

Soins infirmiers aux patients atteints de troubles de l'humeur Neuromodulations

Virginie De Almeida IDE-DU ECT-rTMS

2026

SOMMAIRE

- PARTIE 1: Les troubles de l'humeur
 - 1 L'épisode dépressif caractérisé (dépression)
 - 2 L'épisode maniaque
- PARTIE 2: Les Neuromodulations
 - 1 L'électroconvulsivothérapie
 - 2 La r'TMS
 - 3 La TDCS

I- Les troubles de l'humeur

L'épisode dépressif caractérisé

Rappels/ définitions

- Le diagnostic est posé lorsqu'une personne présente une **humeur dépressive** ou une **perte de l'élan vital**, associés à d'autres symptômes tels que: **la tristesse pathologique**, la **perte de plaisir** et des **troubles cognitifs**, avec un retentissement majeur sur la vie du patient et de son entourage. Tous les jours depuis au moins deux semaines, et ce en présence d'un retentissement des symptômes et d'une souffrance associée. (Inserm)
- Les troubles dépressifs, également regroupés sous le terme de « dépression », sont des troubles mentaux courants qui touchent toutes les catégories de population. Ils se caractérisent par une **tristesse persistante** ou par une **perte durable de la capacité à éprouver de l'intérêt ou du plaisir** pour les activités qui en procuraient auparavant. (OMS)

LA DÉPRESSION

+ SYMPTÔMES MANIAQUES

CARACTÉRISTIQUE MIXTE



ABSENCE D'ENVIE



PERTE D'ÉNERGIE



TRISTESSE



↓ CONCENTRATION
↓ MÉMOIRE



RALENTISSEMENT



PRISE / PERTE DE POIDS



INSOMNIE /
HYPERSONNIE



CULPABILITÉ
DÉVALORISATION



IDÉES
SUICIDAIRES

ET VOUS ?

Epidémiologie

1 personne sur **5**



a souffert ou souffrira
d'une dépression
au cours de sa vie

Une maladie
potentiellement mortelle :

**5 à 20 % des patients
se suicident**

La dépression est la première cause de morbidité et d'incapacité dans le monde.

Selon les dernières estimations de **l'Organisation mondiale de la Santé** (OMS), plus de 300 millions de personnes dans le monde vivent désormais avec ce problème, soit une augmentation de plus de 18% de 2005 à 2015.

- Rôle infirmier auprès d'un patient souffrant de dépression

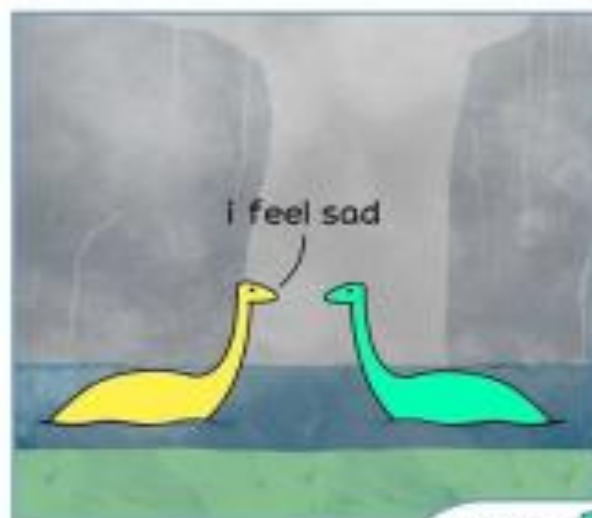
Mots clés: **Intérêt, Empathie, Stimulation douce et persévérance.**

Objectifs de la prise en charge:

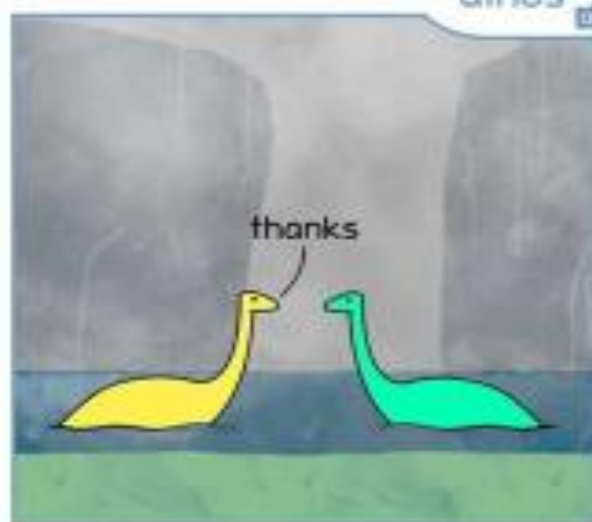
- Restaurer l'estime de soi
- Restaurer la relation à l'autre
- Mise en sécurité
- Resynchroniser

