

Processus de consentement à l'électroconvulsivothérapie (ECT)

AVIS (ET27-0708)

Rapport préparé pour : Unité d'évaluation des technologies et des modes
d'intervention en santé (UETMIS)

Par : Diane Lalancette, agente de planification, programmation et
recherche

Institut universitaire en santé mentale de Québec

Mars 2015

L'évaluation des technologies et modes d'intervention (ETMI) en santé et services sociaux vise à soutenir et à conseiller les gestionnaires, les cliniciens et les autres professionnels dans leur prise de décision en examinant les enjeux liés à l'introduction d'une nouvelle technologie ou l'implantation d'un nouveau mode d'intervention dans leur milieu.

Ce document est accessible en ligne dans la section *UETMIS* du site Web de l'IUSMQ.

L'ÉQUIPE DE L'UETMIS de l'IUSMQ

M^{me} Julie Cummings, agente de planification, de programmation et de recherche

M^{me} Louise Dubé, adjointe à la direction

M^{me} Karen Giguère, agente de planification, de programmation et de recherche

M^{me} Diane Lalancette, agente de planification, de programmation et de recherche

M. Langis Lemieux, coordonnateur UETMIS, évaluation et soutien au développement des pratiques cliniques

Dr Stéphane Poulin, directeur scientifique, psychiatre, CHU de Québec, Hôpital de l'Enfant-Jésus

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec.

Pour des renseignements sur cette publication ou toute autre activité de l'UETMIS, s'adresser à :

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé

Institut universitaire en santé mentale de Québec

2601, chemin de la Canardière

Québec (Québec) G1J 2G3

Téléphone : 418 663-5112

Courriel : louise.dube@institutsmq.qc.ca

Comment citer ce document :

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (UETMIS-IUSMQ). Processus de consentement à l'électroconvulsivothérapie (ECT). Avis d'évaluation préparé par Diane Lalancette (ET27-0708) Québec, mars 2015, 39 p.

DIVULGATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS

Aucun conflit d'intérêts n'a été rapporté.

Rédaction

Diane Lalancette, M.A. agente de planification, programmation et recherche

Collaborateurs :

Andrée Fortin, PhD, agente de planification, programmation et recherche, IUSMQ

Karen Giguère, M.Sc. agente de planification, programmation et recherche, IUSMQ

Langis Lemieux, M.Ps. coordonnateur à la programmation et à l'évaluation des services à la clientèle, IUSMQ

Morgane Lemasson, PhD, agente de planification, programmation et recherche, coordonnatrice CEECTQ, IUSMM

Simon Patry, Md, psychiatre, directeur du CEECTQ, IUSMQ

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET SIGLES

IUSMQ	Institut universitaire en santé mentale de Québec
IUSMM	Institut universitaire en santé mentale de Montréal
ECT	Électroconvulsivothérapie
AETMIS	Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
INESSS	Institut national d'excellence en santé et services sociaux
UETMIS	Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	5
1. QUESTION D'ÉVALUATION	5
1.1. La question décisionnelle :	5
1.2 Les questions d'évaluation.....	5
2. MÉTHODOLOGIE D'ÉVALUATION	5
2.1 Portrait des pratiques actuellement en cours en matière de consentement	6
2.2 Les pratiques les plus appropriées pour assurer un consentement éclairé à l'ECT chez les adultes recevant des soins psychiatriques	6
2.2.1 Recherche documentaire : sources d'information et critères	6
3. INFORMATIONS GÉNÉRALES CONCERNANT L'ECT ET LE CONSENTEMENT	7
4. RÉSULTATS DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE	8
4.1 Portrait des pratiques actuellement en cours en matière de consentement	8
4.2 Les pratiques les plus appropriées pour assurer un consentement éclairé à l'ECT chez les adultes recevant des soins psychiatriques	12
5. DISCUSSION	17
5.1 Portrait des pratiques actuellement en cours en matière de consentement à l'ECT.....	17
5.2 Pratiques les plus appropriées pour assurer un consentement éclairé à l'ECT chez les adultes recevant des soins psychiatriques.....	17
5.3 Composantes nécessaires à un formulaire de consentement éclairé à l'ECT	18
6. CONCLUSION	19
Annexe 1-Listes des établissements utilisant l'ECT (44)	20
Annexe 2-Tableau des niveaux de preuve et force de recommandations.....	22
Annexe 3-Relevé de littérature : Extraction des données	23

INTRODUCTION

Le Centre d'excellence en électroconvulsivothérapie du Québec (CEECTQ), créé en 2012, est un centre d'étude et d'expertise dans le domaine de l'électroconvulsivothérapie (ECT) dont la mission est de contribuer à une meilleure connaissance et à l'implantation des meilleures pratiques en matière d'ECT au Québec. Dans le cadre de cette mission, le CEECTQ s'est donné le mandat d'effectuer une révision du processus de consentement à l'ECT. Pour ce faire, il s'est d'abord associé à un comité d'experts en ce qui a trait à l'ECT, au consentement, aux affaires juridiques et à l'éthique afin que ces derniers puissent contribuer au processus de révision. Parallèlement, dans le cadre de la collaboration de l'Unité d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé (UETMIS) de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ) à la prise de décision, le CEECTQ a confié à ce dernier un mandat d'évaluation. L'objectif poursuivi par cette évaluation est de contribuer à l'optimisation des pratiques cliniques en matière de consentement à l'ECT au Québec.

1. QUESTION D'ÉVALUATION

1.1. La question décisionnelle :

Le CEECTQ devrait-il recommander des modifications au processus actuel de consentement à l'ECT?

1.2 Les questions d'évaluation :

- a. Quel est le portrait des pratiques actuellement en cours en matière de consentement à l'ECT?
 - Quels sont les établissements du Québec qui réalisent l'ECT?
 - Quels sont les formulaires de consentement à l'ECT utilisés au Québec?
 - Quels sont les formulaires de consentement à l'ECT utilisés ailleurs dans le monde?
- b. Quelles sont les pratiques les plus appropriées pour assurer un consentement éclairé à l'ECT chez les adultes recevant des soins psychiatriques?
- c. Quelles sont les composantes nécessaires à un formulaire de consentement éclairé à l'ECT?

2. MÉTHODOLOGIE D'ÉVALUATION

La méthodologie utilisée est basée sur une contextualisation de même que sur une recherche documentaire dans les bases de données scientifiques. La contextualisation a été abordée pour le portrait des pratiques actuelles en matière de consentement à l'ECT au Québec. La recherche des informations scientifiques a été

réalisée pour les trois questions d'évaluation. Les guides de pratiques d'organisations reconnues ont également été consultés.

2.1 Portrait des pratiques actuellement en cours en matière de consentement

Une recherche a été entreprise auprès des établissements de santé de la province de Québec dispensant actuellement l'ECT. Une liste d'établissements a été transmise par le CEECTQ (Annexe 1) et chacun d'eux a été contacté par téléphone par deux évaluateurs (A.F. et M.L.). Les répondants de ces établissements devaient indiquer s'ils dispensaient encore l'ECT et s'ils utilisaient le formulaire de consentement AH-110 ou un autre formulaire. Lorsqu'un autre formulaire de consentement était utilisé, ce dernier était transmis aux évaluateurs.

Dans un deuxième temps, une recherche documentaire a permis de répertorier des informations liées aux formulaires de consentement d'établissements de différents pays de même qu'en ce qui a trait aux guides de pratique provenant d'organisations reconnues. Ces informations ont été considérées et colligées.

2.2 Les pratiques les plus appropriées pour assurer un consentement éclairé à l'ECT chez les adultes recevant des soins psychiatriques

La détermination des pratiques appropriées quant à la procédure de consentement a été faite à partir d'une revue de la littérature disponible au moment de l'étude soit du mois de mars 2014 à août 2014. Par ailleurs, une consultation d'organisations reconnues diffusant des guides de pratique en matière de santé mentale a également été réalisée.

