

L' Ecrit

Département universitaire de psychiatrie adulte
(DUPA)
Service des soins infirmiers
Site de Cery - 1008 Prilly-Lausanne

Responsable de la publication:
Service des soins infirmiers
prix Fr. - 2



Clinique des Electrochocs

Sommaire

Présentation : Actualité des «maladies thérapeutiques»

Didier Camus, infirmier-clinicien : Historique d'un traitement controversé

Martin Preisig, médecin associé : L'électrochoc, une question médicale

Françoise Maisenholder, infirmière cheffe adjointe : Histoire des électrochocs à Cery

Philippe Jaques, premier infirmier : Le rôle infirmier

Actualité des «maladies thérapeutiques»

Un auditoire archi-comble venu de psychogériatrie, d'Yverdon et du DUPA pour entendre parler de la clinique des électrochocs, qu'est-ce que cela peut signifier ? Qu'est-ce qu'il y avait à comprendre dans cette partie de la pratique clinique qui concerne moins de 0,5% des clients que l'on prend en soin ?

Quelle était la motivation des responsables des «Mercredi infirmier» lorsqu'ils ont décidé de mettre ce sujet en débat ? Pourquoi maintenant, après la réorganisation et la spécialisation des sections ?

Plus de questions que de réponses ? Peut-être !

Pourquoi ne pas interroger la plus vieille pratique clinique (59 ans à Cery), celle des électrochocs, pour tenter de la situer dans les réponses que nous élaborons pour répondre aux multiples défis cliniques qui sont les nôtres ?

Paradoxalement, utiliser un soin, mécanique dans sa conception (faire passer un courant électrique dans le cerveau du patient pour provoquer une crise d'épilepsie, «Maladie thérapeutique»), pour étalonner notre capacité à penser le soin psychiatrique dans sa complexité, là était peut-être l'enjeu de cette matinée.

Nous n'avons pas ici à répondre mais simplement à corréliser une technique de soin avec les nouvelles complexités thérapeutiques que nous tentons d'investir (Clinique des effets secondaires, droit des patients, contractualisation de nos relations, partenariat, ouverture aux réseaux, liaison avec les autres partenaires de soin).

A la lecture de cet écrit très documenté, chacun aura à se forger une opinion.

Il nous reste à remercier les acteurs pour leur travail et l'opportunité qu'ils nous ont offerte de nous poser ces quelques questions enfouies dans l'inconscient collectif des soignants et alimentées par cette nouvelle actualité des ECT venue des Etats-Unis.

Le Comité de Rédaction

INTRODUCTION

Plus de soixante ans après son invention, la pratique de l'électrochoc reste toujours

d'actualité. Qu'il soit appelé électrochoc ou sismothérapie ou électroconvulsivothérapie (dans l'ordre chronologique), ce traitement garde, dans le public comme dans le corps des soignants, une image négative.

Sujet très controversé : En dépit des progrès de la psychopharmacologie, du développement des neurosciences, cette technique reste parfois qualifiée comme «la seule issue possible», «le traitement de la dernière chance», quand il n'y a plus que «ça» à faire.

Les progrès importants dans son utilisation (anesthésie, curarisation, accompagnement, meilleures indications) n'empêchent pourtant pas ce «déficit d'image» de perdurer. Seule thérapeutique issue des traitements de choc encore utilisée de nos jours, thérapeutique psychiatrique moderne la plus décriée, elle nous renvoie à l'histoire de la psychiatrie, à l'asile, au traitement des maladies mentales pratiqué il n'y a pas si longtemps. Le souvenir d'un passé que l'on voudrait ne plus voir?

Au fur et à mesure des progrès de la médecine, ce traitement s'est complexifié. Il fait aujourd'hui appel tant aux psychiatres qu'aux anesthésistes, mais aussi aux infirmiers dont le rôle (technique, relationnel, informationnel) est essentiel. Dans les équipes, la décision et l'accompagnement d'un tel traitement ne laissent certainement pas indifférent et ne se font pas sans questionnement.

Malgré toutes les critiques exposées contre lui, ce traitement, décrit parfois comme extrêmement agressif voire barbare, est encore régulièrement pratiqué et son utilisation semblerait même en augmentation. Il constitue encore (ou toujours, selon les points de vue) un élément dans ce qu'il convient d'appeler ici un armement (sic) thérapeutique.

Et en Suisse ? En 1982, selon les résultats d'une enquête, citée par le D^r Baettig¹, le D^r Cécile Ernst relèvera que les 2/3 des cliniques psychiatriques helvétiques utilisent l'électrochoc.

Près de vingt ans après, il nous paraissait important aujourd'hui de faire le point sur cette «clinique des électrochocs»: Son contexte historique, l'état des recherches dans ce

¹ Dominique Baettig, *L'électrochoc, traitement d'urgence dans la crise ou crise dans le traitement*. Thèse, Lausanne, 1986, p 1

domaine, la pratique (protocoles, information aux patients) et le rôle soignant pour le DUPA.

HISTORIQUE DE L'ELECTROCHOC

« Les convulsions de l'électrochoc transforment les masses d'énergie issues de l'instinct de destruction et de la mort en forces utiles »²

L'histoire de l'électrochoc fait partie intégrante des thérapies de choc. Celles-ci avaient pour caractéristiques d'amener le patient très près de la mort pour mieux le soigner.

