



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2023

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**L'Électroconvulsivothérapie, toute une
(psycho)éducation !**

Présentée et soutenue publiquement le 7 Avril 2023 à
14H00
au Pôle Formation
par **Jules VIVIER**

JURY :

Président :

Monsieur le Professeur *Guillaume VAIVA*

Assesseurs :

Madame le Docteur *Alice DEMESMAEKER*

Madame le Docteur *Maéva Magnat*

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur *Ali AMAD*

Avertissement :

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Sigles :

ARS : Agence régionale de santé

CH : Centre hospitalier

CHU : Centre hospitalier universitaire

CMP : centre médico-psychologique

ECT : électroconvulsivothérapie

ETP : éducation thérapeutique partagée

HAS : Haute autorité de santé

TABLE DES MATIERES

Résumé	1
Abstract	3
Préambule :	5
I. La psychoéducation :	5
II. L'éducation thérapeutique :	6
III. L'électroconvulsivothérapie :	9
A. Généralités :.....	9
B. Historique :.....	10
C. Indications principales :.....	13
a) Le trouble dépressif :.....	13
b) Le trouble bipolaire :.....	13
c) La schizophrénie :.....	14
d) Le syndrome catatonique :.....	14
Introduction	16
Matériel et Méthodes :	18
I. Design de l'étude :	18
A. Critères d'inclusion :.....	18
B. Critères d'exclusion :.....	18
II. Participants :	19
III. Développement de la séance de psychoéducation :	20
A. Déroulement de la séance :.....	20
B. Support :	20
IV. Livret :	22
V. Fiche pédagogique :	23
VI. Échelles :	23
VII. Recueil de données	24
VIII. Analyses statistiques :	25
Résultats :	26
A. Analyses descriptives :	26
B. Sous partie représentations :	27
C. Sous partie connaissances :.....	29
Discussion :	31
Conclusion :	37
Bibliographie :	38
Annexes :	44
I. Support :	44
II. Questionnaire QuAKE :	50
III. Livret du patient :	59

Résumé

Introduction : En psychiatrie, l'électroconvulsivothérapie est un traitement régi par des recommandations nationales et internationales et dont l'impact thérapeutique est souvent déterminant dans les prises en charge. L'ECT est un traitement efficace et qui souffre d'une forte stigmatisation due à de multiples facteurs. Ce travail de thèse consiste en l'élaboration et l'évaluation de l'apport d'une séance de psychoéducation sur les représentations et connaissances au sujet de l'ECT, à destination des patients et de leurs proches.

Méthodes : La séance de psychoéducation a été créée à l'aide de données scientifiques référencées sur l'électroconvulsivothérapie. Le matériel, spécialement conçu pour cette séance, comporte : un support visuel, un livret du patient et une notice d'utilisation. L'évaluation de l'impact de la séance sur les connaissances et les représentations liées à l'ECT a été réalisée grâce à la passation de l'auto-questionnaire QuAKE avant et après la séance. Des tests statistiques T de student ont été employés pour rechercher une différence entre les scores avant et après la séance.

Résultats : 20 participants ont été testés dans cette étude (11 femmes et 9 hommes). Les proches aidants représentaient 90% de l'effectif étudié. L'âge moyen des participants était de 57 ans, avec des âges allant de 24 ans à 77 ans. Les analyses retrouvent une amélioration

statistiquement significative des scores : pour l'échelle représentations on retrouve une différence moyenne de 9 (P value < 0,001), pour l'échelle connaissances, on peut observer une différence moyenne de 7,55 (P value < 0,001).

Discussion : La séance de psychoéducation a permis une amélioration des scores sur les connaissances et représentations et ainsi contribue à une meilleure compréhension de l'ECT. La réalisation d'une séance unique associée à un livret donné en fin de séance rend son utilisation pratique et largement reproductible.

Conclusion : Au vu des résultats présentés, l'utilisation de ce type d'outil pourrait être préconisé systématiquement lorsque l'ECT est proposée. Des travaux supplémentaires évaluant l'impact sur le consentement à l'ECT seraient intéressants à réaliser afin de mieux définir la place de ce type de séance dans le parcours de soins.

Mots clés : psychoéducation ; électroconvulsivothérapie ; Sismothérapie ; ECT ; proches aidants

Abstract

Background: In psychiatry, electroconvulsive therapy is a treatment ruled by national and international recommendations and its impact among patients is often decisive. It's an efficient treatment, but it also suffers stigma from multiple factors. This thesis project consists to create a psychoeducational meeting, for the patients and caregivers associated to an evaluation of its benefits on knowledge and attitudes towards ECT among participants.

Methods: The meeting is a constructive and experience-sharing presentation about science knowledge concerning electroconvulsive therapy. It is associated with a visual support, a patient guide and a user notice. Data was collected from a standardized self-questionnaire before and after the meeting, on knowledge and attitudes towards ECT. Mean comparisons were performed with Student's T test to seek for a difference between scores realized before and after the meeting.

Results: Population studied in this study is composed by 20 people (11 women and 9 men). 90% of the studied population was represented by caregivers. The average age was 57, with ages ranging from 24 to 77. Statistical analysis finds a mean difference of 9 (P value < 0,001) for the attitudes scale and a mean difference of 7,55 (P value < 0,001) for the knowledge scale.

Discussion: The intervention shows increasing scores on the items tested and contribute to a better comprehension of ECT. The unique meeting associated to the patient's guide is practical and could be applied generally.

Conclusion: Considering results, this kind of tool should be used systematically when electroconvulsive therapy is proposed. Further research work evaluating the impact on consent for ECT therapy would help to define these interventions position throughout the medical process.

Keywords: Electroconvulsive-therapy ; caregivers ; psychoeducation ; ECT.

Préambule :

I. La psychoéducation :

La psychoéducation est un concept né au cours des années 1950 au Canada et désignait à l'époque des interventions éducatives pour des enfants présentant un trouble neurologique ou un trouble des apprentissages ou encore des troubles du comportement(1). Il s'agissait alors d'associer une démarche éducative, qui s'apparentait au rôle des éducateurs spécialisés en France, à une démarche d'accompagnement psychologique pour ces enfants en difficulté.

La pratique de la psychoéducation a évolué par la suite pour devenir une discipline à part entière. Au Québec, dans les années 1980, la psychoéducation a notamment été d'un apport considérable dans les prises en charge familiales ou systémiques de la schizophrénie(2). L'essor de la psychoéducation s'est par la suite étendu dans les années 1990 à d'autres troubles psychiques : troubles anxieux, troubles du comportement alimentaire, trouble bipolaire, trouble de stress post traumatique entre autres.

Actuellement elle se définit comme : « *une intervention didactique et psychothérapeutique systématique qui vise à informer les patients et leurs proches sur le trouble psychiatrique et à promouvoir les capacités pour y faire face* » (3).

De ce fait elle associe :

- Une démarche éducative informative sur les troubles, les moyens d'y faire face, les aménagements possibles au niveau familial, les possibilités de recours en cas de difficultés ;
- Une démarche psychologique de soutien du patient dans les étapes de la découverte d'un trouble mais aussi de ses proches, afin de travailler autour de problématiques nouvelles, créées par le trouble et nécessitant certaines adaptations de l'environnement du patient ;

C'est une pratique qui a fait ses preuves(4–7) et qui s'intègre dans une prise en charge globale, comprenant des soins de réhabilitation psychosociale et des traitements médicamenteux. Elle permet du point de vue médical une meilleure compréhension des soins, des traitements et ainsi améliore l'évolution clinique. En effet la psychoéducation apporte une information loyale, éclairée et des connaissances pratiques au patient sur sa pathologie. Dans ce cadre elle permet aux patients et à leurs familles d'être toujours plus acteurs des soins et s'intègre dans une démarche de « décision partagée » des soins proposés, en accord avec le thérapeute.

II. L'éducation thérapeutique :

En parallèle s'est développé le concept d'éducation thérapeutique dont la mission est « d'éduquer le patient sur sa pathologie » et le rendre plus autonome dans ses soins. A l'origine,

elle s'adressait aux patients présentant des maladies chroniques non-psychiatriques, principalement le diabète. Le terme éducation thérapeutique est par la suite inscrit dans la loi HPST (Hôpital, Patient, Santé et Territoire) depuis 2009, lui donnant un cadre réglementaire bien délimité.

Actuellement l'éducation thérapeutique du patient est une pratique qui s'est étendue à beaucoup de pathologies chroniques, notamment psychiatriques et présente des étapes et règles de bonne pratique bien définies. En effet chaque programme ETP répond à un cahier des charges national(8) et nécessite une autorisation par l'ARS (Agence Régionale de Santé). Un programme d'éducation thérapeutique se déroule en 4 étapes :

1. La réalisation d'un bilan ETP, aussi appelé diagnostic éducatif ;
2. L'élaboration du contrat éducatif permettant de poser les objectifs ;
3. La planification et la mise en œuvre des séances ;
4. L'évaluation des connaissances acquises ;

Aujourd'hui encore, la majorité des programmes ETP en cours sont consacrés à des pathologies chroniques non-psychiatriques en opposition à la médecine psychiatrique. Les thématiques les plus répandues sont : le diabète, les pathologies cardiovasculaires et les pathologies rénales.

La principale différence entre psychoéducation et éducation thérapeutique réside dans ce cadre d'exercice plus strict concernant l'ETP, tandis que la psychoéducation concerne des interventions plus

variées en termes de format. La psychoéducation est aussi plus souvent associée à la psychiatrie dans la littérature médicale. Actuellement dans les Hauts-De-France, la proportion de programmes ETP ayant une thématique psychiatrique est de 6% sur l'ensemble des programmes répertoriés dans la région, contre 22% des programmes concernant le diabète(9).

Les programmes d'ETP existants sont structurés de manière à aborder un trouble dans son ensemble et les différentes dimensions de sa prise en charge. Les proches aidants sont également souvent sollicités, tant leur place au sein d'une prise en charge peut être déterminante. Un proche aidant désigne une personne qui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne d'une personne en perte d'autonomie, du fait de l'âge, de la maladie ou d'un handicap(10).

Les axes d'apprentissages sont consacrés aux facteurs de risque, à la symptomatologie, à l'alliance aux soins, aux traitements et aux réseaux de soins entre autres. Dernièrement, dans une volonté d'élargir l'offre d'éducation thérapeutique, se développent des interventions de plus en plus spécifiques, au sujet de prises en charge thérapeutiques. Ainsi se développeraient par exemple des programmes abordant les modalités de recours aux soins hospitaliers sans consentement ou encore les prises en charge par stimulation cérébrale comme l'électroconvulsivothérapie.

III. L'électroconvulsivothérapie :

A. Généralités :

L'électroconvulsivothérapie, aussi appelée ECT, est un traitement non médicamenteux qui consiste en l'administration d'une électrostimulation cérébrale grâce à des électrodes appliquées sur le crâne, de manière indolore puisque réalisée sous anesthésie générale.