2.2.1 Recherche documentaire : sources d'information et critères

Une première consultation de la littérature a été réalisée auprès de l'*American Psychiatric Association* (APA), des *Guidelines for Health Authorities in British Columbia* et de la *Canadian Psychiatric Association* (CPA). Dans un deuxième temps, les bases de données suivantes ont été consultées : PUBMED, CINAHL, PsychInfo, Embase, Trip Database, Cochrane, InfoClinique, Centre for Reviews and Dissemination de l'Université de York, National Guideline Clearinghouse, Clinical Knowledge Summaries, l'Infobanque AMC de l'Association médicale canadienne, National Institute for Health and Care Excellence-NICE, Qualité des services de santé Ontario et Recommandations du Comité consultatif ontarien des technologies de la santé (CCOTS). Les mots clés utilisés pour la recherche documentaire sont les suivants :

Français :	Consentement ou formulaire de consentement
	Électroconvulsivothérapie ou électrochocs ou sismothérapie
Anglais :	Consent or consent forms

Electroconvulsive therapy or ECT or electroshock or shock treatment or shock therapy or Electroshock therapy or electroconvulsive shocks or electrotherapy or electric shock therapy.

Les documents retenus abordaient les aspects éthique, juridique et organisationnel de l'ECT. De plus, seuls les documents concernant une clientèle adulte présentant des problèmes de santé mentale ont été retenus. Les documents rédigés en anglais ou en français et ayant été publiés depuis les années 2000 jusqu'au mois d'août 2014 ont été considérés. Les références citées dans les articles retenus et jugées pertinentes ont également été consultées.

3. INFORMATIONS GÉNÉRALES CONCERNANT L'ECT ET LE CONSENTEMENT

L'ECT, aussi appelée traitement par électrochocs ou sismothérapie, est une intervention médicale consistant à provoquer des convulsions par le passage bref de courant électrique de faible intensité dans le cerveau de la personne sous anesthésie générale, au moyen d'électrodes. Cette technique a été introduite parmi les traitements psychiatriques en 1938 (AETMIS, 2003). Au fil des ans, les connaissances relatives à son fonctionnement de même que ses modalités d'utilisation ont considérablement évolué. Toutefois, en dépit d'une efficacité validée pour certaines pathologies spécifiques, l'utilisation de l'ECT demeure, depuis son introduction, une technique controversée tant sur le plan social que scientifique.

Toute personne devant recevoir l'ECT doit préalablement consentir librement au traitement. À cet effet, le code civil du Québec stipule que :

« Toute personne est inviolable et a le droit à son intégrité. Sauf dans les cas prévus par la loi, nul ne peut lui porter atteinte sans son consentement libre et éclairé. » (1991, c. 64, a. 10.)

Et

« Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'exams, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention. Si l'intéressé est inapte à donner ou à refuser son consentement à des soins, une personne autorisée par la loi ou par un mandat donné en prévision de son inaptitude peut le remplacer. » (1991, c. 64, a. 11.)

Afin de donner son consentement éclairé, la personne doit préalablement obtenir l'information se rapportant aux soins qui lui seront fournis. À cet effet, la loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec stipule que :

« Tout usager des services de santé et des services sociaux a le droit d'être informé sur son état de santé et de bien-être, de manière à connaître, dans la mesure du possible, les différentes options qui s'offrent à lui ainsi que les risques et les conséquences généralement associés à chacune de ces options avant de consentir à des soins le concernant... » 1991, c.42, a.8; 2002, c.71, a.4.

Puisque l'utilisation de cette thérapie s'adresse principalement à une clientèle atteinte d'une problématique de santé mentale et dont, de ce fait, le jugement peut être altéré par la maladie, le processus de consentement à ce dernier nécessite une attention particulière. En outre, la notion de consentement éclairé de même que celle de libre de contraintes, composantes essentielles au processus de consentement, prennent un sens particulier pour cette clientèle vulnérable. Ainsi, la détermination d'une procédure de consentement à l'ECT rigoureuse et adaptée aux particularités de la clientèle vulnérable à laquelle elle s'adresse s'avère déterminante. C'est dans ce contexte que le projet provincial sur le consentement à l'ECT s'inscrit. Il se veut une réponse aux recommandations de l'AETMIS (2003) en ce qui a trait à l'amélioration des modalités de consentement.

4. RÉSULTATS DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE

4.1 Portrait des pratiques actuellement en cours en matière de consentement

Dans un premier temps, la consultation des différents établissements de santé de la province de Québec offrant l'ECT a permis d'obtenir une vue d'ensemble du contenu des formulaires de consentement utilisés pour 44 établissements (Annexe 1). L'ensemble des informations obtenues a été colligé dans le tableau ci-contre. Les établissements consultés ne figurant pas dans ce tableau utilisent le formulaire AH-110. Par la suite, la recherche documentaire succincte a permis de répertorier les informations pour onze établissements à l'extérieur du Québec. Ces informations ont été ajoutées au tableau afin d'obtenir une vue d'ensemble de la pratique en matière de formulaire de consentement à l'ECT.

Tableau 1-Synthèse des formulaires de consentement aux ECT (avril 2014)

ID formulaire	Section ou formulaire dédié ECT (oui / non)	Nombre traitement requis indiqué (oui / non)	Cons. anesthésie (oui / non)	Cons. Traitement phase aiguë (oui / non)	Cons. Traitement d'entretien (oui / non)	Signature témoin (oui / non)	Document explicatif (D / I / ND) ¹	Éléments du document explicatif					Particularités
								Définition ECT (✓)	Bénéfices (✓)	Effets secondaires (✓)	Risques (✓)	Traitements alternatifs (✓)	
AH-110 (MSSS) ²	oui	oui	oui	non	non	oui	ND	-	-	-	-	-	
PROVINCE QUÉBEC													
IUSMQ	oui	non	oui	non	non	oui	I	✓	✓	✓	✓	✓	Explication de la préparation avant l'ECT. Autorisation présence d'observateurs.
HMR	oui	oui *	oui	oui	oui	oui	I	✓	✓	✓	✓	-	Explication de la préparation avant l'ECT. Consentement ECT distinct des formulaires phase aiguë et d'entretien. * endroit prévu sur le formulaire section 3), mais indéterminé dans les deux autres formulaires.
Centre Univ Santé McGill	non	non	oui	non	non	oui	ND						
H. Général Juif	oui	oui	oui *	non	non	oui	ND	-	-	-	-	-	Versions française et anglaise * consentement anesthésie dans formulaire général distinct.
CH St-Mary	oui	oui	oui	non	non	non	I	-	-	✓	✓	-	Au-dessus signature du MD on mentionne que bienfaits de l'ECT ont été expliqués, par contre pas écrit dans document comme ce l'est pour les risques.
CHUL	non	non	non	non	non	oui	D *	?	?	?	?	?	Consentement anesthésie probablement sur un autre formulaire. * Texte explicatif disponible auprès du personnel ou sur site web CHUQ
CH Archipel	oui	oui	non	non	non	non	D*	?	?	?	?	?	Formulaire TRÈS court. * document explicatif serait disponible tel qu'indiqué sur le formulaire.
HD Montmagny	Idem AH-110						D	✓	✓	✓	✓	✓	AH-110 avec document explicatif distinct et bien fait. Inclut info sur moyens d'éviter rechutes et mode de vie.
CH Baie des Chaleurs	oui	non	non	non	non	oui	I	✓	-	✓	✓	✓	
HGM-CUSM	non	non	oui *	non	non	oui	ND	-	-	-	-	-	Bilingue * consentement anesthésie combiné à consentement chirurgie et acte diagnostique ou thérapeutique.
University of Virginia Health System (USA)	oui	non	oui	non	oui	oui	I	✓	-	✓	✓	oui	Explication de la préparation avant l'ECT. Particularités intéressantes à consulter (ex. possibilité de visionner une vidéo au sujet de l'ECT).

