

Soins infirmiers aux patients atteints de troubles de l'humeur et prise en charge ECT

Virginie Maitret IDE-DU ECT-rTMS

2025

SOMMAIRE

- PARTIE 1: Les troubles de l'humeur
 - 1 L'épisode dépressif caractérisé (dépression)
 - 2 L'épisode maniaque

- PARTIE 2: Soins infirmiers aux patients recevant des ECT
 - 1 L'IDE spécialisé à l'ECT
 - 2 L'IDE de secteur

I- Les troubles de l'humeur

- 1 Rôle infirmier auprès d'un patient souffrant de dépression

Mots clés: **Intérêt, Empathie, Stimulation douce et persévérance.**

Objectifs de la prise en charge:

- Restaurer l'estime de soi
- Restaurer la relation à l'autre
- Mise en sécurité
- Resynchroniser

LA DÉPRESSION

+ SYMPTÔMES MANIAQUES
CARACTÉRISTIQUE MIXTE



ABSENCE D'ENVIE



PERTE D'ÉNERGIE



TRISTESSE




CONCENTRATION
MÉMOIRE



RALENTISSEMENT



PRISE / PERTE DE POIDS



INSOMNIE /
HYPERMORPHIE



CULPABILITÉ
DÉVALORISATION



IDÉES SUICIDAIRES

ET VOUS ?

Restaurer l'estime de soi

- Porter un intérêt authentique à la personne : Aménager des temps d'écoute de la souffrance du patient.
- Faire preuve d'empathie
- Mise en place des principes de relation d'aide
- Accompagner la personne dans les gestes de l'hygiène au quotidien (restauration de l'image de soi)
- Ne pas laisser la personne négligée sur elle: ne fait pas exprès de ne pas prendre soin d'elle.
- Stimuler à l'activité plusieurs fois par jour
- Ne jamais culpabiliser le patient



dinos  comics



Restaurer la relation à l'autre

- Persévérance du soignant dans la relation avec le patient (parfois difficile): aide le patient à reconstruire sa confiance en l'autre.
- Encourager la prise de contact avec l'entourage
- Donner des objectifs lors des départs en permission (de + en + importants)
- Faire participer aux actions de la vie quotidienne: faire son lit, mettre la table...et valoriser.

Mise en sécurité

TOUJOURS rechercher l'idéation suicidaire.

Faire des « tours » réguliers (mais pas toujours aux mêmes heures). Ne pas laisser la personne seule longtemps.

→ Echelle RUD:

- Risque: basé sur l'épidémiologie.
- Urgence: évaluation de la probabilité de passage à l'acte dans les 48H.
- Dangereusité: Létalité et accessibilité des moyens + scénario établi.

Risques	Urgence	Dangerosité
<ul style="list-style-type: none"> • Facteurs individuels Antécédents suicidaires personnels, Problèmes de santé mentale (troubles affectifs, abus et dépendance à l'alcool et aux drogues, troubles de personnalité, etc.), Faible estime de soi, sentiment de désespoir ou d'impuissance, Tempérament impulsif, colérique, agressif, Style cognitif rigide. • Facteurs familiaux Violence, abus physiques, psychologiques ou sexuels dans la vie du sujet, Relation conflictuelle entre les parents et le sujet, Pertes et abandons précoces, Problèmes de toxicomanie et d'alcoolisme chez les parents, Négligence de la part des parents, Conflits familiaux et désorganisation familiale, Problèmes de santé mentale d'un ou des parents. • Facteurs psychosociaux Difficultés économiques persistantes, Isolement social et affectif, Séparation et perte récente de liens importants, deuil, Victimisation, intimidation, Difficultés scolaires, professionnelles, Difficulté avec la loi, Présence de problèmes d'intégration sociale 	<ul style="list-style-type: none"> • Probabilité et de l'imminence d'un passage à l'acte Moment du passage à l'acte déterminé Envisage de mettre son plan à exécution très bientôt Faible : pense au suicide, pas de scénario précis, simple flashes Moyen : scénario envisagé, mais reporté Élevé : planification claire, passage à l'acte prévu pour les jours à venir 	<ul style="list-style-type: none"> Niveau d'élaboration du scénario suicidaire Létalité du moyen prévu Comment? quand? où? questions posées de façon directe Niveau de souffrance désarroi ou désespoir, repli sur soi, isolement relationnel, sentiment de dévalorisation ou d'impuissance, sentiment de culpabilité Degré d'intentionnalité idées envahissantes, rumination, recherche ou non d'aide, attitude par rapport à des propositions de soins, dispositions envisagées ou prises en vue d'un passage à l'acte (plan, scénario) Éléments d'impulsivité tension psychique, instabilité comportementale, agitation motrice, état de panique, antécédents de passage à l'acte, de fugue ou d'actes violents Élément précipitant conflit, échec, rupture, perte, etc. Présence de moyens létaux à disposition armes, médicaments, etc. Qualité du soutien de l'entourage proche capacité de soutien ou inversement renforcement du risque dans le cas de familles « à transaction suicidaire ou mortifère »

