

Pour l'abolition des électrochocs !



Les électrochocs : Etat des lieux

Par

Khadija Benabdallah

Pour Action Autonomie

Le collectif pour la défense des droits en santé mentale de Montréal

Mai 2005

Table des matières

LES ÉLECTROCHOCs : ÉTAT DES LIEUX.....	3
I. A qui les électrochocs sont administrés ?.....	4
II. Cette technique est-elle efficace ?.....	6
A. Quelle est la signification du mot « efficacité » ?	6
B. Sur quelles preuves s'appuient les scientifiques pour prouver une efficacité ?.....	7
III. Cette technique est-elle sécuritaire ?	9
A. Quelles différences entre la technique utilisée à l'époque de Cerletti (années 30) et celle d'aujourd'hui ?	9
B. Les effets :	10
2.1. Effets immédiats :	12
2.2. Court, moyen et long terme.....	13
2.2.1. Décès	13
2.2.2. Prévalence	14
2.2.3. Dommages et complications.....	14
a. Atteintes des fonctions cognitives.....	14
b. Lésions vasculaires et cérébrales.....	16
IV. Existe-t-il des alternatives aux électrochocs ?	17
V. Que conclure de toutes ces données ?	20
Bibliographie/références.....	22

LES ÉLECTROCHOCs : ÉTAT DES LIEUX

Aujourd'hui encore malgré les avancées certaines des sciences humaines, médicales et autres, la compréhension des « maladies de l'âme » en est à ses balbutiements. Cette discipline qui s'adresse à ce que l'être humain possède de plus subtil et de plus intime, subit, plus que toute autre, l'influence de l'idéologie dominante.

{...} Dans ce domaine thérapeutique, la course à l'efficacité et à l'immédiateté semble précipiter les thérapeutes, sans véritable méthodologie préalable, vers des expérimentations précoces sinon « sauvages ». Ce manque de cohérence rappelle de façon plus aiguë comment le politique est polarisé par des arguments idéologiques et économiques totalement coupés de la clinique. {...}

Association Française de Psychiatrie (1)

Nous inscrivons dans cette idéologie de l'immédiateté et de l'expérimental sauvage mais aussi de l'instrumentalisation de la santé et de la primauté du biologique sur le psycho-social en santé mentale, le retour en force de l'utilisation des électrochocs (ECT) dans la majorité des pays occidentaux. Le Québec n'est pas en reste, il est ainsi passé de 4000 séances en 1988 à 8119 en 2003 (2, 3) alors que cette technique avait pratiquement disparue dans les années 70.

L'horreur qu'est l'application d'une série (6 à 12 séances et parfois plus d'une vingtaine pour seulement la phase dite aiguë) deux à trois fois par semaine de charges de 140 à 460v ou d'intensité de 300 à 800mA pendant environ $\frac{3}{4}$ de seconde (ou plus) produisant une énergie de plus de 70 joules (4, 5), à travers le cerveau pour provoquer électriquement des convulsions cérébrales n'est pas la seule critique que nous adressons à cette technique.

Ce texte se penche essentiellement sur le bien fondé de l'existence même de cette technique promue à l'échelle de traitement.

Dans tout traitement, il y a trois éléments au moins à considérer :

- à quelle pathologie ce traitement s'adresse ?
- quelle est l'efficacité de ce traitement sur cette pathologie, c'est-à-dire quels en sont les bénéfices ?
- quels sont les risques encourus et les effets secondaires à son administration ?

Un traitement n'a lieu d'être que s'il apporte un bienfait. Il n'est donc maintenu que si ses effets bénéfiques sont plus importants que ses effets néfastes et qu'il n'existe aucune autre alternative moins nocive. Est-ce le cas pour les électrochocs ?

Pour répondre à cette question, ce texte passera en revue ces différents points. Nous verrons dans un premier temps à qui il s'adresse. Dans un deuxième temps, nous nous interrogerons sur ses bienfaits et les preuves que les scientifiques apportent pour affirmer leur présence. Finalement nous analyserons les effets dits secondaires de cette technique sur la santé et la qualité de vie des personnes qui la subissent. Un dernier chapitre portera sur les alternatives possibles.

I. A qui les électrochocs sont administrés ?

Le traitement aux électrochocs a été administré au cours du temps pour plusieurs catégories de « problèmes », qui ne relèvent pas tous, loin de là, d'une prétention de guérison (ou d'allègement) de personnes souffrant de problèmes en santé mentale. Au départ dans les années 40, cette technique connue sous le nom de « thérapie d'annihilation » puis de « traitement régressif » était censée faire disparaître les symptômes schizophréniques ; cette catégorisation est vague et peut regrouper plusieurs problèmes de santé mentale. Dans les faits, une enquête rétrospective faite par D. Rothman (6) pour la conférence de consensus des National Institutes of Health en 1985 (7) concluait :

« A en juger par l'historique des autres traitements médicaux, celle de l'ECT est l'histoire atypique d'un abus important dans l'utilisation de cette méthode. Dans les rapports annuels des hôpitaux publics datant du début des années cinquante, on mentionne abondamment l'utilisation des électrochocs pour maîtriser les patients et non les traiter. C'est ainsi qu'assez candidement, il est rapporté que l'ECT est appliqué aux patients pour les rendre « mieux disposés à l'égard des soins hospitaliers » (sic) et plus « maniabiles ».

Les électrochocs sont-ils aujourd'hui encore utilisés pour contrôler le comportement, intimider, humilier le/la patient-e ? La non consignation de ce type d'informations et la difficulté à accéder à celles qui existent ne nous permettent pas de répondre avec force quant à l'intentionnalité bien que nous ayons eu accès à quelques témoignages allant dans ce sens.

Par contre, nous connaissons les taux d'administration d'ECT selon l'âge et le sexe. La revue Québec Science dans un dossier publié en 1997 (8), nous apprend qu'en 1995 sur la totalité des électrochocs administrés, 0,6% l'ont été sur des moins de 19ans, le plus haut taux soit 16,2% à des femmes de 60-69 ans et qu'au total 65,9% étaient des femmes contre 34,1% d'hommes. Les mêmes types de résultats sont cités par l'Agence d'Évaluation des Technologies et des Modes d'Intervention en Santé (AETMIS) (2) mais cette fois-ci les données sont fonction de la population globale : en 2001, le taux de séances pour 1000 de population générale est de : 0,19 pour les 15-19ans, 3,41 pour les femmes de 65 ans et plus (le plus haut taux) et 1,42 pour toutes les femmes contre 0,58 pour tous les hommes.

Ces statistiques sont pour le moins troublantes. Pourquoi les électrochocs sont-ils administrés près de 3 fois plus à des femmes qu'à des hommes ? Pourquoi les femmes de 65 ans et plus sont-elles si surreprésentées ? L'histoire regorge d'exemples d'utilisation de la violence pour contrôler le comportement des femmes. Rappelons ici que le mot hystérie dérive d'utérus et qu'il n'y a pas si longtemps, des femmes subissaient une hystérectomie (ablation de l'utérus) pour prétendument les guérir de leurs 'troubles de comportement'.

Quoi qu'il en soit nous constatons qu'aujourd'hui encore les techniques les plus violentes en psychiatrie sont plus administrées aux femmes et particulièrement les plus âgées.

