

EXTRACTION PRÉVENTIVE DES DENTS DE SAGESSE EN L'ABSENCE DE TOUTE PATHOLOGIE : ÉVALUATION RAPIDE SYNTHÈSE



EXTRACTION PRÉVENTIVE DES DENTS DE SAGESSE EN L'ABSENCE DE TOUTE PATHOLOGIE : ÉVALUATION RAPIDE SYNTHÈSE

SABINE STORDEUR, MARIJKE EYSSEN



■ PRÉFACE

La bouche de l'*Homo sapiens* adulte de 2012 est ornée de 32 dents. Une nécessité absolue pour la survie à l'époque du Pléistocène, mais un nombre peut-être superflu pour notre régime alimentaire moderne, plus tendre et facile à mastiquer. Un régime qui, de surcroît, est riche en sucres, et dont la consommation accentue donc les risques de caries. De plus, nos mâchoires auraient vu leur taille se réduire au cours des derniers millénaires, limitant par conséquent la place disponible dans notre bouche. C'est ainsi que la troisième molaire, mieux connue sous le nom de dent de sagesse, et qui émerge dans la bouche tardivement, est parfois un peu à l'étroit. Etant moins accessible aux brossages quotidiens, elle devient ultérieurement aussi source de nombreuses complications.

La conclusion semble s'imposer de manière évidente : retirons ces troisièmes molaires, mêmes saines, et on évitera de nombreux problèmes dans le futur. Ceux qu'on ne voit pas dans la pratique quotidienne sont bien sûr toutes les personnes qui finalement ne rencontrent aucun problème. Il est par conséquent absolument impossible, à partir de la seule expérience clinique, de savoir comment se répartissent ces deux groupes .

Pourtant, c'est la question classique qui resurgit chaque fois qu'il s'agit de prévention, de prophylaxie ou de dépistage. Dans une population a priori saine, va-t-on occasionner des désagréments (soient-ils limités) et des dépenses à tout le monde, pour éviter à certains une morbidité future, qui peut s'avérer grave ? Ou vaut-il mieux laisser en place des dents saines, tout en les surveillant tout au long de la vie pour n'intervenir que lorsque cela devient nécessaire ? Quel est le 'poids' de la première option par rapport à la seconde ? Existe-t-il des preuves scientifiques pour trancher ? Car, à défaut, il faudra s'en tenir au principe *primum non nocere*.

La seule méthode scientifique acceptable pour répondre à cette question consiste à mener de bonnes recherches épidémiologiques, c'est-à-dire des essais cliniques randomisés. Le KCE a réalisé une analyse de la littérature relative à l'extraction prophylactique systématique de 3^e molaires exemptes de pathologie, en vue d'identifier de telles études et d'en synthétiser les conclusions. Force est de constater que les bonnes études sur cette thématique sont rares et que les débats entre *pros* et *cons* sont toujours conflictuels. Mais pour une *dens sapientiae*, n'est-il somme toute pas logique de faire primer la raison sur l'intuition ?

Jean-Pierre CLOSON
Directeur Général Adjoint

Raf MERTENS
Directeur Général



■ SYNTHÈSE

1. CONTEXTE

Les troisièmes molaires, aussi appelées dents de sagesse, font habituellement éruption entre 18 et 24 ans^{1,2}. Toutefois, plus fréquemment que les autres dents, il arrive que les dents de sagesse ne fassent pas éruption dans la cavité buccale (dents incluses) ou ne sortent que partiellement (dents partiellement incluses)³.

