés des centres de santé			
M. SOL, rapporteur	15	Élargissement aux bénévoles des dispositions relatives à l'identification personnelle des praticiens des centres de santé	Adopté
Article 3 (Supprimé) Suivi des contrats de travail des chirurgiens-dentistes et des ophtalmologistes			
Article 4 Conséquences emportées par une décision de suspension ou de fermeture d'un centre de santé pour manquement à ses obligations			
Mme PONCET MONGE	5	Publication obligatoire des décisions de sanction financière sur le site de l'ARS	Adopté
M. SOL, rapporteur	16	Clarification de la disposition relative à l'information de la Cnam et des ordres des décisions de suspension et de fermeture de centre	Adopté
M. SOL, rapporteur	17	Clarification de la disposition relative aux conséquences d'une décision de suspension ou de fermeture de centre	Adopté
M. SOL, rapporteur	18	Précision de la disposition relative à la création d'un répertoire des mesures de suspension et de fermeture de centre	Adopté

Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Article 5 (nouveau) Transmission annuelle à l'ARS des comptes certifiés du centre de santé			
M. SOL, rapporteur	19	Clarification de la disposition relative à la certification des comptes des gestionnaires de centres	Adopté
Article 6 (nouveau) Sanction financière en cas de manquement au respect de l'obligation de transmission d'informations à l'ARS			
M. SOL, rapporteur	20	Suppression de l'article 6	Adopté
Article 7 (nouveau) Interdiction de la demande de paiement intégral anticipé des soins			
M. SOL, rapporteur	21	Clarification de la disposition relative à l'interdiction d'exiger le paiement intégral anticipé des soins	Adopté
Article 8 (nouveau) Sanctions applicables en cas de manquement par les centres de santé à leurs obligations réglementaires			
M. SOL, rapporteur	22	Information des instances ordinales des manquements constatés compromettant la qualité et la sécurité des soins	Adopté
M. SOL, rapporteur	23	Relèvement des valeurs maximales de l'amende administrative et de l'astreinte journalière	Adopté
M. SOL, rapporteur	24	Nouvelle rédaction relative à la fixation d'un barème de sanction par décret	Adopté
Article 9 (nouveau) Demande de rapport relatif aux moyens des agences régionales de santé			
M. SOL, rapporteur	25	Suppression de l'article	Adopté

RÈGLES RELATIVES À L'APPLICATION DE L'ARTICLE 45 DE LA CONSTITUTION ET DE L'ARTICLE 44 BIS, ALINÉA 3, DU RÈGLEMENT DU SÉNAT (« CAVALIERS »)

Si le premier alinéa de l'article 45 de la Constitution, depuis la révision du 23 juillet 2008, dispose que « tout amendement est recevable en première lecture dès lors qu'il présente un lien, même indirect, avec le texte déposé ou transmis », le Conseil constitutionnel estime que cette mention a eu pour effet de consolider, dans la Constitution, sa jurisprudence antérieure, reposant en particulier sur « la nécessité pour un amendement de ne pas être dépourvu de tout lien avec l'objet du texte déposé sur le bureau de la première assemblée saisie »¹.

De jurisprudence constante et en dépit de la mention du texte « transmis » dans la Constitution, le Conseil constitutionnel apprécie ainsi l'existence du lien par rapport au contenu précis des dispositions du texte initial, déposé sur le bureau de la première assemblée saisie². Pour les lois ordinaires, le seul critère d'analyse est le lien matériel entre le texte initial et l'amendement, la modification de l'intitulé au cours de la navette restant sans effet sur la présence de « cavaliers » dans le texte³. Pour les lois organiques, le Conseil constitutionnel ajoute un second critère : il considère comme un « cavalier » toute disposition organique prise sur un fondement constitutionnel différent de celui sur lequel a été pris le texte initial⁴.

En application des articles 17 bis et 44 bis du Règlement du Sénat, il revient à la commission saisie au fond de se prononcer sur les irrecevabilités résultant de l'article 45 de la Constitution, étant précisé que le Conseil constitutionnel les soulève d'office lorsqu'il est saisi d'un texte de loi avant sa promulgation.