Les documents officiels, entre autres ceux du Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec (9), préconisent l'administration des électrochocs pour le traitement de dépression majeure grave et dans les cas où aucune autre alternative n'est possible (c'est-à-dire pas d'effets de la pharmacothérapie et de la psychothérapie ou urgence). La codification particulière des troubles mentaux et la faiblesse de l'encadrement procédural et institutionnel (2) ne permettent pas de vérifier de quoi souffraient précisément les personnes ayant subi des électrochocs et encore moins si elles avaient suivi des thérapies psychosociales. Mais il existe des fichiers qui indiquent le diagnostic principal qui a mené à l'hospitalisation. Selon l'AETMIS (2), entre 1994 et 2000, 42% des hospitalisations avec ECT étaient associées à un diagnostic de dépression, 49% à celui de manie, 6% à celui de schizophrénie et 3% à d'autres diagnostics. Cette liste n'est citée qu'à titre indicatif étant donné le type de codification et que chacune des catégories peut regrouper plusieurs dits troubles mentaux. De plus, les administrations d'électrochocs en clinique externe ayant augmenté de 18 à 28% de 1988 à 2001 (2), nous n'avons pas accès aux diagnostics qui ont conduit à l'administration d'électrochocs à toutes ces personnes. Nous sommes donc très loin des recommandations du Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec (9). Certains praticiens (d'après Québec Science (8), ils représentent 1,5% des praticiens du Québec, 8 psychiatres de 3 centres hospitaliers seraient responsables du tiers des électrochocs administrés.) semblent considérer les électrochocs comme « LE remède miracle » dans tout trouble mental et ne tiennent pas du tout compte des réglementations des pratiques médicales (9).

Cette façon d'administrer un 'traitement' de manière inconsidérée à diverses catégories de patients constitue **un abus**. Elle avait déjà été reconnue comme tel aux États Unis en 1947 (10) et nous le vivons encore en 2004.

La seule conclusion qui s'impose à ce chapitre est que cette technique constitue une pratique abusive de la psychiatrie. Toute personne qui souffre d'un problème en santé mentale et particulièrement si elle est une femme, peut subir des électrochocs.

II. Cette technique est-elle efficace ?

Dans ce chapitre nous analyserons la capacité de cette technique à apporter des bienfaits ou à agir sur le problème de santé que vit le patient c'est-à-dire son efficacité. Habituellement une efficacité thérapeutique doit intégrer les effets dits secondaires mais comme le rapport de l'AETMIS, cité précédemment, les distingue, nous les avons séparés nous aussi. Il est donc nécessaire avant toute chose de comprendre la signification du mot efficacité pour le courant qui semble prendre de l'importance dans le domaine médical puis de vérifier comment elle a été mesurée c'est-à-dire sur quelles preuves repose l'affirmation d'une certaine efficacité.

A. Quelle est la signification du mot « efficacité » ?

Le mot efficacité ou bénéfice dépend de l'attente du praticien apprend-on dans le rapport de l'AETMIS. Il peut s'agir aussi bien d'augmenter la qualité de vie ou le niveau de fonctionnement social du patient que tout simplement sa sortie de l'hôpital. Si on prend le cas de la dépression en exemple, on constate que les psychiatres qui administrent des électrochocs s'attendent à « l'amélioration de l'état dépressif selon les indicateurs de la gravité ». Ceci veut-il dire que la qualité de vie du patient a été améliorée ? Non, pas du tout. Ceci veut dire que certains symptômes de la dépression ont diminué. Il n'est pas exclu qu'en fait le patient ne puisse pas en parler étant donné l'état post-traumatique dans lequel il se retrouve et devant la **possibilité, même légale, de la coercition (1)**. Donc lorsque les sources officielles (2, 4, 5) affirment que les électrochocs sont efficaces en ce qui concerne la dépression majeure cela veut dire qu'il y a eu diminution de 60% des symptômes de la dépression selon une des échelles la plus utilisée en psychiatrie, l'échelle d'Hamilton. Une diminution des symptômes ne signifie pas qu'il y a eu action sur le problème qui a suscité cette détresse psychologique ; celui-ci serait donc toujours présent.

De l'avis même des psychiatres, on assiste « [...] au développement de méthodes thérapeutiques fondées sur la maîtrise des symptômes et l'aliénation à les faire disparaître au plus vite. J-M. Havel fait référence à cette « folie de guérir » qui pousse à recourir à des conduites extrêmes pour obtenir la sédation du symptôme. C'est ainsi que l'on voit ressurgir des traitements que l'on croyait abandonnés : électrochocs étendus à diverses indications, cures de Sakel et, plus récemment, neurochirurgie (intitulée curieusement psychochirurgie) dans le traitement des pathologies psychiatriques. Au nom de l'efficacité, on assiste à une régression des applications thérapeutiques que l'on présente par ailleurs comme un progrès. [...] »

Association Française de Psychiatrie (1)

Nous tenons donc à rappeler, avant d'aborder le paragraphe sur les preuves, que nous sommes partisans d'une médecine humaniste c'est-à-dire d'une pratique qui met l'être humain au centre de ses préoccupations, qui ne résume pas celui-ci à sa « maladie » ou à son symptôme mais plutôt qui le considère dans sa globalité et comme un être social affecté par son environnement social, culturel, économique et politique.

" [...] Soigner ce n'est pas uniquement un acte technique, c'est aussi écouter, savoir entendre la vérité de l'autre derrière les paroles et, parfois, les silences qu'il énonce. [...] dit le psychiatre E. Zarifian. Mais des médecins pour qui l'acte technique prime au détriment de la relation avec leur patient, de ces " [...] gens qui se recommandent de la raison " [...], alors que " [...] L'obscurantisme est de retour. [...] " comme dit P. Bourdieu, des partisans donc d'une idéologie de l'efficacité telle que décrite précédemment et d'une pseudo-science, nous exigeons les preuves de leur affirmation tout en réaffirmant notre attachement à la médecine humaniste et à la compétence clinique.

B. Sur quelles preuves s'appuient les scientifiques pour prouver une efficacité ?

Les preuves à fournir dans le domaine médical, selon la méthodologie adoptée par l'AETMIS, s'organisent en 6 niveaux 1a, 1b, 2a, 2b, 3 et 4). Une affirmation d'*efficacité* peut prétendre être scientifique si elle correspond au niveau 1a. Celui-ci veut dire que le résultat énoncé (l'efficacité) est issu de l'analyse de plusieurs études rigoureuses contenant tous les contrôles nécessaires (protocoles de qualité, études contrôlées, randomisation, etc.) et desquelles nous pouvons tirer des conclusions sur un même sujet (méta-analyse d'essais randomisés). Le niveau 4 correspond à « l'opinion et/ou l'expérience clinique de sommités reconnues ».

En passant en revue les données officielles (AETMIS), on constate que les effets des ECT ont été évalués avec rigueur (niveau de preuve 1a) seulement en ce qui concerne la dépression. Pour ce qui est de la manie, la schizophrénie, la catatonie, ils continuent de dépendre de l'opinion de dits experts (niveau 4). Les maladies dites neurologiques n'ont fait l'objet d'aucune étude. Ajoutons qu'étant donné que les électrochocs sont une technique « chimico-électrique » et que les sources officielles rejettent les données qui avaient conduit à son abandon dans les années 70, elle devrait, comme les médicaments nouvellement mis sur le marché, être évaluée selon une approche basée sur des preuves (données probantes) et non une opinion.

Cette faiblesse procédurale ou ce manque de rigueur de la profession va encore plus loin. En réalité même les études (incluses dans les données officielles) sur la dépression n'incluent aucune étude comparant l'action des

électrochocs avec celle d'autres alternatives (thérapies psychosociales entre autres). De plus, plusieurs de ces études sur la dépression conduites avec des groupes témoins ayant reçu des placebos (ECT simulée) aboutissent à des degrés d'efficacité quasi identiques (12, 13, 14). Enfin, cette 'efficacité' selon la définition fournie ci-dessus serait obtenue dans 8 à 65% des cas (selon la quantité d'énergie électrique et la technique utilisées) et durerait 4 à 6 semaines, avec une diminution de ces pourcentages une semaine seulement après la fin des séances ! (2, 5, 13)

Pour ce qui est des manie, schizophrénie et autres, dans les faits, elles reposent sur le jugement de certains praticiens (2) en faisant abstraction de celui de plusieurs autres (13 et observations de l'auteure). En effet, bien que plusieurs études aient démontré que les électrochocs n'apportent aucune amélioration dans les différentes formes de schizophrénie (15, 16, 17) et qu'aucune étude sérieuse n'a été menée en ce qui concerne la manie et la catatonie (16), les sources officielles retiennent comme critère valable d'administration des électrochocs, le jugement de certains praticiens. Les mêmes conclusions ont été rapportées en ce qui concerne les maladies neurologiques.

