

Soucieuse de soutenir le développement de la clinique infirmière, *Santé Mentale*, vous propose chaque trimestre une rubrique intitulée « Chercheurs de savoirs » afin de diffuser des articles intéressants la clinique et la recherche. Certains feront débat et susciteront des critiques que nous espérons nombreuses et argumentées pour alimenter une clinique infirmière plurielle et vivante.

■ Exclusivité de publication

Les manuscrits soumis à la revue ne doivent pas avoir fait l'objet d'une publication antérieure. Ils ne doivent pas non plus avoir été proposés ou acceptés pour publication dans une autre revue ou ailleurs. Cependant, exceptionnellement, *Santé mentale* acceptera de publier un texte déjà publié dans une autre revue ; par exemple : si cette revue est peu accessible et que le sujet est très pertinent pour les sciences infirmières. Dans cette situation, l'auteur devra avoir les autorisations requises de publier à nouveau le texte par le titulaire du droit d'auteur.

■ Arbitrage des textes

Lorsqu'un manuscrit est confié à *Santé Mentale* aux fins de publication, il est soumis à l'approbation du Comité de lecture mis en place spécifiquement pour la rubrique « Chercheurs de savoirs » et qui accueille des infirmiers cliniciens et chercheurs :

- Philippe Delmas, inf. Ph.D, Professeur d'université associé, chercheur au sein de l'UFRSI, cadre de santé (de nuit), hôpital Vaugirard (Paris) ;
- Dominique Friard, infirmier de secteur psychiatrique, Gap (05) ;
- Dave Holmes, inf, Ph.D, Professeur agrégé, école des sciences infirmières, Université d'Ottawa, Canada ;
- Sylvie Noiseux, inf, Ph.D, Professeur adjoint, faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Québec ;
- Nicole Ouellet, inf, Ph.D, Professeur agrégé, campus de Rimouski, Québec, directrice de publication de la revue en ligne « *L'infirmière clinicienne* » ;
- Anne-Marie Pronost, inf, Ph.D, Professeur d'université associé, présidente de l'UFRSI, DSI-DRH, clinique Pasteur, Toulouse (31).

Les membres du comité de lecture doivent fournir leur compte-rendu et recommandations (acceptation, acceptation avec certaines conditions ou rejet du manuscrit) dans un délai de quatre semaines. La rédactrice en chef informe l'auteur des évaluations. Ce processus peut nécessiter plusieurs semaines. Si la décision est favorable, le comité peut proposer des corrections que l'auteur effectuera dans des délais raisonnables. Au moment de l'envoi de la dernière version du manuscrit, l'auteur doit inclure une déclaration de propriété et de cession de droits d'auteurs.

■ Cinq types de manuscrits peuvent être présentés à *Santé Mentale*

1. L'article de recherche

Ce type d'article fait état des résultats d'une recherche en sciences infirmières. L'article n'a pas fait l'objet d'une publication dans une autre revue. Il doit présenter une réflexion suffisamment poussée et appuyée par une problématique clairement définie ainsi que par une argumentation solide. Il doit présenter la méthodologie utilisée, les résultats obtenus ainsi qu'une discussion de ceux-ci. Il doit mettre en évidence l'incidence des résultats sur la pratique et la recherche.

2. La revue critique des écrits

La revue critique des écrits fait état des connaissances dans un domaine particulier en sciences infirmières. Elle apporte des éléments nouveaux ou traite d'un sujet sous un nouveau jour ou réalise une critique sur l'état des connaissances et donne des pistes d'orientation sur le développement de ces connaissances.

3. L'article clinique

L'article clinique est un texte de fond traitant de la pratique et des nouveautés cliniques en sciences infirmières. Cet article est issu de la pratique et doit mettre en évidence des projets, interventions infirmières, technologies récentes ou autre en tenant compte des développements scientifiques et technologiques.

4. L'article de réflexion

Ce type d'article présente une réflexion de fond sur une situation, un problème, une idée ou un concept ou une théorie. Il peut traiter aussi d'une question d'ordre philosophique ou épistémologique en lien avec la discipline infirmière.

5. L'article méthodologique

Ce type d'article traite de problématiques d'ordre méthodologique rencontrées dans la recherche en sciences infirmières. Elle apporte un regard nouveau sur une méthode, un devis de recherche, une analyse statistique...

