



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**POSE D'UNE PROTHESE AMOVIBLE DEFINITIVE
A CHASSIS METALLIQUE**

Classement CCAM : 07.02.03.03 – Codes : HBLD026 – HBLD027 – HBLD029

Avril 2006

Service évaluation des actes professionnels

Ce dossier est téléchargeable sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de santé
Service communication
2 avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Ce document a été validé par le Collège de la Haute Autorité de santé en **avril 2006**.

HAS (Haute Autorité de santé)

Service communication

2 avenue du Stade de France – 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX

Tél. : 01 55 93 70 00 – Fax : 01 55 93 74 00

© Haute Autorité de santé - 2006

L'EQUIPE

Ce dossier a été réalisé par le Dr. Françoise SAINT-PIERRE Chef de projet au Service évaluation des actes professionnels.

La recherche documentaire a été effectuée par Mme Gaëlle FANELLI, Documentaliste, avec l'aide de Mmes Julie MOKHBI et Valérie SERRIERE-LANNEAU, sous la direction du Dr Frédérique PAGES, docteur ès sciences.

L'organisation de la réunion et le secrétariat ont été réalisés par Félix MULLER.

.....
Pour tout contact au sujet de ce dossier :

Tél. : 01 55 93 71 12

Fax : 01 55 93 74 35

E-mail : contact.seap@has-sante.fr

Service évaluation des actes professionnels
Chef de service, Dr Sun Hae Lee-Robin
Adjoint au chef de service, Dr Denis Jean David, docteur ès sciences

TABLE DES MATIERES

L'EQUIPE	3
SYNTHESE	6
INTRODUCTION.....	9
CONTEXTE.....	10
I. DESCRIPTION TECHNIQUE.....	10
I.1 LES ETAPES DANS LA REALISATION PROTHETIQUE :.....	10
I.2 TRAÇABILITE ET RESPONSABILITE DU PRATICIEN ET DU TECHNICIEN DE LABORATOIRE.....	11
I.3 AVANTAGES ET INCONVENIENTS	12
I.4 INDICATIONS :.....	12
II. PATHOLOGIE(S) CONCERNEE(S)/POPULATION-CIBLE.....	12
II.1 DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES	12
II.2 DONNEES DE MORBI-MORTALITE.....	13
II.3 QUALITE DE VIE	13
II.4 DONNEES SOCIO-ECONOMIQUES.....	14
III. TECHNIQUES ALTERNATIVES.....	15
IV. CONDITION ACTUELLE DE LA PRISE EN CHARGE EN FRANCE	15
V. IDENTIFICATION DANS LES NOMENCLATURES ETRANGERES.....	16
METHODE	17
I. RECHERCHE DOCUMENTAIRE.....	17
I.1 SOURCES D'INFORMATIONS.....	17
I.2 STRATEGIE ET RESULTATS DE LA RECHERCHE.....	17
ANALYSE CRITIQUE DES DONNEES DE LA LITTERATURE	19
I. PRESENTATION DES ETUDES IDENTIFIEES.....	19
II. EFFICACITE DE L'ACTE	19
II.1 CAPACITE MASTICATOIRE ET NUTRITION.....	19
II.2 SATISFACTION DU PATIENT	20
III. SECURITE, COMPLICATIONS DE L'ACTE.....	21
III.1 PAP, CARIES ET PARODONTE	21
III.2 AUTRES COMPLICATIONS	23
IV. DESCRIPTION DE LA PLACE DE L'ACTE DANS LA STRATEGIE THERAPEUTIQUE.....	24
V. IMPACT EN SANTE PUBLIQUE	24
AVIS DU GROUPE DE TRAVAIL	25
ANNEXES.....	26

I. METHODE GENERALE D'EVALUATION DES ACTES PROFESSIONNELS PAR LE SERVICE EVALUATION DES ACTES PROFESSIONNELS.....	26
II. MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL	28
III. ACTES EXAMINES AU COURS DE LA REUNION DU GROUPE DE TRAVAIL	28
REFERENCES.....	29
AVIS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	32

SYNTHESE

INTRODUCTION

L'évaluation des actes suivants :

« Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 1 à 4 dents » ;
« Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 5 à 8 dents » ;
« Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 9 à 13 dents »,
a été demandée par la CNAMTS, en vue de leur inscription à la liste d'actes remboursés ou pris en charge par l'Assurance maladie.

La prothèse partielle amovible est un moyen de répondre à plusieurs objectifs : rétablir la fonction (mastication et phonation), rétablir l'esthétique et la dimension verticale d'occlusion, assurer la pérennité des dents restantes en les stabilisant, en les empêchant de migrer et de subir des surcharges occlusales, retrouver des rapports interarcades équilibrés. Les étapes de réalisations prothétiques succèdent à la phase préliminaire de traitement des pathologies et de la préparation des structures anatomiques destinées à améliorer l'intégration et le pronostic de la prothèse. La fonction du châssis est de supporter les dents prothétiques, ainsi que le matériau polymérique destiné à remplacer le volume ostéo-muqueux parodontal disparu avec les dents. Ce châssis doit donc par sa stabilité autoriser une fonction maximale des unités triturantes, tout en répartissant harmonieusement les forces masticatoires à l'ensemble des structures restantes.

- Pathologie et population concernée :

- données épidémiologiques : en France, le nombre moyen de dents absentes dans la tranche d'âge 65-74 ans était de 16,9 dents en 1995 (OMS). Une enquête de la CPAM en 2005 a montré que les besoins en soins prothétiques des personnes âgées dépendantes n'étaient pas pris en compte. Ainsi, selon les critères d'attribution des appareillages de la Sécurité sociale, 59 % des personnes institutionnalisées ont besoin d'au moins une prothèse partielle, et le besoin de soins prothétiques passe à 77 % si l'on intègre les appareils existants inadaptés ;

- gravité : la perte des dents entraîne une réduction de l'efficacité masticatoire et un changement des habitudes alimentaires. La malnutrition peut affecter 5 à 10 % des personnes âgées maintenues à domicile, et 30 à 60 % de la population institutionnalisée. Plusieurs rapports soulignent l'altération de la qualité de vie chez les édentés avec des troubles fonctionnels (capacité masticatoire et élocution), ainsi que des conséquences psychosociales ;

- des facteurs socio-économiques et géographiques ont une influence sur l'édentement des populations (OMS). En France, des travaux du CREDES en 2002 ont souligné que l'accès aux soins dentaires était insuffisant chez les personnes précaires : les 45-54 ans en situation de précarité déclaraient en moyenne 7 dents non remplacées de plus que la population générale, et la proportion de personnes déclarant ne pas avoir de prothèses était 4 fois supérieure à la population générale.

- **Prise en charge de l'acte en France** : l'acte équivalent « appareillage d'un appareil de prothèse dentaire adjointe sur plaque base en matière plastique, en supplément plaque base métallique d'un édentement de 1 à 3 dents, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 dents » est inscrit à la NGAP.

- **Nomenclatures étrangères** : l'acte est inscrit dans les nomenclatures belges, américaines et australiennes.

MÉTHODE

La méthode proposée par la HAS pour évaluer le Service attendu des actes professionnels est fondée sur les données scientifiques identifiées et l'avis de professionnels réunis dans un

groupe de travail. Une recherche documentaire sur la période août 2005/sans limite de temps a été effectuée par interrogation des principales bases de données bibliographiques médicales (*Medline, The Cochrane Library, National Guideline Clearinghouse et HTA Database*). Quarante-cinq documents ont été retenus, dont 23 ont été analysés.

RÉSULTATS

Littérature analysée

Indications : édentement intercalaire, plus particulièrement de longue portée et édentement terminal postérieur, quand les solutions prothétiques fixées et/ou les solutions implantaires ne sont pas envisageables pour des raisons médicales, biologiques, topographiques ou économiques.

Efficacité :

- **capacité masticatoire et nutrition :** le port d'une prothèse partielle améliore d'une façon significative l'efficacité masticatoire et le ressenti subjectif de cette efficacité (1 étude étude rétrospective et 1 étude prospective n = 118), ainsi que certaines valeurs subjectives telles que l'appréciation du goût, de la consistance des aliments, la facilité de mastication (1 étude prospective n = 198) ; ces dernières valeurs ainsi que les nutriments absorbés sont significativement supérieurs pour les porteurs de prothèses partielles, par rapport aux individus dont les dents manquantes ne sont pas remplacées (étude prospective n = 123) ;

- **satisfaction du patient :** la satisfaction des patients âgés porteurs de prothèses amovibles augmente quand des paires de dents en occlusion (*units occlusaux*) sont rajoutées (1 étude rétrospective). L'âge, l'état de santé, une expérience ou non antérieure de port de prothèse, l'existence d'une prothèse antagoniste influencent significativement le degré de satisfaction (1 étude rétrospective). La satisfaction a été également évaluée en considérant le pourcentage de patients ne portant pas leur prothèse ; ce pourcentage selon les études était estimé entre 5 % et 12 % (2 études rétrospectives et 1 étude prospective).

Sécurité et complications :

- **caries et parodontite :** 1 étude rétrospective (n = 34) n'a pas mis en évidence un risque accru de caries sur les surfaces en contact avec la prothèse ; toutefois dans cette étude, l'hygiène orale et le suivi du patient étaient optimum, et donc l'accumulation de plaque au contact de la prothèse minimum. Une étude rétrospective (n = 137) montrait quelques différences dans les index parodontaux, mais cliniquement non significatifs. Deux études longitudinales (n = 53) ne montraient pas de modifications significatives dans les paramètres parodontaux. Des résultats moins favorables étaient observés dans 1 étude rétrospective (n = 188), mais s'expliquaient par une population âgée, plus vulnérable aux maladies dégénératives, et moins apte à prendre soin de ses prothèses. Le statut parodontal à long terme des dents piliers peut être obtenu avec un bon contrôle de la plaque par le patient, et une maintenance adéquate avec contrôles réguliers et corrections prothétiques quand nécessaires (2 revues) ;

- autres complications :

- retraitement des dents piliers, attachements, ajustage de la prothèse, fracture, voire remplacement ont été rapportés (2 études prospectives, n = 778). Il est admis que des changements buccaux et des dommages prothétiques surviennent avec le temps. Ces modifications doivent être contrôlées par un suivi régulier du patient, 1 à 2 fois par an, pour procéder aux traitements prothétiques correcteurs et autres procédures thérapeutiques nécessaires ;

- plusieurs cas d'ingestion accidentelle de prothèses partielles ont été rapportés dans la littérature (4 études de cas) ;

- des réactions tissulaires allergiques aux métaux ont été rapportées : dermatite pruritique généralisée avec érythème intraoral lié à une allergie au chrome (1 cas) ; lésions ulcéraives du

palais associées au port de châssis prothétiques en nickel-chrome, pour la plupart affectés par la corrosion (6 cas). Des modifications tissulaires sous les bases de prothèses métalliques avec changements dans la structure de l'épithélium ont été observées (2 études de cas).