Niveau de risque	Symptômes	Évaluation RUD	Proposition de prise en charge
0	Pas de détresse	Nulle	RAS
1	Tristesse sans idées noires ou suicidaires	Faible	Avis médecin traitant
2	Idées noires mais pas suicidaires	Faible	Avis médecin traitant ou psychiatre
3 ou 3	Idées suicidaires fluctuantes sans projet ou sans ATCD psychiatriques	Faible à Moyen	Avis psychiatrique ambulatoire
4	Idées suicidaires actives sans projet ou ATCD psychiatriques	Moyen	Avis psychiatrique avec +/- une hospitalisation
5 ou 5	Idées suicidaires actives sans projet avec ATCD psychiatriques	Moyen à Élevé	Avis psychiatrique, hospitalisation fortement recommandée
6	Idées suicidaires actives avec projet sans ATCD psychiatriques	Élevé	Hospitalisation en urgence
7	Idées suicidaires actives avec projet avec ATCD psychiatriques – Passage à l'acte	Élevé	Hospitalisation en urgence

source: HAS. **La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge**, 2020.

La resynchronisation

- Souvent, le rythme nycthémérale est perturbé dans la dépression. Les protocoles de resynchronisation peuvent aider à restaurer le sommeil.
- Intérêt de la lumphothérapie: Exposition à la lumière du soleil ou lampe à 30 cm pendant 20 minutes.
- En service, proposer des activités physiques le matin: centre sportif, marche, gym douce...
- Et des activités cérébrales dans l'après midi: jeux de société, activités créatives, entretien infirmier...
- Cf protocole établi par l'unité Michel Jovet

POUR BIEN DORMIR

Ne se coucher **que pour dormir** (pas de télévision, ni de téléphone, ni d'ordinateur, ni de repas au lit).

Créer un **environnement** calme et apaisant où il fait bon dormir :



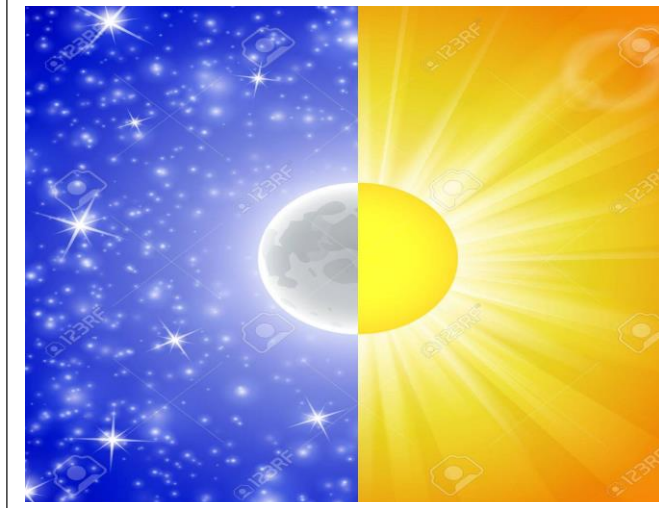
Limiter le temps passé au lit et réserver le lit au sommeil et à l'intimité.

Eviter de consommer des **excitants** le soir (thé, café, colas, nicotine, vitamine C, boissons énergisantes)



Préférer un **dîner léger**

Pour **se restaurer**, l'organisme va se refroidir en début de nuit et ralentir son fonctionnement, privilégier une douche tiède le soir et dormir dans un lieu frais.



Respecter son **chronotype** (chaque personne a un sommeil particulier: on est plutôt du matin ou plutôt du soir, petit ou long dormeur).

POUR ETRE BIEN EVEILLE



Ne pas chercher à prolonger le sommeil, **le matin**, une fois réveillé, se lever.



Au réveil, **réchauffez-vous** en prenant une douche chaude, en vous étirant, en prenant un petit déjeuner chaud (le chaud favorise le réveil).