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 UDR:

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

Risques	Urgence	Dangerosité
<p>• Facteurs individuels</p> <p>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.</p> <p>• Facteurs familiaux</p> <p>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.</p> <p>• Facteurs psychosociaux</p> <p>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</p>	<p>• Probabilité et de l'imminence d'un passage à l'acte</p> <p>Moment du passage à l'acte déterminé</p> <p>Envisage de mettre son plan à exécution très bientôt</p> <p>Faible : pense au suicide, pas de scénario précis, simple flashes</p> <p>Moyen : scénario envisagé, mais reporté</p> <p>Élevé : planification claire, passage à l'acte prévu pour les jours à venir</p>	<p>Niveau d'élaboration du scénario suicidaire</p> <p>Létalité du moyen prévu</p> <p>Comment? quand? où? questions posées de façon directe</p> <p>Niveau de souffrance</p> <p>désarroi ou désespoir, repli sur soi, isolement relationnel, sentiment de dévalorisation ou d'impuissance, sentiment de culpabilité</p> <p>Degré d'intentionnalité</p> <p>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)</p> <p>Éléments d'impulsivité</p> <p>tension psychique, instabilité comportementale, agitation motrice, état de panique, antécédents de passage à l'acte, de fugue ou d'actes violents</p> <p>Élément précipitant</p> <p>conflit, échec, rupture, perte, etc.</p> <p>Présence de moyens létaux à disposition</p> <p>armes, médicaments, etc.</p> <p>Qualité du soutien de l'entourage proche</p> <p>capacité de soutien ou inversement renforcement du risque dans le cas de familles « à transaction suicidaire ou mortifère »</p>

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 lumineothérapie: 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 Jouvet

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 :



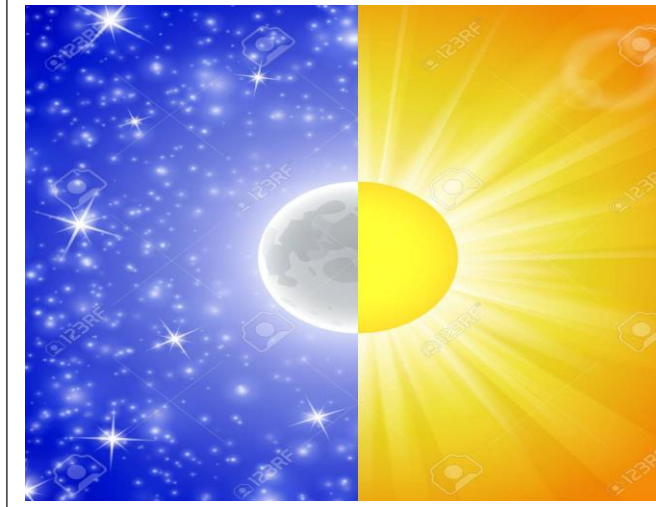
Limitier le temps passé au lit et réserver le lit au sommeil et à l'intimité.

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*

Traitements par psychotropes

- Depuis quelques années:
 - Kétamine (ou eskétamine)
 - Psilocybine (pas en France)



Prises en charge spécifiques, sous surveillance +++ (Hôpital de jour)

Rapidité d'action dans les troubles dépressifs résistants, mais l'efficacité ne dure pas.

Intérêt dans la crise suicidaire.

