

PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS DENTAIRES EN CONTEXTE D'INFECTION SUPPURÉE INTRATHORACIQUE

ANALYSE DE L'ENVIRONNEMENT
2026 – N° 02
Août 2026



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC
UNIVERSITÉ LAVAL



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC
UNIVERSITÉ LAVAL

Prise en charge des infections dentaires en contexte d'infection suppurée intrathoracique

Analyse de l'environnement

2026 — N° 02

préparé par

Angèle Germain 
Sylvain Bussières 
Dave K. Marchand 

Unité dévaluation des technologies
et des modes d'intervention en santé (UETMIS)

Institut universitaire de cardiologie et
de pneumologie de Québec — Université Laval

Août 2026

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec — Université Laval (Institut ou IUCPQ-ULaval).

RÉDACTION

Angèle Germain, D.M.D., M. Sc., Chef du service de médecine et de chirurgie dentaire;  <https://orcid.org/0009-0009-6263-2277>

Sylvain Bussières, PhD, agent de planification, de programmation et de recherche (APPR) en évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (ETMIS);  <https://orcid.org/0009-0005-8304-474X>

Dave K. Marchand, RPh, M. Sc., APPR en ETMIS;  <https://orcid.org/0000-0003-4608-1515>

RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Francine Aumont, M. Sc., M. Sc. I., bibliothécaire, Institut

GRAPHISME

Mathieu Boudreau, illustrateur médical, Institut

COMMENT CITER CE DOCUMENT

Germain, A., Bussières, S., Marchand, D. K. (2026). Prise en charge des infections dentaires en contexte d'infection suppurée intrathoracique. Analyse de l'environnement 2026 — N  02; UETMIS, IUCPQ-ULaval. Québec, ix -33 p.

POUR NOUS JOINDRE

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec — Université Laval
2725, chemin Sainte-Foy, local Y7161, Québec (Québec) G1V 4G5
418 656-8711, poste 2347
UETMIS.iucpq@ssss.gouv.qc.ca

  2026 UETMIS, IUCPQ-ULaval



Mis à disposition selon les termes de la licence [Creative Commons BY-NC-ND 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/). La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à des fins non commerciales, à condition que la source soit mentionnée. Aucune modification n'est autorisée.

DOI : <https://doi.org/10.60918/31082>

ISBN 978-2-925212-89-8 (PDF)

Dépôt légal — Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2026

Dépôt légal — Bibliothèque et Archives Canada, 2026

PRÉAMBULE

DIVULGATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS

Aucun conflit d'intérêts n'a été rapporté par la rédaction.

FINANCEMENT

Ce projet a été financé par l'Institut et la Fondation IUCPQ.

DÉCLARATION CONCERNANT LES PROPOS PRÉJUDICIALES OU OFFENSANTS

L'UETMIS reconnaît que les documents et sources d'information externes ayant servi à produire ce rapport pourraient contenir un langage désuet ou potentiellement préjudiciable pour certains membres du lectorat. Lorsqu'il est possible de le faire sans porter atteinte à l'intégrité des sources d'information, l'UETMIS emploie la terminologie privilégiée par l'Office québécois de la langue française (OQLF) afin d'assurer la cohérence lexicale de ses publications. Lorsque cela n'est pas possible, l'UETMIS conserve le langage original; les résultats auxquels le rapport se réfère peuvent donc contenir des termes ou des descriptions qui reflètent les attitudes, croyances et préjugés des époques ou des régions où ces sources ont été produites. Ces termes peuvent être offensants ou causer un préjudice psychologique, notamment en ce qui concerne les groupes raciaux, ethniques, culturels ou autochtones. Dans de telles circonstances, l'UETMIS indique clairement, notamment par l'utilisation de guillemets, le langage désuet et ajoute un contexte explicatif pour en soutenir la compréhension critique.

NON-RESPONSABILITÉ

Ce document présente les informations répertoriées au 25 août 2025 selon la méthodologie de recherche documentaire développée. Bien que des précautions aient été prises pour s'assurer que les informations présentées dans ce document étaient exactes, complètes et à jour à la date susmentionnée, l'Institut n'assume aucune responsabilité quant à la qualité, à l'actualité, à la propriété, à l'exactitude ou au caractère raisonnable des déclarations, informations ou conclusions provenant des documents de tiers utilisés pour sa préparation. Les points de vue et opinions d'autrui qui sont présentés dans ce document ne reflètent pas nécessairement ceux de l'Institut.

Bien que la patientèle et d'autres personnes puissent accéder à ce document, il est mis à disposition à des fins d'information uniquement, sans représentation ni garantie quant à son adéquation à un usage particulier. Les informations qui y sont contenues ne doivent pas être utilisées comme substitut à un avis médical professionnel ni à l'application d'un jugement clinique concernant les soins d'une personne particulière ou d'un autre jugement professionnel dans tout processus de prise de décision. De plus, ces informations ne constituent pas une approbation ni un désaveu du médicament, du mode d'intervention ou de l'utilisation de la technologie en cause.

Ce document n'engage d'aucune façon la responsabilité de l'Institut ou de son personnel à l'égard des informations transmises. En conséquence, la rédaction, l'UETMIS, l'Institut, la Fondation IUCPQ, les membres du groupe de travail interdisciplinaire ainsi que les membres du comité directeur scientifique de l'UETMIS ne sont pas responsables des erreurs, omissions, blessures, pertes ou dommages de quelque nature que ce soit découlant de l'utilisation, de la mauvaise utilisation, de l'interprétation ou de la mauvaise interprétation des informations, recommandations, déclarations ou conclusions, explicites ou implicites, contenues dans le présent document ou dans les documents sources utilisés pour sa préparation.

Ce document peut contenir des liens vers des sites Web tiers. L'Institut n'a aucun contrôle sur le contenu de ces sites. L'utilisation de sites tiers est régie par les modalités définies pour ces sites par leurs propriétaires.

L'Institut n'offre aucune garantie quant aux informations contenues sur ces sites tiers et n'est pas responsable des blessures, pertes ou dommages subis à la suite de l'utilisation de ces sites tiers. L'Institut n'est pas responsable de la collecte, de l'utilisation et de la divulgation de renseignements personnels par des sites tiers.

Sous réserve des limitations susmentionnées, les opinions exprimées dans le présent document sont celles de la rédaction et ne représentent pas nécessairement les opinions de l'Institut, de la Fondation IUCPQ, du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec ou de tout tiers fournisseur d'informations.

Ce document est préparé et destiné à être utilisé dans le contexte du système de soins de santé canadien. L'utilisation de ce document à l'extérieur du Canada se fait aux risques et périls de la personne qui l'utilise.

Cette clause de non-responsabilité et toute question ou tout problème de quelque nature que ce soit lié au contenu ou à l'utilisation (ou à la mauvaise utilisation) de ce document seront régis et interprétés conformément aux lois de la province du Québec et aux lois du Canada qui s'y appliquent. Toutes les procédures seront soumises à la compétence exclusive des tribunaux de la province du Québec, Canada.

SOMMAIRE DE GESTION

Quel est l'enjeu?

Les infections suppurées intrathoraciques regroupent principalement l'abcès pulmonaire, l'empyème pleural et la médiastinite descendante nécrosante. Ces conditions nécessitent des soins spécialisés pouvant inclure des interventions chirurgicales et peuvent menacer la vie des personnes qui en sont atteintes. Dans certains cas, une infection dentaire peut être associée à ces infections intrathoraciques, notamment parce que ces affections partagent certains facteurs de risque, comme la vulnérabilité socioéconomique, certains comportements liés à la santé et le diabète.

Actuellement, la prise en charge des infections dentaires en contexte d'infection suppurée intrathoracique à l'Institut n'est pas formellement structurée. Malgré la concomitance possible entre ces deux types d'infections, plusieurs obstacles peuvent limiter l'efficacité de la prise en charge des infections dentaires dans ce contexte. Certaines infections pourraient ainsi persister après le congé hospitalier des personnes concernées. On ignore toutefois dans quelle mesure cette persistance peut ralentir le rétablissement ou augmenter le risque de récurrence.

Qu'avons-nous fait?

Nous avons mené une analyse de l'environnement en deux volets, soit une revue de la littérature scientifique et une enquête par questionnaire numérique, afin de recenser les pratiques existantes au Canada et dans d'autres pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques ayant atteint une couverture universelle ou quasi universelle pour un éventail de services de base en soins et services sociaux. Nous avons ensuite identifié les principaux obstacles et facilitateurs liés à la prise en charge des infections dentaires en contexte d'infection suppurée intrathoracique à partir des réponses à l'enquête et des publications consultées.

Qu'est-ce que cela signifie?

Les résultats de la présente analyse pourront soutenir la réflexion sur la conception et la mise en œuvre ultérieure d'un corridor clinique de prise en charge des infections dentaires en contexte d'infection suppurée intrathoracique à l'IUCPQ, en tenant compte du caractère limité des données disponibles.

EXECUTIVE SUMMARY

Title: Management of Dental Infections in the Context of Intrathoracic Suppurative Infection: an environmental scan.

Abstract:

What is the issue?

Intrathoracic suppurative infections primarily include lung abscess, pleural empyema, and descending necrotizing mediastinitis. These conditions require specialized care, which may include surgical interventions, and can be life-threatening. In some cases, a dental infection may be associated with these intrathoracic infections, particularly because these conditions share certain risk factors, such as socioeconomic vulnerability, unhealthy lifestyle habits, and diabetes.

Currently, the management of dental infections in the context of intrathoracic suppurative infection at the Institute is not formally structured. Despite the possible co-occurrence of these two types of infections, several obstacles can limit the effectiveness of dental infection management in this context. Some infections may persist after hospital discharge. However, it is unknown to what extent this persistence may slow recovery or increase the risk of recurrence.

What did we do?

We conducted a two-part environmental scan — a review of the scientific literature and a digital questionnaire survey — to identify existing practices in Canada and other member countries of the Organisation for Economic Co-operation and Development. We then identified the main barriers and facilitators related to the management of dental infections in the context of intrathoracic suppurative infection, based on the survey responses and the publications consulted.

What does this mean?

The results of this environmental scan will inform the design and subsequent implementation of a clinical pathway for the management of dental infections in the context of intrathoracic suppurative infection at the Institute, taking into account the limited data available.

