

## **Édentement total et argent : Aspects éthiques**

**Stéphane ESCURE**

1999

### **PROBLÉMATIQUE**

L'évolution démographique montre une augmentation constante de l'espérance de vie, les cas d'édentés totaux ne semblent pas disparaître malgré la prévention et des soins conservateurs de plus en plus performants;

Pendant longtemps, la prothèse amovible (dentier) fut le seul traitement possible.

Depuis quelques années, la fiabilité de la thérapeutique implantaire a permis d'envisager d'autres alternatives : les implants peuvent stabiliser les prothèses amovibles mais aussi servir de supports à des bridges complets. Ces traitements restaurent plus efficacement les fonctions de l'appareil manducateur.

Ces techniques ont un coût ; elles ne sont pas prises en charge par les caisses d'assurance maladie. D'un point de vue économique, elles ne peuvent s'adresser à la majorité des édentés totaux.

L'odontologiste doit faire face à un dilemme éthique: il connaît la solution pour redonner un confort incomparable à un édenté total mais doit encore se cantonner à une technique classique insatisfaisante pour des raisons strictement économiques.

Le véritable défi des odontologistes et des pouvoirs publics pour demain sera de permettre à ces patients de vivre le plus confortablement possible et d'éliminer le "dentier" que bon nombre supportent plus dans la poche de leurs vêtements que dans leur bouche

### **INTRODUCTION**

En 1915, lorsque G.W. Gillet écrivait: "The next decade will see the end of removable prosthesis and fixed bridgeworks..." ("la prochaine décennie verra la fin des prothèses amovibles et fixes...") (J National Dent Ass), il ne faisait aucun doute pour lui que la perte des dents et son expression extrême, l'édentation totale devaient très vite disparaître. Aujourd'hui, malgré des soins conservateurs de plus en plus performants, force est de constater que rien ne vient étayer cette prédiction. L'Organisation Mondiale de la Santé prévoit 30% d'édentés totaux dans le monde en 2030.

Toutes les enquêtes épidémiologiques montrent que dans les pays industrialisés, le nombre de cas régresse mais représente encore une part non négligeable de la population :

en Suède, pays réputé pour ses efforts en matière de prévention, Osterberg et collaborateurs ont montré : dans la tranche d'âge 14-74 ans, le nombre d'édentés totaux est passé de 15% en 1975 à 6% en 1989. En 1988, 19% des habitants des grandes villes et 45% en milieu rural sont édentés.

Le pronostic pour les années 2000, est une réduction de ce pourcentage (3 à 4% pour la tranche 45-64 ans) et une proportion de dentés de 60% dans la tranche 75-84 ans.

En 1996, Marcus et collaborateurs ont étudié l'édentement total en Nouvelle Angleterre. Sur un échantillon de 1156 personnes âgées de 70 ans et plus, 36,7% étaient édentées (89,9% étant édentés totaux bimaxillaires).

Au Québec, Le pourcentage d'adultes édentés totaux âgés de 18 ans et plus est passé de 26% en 1980 à 20% en 1993. Dans cette étude, Brodeur et collaborateurs, ont introduit le paramètre du degré d'éducation et ont démontré qu'il existait des groupes à risque.

Dans une étude menée en 1995 dans une région rurale de l'est du Guatemala, Hunter et collaborateurs ont fait le lien entre la perte des dents et des paramètres sociaux et environnementaux. Seul l'édentement total peut apporter le soulagement physique et financier. Ils en déduisent que la santé dentaire est négligée dans les politiques officielles et les plans de développement rural.

Cette dernière remarque montre que l'enjeu d'une politique de santé dentaire passe par la prévention et par une promotion des soins mais aussi par une prise de conscience de tous les acteurs impliqués que l'édentement total n'est pas prêt de disparaître.

Ces acteurs, quels sont-ils ? Ce sont les odontologistes, les pouvoirs publics, les patients et dans une moindre mesure, les industriels.

