



Available online at  
**ScienceDirect**  
[www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

Elsevier Masson France  
**EM|consulte**  
[www.em-consulte.com](http://www.em-consulte.com)



## PRATIQUES ET CONCEPTS

# Prise en charge des urgences en odontologie : de la nécessité d'une réflexion éthique



*Emergency and after-hours care in Dentistry: A need for an ethical consideration*

M. Guivarc'h<sup>a,b,\*</sup>, G. Maille<sup>a,b</sup>, F. Bukiet<sup>b,c</sup>, P. Le Coz<sup>a</sup>

<sup>a</sup> UMR 7268, ADÉS, EFS, CNRS, faculté de médecine de Marseille, Aix-Marseille université, 13916 Marseille, France

<sup>b</sup> UFR odontologie de Marseille, Aix-Marseille université, Assistance publique–Hôpitaux de Marseille, 13385 Marseille, France

<sup>c</sup> Giboc, ISM, UMR 7287, CNRS, Aix-Marseille université, 13288 Marseille, France

Reçu le 15 mai 2017 ; accepté le 1<sup>er</sup> juillet 2017

Disponible sur Internet le 14 août 2017

### MOTS CLÉS

Douleur ;  
Éthique ;  
Odontologie ;  
Permanence des  
soins ;  
Traitement d'urgence

**Résumé** L'urgence en odontologie implique le plus souvent pour les patients des douleurs aiguës et incontrôlables qui créent pour ces derniers une dépendance extrême vis-à-vis des chirurgiens-dentistes. Pourtant, l'accès aux soins d'urgence peut être complexe et il n'est pas rare que les patients se heurtent à la difficulté voire l'impossibilité d'obtenir une prise en charge rapide. L'objectif de cet article est d'identifier et de discuter des tensions éthiques sous-tendues par la problématique de l'accès aux soins d'urgence odontologiques dans le système de soins français et au travers de cette réflexion d'interroger la notion même d'urgence en odontologie.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

\* Auteur correspondant. Faculté d'odontologie, Aix-Marseille université, 27, boulevard Jean-Moulin, 13385 Marseille, France.  
Adresse e-mail : [maud.guivarch@univ-amu.fr](mailto:maud.guivarch@univ-amu.fr) (M. Guivarc'h).

**KEYWORDS**

Pain;  
Ethics;  
Dentistry;  
After-hours care;  
Emergency treatment

**Summary** Emergency dental care most often involves acute and uncontrollable pain for patients making them highly dependent on dentists. Yet, access to emergency care can be a challenging one for patients: it is not uncommon that they encounter difficulty or even the impossibility of obtaining a rapid appointment. The aim of this paper is to identify and discuss the ethical tensions underlying the problem of access to emergency dental care in the French healthcare system and to question the very notion of emergency applied to dentistry.  
© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## Avant-propos – Introduction

« Je souffre depuis deux/cinq/dix jours, c'est devenu insupportable. Docteur, pouvez-vous me recevoir en urgence ? » ; « J'ai cette douleur qui m'inquiète et qui ne passe pas, j'ai peur que cela s'aggrave pendant le week-end ». Ces deux phrases pourraient résumer à elles seules la majorité des demandes de consultation d'urgence en matière de soins dentaires : plus de 75 % d'entre elles émanent d'un patient douloureux et anxieux venant chercher un geste, une prescription, du réconfort [1,2]. Des situations quotidiennes pour le professionnel de santé, une expérience toujours singulière pour le patient pris au dépourvu.

La douleur dentaire est un mal intemporel et universel, un véritable siège du corps et de l'âme, le vocabulaire qui lui est associé est superlatif. « Atroce tourment » (Celse 1<sup>er</sup> s), « plus grande et plus cruelle qu'il soit entre toutes les douleurs sans mort » (Ambroise Paré 1510–1590), elle se caractérise par son intensité remarquable à laquelle il est impossible de faire face et son omniprésence [1]. Petites causes, grands effets : la « rage de dent » est une véritable tempête interne qui peut sembler parfaitement disproportionnée par rapport à l'importance de l'organe touché. La douleur dentaire est alors synonyme pour les patients de perte de contrôle, d'isolement, de repli sur soi, d'état dépressif. Elle peut avoir des conséquences fortes sur les interactions sociales avec à la clé diminution de la qualité de vie des patients et souffrance [1,3]. Pour Paul Ricoeur, la distinction entre douleur et souffrance est d'ailleurs plus théorique qu'effective et les maux psychiques et somatiques apparaissent clairement mêlés dans l'expression « souffrir d'un mal de dents » [4]. La douleur dentaire reste le plus souvent sourde aux médicaments et crée pour les patients une dépendance extrême vis-à-vis du chirurgien-dentiste (CD) seul à même de prodiguer le soin libérateur ; le recours aux soins dentaires d'urgence est alors un recours désespéré.

