

**ASSEMBLÉE NATIONALE**

26 janvier 2023

PLFRSS POUR 2023 - (N° 760)

Commission	
Gouvernement	

**AMENDEMENT**

N ° 195

présenté par  
M. Bazin  
-----

**ARTICLE ADDITIONNEL****APRÈS L'ARTICLE 14, insérer l'article suivant:**

Après l'article 98 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023, il est inséré un article 98-1 ainsi rédigé :

« Art. 98-1. – Au plus tard le 30 septembre 2023, le Gouvernement remet au Parlement un rapport évaluant l'impact de l'application de l'article 71 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 et sur l'opportunité, en fonction des résultats, de mettre en œuvre un dispositif d'identification des professionnels de santé salariés d'un centre de santé mentionné à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique par un numéro personnel distinct du numéro identifiant la structure où ils exercent, au moins en partie, leur activité. »

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

L'article 71 de la LFSS 2022, en complétant l'article L. 6323-1-12 du code de la santé publique, entendait renforcer les pouvoirs du directeur de l'ARS en matière de sanction dans l'hypothèse où serait « constaté 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 ou au respect des dispositions législatives et réglementaires relatives aux néo-centres de santé ou en cas d'abus ou de fraude commise à l'égard des organismes de sécurité sociale ou des assurés sociaux ».

L'objet premier de cet amendement est donc de connaître l'impact de l'article 71 de la LFSS 2022 sur ces manquements potentiels des néo-centres de santé par la remise d'un rapport au Parlement. En fonction des résultats, ledit rapport étudierait également l'opportunité de mettre en œuvre un dispositif d'identification des professionnels de santé salariés d'un néo-centre de santé mentionné à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique par un numéro personnel distinct du numéro identifiant la structure où ils exercent, au moins en partie, leur activité. En effet, après l'affaire « DENTEXIA » plus grand scandale sanitaire en matière de prise en charge

de soins bucco-dentaires de ces dernières années, les néo-centres de santé dentaires ont continué à faire parler d'eux.

En 2021 et 2022, deux Agences régionales de santé fermaient définitivement ou provisoirement des néo-centres de santé dentaires.

Par ailleurs, les reportages télévisés sur ce sujet sont de plus en plus nombreux et de plus en plus alarmistes (reportage diffusé le 17 avril 2021 par TF1 sur des néo-centres de santé dentaires, sur France 5 en mars 2022, sur M6 le 8 mai 2022 Enquête exclusive, TF1 JT de 20h le 26 septembre 2022).

Ils mettent tous l'accent sur les dérives commerciales de ces néo-centres de santé déviants (pratiques de surtraitements, fixation d'objectifs financiers très élevés, pression forte de la hiérarchie...) provoquant de graves conséquences sur la santé de nos concitoyens, dont les plus précaires.

En outre, ces dérives commerciales sont fréquemment associées à des fraudes à l'Assurance maladie.

Elles sont facilitées par le fait qu'un numéro d'identification est affecté à un néo-centre de santé dentaire et non à un chirurgien-dentiste déterminé y exerçant puisque les soins sont facturés par le néo-centre et donc remboursés au centre. C'est donc le gestionnaire qui est connu de l'Assurance maladie et non le chirurgien-dentiste salarié.

Alors que l'analyse des profils d'activité des chirurgiens-dentistes libéraux permet de déceler d'éventuelles anomalies ou pratiques atypiques dans les actes réalisés de ce fait – ce qui peut conduire à un contrôle – pour les néo-centres de santé dentaires aucun suivi de profil n'est possible.

Ce qui facilite la fraude, puisque l'Assurance maladie est privée de la possibilité de détecter automatiquement ou de façon plus ciblée des anomalies.

Cette situation est par ailleurs de nature à faciliter la pratique illégale de l'art dentaire puisque l'Assurance maladie n'a aucune certitude sur le fait que ce sont des chirurgiens-dentistes qui respectent les conditions légales d'exercice (qualification, inscription à l'Ordre...) qui ont pratiqué les actes facturés.

Pour corriger cette situation, les feuilles de soins devraient être télétransmises, cosignées par le gestionnaire et le praticien.