TABLE DES MATIÈRES

1.	QUESTION DÉCISIONNELLE.....	1
1.1.	QUESTION DÉCISIONNELLE.....	1
2.	CONTEXTE ET ENJEUX.....	2
3.	MODÈLE LOGIQUE.....	4
4.	OBJECTIFS.....	6
5.	MÉTHODOLOGIE.....	7
5.1.	DÉMARCHE.....	7
5.2.	ENQUÊTE.....	7
5.3.	RECHERCHE DOCUMENTAIRE.....	7
5.4.	SÉLECTION ET ÉVALUATION DE L'ADMISSIBILITÉ DES PUBLICATIONS.....	8
5.5.	ANALYSE DES DONNÉES.....	9
6.	RÉSULTATS.....	10
6.1.	SOURCES DE DONNÉES.....	10
6.2.	OBJECTIF 1 : IDENTIFIER DES ÉTABLISSEMENTS CANADIENS ET DE PAYS MEMBRES DE L'ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE AYANT ATTEINT UNE COUVERTURE UNIVERSELLE OU QUASI UNIVERSELLE POUR UN ÉVENTAIL DE SERVICES DE BASE EN SOINS ET SERVICES SOCIAUX, QUI SONT IMPLIQUÉS DANS LA PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS DENTAIRES CHEZ LA PATIENTÈLE HOSPITALISÉE POUR UNE INFECTION SUPPURÉE INTRATHORACIQUE.....	10
6.3.	OBJECTIF 2 : DRESSER UN APERÇU DE CETTE PRISE EN CHARGE INCLUANT : LA STRUCTURE D'EXPLOITATION, LE VOLUME DE PRODUCTION, LES RESSOURCES (C.-À-D. HUMAINES, FINANCIÈRES ET MATÉRIELLES) NÉCESSAIRES, LES MÉTHODES ET OUTILS UTILISÉS, LES RETOMBÉES SUR LA SANTÉ DE LA PATIENTÈLE, LES PERSPECTIVES ET PRÉFÉRENCES DE LA PATIENTÈLE ET DE SES PROCHES, ET CE, SELON LES JURIDICTIONS (P. EX. LOCALE, RÉGIONALE, PROVINCIALE, ET NATIONALE OU INTERNATIONALE).....	12
6.3.1.	Structure d'exploitation.....	12
6.3.2.	Volume de production.....	12
6.3.3.	Ressources humaines, financières et matérielles nécessaires.....	12
6.3.4.	Méthodes et outils utilisés.....	13
6.3.5.	Retombées sur la santé de la patientèle.....	14
6.3.6.	Perspectives et préférences de la patientèle et de ses proches.....	14
6.4.	OBJECTIF 3 : IDENTIFIER LES OBSTACLES ET LES FACILITATEURS À LA PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS DENTAIRES EN CONTEXTE D'INFECTIONS SUPPURÉES INTRATHORACIQUES.....	14
6.4.1.	Obstacles.....	14
6.4.2.	Facilitateurs.....	16
6.5.	OBJECTIF 4 : IDENTIFIER LES RECOMMANDATIONS DES GUIDES DE PRATIQUES FONDÉES SUR LES DONNÉES PROBANTES AU SUJET DU DÉPISTAGE DES INFECTIONS DENTAIRES CHEZ LA PATIENTÈLE HOSPITALISÉE POUR UNE INFECTION SUPPURÉE INTRATHORACIQUE...	17
6.6.	OBJECTIF 5 : DONNER UN APERÇU DES ÉLÉMENTS QUI POURRAIENT ÊTRE APPLIQUÉS À L'INSTITUT ET DE LEUR IMPACT POTENTIEL.....	17
6.6.1.	Évaluation buccodentaire systématique des personnes hospitalisées.....	18
6.6.2.	Équipe multidisciplinaire formalisée.....	18
6.6.3.	Contrôle précoce du foyer infectieux.....	18
6.6.4.	Soutien microbiologique et usage judicieux des antimicrobiens.....	18
6.6.5.	Impacts globaux pour l'Institut et la patientèle.....	18
7.	DERNIÈRES REMARQUES.....	20
7.1.	LIMITATIONS.....	21

ANNEXES.....	22
ANNEXE 1. QUESTIONNAIRE DE L'ENQUÊTE (VERSION FRANÇAISE).....	22
BIBLIOGRAPHIE.....	32

LISTE DES FIGURES

- FIGURE 1. MODÈLE LOGIQUE D'INTÉGRATION DES SOINS DENTAIRES À LA TRAJECTOIRE DE SOINS DES PERSONNES ATTEINTES D'INFECTIONS SUPPURÉES INTRATHORACIQUES. CE MODÈLE ADAPTE DES ÉLÉMENTS DU MODÈLE BIOPSYCHOSOCIAL DE LA SANTÉ D'ENGEL (1977) [1] ET DE L'ÉVALUATION DE PROGRAMME DE L'AGENCE ONTARIENNE DE PROTECTION ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ (SANTÉ PUBLIQUE ONTARIO) (2025) [2]. LES FLÈCHES NOIRES REPRÉSENTENT UNE RELATION CAUSALE PRÉSUMÉE ET LES FLÈCHES GRISES REPRÉSENTENT LES MOMENTS OÙ UNE INTERVENTION PROACTIVE EST SOUHAITABLE. 4
- FIGURE 2. PROVENANCE DES PERSONNES RÉPONDANTES. LA MAJORITÉ DES PERSONNES RÉPONDANTES PROVENAIENT DU CANADA, TANDIS QUE LES AUTRES PROVENAIENT DE LA NORVÈGE ET DU DANEMARK. 11
- FIGURE 3. SPÉCIALITÉ DES PERSONNES RÉPONDANTES, LA MAJORITÉ ÉTAIT DES DENTISTES GÉNÉRALISTES, TANDIS QUE LES AUTRES PRATIQUAIENT LA MÉDECINE SPÉCIALISÉE OU LA CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE. 11

1. QUESTION DÉCISIONNELLE

1.1. Question décisionnelle

Quels éléments pourraient contribuer à structurer un programme de prise en charge des infections dentaires chez la patientèle hospitalisée pour une infection suppurée intrathoracique?

2. CONTEXTE ET ENJEUX

Que sont les infections dentaires en contexte d'infections suppurées intrathoraciques?

Les infections suppurées intrathoraciques regroupent principalement l'abcès pulmonaire, l'empyème pleural et la médiastinite descendante nécrosante. Ces conditions correspondent à des infections sévères caractérisées par la présence de collections purulentes dans les structures thoraciques, pulmonaires, pleurales ou médiastinales. Elles peuvent entraîner une détérioration clinique rapide et nécessitent généralement une prise en charge spécialisée. Lorsqu'elles sont associées à une infection dentaire, ces affections s'inscrivent dans un continuum où une infection odontogène peut se propager vers le thorax. Cette extension peut se produire par contiguïté anatomique à partir des espaces profonds du cou, notamment vers le médiastin, par l'inhalation de sécrétions orales contaminées ou par dissémination hématogène.

Au Canada, l'incidence réelle des infections suppurées intrathoraciques d'origine dentaire demeure difficile à établir. Ces situations sont rarement rapportées dans la littérature scientifique et elles sont principalement décrites sous forme d'études de cas ou de séries de cas. Ce faible nombre de cas rapportés pourrait toutefois sous-estimer l'ampleur réelle du phénomène, notamment en raison de la possibilité que certains épisodes soient rapportés sous des diagnostics plus généraux, tels qu'une infection cervicale profonde, une médiastinite aiguë ou un empyème thoracique, sans que l'origine dentaire soit explicitement documentée.

Les infections dentaires associées à ces affections peuvent découler de différentes étiologies, notamment les abcès dentaires, les parodontites sévères, les caries profondes, les infections périapicales, les racines résiduelles ou les cellulites odontogènes.

Le diagnostic repose généralement sur une combinaison d'éléments cliniques, radiologiques et microbiologiques. L'évaluation clinique vise à rechercher des signes d'infection dentaire, cervico-faciale ou thoracique, alors que l'imagerie permet de documenter l'étendue de l'infection. Les prélèvements microbiologiques, lorsqu'ils sont réalisés, permettent d'identifier les microorganismes responsables et d'adapter l'antibiothérapie.

Les approches thérapeutiques générales reposent sur quelques principes communs : instaurer rapidement une antibiothérapie intraveineuse à large spectre, assurer le contrôle du foyer infectieux, drainer les collections purulentes lorsque nécessaire, protéger les voies respiratoires en cas de compromis respiratoire et assurer une surveillance clinique étroite. Le traitement du foyer odontogène peut inclure l'extraction dentaire, le drainage d'un abcès ou le débridement parodontal. Lorsque l'infection s'étend aux espaces cervicaux ou au médiastin, des interventions chirurgicales plus complexes peuvent être nécessaires, incluant le drainage cervical, le drainage thoracique, la thoracotomie ou la chirurgie thoracoscopique vidéoassistée, selon l'étendue anatomique de l'atteinte et l'état clinique de la personne hospitalisée.

Que désigne la prise en charge des infections dentaires en contexte d'infections suppurées intrathoraciques?

Dans le cadre de ce rapport, la prise en charge des infections dentaires en contexte d'infections suppurées intrathoraciques désigne l'ensemble des activités visant à repérer, diagnostiquer, évaluer et traiter un foyer infectieux odontogène chez une personne hospitalisée pour un abcès pulmonaire, un empyème pleural, une médiastinite descendante nécrosante ou une autre infection thoracique suppurée pour laquelle une origine dentaire est suspectée. Cette intervention ne correspond pas uniquement au traitement dentaire, mais plutôt à l'intégration de l'expertise buccodentaire dans un parcours hospitalier complexe mobilisant plusieurs équipes cliniques.

Pourquoi est-il important de faire cette analyse de l'environnement?

La réalisation de cette analyse de l'environnement répond à un besoin organisationnel concret. À l'Institut, la prise en charge des infections dentaires en contexte d'infection suppurée intrathoracique n'est pas formellement structurée, bien qu'une association entre ces deux types d'infections soit observée de façon empirique. Certaines infections dentaires pourraient donc persister après le congé hospitalier des personnes concernées, mais l'impact de cette persistance sur le rétablissement, les complications ou le risque de récurrence demeure incertain. Dans ce contexte, il apparaît pertinent de mieux comprendre comment d'autres établissements prennent en charge ces situations afin d'orienter la conception d'un éventuel corridor clinique adapté aux réalités de l'Institut.

Les données disponibles à l'Institut sont limitées quant à la fréquence exacte des infections dentaires associées aux infections suppurées intrathoraciques, à la proportion de cas pour lesquels une évaluation buccodentaire est réalisée, aux délais de consultation et aux retombées cliniques d'un traitement dentaire pendant l'hospitalisation. Cette absence de données locales détaillées constitue en soi un enjeu, puisqu'elle limite la capacité d'estimer l'ampleur du besoin, de planifier les ressources requises et d'évaluer les effets potentiels d'une trajectoire de soins structurée. Cette analyse de l'environnement est également importante parce qu'elle permet de documenter les principaux obstacles et facilitateurs à l'implantation d'un programme ou d'un corridor de soins.

Enfin, cette analyse soutiendra la prise de décision en offrant un portrait des pratiques existantes au Canada et dans d'autres pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques ayant atteint une couverture universelle ou quasi universelle pour un éventail de services de base en soins et services sociaux, tout en tenant compte des limites de la littérature scientifique disponible et de la petite taille de l'échantillon de l'enquête. Elle permettra de dégager des composantes potentiellement applicables à l'Institut.

