



15ème législature

Question N° : 21414	De Mme Géraldine Bannier (Mouvement Démocrate et apparentés - Mayenne)	Question écrite
Ministère interrogé > Solidarités et santé		Ministère attributaire > Solidarités et santé
Rubrique >assurance maladie maternité	Tête d'analyse >Absence de remboursement des soins nécessités par une parodontite	Analyse > Absence de remboursement des soins nécessités par une parodontite.
Question publiée au JO le : 16/07/2019 Réponse publiée au JO le : 26/04/2022 page : 2777 Date de changement d'attribution : 07/07/2020		

Texte de la question

Mme Géraldine Bannier interroge Mme la ministre des solidarités et de la santé sur l'absence de remboursement par la sécurité sociale des soins nécessités par une parodontite. Cette maladie inflammatoire qui touche la gencive et l'os autour des dents est pourtant la cause principale de la perte des dents chez les adultes. L'assurance maladie, de fait, prend en charge uniquement quatre types d'actes de parodontologie : la ligature métallique, le détartrage complet sus et sous-gingival dans la limite de deux séances, l'attelle métallique et la prothèse attelle de contention. Or ces actes sont souvent sujets à des dépassements d'honoraires et les tarifs varient selon la durée du traitement et le praticien. De plus, de nombreuses séances sont parfois nécessaires. Par ailleurs, de nouvelles technologies émergent, comme le traitement par laser, qui ne sont pas prises en charge. L'absence de remboursement par la sécurité sociale entraîne aussi, pour certains patients, l'absence d'indemnisation par leur mutuelle. Ainsi, le coût peut dépasser les mille euros. De ce fait, suite à l'absence contrainte de soins pour cette affection, le patient devra souvent subir l'extraction de ses dents et leur remplacement par des implants dentaires dont le coût beaucoup plus élevé est, lui, pris en charge. Elle lui demande s'il ne vaut mieux pas prévenir que guérir en revoyant l'étendue et la pertinence des soins remboursés pour cette maladie fréquente qu'est la parodontite.

Texte de la réponse

Conformément à leur convention nationale, les chirurgiens-dentistes peuvent facturer leurs actes selon des modalités différentes en fonction des soins délivrés. Tout d'abord, les tarifs des consultations, des soins conservateurs et chirurgicaux, des actes radiologiques et de prévention, qui sont dits « opposables », font l'objet d'une prise en charge de 70% par la sécurité sociale. Les chirurgiens-dentistes peuvent également facturer, après établissement d'un devis, des honoraires supplémentaires en sus du tarif de remboursement fixé par la sécurité sociale pour les soins prothétiques et orthodontiques. Enfin, les autres actes bénéficient de tarifs libres et font l'objet d'une entente directe entre le chirurgien-dentiste et le patient, après remise d'un devis. Ils ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie. La parodontie consiste en la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies parodontales. Ainsi, certains actes de parodontie font l'objet d'un tarif opposable permettant ainsi au patient de bénéficier d'un remboursement par l'assurance maladie. C'est le cas du détartrage sus et sous gingival, de l'attelle métallique, de la prothèse attelle de contention et de la gingivectomie de 4 à 6 dents. Depuis 2013, l'assurance maladie a étendu le champ de la prise en charge à un nouvel acte de parodontie : il s'agit de l'acte d'évacuation d'un



abcès parodontal qui bénéficie désormais d'un remboursement de 70% par la sécurité sociale. De plus, le nouvel accord conventionnel, signé le 21 juin 2018, comporte un dispositif de prévention en faveur des enfants, adolescents et jeunes adultes dont l'ouverture d'un droit à l'examen bucco-dentaire de prévention des dents et du parodonte afin de détecter une éventuelle gingivite. Toutefois, il existe des dispositifs d'aide permettant aux administrés de solliciter une aide financière à la prise en charge sur le fonds d'action sanitaire et social de la caisse d'assurance maladie dont ils relèvent si leur situation financière le nécessite. Enfin, d'autres mesures de nature à améliorer la prise en charge des soins dentaires ont été prises par la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) et le gouvernement, notamment la création d'un contrat d'accès aux soins dentaires pour les centres de santé, le remboursement par les organismes complémentaires, la définition d'une tarification et d'une prise en charge spécifique pour les personnes les plus défavorisées et l'amélioration de l'information du patient...