UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2007 N°8

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

MEDECINE GENERALE

par

Muriel ARNAUD-CARTRON
née le 03/11/1977 à Bourges

Présentée et soutenue publiquement le 5 Mars 2007

LA DÉPRESSION SÉVÈRE DE LA PERSONNE ÂGÉE :

INTÉRÊT DE L'ÉLECTROCONVULSIVOTHÉRAPIE

À PROPOS DE CINQ CAS

Président : Mr le Professeur Olivier RODAT

Directeur de Thèse : Mme le Docteur Fabienne YVAIN

TABLE DES MATIÈRES

Introduction 3
I. La dépression chez la personne âgée 4
I. 1. Définition et épidémiologie 4
I. 2. Formes cliniques 5
I. 3. Difficultés diagnostiques 6
I. 4. Evaluation 7
I. 5. Pronostic 8
II. L'ECT dans la dépression du sujet âgé 9
II. 1. Sa place 9
II. 1. 1. En traitement d'attaque 9
II. 1. 2. En traitement d'entretien 12
II. 2. Son efficacité 13
II. 3. Sa tolérance par rapport aux psychotropes 14
II. 4. Ses contre-indications 14
II. 5. Ses risques et effets secondaires 15
II. 5. 1. Les risques cardiaques 15
II. 5. 2. Les risques cognitifs 16
II. 5. 3. Les autres complications 17
III. L'ECT : modalités 18
III. 1. Information et consentement 18
III. 2. Consultation d'anesthésie 18
III. 3. Préparation du patient à l'ECT 19
III. 4. Mise en place des électrodes 19
III. 5. Dosage du stimulus 20
III. 6. Monitorage de la crise 21
III. 7. Nombre et fréquence des séances 22
III. 8. Evaluation des troubles cognitifs 22
IV. Cas cliniques 23
IV. 1. Présentation 24
IV. 1. 1. Observation N° 1 24
IV. 1. 2. Observation N° 2 27
IV. 1. 3. Observation N° 3 30
IV. 1. 4. Observation N° 4 33
IV. 1. 5. Observation N° 5 37
IV. 2. Commentaires 41
V. Les obstacles à la pratique de l'ECT 42
V. 1. Histoire 42
V. 2. Méconnaissance de son mécanisme d'action 43
V. 3. Barrières médico-légales 43
V. 4. Poids culturel 45
V. 5. Clivage psychiatrie- médecine 46
Conclusion 47
ANNEXES 48
BIBLIOGRAPHIE 107
Résumé 112
Mots-clés 112

Introduction

Contrairement à des idées reçues, avoir des affects dépressifs, n'est pas un élément du processus de vieillissement.
C'est un problème de santé publique puisqu'il toucherait 15 à 30 % de la population des personnes âgées qui consulte en médecine générale.
De nombreux obstacles rendent difficile la prise en charge de ces patients, que ce soit en terme de diagnostic, de sévérité des manifestations cliniques, de tolérance au traitement médicamenteux.

Après des années de désaffectation, l'électroconvulsivothérapie (ECT) redevient d'actualité. Son efficacité, sa tolérance et sa rapidité de réponse en font un traitement de choix dans la dépression sévère du sujet âgé.

Pourtant, malgré une redéfinition des indications, une législation spécifique, une poursuite incessante des recherches et une réflexion à propos de son mode d'action, l'ECT divise encore et reste la thérapeutique «de la dernière chance».

A travers cinq cas cliniques, nous allons essayer de voir quelle est la place de ce traitement dans la prise en charge de la dépression sévère de la personne âgée.

I. LA DEPRESSION CHEZ LA PERSONNE AGEE

I. 1. DEFINITION ET EPIDEMIOLOGIE

Définir la notion de personne âgée n'est pas simple. Si la notion d'âge n'est pas suffisante pour décrire une situation clinique bien plus complexe, il faut cependant mettre une limite, que la plupart des auteurs posent à 65 ans. Cependant, au sein de la population « âgée », on peut déterminer 2 sous-groupes : les « très vieux », que les Anglo-saxons appellent « old-old », de plus de 75 ans et les « jeunes-vieux », « young-old », de 65 à 74 ans. Certains auteurs font même 3 sous-groupes, élevant l'âge des « old-old » à 85 ans, créant ainsi une sous-population de « moyen-vieux » de 75 à 84 ans.
Un autre concept tend à identifier les sujets fragiles, « frail-eldery », menacés par la perte d'autonomie, en comparaison avec les personnes âgées en bonne santé.

L'épidémiologie de la dépression de la personne âgée a fait l'objet de différentes études, très variées quant aux facteurs étudiés et aux méthodes utilisées. La plupart, étudient les symptômes dépressifs et non l'épisode dépressif majeur, tel qu'il est défini dans le DSM IV (annexe 1), ce qui fait varier considérablement les chiffres.
Parmi la population de personnes âgées qui consulte en médecine générale, on retrouve, selon les études, 15 à 30% de patients déprimés (1).
Parmi les patients âgés hospitalisés, la fréquence de la dépression est de 15 à 43% (2).
La prévalence de la dépression chez le sujet âgé, en utilisant la définition d'épisode dépressif majeur du DSM IV, n'est plus que de 2-3%, auxquels il faut ajouter 10 à 15% de troubles dysthymiques (3).
La dépression touche en moyenne deux femmes pour un homme.

Les facteurs de risque les plus fréquents sont (4) :

- un deuil récent
- des troubles du sommeil
- une incapacité
- des antécédents de dépression

- le sexe féminin

Les trois premiers sont des variables modifiables sur lesquelles il est important d'agir, principalement chez les patients ayant les deux autres (soit les femmes ayant des antécédents dépressifs), pour essayer de limiter le risque de dépression.
Le délai moyen d'apparition de la dépression et le facteur de risque est de 24 mois.

Lieberman et al. ont évalué le syndrome dépressif chez des patients âgés, dans un service de rééducation, grâce à une GDS (Gériatric Depression Scale) (annexe 2). 276 patients étaient hospitalisés : 150 avaient une fracture du col fémoral et 126 avaient eu un accident vasculaire cérébral.
A l'entrée dans l'unité :
- 41% des patients avaient un score GDS > 10
- 4%, un score GDS > 20
Ils ont observé que la sévérité du syndrome dépressif diminuait au cours de la rééducation et que le score GDS diminuait parallèlement aux progrès physiques (5).

Il existe également des obstacles psycho-sociaux à la prise en charge de ces patients, représentés par, entre autres, une mauvaise observance, une absence de tissu social et un manque d'encadrement médico-psychologique, en raison de l'attitude des soignants face au vieillissement (6). L'OMS considère la prise en charge des maladies non transmissibles chroniques chez la personne âgée, comme un enjeu majeur de santé publique. La dépression en fait partie, au même titre que les cardiopathies ou le cancer.

I. 2. FORMES CLINIQUES

Les éléments cliniques de l'épisode dépressif majeur décrit dans le DSM IV sont indépendants de l'âge.
Plusieurs classifications des formes cliniques de dépression sont possibles. Par choix arbitraire, on peut opter pour celle qui semble être la plus adaptée aux formes cliniques rencontrées chez la personne âgée :

La dépression mélancolique
Les sujets âgés sont plus susceptibles de développer, parmi toutes les formes de dépression, une dépression mélancolique, avec mutisme, catatonie (pouvant

évoquer un « syndrome de glissement »), ou avec agitation et troubles caractériels majeurs (6).
Il est important de souligner, qu'à l'inverse, tous les « syndromes de glissement » ne sont pas des mélancolies (mais peuvent être la conséquence d'une maladie somatique, d'un traumatisme ou d'une entrée en institution mal acceptée) (7).
Derrière le terme « mélancolie », il faut distinguer deux entités bien différentes :
- mélancolie comme élément de sévérité de l'épisode dépressif
- mélancolie de la dépression endogène (des troubles thymiques de type unipolaire, par exemple)
C'est la forme la plus grave de dépression du sujet âgé en raison de ses complications somatiques et du haut risque suicidaire.

La dépression avec symptomatologie délirante
La dépression est, avec le syndrome démentiel, la première cause d'idées délirantes dans cette tranche d'âge (1,3).

La dépression hostile
Se manifeste par une agitation hostile et par de l'agressivité (1,3).

La dépression anxieuse
Va de l'immobilisme à l'agitation anxieuse voire la confusion (1,3).

La dépression avec symptômes d'altération cognitive
Les patients déprimés peuvent avoir un tableau de « pseudo-démence » qui est réversible ou qui évolue vers une démence (9 à 25% des cas/ an)(1,6).
Dans cette forme clinique, l'ECT, peut constituer un véritable test thérapeutique, permettant de rattacher, a posteriori, une symptomatologie démentielle à son origine dépressive (8).

La dépression à début tardif
Les patients, qui n'ont pas eu d'épisode dépressif avant 60 ans, sont plus à risque de rechute et de formes délirantes de dépression que les autres (1,6).

I. 3. DIFFICULTES DIAGNOSTIQUES

La présentation de syndrome dépressif peut être masquée ou compliquée par la co-morbidité avec des troubles anxieux ou un syndrome démentiel, ce qui rend le diagnostic difficile (3,6).

Autrefois, la question démence-dépression était réduite au diagnostic différentiel (la dépression étant une étiologie curable de démence).
Plus la démence est connue et étudiée, plus il est difficile de faire la part des choses et la notion d'une intrication démence-dépression est de plus en plus admise.
Plus de 50% des patients déments, seraient déprimés mais, inversement, le syndrome dépressif peut être la manifestation inaugurale de la démence (9).
Le MMSE (Mini Mental Status Examination) (annexe 3) est l'outil de dépistage utile dans la démence, même s'il a ses limites (comme toute échelle d'évaluation).

Le consensus veut que, chez le patient âgé, la dépression se présente souvent avec une dimension somatique importante (1,2).
De manière systématique, il faut éliminer les pathologies les plus couramment responsables de syndrome dépressif, telles que :

- les dysthyroïdies
- les atteintes de l'axe hypothalamo-hypophysaire (maladie de Cushing)
- les méningiomes
- les néoplasies pancréatiques
- les pathologies infectieuses rencontrées au cours du SIDA (tuberculose, maladie de Lyme, syphilis)
- le syndrome d'apnées du sommeil

I. 4. EVALUATION

Kales et al. ont comparé, aux USA, l'évaluation de dépression par les médecins américains, d'origine africaine, hispanique ou asiatique et par les médecins américains autochtones. Il s'avère que les médecins étrangers, en raison d'une conception culturelle différente du symptôme, diagnostiquent moins de dépressions (10). Ceci confirme que des échelles d'évaluation sont une aide diagnostique importante.
La plus connue et couramment utilisée en gériatrie, est l'échelle GDS (Geriatric Depression Scale).
Watson et al. l'ont évaluée chez des patients de plus de 75 ans, en bonne santé. Il semblerait que sa sensibilité pour le dépistage des dépressions sévères soit bonne (60%) mais qu'elle le soit beaucoup moins pour les dépressions mineures (33%) (11).

D'autres échelles de dépression sont validées chez la personne âgée : L'échelle Hamilton Depression Scale (HAM-D) et l'échelle de Montgomery Asberg (MADRS) (annexe 4 et 5). L'HAM-D et la MADRS sont les deux échelles les plus souvent utilisées dans les études (12).
Le MMSE est également souvent utilisé dans les études de dépression pour aider à dépister la démence qui constitue, le diagnostic différentiel ou le diagnostic le plus fréquemment associé.

I. 5. PRONOSTIC

Les sujets âgés dépressifs sont sous-traités, en raison de la complexité de la dépression elle-même et des effets secondaires des traitements qui sont mal tolérés (6). Il semblerait que moins de 20% des cas soient détectés et traités correctement (13).
Le pronostic est sombre. Une revue de la littérature récente a montré, qu'à 24 mois d'un épisode dépressif, 1/3 des patients sont guéris, 1/3 sont encore déprimés et 21% sont décédés (les 13% restants sont considérés comme « autres » : démence, rémission partielle) (13).
Les dépressions du sujet âgé sont à haut risque de rechute ou de récidive, essentiellement dans les deux années qui suivent l'épisode inaugural (14).

Le risque de suicide est très important chez la personne âgée. En France, il est 4 fois supérieur à celui de l'adulte jeune pour 100000 habitants, chez l'homme (15).

II. L'ECT DANS LA DEPRESSION DU SUJET AGE

II. 1. SA PLACE

II. 1. 1. En traitement d'attaque

Le taux de rémission des épisodes dépressifs sévères, traités uniquement par médicaments, est inférieur à 50% (16).
Le taux d'efficacité de l'ECT, en traitement d'un épisode dépressif majeur, à court-terme, varie de 50 à 90% selon les études (16,17).
L'étude CORE, étude multicentrique, randomisée, a montré un taux d'efficacité de l'ECT dans la dépression de 75% en fin de traitement et surtout que 54% des patients avaient une première réponse en fin de première semaine de traitement (16).

L'American Psychiatric Association, aux USA et l'ANAES, en France, ne considèrent plus ce traitement comme un traitement de « dernier recours » mais comme un traitement de première intention dans la prise en charge des dépressions sévères du sujet âgé :
- avec des éléments psychotiques, une catatonie ou une forme nécessitant un traitement d'urgence (risque suicidaire, refus d'alimentation ou d'hydratation)
- ou lorsque les effets secondaires des traitements médicamenteux sont supérieurs à ceux de l'ECT (18,19).
Il doit être de deuxième intention dans les formes résistantes au traitement médicamenteux associé à une psychothérapie (18,19,20).

La dépression du sujet âgé représenterait 1/3 des indications d'ECT réalisées en psychiatrie (21), en raison des co-morbidités contre-indiquant l'usage de certains antidépresseurs (imipraminiques, par exemple) et en raison des

formes cliniques de dépression qui comportent souvent des éléments psychotiques (22,23).

Rasmussen et al. ont cependant montré que 27% des patients ayant une dépression sans éléments psychotiques, adressés pour de l'ECT n'avaient pas reçu de traitement antidépresseur optimal et que 63% en ont reçu au moins un, non adapté.
D'autre part, 95% de ceux ayant une dépression avec des éléments psychotiques n'avaient pas reçu d'association antidépresseur/ neuroleptique (24).

On estime que 19 à 34% des patients dépressifs sont résistants au traitement médicamenteux. Sont définis comme tels, les patients n'ayant pas de réponse au traitement antidépresseur, à des doses standards pendant au moins 6 semaines (25). 50 à 70 % de ces patients ont un effet bénéfique de l'ECT (14).

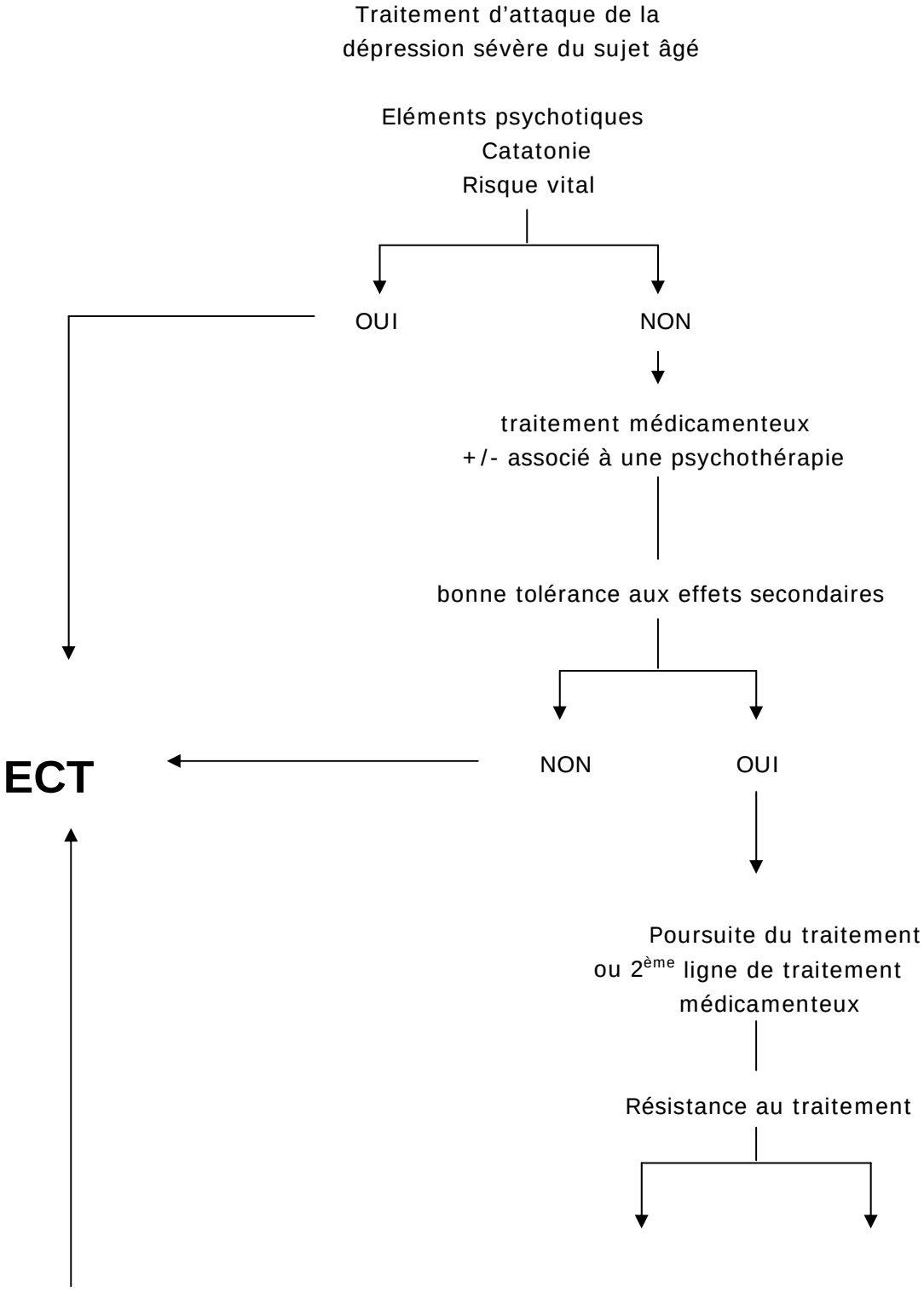
Tew et al. ont étudié l'efficacité de l'ECT en traitement d'attaque chez le sujet âgé et très âgé (23). Ils ont inclus 268 patients ayant un score de 20/24 sur l'échelle d'Hamilton (extension à 24 items de la forme originale à 21 items présentée en annexe 4), traités par ECT. Le taux de rémission est de :
- 54% dans le groupe de moins de 60 ans
- 73% dans le groupe de 60 à 74 ans
- 67% dans le groupe de plus de 75 ans

La rémission est définie comme un score inférieur à 10 sur l'échelle d'Hamilton, dans cette étude.
Les deux groupes de plus de 60 ans ont reçu des courants d'intensité plus élevée (compte tenu de l'élévation du seuil épileptogène avec l'âge) mais ont reçu la même durée de traitement, et ont eu moins d'échec de traitement médicamenteux que les plus jeunes, en amont de l'ECT.
La tolérance au traitement a été aussi bonne et la réponse meilleure chez les sujets âgés que chez les plus jeunes.
Le recours plus rapide à l'ECT, chez le sujet âgé, expliquerait, en partie, les meilleurs résultats, par rapport aux plus jeunes.