Il nous reste à voir si effectivement l'utilisation des électrochocs est adéquate dans les cas d'urgence.

La principale situation d'urgence en cas de problème en santé mentale est le risque de suicide. Or le rapport de l'AETMIS (2) lui-même est formel sur ce point, l'ECT ne constitue pas un traitement efficace pour diminuer le risque de suicide associé à la dépression.

Donc en définitive en ce qui concerne l'utilisation des électrochocs, un seul trouble, la dépression, aurait fait l'objet d'études plus sérieuses, la dite efficacité se limite à la diminution de certains symptômes de la dépression pour une durée de 4 à 6 semaines mais quasiment équivalente aux placebos ou à la médication et sans comparaison avec des traitements psychothérapeutiques. Le pourcentage de patients qui ont connu « cette amélioration » se situe entre 8 et 65% selon l'intensité du courant administré, la méthode utilisée et les variables intrinsèques (de chaque personne). Les problèmes de santé, en eux-mêmes, sont toujours présents. D'après les sources officielles, les effets de cette technique sur le fonctionnement social et la qualité de vie des patients n'ont jamais été évalués. Cette technique ne prévient pas les suicides.

D'ores et déjà nous pouvons la rejeter pour son « efficacité » dérisoire. Analysons donc maintenant son degré de nocivité c'est-à-dire ses effets sur les personnes à qui elle est administrée.

III. Cette technique est-elle sécuritaire ?

A. Quelles différences entre la technique utilisée à l'époque de Cerletti (18) (années 30) et celle d'aujourd'hui ?

Plusieurs personnes pensent que les électrochocs sont maintenant très sécuritaires. Les procédures d'application des électrochocs (2, 4, 5, 19) ont en effet été modifiées dans les années 50-60. Ils sont depuis, généralement, accompagnés d'une anesthésie, d'une curarisation et de respiration artificielle. L'anesthésie se veut un soulagement de la douleur du choc électrique, la curarisation est censée relaxer les muscles squelettiques pour éviter les fractures lors des convulsions. La mise sous respiration artificielle et le port d'un protège-dents sont aussi associés à l'administration des électrochocs ; certains praticiens procèdent aussi à des injections de diverses substances agissant sur le seuil épiléptogène (quantité minimale d'électricité qui provoque des convulsions cérébrales). Deux autres modifications sont relativement plus récentes mais moins souvent utilisées : la technique unilatérale (versus la bilatérale) et les ondes carrées (versus les ondes sinusoïdales).

Il est vrai qu'une personne assistant à une séance d'électrochocs aujourd'hui ne verra pas la personne se tordre sous l'effet du choc électrique, ni n'entendra ses hurlements de douleur et de terreur, tout au plus verra-t-elle un de ses bras se dresser, ses orteils se recroqueviller et parfois ses dents claquer. La personne sous électrochocs n'a pas conscience de la douleur puisqu'elle est anesthésiée et ses muscles ne se tordent pas puisque le curarisant bloque les contractions musculaires mais le choc électrique est toujours administré et la douleur est toujours là. Les complications dues à l'anesthésie sont connues, la plus grave étant le décès. Certains objectent que l'anesthésie est de courte durée. S'il est vrai que la séance d'administration d'électrochocs dure environ 15min, elle se répète, cependant, 2 à 3 fois dans une même semaine et pour un total de 8 à plus de 30 séances (durant la phase dite aigue) (3). La curarisation n'atteint pas les muscles du visage et malgré le protège-dents, il y a encore des fractures dentaires, parfois osseuses et même des paralysies (2, 4, 13, 19). De plus la curarisation agit aussi sur les muscles respiratoires, ce qui en présence d'anesthésiant et de choc électrique augmente les risques d'apnée (arrêt de la respiration). Donc si l'anesthésie et la curarisation ont éliminé certains problèmes de santé globale (fractures multiples et conscience de la douleur), elles en ont créés d'autres aussi, sinon plus, dramatiques que ceux des années quarante. Pire, ces modifications de la procédure des électrochocs et le fait que de nombreux patients sont sous médication et/ou injection de différentes substances même pendant les séances d'électrochocs, ont fait augmenter soit le voltage, soit l'intensité

ou le nombre ou la durée des convulsions d'une même séance. C'est-à-dire que par rapport à la technique non modifiée, celle utilisée aujourd'hui conduit le plus souvent à une augmentation de l'énergie électrique qui traverse le cerveau (2, 4, 5, 13, 18, 19).

La technique unilatérale (électrodes placées au niveau temporal et au milieu de la tête c'est-à-dire de part et d'autre de l'hémisphère non dominant), de l'avis de tous les experts, nécessite une plus forte charge électrique (plusieurs fois le seuil épiléptogène) pour obtenir un niveau « satisfaisant d'efficacité » (2, 4, 19, 20). De plus, contrairement à la technique bilatérale, toute la charge électrique est dirigée sur l'hémisphère non dominant (le droit pour un droitier) qui selon les classifications admises par la communauté scientifique comprend les aires de la mémoire visuelle, des relations spatiales, des habiletés artistiques, du jugement et des capacités d'abstraction et de conceptualisation. L'altération de ces attributs est plus difficile à mettre en évidence par les batteries de tests disponibles actuellement ou n'est tout simplement pas évaluée (2, 13, 21).

La technique à « pulse » ou à « ondes carrées » ne fait que permettre, plus ou moins selon les appareils, de fixer l'intensité (pour un voltage crête de 400v) mais non pas de diminuer la quantité d'énergie qui traverse le cerveau ; elle est en effet de plus de 70 joules comme dans les années 40 (2, 5, 19, 20, 21). Ces appareils étant à pulse n'ont par contre qu'un bouton poussoir, ce qui limite la possibilité de contrôler la durée.

En définitive, les progrès technologiques ont transformé les électrochocs en '**technique propre**' : plus rien ne choque le regard ni ne blesse les oreilles mais les paramètres voltage et/ou intensité, énergie dégagée et durée de l'application et/ou de la convulsion cérébrale sont soit les mêmes, soit **plus élevés qu'à l'époque où cette technique a symbolisé la barbarie dans la science.**

B. Les effets :

« [...] Le silence du psychisme » est requis, quitte à trancher dans le vif, pour obtenir la normalisation nécessaire. Tout psychiatre est conscient de son désir de soigner, encore doit-il en évaluer le prix pour le sujet. [...]

Association Française de Psychiatrie (1)

Nous considérons que la polémique sur l'attribution des conséquences à l'une ou l'autre de ces techniques (anesthésie ou choc électrique ou curarisation ou respiration artificielle) est un faux débat puisqu'elles sont, comme nous venons de le voir, administrées toutes à la fois.

Deux types de risques sont à considérer dans tout traitement : les contre indications (c'est-à-dire relatifs à l'état de santé de la personne) et la nocivité du traitement en lui-même quel que soit la personne à laquelle il est appliqué.

1. Les contre-indications :

Les données suivantes sont celles retrouvées officiellement dans la majorité des pays américains et européens. Elles sont issues directement du site de l'ANAES (4), équivalent en France d'AETMIS.

- risques inhérents à l'anesthésie et à la curarisation d'ordre cardio-vasculaire, respiratoire, allergique ;
- existence de lésions expansives intracrâniennes sans hypertension intracrânienne
- proximité d'une hémorragie cérébrale ;
- infarctus du myocarde récent ou d'une maladie emboligène;
- présence d'anévrismes ou malformations vasculaires à risque hémorragique ;
- existence d'un décollement de la rétine ; existence d'un phéochromocytome ;
- antécédent de traitement par ECT inefficace ou ayant eu des effets secondaires graves ;
- prise de certains traitements (par exemple anticoagulants).