Il serait cependant réducteur de résumer l'urgence en odontologie à la douleur, les motifs de demande de consultation en urgence qui émanent des patients sont multiples. D'un point de vue formel, la prise en charge des urgences odontologiques (UO) par les CD est soumise à obligation légale et déontologique (article R. 4127-245 du Code de déontologie). Dans la pratique, il n'existe en France que très peu de possibilités de recourir librement aux soins d'UO. L'exigence d'immédiateté de la prise en charge peut alors rentrer en conflit avec la complexité du parcours de soins.

Ces difficultés d'accès aux soins interrogent, tant l'urgence en odontologie se situe pourtant à la croisée des problématiques éthiques fortes que sont la douleur, l'anxiété et la dépendance. L'objectif de cet article est

d'identifier et de discuter des tensions éthiques sous-tendues par la question de l'accès aux soins d'UO dans le système de soins français et au travers de cette réflexion d'interroger la notion même d'urgence en odontologie.

## État des lieux de l'offre de soins d'urgence en odontologie

Pour comprendre la particularité de l'accès aux soins d'UO en France, il est nécessaire de la mettre en perspective avec ce qui existe actuellement en médecine. On désigne communément sous le terme d'urgence toute situation de crise appelant une résolution rapide si ce n'est immédiate. La reconnaissance d'une urgence médicale a conduit au développement de la médecine d'urgence et à l'implantation sur tout le territoire français de services hospitaliers permettant un accès aux soins non conditionné. La médecine d'urgence apparaît aujourd'hui comme un domaine valorisé de la médecine, on vient y chercher tant rapidité que qualité des soins. Cette offre de soin hospitalière s'est vue complétée par la mise en place d'une permanence des soins qui incombe aux praticiens libéraux et vise à assurer aux patients la possibilité de trouver en tout temps et en tout lieu un professionnel de santé pouvant répondre à un besoin de soins en urgence.

Une telle offre de soin ne trouve actuellement pas d'équivalent en odontologie en France. En effet, la profession des CD s'y caractérise par un fort déséquilibre entre exercice privé et public, ce dernier étant nettement sous-représenté [5]. La part de praticiens hospitaliers est donc extrêmement minoritaire (moins de 3 % répartis sur une trentaine de centres de soins pour toute la France) et ils ne sont que rarement intégrés aux services d'urgences médicales générales. Ce déséquilibre entre l'offre de soin privée et publique n'est pas une spécificité française [6–8] et cela n'est pas sans conséquence sur l'accès aux soins des patients puisque la gestion des UO relève presque exclusivement de l'implication des praticiens libéraux pour laquelle il n'existe pas d'offre de substitution.

## Un accès aux soins d'urgence sous conditions

Dans un schéma d'offre de soin majoritairement privée, le CD reste seul décisionnaire quand il s'agit de répondre à la demande du patient de consulter en urgence ; l'accès aux soins d'UO est donc un soin sous conditions :

- la concordance des points de vue entre patients et praticiens sur ce qui doit caractériser l'urgence. Sur ce point, ni le Code de déontologie ni le Code de santé publique n'apportent d'éclairage précis, laissant aux praticiens beaucoup de libre arbitre dans leur définition de l'urgence ;
- la volonté mais également la possibilité physique pour les CD qui ne sont pas dédiés à l'exercice de l'urgence de répondre à la demande des patients. En effet, les CD doivent au cours d'une même journée gérer soins programmés et non programmés et pour ces derniers, l'UO est synonyme de désorganisation du planning, de patients présentant de hauts seuils d'anxiété et de douleur parfois difficiles à gérer, de soins partiels, d'actes à faible valeur financière. Tous les éléments sont réunis pour compromettre l'établissement d'une relation thérapeutique par nature forcée, subie non seulement par le patient mais aussi par le praticien. En outre, l'odontologie n'échappe pas à la problématique de la démographie professionnelle qui crée un déséquilibre entre l'offre de soin et les besoins des patients. Les praticiens exerçant en zones sous-dotées, autrement appelées « déserts médicaux », doivent alors trouver un juste équilibre entre l'accueil des patients en urgence et le maintien d'une qualité de soin pour les patients programmés ;
- l'adhésion des patients au concept d'urgence sur rendez-vous, l'accueil des patients étant de plus limité aux heures d'ouverture des cabinets libéraux.

