

## THÉRAPEUTIQUE

# De la réticence face à l'électroconvulsivothérapie : enquête auprès de 120 personnels soignants dans un centre hospitalo-universitaire en Tunisie

*Reticence towards electroconvulsive therapy: A study of 120 caregivers in a teaching hospital in Tunisia*

J. Ben Thabet\*, F. Charfeddine, I. Abid, I. Feki, L. Zouari, N. Zouari, M. Maâlej

Service de psychiatrie « C », CHU Hédi-Chaker, route El Aïn km 1, 3029 Sfax, Tunisie

Reçu le 19 mai 2010 ; accepté le 1<sup>er</sup> mars 2011

Disponible sur Internet le 24 juin 2011

### MOTS CLÉS

ECT ;  
Électroconvulsivothérapie ;  
Connaissance ;  
Perception ;  
Personnel soignant

### KEYWORDS

ECT;  
Therapy;

**Résumé** L'électroconvulsivothérapie (ECT) est peu pratiquée en Tunisie. On s'est interrogé sur les raisons de cette sous-utilisation et on s'est proposé d'apprécier les connaissances théoriques, la perception et les attitudes des professionnels de la santé concernant l'ECT. Pour ce faire, nous avons mené une enquête, au CHU Hédi-Chaker à Sfax en Tunisie, auprès de 60 médecins et 60 agents paramédicaux, dont la moitié travaillait en milieu psychiatrique. Le taux de ceux qui n'ont pas pu répondre, de façon conforme aux données scientifiques, à un minimum de 75 % des items explorant les connaissances théoriques, était de 67,5 % ; les taux étaient significativement plus bas chez les paramédicaux ( $p < 0,001$ ) et chez ceux travaillant en dehors du milieu psychiatrique ( $p = 0,003$ ). Par rapport aux médecins, les paramédicaux percevaient, plus souvent, l'ECT comme un moyen thérapeutique violent ( $p = 0,001$ ) et refuseraient, plus souvent, de donner leur consentement pour pratiquer l'ECT chez un parent ( $p = 0,044$ ). Les résultats de notre étude indiquent un manque d'informations et de formation, concernant l'ECT, chez les professionnels de la santé. Cela pourrait expliquer, du moins en partie, la réticence envers cette thérapie.

© L'Encéphale, Paris, 2011.

### Summary

**Introduction.** – Electroconvulsive therapy (ECT) is rarely practiced in Tunisia. We have tried to explain this lack of use by studying theoretical knowledge, the perception and the attitudes of health professionals towards ECT.

**Methods.** – We conducted a survey in the region of Sfax in Tunisia. It included 120 participants. The latter were divided into four groups, composed of 30 members, in order to compare them:

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [kamounjihene@yahoo.fr](mailto:kamounjihene@yahoo.fr) (J. Ben Thabet).

Caregivers;  
Knowledge;  
Perception;  
Electroconvulsive

group 1 (psychiatrists); group 2 (neurologists and anaesthetists); group 3 (psychiatric nurses); group 4 (paramedics in the neurological and anaesthesia wards). The surveyed people answered an auto-questionnaire including essentially 16 items: 11 had binary answers (true or false) related to theoretical knowledge about ECT, and five others explored the perception and attitudes concerning this therapy.

**Results.** — Concerning the items exploring theoretical knowledge, 67.5% of people were not able to answer, in conformity with the consensual scientific data, a minimum of 75% questions. The rates were significantly lower among the paramedics ( $P < 0.001$ ) and those who work outside the psychiatric wards ( $P = 0.003$ ). The answers of psychiatric caregivers were less frequently incorrect compared to those of non psychiatric ward workers. The latter more frequently thought that the psychiatrists easily resorted to ECT ( $P = 0.003$ ). The paramedics perceived, more frequently than doctors, the ECT as a violent therapeutic means ( $P = 0.001$ ), and more frequently refused to give their consent to apply ECT to a relative ( $P = 0.044$ ). The rate of doctors who refused to give their consent to apply ECT to a relative was statistically higher in group 2 than in group 1 ( $P = 0.017$ ). Doctors with higher scores in theoretical knowledge, consent more frequently to apply ECT to a member of their families ( $P = 0.001$ ).