- **Une dent incluse reste dans la mâchoire et est entièrement recouverte de tissu mou et, partiellement ou complètement, de tissu osseux.**
- **Une dent partiellement incluse est une dent qui n'a pas fait complètement éruption jusqu'à atteindre sa position normale ; elle n'est que partiellement visible ou en communication avec la cavité buccale.**
- **Les dents qui n'ont pas fait éruption, complètement ou partiellement, peuvent être enclavées, ce qui signifie qu'elles sont empêchées d'émerger complètement en position fonctionnelle normale, suite à un manque d'espace, suite à une obstruction provoquée par une autre dent ou parce que la dent de sagesse tente de faire éruption en suivant un axe d'éruption anormal.**
- **En anglais, on utilise souvent le terme 'impacted tooth' de manière plus générale pour désigner les dents incluses et les dents enclavées, tandis que le terme 'unerupted tooth' est utilisé pour désigner spécifiquement les dents incluses.**

La nécessité d'extraire une dent de sagesse malade ou qui présente des signes de changement pathologique n'est pas (ou peu) l'objet de controverses. Les exemples de pathologies sur la dent de sagesse incluent notamment les caries dentaires non restaurables, la péri coronarite chronique (inflammation des tissus qui entourent et recouvrent la dent de sagesse), le développement d'un kyste, etc.



- Une dent est dite **saine** si elle ne présente aucune morbidité ou état pathologique sur le plan clinique et/ou radiologique. Un état pathologique peut être, mais pas nécessairement, associé à des symptômes cliniques.
- Une dent est dite **asymptomatique** si le patient ne présente pas de signes, de symptômes, de douleurs ou de gêne associés à cette dent.

Ce rapport porte sur l'extraction préventive des dents de sagesse saines. Plus précisément, il se focalise sur l'extraction (chirurgicale) des dents de sagesse qui ne présentent aucune pathologie ou morbidité locale sur la base d'une évaluation clinique et/ou radiologique. Dans cette étude, les notions de dents 'asymptomatiques' ou 'd'absence de symptômes' ne seront pas utilisées, car même une dent asymptomatique peut être le siège d'une pathologie. Les dents de sagesse incluses, partiellement incluses ou enclavées, sans autre signe clinique ou radiologique de pathologie, sont également considérées comme dents de sagesse saines.

Il est clair qu'au fil du temps, l'état des dents de sagesse peut évoluer, dans le sens que des dents saines à un moment donné peuvent devenir symptomatiques et être à l'origine de pathologies. La difficulté est que, selon les connaissances actuelles, il n'est pas possible de prédire avec précision si des dents de sagesse saines laissées en place connaîtront ou non une évolution pathologique.

Dans la pratique quotidienne, l'extraction préventive des dents de sagesse est devenue une procédure courante⁴. Les stomatologues (en anglais : « oral and maxillofacial surgeons », en néerlandais : « stomatologen ») ou les dentistes, avancent diverses raisons en faveur de l'extraction précoce des dents de sagesse saines. Les raisons suivantes sont ainsi souvent invoquées à ce sujet⁵ : le risque de développement pathologique dans le futur est minimisé ; la difficulté de l'extraction chirurgicale augmente avec l'âge ; l'extraction précoce permet d'éviter le chevauchement ou le mauvais alignement des autres dents ; les dents de sagesse ne jouent aucun rôle dans la bouche ; l'extraction de toutes les dents de sagesse au cours d'une seule et même anesthésie, lorsque l'une d'entre elles présente une indication d'extraction, limite les risques liés aux futures (possibles) extractions chirurgicales.

L'extraction des dents de sagesse, préventive ou non, peut entraîner des effets indésirables et des complications, y compris⁵⁻⁸ :