On ne peut parler de soin conditionné sans évoquer la réflexion actuellement menée en odontologie sur la notion de conditionnement dans l'accès aux soins. Il s'agit principalement d'envisager une prise en charge qui serait soumise à l'acquisition d'un niveau d'implication du patient dans sa santé buccodentaire [9]. La pose de condition, même si elle fait surgir des questionnements éthiques, peut trouver une légitimité dès lors qu'elle repose sur un souci de bienfaisance à l'égard du patient. Par ailleurs, dans ce modèle de soins la possibilité est offerte à ce dernier d'être réellement acteur de sa santé. À l'inverse, dans le conditionnement du soin d'urgence tel que nous le décrivons le patient se retrouve limité par le système de soins existant. Dans cette vision libérale de l'urgence il est ici question de liberté pour le praticien plus que pour le patient. Le risque est la négation totale de l'autonomie du patient, qui n'étant plus seul juge du caractère d'urgence de sa situation peut se trouver en situation de passivité et de dépendance. On observe de plus à ce jour en France l'absence d'une réelle mise en place de continuité de l'offre de soin d'UO et une permanence des soins que l'on peut qualifier d'insuffisante et de très hétérogène [10]. La dichotomie qui semble exister entre les urgences médicales et odontologiques nous conduit à nous demander si le concept même d'urgence est pertinent dans le contexte de l'odontologie.

## Revenir aux origines de l'urgence

L'urgence dans sa conception originelle est strictement médicale : elle est le danger de mort imminente auquel les Hommes opposent un refus, marquant ainsi la fin d'une résignation ancestrale face à la mort accidentelle [11]. Encore

aujourd'hui, la médecine d'urgence est prioritairement la médecine qui sauve des vies. Cependant, réduire l'urgence à son cadre originel de péril vital reviendrait à nier les évolutions majeures de ce concept au cours du temps. L'urgence est aujourd'hui polymorphe et omniprésente dans le paysage médiatique. Elle outrepassa sa signification médicale pour entrer dans le champ du vocabulaire de nombreux domaines, pouvant être envisagée comme une norme sociale dominante [12].

Cette extension du domaine de l'urgence est également notable en matière de santé : l'urgence accepte désormais la gradation (elle est « absolue » ou « relative ») et ne fait plus nécessairement référence au risque vital. Dès 1991, la circulaire de la direction des hôpitaux du 14 mai 1991 relative à l'amélioration des services d'accueil d'urgence introduisait pour qualifier des situations sortant du cadre de l'urgence objectivable les notions d'urgence « ressentie » et de « soins non programmés » (SNP). Cette définition s'éloigne d'une vision paternaliste de l'urgence qui ne considérerait que le jugement professionnel dans l'attribution du caractère d'urgence, opposant le savoir au ressenti et renforçant le déséquilibre des pouvoirs inhérent à toute relation de soin. L'urgence est reconnue comme expérience singulière, subjective, qui ne se limite pas à un faisceau de symptômes. Le soin d'urgence, primitivement axé sur la préservation de la quantité de vie, s'adresse désormais également à l'aspect qualitatif de celle-ci. Le concept englobe les notions d'intégrité physique, de séquelles encourues mais également de souffrances du patient qu'elles soient physiques et/ou morales. Dès lors, ce changement sémantique de l'urgence n'accrédite-il pas son usage en odontologie ?

## Le concept d'urgence en odontologie

Il existe pourtant à l'égard de l'UO une idée reçue tenace : elle serait majoritairement l'urgence des gens pressés, dénuée de risque vital et par conséquent pas une urgence « vraie ». Les définitions de l'UO présentes dans la littérature font majoritairement écho à une vision très clinique de celle-ci. Elles reconnaissent classiquement les quatre grandes familles suivantes : urgences douloureuses, hémorragiques, infectieuses et traumatiques [13]. Si la douleur qui est à l'origine de la majorité des demandes de consultation immédiates [1,2], le dénominateur commun entre ces quatre familles est sans conteste l'impact de ces situations sur la qualité de vie des patients, le sentiment de détresse et le stress qu'elles peuvent générer. Il est indispensable de replacer l'UO en perspective avec la finalité professionnelle : assurer le bien-être des patients bien plus que sauver des vies. Il existe un droit fondamental des patients à bénéficier d'une prise en charge de leur douleur (loi du 4 mars 2002 n° 2002-303, dite loi Kouchner) et la primauté du devoir d'assistance devrait conduire les CD à accéder à la demande de consulter sans délai. En outre, bien que rares certaines situations d'UO peuvent engager le pronostic vital du patient et en cela se rapprochent de l'urgence originelle [6,14].