Flint et al. ont également évalué l'efficacité de l'ECT versus traitement médicamenteux dans la dépression du sujet âgé (26). Ils ont inclus 25 patients de plus de 60 ans ayant un syndrome dépressif avec des éléments psychotiques. 8 ont reçu un traitement médical et 17 l'ECT.
25% des patients, traités par antidépresseurs, avait une réponse au traitement la première semaine contre 88% de ceux traités par ECT. Au cours d'un suivi de 8 semaines après, la réponse au traitement médicamenteux est plus longue à apparaître, si tel est le cas.

L'ECT semble un traitement de choix lorsque la rapidité d'efficacité est nécessaire.

En résumé,



_____ OUI NON

II. 1. 2. En traitement d'entretien

Le risque de rechute et de récidive est élevé à l'arrêt du traitement et l'est d'autant plus chez la personne âgée (80% de risque de rechute) (12,18,27). On définit comme rechute, la réapparition d'une symptomatologie dans les 6 premiers mois suivant le traitement d'attaque (initialement efficace), et comme récidive, un épisode dépressif survenant au-delà.

Il n'existe pas de consensus actuellement sur le traitement d'entretien après un traitement d'attaque par ECT.
L'ECT est la seule thérapeutique, utilisée en psychiatrie, que l'on arrête dès que le patient a une amélioration clinique (27,28).

L'American Psychiatric Association propose d'utiliser l'ECT d'entretien chez les patients, pour lesquels, ni le traitement médicamenteux ni la psychothérapie n'ont permis de maintenir un état stable (18).
Il convient de distinguer :
- l'ECT de consolidation (ECTc) dont l'objectif est de prévenir les rechutes précoces. Elle est instaurée dans les 8 à 15 jours après l'obtention de la rémission clinique, sans attendre la réapparition des signes dépressifs, à un rythme de 2 à 4 séances par mois pendant 4 à 6 mois.
- l'ECT de maintenance (ECTm) qui visent à prévenir la récurrence (ou récidive). En pratique, l'ECTm est administrée à des patients en rémission clinique et les intervalles peuvent être très longs (8).

Sackeim et al. ont réalisé un essai randomisé, contrôlé, incluant 290 patients après un traitement d'attaque par ECT évaluant en traitement d'entretien par nortriptyline (imipraminique, non disponible en France), versus nortriptyline et lithium, versus placebo.
Le taux de rechute est de :
- 39% avec l'association nortriptyline et lithium
- 60% avec la nortriptyline seule.
- 84% avec le placebo

Sans traitement d'entretien efficace, tous les patients ont rechuté dans les 6 mois. Le taux de rechute reste cependant élevé, essentiellement dans le premier mois qui suit le traitement d'attaque (27).

Lauritzen et al. avaient démontré une efficacité supérieure de la paroxétine versus imipraminique dans cette même indication (29). Ils ont inclus 87 patients dans un essai randomisé, en double aveugle au sein de 2 groupes ayant eu un traitement par ECT :

Dans le groupe A, ayant des modifications à l'électrocardiogramme :

- un groupe placebo
- un groupe recevant 30 mg/ jour de paroxétine

Dans le groupe B, n'ayant pas de modifications à l'électrocardiogramme :

- un groupe recevant 30 mg/ jour de paroxetine
- un groupe recevant 150 mg/ jour d'un imipraminique.

Le taux de rechute dans les différents groupes est le suivant :

- 65% du groupe placebo
- 30% du groupe sous imipraminique
- 10% du groupe sous paroxétine

L'échantillon est petit et des études plus larges sont nécessaires pour affirmer cette donnée avec certitude.

Gagné et al. ont montré que la probabilité cumulative de ne pas rechuter (ou récidiver), dans les deux années suivant le traitement d'attaque par ECT (avec un résultat positif lors de celui-ci), est de :

- 93% en associant un traitement antidépresseur à des séances d'ECT d'entretien
- 52% avec un traitement antidépresseur seul (30).

II. 2. SON EFFICACITE

L'ECT est considérée comme un traitement efficace dans le traitement de la dépression de la personne âgée, même chez les patients atteints d'une démence, d'une maladie de Parkinson ou ayant un antécédent d'accident vasculaire cérébral. Il peut être le traitement le plus rapide et le plus efficace dans les formes sévères (12,18,31,32).

6 essais incluant au total 256 patients ont montré une différence significative de l'efficacité de l'ECT versus une ECT simulée (31,33).

L'efficacité de l'ECT ne diminue pas avec l'âge (19,20,32).

D'une manière consensuelle, les auteurs s'accordent à dire que les dépressions avec éléments psychotiques répondent mieux à l'ECT (33). D'autres facteurs prédictifs de réponse sont décrits : les symptômes mélancoliques ou

endogènes, les situations d'urgence vitale, la catatonie, les antécédents de bonne réponse à l'ECT (8). Cependant, Lam et al. ne notent pas de facteurs prédictifs positifs significatifs, lors d'une revue d'observations de 174 patients, sur deux années, dans l'hôpital de Vancouver (34).

II. 3. SA TOLERANCE PAR RAPPORT AUX PSYCHOTROPES

L'expérience clinique suggère que l'ECT soit souvent mieux tolérée que certains antidépresseurs (notamment imipraminiques) (12,18,32,33).

Salzman et al. ont effectué une revue de littérature de 1996 à 2001, comparant les traitements médicamenteux à l'ECT, plus spécifiquement, dans la dépression du sujet âgé (12) : De nombreux essais, (18 incluant au total 1144 patients) montrent l'efficacité supérieure de l'ECT sur les traitements médicamenteux (notamment, nortriptyline), dans la prise en charge de la dépression (31).
Les tricycliques sont ceux qui ont les effets secondaires les plus fréquents et les plus graves. En France, ils ne sont utilisés qu'en deuxième intention ou dans des indications bien spécifiques.
Certaines études ne retrouvent pas de différence significative entre les antidépresseurs quant au risque de chute et de fracture du col du fémur (31).

II. 4. SES CONTRE-INDICATIONS

Contre-indication absolue
La seule retenue est l'hypertension intracrânienne, en raison du risque d'engagement cérébral lors de la crise convulsive (35).

Contre-indications relatives

- Les risques de l'anesthésie générale avec curarisation : allergies, déficit en cholinestérase, insuffisance respiratoire et cardiaque.
- L'existence de lésions expansives intracérébrales
- La proximité d'un épisode d'hémorragie cérébrale
- L'infarctus du myocarde récent ou une maladie emboligène

- La présence d'un anévrysme ou malformations vasculaires à risque hémorragique
- L'existence d'un décollement de rétine
- L'existence d'un phéochromocytome
- Les antécédents de traitement par ECT inefficace ou ayant eu des effets secondaires graves
- Certains médicaments (notamment les anti-vitamine K, pour lesquels un relais est possible) (35).

II. 5. SES RISQUES ET EFFETS SECONDAIRES

Actuellement, le taux de morbidité est de 1/1300 – 1/1400 séances et la mortalité globale est estimée à 1/10 000 patients traités, soit, comparable à celle de l'anesthésie générale pour les interventions mineures (36). D'autres sources rapportent 2 décès pour 100 000 séances d'ECT (37).
Deux grandes catégories d'effets secondaires ont été décrites : cardiaques et cognitifs.

II. 5. 1. Les risques cardiaques

Quelques rappels physiologiques :
Pendant la phase tonique, la stimulation du système parasympathique entraîne une hypotension artérielle, une bradycardie et peut provoquer une arythmie et une asystolie.
Pendant la phase clonique, c'est le système sympathique qui est stimulé provoquant une hypertension artérielle, une tachycardie et un éventuel flutter auriculaire.

Rice et al. ont évalué les risques cardiaques chez des patients ayant reçu un traitement par ECT (22).Ils ont réalisé une étude cas-témoin, d'un an, chez des patients de plus de 50 ans :
- 26 patients étaient considérés à haut risque cardio-vasculaire
- 27 à risque standard.

Le 1er groupe était plus âgé mais avait bénéficié de plus de consultations pré-ECT que le second. Ils ont utilisé l'échelle suivante :
- pas de complications
    - Risque 1
- complications mineures

-Risque 2 : complications notées, sans changement de traitement
-Risque 3 : complication notée, consultation pour prémédication ou modification de traitement
-Risque 4 : complication notée, consultation et examens complémentaires avant séance suivante

- complications majeures :
  -Risque 5 : transfert en service médical
  -Risque 6 : morbidité cardio-vasculaire significative (infarctus du myocarde…)
  -Risque 7 : Décès

Ils ont conclu que le 1er groupe était plus à risque de complications mineures mais avait le même risque de complications majeures que le second.
Le risque cardio-vasculaire de l'ECT serait inférieur à celui des traitements médicamenteux (notamment les antidépresseurs imipraminiques) (18).
Les patients à risque cardio-vasculaire, doivent avoir un suivi médical approprié voire une prémédication, si nécessaire, avant l'ECT.

Huuhka et al. ont évalué le risque d'arythmie chez les patients âgés traités par ECT (38). Ils ont réalisé un enregistrement du rythme cardiaque pendant 48 heures (un Holter-ECG 24 heures avant l'ECT et 24 heures après), lors de la 1ère séance, chez 26 patients (âgés de 61 à 80 ans). Tous les patients étaient sous psychotropes mais sans modifications de traitement au moins une semaine avant l'enregistrement Holter-ECG.
Ils ont conclu qu'il y avait une augmentation significative de tachycardie supra-ventriculaire mais pas d'augmentation des autres types d'arythmies.

Les patients ayant une arythmie complète par fibrillation auriculaire, en raison du risque de passage en rythme sinusal dans les suites de l'ECT, doivent être anti-coagulés à dose curative (un relais anti-vitamine K-Héparine de bas poids moléculaire (HBPM) est préférable compte tenu du risque hémorragique) (39).

Un pace-maker n'est pas une contre-indication à l'ECT mais il existe un risque d'inhibition du boîtier. Le recours à un aimant pour transformer le mode de stimulation en mode fixe, en cas de bradycardie est nécessaire.

II. 5. 2. Les risques cognitifs

Sont représentés par des troubles mnésiques.
L'amnésie antérograde est souvent rapportée mais de courte durée et disparaît toujours.

L'amnésie rétrograde peut couvrir une période allant de quelques heures à quelques mois (18).
En cours de traitement, lorsque les troubles apparaissent, les prescriptions médicamenteuses doivent être réexaminées et réajustées, ainsi que l'intensité du courant de stimulation. Plus le stimulus est fort, plus ce risque est élevé (31,40).

Il ne semble pas y avoir de traitement probant des troubles mnésiques post-ECT. Les mesures préventives qui peuvent permettre de limiter le risque d'atteinte cognitive sont, essentiellement, les diminutions de posologie ou l'arrêt des traitements psychotropes associés.

Il n'y pas de lésions cérébrales objectivables (sur IRM), provoquées par l'ECT (35). Cependant, le UK ECT Review group (31) ont trouvé 3 études qui ont comparé le rapport ventriculo-cérébral sur des scanners avant et après l'ECT. Le rapport augmente mais non proportionnellement au nombre d'ECT reçu. Il faut noter que les mesures sont fortement associées à l'âge, dans le groupe témoin et le groupe traité par ECT ce qui rend les résultats peu fiables.

Les risques de confusion post-critique sont plus marqués chez les patients ayant des troubles cognitifs sous-jacents (14).

II. 5. 3. Les autres complications

Les patients peuvent ressentir des céphalées, des nausées et des vomissements dans la journée après la séance d'ECT. Ces effets sont sans gravité mais justifient une surveillance et éventuellement un traitement symptomatique.

Les personnes âgées ont une fragilité osseuse mais les fractures ou autres ruptures musculo-tendineuses sont devenues exceptionnelles depuis la curarisation. Il est cependant fréquent, de constater des myalgies diffuses qui peuvent s'atténuer au fur et à mesure des séances.
Des fractures dentaires sont parfois relevées.

Gormley et al. ont évalué les effets secondaires chez des patients de plus de 75 ans, traités par ECT (17). Sur 93 séances d'ECT, ils ont noté des complications au cours de 12 séances, soit 10.8% :

- 6 cas de confusion / désorientation
- 4 cas d'hypomanie

- 1 cas d'hypertension artérielle
- 1 cas de céphalées

Les effets secondaires ont disparu après 2 semaines d'arrêt de traitement par ECT. Un traitement symptomatique a parfois été nécessaire.

III. L'ECT : MODALITES

III. 1. INFORMATION ET CONSENTEMENT

Conformément à l'article 16-3 du code civil, « il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité thérapeutique pour la personne. Le consentement doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas en mesure de consentir ».
Un document de consentement est signé par le patient ou par sa famille si le patient ne peut pas le donner (annexe 6).

L'information complète concernant l'ECT est donnée par l'équipe de psychiatrie, celle sur l'anesthésie, par l'anesthésiste. La preuve de l'information doit être rapportée (art. L 1111-2 du code de santé publique du 5 mars 2002). C'est pourquoi, l'entretien avec le patient et/ ou son entourage peut se conclure par le commentaire et la remise du document d'information proposé par la Fédération Française de Psychiatrie (41).
Les documents remis, à cet effet, dans l'unité d'électroconvulsivothérapie du CHU de Nantes sont en annexe (7 et 8).

III. 2. CONSULTATION D'ANESTHESIE

Elle doit être faite quelques jours avant la première séance (décret du 5 décembre 1994 et précisé d'une instruction ministérielle du 9 septembre 1996). L'interrogatoire peut s'avérer difficile et peu contributif. L'examen clinique doit être complet.

La demande d'examens complémentaires n'a rien de spécifique, mais elle s'attachera à rechercher, en particulier, les atteintes myocardiques, un terrain allergique ainsi qu'un examen bucco-dentaire. Une évaluation récente du poids et de la taille est nécessaire.
Au CHU de Nantes, un questionnaire d'anesthésie est remis au patient au préalable (annexe 9) et un bilan pré-ECT systématique est prescrit comprenant : natrémie, kaliémie, chlorémie, calcémie, glycémie, créatininémie, taux de prothrombine, temps de céphaline activée, plaquettes, un électrocardiogramme, un cliché thoracique de face.

III. 3. PREPARATION DU PATIENT A L'ECT

Le patient doit être à jeun au moins six heures avant la séance d'ECT, la vessie vide. La cavité buccale doit être inspectée. Il est indispensable de prévoir des dispositifs de protection bucco-dentaire sous forme de compresses roulées, en raison de la forte contraction des muscles masséters, malgré la curarisation. La présence d'un(e) infirmier(e), connu(e) du patient, est recommandée. L'organisation doit permettre de concilier la sécurité anesthésique et l'accompagnement psychologique du patient.

III. 4. MISE EN PLACE DES ELECTRODES

Une méta-analyse réalisée par l'UK ECT Review group (31) a montré que l'ECT bilatérale est plus efficace que l'unilatérale (sur hémisphère non dominant) (18 essais, contrôlés et randomisés, ayant inclus au total 1408 patients).
C'est la technique utilisée dans l'unité d'électroconvulsivothérapie du CHU de Nantes.
Les électrodes sont positionnées en temporal.

Un positionnement en bifrontal a été proposé comme une troisième alternative mais sa place reste à définir (42).

III. 5. DOSAGE DU STIMULUS

Le moyen et les critères pour déterminer la charge à délivrer lors de l'ECT sont sujets à débat (40).
La charge délivrée doit être supérieure au seuil individuel. Cependant, plus la charge excède ce seuil, plus les effets secondaires cognitifs sont importants. Il faut tenir compte d'un certain nombre de paramètres qui modifient le seuil épileptogène :

variation inter-individuelle très importante
Sackeim a proposé une méthode par titration (42) montrant l'innocuité des crises sub-convulsives au niveau cognitif, mais les résultats sont contradictoires quant au risque de bradycardie.

l'âge
Abrams et Swartz (44) ont proposé une méthode « âge-dose » tenant compte du seuil épileptogène augmentant avec l'âge.

Fink et al.(45) ont proposé la formule « demi-âge ». Par cette méthode, les thérapeutes délivrent donc la moitié de l'énergie délivrée par la méthode « âge-dose ».
Les résultats, selon les auteurs, seraient similaires entre les deux méthodes.

L'équipe de l'unité d'électroconvulsivothérapie du CHU de Nantes utilise ses propres abaques qui correspondent à des doses inférieures à celles délivrées par la méthode « dose-âge ».

l'ECT elle-même a une action anti-convulsivante
Une augmentation des doses est à prévoir au fur et à mesure (46).

les caractéristiques du courant utilisé
Abrams et Sackeim s'accordent à dire que l'augmentation de la durée du stimulus serait plus efficace que l'augmentation de la fréquence des pulses (44,46).

le placement des électrodes
La charge utilisée est supérieure en bilatéral (44,47,48).

le sexe
Les hommes ont un seuil supérieur à celui des femmes (48).

les produits anesthésiques utilisés
L'étomidate serait le produit qui aurait un effet sur l'élévation du seuil épileptogène le moins important. Le choix et la posologie du produit demeurent importants puisqu'il s'agit de la cause la plus évidente de crises avortées ou échouées en cas de posologies élevées. La caféine peut être utilisée pour potentialiser l'ECT (35).
L'adjonction de psychotropes avant l'ECT est un biais non négligeable. Il est souhaitable de supprimer tout ce qui ne semble pas indispensable (18,19).

Le lithium est systématiquement arrêté. Les psychotropes ayant une propriété anticonvulsivante risquent de diminuer l'efficacité de l'ECT alors que les autres peuvent augmenter les effets secondaires de l'ECT (notamment mnésiques).

III. 6. MONITORAGE DE LA CRISE

Le patient est sous hypnotique (le propofol est le plus couramment utilisé mais l'étomidate serait préféré compte tenu de son moindre effet sur le seuil épileptogène) pour rendre confortable la paralysie respiratoire secondaire à la curarisation. Au CHU de Nantes, le propofol (DIPRIVAN®) est la molécule utilisée.
Le curare (le plus utilisé est la succinylcholine) permet d'éviter les accidents mécaniques ostéo-arthro-ligamentaires.
Une ventilation au masque est assurée et un monitorage cardio-respiratoire est réalisé.
Un courant carré, d'intensité constante, fait de trains d'ondes brèves pulsées, dont la charge est préalablement déterminée, est administré en bilatéral.
Un enregistrement EEG permet de mesurer la durée de la crise comitiale au cours d'une séance d'ECT. La crise EEG doit être supérieure à 25 secondes (14).

En cas d'absence de crise, une seconde charge, d'intensité supérieure de 20%, peut être administrée 60 à 90 secondes après la première (compte tenu de la période réfractaire).
En cas de crise prolongée (supérieure à 180 secondes), une nouvelle dose d'induction d'agent hypnotique ou une benzodiazépine d'action rapide peut être utilisée (35).

Comme après tout geste anesthésique, le patient reste en surveillance en salle de réveil, environ une heure. Des désaturations en oxygène et une

hypertension artérielle transitoire sont fréquemment observées immédiatement après la crise (30).
Il ne pourra retourner dans l'unité d'hospitalisation ou rentrer à domicile qu'après autorisation de l'anesthésiste et du psychiatre.