S'exposer à la lumière

Pratiquer une **activité physique et activité cérébrale** en journée.



Rôle sur prescription

- Surveillance des effets secondaires des traitements antidépresseurs:
En plus de la dispensation, l'IDE devra mettre en place une surveillance des effets secondaires possibles des traitements antidépresseurs :
- Perturbation de l'hémodynamique: Hypo TA orthostatique, HTA...
- Troubles digestifs: nausées, constipation,
- Troubles neurologiques: tremblements
- Prise de poids
- Sédation

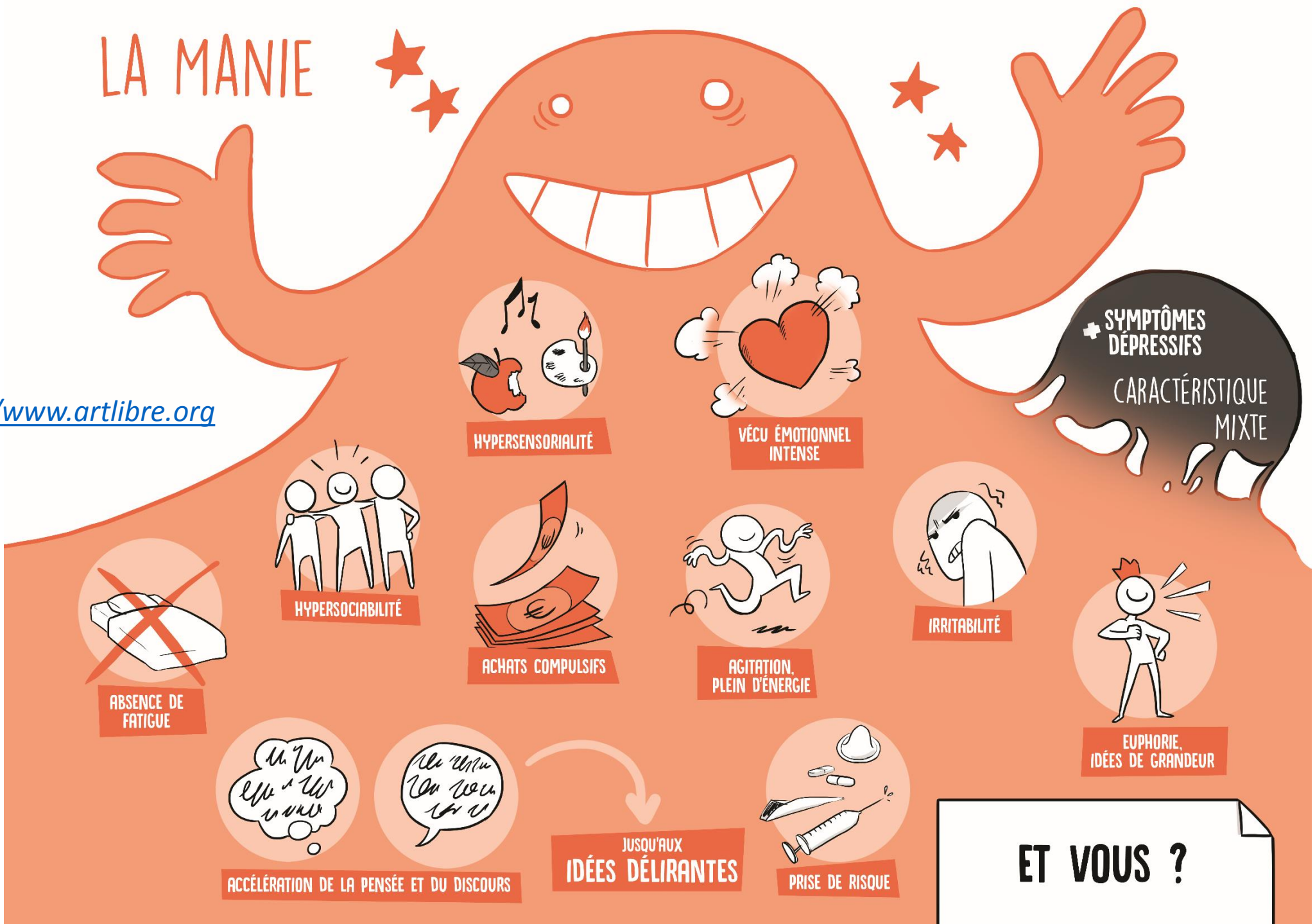
** Cette liste est non exhaustive*

...