**Discussion.** — The comparison of theoretical knowledge between the two groups of doctors (group 1 versus group 2) revealed significantly more frequent incorrect answers among non-psychiatrists. The latter more frequently had erroneous ideas: that ECT was performed without anaesthesia; that it wasn't possible to apply it to pregnant women, nor to people suffering from Parkinson's disease, nor as a preventive treatment of recurrence, and that the vital risk was higher with ECT than medical treatments. Compared to the caregivers of group 3, group 4 had significantly more frequent negative attitudes toward ECT; concerning the application without anaesthesia, the lack of tolerance and the over-mortality rate related to ECT. This therapy seems to create an apprehension and a reticence among health professionals, mainly the paramedics and the non-psychiatrists. The lack of valid scientific knowledge concerning ECT allows prejudiced ideas to tarnish the image of this therapy.

**Conclusion.** — Information and training would play a primordial role in the improvement of the perception and attitudes concerning ECT, and lower the reticence towards this therapy, which in spite of its proven efficacy, always maintains a pejorative image.

© L'Encéphale, Paris, 2011.

## Introduction

L'électroconvulsivothérapie (ECT), technique dont la naissance remonte à plus de 70 ans, est l'occasion d'un questionnement éthique toujours d'actualité [8]. Ce moyen thérapeutique demeure un sujet de controverses [17,22], malgré son efficacité et sa bonne tolérance prouvées [4]. Beaucoup trouvent que l'ECT est insuffisamment pratiquée, notamment dans les hôpitaux publics et dans les populations économiquement désavantagées [1,23]. L'image négative que véhiculent l'ECT et le manque de connaissances sur la technique contribuent à cette sous-utilisation [12].

En Tunisie, parmi les cinq services de psychiatrie qui disposent d'appareils d'ECT, deux seulement utilisent fréquemment ce moyen thérapeutique. Qu'est-ce qui sous-tend cette résistance et ce manque de recours à l'ECT? Quelles sont les parts respectives du manque d'informations et des préjugés? Vu le peu de pratique de l'ECT en Tunisie, on s'est interrogé sur les raisons de cette sous-utilisation et on s'est proposé d'apprécier les connaissances théoriques, la perception et les attitudes des professionnels de la santé concernant l'ECT.

## Sujets et méthodes

Notre étude, de type transversal, descriptif et analytique, a consisté en une enquête, réalisée durant le mois de

janvier 2010 au CHU Hédi-Chaker à Sfax en Tunisie, auprès de 120 soignants exerçant en psychiatrie, en neurologie et en anesthésie-réanimation. Le choix de ces deux dernières spécialités a été motivé par le fait qu'elles ont un certain rapport avec l'ECT.

Les participants ont été répartis en quatre groupes, chacun formé de 30 membres, en vue de les comparer: groupe 1 (les psychiatres); groupe 2 (les médecins neurologues et anesthésistes réanimateurs); groupe 3 (les paramédicaux exerçant en milieu psychiatrique); groupe 4 (les paramédicaux exerçant en milieu neurologique ou d'anesthésie-réanimation).

Les enquêtés ont répondu à un autoquestionnaire comportant, en plus des données sociodémographiques, 16 items; 11 à réponse binaire (vrai ou faux) se rapportaient aux connaissances théoriques sur l'ECT (Tableau 1) et cinq autres exploraient la perception et les attitudes face à cette thérapie (Tableau 2). Les items explorant les connaissances théoriques ont consisté soit en des affirmations scientifiquement fondées, soit en des idées préconçues répandues dans la population générale. Pour les connaissances théoriques, nous avons estimé que les enquêtés, de par leur formation, devaient pouvoir répondre correctement à au moins 75 % des items.

L'étude statistique a été réalisée avec le logiciel SPSS (15<sup>e</sup> version). Pour l'étude analytique, nous avons utilisé le test de Chi<sup>2</sup> et le test de Fischer en cas d'effectif