ID formulaire	Section ou formulaire dédié ECT (oui / non)	Nombre traitement requis indiqué (oui / non)	Cons. anesthésie (oui / non)	Cons. Traitement phase aiguë (oui / non)	Cons. Traitement entretien (oui / non)	Signature témoin (oui / non)	Document explicatif (D / I / ND) ¹	Éléments du document explicatif					Particularités
								Définition ECT	Bénéfices (✓)	Effets secondaires ✓/Δ	Risques (✓)	Traitements alternatifs (✓)	
HORS QUÉBEC													
Western Australia (Australie)	oui	oui	oui *	non	non	oui	I	✓	-	✓	✓	-	Cases à cocher pour chaque affirmation à consentir. Consentement à prélèvement sanguin si incident survient au personnel avec aiguille ou autre. Section à compléter si usager non-volontaire ou accusé de trouble mental. * Formulaire consentement anesthésie distinct
Queensland (Australie)	oui	oui *	oui	oui	oui	oui	I	✓	✓	✓	✓	?	Mention du risque de ne pas recevoir l'ECT. Un document d'info ECT supplémentaire intitulé « Patient copy » est remis à l'usager et à la famille (laisse temps de réflexion avant de signer le consentement, inclue explications de la préparation avant l'ECT). Mention par le médecin de l'aptitude à consentir de l'usager. Révision du consentement après 12 traitements ou 3 mois. * Un nouveau consentement est demandé si d'autres traitements sont requis.
Vermont (USA)	oui	non *	non	oui	non	oui	I	✓	✓	✓	✓	✓	Explication de la préparation avant l'ECT. Beaucoup d'info sur la possible perte de mémoire (accent répétitif). * Mention d'un consentement à un maximum de 12 traitements
J. Hopkins (USA)	oui	non *	non	oui	oui *	oui	D	✓	✓	✓	✓	✓	Explication de la préparation avant l'ECT. * Mention d'un consentement à un maximum de 18 traitements ou 6 mois de traitement d'entretien. Un nouveau consentement est demandé si d'autres traitements sont requis lors d'une autre hospitalisation, même si les 18 traitements non pas été épuisés, sauf pour l'entretien. Autorisation présence d'observateurs. Si incapacité à signer, la raison est indiquée.
NewYork Presbyterian hospital (USA)	oui	non	non	non	non	non	I	✓	✓*	✓	✓	-	* Peu d'informations sur les bénéfices de l'ECT Autorisation présence d'observateurs.
Duke university hospital (USA)	oui	non *	non	non	non	oui	I	✓	✓	✓	✓	-	* Mention d'un consentement à un maximum de 15 traitements. Un nouveau consentement est demandé si d'autres traitements sont requis
APA (2001) (USA)	oui	non *	non	oui	oui	non	I	✓	✓	✓	✓	✓	* Mention d'un consentement à une série de 6 à 12 traitements (phase aiguë) ou durée minimale de 6 mois (entretien). Un nouveau consentement est demandé si d'autres traitements sont requis.

ID formulaire	Section ou formulaire dédié ECT	Nombre traitement requis indiqué (oui / non)	Cons. anesthésie (oui / non)	Cons. Traitement phase aiguë (oui / non)	Cons. Traitement entretien (oui / non)	Signature témoin (oui / non)	Document explicatif (D / I / ND) ¹	Éléments du document explicatif					Particularités
								Définition ECT	Bénéfices (✓)	Effets secondaires (✓)	Risques (✓)	Traitements alternatifs (✓)	
Royal college of psychiatry (2012) (London, United Kingdom)	oui	oui	non	non	non	oui	ND*	-	-	-	-	-	Formulaire très épuré, cases à cocher. * Explications données de vive voix ou guide d'info (au choix du professionnel de la santé, case à cocher) Mention de pouvoir changer d'idée même après consentement. Endroit prévu pour signature de l'utilisateur pour retrait de consentement.
Oxford (2002) (United Kingdom)	oui	non	non	non	non	oui	I	✓	✓	✓	✓	✓	Mention risque de ne pas recevoir l'ECT
Oxford (2009) (United Kingdom)	oui	oui	non	non	non	oui	I	✓	✓	✓	✓	-	Explications avec exemples comparatifs (rend l'info plus accessible)

¹ D : distinct, I : intégré, ND : non disponible

² Tous les établissements de la province de Québec qui ont été consultés et qui ne figurent pas dans ce tableau utilisent le formulaire de consentement général AH-110 pour le consentement à l'ECT.

Légende :

IUSMQ : Institut universitaire en santé mentale de Québec

HMR : Hôpital Maisonneuve-Rosemont

CHUL : centre hospitalier de l'Université Laval

HGM-CUSM : Hôpital Général de Montréal- Centre universitaire de santé McGill

APA : American psychiatric association

4.2 Les pratiques les plus appropriées pour assurer un consentement éclairé à l'ECT chez les adultes recevant des soins psychiatriques

La recherche documentaire n'a pas permis de trouver de documents scientifiques présentant des niveaux de preuve variables (voir la nomenclature à l'Annexe 2). Cependant, compte tenu de la nature des questions d'évaluation de même que de l'absence de recherches à haut niveau de preuve répondant spécifiquement à cette question, il a été convenu de considérer tous les documents jugés pertinents. Les informations contenues dans ces articles et documents ont été extraites et sont présentées de manière exhaustive à l'Annexe 3. Le tableau ci-contre présente la procédure en ce qui a trait à la sélection des articles. Enfin, le tableau suivant (Tableau 3) constitue un résumé des informations extraites et colligées lors de la recherche documentaire.

