

Protocole pour la « SÉDATION LÉGÈRE » en médecine dentaire

Soins buccodentaires requis
auprès des résidents en CHSLD

Septembre 2024

ÉDITION :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca, section **Publications**

Le genre masculin est utilisé sans aucune discrimination et dans le seul but d'alléger le texte

Dépôt légal – 2023

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-550-97219-8 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2023

Rédaction

Les rédacteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) :

- Dre Stéphanie Morneau - dentiste-conseil, coordonnatrice de l'équipe de santé dentaire publique, Direction générale de santé publique (DGSP)
- Dr Stéphane Caron - dentiste au Centre d'hébergement et de soins de longue durée, Centre de Santé et de Service sociaux des Laurentides (CISSSLAU)
- Dre Christine Girard - dentiste au Centre hébergement et de soins de longue durée, Centre de Santé et de Service sociaux du Saguenay–Lac-St-Jean (CISSSSLJ)

Révision

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) :

- Dre Élise Bertrand - dentiste-conseil, coordonnatrice de l'équipe de santé dentaire clinique, Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP)
- Dre Isabelle Fortin - dentiste en santé publique, Direction générale de santé publique (DGSP)
- Dre Sandra Verdon - dentiste en santé publique, Direction générale de la santé publique (DGSP)
- Dre Chantale Galarneau - dentiste en santé publique, Direction générale de la santé publique (DGSP)
- Mme Karine Grenier - infirmière, conseillère en santé dentaire publique (DGSP)
- Dr David Labbé - dentiste-conseil, Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP)

Travaux sous la gouverne du comité ministériel du MSSS sur la sédation-analgésie en médecine dentaire auprès des aînés en Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) :

MSSS :

- Dre Stéphanie Morneau - dentiste-conseil, coordonnatrice de l'équipe de santé dentaire (DGSP)
- Dre Isabelle Fortin - dentiste-conseil, Direction générale de la santé publique (DGSP)
- Dre Élise Bertrand - dentiste-conseil, coordonnatrice de l'équipe de santé dentaire clinique (DGAUMIP)
- M. Stéphane Bouffard - conseiller aux services d'hébergement et de soins de longue durée, Direction générale des aînés et des proches aidants (DGAPA)
- Mme Karine Labarre - conseillère experte en soins aux aînés, soins de proximité, Direction nationale des soins et services infirmiers (DGAUMIP)
- Mme Isabelle Yelle - conseillère en soins aux aînés et en soins palliatifs et de fin de vie, Direction nationale des soins et services infirmiers (DGAUMIP)
- Mme Estelle Andrianary - conseillère aux services d'hébergement et de soins de longue durée, Direction générale des aînés et des proches aidants (DGAPA)
- Mme Marie-Pierre Noël - conseillère à la qualité, Direction de l'éthique et de la qualité (DEQ)

Association des Anesthésiologistes du Québec :

- Dr Ghislain Fortier - anesthésiologiste

Collège des médecins du Québec :

- Dre Manon Poirier - médecin-conseil- Direction générale

Ordres des dentistes du Québec (ODQ) :

- Dr Pierre Boudrias - prosthodontiste - directeur de l'exercice de la médecine dentaire
- Dre Chantal Aubry - dentiste - adjointe au directeur de l'exercice de la médecine dentaire

Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec

- Mme Sandra DiPalma - inhalothérapeute L.L. B. - coordonnatrice à l'inspection professionnelle

Ordre des infirmiers, infirmières du Québec

- Mme Run Kim - infirmière - conseillère à la qualité de la pratique

Ordre des hygiénistes dentaires du Québec (OHDQ) :

- Mme Susan Bajandak - hygiéniste dentaire - responsable du développement de la profession

Centre intégré de Santé et de Service sociaux :

- Dre Marie-Pier Levreault - médecin en Centre d'hébergement et de soins de longue durée et à l'urgence
- Dr Stéphane Caron - dentiste au Centre d'hébergement et de soins de longue durée, Centre de Santé et de Service sociaux des Laurentides (CISSSLAU)
- Dre Christine Girard - dentiste au Centre d'hébergement et de soins de longue durée, Centre de Santé et de Service sociaux du Saguenay–Lac-St-Jean (CISSSLSJ)

Afin d'alléger la lecture du présent document, nous avons employé le masculin comme genre neutre pour désigner aussi bien les femmes que les hommes.