- 2- Rôle infirmier auprès d'un patient *en état maniaque*:
- Mots clés: **Contenance, Calme** et **Protection**.
- Objectifs de la prise en charge:
 - Contenance et mise en sécurité
 - Verbalisation et mise en sens du vécu
 - Apprentissage de la gestion de soi et de sa maladie

LA MANIE

<http://www.artlibre.org>



...

- Contenance et mise en sécurité:
 - Souvent recours à l'isolement
 - Le soignant doit rester calme en toute circonstance
- Mise en place d'un cadre protecteur:
 - Réduction des interactions avec l'extérieur (appels restreints)
 - Port du pyjama institutionnel (?): réduit le risque de fugue, remet en position de patient
 - Sorties limitées ou interdites: réduction des interactions sociales et limite le risque de fugue
 - Visites réduites voire suspendues: Réduction des interactions sociales, repos de la famille.

...

- Verbalisation et mise en sens du vécu
 - Ne pas laisser la personne déambuler, avoir un comportement débordant: pointer les troubles du comportement.
 - Entretien court (5 à 15 min). Phrases courtes.
 - Toujours recentrer sur l'idée de base. Ne pas laisser aller aux digressions.
 - Formalisation du vécu, précision des pensées.
- Apprentissage de la gestion de soi et de sa maladie
 - Favoriser l'apprentissage d'une bonne hygiène de vie (sommeil, alimentation, sport...)
 - Faire repérer les signes avant coureurs d'une rechute pour éviter les épisodes « intenses » et les hospitalisations.

Rôle sur prescription

- Thymorégulateurs: Lithium, Valproate, carbamazépine...
 - Surveillance fonction urinaire avec le lithium, bilan rénal
 - Surveillance de la fonction hépatique avec les valproates, chutes de cheveux et prise de poids possibles.
 - ECG (risque BAV) avec Carbamazépine et risque de rétention urinaire.
- Traitements sédatifs: Loxapac, Tercian, Valium...
 - Sédation: risque de chutes!
 - Surveillance du transit, constipation fréquente.

En résumé...

- Les troubles de l'humeur nécessitent une prise en charge infirmière constante.
- Il est parfois difficile de maintenir le lien, mais cela fait partie du soin.
- Il faut rester calme en toute circonstance (sauf urgence vitale).
- Rôle important de restauration de l'estime de soi et de la relation à l'autre.
- Rôle infirmier d'éducation thérapeutique.
- Rôle important d'évaluation du risque suicidaire et mise en place d'actions pour la sécurité du patient.



II: Prise en charge IDE en électroconvulsivothérapie

- **Définition:** Technique thérapeutique consistant à induire des convulsions au moyen de l'électricité. Le soin est réalisé dans une salle de traitement dédiée, sous AG avec suite de la prise en charge en SSPI (salle de surveillance post intervention ou salle de réveil).
- Utilisée depuis 1938, l'électroconvulsivothérapie (ECT) s'est d'abord appelé électrochocs, puis sismothérapie.
- Le principe thérapeutique reste inchangé mais la technique a beaucoup évolué depuis son invention.

Généralités

- Ce traitement est proposé sur *indication médicale*, notamment en cas de *résistance* aux traitements médicamenteux.
- Le *consentement* de la personne est obligatoire. S'il est impossible à obtenir, la famille et/ou le tuteur sont sollicités.
- Le patient est d'abord traité à raison de 2 séances par semaine en période de *cure*. L'*hospitalisation* est indispensable.



L'ELECTROCONVULSIVOTHERAPIE (ECT)

Madame, Monsieur,

Votre médecin vous a demandé de venir consulter auprès de l'unité UGO CERLETTI du Dr GALVAO, pour vous soigner par électroconvulsivothérapie (ECT).

Ce document décrit et vous informe des modalités de ce soin.

L'ECT est également appelée sismothérapie (anciennement « électrochoc »). Cette thérapie bénéficie d'une très longue expérience et ses techniques d'administration sont maintenant optimisées.

En l'état actuel des connaissances scientifiques l'ECT est un traitement dont les indications, les bénéfices attendus et effets indésirables sont bien connus.

QUI SOMMES-NOUS ?

L'unité UGO CERLETTI est spécialisée dans le traitement de la dépression et des troubles psychiatriques résistants, au moyen de thérapies biologiques non médicamenteuses. Elle dépend du service Hospitalo-Universitaire de Psychiatrie de l'adulte du Dr GALVAO. L'unité a également un rôle de formation et de recherche.