**Tableau 1** Items relatifs aux connaissances théoriques sur l'électroconvulsivothérapie.

Items	Réponses correctes
1 – L'ECT est un traitement de première intention dans certaines pathologies psychiatriques	Vrai
2 – L'indication de l'ECT peut être portée chez des patients répondant peu ou résistant à d'autres moyens thérapeutiques	Vrai
3 – L'ECT se pratique après consentement du patient et/ou membre proche de sa famille s'il n'est pas apte à consentir	Vrai
4 – L'ECT est contre-indiquée chez les patients parkinsoniens	Faux
5 – L'ECT se pratique sans anesthésie	Faux
6 – L'ECT peut être utilisée en association avec des psychotropes	Vrai
7 – Les effets indésirables cognitifs peuvent être réduits par certaines dispositions techniques	Vrai
8 – Avec l'ECT, le risque de mortalité est plus important qu'avec le traitement médicamenteux	Faux
9 – L'ECT peut être un traitement préventif des récurrences dans certaines maladies psychiatriques	Vrai
10 – L'ECT est contre-indiquée chez la femme enceinte	Faux
11 – L'ECT peut être indiquée chez le sujet âgé présentant des troubles psychiatriques	Vrai

théorique inférieur à cinq. Le seuil de significativité retenu est de 5%.

## Résultats

### Résultats généraux

L'âge moyen des soignants enquêtés était de 33 ans, avec des extrêmes de 24 et 60 ans. Le sex-ratio (H/F) était de 0,55. Le niveau scolaire était universitaire pour 66,7%. Des antécédents familiaux psychiatriques ont été trouvés chez 26,7%.

L'ECT était perçue comme un traitement violent par 30,8%. Parmi les agents paramédicaux, 71,7% refuseraient de participer à une séance d'ECT, et parmi les médecins, 58,3% ne recourraient pas à ce traitement si l'indication

était posée. Selon 16,7% des participants, les psychiatres recourraient souvent hâtivement à l'ECT. Quarante-huit pour cent refuseraient de donner leur consentement pour pratiquer l'ECT chez un membre de leur famille. Les taux des réponses correctes concernant les items relatifs aux connaissances théoriques sur l'ECT sont résumés dans le [Tableau 3](#).

### Étude comparative

Le taux de ceux qui n'ont pas pu répondre, de façon conforme aux données scientifiques consensuelles, à un minimum de 75% des items explorant les connaissances théoriques, était de 67,5%; les taux étaient significativement plus hauts chez les paramédicaux ( $p < 0,001$ ) et chez ceux travaillant en dehors du milieu psychiatrique ( $p = 0,003$ ). Le taux de ceux ayant pu répondre correctement, à au moins 75% des items évaluant les connaissances théoriques, était de 80% dans le groupe 1, de 33,3% dans le groupe 2, de 10% dans le groupe 3 et de 6,7% dans le groupe 4.

#### Comparaison des soignants du milieu psychiatrique (groupes 1 et 3) et de ceux du milieu non psychiatrique (groupes 2 et 4)

L'appréciation des connaissances théoriques a montré des réponses incorrectes moins fréquentes chez les soignants du milieu psychiatrique que chez ceux des milieux non psychiatriques ([Tableau 4](#)). Ceux-ci pensaient plus fréquemment que les psychiatres recourraient souvent hâtivement à l'ECT ( $p = 0,003$ ).

#### Comparaison des médecins (groupes 1 et 2) et des agents paramédicaux (groupes 3 et 4)

Les paramédicaux percevaient, plus souvent que les médecins, l'ECT comme un moyen thérapeutique violent ( $p = 0,001$ ) et déclaraient plus souvent qu'ils refuseraient

**Tableau 2** Items explorant la perception et les attitudes face à l'électroconvulsivothérapie.

Items concernant les attitudes face à l'électroconvulsivothérapie

- 12 – Considérez-vous l'ECT comme un moyen thérapeutique violent ?
- 13 – Pensez-vous que les psychiatres envisagent souvent hâtivement le recours à l'ECT ?
- 14 – Donneriez-vous votre consentement pour la pratique d'ECT chez un membre de votre famille chez qui elle a été indiquée ?
- 15 – Question pour les médecins : recourriez-vous à l'ECT chez vos patients résistant aux autres moyens thérapeutiques ?
- 16 – Question pour les paramédicaux : accepteriez-vous de participer à la réalisation d'une séance d'ECT ?

**Tableau 3** Taux des réponses correctes concernant les items relatifs aux connaissances théoriques sur l'électroconvulsivothérapie.