Les problèmes éthiques relatifs au traitement des édentements totaux concernent chacun de ces acteurs :

### \* **Tout d'abord les odontologistes :**

Les grandes mutations technologiques de ces dernières années ont occulté certaines thérapeutiques dentaires ; le traitement conventionnel de l'édentement total (prothèse totale amovible) en fait partie. La formation des étudiants à cette discipline se réduit de réforme en réforme au profit de matières fondamentales. Il n'est pas rare que certains étudiants terminent leur cursus sans avoir traité un patient édenté total.

L'attrait pour les techniques de pointe, l'implantologie en particulier, ont fait perdre certains impératifs fondamentaux dans le traitement de l'édentement total. A notre avis, il est impossible de réaliser des prothèses totales implantaires sans une connaissance parfaite de ces impératifs.

Les certificats d'études supérieures et les diplômes universitaires n'arrivent plus à être attractifs et risquent à terme disparaître. Les responsables de la formation continue hésitent à promouvoir cette discipline, les médias eux-mêmes n'étant pas intéressés.

Ceci aboutit à un déficit de la qualité globale des prothèses totales amovibles conventionnelles alors que celles-ci sont encore souvent incontournables pour grands nombres de patients. Il y a un risque à terme de faire perdre à cet acte son aspect médical pour ne mettre en relief que son caractère purement mécanique et technique ; dépossédant par la même occasion l'odontologiste au profit du technicien de laboratoire dentaire promu denturologue.

\* **Les pouvoirs publics sont concernés** dans la mesure où l'espérance de vie augmente régulièrement d'année en année. Le patient édenté total est habituellement une personne de plus en plus âgée, souvent multipathologique et dont les ressources économiques sont faibles (un jeu de prothèses conventionnelles représentent parfois trois ou quatre mois de retraite). Cependant, depuis quelques années, il existe une nouvelle catégorie de patients plus jeunes (et même très jeunes) dont la situation économique et sociale est des plus précaires et qui par manque d'éducation, d'information mais aussi par négligence préfère les extractions dentaires aux soins conservateurs.

Dans un cas comme dans l'autre, l'aspect économique est un véritable défi pour les pouvoirs publics ; avec comme leitmotiv : Peut-on supporter de voir des personnes mal ou non appareillées pour des raisons économiques ? Alors que notre société est à l'origine, et de l'allongement de la vie, et de la précarité.

Pourquoi ne pas considérer ces patients comme de véritables handicapés ? Car la perte des dents, outre l'amointrissement des fonctions (mastication et phonation) détruit l'image corporelle. Toute atteinte de cette image remet en question l'équilibre psychique de l'individu et en particulier la notion du sentiment de confiance de soi. En ce sens citons Robert Murphy: "Les handicapés à long terme ne sont ni malade, ni en bonne santé, ni morts, ni vivants, ni en dehors de la société, ni pleinement à l'intérieur".

La prise en charge du traitement de l'édentement total ne semble pas être une option choisie par le texte de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés.

Ce texte prévoit :

- Les tarifs d'honoraires des soins et des prothèses seraient fixés unilatéralement par la caisse et les complémentaires.
- Tous les honoraires deviendraient opposables et en tiers-payant.
- Les niveaux de remboursement seraient fixés unilatéralement.
- La mise en place d'une option "continuité des soins" ; si ce dispositif paraît de prime abord intéressant et logique (prise en charge optimisée si le patient souscrit à l'option, limitation pour les soins conservateurs et pas de remboursement pour la prothèse s'il n'y souscrit pas), tiendra-t-il compte de la difficulté en terme même de continuité de soins chez les personnes en voie de précarisation et les personnes âgées ?

Déjà, la faiblesse de la prise en charge des soins a freiné l'évolution de leur qualité et en a interdit l'accès à une part croissante de la population. Cette réforme risque d'aggraver la situation pour les personnes les plus vulnérables.

