Initier l'installation ou le retrait du collet cervical chez l'usager adulte ayant subi un traumatisme à l'urgence			
Direction(s) responsable(s)	Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire	Approuvé	2019-02-21
	Direction des services professionnels et de l'enseignement médical	Révisé	
Installations / Secteurs visés	Urgences hospitalières du CISSS de la Montérégie-Ouest		
Outils cliniques associés	Aucun		

1. Professionnels visés

Infirmières du triage de l'urgence qui possèdent les connaissances et les compétences requises.

2. Activités réservées

- Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique
- Initier des mesures thérapeutiques et diagnostiques selon une ordonnance
- Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques incluant le monitorage et les ajustements du plan thérapeutique infirmier (PTI)

3. Situations cliniques visées/clientèles visées

Usager alerte et stable hémodynamiquement ayant subi un événement traumatisant il y a moins de 48 heures.

4. Intentions thérapeutiques

- Évaluer la pertinence du collet cervical chez l'usager ayant subi un traumatisme.
- Assurer le confort des usagers et prévenir les conséquences en lien avec le port prolongé du collet cervical.
- Effectuer le retrait du collet cervical si ce dernier n'est pas indiqué selon l'algorithme.

5. Définitions

Collet cervical : dispositif rigide, amovible, permettant l'immobilisation de la colonne cervicale.

Facteurs à FAIBLE risque : Situation où le risque de blessure cervicale est minime c'est-à-dire; collision arrière simple de véhicule, usager qui se présente à l'urgence sur pieds, arrivée tardive des douleurs cervicales, absence de douleur à la palpation de la colonne cervicale

Facteurs à HAUT risque : Situation où le risque de blessure cervicale est élevé c'est-à-dire; âge de plus de 65 ans, engourdissements/paresthésie aux extrémités ou présence de mécanisme de blessure à haut risque.

Mécanismes de blessure à haut risque : Traumatisme par compression axiale (ex : accident de plongeon), éjection partielle ou complète de la voiture, empreinte de toile d'araignée dans le pare-brise, chute de plus de 3 pieds ou 5 marches, décès dans le véhicule où se trouve le passager, accident impliquant véhicule lourd ou motocyclette, piéton ou cycliste renversé ou écrasé par une voiture ou impact significatif (PICTAP, 2017)

6. Indications

Le collet cervical est indiqué chez tout usager ayant subi un traumatisme il y a moins de 48 heures et présentant un ou plusieurs critères suivants :

- Présence de **facteurs pouvant altérer l'appréciation clinique** de l'usager tel que :
  - Altération de l'état de conscience (ex : Glasgow inférieur à 15, intoxication confirmée ou présumée)
  - Usager agité ou non coopératif (ex : Usager intoxiqué)
  - Traumatisme craniocérébral symptomatique (ex : Confusion, amnésie, nausées et vomissements)
  - Trouble de communication (ex : Langue étrangère, aphasie, etc.)
  - Trouble cognitif apparent ou changement de l'état selon témoins

- Présence d'une **douleur significative pouvant altérer l'appréciation clinique** de l'usager tel que :
  - Suspicion de fracture d'un os long avec une douleur sévère
  - Lésion par écrasement
  - Autre trauma associé à une douleur sévère (douleur supérieure à 8/10)

- Présence d'une **douleur à la colonne** (cervicale et/ou dorsale et/ou lombosacrée) spontanée OU à la palpation

- Présence de l'un des **facteurs à HAUT risque** :
  - Âgé de 65 ans et plus
  - Présente un engourdissement et/ou une paresthésie aux extrémités
  - Histoire de mécanisme de blessure à haut risque

7. Contre-indications

Usager âgé de 18 ans et moins

8. Conditions d'initiation

L'usager doit avoir été évalué initialement au triage par l'infirmière et avoir eu un examen clinique complet (examen du rachis cervical, examen neurologique et paramètres vitaux).

9. Limites/références au médecin

- Traumatisme survenu il y a plus de 48 heures
- Clientèle pédiatrique

10. Directives

1. Au triage, obtenir l'histoire de l'accident et le mécanisme de traumatisme pouvant amener une blessure à la colonne cervicale

2. Effectuer un examen clinique complet incluant un examen du rachis cervical, les signes neurologiques et paramètres vitaux.