Pour soigner, il fallait d'une certaine façon injecter une maladie grave dont l'effet devait permettre une reconstruction et un réaménagement psychique.

« Pour bien soigner quelqu'un, il faut aller jusqu'à le faire mourir pour accepter de s'approcher très près de la mort. Les thérapies de chocs sont des thérapies qui jouent avec l'idée et avec gravité comme déclic d'un dernier sursaut.... Nous nous approchons là d'un rituel exorciste où l'on joue avec la vie et la mort en visant une hypothétique renaissance »³

L'idée de guérir un désordre mental par un bouleversement total mais bref de l'ensemble des fonctions organiques et psychiques n'est pas une idée nouvelle. De nombreux exemples nous sont donnés dans l'histoire du traitement des maladies mentales.

Au début du XX^e siècle, la médecine était relativement démunie face aux malades mentaux gravement perturbés. Aucun traitement n'étant véritablement efficace, les médecins psychiatres n'avaient parfois pour seule solution que l'observation de leurs malades.

Au cours des années 1930, des chercheurs mirent au point quatre formes de traitement

² Tiré de la *Revue du centre Neuro-psychiatrique*, n° 3 et 4, 1952, Bruxelles, p 65

³ Barbier D., « La cure de sackel », cité par Dominique Friard et al, *Soins psychiatrie*, n°192, 1997, p7.

somatique de la schizophrénie⁴. Ces méthodes de choc, d'abord destinées à la schizophrénie, cherchaient à produire un coma (par sédation), ou une convulsion (par stimulation) selon les cas.

Selon Alain Ehrenberg, « *l'importance des traitements de choc tient à ce qu'ils ouvrent la voie à l'action. Pour la première fois dans l'histoire des thérapeutiques, la psychiatrie est capable d'établir une relation stable entre une médication et une guérison. Ces techniques ancrent la psychiatrie dans la médecine, la font entrer dans la modernité scientifique* ».⁵

L'épilepsie électrique serait connue depuis les travaux de **Fritsch et Hitzig**, physiologistes ayant constaté dès **1870** l'excitabilité électrique du cerveau et démontré que les courants suffisamment intenses sur le cortex mis à nu peuvent déclencher l'apparition d'une crise épileptique.

Selon **Kalinowski** (1984)⁶, l'amélioration d'une maladie mentale après des convulsions spontanées était un phénomène connu et observé de longue date. La plus ancienne observation écrite trouvée par cet auteur remonte à **1785**, dans le *London Medical Journal* sous la plume d'un **Docteur W.**

⁴ **Wagner von Jauregg**, en **1918**, mit au point le choc fébrile ou pyrétogène qui a démontré les heureux effets de la fièvre artificiellement provoquée par inoculation de la malaria (ou paludothérapie) dans le traitement d'une démence réputée incurable comme la paralysie générale. Ses travaux lui valurent le prix Nobel de médecine en 1927.

Manfred Sakel, en **1933**, utilisa le choc insulinaire (nommé encore insulinothérapie ou coma insulinaire) dans le traitement des démences précoces ou schizophrénie.

En **1934**, un psychiatre viennois, **Von Meduna**, décida d'étudier les effets de crises artificiellement provoquées chez des patients gravement déprimés, en utilisant un dérivé convulsivant du camphre, le cardiazol.

En **1935**, les techniques psycho-chirurgicales (lobotomie préfrontale) sont introduites par **Egas Moniz**.

⁵ Alain Ehrenberg, *La fatigue d'être soi*, Editions Odile Jacob, Paris, 1998, p 67.

⁶ Dominique Baettig, *ibid*, p 5

Oliver qui avait donné du camphre à un patient. Il est apparu que les patients hospitalisés qui souffraient de convulsions spontanées pour une raison ou une autre montraient une soudaine amélioration de leur état mental.

D'autres sources bibliographiques datent cette découverte bien plus avant dans le temps. Ainsi, au XVII^e siècle, un médecin et alchimiste célèbre, **Théophrastus Bombastus von Hohenheim** utilisait déjà l'ingestion de camphre pour déclencher des crises convulsives et «guérir de la folie»⁷.

Plus loin encore, la revue du centre neuro-psychiatrique nous apprend que « *selon les textes anciens, à une époque où l'électricité était inconnue, on avait cherché à traiter des maladies nerveuses en appliquant des secousses électriques sur la tête. Le principe de l'électrothérapie des affections nerveuses se trouvait posé il y a deux mille ans* »⁸.

A partir de la découverte de l'électricité statique au milieu du XVII^e siècle, de nombreux médecins cherchèrent à tirer parti de l'électricité pour guérir les maladies.

Aldini, au début du XIX^e siècle (**1804**), utilisa le courant galvanique, le faisant passer à travers le cerveau afin d'obtenir ce qu'on appellerait aujourd'hui une «absence épileptique». Il précisait que sa méthode s'adressait plus spécifiquement aux mélancoliques.

Babinsky, en 1905, confirma les résultats obtenus par Aldini en guérissant un accès mélancolique.

En **1938**, **Hugo Cerletti** et **Lucio Bini** remplacèrent le cardiazol par le courant électrique. Ils étudièrent les réactions histologiques cérébrales sur les animaux ayant été soumis à plusieurs chocs, avec des

⁷ Cité par Dominique Lair et al, Soins psychiatrie, n° 157, novembre 1993, p 3

⁸ *Revue du centre Neuro-psychiatrique*, *ibid*, p 47 et 48

variations de voltage, d'intensité et de temps de passage du courant.