Impact sur la santé de la population, impact sur le système de soins, et sur les programmes de santé publique

Aucune donnée concernant l'impact du port de prothèses à châssis métallique sur la population n'a été identifiée.

Avis du groupe de travail

Indications : le groupe de travail souligne que la prothèse partielle à châssis métallique est indiquée après avoir évalué l'état parodontal, la répartition des dents sur l'arcade et l'étendue de l'édentation.

Sécurité : pour minimiser les complications, il ressort qu'il est préférable de voir le patient 2 fois par an. Le groupe souligne que les prothèses, de par leur conception, ne doivent pas pouvoir être ingérées. Les ingestions demeurent donc anecdotiques. D'autre part, le nickel n'est plus utilisé comme matériau.

Le groupe de travail est favorable à l'inscription des libellés à la CCAM.

CONCLUSION

La pose d'une prothèse amovible partielle à châssis métallique présente un intérêt thérapeutique en améliorant l'efficacité masticatoire, la satisfaction et l'amélioration de la nutrition des patients édentés.

Ces prothèses trouvent leurs indications dans les cas où, pour des raisons médicales, biologiques, topographiques ou économiques, les solutions prothétiques fixes ou implantoportées ne peuvent être envisagées.

Aucune donnée concernant l'impact du port des prothèses sur la population n'a été identifiée.

Eu égard à la gravité de la pathologie et à ses conséquences sur la santé et la qualité de vie, à la prévalence de l'édentement partiel plus particulièrement marqué dans certaines populations âgées et défavorisées, le Service attendu peut être considéré comme suffisant.

INTRODUCTION

Dans le cadre de ses missions, la Haute Autorité de santé (HAS) évalue le Service attendu des actes professionnels, et rend un avis sur les conditions de réalisation de ces actes, sur leur inscription à la liste prévue à l'article L. 162-1-7 du Code de la sécurité sociale ainsi que sur leur radiation de cette liste. L'avis est rendu en vue de la décision d'admission de ces actes au remboursement par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM).

L'évaluation du Service attendu de l'acte prend en compte l'intérêt diagnostique ou thérapeutique et l'intérêt de santé publique. Dans l'appréciation de l'intérêt diagnostique ou thérapeutique, sont considérées l'efficacité, la sécurité et la place de l'acte dans la stratégie diagnostique ou thérapeutique. L'intérêt de santé publique est évalué en termes d'impact sur la santé de la population (mortalité, morbidité, qualité de vie, besoin thérapeutique non couvert, eu égard à la gravité de la pathologie), d'impact sur le système de soins, et d'impact sur les programmes et politiques de santé publique. Ces différents critères d'évaluation du Service attendu ou rendu de l'acte sont définis dans l'article R. 162-52-1 du Code de la sécurité sociale.

Ce rapport décrit les résultats de l'évaluation des actes :

« Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 1 à 4 dents » ;

« Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 5 à 8 dents » ;

« Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 9 à 13 dents ».

Ces évaluations ont été demandées par la CNAMTS.

CONTEXTE

I. DESCRIPTION TECHNIQUE

La prothèse partielle amovible est un moyen de répondre à plusieurs objectifs : rétablir la fonction (mastication et phonation), rétablir l'esthétique et la dimension verticale d'occlusion, assurer la pérennité des dents restantes en les stabilisant, en les empêchant de migrer et de subir des surcharges occlusales, retrouver des rapports interarcades équilibrés (1).

La réalisation d'une prothèse à châssis métallique doit suivre certaines idées directrices (2) :

- examen clinique rigoureux des structures bucco-dentaires ;
- abord pluridisciplinaire du plan de traitement avec une remise en état préprothétique de la cavité buccale ;
- préparation optimale des dents supports restantes, afin de garantir à la prothèse des qualités de sustentation, de rétention et de stabilisation ;
- conception du schéma du châssis métallique en tenant compte du support parodontal, des différents constituants (connexions, crochets, bandeau, décolletage) et des principes fondamentaux de biomécanique ;
- optimisation de l'occlusion pour éviter de nuire, et pour obtenir un équilibre tissulaire et prothétique ;
- éducation et motivation du patient avec une surveillance postprothétique qui comprend le contrôle de l'hygiène et la maintenance.

I.1 Les étapes dans la réalisation prothétique :

Elles succèdent à la phase préliminaire de traitement des pathologies et de préparation des structures anatomiques destinées à améliorer l'intégration et le pronostic de la prothèse.

1 - Prise d'empreinte préliminaire et modèles d'étude (3).

2 - Mise en articulateur des modèles d'étude, en relation centrée.

3 - L'analyse au paralléliseur, indispensable avant les empreintes secondaires, permet, en fonction de l'axe d'insertion choisi, de préciser l'ensemble des coronoplasties à effectuer pour assurer une insertion atraumatique, la stabilité de la prothèse pendant la fonction, une rétention efficace, équilibrée et esthétique. Elle est suivie des préparations en bouche. Elle permet la préparation des surfaces de guidage, des appuis occlusaux et cingulaires. L'insertion peut se faire selon un mouvement rectiligne ou bien selon un mouvement de rotation. Le paralléliseur, appareil d'analyse et de mesure, permet d'objectiver les obstacles anatomiques à l'insertion aisée et non traumatogène, de révéler les zones exploitables pour la stabilisation et la rétention de la prothèse, avec mise en évidence des zones coronaires utilisables pour les crochets, d'apprécier les corrections à apporter aux structures anatomiques. L'axe d'insertion doit tenir compte des axes dentaires et de l'orientation des crêtes (4).

Le tracé prospectif du châssis métallique est réalisé en fonction des impératifs de conception basés sur le respect des principes de sustentation, stabilisation, rétention (4).

4 - Un porte-empreinte individuel (PEI) rigide en résine, est élaboré sur le modèle primaire, ajusté sur les crêtes et espacé des dents. Après essayage et réglage, le PEI est encollé avec un adhésif spécifique, et une empreinte secondaire globale est effectuée avec un matériau de basse viscosité, puis l'empreinte est coulée. Le tracé du châssis est réalisé sur le modèle obtenu qui est envoyé au laboratoire pour la fabrication de l'armature.

Dans les cas d'un édentement mandibulaire en extension, l'empreinte est fractionnée. Au préalable, le châssis métallique est élaboré sur le modèle de travail obtenu après

l'empreinte primaire à l'alginate, puis contrôlé et mis en bouche. Des selles porte-empreintes en résine sont réalisées, vérifiées en bouche et une empreinte est réalisée avec reproduction fidèle des bords et des surfaces d'appui muqueuses (3).

La fonction du châssis est de supporter les dents prothétiques, ainsi que le matériau polymérique destiné à remplacer le volume ostéo-muqueux parodontal, disparu avec les dents. Ce châssis doit donc par sa stabilité autoriser une fonction maximale des unités triturantes, tout en répartissant harmonieusement les forces masticatoires à l'ensemble des structures restantes. Pour être stables, les selles prothétiques doivent recouvrir le plus largement possible les crêtes édentées, en profitant au maximum des versants vestibulaires opposés. Les autres facteurs stabilisateurs sont la barre cingulaire reposant sur le cingulum des dents antérieures, la barre coronaire, située au-dessus de la ligne du plus grand contour, sur la face linguale des molaires et prémolaires et la barre coronocingulaire, association des deux entités précédentes (4).

Des complexes rétentifs, crochets (composés de trois éléments distincts : bras rétentif, bras de calage, taquet occlusal) et attachements, en relation directe avec la dent pilier transmettent une partie des charges de la prothèse, et assure partiellement sa rétention en respectant les principes de ceinturage, de réciprocité et de passivité.

Les alliages les plus couramment utilisés sont les alliages base cobalt (60 à 70 % de cobalt, 15 à 30 % de chrome, 5 à 6 % de molybdène). Toutefois, des alliages base titane sont également utilisés particulièrement pour les sujets allergiques ou encore pour les prothèses amovibles implanto-portées (5).

Il faut souligner que le choix de l'alliage prothétique doit tenir compte de la nature des restaurations déjà réalisées. Il faut en effet veiller à ce que l'homogénéité des alliages reste aussi grande que possible, pour éviter tout risque de dégradation de l'une ou l'autre des pièces prothétiques par courants galvaniques (5).

5 - Le châssis est ensuite vérifié sur le patient : contrôle de l'insertion, de l'équilibre et de l'adaptation du châssis, de la rétention et de l'occlusion, contrôle de l'efficacité et de la position des crochets, contrôle de l'absence d'interférences entre le châssis et l'arcade antagoniste. Le châssis est ensuite renvoyé au laboratoire, où des selles en résine et des bourrelets en matériau thermoplastique sont réalisés pour l'enregistrement du rapport intermaxillaire. Le rapport intermaxillaire (RIM) est enregistré, les dents prothétiques choisies, puis essai fonctionnel en bouche (4).

Les vérifications cliniques portent ensuite sur la mise en place de la prothèse, le rapport intermaxillaire, les contacts occlusaux, la teinte des dents, l'extension et l'épaisseur des fausses gencives et des volets linguaux.

La prothèse est ensuite retournée au laboratoire pour remplacer les cires par la résine.