Ces contre-indications nombreuses, ne sont pas toujours décelables ou décelées. Elles constituent en elles-mêmes une double reconnaissance des effets dramatiques des électrochocs sur différents systèmes principalement sur le système cardiovasculaire. Par contre, il est à noter que l'ANAES (4) ne considère pas la grossesse comme une contre-indication alors que l'Australie, la Nouvelle Zélande et le Royaume Uni affirment qu'ils ne peuvent confirmer l'innocuité des électrochocs pendant le premier trimestre et que l'Italie a interdit leur administration aux femmes enceintes, au moins de 16 ans et au plus de 60 ans depuis 1999 (22, 23, 24). L'administration d'électrochocs est interdite en Slovanie (25).

2. Effets des électrochocs :

Nous distinguerons les effets immédiats des électrochocs, c'est-à-dire ceux qui se produisent pendant la séance et dans les heures qui suivent (parfois jusqu'à une semaine) de ceux qui sont observés à la sortie de l'état de confusion extrême que nous noterons comme effets à court, moyen et long terme.

2.1. Effets immédiats :

- Traumatismes psychologiques (peur, angoisses, sentiment de honte et de perte de dignité etc.)
- Traumatismes physiques (fractures osseuses ou dentaires, brûlures, douleurs musculaires etc.),
- Troubles du système cardiovasculaire (hypo/hypertension, troubles du rythme cardiaque, hémorragies, arrêt de l'oxygénation du cœur et/ou du cerveau, élévation de la pression intracrânienne etc.) allant jusqu'à la mort,
- Troubles du système respiratoire (arrêt de respiration, spasme des bronches, abcès pulmonaires etc.) allant jusqu'à la mort,
- Atteintes du cerveau (perte de la parole, état confusionnel, état d'euphorie ou d'apathie, œdème, paralysie périphérique, maux de tête, désorientation, lésions des structures, délire, mouvements automatiques, amnésies etc.),
- Allergies (réactions trop fortes du système immunitaire),
- Nausées, vomissements,
- Chutes, troubles de la démarche,
- Décès.

Une personne qui subit des électrochocs (et qui n'en meurt pas tout de suite ou ne verse pas dans le coma) se retrouve dans un état confusionnel extrême représentatif du syndrome cérébral organique aigu (**13, 26, 27, 28**) et qui rappelle étrangement les symptômes de la démence vasculaire tels que définis par les pathologistes « La démence vasculaire est provoquée par une série d'accidents vasculaires qui entraîne la mort des cellules dans certaines régions du cerveau. Ce trouble cause parfois une perte soudaine, par paliers ou de manière plus graduelle, des capacités mentales. La mémoire à court terme est généralement touchée en premier lieu. »

D'après les témoignages, la peur ressentie avant l'administration d'électrochocs et celle éprouvée après une première séance d'électrochocs n'est pas la même. Le vécu subjectif après une première séance est caractéristique des traumatismes après un viol (sentiment d'avoir été dépossédé de soi, d'avoir été fouillé brutalement dans son intimité, de dépréciation et de mort de la vie émotionnelle). Ce vécu perdure et complique le processus de guérison.

Rappelons que les électrochocs sont administrés à raison de deux à trois fois par semaine pour un total de 5 à plus de 30 séances (selon les statistiques des hôpitaux québécois) pendant la phase dite aigue et peuvent même être administrés ensuite pour prétendument éviter les rechutes et les récives ; les personnes vivent donc ces agressions et leurs effets autant de fois. Analysons maintenant les effets à la sortie de l'état de profonde confusion.

2.2. Court, moyen et long terme :

Si l'état confusionnel extrême disparaît progressivement dans les deux heures à plusieurs jours (**13, 27, 29, 30**) qui suivent le réveil de l'anesthésie, la désorientation, les forts maux de tête, la sensation d'irréalité, les douleurs musculaires, l'angoisse, le sentiment de viol et de perte de dignité perdurent avec les effets suivants :

- Fragilisation du système cardio-vasculaire,
- Perte de mémoire des évènements passés,
- Oubli à mesure (perte de rétention des évènements qui suivent),
- Diminution des capacités d'apprentissage,
- Troubles de la mémoire verbale,
- Troubles de la mémoire visuo-spatiale,
- Troubles d'autres fonctions cognitives autres que la mémoire,
- Lésions cérébrales,
- Diminution de la qualité de vie,
- Décès.

2.2.1. Décès

Les risques de décès ne sont pas négligeables malgré les polémiques sur leur nombre et leur cause. Ils vont pour le même pays, les USA, de 1 par 10 000 patients selon la American Psychiatric Association and Task Force (**5**) à 4,5 par 10 000 séances selon la conférence de consensus de 1985 (**7**). Le manque de suivi des patients traités aux électrochocs, la non obligation d'enregistrement du décès en lien avec l'administration des électrochocs et la polémique sur la causalité (ECT ou anesthésie entre autres) permet de supposer que ce nombre est bien en deçà de la réalité. Dans une étude publiée en 1998, Reid et al (**31**) citent le nombre de 8 décès sur 2583 patients traités entre septembre 1993 et avril 1995, soit environ 3 pour 1000 ; dans d'autres études plus anciennes (**32, 33**), le taux global est de 1 pour 1000 mais peut atteindre 1 pour 200 chez les personnes âgées. Des décès après une seule séance d'électrochocs ont aussi été signalés (**34, 35, 36**).

2.2.2. Prévalence

Les études ne citent pas, généralement, le pourcentage de patients souffrant des différents effets énumérés ci-dessus. Cependant, il en existe quelques unes. Mais elles ont souvent été écartées des compilations officielles pour différentes raisons. Par exemple celle réalisée par Tecoult E et Nathan N publiée en 2001 (29), citée dans le corps du rapport (2) de l'AETMIS, nous donne des pourcentages et conclue que l'ECT n'est pas une procédure à faible risque. Mais l'AETMIS ne retient pas cette recherche dans ces conclusions parce que « [...] seulement 5 d'entre eux ont été curarisés. L'absence de curarisation peut expliquer les complications traumatiques et respiratoires. Ces risques de complications sont difficilement transposables au contexte québécois puisque l'ECT sans curarisation ne semble pas être pratiquée au Québec. [...] ». Or cet article dit que 68% des patients traités aux électrochocs développent au moins une complication dont 23% sont de type respiratoire (bronchospasme, périodes d'hypoxie, laryngospasme, hypoxie etc.), 49% souffrent de confusion pendant plus de deux heures après la séance et 11% de complications traumatiques. On constate donc, en se reportant à l'article, qu'il est pertinent même au Québec étant donné que les problèmes traumatiques ne sont pas les plus importants et que la curarisation n'affectant pas les muscles du visage mais affectant par contre les muscles respiratoires (la commande nerveuse de ceux-ci), elle ne prévient pas les fractures dentaires et même osseuses et complique les problèmes respiratoires.

Le fait même de ne pas avoir répertorié l'ampleur des effets néfastes des électrochocs est un argument, selon le code civil du Québec, au caractère illégal (même dans un domaine qui serait expérimental) de cette technique. En effet le Code civil du Québec (11) (art. 12 et art. 20 C.c.Q.) énonce : « [...] il doit s'assurer [...] que les risques présentés ne soient pas hors de proportion avec les bienfaits qu'on espère. ». Alors même dans le cas d'une recherche expérimentale, le patient doit être avisé de l'importance des risques encourus. Comment donc un psychiatre peut-il aviser la personne des risques courus s'il n'en connaît pas lui-même la prévalence ?

La méconnaissance de l'importance des effets nocifs n'est acceptée que dans le cas de soins novateurs (mais bien sûr avec importance des bienfaits). Selon un article publié dans le journal du Barreau du Québec (mars 1997) et selon le Conseil national de bioéthique : « [...] les soins innovateurs sont définis comme étant «une intervention nouvelle non standardisée, et non évaluée, dans le but d'offrir un bienfait direct au patient [...] » (37, 38) , or il est évident que les électrochocs ne peuvent être classés dans les soins innovateurs étant donné qu'ils sont administrés sous leur forme modifiée depuis plus d'un demi siècle !

