



# **La prise en charge bucco-dentaire des patients hospitalisés et médicalement compromis**

**Mémoire**

**déposé auprès du  
Commissaire à la santé et au bien-être  
dans le cadre de la consultation publique  
sur les besoins en santé et en services sociaux**

**Dr Matthieu Schmittbuhl  
Département de stomatologie  
CHUM**

**Janvier 2016**

## Table des matières

<b>1. Introduction</b>	<b>3</b>
<b>2. Le contexte médical de la prise en charge bucco-dentaire des patients médicalement compromis</b>	<b>4</b>
<b>3. Nature des soins bucco-dentaires requis</b>	<b>5</b>
<b>4. Problématique de la prise en charge au sens de la RAMQ</b>	<b>5</b>
<b>5. Projection d'activité en milieu hospitalier</b>	<b>6</b>
<b>6. Risques à ne pas mettre en place ce programme</b>	<b>6</b>
<b>7. La position des instances hospitalières</b>	<b>7</b>
<b>8. Proposition de modalités de prise en charge</b>	<b>7</b>
<b>9. Conclusions</b>	<b>8</b>
<b>10. Références bibliographiques</b>	<b>9</b>
<b>11. Annexes</b>	<b>10</b>
<b>a. Présentation de dossiers médicaux</b>	
<b>b. Grille tarifaire des principaux actes réalisés chez les patients hospitalisés</b>	

## **La prise en charge bucco-dentaire des patients hospitalisés et médicalement compromis**

### **1. Introduction**

Les patients hospitalisés qui sont référés pour des soins bucco-dentaires sont des patients de condition médicale complexe nécessitant une prise en charge adaptée que seul un environnement hospitalier hautement spécialisé permet d'offrir. Cette prise en charge constitue un enjeu médical majeur au regard de la complexité des tableaux pathologiques rencontrés. Toute absence de traitement pourrait en effet compromettre le pronostic médical de ces patients.

Les soins réalisés chez ces patients en milieu hospitalier sont destinés à assainir le contexte bucco-dentaire. Ils permettent de prévenir de complications locales, loco-régionales, ou générales, pour la plupart de nature infectieuse et dont le retentissement pourrait être majeur. La prise en charge de ces complications deviendrait alors autrement plus lourde et les coûts médicaux associés particulièrement conséquents pour le système de santé.

Alors que tous les actes médicaux sont couverts pour les patients hospitalisés, la prise en charge bucco-dentaire ne l'est pas, même si ces soins sont médicalement requis. Cette absence de prise en charge vient souvent compliquer un contexte déjà difficile. Pour le patient tout d'abord, à l'annonce de la maladie et des traitements dentaires subséquents, vient se rajouter non seulement des préoccupations financières mais aussi un sentiment d'incompréhension d'autant plus important que les autres soins médicaux sont couverts. Ce contexte place également le dentiste dans une situation difficile par rapport au patient et ses proches et peut avoir un impact sur les options thérapeutiques retenues.

## **2. Le contexte médical de la prise en charge bucco-dentaire des patients médicalement compromis**

Ce contexte médical concerne avant tout les patients hospitalisés présentant un état bucco-dentaire à risque de complications majeures en cas d'absence de prise en charge. Selon les données de la littérature relatives aux conduites à tenir chez ces patients et en accord avec les recommandations internationales, les situations médicales suivantes doivent faire l'objet d'une attention toute particulière sur le plan odonto-stomatologique.

### Antécédents de pathologies cardiaques à risque d'endocardite infectieuse

Les bactériémies associées à la maladie parodontale ou aux lésions inflammatoires d'origine dentaire sont en effet reconnues comme étant les premières causes d'endocardites infectieuses (Nakamura et al, 2008). Les données de la littérature semblent montrer que la prévalence des pathologies dentaires et parodontales chez les patients programmés pour des chirurgies valvulaires est relativement élevée; 58% de ces patients présentent des foyers infectieux d'origine dentaire potentiellement à risque de bactériémie (Krennmair et al, 2007) et 49.8% des cas souffrent de lésions parodontales avancées (Nakamura et al, 2011). La prise en charge de ces patients constitue donc une nécessité absolue d'autant plus que le taux de mortalité dans le cadre de foyers d'endocardite sur prothèse valvulaire est supérieur à 40% (Hogavik et al, 1995).