L'histoire retiendra que c'est une visite aux abattoirs de Rome qui donna à Cerletti l'occasion de mettre au point sa technique expérimentale puis de transposer sa découverte sur l'être humain.

En **avril 1938**, Cerletti fit un premier essai sur un homme : un alcoolique de quarante ans atteint de «psychose schizophrénique». Après onze électrochocs, le sujet pouvait être considéré comme guéri ou du moins en «rémission complète». Une autre thérapie révolutionnaire, par déclenchement de convulsions au moyen de stimulations électriques pour le traitement des psychoses graves était née.

Un doute persistait néanmoins : S'agissait-il d'une thérapie par convulsion ou par l'action du courant électrique ?

Et l'avis des patients dans tout ça?

Cette épilepsie convulsive électrique était mal vécue par de nombreux patients. Citons Antonin Artaud qui a laissé des témoignages écrits sur ce traitement pratiqué sur lui :

«Il y a ici un traitement affreux qui s'appelle électrochoc qui dure chaque fois un mois et fait perdre pendant deux mois l'intelligence et la mémoire à ceux qui y sont soumis....Je ne veux absolument plus que cela recommence et il ne faut plus que cela recommence parce que ma conscience s'en va à chaque traitement et cela ne me revient qu'au bout de deux à trois mois. Et j'ai besoin de ma conscience pour vivre et travailler»...

«Chaque application d'électrochoc m'a plongé dans une terreur qui durait chaque fois plusieurs heures. Et je ne voyais pas venir chaque nouvelle application sans désespoir....Ce traitement d'électrochoc m'a terriblement fait souffrir, et je vous prie de m'éviter une nouvelle douleur»...

«L'électrochoc, M Latrémolière me désespère, il m'enlève la mémoire, il engourdit ma pensée et mon cœur, il fait de moi un absent qui se connaît absent et se voit pendant des semaines à la poursuite de

son être, comme un mort à côté d'un vivant qui n'est plus lui»⁹.

Cet état laissait un souvenir si pénible qu'il était parfois plus redouté que le traitement lui-même.

Autre inconvénient majeur, l'extrême violence des crises convulsives, par l'intensité des contractions musculaires, était susceptible de provoquer des accidents traumatiques qui, s'ils étaient rares, n'en étaient pas moins disproportionnés par rapport au bénéfice recherché: Courbatures, arrachements ligamentaires ou tendineux, luxations, fractures et tassements vertébraux. Une statistique américaine de cette époque, fondée sur des contrôles radiologiques systématiques du squelette, a montré que des accidents traumatiques étaient objectivés dans 23% des cas. Il va sans dire que ces risques traumatiques limitaient de beaucoup les indications, éliminant les sujets âgés, les cardiaques et les fracturés récents.

En 1943, une étape sera franchie avec l'anesthésie générale. Elle allait permettre d'éliminer plusieurs des inconvénients. Les malades n'assistaient plus aux préparatifs et, avec la lenteur d'élimination de l'anesthésique, franchissaient sans encombre la phase confusionnelle post-critique. De plus, un effet anxiolytique s'ajoutait à l'effet de l'électrochoc.

En 1946, nouveau progrès dans le traitement avec la curarisation. Le curare allait permettre d'atténuer les contractions musculaires de l'épilepsie électrique et, par conséquent, de supprimer d'une part tous les incidents traumatiques et, de l'autre, d'étendre les indications.

D'autres améliorations doivent être signalées comme la préoxygénation, l'emploi d'ondes électriques plus efficaces, la pose unilatérale des électrodes ou la surveillance plus complète des convulsions.

Malgré cela, en 1950, en conclusion de son exposé lors du premier congrès mondial de

⁹ Laurent Danchin, « Artaud et l'asile 2. Le cabinet du Docteur Ferdière », Nouvelles éditions Séguiet, Paris, 1996, p 64, 234 et 235.

psychiatrie, Cerletti dira : «*Oui, Messieurs, délivrer l'homme de l'électrochoc fut la première idée qui me vint quand j'ai pratiqué le premier électrochoc sur l'homme.(...) Nous travaillons dans l'espoir de dire un jour: Messieurs, l'électrochoc ne se fait plus*»¹⁰.

Cet espoir sera déçu : l'électrochoc est aujourd'hui encore considéré comme le remède le plus puissant contre la mélancolie et le dernier recours dans les dépressions résistantes aux antidépresseurs.

Dans un premier temps, l'ECT sera utilisé de manière intensive. Selon Michèle Lombart, le Larousse médical de 1952 écrivait¹¹ : «*le taux de réussite est de 100% avec six- huit électro-crise convulsives dans le cas de psychose de choc, mélancolie, manies, confusions mentales liées à des chocs moraux intenses(!)*». Toujours selon le Larousse, la plupart des psychiatres estimait qu'aucune thérapeutique n'avait donné des résultats comparables à l'électrochoc...

De 1938 à 1960, aux Etats Unis, des dizaines de milliers de patients vont être traités par des électrochocs. Les grands hôpitaux vont pratiquer ce traitement sans se soucier outre mesure des indications¹², l'essentiel étant parfois de maîtriser des malades indisciplinés ou peu coopératifs.