Tableau 2 : Diagramme de sélection des articles dans les bases de données

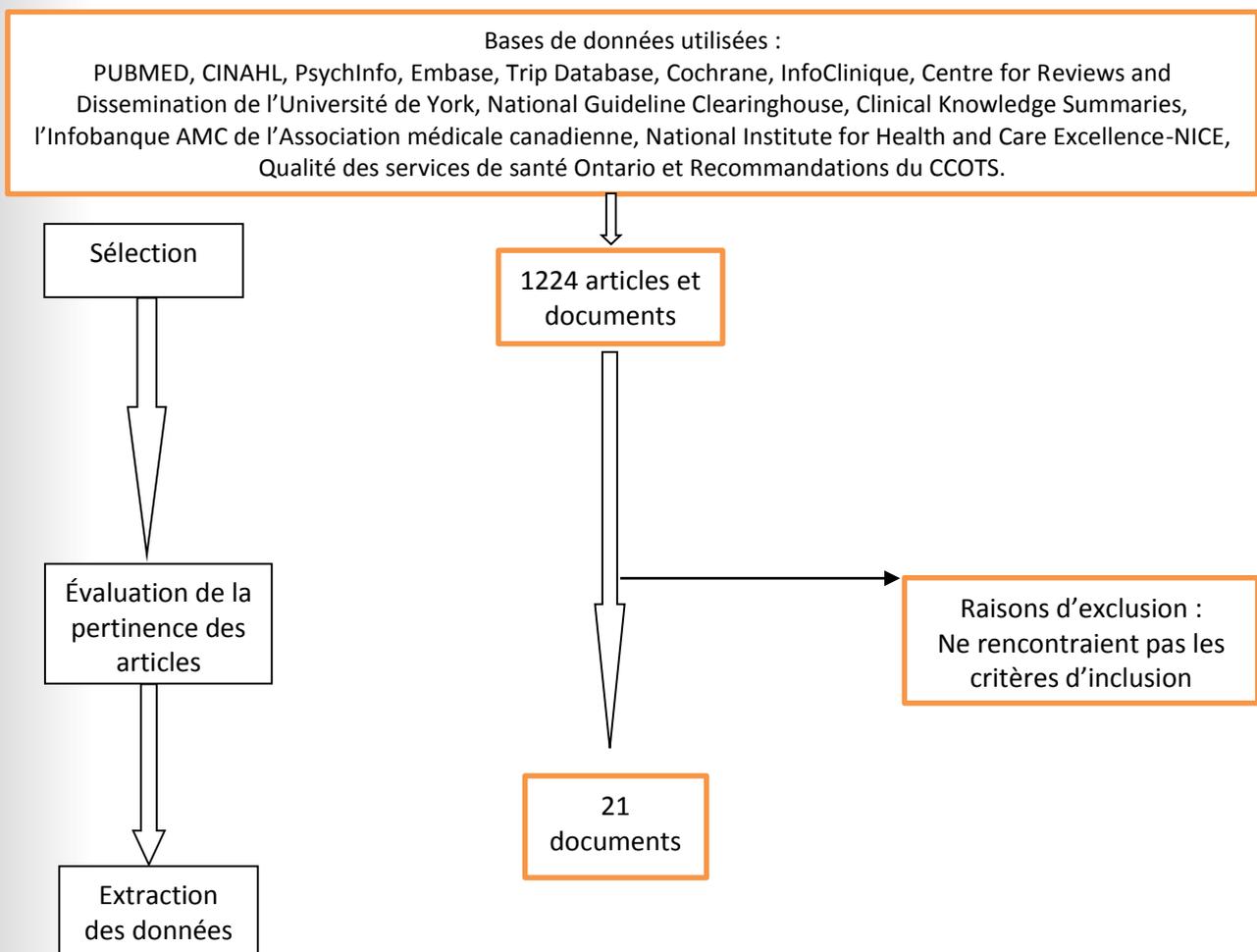


Tableau 3. Résumé des principales recommandations retrouvées dans la littérature

Avant l'ECT	Pendant l'ECT
<p>S'assurer de l'aptitude à consentir :</p> <ul style="list-style-type: none"> • capacité présumée initialement pour tous les usagers; • personne capable de recevoir information, la comprendre, raisonnement quant aux risques et avantages, et exprimer un choix; • recourir à un consentement substitué lorsque la personne est inapte; • chercher à obtenir le consentement de la personne inapte afin de préserver le lien thérapeutique. 	<p>Interaction entre le médecin et l'utilisateur quant à l'évolution du traitement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Progrès; • Effets adverses; • Modification dans le ratio avantages/risques; • Changements dans la procédure ou technique.
<p>Inclure les familles ou personnes significatives afin :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apporter un soutien aux usagers dans la prise de décision; • Diminuer les résistances des familles (corriger les fausses croyances); • Outiller les familles pour le soutien à apporter à l'utilisateur. 	<p>Nouveau consentement lorsque la série initialement consentie est terminée (12 à 15 traitements ou après 6 mois).</p>
<p>Inclure un pair aidant ayant déjà reçu l'ECT et capable d'en parler à l'utilisateur (bonnes habiletés relationnelles et de communication).</p>	<p>Nouveau consentement requis lorsque la personne passe à la phase d'entretien.</p>
<p>Inclure un défenseur des droits de l'utilisateur.</p>	<p>Nouveau consentement requis lorsqu'il y a modification dans la procédure ou le traitement.</p>
<p>Document d'information accessible pour l'utilisateur (niveau de langage, format, origines de l'utilisateur (traduction si nécessaire dans les langues officielles)).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attention : trop de détails peuvent être contre-productif document trop long également; • L'enseignement peut améliorer la capacité à consentir même pour les personnes âgées dépressives chroniques; • Niveau d'enseignement maximal au-delà duquel il n'y a plus d'amélioration; • L'utilisateur peut choisir de ne pas être informé de tous les détails. 	<p>Nouveau consentement requis lorsque le ratio risques/avantages change.</p>
<p>Document vidéo ou « Flashcard » peut aider certains usagers (soutien visuel pour les usagers analphabètes et illustration de la procédure pour tous).</p>	<p>Tenir compte que la maladie peut affecter la prise de décision.</p>

Avant l'ECT	Pendant l'ECT
Discussion avec le médecin et le personnel médical : <ul style="list-style-type: none"> • Clarification des informations reçues; • Risques; • Controverses (effet placebo, mode de fonctionnement, lésions cérébrales); • Individualisation de l'information; • Ajoute informations complémentaires; • Répondre aux questions; • Rassurer; • Persuasion et non contrainte; • Possibilité de retirer consentement en tout temps. 	Consentement répété aux six mois.
Consultation des spécialistes concernés (anesthésiologiste, neurologue, cardiologue).	Tenter d'obtenir le consentement de la personne inapte lorsque la capacité décisionnelle est améliorée.
Soutien psychologique à l'utilisateur et à sa famille.	Accompagnement multidisciplinaire.
Temps alloué à l'utilisateur pour réfléchir, obtenir réponse à ses questions, consulter et prendre sa décision.	Répéter l'information basée sur les données probantes (l'utilisateur peut oublier en raison des traitements ou de la maladie).
Formulaire de consentement pour la phase aiguë (copie remise à l'utilisateur)	Soutien psychologique à l'utilisateur et à sa famille.
Formulaire de consentement pour la phase d'entretien (copie remise à l'utilisateur)	
Consentement à une série de traitement.	
Processus et aptitude notés au dossier.	
Attention au processus trop lourd qui peut nuire aux soins de l'utilisateur.	

Par ailleurs, la consultation d'organisations reconnues a permis de répertorier des recommandations en ce qui a trait à la procédure de consentement. Ces dernières ont été regroupées par catégories au tableau 4 et les organisations en ayant fait la recommandation y sont précisées.

Tableau 4. Recommandations quant à la procédure de consentement à l'ECT

Recommandations – données probantes	Source ¹	Localisation de l'information (établissement)
EXIGENCES		
Le consentement devrait être obtenu de l'utilisateur sauf en cas d'inaptitude à consentir.	APA	DC (démarche de consentement, procédure)
Le consentement est donné pour une série de traitements spécifiés ou pour une période de traitements d'entretien.	APA	FC (formulaire de consentement)
Le consentement à des traitements futurs peut être retiré en tout temps.	APA	FC, DC
CONSENTEMENT - À QUEL MOMENT ET PAR QUI		
Le consentement éclairé à l'ECT devrait être obtenu avant le début d'une série de traitement en phase aiguë ou avant le début d'une période d'ECT d'entretien.	APA, CPA	DC
Lorsqu'un grand nombre de traitements devient nécessaire durant une série de traitement en phase aiguë.	APA	DC
La conférence de consensus des <i>National Institutes of Health</i> de 1985 propose de vérifier que l'utilisateur renouvelle son consentement avant chaque nouvelle séance d'ECT.	AETMIS (NIH 1985)	DC
Pour une période de traitements d'entretien, le consentement devrait être répété au moins tous les 6 mois.	APA	DC, FC
Pour un traitement d'entretien, un nouveau consentement devrait être obtenu après 6 mois ou à chaque 15 traitements.	BC	DC, FC
Le consentement devrait être obtenu par le médecin-psychiatre traitant ou autre médecin qui connaît l'utilisateur et l'ECT.	APA, CPA	DC, FC
Si un consentement à l'anesthésie distinct du consentement à l'ECT est requis, il devrait être obtenu par un anesthésiologiste autorisé.	APA	DC, FC
Au cours de la série d'ECT, l'utilisateur devrait recevoir un suivi des progrès et des effets secondaires et avoir la possibilité de demander des informations.	APA	DC
Si le consentant exprime une réticence au traitement avant ou durant le traitement, il devrait être ré-informé de son droit d'accepter ou refuser le traitement.	APA	DC
Avec l'accord de l'utilisateur, la famille devrait être associée à chaque étape du processus consultatif.	AETMIS	DC, B
INFORMATIONS GÉNÉRALES		
Description de l'ECT devrait être transmise via un document écrit et une copie devrait être remise au consentant.	APA, AETMIS, BC	B, FC
Du temps doit être alloué à l'utilisateur pour obtenir réponse à ses questions.	CPA	DC, B
Du temps doit être alloué à l'utilisateur pour réfléchir aux options et les discuter avec ses amis, ses proches et l'équipe de soins.	BC	DC, B
Informations spécifiques à l'utilisateur devraient être transmises oralement par le médecin-psychiatre traitant ou autre médecin qui connaît l'utilisateur, ainsi que par d'autres membres du personnel.	APA	DC
Autres sources d'information peuvent être utiles (ex. vidéo).	APA, BC	DC, B, FC
Le consentant devrait être informé des modifications significatives apportées au traitement pouvant avoir un impact majeur sur les risques et/ou bénéfices. Celles-ci devraient être documentées au dossier clinique.	APA	DC

¹ AETMIS : Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (maintenant l'INESSS), CPA : Canadian psychiatric association, APA : American psychiatric association, BC : Guidelines for health authorities in British Columbia