L'épisode maniaque

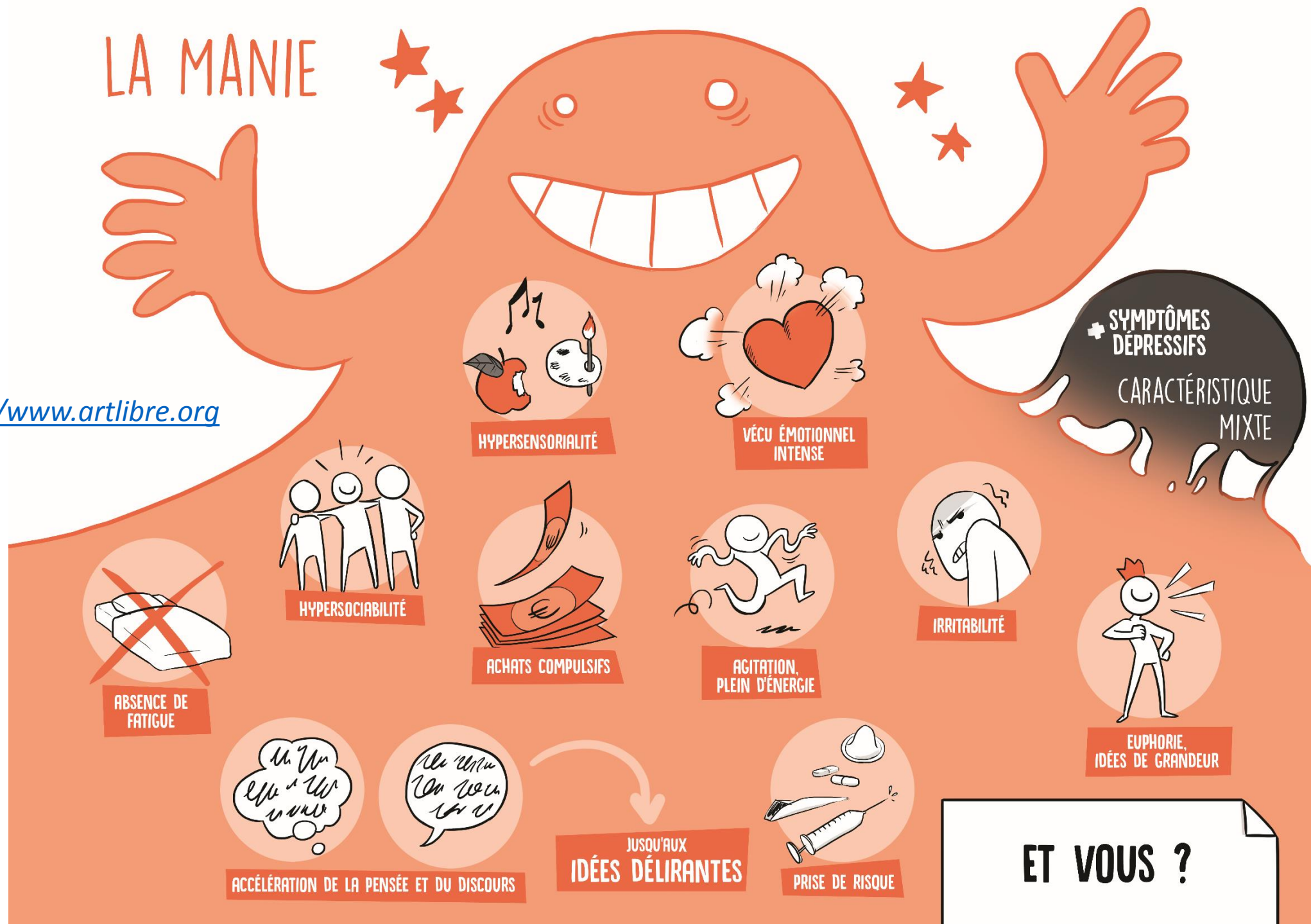
Rappels/définitions

- Le trouble bipolaire est un problème de santé mentale qui affecte l'humeur, l'énergie, l'activité et les pensées et qui se caractérise par des épisodes maniaques (ou hypomaniaques) et des épisodes dépressifs. (OMS)
- Dans le trouble bipolaire, les épisodes de dépression alternent avec les épisodes de manie.

La manie se caractérise par des sentiments excessifs d'exaltation et de confiance ou par une activité physique très disproportionnée par rapport à la situation, et les personnes peuvent adopter des comportements à risque. (DSM 5)

LA MANIE

<http://www.artlibre.org>



...

- 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

...