3. MODÈLE LOGIQUE

Afin de créer un modèle logique de l'intervention, nous avons combiné le modèle biopsychosocial de la santé d'Engel [1] et celui de Santé publique Ontario sur l'évaluation de programme [2], en les adaptant au contexte, comme l'illustre la figure 1 :

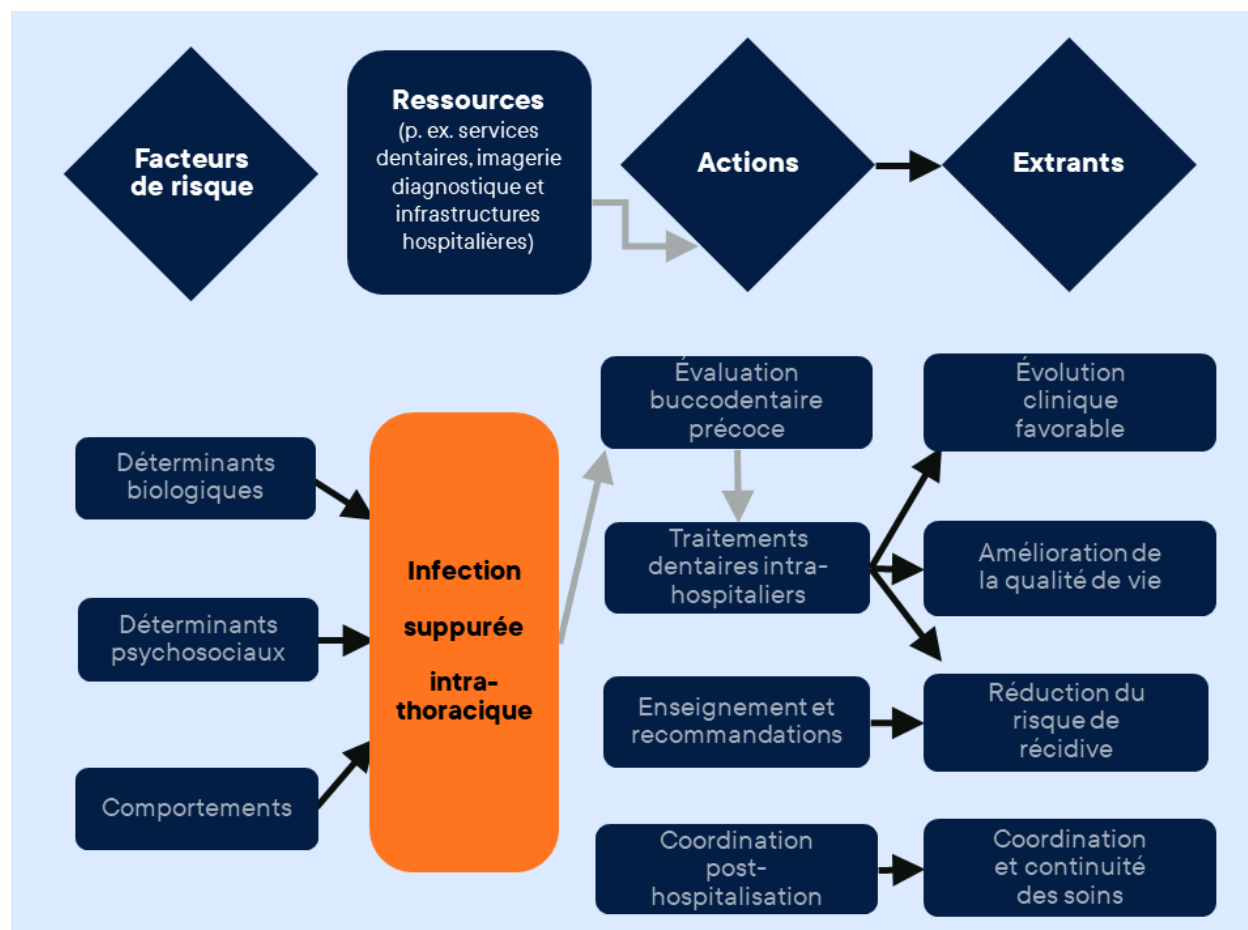


FIGURE 1. MODÈLE LOGIQUE D'INTÉGRATION DES SOINS DENTAIRE À LA TRAJECTOIRE DE SOINS DES PERSONNES ATTEINTES D'INFECTIONS SUPPURÉES INTRATHORACIQUES. CE MODÈLE ADAPTE DES ÉLÉMENTS DU MODÈLE BIOPSYCHOSOCIAL DE LA SANTÉ D'ENGEL (1977) [1] ET DE L'ÉVALUATION DE PROGRAMME DE L'AGENCE ONTARIENNE DE PROTECTION ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ (SANTÉ PUBLIQUE ONTARIO) (2025) [2]. LES FLÈCHES NOIRES REPRÉSENTENT UNE RELATION CAUSALE PRÉSUMÉE ET LES FLÈCHES GRISES REPRÉSENTENT LES MOMENTS OÙ UNE INTERVENTION PROACTIVE EST SOUHAITABLE.

Dans ce modèle adapté, les facteurs de risque pouvant contribuer au développement des infections suppurées intrathoraciques incluent les déterminants biologiques (p. ex. diabète), les comportements (p. ex. tabagisme, usage problématique d'alcool, hygiène dentaire insuffisante) et des déterminants psychosociaux (p. ex. manque d'accès aux soins dentaires). Les flèches noires représentent une relation causale présumée. Les intrants

incluent les services dentaires intrahospitaliers, l'imagerie diagnostique, les infrastructures telles que le bloc opératoire et les services dentaires dispensés en cabinet privé. Les flèches grises représentent les moments où une intervention proactive est souhaitable.

La précocité de l'évaluation dentaire affecte la rapidité avec laquelle les traitements requis pourront être dispensés, augmentant par le fait même l'efficacité potentielle de l'ensemble des actions. La dispensation des traitements pendant l'hospitalisation peut accélérer la résolution de l'infection systémique et améliorer le confort et la sécurité des interventions, rendant possible l'accès au service d'anesthésiologie, par exemple dans les situations où la crainte des traitements est un obstacle. Elle peut augmenter la qualité de vie des personnes concernées, notamment en réduisant la douleur orofaciale, et elle augmente la probabilité que les infections dentaires soient effectivement traitées dans un court délai après l'admission. L'enseignement, les recommandations et la coordination post-hospitalisation visent à faciliter le maintien d'une bonne santé buccodentaire, notamment en favorisant le recours aux soins dentaires en cabinet privé après l'hospitalisation. Cela peut réduire le risque de récurrence d'infection intrathoracique ou d'autres complications systémiques pouvant être liées aux infections dentaires et favoriser l'autogestion de la maladie par la personne concernée.

Ainsi, l'intégration de soins dentaires dans le parcours hospitalier de la patientèle atteinte d'infections suppurées intrathoraciques s'inscrit dans une approche biopsychosociale et systémique de la santé, cohérente avec les principes de la prévention tertiaire. Elle vise à réduire les complications, à améliorer la récupération clinique et à promouvoir une prise en charge globale favorisant la continuité des soins après l'hospitalisation.

4. OBJECTIFS

En vue de comprendre l'état actuel des pratiques concernant la prise en charge des infections dentaires en contexte d'infections suppurées intrathoraciques, l'évaluation visait à :

1. Identifier des établissements canadiens et de pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économique ayant atteint une couverture universelle ou quasi universelle pour un éventail de services de base en soins et services sociaux, qui sont impliqués dans la prise en charge des infections dentaires chez la patientèle hospitalisée pour une infection suppurée intrathoracique.
2. Dresser un aperçu de cette prise en charge incluant : la structure d'exploitation, le volume de production, les ressources (c.-à-d. humaines, financières et matérielles) nécessaires, les méthodes et outils utilisés, les retombées sur la santé de la patientèle, les perspectives et préférences de la patientèle et de ses proches, et ce, selon les juridictions (p. ex. locale, régionale, provinciale, nationale ou internationale).
3. Identifier les obstacles et les facilitateurs à la prise en charge des infections dentaires en contexte d'infections suppurées intrathoraciques.
4. Identifier les recommandations des guides de pratiques fondées sur les données probantes au sujet du dépistage des infections dentaires chez la patientèle hospitalisée pour une infection suppurée intrathoracique.
5. Donner un aperçu des éléments qui pourraient être appliqués à l'Institut et de leur impact potentiel.

5. MÉTHODOLOGIE

5.1. Démarche

Un protocole a été rédigé *a priori* et suivi tout au long de l'évaluation. Le protocole n'a pas été publié, mais il est disponible sur demande auprès de l'équipe de rédaction. Cette analyse de l'environnement s'appuyait sur deux sources d'information mobilisées selon une approche à méthodes mixtes :

- Réponses à un questionnaire d'enquête numérique (annexe 1)
- Recherche documentaire ciblée (c.-à-d. non systématique)

Il était aussi prévu d'effectuer des consultations de suivi par téléconférence individuelle avec certaines répondantes et certains répondants; toutefois, il n'a pas été possible de recruter pour ce volet.

5.2. Enquête

L'enquête visait à décrire les caractéristiques des programmes de prise en charge des infections dentaires en contexte d'infections suppurées intrathoraciques au Canada et dans d'autres pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques ayant atteint une couverture universelle ou quasi universelle pour un éventail de services de base en soins et services sociaux. Le questionnaire comportait 28 questions; une version française (annexe 1) et une version anglaise ont été créées. L'ébauche du questionnaire a été testée à l'interne par des personnes non impliquées dans ce projet, puis révisée en conséquence. La plateforme Microsoft^{MD} Forms [3] a été utilisée pour créer et gérer l'enquête. Les invitations à l'enquête ont été envoyées par courrier électronique aux contacts identifiés grâce à une recherche sur Internet orientée vers les associations de dentistes exerçant en milieu hospitalier dans différentes régions du monde, incluant l'Europe, l'Asie, l'Océanie et les Amériques. Certaines associations dentaires générales d'Amérique du Nord ont aussi été contactées. Les personnes autrices de publications scientifiques portant sur le sujet à l'étude et repérées lors de la recherche documentaire ont également été interpellées. L'enquête a commencé le 18 septembre 2025 et les réponses étaient recevables jusqu'au 1er octobre 2025. Les données quantitatives ont été analysées à l'aide du logiciel Microsoft^{MD} Excel [4].

Toutes les personnes répondantes ont consenti à l'utilisation des informations fournies. Les informations provenant des réponses à l'enquête sont résumées et présentées selon les objectifs de cette analyse de l'environnement. Les informations supplémentaires repérées grâce à la recherche documentaire y sont aussi intégrées.

5.3. Recherche documentaire

Une recherche documentaire ciblée (c.-à-d. non systématique) a été effectuée par une bibliothécaire médicale afin de répondre aux questions suivantes :

1. Que rapporte la littérature scientifique au sujet des programmes de prise en charge des infections dentaires chez la patientèle hospitalisée pour une infection suppurée intrathoracique?
2. Comment ces programmes sont-ils organisés (structure, volume, ressources humaines, financières et matérielles, méthodes et outils, partenariats établis)?

3. Quels sont les obstacles et facilitateurs de ces programmes?

Le tableau 1 résume les critères d'admissibilité et les limites qui ont été utilisés pour effectuer la recension des publications scientifiques à partir de la base de données indexée Ovid MEDLINE. Les concepts de recherche généraux comprenaient « *periodontitis* », « *lung abscess* » et « *pleural empyema* ». Une description détaillée des stratégies de recherche est disponible sur demande auprès de la rédaction.

TABEAU 1. CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ DES DOCUMENTS

Critères d'admissibilité	
Population	Adultes hospitalisés en raison d'une infection suppurée intrathoracique
Intervention	Dépistage par examen clinique ou imagerie, et traitement d'infection dentaire
Comparateur	1) Dépistage en milieu communautaire 2) Aucun dépistage 3) Aucun comparateur
Indicateurs	Descriptions qualitatives et quantitatives des programmes • Structure d'exploitation • Ressources (c.-à-d. humaines, financières et matérielles) • Méthodes et outils • Partenariats Indicateurs des guides de pratique clinique fondées sur des données probantes • Recommandations concernant le dépistage
Types de documents	• Rapport d'évaluation des technologies en santé • Revue systématique avec ou sans méta-analyse • Essai clinique randomisé • Étude de cohorte • Études de cas, série de cas • Résumé de congrès • Guides de pratique clinique fondés sur des données probantes • Étude qualitative • Évaluation économique
Limites	Critères d'exclusion
• Langue : français et anglais • Période : du début des bases de données au 25 août 2025	• Types d'études exclues : revue de la littérature non systématique, étude de laboratoire (p. ex. animal, <i>in vitro</i>, simulation), avis ou consensus d'experts, éditorial, lettre et commentaire

La littérature grise (c.-à-d. non publiée commercialement) a été repérée en consultant les sites Web des organismes de réglementation, des agences et unités d'ETMIS ainsi que des associations professionnelles en médecine dentaire. Les moteurs de recherche Bing^{MD} et Google^{MD} ont été utilisés pour repérer des documents supplémentaires. Ces recherches ont été bonifiées par l'examen des bibliographies des principaux articles et, le cas échéant, par la communication avec des autrices, des auteurs ou des personnes expertes.

