

## **Présentation par le Collectif contre Dentexia à ses membres du dispositif ministériel d'aide aux victimes de Dentexia**

Le 18 Novembre 2016

Le Ministère de la Santé met en place un dispositif d'aide destiné à faciliter la reprise de soins des personnes lésées par Dentexia.

A titre liminaire, les représentants du Collectif contre Dentexia tiennent à rappeler que les ex-patients Dentexia ne peuvent aucunement être tenus pour responsables des circonstances ayant conduit à leur situation actuelle, comme l'a bien relevé le rapport de l'IGAS publié en juillet 2016. En conséquence, le dispositif concerné ne peut être vu que comme la réponse institutionnelle à une problématique touchant des victimes sur un plan sanitaire et social. Victimes qu'il ne s'agit pas de rendre otages de débats qui les dépassent et d'orientations technico-politiques nourries par des principes et des intérêts divergents au cœur et à la périphérie de la profession dentaire.

Pendant près de trois mois, les détails de ce dispositif ont fait l'objet d'échanges nourris entre les représentants du Collectif contre Dentexia, qui rassemble un certain nombre de victimes des centres dentaires incriminés, et les responsables institutionnels concernés. Ces échanges parfois très techniques ont permis de mieux appréhender, et parfois d'infléchir, le périmètre de l'aide, ainsi que sa mécanique interne. Nous remercions les autorités d'avoir compris l'importance de rendre le dispositif transparent, et d'avoir accepté d'en discuter les divers volets avec nous.

### **Généralités**

#### **1. Il s'agit d'une aide financière indirecte, rendue possible grâce à la mobilisation des fonds d'action sanitaire et sociale de l'Assurance-Maladie.**

La prise en charge proposée constitue un dispositif exceptionnel et dérogatoire aux dispositifs existants d'action sociale, tant dans la nature des actes financés (actes hors nomenclature), que des montants accordés et des assurés éligibles au regard de leur niveau de ressources.

Elle n'a pas vocation à réparer un préjudice moral ou à compenser en général la faiblesse du remboursement de l'assurance-maladie obligatoire sur les soins dentaires. Elle ne peut par ailleurs servir à solvabiliser les plans de traitement tels qu'établis initialement par Dentexia.

En conformité avec l'esprit de l'action sociale et sanitaire, elle sera modulée au regard de **critères de ressources**, avec un plafond pour la tranche de revenus la plus élevée (voir plus bas pour le **barème**).

## **2. L'aide s'adresse aux personnes qui ont à reprendre des soins, c'est-à-dire celles pour lesquelles les travaux engagés par Dentexia ont été réalisés partiellement ou avec des défauts importants.**

L'aide sera accordée pour le financement des soins directement liés aux actes pratiqués dans les centres Dentexia. Dès lors, cela comprend les suites de soins mal réalisés (**malfaçons** et **mutilations**), et/ou de soins partiellement réalisés (soins commencés et non finis) et à fonds perdus en raison de la liquidation des centres. L'aide concerne aussi les **complications** nées de l'arrêt des soins suite à la liquidation des centres Dentexia.

Le dispositif ne se limite pas aux soins restant à réaliser, et est ouvert aux soins déjà entrepris après la liquidation des centres, **sur présentation de factures** datées et signées par le nouveau praticien ou centre dentaire ayant dispensé les soins (avec une étude au cas par cas pour les travaux réalisés à l'étranger). Les patients qui ont déjà réalisé et payé leurs soins depuis la fermeture peuvent donc faire une demande.

Le public concerné est celui ayant eu un passage en centre après le **1<sup>er</sup> janvier 2015**. Les victimes ayant débuté leurs soins avant 2015, et qui peuvent justifier du fait que leurs soins étaient toujours en cours en 2015, sont donc éligibles. En revanche, les ex-patients ne pouvant prouver qu'ils étaient suivis chez Dentexia en 2015 sont exclus du dispositif.

Une dérogation est accordée pour les ex-patients du cabinet King de Marseille, compte tenu de la date de liquidation précoce de ce cabinet, dès lors qu'ils pourront apporter la preuve qu'ils sont passés par le cabinet King après le *1<sup>er</sup> janvier 2014*.

