

## Définitions relatives à la prise en charge de l'AVC en phase aiguë

**AVC en phase aiguë** : Un épisode de déficit neurologique symptomatique causé par une ischémie ou une hémorragie d'une partie du cerveau, des rétines ou de la moelle épinière et avec un infarctus cérébral ou une hémorragie à l'imagerie (IRM, TDM, photomicrographie rétinienne), et ce, peu importe la durée des symptômes.

**Accident ischémique transitoire (AIT)** : Un bref épisode de déficit neurologique causé par l'ischémie d'une partie du cerveau, des rétines ou de la moelle épinière, avec des symptômes cliniques et une absence d'infarctus cérébral à l'imagerie. L'AIT et l'AVC mineur sont les formes les plus bénignes de l'AVC ischémique aigu dans un continuum. Ils ne peuvent être distingués seulement par la durée des symptômes, mais le premier se règle généralement en une heure.

**Prise en charge de l'AVC en milieu préhospitalier et au service des urgences** : Comprend les interventions principales pendant l'évaluation, le diagnostic, la stabilisation et le traitement au cours des premières heures après le début des symptômes de l'AVC. Ces soins représentent tous les soins d'urgence préhospitaliers et initiaux pour l'AIT, l'AVC ischémique, l'hémorragie intracérébrale, l'hémorragie sous-arachnoïdienne et la thrombose du sinus veineux aiguë. Cette phase implique un triage rapide des patients en fonction de la gravité de l'AVC et de l'imagerie cérébrale. Les traitements peuvent inclure la thrombolyse intraveineuse en phase aiguë ou des interventions endovasculaires en phase aiguë pour l'AVC ischémique, les procédures neurochirurgicales d'urgence, ainsi que le diagnostic d'AIT et l'évaluation de la stratification des risques le même jour.

Cette phase de soins vise essentiellement à diagnostiquer le type d'AVC ainsi qu'à coordonner et à exécuter le plan de traitement personnalisé aussi rapidement que possible.

Les soins en milieu préhospitalier et au service des urgences sont directement liés au temps, c'est-à-dire aux minutes pour les AVC susceptibles de causer une incapacité et aux heures pour l'AIT. Cependant, les interventions précises sont associées à leur propre fenêtre de traitement. La fenêtre temporelle en phase « hyperaiguë » fait référence aux soins offerts au cours des 24 heures qui suivent un AVC en phase aiguë (ischémique ou hémorragique) ou des 48 heures qui suivent un AIT.

**Soins de l'AVC en phase aiguë** : Interventions clés dans l'évaluation, le traitement ou la prise en charge, et le rétablissement initial au cours des premiers jours après le début des symptômes de l'AVC. Les soins de l'AVC incluent toutes les procédures de diagnostic initiales entreprises afin de déterminer la nature et le mécanisme de l'AVC, les soins interdisciplinaires visant à prévenir les complications et à faire la promotion d'un rétablissement précoce, l'établissement d'un plan de prévention secondaire personnalisé et l'engagement auprès du survivant et de sa famille pour ce qui est de l'évaluation et de la planification de la transition pour le prochain niveau de soins (y compris une évaluation complète des besoins en matière de réadaptation). De nouveaux modèles de soins ambulatoires en phase aiguë, comme l'évaluation rapide de l'AIT, et de nouvelles cliniques de mini-AVC ou des unités de jour, commencent à émerger.

Cette phase de soins vise principalement à déterminer la nature et le mécanisme de l'AVC, à prévenir d'autres complications de l'AVC, à promouvoir un rétablissement précoce, et (dans le cas des AVC les plus graves) à offrir des soins palliatifs ou de fin de vie.

Dans un sens large, les « soins en phase aiguë » sont ceux offerts dans le cadre du traitement de patients hospitalisés pendant les premiers jours ou premières semaines, les survivants d'un AVC passant de ce niveau de soins au rétablissement en milieu hospitalier ou communautaire, au retour à la maison (avec ou sans services de soutien), ou aux soins continus ou palliatifs. On considère généralement que les soins en phase aiguë prennent fin au moment du congé de l'unité de soins de l'AVC en phase aiguë, ou dans les 30 jours après l'admission à l'hôpital.