5.4. Sélection et évaluation de l'admissibilité des publications

Deux membres de l'équipe de rédaction ont examiné les titres et résumés pour évaluer leur pertinence au regard des critères d'admissibilité à l'aide de la plateforme Web de gestion des synthèses de connaissances Covidence [5]. Les articles en texte intégral jugés potentiellement pertinents ont été récupérés et évalués par l'équipe de rédaction en vue d'une éventuelle inclusion.

5.5. Analyse des données

Les données qualitatives et quantitatives pertinentes pour l'analyse ont été extraites des publications retenues, compilées et analysées à l'aide du logiciel Microsoft^{MD} Excel [4]. Les principales analyses effectuées étaient des calculs de moyenne pondérée et de proportions.

6. RÉSULTATS

6.1. Sources de données

L'invitation à participer à l'enquête a été envoyée par courrier électronique à 66 personnes représentant des dentistes en milieu hospitalier général et spécialisé, des associations professionnelles de dentistes et des autrices et auteurs d'articles scientifiques ayant été repérés dans le cadre de la revue de la littérature scientifique.

Comme les personnes ayant reçu l'invitation pouvaient la transférer à leur réseau, le nombre total de personnes invitées à participer à l'enquête est inconnu. Neuf questionnaires ont été retournés, tous complets et utilisables. Une consultation individuelle a été proposée sur une base volontaire dans le questionnaire, mais aucune personne répondante n'a manifesté d'intérêt pour cette consultation.

La recherche documentaire a permis d'identifier des informations supplémentaires sur la prise en charge des infections dentaires en contexte d'infection suppurée intrathoracique au Canada et dans d'autres pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques ayant atteint une couverture universelle ou quasi universelle pour un éventail de services de base en soins et services sociaux, afin de compléter les informations issues de l'enquête. La qualité méthodologique des 14 études incluses [6-19] n'a pas été formellement évaluée. Dans l'ensemble, les études portant spécifiquement sur la prise en charge des infections dentaires en contexte d'infection suppurée intrathoracique étaient difficiles à repérer et les publications qui abordaient ce sujet étaient majoritairement des études de cas uniques. Cette tâche a également été complexifiée par la terminologie variée utilisée pour décrire la prise en charge des infections dentaires (p. ex. types d'examen réalisés, traitements effectués, origine du financement lié à ces activités, et *cetera*).

6.2. Objectif 1 : Identifier des établissements canadiens et de pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économique ayant atteint une couverture universelle ou quasi universelle pour un éventail de services de base en soins et services sociaux, qui sont impliqués dans la prise en charge des infections dentaires chez la patientèle hospitalisée pour une infection suppurée intrathoracique.

La figure 2 illustre la juridiction des répondantes et des répondants, soit le Canada ($n = 6$), la Norvège ($n = 2$) et le Danemark ($n = 1$). Les personnes répondantes canadiennes provenaient de l'Ontario ($n = 3$), du Manitoba ($n = 2$) et du Québec ($n = 1$). Les perspectives de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, de la Saskatchewan, des territoires nordiques et des provinces de l'Atlantique n'étaient pas représentées dans cette analyse de l'environnement. Des représentantes et des représentants du secteur hospitalier universitaire ont été contactés dans ces juridictions, lorsque cela s'appliquait, mais aucune réponse à l'enquête ou aux demandes de consultation n'a été reçue.

Les répondantes et les répondants représentaient six organisations différentes, dont quatre canadiennes et deux scandinaves. Cinq des établissements représentés étaient des hôpitaux spécialisés ou universitaires; les quatre autres étaient des hôpitaux généraux publics. Un seul établissement canadien et les deux établissements scandinaves étaient activement impliqués dans la prise en charge des infections dentaires en contexte d'infection suppurée intrathoracique en milieu hospitalier.

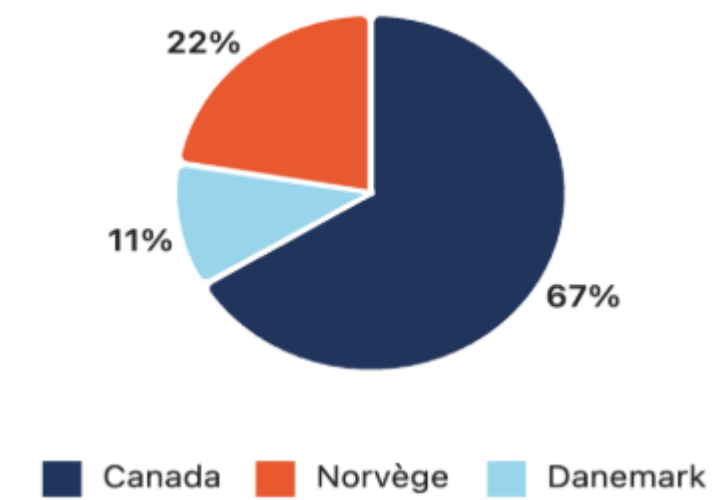


FIGURE 2. PROVENANCE DES PERSONNES RÉPONDANTES. LA MAJORITÉ DES PERSONNES RÉPONDANTES PROVENAIENT DU CANADA, TANDIS QUE LES AUTRES PROVENAIENT DE LA NORVÈGE ET DU DANEMARK.

La figure 3 illustre la spécialité des personnes répondantes, à savoir la médecine dentaire générale (n = 5), la médecine spécialisée (n = 2) et la chirurgie maxillo-faciale (n = 2). Six (66,7 %) des personnes répondantes avaient plus de dix années d'expérience dans leur spécialité. Sept (77,8 %) personnes répondantes avaient dit avoir déjà évalué la condition buccodentaire d'une personne hospitalisée pour une infection suppurée intrathoracique.

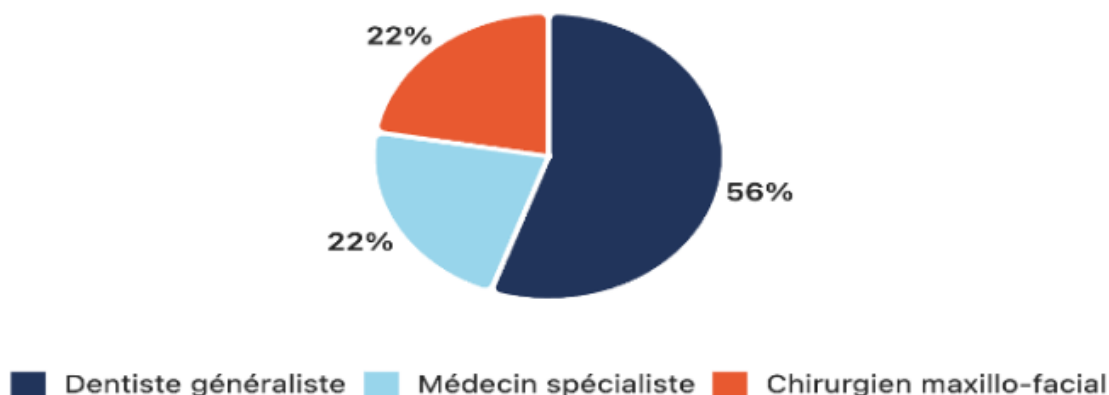


FIGURE 3. SPÉCIALITÉ DES PERSONNES RÉPONDANTES, LA MAJORITÉ ÉTAIT DES DENTISTES GÉNÉRALISTES, TANDIS QUE LES AUTRES PRATIQUAIENT LA MÉDECINE SPÉCIALISÉE OU LA CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE.

La revue de la littérature scientifique a fait ressortir 14 publications [6-19], dont les personnes autrices proviennent de 11 pays répartis sur cinq continents (c.-à-d. les Amériques, l'Europe, l'Asie et l'Afrique). Nous n'avons pas trouvé de donnée relative à des établissements ayant un programme formel et structuré de prise en charge des infections suppurées intrathoraciques. En revanche, un programme informel est rapporté dans trois publications, soit une publication provenant de l'Espagne [7] et deux de la Grèce [12, 15].

6.3. Objectif 2 : Dresser un aperçu de cette prise en charge incluant : la structure d'exploitation, le volume de production, les ressources (c.-à-d. humaines, financières et matérielles) nécessaires, les méthodes et outils utilisés, les retombées sur la santé de la patientèle, les perspectives et préférences de la patientèle et de ses proches, et ce, selon les juridictions (p. ex. locale, régionale, provinciale, et nationale ou internationale).

6.3.1. Structure d'exploitation

Quatre personnes répondantes, dont trois étaient affiliées à des centres scandinaves, rapportaient que leur établissement était muni d'un protocole, c.-à-d. une procédure écrite (n = 1), ou informelle (n = 3) pour le dépistage des infections dentaires chez la patientèle ayant une infection suppurée intrathoracique. En moyenne, ce dépistage était effectué après l'admission dans un délai d'un à trois jours (n = 2), de plus de trois jours (n = 1), ou selon un délai variable (n = 5).

Dans la littérature scientifique, trois études [7, 12, 15] décrivent des trajectoires de soins hautement spécialisées destinées à des personnes hospitalisées pour une infection odontogène ayant progressé vers une infection suppurée intrathoracique. La prise en charge repose sur un modèle de centre tertiaire impliquant plusieurs spécialités. La patientèle est généralement évaluée à l'urgence ou transférée d'un autre établissement, puis bénéficie d'une confirmation diagnostique par tomodensitométrie cervicothoracique avant une prise en charge chirurgicale urgente. Dans les modèles les plus structurés, la décision thérapeutique est prise de façon multidisciplinaire, en fonction de l'étendue de l'infection cervicale et médiastinale [7, 12, 15].

6.3.2. Volume de production

Les personnes répondantes estimaient que leur établissement accueillait annuellement moins de 25 (n = 2) ou de 25 à 100 (n = 2) patientes et patients ayant des infections suppurées intrathoraciques. De ce nombre, elles estimaient que moins de 25 % (n = 3), de 25 % à 50 % (n = 1) et de 51 % à 75 % (n = 1) présentaient des infections dentaires.

Dans la littérature scientifique, les infections suppurées intrathoraciques d'origine dentaire demeurent rarement rapportées. À titre d'exemple, l'étude de Mihos (2004) [12] rapporte six cas de médiastinite nécrosante descendante observés sur une période de 11 ans dans un centre grec, dont trois d'origine dentaire, tandis qu'Escobedo (2021) [7] rapporte sept cas de cette même condition traités sur plusieurs décennies dans un centre espagnol.

Ainsi, la prise en charge de cette patientèle correspond davantage à une expertise tertiaire de référence qu'à un service à haut volume.

6.3.3. Ressources humaines, financières et matérielles nécessaires

Les réponses à l'enquête indiquaient que les honoraires liés aux soins dentaires dispensés dans ce contexte pouvaient être payés par un système de santé publique à couverture universelle (n = 7), par la personne ayant reçu les soins (n = 5), par un assureur privé (n = 4), ou par un programme ciblé ou une couverture exceptionnelle d'un système de santé publique (n = 1).