Pourtant cette solution semble s'imposer en Europe, puisqu'en Allemagne le gouvernement réforme le système de santé de manière similaire : " ...En matière dentaire, la prévention doit être plus encouragée. Les honoraires doivent être diminués pour des prothèses et appareils dentaires, augmentés en revanche dans le cas des soins destinés à sauvegarder des dents (...) Les médecins et les dentistes ont déjà prédit des coupes considérables dans les soins dispensés au patient " (Le Quotidien du médecin, 29 juin 1999).

En Suède, une privatisation partielle du système de santé est en train de se mettre en place malgré l'opposition du gouvernement social-démocrate ; cependant dans sa loi de finance 1999 a réduit le budget de la santé qui en 1992 représentait 7,5% du produit national brut et en 1998, 6,7% de ce même PNB.

Dans ce contexte, il semble difficile d'envisager une prise en charge des prothèses implantaires.

Cet état de fait met l'odontologiste face à un dilemme éthique: il connaît la solution pour redonner un confort incomparable à un édenté total mais doit encore se cantonner à une technique classique souvent insatisfaisante pour des raisons strictement économiques. Le Docteur André Robert, Président du Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens Dentistes a évoqué le paradoxe entre la pratique essentiellement libérale de l'odontologiste et sa mission de service public, la prise en charge de la santé dentaire des français : "C'est donc entre liberté et contrainte que s'est toujours situé notre exercice, même s'il est vrai qu'aujourd'hui les contraintes paraissent prendre le pas sur les libertés"

\* **Le patient** a avant d'être édenté total, une image de ce que l'on appelle le dentier. Celui-ci peut être considéré comme un monstre et le pire ennemi de son propriétaire comme l'a écrit Claude Olivenstein, son absence renvoie l'image typique décrite par Marc-Alain Descamps : "Ce qui est aussi typique de l'ancien temps ou des pays sous-développés est l'apparence des personnes âgées aux joues rétractées et au menton proche du nez, car elles sont complètement édentées".

Le patient peut réagir de deux manières :

- la résignation ; il a perdu ses dents et doit se contenter de "dentiers" et de ses défauts. La simple restauration de son image par des prothèses amovibles conventionnelles lui suffit. Les problèmes économiques sont aussi l'élément décisif dans le choix d'une thérapeutique : soit les ressources (retraites ou salaires) sont trop faibles pour envisager une solution plus élaborée, soit le patient refuse de consacrer une somme importante. De plus, la crainte d'opérations lourdes et potentiellement douloureuses le rebute.
- Le refus de cet état de fait et le désir de retrouver les dents qu'il a perdues : dans ce cas le patient est sensible à la notion d'image de soi dans laquelle le dentier n'a pas sa place. Pour Joseph Lejoyeux, "l'image du corps constitue la somme progressivement croissante de chaque trace structurelle du vécu émotionnel d'un être humain et l'aspect social qu'il désire imposer à son environnement habituel." Dans ce cas, le corps peut être assimilé à un bien qui contribue à notre plaisir de vivre en même temps qu'il donne à voir aux autres.

## **MATERIEL ET METHODE**

Face aux nombreuses voies de recherche, nous avons voulu appréhender chez des patients édentés totaux, à la fois la notion de confort qui est un facteur éminemment subjectif et le paramètre financier.

La problématique éthique est aux confins de ces deux paramètres; Il est important de connaître le sentiment des patients vis-à-vis des prothèses ajointes totales conventionnelles, ce qui les a poussé à les garder, les refaire ou faire appel aux techniques implantaires.

Notre étude a pour but de réaliser une préenquête afin de pouvoir élaborer au vue des résultats et analyses une recherche plus affinée sur notre problématique: Y a-t-il une éthique de décision thérapeutique dans le traitement des édentés totaux? Existe-t-il des arguments cliniques ou financiers susceptibles de nous aider à répondre à cette demande? Peuvent-ils devenir des éléments décisifs pour un réexamen des taux de remboursement par les caisses d'assurance maladie.