2.2.3. Dommages et complications

Selon toutes les sources officielles (2, 4, 5), les risques encourus rejoignent les contre-indications en ce qui concernent les systèmes cardio-vasculaire et respiratoire ainsi qu'immunitaire (chocs anaphylactiques ou allergies). Les électrochocs provoquent, selon les patients, des dysfonctionnements plus ou

moins durables et/ou fatals des systèmes cardio-vasculaire et respiratoire et des fonctions cognitives. Toutes les sources officielles (2, 4, 5) reconnaissent que ces effets néfastes s'aggravent avec le nombre de séances d'électrochocs, la quantité d'énergie utilisée, la durée de la convulsion et l'âge du patient.

a. Atteintes des fonctions cognitives :

Toutes les sources officielles reconnaissent l'impact négatif des électrochocs sur les fonctions cognitives. Les polémiques de certains scientifiques portent sur leur gravité et/ou leur durabilité. Les sources officielles spécifient par ailleurs que des études rigoureuses à long terme n'ont pas été réalisées. Ceci est un autre constat du manque de rigueur dans la pratique médicale relative aux électrochocs et/ou du rejet des résultats existants.

Les dommages à plus au moins long terme ou permanents les plus étudiés sont ceux affectant la mémoire des événements passés (mémoire rétrograde). La perte de mémoire rétrograde permanente est reconnue par les sources officielles (2, 4, 5) mais le nombre de personnes affectées n'est pas cité (ou est modifié (2)). Pour d'autres chercheurs, elle est importante, permanente et affecte 40 à 50% des personnes ayant reçu des ECT (13, 30, 39, 40, 41, 42, 43, 44). Les pertes de mémoire rétrograde comprennent aussi bien l'oubli d'éléments socio-affectifs personnels comme le visage de ses enfants ou les célébrations que les connaissances ou l'expérience professionnelle. Ces pertes contribuent à une forte diminution de la qualité de vie et de la fonctionnalité (dépréciation et/ou isolement et/ou perte d'emploi et/ou nécessité de réapprendre etc) des personnes qui en souffrent.

Les pertes de mémoire antérograde (oubli à mesure) ont été constatées dans plusieurs études (13, 30, 44, 45, 46) ; elles sont reconnues aussi par l'AETMIS (2) mais jugées non permanentes. Ces pertes ont un impact important sur les apprentissages puisque c'est la capacité de rétention qui est altérée, elles entraînent donc encore plus de répercussions sur la fonctionnalité et la qualité de vie.

Plusieurs études et revues de littérature (13, 26, 45, 46, 47, 48) concluent que les électrochocs ont aussi des effets néfastes sur les fonctions cognitives autres que la mémoire c'est-à-dire l'élocution, la visualisation, l'attention, la capacité de jugement, d'organisation, de résolution de problèmes etc.

Les résultats sur les avantages de l'utilisation d'un courant sinusoïdal ou à ondes carrées (pulses), l'administration bilatérale ou unilatérale sont contradictoires au sein même d'une même équipe de chercheurs. Elles ne remettent pas en question les effets nocifs mais plutôt la gravité des unes par rapport aux autres. Rappelons ici que les partisans de la technique unilatérale préconisent de placer les électrodes de part et d'autre de l'hémisphère non dominant pour diminuer les risques de détérioration de l'hémisphère dominant. Or l'hémisphère non dominant, d'après les classifications admises par la communauté scientifique comprend les aires de la mémoire visuelle, des relations spatiales, des habilités artistiques, du jugement, des abstractions etc. L'altération de ces attributs est

plus difficile à mettre en évidence par les batteries de tests disponibles actuellement. Cependant, tout d'abord, la méthode unilatérale « oblige » l'augmentation de la charge électrique (plusieurs fois le seuil épiléptogène) pour obtenir une « efficacité » proche de celle de la bilatérale à charge électrique au niveau du seuil (2, 4, 20, 49, 50). Cette constatation est maintenant retenue par les sources officielles québécoise et française (AETMIS et ANAES) ; l'ANAES (dans le guide de pratique) rejette donc cette technique étant donné l'aggravation des conséquences lors d'augmentation de la charge électrique. Ensuite, des chercheurs ont questionné cette « tendance à vouloir protéger l'hémisphère dominant au détriment du non dominant ». Plusieurs études (13, 46, 47, 51, 52, 53) démontrent une altération des fonctions cérébrales en conformité avec les attributs de chacun des hémisphères. Par exemple, la dernière étude citée ci-dessus (qui a utilisé 4 types de tests de mémoire) conclue que la méthode du non dominant a plus d'effets négatifs sur la mémoire non verbale alors que celle du dominant a plus d'effets négatifs sur la verbale et que dans la non verbale en comparaison à la verbale l'apprentissage est plus affecté alors que la rétention l'est moins. Comme nous pouvons le constater, ce ne sont pas les effets néfastes qui sont contestés mais plutôt le type d'effets destructeurs.

Qui a le droit de décider qu'il est préférable d'amputer une personne de ses capacités mnémoniques verbales ou non verbales ou celles d'apprentissage ?

b. Lésions vasculaires et cérébrales :

Les vaisseaux sanguins (ceux du cerveau inclus, la pression intracrânienne subit une augmentation d'environ 400% (21) et le cœur en subissant 2 à 3 séances d'électrochocs par semaine pour un total de 6 à plus de 30 (durant la phase dite aiguë), se fragilisent à chaque nouvelle administration et peuvent mener à des complications graves comme des hypoxies, des arrêts cardiaques (infarctus) ou des ruptures de vaisseaux même dans le cerveau (anévrismes) (13, 21, 46, 54, 55, 56, 57, 58). La rupture de vaisseaux au niveau du cerveau peut entraîner des morts cellulaires (des neurones par manque d'oxygène ou de nutriments ou de présence de substances toxiques dans le liquide céphalorachidien). En plus de ces effets sur les vaisseaux, l'énergie électrique qui traverse le cerveau agit directement sur les neurones (c'est le but « thérapeutique » recherché des électrochocs). Des études effectuées sur des animaux ou des personnes (autopsies après le décès) ont révélées la présence d'hémorragies (pétéchies) dans le tissu nerveux ou au niveau des méninges (membranes protectrices du cerveau), une augmentation des cavités ventriculaires (espace dans le cerveau où circule le liquide céphalo-rachidien), une altération ou diminution du tissu nerveux même en profondeur (structures hypothalamique, hippocampiques), une augmentation de la névroglie (cellules protectrices au niveau du cerveau) et la présence d'ondes delta d'EEG faites sur sujets éveillés (13, 21, 30, 46, 48, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70). Tout ceci est le signe de lésions cérébrales durables ou à effets durables. Les analyses de patients souffrant d'épilepsie conduisent aussi à prouver que les convulsions cérébrales (ici dues à la pathologie) provoquent

des lésions au niveau du cerveau (71, 72, 73, 74, 75, 76). L'AETMIS acquiesce à cette dernière observation.

Certains scientifiques continuent à prétendre que les électrochocs ne provoquent pas de lésions cérébrales durables et les nombreuses études, pourtant très rigoureuses citées ci-dessus, ont été retirées (ou ne figurent pas) de la documentation officielle. Divers prétextes ont été avancés pour justifier leur retrait. Les deux raisons le plus souvent évoquées sont :

- que les études réalisées sur les animaux et sur les humains dans les années 50-60 ne correspondent pas aux normes actuelles alors que l'énergie électrique utilisée actuellement est la même sinon plus importante (comme dit précédemment) et que des études très récentes aboutissent aux mêmes conclusions que celles des années 50,
- que les lésions constatées sont « probablement dues à l'évolution » du problème de santé mentale lui-même ce qui n'est pas valable dans le cas des études effectuées sur les animaux ou celles dues aux recherches sur l'épilepsie.

Malgré ces retraits incompréhensibles, toutes les sources officielles, que ce soit l'ANAES, l'AETMIS ou l'Association des psychiatres du Canada (dans son énoncé de principe de 1992), font preuve d'une grande prudence : en ce qui concerne les lésions cérébrales durables, il est seulement dit qu'elles ne sont pas 'décelables' ou 'objectivables'.