La stimulation électrique a pour but de provoquer une crise convulsive (aussi appelée crise tonico-clonique généralisée) aux patients, ce qui permettrait après plusieurs séances et par le biais de modifications neurophysiologiques, une amélioration symptomatique progressive, et ce jusqu'à la rémission clinique pour certains troubles psychiatriques. Une cure d'ECT consiste en la réalisation de plusieurs séances, séparées d'au moins 48 heures.

Actuellement l'ECT est un traitement répandu, protocolisé(11,12) et très encadré qui a permis de soigner de manière efficace et avec une bonne tolérance nombre de patients. En France métropolitaine en 2019, l'ECT a été réalisée pour 3705 patients, pour un total de 44668 actes(13). Cette population représente un peu plus de 1% des patients hospitalisés plusieurs jours en service de psychiatrie.

Les données de la science ont depuis longtemps démontré l'efficacité de l'ECT lorsque l'indication est bien posée, de plus l'innocuité(14) de la procédure la rend facilement utilisable et avec un

moindre risque. Au fil du temps, les progrès scientifiques concernant l'ajustement des paramètres électriques, l'anesthésie, l'utilisation de curares myorelaxants ont permis l'amélioration de la tolérance des séances. Cependant l'image de l'ECT reste très stigmatisée et une méfiance de la part de la population générale persiste.

B. Historique :

L'ECT a été découverte à la fin des années 1930 par 2 psychiatres : Ugo Cerletti et Lucio Bini et s'adressait initialement aux patients souffrant de schizophrénie. Ces deux psychiatres de l'université de Rome se sont inspirés de travaux antérieurs, ayant mis en évidence les bénéfices des thérapies dites « de choc »(15). Nous pouvons citer les recherches de Ladislav Joseph Meduna (1896-1964), psychiatre hongrois qui a mis en évidence puis développé les thérapies psychiatriques par convulsion en utilisant plusieurs substances telles que le Camphre ou le Cardiazol entre autres. De même nous pouvons évoquer Manfred Sakel (1900-1957), psychiatre ukrainien ayant donné son nom aux « cures de Sakel », qui consistaient en l'injection d'insuline aux malades afin de provoquer un « état de choc » aux patients, assorti d'effets thérapeutiques.

L'usage du courant électrique par le biais d'électrodes a donc par la suite été développé du fait de problématiques d'efficacité aléatoire et de mauvaise tolérance des substances injectées. Ainsi la première cure d'ECT est réalisée sur l'homme le 15 mai 1938 sur un patient

milanais souffrant d'une schizophrénie sévère, sous la direction de Bini et Cerletti(16). L'efficacité de cette première cure fait parler d'elle dans toute l'Europe, aux Etats-Unis et au Japon également, ce qui entraîne également de nombreuses critiques. En effet, la diffusion rapide d'un nouveau traitement, pour des indications médicales mal définies conduit à des utilisations abusives et également à des effets indésirables graves, ce qui peut expliquer les vives critiques de l'époque.

A partir des années 50 et avec l'essor de la psychopharmacologie, les traitements médicamenteux font leur apparition et se popularisent dans les prises en charge des malades, rendant les thérapies « de choc » et l'ECT obsolètes.

Il faudra attendre les années 1980, l'essor de la médecine basée sur les preuves et les nombreux travaux de recherche en psychiatrie, neurologie et imagerie cérébrale entre autres pour que l'ECT regagne en popularité, en grande partie du fait des résultats très satisfaisants en termes d'efficacité et de tolérance. Ces travaux permettront de mieux protocoliser le parcours de soins des patients qui bénéficient d'ECT et d'améliorer les conditions de réalisation des séances de stimulation.

Aujourd'hui l'ECT est une pratique répandue dans de nombreux centres en France, très encadrée et pouvant bénéficier à nombre de patients souffrants de troubles psychiatriques.

Cependant c'est une pratique qui souffre encore d'une forte stigmatisation. En effet, la culture populaire en regard de la psychiatrie

et le traitement médiatique des patients sont souvent abordés avec un prisme négatif. L'ECT n'y échappe pas et fait encore l'objet de controverses, la plupart n'ayant pas de réelle base scientifique. L'image récurrente véhiculée par ses détracteurs étant celle du film « *Vol au-dessus d'un nid de coucou* » dans lequel le personnage principal subit une stimulation électrique associée à une lobotomie. Le message transmis par ces fictions s'apparente à une sorte « d'euthanasie psychique » du malade ou sa « robotisation » en cas de situation dite « désespérée », sans que cela ne soit le reflet de la réalité clinique.

Ainsi, au vu des bénéfices démontrés sur diverses situations cliniques que l'on définira et pouvant concerner un grand nombre de patients, il apparaît essentiel de déstigmatiser ce traitement afin de le rendre plus accessible.

D'une part parce qu'un traitement mieux accepté par des patients et leurs proches peut prétendre à de meilleurs résultats cliniques(17).

D'autre part, à une plus large échelle, afin d'améliorer la perception du grand public au sujet de la psychiatrie et la santé mentale en général.

C. Indications principales :

a) Le trouble dépressif :

La dépression est l'indication la plus répandue d'ECT, c'est le modèle d'étude privilégié des chercheurs et celui dans lequel l'ECT a les preuves les plus robustes.

Usuellement, l'ECT est indiquée lorsque sont présents des critères de gravité, tels qu'un risque suicidaire élevé, un refus alimentaire ou encore lorsque les patients présentent des hallucinations ou des idées délirantes, on parle dans ce cas de dépression mélancolique. C'est également un traitement de choix lorsque les patients ne répondent pas aux traitements médicamenteux, ou sont contre indiqués à ceux-ci que ce soit dans le cadre d'allergies ou suite à la mise en évidence d'effets indésirables graves. Il est également apparu que l'efficacité de l'ECT est plus importante lorsque les patients présentent des symptômes dits psychotiques ou mélancoliques(18) (hallucinations ou idées délirantes) et chez les sujets dits âgés(19), c'est à dire ayant plus de 65 ans.

b) Le trouble bipolaire :

L'utilisation d'ECT est également très répandue dans cette pathologie, notamment lorsque des signes de gravité apparaissent. On l'utilise notamment lorsque les patients présentent des cycles

rapides (au moins 4 épisodes thymiques indifférenciés en 1 an), ou lors d'épisodes maniaques ou mixtes aiguës(20).

De plus, les indications évoquées plus haut concernant la dépression sont également valables dans le cadre d'un épisode dépressif caractérisé chez un patient souffrant de trouble bipolaire(20).

c) La schizophrénie :

L'utilisation dans le cadre de la schizophrénie est plus rare, notamment du fait d'une efficacité plus modeste(21). La position de l'ECT dans la stratégie thérapeutique est encore sujet à débats et actuellement, les sociétés savantes s'accordent pour une utilisation en complément des traitements médicamenteux de la schizophrénie(22), c'est-à-dire jamais en monothérapie.

Les travaux de recherche ont montré que l'efficacité de l'ECT est importante sur les symptômes dits positifs : hallucinations et idées délirantes et au contraire modestes concernant le syndrome de désorganisation et le syndrome négatif(23).

d) Le syndrome catatonique :

Le syndrome catatonique est un syndrome clinique comprenant des signes moteurs, comportementaux, affectifs et neurovégétatifs présents de manière inconstante chez les patients et fluctuants dans le temps, rendant le diagnostic difficile(24). C'est une entité

diagnostique transnosographique pouvant compliquer dans certaines situations les troubles de l'humeur, les troubles psychotiques mais aussi les affections non-psychiatriques. La catatonie est un trouble complexe qui fait l'objet de nombreux travaux de recherche actuellement.

L'utilisation d'ECT dans le syndrome catatonique est d'un apport thérapeutique considérable et se positionne en deuxième position dans la stratégie thérapeutique(24). Il est en effet d'usage de proposer un traitement par LORZEPAM avec des prises pluriquotidiennes dans un premier temps. En cas d'échec de cette première thérapeutique ou lorsque la gravité de la situation le requiert, des séances d'ECT sont proposées, avec des résultats supérieurs à 80% de rémission(25).

Considérant les critères d'indication à l'ECT, il s'agit d'un traitement pouvant concerner nombre de patients. Au vu de la forte stigmatisation qui y est associée du fait de divers paramètres que nous avons évoqués plus haut, il convient d'adapter l'approche thérapeutique, faciliter les démarches psychoéducatives dans le but de faciliter l'alliance thérapeutique.

Introduction

La prise en charge des patients en psychiatrie n'est pas qu'une question de traitement médicamenteux, elle est souvent complétée d'interventions sociales, psychologiques, éducatives, de réhabilitation et de remédiation cognitive.

La responsabilité du patient dans ses soins est de ce fait très importante et nécessite beaucoup d'efforts, à la fois de compréhension mais également d'acceptation. En effet les patients deviennent progressivement les experts de leur propre trouble et il convient de les accompagner dans cet apprentissage, en y intégrant au mieux leurs aidants(10).

En ce sens, les programmes d'éducation thérapeutique et de psychoéducation ont montré leur efficacité dans de nombreuses pathologies et sont aujourd'hui inscrits dans les recommandations de bonnes pratiques cliniques(26,27). Ces interventions permettent une meilleure observance thérapeutique et, de manière plus globale facilitent l'acceptation des soins(28).

Dans de nombreuses situations, notamment en psychiatrie, le défaut d'acceptation des soins proposés représente un frein à l'amélioration clinique. Cette opposition étant bien souvent fondée sur des informations erronées ou déformées. Tous ces éléments prennent leur importance lorsque vient le moment de poser l'indication de séances d'ECT. Rappelons que le cadre légal est clair : le patient doit donner son consentement par écrit afin de réaliser la procédure lorsque c'est

possible. Lorsque l'état clinique du patient ne le permet pas, la personne de confiance ou la famille est consultée(29,30).

Bien que nombre d'études s'accordent à dire que l'ECT est un traitement optimal lorsque l'indication est bien posée, les craintes liées à son utilisation sont bien réelles et n'ont pas de fondement scientifique. Dans ce contexte il apparaît donc nécessaire de se munir d'outils, supports, connaissances pour parvenir à expliquer au mieux l'ECT aux patients et à leurs familles, afin de leur laisser un choix libre et éclairé au moment de l'indication des séances.

Le travail entrepris pour cette thèse consistait donc en l'élaboration d'une séance de psychoéducation, à destination d'un public de patients concernés et leurs proches aidants, dans le but de faciliter l'accès à l'ECT. Ce travail est complété d'une recherche d'impact de cette séance sur les représentations et les connaissances au sujet de l'ECT à l'aide d'un questionnaire proposé avant et après la séance. Ainsi il est possible de vérifier l'impact du programme grâce à des données quantifiables.