6 - Enfin, la séance finale de mise en bouche de la prothèse doit revêtir un caractère éducatif : le patient apprend à mettre et à retirer sa prothèse ; il est informé des règles d'hygiène et d'entretien fondamentales pour la réussite du traitement prothétique.

Des visites de contrôle à 48 heures, puis à 8 jours d'intervalle sont prévues et une maintenance régulière est nécessaire (1).

I.2 Traçabilité et responsabilité du praticien et du technicien de laboratoire

Conformément à la loi inscrite dans le livre V bis du Code de santé publique, application obligatoire depuis le 14 juin 1998 (6), les prothèses dentaires sont des dispositifs médicaux sur mesure (DMSM), et à ce titre le praticien est considéré dorénavant comme fabricant de DMSM. En conséquence, il doit être en mesure d'en préciser l'origine, noms commerciaux et références normatives des matériaux constitutifs des prothèses (alliage métallique, résine, céramique, etc.) ; ainsi que des matériaux intervenant aux différents

stades de l'élaboration prothétique (matériaux à empreinte, cires, revêtements). Un numéro d'identification doit être attribué à chaque DMSM pour assurer la traçabilité, à l'image des numéros de lot ou de série des dispositifs médicaux industriels.

I.3 Avantages et inconvénients

Idéalement, une prothèse doit répondre aux impératifs suivants (7) :

- être réalisée dans un matériau biocompatible ;
- être rigide, afin de permettre une distribution équitable des stress fonctionnels ;
- épouser fidèlement et durablement les structures d'appui choisies, et ne pas les blesser lors de l'insertion ainsi que pendant les sollicitations fonctionnelles, grâce à l'orientation des forces masticatrices selon les axes des dents supports ;
- ne couvrir que les tissus strictement nécessaires, et provoquer le moins de sur-contours possible ; la possibilité de décolletage étant favorable au parodonte des dents restantes.

La prothèse métallique répond aux exigences d'une prothèse, cités précédemment (7) :

- résistance à la fracture avec un module d'élasticité élevé qui lui confère une grande rigidité ;
- résistance au ternissement et à la corrosion ;
- amélioration du confort du patient : la réalisation d'un palais plus fin en métal, avec une coulée plus précise que la résine, améliore l'adaptation du châssis, l'élocution, la conductivité thermique, la rétention en absence de salive (xérostomie) (7).

Toutefois, quelques inconvénients existent : augmentation du poids de la prothèse, excepté avec le titanium.

I.4 Indications :

Édentement intercalaire, plus particulièrement de longue portée, et édentement postérieur, quand les solutions prothétiques fixées et les solutions implantaires ne sont pas envisageables pour des raisons médicales, biologiques, topographiques ou économiques.

II. PATHOLOGIE(S) CONCERNEE(S)/POPULATION-CIBLE

II.1 Données épidémiologiques

La plupart des pays industrialisés montrent une réduction de la perte des dents.

Toutefois, la perte des dents augmente avec l'âge et malgré les progrès de la prévention, le nombre de personnes édentées va encore s'accroître pendant plusieurs dizaines d'années dans les pays développés, à cause du vieillissement des populations (8).

Une revue de littérature (9) a analysé des données épidémiologiques issues des banques de données de l'OMS, concernant la mortalité dentaire dans des populations adultes européennes (65-74 ans) dans la période 1986-96. En moyenne, le nombre de dents absentes était de 20 avec quelques disparités entre les pays de l'Est et de l'Ouest. Le nombre moyen de dents présentes variait de 15,1 en France à 3,8 en Hongrie (9).

En France, le nombre moyen de dents absentes dans cette tranche d'âge était de 16,9 dents (9).

Une enquête longitudinale américaine (10) (1988-1991) mettait en évidence, dans la population adulte (plus de 18 ans), un nombre moyen de dents pour tous les adultes de 21,1. Dans la tranche d'âge 65-70 ans, le nombre était de 14,2 et dans la tranche 70-75 ans, de 12,6.

Dans la population âgée française, le problème des personnes dépendantes a attiré l'attention des autorités de santé. Une enquête de la CPAM (11) a été menée pour étudier l'état bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes avec leurs conséquences sur la santé générale : il ressortait que les besoins en soins prothétiques n'étaient pas pris en compte : le nombre d'édentés reste important (23,8 %), et plus d'un tiers ne sont pas appareillés (37,3 %). Ainsi, selon les critères d'attribution des appareillages de la Sécurité sociale, 59 % des personnes institutionalisées ont besoin d'au moins une prothèse partielle, et le besoin de soins prothétiques passe à 77 % si l'on intègre les appareils existants inadaptés.

Dans une enquête nationale de la CNAMTS sur la fréquence annuelle des actes bucco-dentaires, la prothèse amovible représente 3,2 % de la totalité des actes techniques, et 18,1 % des actes de prothèse (12).

La prothèse adjointe partielle représente 28,37 % des actes de prothèse amovible, 10,34 % étant des prothèses à base résine, et 18,03 % des prothèses à base métallique.

Les prothèses amovibles définitives comportant 1 à 4 dents représentent 28 % des prothèses amovibles, celles comportant 5 à 8 dents, 44,3 % et celles comportant 9 à 13 dents, 27,7 %.

II.2 Données de morbi-mortalité

La perte des dents entraîne une réduction de l'efficacité masticatoire. Cette baisse des capacités masticatoires amènent les personnes à changer leurs habitudes alimentaires, en optant pour des aliments nécessitant moins de mastication. Ainsi, les apports en fibre, protéines, calcium, vitamine C, etc. sont réduits. En conséquence, la malnutrition peut affecter 5 à 10 % des personnes âgées maintenues à domicile, et 30 à 60 % de la population institutionnalisée. La diminution des apports alimentaires, leur sélection qualitative engendrent la dénutrition. La perte de poids conséquente aggrave la morbidité et mortalité (13-15).

Un accompagnement nutritionnel du patient nouvellement appareillé est donc fortement conseillé (16).

II.3 Qualité de vie

Ces dernières années, les liens entre les maladies orales et la qualité de vie ont été explorés. Il est apparu que la santé orale contribuait d'une manière importante au bien-être de l'individu, tant sur le plan biologique que psychosocial.

La perte des dents et l'âge sont étroitement associés, et ont un impact négatif sur la qualité de vie liée à la santé buccale (17). Cette étude menée auprès de populations anglaises et australiennes montrait qu'une dentition complète ou presque (25 dents ou plus) était associée à des scores élevés sur le questionnaire *Oral Health Impact Profile* ($p < 0,001$) par rapport à des populations ayant moins de 17 dents. Le facteur âge avait un impact sur les scores moyens : ainsi, dans les deux pays, la population âgée de plus de 70 ans obtenait les scores les plus élevés ($p < 0,001$). Toutefois, des différences étaient observées selon la région étudiée et le contexte socioculturel.

Une enquête nationale allemande (18) a évalué les conséquences d'une santé orale altérée sur la qualité de vie de la population. Il ressortait que parmi les sujets non porteurs d'appareils amovibles, 50 % avaient des scores sur l'échelle *OHRQoL (Oral Health Related Quality of Life)* ≥ 5 , et 10 % des scores ≥ 38 . Chez les sujets porteurs d'appareils amovibles, les scores étaient respectivement de 15 et 60, et chez les sujets porteurs de prothèse complète, de 23 et 85 points.

Un rapport canadien (13) distingue les troubles fonctionnels, capacité masticatoire et élocution, selon le statut dentaire, et conclut que les troubles fonctionnels sont plus communs chez l'édenté et le porteur d'appareil (*tableau 1*). Ce rapport souligne aussi les conséquences psychosociales (*tableau 2*)

Tableau 1. Problèmes fonctionnels et statut dentaire traduit de Locker et Matear, 2000 (15).

	Problèmes masticatoires	Problèmes d'élocution
Édenté	61,3 %	12,9 %
Denté avec appareils partiels	28,3 %	15,2 %
Denté sans appareils	3,1 %	6,7 %

Tableau 2. Statut dentaire et conséquences psychosociales traduit de Locker et Matear, 2000 (15).

Impossibilité de manger les aliments que l'on aime	4,7 %
Appréciation amoindrie des aliments	3,2 %
Temps de repas allongé par rapport aux autres	6,4 %
Comportement d'évitement pour manger avec d'autres personnes	2,0 %
Embarras lié à l'apparence ou à la santé buccale	2,9 %
Comportement d'évitement pour converser avec d'autres	1,0 %
Comportement d'évitement pour sourire et rire	2,3 %

II.4 Données socio-économiques

Des facteurs socio-économiques et géographiques ont une influence sur la gravité des maladies orales, et par conséquent sur l'édentement des populations.

Malgré des progrès encourageants dans beaucoup de pays, un rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (19) soulignait que les maladies orales affectaient prioritairement les populations pauvres et socialement marginalisées, car les traitements sont coûteux et inabordables pour les populations à faible revenu. Un rapport précédent de l'OMS (20) indiquait qu'en 2000, on observait, dans une population âgée de 65 ans au moins, d'une part une réduction de la perte des dents au cours des dernières années dans quelques pays industrialisés, et d'autre part un taux d'extraction encore élevé dans les pays en voie de développement, du fait d'un accès difficile aux soins.

Une enquête canadienne (13) soulignait les disparités dans les taux d'édentement selon les provinces, et les inégalités dans le système de soins liés aux revenus et aux couvertures d'assurances dentaires, facteurs déterminant les consultations dentaires et donc la santé buccale. Ainsi, la population à faible revenu était plus touchée par l'édentement que la population à plus haut revenu. Dans chaque groupe de revenus, le taux d'édentement était plus élevé parmi ceux n'ayant pas une couverture d'assurance dentaire. Dans l'Ontario, la province ayant le moins d'édentés (11 % *versus* 28 % au Québec), le taux d'édentement parmi les personnes de 12 ans et plus, pouvait atteindre 22 % pour les plus faibles revenus, et 5 % pour les plus hauts revenus.