### Patients en bilan pré-greffe (hépatique, rénale, pulmonaire, hématopoïétique) ou en bilan pré-chimiothérapie (hors cancer tête et cou)

Chez les patients transplantés, les pathologies infectieuses représentent plus de la moitié des causes de mortalité (Reyna et al, 1982; Guggenheimer et al, 2003). Ce risque est majeur immédiatement après la transplantation en raison de la phase d'immunosuppression maximale destinée à limiter les phénomènes de rejet (Weir, 2001). Par ailleurs, chez les patients traités pour des leucémies, des septicémies sont observées au cours de 20% des épisodes fébriles et la prévalence d'un foyer infectieux bucco-dentaire est de 10.5%. Ces données sont autant d'évidences soulignant l'importance et la nécessité de la prise en charge bucco-dentaire, avec notamment l'élimination de tous les foyers infectieux bucco-dentaires avant l'instauration d'une thérapeutique à visée immunosuppressive chez les patients qui vont subir une greffe ou encore pour ceux qui seront traités par chimiothérapie.

### Thérapies associant bisphosphonates par voie IV

Les données épidémiologiques montrent que la fréquence des ostéonécroses des maxillaires chez des patients traités par bisphosphonates en oncologie est supérieure à 10% (Gebara & Moubayed, 2009). Sachant que 86% des patients atteints d'ostéonécrose présentent des antécédents de foyers infectieux odontogènes (Ruggiero et al, 2004) et connaissant l'activité oncologique particulièrement importante de certains centres hospitaliers dont les CHU, la prise en charge bucco-dentaire de ces patients que ce soit pour un bilan d'assainissement initial ou en phase de traitement constitue une priorité absolue.

### Troubles sévères de l'hémostase

Les patients atteints d'hémophilie sévère (facteur VIII < 5%) ou encore en insuffisance hépatique requièrent une prise en charge en milieu hospitalier afin d'assurer le suivi hématologique pré, per et post-opératoire.

*Afin d'illustrer non seulement la réalité mais aussi la spécificité de ces prises en charge et le type de soins programmés, différents dossiers médicaux de patients hospitalisés sont présentés en annexe.*

### **3. Nature des soins bucco-dentaires requis**

La nature des soins bucco-dentaires requis se décline en soins préventifs et curatifs.

#### *Volet de soins préventifs*

Ils permettent de réduire significativement les risques de complications infectieuses et regroupent essentiellement :

- Nettoyages, détartrage
- Extractions dentaires simples ou chirurgicales,
- Soins conservateurs (restaurations, endodontie).

#### *Volet de soins curatifs*

Ces soins sont réalisés dans le cadre de la gestion de complications et correspondent principalement à des extractions dentaires, curetages et drainages.

En mettant un accent particulier sur la prévention, et donc sur les bilans initiaux de recherche de foyers infectieux et d'assainissement de la cavité buccale, le périmètre du volet curatif en sera d'autant plus restreint, notamment en termes de coûts associés.

### **4. Problématique de la prise en charge au sens de la RAMQ**

Si la majeure partie des actes médicaux est couverte par la RAMQ pour les patients hospitalisés, l'essentiel des soins bucco-dentaires conservateurs ou chirurgicaux ne le sont pas même si ces soins sont médicalement requis et réalisés en milieu hospitalier.

La clientèle susceptible de bénéficier de cette prise en charge concerne les patients :

- hospitalisés et médicalement compromis
- non bénéficiaires d'un programme d'aide financière de dernier recours (Aide sociale)
- non assurés

Pour mémoire, la plupart des soins chirurgicaux étaient pris en charge jusqu'au 6 août 1982.

## **5. Projection d'activité en milieu hospitalier**

A titre d'exemple, l'exercice de projection d'activité a été réalisé pour le département de stomatologie du CHUM.

- Volumétrie d'activité

Ce programme pourrait concerner environ 100 patients hospitalisés par année selon les données recensées au département de stomatologie.

- Coûts associés

Ce programme pourrait être réalisé à effectif constant, les patients étant déjà traités au département de stomatologie. Aucun coût supplémentaire en personnel ne serait donc généré.

Cette projection d'activité concerne un établissement hospitalo-universitaire et pourrait être élargie en prenant en compte les éléments d'activité des départements de stomatologie des différents hôpitaux de la province.

## **6. Risques à ne pas mettre en place ce programme**

La gestion des complications, notamment infectieuses, constitue le premier enjeu. Elles peuvent être sévères et avoir un impact majeur sur le pronostic des patients médicalement compromis.