Pour rappel, la date de liquidation des différents centres est la suivante :

- Dentexia Lyon Tête d'Or, Lyon Grange-Blanche, Vaulx-en-Velin, Chalon-sur-Saône, Colombes : 4 mars 2016
- Cabinet King : 20 février 2015
- Cabinet Pagès : 25 février 2016

## **3. La cible du dispositif correspond aux personnes qui ont à subir un surcoût du fait de leur passage dans un centre Dentexia, ce qui est le cas dans deux situations qui ne sont pas mutuellement exclusives:**

- la personne a subi des malfaçons ou mutilations; les patients qui pourront justifier de complications résultant d'un acte mais également *d'une absence* d'acte initialement prévu seront éligibles.
- et/ou a engagé des frais à fonds perdus (la partie correspondant aux frais non réalisés par Dentexia n'est pas récupérée ou récupérable, notamment par le biais du remboursement partiel ou intégral consenti par une société de crédit).

Cependant, le Ministère de la Santé insiste sur le fait que le dispositif d'aide à la reprise des soins ne peut en aucun cas être perçu comme un dispositif destiné à solvabiliser les plans de traitement tels qu'établis initialement par Dentexia. Ainsi, le seul préjudice né de la reprise des soins à des tarifs différents de ceux pratiqués par Dentexia ne sera pas retenu en tant que tel (c'est le cas si le patient souhaitant terminer son plan de traitement se rend chez un nouveau dentiste qui pratique des tarifs plus élevés que ceux de Dentexia). Il faut que des arguments sanitaires bien établis, en lien avec le passage chez Dentexia (ex : absence de soins, port de provisoires sur une durée excessive), justifient la prise en charge pour que l'aide soit accordée.

En outre, dès lors que les personnes ont pu récupérer les fonds engagés pour les soins non réalisés, il n'est pas du ressort de l'assurance maladie de solvabiliser les patients au-delà des niveaux de remboursement qui s'appliquent à tout assuré. Dans les cas où les personnes ont reçu un remboursement intégral de leur crédit affecté par leur organisme de crédit ou dans les cas où les personnes ont été remboursées à hauteur des montants prévus pour les soins finalement non reçus, les ex-patients de Dentexia ne sont pas éligibles à l'aide sauf, comme mentionné plus haut, à avoir subi des malfaçons, des mutilations ou des complications liées aux soins dispensés chez Dentexia (ou à leur absence).

Les autorités conseillent de bien **justifier les devis** à verser au dossier de demande d'aide : les alternatives thérapeutiques devront être argumentées, ou au moins explicitées. Si certains principes d'éligibilité doivent nécessairement être posés en garde-fous, les décisionnaires se veulent rassurants sur le fait que la première porte d'entrée dans le dossier-patient sera d'ordre sanitaire (ex : les travaux sont-ils justifiés ? leur coût est-il raisonnable par rapport à la situation bucco-dentaire du patient ?), et qu'ensuite seulement rentreront en ligne de compte des critères administratifs (ex : le patient a-t-il été remboursé d'un crédit affecté ? quel est son quotient familial ?).

## **Dossier de demande d'aide**

1. Les dispositions légales en vigueur confient à chaque caisse de sécurité sociale le soin d'organiser son action sociale. Néanmoins, en vue de garantir au maximum l'équité de traitement, une cellule nationale dédiée sera mise en place auprès de la CNAMTS, qui s'occupera d'examiner les dossiers en provenance des patients quelle que soit leur localisation géographique. Après analyse du dossier au cas par cas par des chirurgiens-dentistes conseils, cette cellule nationale de pré-instruction proposera un montant de prise en charge qui sera ensuite transmis à la caisse locale du régime général ou au régime d'affiliation de l'assuré si ce dernier n'est pas au régime général. Il reviendra directement aux caisses locales du régime général et des autres régimes de délibérer sur la base de cet avis. Les caisses locales auront donc - comme prévu en droit et bien que des consignes en vue d'une harmonisation des décisions soient diffusées - la faculté de moduler la proposition qui leur aura été soumise par la cellule nationale.

Les autorités indiquent que le dispositif d'aide ne ponctionnera pas la dotation de l'action sociale prévue habituellement au niveau de chaque caisse : une enveloppe nationale est dédiée à l'affaire Dentexia, qui sera déléguée aux caisses locales en fonction des besoins (c'est-à-dire des montants accordés aux patients qui auront déposé un dossier).