- douleur, gonflement, et trismus (contraction des muscles de la mâchoire) ; hémorragie secondaire ;
- lésions du nerf alvéolaire inférieur ou du nerf lingual entraînant une perte de sensibilité partielle (hypoesthésie) ou totale (anesthésie), temporaire ou permanente, de la lèvre ou de la langue ;
- infection alvéolaire sans présence de pus (« alvéolite sèche », c.-à-d. que l'os et les terminaisons nerveuses de l'alvéole – orifice – sont exposés dans la bouche) ;
- infection locale ou systémique, y compris une ostéomyélite ;
- lésion aux dents adjacentes et/ou tissus mous ou durs adjacents (p. ex. dommage causé aux secondes molaires, lésion périodontale temporaire ou permanente) ;
- extraction incomplète et rétention de fragments ;
- fracture mandibulaire/maxillaire iatrogène ;
- fistule oronasale ou oroantrale ; introduction de fragments de dents, p. ex. dans le sinus maxillaire ;
- trouble de l'articulation temporo-mandibulaire et/ou trouble musculaire associé ;
- complications associées à n'importe quelle procédure chirurgicale, p. ex. opération du mauvais côté, complications liées à l'anesthésie locale ou générale.

L'extraction chirurgicale des dents de sagesse de la mâchoire supérieure (maxillaire) est généralement plus facile et associée à une morbidité postopératoire moins importante que l'extraction des dents de sagesse de la mâchoire inférieure (mandibule)³.



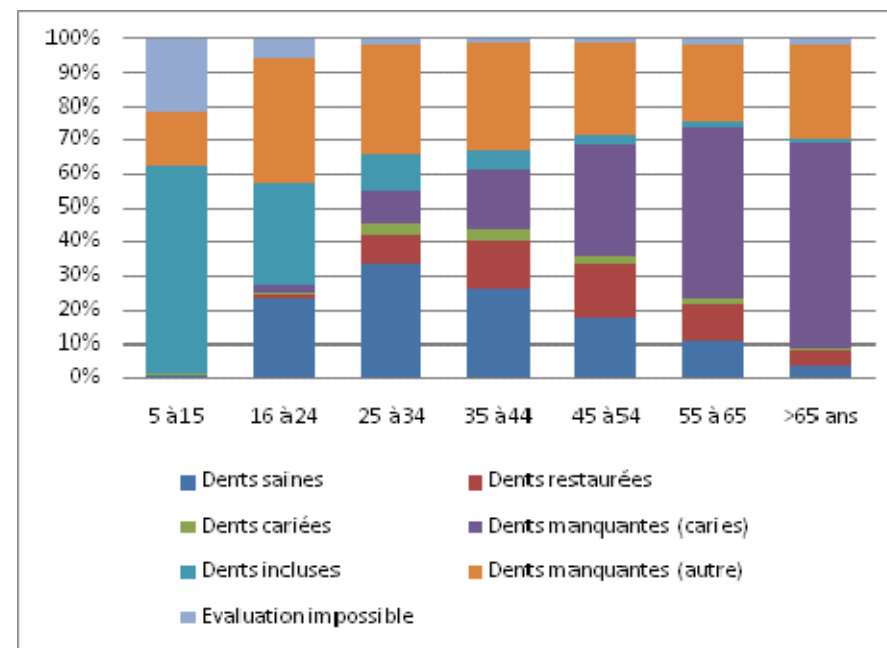
2. PRATIQUE ACTUELLE EN BELGIQUE

En Belgique, comme dans d'autres pays occidentaux, l'extraction des dents de sagesse est réalisée par les stomatologues tandis que les extractions moins complexes sont également effectuées par les dentistes. Il est toutefois difficile de se faire une idée précise de la pratique actuelle en ce qui concerne l'extraction des dents de sagesse en Belgique, car on ne dispose que de peu de données sur ce sujet. La nomenclature de l'INAMI relative aux extractions dentaires a été modifiée très fréquemment ces dernières années. Actuellement, les extractions dentaires non complexes ne sont remboursées que pour un nombre très limité d'indications et des catégories d'âge spécifiques et les codes de la nomenclature ne spécifient pas quelle dent est extraite. Depuis 2009, les mutuelles rassemblent des données dans une base de données globale sur les dents extraites, mais ceci uniquement pour les procédures remboursées et certains codes de la nomenclature ne sont pas inclus. De plus, ces données ne précisent pas la raison de l'extraction : prévention ou traitement. Certaines compagnies d'assurance privée remboursent les interventions dentaires non couvertes par l'assurance maladie obligatoire et collectent des données sur les dents extraites et la raison de leur extraction. Toutefois, la population couverte par une assurance maladie privée n'est probablement pas représentative de l'ensemble de la population belge et ces données sont difficiles à obtenir.