Remerciements

Le ministère de la Santé et des Services sociaux tient à remercier chacun des membres du comité ministériel et tout particulièrement le Dr Ghislain Fortier, anesthésiologiste, pour son expertise, sa disponibilité et son engagement au regard de l'accès à la « sédation légère » auprès des résidents en Centre d'hébergement et de soins de longue durée.

Table des matières

Préambule	1
1. Définitions des niveaux de sédation.....	2
1.1 « SÉDATION LÉGÈRE »	2
1.2 « SÉDATION MODÉRÉE »	2
1.3 Niveau de sédation visé auprès des aînés en CHSLD	2
2. Prérequis à la « SÉDATION LÉGÈRE »	3
2.1 Consentement aux soins buccodentaires requis et à la « SÉDATION LÉGÈRE »	3
2.2 Évaluation de la santé du patient et interactions médicamenteuses	3
2.3 Discussion avec l'équipe soignante	4
3. Approche pharmacologique pour la « SÉDATION LÉGÈRE » en médecine dentaire auprès des aînés en CHSLD	4
3.1 Agent pour la « SÉDATION LÉGÈRE »	4
3.1.1 1 ^{er} choix : voie d'administration orale	4
3.1.2 2 ^e choix : voie d'administration intranasale	5
3.2 Agent de renversement.....	5
4 Sélection des patients	6
4.1 Patient apte à recevoir une « SÉDATION LÉGÈRE » (voir annexe 4)	6
4.2 Patient inapte à recevoir une « SÉDATION LÉGÈRE » (voir annexe 4)	7
5 Surveillance clinique requise dans la chambre du patient après l'administration de l'agent sédatif et pendant le soin buccodentaire curatif réalisé sous « SÉDATION LÉGÈRE »	7
5.1 Personnel soignant requis	7
5.2 Paramètres à surveiller ou évaluer par le professionnel de la santé habilité et assigné à faire la surveillance clinique	8
6 Surveillance clinique requise après le soin buccodentaire curatif réalisé sous « SÉDATION LÉGÈRE »	8
7 Équipements requis dans la chambre du patient pendant le soin buccodentaire curatif réalisé sous « SÉDATION LÉGÈRE »	9
8 Équipement requis sur les lieux physiques pendant le soin buccodentaire curatif réalisé sous « SÉDATION LÉGÈRE »	9
Annexe 1 : Approche pharmacologique pour la « SÉDATION LÉGÈRE » en médecine dentaire...	10
Annexe 2 : Exemple des étapes d'administration intranasale du <i>Midalozam</i>	11

Annexe 3 : Classification de l'état physique du patient selon l'American Society of Anesthesiologists (ASA).....	12
Annexe 4 : Échelle de Ramsay	13

Préambule

Ce protocole détaille les principes à appliquer ainsi que les molécules à utiliser lorsqu'une « SÉDATION LÉGÈRE » doit être réalisée auprès d'un patient non coopératif dans le but de procéder aux soins buccodentaires requis¹ pour ce patient. En dentisterie, la « SÉDATION LÉGÈRE » est principalement utilisée afin de minimiser le stress physique et émotionnel d'un patient anxieux lors d'une procédure buccodentaire. En contexte de CHSLD, la « SÉDATION LÉGÈRE » peut être utilisée pour procéder aux soins buccodentaires qui sont requis auprès un résident non coopératif. Dans certaines situations, en dernier recours, la sédation peut correspondre à une mesure de contrôle; le respect des obligations du cadre légal et des orientations ministérielles en la matière doit ainsi être assuré².

Ce protocole concerne spécifiquement la clientèle aînée et les résidents qui bénéficient de soins buccodentaires à travers le Programme québécois de soins buccodentaires et de soins d'hygiène quotidiens de la bouche en Centre d'hébergement et de soins de longue durée (PQSBHB). Il vise plus particulièrement les résidents en Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), en établissement privé conventionné (EPC), en maison des Aînés (MDA) et en maison Alternative (MA).

Ce protocole est destinée à soutenir la pratique professionnelle de tous les professionnels de la santé impliqués dans la prestation des soins buccodentaires requis dans le cadre du PQSBHB, plus spécifiquement les dentistes, les médecins, les pharmaciens, les infirmiers praticiens spécialisés et les inhalothérapeutes.

Ce protocole ne remplace pas les approches comportementales qui sont toujours de mises, mais se veut complémentaire lorsque ces approches ne permettent pas de réaliser les soins buccodentaires requis par le résident; c'est-à-dire que la situation clinique du résident nécessite une intervention dentaire essentielle à son bien-être, sa qualité de vie ou son état de santé général.

