

Le partenariat personne infirmière, personne blessée médullaire chronique et ses proches : un indispensable à l'urgence

The Partnership between Nurses, Individuals with Chronic Spinal Cord Injury, and their Families: An Essential Component in Emergency Care

par Elisa Mileto, Mélanie Bouchard, Barbara Dagenais et Natasha Dupuis

Mots-clés/Keywords: Blessure médullaire chronique, Service d'urgence, Complications, Prise en charge infirmière; *Chronic spinal cord injury, Emergency department, Complications, Nursing management*

RÉSUMÉ/ABSTRACT

Les personnes vivant avec une blessure médullaire chronique (BMC) constituent une clientèle médicalement complexe, souvent mal comprise en contexte de soins d'urgence. En raison de leurs déficits moteurs et sensoriels, elles peuvent se présenter avec des tableaux cliniques atypiques et parfois subtils, posant un défi diagnostique important. Elles sont également à risque accru de complications spécifiques et de conditions moins fréquentes, pouvant affecter significativement leur morbidité et leur mortalité. Cet article vise à présenter la physiopathologie, les principales complications ainsi que la prise en charge infirmière des personnes BMC à l'urgence. Le partenariat entre la personne, ses proches et l'équipe infirmière apparaît central pour réduire les risques associés à cette condition.

Individuals living with chronic spinal cord injury (SCI) represent a medically complex population that is often poorly understood in emergency care settings. Due to motor and sensory impairments, they may present with atypical and sometimes subtle clinical manifestations, posing significant diagnostic challenges. They are also at increased risk of specific complications and less common conditions that can substantially impact morbidity and mortality. This article aims to present the pathophysiology, key complications, and nursing management of individuals with chronic SCI in the emergency department. The partnership between the individual, their family, and the nursing team plays a central role in reducing risks associated with this condition.

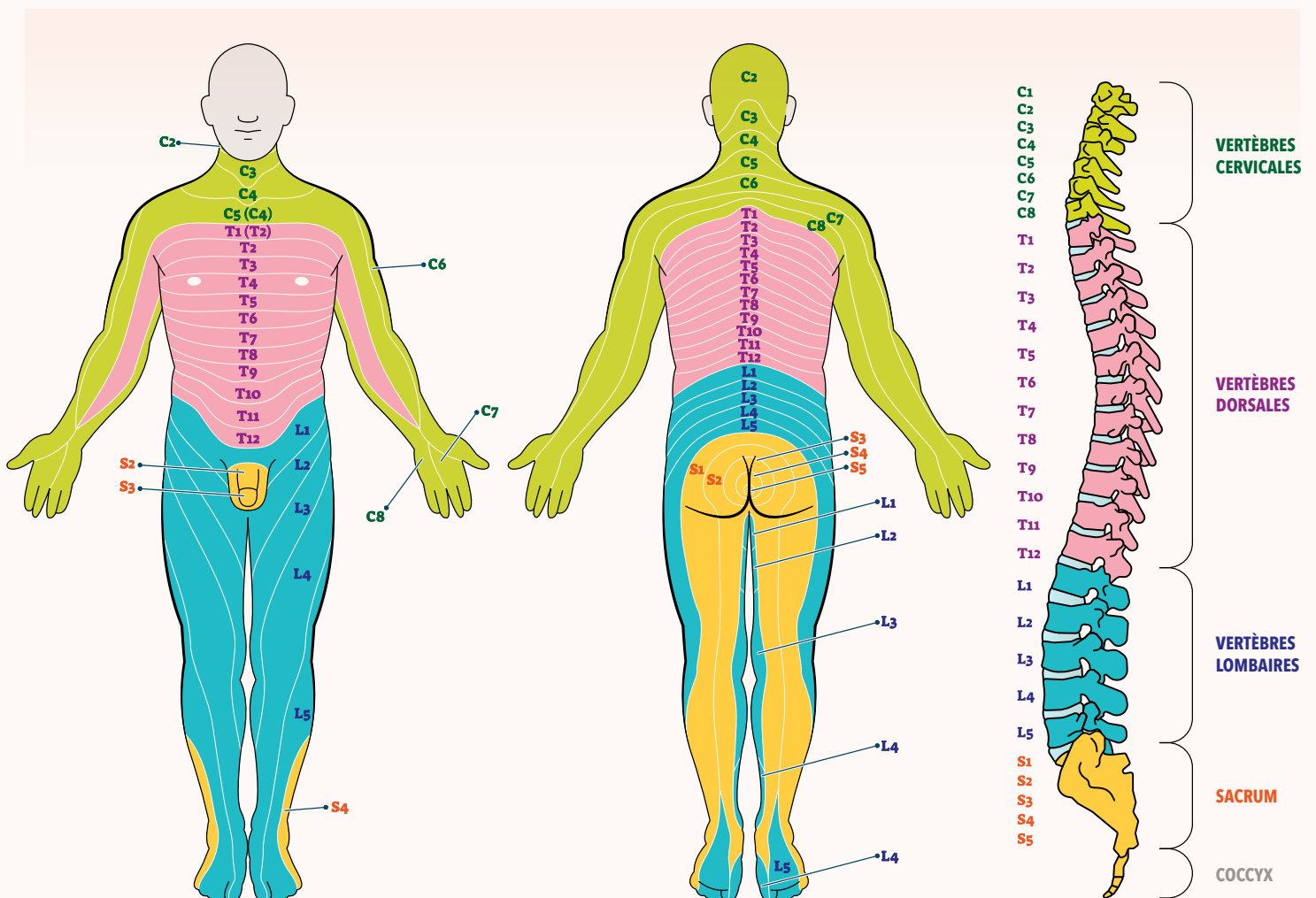
INTRODUCTION

Les personnes blessées médullaires chroniques (BMC) constituent une clientèle médicalement complexe et mal comprise par les professionnels en soins d'urgence (1,2). En raison des déficits moteurs et sensoriels, les personnes BMC se présentent à l'urgence avec des tableaux cliniques atypiques et parfois subtils, ce qui représente un défi de taille en regard à leur évaluation clinique (2). De plus, les personnes BMC sont davantage à risque de souffrir de complications et de conditions peu communes impactant grandement leur mortalité et leur morbidité (2). Pour la clientèle adulte, il existe deux centres d'expertise pour les blessés médullaires (CEBM): le centre d'expertise pour les blessés médullaires de l'Est du Québec (CEBMEQ) et celui de l'Ouest du Québec (CEBMOQ) (3,4). En dehors de ces centres d'expertise, les professionnels en soins d'urgence sont moins outillés pour répondre aux besoins uniques de cette clientèle (1,2,5). Une prise en charge interdisciplinaire, sensible et précoce devient alors nécessaire afin de médier les risques associés à la condition des personnes BMC. La personne infirmière occupe un rôle central dans cette démarche professionnelle, mais également humaine lors de laquelle le savoir expérientiel et le vécu de la personne BMC et de ses proches deviennent des incontournables (5-7). L'établissement d'un partenariat avec la personne BMC et ses proches devient alors un élément clé pour assurer des soins adaptés et sécuritaires.