Les données les plus pertinentes sont celles du « Système d'enregistrement des données de santé bucco-dentaire en Belgique 2008-2010 »⁹, une étude publiée en 2011. Dans cette étude, des dentistes ont rendu visite à domicile à un échantillon représentatif de la population belge pour rassembler des données sur leur santé bucco-dentaire ; 2 567 participants y ont fait l'objet d'une évaluation bucco-dentaire. Une analyse supplémentaire des données portant sur les dents de sagesse a été obtenue pour illustrer le présent rapport. Les résultats sont illustrés à la Figure 1.1.

Comme on s'y attendait, les dents incluses (qui n'ont pas fait éruption) et les dents saines sont plus nombreuses dans les catégories d'âges les plus jeunes. Les raisons données pour les dents absentes ("caries" ou "autre") reposent sur la mémoire des participants (anamnèse) et doivent donc être considérées avec précaution. Le chapitre 1.2.4.2. contient plus de détails à ce sujet.

Figure 1.1 - Etat des dents de sagesse dans un échantillon de la population belge par catégorie d'âge ; moyenne pour les quatre quadrants bucco-dentaires.



Source : base de données sur la santé bucco-dentaire de la population belge 2008-2010 - Remarque : les données manquantes ont été exclues.



3. LIMITE DE CE RAPPORT ET MÉTHODOLOGIE

L'extraction préventive d'une dent de sagesse saine sera justifiée ou non selon le compromis que l'on fera entre : (1.) la morbidité associée à la rétention jusqu'à l'apparition de la pathologie et les complications liées à une extraction tardive ; et (2.) les bénéfices et les complications associés à l'extraction préventive. L'extraction préventive *systématique* ne se justifie que si ce compromis est, *au niveau de l'ensemble de la population*, à l'avantage de l'action préventive.

Ce rapport présente les résultats d'une revue systématique de la littérature, incluant des revues systématiques, des rapports HTA (évaluation des technologies de santé), des recommandations de bonne pratique clinique (CPG), et des études cliniques primaires (essais cliniques contrôlés randomisés – RCT – ou essais cliniques contrôlés - CCT) (voir aussi chapitre 2). Le développement de recommandations détaillées dans le contexte belge dépassait les limites du présent rapport. Néanmoins, les recommandations de bonne pratique déjà publiées ont été examinées afin de faciliter la formulation de recommandations cliniques. Ce rapport met donc l'accent sur les dents de sagesse saines des mâchoires supérieure et inférieure, qu'elles soient complètement sorties, incluses ou partiellement incluses, ou enclavées chez les adolescents et les adultes.

4. CONNAISSANCES ACTUELLES SUR L'EXTRACTION PRÉVENTIVE DES DENTS DE SAGESSE SAINES

Malgré le fait que l'extraction préventive des dents de sagesse saines soit une pratique fortement répandue dans de nombreux pays occidentaux^{3,4,6,10,11}, les données probantes de bonne qualité sont rares : seuls 2 revues systématiques basées sur 3 RCTs et 2 rapports HTA étaient de qualité suffisante pour être retenus pour le présent rapport^{7,11-15}. La qualité méthodologique des études primaires est faible à très faible. Les RCTs inclus sont anciens mais la recherche de RCTs ou de CCTs plus récents n'a donné aucun résultat. La majorité des études retenues sont explicitement concentrées sur les dents de sagesse totalement ou partiellement incluses et l'extraction préventive des dents de sagesse qui ont fait éruption a été très peu étudiée. Seules les recommandations publiées par NICE (National Institute for Health and Clinical Evidence, UK), et basées sur l'une des revues systématiques retenues, répondaient aux critères de qualité nécessaires pour être considérées dans ce rapport.

