

Introduction

Les parodontopathies constituent une des principales pathologies à l'origine des traitements bucco-dentaires. Elles interviennent pour 30 à 40 % dans les causes d'extraction dentaire, tandis que 50 à 60 % des avulsions sont dus aux conséquences de la carie. Le tableau suivant donne un aperçu récent de la situation aux États-Unis. En France, il est probable que ces données correspondent globalement à la situation actuelle.

	Absence de poches dont la profondeur égale ou dépasse 4 mm	Profondeur des poches comprise entre 4 et 6 mm	Profondeur des poches supérieure à 6 mm
Ensemble de la population	85,7 %	13,7 %	0,6 %
Patients :			
• de tous âges	68,6 %	24,1 %	7,2 %
• entre 25 et 34 ans	78,5 %	18,2 %	3,3 %
• entre 35 et 44 ans	69,3 %	26,1 %	4,6 %
• entre 45 et 54 ans	49,5 %	35,6 %	14,9 %
• entre 55 et 64 ans	63,0 %	24,2 %	12,8 %
État lors de consultations initiales pour lésion paradontale	14,3 %	39,3 %	46,4 %
Maintenance	65,0 %	40,0 %	5,0 %
Parodontite réfractaire		40,0 %	60,0 %

Ces données confirment d'autres données épidémiologiques qui évaluent entre 7 et 15 % le pourcentage de la population adulte dentée présentant une parodontite destructive demandant à être traitée.

Une étude épidémiologique récente, menée sur une population de 7447 individus de plus de 13 ans, non hospitalisés, vivant aux États-Unis, établit que 93 % des sujets examinés présentent cliniquement une perte d'insertion de la gencive sur la dent – ou attache gingivale – de plus de 1 mm. Pour 40 % de cette population, la perte d'attache dépasse 3 mm. Environ 15 % présentent une destruction plus sévère, la perte pouvant être évaluée à plus de 5 mm. La présence de poches paradontales de plus de 4 mm concerne 30 % de la population. Des poches plus profondes sont décelées dans 4 % de la population. Les auteurs de cette étude notent que 63 % des personnes examinées présentent des saignements gingivaux. On considère le

saignement gingival au sondage des poches parodontales comme le signe révélateur le plus évident d'une altération pathologique entraînant la nécessité de soins. Douze pour cent de tous les sites examinés saignent au sondage. La prévalence de ces récessions gingivales augmente avec l'âge. Des différences liées au sexe et au statut économique sont bien évidemment détectées. Quatre-vingt-dix pour cent de cette population examinée présentent du tartre, et 67 % des sujets ont du tartre sous-gingival. Ainsi, pour la quasi-totalité des patients, il existe donc une demande en soins d'hygiène bucco-dentaire et de prévention des lésions parodontales, tandis qu'environ 15 % des patients ont un besoin évident de soins spécialisés, donnés soit par des omnipraticiens éclairés, soit par des praticiens spécialisés dans le diagnostic et les thérapeutiques des parodontopathies. Il est probable qu'une prise en considération sérieuse et efficace de la santé parodontale dans un cadre préventif passe par la création d'un corps d'hygiénistes.

Même si des spécificités culturelles existent, les données de l'étude menée aux États-Unis sont globalement transposables à la population française. La demande dans notre pays n'est pas bien identifiée, pour de multiples raisons que nous analyserons au cours de cet ouvrage. Caisses et mutuelles sont cependant saisies régulièrement de dossiers de demandes de remboursement correspondant à des dépenses souvent fort élevées, comme la majeure partie de celles qui sont afférentes à des soins spécialisés.