L'équipe médicale est composée de deux médecins psychiatres, plusieurs médecins anesthésistes et d'un interne en psychiatrie. L'équipe paramédicale est composée de 8 infirmiers diplômés d'état et d'une aide-soignante. Une secrétaire complète le personnel de l'unité.

Cette unité réalise des soins par ECT depuis son ouverture, et a une grande expérience de ce traitement. Elle respecte les normes strictes de sécurité médicale.

QU'EST CE QUE L'ECT

Il s'agit d'un traitement médical, consistant à induire, sous anesthésie générale, une crise convulsive, au moyen de l'électricité.

Ce traitement est indiqué principalement dans certaines formes sévères et/ou résistantes de dépressions. Il peut être proposé en première intention ou après échec de traitements médicamenteux. Il est également indiqué dans des formes sévères de schizophrénie, résistantes aux traitements médicamenteux ; et dans la manie résistante.



INFORMATIONS MEDICALES SUR L'ANESTHESIE

Ce document est destiné à vous informer sur l'anesthésie, ses avantages et ses risques. Nous vous demandons de le lire attentivement, afin de pouvoir donner votre consentement à la procédure anesthésique qui vous sera proposée par le médecin anesthésiste réanimateur. Vous pourrez également poser des questions à ce médecin sur cette procédure. Pour les questions relatives à l'acte qui motive l'anesthésie, il appartient au spécialiste qui réalisera l'acte d'y répondre.

QU'EST-CE QUE L'ANESTHESIE ?

L'anesthésie est un ensemble de techniques qui permet la réalisation d'un acte chirurgical, obstétrical ou médical en supprimant ou en atténuant la sensation douloureuse. Il existe deux grands types d'anesthésie : l'anesthésie générale et l'anesthésie loco-régionale.

- **L'anesthésie générale :** C'est un état comparable au sommeil, produit par l'injection de médicaments par voie intraveineuse et/ou par la respiration de gaz anesthésiques. Certains actes peuvent être réalisés sous sédation qui est une forme d'anesthésie générale peu profonde.

- **L'anesthésie loco-régionale :** Elle permet, par différentes techniques, de rendre insensible que la partie du corps sur laquelle portera l'opération.

Toute anesthésie, générale ou loco-régionale, réalisée pour un acte non urgent, nécessite une consultation du spécialiste en anesthésie-réanimation, au moins 48 heures à l'avance, et une visite pré anesthésique la veille ou quelques heures avant l'anesthésie selon les modalités d'hospitalisation. Au cours de la consultation et de la visite, vous êtes invitée à poser les questions que vous jugez utiles à votre information. Le choix du type d'anesthésie sera déterminé en fonction de l'acte prévu, de votre état de santé et du résultat des examens complémentaires éventuellement prescrits.

Le choix final relève de la décision et de la responsabilité du médecin anesthésiste réanimateur qui pratiquera l'anesthésie.

QUELLE SERA LA SURVEILLANCE PENDANT L'ANESTHESIE ET LE REVEIL ?

L'anesthésie, quel que soit son type, se déroule dans une salle équipée d'un matériel adéquat adapté à votre cas et régulièrement vérifié. En fin d'intervention, vous serez consultée dans une salle de surveillance post-interventionnelle pour y être surveillée de manière continue avant de regagner votre chambre ou de quitter l'établissement. Durant l'anesthésie et votre passage en salle de surveillance post-interventionnelle, vous serez placée sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste réanimateur assisté par un personnel infirmier.

QUELS SONT LES RISQUES DE L'ANESTHESIE ?

Tout acte médical, même conduit avec compétence et dans le respect des données acquises de la science, comporte un risque. Les conditions actuelles de surveillance de l'anesthésie et de la période du réveil permettent de détecter rapidement les anomalies et de les traiter. Pour cela il est important de faire part au médecin anesthésiste réanimateur et au personnel infirmier chargé de la surveillance, de tous les maux que vous pourriez ressentir au cours ou après une anesthésie.

QUELS SONT LES INCONVÉNIENTS ET LES RISQUES DE L'ANESTHESIE GENERALE ?

Les nausées et les vomissements au réveil sont devenus rares avec les nouvelles techniques et les nouveaux médicaments. Les accidents liés au passage d'aliments dans les poumons lors de vomissement sont très rares si les consignes de jeûne sont bien respectées.