En conclusion, il est d'abord scandaleux que de nombreux articles ne figurent pas dans la littérature officielle de référence ; ceci constitue une atteinte au droit à l'information selon l'article 8 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux en plus de renforcer le caractère abusif de la prescription de cette technique. Ensuite, même si on ne tient compte que des études retenues par les sources officielles, les électrochocs constituent une atteinte à l'intégrité de la personne puisqu'ils provoquent des altérations de la santé globale, détruisent différents types de mémoire et capacités mentales, diminuent d'autant les aptitudes de l'être humain à mener une vie autonome, à nouer des liens sociaux, affectifs et professionnels.

IV. Existe-t-il des alternatives aux électrochocs ?

Devant la gravité des conséquences sur notre santé et nos vies de l'administration d'électrochocs, leur incapacité à prévenir les suicides et leur faible « efficacité » en comparaison avec les placebos, la première réaction serait de préférer les placebos. L'effet placebo peut être d'ailleurs, analysé comme le résultat d'un certain effet « psychothérapeutique » si on considère que les « phénomènes relationnels, situationnels et les attentes des praticiens et des

patients sont des éléments actifs d'une démarche psychothérapeutique». Cependant, il existe des alternatives qui ont fait leurs preuves et qui permettent, sans risques, non seulement de diminuer la détresse psychologique, voire de l'éradiquer, mais aussi d'améliorer le fonctionnement social et la qualité de vie des personnes.

Nous soulignons, en premier lieu, en nous basant sur l'histoire et l'expérience de nombreuses personnes et ressources alternatives en santé mentale, que « La réponse à la souffrance émotionnelle doit-être plurielle. » (77). Ceci veut dire que toute personne doit avoir la possibilité d'accéder à un réseau de ressources diversifiées tant sur le plan de leur composition, de leur mission ou de leur pratique. Ceci inclut aussi bien les différentes formes d'entraide que d'interventions thérapeutiques ou autres. Dans la même perspective, nous insistons sur l'importance de la reconnaissance de l'impact des conditions de vie sur la santé mentale. En effet, l'être humain vit au sein d'une société, sa santé physique et mentale est de fait, affectée par les conditions sociales, économiques et politiques. L'action sur les conditions vie est donc intimement liée à la prévention, l'amélioration et la préservation de la santé globale. En particulier, en ce qui concerne les femmes, nous réaffirmons la nécessité dans toute approche de considérer la discrimination systémique dont elles font l'objet.

En deuxième lieu, nous présenterons un bref compte-rendu d'un rapport de recherche sur les psychothérapies (78) commandé par le Ministère de la Santé français et présenté en février 2004. Ce rapport a sélectionné puis analysé et critiqué plus de 1000 articles issus de bases de données internationales au cours de 11 séances de travail étalées sur plus d'une année (mai 2002 à décembre 2003). Ce document a suscité et suscite encore de nombreuses critiques en France qui figurent, entre autres, dans l'article d'Éric Laurent (79) ; celles-ci portent notamment sur la démarche en elle-même qui n'a, de facto, retenu que trois approches psychothérapeutiques sur la centaine existante, considéré les problèmes en santé mentale en fonction des symptômes, privilégié les thérapies brèves au détriment des plus longues et surtout adopté un certain type d'évaluation qui pourrait nuire aux valeurs d'une compétence clinique et éthique de la pratique en santé mentale. Mais malgré ces critiques (que nous partageons en grande partie), étant donné la gravité des effets des électrochocs et la situation d'urgence, nous nous référerons à ce projet.

Tout d'abord étant donné que dans la pratique québécoise, les électrochocs semblent être administrés à une large palette de problèmes en santé mentale contrairement aux recommandations officielles, nous pouvons affirmer que toutes ces thérapies présentent une efficacité supérieure aux électrochocs en tout point étant donné qu'elles ne visent pas seulement la diminution des symptômes mais aussi l'amélioration de la qualité de vie et le fonctionnement social et qu'elles n'ont aucun impact négatif sur la santé globale.

Nous présenterons maintenant le résultat de ces thérapies sur les problèmes de santé mentale considérés comme nécessitant l'administration d'électrochocs par l'AETMIS (2) c'est-à-dire les problèmes graves présentant une souffrance psychique élevée ou une menace à la vie mais nous aurions pu tout aussi bien présenter seulement le cas de la dépression majeure puisqu'elle est la seule à avoir été analysée de manière rigoureuse.

Les thérapies familiales ont été développées dans les années 50 aux États-Unis pour aider les personnes confrontées « aux troubles mentaux et comportementaux graves ». Elles ont intégré des principes de plusieurs courants (psychodynamiques, systémiques, anthropologique etc) au début puis ont été intégrées à d'autres (cognitifs, comportementaux, humanistes etc) ; elles peuvent être des thérapies de couple ou plus larges comme les thérapies de réseau ou multifamiliales. **Les études du rapport les présentent comme étant efficaces seules, sans traitement pharmacologique, sur différents troubles de l'humeur graves (dépressions majeures, troubles bipolaires etc) avec diminution des symptômes, augmentation des délais de rechutes et diminution de celles-ci.** En ce qui concerne la **dépression majeure, les effets bénéfiques ont été évalués même deux ans après la fin de la thérapie.** Les thérapies familiales ont eu aussi un très grand impact sur les alcoolodépendances (avec violence domestique et/ou emprisonnement). En ce qui concerne la schizophrénie, les thérapies familiales ont réduit le taux de rechutes et d'hospitalisations.

Les personnes souffrant d'accès dépressif majeur (et hospitalisées) et celles souffrant de schizophrénie en phase aiguë traitées par des thérapies cognitivocomportementales (TCC) en association à la pharmacothérapie ont connu une amélioration. **La prévention des rechutes chez les déprimés est supérieure avec les TCC en comparaison à la pharmacothérapie. Les TCC ont eu un impact très significatif sur le taux de suicide, les jours d'hospitalisation et le fonctionnement social de personnes souffrant de troubles de la personnalité** de type B.

Bien que certaines thérapies psychodynamiques brèves excluent certains problèmes graves (tentatives sérieuses de suicide ou de violence), elles ont eu un impact très positif sur les dépressions majeures et les troubles anxieux importants en association avec la pharmacothérapie et meilleure que celle-ci sur les taux de rechutes. **En ce qui concerne les troubles de la personnalité tous confondus, l'approche psychodynamique a obtenu une nette diminution des risques de suicide et de comportements autodestructeurs ainsi qu'une amélioration du fonctionnement social en comparaison au traitement standard qui comportait une rencontre mensuelle et la prise de médication (et parfois intervention de crise). Ces résultats se sont maintenus même après un an et demi à cinq ans après la fin du traitement.**

De toute évidence, les alternatives aux électrochocs ne manquent pas. Celles énumérées ne demandent même pas plus d'investissement que les électrochocs puisqu'elles consistent en 5 à 40 séances, peuvent être, pour plusieurs, appliquées par du personnel des services de santé formé mais pas nécessairement des psychiatres.

V. Que conclure de toutes ces données ?

Tout d'abord, nous pouvons affirmer après ces diverses analyses que le **maintien de l'administration des électrochocs est déterminé par une idéologie particulière et non une réalité clinique**. Donc puisque la technique des électrochocs se base sur une certaine conception de la santé mentale et de l'administration de soins, son maintien ou son rejet ne devrait pas être laissé au seul jugement de dits experts mais devrait faire l'objet d'un débat de société. En plus de cette idéologie, y-a-t-il d'autres raisons qui forcent le maintien de cette technique ?

Nous nous interrogeons, par exemple, sur les raisons du retrait des sources officielles et/ou du blocage dans la parution des articles de psychiatres ou d'autres scientifiques qui démontrent l'inefficacité ou les effets dramatiques des électrochocs. Nous avons déjà cité des études qui n'avaient pas bénéficié de la 'bénédiction' de certains Collèges, Conseils ou Agences d'évaluation des technologies médicales et les raisons évoquées par celles-ci, nous n'y reviendrons donc pas.