Matériel et Méthodes :

I. Design de l'étude :

Le travail présenté est une étude prospective, transversale, observationnelle. Les critères d'inclusion et d'exclusion définis pour le groupe de participants à tester sont les suivants :

A. Critères d'inclusion :

- Majorité légale ;
- Patient ayant une indication d'ECT posée auprès d'une équipe médicale ;
- Proche aidant d'un patient concerné par une thérapie ECT ;

B. Critères d'exclusion :

- Patient ou proche aidant atteint d'une pathologie altérant l'attention, qu'elle soit aiguë ou chronique ;
- Patient ou proche aidant ne maîtrisant pas la langue française ou anglaise ;
- Patient en cours de thérapie ECT dont la dernière séance d'ECT < 4 jours ;

L'objectif principal de l'étude est de mettre en évidence une amélioration de la compréhension et des représentations de l'ECT auprès des participants à une intervention de psychoéducation.

L'objectif secondaire était de rechercher une différence d'évolution des paramètres étudiés en fonction de l'âge des participants. Partant du principe que les participants, du fait de représentations de la psychiatrie et de la médecine en général et également de l'usage de canaux d'informations différents pourraient avoir des appréciations différentes en fonction de leur âge.

II. Participants :

Les participants ont été reçus entre juillet 2022 et janvier 2023, au cours de séances collectives réalisées dans les locaux de l'hôpital Fontan 1 du CHU de Lille (CNIL : DEC19-076). Ils étaient suggérés au coordinateur par les psychiatres référents des services accueillant les patients usagers d'ECT de l'hôpital Fontan au CHU de Lille et de la clinique Aloïse Corbaz du CH Arras. Les familles et proches aidants étaient contactés par téléphone avec l'accord des patients afin de leur proposer les dates des séances à venir.

III. Développement de la séance de psychoéducation :

A. Déroulement de la séance :

La séance a été conçue en équipe pluridisciplinaire, de manière à proposer une intervention unique, claire, abordable et concise. Pour ce faire, de nombreux travaux scientifiques ont été repris afin de les restituer de manière compréhensible pour un public non formé à la lecture d'articles scientifiques.

La durée de la séance était en moyenne d'une heure et comprenait la passation des questionnaires d'évaluation en plus de plusieurs temps d'échange. Les intervenants étaient la majeure partie du temps composés d'un médecin et parfois du médecin accompagné d'un(e) infirmier(e). Les séances étaient prévues pour accueillir des participants jusqu'à un maximum de 10 personnes.

Les locaux d'une salle polyvalente de l'hôpital Fontan ont été mis à disposition, ainsi qu'un ordinateur afin de présenter le support de séance. Une séance a eu lieu en visioconférence avec une participante ne pouvant se rendre sur place.

B. Support :

Un diaporama de 31 diapositives a été réalisé (**Annexe n°1**), constituant le support visuel et permettait de garantir un plan global de travail au cours de la séance et balayait plusieurs composantes essentielles à comprendre réparties en plusieurs sous parties :

« Qu'est-ce que l'ECT », « Comment ça fonctionne ? », « Qui est concerné ? », « le parcours de soins », « les contre-indications », « les effets indésirables », « l'avenir après les séances ».

Ces sous-parties permettent d'aborder de manière claire toutes les composantes d'une prise en charge par ECT, et comportent également des temps d'échange libre entre participants et avec l'animateur. Le format interactif permet une meilleure prise en compte des inquiétudes et autres affects des participants et permet de les rendre acteurs de cette séance. Ces dispositions sont en effet essentielles pour favoriser la compréhension des participants et ainsi améliorer leur adhésion. Le support et le design de l'intervention ont été travaillés en collaboration avec Mme E.Musset neuropsychologue au CHRU de Lille et intervenante en éducation thérapeutique du patient au CMP du secteur G08.

Nous avons pris le parti de ne pas aborder au cours de ces séances les problématiques et questionnements concernant les situations particulières des patients, dans une volonté de garantir le secret médical au cours des séances qui se veulent collectives et génériques.

En fin de séance, un récapitulatif était proposé, en plus d'un livret reprenant les éléments importants abordés au cours de l'intervention.

IV. Livret :

Un livret informatif a donc été créé à l'occasion de ce travail dans le but de renforcer l'ancrage mémoriel de la séance (**Annexe n°3**).

Nous nous sommes inspirés d'un modèle existant de livret du patient pour l'ECT réalisé au Québec par le CEECTQ(31). A ce modèle préexistant ont été rajoutés des compléments, plus spécifiques à l'activité des centres avec qui nous avons collaboré. De plus, le questionnaire QuAKE utilisé pour cette étude et différents questionnaires élaborés par d'autres travaux(6,32–35) ont servi de sources d'informations à délivrer, puisque se rapprochant des questionnements qui animent les patients et leurs proches.

Le Livret comporte plusieurs sous parties reprenant les informations concernant l'aspect technique de la procédure, les indications thérapeutiques, le parcours du patient, les situations particulières et les possibles effets indésirables liés à la procédure. Il est délivré une fois faite la deuxième auto-évaluation par le questionnaire QuAKE, et constitue un complément à la séance mais ne fait pas partie des éléments testés au cours de ce travail.

Il est en effet nécessaire de fournir aux patients ce support mémoriel à la fin de la séance, le contenu de la séance étant relativement dense et contenant des informations techniques qui peuvent être difficiles à intégrer durablement. Un travail de simplification et de vulgarisation a été réalisé pour ce livret, afin de le

rendre compréhensible, même pour des personnes n'ayant pas participé à la séance.

V. Fiche pédagogique :

Conformément aux critères de certification HAS des programmes ETP(8) et afin de faciliter la réalisation de la séance par des tiers, une fiche pédagogique a été réalisée.

Le modèle de réalisation est celui d'un programme ETP existant, proposé au CHU de Lille, intitulé « Et psy on parlait sommeil ? »(36).

Cette fiche permet d'assurer la continuité des séances quel que soit l'animateur et ainsi une diffusion plus efficace.

Pour chaque partie et sous partie de la séance sont définis : les objectifs opératoires, le contenu explicité pour chaque diapositive, les diapositives concernées et également le temps nécessaire au traitement de chaque diapositive. Cette notice tient également compte des temps d'échanges proposés au cours de la séance.

VI. Échelles :

Le questionnaire utilisé est le Questionnaire QuAKE (**Annexe n°2**), qui est un questionnaire mis au point par une équipe de chercheurs anglais qui souhaitaient évaluer les connaissances et attentes concernant l'ECT sur les professionnels de santé(37). Cette échelle a été traduite au préalable afin d'adapter les items de l'échelle

à nos patients, la traduction de l'anglais vers le français a été réalisée à l'aide du Professeur Amad.

L'échelle de mesure QuAKE comprend trois parties correspondant à trois dimensions d'évaluation : une partie « connaissances », une partie « représentations », et une partie « expérience clinique et critères démographiques ». Seules les deux premières ont été utilisées pour le bien de cette étude, étant donné l'objectif primaire d'évaluation d'impact de la séance de psychoéducation. Cependant, le sexe et l'âge des participants ont été recueillis comme critères démographiques.

VII. Recueil de données

Les deux parties du questionnaire cité ci-dessus sont construites de manière différente.

La partie « connaissances » comporte 17 questions, le candidat est libre de cocher une case parmi 3 choix : « vrai », « faux » ou « ne sait pas ».

La partie « représentations » comporte 16 questions, sur un modèle de Likert à 5 choix, les règles de cotation étaient les suivantes :

- Pour les items 1 à 7 : la réponse « tout à fait d'accord » cote 1, « d'accord » cote 2, « incertain » cote 3, « pas d'accord » cote 4, « pas du tout d'accord » cote 5.

- Pour les items 8 à 16 : la réponse « tout à fait d'accord » cote 5, « d'accord » cote 4, « incertain » cote 3, « pas d'accord » cote 2, « pas du tout d'accord » cote 1.

Le score établi sur cette seconde partie, allant de 16 à 80, permet de quantifier les représentations sur l'ECT : plus le score est faible, plus les représentations sont favorables, à l'inverse plus il est élevé et plus le candidat a des pensées stigmatisantes.

Les mesures sont réalisées deux fois : une fois avant la séance, puis une autre fois après la séance, avant la délivrance du livret informatif.

VIII. Analyses statistiques :

Un test t de Student apparié a été utilisé pour mettre en évidence une différence moyenne sur chacun des deux scores mesurés, avec un intervalle de confiance à 95%.

Résultats :

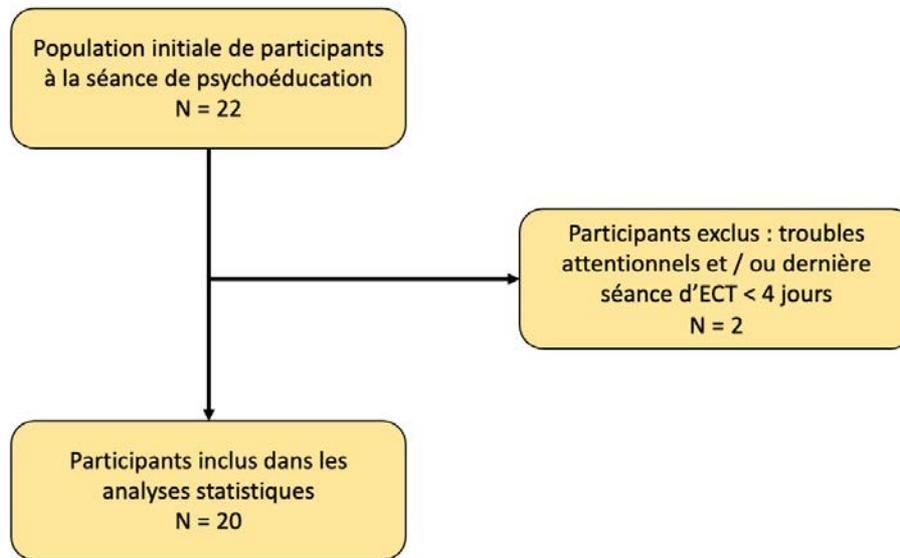


Figure 1. Flowchart de l'étude

A. Analyses descriptives :

L'échantillon de population comptait initialement 22 participants : une participante a été exclue du fait d'une séance d'ECT réalisée la veille et pouvant perturber l'évaluation, un autre participant a été exclu du fait d'une impossibilité de maintenir une attention efficace pendant la séance. La population étudiée était donc représentée par 11 femmes et 9 hommes pour un total de 20 participants. L'âge moyen des participants était de 57 ans, avec des âges allant de 24 ans à 77 ans.

Les participants étaient majoritairement des proches aidants, les patients ne représentaient que 10% (n=2) de l'effectif étudié, les pathologies pour lesquelles l'ECT était proposées étaient

majoritairement des troubles de l'humeur (trouble bipolaire n=3 ; trouble dépressif résistant et / ou avec caractéristiques mélancoliques n= 7) ou le syndrome catatonique (n= 2). Aucun patient souffrant de schizophrénie ou proche aidant d'une personne souffrant de schizophrénie n'était représenté dans cette étude.

B. Sous partie représentations :

Les réponses au questionnaire avant la séance de psychoéducation retrouvent une note moyenne à 38,6/80, contre une moyenne des scores après séance de 29,6/80, le reste des données descriptives est présenté dans le Tableau 1.