D'autre part, les choix thérapeutiques sont très souvent influencés par le coût des actes. Faute de moyens financiers, le patient n'a souvent d'autres choix que de privilégier les soins les moins onéreux, c'est-à-dire les extractions, au dépend de soins conservateurs, certes plus coûteux, mais qui permettraient pourtant de préserver d'avantage la fonction manducatrice, faciliteraient grandement les futures réhabilitations prothétiques, et seraient beaucoup moins traumatisants sur le plan psychologique pour un patient qui est déjà profondément affecté par l'annonce de sa propre maladie.

Ces situations, éprouvantes pour les patients, rendent également l'approche pénible pour l'équipe médicale.

Enfin, les surcoûts d'hospitalisation reliés à la gestion de ces complications peuvent être très rapidement conséquents. A titre d'exemple, la prise en charge d'un patient immunodéprimé, récemment hospitalisé, dans un autre contexte, aux soins intensifs pour de multiples complications (pneumonie, péricardite, collection rétro-pharyngée) probablement liées à un foyer infectieux d'origine dentaire représente des coûts élevés au regard du tarif d'une journée d'hospitalisation (1512 \$) et des actes médicaux associés.

## **7. La position des instances hospitalières**

Ce dossier de la prise en charge bucco-dentaire des patients hospitalisés et médicalement compromis a été successivement discuté avec la direction du CHUM, présenté en la table des chefs de département ainsi que devant le comité exécutif du CMDP. Une volonté unanime s'est exprimée en faveur de cette initiative et des solutions qui pourraient être trouvées.

La problématique a également été portée à l'attention du ministre de la santé et des services sociaux lors de sa visite au CHUM en janvier 2013.

## **8. Proposition de modalités de prise en charge**

Ces modalités pourraient être calquées sur celles du programme de prise en charge des patients recevant des soins dentaires dans un contexte de radio-oncologie intéressant la cavité buccale. La procédure requiert pour chaque demande de prise en charge une approbation par les autorités compétentes. Le dossier doit impérativement mettre en évidence le contexte médical et les soins requis en soumettant à la fois le plan de traitement ainsi que le bilan radiographique panoramique.

## **9. Conclusions**

La prise en charge bucco-dentaire des patients hospitalisés et médicalement compromis constitue un enjeu médical majeur, notamment dans la prévention de complications souvent graves qu'une absence de soins pourrait entraîner.

Alors que tous les actes médicaux sont couverts par la RAMQ pour les patients hospitalisés, les traitements bucco-dentaires ne le sont pas même si ces soins sont médicalement requis.

Les coûts de cette prise en charge demeurent très inférieurs à ceux de la gestion des complications potentielles qui requièrent le plus souvent des traitements lourds, parfois longs et forts onéreux pour le système de santé.

La possibilité d'offrir les soins dentaires requis sans frais supplémentaires serait une avancée majeure pour les patients hospitalisés et médicalement compromis. Cette perspective, au-delà de sa justification médicale, serait un soulagement pour un patient qui est déjà profondément affecté par sa maladie. Elle permettrait aussi de privilégier des options thérapeutiques adaptées qui bien souvent sont dictées, pour le patient, par des contraintes de coût des actes, alors qu'elles pourraient être d'avantage basées sur des alternatives plus conservatrices qui secondairement amélioreraient la qualité des réhabilitations globales et donc la qualité de vie des patients.



## 10. Références bibliographiques

- Gebara SN, Moubayed H. Risk of osteonecrosis of the jaw in cancer patients taking bisphosphonates. *Am J Health Syst Pharm.* 2009, 66:1541-7.
- Guggenheimer J, Eghtesad B, Stock DJ. Dental management of the (solid) organ transplant patient. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod,* 2003, 95:383-9.
- Hogevik H, Olaison L, Andersson R, Lindberg J, Alestig K. Epidemiologic aspects of infective endocarditis in an urban population. A 5-year prospective study. *Medicine,* 1995, 74:324-39.
- Krennmair G, Auer J, Krainhöfner M, Piehslinger E. Odontogenic infection sources in patients scheduled for cardiac valve replacement. *Oral Health Prev Dent,* 2007, 5:153-9.
- Nakamura Y, Tagusari O, Saito K, Oyamada S, Honda K, Homma N, Miyamoto R, Nakano K. Prevalence of Dental Disease in Patients Undergoing Heart Valve Surgery. *Jpn J Cardiovasc Surg,* 2008, 37:213-216.
- Nakamura Y, Tagusari O, Seike Y, Ito Y, Saito K, Miyamoto R, Nakano K, Shikata F. Prevalence of periodontitis and optimal timing of dental treatment in patients undergoing heart valve surgery. *Interact Cardiovasc Thorac Surg,* 2011, 12:696-700.
- Reyna J, Richardson JM, Mattox DE, Banowsky LH, Nicastro-Lutton JJ. Head and neck infection after renal transplantation. *JAMA,* 1982, 247:3337-9.
- Ruggiero SL, Mehrotra B, Rosenberg TJ, Engroff SL. Osteonecrosis of the jaws associated with the use of bisphosphonates: a review of 63 cases. *J Oral Maxillofac Surg,* 2004, 62:527-34.
- Weir MR. Immunosuppression. In: Kuo PC, Schroeder RA, Johnson LB, eds. *Clinical management of the transplant patient.* London: Arnold, 2001, p 27-50.