A noter que les ressortissants de la caisse nationale militaire de sécurité sociale devront s'adresser à leur régime, et non à la cellule nationale.

L'accord sur la prise en charge sera donné et notifié par la caisse de résidence de l'assuré. En vue d'obtenir le versement final de l'aide, les personnes seront informées par leur caisse des documents à lui adresser pour que les soins soient payés. Il n'est en effet pas certain que l'ensemble des caisses demande la transmission des factures, notamment en cas de tiers payant.

La date butoir de réception des dossiers de demande d'aide par la CNAM sera fixée au 31 mars 2017.

Un accusé de réception sera envoyé par mail aux victimes qui déposeront un dossier (pour les personnes sans internet, un contact téléphonique sera effectué par la caisse pour confirmer la bonne réception du dossier).

Aucune durée maximale n'est retenue pour la réalisation des soins, ceux-ci peuvent s'échelonner jusqu'à complétude du plan de traitement retenu.

2. L'appréciation des critères d'éligibilité sera conditionnée par la production par le patient d'un certain nombre d'**informations et de pièces à joindre** à son dossier de demande d'aide :

***Pour l'identification du bénéficiaire des soins :***

- adresse (fournir l'adresse sur papier libre si vous avez déménagé)
- adresse mail (à fournir éventuellement sur papier libre)
- numéro de téléphone portable (à fournir éventuellement sur papier libre, notamment par les victimes n'ayant pas internet)
- attestation carte vitale
- carte de complémentaire santé
- photocopie carte d'identité

***Pour le dossier relatif aux soins (à mettre sous enveloppe confidentielle) :***

- radio panoramique récente (moins de 6 mois) avec une version numérique par mail ou sur un CD-ROM (pour garantir une qualité permettant l'interprétation du cliché)
- examen clinique du dentiste, schémas dentaire
- plans de traitement avec les différentes alternatives thérapeutiques (argumentées) et devis correspondants (2 au minimum).

Les deux devis (au minimum) à verser au dossier peuvent être produits par un même praticien. En effet, il s'agit moins de mettre en concurrence deux praticiens que d'apprécier les alternatives thérapeutiques existant pour un même besoin. Il est important que les choix thérapeutiques soient bien explicités dans ces devis.

Le Collectif a demandé à ce que le devis retenu par la cellule d'experts ne soit pas par défaut le moins coûteux. Le Collectif n'a connaissance d'aucune restriction en matière de prise en charge ou de remboursement : tous les actes mentionnés sur les devis sont éligibles, peu importe le type d'acte, à condition que ces actes soient rendus nécessaires à la suite du passage par Dentexia et dans la limite des tarifs normalement pratiqués. Le ministère ayant indiqué que l'appréciation serait globale et porterait indifféremment sur les actes habituellement remboursés et les actes hors nomenclature, d'ordinaire non remboursés par l'assurance maladie.

Les dentistes-experts de la cellule nationale ne proposeront pas eux-mêmes de plan de traitement. Leur rôle est d'avaliser l'une des alternatives thérapeutiques présentées. Si deux solutions thérapeutiques *équivalentes* sont présentées par le patient sous la forme d'un devis onéreux (proposant la pose d'implants par exemple) et d'un autre moins cher (avec un bridge « clipsable » au lieu d'une série d'implants par exemple), il est possible que ce soit la solution la moins coûteuse qui soit choisie. **Ainsi, il revient au patient de s'arranger avec les praticiens pour que les devis proposés recueillent son plein assentiment.** Les dentistes-experts partiront du principe que les devis sont connus et acceptés du patient.

- tout autre document médical récent utile à l'examen médical du dossier : certificat de situation bucco-dentaire (le CSBD est donc facultatif), éventuellement rapport d'expertise (d'assurance ou judiciaire), relevé de constatations (ex : certificat médical détaillé établi par un dentiste ayant repris les soins avant que le CSBD soit envoyé aux patients), autres pièces médicales,...

Le dossier devra par ailleurs pour les ex-patients du centre King et dans les cas où aucune feuille de soins n'aurait été émise, fournir les documents attestant des soins réalisés par Dentexia à savoir les factures reçues ou, à défaut, les devis ou tout document attestant des soins effectués dans le centre Dentexia.