Un document sous forme d'un cahier de suivi est utilisé dans l'unité d'électroconvulsivothérapie du CHU de Nantes (annexe 10).

III. 7. NOMBRE ET FREQUENCE DES SEANCES

Le nombre de séances nécessaire varie de 6 à 20 pour induire une rémission complète d'un épisode dépressif. L'ANDEM recommande 2 à 3 séances par semaine pendant 3 à 4 semaines consécutives, soit entre 8 et 12 ECT (36). Certains auteurs ne trouvent pas de différence d'efficacité entre 2 ou 3 séances par semaine ou entre 1 ou 3 séances par semaine en traitement d'attaque d'un syndrome dépressif (31) alors que d'autres, trouvent une efficacité supérieure à 3 séances par semaine (32). Des séances rapprochées permettent une réponse plus rapide mais augmentent les risques de troubles cognitifs. En pratique, le nombre et la fréquence des séances sont déterminés, au cas par cas.

III. 8. EVALUATION DES TROUBLES COGNITIFS

L'unité d'électroconvulsivothérapie du CHU de Nantes effectue une MADRS, avant de débuter les séances d'ECT et en fin de traitement, associée à un MMSE 24 à 48 heures après la 3ème, 6ème et 9ème séance (annexe 11).
Il n'est pas utilisé d'échelle spécifique de la dépression de la personne âgée (GDS par exemple).

IV. CAS CLINIQUES

Les données recueillies pour la rédaction de cette partie, sont extraites des observations cliniques réalisées dans le service de rééducation gériatrique, à l'Hôpital Saint Jacques du CHU de Nantes.
Certains éléments de l'anamnèse et des antécédents n'ont pu être notés, dans la mesure où ce travail est rétrospectif.
Les données du devenir ont été obtenues par entretien téléphonique avec la famille en janvier 2007.

IV. 1. PRESENTATION

IV. 1. 1. Observation N° 1

Identité du patient

Madame R, née le 13/07/1921 (83 ans)

Hospitalisation

Du 30/03/2005 au 19/10/2005 dans service de rééducation gériatrique

Antécédents médicaux

Cardiopathie ischémique et hypertensive
Ulcère de l'œsophage
Colopathie fonctionnelle
Arthrose

Allergies : NON

Antécédents chirurgicaux

Appendicectomie
Hystérectomie totale en 1993 (adénocarcinome ovarien)

Antécédents psychiatriques :

Syndrome dépressif (ancienneté non précisée)

Mode de vie

Vit seule à domicile

Motif d'hospitalisation

Pyélonéphrite aiguë

Histoire de la maladie
Patiente hospitalisée en soins de suite en raison d'une asthénie persistante après l'épisode de pyélonéphrite aiguë.

Le 29/04/2005, une désorientation temporo-spatiale est constatée et motive la réalisation d'un MMSE dont le score est à 13/30.
Le 24/05/2005, TDM cérébral : Atrophie cortico-sous-corticale en lien avec l'âge.
Le 30/05/2005, Bilan neuro-psychologique : démence corticale débutante.
Le 03/06/2005, apparition d'hallucinations auditives qui persistent le 26/06/2005. Après discussion avec le neuro-psychologue, il n'y a pas d'arguments pour une démence à corps de Lewy.
Le 10/07/2005, s'ajoutent aux hallucinations auditives, une agitation anxieuse, un délire de persécution, puis une humeur dépressive évoquant une mélancolie délirante.
La patiente refuse de s'alimenter et de s'hydrater.
Une alimentation entérale par sonde naso-gastrique est instaurée ainsi qu'une hydratation intraveineuse.
Le 13/07/2005, l'indication de l'ECT est posée dans la mesure où le pronostic vital est en jeu.
Le 05/08/2005 : 1ère séance

Facteur déclenchant
Aucun

Traitements psychotropes avant réalisation ECT
citalopram (SEROPRAM®) 20 mg : 1 le soir (en remplacement de la tianeptine (STABLON®) instaurée depuis août 2004)
bromazepam (LEXOMIL®) 3 mg * 3 /jour
puis tiapride (TIAPRIDAL®) en alternante avec méprobamate (EQUANIL®)

Information et consentement
Du patient : NON
De son entourage (Fils) : OUI

Consultation d'anesthésie et examens complémentaires préalables
Echographie cardiaque : pas de contre-indications à l'anesthésie
Ionogramme sanguin et bilan de coagulation
Electrocardiogramme
Cliché thoracique

Modifications de traitement
Arrêt de l'acétylsalicylate de lysine (KARDEGIC®) 7 jours avant le début de l'ECT

Technique réalisée
Bilatérale

Nombre et rythme des séances : 8 séances à raison de 2/ semaine

Molécules anesthésiques utilisées :
propofol (20 mg)
succinylcholine (20 mg)

Dosage du stimulus et monitorage de la crise comitiale

Séance n°	Intensité du stimulus	Durée de la crise EEG	Tension artérielle en fin d'ECT
1	80 mC	> 25 sec	204/84 mmHg
2	80 mC	> 25 sec	221/102 mmHg
3	80 mC	> 25 sec	216/104 mmHg
4	80 mC	> 25 sec	212/114 mmHg
5	80 mC	< 25 sec	192/109 mmHg
6	96 mC	> 25 sec	231/106 mmHg
7	96 mC	> 25 sec	235/120 mmHg
8	96 mC	> 25 sec	235/125 mmHg

mC : millicoulomb, sec : seconde, mmHg : millimètre de mercure

MMSE intermédiaires
NON

Traitement d'entretien par ECT
NON

Traitements psychotropes d'entretien
mirtazapine (NORSET®) : 3 doses le soir
rispéridone (RISPERDAL®) : 1 mg le soir
clonazépam (RIVOTRIL®) : 0,5 mg matin et midi et 1 mg le soir

Tolérance
Hyperthermie à 39° après la 1ère séance (imputable à l'ECT ?)

Résultats cliniques
Efficacité notable sur la mélancolie
Reprise de la marche et de l'alimentation

Devenir
Entrée en maison de retraite.
Semble stabilisée avec le traitement médicamenteux

IV. 1. 2. Observation N° 2

Identité du patient
Madame Ro, née le 02/11/1922 (82 ans)

Hospitalisation
Du 10/11/2004 au 11/05/2005, dans le service de rééducation gériatrique

Antécédents médicaux
Hypertension artérielle
Thrombophlébite

Allergies : NON

Antécédents chirurgicaux
Cure de prolapsus
Fracture de rotule gauche (1998)

Antécédents psychiatriques
Syndrome dépressif depuis 30 ans avec multiples hospitalisations et traitement par sismothérapie en 1991 (maladie dépressive).

Mode de vie
Seule à domicile

Motif d'hospitalisation
Chute avec fracture du col fémoral droit traité par une prothèse intermédiaire et fracture du col huméral droit (traitement orthopédique)

Histoire de la maladie

Découverte d'un syndrome extrapyramidal en début d'hospitalisation avec instauration d'un traitement par L-Dopa + carbidopa (SINEMET®) (le MODOPAR® étant mal toléré sur le plan digestif).
Le 22/12/2004, tableau clinique de mélancolie.
Traitement par clomipramine (ANAFRANIL®) IV débuté.
Le 07/02/2005 : début de l'ECT.
MADRS à 39 avant début de l'ECT.

Facteur déclenchant
Aucun

Traitement psychotropes avant réalisation ECT
fluoxétine (PROZAC®) 20 mg par jour
clomipramine (ANAFRANIL®) 25 mg par jour
lorazépam (TEMESTA®) 1 mg le soir

Information et consentement
Du patient : OUI
De son entourage : OUI

Consultation d'anesthésie et examens complémentaires préalables
Electrocardiogramme
Cliché thoracique de face
Ionogramme et bilan de coagulation

Modification de traitement
Aucune. L' acétylsalicylate de lysine (KARDEGIC®) est maintenu.

Technique réalisée
Bilatérale

Nombre et rythme des séances : 7 séances à raison de 3 / semaine

Molécules anesthésiques utilisées
propofol (40 mg)
succinylcholine (30 mg)

Dosage du stimulus et monitorage de la crise comitiale

Séance n°	Intensité du stimulus	Durée de la crise EEG	Tension artérielle en fin d'ECT

1	88 mC	> 25 sec	234/132 mmHg
2	88 mC	> 25 sec	250/140 mmHg
3	88 mC	< 25 sec	151/61mmHg
4	160mC	> 25 sec	207/108 mmHg
5	ANNULEE		
6	160 mC/216 mC	< 25 sec	207/116 mmHg
7	240 mC	> 25 sec	210/130 mmHg
8	240 mC	> 25 sec	214/142 mmHg

mC : millicoulomb, sec : seconde, mmHg : millimètre de mercure

MMSE intermédiaires
NON

Traitement d'entretien par ECT
NON

Traitements psychotropes d'entretien
lorazépam (TEMESTA®) 1mg le soir
clomipramine (ANAFRANIL®) 75 mg / jour

Tolérance
Bonne
1 séance annulée en raison de modification de segment ST à l'ECG

Résultats cliniques
Nette amélioration de l'humeur

Devenir
Entrée en maison de retraite assez mal vécue.
Ne supporte pas la collectivité.
Aggravation de la maladie de Parkinson avec grabatisation.
Selon la fille, l'humeur est fluctuante. Il lui est difficile de dire si le traitement a été bénéfique.

IV. 1. 3. Observation N° 3

Identité du patient
Madame H, née le 23/09/1920 (83 ans)

Hospitalisation
Du 15/06/2004 au 25/08/2004, dans le service de rééducation gériatrique

Antécédents médicaux
Insuffisance cardiaque diastolique
AC/FA
Cardiopathie valvulaire (insuffisance mitrale et rétrécissement aortique)
Obésité
Coliques néphrétiques

Allergies : OUI, à l'aspirine

Antécédents chirurgicaux
Aucun

Antécédents psychiatriques
Syndrome dépressif (ancienneté non précisée)

Mode de vie
Vit à domicile avec son mari (insuffisant respiratoire chronique)

Motif d'hospitalisation
Episode dépressif majeur

Histoire de la maladie
MMS à 21/30 à l'entrée.

TDM cérébral : leucoaraïose périventriculaire marquée associée à une lacune lenticulaire droite.
Patiente mutique, incurique tenant des propos délirants essentiellement la nuit.
Tableau évoquant une mélancolie stuporeuse.
MADRS à 43 avant l'ECT
Le 02/07/2004 : 1ère séance d'ECT

Facteur déclenchant
Déménagement récent, pour se rapprocher de chez sa fille.

Traitements psychotropes avant réalisation ECT
bromazépam (LEXOMIL®) ¼ comprimé le soir
sertaline (ZOLOFT®) le 11/06/2004 en relais du tianeptine (STABLON®)

Information et consentement
Du patient : NON
De son entourage (Fille) : OUI

Consultation d'anesthésie et examens complémentaires préalables
Ionogramme sanguin et bilan de coagulation
Electrocardiogramme
Cliché thoracique

Modifications de traitement
Arrêt des AVK avec relais par HBPM

Technique réalisée
Bilatérale

Nombre et rythme des séances : 6 séances à raison de 2/ semaine

Molécules anesthésiques utilisées : propofol seul (dosage de 30 à 60 mg)

Dosage du stimulus et monitorage de la crise comitiale :

Séance n°	Intensité du stimulus	Durée de la crise EEG	Tension artérielle en fin d'ECT
1	88 mC	>25 sec	160/93 mmHg
2	120/144 mC	<25 sec	150/90 mmHg
3	192 mC	>25 sec	145/91 mmHg

4	192 mC	>25 sec	168/108 mmHg
5	192 mC	>25 sec	164/108 mmHg
6	192 mC	>25 sec	154/100 mmHg

mC : millicoulomb, sec : seconde, mmHg : millimètre de mercure

MMSE intermédiaires
26/30 en fin de traitement par ECT.

Traitement d'entretien par ECT
NON

Traitements psychotropes d'entretien
citalopram (SEROPRAM®) : 20 mg / jour
zolpidem (STILNOX®) : ½ comprimé au coucher

Tolérance
Bonne

Résultats cliniques
Reprise de l'alimentation et de la communication avec effacement total du syndrome dépressif. Les fonctions neuro-psychologiques sont à surveiller. Tendance à une inversion de l'humeur.

Devenir
Rechute le 07/10/2004 sous forme d'un délire paranoïaque. Hospitalisation dans un service de psychiatrie.
Pas de traitement par ECT nécessaire. Bonne stabilisation par traitement médical.
Décédée d'une tumeur villeuse sans récidive d'épisode dépressif avec un suivi psychiatrique par CMP.

IV. 1. 4. Observation N° 4

Identité du patient
Madame L, née le 27/10/1916 (88 ans)

Hospitalisation
Du 27/10/2004 au 27/01/2005, dans le service de rééducation gériatrique

Antécédents médicaux
AC/FA
Cardiopathie hypertensive
Oedème aigu du poumon
Maladie de Horton
Oesophagite grade A

Allergies : NON

Antécédents chirurgicaux
Hystérectomie totale

Antécédents psychiatriques
Syndrome dépressif (ancienneté non précisée)

Mode de vie
Seule à domicile

Motif d'hospitalisation
Décompensation cardiaque gauche

Histoire de la maladie
Le 08/11/2004, apparition d'un syndrome délirant puis catatonie.
Lésions cutanées de type escarres au niveau des points d'appui.
TDM cérébral : normal
Le 26/11/2004 : 1ère séance d'ECT

Facteur déclenchant
Annonce d'une entrée en institution et d'une éventuelle séparation avec son chien

Traitements psychotropes avant réalisation ECT

sertaline (ZOLOFT®) 100 mg par jour à l'entrée.
Le 09/11/2004, essai d'un traitement par citalopram (SEROPRAM®) IV associé à de l' olonzapine (ZYPREXA®) per os (5 mg/ jour).

Information et consentement

Du patient : NON

De son entourage (Fils) : OUI

Consultation d'anesthésie et examens complémentaires préalables

Echographie cardiaque : cardiopathie hypertensive et rétrécissement aortique modéré.

Holter tensionnel : Hypertension labile

Holter ECG : ACFA permanente

Ionogramme sanguin et bilan de coagulation

Electrocardiogramme

Cliché thoracique

Modifications de traitement :

Arrêt des AVK avec relais par HBPM

Technique réalisée

Bilatérale

Nombre et rythme des séances : 9 séances à raison de 3 / semaine

Molécules anesthésiques utilisées :

- propofol (30 mg)
- succinylcholine (de 20 mg à 40 mg)

Dosage du stimulus et monitorage de la crise comitiale :

Séance n°	Intensité du stimulus	Durée de la crise EEG	Tension artérielle en fin d'ECT
1	88/144 mC	<25 sec	157/95 mmHg
2	176/220 mC	<25 sec	157/100 mmHg
3	288 mC	>25 sec	148/89 mmHg
4	288 mC	>25 sec	186/112 mmHg
5	288 mC	>25 sec	199/110 mmHg
6	288 mC	< 25 sec	181/108 mmHg
7	288 mC	>25 sec	199/108 mmHg
8	288 mC	<25 sec	198/112 mmHg
9	308 mC	< 25 sec	157/92 mmHg

mC : millicoulomb, sec : seconde, mmHg : millimètre de mercure

MMSE intermédiaires
A un mois de l'arrêt de l'ECT : 24/30

Traitement d'entretien par ECT
NON

Traitements psychotropes d'entretien :
miansérine (ATHYMIL®) 30 mg le soir
zopiclone (IMOVANE®) 1 comprimé au coucher

Tolérance
Bonne

Résultats cliniques
Retrouve autonomie antérieure

Devenir
Va chez son fils en attendant une place en maison de retraite.
Entrée en foyer logement 4 mois plus tard. Ne s'habitue pas très bien à la collectivité.
Amélioration de l'humeur pendant 1 an puis récidive d'épisode de gravité modérée.
Suivie par le médecin traitant.
Décédée d'une décompensation cardiaque en octobre 2006.

Selon la belle-fille : « Même si on nous a reproché d'avoir accepté le traitement, je pense que, si on connaissait des gens de notre entourage qui avaient à prendre cette décision, on leur conseillerait d'essayer… »

IV. 1. 5. Observation N° 5

Identité du patient

Madame C, née le 14/03/1931 (75 ans)

Hospitalisation

Du 02/08/2006 au 13/01/2007, dans le service de rééducation gériatrique

Antécédents médicaux

Diabète de type 2
Hypertension artérielle

Allergies : NON

Antécédents chirurgicaux

Aucun

Antécédents psychiatriques

Syndrome dépressif en 2001 (suite au décès de son mari).

Mode de vie

Seule à domicile

Motif d'hospitalisation

Fracture ischio-pubienne droite déplacée.

Histoire de la maladie

Hospitalisée depuis le 5/07/2006, en psychiatrie pour syndrome dépressif nécessitant une prise en charge hospitalière. Un traitement par mirtazapine (NORSET®) est instauré, avec une bonne tolérance clinique et un début d'amélioration de l'humeur.
Le 29/07/2006, chute dans le service, responsable d'une fracture ischio-pubienne droite déplacée motivant le transfert dans le service de rééducation le 02/08/2006.
Le 05/08/2006, modification du traitement psychotrope compte tenu d'une hyponatrémie. Introduction du milnacipran (IXEL®) associé à la miansérine (ATHYMIL®).
Le ralentissement psychomoteur s'aggrave malgré l'augmentation du traitement antidépresseur.
Le 06/09/2006, rétention aiguë d'urine nécessitant une sonde urinaire à demeure puis une rééducation vésicale. Arrêt du milnacipran (IXEL®), remplacé par de la paroxétine (DEROXAT®).

Le 28/09/2006, découverte d'une thrombose veineuse superficielle de la grande saphène droite nécessitant un traitement anticoagulant à dose curative pendant 3 mois.
Le 11/10/2006, apparition d'une perplexité anxieuse avec une opposition aux soins. MMSE à 26/30.
Le 17/10/2006, syndrome confusionnel et troubles du comportement.
Le 23/10/2006, Avis auprès du Dr Jaulin, psycho-gériatre, pour qui le tableau évoque une dépression mélancolique, résistant au traitement, voire un syndrome de Cotard.
Le 25/10/2006, IRM cérébrale, pour éliminer une cause organique : quelques stigmates d'AVC (capsule interne gauche).
Le 22/11/2006 : 1ère séance d'ECT. MADRS à 35 et MMSE à 29/30.

Facteur déclenchant
Aucun

Traitements psychotropes avant réalisation ECT
mirtazapine (NORSET®) instauré en psychiatrie puis modification du traitement psychotrope compte tenu d'une hyponatrémie.
Introduction du milnacipran (IXEL®) à 50 mg/jour augmenté progressivement jusqu'à 200 mg/jour le 28/08/2006 associé à la miansérine (ATHYMIL®).
Arrêt du milnacipran (IXEL®), remplacé par de la paroxétine (DEROXAT®), en raison d'une rétention aiguë d'urine.