Le test réalisé est un test t de Student, pour l'échelle attitude, retrouve une différence moyenne entre les scores avant et après la séance de 9 avec un intervalle de confiance à 95% statistiquement significatif avec une P value < 0,001 (Tableau 2. ; Graphique 1.).

Tableau 1. Statistiques descriptives

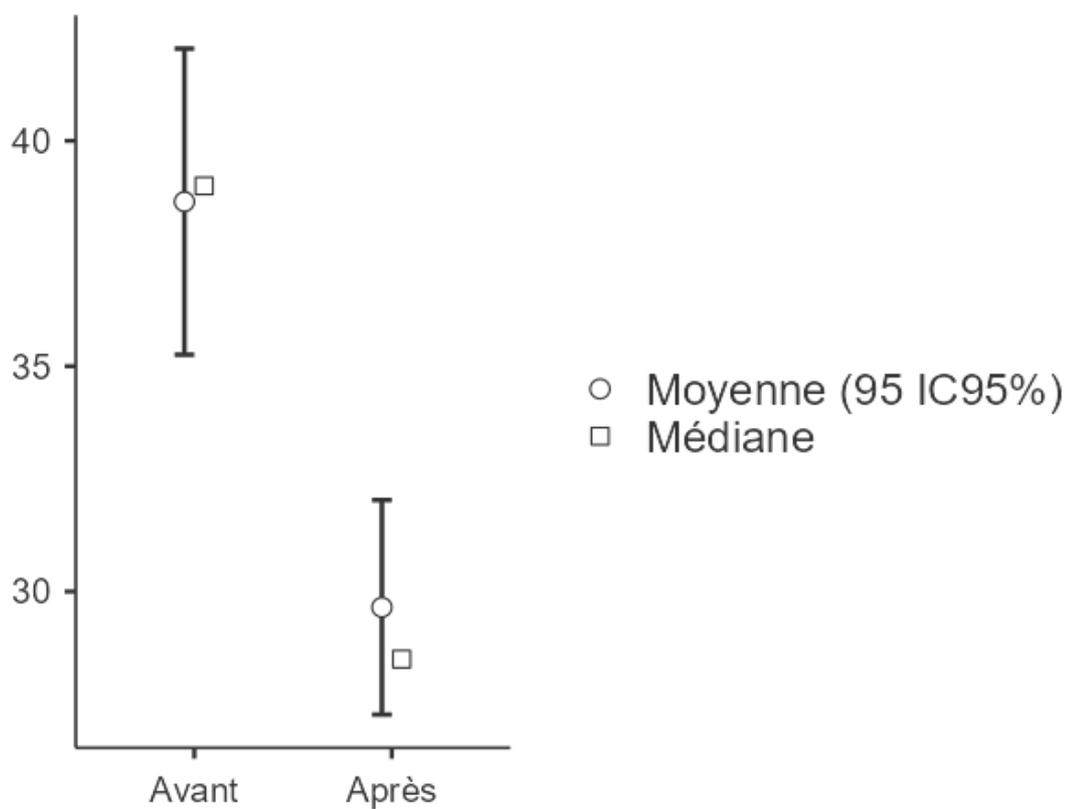
	QuAKE représentations avant	QuAKE représentations après
<i>N</i>	20	20
<i>Manquants</i>	0	0
<i>Moyenne</i>	38.6	29.6
<i>Médiane</i>	39.0	28.5
<i>Ecart-type</i>	7.75	5.43
<i>Minimum</i>	22	23
<i>Maximum</i>	57	40

Tableau 2. Test t pour échantillons appariés

		statistique	ddl	p	Différence moyenne	Différence d'erreur standard
QuAKE connaissances	t de Student	-10.28	19.0	< .001	-7.55	0.734
QuAKE représentations	t de Student	6.92	19.0	< .001	9.00	1.300

Note. $H_a \mu_{\text{Mesure 1}} - \mu_{\text{Mesure 2}} \neq 0$

Graphique 1 : QuAKE représentations



C. Sous partie connaissances :

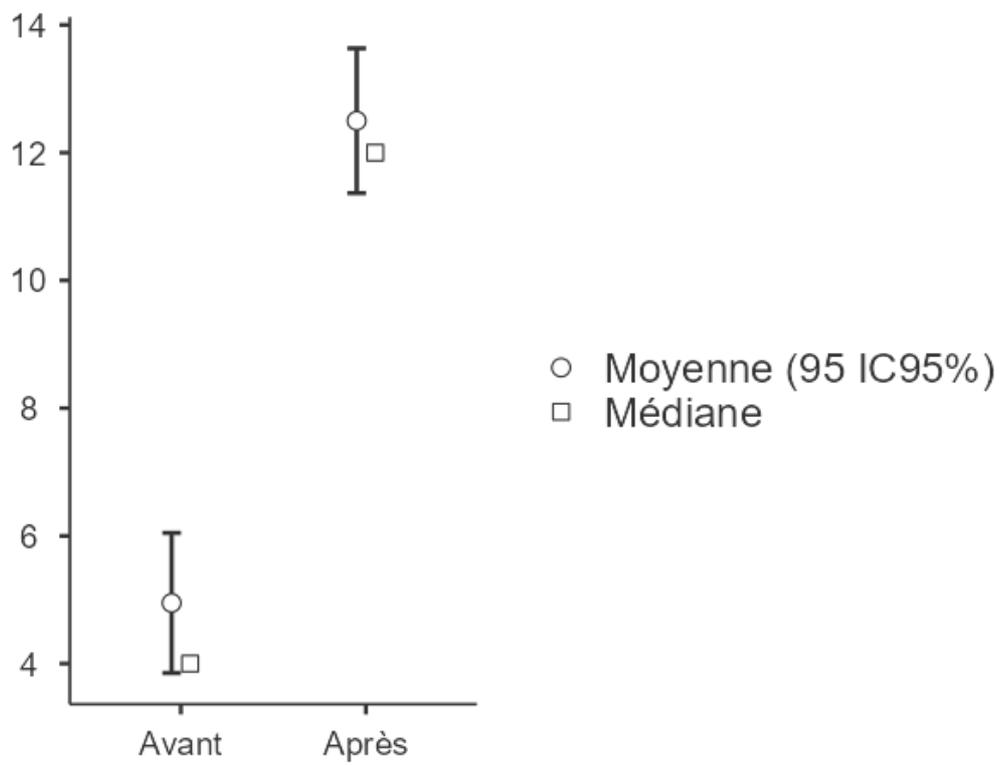
La moyenne des réponses avant la séance est de 4,9 contre une note moyenne de 12,5 après la séance, les autres données descriptives sont restituées dans le Tableau 3.

Un test t de Student a également été utilisé pour comparer les scores de l'échelle connaissances, retrouvant une amélioration exprimée sous la forme d'une différence moyenne de 7,55 sur le score avec un intervalle de confiance à 95% significatif avec une P value <0,001 (Tableau 2. ; Graphique 2.).

Tableau 3. Statistiques descriptives

	QuAKE connaissances avant	QuAKE connaissances après
<i>N</i>	20	20
<i>Manquants</i>	0	0
<i>Moyenne</i>	4,9	12,5
<i>Médiane</i>	4	12
<i>Ecart-type</i>	2,5	2,58
<i>Minimum</i>	1	7
<i>Maximum</i>	11	17

Graphique 2. QuAKE Connaissances :



Discussion :

L'objectif premier de ce travail était de créer un outil de psychoéducation simple et accessible pour tout patient ou proche de patient pouvant bénéficier de séances d'ECT. Cette étape a nécessité un travail de vulgarisation important afin de sélectionner les informations les plus pertinentes pour les participants, tout en restant factuel et avec un raisonnement scientifique. Une attention particulière a été accordée au vocabulaire employé, afin de ne pas surcharger la présentation d'un lexique trop lourd. Un autre défi a été de réaliser une séance sous un format court, puisque centré sur une intervention thérapeutique spécifique, afin d'optimiser l'attention des participants et également de pouvoir en recevoir un maximum. En effet les proches aidants étaient parfois difficiles à joindre du fait d'impératifs professionnels la plupart du temps et une séance trop longue peut donc les décourager ou être incompatible avec leurs obligations. De même, les patients peuvent parfois présenter des troubles attentionnels, même en période de stabilité clinique.

La séance participative proposée, d'une durée d'une heure, imagée par un support concis, avec en complément une notice d'utilisation la rendant reproductible par n'importe quel intervenant répond donc aux critères fixés. De plus, l'apport d'un livret thérapeutique assure un meilleur ancrage mémoriel de la séance et de ses bénéfices.

En reprenant l'objectif principal de l'étude défini comme la recherche de bénéfice d'une intervention de psychoéducation sur les représentations et de connaissances au sujet de l'ECT, on peut dire que l'étude a répondu positivement. En effet les analyses statistiques réalisées sur les scores ont retrouvé une amélioration de 7,55 points sur le score QuAKE connaissance, et également une amélioration de 9 points sur le score QuAKE représentations avec un seuil de significativité statistique respecté.

Dans les points forts de cette étude on note plusieurs éléments, notamment la cohérence externe des résultats des analyses. En reprenant certains travaux réalisés antérieurement(2,4–6) il a déjà été objectivé une amélioration de perception et de représentation de l'ECT après une intervention éducative unique. Les résultats des analyses effectuées dans l'étude présentée sont conformes à la littérature scientifique et viennent confirmer les bénéfices de telles interventions.

Concernant la cohérence interne de ce travail, on peut mentionner le fait que le questionnaire QuAKE est une échelle standardisée solide, avec une évaluation sur deux paramètres déterminants dans la dimension d'adhérence aux soins. Cette échelle a déjà été employée dans plusieurs travaux, à destination de patients, proches et également de soignants(7,38,39). De même, grâce aux deux sections du questionnaire il était possible d'observer l'évolution des participants sur les deux versants des fonctions cognitives. Les cognitions « froides », sont les fonctions cérébrales telles que le

raisonnement logique, les fonctions exécutives, utiles pour traiter les informations techniques qui sont testées par la partie « connaissances » du questionnaire. Les cognitions dites « chaudes », reflètent les affects en lien avec la procédure, la capacité à se projeter dans la démarche de soins entre autres et sont évaluées par la partie « représentations » du questionnaire.

Ces deux paramètres étant améliorés par la séance d'après les résultats, on peut supposer qu'une intervention mieux comprise est également bien mieux perçue et inversement, une intervention bien perçue facilite sa compréhension.

On peut évoquer également les critères d'inclusion et d'exclusion permettant d'intégrer tout type de proche aidant dans les mesures, notamment d'y intégrer aussi bien la famille des patients concernés mais également de professionnels de santé ou du domaine médico-social et participant à la prise en charge globale de ces patients. Ces critères ont aussi permis de limiter les biais d'évaluation en excluant de l'effectif testé certains participants souffrant de troubles cognitifs aiguës ou chroniques.