En France, des travaux du CREDES (21) ont souligné les relations étroites entre la dégradation de l'état dentaire et le vécu des situations de précarité. L'accès aux soins est insuffisant chez les personnes précaires : les 45-54 ans en situation de précarité déclarent en moyenne 7 dents non remplacées de plus que la population générale, et la proportion de personnes déclarant ne pas avoir de prothèses est 4 fois supérieure à la population générale.

III. TECHNIQUES ALTERNATIVES

La pose d'une prothèse amovible partielle conventionnelle est l'un des traitements de l'édentement partiel des arcades.

La première alternative est la prothèse fixée sur dents piliers naturelles ou sur implants.

Les prothèses fixées sur dents naturelles sont indiquées dans les édentements intercalaires, et ce d'autant plus que les dents adjacentes à l'édentement nécessitent une reconstruction. Quand les dents adjacentes à l'édentement sont saines, la prothèse fixée implanto-portée présente un intérêt évident.

Dans les édentations de grandes étendues ou les édentations terminales postérieures, le choix implantaire avec reconstructions prothétiques fixées implanto-portées peut être proposé.

Les prothèses amovibles trouvent donc leurs indications dans les cas où, pour des raisons médicales, biologiques, topographiques ou économiques, les autres solutions ne peuvent être envisagées.

IV. CONDITION ACTUELLE DE LA PRISE EN CHARGE EN FRANCE

L'acte « appareillage d'un appareil de prothèse dentaire adjointe sur plaque base en matière plastique, en supplément plaque base métallique d'un édentement de 1 à 3 dents, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 dents » est inscrit à la NGAP.

V. IDENTIFICATION DANS LES NOMENCLATURES ETRANGERES

Tableau 3. Comparaisons avec les nomenclatures étrangères.

Nomenclature	Code	Libellé
Américaine (CPT 2004)	D5213	<i>Maxillary partial denture-cast metal framework with resin denture bases (including any conventional clasps, rests and teeth)</i>
	D5214	<i>Mandibular partial denture-cast metal framework with resin denture bases (including any conventional clasps, rests and teeth)</i>
	D5281	<i>Removable unilateral partial denture-one piece cast metal (including clasps and teeth)</i>
Australienne (MBS 2003)		<i>Provision and fitting of cast metal base (cobalt chromium alloy) partial denture including casting and retainers</i>
	75821	<i>1 Tooth</i>
	75824	<i>2 Teeth</i>
	75827	<i>3 Teeth</i>
	75830	<i>4 Teeth</i>
	75833	<i>5 to 9 Teeth</i>
75836	<i>10 to 12 Teeth</i>	
Belge (2005)	307731-	Prothèse amovible supérieure de 1 à 11 dents : 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11 dents Prothèse amovible inférieure de 1 à 11 dents : 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11 dents
	3080151	7-8-9-10-11 dents
	306832	Prothèse amovible supérieure de 12-13 dents
	306854	Prothèse amovible inférieure de 12-13 dents
Québécoise (2005)		

METHODE

La méthode proposée par la Haute Autorité de santé (cf. *annexe I*) pour évaluer le Service attendu/rendu d'un acte est fondée sur :

1. l'analyse critique des données la littérature scientifique ;
2. l'avis de professionnels réunis dans un groupe de travail.

I. RECHERCHE DOCUMENTAIRE

I.1 Sources d'informations

Base de données bibliographiques consultée :

- Medline (National Library of Medicine, *États-Unis*).

Autres sources :

- The Cochrane Library (*Royaume-Unis*) ;

- National Guideline Clearinghouse (*États-Unis*) ;

- HTA Database (International Network of Agencies for Health Technology Assessment - INAHTA).

I.2 Stratégie et résultats de la recherche

La stratégie de recherche est construite en utilisant, pour chaque sujet, soit des termes issus d'un thésaurus (descripteurs du MESH), soit des termes du titre ou du résumé (mots libres). Ils sont combinés en autant d'étapes que nécessaire à l'aide des opérateurs « ET » « OU » « SAUF ». Ils sont également combinés avec les termes descripteurs de type d'étude.

Le *tableau 4* présente la stratégie et les résultats de la recherche, en termes de nombre de références obtenues par type d'étude et par sujet sur une période donnée.

Tableau 4. Stratégie et résultats de la recherche documentaire.

Termes utilisés	Type d'étude/Sujet	Période	Nbre de références
Recommandations		Pas de limite – août 2005	M : 6
Étape 1	<i>Denture, Partial, Removable</i> OU <i>Partial Denture</i> [titre, résumé] OU <i>Removable Denture</i> [titre, résumé])		
ET			
Étape 2	<i>Guideline*</i> [descripteur, type de document] OU <i>Practice Guideline</i> OU <i>Health Planning Guideline</i> OU <i>Recommendation</i> [titre] OU <i>Consensus Development Conference</i> OU <i>Consensus Development Conference, NIH</i> OU <i>Consensus Conference</i> [titre] OU <i>Consensus Statement</i> [titre]		
Méta-analyses, Revues de littérature		Pas de limite – août 2005	M : 6
Étape 1			
ET			
Étape 3	<i>Meta-analysis</i> [descripteur, type de document, titre] OU <i>Review Literature</i> [descripteur, type de document] OU <i>Systematic Review</i> [titre]		
Études contrôlées		Pas de limite – août 2005	M : 34
Étape 1			
ET			
Étape 4	<i>Metal*</i> [titre, résumé]		
ET			
Étape 5	<i>Controlled Clinical Trial</i> [descripteur, type de document] OU <i>Randomized Controlled Trial</i> [descripteur, type de document] OU <i>Single-blind Method</i> OU <i>Double-blind Method</i> OU <i>Random Allocation</i> OU <i>Random*</i> [titre] OU <i>Controlled Study</i> OU <i>Major Clinical Study</i> OU <i>Cross-Over Studies</i> OU <i>Crossover Procedure</i>		
Études de cohorte		Pas de limite – août 2005	M : 9
Étape 1			
ET			
Étape 4			
ET			
Étape 6	<i>Cohort Studies</i> OU <i>Cohort Analysis</i> OU <i>Longitudinal Study(ies)</i> OU <i>Follow-Up Studies</i> OU <i>Follow Up</i> OU <i>Prospective Study(ies)</i>		
Essais cliniques		Pas de limite – août 2005	M : 46
Étape 1			
ET			
Étape 4			
ET			
Étape 7	<i>Clinical Trials</i> OU <i>Clinical Trial</i> [type de document] OU <i>Case-Control Studies</i> OU <i>Retrospective Studies</i> OU <i>Comparative Study</i>		
Littérature francophone			P : 6
Étape 8	Prothèse* partielle*		
Nombre d'articles cités			45

M : Medline ; P : Pascal.

ANALYSE CRITIQUE DES DONNEES DE LA LITTERATURE

I. PRESENTATION DES ETUDES IDENTIFIEES

Une étude contrôlée randomisée, une étude contrôlée non randomisée, 5 études prospectives, 6 études rétrospectives (ER), 8 séries de cas, 2 revues de littérature, ont été sélectionnées pour l'analyse de la littérature.

II. EFFICACITE DE L'ACTE

II.1 Capacité masticatoire et nutrition

Le port d'une prothèse partielle améliore d'une façon significative l'efficacité masticatoire (*tableau 5*) et le ressenti subjectif de cette efficacité (22,23).

Des études ont comparé les performances masticatoires et leurs conséquences sur le comportement alimentaire et l'apport nutritionnel, en fonction du statut de la dentition : dentition intacte ou compromise, avec ou non-remplacement des dents absentes par des prothèses partielles ou complètes. Le remplacement de dents absentes par des prothèses améliore en partie la fonction masticatoire et certaines valeurs subjectives telles que l'appréciation du goût, de la consistance des aliments et de la facilité de mastication ; ces dernières valeurs sont significativement supérieures pour les dentures intactes et les porteurs de prothèses partielles, comparativement aux dentures compromises non restaurées et aux porteurs de prothèses complètes (24). D'autre part, les personnes partiellement édentées peuvent s'imposer certaines restrictions alimentaires, et compromettre ainsi leur nutrition. Les nutriments absorbés par les individus porteurs de prothèse partielle sont significativement supérieurs à ceux des individus dont les dents manquantes ne sont pas remplacées ou encore aux porteurs de prothèses complètes (25). Des changements dans la consommation alimentaire n'avaient pas été mis en évidence dans une étude antérieure (23).

Tableau 5. Prothèse amovible partielle (PAP), capacité masticatoire et nutrition.

Auteurs, année	matériel et méthodes	capacité masticatoire
Kapur <i>et al.</i> , 1997 (22)	118 patients 59 PAP avec distal occlusal rests et cast circumferential clasps 59 PAP avec mesial rests et 1 bar cast clasps 6 tests de performance masticatoire (noisette et carotte)	Amélioration significative de tous les scores dans les 2 types de design (amélioration et adaptation plus lente avec la méthode amande) P < 0,001 Les scores moyens demeurent similaires aux intervalles de temps suivants 6,18,36,60 mois.
Gunne, 1985 (23)	19 patients/PAP mand 2 tests et mesures masticatoires (gélatine et amandes) analyse subjective de l'expérience masticatoire (scores 45 aliments) évaluation des rations alimentaires avec registre (fréquence de la consommation des 45 aliments)	Amélioration significative de l'efficacité masticatoire (p < 0,05) l'expérience subjective de la performance masticatoire est positive chez 14 patients pas d'effets sur le comportement alimentaire des patients

PAP : Prothèse amovible partielle ; mand : Mandibulaire ; RDA : *American Recommended Dietary Allowances*.

Tableau 5. (suite) Prothèse amovible partielle (PAP), capacité masticatoire et nutrition.