Les articles ne doivent pas excéder 25 000 caractères (espaces et bibliographie compris).

Ces recommandations sont empruntées à *L'Infirmière canadienne* ; en savoir plus sur : www.uqar.qc.ca/revue-inf



De par sa mission de diffusion des savoirs et le partage des pratiques infirmières en français, le Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (Sidiief) est fier de parrainer la rubrique *Chercheurs de savoirs* ; www.sidiief.org



Photo: France 3

Représentations de l'ECT chez les infirmiers en psychiatrie

Cette étude explore le ressenti des infirmiers en psychiatrie sur l'électroconvulsivothérapie (ECT). Les auteurs analysent quelles sont les conséquences de leurs réticences, de leurs représentations négatives et d'une formation initiale insuffisante sur la prise en charge des patients.

■ **Caroline Damasceno,**
infirmière.

■ **Emmanuel Poulet,**
psychiatre, praticien hospitalier.

Unité d'électroconvulsivothérapie, service du Pr. d'Amato,
Centre hospitalier Le Vinatier, Bron (69).

L'électroconvulsivothérapie ou ECT consiste à provoquer une crise comitiale tonico-clonique généralisée (crise d'épilepsie) au moyen d'un courant électrique appliqué en transcrânien (de chaque côté du crâne), sous anesthésie générale avec curarisation (1). Ce traitement a beaucoup évolué depuis sa création dans les années cinquante. Il est désormais réalisé dans des conditions de sécurité et de confort devenus obligatoires (matériel de réanimation, personnel qualifié, consentement du patient ou de ses proches systématiquement recherché...) comme le stipulent les recommandations pour la bonne pratique de l'ECT publiées en 1998 par la Haute Autorité de Santé (HAS) (2). Bien que cela reste à l'état d'hypothèse, les théories expliquant l'efficacité de ce traitement ont également évolué. Celle de la « dissolution reconstruction » de Delmas-Marsalet (3) qui visait à amener le patient

très près de la mort pour le soigner (il fallait d'une certaine façon « injecter » une maladie grave dont l'effet devait permettre une reconstruction et un réaménagement psychique) fait désormais place à des concepts plus physiologiques : « plus que la crise comitiale elle-même, ce sont les moyens de défense mis en place par l'organisme pour lutter contre cette crise qui sont thérapeutiques : on a ainsi mis en évidence des modifications neurobiologiques d'apparition progressive, durables après l'arrêt de l'ECT, indépendantes de l'anesthésie et de la curarisation » (1).

L'ECT est reconnue aujourd'hui comme un soin efficace dans le traitement d'un certain nombre de troubles psychiatriques (4) (dépression résistante aux antidépresseurs, mélancolie, catatonie...). Comme le précise l'HAS : « des études contrôlées randomisées (expérimentales) ont démontré l'efficacité thérapeutique et la rapidité d'action de l'ECT par rapport aux traitements de référence dans les épisodes thymiques aigus (dépression, manie) et dans les exacerbations symptomatiques schizophréniques. L'ECT a une efficacité curative à court terme démontrée par des études prospectives en double insu chez 80 à 95 % des patients souffrant de dépressions majeures. L'ECT diminue la mortalité naturelle de la maladie et a une efficacité comparable aux antidépresseurs » (2).

Parallèlement, les effets secondaires comme les troubles de la mémoire sont aujourd'hui connus et désormais mieux pris en compte. Ils sont moins importants du fait de l'évolution des techniques (le courant sinusoïdal a été remplacé par un courant à ondes carrées brèves pulsées, les quantités d'énergie délivrées sont adaptées pour chaque patient en se rapprochant au mieux du seuil épileptogène propre...), mais aussi de la prise en compte des traitements concomitants qui pouvaient être confusogènes.