***Pour le dossier de prise en charge :***

- Attestation mentionnant le montant de participation financière détaillée de la mutuelle (acte par acte) sur les devis fournis

***Pour la partie financière :***

- Dernier avis d'imposition du foyer fiscal

- Déclarations de ressources nettes mensuelles du foyer avec les justificatifs sur les trois derniers mois :

- ✓ salaires
- ✓ indemnités journalières
- ✓ indemnisation chômage
- ✓ retraite
- ✓ prestations familiales
- ✓ rsa/prime d'activité

Les salaires pris en compte sont ceux des trois derniers mois précédents la date de l'envoi de la demande d'aide. Le salaire correspond par ailleurs au "net fiscal imposable" figurant sur les fiches de paie. Les primes et 13ème mois n'étant pas toujours aisément identifiables sur les fiches de paie, il n'est pas prévu d'exclure ces ressources pour des questions de gestion et de rapidité de traitement des dossiers.

- pièces permettant d'une part de justifier qu'un paiement a été réalisé au profit de Dentexia et d'autre part de renseigner sur la part qui a éventuellement pu être récupérée :

- ✓ certificat d'irrecouvrabilité (indiquant le montant de la créance) délivré par le mandataire-liquidateur, ou autre preuve que le patient a bien versé des fonds à Dentexia (ex : relevés de compte bancaire, récépissés de carte bleue, reçus d'honoraires, entente financière mentionnant les encaissements) ou qu'il est en train de rembourser un crédit personnel ;
- ✓ protocole d'accord indiquant le montant remboursé par l'organisme prêteur (en général Franfinance ou Sofemo-Cofidis) en cas de crédit affecté, ou à défaut attestation sur l'honneur indiquant qu'aucun remboursement n'a pu être obtenu (**voir modèle ci-joint**).

Il est rappelé que toute personne procédant à une fausse déclaration en vue d'obtenir un avantage financier est passible de sanctions pénales.

**Niveau et modalités d'application du barème de prise en charge**

La solution retenue n'est pas celle d'un barème par prestation (avec un montant de remboursement par type de prestation : couronnes, implants,...), mais celle d'une prise en charge globale à la fois des soins habituellement remboursés et des soins hors nomenclature (comme les implants), d'ordinaire non remboursés par l'assurance maladie.

Le barème est d'autre part plus avantageux que ceux habituellement appliqués en matière d'action sociale qui ne financent que des sommes relativement réduites au profit d'assurés modestes, et excluent de fait les personnes aux ressources plus élevées.

Il est important de noter que l'aide ne correspondra pas à un pourcentage du devis présenté par l'assuré, mais à un pourcentage du reste à charge (sous réserve d'un plafond pour la tranche de revenus la plus élevée).

Ce reste à charge sera calculé :

- en déduisant les remboursements par l'assurance maladie
- en déduisant le remboursement par la complémentaire santé de l'assuré,
- en ne retenant que les soins directement liés aux actes pratiqués par Dentexia.

En cas de dépassements tarifaires anormalement élevés, l'aide pourra par ailleurs être calculée sur la base de montants inférieurs à ceux présentés dans les devis. La personne restera évidemment libre de demander à son praticien un nouveau devis.

**Barème pour moduler le remboursement du reste à charge :**

Le calcul du quotient s'effectue en fonction du total de ressources nettes mensuelles retenues / nombre de personnes au foyer (pour une personne seule : /1,5, pour un enfant de moins de 18 ans : /0,5).

Revenus	Part du reste à charge remboursée
Quotient < 800	100%
Quotient < 1 000	90%
Quotient entre 1 000 et 1 500	80%
Quotient entre 1500 et 2 000	70%
Quotient entre >2 000	60% avec un plafond limité à 7 000 euros

A notre demande, la Ministère de la Santé a validé les deux exemples ci-dessous d'application du barème (en partant du principe que le montant du devis soumis à la cellule nationale soit directement lié aux actes pratiqués dans les centres Dentexia) :