Information et consentement
Du patient : NON
De son entourage (Fils) : OUI

Consultation d'anesthésie et examens complémentaires préalables
Echographie cardiaque : VG non dilaté avec FEVG à 70%. Pas de contre-indications cardiologiques à une anesthésie générale.
Holter ECG : rares ESV, fréquents passages en bradycardie modérée (BAV II Mobitz 1), sans pauses significatives.
Ionogramme sanguin et bilan de coagulation
Electrocardiogramme
Cliché thoracique

Modifications de traitement :
Arrêt des AVK avec relais par HBPM arrêtée le 22/12/2006 (reperméabilisation de la veine saphène droite).

Technique réalisée

Bilatérale

Nombre et rythme des séances : 9 séances à raison de 3 / semaine

Molécules anesthésiques utilisées :
- propofol (30 mg à 50 mg)
- succinylcholine (30 mg)

Dosage du stimulus et monitorage de la crise comitiale :

Séance n°	Intensité du stimulus	Durée de la crise EEG	Tension artérielle en fin d'ECT
1	128 mC	<25 sec	180/106 mmHg
2	128 mC	<25 sec	179/102 mmHg
3	128 mC	>25 sec	191/103 mmHg
4	128 mC	<25 sec	150/95 mmHg
5	128 mC	>25 sec	160/107 mmHg
6	128 mC	> 25 sec	186/106 mmHg
7	288 mC	>25 sec	199/108 mmHg
8	ANNULEE		
9	128 mC	> 25 sec	177/108 mmHg
10	108/132 mC	< 25 sec	158/125 mmHg

mC : millicoulomb, sec : seconde, mmHg : millimètre de mercure

MMSE intermédiaires
Après 3 ECT : 27/30
Après 9 ECT : 30/30. A l'item « écrire une phrase spontanée » : réponse « contente d'avoir repris mes esprits ».
MADRS en fin de traitement : 1

Traitement d'entretien par ECT
NON

Traitements psychotropes d'entretien :
miansérine (ATHYMIL®) 90 mg le soir
paroxetine (DEROXAT®) 20 mg le matin

Tolérance
Bonne. Douleurs musculaires des quatre membres après les séances.

Séance n° 8, annulée en raison des anomalies du rythme cardiaques de type BAV II, connues avant le début du traitement par ECT.

Résultats cliniques

Retrouve autonomie antérieure

Devenir

Retour à domicile avec aides et suivi en CMP.

IV. 2. COMMENTAIRES

Les cas présentés concernent 4 femmes, de plus de 80 ans (« old-old ») et 1 de 75 ans.

Les 5 patientes ont dans leurs antécédents un syndrome dépressif. Chez 4 d'entre-elles, ni l'ancienneté, ni le nombre d'épisodes, ni la sévérité des épisodes dépressifs ne sont précisés.

On retrouve un facteur déclenchant franc chez 2 des 5 patientes.

2 patientes sont sous anticoagulant pour une arythmie complète par fibrillation auriculaire et 1 pour une thrombose veineuse.

Aucune observation ne contient d'échelle d'évaluation de dépression, pendant l'hospitalisation dans le service de rééducation gériatrique.
3 des 5 patients ont eu une MADRS en début de traitement par ECT et 1 des 5 patientes a eu une MADRS de fin de traitement.
Aucun MMSE d'évaluation intermédiaire n'est réalisé chez 4 des 5 patientes.

Les formes cliniques sont représentées par :
2 dépressions délirantes avec refus d'alimentation et d'hydratation, dont une chez une patiente démente.
3 dépressions mélancoliques

1 seule des 5 patientes a eu l'ECT en traitement de 1ère intention de l'épisode dépressif majeur.

Le consentement de la patiente n'a été obtenu que chez 1 des 5 patientes.

Les 5 patientes ont reçu entre 6 et 9 séances d'ECT à raison de 2 à 3 /semaine.

La tolérance a été bonne chez les 5 patientes.

Les résultats immédiats ont été excellents avec retour à l'autonomie antérieure.

Aucune n'a reçu d'ECT d'entretien.

Une des patientes a rechuté sous traitement antidépresseur. Les autres n'ont pas été ré-hospitalisées mais des récidives d'épisodes dépressifs de gravité modérée sont rapportés chez 3 autres malgré un traitement médicamenteux. Nous n'avons pas de recul chez la patiente de la dernière observation.

L'expérience du service peut paraître anecdotique, compte tenu du petit nombre d'observations, mais illustre bien les données de la littérature.

V. LES OBSTACLES A LA PRATIQUE DE L'ECT

V. 1. HISTOIRE

L'ECT fait partie intégrante des thérapies de choc qui avaient pour caractéristiques d'amener le patient près de la mort pour le soigner. Parmi ces thérapies, il faut citer, l'insulinothérapie, la malariathérapie et bien sûr, l'électrochoc rebaptisé électronarcose puis sismothérapie et enfin électroconvulsivothérapie (terme actuellement utilisé).
Pour soigner, il fallait provoquer une maladie grave dont l'effet devait permettre une réorganisation psychique.
En 1938, Hugo Cerletti et Lucio Bini sont les premiers à obtenir une crise convulsive en appliquant un courant électrique sur le cerveau. Cette épilepsie était mal vécue par les patients et des écrivains célèbres, comme Antonin Artaud, en ont laissé des témoignages édifiants.
Les accidents traumatiques étaient très fréquents, en raison d'une contraction musculaire généralisée, lors de la phase tonique. Ces accidents limitaient l'utilisation de l'ECT, notamment chez la personne âgée (49).
En 1943, l'anesthésie générale rend le geste plus confortable pour le patient et en 1946, la curarisation limite considérablement les accidents traumatiques (50).
Malgré cela, en 1950, Cerletti dira en conclusion de son exposé, lors du premier congrès mondial de psychiatrie « délivrer l'homme de l'électrochoc fut la première idée qui me vint quand j'ai pratiqué le premier électrochoc sur l'homme(…)Nous travaillons dans l'espoir de dire un jour : l'électrochoc ne se fait plus. »
Les années 50 voient aussi, l'arrivée des neuroleptiques et des antidépresseurs tricycliques, sur lesquels on fonda, à juste titre, beaucoup d'espoir (51).
De 1938 à 1960, aux Etats-Unis, des milliers de patients vont être traités par électrochocs, sans se soucier des indications. L'essentiel étant de contenir des patients indisciplinés ou peu coopératifs. Dans certains états américains, la pratique de l'électrochoc fut interdite et des films tel « Vol au-dessus d'un nid de coucous » (Milos Forman, 1975, à partir du roman de Ken Kesey, 1962) connaissent un succès populaire (50).
L'électrochoc est relégué au rang de « thérapeutique de la dernière chance ».
Depuis le début des années 80, l'ECT devient à nouveau d'actualité et l'American Psychiatry Association, puis l'association des psychiatres du Canada,

puis l'ANAES, en France, ont publié des recommandations visant à redéfinir les indications et les modalités pratiques.

Actuellement, aux Etats-Unis, le nombre d'ECT réalisé, excède celui des pontages coronariens, des appendicectomies et des cures de hernies (27).
En France, il est difficile d'obtenir des données chiffrées sur la fréquence d'application. Le nombre serait proche de 70000/an (35).

V. 2. MECONNAISSANCE DE SON MECANISME D'ACTION

Dans notre raisonnement scientifique de soignant, il est difficile d'admettre qu'un traitement soit efficace sans qu'on puisse expliquer comment. A l'époque de L'Evidence Based Medecine, comment peut-on concevoir une telle pratique ?
Pourtant, la pratique de l'ECT répond à une démarche globale de soins : connaissances préalables, réflexion théorique, débat éthique, l'acte de soin lui-même et son évaluation.
Les publications sur son efficacité et sa tolérance se sont multipliées, les essais cliniques également, mais son mécanisme d'action n'en reste pas moins inconnu.
Seules des hypothèses sont avancées : augmentation du métabolisme des catécholamines, rétablissement d'équilibre entre catécholamines et sérotonine, modification de sensibilité des neurotransmetteurs et enfin modification du système des enképhalines (52).

V. 3. BARRIERES MEDICO-LEGALES

Dès 1943, Daumezon et Delamarre abordent des questions juridiques, éthiques et déontologiques que soulèvent la pratique de l'ECT (53).
Souvent, le patient, à qui on propose une ECT, est dans l'incapacité de donner un consentement volontaire.
La jurisprudence française nous fournit un argument sur l'importance du domaine légal : les arrêts du 17 novembre 1952 et du 8 novembre 1955 qui fondent les notions juridiques de consentement libre et éclairé du patient.
L'affaire dont résulte ces arrêts concernent un traitement par électrochoc (54).

La loi ne précise pas les critères de consentement. Pour elle, soit-il existe, soit-il n'existe pas. C'est pourquoi, au vu de l'évolution de la jurisprudence, les juristes conseillent d'hospitaliser à la demande d'un tiers, c'est-à-dire, d'abolir par le fait la notion de consentement.
En pratique, ceci est rarement fait dans la prise en charge de la dépression chez la personne âgée.

Philpot et al. ont effectué un sondage européen pour déterminer les barrières médico-légales, à la pratique de l'ECT, dans les différents pays, chez la personne âgée (55). Ils ont sélectionné des praticiens membres de l'Association Européenne des Géronto-Psychiatres (EAGP) de 33 pays européens différents.
23 pays ont répondu :
- dans 2 pays (l'Italie et la Slovénie), la pratique de l'ECT est interdite
- dans 7 pays, il existe des protocoles nationaux d'utilisation
- dans 2 pays (France et Suisse), il faut ajouter au consentement du patient à la pratique de l'ECT, celui à la pratique d'une anesthésie générale
- dans 4 pays, l'ECT ne peut être pratiquée sans le consentement du patient, dans d'autres, notamment la France, le consentement des proches ou d'un tuteur peut être suffisant.

Des pressions politiques semblent être « responsables » de la restriction d'utilisation de l'ECT dans certains pays.
Dans d'autres, ce sont les moyens(financiers ou techniques) qui manquent.

Aux USA, des considérations financières sont également avancées : le coût d'un traitement de dépression par ECT, est inférieur à celui d'un traitement médicamenteux (compte tenu de la courte durée d'hospitalisation). Cet argument ne semble pas influencer la pratique en Europe (55).

Il est saisissant de constater qu'une technique vieille de 60 ans est l'occasion d'un questionnement éthique actuel au même titre que les neurosciences bien plus récentes (54).

Se pose également la question de la responsabilité médicale puisque le prescripteur peut être différent de l'« opérateur ». Qui est le véritable thérapeute et qu'en est-il du partage des responsabilités liées à l'acte en lui-même ? (50)

V. 4. POIDS CULTUREL

Commençons par évoquer le poids du terme « électro-choc ». Comme le souligne Porot : « Ce fut une idée fâcheuse que d'associer les mots électro (l'électricité reste dans les fantasmes populaires une puissance magique redoutable) et choc suggérant une violence incontrôlée » (56).
Puis sont apparus les termes sismothérapie et enfin électroconvulsivothérapie que l'on utilise aujourd'hui sous la forme contractée d'ECT. Malgré cette digression sémantique, le mot fait toujours peur et la connotation punitive persiste.
L'ECT est trop souvent jugée et condamnée sur les bases d'une mauvaise réputation mal fondée : « traitement dangereux…aveugle…barbare…de dernier recours…qui est réservé aux « fous »…simulacre de rituel exorciste » (56).

L'efficacité potentielle du traitement n'a jamais vraiment été mise en doute mais c'est le moyen qui a été décrié (57). Le rapprochement de la technique de l'ECT et de celle de la chaise électrique qui permet l'exécution de condamnés à mort aux USA n'est pas rare. La mise en pratique de l'ECT semble rarement simple, d'autant plus que les médicaments conservent une image fausse, d'innocuité (51).

Van der Wurff et al. ont voulu analyser les raisons de la sous-utilisation de l'ECT chez la personne âgée, aux Pays-Bas, par rapport aux pays anglo-saxons. Selon leur étude réalisée auprès de 152 psychiatres dont 47.3% sont géronto-psychiatres :
- 92% pensent que c'est un traitement efficace
- 4% pensent que l'ECT est le traitement de choix dans les dépressions avec éléments psychotiques
- 2% dans la dépression avec risque suicidaire.

L'image négative que véhicule l'ECT et le manque de connaissance sur la technique contribuent, entre autres, à cette sous-utilisation (20).

Cette étude souligne la force des résistances qui persistent chez les soignants. Celles-ci dépendent des fantasmes transmis et entretenus jusqu'à nos jours. Un sentiment de culpabilité persiste chez le soignant qui doit cautionner une pratique encore réprouvée largement dans la société.
Le traitement est souvent bien vécu par le malade, plus ou moins bien par les équipes soignantes et rencontre l'hostilité des familles, qui doivent, le plus

souvent, donner leur consentement. Une information claire et adaptée permet de diminuer cette appréhension, encore faut-il que l'équipe soignante soit convaincue.

V. 5. CLIVAGE PSYCHIATRIE- MEDECINE

La séparation entre pathologie somatique et psychique mieux admise et l'évolution vers une prise en charge globale du patient est aujourd'hui acquise. L'instauration d'une psychiatrie de liaison est bien le reflet concret d'une volonté de rapprocher les spécialités.

Devenu un acte d'anesthésie, l'ECT est pratiquement équivalente, comme le dit Moraud : « à une rupture épistémologique dans le domaine de la psychiatrie : la parole est dissoute dans le sommeil, non induit, mais asséné » (51).
L'ECT a réuni deux spécialités (la psychiatrie et l'anesthésie) dont les pratiques et les conceptions de la médecine paraissent très éloignées.
S'ajoute, dans l'indication de la dépression sévère du sujet âgé, le rôle du gériatre, qui est, dans un grand nombre de cas, le médecin de première ligne.

La pratique de l'ECT est peu connue des gériatres et peu de publications dans des revues de gériatrie existent. A contrario, l'indication de l'ECT dans la dépression de la personne âgée est bien connue des psychiatres. L'information détenue par les uns ne semblent pas être bien diffusée parmi les autres. N'est-ce pas la même chose, pour le patient, de prendre en charge la dépression du sujet âgé et prendre en charge le sujet âgé dépressif ?

Des obstacles pratiques, quant à la réalisation de la technique, peuvent être avancés. La particularité du CHU de Nantes, est de réunir sur le même site, une partie de la gériatrie et la psychiatrie, facilitant la collaboration entre les différents médecins et surtout évitant pour le patient, de multiples déplacements et permettant la gestion des co-morbidités par les gériatres.

Les réticences à son utilisation n'ont pas de fondement scientifique et une collaboration étroite entre les spécialistes est nécessaire pour que l'ECT soit réhabilitée.

Conclusion

D'une thérapie empirique, l'ECT s'est muée peu à peu en une thérapeutique bien codifiée, s'appuyant sur des données scientifiques objectives et des évaluations comparatives.

L'efficacité et la tolérance de l'ECT ne sont plus à prouver et son indication dans la dépression sévère de la personne âgée a fait l'objet de recommandations diverses.

La méconnaissance de la thérapeutique et sa sous-utilisation en gériatrie ont motivé la réalisation de ce travail, dans le but de donner à l'ECT, la place qui doit lui être accordée.

Victime d'une image négative véhiculée depuis des années, tant dans la société que chez les soignants, l'ECT a du mal à convaincre. Il y a les totalement pour, les totalement contre et les indécis (« je sais que ça marche, mais quand même »).

L'ECT doit être considérée comme un élément, à part entière, dans l'arsenal thérapeutique du traitement de la dépression, au même titre que les psychotropes et la psychothérapie.
C'est au prix d'une collaboration étroite entre psychiatres, anesthésistes et gériatres que cette thérapeutique pourra être plus largement utilisée, dépassant la dichotomie psychiatrie-médecine.

Tout ceci nous rappelle à quel point la médecine appartient aux sciences humaines, que le soignant reste un homme, que les preuves scientifiques ne suffisent pas à faire pratiquer ce qui, émotionnellement ou culturellement paraît inacceptable.

ANNEXES

Annexe 1

EPISODE DEPRESSIF MAJEUR
Tiré du Mini DSM-IV – Critères diagnostiques – Editions Masson – 1996

Diagnostic d'EDM si A+B+C+D+E

A – Au moins cinq des symptômes suivants doivent être présents pendant une période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.
NB : ne pas inclure des symptômes qui sont imputables à une affection médicale générale, à des idées délirantes ou à des hallucinations non congruentes à l'humeur.

(1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (par exemple, se sent triste ou vide) ou observée par les autres (par exemple pleurs).
(2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres)
(3) Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.
(4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
(6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
(7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours. (Pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
(8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
(9) Pensées de mort récurrentes (par seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B – Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisodes mixtes

C – Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

D – Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (par exemple, hypothyroïdie).

E – Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil, c'est-à-dire après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations

morbides, de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou de ralentissement psychomoteur.

Annexe 2

Geriatric Depression Scale (GDS)

Choose the best answer for how you felt over the past week

1. Are you basically satisfied with your life ? yes/no
2. Have you dropped many of your activities and interests ? yes/no
3. Do you feel that your life is empty ? yes/no
4. Do you often get bored ? yes/no
5. Are you hopeful about the future ? yes/no
6. Are you bothered by thoughts you can't get out of your head ? yes/no
7. Are you in good spirits most of the time ? yes/no
8. Are you afraid that something bad is going to happen to you ? yes/no
9. Do you feel happy most of the time ? yes/no
10. Do you often feel helpless ? yes/no
11. Do you often get restless and fidgety ? yes/no
12. Do you prefer to stay at home, rather than going out and doing new things? yes/no
13. Do you frequently worry about the future ? yes/no
14. Do you feel you have more problems with memory than most ? yes/no
15. Do you thing it is wonderful to be alive now ? yes/no
16. Do you often feel downhearted and blue ? yes/no
17. Do you feel pretty worthless the way you are now ? yes/no
18. Do you worry a lot about the past ? yes/no
19. Do you find life very exciting ? yes/no
20. Is it hard for you to get started on new projects ? yes/no
21. Do you feel full of energy ? yes/no
22. Do you feel that your situation is hopeless ? yes/no
23. Do you think that most people are better off than you are ? yes/no
24. Do you frequently get upset over little things ? yes/no
25. Do you frequently feel like crying ? yes/no
26. Do you have trouble concentrating ? yes/no
27. Do you enjoy getting up in the morning ? yes/no
28. Do you prefer to avoid social gatherings ? yes/no
29. Is it easy for you to make decisions ? yes/no
30. Is your mind as clear as it used to be ? yes/no

Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey MB, Leirer VO. Development and validation of a geriatric depression screening scale. J psychiat Res, 1983 ; 17 (1) : 37-49

On attribue 1 point à chaque réponse « yes », sauf aux items 1,5,7,9,15,19,21,27,29,30 où le point est attribué à la répone « no ».