**Planification des soins avancés**: Un plan préalable de soins est un document écrit par une personne capable sur ses préférences relatives à d'éventuelles décisions futures en matière de soins de santé. Ces plans sont conçus dans le but d'être consultés en cas d'incapacité future du patient en question.

Selon le Health Law Institute, un plan préalable des soins comporte principalement deux volets, les directives préalables et les directives désignant un mandataire :

« Les directives préalables indiquent comment il faut prendre des décisions en matière de soins de santé (et la nature de ces décisions) lorsque vous n'êtes pas en mesure de les prendre vous-même. Ces directives peuvent contenir des directives précises ou présenter des principes généraux qu'il faut respecter lorsque quelqu'un prend des décisions en matière de soins de santé qui vous concernent. Ces directives sont parfois appelées des "testaments de vie". Les directives désignant un mandataire servent à désigner la personne de votre choix qui prendra des décisions à votre place lorsque vous ne serez plus en mesure de le faire vous-même ».

(Health Law Institute, 2018). Ces directives sont parfois appelées des procurations ou des désignations de mandataire spécial.

Health Law Institute, Dalhousie University. *End of Life Law and Policy in Canada: Advance Directives* [Internet]. 2018. Consultable à l'adresse : [http://eol.law.dal.ca/?page\\_id=231](http://eol.law.dal.ca/?page_id=231)

Les **soins palliatifs** constituent une approche axée sur le confort et la qualité de vie de ceux touchés par une maladie qui limite l'espérance de vie, telle qu'un AVC hémisphérique étendu ou un AVC hémorragique grave. Les soins palliatifs visent à prévenir et à soulager la souffrance physique, sociale, psychologique ou spirituelle des patients victimes d'un AVC, de la famille et des aidants naturels. Ces soins, qui peuvent compléter les traitements modificateurs de la maladie et ceux qui prolongent la vie, ne sont pas nécessairement réservés aux seules personnes dont la mort est imminente.

Une **approche palliative des soins** renvoie aux soins palliatifs qui sont fournis par des spécialistes non spécialisés en soins palliatifs, soit la prise en charge de base des symptômes et les soins psychosociaux de base que tous les cliniciens fournissent aux patients et à leurs familles.

Les **soins en fin de vie** qui font partie de l'approche de soins palliatifs visent à prendre en charge et à traiter les patients mourants ainsi que la famille et les aidants naturels. La période de fin de vie comporte une période de changement (p. ex., aggravation de l'état fonctionnel) plutôt qu'un épisode grave.

**Objectifs de soins dans le contexte des soins palliatifs** : lorsque le pronostic est possiblement sombre, l'équipe médicale peut prendre l'initiative d'amorcer une discussion sur les objectifs de soins avec le patient ou avec son mandataire spécial. La conversation doit avoir pour but de dégager un consensus en ce qui a trait à l'orientation générale des soins, et doit aborder les souhaits déjà exprimés par le patient ainsi que la planification préalable des soins, ainsi que son état et ses besoins actuels. Les thèmes de la discussion seront par exemple : l'endroit de prédilection pour les soins palliatifs, la cessation de certaines interventions médicales, les options en matière de soins de confort et les préférences en cas de mort imminente (p. ex. en ce qui a trait à la réanimation). Le processus a pour but de préparer un document écrit qui aidera l'équipe de soins de santé à prodiguer des soins palliatifs en temps opportun et d'une manière personnalisée. L'état de santé peut évoluer, et il convient donc de réviser ce plan écrit en fonction de l'évolution de l'état ou de changements à l'échelon de l'équipe de soins. Le patient ou le mandataire spécial a la possibilité de modifier ou de réviser ces objectifs de soins à tout moment.