L'étude s'appuie sur un questionnaire que nous avons élaboré avec notre directeur de mémoire. Il recueille dans un premier temps des données sur le profil social des patients interrogés. Dans une autre partie dissociant les porteurs d'implants des non-porteurs, nous avons essayé de dégager le sentiment et l'avis des patients sur la solution qu'ils ont adopté tant du point de vue confort que du point de vue financier. Il est composé en quasi totalité de questions à choix multiples. Deux questions sont ouvertes afin de permettre aux personnes interrogées d'apporter des précisions qui leurs paraîtraient importantes.

100 questionnaires ont été envoyés et 40 nous sont parvenus.

La population habite sur le territoire français métropolitain. Ces patients sont issus de cabinets libéraux du sixième arrondissement de Paris, de Miramas, de Marseille mais aussi des Facultés dentaires de Marseille 15 et Paris 7. Pour les patients de province, les questionnaires ont été envoyés par le Professeur Paul Mariani. Il les a répartis suivant ses cas personnels, ceux d'un spécialiste en prothèse implanto-portée et ceux en cours de soin à l'Hôpital de la Timone (centre de soins de la Faculté de Marseille 15). Nous n'avons pas questionné nos propres patients afin d'éviter tout élément de

subjectivité qui auraient faussé les réponses. Les questionnaires strictement anonymes nous ont été renvoyés directement par les patients eux-mêmes.

La collecte des données s'est faite entre le 1er mai et le 15 juillet 1999. Leur saisie s'est faite sur un ordinateur portable PC 166 MMX muni du tableur Microsoft Excel 97. Pour l'instant des tendances ont été observées; une étude statistique plus poussée sera envisagée pour la suite du travail en fonction d'un nouveau questionnaire et d'un échantillon plus important.

## COMMENTAIRES ET ANALYSE DES PRINCIPAUX RESULTATS

### Profil socioéconomique de l'échantillon

L'échantillon est composé de 40 personnes; il est composé de 22 femmes et de 18 hommes . La moyenne d'âge est de 71,36 ans \_ 11,51 ans. Leur lieu d'habitation se situe en grande partie en province (90%). Il y a 74% d'inactifs et de retraités pour 26% d'actifs. L'échantillon ne comprend ni agriculteur, ni ouvrier.

### Antécédents prothétiques

Nous avons cherché à savoir depuis combien de temps les patients sont édenté totaux (tableau 1), ce qu'il s'est passé lors de l'extraction de leur dernière dent (tableau 2) et combien de fois ils ont fait refaire leur(s) prothèse(s) (tableau 3)

Tableau 1	1-5 ans	6-10 ans	11-20 ans	> 20 ans	Total
Au maxillaire	11	8	8	8	35
%	31%	23%	23%	23%	100%
A la mandibule	14	8	8	7	37
%	38%	22%	22%	19%	100%

Tableau 2	n	%
Transformation de l'ancienne prothèse (partielle) en prothèse complète	10	24%
Mise en place le jour des extractions d'une prothèse immédiate	12	29%
Vous êtes resté édenté le temps de faire une prothèse	19	46%
Total	41	100%

Tableau 3	0 fois	1 fois	2 fois	3 fois
n	9	11	8	6
%	23%	28%	20%	15%

Lors de l'analyse des principaux griefs des patients vis-à-vis de leur(s) prothèse(s) totale(s) amovible(s), l'instabilité est citée dans le tiers des cas. Cette doléance nuit à l'image de soi par un manque de confiance en sa bouche. Deuxièmement, la douleur est un argument pour 20% des patients. La notion d'esthétique est le dernier facteur incitant les patients à refaire leurs prothèses (9%). Les problèmes d'inconfort sont prépondérants. Ces résultats sont en accord avec l'étude de Brunello et Mandikos et celle d'Alain Béry.