On peut utiliser l'échelle suivante : normal : 0-9

dépression légère : 10-19
dépression sévère : 20-30

Version française

1. Etes-vous satisfait(e) de votre vie ?
2. Avez vous renoncé à un grand nombre de vos activités ?
3. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?
4. Vous ennuyez-vous souvent ?
5. Envisagez-vous l'avenir avec optimisme ?
6. Etes-vous souvent préoccupé(e) par des pensées qui reviennent sans cesse?
7. Etes-vous de bonne humeur la plupart du temps ?
8. Craignez-vous un mauvais présage pour l'avenir ?
9. Etes-vous heureux(se) la plupart du temps ?
10. Avez-vous besoin d'aide dans vos activités ?
11. Vous sentez-vous souvent nerveux(se) au point de ne pouvoir tenir en place ?
12. Préférez-vous rester seul(e) dans votre chambre plutôt que d'en sortir ?
13. L'avenir vous inquiète-t-il ?
14. Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens ?
15. Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque ?
16. Avez-vous souvent le cafard ?
17. Avez-vous le sentiment d'être désormais inutile ?
18. Ressassez-vous beaucoup le passé ?
19. Trouvez-vous que la vie est passionnante ?
20. Avez-vous des difficultés à entreprendre de nouveaux projets ?
21. Avez-vous beaucoup d'énergie ?
22. Désespérez-vous de votre situation présente ?
23. Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la vôtre, que les autres ont plus de chance que vous ?
24. Etes-vous souvent irrité(e) par des détails ?
25. Eprouvez-vous souvent le besoin de pleurer ?
26. Avez-vous du mal à vous concentrer ?
27. Etes-vous content(e) de vous lever le matin ?
28. Refusez-vous souvent les activités proposées ?
29. Vous est-il facile de prendre des décisions ?
30. Avez-vous l'esprit aussi clair qu'autrefois ?

Annexe 3

Mini Mental State Examination (MMSE) (Version consensuelle du GRECO)

Orientation /10

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire.
Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.
Quelle est la date complète d'aujourd'hui ?

_____

Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posées les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant : ☐
1. En quelle année sommes-nous ? ☐
2. En quelle saison ? ☐
3. En quel mois ? ☐
4. Quel jour du mois ? ☐
5. Quel jour de la semaine ? ☐

Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous trouvons. ☐

6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ? * ☐
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ? ☐
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ? ** ☐
9. Dans quelle province ou région est située ce département ? ☐
10. A quel étage sommes-nous ? ☐

Apprentissage /3

Je vais vous dire trois mots ; je vous voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir
car je vous les redemanderai tout à l'heure. ☐

11. Cigare		Citron		Fauteuil	☐
12. Fleur	ou	Clé	ou	Tulipe	☐
13. Porte		Ballon		Canard	☐

Répéter les 3 mots.

Attention et calcul /5

Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ? ☐

14.	93	☐
15.	86	☐
16.	79	☐
17.	72	☐
18.	65	☐

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander :
Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ?

Rappel /3

Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandés de répéter et de retenir tout à l'heure ? ☐

11. Cigare		Citron		Fauteuil	☐
12. Fleur	ou	Clé	ou	Tulipe	☐
13. Porte		Ballon		Canard	☐

Langage **/8**

Montrer un crayon. 22. Quel est le nom de cet objet ? ☐
Montrer votre montre. 23. Quel est le nom de cet objet ? ☐
24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET » ☐

Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant :
« Ecoutez bien et faites ce que je vais vous dire : ☐
25. Prenez cette feuille de papier avec votre main droite, ☐
26. Pliez-la en deux, ☐
27. Et jetez-la par terre. »

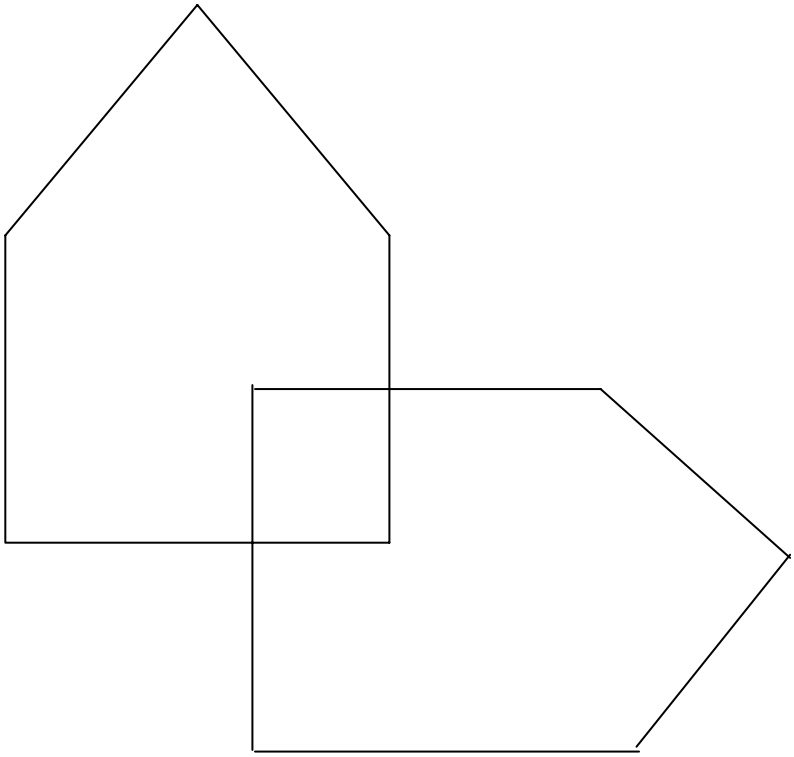
Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractère :
« FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :
28. « Faites ce qui est écrit ». ☐

Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :
29. « Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. » ☐

Praxies constructives /1

Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :
30. « Voulez-vous recopier ce dessin ? » ☐

FERMEZ LES YEUX



Annexe 4

The HAMILTON RATING SCALE for DEPRESSION

THE HAMILTON RATING SCALE FOR DEPRESSION

(to be administered by a health care professional)

Patient's Name _____

Date of Assessment _____

To rate the severity of depression in patients who are already diagnosed as depressed, administer this questionnaire. The higher the score, the more severe the depression.

For each item, write the correct number on the line next to the item. (Only one response per item)

1. DEPRESSED MOOD (Sadness, hopeless, helpless, worthless)

_____

0= Absent
1= These feeling states indicated only on questioning
2= These feeling states spontaneously reported verbally
3= Communicates feeling states non-verbally—i.e., through facial expression, posture, voice, and tendency to weep
4= Patient reports VIRTUALLY ONLY these feeling states in his spontaneous verbal and non-verbal communication

2. FEELINGS OF GUILT

_____

0= Absent
1= Self reproach, feels he has let people down
2= Ideas of guilt or rumination over past errors or sinful deeds
3= Present illness is a punishment. Delusions of guilt
4= Hears accusatory or denunciatory voices and/or experiences threatening visual hallucinations

3. SUICIDE

_____

0= Absent
1= Feels life is not worth living
2= Wishes he were dead or any thoughts of possible death to self
3= Suicidal ideas or gesture
4= Attempts at suicide (any serious attempt rates 4)

4. INSOMNIA EARLY

_____

0= No difficulty falling asleep
1= Complains of occasional difficulty falling asleep—i.e., more than 1/2 hour
2= Complains of nightly difficulty falling asleep

5. INSOMNIA MIDDLE

_____

0= No difficulty
1= Patient complains of being restless and disturbed during the night
2= Waking during the night—any getting out of bed rates 2 (except for purposes of voiding)

Adapted from Hedlung and Vieweg, The Hamilton rating scale for depression, *Journal of Operational Psychiatry*, 1979;10(2):149-165.

6. INSOMNIA LATE

_____ **0**= No difficulty
1= Waking in early hours of the morning but goes back to sleep
2= Unable to fall asleep again if he gets out of bed

7. WORK AND ACTIVITIES

_____ **0**= No difficulty
1= Thoughts and feelings of incapacity, fatigue or weakness related to activities; work or hobbies
2= Loss of interest in activity; hobbies or work—either directly reported by patient, or indirect in listlessness, indecision and vacillation (feels he has to push self to work or activities)
3= Decrease in actual time spent in activities or decrease in productivity
4= Stopped working because of present illness

8. RETARDATION: PSYCHOMOTOR (Slowness of thought and speech; impaired ability to concentrate; decreased motor activity)

_____ **0**= Normal speech and thought
1= Slight retardation at interview
2= Obvious retardation at interview
3= Interview difficult
4= Complete stupor

9. AGITATION

_____ **0**= None
1= Fidgetiness
2= Playing with hands, hair, etc.
3= Moving about, can't sit still
4= Hand wringing, nail biting, hair-pulling, biting of lips

10. ANXIETY (PSYCHOLOGICAL)

_____ **0**= No difficulty
1= Subjective tension and irritability
2= Worrying about minor matters
3= Apprehensive attitude apparent in face or speech
4= Fears expressed without questioning

11. ANXIETY SOMATIC: Physiological concomitants of anxiety, (i.e., effects of autonomic overactivity, "butterflies," indigestion, stomach cramps, belching, diarrhea, palpitations, hyperventilation, paresthesia, sweating, flushing, tremor, headache, urinary frequency). Avoid asking about possible medication side effects (i.e., dry mouth, constipation)

_____ **0**= Absent
1= Mild
2= Moderate
3= Severe
4= Incapacitating

12. SOMATIC SYMPTOMS (GASTROINTESTINAL)

_____ **0=** None
1= Loss of appetite but eating without encouragement from others. Food intake about normal
2= Difficulty eating without urging from others. Marked reduction of appetite and food intake

13. SOMATIC SYMPTOMS GENERAL

_____ **0=** None
1= Heaviness in limbs, back or head. Backaches, headache, muscle aches. Loss of energy and fatigability
2= Any clear-cut symptom rates 2

14. GENITAL SYMPTOMS (Symptoms such as: loss of libido; impaired sexual performance; menstrual disturbances)

_____ **0=** Absent
1= Mild
2= Severe

15. HYPOCHONDRIASIS

_____ **0=** Not present
1= Self-absorption (bodily)
2= Preoccupation with health
3= Frequent complaints, requests for help, etc.
4= Hypochondriacal delusions

16. LOSS OF WEIGHT

_____ **A.** When rating by history:
0= No weight loss
1= Probably weight loss associated with present illness
2= Definite (according to patient) weight loss
3= Not assessed

17. INSIGHT

_____ **0=** Acknowledges being depressed and ill
1= Acknowledges illness but attributes cause to bad food, climate, overwork, virus, need for rest, etc.
2= Denies being ill at all

18. DIURNAL VARIATION

_____ **A.** Note whether symptoms are worse in morning or evening. If NO diurnal variation, mark none
0= No variation
1= Worse in A.M.
2= Worse in P.M.

_____ **B.** When present, mark the severity of the variation. Mark "None" if NO variation
0= None
1= Mild
2= Severe

---

19. DEPERSONALIZATION AND DEREALIZATION (Such as: Feelings of unreality; Nihilistic ideas)

_____ **0**= Absent
1= Mild
2= Moderate
3= Severe
4= Incapacitating

20. PARANOID SYMPTOMS

_____ **0**= None
1= Suspicious
2= Ideas of reference
3= Delusions of reference and persecution

21. OBSESSIONAL AND COMPULSIVE SYMPTOMS

_____ **0**= Absent
1= Mild
2= Severe

Total Score _____

Annexe 5

Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS)

1. Apparent sadness

Representing despondency, gloom and despair (more than just ordinary transient low spirits), reflected in speech, facial expression, and posture. Rate by depth and inability to brighten up.

0 = No sadness
2 = Looks dispirited but does brighten up without difficulty
4 = Appears sad and unhappy most of the time
6 = Looks miserable all the time. Extremely despondent

2. Reported sadness

Representing reports of depressed mood, regardless of whether it is reflected in appearance or not. Includes low spirits, despondency or the feeling of being beyond help and without hope.

0 = Occasional sadness in keeping with the circumstances.
2 = Sad or low but brightens up without difficulty.
4 = Pervasive feelings of sadness or gloominess. The mood is still influenced by external circumstances.
6 = Continuous or unvarying sadness, misery or despondency.

3. Inner tension

Representing feelings of ill-defined discomfort, edginess, inner turmoil, mental tension mounting to either panic, dread or anguish. Rate according to intensity, frequency, duration and the extent of reassurance called for.

0 = Placid. Only fleeting inner tension.
2 = Occasional feelings of edginess and ill-defined discomfort.
4 = Continuous feelings of inner tension or intermittent panic which the patient can only master with some difficulty.
6 = Unrelenting dread or anguish. Overwhelming panic.

4. Reduced sleep

Representing the experience of reduced duration or depth of sleep compared to the subject's own normal pattern when well.

0 = Sleeps as normal.
2 = Slight difficulty dropping off to sleep or slightly reduced, light or fitful sleep.
4 = Moderate stiffness and resistance
6 = Sleep reduced or broken by at least 2 hours.

5. Reduced appetite

Representing the feeling of a loss of appetite compared with when-well. Rate by loss of desire for food or the need to force oneself to eat.

0 = Normal or increased appetite.
2 = Slightly reduced appetite.
4 = No appetite. Food is tasteless.
6 = Needs persuasion to eat at all.

6. Concentration difficulties

Representing difficulties in collecting one's thoughts mounting to an incapacitating lack of concentration. Rate according to intensity, frequency, and degree of incapacity produced.

0 = No difficulties in concentrating.
2 = Occasional difficulties in collecting one's thoughts.
4 = Difficulties in concentrating and sustaining thought which reduced ability to read or hold a conversation.
6 = Unable to read or converse without great difficulty.

7. Lassitude

Representing difficulty in getting started or slowness in initiating and performing everyday activities.

0 = Hardly any difficulty in getting started. No sluggishness.
2 = Difficulties in starting activities.
4 = Difficulties in starting simple routine activities which are carried out with effort.
6 = Complete lassitude. Unable to do anything without help.

8. Inability to feel

Representing the subjective experience of reduced interest in the surroundings, or activities that normally give pleasure. The ability to react with adequate emotion to circumstances or people is reduced.

0 = Normal interest in the surroundings and in other people.
2 = Reduced ability to enjoy usual interests.
4 = Loss of interest in the surroundings. Loss of feelings for friends and acquaintances.
6 = The experience of being emotionally paralysed, inability to feel anger, grief or pleasure and a
complete or even painful failure to feel for close relatives and friends.

9. Pessimistic thoughts

Representing thoughts of guilt, inferiority, self-reproach, sinfulness, remorse and ruin.

0 = No pessimistic thoughts.
2 = Fluctuating ideas of failure, self-reproach or self- depreciation.
4 = Persistent self-accusations, or definite but still rational ideas of guilt or sin. Increasingly pessimistic about the future.
6 = Delusions of ruin, remorse or irredeemable sin. Self- accusations which are absurd and unshakable.

10. Suicidal thoughts

Representing the feeling that life is not worth living, that a natural death would be welcome, suicidal thoughts, and preparations for suicide. Suicide attempts should not in themselves influence the rating.

0 = Enjoys life or takes it as it comes.
2 = Weary of life. Only fleeting suicidal thoughts.
4 = Probably better off dead. Suicidal thoughts are common, and suicide is considered as a possible solution, but without specific plans or intenstion.
6 = Explicit plans for suicide when there is an opportunity. Active preparations for suicide.

SCORE ☐

Annexe 6

CONSENTEMENT A LA PRATIQUE D'ECT

Je soussigné(e) (nom, prénom) : .....

.....

accepte de me soumettre au traitement d'ECT proposé par le Docteur .....

J'ai reçu et compris les informations dont l'essentiel est résumé dans le document qu'il m'a remis et clairement explicité.

Je sais que je suis libre d'accepter ou de refuser et que mes relations avec le Dr ..... n'en seront pas modifiées vis-à-vis de mon traitement.

Je sais que je pourrai à tout moment revenir sur ma décision, le Dr ..... me proposera alors un autre traitement si je le désire.

Je pourrai demander, à tout moment, au Dr ..... toute information complémentaire que je jugerai utile.

J'ai reçu une copie de ce document.

Fait à

le

signature du médecin

signature du patient
précédée de la mention "lu et approuvé"

CONSENTEMENT A LA PRATIQUE D'ECT ADRESSE A LA FAMILLE DU PATIENT

Je soussigné(e) (nom, prénom) : .....

.....

accepte de soumettre au traitement d'ECT proposé par le Docteur .....

M .....

Lien de parenté .....

J'ai reçu et compris les informations dont l'essentiel est résumé dans le document qu'il m'a remis et clairement explicité.

Je sais que je pourrai à tout moment revenir sur ma décision, le Dr ..... proposera alors un autre traitement.

Je pourrai demander, à tout moment, au Dr ..... toute information complémentaire que je jugerai utile.

J'ai reçu une copie de ce document.

Fait à

le

signature du médecin

signature du patient
précédée de la mention "lu et approuvé"

Composition de l'équipe soignante :
Médecins référents :

Professeur J.M. VANELLE

Chef de Clinique Assistant
Docteur F. JUAN (contractuel)

Cadre de santé
Mme V.SORRIAUX

Infirmiers
P. VALRIVIERE
P. FERRAND
I. BERNARDIN

Aides Soignants
I.GAUDIN

Un traitement par ECT vous a été proposé. Ce document résume les informations principales concernant ce traitement.

A.N.A.E.S.
Janvier 1998

CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE DE NANTES

POLE DE PSYCHIATRIE
Directeur de pôle : Dr BELONCLE

SERVICE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE DE PSYCHIATRIE ET PSYCHOLOGIE MEDICALE

Chef de service
Professeur J.M. VANELLE

Chef de Clinique Assistant
Docteur F. JUAN (contractuel)

UNITE D'ELECTROCONVULSIVOTHERAPIE

☎ : 02 40 84 60 73

LIVRET D'INFORMATIONS AU PATIENT.

Indications et Modalités de l'Electroconvulsivothérapie

Annexe 7

QU'EST-CE QUE L'E.C.T. ?

L'E.C.T. est l'aboutissement des progrès scientifiques et techniques de l'ancienne méthode appelée « électrochocs ». Réalisée aujourd'hui sous anesthésie générale, l'E.C.T. permet l'amélioration rapide de l'état de santé de certains patients par le recours à l'équivalent d'une crise convulsive, artificiellement provoquée en utilisant un courant faible et très bref appliqué à la surface du crâne.

POURQUOI VOUS A-T-ON PROPOSE L'E.C.T. ?

Après un examen approfondi de votre état de santé, les avantages et les inconvénients de l'E.C.T. ont été comparés à ceux des autres traitements possibles. L'E.C.T. vous à été proposée parce qu'il est nécessaire d'agir très rapidement, et habituellement pour l'une ou l'autre des raisons suivantes :

- Votre traitement par médicaments n'a pas été ou n'est plus suffisamment efficace.
- Votre organisme n'a pas supporté les traitements par médicaments
- Les médicaments sont contre indiqués dans votre cas
- L'E.C.T. a été efficace pour vous lors d'une situation identique dans le passé.

QUELS SONT LES BENEFICES DE L'E.C.T. ?

Certains patients ne réagissent pas ou réagissent tardivement aux médicaments utilisés habituellement dans quelques maladies comme la vôtre. Des études scientifiques ont montré que l'E.C.T. procure une amélioration nette de l'état de santé d'au moins 80% de ces patients. Les principaux avantages de l'E.C.T. sont la rapidité d'action et l'importance de son effet bénéfique sur les symptômes aigus.

QUELS PEUVENT ETRE LES RISQUES DU TRAITEMENT ?