On peut citer quelques limites à ce travail, l'effectif de 20 patients notamment est un facteur à prendre en compte, bien qu'un effectif plus important aurait certainement confirmé les résultats présentés dans ce travail, en adéquation aux données de la littérature pour des interventions de psychoéducation.

Concernant la méthode d'évaluation par l'échelle QuAKE, on peut déplorer la traduction de l'anglais vers le français qui parfois peut altérer la compréhension de certaines questions, notamment certaines propositions sur des affirmations absolues, qui ne semblent pas toujours bien comprises par les participants, ce qui peut donc induire un biais de mesure.

L'hypothèse d'une sensibilité différente à ce type de séance selon l'âge du fait d'usage de canaux d'informations différents, de niveaux de fonctionnement cognitif différents, de différence de perception de la psychiatrie, nous a orienté vers une analyse complémentaire. Une évaluation statistique par stratification sur l'âge a été envisagée, en séparant deux groupes : âge < 65 ans et > 65 ans. Malheureusement les conditions d'application des tests n'étaient pas réunies, les variables n'étant pas gaussiennes en regard des faibles effectifs. En ce sens les résultats n'ont pas été présentés dans ce travail. En revanche, ce type de questionnaire pourrait faire l'objet de travaux ultérieurs sur le meilleur support d'abord de la psychoéducation en fonction de l'âge, à supposer qu'une différence existe entre des groupes d'âge différent. Nous pourrions imaginer qu'un support vidéo ou papier puisse avoir un impact différent sur des populations d'âge différent en présupposant d'une appétence différente de chaque type de support pour chaque âge. Par ailleurs, plusieurs travaux ont proposé des interventions basées sur un support vidéo(6,7) et évalué les bénéfices de ces interventions.

L'usage de ce type de format permet un recrutement plus important et un nombre de participants plus important du fait de l'absence de contrainte associée au format présentiel de la séance proposée dans l'étude. Cependant il faut également tenir compte des bénéfices liés à la présence d'un intervenant pouvant interagir et répondre aux participants, facteur majeur de la dimension de soutien de la psychoéducation.

Il est important dans cette discussion de reprendre les différences évoquées plus haut entre ETP et psychoéducation et la pertinence d'une telle distinction. Un programme ETP concernant l'ECT ne paraît pas approprié dans la mesure où la prise en charge par ECT n'attend pas nécessairement d'implication active du patient, par opposition aux programmes ETP habituels qui visent à rendre au patient une plus grande autonomie dans sa prise en charge. Les patients qui bénéficient d'ECT sont malheureusement souvent dans des situations cliniques graves et / ou résistantes et ne peuvent que difficilement être acteurs des soins, qui plus est lorsque des soins par ECT sont envisagés puisque réalisés par le psychiatre dans des conditions bien particulières. La psychoéducation paraît plus adaptée dans la mesure où celle-ci est axée sur une approche éducative et de soutien psychologique, notamment auprès des familles qui sont souvent dans une compréhension très partielle de la pathologie et du traitement proposé.

Nous pourrions imaginer qu'une séance de ce type puisse se placer comme une section d'un programme de psychoéducation ou ETP comme par exemple le programme « PROFAMILLE »(40) à destination des patient(e)s souffrant de schizophrénie et de leurs proches. Cette section sur l'ECT pourrait trouver sa place dans la partie gestion de la maladie et des thérapeutiques proposées.

Conclusion :

Pour permettre de restituer une information claire et loyale sur un traitement complexe aux participants, une importante démarche de recherche et de vulgarisation a été nécessaire. La collaboration pluridisciplinaire médicale, infirmière et neuropsychologique a rendu possible le travail présenté. La séance de psychoéducation ainsi produite a montré chez les participants un impact positif sur les connaissances et représentations de l'ECT.

En tenant compte du fait que ce type d'intervention peut conditionner une meilleure adhésion aux soins, une évolution clinique plus favorable est donc attendue, même lorsque la cible d'intervention est représentée par les proches aidants.

Œuvrer pour le développement de tels programmes est un futur souhaitable pour les patients et professionnels de soins afin de garantir une meilleure autonomie, avec un accompagnement approprié.

Bibliographie :

1. Psychoéducation : une conception une méthode [Internet]. Béliveau Éditeur. [cité 28 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.beliveauediteur.com/produit/psychoeducation-une-conception-une-methode/>
2. Anderson CM, Hogarty GE, Reiss DJ. Family Treatment of Adult Schizophrenic Patients: A Psycho-educational Approach. *Schizophr Bull.* 1 janv 1980;6(3):490-505.
3. Bonsack C, Rexhaj S, Favrod J. Psychoéducation : définition, historique, intérêt et limites. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* févr 2015;173(1):79-84.
4. Bighelli I, Rodolico A, García-Mieres H, Pitschel-Walz G, Hansen WP, Schneider-Thoma J, et al. Psychosocial and psychological interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry.* nov 2021;8(11):969-80.
5. Shamsaei F, Kazemian H, Cheraghi F, Farhadian M. The effect of family teaching on depression, anxiety and stress in caregivers of patients received electroconvulsive therapy. *J Ment Health Train Educ Pract.* 27 juin 2019;14(4):289-96.
6. Nagarajan P, Balachandar G, Menon V, Saravanan B. Effect of a Video-Assisted Teaching Program About ECT on Knowledge and Attitude of Caregivers of Patients with Major Mental Illness. *Indian J Psychol Med.* janv 2021;43(1):45-50.

7. Kitay B, Martin A, Chilton J, Amsalem D, Duvivier R, Goldenberg M. Electroconvulsive Therapy: a Video-Based Educational Resource Using Standardized Patients. *Acad Psychiatry J Am Assoc Dir Psychiatr Resid Train Assoc Acad Psychiatry*. oct 2020;44(5):531-7.
8. etp_-_comment_elaborer_un_programme_-_recommandations_juin_2007.pdf [Internet]. [cité 17 janv 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_comment_elaborer_un_programme_-_recommandations_juin_2007.pdf
9. L'offre d'ETP en Hauts-de-France [Internet]. [cité 8 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/loffre-detp-en-hauts-de-france>
10. Article L113-1-3 - Code de l'action sociale et des familles - Légifrance [Internet]. [cité 17 janv 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031716507
11. The Practice of Electroconvulsive Therapy: Recommendations for Treatment, Training, and Privileging: A Task Force Report of the American Psychiatric Association, 2nd ed. [Internet]. [cité 8 janv 2023]. Disponible sur: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/epub/10.1176/appi.ajp.159.2.331>
12. Association AP. The Practice of Electroconvulsive Therapy: Recommendations for Treatment, Training, and Privileging (A Task Force Report of the American Psychiatric Association). American

Psychiatric Pub; 2008. 364 p.

13. Lecarpentier P. Le recours à l'électroconvulsivothérapie en France : des premières données nationales qui soulignent des disparités importantes.

14. Nuttall GA, Bowersox MR, Douglass SB, McDonald J, Rasmussen LJ, Decker PA, et al. Morbidity and Mortality in the Use of Electroconvulsive Therapy. *J ECT*. déc 2004;20(4):237-41.

15. Edel Y, Caroli F. Histoire de l'électrochoc : des traitements électriques à la convulsivothérapie en psychiatrie. *Bull Hist L'électricité*. 1987;9(1):87-114.

16. von Buelzingsloewen I. Un fol espoir thérapeutique ? L'introduction de l'électrochoc dans les hôpitaux psychiatriques français (1941-1945). *Ann Hist L'électricité*. 2010;8(1):93.

17. Baier AL, Kline AC, Feeny NC. Therapeutic alliance as a mediator of change: A systematic review and evaluation of research. *Clin Psychol Rev*. déc 2020;82:101921.

18. Petrides G, Fink M, Husain MM, Knapp RG, Rush AJ, Mueller M, et al. ECT Remission Rates in Psychotic Versus Nonpsychotic Depressed Patients: A Report from CORE. *J ECT*. déc 2001;17(4):244.

19. O'Connor MK, Knapp R, Husain M, Rummans TA, Petrides G, Smith G, et al. The Influence of Age on the Response of Major Depression to Electroconvulsive Therapy: A C.O.R.E. Report. *Am J Geriatr Psychiatry*. sept 2001;9(4):382-90.

20. Electroconvulsive therapy of acute manic episodes: a review of

- 50 years' experience. *Am J Psychiatry*. févr 1994;151(2):169-76.
21. Hasan A, Falkai P, Wobrock T, Lieberman J, Glenthøj B, Gattaz WF, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia Part 3: Update 2015 Management of special circumstances: Depression, Suicidality, substance use disorders and pregnancy and lactation. *World J Biol Psychiatry*. 3 avr 2015;16(3):142-70.
22. Lally J, Tully J, Robertson D, Stubbs B, Gaughran F, MacCabe JH. Augmentation of clozapine with electroconvulsive therapy in treatment resistant schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res*. mars 2016;171(1-3):215-24.
23. Petrides G, Malur C, Braga RJ, Bailine SH, Schooler NR, Malhotra AK, et al. Electroconvulsive Therapy Augmentation in Clozapine-Resistant Schizophrenia: A Prospective, Randomized Study. *Am J Psychiatry*. janv 2015;172(1):52-8.
- 24.
- 2021_defiscience_pnds_syndrome_catatonique_texte_pnds.pdf
- .
25. Hawkins JM, Archer KJ, Strakowski SM, Keck PE. Somatic Treatment of Catatonia. *Int J Psychiatry Med*. déc 1995;25(4):345-69.
26. Lang S. La psychoéducation, un projet d'alliance thérapeutique soignants-familles. *Rech Soins Infirm*. 2011;107(4):98-116.
27. Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation: Juin 2007. *Obésité*. mars 2009;4(1):39-43.
28. Bower PJ, Rowland N, Clark JM, Heywood P, Godfrey C, Hardy

- R. Effectiveness and cost effectiveness of counselling in primary care. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2002 [cité 11 janv 2023];(1). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001025/full>
29. DGOS_Michel.C, DGOS_Michel.C. Fiche 13: j'exprime mon consentement [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 11 janv 2023]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/modeles-et-documents/guide-usagers-votre-sante-vos-droits/article/fiche-13-j-exprime-mon-consentement-429226>
30. Recueillir le consentement de mon patient [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 11 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/exercice/recueillir-consentement-patient>
31. 16-914-10WF.pdf.
32. Takamiya A, Sawada K, Mimura M, Kishimoto T. Attitudes Toward Electroconvulsive Therapy Among Involuntary and Voluntary Patients. J ECT. sept 2019;35(3):165-9.
33. Kerr RA. ECT: Misconceptions and Attitudes. :7.
34. Chavan B, Kumar S, Arun P, Bala C, Singh T. ECT: Knowledge and attitude among patients and their relatives. Indian J Psychiatry. 2006;48(1):34.
35. Virit O, Ayar D, Savas HA, Yumru M, Selek S. Patients' and Their Relatives' Attitudes Toward Electroconvulsive Therapy in Bipolar

Disorder. J ECT. déc 2007;23(4):255-9.