Au cours des 30 dernières années, l'incidence des blessures médullaires a augmenté de façon substantielle (8). À l'échelle mondiale, on estime qu'entre 250 000 et 500 000 nouvelles blessures médullaires surviennent chaque année (8). Au Québec, cela représente 258 nouveaux cas annuellement (4). Parmi ceux-ci, 66,2 % des nouveaux cas de blessures médullaires sont pris en charge dans les CEBM, 28,1 % dans des installations désignées en traumatologie avec neurochirurgie, et 5,7 % en installation désignée en traumatologie de niveau primaire ou secondaire (4). Cependant, les visites médicales subséquentes pour des problèmes de santé ponctuels ou chroniques ont généralement lieu dans les établissements situés dans la région d'appartenance, déterminée selon leur adresse civique.

Sur le plan démographique, près de 75 % des personnes blessées médullaires sont des hommes (3). Les accidents de véhicule à moteur et les chutes sont les principales causes de ces blessures (3). Malekzadeh et al. (9) rapportent que les soins aigus nécessaires à la suite d'une blessure médullaire au Canada coûteraient entre 39 330 \$ US et 138 620 \$ US (coûts rapportés en dollars américains afin de rapporter fidèlement les données de l'étude). Par la suite, les blessures médullaires chroniques entraîneraient des coûts de santé annuels entre 6 260 \$ US et 86 720 \$ US (9). Donc, bien que l'incidence de ce type de blessure soit relativement basse, les coûts de santé associés sont importants et récurrents (8,9).

Figure 1. Dermatomes



Source : (15), image reproduite avec l'autorisation des auteurs.

LA BLESSURE MÉDULLAIRE CHRONIQUE

Le terme blessure médullaire regroupe l'ensemble des dommages causant des lésions traumatiques (p. ex. chute, coup, accident) ou non-traumatiques (p. ex. tumeur, infection, maladie dégénérative) à la moelle épinière (10,11). Règle générale, la blessure médullaire est considérée comme chronique lorsque les atteintes neurologiques persistent au-delà d'un an (12).

La moelle épinière est une structure complexe à travers laquelle les informations sensorielles et motrices sont conduites, via des racines nerveuses, entre le cerveau et le corps et vice versa (10,13). Chaque racine reçoit (influx afférent) de l'information sensitive en provenance de zones sensibles spécifiques (dermatomes) et innerve (influx efférent) un groupe musculaire déterminé (myotomes) (13). La Figure 1 donne un aperçu de chaque territoire couvert par les dermatomes.

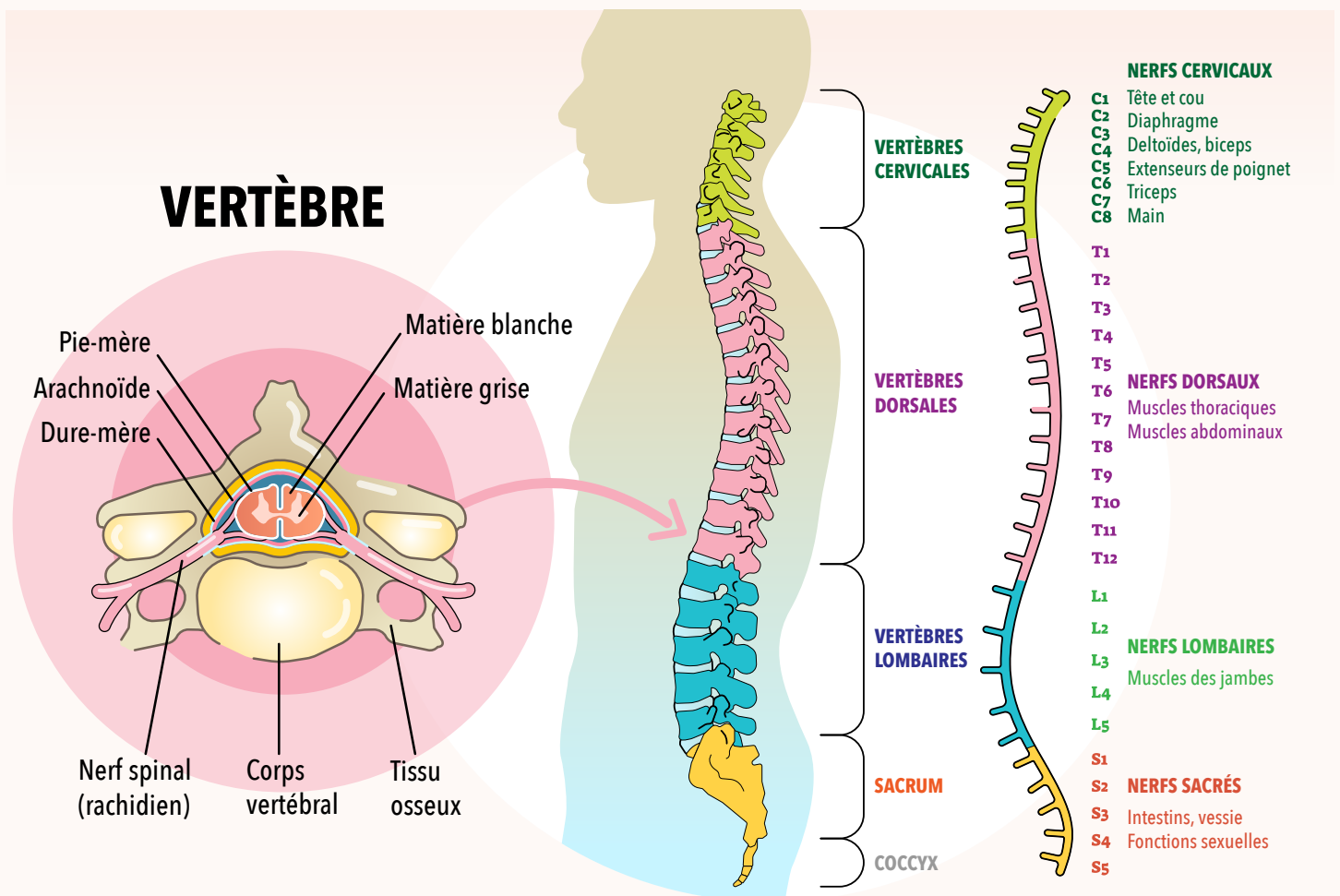
L'atteinte motrice et sensorielle peut être partielle ou complète et peut être temporaire ou permanente (3,14). L'étendue et le type d'atteinte sont déterminés par la hauteur neurologique (endroit blessé dans la moelle épinière) et la gravité de la lésion médullaire (3). La Figure 2 représente les territoires d'atteintes nerveuses pour chaque vertèbre. Il est à noter que malgré le fait qu'il n'y ait que sept vertèbres cervicales, il y a 8 racines nerveuses au niveau cervical. Chaque racine nerveuse sort de la moelle épinière au-dessus de la vertèbre correspondante excepté la racine nerveuse C8, qui elle, sort entre la vertèbre C7 et T1 (p.