Dans la moitié des cas, les praticiens ne proposent pas d'autres alternatives thérapeutiques que des prothèses amovibles conventionnelles. cela n'est pas en accord avec le fait que l'odontologiste doit énoncer au patient toutes les propositions thérapeutiques en accord avec les données acquises de la science et dont son cas relève. Cependant, cela semble corroborer ce qu'Alain Béry avait trouvé lors de son étude : 70% des praticiens font intervenir dans leur propositions le niveau financier de leurs patients. Lorsque le patient est informé des différentes propositions thérapeutiques, il y a une disparité dans les solutions préconisées en rapport avec le maxillaire intéressé par l'édentement total. Pour le maxillaire supérieur, les deux tiers des propositions sont une prothèse amovible totale conventionnelle, pour la mandibule en revanche, la solution implantaire fixe ou amovible est la solution la plus proposée (81%). Les patients qui ont choisi les implants ont été informé par leur praticien (52%), par des personnes de leur entourage (37%) et par les médias (11%).

## Choix des patients

Malgré l'insatisfaction des patients pour leurs prothèses amovibles totales conventionnelles, la majorité recourt encore à cette thérapeutique.

Cependant à la mandibule, 58% ont choisi une solution implantaire, le maxillaire supérieur étant en général moins handicapant. (tableau 4). On peut en déduire que les patients suivent, si cela leur est possible, les propositions qui ont la faveur de leur praticien. Si 81% des solutions proposées pour résoudre l'édentement mandibulaire sont implantaires; 58% des patients ont choisi effectivement cette solution. 69% des solutions proposées au maxillaire sont conventionnelles, 77% des patients ont finalement choisi cette thérapeutique.

Si on s'intéresse au type de prothèses par patient, on remarque la prépondérance du choix de la prothèse conventionnelle (tableau 5).

	Au maxillaire	%	A la mandibule	%
Tableau 4				
Une prothèse complète?	23	77%	13	42%
Une prothèse stabilisée par implants?	5	17%	10	32%
Un bridge complet sur plusieurs implants	2	7%	8	26%
Total	30	100%	31	100%

Types de prothèses en fonction des patients	n	%
Prothèses amovibles	20	50%
Prothèses amovibles et Prothèses amovibles sur implants	7	18%
Prothèses amovibles sur implants	3	8%
Prothèses amovibles et Prothèses fixes sur implants	4	10%
Prothèses sur implants	6	15%
Total	40	100%

## Résultats cliniques

La problématique clinique pour le patient se résume à un résultat qui le satisfasse et qui lui permette de vivre normalement. Plus que de savoir si ce que nous lui proposons est viable et le plus en accord avec ses attentes, il s'agit de trouver le moyen de lui permettre de se construire une nouvelle image de lui valorisante et de retrouver la confiance en lui qu'il a perdu.

Les doléances sont certainement les obstacles majeurs à la bonne intégration physiologique et surtout psychologique d'une prothèse totale. Plus le praticien répondra rapidement et efficacement, plus cette intégration sera bonne. Cela passe par une maîtrise sans faille de la part du praticien lors de l'élaboration prothétique mais aussi de la situation clinique et de la possibilité du patient à s'habituer à ses nouvelles prothèses. Comme nous l'avons vu plus haut, les principaux griefs sont l'instabilité et la douleur. Ces deux éléments sont indissociables des doléances. Ce sont ces motifs qui font refaire leurs anciennes prothèses à nos patients; ce sont ces mêmes motifs qui font rejeter les nouvelles. Nos résultats montrent qu'il y a peu de séances de retouches dans un laps de temps assez court.

La notion de confort est le reflet de l'intégration prothétique. Les patients appareillés par des prothèses amovibles conventionnelles les portent toujours même si 21% avouent porter leur prothèse mandibulaire occasionnellement. Contre 8% au maxillaire. L'apport des implants à la mandibule entraîne un sentiment d'adaptation plus important (75% contre 50%), mais semble moins efficace au maxillaire (71% contre 77%). La proportion de patients ayant des difficultés pour manger est plus importante chez les porteurs de prothèses conventionnelles (42% contre 18%). Les patients (23%) qui ont de grandes difficultés pour manger sont en général des porteurs de prothèses conventionnelles bimaxillaires (au maxillaire et à la mandibule).