• Une évaluation rigoureuse

Afin de mesurer les effets bénéfiques mais aussi secondaires de l'ECT et d'ajuster au mieux le traitement, une évaluation par l'utilisation d'échelles de mesure reconnues et validées (1) - MMSE (*Mini Mentale State Examination*, échelle de la mémoire), MADRS (*Montgomery and Asberg Depression Rating Scale*, échelle de mesure de la dépression), ICG (impression clinique globale) - a été utilisé de façon systématique dans notre

Photo: France 3



Mots clés

- Etude exploratoire
- Electroconvulsivothérapie
- Infirmier psychiatrique
- Représentation sociale

unité avant chaque début de cure puis à des échéances régulières pendant et après le traitement. L'évaluation est par ailleurs basée sur un examen médical clinique qui permet d'apprécier la sévérité des symptômes et d'adapter le nombre de séances aux effets du traitement. Un suivi régulier est prévu si des séances dites de « rappel » sont prescrites. Si le patient présente des troubles cognitifs trop importants, l'emplacement des électrodes est modifié durant le traitement (du bilatéral à l'unilatéral gauche ou droit). Il convient de préciser que ces effets indésirables restent généralement modérés et ne sont pas retrouvés à distance de la cure (1).

À la fin de la cure, deux options thérapeutiques peuvent être envisagées afin d'éviter les rechutes qui sont de 50 % à six mois (1). Soit on instaure un relais per os médicamenteux normo thymique et/ou antidépresseur, soit on programme un arrêt progressif des séances étalé sur plusieurs mois et selon un protocole bien établi.

• Une question d'image

Malgré les progrès réalisés dans la prise en charge des patients et la délivrance du traitement, l'ECT a encore parfois mauvaise image auprès de la population. Une enquête menée auprès de personnes fréquentant un centre commercial montrait que 90 % d'entre elles vivaient ce soin comme une punition envers les malades (5). Cette constatation ne se limite pas seulement à la population non soignante. En effet, nous travaillons depuis maintenant deux ans dans l'unité d'ECT d'un centre hospitalier du Sud-Est de la France et nous avons pu constater, non seulement l'efficacité de ce soin, mais aussi que certains soignants, notamment des infirmiers, sont parfois réticents. Ce qui est d'autant plus dommageable « qu'il existe parfois un réel décalage entre les représentations médicales et infirmières de l'ECT préjudiciable au patient et à l'efficacité de ce traitement » (6). Il s'agit pourtant « d'obtenir l'adhésion du patient au soin et que ce dernier croit à l'efficacité d'un traitement vécu comme solution chargée de mystère et de peur » (7). Dans ce contexte, il semble essentiel que le personnel soignant soit convaincu du bien fondé de l'ECT ; le risque étant que les patients ne bénéficient pas de ce traitement uniquement par manque de conviction des équipes soignantes.



Au regard de cette situation et de nos observations, il nous a paru pertinent d'examiner dans quelle mesure la méconnaissance et/ou la représentation négative de l'électroconvulsivothérapie chez certains infirmiers en psychiatrie peut être un frein à la prise en charge des patients relevant de ce soin. Cette question en a soulevé d'autres qui ont servi de guide à l'élaboration d'un questionnaire :

- quelles sont les connaissances des infirmiers en psychiatrie sur l'ECT ? ;
- les infirmiers en psychiatrie ont-ils une représentation positive ou négative de ce soin ?
- quels sont les facteurs favorisant cette représentation ?
- quelle est la conséquence de cette représentation sur la prise en charge des patients relevant de ce soin ?
- quels peuvent être les leviers d'actions pour améliorer les connaissances et la représentation de ce soin chez les infirmiers en psychiatrie ?

■ La méthode

Nous avons choisi d'effectuer une recherche de type « exploratoire » car il existe peu de connaissances sur le sujet. Nous avons donc opté pour le questionnaire anonyme afin que chacun puisse s'exprimer librement et pour toucher un plus grand nom-

bre d'individus. Le choix du type de recherche et l'élaboration de l'outil utilisé se sont faits selon la méthode décrite et détaillée dans le « *Processus de la recherche* » de M-F Fortin (8). Nous avons alterné questions fermées dichotomiques et question ouvertes pour obtenir plus de précisions sur des aspects particuliers de la recherche. Ce qui nous a aussi permis de rompre la monotonie d'un document assez long. Notre enquête a donc été réalisée grâce à un questionnaire de vingt-deux questions pour moitié ouverte et l'autre fermée. Ce questionnaire n'a pas fait l'objet d'une étude de validation, mais nous avons effectué des pré-tests auprès d'un échantillon de la population (10 personnes) afin d'examiner sa compréhension linguistique mais aussi sa capacité à explorer les items de l'étude. Il se décomposait en trois parties :

- une première partie sociodémographique (âge, sexe, année du diplôme, lieu d'exercice) ;
- une deuxième partie qui visait à évaluer les connaissances des infirmiers sur l'ECT avec des questions plutôt fermées ;
- une troisième partie visant à estimer la représentation de cette thérapie avec des questions plutôt semi-ouvertes et ouvertes.