De la même manière que la notion d'urgence médicale a évolué on observe en odontologie un élargissement possible du cadre de l'urgence. Certains auteurs évoquent d'ailleurs sous le terme antinomique d'urgences de « confort » [13]

des situations pour lesquelles le recours au terme urgence peut paraître à première vue démesuré. On y retrouve, entre autres, les urgences dites « esthétiques »<sup>1</sup>. Bien que médicalement insignifiantes celles-ci peuvent avoir des répercussions sociales fortes en empêchant le patient de continuer à parler, sourire, travailler.

Cet enrichissement des définitions participe à la reconnaissance des dimensions physique mais également sociale de l'UO qui justifient de la nécessité de permettre un accès aux soins non conditionné dès lors que le patient rendu acteur de sa santé le pense comme absolument nécessaire. Ainsi, Agostini et al. définissent les soins d'UO comme la « prise en charge de patients présentant des problèmes oraux interférant avec leur vie ou le fonctionnement de leurs organes » [15]. S'en tenir à la notion de péril vital et de douleur physique pour tenter de définir le sentiment d'urgence qui peut habiter un patient est réducteur. Le vrai critère de l'urgence devrait être celui de la souffrance au sens d'altération du rapport à soi et à autrui, d'une impuissance à agir, parler, penser [4].

## Améliorer l'accès aux soins d'UO, quels enjeux pour les patients ?

À la lumière de ces éclairages, l'amélioration de l'accès aux soins d'UO apparaît comme une nécessité tant on ne peut accepter que la souffrance des patients reste sans réponse. La difficulté voire l'impossibilité d'obtenir un rendez-vous en urgence génèrent auprès des patients de l'incompréhension au vu des risques d'aggravation de l'état de santé physique et psychique, mais également un sentiment d'abandon de la part du corps médical.

Une extension de l'offre de soins publique sur le modèle des services médicaux d'urgence ou du moins l'intégration de CD à de tels services [6] pourrait contribuer à pallier les limites du système actuel. Elle permettrait à première vue de s'affranchir de certaines problématiques précédemment identifiées (facilité d'accès géographique et temporelle, effacement du conflit de valeurs praticien/patients, équité dans l'accès aux soins). Elle ne serait cependant pas exempte de contraintes, notamment liées au coût économique et humain d'une telle organisation, mais également de limites :

- se poserait premièrement la question de la qualité de la relation de soin établie en urgence mais également de sa finalité. Dans des services exclusivement dédiés à la prise en charge des urgences il y a le risque d'une relation de soin impersonnelle et par nature interrompue. Ces lieux ont pour vocation la résolution ponctuelle d'un problème aigu sans vision au long court alors même que l'UO devrait pouvoir offrir la possibilité au patient d'initier une relation thérapeutique singulière et de s'inscrire dans la continuité des soins ;
- bien que nécessaire, un accès non conditionné représenterait un risque de dérive vers une utilisation consumériste des services d'urgence et leur engorgement

par des demandes de soins qui auraient pu connaître un traitement différé dans le temps, comportement déjà décrit au sein des services d'urgence généralistes et représenté par l'acronyme TTTM (Tout, Tout le temps, Tout de suite, pour Moi) [16]. Cette problématique ne doit cependant pas remettre en cause la légitimité de l'existence de ces services d'urgence ;

- enfin, si cette offre de soins publique permettrait en théorie de soulager la charge de travail des libéraux, et en particulier dans les zones sous-dotées, il est à craindre qu'elle ne favorise un transfert de responsabilités du secteur privé vers le secteur public. Il ne paraît donc pas souhaitable que la gestion des UO soit assurée exclusivement par le secteur hospitalier.