- 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: FAIRE BOIRE++
 - 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: Les Neuromodulations

Définitions:

- En psychiatrie, désigne plus particulièrement les thérapies qui impliquent l'application de courants électriques ciblés dans le tissu nerveux cérébral.
- Très utilisées dans le traitement des troubles de l'humeur
- ECT, rTMS et TDCS sont les principales

1 l'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.

...

- 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
- Anévrisme
- 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.



Précautions à prendre:

- Patient à jeun strict
- Identitovigilance
- Prothèses dentaires/auditives retirées
- Monitoring TA, saturation O2, ECG et EEG
- Surveillance en salle de réveil
- Prescription horaire de départ du service donnée par l'anesthésiste (selon la provenance du 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.

2 La r'TMS

- Technique thérapeutique consistant à appliquer un champ magnétique au niveau du crâne, au moyen d'une bobine en huit.
- Utilisée depuis les années 1980
- Effets thérapeutiques prouvés auprès des patients dépressifs et autres troubles psychiatriques (HAV notamment)

Principes thérapeutiques

- Une utilisation courante de la TMS est la stimulation dite *répétitive* (rTMS) qui consiste à émettre une série d'impulsions pendant un intervalle de temps donné de façon à modifier sensiblement l'activité de la région visée.
- On peut contrôler l'intensité du stimulus, la région cérébrale à stimuler, la fréquence des trains d'impulsions délivrée. Une fréquence inférieure à 1 Hertz est inhibitrice (inhibition), si elle est supérieure à 3 Hertz ,elle est excitatrice(stimulation).
- Soins réalisés à un rythme de cure 2 fois/jour pendant 30 séances et évaluations médicales: continuation?