¹ Cf. commentaire de la décision n° 2010-617 DC du 9 novembre 2010 - Loi portant réforme des retraites.

² Cf. par exemple les décisions n° 2015-719 DC du 13 août 2015 - Loi portant adaptation de la procédure pénale au droit de l'Union européenne et n° 2016-738 DC du 10 novembre 2016 - Loi visant à renforcer la liberté, l'indépendance et le pluralisme des médias.

³ Décision n° 2007-546 DC du 25 janvier 2007 - Loi ratifiant l'ordonnance n° 2005-1040 du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé et à la répression de l'usurpation de titres et de l'exercice illégal de ces professions et modifiant le code de la santé publique.

⁴ Décision n° 2020-802 DC du 30 juillet 2020 - Loi organique portant report de l'élection de six sénateurs représentant les Français établis hors de France et des élections partielles pour les députés et les sénateurs représentant les Français établis hors de France.

En application du *vademecum* sur l'application des irrecevabilités au titre de l'article 45 de la Constitution, adopté par la Conférence des Présidents, la commission des affaires sociales a arrêté, lors de sa réunion du mercredi 8 février 2023, **le périmètre indicatif de la proposition de loi n° 162 (2022-2023) visant à améliorer l'encadrement des centres de santé.**

Elle a considéré que **ce périmètre incluait** des dispositions relatives :

- au régime d'autorisation des centres de santé ;
- aux règles relatives au suivi des professionnels exerçant dans ces structures ainsi qu'à l'organisation de leur mission collective de garantie de la sécurité et de la qualité des soins ;
- à l'identification des praticiens et à la facturation des actes des centres de santé ;
- aux exigences éthiques applicables aux praticiens et gestionnaires de ces structures ;
- aux sanctions applicables aux centres de santé et à leurs dirigeants en cas de pratiques contraires au code de la santé publique.

En revanche, la commission a estimé que ne présentaient **pas de lien, même indirect, avec le texte déposé**, des amendements relatifs :

- au régime d'autorisation des établissements de santé ;
- aux règles d'installation et de conventionnement des professionnels de santé.

LISTE DES PERSONNES ENTENDUES

- **Fédération nationale des centres de santé (FNCS)**
Dr Dominique Dupont, conseiller technique Séminaires et juridiques
Sabrina Tanqueray, directrice
- **Union des centres de santé dentaires (UCSD)**
James Cohen, vice-président
Patrice de Poncins, vice-président
- **Fédération nationale de la Mutualité française (FNMF)**
Yannick Lucas, directeur des affaires publiques
Céline Giordano, responsable de l'offre de soins de 1^{er} recours –
Direction de l'offre de soins, de l'autonomie et des parcours (Dosap)
- **Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom)**
Dr François Arnault, président
Francisco Journey, directeur des services juridiques
- **Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes (ONCD)**
Philippe Pommarède, président
Sylvie Germany, juriste, directrice des affaires juridiques et institutionnelles
Élisabeth Vicent-Davaut, juriste
- **Direction générale de l'offre de soins (DGOS)**
Sandrine Billet, sous-directrice du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins
Samuel Delafuys, chef de bureau Coopérations et contractualisations
Juliette Parnot, chargée de mission Coopérations et contractualisations

- **Agence régionale de santé (ARS) d'Île-de-France**

Amélie Verdier, directrice générale

Béatrice Sevadjian, directrice du pôle Ville et hôpital

- **Agence régionale de santé (ARS) de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur**

Sébastien Debeaumont, directeur général adjoint

Marion Chabert, directrice de la direction des soins de proximité

- **Caisse nationale de l'Assurance maladie (Cnam)**

Fabien Badinier, directeur du contrôle et de la lutte contre la fraude

Claire Traon, responsable adjointe du département des professions de santé

Véronika Levendof, chargée des relations avec le Parlement

LA LOI EN CONSTRUCTION

Pour naviguer dans les rédactions successives du texte, visualiser les apports de chaque assemblée, comprendre les impacts sur le droit en vigueur, le tableau synoptique de la loi en construction est disponible sur le site du Sénat à l'adresse suivante :

<http://www.senat.fr/dossier-legislatif/ppl22-162.html>