Item	Pourcentage de réponses correctes (%)			
	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	Groupe 4
1	73,34	60	63,34	66,67
2	93,34	66,67	73,34	50
3	86,67	76,67	63,34	66,67
4	46,67	10	3,34	23,34
5	73,34	3,34	60	3,34
6	73,34	80	73,34	83,34
7	70	56,67	46,67	16,67
8	83,34	46,67	83,34	30
9	63,34	33,34	56,67	46,67
10	50	23,34	3,34	10
11	56,67	46,67	20	23,34

Groupe 1 : psychiatres ; groupe 2 : médecins neurologues et anesthésistes réanimateurs ; groupe 3 : paramédicaux exerçant en milieu psychiatrique ; groupe 4 : paramédicaux exerçant en milieu neurologique ou d'anesthésie-réanimation.

**Tableau 4** Comparaison des connaissances théoriques des soignants du milieu psychiatrique et de celles des soignants des milieux non psychiatriques.

Item	Réponses incorrectes chez les soignants du milieu psychiatrique (%)	Réponses incorrectes chez les soignants des milieux non psychiatriques (%)	ddl	<i>p</i>
2	18,3	36,7	1	0,025
5	33,3	73,3	1	< 0,001
7	41,7	58,3	1	0,017
8	16,7	83,3	1	< 0,001
9	40	60	1	0,028

de donner leur consentement pour pratiquer l'ECT chez un parent ( $p = 0,044$ ). En outre, ils avaient donné plus fréquemment de réponses fausses concernant les connaissances théoriques (Tableau 5).

#### Comparaison des psychiatres (groupe 1) et des autres médecins (groupe 2)

Les médecins du groupe 2 étaient, statistiquement, plus fréquemment réticents concernant l'éventualité du

**Tableau 5** Comparaison des connaissances théoriques sur l'électroconvulsivothérapie chez les médecins et les paramédicaux.

Item	Réponses incorrectes chez les médecins (%)	Réponses incorrectes chez les agents paramédicaux (%)	ddl	<i>p</i>
3	18,3	35	1	0,039
4	71,7	86,7	1	0,043
7	36,7	68,3	1	0,001
10	63,7	93,3	1	< 0,001
11	48,3	78,3	1	0,001

consentement pour pratiquer l'ECT chez un parent ( $p=0,017$ ). Parmi les médecins, ceux ayant eu des scores élevés en connaissances théoriques, donneraient leur consentement, pour pratiquer l'ECT chez un membre de leur famille, plus souvent que les autres ( $p=0,001$ ). La comparaison des connaissances théoriques des deux groupes de médecins (groupe 1 versus groupe 2) a montré des réponses erronées significativement plus fréquentes chez les non-psychiatres. Celles-ci concernaient les items explorant les connaissances théoriques (Tableau 1) suivants : item 4 (90% de réponses erronées ;  $p=0,002$ ) ; item 5 (73,3% ;  $p=0,009$ ) ; item 8 (53,3% ;  $p=0,003$ ) ; item 9 (66,7% ;  $p=0,02$ ) ; item 10 (76,7% ;  $p=0,03$ ).

#### Comparaison des deux groupes d'agents paramédicaux (groupe 3 et 4)

Les paramédicaux ayant atteint le taux seuil de 75% de réponses correctes aux items explorant les connaissances théoriques concernant l'ECT donneraient, plus souvent que les autres paramédicaux, leur consentement pour pratiquer l'ECT chez un membre de leur famille ( $p=0,008$ ). Par rapport aux soignants du groupe 3, ceux du groupe 4 considéraient plus fréquemment que les psychiatres recouraient souvent hâtivement à l'ECT ( $p < 0,001$ ). Ils avaient significativement plus fréquemment des idées reçues relatives à l'ECT ; celles-ci concernaient, notamment, la pratique sans anesthésie (40% versus 73,3% ;  $p=0,009$ ), la mauvaise tolérance (53,3% versus 83,3% ;  $p=0,012$ ) et la surmortalité (16,7% versus 70% ;  $p < 0,001$ ).

## Discussion

### Évaluation des connaissances théoriques

Plus des deux tiers des soignants de notre étude n'ont pas pu atteindre le seuil de 75% de réponses correctes, concernant les connaissances théoriques. Il y avait donc un manque manifeste de connaissances théoriques sur l'ECT, étant donné qu'il s'agissait de professionnels de la santé. Seul le groupe des psychiatres était suffisamment informé, ce qui était prévisible. Les paramédicaux avaient les taux les plus bas de bonnes réponses (10% pour le groupe 3 ; 6,7% pour le groupe 4). Des résultats similaires ont été rapportés par Byrne et al. [6].