3. Suivre l'algorithme décisionnel présenté à l'Annexe 1 afin de déterminer si le collet cervical est requis ou non.

4. L'Immobilisation de la colonne cervicale **est requise** chez l'usager en **présence** d'un des critères suivants :

   4.1 Présence de **facteurs pouvant altérer l'appréciation clinique de l'usager** OU
   en **présence d'une douleur significative pouvant altérer l'appréciation clinique de l'usager** ;

   4.2 En **présence** d'un des **facteurs à HAUT RISQUE ;**

   4.3 En **absence** de **facteurs à HAUT RISQUE**, déterminer la **présence** de **facteurs à FAIBLE risque**. En **absence** de facteur à FAIBLE risque, procéder à l'immobilisation de la colonne cervicale

   4.4 En **présence** de **facteurs à FAIBLE risque**, évaluer la capacité de l'usager de tourner volontairement sa tête à 45° de gauche à droite. Si l'usager est incapable, l'immobilisation de la colonne cervicale est requise. Si l'usager est capable, aucune immobilisation n'est requise.

5. Procéder à l'immobilisation de la colonne cervicale, lorsque requis à l'aide d'un collet cervical. Installer l'usager sur une civière et diriger vers l'aire de traitement approprié. Un rapport est donné à l'infirmière qui assure la continuité des soins.

6. L'Immobilisation de la colonne cervicale **n'est PAS requise** chez l'usager qui ne présente pas les critères énumérés précédemment.

7. Si l'usager se présente en ambulance avec un collet cervical en place, l'infirmière procède à la même évaluation en utilisant l'algorithme décisionnel présenté à l'Annexe 1 et peut procéder au retrait du collet cervical si les critères déterminent que l'immobilisation n'est pas requise.

8. Consigner au dossier l'évaluation et les interventions posées.

11. Annexes

Annexe 1 : Algorithme décisionnel : Installation ou de retrait d'un collet cervical suite à un traumatisme

12. Références

CISSS Lanaudière. (2017). Critères d'installation d'un collet cervical (suite à un traumatisme), Algorithme adapté, basé sur les critères du C-Spine Rule et protocole Trauma (PICTAP 2016)

Gouvernement du Québec. (2017). Protocole d'intervention clinique à l'usage des techniciens ambulanciers paramédics (PICTAP) 2017. p. 245 à 247

Stiell, I.G., Clement, C., McKinight, R.D., et al. (2003). The Canadian C-Spine Rule versus the NEXUS low-risk criteria in patients with trauma, The New England Journal of Medecine (349) 2510-2518

ANNEXE 1

Algorithme décisionnel : Installation ou retrait d'un collet cervical suite à un traumatisme

Obtenir l'histoire de l'incident, mécanisme de traumatisme pouvant amener une blessure à la colonne cervicale

Effectuer un examen clinique complet (examen du rachis cervical, examen neurologique et paramètres vitaux)

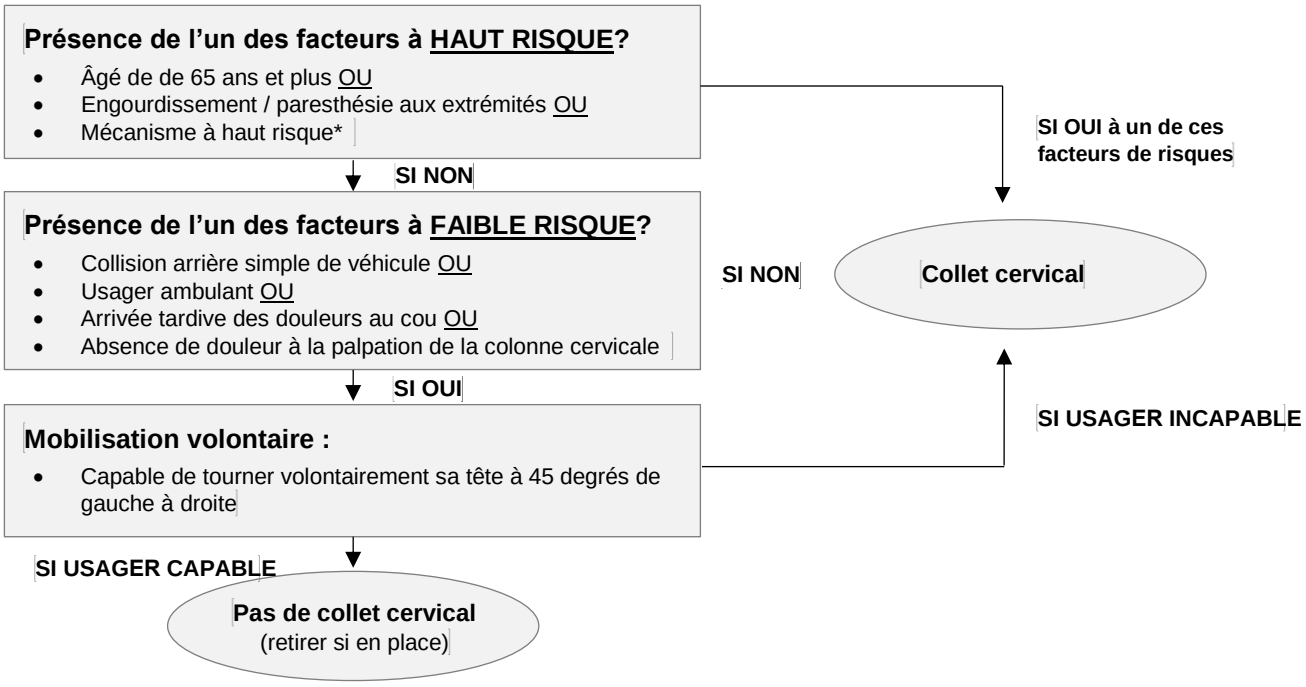
L'immobilisation de la colonne cervicale DOIT ÊTRE RÉALISÉE si l'usager présente un des critères cliniques suivants :