Au cours des années 1960-1970, l'utilisation de l'électroconvulsivothérapie se raréfiera progressivement en raison de la découverte des neuroleptiques et des antidépresseurs mais aussi de l'apparition de groupes de pression très actifs contre l'électrochoc.

Les ECT seront même parfois interdits malgré les progrès introduits dans la méthode qui en atténuent fortement le caractère violent.

Depuis les années 1980, les psychiatres utilisent de nouveau les ECT qui connaissent ainsi un essor important.

En 1978, l'American Psychiatric Association a publié le rapport de son groupe de travail sur l'électrochoc. Ce rapport établi formellement le rôle de l'électrochoc dans la pratique contemporaine de la psychiatrie.

En 1980, l'Association des psychiatres du Canada a publié son propre énoncé de principe sur l'électrochoc.

Depuis, plusieurs rapports ont été publiés. En France, l'A.N.A.E.S. (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé) a publié en 1998 un rapport à ce sujet.

Ces développements ont suscité un regain d'intérêts dans les milieux universitaires et de la recherche, comme en témoigne le nombre croissant de publications sur l'électrochoc et la création d'une revue consacrée exclusivement aux questions s'y rapportant.

Plusieurs autres raisons sont évoquées par Dominique Friard¹³ pour expliquer cette reviviscence :

- la diminution du nombre de lit et de la durée des hospitalisations,
- la perte de vitesse des théories analytiques et de la psychothérapie institutionnelle au bénéfice des théories comportementales et biologiques,
- la prise de conscience des limites de la révolution des neuroleptiques et des antidépresseurs,
- l'efficacité comparée des électrochocs.

Enfin, ne devrions-nous pas nous interroger sur les modifications du vocabulaire désignant ce traitement (électrochoc, électronarcose, puis sismothérapie et enfin électroconvulsivothérapie), cela sans que l'on en sache aujourd'hui beaucoup plus sur ses effets réels? Si aujourd'hui, aucune référence n'est faite à la mort symbolique et donc à une quelconque renaissance, s'il n'existe plus que l'envoi d'une très petite quantité d'électricité et un traitement défini comme psychotrope, n'est-ce pas alors un changement de paradigme de la maladie mentale?

¹⁰ Alain Ehrenberg, *La fatigue d'être soi*, Editions Odile Jacob, Paris, 1998.

¹¹ Cité par Michèle Lombart, «pratiques du passé», *Soins psychiatrie* n°157, novembre 1993, p

¹² Source : SERHEP, Société d'Etudes et de Recherche Historiques en Psychiatrie, CH Ville - Evvard.

¹³ Dominique Friard et al, *Soins psychiatrie* n°192, 1997, p 9

Didier Camus

Les électrochocs, une question médicale

L'ECT se réalise sous anesthésie générale, ce qui nécessite la constitution d'une équipe pluridisciplinaire composée d'infirmiers, d'anesthésistes et de psychiatres. Le produit anesthésiant utilisé actuellement est le Méthohexital (Briétal) car ce médicament est le seul anesthésiant qui n'augmente pas le seuil épiléptogène. L'anesthésie ne dure que quelques minutes. Pendant le traitement, le patient est curarisé pour éviter d'éventuelles fractures ou luxations dues à la crise épiléptique déclenchée.

La latérisation des électrodes pour l'application du traitement a suscité de nombreuses oppositions entre ceux qui préconisent une application unilatérale, soi-disant moins néfaste sur le plan cognitif et ceux qui prônent la bilatéralité des électrodes. Actuellement, l'application bilatérale est préférée à cause de sa plus grande efficacité. L'intensité du courant utilisé (courant bref pulsé à ondes carrées) est un paramètre essentiel puisqu'il est directement corrélé au déclenchement de la crise convulsive et de la durée de celle-ci. Pour le succès du traitement, une durée minimale de 30 secondes est nécessaire.

Une série de paramètres influencent le seuil convulsif. Le seuil est augmenté chez les sujets âgés et chez les hommes. Nous observons également une augmentation progressive du seuil convulsif au cours des séances. L'administration bi-hebdomadaire ou tri-hebdomadaire du traitement est recommandée. L'avantage de l'administration bi-hebdomadaire est la réduction des effets secondaires alors que l'administration tri-hebdomadaire a souvent un effet plus rapide.

Durant le traitement, le tracé de l'EEG est enregistré. L'EEG semble représenter un paramètre important puisque l'aspect du tracé est directement corrélé à l'efficacité de l'ECT. L'aspect de l'EEG doit se rapprocher au maximum de celui observé lors d'une épilepsie vraie.

Une série d'études a mis en évidence qu'un caractère mélancolique d'une dépression ainsi qu'une sévérité élevée sont prédictifs d'une bonne réponse au traitement. Par contre, aucun facteur biologique ne semble être prédictif de bonne réponse.

Chez un patient prévu pour un traitement ECT, les anti-épileptiques et les benzodiazépines sont contre-indiqués à cause de leur activité anticonvulsivante. Les antidépresseurs et neuroleptiques ne sont ni recommandés ni contre-indiqués. Quant au Lithium, il serait neurotoxique en association avec les ECT pour certains auteurs alors que d'autres ont des avis opposés. La caféine pourrait avoir un rôle intéressant si elle est associée aux ECT dans le sens où elle semble augmenter la durée de la crise. Le nombre de séances nécessaires pourrait alors être diminué. De plus, la caféine pourrait éventuellement réduire les effets secondaires cognitifs dus à l'ECT. La dose recommandée est de 250 à 750 mg en i.v. quelques minutes avant la séance.