Auteurs, année	matériel et méthodes	capacité masticatoire
Wayler <i>et al.</i> , 1984 (24)	Parmi 1 133 vétérans, 198 avec au moins une PAP ; 125 avec au moins une prothèse complète Test de performance masticatoire (swallowing threshold performance test ; 13 types d'aliments) Appréciation subjective à l'aide de questionnaire Coefficients de corrélation pour la facilité de mastication perçue <i>versus</i> acceptabilité du goût et de la consistance.	Pour les individus avec des dentures intactes ou partiellement compromises, scores de performance de 93,3 et 89,3 Moindre performances pour les PAP : 81,3 et 76,3 et scores les plus bas pour les porteurs d'au moins une prothèse complète : 68,7 et 56,4 % Corrélation de ces résultats avec les valeurs de la perception subjective de la facilité de mastication. Différence significative ($p < ,05$) uniquement dans le groupe prothèse complète pour les valeurs coefficients de corrélation entre acceptabilité goût ($,47$) et acceptabilité consistance ($,56$) et perception moyenne facilité masticatoire
Krall <i>et al.</i> , 1998 (25)	638 vétérans, dont 123 PAP tests de fonction masticatoire (carotte) analyse de la consommation de nutriments (RDA) corrélation fonction masticatoire et consommation de nutriments	La fonction masticatoire et la consommation de calories, protéines et fibres décroissent avec l'altération de la denture. La consommation d'à peu près la moitié des nutriments est significativement inférieure ($p < 0,05$) pour le groupe prothèse complète, comparée aux deux autres groupes, denture intacte et PAP. Les apports en fibres, vitamines et minéraux sont significativement associés à la fonction masticatoire ($p < 0,001$ et $p < 0,05$).

PAP : Prothèse amovible partielle ; mand : Mandibulaire ; RDA : *American Recommended Dietary Allowances*.

II.2 Satisfaction du patient

La satisfaction (*tableau 6*) des patients âgés porteurs de prothèses amovibles augmente quand des paires de dents en occlusion (*units occlusaux*) sont rajoutées (26).

En considérant l'influence de certains facteurs sur le degré de satisfaction, des auteurs ont montré que l'âge, l'état de santé, une expérience ou non antérieure de port de prothèse, l'existence d'une prothèse antagoniste influençaient significativement le degré de satisfaction (27).

La satisfaction a été également évaluée en considérant le pourcentage de patients ne portant pas leur prothèse ; ce pourcentage selon les études était estimé entre 5 % et 12 % (28-30).

Tableau 6. Prothèse amovible partielle (PAP) et satisfaction du patient.

Auteurs, année	Matériel et méthode	Thèmes et pourcentage d'insatisfaction	Satisfaction et autres facteurs
Frank <i>et al.</i> , 1998 (27)	410 patients : âge moyen 59 ans PAP mand réalisées en moyenne 3 ans auparavant Enquête postale questionnaire de satisfaction (15 items) Analyse de variables : âge patient ; âge prothèse, dents postérieures manquantes, santé générale	Adaptation : 33,6 % Manger/mastiquer : 29,5 % Problèmes avec dents naturelles : 26,3 % Perception globale : 26,2 % Propreté buccale : 20,4 % Élocution : 17,9 % Apparence : 17,8 % Propreté de l'appareil : 15,3 % Odeur : 13,2 %	Satisfaction supérieure chez les sujets en bonne santé ($p < 0,001$) et ayant déjà eu une prothèse ($p < 0,001$) Satisfaction supérieure chez les sujets les plus âgés ($p = 0,007$) mais moindre chez les sujets ayant une PAP antagoniste ($p < 0,001$)
Van Waas <i>et al.</i> , 1994 (26)	320 patients (55-74ans) : 39 % avec PAP, dont 26 % sur une arcade et 13 % sur 2 arcades Examen clinique + questionnaire de satisfaction (mastication, esthétique, élocution, confort, expériences dentaires antérieures)	Globalement, 19 % de patients insatisfaits Mordre nourriture dure : 15 % Apparence : 29 %	Les porteurs de PAP sont globalement moins satisfaits que les patients sans PAP ($p = 0,001$) Satisfaction supérieure avec addition de <i>units</i> occlusaux ($p = 0,02$) Satisfaction moindre quand dents antérieures remplacées.
Cowan <i>et al.</i> , 1991 (29)	Enquête téléphonique 1 : 290 patients interrogés 2 à 3 ans après insertion PAP Enquête 2 : 169 patients interrogés 4 à 5 ans après insertion PAP	NC	1- 258 portent leur prothèse et 238 n'ont pas de problèmes 2- 156 portent la PAP – 152 sans problèmes
Derry et Bertram, 1970 (30)	60 patients avec 74 PAP Examen à 2 ans	9 % des patients ne portent jamais leur prothèse	Port de la prothèse : 91 % (68 % toujours ; 23 % uniquement le jour)
Vermeulen <i>et al.</i> , 1996 (28)	748/703 PAP conventionnelles et 183 PAP avec attachements à 5 et 10 ans	Absence de port de la prothèse : 5 % pour les PAP avec attachements, et 12 % pour PAP conventionnelles dont (8 % à la mand et 4 % au maxillaire)	Port de la prothèse supérieur quand attachements et supérieur au maxillaire (96 %) <i>versus</i> mandibule (92 %)

PAP : Prothèse amovible partielle ; mand : Mandibulaire ; *unit occlusal* : Paire de dents en occlusion dans région postérieure.

III. SECURITE, COMPLICATIONS DE L'ACTE

III.1 PAP, caries et parodontite

Des études ont évalué les conséquences parodontales et les lésions carieuses liées au port de prothèse amovible partielle (*tableau 7*).

Une étude (31) a analysé plus spécifiquement l'incidence carieuse chez des porteurs de prothèse amovible partielle, en tenant compte du risque carieux basé sur l'apport quotidien de sucre, l'hygiène buccale, la sécrétion salivaire, et les valeurs de lactobacilles et *streptococcus mutans*. Elle n'a pas mis en évidence un risque accru de caries sur les surfaces en contact avec la prothèse ($p > 0,05$) ; toutefois dans cette étude, l'hygiène orale et le suivi du patient étaient optimum et donc l'accumulation de plaque au contact de la prothèse minimum.

Les résultats d'une étude rétrospective (32) montraient quelques différences dans les index parodontaux, mais cliniquement non significatifs. Deux études longitudinales (33,34) avec des séries de patients suivis sur 10 et 25 ans ne montraient pas de modifications significatives dans les paramètres parodontaux. Les résultats d'une autre étude (35) mettaient en évidence

des différences significatives ($p < 0,05$) entre la survenue de caries radiculaires et l'état parodontal de dents piliers et non-piliers de prothèse ; ces résultats moins favorables s'expliquaient toutefois par une population âgée, plus vulnérable aux maladies dégénératives, et moins apte à prendre soin de ses prothèses.

Ces auteurs s'accordent avec les conclusions de deux revues de littérature (36,37), qui soulignaient que le statut parodontal à long terme des dents piliers peut être obtenu avec un bon contrôle de la plaque par le patient, et une maintenance adéquate avec contrôles réguliers et corrections prothétiques quand nécessaires. Cela suppose bien sûr que les soins préprothétiques parodontaux et que la conception de la prothèse ont été bien menés en phase préalable. La revue suivante (37) concluait toutefois que plus d'études prospectives devraient être réalisées pour évaluer le devenir parodontal de dents piliers de PAP.

En conclusion, une bonne éducation du patient, avec un programme préventif basé sur un contrôle de l'hygiène rigoureux et des rendez-vous réguliers de maintenance devraient limiter au minimum les conséquences négatives parodontales et carieuses, pouvant résulter du port de prothèse amovible partielle.

Tableau 7. Les conséquences parodontales et les lésions carieuses liées au port de prothèse amovible partielle.

Auteurs, année	Matériel et méthodes	Suivi (an)	Profondeur poche (mm)	Mobilité	Perte osseuse (mm)	Caries
Kratochvil <i>et al.</i> , 1982 (32)	137 patients 203 PAP	1-5	Dent pilier : Profondeur poche après traitement < poche avant traitement : - 0,47 ; $p = 0,0033$ Dent non-pilier : réduction - 0,6 ; $p = 0,0001$	Dent pilier : augmentation 0,45 $P = 0,0001$ Dent non-pilier : augmentation 0,82 $P = 0,0375$	Dent pilier : -0,47 % $p = 0,2084$ Dent non-pilier : + 0,81 $p = 0,4338$	Dent pilier : Réduction 20,74 % $P = 0,0001$ Dent non-pilier : Réduction + 9,1 % $P = 0,0345$
Bergman <i>et al.</i> , 1982 (33)	30 patients/33 PAP extensions distales bilatérales	2-4 puis 10	Dent pilier Départ : 1,83 2 ans : 1,92 4 ans : 2,17	0,35 0,07 0,1	NC	170 dents départ : 49,5 % intactes à 10 ans : 45,8 % intactes
Bergman <i>et al.</i> , 1995 (34)	23 patients parmi les 30 de l'étude précédente	25	118 dents (472 sites) 440 sites : < 3mm 32 sites : 4-7 mm	Pas de changements apparents : 0,11 - 0,18		
Bergman et Ericson, 1986 (31)	34 patients/34 PAP analyse du risque carieux : lactobacilles, <i>S Mutans</i> débit et pH salive	3	NC	NC	NC	7,1 % de caries sur surfaces intactes. Pas de différence significative entre les surfaces en contact ou non avec PAP $p > 0,05$ 6,2 % de caries récurrentes. Pas de différence significative entre les surfaces en contact ou non avec PAP $p > 0,05$
Drake et Beck, 1993 (35)	188 patients avec PAP + de 65 ans Dents restantes (moyenne) : 14,1	NC	dents piliers : 1,94 différence moyenne entre dents piliers et non : 0,43 $P < 0,01$	NC	NC	Caries coronaires : Dents piliers : 22,7 % Autres dents : 19,1 % Caries radiculaires : Dents piliers : 20,9 % Autres dents : 9,6 % $P < 0,05$

NC : Non communiqué ; PAP : Prothèse amovible partielle.

III.2 Autres complications

- Des complications (*tableau 8*) type réfection des attachements, ajustage de la prothèse, fracture voire remplacement ont été rapportées chez des patients suivis sur du long terme (10 ans) (28,33). Il est admis que des changements buccaux et des dommages prothétiques surviennent avec le temps. Ces modifications doivent être contrôlées par un suivi régulier du patient, 2 fois par an, pour procéder aux traitements prothétiques correcteurs et autres procédures thérapeutiques nécessaires.