<b>Exemple 1</b>	<b>Exemple 2</b>
------------------	------------------

<b>Calcul du Dénominateur</b>	
<i>couple avec 3 enfants de – de 18 ans : 2+1.5 = 3.5</i>	<i>Personne seule : 1.5</i>
<b>Calcul du Numérateur</b>	
<i>Parent 1 : 2000€ (moyenne des revenus sur les trois derniers mois) Parent 2 : 2000€ Numérateur : 4000€</i>	<i>Personne 1 : 3100€ (moyenne des revenus sur les trois derniers mois) Numérateur : 3100€</i>
<b>Calcul du Quotient Familial</b>	
<i>4000/3.5 = 1143</i>	<i>3100/1.5 = 2067</i>
<b>Simulation du montant de l'aide</b>	
<i>Montant du devis : 10 000€ Remboursement S.S : 1000 € (arbitraire) Remboursement mutuelle : 3000€ (arbitraire) Reste à charge : 6000€ % aide selon barème : 80% Aide octroyée : 4800€</i>	<i>Montant du devis : 20 000€ Remboursement S.S : 2000 € (arbitraire) Remboursement mutuelle : 6000€ (arbitraire) Reste à charge : 12000€ % aide selon barème : 60% Aide octroyée : 7000€ (plafond)</i>
<b>Reste à payer pour le patient</b>	
<i>1200€</i>	<i>5000€</i>

Pour les assurés du régime général, la procédure du tiers payant sera possible, sous réserve de l'accord du praticien. Le bénéfice du tiers payant pour les assurés des autres régimes dépendra, au-delà de l'accord du praticien, des pratiques ordinaires de ceux-ci. L'aide pourra donc être versée en tiers payant directement au professionnel de santé ou versée directement à l'assuré.

Lorsque le tiers payant ne peut pas être pratiqué, le Collectif a demandé à ce que les caisses locales adressent l'accord stipulant le montant de l'aide en indiquant dans le même courrier les documents à fournir pour le remboursement.

Les représentants du Collectif ont attiré l'attention sur le fait qu'à tranche de revenu équivalente (ex : 60%), la situation était sensiblement différente lorsque le montant à régler sur ses fonds propres s'élève à

10 000 € (reste à payer : 4000 €) ou bien lorsqu'il s'élève à 1 000 € (reste à payer : 400 €). **Ainsi, de façon générale, le barème favorise les devis peu coûteux et pénalise les patients les plus sévèrement touchés.** Nous regrettons que nos propositions d'implémenter un barème plus favorable pour tous et déplaçonné pour les tranches de revenus jugées les plus favorables, ou de mettre en place un coefficient pondérateur de manière à tenir compte du montant du devis (ou de la perte sèche essuyée par le patient du fait de son passage chez Dentexia) aient été refusées par les autorités.

Les représentants du Collectif ont par ailleurs fait remarquer qu'il existait une difficulté à articuler les différentes mesures mises en place par les autorités [qui impliquent successivement d'appeler un numéro vert mis en place par l'ARS, de recevoir un bon de la part d'un autre organisme – l'assurance-maladie-, de faire remplir par un professionnel le CSBD rédigé par l'ONCD, et de trouver des dentistes acceptant d'établir un devis et de reprendre le chantier dentaire en conformité avec les modalités de l'aide ministérielle]. Ainsi, nous avons fait savoir qu'il était souhaitable **qu'un diagramme détaillant les différentes opérations soit mis à la disposition des patients**, le diagramme de circuit d'opérations devant idéalement indiquer la conduite à tenir en cas de dysfonctionnements lors de l'une ou l'autre des étapes précitées. Le Ministère de la Santé nous a informés du fait qu'une fiche à destination des patients (**fiche « mode d'emploi » patient**), intégrant un diagramme présentant les différentes étapes du dispositif, était en cours de finalisation. De plus, un suivi sera assuré pour les patients déposant un dossier, ces derniers pourront connaître l'état d'avancement de leur demande.

Deux autres outils sont en cours de préparation :

- o Pour les praticiens : **fiche « mode d'emploi » praticien** (qui devrait notamment être téléchargeable sur le site de l'Ordre) ; le Pr. Garcia milite pour que les informations soient publiées dans *La Lettre de L'Ordre*, qui est lue par les dentistes.
- o Pour assurer le suivi du parcours des patients : **fiche de liaison** (implémentée au niveau des ARS).