Indication de l'ECT selon l'American psychiatric association (APA)

Dépression :

- Les indications de première intention pour les états dépressifs sont :

- dépression avec caractéristiques mélancoliformes,
- dépression des patients âgés,
- épisode dépressif chez un patient ayant des antécédents de bonne réponse à l'ECT,
- souhait du patient dépressif.

- Les indications de seconde intention pour les états dépressifs sont :

- échec des traitements bien conduits par antidépresseur,
- survenue d'effets secondaires importants sous traitement par antidépresseurs,
- existence de contre-indication sous antidépresseurs,
- aggravation clinique sous traitement antidépresseurs bien conduits.



Le taux de réussite de ce traitement est d'environ 85 à 90% pour les états dépressifs. En ce qui concerne la stabilité des résultats dans la dépression, les différentes études montrent des taux allant de 35 à 80% de rechute dans les 12 à 18 mois, sans traitement préventif. C'est pourquoi, un traitement par antidépresseur semble indispensable après une cure d'ECT. Le traitement médicamenteux devrait être débuté au cours de la cure d'ECT en tenant compte du délai d'action des antidépresseurs. Cependant, actuellement beaucoup d'auteurs pensent que le meilleur traitement préventif est représenté par la réalisation d'ECT de maintenance à raison d'une séance environ par mois.

Manies

Les indications de l'ECT sont représentées essentiellement par l'inefficacité d'un traitement neuroleptique bien mené pendant 15 jours.

Etats mixtes

L'ECT trouve une indication de choix quand on connaît les difficultés thérapeutiques présentées par ce type de pathologie qui nécessite souvent des associations médicamenteuses. Les résultats sont souvent obtenus rapidement en 4 à 6 séances.

Indication dans la schizophrénie

Classiquement, la catatonie représentait la principale indication de sismothérapie dans les schizophrénies. Actuellement, l'ECT peut être efficace en seconde intention après un traitement neuroleptique bien conduit dans d'autres types de schizophrénie.

Contre-indications (selon APA)

L'ECT représente une thérapeutique où le risque reste très faible et où les contre-indications sont limitées et actuellement bien définies :

- insuffisance cardiorespiratoire,

- anévrisme artériel à risque avec menace de dissection,
- infarctus récent,
- AVC récent,
- embolie instable avec risque de migration au cours du traitement,
- troubles du rythme non contrôlés,
- hyperthermie supérieure à 38°5.

Effets secondaires

En ce qui concerne les effets secondaires de la sismothérapie, ils sont essentiellement représentés par des céphalées transitoires et surtout par des troubles de mémoire de type antérograde qui peuvent diminuer à l'arrêt du traitement. Des effets secondaires plus graves ont été rapportés comme des ruptures vésicales, des fractures et luxations, mais également des inhalations bronchiques. La mortalité est estimée en moyenne à 2 décès pour 100.000 ECT.

Mécanismes d'action

Le mécanisme d'action de l'ECT reste à être éclairci. Il semble qu'une crise convulsive généralisée est nécessaire pour obtenir un bon résultat. Cependant, la crise convulsive généralisée n'explique pas entièrement les effets thérapeutiques. Il est intéressant de constater que l'ECT induit lui-même un effet anticonvulsif. La recherche des dernières décennies a mis en évidence que l'ECT agit également sur plusieurs systèmes de neurotransmetteurs dont la noradrénaline, la sérotonine et la dopamine, systèmes qui sont des calmants influencés par des médicaments psychotropes. Il semble cependant que l'effet de l'ECT sur ces systèmes n'est pas le même que celui des psychotropes. Il a été également mis en évidence que l'ECT a un effet sur le débit sanguin cérébral et la consommation cérébrale d'oxygène qui sont tous les deux augmentés sous ce traitement.

Martin Preisig

Une histoire des électrochocs sur le Site de Cery

Petit challenge à relever puisque nous disposons d'assez peu d'outils pour écrire cette histoire quelque peu souterraine. Outre les rares témoignages infirmiers¹⁴, seuls trois médecins se sont penchés sur ce sujet. Le travail le plus complet est celui du D^r Baettig¹⁵ tant dans ses références internationales que dans sa dimension monographique concernant le Site de Cery. Nous y puiserons de nombreuses données. Le travail de S. Wyss¹⁶ plus centré sur la pharmacologie n'inclut qu'une rapide incise au chapitre des électrochocs.

Enfin C. Schekter¹⁷ insiste sur les modalités pratiques de ce soin particulier.

Un dernier document nous a permis de dresser un petit tableau de cette pratique, «le carnet du lait» qui recense chaque séance d'ECT depuis 1975 jusqu'en 1993. Depuis, les infirmiers en charge de ce soin remplissent une feuille lors de chaque séance intégrant la date, le nom du patient, sa date de naissance, son lieu de soin.

La pratique des électrochocs à Cery remplace dès 1941¹⁸, dans le registre des thérapies convulsivantes, les cures de Cardiazol qui avaient laissé de très mauvais souvenirs chez les patients et les infirmiers.

¹⁴ Claude Cantini, Jérôme Pedroletti, Geneviève Heller, *Histoires infirmières de l'hôpital de Cery, 1940-1990*, à paraître aux éditions d'en bas à l'automne 2000.