Les discordances entre les besoins tels qu'ils apparaissent à partir d'études épidémiologiques et les données de la CNAM et de la MGEN révèlent qu'il y a là un véritable problème de santé publique. Les lésions parodontales contribuent aux dépenses de la CNAM pour une part très mal déterminée, du fait de l'absence d'une nomenclature précise. En effet, celle qui existe actuellement semble totalement inadaptée aux connaissances et aux pratiques des parodontologistes. La nomenclature des actes professionnels se contente de prendre en compte des gingivectomies partielles ou étendues, des détartrages - à raison de 2 séances par an - et un ensemble de thérapeutiques regroupées sous le terme très vague de « traitement des parodontopathies » (avec un maximum de 9 séances par an). Divers systèmes de contention par ligature et attelle sont énoncés dans la liste des actes nomenclaturés. Ces systèmes de confort et de temporisation masquent les effets sans traiter les causes. Le faible taux de remboursement de ces soins fait qu'ils disparaissent des données chiffrées auxquelles nous pouvons avoir accès, car leur montant est estimé insignifiant!

L'absence de nomenclature précise, des taux de remboursement insuffisants et d'autres circonstances annexes font que les données fournies par une enquête nationale auprès des chirurgiens-dentistes libéraux se limitent, en 1987, aux indications suivantes figurant sous la rubrique « gencive » :

- gingivites : 28,7 % de la totalité des patients en sont atteints (31,3 % pour les hommes et 26,5 % pour les femmes);

- parodontites : l'atteinte concerne 13,1 % des patients (14 % pour les hommes et 12,4 % pour les femmes);
- mobilité : 21,4 % des patients se plaignent de mobilités dentaires (24,8 % pour les hommes et 18,6 % pour les femmes) (Rapport du centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé, CREDES, 1988).

Ces données diffèrent des quelques trop rares études épidémiologiques réalisées en France selon lesquelles, à partir de 50 ans, davantage de dents sont perdues pour des raisons de pathologie parodontale que de pathologie carieuse. Cela se situe également dans un contexte de longévité croissante des individus. On peut donc prendre pour hypothèse de travail que du fait de l'allongement de la durée de la vie, les patients présenteront de plus en plus de lésions parodontales, et que caisses et mutuelles devront davantage intervenir si elles veulent assurer la prise en charge des maladies parodontales des patients.

Reste à savoir si les thérapeutiques pratiquées aujourd'hui sont efficaces, si elles sont parfaitement justifiées ou s'il ne s'agit que de modes, évoluant et changeant au gré de la mise sur le marché de biomatériaux de comblement, de membranes destinées à régénérer les tissus disparus, et, pour se référer à quelques exemples précis, on peut même se demander si certaines de ces thérapeutiques ne seraient pas nocives. La mise en place, voilà quelques années, de membranes fabriquées à partir de dure-mère ou de collagène bovins, sans contrôle effectif de la présence possible de prions, en constitue un exemple. De telles dépenses suffisent-elles ou contribuent-elles à guérir le patient? Quel est le taux de récurrence? Quelle est l'efficacité réelle des traitements et à combien chiffrer le coût de la maintenance? Nous avons assisté à tant d'évolutions des concepts thérapeutiques au cours de ces dernières années, que nous savons que les certitudes d'hier font le lit des doutes d'aujourd'hui, et qu'échecs et récurrences sont monnaie courante au royaume des parodontites, dites réfractaires. Les modes et les techniques changent. Elles s'appuient, pour l'essentiel, sur des pratiques empiriques plus ou moins fondées. Les éléments du diagnostic sont étayés désormais par des techniques plus fiables, dérivées parfois de la biologie moléculaire. En sont-elles plus efficaces pour autant? Justifient-elles des surcoûts en termes de santé publique? Ne s'agit-il pas là encore d'autres modes et d'autres sources de dépenses superflues? Une évaluation des bases scientifiques de toutes ces thérapeutiques s'impose donc, avant de préconiser tel type de pratique et sa prise en charge par les organismes qui assument les dépenses de santé de nos concitoyens.

Répondre à ces interrogations à partir des données actuelles de la recherche clinique et fondamentale, réunir les éléments d'information à partir de cultures cellulaires et d'études *in vivo* chez l'animal, à partir des données fournies par les investigations cliniques, tels furent les buts qui nous furent fixés dans le cadre de cette expertise collective, afin qu'à partir de conclusions, nous puissions formuler des recommandations.