Ce protocole vise uniquement à baliser la « SÉDATION LÉGÈRE », et ce, sans analgésie concomitante par des opioïdes, puisqu'en médecine dentaire, l'administration d'un agent anesthésique assure l'analgésie et permet de contrôler la douleur. Par conséquent, aucun agent opioïde³ ne doit être utilisé à des fins d'analgésie pour réaliser un soin buccodentaire requis. De ce fait, l'administration d'un agent sédatif seul permet au dentiste de réaliser le soin sous « SÉDATION LÉGÈRE » avec une plus grande marge de sécurité. Toutefois, lorsqu'un patient prend

-
1. Les soins buccodentaires requis par le résident en CHSLD sont des soins jugés nécessaires pour sa santé par le dentiste traitant.
 2. MSSS (2002). Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques. MSSS (2015). Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques.
 3. Éviter la combinaison de benzodiazépines et d'opiacés, car une dépression respiratoire peut se produire.

un opioïde sur une base quotidienne, le dentiste doit consulter le pharmacien afin de définir la fenêtre d'opportunité idéale pour réaliser les soins buccodentaires requis.

Ce protocole donne les balises pour réaliser les soins buccodentaires requis sous « SÉDATION LÉGÈRE » conformément aux meilleures pratiques professionnelles et à l'application des normes de sédation-analgésie, qui ont été réfléchies et adaptées au contexte du milieu de vie des résidents en CHSLD, EPC, MDA et MA.

1. Définitions des niveaux de sédation

Les définitions des niveaux de sédation sont tirées du document *Lignes directrices : la sédation-analgésie*⁴ du Collège des médecins du Québec ainsi que des nouvelles lignes directrices sur la sédation-analgésie qui seront publiées par l'Ordre des dentistes du Québec. Il est à noter que les *Lignes directrices de la Société canadienne d'anesthésiologie* ont aussi été consultées et les points pertinents ont été intégrés au présent document, même si ces dernières ne traitent pas de la sédation procédurale dans le contexte de soins buccodentaires.

1.1 « SÉDATION LÉGÈRE »

« SÉDATION LÉGÈRE », où l'appréhension du patient est diminuée, sans changement de son niveau de conscience et sans altérer la perméabilité des voies aériennes, la ventilation et la fonction cardiovasculaire ».

La « SÉDATION LÉGÈRE » est aussi nommée sédation minimale ou « ANXIOLYSE », selon la classification de l'American Society of Anesthesiologists (ASA).

1.2 « SÉDATION MODÉRÉE »

« SÉDATION MODÉRÉE », où la réponse aux stimuli verbaux ou tactiles légers est volontaire sans affecter la perméabilité des voies aériennes, la ventilation spontanée et la fonction cardiovasculaire.

1.3 Niveau de sédation visé auprès des aînés en CHSLD

La « SÉDATION LÉGÈRE » est le niveau de sédation visé lors d'une intervention buccodentaire. Il est important **de ne pas viser** le niveau de « SÉDATION MODÉRÉE », puisque le niveau de « SÉDATION MODÉRÉE » peut rapidement devenir un niveau de « SÉDATION PROFONDE » et ceci demande une expertise particulière pour la prise en charge.

4. Lignes directrices- La sédation-analgésie : Collège des médecins du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, avril 2015, en ligne : <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2472109>

***Note importante :** une réaction paradoxale peut survenir suite à la sédation, plus particulièrement chez la personne âgée ayant déjà des troubles cognitifs. Le risque de confusion pourrait être augmenté.

2. Prérequis à la « SÉDATION LÉGÈRE »

2.1 Consentement aux soins buccodentaires requis et à la « SÉDATION LÉGÈRE »

Un consentement libre et éclairé doit être obtenu et bien documenté dans le dossier du patient avant de procéder à la « SÉDATION LÉGÈRE » pour ce dernier. Advenant le cas où un patient est inapte à donner son consentement, celui-ci doit être obtenu de son représentant légal (tuteur), incluant le mandataire⁵ ou le curateur public, le cas échéant.

Une analyse risques/bénéfices relative aux soins buccodentaires requis et à la sédation requise doit être faite par le dentiste traitant, accompagné du pharmacien, du médecin traitant ou de l’infirmier praticien spécialisé (IPS), et ce, en collaboration avec le résident ou son représentant.

En cas d’échec de la « SÉDATION LÉGÈRE » et de l’incapacité de réaliser les soins buccodentaires requis par le patient, une discussion avec ce dernier ou son représentant sera nécessaire afin de diriger le patient vers un centre hospitalier pour procéder aux soins buccodentaires requis.