L'introduction d'un tube dans la trachée (intubation) ou dans la gorge (masque laryngé) pour assurer la respiration pendant l'anesthésie peut provoquer des maux de gorge ou un enrouement passager.

Des traumatismes dentaires sont également possibles. C'est pourquoi il est important que vous signaliez tout appareil ou toute fragilité dentaire particulière. Une douleur douloureuse au niveau de la veine dans laquelle les produits ont été injectés peut s'observer. Elle disparaît en quelques jours.

Des troubles passagers de la mémoire ou une baisse passagère des facultés de concentration peut survenir dans les heures suivant l'anesthésie.

Des complications imprévisibles comportant un risque vital comme une allergie grave, un arrêt cardiaque, une asphyxie sont extrêmement rares. Pour donner un ordre de grandeur, une complication sévère ne survient que sur des centaines de milliers d'anesthésies.

ORGANISATION DU SERVICE D'ANESTHESIE

Pour une meilleure organisation des soins et pour augmenter la sécurité, les anesthésistes réanimateurs travaillent en équipe. Le médecin qui pratique l'anesthésie n'est pas obligatoirement le même que celui que vous avez rencontré en consultation pré-anesthésique. Néanmoins, l'anesthésiste réanimateur consultant a pris la précaution de transmettre votre dossier à son confrère qui vous prend en charge. De même, au cours de la période post-opératoire, vous pourrez être amenée à rencontrer d'autres membres de l'équipe d'anesthésie réanimation.

...

- Selon les indications, l'efficacité peut aller *jusqu'à 85% de rémissions*.
- Ce soin est en général très bien toléré, avec souvent moins d'effets secondaires que les traitements médicamenteux.

Indications

- Dépression résistante: échec de 2 antidépresseurs de classes différentes, bien conduits en termes de posologie et de durée
- La catatonie, d'origine psychiatrique ou non,
- La psychose puerpérale, y compris en période de grossesse,
- L'état maniaque sévère et/ou résistant
- Les symptômes résistants de la schizophrénie...

...

- L'ECT est en général un traitement de seconde intention. Il peut être utilisé en première intention s'il y a un risque vital à court terme (catatonie, risque suicidaire).
- Les personnes âgées représentent une majorité de patient pris en charge en ECT.

Contre indications

- Une seule contre indication absolue: L'hypertension intra crânienne.
- Toujours à mettre dans la balance bénéfices risques.
- AVC ou IDM récent
- Anévrysme
- Phéochromocytome
- Décollement de rétine
- Antécédent d'ECT inefficaces ou avec effets secondaires graves.
- En général, ce soin n'est pas proposé aux enfants car peu de précédents dans l'histoire de la technique.

A l'arrivée du patient

Prise en charge IDE:

- Vessie vide
- Identitovigilance
- Installation sur un brancard
- Vérification du jeûne
- Mise sous scope cardio, TA, Saturation sous air. Prise des constantes pré ECT.
- Installation d'électrodes d'enregistrement EEG
- Pose de voie veineuse périphérique
- Retrait des prothèses mobiles et objets dangereux
- Rôle de réassurance +++ surtout lors de la première séance.



Electrodes d'enregistrement EEG et ECG





Prise en charge en salle de traitement

- La patiente est pris en charge par l'IDE de salle:
 - Rôle de réassurance +++
 - Bonne installation du patient
 - Mise sous O2 immédiate (réserve pré anesthésie)
 - Mise en place du cale dents

- Manipulation des électrodes de stimulation
- Gestion du matériel et de la pharmacie
- Assistance du psychiatre et de l'anesthésiste



...

- Le patient est monitoré EEG jusqu'à certitude de l'arrêt de la crise convulsive.
- Monitorage ECG/ TA/ Pouls jusqu'au réveil complet du patient
- Utilisation d'un courant bref pulsé à ondes carrées.
- Charge de stimulation exprimée en Milli coulons. Equivalent à la puissance électrique passant dans un fil de chargeur de téléphone portable.
- Le passage du courant dure de 1 à 8 secondes selon la charge délivrée.
- La crise convulsive dure en moyenne 30 secondes, elle est spontanément résolutive
- Protocole d'urgence si crise prolongée.