36. Et PSY ON PARLAIT SOMMEIL [Internet]. UTEP – Education Thérapeutique. [cité 17 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.utep.chu-lille.fr/education-therapeutique/et-psy-on-parlait-sommeil/>

37. D. Lutchman TS Amir Bashir, Martin Orrell, Russell. Mental health professionals' attitudes towards and knowledge of electroconvulsive therapy. J Ment Health. 1 janv 2001;10(2):141-50.

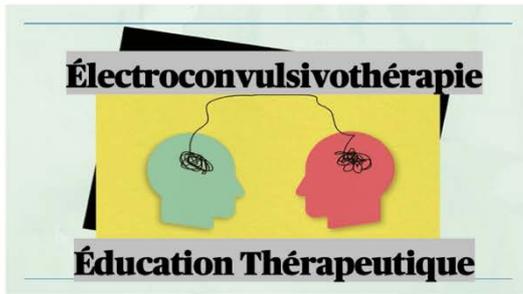
38. Ezeobele IE, Ekwemalor CC, Pinjari OF, Boudouin GA, Rode SK, Maree E, et al. Current knowledge and attitudes of psychiatric nurses toward electroconvulsive therapy. Perspect Psychiatr Care. oct 2022;58(4):1967-72.

39. Nard N, Moulrier V, Januel D, Guillin O, Rothärmel M. [Electroconvulsive therapy during the perinatal period: Representations of mental health professionals]. L'Encephale. oct 2021;47(5):445-51.

40. Programme destiné aux proches de patients souffrant de schizophrénie | PROFAMILLE [Internet]. Un programme destiné aux familles dont un proche a un trouble psychiatrique. [cité 17 janv 2023]. Disponible sur: <https://profamille.site/>

Annexes :

I. Support :



Plan :

1. Qu'est-ce que c'est ?
2. Comment ça fonctionne ?
3. A qui s'adresse l'électroconvulsivothérapie ?
4. Quelles sont les étapes ?
5. Quels sont les effets indésirables ?
6. Après les séances ?

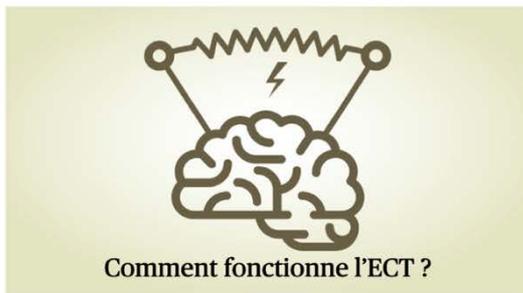


C'est quoi l'électroconvulsivothérapie ?

- Aussi appelée **ECT** ou **sismothérapie**
- Passage d'un courant électrique au niveau de la tête pour provoquer une crise convulsive
- Sans douleur grâce à l'anesthésie générale
- Encadrement strict par la HAS
- Traitement médical reconnu dans plusieurs troubles psychiatriques ou physiques*
- Courant électrique de faible intensité
Charge : 1 000 Coulombs max. (Smartphone : 10 000C)
Tension : 180 à 450 Volts maximum ;

Aucune lésion cérébrale provoquée par la procédure

*Charpeaud T. Usage de l'électroconvulsivothérapie en psychiatrie. L'Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Masson, 2016.



Mécanisme d'action :

Modification des **neurotransmetteurs** (dopamine, sérotonine, noradrénaline), hormones du stress, hormones du sommeil / appétit / sexualité

Amélioration de la **vascularisation** de certaines zones du cerveau

Effets sur le cerveau semblables aux médicaments antidépresseurs*, obtenus **plus rapidement**

Mécanismes encore à l'étude ...

*Quiles C. Chapitre 7 - Électroconvulsivothérapie, Neurophysiologie clinique en psychiatrie. E. Masson, 2015



Dépression :

- Réponse aux traitements non satisfaisante :
 - Résistance aux médicaments
 - Effets indésirables des traitements médicamenteux
 - Contre-indication aux antidépresseurs

- Risque vital :
 - Risque suicidaire élevé
 - Refus alimentaire
 - Symptômes délirants ou hallucinations associés

- Meilleure efficacité que les antidépresseurs surtout si :
 - Idées délirantes et hallucinations
 - Sujet âgé



*Paglini D et al. : Efficacy of ECT in Depression: A Meta-Analytic Review, mars 2004

Trouble bipolaire :



- Risque Vital :
 - Cycles dits « rapides » (>4 épisodes par an)
 - Risque suicidaire très élevé
- Réponse aux traitements non satisfaisante :
 - Contre-indication aux médicaments
 - Résistance aux médicaments

Schizophrénie :

- Utilisation en cas de schizophrénie résistante aux traitements médicamenteux
- Toujours en association avec un médicament antipsychotique
- Effets plus importants sur les idées délirantes ou les hallucinations

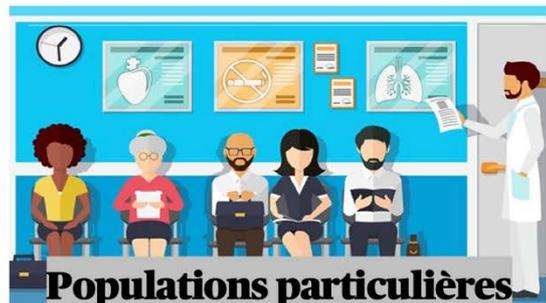


Autres indications :

- Syndrome Catatonique :
Second choix : après échec du LORAZEPAM (médicament de référence).
Taux de réponse de 80-100%*

- Parfois : Maladie de Parkinson, autres troubles moteurs

*Hawkins JM, Archer KJ, Strakowski SM, Keck PE. Somatic Treatment of Catatonia. Int J Psychiatry Med. 46: 1995.



Pour les patientes enceintes :

Possibilité à tout moment de la grossesse* !
Aucune atteinte sur le fœtus.



Surveillance foetale, présence d'un obstétricien
Possible risque plus élevé de menace d'accouchement prématuré



*Ward JB et al.: Recommendations for the use of ECT in pregnancy: literature review and proposed clinical protocol. *Act* 2018

Patients âgés :



Pas de limite d'âge

- Les pathologies neurodégénératives (ex. M. d'Alzheimer) ne sont pas une contre-indication
- Concertation entre psychiatre, anesthésiste et gériatre
- Peu d'effets indésirables
- Efficacité plus importante chez le sujet âgé



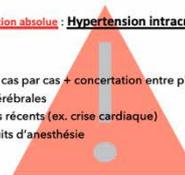
Adolescents :

- Concertation de plusieurs spécialistes nécessaire
- Evaluation au cas par cas en équipe
- Accord parental nécessaire



Contre-indications :

- Une seule contre indication absolue : **Hypertension intracrânienne**
- Situations à évaluer au cas par cas + concertation entre plusieurs spécialistes :
 1. Certaines lésions cérébrales
 2. Antécédents graves récents (ex. crise cardiaque)
 3. Allergies aux produits d'anesthésie



1 ère étape : l'indication

- Le patient est reçu seul ou accompagné de ses proches.
- Le psychiatre réalise la consultation et explique la procédure.
- Un formulaire de consentement est fourni au patient, qui devra le signer avant de débuter la procédure.



2ème étape : quelques examens

- Quelques examens sont requis avant de débiter l'ECT :
 - Une prise de sang
 - Un électrocardiogramme
 - Parfois : un IRM ou un scanner ...



3ème étape : consultation anesthésie



- L'objectif de la consultation est de faire le point sur les antécédents médicaux majeurs
- L'anesthésiste doit connaître tous ces paramètres pour permettre l'anesthésie générale



4ème étape : la veille de la séance

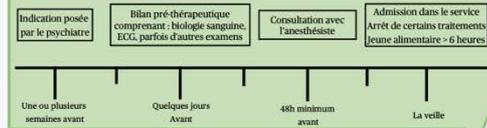
- Admission dans le service
- Certains traitements sont suspendus temporairement
- Un jeûne alimentaire de 6 à 8h heures est imposé (la veille de la séance)



Organisation avant la première séance :



Séquence temporelle :



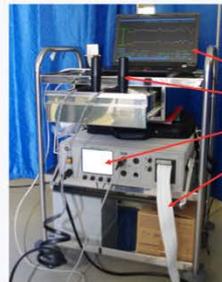
L'organisation pendant les séances : l'installation

- Au bloc opératoire, transfert par ambulance
- Appareils de surveillance : électrocardiogramme, tensiomètre, saturomètre
- Electroencéphalogramme pour surveiller l'activité cérébrale
- Perfusion pour l'anesthésie



Appareils :

- Tracé électroencéphalogramme
- Electrodes de stimulation
- Appareil à ECT
- Enregistrement électroencéphalogramme



La séance d'ECT :



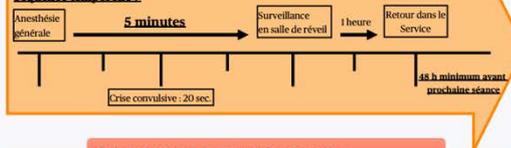
- L'anesthésiste administre le produit à travers la perfusion
- Lorsque le patient est endormi, le psychiatre réalise la stimulation
- Une fois la crise convulsive observée, le patient est surveillé une heure en salle de réveil



Pendant la séance :

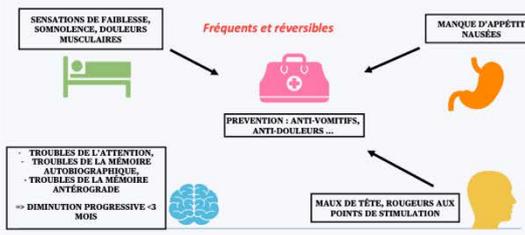


Séquence temporelle :



Quels sont les effets indésirables ?

Les effets indésirables « attendus » :



Les effets indésirables « exceptionnels » :

Plus rares que les effets indésirables d'une chirurgie ambulatoire (ex. retrait d'un kyste)



- Crise convulsive indésirable : nouvelle crise convulsive, survenant après la crise induite par l'ECT
- Etat de mal épileptique non convulsivant

Les Effets indésirables graves concernent moins de 1% des patients traités.*

*Natali GA et al. Morbidity and Mortality in the Use of Electroconvulsive Therapy. The Journal of ECT. déc. 2004

Et après ?

- Pendant la thérapie, les traitements sont passés en revue.
- L'ECT, permet une rémission de l'épisode aiguë.
- Les ajustements des médicaments, permettront de prévenir la rechute.



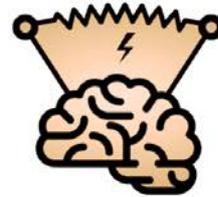
- Parfois, certains patients peuvent rechuter. Il peut alors être proposé une thérapie d'entretien.
- Celle-ci comporte des séances similaires, mais plus espacées dans le temps, et progressivement diminuées puis arrêtées.
- L'objectif est de maintenir les effets au long terme.