2.2 Évaluation de la santé du patient et interactions médicamenteuses COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE ENTRE LE DENTISTE, LE PHARMACIEN, LE MÉDECIN OU L’INFIRMIER PRATICIEN SPÉCIALISÉ

Les soins buccodentaires requis sous « SÉDATION LÉGÈRE » doivent avoir fait l’objet d’une discussion au préalable avec le pharmacien et le médecin traitant ou l’IPS. Une évaluation de la santé du patient sera faite par le médecin ou l’IPS ainsi qu’une vérification des interactions médicamenteuses possibles (médecin, IPS ou pharmacien). Dans le but d’engager la responsabilité partagée des professionnels au regard de la « SÉDATION LÉGÈRE », il est recommandé que le dentiste et le médecin ou l’IPS se concertent et soient en accord sur la prescription de l’agent sédatif. Plus précisément, cette coresponsabilité se partage comme suit : le médecin ou l’IPS est responsable de l’évaluation médicale du patient ainsi que des recommandations d’ajustements de doses ou de délais des médicaments, le cas échéant. Pour sa part, le dentiste est responsable du soin buccodentaire; il est aussi responsable d’administrer l’agent sédatif ou de s’assurer que l’administration de l’agent sédatif a été faite par le personnel soignant habilité et de fournir l’assistance nécessaire au patient si une complication survenait au regard de la « SÉDATION LÉGÈRE », lors de la réalisation du soin buccodentaire requis (pour plus de détails, voir la section 5).

5. Le mandat doit avoir été homologué par le tribunal.

***Note importante :** Il n'est pas recommandé au dentiste de prendre seul la décision de prescrire un agent sédatif à un patient. La collaboration interprofessionnelle est toujours de mise et, au besoin, une discussion avec un anesthésiologiste peut être indiquée.

2.3 Discussion avec l'équipe soignante

Avant la réalisation des soins buccodentaires requis sous « SÉDATION LÉGÈRE », une discussion doit avoir lieu avec le dentiste et l'équipe soignante, puisque certains membres de l'équipe auront un rôle actif à jouer lors de l'intervention buccodentaire, en plus de devoir réaliser le suivi clinique post-administration de l'agent sédatif (pour plus de détails, voir les sections 5 et 6).

3. Approche pharmacologique pour la « SÉDATION LÉGÈRE » en médecine dentaire auprès des aînés en CHSLD

3.1 Agent pour la « SÉDATION LÉGÈRE »

Le principe de base de l'approche pharmacologique pour la « SÉDATION LÉGÈRE » en médecine dentaire auprès des résidents en CHSLD est que seul un agent sédatif est administré; aucun agent opioïde ne peut être donné en concomitance (sédation seulement sans analgésie concomitante par des opioïdes).

- Agent sédatif : *Midazolam* (benzodiazépines), concentration de 5 mg/ml (voir tableau 1, annexe 1).
- Durée d'action : 60 minutes.

3.1.1 1^{er} choix : voie d'administration orale

- La voie d'administration orale est le 1^{er} choix, sauf si le résident présente un trouble bulbaire ou de la déglutition.
- Doses maximales :
 - > 65 ans : maximum de 0,15 mg/kg;
 - < 65 ans : maximum de 0,2 mg/kg.

La dose recommandée est de 5 mg de *Midazolam* (en deux doses séparées de 2,5 mg). Voici quelques instructions à suivre :

- 1^{re} dose de 2,5 mg :
 - Administrer 15 à 20 minutes avant le soin.
 - Dans 30 à 60 ml de jus sans pulpe (p. ex. : un jus de pomme ou un liquide épaissi pour les résidents dysphagiques); il faut s'assurer que le résident est au lit ou assis dans un fauteuil après l'administration.
- 2^e dose de 2,5 mg :

- Après 15 minutes, si le niveau de « SÉDATION LÉGÈRE » n'est pas atteint et que le dentiste ne peut pas procéder aux soins, il faut administrer 2,5 mg dans 30 à 60 ml de jus sans pulpe.

3.1.2 2^e choix : voie d'administration intranasale⁶

Utiliser une seringue et un dispositif d'administration intranasale. L'administration de médicaments doit être faite par les professionnels de la santé autorisés. Le dentiste est autorisé à administrer le *Midazolam* par voie intranasale (voir l'annexe 2).