Comme toute thérapeutique efficace et puissante, l'E.C.T. comporte, à côté des avantages, des inconvénients, parfois des incidents et exceptionnellement des accidents.
Les risques de toutes anesthésie générale peuvent être observés (en particulier allergie à certains produits, complications cardio respiratoires, voire décès). La consultation pré-anesthésique a pour but de limiter ces risques. De rares lésions dentaires, neurologiques, traumatiques (luxation, voire fracture) ont été enregistrées.

COMMENT SE DEROULE LE TRAITEMENT ?

Une consultation d'anesthésie a lieu avant le début du traitement. Le médecin anesthésiste vous examine et analyse les résultats des examens pré anesthésiques auxquels vous avez été soumis : bilan sanguin (IONO, TP/TCA), RP. E.C.G. Si votre état de santé le nécessite, il demande d'autres examens complémentaires.

Le traitement comporte plusieurs séances, d'une dizaine de minutes chacune. Les séances sont renouvelées 2 ou 3 fois par semaine et leur nombre total varie de 4 à 20 environ, en fonction de l'amélioration de votre état de santé.

Les séances se déroulent en présence d'un médecin anesthésiste, d'un médecin psychiatre et d'un(e) infirmier(e).
A chaque séance, vous êtes anesthésié : il s'agit d'une anesthésie générale de quelques minutes. Le médecin anesthésiste vous injecte aussi un médicament destiné à relâcher vos muscles. Vous recevez de l'oxygène jusqu'à votre réveil. Votre tension artérielle, votre électrocardiogramme et votre électroencéphalogramme sont enregistrés durant la séance.

Au cours d'une séance, vous ne percevez aucune sensation particulière.
Vous ne sentez pas l'administration du courant et vous n'avez aucune douleur.

A votre réveil, vous ne vous souvenez pas du déroulement de la séance. Il se peut que vous vous sentiez confus. En général, cette confusion disparaît au bout d'une heure environ. Vous pouvez éprouver un mal de tête durant la journée et parfois ressentir quelques nausées.
Des troubles de la mémoire peuvent être observés chez certains patients. Ces troubles concernent la mémoire des événements récents et parfois la mémoire des événements du passé : dates, noms adresses ou numéros de téléphone. La plupart du temps, ces troubles disparaissent après quelques jours ou quelques semaines. Exceptionnellement, ils peuvent persister plusieurs mois.

Après les premières séances et en fonction de votre état de santé, votre médecin peut vous proposer de poursuivre votre traitement par des séances d'entretien destinées à prévenir une rechute de la maladie. Vous aurez alors la possibilité de venir de chez vous pour la séance et de retourner à votre domicile après celle-ci. Si cela est votre cas, des précisions complémentaires vous seront fournies en temps utile. Sachez toutefois que vous ne devrez sortir qu'**accompagné** et ne pas conduire de véhicule. Une personne capable de vous porter assistance doit rester auprès de vous durant la nuit suivante. Un téléphone à proximité est nécessaire.

Si vous souhaitez des précisions ou d'autres informations, n'hésitez pas à les demander.
L'ensemble de l'équipe soignante sera toujours disponible pour en parler avec vous et avec votre entourage si vous le désirez.

Annexe 8

Blocs d'anesthésie intervenant à l'unité d'E.C.T.

Brûlés
Urgences
Stomatologie
Orthopédie
Traumato / Neuro

POLE ANESTHESIE ET REANIMATIONS
SERVICE D'ANESTHESIE
Directeur de pôle : Pr PINAUD

LIVRET D'INFORMATIONS AU PATIENT SUR L'ANESTHESIE

D'après les recommandations éditées par la Société Française d'Anesthésie Réanimation.

Version octobre 1998.

INFORMATION MEDICALE SUR L'ANESTHESIE

Ce document est destiné à vous informer sur l'anesthésie, ses avantages et ses risques. Nous vous demandons de le lire attentivement, afin de pouvoir donner votre consentement à la procédure anesthésique qui vous sera proposée par le médecin anesthésiste-réanimateur. Vous pourrez également poser à ce médecin des questions sur cette procédure. Pour les questions relatives à l'acte qui motive l'anesthésie, il appartient au spécialiste qui réalise cet acte d'y répondre.

QU'EST -CE QUE L'ANESTHESIE ?

L'anesthésie est un ensemble de techniques qui permet la réalisation d'un acte chirurgicale, obstétrical ou médical (endoscopie, radiologie, sismothérapie...), en supprimant ou atténuant la douleur. Il existe deux types d'anesthésie : l'anesthésie générale et l'anesthésie locorégionale.

L'anesthésie générale est un état comparable au sommeil, produit par l'injection de médicaments, par voie intraveineuse et ou par respiration de vapeurs anesthésiques, à l'aide d'un dispositif approprié.

Toute anesthésie, générale ou locorégionale, réalisée pour un acte non urgent, nécessite une consultation, plusieurs jours à l'avance et une visite pré-anesthésique, la veille ou quelques heures avant l'anesthésie selon les modalités d'hospitalisation. Comme l'anesthésie, elles sont effectuées par un médecin anesthésiste-réanimateur. Au cours de la consultation et de la visite, vous êtes invité(e) à poser les questions que vous jugerez utiles à votre information. Le choix du type d'anesthésie sera déterminé en fonction de l'acte prévu, de votre état de santé et du résultat des examens complémentaires éventuellement prescrits. Le choix final relève de la décision et de la responsabilité du médecin anesthésiste-réanimateur qui pratiquera l'anesthésie.

Comment serez-vous surveillé(e) pendant l'anesthésie et à votre réveil ?

L'anesthésie, quel que soi son type, se déroule dans une salle équipée d'un matériel adéquat, adapté à votre cas et vérifié avant chaque utilisation. En fin d'intervention, vous serez conduit(e) dans une salle de surveillance post-interventionnelle (salle de réveil) pour y être surveillé(e) de manière continue avant de regagner votre chambre ou de quitter l'établissement.

Durant l'anesthésie et votre passage en salle de surveillance post-interventionnelle, vous serez pris en charge par un personnel infirmier qualifié, sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste-réanimateur.

↳ Quels sont les risques de l'anesthésie ?

Tout acte médical, même conduit avec compétence et dans le respect des données acquises de la science, comporte un risque.
Les conditions actuelles de surveillance de l'anesthésie et de la période du réveil permettent de dépister rapidement les anomalies et de les traiter.

↳ Quels sont les inconvénients et les risques de l'anesthésie générale ?

Les nausées et les vomissements au réveil sont devenus moins fréquents avec les nouvelles techniques et les nouveaux médicaments. Les accidents liés au passage de vomissements dans les poumons sont très rares si les consignes de **jeûne** sont bien respectées.
L'introduction d'un tube dans la trachée (intubation) ou dans la gorge (masque laryngé) pour assurer la respiration pendant l'anesthésie peut provoquer des maux de gorge ou un enrouement passagers.
Des traumatismes dentaires sont également possibles. C'est pourquoi il est important que vous signaliez tout appareil ou fragilité dentaire particulière.

Une rougeur douloureuse au niveau de la veine dans laquelle les produits ont été injectés peut s'observer. Elle disparaît en quelques jours.

La position prolongée sur la table d'opération peut entraîner des compressions, notamment de certains nerfs, ce qui peut provoquer un engourdissement ou, exceptionnellement, la paralysie d'un bras ou d'une jambe. Dans la majorité des cas, les choses rentrent dans l'ordre en quelques jours ou quelques semaines.

Des troubles de la mémoire ou une baisse des facultés de concentration peuvent survenir dans les heures suivant l'anesthésie.

Des complications imprévisibles comportant un risque vital comme une allergie grave, un arrêt cardiaque, une asphyxie, sont extrêmement rares. Pour donner un ordre de grandeur, une complication sérieuse ne survient que sur des centaines de milliers d'anesthésies.

Annexe 9

CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE DE NANTES

POLE D'ANESTHESIE

UNITE DE
SISMOTHERAPIE

Etiquette
patient

Professeur : M. PINAUD

QUESTIONNAIRE D'ANESTHESIE

Vous aller subir une anesthésie au cours d'une séance de sismothérapie. Merci de faire remplir ce questionnaire par l'intervenant médico psychiatrique, infirmier référent qui vous connaît le mieux. Ce questionnaire est une aide précieuse à la consultation d'anesthésie. Il doit être mis dans le dossier du patient, à la disposition du médecin anesthésiste qui va réaliser l'intervention.

ANTECEDANTS CHIRURGICAUX ET ANESTHESIQUES :

	OUI	NON
Avez-vous déjà été opéré ?	☐	☐
Si oui, de quoi ?		
.....		
.....		
Y a t-il eu des complications chirurgicales ?	☐	☐
Si oui, lesquelles ?		
.....		
.....		
Avez-vous eu :		
Anesthésie générale	☐	☐
Anesthésie loco-régionale (péridurale ou rachianesthésie)	☐	☐
Anesthésie locale	☐	☐
Y a t-il des complications anesthésiques ?	☐	☐
Si oui, lesquelles ?		
.....		
.....		

ANTECEDANTS FAMILIAUX :

Y a t il eu dans votre famille des accidents d'anesthésie ?	☐	☐
Si oui, préciser :		
.....		
.....		
Y a t-il eu dans votre famille des maladies hémorragiques ?	☐	☐
Si oui, préciser :		
.....		
.....		

ANTECEDANTS MEDICAUX :

Coeur et vaisseaux :

Avez-vous et/ou avez-vous eu des problèmes cardiaques ?.....	☐	☐
Avez-vous de l'hypertension artérielle ?	☐	☐
Avez-vous des chutes de tension ?	☐	☐
Avez-vous fait une phlébite ou une paraphlébite ?	☐	☐
Avez-vous fait une embolie pulmonaire ?	☐	☐

	OUI	NON
Poumons :		
Avez-vous une maladie pulmonaire ?	☐	☐
Avez-vous de l'asthme ?	☐	☐
Nerfs, muscles, os et squelette :		
Avez-vous fait des convulsions ?	☐	☐
Avez-vous une maladie des muscles (myopathie, myotonie, myasthénie ?	☐	☐
Avez-vous des problèmes de colonne vertébrale (malformation, fracture) ?	☐	☐
Appareil digestif :		
Avez-vous une hernie hiatale, un ulcère, des brûlures d'estomac ?	☐	☐
Avez-vous fait une jaunisse, une hépatite ?	☐	☐
Appareil urinaire :		
Avez-vous une maladie des reins ?	☐	☐
Sang et coagulation ?		
Avez-vous une maladie du sang(thalassémie, drépanocytose, hémophilie, Willibrand) ?	☐	☐
Vous même ou quelqu'un de votre famille lors d'une plaie saigne t-il beaucoup en quantité et très longtemps ?	☐	☐
Faites vous fréquemment des bleus (hématomes) ?	☐	☐
Saignez-vous facilement du nez ?	☐	☐
Avez-vous déjà été transfusé, pourquoi et quand ?.....	☐	☐
Maladies métaboliques :		
Avez-vous des problèmes de thyroïde, un goitre ?	☐	☐
Avez-vous du diabète ?	☐	☐
Allergies :		
Avez-vous de l'eczéma, de l'urticaire, le rhume des foins (atopie) ?	☐	☐
Avez-vous des allergies alimentaires (poissons, crustacés, oeufs, kiwi, bananes) ?	☐	☐
Avez-vous déjà fait un oedème de Quicke (gonflement du visage, de la gorge et des extrémités) ?	☐	☐
Etes vous allergiques au :		
Sparadrap	☐	☐
Latex	☐	☐
à :		
Iode	☐	☐
Pénicilline	☐	☐
Autres antibiotiques ?	☐	☐
Aspirine	☐	☐
Autres médicaments	☐	☐

AUTRES QUESTIONS :

	OUI	NON
Fumez-vous. combien ?.....	☐	☐
Portez-vous des prothèses ?		
Dentaires (appareils, dents sur pivots)	☐	☐
Oculaires (lunettes, lentilles)	☐	☐
Auditives	☐	☐
Avez-vous une porphyrie ?	☐	☐
Avez-vous accouché ? y a t il eu des complications ?	☐	☐

Si oui , lesquelles ?.....

.....

.....

De quelle maladie psychiatrique souffrez vous ?.....

.....

MEDICAMENTS :

Inscrivez les noms et les doses des médicaments que vous prenez en ce moment :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DIVERS

Inscrivez ici ce qui vous semble utile ou tout ce qui vous semble avoir été oublié dans ce questionnaire :

.....

.....

.....

.....

.....

Pensez à joindre le jour de la consultation :

- **le bilan biologique (sodium, potassium, chlore, calcium, créatinine ; TP/ TCA, plaquettes)**
- **ECG**
- **RP**
- **Poids et taille :** _____Kg /_____Cm
- **DSI et feuille de traitements**

Annexe 10

Service Hospitalo-Universitaire de Psychiatrie
Unité 2ème Est
Hôpital St Jacques
44093 NANTES Cedex 01

CAHIER DE SUIVI
SISMOTHÉRAPIE

NOM :

PRÉNOM :

HÔPITAL OU SERVICE :

MÉDECIN RÉFÉRENT :

SURVEILLANTE :
(nom et coordonnées)

Date :

NOM : .....

PRÉNOM : .....

SEXE : M ☐ F ☐

DATE DE NAISSANCE : .....

La lettre d'information au patient a-t-elle été donnée : OUI ☐ NON ☐

Le consentement a-t-il été signé : OUI ☐ NON ☐

Les livrets d'information aux équipes ont-ils été distribués : OUI ☐ NON ☐

Diagnostic : CIM 10 : ..... / DSM IV : .....

Existe-t-il une ou plusieurs allergies connues : OUI ☐ NON ☐

Si oui lesquelles : .....

.....

.....

.....

Nom :	Prénom :	Date :

Le patient a-t-il présenté les pathologies suivantes :

- insuffisance cardio-respiratoire : Oui ❑ Non ❑
- anévrisme artériel à haut risque : Oui ❑ Non ❑
- infarctus du myocarde récent : Oui ❑ Non ❑
- troubles du rythme cardiaque : Oui ❑ Non ❑
- accident vasculaire cérébral récent : Oui ❑ Non ❑
- intoxication au CO : Oui ❑ Non ❑
- maladie emboligène instable : Oui ❑ Non ❑

Le patient a-t-il présenté les antécédents médicaux suivants :

- hyperthyroïde : Oui ❑ Non ❑
- troubles hypophysaires : Oui ❑ Non ❑
- troubles surrénaliens : Oui ❑ Non ❑
- troubles cardiaques : Oui ❑ Non ❑

Le patient a-t-il présenté l'antécédent chirurgical suivant :

- intervention dorso-lombaire : Oui ❑ Non ❑

Nom :	Prénom :	Date :

• Le bilan biologique a-t-il été effectué : Oui ❑ Non ❑
Date du prélèvement : .....

Résultats :

Calcium : .....
Sodium : .....
Potassium : .....
Chlore : .....

TP : .....
TCA : .....

• L'ECG a-t-il été effectué : Oui ❑ Non ❑

Date de l'ECG : .....

Le tracé est normal : Oui ❑ Non ❑

• La radio pulmonaire a-t-elle été effectuée : Oui ❑ Non ❑

Date de la radio pulmonaire : .....

Le radio pulmonaire est-elle normale : Oui ❑ Non ❑

Poids : .....kg

Taille : .....cm

T.A. assis : ...../.....

T.A. debout : ...../.....

Pouls assis : ...../.....

Nom :	Prénom :	Date :

Modification du traitement depuis le début de la série d'E.C.T. :

Produit	Dose/jour	Début	Fin	Indication

OBSERVATIONS MEDICALES AU DECOURS DES ECT

DATE	OBSERVATIONS	NOM	SIGNATURE

SISMOTHERAPIE 01 **1/1**

Nom :	Prénom :	Date :

T.A. assis : début E.C.T. ..... Fin d'E.C.T. .....

Pouls assis : ....

T° ..... Heure de la sismothérapie : .....

État physique, émotionnel avant la sismothérapie : .....

.....

Produits anesthésiques utilisés :

PRODUITS	DOSAGE

Réglage du sismothère :

CHARGE	..... mC

Effets post-critiques :

Crise clinique : ..... E.E.G. .....

.....

.....

.....

.....

Heure du repas : .....

Qualité de l'alimentation : .....

Nom :	Prénom :	Date :

T.A. assis : début E.C.T. ..... Fin d'E.C.T. .....

Pouls assis : ....

T° ..... Heure de la sismothérapie : .....

État physique, émotionnel avant la sismothérapie : .....

.....

Produits anesthésiques utilisés :

PRODUITS	DOSAGE

Réglage du sismothère :

CHARGE	..... mC

Effets post-critiques :

Crise clinique : ..... E.E.G. .....

.....

.....

.....

.....

Heure du repas : .....

Qualité de l'alimentation : .....

Nom :	Prénom :	Date :

T.A. assis : début E.C.T. ..... Fin d'E.C.T. .....

Pouls assis : ....

T° ..... Heure de la sismothérapie : .....

État physique, émotionnel avant la sismothérapie : .....

.....

Produits anesthésiques utilisés :

PRODUITS	DOSAGE

Réglage du sismothère :

CHARGE	..... mC

Effets post-critiques :

Crise clinique : ..... E.E.G. .....

.....

.....

.....

.....

Heure du repas : .....

Qualité de l'alimentation : .....

Nom :	Prénom :	Date :

T.A. assis : début E.C.T. ..... Fin d'E.C.T. .....

Pouls assis : ....

T° ..... Heure de la sismothérapie : .....

État physique, émotionnel avant la sismothérapie : .....

.....

Produits anesthésiques utilisés :

PRODUITS	DOSAGE

Réglage du sismothère :

CHARGE	..... mC

Effets post-critiques :

Crise clinique : ..... E.E.G. .....

.....

.....

.....

.....

Heure du repas : .....

Qualité de l'alimentation : .....

Nom :	Prénom :	Date :

T.A. assis : début E.C.T. ..... Fin d'E.C.T. .....

Pouls assis : ....

T° ..... Heure de la sismothérapie : .....

État physique, émotionnel avant la sismothérapie : .....

.....

Produits anesthésiques utilisés :

PRODUITS	DOSAGE

Réglage du sismothère :

CHARGE	..... mC

Effets post-critiques :

Crise clinique : ..... E.E.G. .....

.....

.....

.....

.....

Heure du repas : .....

Qualité de l'alimentation : .....

Nom :	Prénom :	Date :

T.A. assis : début E.C.T. ..... Fin d'E.C.T. .....

Pouls assis : ....

T° ..... Heure de la sismothérapie : .....

État physique, émotionnel avant la sismothérapie : .....

.....

Produits anesthésiques utilisés :

PRODUITS	DOSAGE

Réglage du sismothère :

CHARGE	..... mC

Effets post-critiques :

Crise clinique : ..... E.E.G. .....

.....

.....

.....

.....

Heure du repas : .....

Qualité de l'alimentation : .....

Nom :	Prénom :	Date :

T.A. assis : début E.C.T. ..... Fin d'E.C.T. .....

Pouls assis : ....

T° ..... Heure de la sismothérapie : .....

État physique, émotionnel avant la sismothérapie : .....

.....

Produits anesthésiques utilisés :

PRODUITS	DOSAGE

Réglage du sismothère :

CHARGE	..... mC

Effets post-critiques :

Crise clinique : ..... E.E.G. .....