Tableau 8. Autres complications et taux de survie de prothèse amovible partielle.

Auteurs, Année	Patients/prothèses	Suivi (ans)	Complications	Taux de survie (moyen)
Vermeulen <i>et al.</i> , 1996 (28)	748/703 PAP conventionnelles 183 PAP avec attachements	5-10	« Retraitement » de l'attachement	59 à 76 % à 5 ans 30 à 48 % à 10 ans.
			Ajustage de la plaque	70 % à 5 ans et 47 % à 10 ans. > pour les PAP avec attachement
			Fracture	80 à 90 % à 5 ans 56 à 73 % à 10 ans.
			Remplacement ou absence de port de la prothèse	75 % à 5 ans 50 % à 10 ans
Bergman <i>et al.</i> , 1982 (33)	30/33 PAP chrome-cobalt	10	12 remplacements par de nouvelles PAP	36 % à 10 ans
			28 rebasages	16 % à 10 ans
			2 réparations du châssis et 44 réparations mineures de la zone acrylique	

PAP : Prothèse amovible partielle.

- Quelques cas d'ingestion accidentelle de prothèses partielles ont été rapportés dans la littérature. La localisation des prothèses dans l'œsophage, dans l'estomac et dans l'oropharynx, nécessitait leur retrait sous anesthésie générale (38-41).

- Des réactions tissulaires allergiques aux métaux constituant des châssis prothétiques peuvent survenir. Ainsi, un cas de dermatite pruritique généralisée avec érythème intraoral lié à une allergie au chrome a été décrit (42), et 6 cas de lésions ulcératives du palais, associées au port de châssis prothétiques en nickel-chrome pour la plupart affectés par la corrosion, ont été rapportés (43).

Des techniques de frottis ont mis en évidence des modifications tissulaires sous les bases de prothèses métalliques. Ainsi, des changements dans la structure de l'épithélium ont été observés, avec une réduction de la quantité et/ou qualité de la couche de kératine et couche cornée (44,45).

IV. DESCRIPTION DE LA PLACE DE L'ACTE DANS LA STRATEGIE THERAPEUTIQUE

La pose d'une prothèse amovible partielle conventionnelle est l'un des traitements de l'édentement partiel des arcades.

La première alternative est la prothèse fixée sur dents piliers naturelles ou sur implants.

Les prothèses fixées sur dents naturelles sont indiquées dans les édentements intercalaires, et ce d'autant plus que les dents adjacentes à l'édentement nécessitent une reconstruction. Quand les dents adjacentes à l'édentement sont saines, la prothèse fixée implanto-portée présente un intérêt évident.

Dans les édentations de grandes étendues ou les édentations terminales postérieures, le choix implantaire avec reconstructions prothétiques fixées implanto-portées peut être proposé.

Les prothèses amovibles plus « iatrogéniques » trouvent donc leurs indications dans les cas où, pour des raisons médicales, biologiques, topographiques ou économiques, les autres solutions ne peuvent être envisagées. Il faut toutefois souligner que les complications résultant de leur port peuvent être contrôlées par des mesures d'hygiène et une maintenance rigoureuse.

V. IMPACT EN SANTE PUBLIQUE

Aucune donnée sur l'impact du port de prothèses partielles sur la population n'a été identifiée. Eu égard à la gravité de la pathologie et à ses conséquences sur la santé et la qualité de vie, à la prévalence de l'édentement partiel plus particulièrement marqué dans certaines populations âgées et défavorisées, et sachant qu'il existe des conditions biologiques, topographiques, médicales et financières qui sont parfois défavorables à la réalisation de prothèses fixées ou implanto-portées, le Service attendu peut être considéré comme suffisant.

AVIS DU GROUPE DE TRAVAIL

Quinze professionnels ont participé au groupe de travail (cf. liste en *annexe II*).

Les discussions ont porté sur les questions suivantes.

- indications : le groupe de travail souligne que la prothèse partielle à châssis métallique est indiquée après avoir évalué l'état parodontal, la répartition des dents sur l'arcade et l'étendue de l'édentation ;

- de nombreuses corrections ont été introduites dans le chapitre *contexte*, en termes de terminologie et séquence des étapes techniques (empreinte préliminaire ; mise en articulateur ; paralléliseur et tracé prospectif du châssis, préparations, etc. ; PEI et empreinte secondaire).

Parmi les avantages cités dans le texte, la possibilité de décolletage, favorable pour le parodonte des dents restantes, et la possibilité d'orienter les forces masticatrices selon les axes des dents support ont été mentionnés.

- sécurité : pour minimiser les complications, il ressort qu'il est préférable de voir le patient 2 fois par an.

Le groupe souligne que les prothèses, de par leur conception, ne doivent pas pouvoir être ingérées. Les ingestions demeurent donc anecdotiques.

D'autre part, le nickel n'est plus utilisé comme matériau.

- place dans la stratégie thérapeutique : le terme iatrogénique est supprimé.

- Le groupe de travail souhaite introduire une demande de modification de libellé en retirant le mot « définitif » et en remplaçant les termes « châssis » par « plaque métallique ».

Conclusions du GT :

Le groupe de travail est favorable à l'inscription des libellés à la CCAM, avec demande de modification des libellés.

Le Service attendu est considéré suffisant.

ANNEXES

I. METHODE GENERALE D'EVALUATION DES ACTES PROFESSIONNELS PAR LE SERVICE EVALUATION DES ACTES PROFESSIONNELS

Selon l'article R. 162-52-1 du Code la sécurité sociale, l'avis de la Haute Autorité de santé (HAS) précise le service médical de l'acte. Ce service est évalué en fonction de :

- l'intérêt diagnostique ou thérapeutique de l'acte : basé notamment sur sa sécurité, son efficacité et sa place dans la stratégie thérapeutique ;
- l'intérêt de santé publique de l'acte : fonction notamment de son impact sur la morbi-mortalité liée à la pathologie traitée, sur la qualité de vie des patients, sur le système de soins, sur les politiques et les programmes de santé publique ; l'intérêt de santé publique est aussi fonction de la gravité de la pathologie traitée et de la capacité de l'acte à répondre à un besoin non couvert.

La méthode proposée par la HAS pour rendre cet avis est basée sur :

- l'analyse des données identifiées dans la littérature, et portant sur les critères cités ci-dessus ;
- l'avis sur ces mêmes critères émis par des professionnels réunis dans un groupe de travail.

1. Analyse des données identifiées dans la littérature

Une recherche documentaire est effectuée par interrogation systématique des bases de données bibliographiques médicales et scientifiques, sur une période adaptée à chaque thème. En fonction du thème traité, des bases de données spécifiques peuvent être consultées. Une étape commune à toutes les études consiste à rechercher systématiquement les recommandations pour la pratique clinique, conférences de consensus, revues systématiques, méta-analyses et autres travaux d'évaluation déjà publiés au plan national et international. Tous les sites Internet utiles (agences gouvernementales, sociétés savantes, etc.) sont consultés. Les documents non accessibles par les circuits conventionnels de diffusion de l'information (littérature grise) sont recherchés par tous les moyens disponibles. Par ailleurs, les textes législatifs et réglementaires pouvant avoir un rapport avec le thème sont consultés. Les recherches initiales sont mises à jour jusqu'au terme du projet. L'examen des références citées dans les articles analysés permet de sélectionner des articles non identifiés lors de l'interrogation des différentes sources d'informations. Enfin, les membres des groupes de travail et de lecture peuvent transmettre des articles de leur propre fonds bibliographique. Les langues retenues sont le français et l'anglais. Le chapitre « Recherche documentaire » présente le détail des sources consultées, ainsi que la stratégie de recherche propre à chaque acte ou groupe d'actes.

Chaque article est analysé selon les principes de la lecture critique de la littérature, afin d'apprécier sa qualité méthodologique, et de lui affecter un niveau de preuve scientifique de la classification suivante :

Niveau de preuve scientifique (niveau I à IV)	
I	Essais comparatifs randomisés de forte puissance, méta-analyse, analyse de décision.
II	Essais comparatifs randomisés de faible puissance ou non randomisés, études de cohorte.
III	Études cas-témoins.
IV	Études rétrospectives, séries de cas, études épidémiologiques descriptives. Études comparatives avec des biais.

2. L'avis de professionnels réunis dans un groupe de travail

Les sociétés savantes sont consultées pour connaître les travaux réalisés sur les actes, et pour proposer une liste d'experts de l'acte, de ses alternatives ou de la pathologie limitée, susceptibles de participer au groupe de travail. Ce dernier est composé d'une quinzaine de professionnels de différentes spécialités, de différents modes d'exercice (CHU ou CHG, spécialistes libéraux) et de différentes localisations géographiques. Ce groupe se réunit une fois. Un rapport présentant l'analyse de la littérature est envoyé aux membres du groupe de travail avant la réunion, avec un questionnaire pour recueillir leur opinion avant la réunion. Lors de la réunion, les membres du groupe de travail discutent sur la base de leur expertise et de l'analyse de la littérature des différents critères permettant de mesurer le service médical de l'acte (voir ci-dessus), et aboutissent, le cas échéant, à un consensus. Le compte-rendu de la réunion (discussion et avis final) est rédigé par la HAS, et envoyé aux membres du groupe de travail pour validation.

Un Chef de projet de la HAS coordonne l'ensemble du travail, et en assure l'encadrement méthodologique.

Au vu de l'analyse de la littérature et de l'avis des professionnels du groupe de travail, la HAS, après examen et validation du dossier par la Commission d'évaluation des actes professionnels, estime le service médical de l'acte, et émet un avis quant à l'inscription de cet acte à la liste des actes pris en charge par l'Assurance maladie.

Trois cas de figure sont possibles :

- le service médical est estimé suffisant, l'avis est favorable pour l'inscription ;
- le service médical est estimé insuffisant, l'avis est défavorable pour l'inscription ;
- le service médical n'a pas pu être estimé, l'acte est considéré en phase de recherche clinique.