La dose recommandée est de 5 mg de *Midazolam* (en deux doses séparées de 2,5 mg). Voici quelques instructions à suivre :

- 1^{re} dose de 2,5 mg :
 - Administrer 1,25 mg dans chaque narine, 15 à 20 minutes avant le soin.
 - Après administration, s'assurer que le résident est au lit ou assis dans un fauteuil.
- 2^e dose de 2,5 mg :
 - Après 15 minutes, si le niveau de « SÉDATION LÉGÈRE » n'est pas atteint et que le dentiste ne peut pas procéder aux soins, il faut administrer 1,25 mg dans chaque narine.

Effets secondaires possibles : Prévenir le patient ou le répondant que pendant 30 secondes, il pourrait avoir une sensation de brûlure ou un goût désagréable (amer) en bouche à cause du médicament administré dans le nez. Une sensation d'étouffement ou de tête légère, une légère irritation dans le nez, une possible amnésie antérograde, une toux ou des éternuements pourraient aussi se manifester.

Solution : La *lidocaïne* 2 % peut être utilisée pour éviter la sensation de brûlure ou d'irritation du nez. Ainsi, il y a la possibilité de préadministrer la *lidocaïne* 2 % avec 0,2 ml dans chaque narine avant l'administration du *Midazolam*.

3.2 Agent de renversement

Il est important de bien documenter les signes vitaux pendant la procédure à l'aide d'une feuille de collecte de données.

6. Si la voie d'administration orale ou intranasale n'est pas possible pour le dentiste, il faut évaluer avec le médecin ou l'IPS, le pharmacien et l'équipe soignante les alternatives possibles à cette voie d'administration. Dans le cas d'une voie d'administration alternative, l'infirmier, l'IPS ou le médecin devra procéder à l'administration du *Midazolam*.

Advenant que le patient atteigne un état de sédation plus important que celui prévu par la dose d'agent sédatif administré; soit Ramsey > 3 (voir annexe 4) et que le patient désature, le dentiste devra alors utiliser un agent de renversement pour contrer les effets de cet agent sédatif.

- Agent de renversement : *Flumazenil*, (voir tableau 2, annexe 2).
- Voie d'administration : intranasale⁷(seringue et dispositif d'administration intranasale).

L'administration de médicaments doit être faite par les professionnels de la santé autorisés. Le dentiste est autorisé à administrer le *Flumazénil* par voie intranasale.

La dose recommandée est de 0,2 mg. Voici quelques instructions à suivre :

- 1^{re} dose de 0,2 mg :
 - Administrer 0,1 mg dans chaque narine.
- 2^e dose de 0,2 mg :
 - Après 10 minutes, si l'agent de renversement n'a pas contré les effets de l'agent sédatif, il faut administrer 0,1 mg dans chaque narine.

Note importante : Après 20 minutes, si la 2^e dose n'a pas contré les effets de l'agent sédatif, le dentiste devra donner une 3^e dose et se questionner sur une autre raison qui explique le niveau de sédation, comme un accident cérébral vasculaire par exemple.

4 Sélection des patients

4.1 Patient apte à recevoir une « SÉDATION LÉGÈRE » (voir annexe 4)

Vous pouvez consulter l'annexe 3 pour obtenir les détails concernant la classification de l'état physique du patient selon l'American Society of Anesthesiologists (ASA). Les patients aptes à recevoir une « SÉDATION LÉGÈRE » sont :

- Les patients classés ASA 1 et ASA 2.
- Les patients classés ASA 3, sauf ceux présentant un des critères d'exclusion énumérés dans la section 4.2.
 - Un patient dont l'indice de masse corporelle (IMC) est compris entre 40 et 50 nécessite une attention particulière, car
 - il peut avoir besoin de plus de sédation; une demi-dose de l'agent sédatif doit donc être répétée si le niveau de « SÉDATION LÉGÈRE » n'est pas atteint et que le dentiste ne peut pas procéder aux soins;
 - il est possible que ce patient présente un risque accru d'apnée.

4.2 Patient inapte à recevoir une « SÉDATION LÉGÈRE » (voir annexe 4)

Les patients inaptes à recevoir une « SÉDATION LÉGÈRE » sont

7. Si la voie d'administration intranasale n'est pas possible pour le dentiste, il faut évaluer avec le médecin, l'IPS, le pharmacien et l'équipe soignante les alternatives possibles à cette voie d'administration.