4.1. Indications orthodontiques

Le message qui ressort des données de la littérature est que l'extraction préventive des dents de sagesse incluses saines chez l'adolescent pour des raisons orthodontiques ne réduit ni n'empêche les problèmes ultérieurs liés au mauvais alignement des dents de devant. On ne dispose pas de publications de qualité suffisante sur l'extraction pour raison orthodontique chez l'adulte.



4.2. Indications non orthodontiques

Le seul RCT qui s'est penché sur les indications non orthodontiques conclut que l'attente vigilante pourrait être l'approche la plus bénéfique. La revue systématique des indications non orthodontiques comprend d'autres revues sur le sujet. Tandis que la grande majorité de ces revues n'aboutit pas à des conclusions claires, certaines concluent que l'extraction préventive ne se justifie pas tandis que d'autres suggèrent que l'extraction préventive pourrait se justifier. Ces dernières sont néanmoins de mauvaise qualité méthodologique. Les deux rapports HTA concluent qu'on ne dispose toujours pas de documentation scientifique, ni en faveur, ni en défaveur, de l'extraction préventive de routine des dents de sagesse saines.

4.3. Analyse décisionnelle

Fondamentalement, la question se résume à l'équilibre entre la morbidité associée à la rétention et à l'extractive tardive, et les bénéfices associés à l'extraction préventive et/ou aux complications chirurgicales qui y sont associées, lorsque la décision concerne une population entière d'adolescents et de (jeunes) adultes qui ne présentent pas de pathologie associée aux dents de sagesse. Etant donné que la majorité des revues de la littérature comparent les deux stratégies de manière globale, elles ne peuvent donner de cet équilibre qu'une impression générale. Par ailleurs, seule une approche d'analyse décisionnelle permettrait d'aborder ce problème de manière plus scientifique.

Une seule revue systématique décrit 4 analyses décisionnelles qui incluent systématiquement les fréquences des complications associées à la rétention et à l'extraction thérapeutique d'une part et celles associées à l'extraction préventive d'autre part. Les différents types de complications ont été comparés sur la base de scores de sévérité attribués par les cliniciens et/ou les patients. Les résultats suggèrent de manière congruente que le bien-être du patient est maximisé lorsque l'extraction chirurgicale est limitée aux dents de sagesse incluses présentant des changements pathologiques.

4.4. Nécessité d'une information claire et complète

Plusieurs publications parmi celles retenues soulignent l'importance d'une communication claire avec les patients en ce qui concerne les bénéfices attendus et les complications et effets indésirables potentiels de l'extraction préventive des dents de sagesse saines.



5. CONCLUSION

Il y a peu de controverses au sujet de la nécessité d'extraire les dents de sagesse associées à une pathologie clinique et/ou radiologique, telle que des dents cariées non restaurables. Par contre, en ce qui concerne l'extraction préventive systématique des dents de sagesse saines, incluses ou non incluses, on se heurte à un manque de bénéfices démontrés et les procédures ne sont pas sans risques. Les actions préventives conduites au niveau de la population sont seulement recommandées si les bénéfices l'emportent sur les désavantages ; dans le cas contraire, il peut être préférable de ne pas intervenir. S'il n'y a pas de données scientifiques attestant qu'une intervention est bénéfique, le principe généralement accepté dans le monde médical « *primum non nocere* » ou « en premier, ne pas nuire » devrait prévaloir.