Dans l'attente de ces fiches-outils, nous proposons le résumé suivant :

#### Résumé du circuit pour les aides :

- **Il est recommandé d'appeler le numéro vert (si ce dernier est toujours disponible dans sa région) pour se faire recenser et de passer le certificat de situation bucco-dentaire (CSBD)**

La trame de ce document est envoyée au domicile du patient, qui reçoit des attestations de prise en charge pour se faire rembourser par sa caisse d'assurance-maladie un bilan clinique (à hauteur de 30€) et une radiographie panoramique (24€)

- **Un dossier de demande d'aide est à compléter**

Le ministère a mis en ligne les informations correspondantes sur le site internet ameli.fr

<http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-medicale/vous-avez-ete-victime-des-centres-dentexia.php>

- **Il faudra joindre plusieurs documents à ce dossier**

Dont vos justificatifs de revenus, vos nouveaux devis...

- **Le formulaire et les justificatifs devront être envoyés à Paris**

Tous les dossiers seront étudiés au même endroit, par la même "cellule" composée entre autres de dentistes de l'assurance-maladie. L'adresse où envoyer le dossier est la suivante :

Caisse nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)

À l'attention du médecin de la cellule nationale Dentexia

Cabinet du directeur général

26-50, avenue du Professeur André Lemierre



75986 Paris cedex 20

- **Un accusé de réception vous sera adressé**

Envoi par mail pour vous prévenir que la cellule a bien reçu votre dossier (ou appel téléphonique si pas d'internet)

- **Le montant accordé vous sera adressé par courrier**

Après étude de vos revenus, devis et autres documents par la cellule nationale, votre caisse d'assurance-maladie calculera le montant de votre aide et vous adressera le résultat chez vous

- **La procédure de dispense de frais n'est pas automatique**

En fonction du dentiste qui reprendra vos soins et de votre régime d'assurance-maladie, le tiers payant sera possible ou non

- **Versement de l'aide sur présentation de factures**

L'aide pourra également être versée après réalisation des soins, sur présentation des factures établies depuis la liquidation du centre dentaire Dentexia

Les représentants du Collectif ont demandé à pouvoir suivre quelques dossiers-types (4 ou 5), avec l'accord du patient ou de façon anonyme, de façon à s'assurer que l'ensemble des dossiers avance de façon homogène. Compte tenu de l'importance de leur mission et de leur degré de responsabilité, nous avons également demandé à pouvoir rencontrer les dentistes-experts qui seront chargés d'instruire les dossiers.

## **Articulation entre le dispositif ministériel et les processus indemnitaires**

. Il n'est pas exclu que des assureurs demandent à soustraire le montant de la prise en charge accordée par le biais du dispositif ministériel des indemnités qu'elles pourraient éventuellement accorder dans le cadre de négociations amiables ou suite à des actions en justice. Si de tels mécanismes sont possibles, le pretium doloris, le préjudice esthétique, et d'autres préjudices demeurent cependant indemnisables de plein droit.

. L'ensemble des représentants du Collectif contre Dentexia tiennent à afficher leur ferme opposition à ce que des cabinets d'avocats peu regardants sur la déontologie de leur profession réclament un honoraire de résultat sur le montant de l'aide octroyée par le biais du dispositif ministériel, apparentant ce dernier à une "négociation à l'amiable" qu'ils n'ont en aucun cas conduite. Le Ministère de la Santé souligne que l'aide sera dans la majorité des cas, ou bien versée en tiers payant directement au professionnel de santé, ou alors versée directement à l'assuré.

\*\*

Les représentants du Collectif contre Dentexia appellent de leurs vœux la mise en place rapide du dispositif promis par les autorités, en espérant que ce dernier soit conforme en tout point au cahier des charges énoncé ci-dessus.

Enfin, nos derniers mots iront aux chirurgiens-dentistes en général, sans qu'aucune reprise des soins n'est possible, et au Conseiller en charge de la reprise des soins en particulier : nous voulons croire que ces professionnels, qu'ils exercent en libéral ou en centre dentaire, sauront faire preuve d'à-propos, de compréhension et de bienveillance à l'endroit des victimes de Dentexia et de sa liquidation.

*Abdel Aouacheria ([aouacheria.abdel@gmail.com](mailto:aouacheria.abdel@gmail.com)). Pour le Collectif contre Dentexia.*