La littérature scientifique met en évidence l'intensité des ressources professionnelles exigées par cette prise en charge. Les équipes impliquées comprennent habituellement : la médecine dentaire, la chirurgie buccale et maxillo-faciale [7, 12, 15], la chirurgie thoracique [7, 12, 15], l'otorhinolaryngologie dans certains centres [11, 12], l'anesthésiologie [11], les soins intensifs [11, 15], la radiologie [7, 11, 12, 15], la microbiologie clinique [7, 12, 15],

l'infectiologie [11] et la médecine d'urgence [15]. De plus, bien que cette dimension soit peu décrite dans le corpus scientifique, la nécessité de séjours prolongés aux soins intensifs, de drains thoraciques et de réinterventions implique une mobilisation importante des équipes de soins infirmiers spécialisés. Cette composante n'est toutefois pas quantifiée dans les articles repérés. Les ressources matérielles essentielles comprennent l'imagerie diagnostique (p. ex. tomodensitométrie cervicothoracique, radiographie pulmonaire, imagerie dentaire telle que l'orthopantomogramme), le bloc opératoire, le soutien intensif et le laboratoire. Sur le plan financier, aucune publication repérée ne fournit d'information sur les coûts du programme de prise en charge, le financement organisationnel, les coûts hospitaliers, les coûts par épisode de soins, ni l'utilisation détaillée des ressources. Il s'agit donc d'une lacune importante de la littérature scientifique.

6.3.4. Méthodes et outils utilisés

Selon les personnes répondant à l'enquête, les méthodes et les outils les plus souvent utilisés pour effectuer ces dépistages étaient l'examen clinique intraoral ($n = 8$), l'orthopantomogramme ($n = 7$), la radiographie intraorale ($n = 6$), et la tomodensitométrie ($n = 2$). Les interventions le plus souvent privilégiées pour traiter les infections dentaires dans ce contexte clinique étaient l'extraction sous anesthésie locale ($n = 7$), l'extraction sous anesthésie générale ou sous sédation intraveineuse ($n = 3$), l'antibiothérapie seule ($n = 2$), et le débridement parodontal ($n = 1$).

De même, le corpus scientifique décrit une prise en charge reposant sur un enchaînement de méthodes diagnostiques, médicales et chirurgicales visant à identifier rapidement le foyer infectieux, à documenter l'extension de l'infection et à assurer un contrôle adéquat du choc septique, s'il y a lieu [6-19]. L'évaluation initiale repose sur l'examen clinique des signes d'infection odontogène, cervicale et thoracique, combiné à une imagerie cervicothoracique. La tomodensitométrie est décrite comme l'outil diagnostique principal dans l'ensemble des études et est utilisée tant pour confirmer l'extension de l'infection vers le médiastin que pour guider les décisions thérapeutiques [6-19]. Plusieurs autrices et auteurs rapportent également le recours à la radiographie pulmonaire standard, à l'orthopantomogramme ou à l'imagerie dentaire afin de documenter le foyer infectieux d'origine. Ensuite, cinq études rapportent le recours à l'extraction des dents responsables ou au drainage des abcès odontogènes afin d'éliminer la source primaire de l'infection [9, 12, 14, 15, 17]. Les molaires mandibulaires, particulièrement les deuxièmes et troisièmes molaires, sont les dents le plus souvent impliquées [9, 12, 14, 15, 17]. Toutes les publications rapportent l'administration précoce d'une antibiothérapie intraveineuse à large spectre [6-19]. Celle-ci est généralement instaurée dès la suspicion diagnostique, puis adaptée aux résultats des cultures microbiologiques et des tests de sensibilité. Les études soulignent le caractère polymicrobien de ces infections et l'importance d'une couverture incluant les bactéries aérobies et anaérobies de la flore buccale.

La protection des voies respiratoires constitue une composante importante de la prise en charge lorsque l'infection entraîne un œdème cervical important, une compression trachéale ou une détresse respiratoire. Les publications rapportent l'utilisation de l'intubation orotrachéale ou de la trachéostomie selon la gravité de la présentation clinique. Le drainage des espaces cervicaux infectés est décrit dans l'ensemble des séries cliniques [7, 11, 12, 15]. Les approches comprennent différentes formes de cervicotomie permettant l'évacuation du pus et le débridement des tissus nécrotiques. Plusieurs autrices et auteurs considèrent cette intervention comme une étape incontournable du contrôle infectieux. Lorsque l'infection s'étend au médiastin, les études rapportent diverses approches chirurgicales selon l'étendue de la maladie, dont le drainage transcervical du médiastin, principalement pour les atteintes limitées au médiastin supérieur; la thoracotomie ouverte, utilisée dans les séries de Filiaci (2015) [9], Mihos (2004) [12], Novakov (2010) [14], et Parara (2021) [15] pour assurer un drainage extensif du médiastin et de la cavité pleurale; la chirurgie thoracique vidéoassistée [7, 11]; ainsi que la médiastinoscopie ou d'autres procédures peu effractives, utilisées plus rarement comme modalités complémentaires de drainage. Les publications soulignent de façon récurrente que le succès thérapeutique dépend largement de l'adéquation du drainage médiastinal et du débridement chirurgical.

Les cultures microbiologiques du pus cervical, médiastinal ou pleural sont réalisées de manière systématique dans la plupart des études [9, 11, 12, 14, 15]. Les résultats servent à identifier les microorganismes responsables et à mieux cibler l'antibiothérapie. Les publications rapportent généralement des infections polymicrobiennes comprenant des streptocoques, des bactéries anaérobies et divers bacilles à Gram négatif. Plusieurs études décrivent une surveillance clinique et radiologique accrue après l'intervention initiale. Des tomodensitométries répétées à intervalles de 48 à 72 heures sont utilisées pour vérifier l'efficacité du drainage et détecter le pus résiduel. Lorsque nécessaire, une réintervention chirurgicale ou un drainage additionnel est réalisé [9, 11, 12, 14, 15]. Les cas les plus sévères nécessitent une admission aux soins intensifs pour une surveillance hémodynamique, un soutien respiratoire, une gestion du choc septique et des soins postopératoires complexes [11, 14, 15].

6.3.5. Retombées sur la santé de la patientèle

Les réponses à l'enquête indiquaient que les effets les plus fréquemment estimés du traitement des infections dentaires sur la santé de la patientèle atteinte d'infections suppurées intrathoraciques étaient la résolution de l'infection systémique ($n = 6$), la réduction de la douleur orofaciale ($n = 5$), la résolution de l'œdème facial ($n = 3$) et l'incidence de complications liées à l'extraction dentaire ($n = 1$). Une personne répondante indiquait également que le traitement pouvait contribuer à prévenir les cas de récurrence de l'infection pulmonaire.

Les études rapportent que la combinaison d'un diagnostic rapide, d'une antibiothérapie appropriée et d'un drainage chirurgical agressif est associée à une amélioration clinique. À titre d'exemple, dans la série grecque de Mihos (2004) [12], cinq des six personnes ont survécu, tandis que l'étude espagnole d'Escobedo (2021) [7] rapporte une amélioration de la survie comparativement aux séries historiques. Ces résultats doivent toutefois être interprétés avec prudence, puisqu'ils proviennent de séries de cas et ne permettent pas d'établir l'effet propre du traitement dentaire sur les issues cliniques.

6.3.6. Perspectives et préférences de la patientèle et de ses proches

Selon l'enquête, l'intérêt de la patientèle atteinte d'infections suppurées intrathoraciques à recevoir des soins dentaires pendant l'hospitalisation était perçu comme élevé ($n = 3$), moyen ($n = 2$), faible ($n = 2$) ou très faible ($n = 1$).

La littérature scientifique fournit très peu d'information sur cette dimension. Toutefois, l'étude de Parara (2021) [15] suggère indirectement que l'accès aux soins dentaires et la capacité d'obtenir rapidement une consultation peuvent constituer des enjeux pertinents pour la patientèle et ses proches.

6.4. Objectif 3 : Identifier les obstacles et les facilitateurs à la prise en charge des infections dentaires en contexte d'infections suppurées intrathoraciques.

À partir des réponses à l'enquête et des publications consultées, plusieurs obstacles et facilitateurs à la mise en place d'un programme structuré de prise en charge des infections dentaires chez les personnes hospitalisées pour une infection suppurée intrathoracique peuvent être dégagés.

6.4.1. Obstacles

La rareté relative des infections suppurées intrathoraciques constitue un obstacle organisationnel important à la mise en place d'un programme structuré de prise en charge des infections dentaires chez les personnes hospitalisées pour une infection suppurée intrathoracique. En raison du faible nombre de cas observés dans la plupart des centres, l'expérience clinique locale pourrait demeurer limitée, ce qui complique le développement

et le maintien d'une expertise spécialisée. Cette faible incidence réduit également les possibilités de standardiser les pratiques et rend plus difficile l'élaboration de lignes directrices robustes [6, 8, 14-17, 19].

À cette rareté s'ajoute un manque de données probantes solides pour orienter l'organisation des soins. La littérature scientifique recensée repose principalement sur des séries de cas et des études rétrospectives, des devis qui permettent de documenter l'expérience clinique, mais qui offrent un niveau de preuve limité quant à l'efficacité comparative des différentes approches de prise en charge. Plusieurs publications soulignent l'absence d'essais contrôlés randomisés, de registres cliniques et de lignes directrices élaborées à partir de données probantes de haute qualité. Cette situation contribue à l'hétérogénéité des pratiques entre les centres et peut freiner l'élaboration, l'implantation et l'évaluation de protocoles formels de prise en charge à l'échelle institutionnelle [7].

Ensuite, l'absence de consensus quant aux protocoles de traitement représente un autre obstacle à l'implantation de programmes structurés et homogènes. Les publications recensées font état d'une certaine controverse concernant l'approche chirurgicale optimale, certaines privilégiant le drainage transcervical, d'autres la thoracotomie, la chirurgie thoracoscopique vidéoassistée ou encore des approches combinées [6, 7, 12]. Cette variabilité des pratiques reflète l'incertitude qui demeure quant à la stratégie thérapeutique la plus appropriée et complique la standardisation des parcours de soins. De plus, l'hétérogénéité clinique des présentations ajoute à cette complexité. Les formes localisées et diffuses de médiastinite odontogène ne mobilisent pas le même niveau de ressources diagnostiques, chirurgicales et de soins intensifs. À cet égard, Escobedo (2021) [7] rapporte une mortalité nettement plus élevée chez les personnes présentant une forme diffuse que chez celles atteintes d'une forme localisée, ce qui souligne l'importance de considérer le degré de sévérité dans les décisions thérapeutiques. Cette variabilité clinique limite ainsi la conception d'un protocole unique de prise en charge applicable à l'ensemble des situations rencontrées.

De plus, la complexité clinique associée aux comorbidités fréquemment observées chez cette patientèle constitue également un défi pour la mise en œuvre de programmes structurés de prise en charge. Plusieurs conditions, notamment le diabète, l'insuffisance rénale, la neutropénie, l'usage problématique d'alcool et d'autres états associés à une immunosuppression ou à une fragilité physiologique accrue, peuvent compromettre la capacité à contrôler l'infection et favoriser sa progression vers des formes plus sévères de médiastinite [6, 12]. Cette variabilité du profil clinique des personnes hospitalisées nécessite souvent une adaptation individualisée des stratégies diagnostiques et thérapeutiques, ce qui peut compliquer la standardisation des protocoles de soins et l'organisation des ressources requises pour assurer une prise en charge optimale.