Nous nous demandons aussi jusqu'à quel point les institutions psychiatriques ont accès à ou connaissance des ressources alternatives existantes. Quels moyens mettent-ils en place pour tenter d'améliorer cette situation ?

Ensuite, le nombre important de publications récentes sur la présence ou non de tel ou tel neuromédiateur ou autres molécules supposées pouvoir avoir une quelconque relation avec un 'trouble mental' et avoir été modifiées quantitativement ou qualitativement par les électrochocs nous laissent perplexes. Les électrochocs seraient-ils prétexte à publication et/ou à l'obtention de subventions, conditions sine qua non à la survie (ou la gloriole) d'un chercheur ? Les «patients» seraient-ils donc là pour servir de cobayes à leurs expérimentations. Rappelons que le mode d'action des électrochocs n'étant pas encore connu, il y a là matière à émettre quantité d'hypothèses et à administrer des électrochocs pour avoir la possibilité de les vérifier.. Une mine d'or pour les chercheurs !

L'intérêt économique personnel n'est pas non plus une voie à négliger. En effet, le ministère de la santé de la Colombie Britannique a commandé en 2000, une investigation indépendante pour déterminer pourquoi le nombre d'électrochocs administrés aux personnes âgées avait plus que doublé depuis qu'un supplément de 62\$ était versé aux praticiens à chaque séance d'électrochocs (80). Cette «commande» fait suite à une plainte qu'un médecin du Riverview

(figurant parmi les plus grands hôpitaux psychiatriques du Canada) avait placée auprès du ministère quand il a constaté que le nombre de personnes ayant reçu des électrochocs était passé de 689 en 96/97 à 1249 en 97/98, année d'entrée en vigueur du supplément, alors que ce nombre était stable durant les quatre dernières années. Cette situation nous paraît d'autant plus préoccupante que nous ne comprenons pas pourquoi des psychiatres administrant des électrochocs recevraient un supplément pécunier, que l'hôpital général de Montréal accorde déjà des « privilèges spécifiques aux médecins qui veulent administrer cette thérapie » et que le Collège des médecins du Québec recommande, lui aussi, d'en octroyer (2) !

Mais notre but n'étant pas de déclencher une enquête sur la conscience professionnelle des psychiatres mais plutôt d'affirmer que **nous nous devons, en tant que société, de garantir le droit au respect, à l'intégrité et au bien-être à toutes et tous, nous nous contenterons de conclure avec la revendication suivante :**

CETTE TECHNIQUE INVASIVE, VIOLENTE ET HUMILIANTE NE PRÉSENTANT AUCUNE EFFICACITÉ QUI NE PEUT ÊTRE OBTENUE PAR D'AUTRES MÉTHODES ET COMPORTANT DES RÉPERCUSSIONS GRAVES SUR LA SANTÉ PHYSIQUE ET MENTALE, NOUS EXIGEONS SON INTERDICTION.

Bibliographie/Références

1. Association française de psychiatrie : Assemblée générale et Conseil du 29/03/03 sous la présidence de Christian Vasseur. Compte-rendu de Yannick Cann
2. Agence d'Évaluation des Technologies et des modes d'Intervention en Santé, AETMIS, L'utilisation des électrochocs au Québec. Reiner Banken. (AETMIS 02-05 RF) Montréal : AETMIS 2002
3. Action Autonomie de Montréal ; données recueillies au niveau des hôpitaux et de la RAMQ en passant par la Loi sur l'accès à l'information.
4. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé, ANAES, Indication et modalités de l'électroconvulsothérapie. Paris : ANAES, 1998.
5. American psychiatric association et Task force on electroconvulsive therapy, 2001.
6. Rothman DJ. ECT : the historical, social and professional sources of the controversy. *Psychopharmacology Bulletin*; 22 (2), 1986.
7. Consensus Conference : Electroconvulsive therapy, *Journal of the American Medical Association*; 245, 1985.
8. Grondin N. Le retour des électrochocs. Québec Science, 1997.
9. Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec.
10. Groupe pour le progrès de la psychiatrie GAP. 1947...
11. Code civil du Québec. Titre deuxième, Chapitre premier, 1999-2000.
12. Greenblatt M, Freeman H, Meshorer E, et al, Comparative efficacy of antidepressant drugs and placebo in relation to electric shock treatment, in *Biological treatment in Psychiatry* Ed Rinkel M New York, 1966.
13. Breggin PR *Electroshock : Scientific, Ethical, and Political Issues*. *International Journal of Risk & Safety in Medicine*; 11, 1998.
14. Crow T and Johnstone E. Controlled trials of electroconvulsive therapy, *Annals of New York Academy of Sciences*, 462, 1986.
15. Tharyan P. Electroconvulsive therapy for schizophrenia (Cochrane Review). *Cochrane database Syst Rev* (2), 2000.
16. UK ECT Review Group. Systematic review of the efficacy and safety of electroconvulsive therapy. The Secretary of State for health, 2002.
17. Westphal JR, Rush J. A statewide survey of ECT policies and procedures. *J. ECT* (3), 2000.
18. Cerletti U. Electroshock Therapy, in *The great physiodynamic therapies in psychiatry : An historical perspective*. Marti-Ibanez F, Sackler AM and Sackler RR, eds Hoeber-Harper, New York, 1956.
19. Gomez F, Afrane H, Usandizaga D, Valat P, Janvier G et Auriacombe M. Anesthésie pour électroconvulsothérapie. Conférences d'actualisation, Paris, 1999.
20. Sackeim HA et al. Effects of stimulus intensity and electrode placement on the efficacy and cognitive effects of electroconvulsive therapy. *N Engl J Med* (12), 1993.
21. Sterling P. Brain damage and memory loss from ECT. Testimony prepared for the Standing Committee on Mental Health of the Assembly of the State of New York, 1978.

22. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. Electroconvulsive therapy (Clinical memoranda. 12), Melbourne : Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 1999.
23. Royal College of Psychiatrists, Freeman C. The ECT handbook, the second report of the Royal College of Psychiatrists. Special Committee on ECT. London : Royal College of Psychiatrists, 1995.
24. Regional Bill N. 561, Piemonte, Italy, 1999 dans Youssef HA, Youssef FA. Time to abandon electroconvulsion as treatment in modern psychiatry. *Adv. Ther* (16), 1999.
25. [www. Healthyplace.com/Communities/Depression/ect/news/slovenia.asp](http://www.Healthyplace.com/Communities/Depression/ect/news/slovenia.asp), consulté le 20/12/04.
26. Abrams R, *Electroconvulsive Therapy*, 3rd edn, Oxford University Press, New York, 1997.
27. Fink M, *Induced seizures and human behavior*, in : *Psychology of convulsive therapy*, Fink M et al, New York, 1974.
28. Thimble MH. *Psychopathology of frontal lobe syndromes*. *Seminars in neurology* (10), 1990.
29. Tecoult E, Nathan N : *Morbidity in electroconvulsive therapy*, *Eur J Anaesthesiol*; 18, 2001.
30. Breggin PR *Electroshock therapy and brain damage : The acute organic brain syndrome as treatment*. *Behavior and Brain Sciences*; 7, 1984.
31. Reid WH, Keller S, Leatherman M, Mason M. *ECT in Texas : 19 months of mandatory reporting*. *J Clin Psychiatry*; 59(1) 1998.
32. Impastato DJ, *Prevention of fatalities in electroshock therapy*, *Diseases of the nervous System*; 18, 1957.
33. Alexander SP, Gahagan LH, Lewis WH. *Deaths following electrotherapy*. *JAMA* (161), 1956.
34. McKegney FP, Panzetta AF : *An unusual fatal outcome of electroconvulsive therapy*. *Am J Psychiatry* (120), 1963.
35. Gomez J, *Death after ECT*, *Br Med J* (2), 1974.
36. Matthew JR, Constan E. *Complications following ECT over a three year period in a state institution*. *Am J Psychiatry* (120), 1964.
37. *Le Journal du Barreau*, Mars 1997. *Le Barreau du Québec*.
38. Kouri RP et Philips-Nootens S. 1999, cité dans : *L'utilisation des électrochocs au Québec*, Banken R. *AETMIS*, 2003.
39. Sobin C, Sackeim HA, Prudick J, Devanand DP, Moody BJ, McEhiney MC. *Predictors of retrograde amnesia following ECT*. *Am J Psychiatry* (7), 1995.
40. Sackeim HA. *Memory and ECT : from polarization to reconciliation*. *J ECT* (2), 2000.
41. McGaugh JL, Williams TA. *Neurophysiological and behavioral effects of convulsive phenomena*, in *Psychobiology of Convulsive Therapy*. Ed Fink M, Kety S, McGaugh J, et al. New York, Wiley, 1974.
42. Zornetzer S. *Retrograde amnesia and brain seizures in rodents : Electrophysiological and neuroanatomical analyses*, in *Psychobiology of*

