

**MOTION DU DEPARTEMENT DE LA HAUTE GARONNE
RELATIVE A LA PROBLEMATIQUE DE LA PRISE EN CHARGE FINANCIERE DES
IMPLANTS ET PROTHESES DENTAIRES
DANS LE CADRE DE CHIRURGIES DE REHABILITATIONS FONCTIONNELLES
APRES CANCER OU AUTRES MALADIES DELABRANTES DES MACHOIRES**

Le Conseil de la CPAM de la Haute-Garonne, réuni le 12 septembre 2017, décide d'alerter la CNAMTS sur la problématique relative à la prise en charge financière partielle des implants et prothèses dentaires dans le cadre de chirurgies de réhabilitations fonctionnelles, après un cancer ou d'autres maladies délabrantes des mâchoires.

Cette problématique se situe dans la continuité de la Convention d'Objectifs et de Gestion entre l'Etat et l'Assurance Maladie 2014/2017 qui s'articule autour de quatre objectifs majeurs dont celui de garantir à tous les assurés un accès réel aux droits et aux soins. La raison d'être de l'Assurance Maladie est d'assurer à tous un accès à des soins de qualité. Or, si le geste chirurgical est bien pris en charge financièrement, les implants et les prothèses dentaires nécessaires à la reconstruction après un cancer des voies aérodigestives supérieures ne le sont pas. En moyenne, cela représente pour un patient une dépense à financer de 10 000 €.

Les frais liés aux réhabilitations prothétiques ne peuvent pourtant être considérés comme relevant de considérations esthétiques ou de confort. Le témoignage, dans la lettre ci-jointe, de Daniel CASAMIAN, Président de l'association ELIDAN, illustre les enjeux du combat qu'il mène. Cette association, créée en 2015, a reçu le prix Sandrine RIAUDO 2016 attribué par la CPAM de la Haute-Garonne en récompense des actions menées en faveur des personnes en situation de handicap.

Pour ces raisons, le Conseil de la CPAM de la Haute-Garonne demande à la CNAMTS d'agir en intervenant auprès du Ministère des Solidarités et de la Santé, en considérant, qu'il s'agit d'une urgence en termes de prise en charge financière.

Motion adoptée à l'unanimité lors de la séance du Conseil du 12 septembre 2017.

Le Président du Conseil,



M. Bernard GIL

Ci-joints la lettre de Daniel CASAMIAN, Président de l'association ELIDAN et l'argumentaire médical sur lequel repose cette motion.

ASSOCIATION ÉLIDAN

Daniel Casamian
Président

Toulouse le 06 Juillet 2017

CPAM DE LA HAUTE-GARONNE
M LE PRÉSIDENT

Monsieur le Président,

A l'heure actuelle, les implants et prothèses dentaires dans le cadre des chirurgies de réhabilitations fonctionnelles, après un cancer ou une maladie, ne sont pas totalement pris en charge financièrement et considérées comme de l'esthétique.

Ce constat révèle une carence de notre système de santé et pour les personnes concernées cette situation rajoute de l'incompréhension et de l'injustice à la maladie.

Le coût de ces réhabilitations prothétiques est un frein car les malades ne peuvent, pour la plupart, en assumer la charge.

Les personnes atteintes par ces types de cancer (sphère ORL au sens large) subissent de nombreuses opérations de la face avec pour conséquences des traumatismes physiques et psychologiques.

Si on parle du handicap pur et dur, la non réhabilitation a des conséquences invalidantes majeures sur le fonctionnel, à savoir des problèmes respiratoires, d'élocution, de phonation, de mastication et de déglutition. D'un point de vue psychologique et social, c'est l'isolement, le repli sur soi, la perte de confiance, une mise en retrait de la société et de fait, du monde du travail.

Une des conséquences la plus grave, est le trouble de la déglutition qui devient une préoccupation majeure et source d'inquiétude au quotidien qui modifie le comportement du malade face à la nourriture. En plus des répercussions fonctionnelles (malnutrition, dénutrition, déshydratation et détérioration de la fonction respiratoire) la peur de s'alimenter et de faire des fausses routes se rajoute à tout le reste. Les personnes sont angoissées à l'idée de boire et de manger et peuvent aller jusqu'à l'anorexie, un isolement social avec de possibles états dépressifs. Ce sont là les « dommages collatéraux invisibles ».