• La population retenue

Nous avons choisi de centrer notre étude sur la population infirmière. En effet, nous voulions prendre du recul par rapport à notre pratique professionnelle et souhaitions que ce travail soit le point de départ d'une réflexion infirmière qui fasse évoluer les opinions. Enfin, nous avons choisi de mener notre enquête uniquement au sein de notre centre hospitalier car sa taille et le nombre important de ses infirmiers (un peu plus de 800) en font un exemple très représentatif.

• Déroulement de l'étude

Après avoir obtenu les autorisations nécessaires auprès de la Direction des soins de l'établissement, le questionnaire a été distribué dans 10 unités différentes (8 services d'entrée et 2 services de gériatrie-psychiatrie). Les questionnaires ont été remis en main propre à chaque cadre de santé, avec un délai de deux à trois semaines de récupération. Les infirmiers pouvaient ou non répondre et leur anonymat a été respecté lors du dépouillement.

Ces unités de soins étaient toutes susceptibles d'adresser leurs patients à l'unité ECT. Dans la mesure du possible, et par souci d'objectivité, nous avons réparti les unités interrogées de façon égale entre les « prescriptrices » et les « non prescriptrices », par tirage au sort simple utilisant une table de nombres aléatoires. Pour faciliter notre travail et toucher une population suffisamment importante, 10 questionnaires ont été distribués dans chaque unité, soit un total de 100 documents adressés avec un courrier de présentation. Après avoir récupéré les documents et dépouillé les questionnaires, nous avons utilisé une grille d'analyse et de recueil des données pour croiser plus facilement les résultats et faire ainsi des constats plus pertinents.

• Les limites de l'étude

Nous avons choisi un échantillon représentatif des infirmiers de l'établissement potentiellement confrontés à l'indication d'ECT. Nous avons donc écarté les soignants travaillant dans d'autres domaines (pédopsychiatrie, réinsertion, hôpital de jour, centres d'accueil thérapeutique à temps partiel) et ciblé ceux des unités d'admission adulte et de gériatrie-psychiatrie. Parallèlement, nous avons eu des difficultés à trouver des références bibliographiques sur le sujet, particulièrement en France. Seul Dominique Friard (7) a écrit un livre sur l'accompagnement des patients lors de l'électroconvulsivothérapie et quelques extraits d'articles de périodiques médicaux ou paramédicaux en parlent. Nous avons également trouvé un travail sur le vécu des soignants au sujet de l'ECT mais l'enquête n'a été menée qu'auprès des psychiatres du Sud de la France (9). Concernant les références internationales, nous citerons une étude publiée récemment dans le *Journal of ECT*, mais qui touchait une population plus large de soignants (médecins, psychiatres, infirmiers) (10). Par conséquent, nous n'avons pas pu procéder à un réel travail d'analyse comparatif et nous nous référons souvent aux mêmes documents.

■ Résultats et discussion

Nous avons obtenu un nombre important de réponses au questionnaire (67 retours/100) alors que nous attendions environ 30 % de réponses (statistiques générales d'enquête). Le résultat est donc

bien au-delà de nos attentes même s'il faut tenir compte des 33 questionnaires non retournés (absences, désintérêts, rejets...). Si au départ notre sujet nous semblait controversé, il a suscité néanmoins beaucoup d'intérêt chez les soignants interrogés. Dernière précision : 5 questionnaires n'ont pu être exploités car arrivés bien après le début de l'analyse. Ces données n'apparaissent donc pas dans nos résultats, mais nous avons vérifié qu'elles ne contenaient pas d'aberrations par rapport aux autres résultats.