ex. la racine nerveuse C3 sort entre la vertèbre C2 et C3) (13,15). Dans le cas d'une blessure médullaire, on retrouve plusieurs niveaux de types de plégie (3):

- Paraplégie : Atteinte sensitive et motrice complète ou non de la partie du tronc et des jambes en dessous du site affecté (blessure dorsale ou lombaire)
- Tétraplégie (ou quadriplégie) : Atteinte sensitive et motrice complète ou non du tronc, des bras et des jambes (blessure cervicale)
- Tétraplégie (ou quadriplégie) ventilo-assistée : Atteinte sensitive et motrice complète du tronc, des bras et des jambes avec besoin de soutien respiratoire (p. ex. respirateur).

L'atteinte médullaire est catégorisée à l'aide de l'échelle de déficience de l'*American Spinal Injury Association* (ASIA) (Tableau 1) (2). Cette classification permet de distinguer les atteintes complètes, des atteintes incomplètes au niveau sensitivo-moteur (2,16). Les catégorisations vont de A à E, allant d'une atteinte neurologique complète à une fonction neurologique normale. Une catégorisation ASIA A correspond à une déficience neurologique complète, caractérisée par l'absence de sensibilité et de motricité sous le site de la lésion, incluant les territoires sacrés (S4 et S5) (2,6,16). Quant au niveau B, il s'agit d'une déficience neurologique incomplète sensitive (2,6,16). Dans ce cas, la sensibilité est préservée sous le site de l'atteinte, mais aucun mouvement volontaire n'est possible. Les réflexes ostéotendineux peuvent

Figure 2. Atteintes selon le niveau de la blessure médullaire



Source : (15), image reproduite avec l'autorisation des auteurs.

Tableau 1. Échelle de déficience ASIA

CLASSIFICATION	TYPE	ATTEINTES
ASIA A	Complet	Sensibilité : aucune Motricité : aucune Niveau : Sous le niveau de l'atteinte neurologique, sans épargne sacrée
ASIA B	Incomplet sensitif	Sensibilité : préservée Motricité : aucun mouvement volontaire possible Niveau : sous le niveau de l'atteinte neurologique
ASIA C	Incomplet moteur	Sensibilité : atteinte Motricité : préservée partiellement Niveau : >50 % des muscles testés sous le niveau de l'atteinte neurologique présenteront une motricité non fonctionnelle
ASIA D	Incomplet moteur	Sensibilité : atteinte Motricité : préservée partiellement Niveau : >50 % des muscles testés sous le niveau de l'atteinte neurologique présenteront une motricité fonctionnelle
ASIA E	Normal	Sensibilité : aucune atteinte résiduelle Motricité : aucune atteinte résiduelle, une anomalie des réflexes peut persister Niveau : non applicable

Source : (16)

toutefois être augmentés (hyperréflexie), préservés ou absents. La classification ASIA C correspond à une déficience neurologique incomplète motrice (2,6,16). La motricité est alors préservée sous le site de la lésion, mais plus de la moitié des muscles testés sous ce niveau présentent une motricité non fonctionnelle, c'est-à-dire qui ne peut fonctionner contre la pesanteur. Une classification ASIA D représente une déficience neurologique incomplète motrice (2,6,16). Elle se distingue de l'ASIA C par le fait que 50 % ou plus des muscles sous la lésion fonctionnent contre la

Un changement dans le patron de spasticité de la personne BMC est un indice précieux dans la détection de problématique aigües

pesanteur et contre la résistance. Finalement, une classification ASIA E indique une fonction neurologique normale, avec une sensibilité et une motricité normale (2,6,16). Dans certains cas, une anomalie dans les réflexes peut néanmoins persister.

La spasticité musculaire et les douleurs neuropathiques sont présentes chez la majorité des personnes BMC (2). Bien que communes, ces manifestations ne sont pas banales. Un changement dans le patron de spasticité de la personne BMC est un indice précieux dans la détection de problématique aigües telles qu'une infection (p. ex. appendicite ou cystite), l'apparition d'une lésion de la peau (p. ex. plaie de pression ou cellulite) ou d'une lésion traumatique (p. ex. fracture) (2). Le patron de spasticité évoque, entre autres, le type de spasme, la forme, la localisation, l'intensité, la durée et la fréquence.

Complications

Dysréflexie autonome

Puisque les influx nerveux afférents et efférents sont altérés, plusieurs complications peuvent survenir chez les personnes BMC, notamment au niveau de la fonction autonome du système nerveux. Lorsque l'atteinte neurologique survient au niveau T6 ou plus haut, la régulation corticale du système nerveux sympathique (SNS) est perturbée, alors que le système nerveux parasympathique (tel que le réflexe vagal) est généralement préservé (2). Cela peut donc entraîner une complication grave et urgente appelée dysréflexie autonome (DA).

La DA se caractérise par une augmentation de la tension artérielle systolique (TAS) de plus de 20 mmHg au-dessus des moyennes de la personne BMC, ou par une TAS aléatoire ≥ 150 mmHg lorsque la valeur de base est inconnue, accompagnée de symptômes associés (2,17,18). Plusieurs manifestations cliniques peuvent accompagner cette augmentation de la tension artérielle, notamment une céphalée importante, une faciès rouge, de la congestion nasale, une sudation importante au-dessus du niveau de l'atteinte neurologique, de la piloérection (« chair