C'est pour toutes ces raisons que la réhabilitation prothétique doit être intégrée comme base incontournable du plan de traitement global. Les implants et prothèses dentaires doivent être entièrement pris en charge afin de donner le plus de chance possible au malade de recouvrer une vie normale. Plus vite on réhabilite, plus vite on redynamise, on rééduque, on améliore la phonation, la mastication, les techniques d'alimentation. La réhabilitation est aussi psychologique et sociale. L'amélioration de la qualité de vie permet aux patients de reprendre confiance en eux, de rompre leur isolement et de ne plus se sentir comme des personnes handicapées (déclic indispensable pour reprendre en main sa vie et à une meilleure estime de soi).

Ne pas réhabiliter, c'est laisser « sur le bord de la route » des personnes qui n'ont pas choisies de tomber malade, qui subissent une situation injuste et qui voient leur santé se dégrader.

Réhabiliter, c'est aider les personnes à retrouver leur dignité, à avoir confiance à nouveau en l'avenir. Leur souhait étant de retrouver une vie la plus normale possible en famille, en société et pour les personnes en activité de réintégrer le monde du travail.

Bien à vous

M Casamian Daniel

Plaidoyer pour une modification des conditions de prise en charge de la réhabilitation implanto-prothétique après traitement d'une tumeur de la région oro-faciale.

La plupart des gestes de chirurgie reconstructrice après l'exérèse d'une tumeur sont pris en charge par l'assurance maladie. Le remplacement dentaire est quant à lui en règle générale peu ou pas pris en charge.

Depuis le 27 décembre 2013 (JO du 27 novembre 2013), la version 32 de la CCAM propose une prise en charge partielle selon des règles particulières. Ces règles autorisent sous réserve d'un examen du dossier en concertation pluridisciplinaire la mise en place de 4 implants au maxillaire et 2 à la mandibule pour stabiliser une prothèse dentaire dont les conditions de remboursement n'ont quant à elles pas évolué.

Dans le cadre de la concertation dite d'onco-réhabilitation où nous discutons ce type de dossiers il s'avère que les limites de la prise en charge actuelle ne permettent de restaurer que peu de patients d'abord pour des raisons financières mais également pour des raisons techniques. En effet chaque patient est singulier et le problème concerne des sujets dans tous les âges de la vie, des lésions et des prises en charge différentes tant dans le sacrifice chirurgical qu'elles imposent que dans les moyens de reconstruction disponibles ou la nécessité de traitements complémentaires par chimio ou radiothérapie.

La réhabilitation dentaire n'est pas de l'ordre d'un problème esthétique mais elle est éminemment fonctionnelle. Les fonctions concernées sont tant la mastication que la déglutition et la phonation et notamment l'articulation de la parole. Il y a là un enjeu tant vital que social et psychologique qui joue à l'évidence sur l'insertion ou la réinsertion professionnelle des patients après le traitement de leur maladie.

D'autre part nombre d'entre eux ne comprennent pas que les dents soient le seul organe dont le remplacement n'est pas pris en charge quand son ablation est dictée par une nécessité vitale. Ceci laisse également les médecins et les dentistes dans une impasse du traitement ce qui peut poser des problèmes complexes notamment au chirurgien quant à l'obtention de l'accord du patient pour son traitement après lui avoir délivré une information claire et complète. Certains patients peuvent refuser un traitement quand ils comprennent qu'ils n'auront pas les moyens nécessaires pour assumer le coût d'une réhabilitation dentaire fonctionnelle.

D'un autre côté, nombre de patients en quête d'une solution à leur problème consultent spécialistes après spécialistes ou exposent leur désarroi sur les forums d'internet. Certains iront jusqu'à se faire poser ces implants pris en charge sans ne jamais pouvoir bénéficier de la prothèse qui va avec. Ceci pouvant amener d'autres complications.

Même si ceci n'est pas clairement étudié d'un point de vue médico-économique, l'absence de restauration dentaire stable a un coût évident pour la société.

A l'instar de Mr Daniel Casamian Président de l'association Elidan, de Mr Bernard Gil, Président du Conseil de la CPAM de la Haute-Garonne, nous, médecins impliqués au quotidien dans le traitement et le suivi de ces patients, demandons que la réhabilitation implanto-prothétique après traitement d'une tumeur de la région oro-faciale soit prise en charge par l'assurance maladie sans condition restrictive, technique ou financière

après examen du dossier au sein d'une réunion de concertation pluridisciplinaire labélisée.

Docteur Florian JALBERT, chirurgien maxillo-facial esthétique et reconstructrice à la clinique Pasteur

Professeur Frédéric LAUWERS, Chirurgien maxillo-facial stomatologue, chef de service au CHU de Toulouse

Professeur Virginie WOISARD, Médecin ORL, Phoniatre, responsable de l'unité d'onco-réhabilitation à l'Oncopole

Docteur Marc PRADINES, chirurgien-dentiste prothèses maxillo-faciales et implantologie