Dominique Colombari, Yves Cossy, Image actuelle des électrochocs au sein de l'équipe soignante, Diplôme de l'école cantonale vaudoise d'infirmières et d'infirmiers en psychiatrie, juin 1987, Bibliothèque médicale de Cery.

¹⁵ Dominique Baettig, L'électrochoc, traitement d'urgence dans la crise ou crise dans le traitement, Thèse de médecine, Lausanne, 1986, Bibliothèque médicale de Cery.

¹⁶ Sabine Wyss, Evolution du traitement psychiatrique à Cery, 1900-1969, Lausanne, 1996/1997, Institut romand d'histoire de la médecine.

¹⁷ Catherine Schekter, Recommandations sur la pratique de l'ECT, mai 1996, bibliothèque médicale de Cery.

¹⁸ Sabine Wyss, *ibid*, p. 89.

D'abord pratiqués «à sec» c'est à dire sans anesthésie, ils laissent un souvenir désagréable chez nos anciens collègues. «Ils n'ont pas fait beaucoup d'électrochocs. C'était très dur. Tante Juliette en a eu, mais elle en discutait tout le temps après, parce qu'elle avait tellement souffert. J'ai jamais vu, mais j'entendais mon mari qui disait : "ça ne réussit pas bien"» (M^{me} H.B.)¹⁹.

Heureusement la narcose est introduite dès 1943 et la curarisation qui prévient les lésions provoquées par la crise d'épilepsie est associée au traitement anesthésiant en 1946.

Trois lieux sont retenus pour cette pratique, soit les patients étaient trop mal pour sortir des divisions et alors ils pouvaient être «choqués» à l'Annexe-homme et à l'Annexe-femme²⁰, soit ils pouvaient se déplacer et ils étaient «choqués», d'abord à La Station qui avait été créée dès 1936, à l'initiative du Professeur Steck, pour abriter les cures d'insuline, puis, à la création de la nouvelle clinique en 1959, dans une unité comprenant douze lits et une salle de traitement. Certains infirmiers se souviennent d'une association cure d'insuline et électrochocs.

A partir de 1975 jusqu'en 1984 et grâce au dépouillement du D^r Baettig, nous pouvons commencer à quantifier notre pratique. Associer à la dernière analyse du «carnet du lait» et des feuilles remplies par les infirmiers, nous pouvons mieux évaluer le profil de ce soin dans notre institution. Nous donnons quelques chiffres afin de cerner la part prise par ce traitement dans l'ensemble de la clinique:

1975 :1042 admissions	33 tt par ECT	3,16%
1984 :1170 admissions	5 tt par ECT	0,42%
1994 :1306 admissions	2 tt par ECT	0,15%
1999 :1601 admissions	5 tt par ECT	0,35%

¹⁹ Claude Cantini et al., *ibid*, p.47.

²⁰ La mixité des divisions n'a été introduite qu'en 1991 à Cery. Date qui signe aussi l'arrêt des ECT en division.



Ces quelques chiffres indiquent bien la marginalité de ce soin. Les variations des taux annuels montrent tendanciellement un réel déclin des prescriptions depuis 1974.

Les tableaux cliniques sont très variés et la thèse du D^r Baettig en fait un recensement minutieux mais sans trop rentrer dans les détails, nous pouvons avancer qu'ils visent plutôt les dépressions endogènes chez la femme entre 40 et 50 ans et les psychoses aiguës chez l'homme jeune avant la trentaine. La moyenne du nombre de chocs par patient est de six.

Les indications aux ECT sont prescrites plutôt dans les tous premiers séjours (70% chez les hommes et 60% chez les femmes) soit parce que la voie médicamenteuse s'est révélée être une impasse, soit pour des raisons d'urgence.

Le plateau technique a évolué en fonction du renforcement progressif des critères de sécurité liés à l'anesthésie (moniteur, saturateur d'oxygène, plateau d'intubation, défibrillateur). A partir des années 70, les anesthésistes du CHUV se sont déplacés.

Quelques chiffres encore qui traduisent l'investissement important qui préside à chaque séance d'ECT: 5h de temps infirmier pour la préparation de la salle et l'accompagnement du patient, déplacement de l'anesthésiste, présence d'un médecin assistant, présence d'une infirmière (ICA), cela correspond ces dernières années à une somme évaluée à 1500 f par séance.

Toutefois et dans la continuité des suivis des cures d'insuline, les ECT ont favorisé l'émergence de l'écrit infirmier. L'apparition du Kardex dans les années 70, si elle n'est pas directement dérivée de ces pratiques cliniques - la présence importante d'infirmiers issus de l'immigration ainsi que l'amélioration des recueils de données en sont les principaux responsables- en constitue aussi un aboutissement.

Depuis 1998, un «protocole de soins pour l'électronarcose» régit ce traitement sur le site.

Survol lacunaire lié à un manque de suivi statistique de cette pratique de soins, mais survol nécessaire qui nous a permis d'esquisser

ce que représente à Cery la clinique des électrochocs.

Françoise Maisenholder

L'électroconvulsivothérapie et le rôle infirmier.

Cela fait maintenant plusieurs années que je fais partie du petit groupe d'infirmiers formés aux «électrochocs» (l'appellation reste malgré tout très usitée chez les infirmiers). Je parlerai ici de mon expérience personnelle, mais j'aimerais aborder en guise de préambule quelques considérations d'ordre plus général.