La cause la plus fréquente de la DA (>90 % des cas) est la distension vésicale

de poule»), une vision trouble et de l'anxiété (2,19,20). Si la DA n'est pas reconnue, prise en charge et corrigée rapidement, elle peut entraîner des complications telles qu'une hémorragie intracrânienne, une crise convulsive, ou même le décès (2). La DA peut être déclenchée par plusieurs facteurs, le plus souvent par

un stimulus douloureux ou un irritant sous le niveau de l'atteinte neurologique (2). Ce phénomène peut survenir même lorsque la personne BMC présente une atteinte sensitive et ne perçoit pas la douleur. La cause la plus fréquente de la DA (>90 % des cas) est la distension vésicale (2,17,20). Cependant, de nombreuses causes peuvent déclencher la DA, notamment, une infection intra-abdominale, une constipation, des contractions utérines chez la femme enceinte ou une manœuvre rectale douloureuse (2,18,20). En présence d'une suspicion de DA, le médecin de l'urgence doit être avisé immédiatement. Par ailleurs, plusieurs interventions infirmières de base peuvent être tentées en attendant l'évaluation médicale (21), par exemple :

- Asseoir la personne BMC à 45° ;
- Retirer les vêtements serrés ou restrictifs (p. ex. bas de compression, bandes abdominales, sous-vêtements) ;
- Inspecter la personne BMC à la recherche de points de pression, de blessure, d'œdème, de déformation ou autre irritants (p. ex. plis dans les draps ou un bouchon de seringue oublié dans le lit) ;
- Éliminer la présence de globe vésical (si la personne est porteuse de sonde urinaire, valider qu'elle est perméable et qu'elle draine de façon adéquate) ;
- Assurer une surveillance des signes vitaux aux cinq minutes (minimalement la tension artérielle et la fréquence cardiaque) en lien avec le risque élevé de détérioration rapide de la condition clinique.

Vasculaire

Les personnes BMC présentent souvent une altération du tonus vasculaire (2). Cette altération, combinée à une diminution de la mobilité, augmente leur risque de développer une thrombose veineuse (2). Selon certaines études, l'incidence des thromboses veineuses chez les personnes BMC pourrait atteindre jusqu'à 100 % (2). Il est donc important de garder un niveau de suspicion élevé à l'égard de la thrombose veineuse. En présence d'un tableau fébrile d'étiologie indéterminée, la possibilité d'une thrombose veineuse doit être gardée en tête (2). Dans ce cas, hormis le tableau de douleur, la présentation clinique de la thrombose veineuse chez les personnes BMC est plutôt similaire à celle observée dans la population générale.

Les personnes BMC, particulièrement celles ayant une lésion au niveau thoracique haut (au-dessus de T6), présentent un risque accru d'hypotension orthostatique (10,22). Elles peuvent également être moins en mesure de compenser un état hypovolémique (10). Cela s'explique, entre autres, par l'altération du tonus vasculaire, combinée à une dysfonction autonome résultant de la perturbation du contrôle nerveux sympathique, alors que la stimulation parasympathique du nerf vague est préservée (10,22).

Gestion de la température corporelle

En raison de la perturbation des influx nerveux afférents, les signaux en provenance de l'hypothalamus, permettant la régulation thermique, sont altérés (22). Ainsi, les personnes BMC pourraient présenter une incapacité ou une difficulté à réguler leur température corporelle. Cette situation s'explique par une perturbation de leur mécanisme de sudation, de frissonnement, ainsi que l'altération de leur tonus vasculaire (22). Ces personnes sont donc plus susceptibles de ne pas présenter de fièvre, même en présence d'un état infectieux, et d'être victime d'hypothermie ou de coup de chaleur même en absence de conditions extrêmes. (22).

Abdominal

Considérant la perturbation potentielle des signaux afférents, il est fort possible que la personne BMC ne ressente pas de douleur abdominale, surtout si l'atteinte neurologique se trouve au niveau T5 ou plus haut (2). Dans ce cas, il se peut que certaines manifestations telles que la défense abdominale et le signe du ressaut soit absents (2), ce qui peut compliquer la détection de pathologies intra-abdominales (p. ex. appendicite) à l'examen physique. Également, les personnes BMC peuvent souffrir de dysfonction intestinale neurogénique entraînant une constipation importante (3). Dans ce contexte, les symptômes présents seront plutôt un malaise général, de la nausée, de l'inappétence ou une augmentation ou un changement dans le patron de spasticité de la personne BMC (2).

Urologique

Les complications urologiques sont la principale cause d'hospitalisation chez les personnes BMC (1,2). Dépendamment du niveau de la lésion neurologique, certaines personnes BMC doivent porter un cathéter urinaire à demeure ou effectuer des auto-cathétérismes vésicaux intermittents (2). Les troubles des sphincters urinaires ou du muscle détrusor peuvent entraîner des troubles de la vidange vésicale (vessie neurogène ou dysnergie vésico-sphinctérienne) (2,23). Cela augmente donc le risque de distension vésicale, de globe vésical, de cystites et de néphropathie obstructive (2,3,6,23). Toujours en raison de la perturbation des influx nerveux afférents, il est possible que la personne BMC se présente à l'urgence avec les symptômes peu spécifiques de troubles urinaires. Il est donc important d'explorer les changements dans le patron de spasticité et de douleur neuropathique de la personne BMC. Par ailleurs, il est commun d'observer une urine trouble ou malodorante, ainsi que la présence de bactéries dans l'analyse et la culture d'urine des personnes BMC (2). Cependant, afin de prévenir la résistance aux antibiotiques, il est primordial d'éviter l'administration d'antibiotiques chez les personnes BMC asymptomatique, sauf en présence d'immunodépression ou de signes cliniques d'infection (2,6).

Respiratoire

Au niveau respiratoire, la pneumonie est la principale cause de décès chez les personnes BMC (2). Si l'atteinte neurologique se trouve au niveau de T6 ou plus haut, le tonus sympathique des voies respiratoires est altéré, mais la régulation parasympathique est intacte, ce qui peut entraîner une contraction bronchique et une production de sécrétions plus importante (2). La personne BMC présente également un risque augmenté d'aspiration (2,15). L'ensemble de ces facteurs, combiné à une perturbation du tonus des muscles respiratoires, entraînant une diminution de l'amplitude respiratoire, de l'atélectasie et à un dégagement moins efficace des sécrétions bronchiques, contribue à augmenter le risque de pneumonie (2,15). L'implication d'une personne professionnelle en inhalothérapie ou en physiothérapie respiratoire constitue un atout important afin de mettre en place un plan individualisé de prévention et de traitement adapté à la condition de la personne BMC.

Tégumentaire

Au niveau de la peau, les lésions de pression (ou escarres) sont une complication commune chez les personnes BMC et représentent une cause importante de mortalité et de morbidité (2,3). Cela s'explique, entre autres, par l'altération du tonus vasculaire, une

mobilité diminuée additionnée à une altération de la fonction sensitive (14). Initialement, les escarres se présenteront sous forme de rougeur ne blanchissant pas à la pression, principalement au niveau des proéminences osseuses (2). Il est impératif de procéder minimalement à un examen quotidien de la peau et à la prévention précoce des escarres en soulageant la pression au niveau de la peau (p. ex. horaire régulier de changements de position et usage de surfaces thérapeutiques) (2,5). En présence de plaie, une évaluation et un suivi rigoureux doivent être faits par le biais des outils d'évaluation et de suivi des plaies disponibles dans l'établissement.