L'anesthésiste décide de la sortie en salle de réveil

La salle de réveil

- Le patient est immédiatement pris en charge par un IDE:
 - Evacuation des déchets (électrodes, cale-dents...)
 - Ré-installation
 - Surveillance de la couleur des téguments, des mouvements
 - Gestion de l'oxygénothérapie sous responsabilité de l'anesthésiste
 - Relève des constantes toutes les 5 minutes minimum
 - Stimulation au réveil, évaluation de la reprise de conscience
 - repérage des effets indésirables et transmissions au médecin



Salle de réveil

Sous surveillance infirmière

L'anesthésiste autorise la sortie de salle de
réveil

La salle de repos

- L'anesthésiste autorise la sortie de la patiente de salle de réveil:
 - L'IDE accompagne la patiente en salle de repos
 - Surveillance comportementale
 - Gestion des retours du patient
 - Programmation des futurs RDV
- Si patient en hôpital de jour: Surveillance du premier repas et départ à 14H.



Salle de repos

En attente du retour du
patient dans son service/ à
domicile

Rôle IDE en dehors du soin

- Programmation des évaluations médicales en collaboration avec le médecin
- Programmation des RDV d'ECT en fonction des évaluations médicales
- Programmation des rappels de consultation anesthésie
- Staff pluri professionnel hebdomadaire
- Formation et informations aux étudiants +++, ainsi qu'aux professionnels
- IDE de SSPI (salle de réveil)
- Gestion des stocks de matériel et des stocks pharmacie
- Vérification fonctionnalité du matériel (ouverture de salle)

PROTOCOLE ECT DE CONTINUATION

Espacement des séances	Nombre de séances	Durée
1 semaine	4	1 mois
2 semaines	4	2 mois
4 semaines	3	3 mois

PROTOCOLE ECT DE MAINTENANCE

Espacement des séances	Nombre de séances	Durée
1 semaine	4	1 mois
2 semaines	4	2 mois
3 semaines	2	1,5 mois
4 semaines	6	6 mois
5 semaines	5	6 mois
6 semaines	4	6 mois
8 semaines	3	6 mois

Collaboration aide soignante

- L'ASD participe à l'installation et à la surveillance du patient.
- Participe à la gestion des repas en post ECT
- Rôle d'observation des effets attendus et secondaires
- Réassurance
- Formation des EASD et EIDE

Collaboration avec l'IDE de secteur

- A un rôle primordial à jouer dans les soins du patient.
- Préparation du patient en pré ECT:
 - Précautions médicamenteuses
 - Respect du jeûne
 - Ré-assurance +++
 - Soins d'hygiène pré-ECT (soins de bouche, douche...)
 - Vessie vide, protection si besoin
 - Accompagnement physique dans le service

Il est indispensable que l'IDE de secteur soit bien informé au sujet des ECT pour pouvoir préparer et rassurer efficacement son patient.

SERVICE UGO CERLETTI (ELECTROCONVULSIVOTHERAPIE ou ECT)

L'ECT qu'est-ce que c'est ?

C'est une technique thérapeutique qui consiste à induire des crises convulsives au moyen de l'électricité. Elle est indiquée dans les pathologies psychiatriques résistantes aux traitements médicamenteux. Elle est notamment proposée en cas de dépression résistante.

On l'appelait avant « sismothérapie ».

Votre patient doit recevoir des soins par ECT ?

Votre collaboration nous est précieuse. Une préparation est nécessaire pour garantir la sécurité lors des soins de votre patient.

- Le patient doit être à jeun, de solide, liquide et de tabac en raison d'un risque d'inhalation durant le soin.
- Les soins de bouche ou lavage de dents doivent être réalisés pour éviter que des débris alimentaires ne soient inhalés lors de la ventilation mécanique assistée.
- Faire vider la vessie des patients et/ou mettre en place une protection anatomique si besoin.
- Des vêtements de rechange sont à prévoir car des fuites urinaires peuvent survenir lors du soin.
- Fournir la dernière ordonnance pour écarter tout risque anesthésique et interactions médicamenteuses.

Les soins se déroulent d'abord en phase curative, deux fois par semaine pendant six à dix semaines, puis le médecin décidera de l'arrêt des soins ou de la continuation des ECT de façon de plus en plus espacée en prévention de rechute.

Le déroulement de la séance :

Le patient est accueilli par l'équipe infirmière qui l'installe sur un brancard après avoir vérifié son identité. Nous nous assurons que le jeûne a été respecté puis nous installons un monitoring comprenant :

- Un tensiomètre
- Un saturomètre
- Un scope cardiaque
- Des électrodes frontales pour l'enregistrement EEG lors de la séance.

Un cathéter veineux périphérique est posé.