Contention, traitements forcés, non-respect de la volonté du patient etc. La liste des «boulets» que la psychiatrie traîne encore de nos jours reste longue. Depuis plusieurs années, un effort d'information et d'ouverture envers le grand public est fait, et la déstigmatisation commence à porter ses fruits. Les divers traitements ont évolué et surtout la manière d'approcher le patient et de le faire participer davantage à sa «guérison», ont transformé, parfois radicalement l'approche et la pratique soignante en milieu institutionnel.

Pendant ce temps, l'électrochoc rebaptisé entre temps électoconvulsivothérapie (ECT), continue son petit bonhomme de chemin, alors que les autres thérapies dites «de choc» ont totalement disparu. Par ailleurs, parallèlement à l'évolution évoquée ci-dessus, les neurosciences et les approches biologiques ont fait de grands bonds. Le regain d'intérêt pour l'ECT semble participer de cette évolution (une psychiatrie qui tendrait à tout expliquer et tout soigner par «neurotransmetteurs» et autres «inhibiteurs de la recapture de la substance X ou Y»...).

Face à ce mouvement, et ne désirant pas me voir réduit au seul rôle de distributeur de pilules, il me paraît important que la spécificité de l'action de l'infirmier en psychiatrie s'affirme encore davantage. Dans le cas de l'ECT, la disparition du mot «choc» fait qu'il est assimilé toujours plus à un geste médicalisé et technique où la place de l'infirmier reste mal définie, voire pourrait

passer aux yeux de certains comme superflue. Or, il m'apparaît toujours plus que l'accompagnement infirmier, notamment pendant la phase de réveil, est un élément important de ce soin, conditionnant en partie la réussite de l'ECT.

En effet, auparavant, alors que l'on parlait encore de «dissolution du psychisme puis de reconstruction», ou, pour les psychanalystes de «tuer-ressusciter», de nombreux auteurs insistaient sur l'importance du réveil. La présence infirmière y trouvait tout son sens quand à un accompagnement et à un travail de reconstruction, aussi bien par rapport à la confusion qu'aux troubles mnésiques. Cette notion était très présente dans les protocoles concernant les cures de Sakel (choc insulinique), où le même infirmier se devait d'accompagner le patient pendant toute la durée de la cure.

En France, l'ECT est assimilé à un acte anesthésique, ce qui modifie les données de ce soin, et tend à en soustraire tout l'aspect plus «psychiatrique». Si l'efficacité de l'ECT repose entièrement sur l'impulsion électrique et la crise convulsive, il est inutile de développer un accompagnement infirmier à vocation psychothérapique. Une simple présence rassurante suffit. Une telle démarche semble absurde. Même les plus convaincus des pharmacologues reconnaissent qu'il existe pour tout traitement un facteur placebo ayant une influence sur son efficacité. De plus l'utilisation efficace des ECT ne peut se faire valablement qu'au sein d'un consensus de l'équipe soignante.

Je ne reviendrai pas sur la façon dont ce soin s'effectue à l'hôpital de Cery, mais j'aimerais aborder certains points et soulever quelques questions.

Au niveau éthique, certains aspects méritent, selon moi, d'être développés. En termes de responsabilités, lorsqu'une cure d'ECT est décidée, le consentement éclairé du patient est requis, ou en cas d'impossibilité, celui de la famille. Pour l'instant un accord verbal suffit, consigné dans le dossier du patient. Je pense nécessaire d'établir un

document qui serait signé par les différentes parties impliquées dans la décision de traitement.

Je reviendrai plus loin sur ma «formation» aux ECT, mais force est de reconnaître qu'elle est à l'heure actuelle encore empirique, relevant plus de la tradition orale...alors qu'en France, la Faculté de Bordeaux II propose un diplôme d'Université pratique et théorique de l'ECT. Une formation externe «officielle» et reconnue me semble incontournable. Cela contribuerait également à garantir un haut niveau de qualité concernant ce soin si spécifique.

Un autre aspect qui me semble primordial est celui de l'information du patient. Outre son aspect légal, la recherche de la meilleure alliance thérapeutique possible est souhaitable. Imposer un soin, ne pas prendre le temps de l'expliquer aux patients ne peut que contribuer à renforcer leurs résistances, leurs refus de la pathologie. Cet aspect est encore plus important concernant l'ECT chargé, s'il en est, de préjugés et de fausses croyances. Informer donc, mais que dire? Actuellement, cette tâche incombe au médecin et à l'équipe, soignant directement le patient concerné. Hors, il m'est apparu souvent que ces derniers connaissaient mal les modalités de déroulement d'un ECT, voire donnaient même des renseignements erronés. Ne serait-il pas plus judicieux que cette information soit dispensée par l'infirmier chargé du déroulement du traitement, et bénéficiant d'une expérience concrète, ainsi que de données écrites et standardisées?

A titre d'exemple, l'*American Psychiatric Association* dans «La pratique de l'ECT, recommandations pour l'utilisation thérapeutique»²¹ propose des exemples de formulaires de consentement et d'information. Ces documents sont extraordinairement détaillés et précis. Ils donnent également des références de matériel pour les patients et pour

²¹ La pratique de l'ECT, recommandations pour l'utilisation thérapeutique, American Psychiatric Association, trad. Tignol, Auriacombe, Ed. Masson, Paris, 1994.



leurs familles. Ils citent des livres faciles à comprendre par les non-spécialistes, des articles, etc. Si ces outils à la sauce américaine ne peuvent pas être utilisés tels quels chez nous, l'aspect «information» mérite d'être développé.