Musculosquelettique

La spasticité et les contractures musculaires sont fréquentes chez les personnes BMC (1,2). Il existe plusieurs options pharmacologiques et non-pharmacologiques pouvant être mises en place en interdisciplinarité (p. ex. physiothérapie, orthèses, exercices ou outils de positionnement) pour diminuer l'impact fonctionnel et améliorer le confort (24). L'ostéopénie (diminution de la densité minérale osseuse) est également fréquente chez les personnes BMC. Elle s'explique principalement par une mobilité réduite, ainsi que la perturbation des mécanismes neurologiques impliqués dans le remodelage osseux et le métabolisme phosphocalcique (2,25,26). L'ostéopénie prédispose les personnes BMC aux fractures (2). Les fractures les plus fréquentes sont celles du fémur distal et du tibia proximal (2). Au moment de la blessure ou de la consultation, certaines personnes BMC peuvent ne pas ressentir de douleur. Outre, la présence possible de signes classiques de fracture (p. ex. oedème ou déformation), elles peuvent simplement rapporter avoir entendu un craquement, ressentir un malaise général, ou présenter un changement dans leur patron de spasticité ou de douleur neuropathique (2).

RÔLE DES PERSONNES INFIRMIÈRES À L'URGENCE

Les personnes BMC font partie d'une clientèle vulnérable et complexe, nécessitant une vigilance accrue (5). Les personnes infirmières, présentes tout au long du continuum de soins, occupent une position privilégiée pour diminuer l'impact des facteurs de risques associés aux complications chez ces personnes. Les complications pouvant survenir chez celles-ci entraînent une hausse importante de la mortalité, de la morbidité, des coûts de santé et de la durée de séjour hospitalier (2,9).

Dès le passage au triage

Il est important d'identifier clairement les personnes BMC afin d'amorcer la planification d'une prise en charge interdisciplinaire, entre autres, pour prévenir les complications (p. ex. code de couleur ou une notification par le biais du système informatique de l'urgence) (5). Cette identification permet également de demander et d'obtenir l'équipement et les surfaces thérapeutiques adaptées, ainsi que les dispositifs de sécurité nécessaires (p. ex. cloche d'appel adaptée) (5). La personne infirmière au triage peut mobiliser l'équipe interdisciplinaire de plusieurs façons. Par exemple, elle peut signaler à l'assistante au supérieur immédiat (ASI) et à la personne infirmière à qui elle transférera les soins, la nécessité d'impliquer d'autres professionnels et de faire les demandes pour le matériel nécessaire. Ces personnes pourront ensuite initier les démarches pour assurer une prise en charge adéquate.

L'évaluation clinique doit être sensible aux nuances inhérentes à l'altération des fonctions motrices, sensorielles et neurologiques de la personne BMC. Il est important de questionner l'apparition de changement dans le patron de spasticité ou de douleur neuropathique, car celui-ci peut être un indicateur d'une condition aigüe sous-jacente (2,5). La personne infirmière au triage doit également se rappeler que la douleur et les autres signes d'alertes (p. ex. défense abdominale) pourraient être absents. Une attention particulière doit être apportée à la présence de signes et symptômes de la DA ou à l'apparition de ceux-ci lors du triage ou d'un examen physique pouvant être douloureux (p. ex. examen d'un membre déformé). Il est également recommandé d'utiliser un gel contenant de la lidocaïne pour les manœuvres rectales afin de prévenir la douleur et, par conséquent, de prévenir le déclenchement d'une DA (2). En ce qui concerne la température corporelle, la personne infirmière en charge du triage et celle en charge de la personne BMC pendant son épisode de soins doivent demeurer vigilantes dans l'interprétation de la donnée obtenue (22). En raison de la perturbation des mécanismes de régulation de la température corporelle, la personne BMC pourrait présenter une température basale légèrement sous les normales, être plus susceptible à l'hypothermie ou à l'hyperthermie reliée aux facteurs environnementaux (p. ex. température de la pièce ou présence de plusieurs couvertures), ou encore ne pas présenter de fièvre même en contexte infectieux (22). Un monitoring plus fréquent de la température corporelle de la personne BMC, ainsi qu'une vigilance accrue sur les facteurs influençant la température ambiante sont recommandés.