• La population

Sur 10 unités de soins interrogées, les infirmiers dits « de secteur psychiatrique » (ISP, diplôme d'État spécifique) ne forment plus que 24 % de la population. En sachant que les derniers diplômés de cette filière l'ont été en 1994 (depuis, un seul diplôme d'infirmier, quel que soit le lieu d'exercice), il n'est pas possible qu'ils soient tous partis à la retraite. Il est donc plus probable qu'ils aient intégré d'autres postes comme le secteur extra-hospitalier ou qu'ils fassent partie de ceux qui n'ont pas voulu répondre à notre questionnaire... Nous n'avons pas pu savoir exactement dans quelle proportion ces deux catégories d'infirmiers (IDE et ISP) étaient représentées au CH le Vinatier. Bien évidemment, les femmes sont largement majoritaires (85 %) parmi les répondants même si, en psychiatrie, les infirmiers ont toujours eu pour réputation d'être plus nombreux que dans la filière générale.

• Des connaissances insuffisantes

Quels étaient les termes utilisés par les infirmiers pour définir l'ECT ? Pour 45 % d'entre eux, il s'agissait d'une « thérapie », pour 29 % d'une « sismothérapie », pour 21 % d'un « électrochoc ». La connotation péjorative ne peut donc plus être autant associée au terme le définissant. Les répondants ne sont que 19 % à avoir donné une définition correcte de l'ECT, c'est-à-dire qui associe l'impulsion électrique à la crise convulsive. Globalement, les indications pour ce soin ont été bien ciblées : la mélancolie apparaît comme la plus courante (87 %), avant la dépression grave (45 %), la résistance aux traitements (32 %) et la schizophrénie (24 %). Lorsque nous avons demandé aux infirmiers s'ils connaissaient les conditions de réalisation de ce soin, ils ont répondu à



Photo: FranceKéso

68 % « oui », mais lorsque nous examinons plus précisément la description qu'ils en font, on se rend compte que leurs connaissances sont incomplètes. En effet, ils savent en majorité (74 %) que cette thérapie se réalise sous anesthésie générale et près de la moitié d'entre eux (48 %) a retenu que ce soin nécessite une surveillance pré et post-interventionnelle. Par contre, ils ne sont plus que 33 % à citer le positionnement des électrodes (unilatérale ou bilatérale), la nécessité d'une consultation pré-anesthésique et d'un bilan biologique. Soulignons surtout qu'ils ne sont que 29 % à préciser que le patient doit être « à jeun » avant la séance alors qu'il en va de la responsabilité des infirmiers. Le consentement au soin (par le patient ou sa famille) n'est évoqué que dans 17 % des cas alors qu'on ne peut envisager cette thérapie sans cet accord préalable. De même, la présence obligatoire du médecin anesthésiste avec un psychiatre et une infirmière n'est précisée que par 19 % des répondants.

Si « la connaissance de ces recommandations par les praticiens de l'électroconvulsivothérapie (psychiatres, anesthésistes, infirmiers) va de soi, il est important que certains éléments soient connus de tous ceux qui sont amenés à rencontrer des

patients susceptibles de recevoir ce traitement » (4), afin de pouvoir informer correctement le patient et son entourage. Cette enquête nous montre que cette information ne peut être effectuée correctement puisque les connaissances sont parcellaires pour une grande partie des soignants. Cette enquête réalise cependant un constat moins catastrophique qu'en Irlande, par exemple, où une investigation menée en 2006 auprès de 593 professionnels de la santé montrait que « peu de connaissances sur l'ECT ont été trouvées chez les infirmières de secteur psychiatrique avec une surestimation de la mortalité due à l'ECT ; la plupart ne savaient pas si cela causait des dommages cérébraux et seulement une infirmière a exprimé une opinion favorable quant à son utilisation » (10). Ces connaissances devraient être acquises dès la formation, mais seul 69 % des infirmiers se souviennent avoir eu des cours sur l'ECT lors de leurs années d'études. Nous pensons qu'ils n'en ont pas gardé un souvenir impérissable puisqu'une majorité d'entre eux (55 %) doute avoir les connaissances suffisantes pour pouvoir informer correctement les patients sur cette thérapie. Si lorsque nous consultons le programme de formation des deux diplômes Infirmier Diplômé d'État (IDE) et Infirmier



de Secteur Psychiatrique (ISP) (11, 12) nous notons une différence notoire dans le nombre d'heures consacrées à la psychiatrie, nous ne trouvons aucune évocation d'heures de formations consacrées spécifiquement aux soins par électroconvulsivothérapie.