Facteurs pouvant altérer l'appréciation clinique de l'usager

- Altération de l'état de conscience (ex : Glasgow inf.rieur à 15, intoxication confirmée ou présumée)
- Usager agité ou non coopératif
- Traumatisme craniocérébral symptomatique (ex : Confusion, amnésie, nausées et vomissements)
- Trouble de communication (ex : Langue étrangère, Aphasie, etc.)
- Trouble cognitif apparent ou changement de l'état selon témoins

Présence d'une douleur significative pouvant altérer l'appréciation clinique de l'usager

- Suspicion de fracture d'un os long avec douleur sévère
- Suspicion de fracture/dislocation aux extrémités avec douleur sévère
- Lésion déglovante/extrémité dégantée
- Lésion par écrasement
- Brûlure importante
- Douleur sévère à proximité de la colonne (ex. : occiput)
- Autre trauma associé à une douleur sévère (supérieure à 8/10) (ex. : trauma thoracique)



MÉCANISMES DE BLESSURE À HAUT RISQUE
• Impact haute vélocité (plus de 100 km/h, chute de 3 pieds (1mètre) ou cinq marches) • Traumatisme par compression axiale (ex. : plongeon) • Accident avec capotage ou éjection • Accident impliquant véhicule lourd, motocyclette ou véhicule récréatif (VTT, motoneige…) • Empreinte de toile d'araignée dans le pare-brise (auto vs cycliste/piéton)

Processus d'élaboration/révision		
Rédigé par	Marie-Pier Mallet, Conseillère en soins infirmiers	2018-12-01
Révisé par	Inscrire les prénom, nom et titre.	
Personnes consultées	Geneviève Leboeuf, Conseillère en soins infirmiers	2018-12-05
	Dre France Fréchette, Chef médical de l'urgence	2019-01-08
	Dr. Bernard Richard, Adjoint au chef médical de l'urgence	2018-12-18
	Dre Audrey Gibeault, Médecin à l'urgence	2019-01-31
	Jennifer Girardot, Assistante infirmière-chef de l'urgence Anna-Laberge,	2019-01-10
	Marc-André Masse, chef de l'urgence de l'hôpital Anna-Laberge	2018-12-12
	Linda Bellerose, infirmière soutien à la pratique Hôpital Haut Saint-Laurent, DSIEU	2019-01-09
	Monica Leclerc, infirmière soutien à la pratique (secteurs soins critiques) Hôpital Suroît, DSIEU	2018-12-10
	Christelle Robert, Conseillère cadre au développement des outils cliniques, DSIEU	2019-02-05

Processus de recommandation		
Recommandé par le(s) chef(s) de départements médicaux	 Dre France Fréchette, Chef médical de l'urgence et l'UHB	2019-02-07
Recommandé par l'(les) instance(s) (si pertinence seulement)		

Historique du document		
Approuvé par	 Dr Gaétan Filion, président Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	2019-02-21

Annulation d'outils cliniques existants

En date d'entrée en vigueur mentionnée, cette ordonnance collective vient annuler les outils cliniques suivants :

Installation(s)	**Annulation**
Aucun	