.....

.....

.....

.....

Heure du repas : .....

Qualité de l'alimentation : .....

SISMOTHERAPIE 08 **1/1**

Nom :	Prénom :	Date :

T.A. assis : début E.C.T. ..... Fin d'E.C.T. .....

Pouls assis : ....

T° ..... Heure de la sismothérapie : .....

État physique, émotionnel avant la sismothérapie : .....

.....

Produits anesthésiques utilisés :

PRODUITS	DOSAGE

Réglage du sismothère :

CHARGE	..... mC

Effets post-critiques :

Crise clinique : ..... E.E.G. .....

.....

.....

.....

.....

Heure du repas : .....

Qualité de l'alimentation : .....

Nom :	Prénom :	Date :

T.A. assis : début E.C.T. ..... Fin d'E.C.T. .....

Pouls assis : ....

T° ..... Heure de la sismothérapie : .....

État physique, émotionnel avant la sismothérapie : .....

.....

Produits anesthésiques utilisés :

PRODUITS	DOSAGE

Réglage du sismothère :

CHARGE	..... mC

Effets post-critiques :

Crise clinique : ..... E.E.G. .....

.....

.....

.....

.....

Heure du repas : .....

Qualité de l'alimentation : .....

Nom :	Prénom :	Date :

T.A. assis : début E.C.T. ..... Fin d'E.C.T. .....

Pouls assis : ....

T° ..... Heure de la sismothérapie : .....

État physique, émotionnel avant la sismothérapie : .....

.....

Produits anesthésiques utilisés :

PRODUITS	DOSAGE

Réglage du sismothère :

CHARGE	..... mC

Effets post-critiques :

Crise clinique : ..... E.E.G. .....

.....

.....

.....

.....

Heure du repas : .....

Qualité de l'alimentation : .....

Annexe 11

ÉVALUATIONS DES TROUBLES COGNITIFS

Celles-ci doivent être effectuées par le médecin habituel du patient, 24 heures après les séances 3, 6, 9 de sismothérapie (s'il est prévu plus de 9 séances), plus celle de fin.

Ce cahier doit être rempli et renvoyé après la dernière cotation

Le _____

à : Monsieur le Docteur LOIRAT
SHUP 2
Hôpital St Jacques
44093 NANTES Cedex 01

Nom :	Prénom :	Date :

MADRS

1 Tristesse apparente
Correspond au découragement, à la dépression et au désespoir (plus qu'un simple cafard passager) reflétés par la parole, la mimique et la posture. Coter selon la profondeur et l'incapacité à se dérider.

☐	0	Pas de tristesse
☐	1	
☐	2	Semble découragé, mais peut se dérider sans difficulté
☐	3	
☐	4	Paraît triste et malheureux la plupart du temps
☐	5	
☐	6	Semble malheureux tout le temps. Extrêmement découragé

2 Tristesse exprimée
Correspond à l'expression d'une humeur dépressive, que celle-ci soit apparente ou non. Inclut le cafard, le découragement ou le sentiment de détresse sans espoir.
Coter selon l'intensité, la durée et le degré auquel l'humeur est dite être influencée par les événements.

☐	0	Tristesse occasionnelle en rapport avec les circonstances
☐	1	
☐	2	Triste ou cafardeux, mais se déride sans difficulté
☐	3	
☐	4	Sentiment envahissant de tristesse ou de dépression, l'humeur pouvant cependant être influencée par les circonstances extérieures.
☐	5	
☐	6	Tristesse, désespoir ou découragement permanent ou sans fluctuation

3 Tension intérieure
Correspond aux sentiments de malaise mal défini, d'irritabilité, d'agitation intérieure, de tension nerveuse allant jusqu'à la panique, l'effroi ou l'angoisse.
Coter selon l'intensité, la fréquence, la durée, le degré de réassurance nécessaire.

☐	0	Calme, tension seulement passagère
☐	1	
☐	2	Sentiment occasionnel d'irritabilité et de malaise mal défini
☐	3	
☐	4	Sentiment continuel de tension intérieure ou panique intermittente que le malade ne peut maîtriser qu'avec difficulté
☐	5	
☐	6	Effroi ou angoisse sans relâche. Panique envahissante

4 Réduction de sommeil
Correspond à une réduction de la durée ou de la profondeur du sommeil par comparaison avec le sommeil du patient lorsqu'il n'est pas malade.

☐	0	Dort comme d'habitude
☐	1	
☐	2	Légère difficulté à s'endormir ou sommeil réduit, léger ou agité
☐	3	
☐	4	Sommeil réduit ou interrompu au moins deux heures
☐	5	
☐	6	Moins de deux ou trois heures de sommeil

5 Réduction de l'appétit
Correspond au sentiment d'une perte de l'appétit comparé à l'appétit habituel

☐	0	Appétit normal ou augmenté
☐	1	
☐	2	Appétit légèrement réduit
☐	3	
☐	4	Pas d'appétit. Nourriture sans goût
☐	5	
☐	6	Ne mange que si on le persuade

6 Difficulté de concentration
Correspond au difficultés à rassembler ses pensées allant jusqu'à l'incapacité de se concentrer. Coter l'intensité, la fréquence et le degré d'incapacité.

☐	0	Pas de difficulté de concentration
☐	1	
☐	2	Difficultés occasionnelles
☐	3	
☐	4	Difficultés à se concentrer et à maintenir son attention, ce qui réduit la capacité à lire ou à soutenir une conversation.
☐	5	
☐	6	Incapable de lire ou de converser sans de grandes difficultés

7 Lassitude
Correspond à une difficulté à se mettre en train ou à une lenteur à commencer et à accomplir les activités quotidiennes.

☐	0	Guère de difficulté à se mettre en route : pas de lenteur
☐	1	
☐	2	Difficultés à commencer des activités
☐	3	
☐	4	Difficultés à commencer des activités routinières qui sont poursuivies avec effort
☐	5	
☐	6	Grande lassitude. Incapable de faire quoi que ce soit sans aide

8 Incapacité à ressentir
Correspond à l'expérience subjective d'une réduction d'intérêt pour le monde environnant, ou les activités qui donnent normalement du plaisir. La capacité à réagir avec une émotion appropriée aux circonstances et aux gens est réduite.

☐	0	Intérêt normal pour le monde environnant et les gens
☐	1	
☐	2	Capacité réduite à prendre plaisir à ses intérêts habituels
☐	3	
☐	4	Perte d'intérêt pour le monde environnant. Perte de sentiment pour les amis et les connaissances
☐	5	
☐	6	Sentiment d'être paralysé émotionnellement, incapacité à ressentir de la colère, du chagrin ou du plaisir, et impossibilité complète ou même douloureuse de ressentir quelque chose pour les proches parents et amis

9 Pensées pessimistes
Correspond aux idées de culpabilité, d'infériorité, d'auto-accusation, de péché, de remords ou de ruine.

☐	0	Pas de pensée pessimiste
☐	1	
☐	2	Idées intermittentes d'échec, d'auto-accusation et d'auto-dépréciation
☐	3	
☐	4	Auto-accusation persistante ou idées de culpabilité ou péché précises, mais encore rationnelles. Pessimisme croissant à propos du futur
☐	5	
☐	6	Idées délirantes de ruine, de remords, ou péché inexpiable. Auto-accusations absurdes et inébranlables

10 Idées suicidaires
Correspond au sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, qu'une mort naturelle serait la bienvenue, idées de suicide et préparatifs de suicide. Les tentatives de suicide ne doivent pas en elles-mêmes, influencer la cotation.

☐	0	Jouit de la vie ou la prend comme elle vient
☐	1	
☐	2	Fatigué de la vie, idées de suicide seulement passagères
☐	3	
☐	4	Il faudrait mieux être mort. Les idées de suicide sont courantes et le suicide est considéré comme une solution possible, mais sans projet ou intention précise
☐	5	
☐	6	Projets explicites de suicide si l'occasion se présente. Préparatifs de suicide

SCORE TOTAL ☐

ÉVALUATION (Avant ECT)
Si poursuite des séances, sinon passer à évaluation 4 - **1/2**

Nom :	Prénom :	Date :

MINI-MENTAL TEST

ORIENTATION (10 secondes pour chaque réponse et 1 point par réponse juste)

- En quelle année sommes-nous ? ☐
- Quelle saison ? ☐
- Quel mois ? ☐
- Quel jour du mois ? ☐
- Quel jour de la semaine ? ☐

- Dans quelle ville sommes-nous ? ☐
- Quel département ? ☐
- Quelle province ou région administrative ? ☐
- Quel est le nom de l'hôpital (ou adresse du médecin) ? ☐
- Quelle salle (ou endroit, cabinet, étage, etc…) ? ☐

APPRENTISSAGE

- Donner 3 noms d'objets au rythme de un par seconde (ex. : cigare, fleur, porte). A la répétition immédiate compter un point par réponse correcte. ☐
  Répéter jusqu'à ce que les trois mots soient appris. Compter le nombre d'essais (……)

ATTENTION ET CALCUL

- Compter à partir de 100 en retirant sept à chaque fois. Arrêter après 5 soustractions, noter le nombre de réponses correctes. ☐
  Si le patient ne peut pas ou ne veut pas effectuer cette tâche, demander d'épeler le mot «monde» à l'envers (ne pas coter)

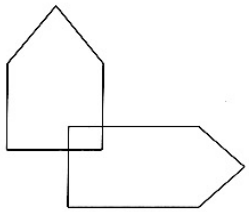
RAPPEL

- Demander les trois mots d'objets présentés auparavant (1 point par mot correct) ☐

LANGAGE

- Dénommer un stylo, une montre (1 point / nom) ☐
- Répéter «Il n'y a pas de mais, ni de si, ni de et» (1 point) ☐
- Exécuter un ordre triple : «Prenez un papier dans la main droite, pliez le en deux et jetez le sur le plancher» (1 point par item correct) ☐
- Lire et exécuter un ordre précis : «Fermez les yeux» (1 point) ☐

- Copier le dessin suivant (1 point)
  tous les angles et intersections doivent être présents



- Écrire une phrase spontanée (au moins un sujet et un verbe, sémantiquement correcte, mais la grammaire et l'orthographe sont indifférentes (1 point)

TOTAL GÉNÉRAL (sur 30)

Apprécier le niveau de vigilance sur un continuum :

Vigil — Obnubilé — Stupeur — Coma

Nom :	Prénom :	Date :

MINI-MENTAL TEST

ORIENTATION (10 secondes pour chaque réponse et 1 point par réponse juste)

- En quelle année sommes-nous ? ☐
- Quelle saison ? ☐
- Quel mois ? ☐
- Quel jour du mois ? ☐
- Quel jour de la semaine ? ☐

- Dans quelle ville sommes-nous ? ☐
- Quel département ? ☐
- Quelle province ou région administrative ? ☐
- Quel est le nom de l'hôpital (ou adresse du médecin) ? ☐
- Quelle salle (ou endroit, cabinet, étage, etc…) ? ☐

APPRENTISSAGE

- Donner 3 noms d'objets au rythme de un par seconde (ex. : cigare, fleur, porte). A la répétition immédiate compter un point par réponse correcte. ☐
  Répéter jusqu'à ce que les trois mots soient appris. Compter le nombre d'essais (……)

ATTENTION ET CALCUL

- Compter à partir de 100 en retirant sept à chaque fois. Arrêter après 5 soustractions, noter le nombre de réponses correctes. ☐
  Si le patient ne peut pas ou ne veut pas effectuer cette tâche, demander d'épeler le mot «monde» à l'envers (ne pas coter)

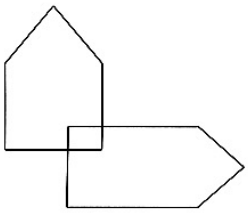
RAPPEL

- Demander les trois mots d'objets présentés auparavant (1 point par mot correct) ☐

LANGAGE

- Dénommer un stylo, une montre (1 point / nom) ☐
- Répéter «Il n'y a pas de mais, ni de si, ni de et» (1 point) ☐
- Exécuter un ordre triple : «Prenez un papier dans la main droite, pliez le en deux et jetez le sur le plancher» (1 point par item correct) ☐
- Lire et exécuter un ordre précis : «Fermez les yeux» (1 point) ☐

- Copier le dessin suivant (1 point)
  tous les angles et intersections doivent être présents



- Écrire une phrase spontanée (au moins un sujet et un verbe, sémantiquement correcte, mais la grammaire et l'orthographe sont indifférentes (1 point)

TOTAL GÉNÉRAL (sur 30)

Apprécier le niveau de vigilance sur un continuum :

Vigil — Obnubilé — Stupeur — Coma

Nom :	Prénom :	Date :

MINI-MENTAL TEST

ORIENTATION (10 secondes pour chaque réponse et 1 point par réponse juste)

- En quelle année sommes-nous ? ☐
- Quelle saison ? ☐
- Quel mois ? ☐
- Quel jour du mois ? ☐
- Quel jour de la semaine ? ☐

- Dans quelle ville sommes-nous ? ☐
- Quel département ? ☐
- Quelle province ou région administrative ? ☐
- Quel est le nom de l'hôpital (ou adresse du médecin) ? ☐
- Quelle salle (ou endroit, cabinet, étage, etc…) ? ☐

APPRENTISSAGE

- Donner 3 noms d'objets au rythme de un par seconde (ex. : cigare, fleur, porte). A la répétition immédiate compter un point par réponse correcte. ☐
  Répéter jusqu'à ce que les trois mots soient appris. Compter le nombre d'essais (……)

ATTENTION ET CALCUL

- Compter à partir de 100 en retirant sept à chaque fois. Arrêter après 5 soustractions, noter le nombre de réponses correctes. ☐
  Si le patient ne peut pas ou ne veut pas effectuer cette tâche, demander d'épeler le mot «monde» à l'envers (ne pas coter)

RAPPEL

- Demander les trois mots d'objets présentés auparavant (1 point par mot correct) ☐

LANGAGE

- Dénommer un stylo, une montre (1 point / nom) ☐
- Répéter «Il n'y a pas de mais, ni de si, ni de et» (1 point) ☐
- Exécuter un ordre triple : «Prenez un papier dans la main droite, pliez le en deux et jetez le sur le plancher» (1 point par item correct) ☐
- Lire et exécuter un ordre précis : «Fermez les yeux» (1 point) ☐

Nom :	Prénom :	Date :

MINI-MENTAL TEST

ORIENTATION (10 secondes pour chaque réponse et 1 point par réponse juste)

- En quelle année sommes-nous ? ☐
- Quelle saison ? ☐
- Quel mois ? ☐
- Quel jour du mois ? ☐
- Quel jour de la semaine ? ☐

- Dans quelle ville sommes-nous ? ☐
- Quel département ? ☐
- Quelle province ou région administrative ? ☐
- Quel est le nom de l'hôpital (ou adresse du médecin) ? ☐
- Quelle salle (ou endroit, cabinet, étage, etc…) ? ☐

APPRENTISSAGE

- Donner 3 noms d'objets au rythme de un par seconde (ex. : cigare, fleur, porte). A la répétition immédiate compter un point par réponse correcte. ☐
  Répéter jusqu'à ce que les trois mots soient appris. Compter le nombre d'essais (……)

ATTENTION ET CALCUL

- Compter à partir de 100 en retirant sept à chaque fois. Arrêter après 5 soustractions, noter le nombre de réponses correctes. ☐
  Si le patient ne peut pas ou ne veut pas effectuer cette tâche, demander d'épeler le mot «monde» à l'envers (ne pas coter)

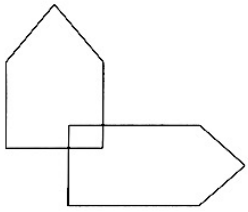
RAPPEL

- Demander les trois mots d'objets présentés auparavant (1 point par mot correct) ☐

LANGAGE

- Dénommer un stylo, une montre (1 point / nom) ☐
- Répéter «Il n'y a pas de mais, ni de si, ni de et» (1 point) ☐
- Exécuter un ordre triple : «Prenez un papier dans la main droite, pliez le en deux et jetez le sur le plancher» (1 point par item correct) ☐
- Lire et exécuter un ordre précis : «Fermez les yeux» (1 point) ☐

- Copier le dessin suivant (1 point)
  tous les angles et intersections doivent être présents



- Écrire une phrase spontanée (au moins un sujet et un verbe, sémantiquement correcte, mais la grammaire et l'orthographe sont indifférentes (1 point)

TOTAL GÉNÉRAL (sur 30)

Apprécier le niveau de vigilance sur un continuum :

Vigil — Obnubilé — Stupeur — Coma

ÉVALUATION 3 (ECT 9 + 24 h)
Si poursuite des séances, sinon passer à évaluation 4 - **1/2**

Nom :	Prénom :	Date :

MINI-MENTAL TEST

ORIENTATION (10 secondes pour chaque réponse et 1 point par réponse juste)

- En quelle année sommes-nous ? ☐
- Quelle saison ? ☐
- Quel mois ? ☐
- Quel jour du mois ? ☐
- Quel jour de la semaine ? ☐

- Dans quelle ville sommes-nous ? ☐
- Quel département ? ☐
- Quelle province ou région administrative ? ☐
- Quel est le nom de l'hôpital (ou adresse du médecin) ? ☐
- Quelle salle (ou endroit, cabinet, étage, etc…) ? ☐

APPRENTISSAGE

- Donner 3 noms d'objets au rythme de un par seconde (ex. : cigare, fleur, porte). A la répétition immédiate compter un point par réponse correcte. ☐
  Répéter jusqu'à ce que les trois mots soient appris. Compter le nombre d'essais (……)

ATTENTION ET CALCUL

- Compter à partir de 100 en retirant sept à chaque fois. Arrêter après 5 soustractions, noter le nombre de réponses correctes. ☐
  Si le patient ne peut pas ou ne veut pas effectuer cette tâche, demander d'épeler le mot «monde» à l'envers (ne pas coter)

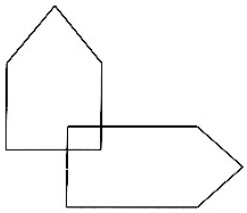
RAPPEL

- Demander les trois mots d'objets présentés auparavant (1 point par mot correct) ☐

LANGAGE

- Dénommer un stylo, une montre (1 point / nom) ☐
- Répéter «Il n'y a pas de mais, ni de si, ni de et» (1 point) ☐
- Exécuter un ordre triple : «Prenez un papier dans la main droite, pliez le en deux et jetez le sur le plancher» (1 point par item correct) ☐
- Lire et exécuter un ordre précis : «Fermez les yeux» (1 point) ☐

- Copier le dessin suivant (1 point)
  tous les angles et intersections doivent être présents



- Écrire une phrase spontanée (au moins un sujet et un verbe, sémantiquement correcte, mais la grammaire et l'orthographe sont indifférentes (1 point)

TOTAL GÉNÉRAL (sur 30)

Apprécier le niveau de vigilance sur un continuum :

Vigil — Obnubilé — Stupeur — Coma

Nom :	Prénom :	Date :

MINI-MENTAL TEST

ORIENTATION (10 secondes pour chaque réponse et 1 point par réponse juste)

- En quelle année sommes-nous ? ☐
- Quelle saison ? ☐
- Quel mois ? ☐
- Quel jour du mois ? ☐
- Quel jour de la semaine ? ☐

- Dans quelle ville sommes-nous ? ☐
- Quel département ? ☐
- Quelle province ou région administrative ? ☐
- Quel est le nom de l'hôpital (ou adresse du médecin) ? ☐
- Quelle salle (ou endroit, cabinet, étage, etc…) ? ☐

APPRENTISSAGE

- Donner 3 noms d'objets au rythme de un par seconde (ex. : cigare, fleur, porte). A la répétition immédiate compter un point par réponse correcte. ☐
  Répéter jusqu'à ce que les trois mots soient appris. Compter le nombre d'essais (……)

ATTENTION ET CALCUL

- Compter à partir de 100 en retirant sept à chaque fois. Arrêter après 5 soustractions, noter le nombre de réponses correctes. ☐
  Si le patient ne peut pas ou ne veut pas effectuer cette tâche, demander d'épeler le mot «monde» à l'envers (ne pas coter)

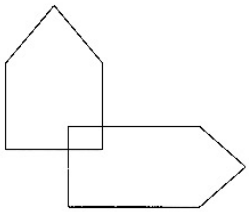
RAPPEL

- Demander les trois mots d'objets présentés auparavant (1 point par mot correct) ☐

LANGAGE

- Dénommer un stylo, une montre (1 point / nom) ☐
- Répéter «Il n'y a pas de mais, ni de si, ni de et» (1 point) ☐
- Exécuter un ordre triple : «Prenez un papier dans la main droite, pliez le en deux et jetez le sur le plancher» (1 point par item correct) ☐
- Lire et exécuter un ordre précis : «Fermez les yeux» (1 point) ☐

- Copier le dessin suivant (1 point)
  tous les angles et intersections doivent être présents



- Écrire une phrase spontanée (au moins un sujet et un verbe, sémantiquement correcte, mais la grammaire et l'orthographe sont indifférentes (1 point)

TOTAL GÉNÉRAL (sur 30)

Apprécier le niveau de vigilance sur un continuum :

Vigil — Obnubilé — Stupeur — Coma

Nom :	Prénom :	Date :

MADRS

1 Tristesse apparente
Correspond au découragement, à la dépression et au désespoir (plus qu'un simple cafard passager) reflétés par la parole, la mimique et la posture. Coter selon la profondeur et l'incapacité à se dérider.