- les patients classés ASA 3 avec les conditions suivantes :
 - obésité morbide (résident incapable de se tenir coucher sur le dos en raison de leur problème restrictif d'obésité ou IMC > 50),
 - apnée obstructive du sommeil seulement si le patient prend un opioïde sur une base quotidienne (concomitance agent sédatif et analgésique),
 - maladie respiratoire très sévère (p. ex. : résident incapable de se coucher sur le dos sans s'étouffer),
 - troubles hépatiques sévères;
- les patients classés ASA 4, ASA 5 avec des conditions sévères non contrôlées;
- les patients ayant des troubles liés aux voies nasales tels que
 - la congestion nasale,
 - le saignement,
 - l'incapacité à respirer par le nez;
- les patients atteints de myasthénie, de myopathie, de trouble de la conscience ou de malformation cranio-faciale.

Si le patient n'est pas apte à recevoir une « SÉDATION LÉGÈRE », une discussion avec ce dernier ou son représentant sera nécessaire afin de le diriger vers un centre hospitalier pour procéder aux soins buccodentaires requis. Ceci dit, une gestion pharmacologique des signes et des symptômes est une option envisageable en fonction de la situation.

5 Surveillance clinique requise dans la chambre du patient après l'administration de l'agent sédatif et pendant le soin buccodentaire curatif réalisé sous « SÉDATION LÉGÈRE »

5.1 Personnel soignant requis

Le personnel soignant requis⁸ dans la chambre lors du soin buccodentaire requis est :

- le dentiste;
- l'assistante dentaire ou l'hygiéniste dentaire, le cas échéant;
- le professionnel de la santé habilité à effectuer le suivi clinique des signes vitaux (p. ex. : infirmière, inhalothérapeute, infirmière auxiliaire).

8. Conformément à la compétence 1.2 paragraphe 2(c) des Lignes directrices- La sédation-analgésie : Collège des médecins du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, avril 2015, il faut posséder les connaissances et les compétences nécessaires pour intervenir en situation d'urgence telle que la réanimation cardiorespiratoire (de préférence en soins avancés), c'est-à-dire, savoir maîtriser en priorité les techniques de la prise en charge de la ventilation, du massage cardiaque et de la médication associée.

5.2 Paramètres à surveiller ou évaluer par le professionnel de la santé habilité et assigné à faire la surveillance clinique

Le professionnel de la santé assigné à faire la surveillance clinique du patient pendant le soin buccodentaire curatif doit être habilité à

- surveiller en continu la saturation (saturomètre en continu) et la fréquence cardiaque;
- surveiller au départ le rythme respiratoire (RR) et la tension artérielle (TA);
- surveiller à intervalle de 15 minutes le RR et la TA;
- évaluer le score de Ramsay⁹ à l'aide de l'Échelle de Ramsay (voir l'annexe 4), en veillant à ce que le patient ne dépasse pas le niveau 3.

6 Surveillance clinique requise après le soin buccodentaire curatif réalisé sous « SÉDATION LÉGÈRE »

L'infirmier ou le professionnel habilité est responsable de réaliser la surveillance clinique après les soins buccodentaires requis sous « SÉDATION LÉGÈRE ». Pour ce faire, le dentiste doit aviser l'infirmier ou le professionnel habilité responsable de la surveillance clinique que le soin est terminé.

Si le *Midazolam* est utilisé, après que le soin buccodentaire curatif a été achevé, il faut surveiller le patient en continu **pendant 60 minutes**, et ce, jusqu'à ce que tous les critères de « congé » suivants soient rencontrés :

- voies aériennes perméables et ventilation adéquate;
- stabilité cardiovasculaire adéquate;
- niveau de conscience du patient revenu à son état initial;
- douleur résiduelle tolérable, absente ou comme à son état initial;
- mobilité revenue à son état initial;
- absence de vomissements¹⁰.

Si le *Flumazenil* est utilisé, après que les soins buccodentaires requis ont été achevés, il faut surveiller le patient en continu **pendant 2 heures**, et ce, jusqu'à ce que les critères de « congé » énumérés ci-haut soient rencontrés.

Dans le cas où les critères de congé ne sont pas satisfaits, l'infirmier doit aviser le dentiste; qui évaluera la condition du résident et contactera le médecin traitant ou l'IPS, le cas échéant.

9. Le score de Ramsay est un indicateur de la profondeur de la sédation chez un patient en réponse à un stimulus.

10. Source : Lignes directrices- La sédation-analgésie : Collège des médecins du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, avril 2015.

