



ASSEMBLÉE NATIONALE

15ème législature

Prise en charge des opérations de réhabilitation fonctionnelle après cancer

Question écrite n° 2357

Texte de la question

Mme Jeanine Dubié attire l'attention de Mme la ministre des solidarités et de la santé au sujet de la prise en charge financière partielle des implants et prothèses dentaires dans le cadre de chirurgies de réhabilitation fonctionnelle après un cancer de la bouche. En effet, les personnes atteintes par ce type de cancer doivent subir de nombreuses opérations de la face avec d'importantes conséquences traumatiques. Les patients doivent dès lors recourir à des opérations chirurgicales de réhabilitation implanto-prothétiques pour éviter des troubles respiratoires, d'élocution, de déglutition ou encore de mastication. Or si le geste chirurgical est bien pris en charge financièrement, les implants et les prothèses dentaires nécessaires à la reconstruction ne le sont pas. En moyenne, cela représente pour un patient une dépense à financer de 10 000 euros. S'il ne fait aucun doute que ces opérations de réhabilitation ne sont pas de l'ordre de considérations esthétiques ou de confort, l'assurance maladie continue à les considérer comme tel. Elle lui demande de bien vouloir lui préciser les mesures qu'elle va mettre en œuvre pour garantir à tous les assurés un réel accès aux droits et aux soins.

Texte de la réponse

S'agissant des implants, une décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) en date du 25 septembre 2013 prévoit, spécifiquement pour les patients atteints d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires, la prise en charge par l'assurance maladie de leur pose et de leur ablation, dans un maximum de six implants. Les actes de dégagement et activation des implants et d'aménagement du site implantaire sont également pris en charge. S'agissant des prothèses dentaires pour les patients atteints d'un cancer de la cavité buccale, elles sont prises en charge par l'assurance maladie. Il peut néanmoins exister un reste à charge lié aux honoraires pratiqués par le chirurgien-dentiste. Si le patient bénéficie de la couverture maladie complémentaire, il est dispensé de tout reste à charge. Pour les autres cas, la diminution du reste à charge s'inscrit dans le cadre plus global de l'engagement du Président de la République d'offrir à l'ensemble des Français, d'ici à 2022, un accès à un panier de soins prothétiques sans reste à charge. Des travaux impliquant l'assurance maladie, les organisations syndicales représentatives des chirurgiens-dentistes et les organismes complémentaires sont en cours sur le sujet. Par ailleurs, l'assuré est en mesure de solliciter, s'il le souhaite, une aide à la prise en charge auprès de la commission de l'action sanitaire et sociale de la caisse primaire d'assurance maladie dont il relève.

Données clés

Auteur : [Mme Jeanine Dubié](#)

Circonscription : Hautes-Pyrénées (2^e circonscription) - Non inscrit

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 2357

Rubrique : Santé

Ministère interrogé : [Solidarités et santé](#)

Ministère attributaire : [Solidarités et santé](#)

Date(s) clé(s)

Question publiée au JO le : [24 octobre 2017](#), page 5107

Réponse publiée au JO le : [27 février 2018](#), page 1748