En plus de l'estimation du service médical de l'acte, l'avis de la HAS précise également (article R. 162-52-1 du Code de la sécurité sociale) :

- l'indication de l'acte ;
- sa place dans la stratégie thérapeutique ou diagnostique ;
- l'amélioration du service médical de l'acte par rapport aux alternatives ;
- l'estimation du nombre de patients potentiellement bénéficiaires de l'acte ;
- l'appréciation des modalités de mise en œuvre et des exigences de qualité et de sécurité ;
- le caractère de gravité de la pathologie ;
- si nécessaire, l'objectif d'étude complémentaire pour mieux apprécier le service médical de l'acte.

II. MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL

Le groupe de travail s'est réuni le 28 novembre 2005.

L'avis du groupe de travail présenté dans ce dossier a été validé par chacun de ses membres listés ci-dessous :

Docteur Marcel BEGIN – MCU-PH – Prothèse amovible partielle et complète – 75006 PARIS.

Docteur Marie-Violaine BERTERETCHE – MCU-PH – FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE DE PARIS VII – 75006 PARIS.

Docteur Marcel BLANDIN – MCU-PH – Prothèse amovible complète – UNIVERSITÉ PAUL-SABATIER – 31062 TOULOUSE.

Docteur Anne-Elisabeth BOITIER – Chirurgie dentaire – Cabinet dentaire – 24130 PRIGONRIEUX.

Docteur Christian DECLOQUEMENT – Chirurgie dentaire – Cabinet dentaire – 92380 GARCHES.

Docteur Joël DUBREUIL – Prothèse complète – Cabinet dentaire – 60250 MOUY.

Professeur Véronique DUPUIS – PUPH – Prothèse amovible et Gériatrie – UNIVERSITÉ VICTOR-SEGALEN – BORDEAUX 2 – 33082 BORDEAUX.

Docteur Olivier HUE – MCU-PH – Cabinet dentaire – 75008 PARIS.

Docteur Pierre KLEIN – Prothèse adjointe – Cabinet dentaire – 75008 PARIS.

Docteur Thierry LAFFITTE – Prothèse amovible – Cabinet dentaire – 33000 BORDEAUX.

Docteur Odile LAVIOLE – MCU-PH – Prothèse – UNIVERSITÉ VICTOR-SEGALEN – BORDEAUX 2 – 33082 BORDEAUX.

Docteur Dominique NABOULET – Chirurgie dentaire – Cabinet dentaire – 33000 BORDEAUX.

Docteur Michel POMPIGNOLI – Prothèse – Cabinet dentaire – 75010 PARIS.

Docteur Jean-Christophe RAYMOND – Chirurgie dentaire – Cabinet dentaire – 33800 BORDEAUX.

Docteur Lionel RIMPAULT – Chirurgie dentaire – Cabinet dentaire – 24000 PÉRIGUEUX.

III. ACTES EXAMINÉS AU COURS DE LA RÉUNION DU GROUPE DE TRAVAIL

HBLD039 « Pose d'une prothèse amovible de 3 à 10 dents en denture temporaire, mixte ou permanente incomplète. »

HBLD032 « Pose d'une prothèse amovible de transition complète unimaxillaire à plaque base résine. »

HBLD031 « Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à plaque base résine. »

HBLD026 « Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 1 à 4 dents. »

HBLD027 « Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 5 à 8 dents. »

HBLD029 « Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 9 à 13 dents. »

HBLD035 « Pose d'une prothèse amovible définitive complète bimaxillaire à plaque base résine. »

HBLD047 « Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à châssis métallique. »

HBLD046 « Pose d'une prothèse amovible définitive complète bimaxillaire à châssis métallique. »

HBLD048 « Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à plaque base résine et d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à châssis métallique. »

REFERENCES

La présentation des références a été établie avec le [Service documentation](#), selon l'application des règles de Vancouver et en deux colonnes.

Littérature analysée

1. Esclassan R, Noirrit E, Champion J, Guyonnet JJ. Mise en place et entretien des prothèses partielles amovibles. *Encycl Méd Chir Odontologie* 2000;23-310-G-10.
2. Guyonnet JJ, Champion J, Esclassan R. Prothèse partielle adjointe. *Encycl Méd Chir Odontologie* 2000;23-310-A-10.
3. Association Dentaire Française. Pompignoli M, Archien C, Balleydier M, Begin M, Duminil G, Hue O. Référentiel n°8. Les empreintes 2001. <<http://www.adf.asso.fr/pdf/referentiels/Referenti el8.pdf>> [consulté le 19-10-2005].
4. Viguie G, Millet C, Gerentes P, Jarrouche W. Conceptions actuelles des prothèses partielles amovibles métalliques. *Encycl Méd Chir Odontologie* 2000;23-320-A-10.
5. Meyer JM, Degrange M. Alliages nickel-chrome et cobalt-chrome pour la prothèse dentaire. *Encycl Méd Chir Stomatologie Odontologie* 1992;23-065-T-10.
6. Avis relatif à l'extension d'un accord conclu dans le cadre de la convention collective nationale des prothésistes dentaires et laboratoires de prothèses dentaires. *JO* 2001;196:13687.
7. Schneider RL, Stokes JL, LaDuke D. Design and fabrication technique for metal palates in maxillary complete dentures. *J Dent Technol* 2000;17(7):8-11.
8. The McGill consensus statement on overdentures. *Quintessence Int* 2003;34(1):78-9.
9. Bourgeois D, Nihtila A, Mersel A. Prevalence of caries and edentulousness among 65-74-year-olds in Europe. *Bull World Health Organ* 1998;76(4):413-7.
10. Marcus SE, Drury TF, Brown LJ, Zion GR. Tooth retention and tooth loss in the permanent dentition of adults: United States, 1988-1991. *J Dent Res* 1996;75(Spec Iss):684-95.
11. Union Française pour la Santé bucco-dentaire, Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Action en faveur des personnes âgées dépendantes hébergées en institutions [Dossier de presse]. Paris: UFSBD; 2005.
12. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie de Travailleurs Salariés, Direction Déléguée aux Risques, Direction du service médical, Pôle nomenclature-département dentaire. Fréquence des actes bucco-dentaires selon les libellés de la classification commune des actes médicaux. Paris: CNAMTS; 2003.
13. Locker D, Matear D. Oral disorders, systemic health, well-being and the quality of life. A summary of recent research evidence 2000. <<http://www.phb.ca/Documents/Dental/oraldisorder s.pdf>> [consulté le 26-9-2005].
14. Walls AWG, Steele JG, Sheiham A, Marcenes W, Moynihan PJ. Oral health and nutrition in older people. *J Public Health Dent* 2000;60(4):304-7.
15. Sheiham A, Steele JG, Marcenes W, Lowe C, Finch S, Bates CJ, *et al.* The relationship among dental status, nutrient intake, and nutritional status in older people. *J Dent Res* 2001;80(2):408-13.
16. Dupuis V. Accompagnement nutritionnel du patient nouvellement appareillé. *Alternatives* 2003;19:27-38.
17. Steele JG, Sanders AE, Slade GD, Allen PF, Lahti S, Nuttall N, *et al.* How do age and tooth loss affect oral health impacts and quality of life? A study comparing two national samples. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004;32(2):107-14.
18. John MT, LeResche L, Koepsell TD, Hujoel P, Miglioretti DL, Micheelis W. Oral health-related quality of life in Germany. *Eur J Oral Sci* 2003;111(6):483-91.
19. Petersen PE. Challenges to improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Int Dent J* 2004;54(6 Suppl 1):329-43.

20. World Health Organization. Petersen E. The world oral health report 2003. Continuous improvement of oral health in the 21st century : the approach of the WHO global oral health programme. Geneva: WHO; 2003.
21. Centre de Recherche d'Étude et de Documentation en Économie de la Santé. Beynet A, Menahem G. Problème dentaires et précarité. Paris: CREDES; 2002.
22. Kapur KK, Garrett NR, Dent RJ, Hasse AL. A randomized clinical trial of two basic removable partial denture designs. Part II: Comparisons of masticatory scores. *J Prosthet Dent* 1997;78(1):15-21.
23. Gunne HSJ. The effect of removable partial dentures on mastication and dietary intake. *Acta Odontol Scand* 1985;43(5):269-78.
24. Wayler AH, Muench ME, Kapur KK, Chauncey HH. Masticatory performance and food acceptability in persons with removable partial dentures, full dentures and intact natural dentition. *J Gerontol* 1984;39(3):284-9.
25. Krall E, Hayes C, Garcia R. How dentition status and masticatory function affect nutrient intake. *J Am Dent Assoc* 1998;129(9):1261-9.
26. Van Waas M, Meeuwissen J, Meuwissen R, Käyser A, Kalk W, Van't Hof M. Relationship between wearing a removable partial denture and satisfaction in the elderly. *Community Dent Oral Epidemiol* 1994;22(5 Pt 1):315-8.
27. Frank RP, Milgrom P, Leroux BG, Hawkins NR. Treatment outcomes with mandibular removable partial dentures: a population-based study of patient satisfaction. *J Prosthet Dent* 1998;80(1):36-45.
28. Vermeulen AHBM, Keltjens HMAM, van't Hof MA, Kayser AF. Ten-year evaluation of removable partial dentures: survival rates based on retreatment, not wearing and replacement. *J Prosthet Dent* 1996;76(3):267-72.
29. Cowan RD, Gilbert JA, Elledge DA, McGlynn FD. Patient use of removable partial dentures: two- and four-year telephone interviews. *J Prosthet Dent* 1991;65(5):668-70.
30. Derry A, Bertram U. A clinical survey of removable partial dentures after 2 years usage. *Acta Odontol Scand* 1970;28(5):581-98.
31. Bergman B, Ericson G. Cross-sectional study of patients treated with removable partial dentures with special reference to the caries situation. *Scand J Dent Res* 1986;94(5):436-42.
32. Kratochvil FJ, Davidson PN, Guijt J. Five-year survey of treatment with removable partial dentures. Part I. *J Prosthet Dent* 1982;48(3):237-44.
33. Bergman B, Hugoson A, Olsson CO. Caries, periodontal and prosthetic findings in patients with removable partial dentures: a ten-year longitudinal study. *J Prosthet Dent* 1982;48(5):506-14.
34. Bergman B, Hugoson A, Olsson CO. A 25 year longitudinal study of patients treated with removable partial dentures. *J Oral Rehabil* 1995;22(8):595-9.
35. Drake CW, Beck JD. The oral status of elderly removable partial denture wearers. *J Oral Rehabil* 1993;20(1):53-60.
36. Bergman B. Periodontal reactions related to removable partial dentures: a literature review. *J Prosthet Dent* 1987;58(4):454-8.
37. Petridis H, Hempton TJ. Periodontal considerations in removable partial denture treatment: a review of the literature. *Int J Prosthodont* 2001;14(2):164-72.
38. Cooke LD, Baxter PW. Accidental impaction of partial dental prostheses in the upper gastrointestinal tract. *Br Dent J* 1992;172(12):451-2.
39. Jacobs LI. Ingestion of partial denture. *J Am Dent Assoc* 1980;101(5):801.
40. Makrauer FL, Davis JS. Gastroscopic removal of a partial denture. *J Am Dent Assoc* 1977;94(5):904-6.
41. Giovannitti JA. Aspiration of a partial denture during an epileptic seizure. *J Am Dent Assoc* 1981;103(6):895.
42. Hubler WRJ, Hubler WRS. Dermatitis from a chromium dental plate. *Contact Dermatitis* 1983;9(5):377-83.
43. Taylor TD, Morton TH. Ulcerative lesions of the palate associated with removable partial denture castings. *J Prosthet Dent* 1991;66(2):213-21.