La pratique de l'ECT sans anesthésie était une information erronée présente de façon significative chez les professionnels de la santé des groupes 2 et 4 (milieux non psychiatriques). Les psychiatres maîtrisaient plus que les autres cette question. Il est vrai que l'histoire et le nom de cette thérapie « électrochoc » laisseraient sous-entendre l'absence d'anesthésie [15].

La mortalité par ECT est estimée, selon les données de la littérature, à un pour 10 000 patients traités ; ce taux est comparable à celui de la mortalité liée à l'anesthésie générale pour les interventions chirurgicales mineures [3]. Dans notre étude, les soignants du milieu non psychiatrique, et particulièrement, les agents paramédicaux, ont surestimé le risque vital lié à la pratique de l'ECT. C'est dire combien le personnel soignant est très mal informé de l'ECT. Et cela ne semble pas limité à la région de l'étude ; Byrne et al. [6] ont rapporté un résultat du même ordre

dans une étude en Irlande. En fait, l'ECT est réputée, dans les milieux psychiatriques, pour son innocuité ; d'ailleurs, elle peut constituer l'ultime solution en cas de contre-indication ou d'intolérance aux autres thérapeutiques. Et si des répercussions négatives de type cognitif ont été évoquées [3,5], des innovations, notamment le recours à l'ECT unilatérale, permettraient de réduire ce risque sans diminuer l'efficacité [9].

Dans notre étude, les paramédicaux (groupes 3 et 4) pensaient, plus souvent que les médecins, que l'ECT était contre-indiquée chez la femme enceinte. En fait, il est bien admis qu'elle peut être utilisée pour le traitement de formes sévères de manie ou de dépression pendant la grossesse et que l'administration de produits anesthésiques de courte durée d'action présente moins de risques tératogènes que d'autres options de traitement pharmacologique [18]. Au-delà du manque de connaissances théoriques chez le personnel paramédical, il est vrai que la sensibilité de la question de la grossesse, suscitant chez tout un chacun un désir de protection et d'assistance, est peu conciliable avec l'idée d'envisager de soumettre la femme enceinte à une thérapie assimilable dans l'imaginaire populaire à un acte violent, voire cruel.

### La perception de l'électroconvulsivothérapie

Le manque de connaissances scientifiques valides concernant l'ECT, relevé chez les professionnels de la santé de notre étude, laisse le champ libre aux idées reçues qui ternissent l'image de l'ECT (près du tiers la percevaient comme un traitement violent). Ceux-ci ne feraient que renforcer de telles idées dans la population générale. Dès son introduction en psychiatrie, l'électrochoc a suscité la plus vive des controverses sur les plans social et scientifique. Comme l'a dit Porot [19] : « Ce fut une idée fâcheuse que d'associer les mots d'électro (l'électricité reste dans les fantasmes populaires une puissance magique redoutable) et choc, suggérant une violence incontrôlée ». Le terme ECT garde une connotation péjorative, une réputation mal fondée : « traitement dangereux, aveugle, barbare, de dernier recours, réservé aux "fous", simulacre de rituel exorciste » [19].

Dans notre étude, les enquêtés des milieux d'anesthésie et de neurologie estimaient que les psychiatres recouraient souvent hâtivement à l'ECT. Une telle opinion aurait été justifiée à une époque passée où cette thérapie était utilisée dans des indications floues [2]. Elle aurait aussi un certain rapport avec l'image négative de l'ECT véhiculée par les médias. Ces derniers présentaient souvent l'ECT comme un moyen inhumain, une forme sadique de traitement ou même de torture [14]. Cette opinion a sans doute aussi un certain rapport avec le courant antipsychiatrique [20] qui considérait la totalité du domaine psychiatrique comme « une imposture, consistant à réifier, comme prétendues maladies mentales, les effets de l'oppression propre à la société occidentale » [13]. Tout comme la psychanalyse, l'ECT ne serait, pour le courant antipsychiatrique, qu'une forme d'expression d'une violence symbolique de la société sur l'individu [13]. La réalité clinique du trouble mental et les réponses médicales qui lui sont apportées se trouvent ainsi déniées. Ce déni serait sous-tendu par l'angoisse de mort et de devenir fou qui pourrait exister chez tout un

chacun. Par la projection de cette angoisse, des idées négatives sur l'ECT et une haine éprouvée contre cette pratique apparaîtront ; le rapprochement entre la technique de l'ECT et celle de la chaise électrique pour les condamnés à mort est rapidement fait. Le mécanisme du déni est utilisé pour dénoncer chez les autres ce que la personne essaie de nier en elle-même [16,21]. Ces idées négatives sur l'ECT pourraient être déplacées pour aboutir à une dénonciation des psychiatres qui utilisent l'ECT.