7 Équipements requis dans la chambre du patient pendant le soin buccodentaire curatif réalisé sous « SÉDATION LÉGÈRE »

Les équipements requis¹¹ dans la chambre du patient¹² pendant le soin buccodentaire curatif sont

- le stéthoscope;
- le saturomètre;
- un appareil à pression automatique;
- une source d'oxygène (O₂) comprimé en quantité suffisante pour permettre l'administration d'O₂ en cas de désaturation du patient, avec un débit de 10 litres/minute à l'aide du masque pendant 60 minutes¹³;
- le matériel nécessaire à l'oxygénothérapie tel qu'un cylindre médical de type « E » ou de plus grand volume et un masque d'oxygène 100 %;
- le matériel nécessaire pour administrer l'antidote (agent de renversement, seringue et dispositif d'administration intranasale);
- le matériel nécessaire à la prise en charge ventilatoire, comprenant notamment un réanimateur manuel autogonflable (Ambu bag), un masque ainsi que des canules oropharyngées et nasopharyngées de tailles variées;
- un appareil à aspiration¹⁴ pouvant générer une pression négative de 40-60 mm Hg ou une capacité de flot de 100 litres par minute et le matériel nécessaire à l'aspiration.

8 Équipement requis sur les lieux physiques pendant le soin buccodentaire curatif réalisé sous « SÉDATION LÉGÈRE »

L'équipement requis sur les lieux physiques, c'est-à-dire dans l'établissement (CHSLD, EPC, MDA, MA, etc.), pendant le soin buccodentaire curatif est un équipement régulier de réanimation cardio-respiratoire, soit le défibrillateur externe automatisé (DEA).

***Note importante :** Il n'est pas attendu de la part du dentiste qu'il soit en mesure d'effectuer une intubation trachéale (tube endotrachéal traditionnel, combitube ou autre) ou de mettre en place un dispositif supraglottique (masque laryngé ou autre). Le protocole de réanimation de l'établissement est la référence à suivre.

11. Ibid.

12. Si les soins buccodentaires requis sont effectués dans un local dédié, ce dernier doit posséder les équipements requis.

13. Le débit de 10 litres/minute permet l'oxygénothérapie pendant 60 minutes avec un cylindre médical de type « E » qui contient 680 litres d'oxygène. Le type « E » est ce qui est communément disponible en CHSLD.

14. L'équipement dentaire mobile possède une succion qui peut être utilisée comme appareil d'aspiration, car il possède une capacité de flot d'au moins 73 litres par minute.

Annexe 1 : Approche pharmacologique pour la « SÉDATION LÉGÈRE » en médecine dentaire.

Tableau 1. Agent sédatif

Agent sédatif	Recommandation 1 ^{re} dose	Recommandation 2 ^e dose	Suivi pendant le soin	Suivi après le soin
<i>Midazolam</i>	Administrer 15 à 20 minutes avant le soin.	Administrer 15 minutes après la 1 ^{re} dose.	3 personnes : Dentiste Assistante Professionnel de la santé habilité à faire le suivi des signes vitaux.	1 personne : Professionnel de la santé habilité à faire la surveillance clinique postsédation légère.
Dose recommandée : 2,5 mg à 5 mg	Après administration, s'assurer que le résident est au lit ou assis dans un fauteuil.	Après administration, s'assurer que le résident est au lit ou assis dans un fauteuil.		
Durée d'action : 60 minutes			30 à 60 minutes : Temps pour le soin buccodentaire.	60 minutes et jusqu'à ce que les critères de congé soient rencontrés : Temps pour la surveillance clinique.
Voie d'administration : orale	Mélanger 2,5 mg de <i>Midazolam</i> dans 30 à 60 ml de jus sans pulpe (p. ex. : un jus de pomme ou un liquide épaissi pour les résidents dysphagiques).	Mélanger 2,5 mg de <i>Midazolam</i> dans 30 à 60 ml de jus si l'effet de sédation n'est pas atteint.		
Voie d'administration : intranasale	1,25 mg dans chaque narine. Total de 2,5 mg de <i>Midazolam</i> .	1,25 mg dans chaque narine. Total de 2,5 mg de <i>Midazolam</i> .		