44. Harinasuta S, Howlett JA. Keratinization of palatal mucosa beneath metal-based removable partial dentures. J Dent 1992;20(3):152-5.

45. Akal ÜK, Mocan A, Aydoğan S, Oygür T, Bağcı L, Çamdeviren H. Keratinization of palatal mucosa beneath metal-based removable partial and acrylic-based complete dentures compared

with normal palatal mucosa: a clinical, cytological and histological study. J Marmara Univ Dent Fac 1997;2(4):665-72.

Nomenclatures françaises et étrangères

American Medical Association. Current Procedural Terminology 2004 (CPT 2004). Chicago (IL) : AMA ; 2004.

Australian government. Department of Health and Ageing. Medicare benefits schedule book. Canberra : Commonwealth of Australia ; 2003.

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie. Classification Commune des Actes Médicaux. Version 1. Mise à jour 11/03/2005 http://www.codage.ext.cnamts.fr/codif/ccam/index_presentation.php?p_site=AMELI [consulté le 01-06-2005].

Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité. Nomenclature des prestations de santé. Bruxelles : INAMI ; 2005.

Régie de l'assurance maladie du Québec. Manuel des médecins omnipraticiens. Mise à jour 51. Janvier 2005. http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/manuels/100/000_complet_acte_omni.pdf [consulté le 17-02-2005].

Régie de l'assurance maladie du Québec. Manuel des médecins spécialistes. Mise à jour 61. Janvier 2005. http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/manuels/150/000_complet_acte_spec.pdf [consulté le 17-02-2005].

Régie de l'assurance maladie du Québec. Manuel des médecins spécialistes. Services de laboratoire en établissement. Mise à jour 41. Mars 2005. http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/manuels/170/000_manuel_complet_sle_spec.pdf [consulté le 17-05-2005].

Union des caisses nationales de sécurité sociale. Nomenclature enrichie à l'usage des praticiens conseils. Paris : UCANSS ; 2000.

Union des caisses nationales de sécurité sociale. Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux. Nomenclature des actes de biologie médicale. Paris : UCANSS ; 2002.

AVIS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

Libellé transmis pour évaluation :

Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 1 à 4 dents

Classement CCAM : 07.02.03.03

Code : HBLD026

Date de l'avis : 13/04/2006

Le **Service attendu** est considéré **suffisant**. Par conséquent, l'**avis de la HAS** sur l'inscription de l'acte à la liste prévue des actes prévue à l'article L. 162-1-7 du Code de la sécurité sociale **est favorable** avec les précisions suivantes :

1. Indications principales :

Édentement intercalaire, plus particulièrement de longue portée et édentement postérieur quand les solutions prothétiques fixées et les solutions implantaire ne sont pas envisageables pour des raisons médicales, biologiques, topographiques ou économiques.

2. Gravité de la pathologie :

Handicap fonctionnel et social. Qualité de vie. Malnutrition.

3. Caractère préventif, curatif ou symptomatique de la technique :

Curatif.

4. Place dans la stratégie thérapeutique :

1ère intention

- quand pour des raisons médicales, biologiques, topographiques ou économiques, les prothèses fixées ou implanto-portées ne peuvent être envisagées.

2ème intention

- quand possibilité de recourir aux prothèses fixées dans les édentements intercalaires, particulièrement quand les dents adjacentes à l'édentement nécessitent une reconstruction, et aux implants quand les dents adjacentes à l'édentement sont saines ;

- quand possibilité de recourir aux implants dans les édentements de grandes étendues ou les édentements terminaux postérieurs.

5. Amélioration du service attendu : Modérée (III).

6. Population-cible : Pas de donnée.

7. Modalités de mise en œuvre :

La pérennité de la prothèse, et de ses tissus de soutien, dépend de l'éducation et de la motivation du patient (mise en place, retrait et entretien des prothèses), ainsi que d'une bonne maintenance avec des consultations régulières.

8. Exigences de qualité et de sécurité : Pas d'observation particulière.

9. Objectifs des études complémentaires et recueils correspondants d'informations : Pas d'objet.

10. Réalisation de l'acte soumis à l'accord préalable du service médical en application des dispositions prévues par l'art. L. 315-2. :

La HAS ne se prononce pas sur ce point pour cet acte.

11. Motif de proposition de modification de libellé : Sans objet.

AVIS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

Libellé transmis pour évaluation : Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 5 à 8 dents

Classement CCAM : 07.02.03.03 : *Code :* HBLD027

Date de l'avis : 13/04/2006

Le **Service attendu** est considéré **suffisant**. Par conséquent, l'**avis de la HAS** sur l'inscription de l'acte à la liste prévue des actes à l'article L. 162-1-7 du Code de la sécurité sociale **est favorable** avec les précisions suivantes :

1. Indications principales :

Édentement intercalaire, plus particulièrement de longue portée, et édentement postérieur quand les solutions prothétiques fixées et les solutions implantaires ne sont pas envisageables pour des raisons médicales, biologiques, topographiques ou économiques.

2. Gravité de la pathologie :

Handicap fonctionnel et social. Qualité de vie. Malnutrition.

3. Caractère préventif, curatif ou symptomatique de la technique :

Curatif.

4. Place dans la stratégie thérapeutique :

1^{ère} intention

- quand pour des raisons médicales, biologiques, topographiques ou économiques, les prothèses fixées ou implanto-portées ne peuvent être envisagées.

2^{ème} intention

- quand possibilité de recourir aux prothèses fixées dans les édentements intercalaires, particulièrement quand les dents adjacentes à l'édentement nécessitent une reconstruction, et aux implants quand les dents adjacentes à l'édentement sont saines ;

- quand possibilité de recourir aux implants dans les édentements de grandes étendues ou les édentements terminaux postérieurs.

5. Amélioration du service attendu : Modérée (III).

6. Population-cible :

Pas de donnée.

7. Modalités de mise en œuvre :

La pérennité de la prothèse, et de ses tissus de soutien, dépend de l'éducation et de la motivation du patient (mise en place, retrait et entretien des prothèses), ainsi que d'une bonne maintenance avec des consultations régulières

8. Exigences de qualité et de sécurité : Pas d'observation particulière.

9. Objectifs des études complémentaires et recueils correspondants d'informations : Sans objet.

10. Réalisation de l'acte soumis à l'accord préalable du service médical en application des dispositions prévues par l'art. L. 315-2. :

La HAS ne se prononce pas sur ce point pour cet acte.

11. Motif de proposition de modification de libellé :

Sans objet.

AVIS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

Libellé transmis pour évaluation : Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 9 à 13 dents

Classement CCAM : 07.02.03.03 *Code :* HBLD029

Date de l'avis : 13/04/2006

Le **Service attendu** est considéré **suffisant**. Par conséquent, l'**avis de la HAS** sur l'inscription de l'acte à la liste prévue des actes à l'article L. 162-1-7 du Code de la sécurité sociale **est favorable** avec les précisions suivantes :

1. Indications principales :

Édentement intercalaire, plus particulièrement de longue portée, et édentement postérieur quand les solutions prothétiques fixées et les solutions implantaires ne sont pas envisageables pour des raisons médicales, biologiques, topographiques ou économiques.

2. Gravité de la pathologie :

Handicap fonctionnel et social. Qualité de vie. Malnutrition.

3. Caractère préventif, curatif ou symptomatique de la technique : Curatif.

4. Place dans la stratégie thérapeutique :

1ère intention :

- quand pour des raisons médicales, biologiques, topographiques ou économiques, les prothèses fixées ou implanto-portées ne peuvent être envisagées.

2ème intention :

- quand possibilité de recourir aux prothèses fixées dans les édentements intercalaires, particulièrement quand les dents adjacentes à l'édentement nécessitent une reconstruction, et aux implants quand les dents adjacentes à l'édentement sont saines ;

- quand possibilité de recourir aux implants dans les édentements de grandes étendues ou les édentements terminaux postérieurs.

5. Amélioration du service attendu : Importante (II).

6. Population-cible :

Pas de donnée.

7. Modalités de mise en œuvre : La pérennité de la prothèse, et de ses tissus de soutien, dépend de l'éducation et de la motivation du patient (mise en place, retrait et entretien des prothèses) ainsi que d'une bonne maintenance avec des consultations régulières.

8. Exigences de qualité et de sécurité : Pas d'observation particulière.

9. Objectifs des études complémentaires et recueils correspondants d'informations : Sans objet

10. Réalisation de l'acte soumis à l'accord préalable du service médical en application des dispositions prévues par l'art. L. 315-2. :

La HAS ne se prononce pas sur ce point pour cet acte.

11. Motif de proposition de modification de libellé :

Sans objet.