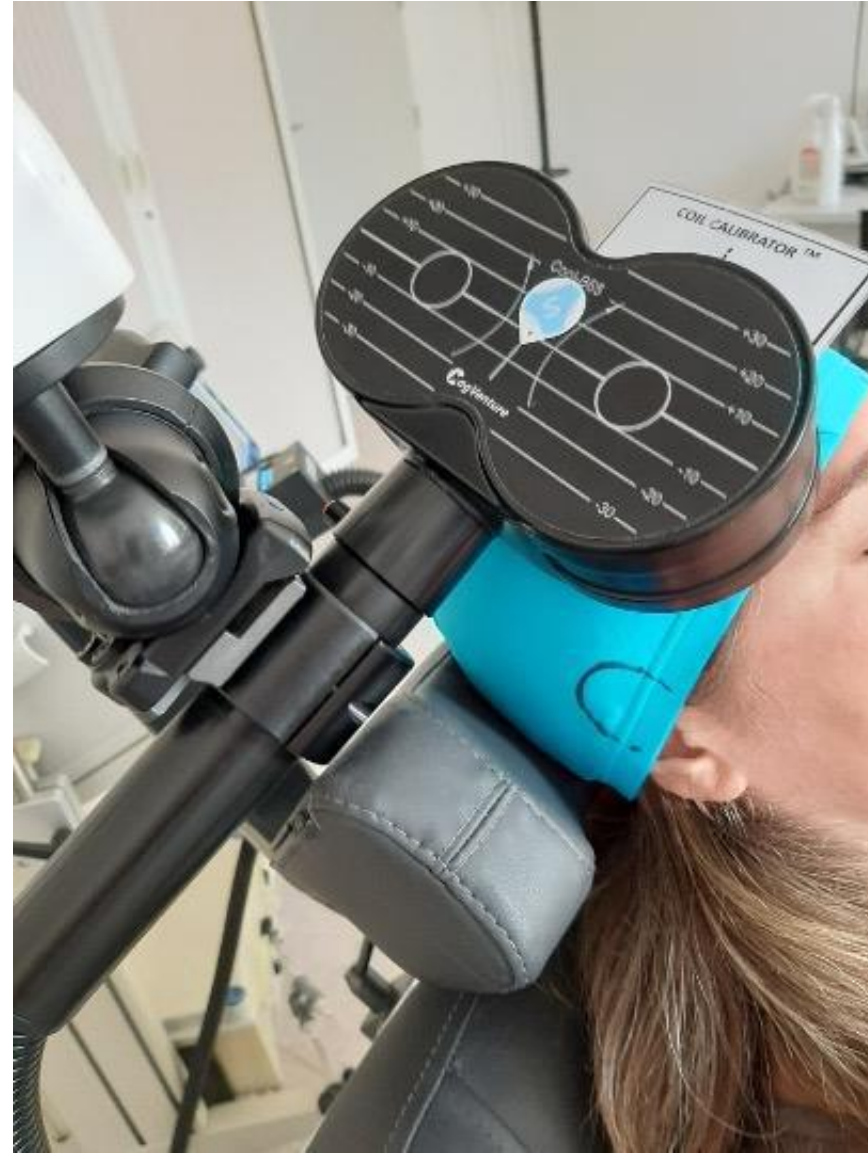
Contre indications

- Matériel métallique intracrânien
- Pacemaker, pompes implantées ou autre matériel type implants cochléaires...

Situations à risque:

- Encéphalopathies (tumeurs, AVC, ...)
- Épilepsie non traitée
- Médicaments diminuant le seuil épileptogène
- Alcool en sevrage, drogues épileptogènes
- Pathologies cardiaques ou HTA intracrânienne
- !!! EPILEPSIE: risque principal mais faible







Effets secondaires

- Pour le patient: douleur au point de stimulation, bruit de la stimulation, stimulation d'un nerf facial, épilepsie...: bouchons d'oreilles, espacement des séances de 2h00...Maux de tête au décours de la séance, prise de paracétamol si besoin.
- Pour le manipulateur: Pas de travaux dessus mais s'éloigner de la bobine une fois le programme lancé. TMS induits pas la rTMS? Bouchons d'oreilles?
- Les études ont montrées 50 à 60 % de résultats positifs

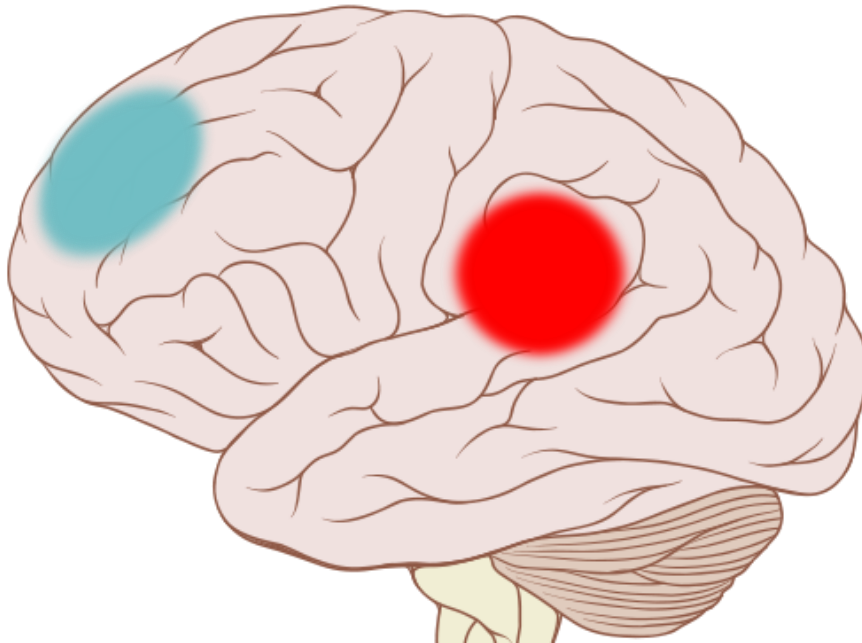
3 La TDCS: stimulation par courant direct

- La Stimulation transcrânienne par courant électrique continu= technique de stimulation non invasive qui permet de moduler de façon transitoire l'activité et la connectivité du cerveau
- Courant électrique de faible intensité = 1 à 2 mA
- Sans effet secondaire connu
- Une **anode** excitatrice + une **cathode** inhibitrice
- Uniquement dans le cadre d'études cliniques