Mon expérience personnelle concernant les ECT a commencé il y a quelques années. Lorsque l'on me demanda de prendre part à ce traitement, je n'en avais pas une représentation positive. Le fait d'anesthésier un patient et d'attendre de voir ce qui se passait, après lui avoir fait passer un courant électrique dans le cerveau, me semblait aux antipodes de mes convictions professionnelles, de ma spécificité de «spécialiste de la relation»... Mais ma curiosité l'emporta. Je me retrouvai donc un jour en salle de traitement avec un collègue qui me transmit son savoir-faire et me dévoila les arcanes de ce traitement auréolé de tant de fantasmes. L'aspect très technique de ce soin ne fut pas sans me causer quelques inquiétudes lorsqu'un jour je fus «lâché» et dus assumer seul la préparation de la salle et le bon déroulement de ce qui m'apparut comme un rituel extrêmement codifié. Je fus réellement impressionné (et le suis encore) par le rictus du patient au moment du passage du courant, et je sais qu'au fond de moi-même je ne peux m'empêcher de trouver de la violence dans ce soin et beaucoup de suffisance de notre part à vouloir soigner la souffrance psychique en «électrifiant» le cerveau de quelqu'un...

Durant plusieurs années, mon rôle s'est borné à la préparation de la salle de traitement et du matériel, les patients traités ne provenaient jamais de l'unité à laquelle j'appartenais. En effet, avant 1997, je travaillais dans l'ex-service «B» (dirigé par le Professeur Ferrero, qui venait de Genève) et il ne s'est effectué aucun ECT dans ce service durant tout ce temps-là. Les patients pour lesquels une cure avait été décidée provenaient du service «A» ou de psychogériatrie. Je me suis demandé s'il était possible de se passer des ECT, et je me pose encore parfois cette question... Par contre, il m'est rapidement apparu que les patients traités par ECT

voyaient leurs symptômes diminuer, avec parfois des améliorations spectaculaires. Aucun n'allait en tout cas plus mal après une série d'ECT...

Pour certains patients, l'indication pour une cure d'ECT ne m'apparaissait pas toujours évidente, ainsi que pour l'infirmier accompagnant. Souvent le patient est angoissé avant le traitement, les nombreuses blouses blanches présentes donnant un caractère «intensif» à ce soin. Il est alors important d'être à son écoute, de le rassurer et de bien lui expliquer ce qui se passe. Le moment important est sans conteste le réveil et l'accompagnement qui en découle. En effet, le patient est souvent désorienté, a parfois de la peine à respirer, et il recherche un visage connu, en l'occurrence l'infirmier de son service.

J'ai donc une certaine expérience de ce soin, mais ce qui est un peu frustrant, surtout en tant que préparateur de la salle, c'est de ne pouvoir accompagner plus tôt un patient dont je serais référent durant toute la durée du traitement, afin de pouvoir effectuer un véritable travail d'accompagnement. Cela me permettrait de mieux appréhender le vécu du patient et aussi de mieux évaluer la pertinence et l'efficacité de ce traitement. Par ailleurs, il y a actuellement trop peu de soignants formés à cette thérapie, ce qui pose parfois des problèmes en termes d'organisation et de planification, je trouve donc nécessaire d'augmenter le nombre d'infirmier(e)s pouvant effectuer ce soin.

Philippe Jaques

Bibliographie :

« La sismothérapie en 1993 », D.Lair, B. Romain, etc.

« Les électrochocs, un sujet électrique », C. Bonacorsi, E. Femolant, etc.

« L'information du patient, que peut-on lui dire ? », D. Friard.

Ces trois articles sont parus dans la revue «*Soins psychiatrie*» no. 157, novembre 1993.



« Un groupe qualité, l'accompagnement infirmier au cours de l'ECT », M. Apaya, D. Friard, etc.

« Pourquoi s'intéresser aux électrochocs ? », D. Friard.

« Mécanisme d'action des convulsivothérapies ». D. Friard, F. Masseix, etc.

« Approche historique », D. Friard, F. Masseix, etc.

Ces quatre articles sont parus dans la revue «*Soins psychiatrie*», no. 192, 1997.

«Comas «thérapeutiques» et équipes soignantes», Friard, Lehene, Masseix, (in En réanimation-Ombres et clartés, coll. *Recherche en Psychologie et Réanimation*, Editions Hospitalières, Paris 1996, p. 291-311.

« La pratique de l'ECT, recommandations pour l'utilisation thérapeutique »,

American Psychiatric Association, trad. Tignol J., Auriacombe M. Masson, Coll. Médecine et psychothérapie, Paris 1994.

«Enoncé de principe sur l'électrochoc», publié par l'Association des psychiatres du Canada en 1992. *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 37, décembre 1992.

Site internet :

http://cpa.medical.org/french-version/papersfre/pp_framefre.html

Information

Un article, en page 13 du *24 heures* du Lundi 6 mars 2000, «L'enfer, c'est la dépendance», témoigne du travail de notre collègue, Laurence Aufrère, du Centre Saint Martin (unité ambulatoire de soins aux toxicomanes) auprès des patients «accrocs du jeu».