• Une représentation archaïque

La plupart des infirmiers interrogés ont déjà vu pratiquer au moins un ECT (70 %), en majorité au Centre hospitalier le Vinaïer. Les souvenirs qui s'y rattachent sont pour une part importants négatifs (54 %), ces soignants vivant ce soin de manière angoissante. Les termes utilisés pour décrire ce malaise sont très forts tels que « violent, impressionnant ou barbare ». Pourtant, ils sont très peu nombreux à avoir connu l'ECT sans anesthésie générale (9 %) ce qui, nous l'imaginons, aurait pu expliquer ce vécu.

Pour les infirmiers, c'est le côté « fantasmagorique » des électrochocs qui est grandement responsable de cette peur. En effet, l'ECT est qualifiée de « thérapie mystérieuse », on parle « d'actes de sorcellerie », on se demande même si « on ne grille pas les neurones ».

Dominique Friard va plus loin : « les électrochocs, n'est-ce pas, ça évoque la torture, la

gégène » et avance que « cette dénomination qui fait allusion à l'électricité et aux traitements de choc amène à penser que le traitement est un choc électrique » (13). Il va même jusqu'à affirmer que « l'électricité frappe notre imagination comme la foudre. Dans les équipes soignantes, il existe un réel décalage entre les représentations médicales et infirmières de l'ECT préjudiciable au patient et à l'efficacité de ce traitement » (6). Ainsi, certains soignants relieront inconsciemment ces peurs archaïques à ce soin. Peut-être certains sont-ils impressionnés par l'utilisation d'une pathologie (l'épilepsie) comme moyen thérapeutique ou par le fait que la crise soit visible à l'œil nu à cause d'une curarisation parfois partielle du patient. Même si ce n'est que symbolique, c'est la raison pour laquelle nous employons le terme « ECT ou électroconvulsivothérapie » pour nommer ce traitement. Le terme « sismothérapie » pouvant rester connoté car mettant en exergue la notion de « secousse ». Quant à « l'électrochoc », il fait partie de l'histoire.

Paradoxalement, les soignants, même effrayés (77 % des répondants) disent qu'en accompagnant les patients, ils étaient majoritairement dans un état d'esprit positif (66 %). Pour nous, ce résultat vient du fait que « ceux qui accompagnent » sont souvent « ceux qui n'ont pas peur ». D'ailleurs les infirmiers qui disent ne pas être effrayés par l'ECT semblent être plus au courant (!) de la pratique actuelle : ils évoquent l'anesthésie générale, les conditions de sécurité et un soin pratiqué par du personnel « qualifié ». Une personne précise même que « l'on n'a peur que de ce qu'on connaît pas »...

• Une volonté soignante

La moitié des personnes interrogées ne connaît pas la position des médecins de leur service vis-à-vis de l'ECT. Ceux qui la connaissent la juge positive. Ces mêmes personnes sont également celles qui donnent leur avis sur ce soin. En fait, les infirmiers sont majoritairement pour cette thérapie, même si leurs collègues médecins sont contre. Nous constatons aujourd'hui dans notre pratique qu'un travail d'information et d'enseignement au sein de l'établissement fait évoluer cette question (nombre croissant d'indications émanant de services antérieurement non-prescripteurs).

Il n'y a donc pas que le positionnement médical qui peut influencer la pensée infirmière. Si seulement 11 % des infirmiers ont donné leur avis sur la question, d'autres facteurs tels que « l'expérience professionnelle, les cours en Ifsi ou leur propre documentation » ont pu influencer leur conception de l'ECT. Nous en concluons que ceux qui se sont intéressés à cette thérapeutique ont pu se forger leur propre idée : « c'est un acte controversé, donc qui pose question et qui donne envie de se faire sa propre opinion sur le terrain », soulignera un répondant.