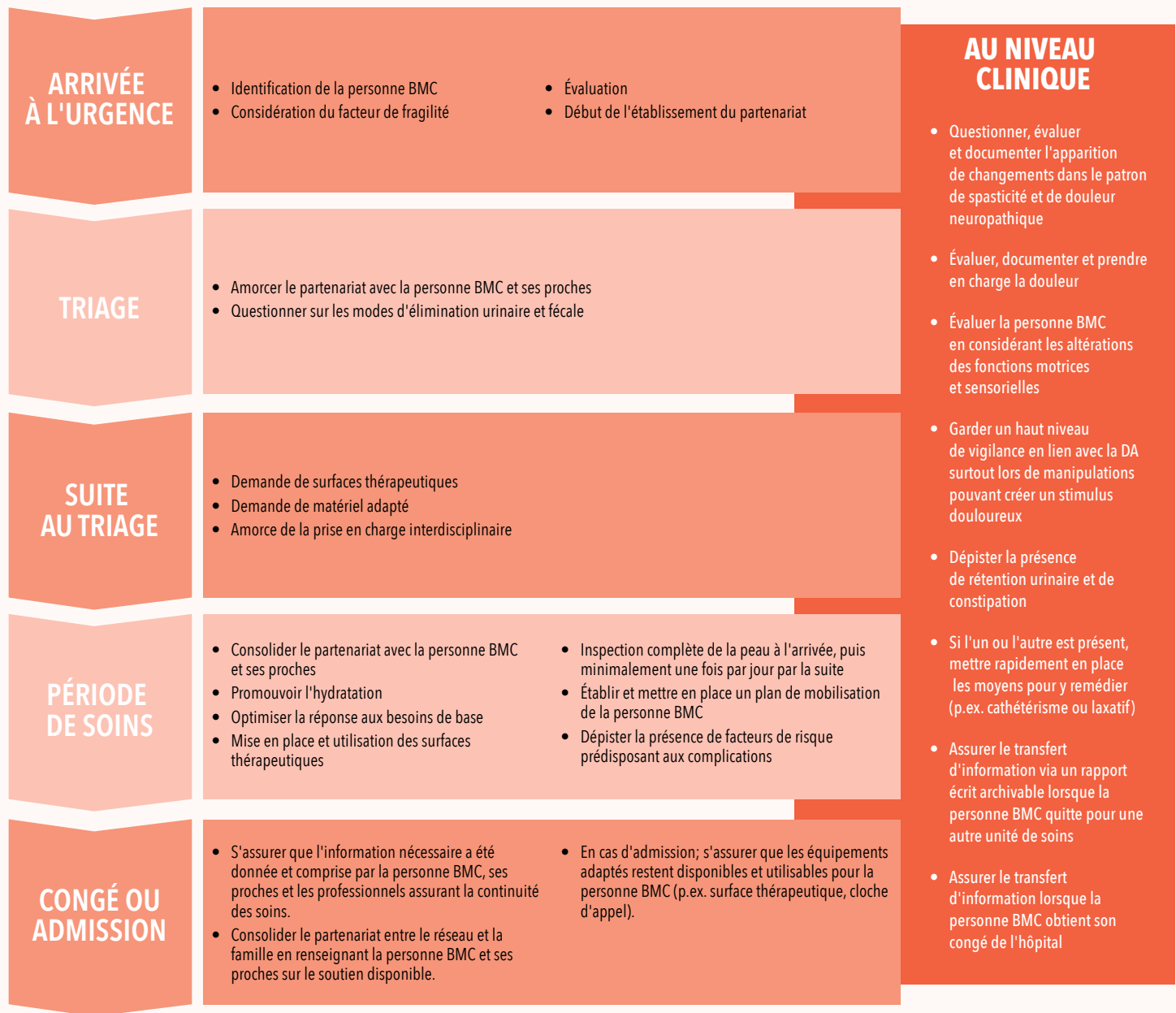
Dépister la rétention urinaire et la constipation précocement peut contribuer à prévenir les complications (2). Il est donc pertinent de questionner la personne BMC sur son mode d'élimination urinaire (p. ex. cathétérismes intermittents), ainsi que sur ses habitudes d'élimination intestinale (p. ex. stimulation digitale ou curage rectal). Ces informations peuvent orienter les professionnels en soins d'urgence dans l'identification de facteurs de risque, la prévention des complications ou l'identification de diagnostics possibles (2,5). L'intégrité de la peau doit également être investiguée afin de détecter la présence de plaie. Dans la mesure du possible, une inspection sommaire de la peau, ciblant les points de pression accessibles, devrait être réalisée. Et ce, surtout en présence de symptômes vagues sans causes évidentes. Le triage est également un moment clé pour amorcer le partenariat avec la personne BMC et ses proches puisque ce premier contact pourra influencer favorablement ou non l'épisode de soins (27,28).

Pendant l'épisode de soins

Premièrement, il est essentiel de promouvoir l'hydratation et l'optimisation de la réponse aux besoins de base de la personne BMC (6). En présence d'une vessie neurogène, il est important d'assurer des cathétérismes intermittents de façon régulière (6). Deuxièmement, une inspection complète de la peau doit être réalisée dès la première évaluation, puis minimalement une fois par jour par la suite (5).

Dès l'arrivée de la personne BMC à l'urgence, des surfaces thérapeutiques adaptées ainsi qu'un plan de mobilisation devraient être mis en place, que la personne BMC soit prise en charge immédiatement ou non par le médecin (15). Amorcer ces démarches avant la première évaluation médicale est primordial en partie parce que les personnes BMC visitent l'urgence en plus grande proportion pour des conditions de basse acuité, souvent

Figure 3. Actions infirmières clés



en raison de difficultés d'accès physique ou de transport vers les ressources de première ligne (1). En effet, environ 27 à 48 % des blessés médullaires fréquentent régulièrement l'urgence en comparaison à 18,6 % de la population générale (1). Le niveau d'acuité généralement plus faible des raisons de consultation des personnes BMC peut entraîner des délais de prise en charge plus longs, puisque la cote attribuée sur l'échelle canadienne de triage et de gravité peut-être plus basse, malgré l'application du modificateur «facteur de fragilité». Également, plusieurs écrits recommandent une mobilisation toutes les 30 minutes si la personne BMC est en position assise, et minimalement toutes les deux heures si la personne est en position couchée (2,14,15). L'utilisation de pansements épais comme technique de protection des points de pression n'est pas recommandée, car ceux-ci peuvent produire un effet contraire et accentuer la pression sur la zone couverte (2). Finalement, les plaies

doivent impérativement être évaluées, documentées de façon claire et exhaustive (5). Les plaies développées lors du séjour dans l'établissement doivent obligatoirement être déclarées (5). Des demandes de consultations afin de mobiliser l'équipe interdisciplinaire appropriée devraient être initiées le plus rapidement possible (p. ex. physiothérapeute, ergothérapeute, nutritionniste, stomothérapeute, inhalothérapeute), que des plaies soient présentes ou non (5). Cela permettra de prévenir l'apparition de plaies, de ralentir ou d'arrêter leur progression et de favoriser leur guérison.

Troisièmement, la personne infirmière devrait rester à l'affût des principales complications et participer activement au dépistage des facteurs de risques (p. ex. dysphagie). Lorsqu'une complication ou un facteur de risque est identifié, il est impératif de le documenter, d'élaborer un plan de traitement ou de réduction

des risques, et d'impliquer les professionnels requis dans la prise en charge. Le soulagement et la prévention de la douleur, ainsi qu'une surveillance clinique spécifique doivent également être assurés, en portant une attention particulière aux changements dans le patron de spasticité ou de douleur neuropathique.

Au moment de quitter l'urgence

Que ce soit un transfert sur une unité de soins ou un retour en milieu de vie (p. ex. domicile, CHSLD, ressource intermédiaire), il est crucial d'assurer la transmission de l'information relative à la personne BMC: mesures mises en place, suivis nécessaires, présence de plaie, mode de vidange urinaire et intestinale, ainsi que les précautions spécifiques à sa condition (5). Cette communication peut se traduire par un résumé transmis aux proches aidants ou aux professionnels impliqués dans le suivi, ainsi que par la rédaction d'un rapport archivable lorsque celle-ci est admise dans une unité de soins. Il est également crucial de s'assurer que la personne BMC et ses proches ont toutes les informations en main pour poursuivre la prise en charge de la condition de santé aiguë et le maintien de la qualité de vie dans le contexte de maladie chronique. La Figure 3 présente un résumé des actions infirmières clés pendant l'épisode de soins de la personne BMC.