- convulsive therapy. Ed Fink M, Kety S, McGaugh J, et al. New York, Wiley, 1974.
43. Weiner RD, Rogers HJ, Davidson JR and Squire LR. Effects of stimulus parameters on cognitive side effects, *Annals of the New York Academy of Sciences* (462), 1986.
 44. Calev A, Ben-Tzvi E, Shapira B, Drexler H, Carasso R and Lerer R. Distinct memory impairments following electroconvulsive therapy and imipramine. *Psychological Medicine* (19), 1989.
 45. Calev A, Gaudino E, Squires NK, Zervas IM and M. Fink, ECT and non-memory cognition : A review, *British Journal of Clinical Psychology* (34), 1995.
 46. Breggin PR Neuro pathology and cognitive dysfunction from ECT. *Psychopharmacology Bulletin* (22), 1986.
 47. Berent S, Cohen BD, Silverman A : Changes in verbal and nonverbal learning following a single left or right unilateral electroconvulsive treatment. *Biol Psychiatry* (10), 1975.
 48. Colon EJ, Notermans SHL : A long term study of the effects of electroconvulsions on the structure of the cerebral cortex. *Acta Neuropathol* (32), 1975.
 49. McCall WV, Reboussin DM, Weiner RD, Sackeim HA. Titrated moderately suprathreshold vs fixed high dose right unilateral electroconvulsive therapy : Acute antidepressant and cognitive effects. *Arch Gen Psychiatry* (5), 2000.
 50. Sackeim HA, Luber B, Moeller JR, Prudic J, Devanand DP, Nobler MS. Electrophysiological correlates of the adverse cognitive effects of electroconvulsive therapy . *J ECT*, 2000a.
 51. Costello CG, Belton GP, Abra JC, et al, The amnesic and therapeutic effects of bilateral and unilateral ECT, *Br J Psychiatry* (116), 1970.
 52. Squire LR and Slater P. Electroconvulsive therapy and complaints of memory dysfunction : a prospective three year follow up study. *British Journal of Psychiatry* (42), 1983.
 53. D'Elia G, Lorentzson S, Raotma H, Widepalm K. Comparaison of unilateral dominant and non-dominant ECT on verbal and non-verbal memory, *Acta Psychiatr Scand*; 53 (2), 1976.
 54. Dec GW, Stern TA, Welch C. The effects of electroconvulsive therapy on serial electrocardiograms and serum cardiac enzyme values. *JAMA* (253), 1985.
 55. Mc Call W. Asystole in electroconvulsive therapy: report of four cases. *J Clin Psychiatry* (57), 1996.
 56. Mc Cormick MB, Saunders PHD. Oxygen saturation of patients recovery form electroconvulsive therapy. *Anaesthesia* (51), 1996.
 57. Hussar AE, Patcher M. Myocardial infarction and fatal coronary insufficiency during electroconvulsive therapy. *JAMA* (204), 1968.
 - 58.- Steiner LA, Drop LJ, Castelli I, Alfille PH, Schouten R, Welch CA. Diagnosis of myocardial injury by real-time of ST segments of the

- electrocardiogram in a patient receiving general anesthesia for electroconvulsive therapy. *Anesthesiology* (79), 1993.
59. Allen IM : Cerebral lesions from electric shock treatment. *MZ Med J* (58), 1959.
 60. Babayan E, The structure of psychiatry in the Soviet Union, International Universities Press, New York, 1985.
 61. Coffey CE, Weiner RD, Djand WT, Fiegel GS, Soady SAR, Patterson LJ, Holt PD, Spritzer CE and Wilkinson WE, Brain anatomic effects of electroconvulsive therapy : A prospective magnetic resonance imaging study, *Archives of General Psychiatry* (48), 1991.
 62. Calloway SP, Dolan RJ, Jacoby RJ and Levy R, ECT and cerebral atrophy, *Acta Psychiatrica Scandinavica* (64), 1981.
 63. Cavazos JG, Das I and Sutula TP, Neuronal loss induced in limbic pathways by kindling : evidence for induction of hippocampal sclerosis by repeated brief seizures, *Journal of Neuroscience* (14), 1994
 64. Ferraro A, Roizen L, Helford M : Morphologie changes in the brain of monkeys following electrically induced convulsions. *J Neuropathol Exp Neurol* (5), 1946.
 65. Goldstein K, Fonctionnal disturbances in brain damage, American handbook of psychiatry, New York, Basic Books, 1975.
 66. Hartelius H, cerebral changes following electrically induced convulsions, *Acta Psychiatrica Neurologica Scandinavica* (77suppl.), 1952.
 67. Roubicek J, Volavka J, Abrams R, et al : Lateralized EEG changes after induced convulsions. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol* (29), 1970.
 68. Tower DB, McEachern D, Acetylcholine and neuronal activity. I. Cholinesterase patterns and acetylcholine in the cerebrospinal fluids of patients with craniocerebral trauma. *Canadian Journal of Research* (27), 1949.
 69. Bengzon J, Mohapel P, Ekdahl CT and Lindvall O. Neuronal apoptosis after brief and prolonged seizures. *Prog Brain Res* (135), 2002.
 70. Kotloski R, Lynch M, Lauersdorf S, Sutula T. Repeated brief seizures induce progressive hippocampal neuron loss and memory deficits. *Prog Brain Res* (135) 2002.
 71. Liou AK, Clark RS, Henshall DC, Yin XM, Chen J. To die or not to die for neurons in ischemia, traumatic brain injury and epilepsy : a review on the stress-activated signaling pathways and apoptotic pathways. *Prog Neurobiol* (69-2), 2003.
 72. Shinoda S, Schindler CK, Meller R, So NK, Araki T, Yamamoto A, Lan JQ, Taki W, Simon RP and Henshall DC. Bim regulation may determine hippocampal vulnerability after injurious seizures and in temporal lobe epilepsy. *J Clin Invest* (113), 2004.
 73. Tasch E, Cendes F, Li LM et al. Neuroimaging evidence of progressive neuronal loss and dysfunction on temporal lobe epilepsy. *Ann Neurol* (45), 1999.
 74. Salmenpara T, Kalviainen R, Partanen et al. Hippocampal damage caused by seizures in temporal lobe epilepsy. *Lancet*, 1998.

75. Theodore WH, Gaillard WD, Decarti C et al. Hippocampal volume and glucose metabolism in temporal lobe epileptic foci. *Epilepsia* (42), 2001.
76. Pitkanen A, Halonen T. Prevention of neuronal cell death by anticonvulsants in experimental epilepsy. *Acta Neurol Scand* (162 suppl), 1995.
77. Regroupement des ressources alternatives en santé mentale (RRASM) du Québec. Manifeste du regroupement.
78. Psychothérapie, trois approches évaluées. Editions Inserm, ISBN2-85598-831-4, 2004.
79. Laurent E. La presse à l'INSERM. Agence Lacanienne de Presse, Bulletin spécial "La guerre des palotins " no 28, Paris, 2004.
80. Rod Mickleburgh. *The Globe & Mail* du 13 décembre 2000.