II. Questionnaire QuAKE :

Questionnaire QuAKE :

Connaissez-vous l'ECT ?



- Ce questionnaire a été réalisé pour évaluer les connaissances et les attentes des patients et leurs proches concernant l'électro-convulsivo-thérapie (ou sismothérapie).
- Nous vous remercions de répondre à ce questionnaire seul(e), sans assistance extérieure, notamment ressource internet ou autre type de bibliographie.
- Ce questionnaire comprend 2 parties :
 1. Une première section consacrée aux attitudes, a priori ou attentes vis-à-vis de l'ECT.
 2. Une deuxième section, centrée sur les connaissances relatives à l'ECT.

Il comporte 33 questions en tout, préparez donc pour y répondre un temps calme et une trentaine de minutes.

Afin de pouvoir vous identifier, merci de remplir l'encart ci-dessous avec les trois premières lettres de votre prénom, accompagnées des trois premières lettres de votre ville / lieu de naissance.

(Ex. si vous vous nommez Josiane et que vous êtes née à Quimper, inscrivez JOS QUI).

Identification :

Échelle de mesure des attitudes relatives à l'ECT¹

Instructions : pour chaque question de 1 à 16, merci de répondre en cochant **une seule case**. Pour cette première partie, vous pouvez choisir entre les 5 propositions allant de « tout à fait d'accord » à « pas du tout d'accord »

	<i>Tout à fait d'accord</i>	<i>D'accord</i>	<i>Incertain</i>	<i>Pas d'accord</i>	<i>Pas du tout d'accord</i>
1. Envisageriez-vous l'ECT comme une option thérapeutique pour un ami/un proche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Une intervention chirurgicale lourde est plus dangereuse que l'ECT.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. L'ECT est probablement plus bénéfique que nocive.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¹ ECT : électroconvulsivothérapie

<i>Tout à fait d'accord</i>	<i>D'accord</i>	<i>Incertain</i>	<i>Pas d'accord</i>	<i>Pas du tout d'accord</i>
-----------------------------	-----------------	------------------	---------------------	-----------------------------

4. L'ECT n'est pas susceptible de provoquer des atteintes cérébrales.					
------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--

5. L'ECT est habituellement utilisée de manière appropriée.					
--------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--

6. Les psychiatres prennent l'avis des autres membres de l'équipe lorsqu'ils décident de réaliser des ECT.					
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--

7. Les patients sont suffisamment informés concernant les effets attendus et indésirables.					
---------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--

8. M'imaginer avoir des ECT est plus inquiétant que m'imaginer être opéré(e) de l'appendicite.					
-------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--

9. L'ECT devrait uniquement être utilisée en dernier recours.					
----------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--

10. C'est la crise convulsive induite que je trouve la plus inquiétante concernant l'ECT.					
--------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--

	Tout à fait d'accord	D'accord	Incertain	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
11. Les psychiatres utilisent l'ECT parce qu'ils ne savent pas comment traiter le patient autrement.	<input type="checkbox"/>				
12. Je trouve que l'aspect le plus perturbant dans les ECT est l'utilisation de l'électricité.	<input type="checkbox"/>				
13. L'ECT est un traitement cruel.	<input type="checkbox"/>				
14. Il n'y a pas de réelle preuve que l'ECT fonctionne.	<input type="checkbox"/>				
15. Bien que le patient puisse se rétablir après les ECT, il/elle ne sera plus jamais le/la même après.	<input type="checkbox"/>				
16. A notre époque de médecine moderne, l'ECT devrait être interdite.	<input type="checkbox"/>				

	<i>Vrai</i>	<i>Faux</i>	<i>Ne sait pas</i>

6. Les patients ne peuvent recevoir l'ECT sans leur consentement.			
7. Les patients ne doivent pas manger à partir de la nuit qui précède la séance.			
8. Le voltage utilisé est de 500 volts.			
9. L'ECT est un traitement approprié pour la dépression.			
10. L'ECT est approprié pour l'anorexie mentale.			

	Tout à fait d'accord	D'accord	Incertain	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
11. Les psychiatres utilisent l'ECT parce qu'ils ne savent pas comment traiter le patient autrement.	<input type="checkbox"/>				
12. Je trouve que l'aspect le plus perturbant dans les ECT est l'utilisation de l'électricité.	<input type="checkbox"/>				
13. L'ECT est un traitement cruel.	<input type="checkbox"/>				
14. Il n'y a pas de réelle preuve que l'ECT fonctionne.	<input type="checkbox"/>				
15. Bien que le patient puisse se rétablir après les ECT, il/elle ne sera plus jamais le/la même après.	<input type="checkbox"/>				
16. A notre époque de médecine moderne, l'ECT devrait être interdite.	<input type="checkbox"/>				

Échelle de mesure des connaissances relatives à l'ECT

Instructions : pour chaque question, merci de répondre en cochant **une seule case**.
Pour cette seconde partie, vous pouvez choisir entre « vrai », « faux » ou « ne sait pas ».

	<i>Vrai</i>	<i>Faux</i>	<i>Ne sait pas</i>
1. L'ECT devrait uniquement être réalisée chez un patient capable de manger et boire correctement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Les patients doivent arrêter tous leurs traitements avant l'ECT.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. L'usage d'ECT est encadré par la HAS.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Les proches doivent donner leur accord avant que le patient ne reçoive l'ECT.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Des preuves concluantes de l'efficacité de l'ECT dans la dépression existent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<i>Vrai</i>	<i>Faux</i>	<i>Ne sait pas</i>

6. Les patients ne peuvent recevoir l'ECT sans leur consentement.			
7. Les patients ne doivent pas manger à partir de la nuit qui précède la séance.			
8. Le voltage utilisé est de 500 volts.			
9. L'ECT est un traitement approprié pour la dépression.			
10. L'ECT est approprié pour l'anorexie mentale.			

<i>Vrai</i>	<i>Faux</i>	<i>Ne sait pas</i>
-------------	-------------	--------------------

11. La détérioration permanente de la mémoire est un effet indésirable fréquent.			
-----------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

12. Les maux de tête sont un effet indésirable fréquent.			
-----------------------------------------------------------------	--	--	--

13. Les fractures osseuses sont un effet indésirable fréquent.			
-----------------------------------------------------------------------	--	--	--

14. Les dommages cérébraux sont un effet indésirable fréquent.			
-----------------------------------------------------------------------	--	--	--

15. L'ECT ne peut être administrée aux patients souffrant de démence.			
------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

16. L'ECT ne peut être administrée aux patientes ayant une grossesse connue.			
-------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

17. L'ECT ne peut être administrée aux patients ayant une tumeur cérébrale.			
------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

III. Livret du patient :

GUIDE DU PATIENT

ELECTRO-CONVULSIVO-THERAPIE

Ce document rassemble les éléments essentiels à comprendre concernant l'ECT.



Il est à destination des patients usagers, futurs usagers de l'ECT et leurs proches.

© CHU Lille

Le présent guide a été réalisé avec le soutien de l'Université de Lille et le CHU de Lille.

Hôpital Fontan 1
Rue Paul Nayrac
59000 Lille
www.chu-lille.fr



ECT – Les essentiels

INTRODUCTION

Le présent guide est à destination des patients usagers, futurs usagers d'électro-convulsivo-thérapie et leurs proches.

Les informations qu'il contient vous permettront de mieux comprendre ce traitement, les bénéfices attendus et les effets indésirables possibles.

QU'EST-CE QUE LE TRAITEMENT PAR ELECTRO-CONVULSIVO-THERAPIE ?

L'électro-convulsivo-thérapie (ou ECT), anciennement appelée sismothérapie ou encore « thérapie par électrochocs », désigne un traitement médical reconnu et efficace dans plusieurs troubles psychiatriques.

Réalisée aujourd'hui sous anesthésie générale et dans des conditions de sécurité optimales, l'ECT permet, quand l'indication est bien posée, l'amélioration rapide de l'état de santé de certains patients par la provocation artificielle d'une crise convulsive, en utilisant un courant électrique faible et très bref appliqué à la surface du crâne.

COMMENT L'ECT FONCTIONNE ?

Selon la littérature scientifique, l'ECT permet la régulation des hormones de stress et de plusieurs neurotransmetteurs (messagers chimiques), au sein du cerveau.

Certains changements observés sont les mêmes changements que lors d'un traitement par médicaments antidépresseurs. Cependant, avec l'ECT, ils s'opèrent de façon plus rapide. Tous les mécanismes d'action de l'ECT ne sont pas entièrement élucidés et font toujours l'objet de recherches scientifiques.

Lors de la stimulation (ou séance d'ECT), une crise convulsive est induite volontairement. Ce sont ces crises convulsives, qui permettent d'effectuer les changements chimiques nécessaires à l'amélioration clinique attendue.

QU'EST-CE QU'UNE CRISE CONVULSIVE ?

Le système cérébral est un système fonctionnant grâce à des échanges chimiques (neurotransmetteurs) et électriques entre les neurones. Une crise convulsive est provoquée par une décharge électrique généralisée au niveau des neurones.

ECT – Les essentiels

Cette décharge peut provoquer des convulsions, et des contractions musculaires notamment.

Les crises convulsives peuvent être provoquées par certaines pathologies, comme par exemple l'épilepsie ou encore d'autres pathologies.

Dans le cadre de l'ECT, cette crise convulsive permet de rééquilibrer les échanges chimiques et électriques du cerveau, afin d'améliorer les symptômes.

IMPORTANT : L'ECT ne provoque pas une maladie épileptique, elle provoque une crise convulsive sous étroite surveillance et dans des conditions particulières. De plus, les crises convulsives n'entraînent pas de lésion sur le cerveau.

POURQUOI VOUS A-T-ON PROPOSÉ L'ECT ?

L'ECT vous a été proposée pour l'une ou l'autre des raisons suivantes :

- Votre traitement par médicaments n'a pas été ou n'est plus suffisamment efficace ;
- Votre organisme n'a pas supporté les traitements par médicaments ;
- Les médicaments sont contre-indiqués dans votre cas ;
- Il existe un risque vital à court terme ;
- L'ECT a été efficace pour vous lors d'une situation identique dans le passé.

L'ECT est le plus souvent administrée dans les troubles psychiatriques suivants : dépression sévère, trouble bipolaire, syndrome catatonique ou encore la schizophrénie dans certains cas.

ECT – Les essentiels

LE PARCOURS DE SOINS

AVANT L'ECT

Avant de débuter un traitement, plusieurs étapes sont nécessaires auprès de l'équipe effectuant l'ECT afin de :

- Déterminer l'indication ;
- D'évaluer la balance entre bénéfices et risques ;
- De recueillir l'avis éclairé du patient ;
- De prendre la décision finale de traitement par ECT.

La consultation auprès du psychiatre permet de poser l'indication, d'informer sur les résultats attendus, d'expliquer la procédure et les conditions de réalisation des séances.