Lorsque l'on demande au patient s'il considère sa (ou ses) prothèse(s) comme un " corps étranger " ou comme une partie intégrante d'eux-mêmes, il y a une aussi une différence de sensation suivant le maxillaire ou la mandibule. Au

maxillaire, la stabilisation implantaire ne semble pas fournir une amélioration quant à l'intégration prothétique malgré le recouvrement du palais; la prothèse conventionnelle semble même être mieux tolérée; cependant, les échantillons ne peuvent être réellement comparés à cause de leur différence de taille (27 prothèses conventionnelles contre 8 prothèses implanto-portées).

A la mandibule (où le nombre de cas est sensiblement identique (18 contre 21), la prothèse implanto-portée est largement mieux intégrée: 71 % des patients disent la ressentir comme une partie d'eux-mêmes contre 33% pour la prothèse conventionnelle; dans la moitié des cas, cette dernière est ressentie comme un corps étranger reflétant ainsi le grief majeur: l'instabilité (tableau 6)

Tableau 6

	Sans implant				Avec implants			
	Au maxillaire		A la mandibule		Au maxillaire		A la mandibule	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Etranger	7	26%	9	50%	2	25%	2	10%
Accepté	15	56%	6	33%	2	25%	15	71%
Les deux	4	15%	2	11%	3	38%	2	10%
Sans avis	1	4%	1	6%	1	13%	2	10%
Total	27	100%	18	100%	8	100%	21	100%

### Données financières

Nous avons demandé aux patient de cette pré-enquête les sommes qu'ils ont engagées pour la réalisation de leurs prothèses.(tableau 7)

La collecte des prix pratiqués pour la prothèse amovible conventionnelle ont été scindés en deux groupes:

- les prothèses réalisées au sein d'un centre de soins de faculté
- les prothèses réalisées en cabinet libéral.

Cette distinction n'a pas été faite pour les prothèses implanto-portées car elles ont toutes été confectionnées dans des cabinets libéraux.

3 patients (les n°22,24 et 36) n'ont pas donné de prix et ont eu recours à des solutions implantaires.

Tableau 7	Prothèse conventionnelle réalisée à la Faculté	Prothèse conventionnelle réalisée en libéral	Prothèse stabilisée par des implants	Bridges implanto-portés
Moyenne	2 825 F	10 429 F	40 542 F	71 167 F
Écart-type	1 327 F	2 992 F	17 580 F	28 067 F

Si nous comparons les prix d'une prothèse conventionnelle faite dans un cabinet dentaire libéral avec le prix d'une prothèse stabilisée par des implants, le rapport est de 1:4, et de 1:7 avec celui d'un bridge implanto-porté.

Le prix moyen d'une prothèse conventionnelle réalisée dans un centre de soins de faculté représente environ le triple de la base sécurité sociale alors qu'elle est réalisée le plus souvent par un étudiant le plus souvent inexpérimenté.

Par rapport aux autres catégories, la comparaison est rapportée dans le tableau 8.

Tableau 8	Prothèse conventionnelle réalisée à la Faculté	Prothèse conventionnelle réalisée en libéral	Prothèse stabilisée par des implants	Bridges implanto-portés
Rapport	2,3	8,6	33,8	59,3

Si 93% des patients ont une mutuelle, 11% d'entre eux n'ont rien perçu, 22% moins de 10% des sommes engagées et 30% de 10 à 25%. Les deux tiers ont donc eu un remboursement inférieur à 25%. Cela donne une idée de l'investissement consenti par les patients pour être appareillés.

