

### 5.1.33. Procédure de transfert pour les cas de traumatisme craniocérébral (TCC) avec un résultat au GCS $\leq 13$ et description du rôle de chacun des intervenants

HSE	HSJ	CMSSSSA	HML
√	√	√	√

Création	Révision	Adoption CECMDP
2011-12-15	2022-03-10	2024-11-04

#### 1. Objectif

S'assurer que tous les traumatisés présentant un TCC avec un résultat à échelle de coma de Glasgow plus petit ou égal à 13 sont transférés dans un délai maximal de 60 minutes, et ce, dans des conditions optimales.

#### 2. Description du fonctionnement

- Dès l'arrivée d'un patient traumatisé présentant un état de conscience de 13 ou moins, l'urgentiste doit, le plus rapidement possible, stabiliser celui-ci afin qu'il puisse quitter vers le centre receveur.
- Le médecin de l'urgence procède à la stabilisation initiale du patient :
  - ABCDE (évaluation primaire-secondaire)
  - Selon le cas : RXP et du bassin sont réalisées au chevet du patient
  - Le patient avec un TCC isolé devrait être transféré sans réalisation de scan à moins que ce dernier n'engendre pas de délais supplémentaire (selon le cas une discussion avec l'urgentiste du centre receveur peut être fait avant de demander un scan) :
    - C.F algorithme INESS 2021<sup>1</sup> : Glasgow  $\leq 13^*$  : Tous les patients doivent être transférés (sans attente de TDM) ou admis au centre de neurotraumatologie désigné, consultation en neurochirurgie et référence selon le plan régional d'organisation de services pour les TCCL.
- L'urgentologue du centre hospitalier d'origine fait un appel à l'urgentologue du centre hospitalier receveur le plus rapidement possible pour lui faire un résumé de l'état de l'usager à être transféré.

#### Préalablement au transfert vers le centre receveur, le médecin de l'urgence doit :

- **S'assurer que le support ventilatoire est adéquat :**
  - Tout patient avec un Glasgow  $< 9$  doit être obligatoirement intubé et ventilé mécaniquement.
  - Tout patient avec un Glasgow  $\geq 9$  et qui démontre un potentiel de détérioration doit être intubé et ventilé mécaniquement.
  - Un Rx post-intubation doit être fait pour tout patient intubé.
  - Tout patient intubé doit être accompagné d'un inhalothérapeute pour le transfert interhospitalier.
- **S'assurer que le support circulatoire est adéquat :**
  - Remplacement volémique si nécessaire et amine au besoin pour viser une TAM 80.
  - Stabilisation des saignements externes.

<sup>1</sup> [Algorithme décisionnel pour l'évaluation et la gestion du risque de complications neurologiques graves à la suite d'un TCCL – Clientèle adulte – INESSS 2021](#)

- **Bien monitoriser le patient.**
- **Stabiliser adéquatement le rachis.**
- **Prévoir une escorte médicale si risque de détérioration.**
- **S'assurer que la médication suivante est disponible lors du transfert selon les cas :**
  - Salin hypertonique/ Mannitol si risque hypertension intracrânienne.
  - Sédation/analgésique.
  - Dilantin.
  - Trousse de réanimation pour le transfert.
- **S'assurer que le dossier médical et radiologique est disponible pour le centre receveur.**
- **À considérer :**
  - Ancef 2 gr. IV si suspicion de fracture ouverte.
  - D2T5 ou le DCT (Boostrix ou Adacel).
  - Positionner la tête à 30 degrés pour les traumatisés crâniens lorsque possible.
  - Faire un gaz artériel 1h post-intubation ( si patient toujours présent dans l'hôpital) pour viser un pCO<sub>2</sub> à 40 (ou viser un ET CO<sub>2</sub> à 35).
  - Curariser le patient au besoin.
  - Renverser l'anticoagulation au besoin; surveiller la glycémie.
  - Surveiller la température corporelle pour viser une normothermie.
- L'urgentologue complète sa note médicale et une photocopie est faite afin de la joindre au dossier de transfert de l'usager.
- Une copie du dossier de l'usager transféré est préparée et remise à l'escorte qui la remettra à son tour à l'équipe du centre hospitalier receveur.
- Au départ de l'usager transféré, un appel est placé à l'urgence du centre receveur pour les aviser de l'heure approximative d'arrivée de l'usager dans leur centre hospitalier.
- Le centre hospitalier de référence est l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Ententes générales relatives aux transferts interétablissements des victimes de traumatismes des installations du CISSS des Laurentides