Tableau 2. Agent de renversement

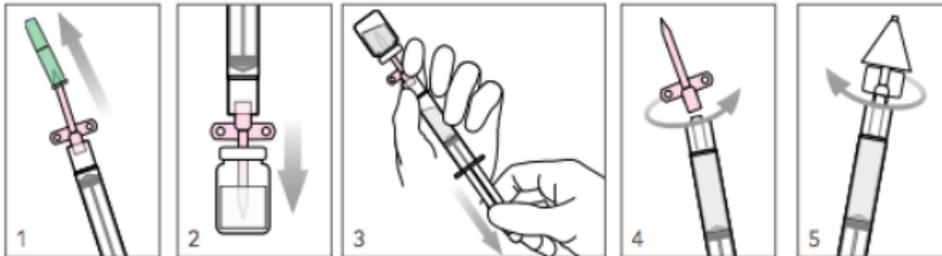
Agent de renversement	Recommandation 1 ^{re} dose	Recommandation 2 ^e et 3 ^e dose
<i>Flumazénil</i>	Administrer si le niveau de « SÉDATION LÉGÈRE » passe au niveau de « SÉDATION MODÉRÉE »; équivalent à Ramsey > 3.	Après 10 minutes, si l'agent de renversement n'a pas contré les effets de l'agent sédatif, il faut administrer une 2 ^e dose.
Dose recommandée : 0,2 mg		Après 20 minutes, si la 2 ^e dose n'a pas contré les effets de l'agent sédatif, il faut donner une 3 ^e dose et se questionner sur une autre raison qui explique le niveau de sédation, comme un accident cérébral vasculaire par exemple.
Voie d'administration : intranasale	Administrer 0,1 mg dans chaque narine pour un total de 0,2 mg de <i>Flumazénil</i> .	Administrer 0,1 mg dans chaque narine pour un total de 0,2 mg de <i>Flumazénil</i> .

Annexe 2 : Exemple des étapes d'administration intranasale du *Midalozam*

Image tirée intégralement du document GHR MULHOUSE SUD-ALSACE, Dr M. Salb, Dr P. De la Caffiniere, Dr O. Theissen, 2019.

E. Modalités d'administration

- Le patient doit être installé en **position demi assise 45°** ou **tête tournée** sur le coté
- Patient **réveillé**, pas nécessairement coopérant (intérêt chez l'enfant, ou l'adulte handicapé opposant aux soins)



- 1., 2. & 3. : Avec la seringue du Kit MAD, connectée à un trocart (non-fourni dans le kit), prélever le médicament administrable par voie IN
 - o La dose de médicament doit être calculée sur **le poids réel**
 - o Rajouter 0,1 mL du médicament dans la seringue : *cela correspond à l'espace mort inhérent à la tubulure de l'atomiseur MAD.*
- 4. & 5. : **Déconnecter le trocart** et connecter l'embout nasal « mousse » à la seringue, disponible dans le kit



- 6. : Insérer l'embout « mousse » dans la narine, **en direction de la cloison nasale**
- 7. : Pression **vive et rapide** sur le piston de la seringue
- 8. : Utilisation **des deux narines** : en administrant la moitié de la dose dans chaque narine, on double la surface d'absorption disponible.

o **LA DOSE TOTALE A ADMINISTRER DOIT DONC ETRE DIVISEE ENTRE LES DEUX NARINES**

Annexe 3 : Classification de l'état physique du patient selon l'American Society of Anesthesiologists (ASA)

Tableau 3. Classification de l'état physique du patient selon l'American Society of Anesthesiologists (ASA) (ASA Physical Status Classification System [En ligne]) (Notre traduction)

*Tableau tiré intégralement du document *Lignes directrices- La sédation-analgésie*, Collège des médecins du Québec, Montréal, 2015, p. 34.

Classification	État de santé
ASA Physical Status 1	Patient en bonne santé
ASA Physical Status 2	Patient atteint d'une affection systémique légère
ASA Physical Status 3	Patient atteint d'une affection systémique grave
ASA Physical Status 4	Patient atteint d'une affection systémique grave qui représente une menace constante pour sa vie
ASA Physical Status 5	Patient moribond qui ne survivra pas à moins d'une intervention
ASA Physical Status 6	Patient déclaré en état de mort cérébrale dont les organes ont été prélevés à des fins de don

Annexe 4 : Échelle de Ramsay

Tableau 2. Échelle de Ramsay¹⁵

Niveaux de sédation	Réponse
1	Malade anxieux, agité
2	Malade coopérant, orienté et calme
3	Malade répondant aux ordres
4	Malade endormi, mais avec une réponse nette à la stimulation de la glabelle* ou à un bruit intense
5	Malade endormi répondant faiblement aux stimulations ci-dessus
6	Pas de réponse aux stimulations nociceptives

15. Échelle de Ramsay : Permet d'évaluer la profondeur de la sédation.

<https://www.espacesoignant.com/soignant/pratiques-de-soins/evaluation-sedation-score-ramsay>. MAE, Savege TM, Simpson BRJ, Goodwin R. Controlled sedation with alphaxolone-alphadolone. Br Med J 1974; 2 : 656-9.