Recommandations – données probantes	Source	Localisation de l'information (établissement)
Toute information devrait être fournie sous une forme compréhensible pour le consentant et devrait être suffisante pour permettre de comprendre les risques et bénéfices de l'ECT et d'évaluer les traitements alternatifs disponibles.	APA	B, FC
Le consentant devrait avoir l'opportunité de poser des questions pertinentes sur l'ECT et les traitements alternatifs.	APA	DC, B
Les informations données à l'utilisateur devraient être documentées (ex. documents écrits remis à l'utilisateur, vidéos vues par l'utilisateur) ainsi que l'aptitude à consentir (si inapte, documenter aussi les raisons).	BC	DC, FC
INFORMATIONS SPÉCIFIQUES		
Qui recommande l'ECT et pour quelle raison.	APA	FC
Description des traitements alternatifs applicables.	APA, CPA	DC, B
Description de la procédure d'ECT incluant le moment où les traitements auront lieu ainsi que l'endroit.	APA, BC	DC, B, FC
Fournir une liste de sources d'informations sur l'ECT (sites Internet, livres, vidéo).	BC	B, DC
Discussion des avantages et risques des divers stimuli engendrés selon l'emplacement des électrodes et le choix qui a été fait pour l'utilisateur.	APA	DC
Le nombre habituel de séances d'ECT administrés et une déclaration qu'un nouveau consentement devra être obtenu si le nombre de séances d'ECT excède le nombre maximum mentionné.	APA	DC
Déclaration qu'il n'y a aucune garantie que l'ECT sera efficace.	APA	B, FC
Déclaration concernant la nécessité d'un traitement d'entretien (« continuation treatment »).	APA	B, DC
Description de la probabilité et de la sévérité (en termes généraux) des risques majeurs associés à la procédure (incluant la mortalité, problème cardiopulmonaire, confusion, détérioration aiguë et permanente de la mémoire) et effets secondaires mineurs (ex. maux de tête, douleurs musculaires).	APA, CPA	B, FC, DC
Déclaration que le consentement à l'ECT entraîne aussi un consentement à un traitement d'urgence approprié si cliniquement nécessaire pendant que l'utilisateur n'est pas pleinement conscient.	APA	FC, DC
Description de toutes les restrictions au comportement de l'utilisateur nécessaires avant, durant et après une séance d'ECT (période à jeun, médication personnelle, fonctionnement de la salle de récupération).	APA, BC	B, FC
Informations pour usagers ambulatoires (avoir une personne responsable pour les conduire à la maison, ne pas conduire l'auto ni boire d'alcool pour 24h après, etc.).	BC	B, FC
Offre de réponse aux questions en tout temps concernant le traitement recommandé et le(s) nom(s) de la (des) personne(s) qui peut (peuvent) être contactée (s) pour y répondre.	APA	FC, B
Déclaration que le consentement à l'ECT est fait sur une base volontaire et peut être retiré en tout temps.	APA	B, FC
CAPACITÉ À CONSENTIR – considérations générales		
L'utilisation de l'ECT requiert le consentement volontaire d'un individu ayant la capacité de prendre une telle décision.	APA, AETMIS	DC
Les individus ayant un problème de santé mentale sont considérés comme ayant la capacité de consentir à l'ECT à moins que la preuve du contraire soit évidente. En situation de psychose, d'un raisonnement irrationnel ou d'une hospitalisation involontaire, la capacité à consentir peut être altérée mais ne constitue pas une preuve d'incapacité.	APA	DC
À moins d'être autrement spécifié, la détermination de la capacité à consentir devrait généralement être faite par le médecin traitant de l'utilisateur. Si le médecin traitant n'est pas en mesure de déterminer la capacité à consentir, un autre médecin (non associé aux soins à l'utilisateur) peut être consulté.	APA, CPA, AETMIS	DC
Dans le cas d'un refus ou d'un retrait de consentement à l'ECT, le médecin ou le psychiatre traitant devrait informer le consentant des effets anticipés de cette action sur l'évolution clinique et la planification du traitement.	APA, CPA	DC

Recommandations – données probantes	Source	Localisation de l'information (établissement)
USAGER APTE À CONSENTIR		
L'ECT devrait être administrée seulement en présence d'un accord volontaire de l'utilisateur, incluant la signature d'un document officiel de consentement.	APA	DC, FC
USAGER INAPTE À CONSENTIR		
Les lois concernant le consentement à un traitement devraient être appliquées, incluant les mesures pertinentes aux situations d'urgence pour lesquelles un délai de traitement peut conduire à la mort ou à une détérioration sérieuse de la santé.	APA	DC
Le nom d'un mandataire devrait être disponible.	APA	DC
Dans la mesure permise par la loi, devraient être prises en considération toute position précédemment exprimées par l'utilisateur lorsqu'il était déterminé ou présumé apte ainsi que l'opinion des principales personnes significatives.	APA	DC

Légende :

DC= Dossier de la personne

FC=Formulaire de consentement

B= Brochure

5. DISCUSSION

5.1 Portrait des pratiques actuellement en cours en matière de consentement à l'ECT

L'ECT est une modalité d'intervention largement utilisée dans la province de Québec. Toutefois, la consultation des établissements offrant ce traitement a permis de constater d'importants écarts en ce qui a trait au processus de consentement de même qu'au contenu des formulaires de consentement utilisés. Ainsi, certains établissements du Québec consultés, à l'instar de la majeure partie des établissements extérieurs à la province consultée, utilisent des documents explicatifs en ce qui a trait à l'ECT alors que d'autres non. En outre, lorsque ces derniers sont disponibles, force est de constater qu'ils n'offrent également pas la même somme d'informations. Cette situation fait donc en sorte que les usagers des établissements du Québec devant prendre une décision quant à recevoir ce traitement ne disposent pas de l'ensemble des informations disponibles et pertinentes pouvant leur permettre d'effectuer un consentement éclairé. Par ailleurs, il s'avère que les formulaires de consentement, lorsqu'ils sont spécifiquement dédiés au consentement à l'ECT, ne contiennent également pas tous les mêmes informations. Ainsi, pour certains usagers, il n'est pas possible de consentir à un nombre prédéterminé de traitements ou encore à une phase spécifique de traitements de sorte que leur consentement semble moins précis et présente, de ce fait, un écart quant à l'ensemble des usagers devant recevoir ce traitement.

5.2 Pratiques les plus appropriées pour assurer un consentement éclairé à l'ECT chez les adultes recevant des soins psychiatriques

La consultation de la littérature a permis de relever un ensemble de pratiques pouvant favoriser un consentement libre et éclairé des personnes auxquelles l'ECT est recommandée. Bien qu'il n'y ait pas de

documents scientifiques à haut niveau de preuve indiquant clairement ce qui doit être fait, la somme des documents disponibles, dont des guides de pratique d'organisations reconnues, propose des pratiques sensiblement similaires. Ainsi, la condition de santé des usagers évoluant au cours du processus et pouvant agir sur la capacité à consentir, doit être considérée tout au long d'un processus individualisé. De plus, les personnes mêmes les plus atteints par la maladie, doivent bénéficier de l'information la plus complète et accessible en tout temps afin d'être en mesure de consentir de manière libre et éclairée. Il est notamment recommandé de varier les modalités de présentation de l'information, de les adapter au niveau de compréhension de l'utilisateur (langue, niveau de langage, niveau de scolarité, niveau d'intérêt de la personne quant à recevoir l'information) de les répéter au besoin et d'inclure, lorsqu'il est possible de le faire, une tierce personne dans le processus de consentement que ce soit la famille, une personne significative ou encore un usager ayant l'expérience personnelle de ce traitement et étant disposé à en témoigner (pair aidant). Enfin, il est également mentionné que les usagers doivent savoir précisément à quoi ils consentent, que leur consentement doit être révisé au cours du processus et qu'ils sont tout à fait libres de choisir de refuser ce traitement s'ils le considèrent non approprié pour eux.

5.3 Composantes nécessaires à un formulaire de consentement éclairé à l'ECT

La consultation des recommandations faites par l'Association américaine de psychiatrie, l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (aujourd'hui INESSS), l'Association Canadienne de psychiatrie, les Guidelines for Health Authorities in British Columbia, a permis de préciser les informations pertinentes devant se retrouver dans un formulaire témoignant d'un consentement libre et éclairé des personnes. En outre, la comparaison avec les formulaires utilisés dans la province de Québec de même que le AH-110, a permis de mettre en lumière des lacunes en ce qui a trait aux informations s'y retrouvant. Ainsi, il s'avère nécessaire de procéder à une uniformisation de même qu'à une adaptation du formulaire de consentement actuel en s'assurant notamment d'y préciser les phases de traitement, le nombre de séances, les risques possibles, les bénéfices attendus, etc. De cette façon, tous les personnes de la province devant prendre une décision quant à recevoir ou non ce traitement pourront le faire de manière libre et éclairée en participant à un processus uniforme et en disposant de toute l'information pertinente.