Les hospitalisations prolongées et le recours fréquent aux soins intensifs représentent également une contrainte organisationnelle importante pour les établissements appelés à prendre en charge cette patientèle [6, 7]. Les personnes atteintes d'infections suppurées intrathoraciques odontogènes nécessitent souvent des trajectoires de soins complexes mobilisant de nombreuses ressources spécialisées sur une période prolongée. Dans l'étude de Dong (2017) [6], l'ensemble des personnes ayant subi une intervention chirurgicale étaient systématiquement transférées aux soins intensifs en période postopératoire. Les responsables de l'étude rapportent également une fréquence élevée de complications sévères, notamment le choc septique, la défaillance multiviscérale et le syndrome de détresse respiratoire aiguë. Cette intensité de soins, combinée à la durée souvent importante des séjours hospitaliers, peut exercer une pression considérable sur la disponibilité des lits, des ressources spécialisées et des équipes cliniques, compliquant ainsi l'implantation et la pérennisation de programmes structurés de prise en charge.

Les besoins fréquents en maintien des voies respiratoires constituent une autre contrainte importante à considérer dans l'organisation d'un programme de prise en charge. L'évolution de l'infection et l'atteinte des

espaces cervicaux profonds peuvent compromettre rapidement la perméabilité des voies aériennes, nécessitant une intervention spécialisée en urgence. Les études recensées rapportent que plusieurs personnes ont besoin d'une intubation ou d'une trachéotomie au cours de leur hospitalisation, particulièrement lorsqu'elles présentent une atteinte étendue ou des complications sévères [6, 7, 12]. Dans ce contexte, l'examen de la dentition et la prise de radiographies dentaires peuvent être difficiles, voire impossibles. La mise en place d'un programme structuré suppose un accès rapide et coordonné à des ressources spécialisées, notamment en anesthésie, en otorhinolaryngologie et en soins critiques. Cette dépendance à des expertises hautement spécialisées peut représenter un défi organisationnel important, particulièrement dans les établissements où la disponibilité de ces ressources est limitée ou soumise à une forte demande.

De plus, la difficulté à identifier et à documenter adéquatement le foyer infectieux représente un obstacle supplémentaire à la mise en place et à l'évaluation de programmes structurés de prise en charge. La revue systématique d'Escobedo (2021) [7] rapporte qu'une proportion importante des cas décrits dans la littérature scientifique ne permet pas d'identifier clairement la dent responsable de l'infection. De plus, l'extraction de la dent causale n'était documentée que pour une minorité des personnes traitées, ce qui suggère des lacunes potentielles dans la documentation clinique ainsi que dans l'intégration des soins dentaires au parcours thérapeutique. Cette situation complique non seulement les interventions ciblées visant à éliminer le foyer infectieux, mais également l'évaluation de la contribution des soins dentaires aux résultats cliniques. La complexité microbiologique de ces infections constitue un autre défi organisationnel. Les infections suppurées intrathoraciques odontogènes sont majoritairement polymicrobiennes et impliquent fréquemment une combinaison de microorganismes aérobies et anaérobies, ce qui requiert un accès rapide à des services de microbiologie performants et à des prélèvements de qualité pour orienter adéquatement le traitement antimicrobien [6, 7, 12].

Enfin, plusieurs publications soulignent que les délais entre l'apparition des symptômes, l'évaluation initiale et l'admission dans un centre spécialisé sont associés à une évolution clinique moins favorable [16]. Cette observation met en évidence l'importance d'avoir un mécanisme efficace de dépistage et de référence afin d'assurer une prise en charge cohérente, quel que soit le parcours de soins de la personne concernée.

6.4.2. Facilitateurs

Les personnes répondantes estimaient que les changements suivants faciliteraient le dépistage et le traitement d'infections dentaires dans ce contexte : l'élaboration d'un protocole formel pour le dépistage des infections dentaires ($n = 8$), l'accès au bloc opératoire et à l'équipe d'anesthésie pour les traitements dentaires ($n = 6$), l'accroissement de la présence de dentistes comme membres actifs du conseil médical d'établissement ($n = 3$), le développement d'infrastructures cliniques ($n = 3$) et le recrutement de personnel clinique supplémentaire ($n = 2$).

Parmi les éléments facilitateurs identifiés dans la littérature scientifique, la disponibilité de l'imagerie tomodensitométrique apparaît comme un élément central permettant une prise en charge rapide et coordonnée des infections suppurées intrathoraciques odontogènes [6, 7, 12]. L'ensemble des publications consultées souligne le rôle essentiel de la tomodensitométrie cervicothoracique pour confirmer le diagnostic, déterminer l'étendue de l'infection, orienter les décisions thérapeutiques et surveiller l'évolution clinique après les interventions. En permettant une détection précoce de l'atteinte médiastinale et une évaluation précise de la propagation de l'infection, cet outil favorise l'identification rapide des personnes nécessitant des traitements plus intensifs et facilite la coordination entre les différentes spécialités impliquées. La disponibilité d'un accès rapide à cette modalité diagnostique constitue ainsi un levier important pour soutenir l'implantation d'un programme structuré et optimiser les délais de prise en charge.

Au-delà des méthodes et outils diagnostiques, l'ensemble des publications met en évidence l'importance d'une approche multidisciplinaire comme facteur clé de succès dans la prise en charge des infections suppurées intrathoraciques odontogènes [6, 11, 12]. La complexité de ces situations cliniques nécessite une coordination étroite entre plusieurs spécialités, notamment la médecine dentaire, la chirurgie buccale et maxillofaciale, la chirurgie thoracique, l'otorhinolaryngologie, la radiologie, l'infectiologie, l'anesthésie et les soins intensifs. Cette collaboration favorise une évaluation rapide de l'étendue de l'infection, l'identification et l'élimination du foyer infectieux, la planification des interventions chirurgicales appropriées ainsi que l'optimisation du traitement antimicrobien et du soutien aux fonctions vitales. La présence de mécanismes de concertation entre ces différentes équipes apparaît donc comme un facilitateur important pour l'implantation d'un programme structuré, en permettant une prise de décision coordonnée et une continuité des soins tout au long du parcours hospitalier.

La surveillance postopératoire systématique par tomodensitométrie constitue également un facilitateur important de la prise en charge. Les publications consultées indiquent que la répétition des examens d'imagerie permet d'évaluer l'efficacité du drainage chirurgical, de détecter précocement une progression de l'infection ou la persistance de collections résiduelles et d'orienter rapidement les ajustements thérapeutiques nécessaires [6, 12]. Cette capacité de suivi objective favorise l'identification rapide des personnes nécessitant une réintervention et contribue à réduire les délais de prise de décision lorsque l'évolution clinique est défavorable. Dans une pathologie caractérisée par une progression parfois rapide et des complications potentiellement graves, l'intégration de stratégies de surveillance radiologique standardisées au parcours de soins apparaît ainsi comme un élément susceptible d'améliorer la coordination clinique et la réactivité des équipes impliquées dans la prise en charge.

La disponibilité de différentes techniques de drainage adaptées à la localisation et à la gravité de l'infection constitue également un facilitateur important de la prise en charge. Les études recensées montrent que les équipes cliniques peuvent recourir à un éventail d'approches, incluant le drainage transcervical, le drainage thoracique fermé, la thoracotomie, la chirurgie thoracoscopique vidéoassistée et, dans certains contextes, la thérapie par pression négative [6, 12]. Cette diversité d'options thérapeutiques permet d'adapter les interventions aux caractéristiques anatomiques et à l'étendue de l'atteinte infectieuse, favorisant ainsi une approche plus individualisée des soins. La capacité de mobiliser rapidement la technique de drainage la plus appropriée en fonction de l'évolution clinique apparaît donc comme un élément clé pour optimiser le contrôle de l'infection, réduire le risque de complications et soutenir l'efficacité globale d'un programme structuré de prise en charge.

6.5. Objectif 4 : Identifier les recommandations des guides de pratiques fondées sur les données probantes au sujet du dépistage des infections dentaires chez la patientèle hospitalisée pour une infection suppurée intrathoracique.

Aucun guide de pratique fondé sur des données probantes au sujet du dépistage des infections dentaires chez la patientèle hospitalisée pour une infection suppurée intrathoracique n'a été identifié par l'entremise de l'enquête ni dans la littérature scientifique; par conséquent, aucune recommandation ne peut être formulée.

6.6. Objectif 5 : Donner un aperçu des éléments qui pourraient être appliqués à l'Institut et de leur impact potentiel.

À partir des éléments récurrents observés dans les réponses à l'enquête et les articles du corpus scientifique, un programme de prise en charge des infections dentaires chez les personnes hospitalisées pour une infection suppurée intrathoracique pourrait s'articuler autour de quelques composantes clés.

6.6.1. Évaluation buccodentaire systématique des personnes hospitalisées

Une première composante consisterait à intégrer un mécanisme formel de consultation en médecine dentaire lorsqu'une origine dentaire est soupçonnée chez une personne présentant une infection cervicale profonde, une médiastinite descendante ou une infection thoracique suppurée. Cette approche pourrait améliorer la rapidité de l'évaluation buccodentaire, faciliter l'identification des causes sous-jacentes de l'infection et favoriser un traitement plus précoce. Pour l'Institut, l'implantation de cette composante nécessiterait l'établissement de corridors de référence entre les équipes concernées, notamment le service de médecine dentaire, la chirurgie thoracique, la pneumologie, l'infectiologie et les soins intensifs.

6.6.2. Équipe multidisciplinaire formalisée

L'un des constats les plus récurrents dans la littérature scientifique et dans les réponses à l'enquête est l'importance d'une prise en charge multidisciplinaire impliquant plusieurs spécialités, dont la médecine dentaire, la chirurgie thoracique, l'otorhinolaryngologie, la radiologie, l'infectiologie, l'anesthésie et les soins intensifs. L'établissement d'une trajectoire clinique formalisée permettant de mobiliser rapidement ces expertises pourrait constituer un élément central d'un programme à l'Institut. Pour la patientèle, une telle organisation pourrait favoriser une meilleure continuité des soins et réduire certains délais associés aux consultations spécialisées. Pour l'organisation, elle pourrait contribuer à clarifier les rôles et responsabilités de chaque équipe et à améliorer la coordination des interventions tout au long du parcours de soins.

6.6.3. Contrôle précoce du foyer infectieux

Le contrôle rapide de la source infectieuse, notamment par l'extraction des dents causales et le drainage des collections purulentes, lorsque requis, est fréquemment présenté comme l'une des conditions essentielles au succès du traitement. Dans le contexte de l'Institut, l'intégration d'un protocole définissant les indications et les délais de prise en charge du foyer odontogène pourrait contribuer à uniformiser les pratiques. Pour la patientèle, cette approche pourrait favoriser un contrôle plus rapide de l'infection et limiter sa progression. Pour l'organisation, elle nécessiterait un accès efficient aux ressources spécialisées requises pour réaliser les procédures dentaires ou chirurgicales dans des délais appropriés.

6.6.4. Soutien microbiologique et usage judicieux des antimicrobiens

Les infections odontogènes responsables d'infections suppurées intrathoraciques sont généralement polymicrobiennes et impliquent fréquemment des bactéries aérobies et anaérobies. Les publications consultées rapportent l'importance d'obtenir rapidement des prélèvements microbiologiques afin d'adapter le traitement antimicrobien aux microorganismes identifiés. L'intégration d'un soutien microbiologique structuré et de mécanismes favorisant la collaboration avec les équipes d'infectiologie pourrait permettre une optimisation des traitements et soutenir l'usage judicieux des antimicrobiens. Cette composante pourrait améliorer l'efficacité thérapeutique pour les personnes soignées tout en favorisant une utilisation plus appropriée des ressources pharmacologiques à l'échelle organisationnelle.