Il est important de définir le projet thérapeutique de chaque patient, des explications sont données sur les différents protocoles de traitement par ECT, il existe 2 types de procédure :

- Un traitement « d'attaque » : Cette phase comprend généralement entre 5 et 20 séances, d'ECT à raison de deux à trois séances par semaine.

- Un traitement « d'entretien » : Il s'agit de séances d'ECT régulièrement espacées dans le temps (par exemple une séance par semaine, puis une séance toutes les deux semaines etc.). Ces séances d'entretien ne sont pas indiquées chez tout le monde, mais peuvent être proposées dans certaines situations où une rechute rapide après un traitement d'attaque a été constatée.

Pendant cette consultation, le consentement du patient est recherché. Si le consentement du ou de la patiente est difficile, voire impossible, à recueillir en raison de sa pathologie, le consentement de sa personne de confiance est recherché.

Avant de débuter le traitement, une consultation auprès d'un anesthésiste est également indispensable pour réaliser l'anesthésie générale en toute sécurité.

Un bilan complémentaire est réalisé comprenant :

- Une prise de sang

ECT – Les essentiels

- Un électrocardiogramme
- Une IRM cérébrale si nécessaire

D'autres examens médicaux peuvent être envisagés en fonction des antécédents personnels de chaque patient.

La veille de la séance, un jeûne alimentaire de 6 heures est indispensable. Au cours d'une cure, les prescriptions de certains médicaments peuvent être adaptées afin d'assurer l'efficacité de l'ECT et de réduire certains effets indésirables. Ces médicaments seront repris dès que possible, après la séance.

DÉROULEMENT D'UNE SÉANCE

La procédure est réalisée au bloc opératoire, sont alors retirés les bijoux et prothèses dentaires notamment.

Le patient est également invité à se rendre aux toilettes afin d'uriner pour que la vessie soit vidée avant d'enclencher la procédure, la crise convulsive pouvant entraîner une perte d'urine. Différents appareils seront alors mis en place afin de surveiller les paramètres vitaux :

- Électrocardiogramme pour la surveillance du cœur (capteurs sur le thorax) ;
- Electro-encéphalogramme pour surveiller l'activité du cerveau et enregistrer la crise convulsive (capteurs positionnés sur le crâne et derrière les oreilles) ;
- Tensiomètre pour mesurer la tension artérielle (brassard) ;
- Saturomètre pour surveiller l'oxygénation du sang (capteur placé sur le doigt ou sur l'oreille) ;
- Une perfusion est également posée, afin de pouvoir administrer les produits anesthésiants et myorelaxants (permettant le relâchement des muscles) ;

L'anesthésie générale dure en moyenne 5 minutes, pendant lesquelles le courant électrique est administré grâce à des électrodes dites « de stimulation » positionnées sur les tempes. La stimulation électrique dure quelques secondes et provoque une crise convulsive, d'une durée normalement comprise entre 20 secondes et 2 minutes.

ECT – Les essentiels

Pendant l'anesthésie, un produit myorelaxant est administré, afin d'atténuer les mouvements de la crise convulsive et éviter un risque de blessure involontaire. Après la crise le patient est amené en salle de réveil, le temps que le corps élimine les produits d'anesthésie et d'effectuer une surveillance pendant environ une heure. Après la salle de réveil, le patient retourne dans le service, en ambulance.

APRES LES SEANCES

L'ECT est efficace pour soigner certaines pathologies psychiatriques. L'efficacité est variable selon les patients et les symptômes présents.

- Dans la dépression, dans le cadre d'un trouble bipolaire ou non, on considère un taux de réponse au traitement de plus de 80%, un taux de rémission complète de 75% de l'épisode, dont 34% en deux semaines.
- Dans la catatonie, le taux de rémission complète se situe au-delà de 80%.
- Dans la schizophrénie résistante, l'adjonction d'ECT aux traitements médicamenteux standards permet une amélioration clinique chez 50% des patients.
- Concernant le trouble bipolaire, l'efficacité de l'ECT dans l'épisode maniaque est évaluée à 80% de réponse clinique.

De la même manière qu'avec les médicaments, certains patients présenteront une réponse rapide, d'autres auront besoin de plus de séances, enfin, dans de rares cas, il n'y aura pas d'amélioration constatée.

L'état clinique de chaque patient est régulièrement réévalué afin de personnaliser le nombre de séances nécessaires.

UNE FOIS LES SEANCES TERMINEES

Un relais médicamenteux est très souvent prescrit, en parallèle ou à l'issue de la cure d'ECT, dans l'objectif d'éviter les rechutes. Le suivi auprès du psychiatre sera à poursuivre afin de surveiller l'évolution de la pathologie et de mieux déceler une éventuelle rechute. Une surveillance des effets indésirables sera également effectuée au cours du suivi.

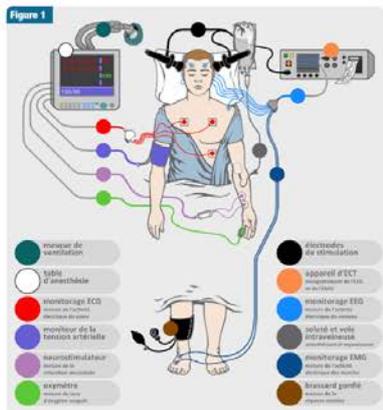


Figure 1 : Disposition du patient et présentation de différents appareils utilisés au cours de la séance d'ECT (après <https://publications.mars.govt.nz/theses/theses/2016/16-214-10WT.pdf>)

ECT – Les essentiels

ECT – Les essentiels

QUELS SONT LES RISQUES LIÉS À L'ECT ?

LES CONTRE INDICATIONS

D'après la haute autorité de santé, la seule contre-indication formelle est l'**hypertension intracrânienne**.

D'autres situations peuvent amener à discuter l'indication, notamment :

- Un antécédent grave récent (ex. infarctus) ;
- Certaines tumeurs et / ou lésions cérébrales ;
- Une allergie aux produits utilisés en anesthésie ;

Ces situations sont discutées au cas par cas.

POPULATIONS PARTICULIÈRES

- Les patients âgés peuvent bénéficier d'ECT, cette population de patient à même tendance à répondre de manière plus satisfaisante.
- Les femmes enceintes peuvent également bénéficier d'ECT. En effet, la grossesse ne constitue pas une contre-indication et aucune conséquence fœtale n'est entraînée par la procédure. Une surveillance plus rapprochée sera préconisée, avec la participation du médecin obstétricien dans le cadre de la prise en charge globale.
- Chez les adolescences, l'utilisation d'ECT est rare, mais non contre-indiquée.

ECT – Les essentiels

LES EFFETS INDESIRABLES COURANTS

Ils sont fréquents, bénins et réversibles :

- Confusion et désorientation au réveil : ceci est dû à la fois à l'anesthésie et à l'ECT. Habituellement, cette confusion disparaît rapidement.
- Rougeurs de la peau sur les points de stimulation (tempes).
- Maux de tête.
- Nausées accompagnées parfois de vomissements.
- Courbatures musculaires.
- Troubles de l'attention et de la concentration (durée de moins de 48 heures après la séance).
- Troubles de la mémoire : il en existe 2 types :
 - La mémoire antérograde : désigne les événements survenus dans les heures suivant la séance.
 - La mémoire dite rétrograde : désigne les événements vécus par le passé, plus ou moins anciens.

Les troubles de la mémoire sont surveillés avec attention, ils sont résolus en moins de 3 mois. Dans de rares cas, il est possible que certains souvenirs, notamment les moments qui entourent les séances, soient définitivement effacés. Les autres effets indésirables sont généralement bien contrôlés avec des traitements anti-douleurs ou anti-vomitifs par exemple.

LES EFFETS INDÉSIRABLES RARES

Toute intervention médicale peut présenter, parallèlement aux avantages, certains inconvénients.

Les accidents et les complications médicales liées à l'ECT et à l'anesthésie sont très rares : complication dentaire, rythme irrégulier du cœur, crise d'épilepsie prolongée.

Les études ont démontré que le risque de décès associé à l'ECT est très faible et qu'il serait comparable aux interventions chirurgicales mineures sous anesthésie générale (ex. avulsion des dents de sagesse).

Ces effets indésirables, sont exceptionnels mais justifient une surveillance étroite, en salle de réveil après stimulation, puis dans le service d'hospitalisation.

ECT – Les essentiels

RÉSUMÉ

L'électro-convulsivo-thérapie est un traitement médical reconnu, utilisé dans certaines situations urgentes ou de résistance médicamenteuse, pour des malades souffrant de certains symptômes causés par certains troubles psychiatriques.

C'est une procédure strictement encadrée, avec des bénéfices importants, dans les situations où elle est proposée.

Questions / Notes

Pour en savoir plus :

- www.conn-ect.com/grand-public
- <https://www.youtube.com/watch?v=Sg4AIF4f9A4>
- Neurophysiologie clinique en psychiatrie, Elsevier Masson, 2015, Chapitre 7 : Electroconvulsivothérapie, par C. Quiles, J.-A. Micoulaud-Franchi
- EMC – Psychiatrie, octobre 2016, Usage de l'électroconvulsivothérapie en psychiatrie, par T. Charpeau, J.-B. Genty, P.-M. Llorca

ECT – Les essentiels

AUTEUR(E) : Nom : VIVIER

Prénom : Jules

Date de soutenance : 7 Avril 2023

Titre de la thèse : L'Électroconvulsivothérapie, toute une (psycho)éducation !

Thèse - Médecine - Lille 2023

Cadre de classement : *Psychiatrie*

DES + FST/option : *Psychiatrie*

Mots-clés : Électroconvulsivothérapie ; ECT ; psychoéducation ; proches aidants

Résumé :

Introduction : En psychiatrie, l'électroconvulsivothérapie est un traitement efficace qui souffre d'une forte stigmatisation due à de multiples facteurs. Ce travail consiste en l'élaboration d'une séance de psychoéducation sur l'ECT destinée aux proches aidants et patients concernés, associé à une mesure de l'impact de cette séance sur les représentations et connaissances des participants.

Méthodes : La séance créée est unique, basée sur des données scientifiques sur l'ECT et associée à un support visuel, un livret du patient et une notice d'utilisation. Le recueil de données sur les ressentis et connaissances des participants, s'effectue à l'aide d'un auto-questionnaire avant et après la séance. Un test t de Student apparié a été utilisé pour les analyses statistiques.

Résultats : La population étudiée était composée de 11 femmes et 9 hommes, l'âge moyen était de 57 ans. Le test réalisé pour l'échelle représentations retrouve une différence moyenne de score de 9 statistiquement significatif avec une P value < 0,001. Pour l'échelle connaissances, on observe une différence moyenne de score de 7,55 sur le score statistiquement significatif avec une P value < 0,001.

Conclusion : Au vu des résultats présentés, l'utilisation de ce type d'outil pourrait être préconisé systématiquement lorsque l'électroconvulsivothérapie est proposée.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Asseseurs : Mme le Docteur Alice DEMESMAEKER, Mme le docteur Maéva Magnat

Directeur de thèse : Mr le Professeur Ali AMAD