Les prothèses mobiles sont retirées (dentiers, appareils auditifs, lunettes...) ou tout objet pouvant blesser le patient ou à risque de détérioration.

L'anesthésiste vérifie que toutes les consignes de sécurité ont été respectées, puis il consulte l'ordonnance et procède à l'anesthésie et à la curarisation (à visée myorelaxante).

Lorsque le patient est endormi, un stimulus électrique transcrânien est appliqué, durant 1 à 8 secondes, puis une crise convulsive survient. Cette crise est spontanément résolutive en 20 à 60 secondes en général.

Lorsque les paramètres vitaux sont stables et que le patient reprend une ventilation spontanée, il est dirigé en salle de réveil sous la surveillance des IDE.

Et Après ? :

Le patient peut reprendre l'alimentation et l'hydratation une heure après l'induction de l'anesthésie. A ce moment-là, s'il est hospitalisé au CH le Vinatier, il peut être raccompagné dans son service, en présence d'un soignant.

Il n'y a pas de surveillance spécifique en post ECT, sauf consigne particulière. Des maux de tête peuvent survenir, qui sont généralement bien soulagés par les antalgiques de palier 1 type Paracétamol.

Une confusion peut perdurer dans les heures qui suivent. Nous conseillons donc d'éviter les sorties du service non accompagnées les jours de séance.

Y'a-t-il des précautions particulières avec les traitements médicamenteux ?



Votre patient doit être à jeun, néanmoins, la délivrance de certains traitements est conseillée :

- Les Antihypertenseurs : Le patient souffrant d'HTA doit prendre ce type de traitement en pré ECT pour éviter que le pic hypertensif induit par le soin ne soit trop important.
- Les traitements de pathologies chroniques nécessitant une prise horaire fixe et régulière : Modopar®, Levothyrox®...
- Une prémédication est possible en pré ECT, pour éviter les états anxieux importants qui pourraient s'avérer délétères pour la prise en charge. Les benzodiazépines sont à éviter autant que possible le matin des ECT.



Ces traitements sont à dispenser avec une très petite quantité d'eau.

Le reste du traitement pourra être décalé à la prise du midi.

Au contraire, certains traitements sont contre-indiqués :



- **Le Lithium** ou Théralithe® ne doit pas être administré ni la veille au soir (sous sa forme à libération prolongée), ni le matin des ECT (sous toutes ses formes). Ceci en raison d'un risque élevé de confusion sévère post ECT.
- **Les anticoagulants injectables** ne doivent pas être injectés le matin des ECT en raison d'un risque hémorragique. En règle générale, la prise d'anticoagulant nécessite la surveillance accrue des facteurs de coagulation en cas d'ECT. Un INR devra être fourni avant chaque séance.
- **Les Antidiabétiques oraux** ou injections d'insuline sont à éviter en pré ECT en raison du jeûne nécessaire au soin.
- **Les benzodiazépines** sont à éviter en pré ECT mais la prise d'un tel traitement ne constitue pas une contre-indication à la séance.

→ Une consultation d'anesthésie préalable au début des soins est obligatoire pour écarter tout risque vital. Au décours de celle-ci, d'autres consignes peuvent être délivrées pour assurer la sécurité des patients.

...

- Surveillance du patient en post ECT
 - Raccompagne le patient en service
 - Evaluation confusion/effets secondaires
 - Pas de surveillance hémodynamique, sauf symptômes ou consignes anesthésiste.
 - Eviter sorties seul le jour même
 - Pas de signature de documents importants
 - Pas d'alcool
 - Pas de conduite de véhicule
 - Présence dans les 24H suivant le soin (comme pour toute anesthésie générale)

...

- Rôle IDE au cours du TTT par ECT
 - Rôle d'observation primordial
 - Evaluation des effets attendus de l'ECT
 - TRANSMISSIONS!!!
 - Lien avec la famille
 - Réassurance régulière du patient (troubles mnésiques dus aux ECT)

En résumé...

- Rôle IDE très important dans les prise en charge ECT avant, pendant et après le soin.
- Rôle d'enseignement important auprès des étudiants et professionnels.
- Nécessité d'être bien formé: DIU ECT, formation salle de réveil.
- Rôle de collaboration avec les IDE de secteur.

POUR EN SAVOIR PLUS

IDE UGO CERLETTI 04 37 91 54 51
virginie.maitret@ch-le-vinatier.fr

Visionnage d'un film documentaire à l'unité Ugo Cerletti
Parcours de stage possible à Ugo Cerletti.