## **11. Annexes**

- a) Présentation de dossiers médicaux
- b) Grille tarifaire des principaux actes réalisés chez les patients hospitalisés

## Présentation de dossiers médicaux

### Cas n°1

#### Contexte clinique

- Patient hospitalisé en hépatologie
- Bilan pré-greffe hépatique



#### L'examen bucco-dentaire révèle :

- des racines résiduelles
- plusieurs lésions carieuses pénétrantes

#### Conduite thérapeutique

L'objectif majeur est de supprimer tout risque de complications infectieuses, ce qui nécessite impérativement :

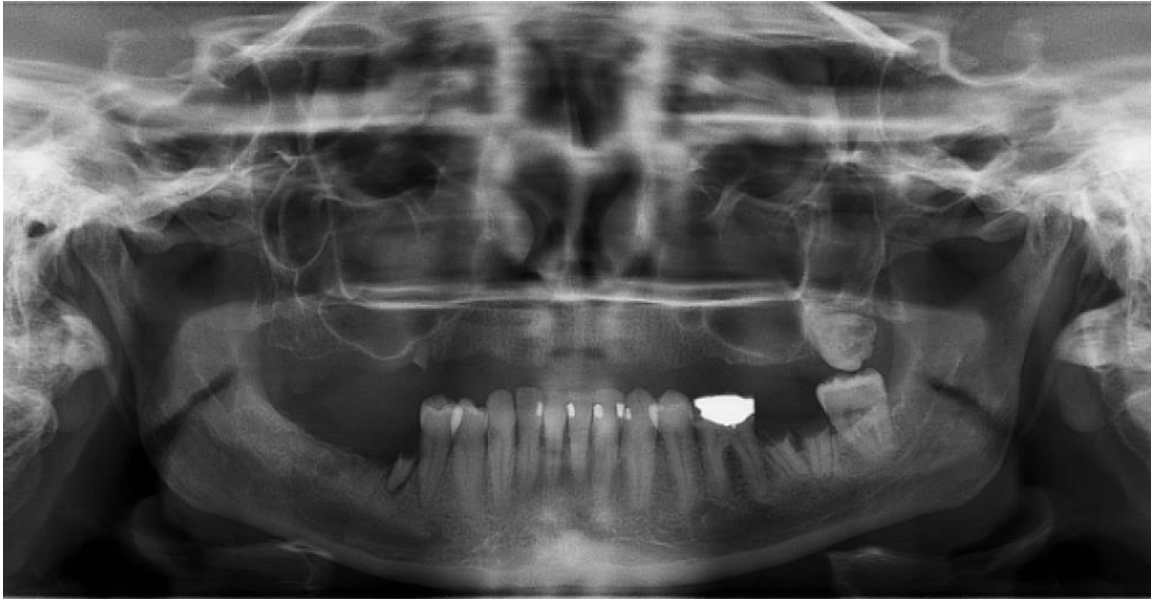
- d'extraire les racines résiduelles
  - 2<sup>ème</sup> molaire inférieure gauche (37)
  - Canine supérieure droite (13)
- de soigner les lésions carieuses
  - Incisives supérieures gauche (22, 23)
- de traiter les caries pénétrantes
  - 1<sup>ère</sup> prémolaire supérieure droite (14)\*
  - 1<sup>ère</sup> molaire supérieure droite (16)\*
  - 1<sup>ère</sup> molaire inférieure droite (46)\*

*\*Ces traitements n'ayant pu être réalisés chez le patient faute de moyens financiers, le dentiste n'a pas eu d'autres choix que de procéder aux extractions des dents correspondantes.*