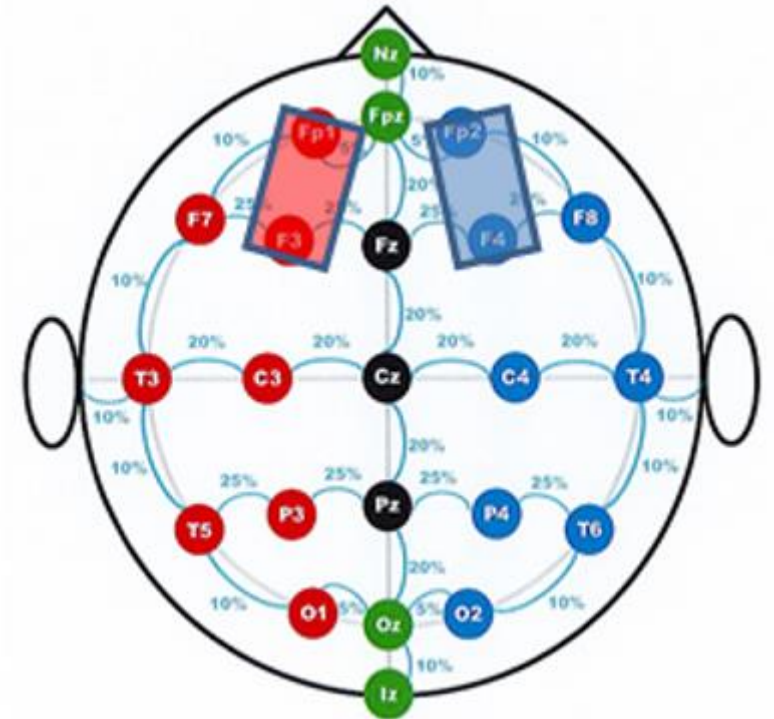
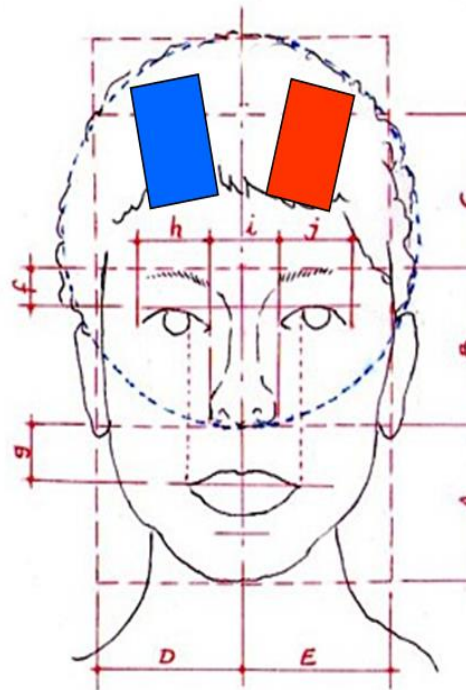
Placement des électrodes 1

Utilisée pour le traitement des symptômes
de la schizophrénie
- en adjonction d'un antipsychotique



Placement des électrodes 2

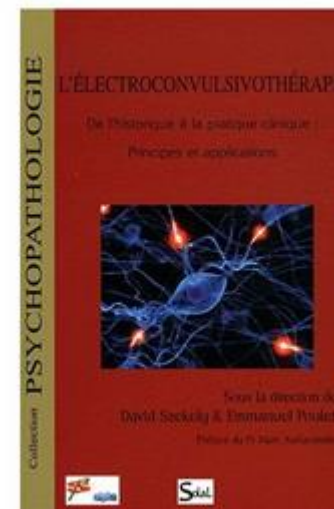
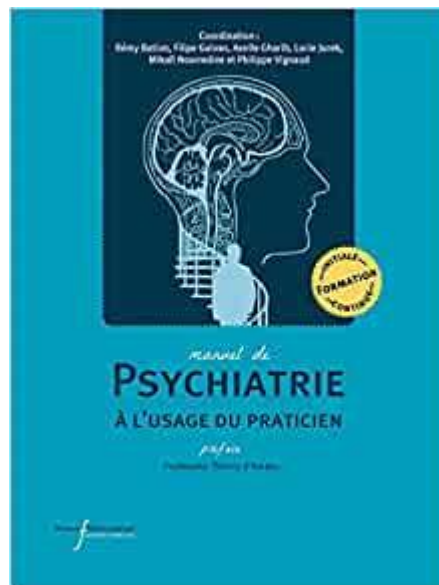
- Utilisée pour le traitement de la dépression
- En adjonction traitement ATD ou normothymique



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.



Merci de votre attention