6. CONCLUSION

Le mandat d'évaluation confié par le CEECTQ à l'UETMIS de l'IUSMQ a permis de mettre en lumière des écarts significatifs en ce qui a trait au processus de consentement à l'ECT dans la province de Québec. Toutefois, les informations recueillies lors du processus d'évaluation et contenues dans le présent document représentent des pistes d'amélioration importantes au processus de consentement libre et éclairé à l'ECT au Québec. Ainsi, il semble clair que les informations recueillies appuient le CEECTQ quant à des recommandations des modifications au processus de consentement actuellement en cours. Ces dernières peuvent donc constituer un point de départ en ce qui a trait aux changements à apporter afin que toutes personnes qui se voient recommander l'ECT puissent consentir ou non au traitement, et ce de manière libre et éclairée.

Annexe 1-Listes des établissements utilisant l'ECT (44)

Montréal (11)

Hôpital Sacré-Cœur (Pavillon Albert-Prévost)
Centre universitaire de santé McGill-Hôpital Royal Victoria
Centre hospitalier de St. Mary
Hôpital Jean-Talon (Clinique externe de psychiatrie)
Hôpital général juif-Sir Mortimer B. Davis
Hôpital Maisonneuve-Rosemont
Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM)
Institut universitaire en santé mentale Douglas
Institut Philippe-Pinel de Montréal
Hôpital Charles LeMoyne (CUSM)
Hôpital général de Montréal (CUSM)

Québec (5)

Institut universitaire en santé mentale de Québec
CHU - Hôpital de l'Enfant-Jésus
CHU - Hôpital du Saint-Sacrement
Hôtel-Dieu de Lévis
CHUQ-Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL)

Autres régions (28)

Hôpital Sainte-Croix (Drummondville)
Hôpital du Haut-Richelieu (Saint-Jean-sur-Richelieu)
Hôpital Hôtel-Dieu/CSSS de Saint-Jérôme
Hôpital de Granby
Hôpital/CSSS du Suroît (Salaberry-de-Valleyfield)
Hôpital/CSSS Pierre-Boucher (Longueuil)
Centre hospitalier régional du Grand-Portage (Rivière-du-Loup)
Hôpital régional- Rimouski
Hôpital de Baie-Saint-Paul

Annexe 1-Listes des établissements utilisant l'ECT (44) (suite)

Centre Hospitalier Beauce-Etchemin-Saint-Georges

Centre hospitalier de Gaspé

CHUS - Hôtel-Dieu

Centre de santé et de services sociaux de l'Énergie – Hôpital du centre-de-la-Mauricie

Lakeshore General Hospital - Pointe-Claire

Centre hospitalier Baie-des-Chaleurs

Centre de santé et de services sociaux de Lac-St-Jean-Est -Pavillon Hôtel-Dieu

Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi

Centre hospitalier Rouyn-Noranda

Hôpital Hôtel-Dieu de Roberval

Centre hospitalier régional de Trois-Rivières - Pavillon Ste-Marie

Hôpital Honoré-Mercier (Saint-Hyacinthe)

Hôtel-Dieu d'Arthabaska (Victoriaville)

Hôtel-Dieu de Sorel

Centre intégré de services de 1^{ère} ligne de l'ouest de l'île (Laval)

Centre de santé et de services sociaux de Sept-Iles

Centre hospitalier de l'Archipel (Cap-aux-Meules)

Centre hospitalier Pierre-Janet (Gatineau)

Hôtel-Dieu de Montmagny

Source : CEECTQ, Morgane Lemasson, APPR-IUSMM

Annexe 2-Tableau des niveaux de preuve et force des recommandations

Niveau	Définition	Grade des recommandations
1	Essais comparatifs randomisés de forte puissance (effectifs suffisants) Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés Analyse de décision basée sur des études bien menées	A (Prouvé) Preuve scientifique établie
2	Essais comparatifs randomisés de faible puissance (effectifs insuffisants) Études comparatives non randomisées bien menées Études de cohortes	Présomption scientifique B (Probable)
3	Études de cas témoins	Faible niveau de preuve C (Accepté)
4	Études comparatives comportant des biais importants Études rétrospectives - Séries de cas	Faible niveau de preuve C (Accepté)

Annexe 3-Relevé de littérature : Extraction des données

<p>1. Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) (2003). L'utilisation des électrochocs au Québec Rapport préparé par Reiner Banken. (AETMIS 02-05 RF). Montréal : AETMIS, 2003, xvii-103 p.</p>	<p>Revue systématique (niveau de preuve 1)</p>	<p>Donner l'information basée sur les données probantes à l'utilisateur.</p> <p>Document remis à l'utilisateur qui l'accompagne dans son processus de décision</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contenant des recensions systématiques de données scientifiques; • Participation systématique d'utilisateurs dans le processus d'élaboration du guide de pratique clinique permet; • D'intégrer le point de vue des usagers dans le processus de décision concernant les programmes; • Thérapeutiques proposés. <p>Associer la famille au processus de consentement.</p> <p>Soutien psychologique apporté pour l'utilisateur et sa famille.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Répéter l'information basée sur les données probantes à l'utilisateur en raison de l'amnésie et éviter impression traitement coercitif • L'utilisateur doit renouveler son consentement avant chaque nouvelle séance d'ECT (initié par le médecin)
<p>2. Rose,D.S, T.H. Wykes, J.P. Bindman, P.S. Fleischmann. (2005). Information, consent and perceived coercion : Patients' perspectives on electroconvulsive therapy. The British Journal of Psychiatry, (Vol 186(1), pp. 54-59).</p>	<p>Revue systématique (niveau de preuve 1)</p>	<p>La maladie, la médication et les traitements peuvent diminuer la capacité de rétention de l'information des usagers et altérer leur capacité à consentir.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Répéter l'information avant chaque traitement jusqu'à une compréhension adéquate de la procédure. • Utilisation de vidéo et de Flashcard. • De l'information complète au sujet d'avantages potentiels et des effets secondaires, y compris la perte de la mémoire, devrait être donnée aux usagers. • Les professionnels devraient assurer que personne ne signe le formulaire du consentement à l'ECT sous contrainte. <p>***Une étude de Bruns (2001) sur le consentement éclairé aux traitements de psychopharmacologie parmi les usagers psychiatriques ayant un long séjour d'hospitalisation. Les auteurs ont constaté un manque de connaissance au sujet de médicaments et de la raison pour laquelle ils sont donnés. De plus, quatre-vingt-deux pour cent ne savaient pas qu'ils pouvaient refuser leurs médicaments. Ces malades étaient néanmoins satisfaits de la situation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Répéter l'information avant chaque traitement;
<p>3. Lapid, M.I., TA, Rummans, K.L. Poole, V.S. Pankratz, D.G. Rasmussen, K.L. Philbrick, P.S. Appelbaum. (2003). Decisional capacity of severely depressed patients</p>	<p>Étude clinique de 40 sujets âgés déprimés sévères (niveau de preuve 1b)</p>	<p>Conclusion de la recherche : L'enseignement peut améliorer la capacité décisionnelle d'utilisateurs dépressifs sévères. Cependant, il y a un niveau d'enseignement maximal au-delà duquel il n'y a plus d'amélioration. Ce niveau maximum n'est toutefois pas déterminé et nécessite d'autres recherches.</p>	