En ce qui concerne les porteurs d'implants, l'information faite au patient par le praticien est en général assez complète; 90% sont informés sur le risque de rejet du point de vue clinique et 81% du point de vue financier. Cette information doit être matérialisée par un contrat de soins complémentaire du devis conformément à l'article 1108 du code civil.

Le devis est une pièce obligatoire; mais lorsqu'on est implantologiste et prothésiste, doit-on établir deux devis? A notre connaissance, cela n'est pas nécessaire. Dans notre pré-enquête, nous avons demandé si le praticien avait posé les implants et confectionné la prothèse. Les deux tiers environ exécutent la partie chirurgicale et la partie prothétique. A une exception près, deux devis distincts ont été signés. A 90%, les devis ont été respectés.

## **CONCLUSION ET PROSPECTIVE**

L'étude que nous avons réalisée concerne 40 personnes. Les résultats ne peuvent être statistiquement significatifs entre les patients avec implants et ceux sans implants. Cependant certaines tendances semblent être en accord avec d'autres études.

Malgré des relevés très précis détaillant l'activité de chaque praticien en matière de soins conservateurs et de prothèses par les caisses de sécurité sociale, il n'existe pas à notre connaissance d'évaluation du nombre d'édentés totaux en France. Cette donnée permettrait de valider l'efficacité des moyens de prévention et des traitements conservateurs mais aussi de faire l'étude prospective sur les coûts nécessaires à la prise en charge d'une thérapeutique satisfaisante pour les édentés totaux.

Quel serait le traitement minimum? Au maxillaire, une prothèse amovible conventionnelle est une solution satisfaisante et pérenne dans le temps. A la mandibule, la stabilisation par deux implants est certainement la solution la plus efficace; elle est simple: la chirurgie implantaire est peu traumatisante et l'entretien de l'ensemble implants-prothèse est relativement aisé.

Nous l'avons vu, cette solution est malgré tout onéreuse. Alain Béry s'interrogeait en 1992 sur l'opportunité d'agir auprès des odontologistes pour diminuer les coûts prothétiques et contrôler les dépassements fréquents et élevés des honoraires; il semble que le texte de la CNAMTS aient des dispositifs pour se charger de ce contrôle elle-même. La notion même d'honoraires définis avec tact et mesure se heurte au coût des matériaux et des matériels utilisés en implantologie. En juillet 1992, le docteur E. Saint-Eve, président du Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes plaidait pour que tous les moyens matériels soient assurés au chirurgien-dentiste pour leur permettre de remplir leur mission. A l'évidence, les moyens alloués ne sont pas suffisants pour traiter décemment les patients édentés totaux.

Il est urgent qu'il y ait une prise de conscience des pouvoirs publics afin qu'ils considèrent l'édentement total comme un véritable handicap et non comme une pathologie mineure parmi d'autres. Alain Béry a écrit: "Éthique de société, éthique odontologique, toutes les deux sont imbriquées dans les mailles du système de protection sociale dans son ensemble et plus particulièrement pour les personnes âgées."

Sinon, l'ébauche de la mise en place d'une dentisterie à deux vitesses fera apparaître le risque d'une recrudescence de personnes édentées de plus en plus jeunes et de prothèses de plus en plus obsolètes, inadaptées et non conformes aux données actuelles de la science.

Toutes les questions que nous venons d'évoquer montrent que notre travail n'en est qu'à son début.

La suite de notre étude commencera par la refonte du questionnaire ayant servi à ce mémoire mais aussi à l'élaboration d'un nouveau intéressant les praticiens eux-mêmes, leurs motivations et leurs difficultés face à un édenté total.