La solution devra prendre la forme d'une coordination efficace entre dentisterie privée et publique, entre deux types de prise en charge qui se complètent plutôt qu'elles ne s'excluent. Quel que soit le type d'exercice choisi, il est nécessaire de réunir le corps des CD autour de valeurs de soin communes [17] permettant la mise en exergue d'un professionnalisme qui place les intérêts des patients au-dessus de celles des soignants [18].

## Améliorer l'accès aux soins d'UO, quels enjeux pour la profession ?

Longtemps uniquement à visée curative, répondant ponctuellement à un problème donné, la pratique de la chirurgie dentaire a connu ces dernières décennies de profonds changements. Elle offre désormais des techniques de plus en plus élaborées permettant des réhabilitations fonctionnelles et esthétiques complexes, bien éloignées du soin dentaire primitif. Dans ce contexte de profession en mutation constante, que ce soit du point de vue des individus qui la pratiquent ou des techniques disponibles, l'organisation de la prise en charge des urgences et la finalité du soin d'urgence posent la question des valeurs qui sous-tendent la pratique de l'odontologie.

George Canguilhem dans son travail de thèse rappelait que la Médecine est née de l'attention portée au malade et qu'en ce sens « le souci de l'individualité souffrante, qui en constitue la raison d'être et la source, doit en rester le cœur » [19]. Aux prémices de l'odontologie il y a avant tout la nécessité de soulager la douleur dentaire, le besoin créant la fonction. La réflexion sur l'organisation de la prise en charge des soins d'UO apparaît comme un enjeu majeur non seulement pour les patients mais également pour les CD. L'odontologie qui se veut désormais médecine buccodentaire ne peut rester en marge de questionnements éthiques aussi forts que ceux relatifs à la douleur et à l'accès aux soins des patients. Il se joue au travers de cette question la légitimité de toute une profession qui se doit de montrer sa volonté de s'inscrire dans une mission de bienfaisance à l'égard des patients au-delà de tout jugement.

L'UO présente en effet un double visage : elle peut être tant le résultat d'un accident que d'une négligence du patient. Et de la négligence à la faute, la frontière est parfois mince : attribution d'une responsabilité au patient qui n'est plus en mesure d'exiger, conditionnement de la délivrance de soins à la notion de mérite, il y a là un risque

<sup>1</sup> On désigne par ce terme toute situation entraînant une brusque modification du sourire, telle qu'une perte de couronne ou une fracture dentaire sur une dent antérieure.



que le soignant sorte de son rôle. On peut se risquer à établir un parallèle avec une analyse menée sur la perception de la couverture maladie universelle aux yeux de médecins et de CD. Ce travail montrait que le patient était parfois perçu comme responsable de sa situation et devait alors pouvoir mériter l'aide reçue au risque sinon de se voir opposer un refus de soins [20]. Or, le soin apporté en urgence est la réponse déontologique du professionnel de santé à la détresse d'un patient sur laquelle il faut se garder de porter un jugement a priori tant qu'a posteriori. Un refus de soin basé sur l'attribution d'une faute serait un pouvoir démesuré que s'octroie le praticien sur son patient. Peut-être est-il nécessaire de reconnaître aux patients l'existence d'un « droit à la négligence » venant se heurter à la vision idéalisée du contrat de soin mais aussi le droit de se tromper dans l'évaluation du degré d'urgence, d'être inquiet à tort ou à raison pourvu que l'inquiétude soit réelle. Au-delà de l'acte thérapeutique, la mission du soignant est aussi de savoir rassurer.

Il est enfin indispensable que la profession des CD mène son autocritique sur cette épineuse question de l'UO qui est pour partie le reflet de l'insuffisance des politiques de prévention et d'anticipation en matière de soins buccodentaires. En 2016 en France, pour près d'un tiers des patients la consultation chez le CD a été déclenchée par une gêne ou une douleur, seulement un peu plus de la moitié des patients ayant consulté de manière préventive [21].

## Conclusion

Alors que la notion d'urgence appelle une action immédiate, une résolution sans délai, l'accès aux soins dentaires d'urgence en France reste actuellement un accès sous conditions. L'absence de définition consensuelle de l'UO, le schéma actuel de l'offre de soin et l'implication variable des CD dans la mission de soins d'UO sont autant de facteurs pouvant constituer pour les patients un frein en matière d'accès aux soins d'urgence. Il paraissait nécessaire de redéfinir et recontextualiser la notion d'urgence en odontologie pour sortir de sa mise en perspective constante avec l'urgence médicale qui crée une dévalorisation de l'UO. Revenir à un exercice centré sur le soin au sens originel du terme, rappeler que l'odontologie tout comme la médecine ne trouve sa justification que dans le secours qu'elle apporte à l'individu souffrant, apparaissent aujourd'hui comme des défis majeurs pour les CD qui devront dans le futur réaffirmer leurs engagements vis-à-vis de missions de bienfaisance à l'égard des patients, dont les soins d'urgence sont partie intégrante.

## Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

## Références

- [1] Pau AK, Croucher R, Marcenés W. Perceived inability to cope and care-seeking in patients with toothache: a qualitative study. *Br Dent J* 2000;189:503–6.
- [2] Anderson R. Patient expectations of emergency dental services: a qualitative interview study. *Br Dent J* 2004;197:331–4.
- [3] Cohen LA, Harris SL, Bonito AJ, Manski RJ, Macek MD, Edwards RR, et al. Coping with toothache pain: a qualitative study of low-income persons and minorities. *J Public Health Dent* 2007;67:28–35.
- [4] Marin C, Zaccari-Reyners N. Souffrance et douleur : autour de Paul Ricoeur. Paris: Presses Universitaires de France Questions de soin; 2013 [104 p.].
- [5] Observatoire national de la démographie des professions de santé. Le métier de chirurgien-dentiste : caractéristiques actuelles et évolution; 2007 [Disponible sur <http://social-sante.gouv.fr>].
- [6] Nalliah RP, Allareddy V, Allareddy V. Dentists in the US should be integrated into the hospital team. *Br Dent J* 2014;216:391–2.
- [7] Anderson R, Thomas DW. Out-of-hours dental services: a survey of current provision in the United Kingdom. *Br Dent J* 2000;188:269–74.
- [8] Rasteniene R, Aleksejuniene J, Puriene A. Dental treatment needs and health care-seeking behaviours of patients with acute odontogenic infections in Lithuania. *Int Dent J* 2015;65:188–95.
- [9] Trentesaux T, Delfosse C, Rousset MM, Hervé C, Hamel O. Subjecting care to conditions, a way of protecting the child's future? Thoughts on an ethical question in paediatric dentistry. *Rev Med Leg* 2012;3:34–40.
- [10] Arbab-Chirani R, Chevalier V, Roux M, Boisramé-Gastrin S, L'Azou D, Coleman F. Astreinte odontologique au sein d'un CHU : mise en place et résultats préliminaires d'activité. *Rev Epidemiol Sante Pub* 2010;58:217–24.
- [11] Catala F. Urgences et demande de soins en urgence, quelle prise en charge ? Organisation de la prise en charge. *Actual Doss Sante Pub* 2005;52:14–7.
- [12] Bouton C. Le temps de l'urgence. Lormont: Le Bord de l'eau; 2013 [250 p.].
- [13] Perrin D, Ahossi V, Larras P, Paris M. L'urgence en odontologie. Paris: CDP Mémento; 2005 [143 p.].
- [14] Wong TY. A nationwide survey of deaths from oral and maxillo-facial infections: the Taiwanese experience. *J Oral Maxillofac Surg* 1999;57:1297–9.
- [15] Agostini FG, Flaitz CM, Hicks MJ. Dental emergencies in a university-based pediatric dentistry postgraduate outpatient clinic: a retrospective study. *ASDC J Dent Child* 2001;68:316–21.
- [16] Mangola B. L'urgence, les urgentistes et les autres acteurs. *Actual Doss Sante Publique* 2005;52:66–7.
- [17] Denost H, Blaizot A, Trentesaux T, Hamel O. Médecine buccodentaire et valeurs éthiques : quelles spécificités ? *Ethics Med Public Health* 2016;2:181–5.
- [18] Rule JT, Veatch RM. Ethical questions in dentistry. Chicago, IL: Quintessence; 1993 [282 p.].
- [19] Canguilhem G. Le normal et le pathologique. 12<sup>e</sup> éd. Paris: Presses Universitaires de France; 2013 [290 p.].
- [20] Desprès C. La couverture maladie universelle, une légitimité contestée : analyse des attitudes de médecins et dentistes à l'égard de ses bénéficiaires. *Prat Organ Soins* 2011;41:33–43.
- [21] Ménard C, Grizeau-Clemens D, Wemaere J. Santé buccodentaire des adultes. Évolutions; 2016 [Disponible sur <http://inpes.santepubliquefrance.fr/evolutions>].