<p>requiring electroconvulsive therapy. The Journal of ECT, (Vol 19(2), pp. 67-72).</p>			
<p>4. Lapid, M.I., T.A. Rummans, V.S. Pankratz, , P.S. Appelbaum. (2004). Decisional capacity of depressed elderly to consent to electroconvulsive therapy. Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology, (Vol 17(1), pp. 42-46).</p>	<p>Étude clinique randomisée de 40 patients âgés déprimés sévères (niveau de preuve 1b)</p>	<p>Les conclusions de l'étude établissent l'importance de donner de l'enseignement aux personnes âgées déprimées afin d'optimiser leur capacité de donner le consentement bien renseigné.</p>	
<p>5. Kellner, C.H., , R.M. Greenberg, J.W. Murrrough,, E.O. Bryson, , M.C. Briggs, R.M. Pasculli. (2012). ECT in treatment-resistant depression. The American Journal of Psychiatry, (Vol 169(12), pp.1238-1244).</p>	<p>Étude de cas (niveau de preuve 3)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consentement à l'ECT est différent de celui aux autres soins (aucun traitement n'est comparable quant aux risques et avantages); • La capacité à consentir est présumée à moins qu'il y ait évidence d'inaptitude à consentir; • Déterminer l'habilité à consentir : <ol style="list-style-type: none"> a. Recevoir l'information adéquate sur l'ECT; b. Être capable de comprendre l'information et d'agir raisonnablement quant à l'information reçue; c. Être libre de contraintes. • Quand la personne est considérée inapte à consentir: utilisation d'un consentement substitué; • Inclure la famille dans la prise de décision, lorsque possible: <ol style="list-style-type: none"> a. Corroborer l'histoire de l'utilisateur; b. Favoriser sa compréhension de l'information au sujet de l'ECT; c. Apprendre comment s'occuper adéquatement de l'utilisateur pendant le processus d'ECT; d. Corriger les fausses croyances au sujet de l'ECT; e. Faire de l'enseignement. • Description détaillée de la procédure de traitement dans le formulaire de consentement (maximum de 3 pages dans un langage compatible avec le niveau de scolarisation de la personne, ses origines et son niveau intellectuel) incluant : <ol style="list-style-type: none"> a. Les facteurs de risque médicaux et cognitifs; b. Le positionnement des électrodes; c. Les restrictions comportementales; 	<ul style="list-style-type: none"> • Interactions entre le clinicien et l'utilisateur quant à l'évolution du traitement (progrès, effets adverses, avantages/risques, changements dans la procédure du traitement ou techniques utilisées) et interrogations de l'utilisateur; • Nouveau consentement requis lorsqu'il y a modification aux modalités de traitement initialement consenties; • Nouveau consentement requis lorsque le ratio risques/avantages change; • Tenir compte que la maladie et le traitement peuvent affecter la capacité à consentir; • Inclure l'utilisateur dans la prise de décision; • Consentement répété aux six mois.

		<p>d. Les avantages p/r traitements alternatifs;</p> <p>e. Le rétablissement.</p> <p>***Mise en garde : Trop de détails techniques peuvent s'avérer contre-productifs!</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consentements différents pour l'ECT en phase d'entretien et l'ECT en phase aiguë; • Consentement obtenu pour une série de 12 à 15 traitements; • Indiquer dans une note détaillée au dossier que la personne est libre de contraintes de même que son aptitude à consentir et si recours à un consentement substitué; • Utilisation de la persuasion et non de la contrainte pour les usagers ambivalents; • Discussion entre le clinicien et celui qui consent : <ul style="list-style-type: none"> a. Résume l'information; b. Ajout d'informations supplémentaires spécifiques pour l'utilisateur; c. Répond aux interrogations de l'utilisateur; d. Rassure l'utilisateur. • Utilisation de matériel vidéo peut-être utile pour certains usagers; • L'utilisateur peut être encouragé à inclure dans son processus de consentement des personnes qui lui sont significatives. <p>***Mise en garde : Un processus de consentement trop lourd peut nuire aux soins des usagers.</p> <p>Californie : Les autorisations de 3 psychiatres, s'ajoutant au consentement de l'utilisateur ou de son représentant légal, sont nécessaires pour procéder à l'ECT.</p> <p>Texas : Les autorisations de 2 psychiatres sont nécessaires pour consentir à l'ECT de personnes âgées de 65 ans et plus.</p> <p>Exigence d'un registre pour toutes les installations dispensant l'ECT et exige l'inscription de tous les appareils d'ECT.</p> <p>New York : La cour décide pour l'administration de l'ECT si la personne est inapte à le faire. Elle peut également décider de l'administration de l'ECT contre la volonté de l'utilisateur inapte.</p>	
<p>6. Rajkumar, A.P., Saravanan, B. Jacob, K.S. (2006). Perspectives of patients and relatives about electroconvulsive therapy : A qualitative study Fom Vellore, india J ECT (Vol.</p>	<p>Étude qualitative (niveau de preuve 3)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Donner de l'information écrite de base quant à l'ECT incluant : <ul style="list-style-type: none"> a. les indications; b. la procédure; c. les avantages; d. les risques; e. les effets secondaires; f. les traitements alternatifs. • Une discussion avec l'utilisateur afin d'aborder les informations précédentes. • Un approfondissement gradué quant aux informations supplémentaires doit être 	

22, (4), pp.253-258).		<p>fait lorsque l'utilisateur ou sa famille exprime clairement le désir d'obtenir ces informations répondant ainsi au principe d'individualisation des soins.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consentement éclairé écrit de l'utilisateur ou d'un membre de sa famille lorsque la décision relève d'eux. • Révision en cours de traitement en ce qui a trait à la capacité à consentir de l'utilisateur à la poursuite du traitement et l'ECT supplémentaire. 	
<p>7. Gazdag, G., R. Takacs, G. S. Ungavari, P. Sienaert. (2012). The practice of consenting to electroconvulsive therapy in the European Union. Journal of ECT, (Vol. 28, pp. 4-6).</p>	<p>Étude descriptive (niveau de preuve 3)</p>	<p>Étude des pratiques en matière d'ECT dans l'Union Européenne</p> <ul style="list-style-type: none"> • Constat : <ul style="list-style-type: none"> a. Le consentement écrit est exigé en Europe sauf : en Suède, au Danemark, en Finlande et en Slovaquie où le consentement verbal de l'utilisateur ou de son représentant est suffisant. b. L'Italie, l'Irlande et la Lettonie demandent un consentement éclairé avant chaque session d'ECT. c. La procédure d'administration à l'ECT n'est pas uniforme. d. À certains endroits, il n'y a pas d'anesthésie (faute d'anesthésiste) ou de relaxants musculaires de prescrits au client. • Bien que les résultats aient indiqué des pratiques non uniformes dans tous les pays de l'UE, et qu'il n'y ait pas de pratiques particulières recommandées dans l'étude, les pratiques suivantes ont été répertoriées : <ul style="list-style-type: none"> a. Consentement écrit; b. Consentement avant chaque traitement d'ECT; c. Consentement séparé pour l'anesthésie; d. Consentement séparé pour traitement bilatéral; e. Consentement écrit pour l'ECT d'entretien; f. Consentement séparé pour chaque session d'ECT d'entretien. • Consentement substitué pour l'utilisateur inapte. • Ils recommandent des études analysées la qualité d'un consentement éclairé : <ul style="list-style-type: none"> a. évaluation de la capacité à consentir; b. l'objectif, la qualité et les formes du consentement; c. le type et l'ampleur de l'information transmise à l'utilisateur en ce qui a trait à l'ECT; d. le processus légal pour procéder à l'ECT lorsque les usagers sont incapables à consentir; e. les particularités en ce qui concerne le consentement pour les usagers 	

		<p>judiciarisés, enfants ou personnes âgées;</p> <p>f. l'obtention d'une deuxième opinion avant de procéder à l'ECT.</p>	
<p>8. Parvin, MM, C. Swartz, B. LaMontagne, (2004). Patient Education by Electroconvulsive Therapy-experienced Volunteer. The Journal of ECT, (Vol 20(2), pp. 127-129).</p>	<p>Étude de cas (niveau de preuve 3)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En diminuant l'attention de l'utilisateur, sa concentration, sa motivation, et sa capacité de décision, la dépression mélancolique rend le processus de consentement éclairé pour l'ECT plus difficile. • Obtenir le consentement éclairé peut être un lent et long processus, en dépit de l'usage de brochures, de vidéos, et discussions pédagogiques. • L'utilisation d'un pair ayant vécu l'expérience de l'ECT dans le passé et présentant de bonnes habiletés relationnelles de même que des habiletés de communication. 	
<p>9. Rush, G., S. McCarron, J.V. Lucey. (2008). Consent to ECT : patients' experiences in an Irish ECT clinic. Psychiatric Bulletin (Vol. 32, pp. 15-17).</p>	<p>Étude qualitative (niveau de preuve 3)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se fonde sur les recommandations de NICE. • Impliquer le représentant de l'utilisateur ou son soignant. • Donner à l'utilisateur l'information complète pertinente et compréhensible pour le client tant dans le format que dans la langue et le niveau de langage. • Discussion éclairée. • Discussion des risques généraux à l'ECT, des avantages potentiels et des risques spécifiques à l'utilisateur. • Sans pression ni contrainte. • Rappeler que le consentement peut être retiré en tout temps. • Le psychiatre doit s'assurer que l'utilisateur comprend la nature, le but et les effets possibles de l'ECT. • Consentement écrit nécessaire pour les usagers aptes à consentir. • Lorsque l'utilisateur est inapte à consentir : <ul style="list-style-type: none"> a. Le psychiatre de l'utilisateur recommande et autorise le traitement; b. Un deuxième psychiatre autorise le traitement. <p>***Dans cette étude, un questionnaire permettant de vérifier l'aptitude à consentir de l'utilisateur est utilisé.</p>	
<p>10. Segal, J., R. Thom. (2006). Consent procedures and electroconvulsive therapy in South Africa: impact of the Mental Health Care Act. South African Psychiatry Review, (Vol.</p>	<p>Étude descriptive (niveau de preuve 3)</p>	<p>Lorsque la décision de considérer la modalité de traitement d'ECT est confirmée par le médecin traitant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La décision doit être discutée avec l'utilisateur et les membres de sa famille impliqués. • Considérer l'aptitude à consentir de l'utilisateur; • S'assurer que les efforts nécessaires pour obtenir le consentement éclairé ont été faits; 	

9(4), pp. 206-215).