Une des controverses suscitées par l'ECT se rapporte au manque de données sur son mécanisme d'action, qui demeure flou, son efficacité et ses risques [2], ce qui ne ferait que renforcer les réserves émises à son encontre. Les progrès réalisés dans son utilisation en termes d'anesthésie, de curarisation et de limitation de ses indications n'empêchent pourtant pas ce « déficit d'image » de perdurer [7]. L'étude de Van der Wurff [12], analysant les raisons de la sous-utilisation de l'ECT chez la personne âgée aux Pays-Bas, a mis l'accent sur la force des résistances qui persistent chez les soignants, et qui dépendent des fantasmes transmis et entretenus. Le sentiment de culpabilité persiste chez le soignant qui doit cautionner une pratique encore réprouvée par la société.

### Rôle de la formation

Dans notre étude, les paramédicaux ne travaillant pas en psychiatrie étaient les moins informés et les plus réticents concernant l'ECT. Leur position pourrait être assimilée à celle de l'opinion publique de façon générale. En effet, ni leur formation professionnelle, ni leur pratique quotidienne ne les met en contact avec l'ECT. En revanche, les médecins non psychiatres, de par l'enseignement des études médicales qu'ils ont reçu, et les paramédicaux du milieu psychiatrique, de par leur expérience professionnelle, ont pu mieux répondre aux items évaluant les connaissances théoriques. L'information et la formation jouent donc un rôle primordial dans l'amélioration de la perception et des attitudes face à l'ECT. Une attitude plus positive du sujet à l'égard de l'ECT correspond à des niveaux élevés d'expérience clinique et/ou de connaissances théoriques [22]. Dans l'étude de Byrne et al. [6], les étudiants de médecine avaient des connaissances considérablement supérieures et des attitudes moins négatives, concernant l'ECT, que les étudiants des autres filières de la santé ; l'exposition à la procédure d'ECT a permis d'améliorer les attitudes de ces derniers. Dans le même sens, l'étude de Golenkov et al. [11], menée auprès de psychiatres, a montré l'importance des connaissances théoriques sur la perception de l'ECT chez ces derniers et qu'un faible niveau de connaissances théoriques expliquerait le manque de prescription de cette thérapie. De même, Golenkov et al. [11] et Finch et al. [10] font remarquer qu'une bonne expérience des ECT chez les psychiatres est associée avec des attitudes plus positives vis-à-vis de son usage et de sa prescription.

### Limites de l'étude

Le nombre relativement faible des enquêtés, l'utilisation d'un questionnaire préparé pour les besoins de l'étude à partir de données de la littérature concernant l'ECT et non à partir d'outils d'évaluation validés, et le caractère fermé

des réponses (vrai ou faux), ne permettant donc pas de nuancer les réponses, limitent la portée de nos résultats.

### Conclusion

L'ECT paraissait susciter une appréhension et une réticence chez les professionnels de la santé, surtout les paramédicaux et les médecins non psychiatres, dans la région de notre étude. En fait, une telle attitude n'est vraisemblablement pas spécifiquement locale. Déjà Cerletti, l'un des inventeurs de l'ECT, avait conclu son exposé sur l'ECT, lors du congrès mondial de psychiatrie en 1950, en émettant le vœu de « délivrer un jour l'homme de l'électrochoc ». Il voulait alors souligner la présence massive des effets secondaires liés à la crise tonico-clonique épileptique non atténuée par la curarisation et l'anesthésie qui n'avaient pas cours à cette époque. Il appelait de ses vœux la découverte du mécanisme d'action intime des ECT qui permettrait dès lors de se passer de la violence des convulsions et d'agir directement sur la maladie sans effet délétère. Soixante-dix ans plus tard, le mécanisme d'action reste un mystère, certes, un peu moins opaque. De nombreuses études ont permis de vérifier son efficacité et son innocuité. Ce fait met l'accent sur le rôle du manque d'informations et de formation chez les professionnels de la santé, sur l'ancrage de telles attitudes face à l'ECT, manques auxquels il faut remédier. Des professionnels de la santé, eux-mêmes persuadés de l'opportunité qu'offre cette thérapie, pourraient convaincre plus facilement les parents qui devraient donner leur accord pour réaliser cette thérapie chez leurs proches.

### Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

### Références

- [1] Abrams R. Electroconvulsive therapy, 1, 4th edition New York: Oxford university press; 2002. p. 433.
- [2] Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS). L'utilisation des électrochocs au Québec. Montréal: AETMIS; 2002.
- [3] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). Indications et modalités de l'électroconvulsivothérapie. Paris; 1998 (Recommandations pour la pratique clinique ; vol 4). Disponible : URL : <http://www.anaes.fr/ANAES/framedef.nsf/WebMasterparpage/71e60e94c17622aec125667f0023974b>.
- [4] American Psychiatric Association Committee on ECT. The practice of ECT. Recommendations for treatment, training and privileging, 2nd ed Washington DC: American Psychiatric Association; 2001.
- [5] Berman RM, Prudic J, Brakemeier EL, et al. Subjective evaluation of the therapeutic and cognitive effects of electroconvulsive therapy. Brain Stimulat 2008;1:16–26.
- [6] Byrne P, Cassidy B, Higgins P. Knowledge and attitudes toward electroconvulsive therapy among health care professionals and students. J ECT 2006;22:133–8.
- [7] Camus D, Preisig M, Maisenholder F, et al. Clinique des électrochocs. L'écrit 2000;27:1–12.
- [8] Castelaim A. Électroconvulsivothérapie et éthique. Ann Med Psychol 2000;158:413–8.

- [9] De Carvalho W. L'électroconvulsivothérapie (ECT) aujourd'hui. *Encéphale* 2009;4:137–9.
- [10] Finch JM, Sobin PB, Carmody TJ, et al. A survey of psychiatrists' attitudes toward electroconvulsive therapy. *Psychiatr Serv* 1999;50(2):264–5.
- [11] Golenkov A, Ungvari GS, Gazdag G. ECT practice and psychiatrist's attitudes towards ECT in the Chuvash Republic of the Russian Federation. *Eur Psychiatry* 2010;25(4):126–28.
- [12] Kelly KG, Zisselman M. Update in electroconvulsive therapy (ECT) in older adults. *JAGS* 2000;48:560–6.
- [13] Koupernik C. Place de la psychiatrie dans la médecine. In: Koupernik C, Lôo H, Zarifian E, editors. *Précis de psychiatrie*. Paris: Flammarion médecine-science; 1982.
- [14] Laubert C, Nordt C, Falcato L, et al. Can a seizure help? The public's attitude toward electroconvulsive therapy. *Psychiatry Res* 2005;134:205–9.
- [15] Louis O. *Psychiatrie pour les DE et les équipes soignantes*. Paris: Frison-Roche; 1995.
- [16] Newman LS, Duff KJ, Baumeister RF. A new look defensive projection: thought suppression, accessibility, and biased person perception. *J Pers Soc Psychol* 1997;72:980–1001.
- [17] Pedler M. *Shock treatment: a survey of people's experience of electro-convulsive therapy (ECT)*. London: Mind; 2000.
- [18] Petitjean F. La prescription de psychotropes chez une patiente traitée pour trouble bipolaire. *Ann Med Psychol* 2005;163:440–2.
- [19] Porot M. La mauvaise réputation: l'électrochoc, réflexions et souvenirs. *Psychol Med* 1987;19:1953–4.
- [20] Postel J, Quételet C. *Nouvelle histoire de la psychiatrie*. Toulouse: Privat; 1983.
- [21] Rivière J. (1937). La haine, le désir de possession et l'agressivité. In: Klein M, Rivière J, editors. *L'amour et la haine, le besoin de réparation*. Paris: Payot, coll. Petite bibliothèque; 1982. p. 7–72.
- [22] Rose DS, Wykes TH, Bindman JP, et al. Information, consent and perceived coercion: patients' perspectives on electroconvulsive therapy. *Br J Psychiatry* 2005;186:4–59.
- [23] Tancer ME, Golden RN, Ekstrom RD, et al. Use of electroconvulsive therapy at a university hospital: 1970 and 1980-1981. *Hosp Community Psychiatry* 1989;40:64–8.