PARTENARIAT

Le partenariat avec la personne soignée et ses proches repose sur une relation égalitaire fondée sur la collaboration et la reconnaissance mutuelle des savoirs (27-29). Ce partenariat est l'amorce d'une relation de confiance menant à une co-construction des soins de santé (27). Cette relation implique non seulement le personnel soignant de l'urgence et la personne soignée, mais également les proches de la personne soignée ainsi que le système de santé en lui-même (27).

Cette alliance entre le personnel soignant, la personne soignée, ses proches et le système de santé est cruciale. Elle permet de mieux comprendre la situation de santé et de s'adapter aux particularités et aux besoins des personnes BMC (1,5,28). En conséquence, le partenariat contribue à diminuer les taux de complications, de mortalité et de réadmission, tout en diminuant la durée de séjour en établissement (27,28). Il favorise également le bien-être et la satisfaction des personnes soignées et de leurs proches (27,28). Dans la même optique, un partenariat solide permet également de mieux préparer la personne BMC et ses proches à poursuivre la prise en charge de la condition de santé et des traitements après le congé, lors d'un retour à domicile (28).

Par ailleurs, les personnes BMC sont plus à risque de souffrir de dépression (2). Leur taux de suicide est estimé entre trois à cinq fois plus élevé que dans la population générale (2). Un partenariat solide avec la personne BMC et ses proches peut ainsi permettre un dépistage plus sensible des symptômes dépressifs et des idées suicidaires. Dans un contexte de visite à l'urgence, le partenariat peut se manifester de plusieurs façons (27):

- Reconnaître la complémentarité des savoirs. Les savoirs expérientiels de la personne BMC et de ses proches sont incontournables pour des soins sensibles et de qualité. Par exemple, questionner leur patron de spasticité, leur mode de vidange urinaire, leurs habitudes intestinales, leurs méthodes de prévention des plaies, leurs modes de mobilisation, leur

état clinique de base.

- Faire preuve de transparence à l'égard des processus et des soins.
- Communiquer clairement, de façon adaptée et authentique, en respectant le niveau de littératie de la personne BMC et ses proches.
- Échanger avec la personne BMC et ses proches sur leurs besoins particuliers, leurs attentes et leurs objectifs de santé.
- Soutenir la personne BMC et ses proches dans leur capacité de gestion de leur situation de santé et dans leurs compétences.
- Introduire, au moment opportun, les professionnels de l'équipe interdisciplinaire requis par l'état de santé de la personne BMC (p. ex. travailleur social, orthophoniste, ergothérapeute, nutritionniste).

CONCLUSION

Lors de la prise en charge de la personne BMC à l'urgence, il est impératif de garder en tête le caractère unique de leur présentation clinique lors de situations de santé aiguës. L'établissement d'un partenariat solide avec la personne BMC et ses proches permet de mieux détecter l'apparition récente de changements dans le patron de spasticité et dans la présentation de douleurs neuropathiques. Il est également essentiel d'amorcer la mise en place de mesures préventives afin d'éviter les complications, et ce dès l'arrivée de la personne BMC à l'urgence. Tout au long du séjour, le soulagement et la prévention de la douleur, le maintien d'un haut degré de suspicion de thrombose veineuse, ainsi que l'inspection quotidienne de la peau demeurent des éléments incontournables. Par ces interventions, la personne infirmière consolide son rôle central dans la diminution des risques de morbidité et de mortalité chez les personnes BMC. 🍀

POUR EN SAVOIR PLUS



Moelle épinière et motricité Québec:
www.moelleepiniere.com



Centre d'expertise pour les blessés médullaires de l'Ouest-du-Québec (CEBMOQ):

www.ciussnordmtl.ca/centre-integre-de-traumatologie/pour-la-population/soins-en-traumatologie/lesions-medullaires



Centre d'expertise pour les blessés médullaires de l'Est-du-Québec (CEBMEQ):

www.ciuss-capitalnationale.gouv.qc.ca/personnel-sante/centre-expertise-blessees-medullaires

LES AUTEURES

Elisa Mileto

inf., M.Sc.

Conseillère en soins infirmiers, Direction des services d'urgence, de la fluidité hospitalière et des centres de coordination (DSUFHCC), Santé Québec
elisa.mileto@sante.quebec

Mélanie Bouchard

inf., B.Sc.

Coordonnatrice stratégique et conseillère cadre par intérim, Direction des services d'urgence, de la fluidité hospitalière et des centres de coordination (DSUFHCC), Santé Québec

Barbara Dagenais

inf., B.Sc., M.A.P.

Conseillère en soins infirmiers, Direction des services d'urgence, de la fluidité hospitalière et des centres de coordination (DSUFHCC), Santé Québec

Natasha Dupuis

inf., B.Sc., M.Sc.A

Directrice, Direction des services d'urgence, de la fluidité hospitalière et des centres de coordination (DSUFHCC), Santé Québec

REMERCIEMENT

Nous tenons également à remercier madame Camille Laramée, inf., M.Sc. (cand.), chargée de cours à l'Université de Sherbrooke, pour son expertise sur le partenariat avec la personne soignée et les proches dans un contexte d'urgence.

CONFLIT D'INTÉRÊTS

Les auteures n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer.

SOUTIEN FINANCIER

Les auteures n'ont reçu aucun soutien financier pour la rédaction et la publication de cet article.



Modèles organisationnels pour la prise en charge des blessures médullaires INESSS:

www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Traumatologie/INESSS_Prise_charge_blessures_medullaires_EC.pdf



Gouvernement du Québec:
quebec.ca/sante/professionnels/traumatologie/blessure-medullaire