6.6.5. Impacts globaux pour l'Institut et la patientèle

Dans un centre tertiaire comme l'Institut, l'intérêt principal du repérage systématique des infections dentaires associées aux infections suppurées intrathoraciques résiderait vraisemblablement moins dans l'augmentation du volume de procédures dentaires que dans la création d'un corridor clinique multidisciplinaire permettant l'intégration rapide de l'expertise buccodentaire aux trajectoires de soins existantes. Une telle organisation pourrait favoriser l'uniformisation des pratiques cliniques, améliorer la coordination interprofessionnelle et

assurer une meilleure continuité des soins entre les différents services impliqués. Pour la patientèle, les bénéfices anticipés concerneraient principalement une identification plus rapide du foyer infectieux et son traitement plus précoce.

7. DERNIÈRES REMARQUES

Cette analyse de l'environnement donne un aperçu de l'état actuel de la prise en charge des infections dentaires associées aux infections suppurées intrathoraciques au Canada et dans d'autres pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques ayant atteint une couverture universelle ou quasi universelle pour un éventail de services de base en soins et services sociaux.

Les données recueillies au moyen de l'enquête menée auprès de personnes praticiennes, ainsi que celles issues de la littérature scientifique indiquent que les programmes formellement structurés demeurent peu fréquents. Les modèles recensés reposent généralement sur des mécanismes de collaboration entre différentes spécialités plutôt que sur des trajectoires de soins standardisées spécifiquement consacrées à la prise en charge des infections dentaires en contexte d'infections suppurées intrathoraciques. Au Canada, peu de centres ont rapporté l'existence de protocoles formels ou de programmes dédiés, alors que les expériences internationales sont généralement décrites dans le cadre de séries de cas ou d'initiatives locales développées au sein de centres tertiaires spécialisés.

Les résultats de l'enquête suggéraient néanmoins une reconnaissance du rôle potentiel des infections dentaires dans certaines infections suppurées intrathoraciques, particulièrement lorsque l'origine dentaire est soupçonnée. Plusieurs personnes répondantes mentionnaient l'existence de mécanismes de consultation en médecine dentaire ou en chirurgie maxillofaciale dans ces situations. Toutefois, la disponibilité des ressources professionnelles, l'accès variable aux services dentaires hospitaliers, l'absence de protocoles standardisés et le faible volume de cas rencontrés figuraient parmi les principaux obstacles à l'implantation d'une approche systématique. Ces constats concordent avec ceux observés dans la littérature scientifique.

Les publications recensées mettent en évidence plusieurs caractéristiques communes aux programmes ou aux modèles de prise en charge rapportés. Les principaux éléments incluent l'identification précoce du foyer odontogène, l'accès à l'imagerie diagnostique, l'implication de plusieurs équipes, le contrôle rapide de la source infectieuse ainsi qu'une surveillance clinique étroite des cas complexes. La littérature scientifique souligne également l'importance d'une collaboration étroite entre les équipes de chirurgie thoracique, de médecine dentaire ou de chirurgie maxillofaciale, d'otorhinolaryngologie, d'infectiologie, de radiologie, d'anesthésie et de soins intensifs afin d'assurer une prise en charge coordonnée des personnes atteintes. Ces constats décrivent surtout des composantes organisationnelles et cliniques, sans permettre d'établir l'efficacité comparative d'un modèle de programme donné.

Plusieurs obstacles à la mise en œuvre de tels programmes ont également été relevés. Parmi ceux-ci figurent le faible volume de cas observés dans la plupart des établissements, l'absence de consensus quant aux modalités optimales de traitement, la nécessité d'une expertise multidisciplinaire spécialisée ainsi que les ressources importantes requises pour le repérage systématique de ces infections graves. Les études rapportent également que les délais diagnostiques et thérapeutiques peuvent être associés à une évolution clinique moins favorable, ce qui renforce l'intérêt de mécanismes favorisant une identification précoce des foyers dentaires et une coordination rapide des interventions.

Dans le contexte de l'Institut, les résultats de cette analyse suggèrent qu'une stratégie de prise en charge pourrait s'appuyer davantage sur la formalisation d'un corridor clinique multidisciplinaire que sur la création d'un programme autonome. Une telle approche pourrait favoriser l'intégration précoce de l'expertise buccodentaire dans les trajectoires de soins existantes pour les personnes hospitalisées avec une infection suppurée intrathoracique lorsque l'origine dentaire est soupçonnée. Les bénéfices attendus concerneraient principalement l'amélioration de la coordination interprofessionnelle, l'uniformisation des pratiques cliniques et

une meilleure identification des foyers infectieux pouvant contribuer à la maladie. Les données disponibles ne permettent toutefois pas de conclure à un effet clinique direct de cette stratégie sur la morbidité, la mortalité ou la récurrence.

7.1. Limitations

Cette analyse de l'environnement comporte plusieurs limites qui doivent être prises en considération lors de l'interprétation des résultats. Premièrement, la littérature scientifique disponible est principalement constituée d'études observationnelles rétrospectives et de séries de cas. Le niveau de preuve demeure donc limité et ne permet pas d'établir avec certitude l'efficacité comparative des différents modèles organisationnels recensés. De plus, la rareté apparente des infections suppurées intrathoraciques odontogènes limite la réalisation d'études de grande envergure et contribue à l'hétérogénéité des approches rapportées.

Toutefois, le faible nombre de cas recensés dans la littérature scientifique pourrait ne pas refléter l'incidence réelle de cette affection. La nature rétrospective de la plupart des études, l'absence de registres dédiés et les différences dans les pratiques de codification clinique suggèrent un risque de sous-déclaration. Certains épisodes pourraient également être rapportés sous des diagnostics plus généraux, tels qu'une infection cervicale profonde, une médiastinite aiguë ou un empyème thoracique, sans être recensés spécifiquement comme étant d'origine dentaire. Il est donc possible que l'ampleur réelle du phénomène soit sous-estimée dans la littérature scientifique publiée et dans les bases de données administratives.

Ensuite, les publications identifiées décrivent généralement des expériences locales réalisées dans des centres tertiaires disposant d'une expertise spécialisée. La transférabilité de ces résultats à d'autres contextes organisationnels peut donc être limitée. En outre, peu d'études évaluent directement les retombées organisationnelles, économiques ou opérationnelles associées à l'implantation de programmes structurés, ce qui restreint la capacité d'anticiper avec précision leurs effets dans le contexte de l'Institut, ou plus largement dans le contexte canadien.

De plus, la durée limitée de l'enquête n'a pas permis de rejoindre un grand nombre de personnes répondantes; par conséquent, l'échantillon demeure de petite taille et les résultats doivent être interprétés avec prudence. Des consultations individuelles étaient prévues au protocole, mais aucune personne répondante n'a manifesté d'intérêt à y participer. De plus, il est possible que certaines pratiques locales n'aient pas été recensées. Les résultats de l'enquête doivent ainsi être considérés comme un portrait partiel de la situation actuelle plutôt que comme un recensement exhaustif des pratiques en vigueur.

Par ailleurs, les groupes de personnes historiquement moins bien desservis par le système de santé et de services sociaux pourraient ne pas être adéquatement représentés dans les données recensées, tant dans la littérature scientifique que dans les réponses obtenues à l'enquête. Les obstacles d'accès aux soins, les déterminants sociaux de la santé, les enjeux géographiques ainsi que certaines réalités vécues par des populations vulnérables ou marginalisées sont rarement documentés dans les études portant sur les infections suppurées intrathoraciques odontogènes. Par conséquent, les constats présentés dans ce rapport pourraient ne pas refléter pleinement les besoins de l'ensemble des groupes concernés.

Enfin, l'analyse a porté principalement sur les aspects organisationnels et cliniques de la prise en charge des infections dentaires associées aux infections suppurées intrathoraciques. Les préférences de la patientèle, son expérience vécue ainsi que les impacts économiques détaillés n'ont pas fait l'objet d'une évaluation spécifique. Des travaux complémentaires pourraient contribuer à mieux documenter ces dimensions et à orienter le développement de futures initiatives organisationnelles.

ANNEXES

Annexe 1. Questionnaire de l'enquête (version française)

Prise en charge des infections dentaires en contexte d'infection suppurée intrathoracique ☿

Analyse environnementale

Introduction

Ce questionnaire a pour but de recueillir votre expérience et vos observations concernant le dépistage et le traitement des infections dentaires (parodontite marginale, abcès ou cellulite, parodontite apicale, caries profondes, racines résiduelles, etc.) en contexte d'infection suppurée intrathoracique (abcès pulmonaire, empyème pleural, médiastinite nécrosante descendante, etc.).

Objectif de la recherche

Cette enquête s'inscrit dans le cadre d'un projet d'Évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (ETMIS) mené par l'*Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval (IUCPQ-ULaval)*. Elle vise à documenter les pratiques actuelles relatives au dépistage et au traitement des infections dentaires en contexte d'infection suppurée intrathoracique, dans divers centres hospitaliers situés au Canada et dans d'autres pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE).

Votre participation

Nous vous invitons à compléter ce questionnaire, ce qui vous prendra environ 5 à 10 minutes. Merci de répondre avec sincérité, de façon à refléter fidèlement votre pratique ou votre expérience. Les données recueillies seront compilées de manière anonyme. Vous n'êtes pas tenu-e de répondre à toutes les questions ; seules les questions suivies d'un astérisque * sont obligatoires pour la poursuite du questionnaire. Vous pouvez interrompre votre participation à tout moment.

Consentement

En soumettant ce questionnaire rempli, vous consentez implicitement à participer à cette enquête. Nous vous remercions chaleureusement pour votre contribution, essentielle à la réussite de ce projet d'évaluation. Si vous souhaitez recevoir le rapport final de l'analyse, vous pourrez l'indiquer à la fin du questionnaire.

Angèle Germain, DMD Candidate à la Maîtrise en santé publique, Université Laval
Dave K. Marchand, RPh, M. Sc. Agent de planification, de programmation et de recherche en ETMIS, IUCPQ-UL

* Obligatoire

* Ce formulaire enregistrera votre nom, veuillez renseigner votre nom.

Données démographiques

1. Pays *

2. Ville ou région

3. Type d'établissement *

☐ Hôpital universitaire ou spécialisé

☐ Hôpital public général

☐ Hôpital privé

☐ Cabinet privé

4. Combien de dentistes sont membres actifs du Conseil des Médecins, Dentistes et Pharmaciens / de la Commission Médicale de cet établissement ?

☐ Aucun

☐ 1 à 4

☐ 5 à 10

☐ Plus de 10

5. Quelle est votre spécialité ? *

- ☐ Dentiste généraliste
- ☐ Chirurgien-ne buccal-e et maxillo-facial-e
- ☐ Dentiste spécialiste - autre spécialité
- ☐ Médecin de famille
- ☐ Médecin spécialiste
- ☐ Autre

6. Combien d'années d'expérience possédez-vous dans cette spécialité ?

- ☐ Moins de 5
- ☐ 5 à 10
- ☐ 11 à 20
- ☐ Plus de 20

7. Avez-vous déjà évalué la condition dentaire d'un-e patient-e atteint-e d'une infection suppurée intrathoracique (abcès pulmonaire, empyème pleural, médiastinite nécrosante descendante, etc.). ? *

- ☐ Oui
- ☐ Non

Pratiques existantes

8. Votre établissement dispose-t-il d'un protocole pour le dépistage des infections dentaires (parodontite marginale, abcès ou cellulite, parodontite apicale, caries profondes, racines résiduelles, *etc.*) chez les patient·es ayant une infection suppurée intrathoracique ?