☐	0	Pas de tristesse
☐	1	
☐	2	Semble découragé, mais peut se dérider sans difficulté
☐	3	
☐	4	Paraît triste et malheureux la plupart du temps
☐	5	
☐	6	Semble malheureux tout le temps. Extrêmement découragé

2 Tristesse exprimée
Correspond à l'expression d'une humeur dépressive, que celle-ci soit apparente ou non. Inclut le cafard, le découragement ou le sentiment de détresse sans espoir.
Coter selon l'intensité, la durée et le degré auquel l'humeur est dite être influencée par les événements.

☐	0	Tristesse occasionnelle en rapport avec les circonstances
☐	1	
☐	2	Triste ou cafardeux, mais se déride sans difficulté
☐	3	
☐	4	Sentiment envahissant de tristesse ou de dépression, l'humeur pouvant cependant être influencée par les circonstances extérieures.
☐	5	
☐	6	Tristesse, désespoir ou découragement permanent ou sans fluctuation

3 Tension intérieure
Correspond aux sentiments de malaise mal défini, d'irritabilité, d'agitation intérieure, de tension nerveuse allant jusqu'à la panique, l'effroi ou l'angoisse.
Coter selon l'intensité, la fréquence, la durée, le degré de réassurance nécessaire.

☐	0	Calme, tension seulement passagère
☐	1	
☐	2	Sentiment occasionnel d'irritabilité et de malaise mal défini
☐	3	
☐	4	Sentiment continuel de tension intérieure ou panique intermittente que le malade ne peut maîtriser qu'avec difficulté
☐	5	
☐	6	Effroi ou angoisse sans relâche. Panique envahissante

4 Réduction de sommeil
Correspond à une réduction de la durée ou de la profondeur du sommeil par comparaison avec le sommeil du patient lorsqu'il n'est pas malade.

☐	0	Dort comme d'habitude
☐	1	
☐	2	Légère difficulté à s'endormir ou sommeil réduit, léger ou agité
☐	3	
☐	4	Sommeil réduit ou interrompu au moins deux heures
☐	5	
☐	6	Moins de deux ou trois heures de sommeil

5 Réduction de l'appétit
Correspond au sentiment d'une perte de l'appétit comparé à l'appétit habituel

☐	0	Appétit normal ou augmenté
☐	1	
☐	2	Appétit légèrement réduit
☐	3	
☐	4	Pas d'appétit. Nourriture sans goût
☐	5	
☐	6	Ne mange que si on le persuade

6 Difficulté de concentration
Correspond au difficultés à rassembler ses pensées allant jusqu'à l'incapacité de se concentrer. Coter l'intensité, la fréquence et le degré d'incapacité.

☐	0	Pas de difficulté de concentration
☐	1	
☐	2	Difficultés occasionnelles
☐	3	
☐	4	Difficultés à se concentrer et à maintenir son attention, ce qui réduit la capacité à lire ou à soutenir une conversation.
☐	5	
☐	6	Incapable de lire ou de converser sans de grandes difficultés

7 Lassitude
Correspond à une difficulté à se mettre en train ou à une lenteur à commencer et à accomplir les activités quotidiennes.

☐	0	Guère de difficulté à se mettre en route : pas de lenteur
☐	1	
☐	2	Difficultés à commencer des activités
☐	3	
☐	4	Difficultés à commencer des activités routinières qui sont poursuivies avec effort
☐	5	
☐	6	Grande lassitude. Incapable de faire quoi que ce soit sans aide

8 Incapacité à ressentir
Correspond à l'expérience subjective d'une réduction d'intérêt pour le monde environnant, ou les activités qui donnent normalement du plaisir. La capacité à réagir avec une émotion appropriée aux circonstances et aux gens est réduite.

☐	0	Intérêt normal pour le monde environnant et les gens
☐	1	
☐	2	Capacité réduite à prendre plaisir à ses intérêts habituels
☐	3	
☐	4	Perte d'intérêt pour le monde environnant. Perte de sentiment pour les amis et les connaissances
☐	5	
☐	6	Sentiment d'être paralysé émotionnellement, incapacité à ressentir de la colère, du chagrin ou du plaisir, et impossibilité complète ou même douloureuse de ressentir quelque chose pour les proches parents et amis

9 Pensées pessimistes
Correspond aux idées de culpabilité, d'infériorité, d'auto-accusation, de péché, de remords ou de ruine.

☐	0	Pas de pensée pessimiste
☐	1	
☐	2	Idées intermittentes d'échec, d'auto-accusation et d'auto-dépréciation
☐	3	
☐	4	Auto-accusation persistante ou idées de culpabilité ou péché précises, mais encore rationnelles. Pessimisme croissant à propos du futur
☐	5	
☐	6	Idées délirantes de ruine, de remords, ou péché inexpiable. Auto-accusations absurdes et inébranlables

10 Idées suicidaires
Correspond au sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, qu'une mort naturelle serait la bienvenue, idées de suicide et préparatifs de suicide. Les tentatives de suicide ne doivent pas en elles-mêmes, influencer la cotation.

☐	0	Jouit de la vie ou la prend comme elle vient
☐	1	
☐	2	Fatigué de la vie, idées de suicide seulement passagères
☐	3	
☐	4	Il faudrait mieux être mort. Les idées de suicide sont courantes et le suicide est considéré comme une solution possible, mais sans projet ou intention précise
☐	5	
☐	6	Projets explicites de suicide si l'occasion se présente. Préparatifs de suicide

SCORE TOTAL ☐

Nom :	Prénom :	Date :

Le nombre de sismothérapies prévues a-t-il été respecté : Oui ❑ Non ❑

Si Non, pourquoi : .....

.....

.....

.....

• Impression Clinique Gobale

Entourez le numéro décrivant le mieux comment vous vous sentez dans l'ensemble depuis que vous avez commencé le traitement.

1 - Vraiment beaucoup mieux

2 - Beaucoup mieux

3 - Légèrement mieux

4 - Sans changement

5 - Légèrement moins bien

6 - Beaucoup moins bien

7 - Vraiment beaucoup moins bien

BIBLIOGRAPHIE

1- Lefebvre des Noettes V. Epidémiologie psychiatrique. Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie (NPG), 2002 ; 7 : 10-15

2- Lôo H, Gallarda T. Troubles dépressifs et personnes âgées. Paris : John Libbey Eurotext ; 2000

3- Fremont P. Les dépressions du sujet âgé. Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie (NPG), 2002 ; 7 : 4-16

4- Cole MG, Dendukuri N. Risk factors for depression among eldery community subjects : a systematic review and meta-analysis. Am J Psychiatry, 2003 ; 160 : 1147-56

5- Lieberman D et al. Geriatrc depression screening scale (GDS) in patients hospitalized for physical rehabilitation. Int J Geriatr Psychiatry, 1999 ; 14 : 549-55

6- Kamholz BA, Mellow AM. Management of treatment resistance in the depressed geriatric patient. Psych Clin North Am, 1996 ; 19 (2) : 269-86

7- Bazin N et al. Le syndrome de glissement. Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie (NPG), 2002 ; 8 : 22-25

8- Loirat JC, Vanelle JM. Electroconvulsivothérapie dans les troubles de l'humeur. In Olié JP, Poirier MF, Lôo H. Les maladies dépressives 2ème éd, Médecine-Sciences, Flammarion, Paris, 2003

9- Migliorelli R et al. Prevalence and correlates of dysthymia and major depression among patients with Alzheimer's disease. Am J Psychiatry, 1995 ; 152 : 37-44

10- Kales HC et al. International medical graduates and the diagnosis and treatment of late-life depression. Academic Medecine, 2006 ; 81 (2) : 171-5

11- Watson LC et al. Can we trust depression screening instruments in healthy « old-old » adults ? Int J Geriatr Psychiatry, 2004 ; 19 : 278-85

12- Salzman C, Wong E, Wright CB. Drug and ECT : treatment of depression in the eldery, 1996-2001 : a literature review. Biol Psychiatry, 2002 ; 52: 265-284

13- Cole MG et al. Prognosis of depression in eldery community and primary care populations : a systematic review and meta-analysis. Am J Psychiatry, 1999 ; 156 : 1182-89

14- Fossati P. Electroconvulsivothérapie, utilité dans la dépression sévère du sujet de plus de 65 ans. La Presse Médicale, 2005 ; 34 (6) : 467-72

15- DREES. Suicides et tentatives de suicide en France : une tentative de cadrage statistique. Etudes et résultats, 2001 ; 109 : 1-8

16- Husain MM et al. Speed of response and remission in major depressive disorder with acute electroconvulsive therapy (ECT) : a consortium for research in ECT (CORE) report. J Clin Psychiatry, 2004 ; 65 (4) : 485-91

17- Gormley N et al. The safety and efficacy of electroconvulsive therapy in patients over age 75. Int J Geriatr Psychiatry, 1998 ; 13 : 871-4

18- American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). Am J Psychiatry, 2000 ; 157 (suppl 4) : 1-45

ANAES.Indications et modalités de l'électroconvulsivothérapie. Avril 1997

20- Kelly KG, Zisselman M. Update on electroconvulsive therapy (ECT) in older adults. JAGS, 2000 ; 48 : 560-6

21- Van der Wurff FB, Stek ML, Hoogendijk WJG, Beekman ATF. Discrepancy between opinion and attitude on practice of ECT by psychiatrists specializing in old age in the netherlands. J ECT, 2004 ; 20 (1) : 37-41

22- Rice EH, Sombrotto LB, Markowitz JC, Leon AC. Cardiovascular morbidity in high-risk patients during ECT. Am J Psychiatry, 1994 ; 151 (11) : 1637-41

23- Tew JD, Mulsant BH, Haskett RF et al. Acute efficacy of ECT in the treatment of major depression in the old-old.Am J Psychiatry, 1999 ; 156 (12) : 1865-70

24- Rasmussen KG et al. Patterns of psychotropic medication use among patients with severe depression referred for electroconvulsive therapy : data from the consortium for research on electroconvulsive therapy. J ECT, 2006 ; 22 (2) : 116-23

25- Fava M, Davidson KG. Definition and epidemiology of treatment-resistant depression. Psych Clin North Am, 1996 ; 19 (2) : 179-98

26- Flint AJ, Rifat SL. The treatment of psychotic depression in later life : a comparison of pharmacotherapy and ECT. Int J Geriatr Psychiatry, 1998; 13 : 23-8

27- Sackeim HA, Haskett RF, Mulsant BH et al. Continuation pharmacotherapy in the prevention of relapse following electroconvulsive therapy : a randomized control trial. JAMA, 2001 ; 285 (10) : 1299-1307

28- Lôo H, De Carvalho W. Electroconvulsivothérapie. In Senon JL, Sechter D, Richard D. (Eds) Thérapeutique psychiatrique, Sciences et Pratiques Médicales, Hermann (Ed), Paris, 1995

29- Lauritzen L et al. Relapse prevention by means of paroxetine in ECT-treated patients with major depression : a comparison with imipraminique and placebo in medium-term continuation therapy. Acta Psychiatr Scand, 1996 ; 94 : 241-51

30- Gagne GG, Furman MJ, Carpenter LL, Price LH. Efficacy of continuation ECT and antidepressant drugs compared to long-term antidepressants alone in depressed patients. Am J Psychiatry, 2000 ; 157 (12) : 1960-65

31- The UK ECT Review Group. Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders : a systematic review and meta-analysis. The Lancet, 2003 ; 361 : 799-808

32- Van der Wurff FB, Stek ML, Hoogendijk WJG, Beekman ATF. The efficacy and safety of ECT in depressed older adults :a literature review. Int J Geriatr Psychiatry, 2003 ; 18 : 894-904

33- Kho KH et al. A meta-analysis of electroconvulsive therapy efficacy in depression. J ECT, 2003 ; 19 (3) : 139-47

34- Lam RW et al. Clinical predictors of short-term outcome in electroconvulsive therapy. Can J Psychiatry, 1999 ; 44 : 158-63

35- SFAR. Anesthésie pour électroconvulsivothérapie. Conférences d'actualisation, 1999 : 123-136

36- ANDEM. Indications et modalités de l' électroconvulsivothérapie.1997

37- Fink M, Abrams R, Bailine S, Jaffre R. Ambulatory electroconvulsive therapy. Report of task force of Association for convulsive therapy. Conv Ther, 1996 ; 12 : 42-55

38- Huuhka MJ et al. Cardiac arrhythmias induced by ECT in eldery psychiatric patients : experience with 48-hour Holter monitoring. J ECT, 2003 ; 19 (1) : 22-5

39- Petrides G, Flint M. Atrial fibrillation, anticoagulation and electroconvulsive therapy. Conv Ther, 1996 ; 12 : 91-8

40- Poulet E, Auriacombe M, Tignol J. Seuil épileptogène et électroconvulsivothérapie. Revue de la littérature et mise au point. L'Encéphale, 2003 ; XXIX : 99-107

41- Fédération française de psychiatrie. Recommandations pour la pratique clinique : indications et modalités de l'électroconvulsivothérapie. Janvier 1998

42- Little JD et al. Bifrontal electroconvulsive therapy in the eldery : a 2-year retrospective. J ECT, 2004 ; 20 (3) : 139-141

43- Sackeim HA, Devanand D,Prudic J.Stimulus intensity, seizure threshold and seizure duration : impact on the efficacy and safety of electroconvulsive therapy. Psychiatr Clin North AM, 1991 ; 14 : 803-43

44- Abrams R, Swartz C.ECT instruction manual (3rd ed), 1989

45- Fink M. Energy dosing in ECT : threshold stimulation or formula ? Convuls Ther, 1997 ; 13 : 4-6

46- Sackeim HA. The anticonvulsant hypothesis of the mechanisms of action of ECT : current status. J ECT, 1999 ; 15 (1) : 5-26

47- Sackeim HA, Decina P, Kanzler M et al. Effects of electrode placement on the efficacy of titrated low-dose ECT. Am J Psychiatry, 1987 ; 144: 1449-55

48- Sackeim HA, Decina P, Prohovnick I et al. Seizure threshold in electroconvulsive therapy : effects of sex, age,electrode placement, and number of treatments. Arch Gen Psychiatry, 1987 ; 44 : 355-60

49- Friard D, Masseix F, Lehene MC. Les électrochocs : aspects historiques. Soins Psychiatrie, 1997 ; 192 : 7-10

50- Friard D. Pourquoi s'intéresser aux électrochocs ? Les étapes d'une réflexion. Soins Psychiatrie, 1997; 192 : 5-6

51- Moraud C. De l'électroconvulsivothérapie à l'hôpital général en 1999 : étude de deux cas et réflexions. Ann psychiatr, 2001 ; 16 : 14-20

52- Sackeim HA. Mechanisms of action of electroconvulsive therapy. In, Frances A, Hales R, eds. Washington DC. American Psychiatric Press Review of Psychiatry, 1988 ; 7 : 451-9

53- Daumezon, Delamarre : Problèmes médico-légaux soulevés par la pratique de l'électrochoc. Annales de médecine légale, 1943 ; XXIII : 129-130

54- Castelain A. Electroconvulsivothérapie et éthique. Ann Med Psychol, 2000 ; 158 (5) : 413-18

55- Philpot M, Treloar A, Gormley N, Gustafson L. Barriers to the use of electroconvulsive therapy in the eldery : a European survey. Eur Psychiatry, 2002 ; 17 (1) : 41-5

56- Porot M. La mauvaise réputation : l'électrochoc, réflexions et souvenirs. Psychologie médicale, 1987 ; 19 : 1953-4

57- Auriacombe M, Poulet E, Daudet C et al. L'électroconvulsivothérapie : un traitement qui reste d'actualité. Rev Prat Med Gen, 2000 ; 14 : 1043-51

ARNAUD-CARTRON Muriel

La dépression sévère de la personne âgée : intérêt de l'électroconvulsivothérapie.
A propos de cinq cas.

RESUME

La dépression de la personne âgée est un problème de santé publique puisqu'elle toucherait 15 à 30% de la population de personnes âgées qui consulte en médecine générale. La dépression sévère (telle que définie dans le DSM IV) ne touche plus que 2 à 3% de cette population. Les difficultés diagnostiques, les co-morbidités et la mauvaise tolérance aux traitements antidépresseurs rendent la prise en charge de ces patients difficile. Depuis le début des années 80, l'électroconvulsivothérapie (ECT) redevient un traitement d'actualité, notamment dans cette indication qui représente 1/3 des ECT réalisées. C'est une thérapeutique bien tolérée, d'une rapidité d'efficacité bien supérieure à celle des antidépresseurs, qui en fait, pour cette raison, un traitement de 1ère intention lorsque le pronostic vital est en jeu (recommandations de l'ANAES, 1997). A travers 5 cas cliniques, nous avons essayé de rendre à l'ECT sa place dans l'arsenal thérapeutique et d'identifier les obstacles à sa pratique.

MOTS-CLES

Dépression sévère
Personne âgée
Electroconvulsivothérapie (ECT)
Tolérance
Efficacité
Sous-utilisation