RÉFÉRENCES

1. Cao Y, DiPiro ND, Field-Fote E, Krause JS. Emergency Department Visits, Related Hospitalizations, and Reasons for Emergency Department Utilization After Traumatic Spinal Cord Injury. *Arch Phys Med Rehabil.* 2022;103(4):722-8. doi:10.1016/j.apmr.2021.02.030
2. Kupfer M, Kucer BT, Kupfer H, Formal CS. Persons With Chronic Spinal Cord Injuries in the Emergency Department: a Review of a Unique Population. *J Emerg Med.* 2018;55(2):206-12. doi:10.1016/j.jemermed.2018.04.029
3. Gouvernement du Québec. Blessure médullaire (lésion traumatique de la moelle épinière): Information pour les professionnels de la santé et des services sociaux. Québec: Gouvernement du Québec; 2025. Disponible sur: <https://www.quebec.ca/sante/professionnels/traumatologie/blessure-medullaire>
4. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Continuum de soins et services pour les personnes ayant une blessure médullaire traumatique au Québec: caractéristiques, trajectoires de soins et résultats cliniques pour la clientèle adulte de 2014 à 2020 [Internet]. Gouvernement du Québec; 2023. Disponible sur: https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Traumatologie/INESSS_Continuum_Blessures_medullaires_EP.pdf
5. Kimpton D. Rapport d'enquête publique [Internet]. Québec, Canada: Bureau du coroner du Québec; 2024. Rapport Nos.: 2024-04860. Disponible sur: https://www.coroner.gouv.qc.ca/fileadmin/contenu/Enqu%C3%AAtes_publicques/Normand_Meurier/2024-EP00293-9.pdf
6. Kim Y, Cho MH, Do K, Kang HJ, Mok JJ, Kim MK, et al. Incidence and risk factors of urinary tract infections in hospitalised patients with spinal cord injury. *J Clin Nurs.* 2021;30(13-14):2068-78. doi:10.1111/jocn.15763
7. Quadri SA, Farooqui M, Ikram A, Zafar A, Khan MA, Suriya SS, et al. Recent update on basic mechanisms of spinal cord injury. *Neurosurg Rev.* 2020;43(2):425-41. doi:10.1007/s10143-018-1008-3
8. GBD Spinal Cord Injuries. Global, regional, and national burden of spinal cord injury, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Neurol.* 2023;22(11):1026-47. doi:10.1016/S1474-4422(23)00287-9
9. Malekzadeh H, Golpayegani M, Ghodsi Z, Sadeghi-Naini M, Asgardoan M, Baigi V, et al. Direct Cost of Illness for Spinal Cord Injury: A Systematic Review. *Global Spine J.* 2022;12(6):1267-81. doi:10.1177/21925682211031190
10. Patek M, Stewart M. Spinal cord injury. *Anaesthesia and Intensive Care Medicine.* 2023;24(7):406-11. doi:10.1016/j.mpaic.2023.04.006
11. CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. Centre d'expertise pour les blessés médullaires de l'ouest du Québec (CEBMOQ). Montréal (QC): CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal; 2025. Disponible sur: <https://ciuss-centresudmtl.gouv.qc.ca/soins-et-services/deficience-physique-readaptation-langage-auditive-motrice-et-neurologique/centre-dexpertise-pour-les-blesses-medullaires-de-louest>
12. BMJ Publishing Group. BMJ Best Practice [Internet]. 2023 [cité 29 déc 2025]. Chronic spinal cord injury. Disponible sur: <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-us/1176>
13. American Spinal Injury Association. International Standards for Neurological Classification of Spinal Cord Injury. *Top Spinal Cord Inj Rehabil.* 2021;27(2):1-22. doi:10.46292/sci2702-1
14. CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS NIM). Centre d'expertise pour les blessés médullaires de l'ouest du Québec (CEBMOQ). Montréal (QC): CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal; 2025. Disponible sur: <https://www.ciussnordmtl.ca/centre-integre-de-traumatologie/pour-la-population/soins-en-traumatologie/lesions-medullaires>
15. CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS NIM). Lésion médullaire - Guide d'information pour les lésés médullaires et leurs proches (2^e édition). CIUSSS NIM; 2022. Disponible sur: https://cdn.ciussnordmtl.ca/Fichiers/08Soins_Services/CIT/Lesions_medullaires/CIUSSSNIM_DSI_Guide_information_pour_blesses_medullaires_et_leurs_proches_2022.pdf
16. American Spinal Injury Association. Échelle de déficience ASIA [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://asia-spinalinjury.org/wp-content/uploads/2019/01/ASIA-ISNCSCI-Final-French-Version-Jan-2019.pdf>
17. Calderón-Juárez M, Miller T, Samejima S, Shackleton C, Malik RN, Sachdeva R, et al. Heart Rate Variability-Based Prediction of Autonomic Dysreflexia After Spinal Cord Injury. *J Neurotrauma.* 2024;41(9-10):1172-80. doi:10.1089/neu.2023.0583
18. Trueblood CT, Singh A, Cusimano MA, Hou S. Autonomic Dysreflexia in Spinal Cord Injury: Mechanisms and Prospective Therapeutic Targets. *Neuroscientist.* 2024;30(5):597-611. doi:10.1177/10738584231217455
19. Balik V, Šulla I. Autonomic Dysreflexia following Spinal Cord Injury. *Asian J Neurosurg.* 2022;17(02):165-72. doi:10.1055/s-0042-1751080
20. Bilgin Badur N, Winkle MJ, Leslie SW. StatPearls [Internet]. 2025 [cité 4 mars 2026]. Autonomic Dysreflexia. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482434/>
21. Bolton P, Dedo R. Autonomic dysreflexia in spinal cord injuries. *Am Nurse J.* 2024;19(10):58-63. doi:10.51256/ANJ102458
22. Ong B, Wilson JR, Henzel MK. Management of the Patient with Chronic Spinal Cord Injury. *Med Clin North Am.* 2020;104(2):263-78. doi:10.1016/j.mcna.2019.10.006
23. Hachem LD, Fehlings MG. Pathophysiology of Spinal Cord Injury. *Neurosurg Clin N Am.* 2021;32(3):305-13. doi:10.1016/j.nec.2021.03.002
24. Yadav S, Mukherjee S. Pathophysiology of spinal cord injury and advanced therapeutic approaches. *Mol Biol Rep.* 2025;52(1):669-91. doi:10.1007/s11033-025-10785-9
25. Phaner V, Charmentat C, Condemine A, Fayolle-Minon I, Lafage-Proust MH, Calmels P. Ostéoporose du blessé médullaire. Dépistage et traitement. Résultats d'une enquête sur les pratiques des médecins de MPR en France. Propositions de conduite à tenir vis-à-vis du dépistage et du traitement. *Ann Phys Rehabil Med.* 2010;53(10):615-20. doi:10.1016/j.rehab.2010.09.007
26. Alexandre C, Vico L. Physiopathologie de l'ostéoporose d'immobilisation. *Rev Rhum.* 2011;78(4):335-9. doi:10.1016/j.rhum.2011.03.004
27. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux. Gouvernement du Québec; 2018.
28. Mackie BR, Marshall AP, Mitchell ML. Exploring family participation in patient care on acute care wards: A mixed methods study. *Int J Nurs Pract.* 2021;27(2):e12881. doi:10.1111/ijn.12881
29. Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public (CEPPP). Qu'est-ce que le partenariat avec les patients et le public? 7 articles incontournables pour mieux le comprendre et le déployer [CEPPP] [Internet]. s.d. [cité 24 déc 2025]. Disponible sur: <https://ceppp.ca/actualite/quest-ce-que-le-partenariat-avec-les-patients-et-le-public-7-articles-scientifiques-incontournables/>