6. RÉFÉRENCES

1. Garcia RI, Chauncey HH. The eruption of third molars in adults: a 10-year longitudinal study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1989;68(1):9-13.
2. Hugoson A, Kugelberg CF. The prevalence of third molars in a Swedish population. An epidemiological study. *Community Dent Health.* 1988;5(2):121-38.
3. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of unerupted and impacted third molar teeth - A national clinical guideline. Edinburgh: 1999. SIGN 43SIGN 43
4. National Institute for Clinical Excellence. Guidance on the Extraction of Wisdom Teeth. London: National Institute for Clinical Excellence; 2000. Technology Appraisal Guidance 1
5. Kandasamy S, Rinchuse DJ. The wisdom behind third molar extractions. *Aust Dent J.* 2009;54(4):284-92.
6. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Indications et non-indications de l'avulsion des troisièmes molaires mandibulaires. Paris: ANAES; 1997.
7. Song F, O'Meara S, Wilson P, Golder S, Kleijnen J. The effectiveness and cost-effectiveness of prophylactic removal of wisdom teeth. York: NHS Centre for Reviews and Dissemination; 2000. 415.
8. The Royal College of Surgeons of England. The management of patients with third molar (syn: wisdom) teeth. London: Faculty of Dental Surgery RCS; 1997. Current clinical practice and parameters of care.
9. Bottenberg P, Carvalho J, Declerck D, Declerck K, De Vos E, Vanden Abbeele A, et al. Data Registration and Evaluation of the Oral Health of the Belgian Population 2008-2010. 2011 June 2011. Available from:
www.ice.ugent.be
<http://www.riziv.fgov.be/information/nl/studies/study53/index.htm>
<http://www.inami.fgov.be/information/fr/studies/study53/index.htm>



10. Friedman JW. The prophylactic extraction of third molars: a public health hazard. *American journal of public health*. 2007;97(9):1554-9.
11. Suska F, Kjeller G, Molander A, Samuelsson O, Svanberg T, Liljegren A. Removal of impacted wisdom teeth. Göteborg: Sahlgrenska Universitetssjukhuset; 2010. HTA Rapport 2010:30
12. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Prophylactic Removal of Wisdom Teeth: A Review of the Clinical Benefit and Guidelines. Health Technology Inquiry Service; 2010.
13. Harradine N, Pearson M, Toth B. The effect of extraction of third molars on late lower incisor crowding: a randomized controlled trial. *Br J Orthod* 1998;25:117-22.
14. Mettes TG, Nienhuijs ME, van der Sanden WJ, Verdonschot EH, Plasschaert AJ. Interventions for treating asymptomatic impacted wisdom teeth in adolescents and adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005(2):CD003879.
15. Vondeling H, Maningky M, Bezemer D, Smeele LE, Baart JA, van der Waal I. Issues in the design and preliminary results of a randomized controlled trial comparing the effects and costs of preventive removal of third molars versus removal on indication. In: *Proceedings of 15th Annual Meeting of the ISTAHC*; 1999; Edinburgh, Scotland.



■ RECOMMANDATIONS^a

- ***A l'attention des stomatologues et des dentistes :***
 - L'extraction préventive en routine des dents de sagesse saine n'est pas recommandée.
- ***A l'attention du Conseil national de promotion de la qualité :***
 - Il est recommandé d'élaborer une brochure destinée aux patients qui contienne des informations claires et complètes sur les bénéfices, risques et coûts potentiels de l'extraction préventive des dents de sagesse saines.
- ***A l'attention du Conseil technique médical et du Conseil technique dentaire à l'INAMI :***
 - Un affinement de la nomenclature belge existante est recommandé pour permettre le suivi de la pratique en Belgique dans ce domaine, par exemple en étendant l'obligation de rapporter le numéro de chaque dent extraite.
 - Un nouveau code de nomenclature devrait être proposé pour l'extraction d'une dent de sagesse (incluse) pour une raison pathologique.
- ***A l'attention des responsables du Health Research System^b:***
 - On a besoin de RCTs bien conçus, comparant directement l'extraction préventive à la politique de rétention délibérée, qui reposent sur un suivi à long terme. De telles études pourraient mener à une meilleure délimitation des sous-groupes susceptibles de tirer un bénéfice d'une extraction préventive, p. ex. en fonction de l'âge, des dents de sagesse considérées (mandibulaires ou maxillaires), etc.
 - On a aussi besoin de modèles d'analyse décisionnelle plus affinés permettant de comparer les résultats à long terme de l'extraction préventive versus la rétention des dents de sagesse. Ces modèles doivent également tenir compte des préférences des patients, après qu'ils ont été dûment informés.