S'inspirant de la phrase du poète québécois Jean-Guy PILON: "(...) *Qui suis-je pour affronter pareilles étendues, pour comprendre cent mille lacs, soixante-quinze fleuves, dix chaînes de montagnes, trois océans, le pôle nord et le soleil qui ne se couche jamais sur mon pays(...)*"

Cette métaphore montre à quel point, les sujets d'études sur l'édenté total sont nombreux et vastes. Mais comme l'a écrit J. D'Hondt en 1984: "*C'est dans un nouvel esprit éthique qu'il faut s'atteler à la tâche!*"

## BIBLIOGRAPHIE

1. Béry A : Gérodontologie et argent : aspects éthiques. Mémoire DEA éthique médicale et biologique. Paris 5; 1992.
2. Béry A : Le contrat de soins. Paris : Édition S.I.D, 1997.
3. Brunello DL, Mandikos MN: Construction faults, age, gender, and relative medical health: factors associated with complaints in complete denture patients. J. Prosthet. Dent. May 1998; 79(5):8-29.
4. Carlsson GE: Clinical morbidity and sequelae of treatment with complete denture. J. Prosthet. Dent. May 1997; 79:17-23.
5. Chamberlain BB, Chamberlain KR :Depression: Psychologic Consideration in Complete Denture Prosthodontics. J. Prosthet. Dent. May 1985; 53:8-29.
6. David MG, Starzec C : Aisance à 60 ans, dépendance et isolement à 80 ans Insee N° 447 Avril 1996.
7. De Baat C, Kalk W, Felling AJ, Van't Hof MA: Ederly people's adaptability to complete denture therapy: usability of a geriatric behaviour-rating scale as a predictor. J Dent 1995 Jun; 23(3):151-5.
8. De Baat C, Van Aken AA, Mulder J, Kalk W: "Prosthetic condition" and patient's judgement of complete dentures. J Prosthet Dent 1997 Nov;78(5):472-8.
9. Descamps MA: L'invention du corps. Paris : PUF, 1986.
10. Dumesnil S, Grandfils N, Grignon M, Le Fur Ph, Ordonneau C, Sermet C : Santé, soins et protection sociale en 1997. CREDES n°17 ; Février 1999.
11. Golebiewska M, Sierpinska T, Namiot D, Likeman PR :Affective state and acceptance of dentures in elderly patients. Gerodontology 1998 ;15(2) :87-92.
12. Hervé C:: Fondements d'une réflexion éthique managériale de santé. Paris: L'Harmattan,, 1996
13. Kotkin H, Slabbert JC, Becker PJ: The prognostic value of denture complete.Int J Prosthodont 1993 Sep;6(4):341-5
14. Kotkin H, Slabbert JC, Becker PJ, Carr L : Perceptions of complete dentures by prospective implant patients.Int J Prosthodont 1998 May-Jun;11(3):240-5
15. Legris B, Lollivier S: Le niveau de vie par génération. Insee N° 423 - Janvier 1996
16. Lejoyeux J: Les 9 clefs du visage. Paris : SOLAR, 1991.
17. Lewis DW : Optimized therapy for the edentulous predicament: cost-effectiveness considerations. J Prosthet Dent 1998 Jan;79(1):93-9
18. MacEntee MI, Walton JN : The economics of complete dentures and implant-related services: a framework for analysis and preliminary outcomes. J Prosthet Dent 1998 Jan;79(1):24-30
19. McGrath C, Bedi R : A study of the impact of oral health on the quality of life of older people in the UK- findings from a National Survey. Gerodontology 1998 ;15(2) :93-98
20. Mantz JM, Grandmottet P, Queneau P : Éthique et thérapeutique : témoignages européens. Presses Universitaires de Strasbourg, 1998
21. Mariani P : La prothèse totale implanto-portée. Cours organisé par l'ADFOC de Savoie au domaine d'Aix Marlioz à Aix les Bains
22. Olivenstein C : Écrits sur la bouche. Editions Odile Jacob
23. Sermet C : Evolution de l'état de santé des personnes âgées en France : 1970-1996. CREDES n°12 ; Juin 1998
24. Van der Wijk P, Bouma J, van Waas MA, van Oort RP, Rutten FF : The cost of dental implants as compared to that of conventional strategies.Int J Oral Maxillofac Implants 1998 Jul-Aug;13(4):546-53

