



ASSEMBLÉE NATIONALE

12ème législature

maladies rares

Question écrite n° 89680

Texte de la question

M. Philippe Pemezec * appelle l'attention de M. le ministre de la santé et des solidarités sur les difficultés que génère l'absence de prise en charge de l'agénésie dentaire par la sécurité sociale. Cette maladie orpheline, caractérisée par l'absence partielle ou totale de dents, provoque d'importantes souffrances physiques et psychologiques : atrophie de la mâchoire, archaïsme des dents existantes, problèmes de mastication, complications digestives et apparence inesthétique. De tels handicaps freinent bien souvent l'insertion sociale. L'implant dentaire est alors l'unique solution pour les personnes souffrant d'agénésie dentaire. Seulement, ces implants dentaires étant considérés comme des agréments esthétiques, ils ne peuvent faire l'objet de remboursement par la Sécurité sociale. Or, le coût d'un implant dentaire est généralement rédhibitoire pour nombre de nos concitoyens. L'octroi d'une aide sociale par le fonds social des caisses primaires d'assurance maladie s'avère insuffisant pour les revenus les plus modestes. Il souhaite donc savoir s'il envisage une couverture, même partielle, des frais induits par l'agénésie dentaire.

Texte de la réponse

L'attention du ministre de la santé et des solidarités est appelée sur la reconnaissance et la prise en charge par l'assurance maladie, de l'agénésie dentaire. Un groupe de travail, chargé d'examiner la prise en charge des implants dentaires en cas d'agénésie dentaire multiple s'est réuni une première fois le 16 janvier 2006 afin d'examiner la liste des actes nécessaires à la réalisation d'un traitement implanto-prothétique chez l'enfant et chez l'adulte. Une nouvelle réunion s'est tenue le 13 mars 2006 afin d'examiner le cas particulier des enfants, pour pouvoir procéder rapidement à une saisine de la Haute Autorité de santé (HAS) et de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) en vue de l'inscription des actes au remboursement dans les meilleurs délais. La Haute Autorité de santé a été saisie le 23 avril 2006. Néanmoins, compte tenu de l'ampleur de la tâche qui lui revient, notamment la définition précise de 17 actes médicaux, elle ne devrait rendre son avis qu'en fin d'année, ayant renouvelé son délai de six mois ainsi que l'y autorise la loi. Ce n'est qu'à l'issue de l'avis qu'elle aura rendu que l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) pourrait procéder à l'inscription au remboursement de ces traitements. Néanmoins, les assurés ne disposant pas de ressources suffisantes pour faire face aux frais exposés peuvent solliciter auprès de leur caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) une aide financière sur les crédits de l'action sanitaire et sociale en attendant la décision de l'UNCAM.

Données clés

Auteur : [M. Philippe Pemezec](#)

Circonscription : Hauts-de-Seine (12^e circonscription) - Union pour un Mouvement Populaire

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 89680

Rubrique : Santé

Ministère interrogé : santé et solidarités

Ministère attributaire : santé et solidarités

Date(s) clé(s)

Question publiée le : 21 mars 2006, page 2989

Réponse publiée le : 28 novembre 2006, page 12538