- ☐ Oui, protocole écrit et appliqué
- ☐ Oui, pratique informelle
- ☐ Non, mais c'est envisagé
- ☐ Non, et ce n'est pas envisagé

9. En moyenne, dans quel délai le dépistage dentaire est-il effectué après l'admission des patient-es atteint-es d'une infection suppurée intrathoracique ?

- ☐ Moins de 24 h
- ☐ 1 à 3 jours
- ☐ Plus de 3 jours
- ☐ Variable
- ☐ Ne sais pas / ne s'applique pas

10. Quels examens ou méthodes sont le plus souvent utilisés pour dépister une infection dentaire chez les patient-es atteint-es d'une infection suppurée intrathoracique ? Cochez toutes les réponses qui s'appliquent. *

- ☐ Examen clinique intraoral
- ☐ Radiographie panoramique
- ☐ Radiographies intraorales
- ☐ Tomodensitométrie (CT scan)
- ☐ Ne sais pas / ne s'applique pas

11. Quels types d'interventions sont le plus souvent privilégiés pour traiter les infections dentaires chez les patient-es atteint-es d'une infection suppurée intrathoracique ? Cochez toutes les réponses qui s'appliquent. *

- ☐ Extraction(s) dentaire(s) sous anesthésie locale
- ☐ Extraction(s) dentaire(s) sous anesthésie générale ou sédation intraveineuse
- ☐ Débridement parodontal
- ☐ Traitement endodontique
- ☐ Antibiothérapie seule
- ☐ Ne sais pas / ne s'applique pas

12. Qui paie les honoraires liés aux soins dentaires dispensés aux patient-es atteint-es d'une infection suppurée intrathoracique ? Cochez toutes les réponses qui s'appliquent. *

- ☐ Patient-e
- ☐ Assureur privé
- ☐ Système de santé public - couverture universelle
- ☐ Système de santé public - programme ciblé ou couverture exceptionnelle
- ☐ Organisation caritative / fondation
- ☐ Ne sais pas / ne s'applique pas

Observations

13. Selon votre estimation, combien de patient-es sont hospitalisé-es annuellement pour une infection suppurée intrathoracique dans votre centre ?

- ☐ Moins de 25
- ☐ Entre 25 et 100
- ☐ Plus de 100
- ☐ Ne sais pas

14. Selon votre estimation, quelle proportion de ces patient-es présente des infections dentaires ?

- ☐ Moins de 25 %
- ☐ 26 % à 50 %
- ☐ 51 % à 75 %
- ☐ Plus de 75 %
- ☐ Ne sais pas

15. Selon vous, quels sont les principaux obstacles au dépistage et au traitement rapides des infections dentaires en contexte d'infection suppurée intrathoracique ? Cochez toutes les réponses qui s'appliquent. *

- ☐ Manque de ressources humaines
- ☐ Communication interdisciplinaire insuffisante
- ☐ Précarité de l'état de santé des personnes concernées
- ☐ Manque d'accès aux infrastructures (p. ex. bloc opératoire)
- ☐ Prise en charge des honoraires du/de la dentiste
- ☐ Manque de connaissances des intervenant-es
- ☐ Nombre limité de patient-es concerné-es

16. Selon vous, quels autres éléments peuvent faire obstacle au dépistage et au traitement rapides des infections dentaires en contexte d'infection suppurée intrathoracique ?

17. Selon votre expérience, quels sont les effets les plus fréquents du traitement des infections dentaires sur la santé des patient-es atteint-es d'une infection suppurée intrathoracique ? Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.

- ☐ Réduction de la douleur orofaciale
- ☐ Augmentation de la douleur orofaciale
- ☐ Résolution de l'enflure du visage
- ☐ Complications liées aux extractions dentaires
- ☐ Résolution de l'infection systémique

18. Quels sont les autres effets possibles du traitement des infections dentaires sur la santé des patient-es atteint-es d'une infection suppurée intrathoracique ?

19. Selon vous, dans quelle mesure les patient-es atteint-es d'une infection suppurée intrathoracique souhaitent recevoir des soins dentaires pendant leur hospitalisation ?

- ☐ Très fortement
- ☐ Fortement
- ☐ Modérément
- ☐ Peu
- ☐ Ne le souhaitent pas

Facilitateurs

Selon vous, quels éléments faciliteraient l'implantation d'un programme de dépistage et de traitement des infections dentaires chez les patient-es atteintes d'une infection suppurée intrathoracique ?

20. En ce qui concerne la structure organisationnelle *

- ☐ Élaboration d'un protocole écrit de dépistage des infections dentaires
- ☐ Ouverture de l'accès au bloc opératoire pour les traitements dentaires
- ☐ Ajout de dentistes membres actifs du CMDP ou de la Commission Médicale de l'établissement
- ☐ Embauche de personnel clinique supplémentaire
- ☐ Développement des infrastructures cliniques

21. Selon vous, quels autres changements dans la structure organisationnelle faciliteraient l'implantation d'un programme de dépistage et de traitement des infections dentaires chez les patient-es atteint-es d'une infection suppurée intrathoracique ?

22. En ce qui concerne la pratique professionnelle

- ☐ Formation continue pour les intervenant-es
- ☐ Imagerie systématique du complexe orofacial
- ☐ Évaluation sommaire de la dentition par le personnel soignant

23. Selon vous, quels autres changements dans la pratique professionnelle faciliteraient l'implantation d'un programme de dépistage et de traitement des infections dentaires chez les patient-es atteint-es d'une infection suppurée intrathoracique ?

24. En ce qui concerne le financement des soins dentaires

- ☐ Financement public - couverture universelle
- ☐ Financement public - programmes ciblés
- ☐ Création d'un fonds spécial caritatif

25. Selon vous, quels autres changements dans le financement des soins dentaires faciliteraient l'implantation d'un programme de dépistage et de traitement des infections dentaires chez les patient-es atteint-es d'une infection suppurée intrathoracique ?

Communications ultérieures

26. Si vous êtes intéressé-e à participer à une discussion plus approfondie au sujet du diagnostic et du traitement des infections dentaires chez les patient-es atteint-es d'une infection suppurée intrathoracique, veuillez inscrire votre adresse courriel ou votre numéro de téléphone. Nous vous contacterons pour planifier un entretien virtuel de 20 minutes. Le cas échéant, vos réponses ne seront plus anonymes.

27. Nous désirons que cette enquête soit disséminée parmi le plus grand nombre possible de dentistes en milieu hospitalier et d'autres professionnels concernés. Quelles autres organisations ou personnes, ou quels autres groupes ou agences devrions-nous contacter au sujet de ce projet parmi les pays membres de l'OCDE ?

28. Si vous désirez recevoir la version numérique du rapport d'évaluation qui sera produit à la suite de cette enquête, veuillez inscrire votre adresse courriel ci-dessous. Notez cependant que vos réponses ne seront par conséquent plus anonymes. Vous pouvez aussi écrire à uetmis.iucpq@ssss.gouv.qc.ca pour recevoir le rapport tout en préservant l'anonymat de vos réponses au questionnaire.

BIBLIOGRAPHIE

1. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196(4286):129-36.
2. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Modèles logiques : un outil de planification et d'évaluation. 1re révision. Toronto, ON : Santé publique Ontario.; 2025.
3. The Microsoft Team. Microsoft^{MD} Forms [application Web]. Redmond WA, É.-U. : Microsoft Corporation; 2025. Disponible : <https://forms.office.com/> ↗.
4. The Microsoft Team. Microsoft^{MD} Excel 2016. 16.0.5530.1000 ed. Redmond WA, É.-U. : Microsoft Corporation; 2016.
5. Veritas Health Innovation. Covidence systematic review software [application Web]. Melbourne, Australia.2025. Disponible : www.covidence.org ↗.
6. Dong W, Ling B, Huiyong Z, Jianfeng H, Huiming W, Wei D, Bi L, Zhu H, He J, Wang H. Less invasive management of deep neck infection and descending necrotizing mediastinitis: A single-center retrospective study. *Medicine*. 2017;96(15):1-5.
7. Escobedo MF, Junquera LM, Megias J, Garcia-San Narciso L, Fernandez MJ, Junquera S. Mediastinitis of odontogenic origin. A serious complication with 80 years of history. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2021;59(6):683-9.
8. Estrera AS, Landay MJ, Grisham JM. Descending necrotizing mediastinitis. *Surgery Gynecology and Obstetrics*. 1983;157(6):545-52.
9. Filiaci F, Riccardi E, Mitro V, Piombino P, Rinna C, Agrillo A, Ungari C. Disseminated necrotic mediastinitis spread from odontogenic abscess: our experience. *Annali di Stomatologia*. 2015;6(2):64-8.
10. Gaber Hassanein A, Mohamed EEH, Hazem M, El Sayed AESM, Hassanein AG. Assessment of Prognosis in Odontogenic Descending Necrotizing Mediastinitis: A Longitudinal Retrospective Study. *Surgical Infections*. 2020;21(8):709-15.
11. Ma C, Zhou L, Zhao JZ, Lin RT, Zhang T, Yu LJ, Shi TY, Wang M. Multidisciplinary treatment of deep neck infection associated with descending necrotizing mediastinitis: a single-centre experience. *Journal of International Medical Research*. 2019;47(12):6027-40.
12. Mihos P, Potaris K, Gakidis I, Papadakis D, Rallis G, Mihos P, Potaris K, Gakidis I, Papadakis D, Rallis G. Management of descending necrotizing mediastinitis. *Journal of Oral & Maxillofacial Surgery* (02782391). 2004;62(8):966-72.
13. Moreira JDS, Camargo JDJP, Felicetti JC, Goldenfun PR, Moreira ALS, Porto NDS. Lung abscess: Analysis of 252 consecutive cases diagnosed between 1968 and 2004. [Portuguese, English]. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 2006;32(2):136-43.
14. Novakov IP, Safev GP, Peicheva SE. Descending necrotizing mediastinitis of odontogenic origin—personal experience and literature review. *Folia Medica (Plovdiv)*. 2010;52(3):13-20.
15. Parara E, Krasadakis C, Toursounidis I, Tsekoura K, Mourouzis C, Rallis G. Significant rise in neck infections progressing to descending necrotizing mediastinitis during the COVID-19 pandemic quarantine. *Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery*. 2021;49(12):1182-6.
16. Qu L, Liang X, Jiang B, Qian W, Zhang W, Cai X. Risk Factors Affecting the Prognosis of Descending Necrotizing Mediastinitis From Odontogenic Infection. *Journal of Oral & Maxillofacial Surgery* (02782391). 2018;76(6):1207-15.
17. Sakamoto H, Aoki T, Kise Y, Watanabe D, Sasaki J. Descending necrotizing mediastinitis due to odontogenic infections. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology & Endodontology*. 2000;89(4):412-9.
18. Sokouti M, Nezafati S. Descending necrotizing mediastinitis of oropharyngeal infections. *Journal of Dental Research Dental Clinics Dental Prospects*. 2009;3(3):82-5.
19. Zhou K, Levin M, Banglawala S. Diagnosis and management of odontogenic mediastinitis. *Operative Techniques in Otolaryngology—Head & Neck Surgery*. 2023;34(3):e62-e9.

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec — Université Laval

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
2725, chemin Sainte-Foy, local Y7161
Québec (Québec) G1V 4G5
Téléphone : 418 656-8711 poste 2347