Même si les soignants se disent en grande majorité effrayés par les ECT, nous constatons qu'ils arrivent à dépasser leurs craintes pour le bien du patient. Ainsi, ils « tentent d'être rassurants et de ne pas renvoyer à leurs propres projections » et répondent à 84 % qu'ils sont prêts à accompagner leurs patients et à rester avec eux lors des séances. Le soin relationnel serait donc privilégié et le patient devrait bénéficier d'un accompagnement digne de ce nom. La réalité est malheureusement toute autre, manque d'effectifs oblige. Le temps infirmier de notre unité ECT a d'ailleurs été augmenté non seulement à cause de l'accroissement de la charge de travail mais aussi pour soulager les services qui ne pouvaient parfois plus assurer ce temps d'accompagnement du patient...

• L'influence du discours

Pour 82 % des personnes interrogées, le discours des soignants a une influence sur le déroulement du soin : un patient se sentira plus sécurisé par un discours positif et va donc mieux collaborer aux soins, certains parlent même « d'effet placebo majeur ». En effet, l'angoisse, l'agitation et l'anxiété générées par l'ECT peuvent être renforcées par un discours négatif et conduire le patient à refuser cette thérapeutique.

Ainsi, parmi les personnes interrogées, certaines disent « avoir peur qu'il se passe quelque chose » et se sentent « assez mal ». Dans ces conditions, il semble difficile que ces soignants puissent être rassurants pour le patient alors que « c'est certainement par la qualité de la prise en charge relationnelle que l'adhésion peut modifier les effets de la cure » (14). Cela revient à dire que par ses propos ou ses attitudes, le soignant peut avoir une influence sur l'adhésion au trai-

tement du patient. « Il serait étonnant que ces représentations n'aient pas leur importance au moment d'informer le patient, ni même au moment de participer à une séance d'ECT. Ce serait même extraordinaire : l'ECT serait le seul soin, le seul psychotrope pour lequel les convictions de celui qui les prescrit, de celui qui l'administre n'entrent pas en ligne de compte », écrit Dominique Friard (7).

La qualité de l'accompagnement et de la relation a donc un effet d'optimisation ou de potentialisation. La solution réside probablement dans le consensus d'équipe : « il faut rechercher le consensus entre les différents membres de l'équipe pluridisciplinaire, entre ceux qui sont partisans de l'ECT et ceux qui y sont hostiles. Il doit y avoir une discussion préalable avec tous les soignants pour renforcer la croyance des soignants dans la thérapeutique », affirme Dominique Friard (7).

En fait, il faut que la parole soit instaurée systématiquement autour de l'ECT pour obtenir un « dialogue soignant ». Nous pensons que c'est la condition sine qua non pour que le patient puisse bénéficier d'une thérapeutique efficace

■ Pour conclure

Si nous pouvons améliorer la communication faite sur l'ECT en diffusant des brochures informatives auprès des infirmiers, il est surtout important que les soignants soient eux-mêmes « accompagnés ».

Ce travail de recherche nous a fait prendre conscience qu'il faut être plus attentifs aux

réactions de nos collègues et prendre le temps de communiquer, de les informer, sans bien sûr porter de jugement lorsqu'ils sont réticents.

Il faut aussi qu'à la base, la formation des infirmiers aux soins ECT soit améliorée car « trop souvent la formation est approximative ou absente des études des médecins et des infirmiers. (...) Une formation approfondie est nécessaire pour l'ensemble des professionnels de santé susceptibles de participer à la prise en charge d'une personne recevant un traitement par électroconvulsivothérapie » (4). Il faut donc améliorer les connaissances infirmières pour que le patient puisse bénéficier d'une prise en charge digne de ce nom lorsque l'indication sera posée.

Il nous semble cependant que le manque de connaissances et les représentations des infirmiers ne sont pas suffisants pour expliquer l'appréhension des soignants et des soignés. Malgré tous les efforts que nous pourrions développer en termes de communication et d'information il n'en demeure pas moins que ce soin touche un organe « noble », le cerveau. En tant que traitement de « dernier recours », comme c'est souvent le cas, il pourra également rester stigmatisant pour certains patients. Il y a donc encore beaucoup de pistes à explorer et à travailler.

Dans la mesure où ce travail n'est que la photographie d'une population, dans un lieu et à un moment donné, nous n'aurions peut-être pas le même type de réponses si nous effectuions notre enquête ailleurs ou

dans quelques années. En effet, les mentalités évoluent. Dans quelque temps l'ECT ne sera peut-être plus un sujet controversé. Reconnaissons d'ailleurs qu'il l'est déjà beaucoup moins... ☀

1- Poulet E., Glenisson L., Auriacombe M., Tignol J., L'ECT : une technique sophistiquée, *Santé mentale*, n° 34, janvier 1999 : 19, 21.

2- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, Indications et modalités de l'électroconvulsivothérapie, *Recommandations professionnelles*, avril 1997 ; www.has-sante.fr

3- Delmas-Marsalet, *L'électrochoc thérapeutique et la dissolution reconstruction*, éditions Baillière et Fils, 1943.

4- Auriacombe M., Poulet E., Daudet C., Glenisson L., Gomez F., Uzandisaga D., Tignol J., L'ECT, un traitement qui reste d'actualité, *La revue du praticien, médecine générale*, tome 14 ; 501 du 22 mai 2000 : 43.

5- Bernede P., ECT et actions publiques. Le courant passe-t-il ? *Mémoire pour le diplôme universitaire Pratique et théories de l'ECT. Université Victor Segalen, Bordeaux II*, 1999.

6- Friard D., Une thérapeutique taboue, *Santé mentale* ; 34, janvier 1999 : 30.

7- Friard D., *Electroconvulsivothérapie et accompagnement infirmier*, Paris, Éditions Masson, 1999 : 73-102-103.

8- Fortin M-F, *Le processus de la recherche*, Québec, Décarie éditeur 1996.

9- Auquier P., Hodgkinson M., Thirion X., Tramoni A.V., *Typologie des psychiatres face à la sismothérapie*, *L'Encéphale*, volume 20, fascicule VI, novembre décembre 1994. p. 713 à 717.

10- Byrne P., Cassidy B., Higgins P., *Knowledge and attitudes towards electroconvulsive therapy among health care professionals and students*, *The journal of ECT*, volume 22 ; 2, 2006 : 133.

11- Programme de formation ISP, <http://psychiatriinfirmiere.free.fr>, consultée le 14 avril 2006.

12- Ministère de la santé et de la protection sociale, *Profession infirmier*, réf. 531001.

13- Friard D., *Pourquoi s'intéresser aux électrochocs*, *Soins psychiatrie* ; 192, 1997 : 5-9.

14- Perrin-Niquet A., *Éthique et chocs, mémoire d'A.E.U. de Philosophie et Éthique en Médecine, Université Claude Bernard*, 1994 : 11.

■ Résumé

Si l'électroconvulsivothérapie (ECT) est reconnue aujourd'hui comme un traitement efficace pour un certain nombre de pathologies psychiatriques (mélancolie, catatonie, dépression résistante aux antidépresseurs pour les principales), il suscite encore des réticences dans son utilisation chez quelques infirmiers travaillant en santé mentale. Ces réticences viennent-elles d'un manque de connaissance et/ou d'une représentation négative de cette thérapeutique ? Quelles sont les conséquences sur la prise en charge des patients relevant de ce soin ? Comment pouvons-nous y remédier ? Dans un contexte de qualité des soins, il semble pertinent d'explorer les phénomènes liés à cette observation et de questionner cette problématique

Pour tenter d'y répondre nous avons construit un questionnaire auto administré comportant des questions fermées et semi-ouvertes. Les questions fermées ont fait l'objet d'un traitement statistique standard et les questions semi-ouvertes ont été analysées grâce à l'approche thématique. La population retenue est composée de l'ensemble des infirmières œuvrant dans un hôpital psychiatrique du Sud Est de la France. Cent questionnaires ont été distribués dans différents services de l'hôpital avec l'aide des cadres de santé, ce qui a favorisé l'implantation de cette étude. Le taux de restitution a été de 67 %.

Les réponses apportées par cette étude ont permis de souligner que les infirmiers manquent effectivement de connaissances dans le domaine, que l'ECT évoque de la peur. Mais les infirmiers sont majoritairement favorables à son utilisation aux vues de ses résultats thérapeutiques. La méconnaissance de l'ECT se révèle dommageable pour la prise en charge du malade car elle influence son adhésion (et celle de son entourage) au soin. La mise en place de plusieurs leviers d'action se révèle donc nécessaire pour permettre l'évolution de la représentation de l'ECT et notamment l'amélioration de l'information des soignants de l'hôpital et la formation théorique des étudiants.