^a Le KCE reste seul responsable des recommandations adressées aux autorités publiques

^b Tel que décrit par la Cour des comptes dans son audit de janvier 2010 « Soutien scientifique à la politique de santé fédérale »



COLOPHON

Titre :	Extraction préventive des dents de sagesse en l'absence de toute pathologie : évaluation rapide - Synthèse
Auteurs :	Sabine Stordeur, Marijke Eyssen
Relecture :	Jean-Pierre Closon (KCE), Kristel De Gauquier (KCE), Frank Hulstaert (KCE), Christian Léonard (KCE), Raf Mertens (KCE), Hans Van Brabant (KCE)
Experts externes :	Marc Braem (UZ Antwerpen), Filip Cools (Cebam / VU Brussel), Raphaël Olszewski (Cliniques universitaires Saint-Luc), Constantinus Politis (ZOL Genk / UHasselt / Aporis), Eric Rompen (CHU Liège), Emmanuel Simons (Cebam), Pieter Van Meenen (RIZIV – INAMI)
Remerciements :	Sébastien Beun (Cliniques universitaires Saint-Luc), William D'hoore (Université catholique de Louvain), Raphaël Olszewski (Cliniques universitaires Saint-Luc), Stephan Devriese (KCE), et les auteurs du rapport "Santé bucco-dentaire de la population belge 2008-2010 – Système d'enregistrement et de surveillance" (Bottenberg Peter, Carvalho Joana, Declerck Dominique, Declerck Kathy, De Vos Eddy, Vanden Abbeele Astrid, Van Nieuwenhuysen Jean-Pierre, Vanobbergen Jacques)
Validateurs externes :	Laurence Evrard (Hôpital Erasme, Bruxelles), Daniel van Steenberghe (KU Leuven), Isaïc Van der Waal (VU Amsterdam)
Conflits d'intérêt :	Aucun conflit déclaré
Layout :	Ine Verhulst, Sophie Vaes

Disclaimer :

- **Les experts externes ont été consultés sur une version (préliminaire) du rapport scientifique. Leurs remarques ont été discutées au cours des réunions. Ils ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et n'étaient pas nécessairement d'accord avec son contenu.**
- **Une version (finale) a ensuite été soumise aux validateurs. La validation du rapport résulte d'un consensus ou d'un vote majoritaire entre les validateurs. Les validateurs ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et ils n'étaient pas nécessairement tous les trois d'accord avec son contenu.**
- **Enfin, ce rapport a été approuvé à l'unanimité par le Conseil d'administration.**
- **Le KCE reste seul responsable des erreurs ou omissions qui pourraient subsister de même que des recommandations faites aux autorités publiques.**

Date de publication : 6 juillet 2012



Domaine : Good Clinical Practice (GCP)
MeSH : Molar, Third; Tooth extraction; Tooth germ; Preventive Dentistry; Review Literature as Topic
Classification NLM : WU 605
Langue : français, anglais
Format : Adobe® PDF™ (A4)
Dépot légal : D/2012/10.273/51

Copyright : Les rapports KCE sont publiés sous Licence Creative Commons « by/nc/nd »
<http://kce.fgov.be/fr/content/a-propos-du-copyright-des-rapports-kce>



Comment citer ce rapport ?

Stordeur S, Eyssen M. Extraction préventive des dents de sagesse en l'absence de toute pathologie : évaluation rapide - Synthèse. Good Clinical Practice (GCP). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2012. KCE Report 182Bs. D/2012/10.273/51.

Ce document est disponible en téléchargement sur le site web du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.