## Cas n°2

### Contexte clinique

- Patient hospitalisé en pneumologie
- Bilan pré-greffe pulmonaire



### L'examen bucco-dentaire révèle :

- des racines résiduelles, une 3<sup>ème</sup> molaire supérieure gauche incluse (28)
- plusieurs lésions carieuses au niveau des dents du secteur antérieur
- des lésions parodontales

### Conduite thérapeutique

Chez ce patient, la priorité est de supprimer tout les foyers infectieux potentiels, les soins suivant doivent donc être réalisés :

- extraire les racines résiduelles
  - 1<sup>ère</sup> molaire inférieure droite (46)
  - 2<sup>ème</sup> molaire inférieure gauche (37)
- Procéder à l'extraction des dents enclavées
  - 3<sup>ème</sup> molaire inférieure gauche (38)
- Enlever les dents incluses
  - 3<sup>ème</sup> molaire supérieure gauche (28)
- Prendre en charge les lésions parodontales

- Lésion de la furcation radulaire au niveau de 36 ; étant donné le niveau d'hygiène bucco-dentaire du patient, l'extraction de la 36 est indiquée.
- Traiter les lésions carieuses au niveau du bloc incisivo-canin inférieur
  - Soins conservateurs sur les incisives et canines inférieures

### Cas n°3

#### *Contexte clinique*

- Patiente hospitalisée en oncologie pour une tumeur du sein avec métastases
- Bilan bucco-dentaire dans le cadre de l'initiation d'un traitement par biphosphonate IV



#### *L'examen bucco-dentaire révèle :*

- des racines résiduelles (16, 25)
- des 3<sup>ème</sup> molaires incluses (18, 28, 48)
- plusieurs lésions carieuses
- des lésions parodontales

#### *Conduite thérapeutique*

L'objectif majeur chez cette patiente est de prévenir tout risque d'ostéonécrose associé à la prise de bisphosphonates IV. Toutes les situations dentaires potentiellement à risque doivent être traitées. La démarche suivante est alors adoptée.

- Extraire les racines résiduelles
  - 1<sup>ère</sup> molaire supérieure droite (16)
  - 2<sup>ème</sup> prémolaire supérieure gauche (25)
- Surveillance des dents incluses
  - 3<sup>ème</sup> molaire supérieure droite (18)
  - 3<sup>ème</sup> molaire supérieure gauche (28)

- 3<sup>ème</sup> molaire inférieure droite (48)
- Traitement des lésions carieuses
  - Soin conservateur sur la 1<sup>ère</sup> molaire supérieure gauche (26)
- Hygiène bucco-dentaire
  - Détartrage, nettoyage et conseil d'hygiène bucco-dentaire.



## Grille tarifaire des principaux actes réalisés chez les patients hospitalisés

*Cette grille est celle proposée par l'association des chirurgiens dentistes du Québec (ACDQ)*

- Prévention, Parodontie
  - Prophylaxie code 11300 63\$
  - Détartrage code 43412 98\$
  
- Chirurgie buccale
  - Ablation simple d'une dent code 71101 104\$
  - Ablation autre dent (même séance) code 71111 72\$
  - Ablation dentaire chirurgicale code 72110 260\$
  - Ablation dent incluse
    - sous muqueuse code 72210 168\$
    - avec ostéoectomie ou odontectomie code 72220 241\$
    - avec ostéoectomie et odontectomie code 72230 322\$
  - Ablation racines résiduelles
    - Sans complication code 72210 104\$
    - Recouvertes de tissu mou code 72220 104\$
  
- Restauration
  - Prémolaire, amalgame
    - 1 surface code 21211 52\$
    - 2 surfaces code 21212 106\$
    - 3 surfaces code 21213 126\$
    - 4 surfaces code 21214 164\$
    - 5 surfaces code 21215 207\$
  
  - Molaire, amalgame
    - 1 surface code 21221 69\$
    - 2 surfaces code 21222 119\$
    - 3 surfaces code 21223 156\$
    - 4 surfaces code 21224 191\$
    - 5 surfaces code 21225 244\$
  
  - Antérieure, composite
    - Classes I, V, VI code 23111 92\$
    - Classe III (mésiale ou distale) code 23112 103\$
    - Classe IV (mésiale ou distale) code 23113 185\$
    - Classe IV (double) code 23114 251\$

- Prémolaire, composite
  - 1 surface code 23211 97\$
  - 2 surfaces code 23212 158\$
  - 3 surfaces code 23213 180\$
  - 4 surfaces code 23214 235\$
  - 5 surfaces code 23215 268\$