- S'assurer que l'utilisateur a eu l'opportunité de consentir à toutes les étapes du traitement.
 - Consentement éclairé :
 - a. information complète;
 - b. participation volontaire (sans contrainte);
 - c. compétence ou capacité à consentir.
- Choix basé sur les valeurs personnelles de l'utilisateur.
- Information spécifique adéquate p/r au risque (malgré tous les efforts, 1/3 des usagers se sentent contraints d'accepter l'ECT)
- Séquence à respecter pour obtenir le consentement :
- a. Déterminer la compétence de l'utilisateur à consentir;
 - b. Fournir l'information complète et pertinente. L'utilisateur est encouragé à questionner;
 - c. Déterminer le libre choix;
 - d. Fournir à l'utilisateur une occasion d'enlever son consentement.
- L'information comprend :
- a. La condition de santé de l'utilisateur;
 - b. Les modalités de traitement possibles;
 - c. Les avantages et désavantages de chaque modalité de traitement;
 - d. Les avantages d'une réponse favorable et rapide p/r à l'utilisation de l'ECT;
 - e. La procédure d'utilisation;
 - f. Les effets secondaires possibles;
 - g. Permettre à l'utilisateur un temps de consultation (famille, proches, usagers) et de réflexion;
 - h. Lui remettre un feuillet d'information;
 - i. Si l'utilisateur refuse de signer le consentement, d'autres modalités de traitement doivent être utilisées.
- Si la famille doit consentir à l'ECT alors que l'utilisateur inapte ne veut pas, il est recommandé de ne les donner que lorsque la vie de la personne est en danger et de recourir à un autre membre du personnel senior.
 - Si aucun membre de la famille ne peut consentir à la place de l'utilisateur, la direction clinique de l'établissement prend la décision après avoir obtenu les justifications nécessaires de l'équipe traitante et s'assure que l'utilisateur ne refuse pas l'ECT.
- Usager involontaire (sous mesures légales) : la maladie affecte sa capacité à consentir;
- a. L'ECT est donnée lorsque les usagers représentent un danger p/r eux-mêmes ou aux autres;

		<ul style="list-style-type: none"> b. L'ECT considéré comme un traitement potentiellement efficace pour la personne; c. Justifier l'utilisation de l'ECT sur les raisons cliniques de même que la raison pour que le traitement soit donné malgré le refus de l'utilisateur; d. Informer l'utilisateur du besoin de ce traitement pour lui; e. Lui remettre le feuillet d'information; f. S'il consent, lui faire signer le formulaire de consentement; g. S'il ne consent pas, l'équipe s'assure que l'ECT est le seul traitement efficace pour l'utilisateur ou s'il s'agit d'une mesure d'urgence et obtenir les autorisations nécessaires; h. Les efforts pour obtenir le consentement doivent être poursuivis. <ul style="list-style-type: none"> • Un utilisateur de service ayant déjà reçu l'ECT peut aider la personne à consentir à l'ECT. • Le consentement devrait être pour chaque traitement. • Le consentement devrait être signé à toutes les étapes. • Propose que les informations pertinentes (feuillet) soient imprimées sur le verso du formulaire de consentement et qu'une copie soit remise au client. • Feuillet d'information dans toutes les langues. 	
<p>11. Fetterman, T.C., P. Ying, (2011). <i>Informed Consent and electroconvulsive therapy. Journal of the American Psychiatric Nurses Association, (Vol. 17, pp. 219-222).</i></p>	<p>Opinion d'experts (niveau de preuve 4)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Révision de la procédure, des risques, avantages, alternatives à l'ECT. • Détermination de l'aptitude à consentir de l'utilisateur. Estimation de la capacité à comprendre de l'utilisateur; à traiter raisonnablement l'information reçue, sans contrainte. • Suivre les recommandations de l'APA 2001 en ce qui a trait au contenu du consentement écrit (traduction libre) : <ul style="list-style-type: none"> a. Qui recommande l'électroconvulsivothérapie (ECT) et pour quelle raison; b. Une description d'alternatives de traitement applicables pour l'utilisateur; c. Une description de la procédure d'ECT, y compris les moments où les traitements sont donnés (ex., lundi, mercredi, vendredi matin) et l'endroit (i.e. où les traitements auront lieu); d. Une discussion des bénéfices et des risques associés à l'emplacement des électrodes et le choix spécifique qui a été fait pour l'utilisateur; e. Le nombre de traitements habituels devant être administrée et une indication qu'un nouveau consentement devra être obtenu si 	<ul style="list-style-type: none"> • Accompagnement multidisciplinaire tout au long du processus. • S'assurer d'obtenir le consentement de l'utilisateur inapte afin de préserver ou d'établir l'alliance thérapeutique pour les autres traitements;

		<p>le nombre de traitements à recevoir doit dépasser le nombre maximal consenti dans le présent consentement;</p> <p>f. Une indication qu'il n'y a aucune garantie que l'ECT sera efficace;</p> <p>g. Une indication qu'il y a généralement un risque de récurrence substantiel après l'administration de l'ECT et que des traitements d'entretien sont presque toujours indiqués;</p> <p>h. Les risques majeurs associés à l'ECT et leur probabilité (ex., "extrêmement rare", "rare", "rare" ou "commun") y compris la mortalité, les effets adverses sur les systèmes nerveux cardio-vasculaires et centraux (inclure les effets cognitifs transitoires et persistants) et les effets secondaires mineurs communs;</p> <p>i. Une reconnaissance que le consentement à l'ECT entraîne aussi le consentement pour les traitements d'urgence appropriés au cas où l'état clinique le nécessite;</p> <p>j. Une description de restrictions comportementales pouvant être nécessaires pendant la période d'évaluation pré-ECT, la période d'administration de l'ECT court, les intervalles de rétablissement;</p> <p>k. 11. La possibilité d'obtenir en tout temps une réponse à ses questionnements concernant le traitement recommandé et le ou les noms de personnes à contacter pour répondre à ses questions;</p> <p>l. 12. L'assurance que le consentement à l'ECT est volontaire et peut être retiré en tout temps.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inclure les interventions potentielles d'urgence i.e. médication, procédure d'urgence (intubation, réanimation cardiaque). • Textes clairs et accessibles pour l'utilisateur (traduit si nécessaire). • Discussion entre l'équipe de traitement et l'utilisateur quant à : <ul style="list-style-type: none"> a. La condition de santé de l'utilisateur; b. Aux avantages de l'ECT; c. Inquiétudes; d. Alternatives; e. Effets secondaires cognitifs; f. Comorbidités; g. Risques et effets de l'ECT en ce qui a trait à la condition de santé de l'utilisateur incluant : <ul style="list-style-type: none"> ○ difficultés de consolidation de mémoire autour de l'ECT; ○ difficulté mémoire autobiographique; 	
--	--	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> ○ Confusion transitoire immédiatement après traitement; ○ Possibilité d'amnésie pour des événements antérieurs à l'ECT (APA, 2001). ○ impacts sur le fonctionnement; ○ amélioration des effets négatifs observés après 6 mois. <ul style="list-style-type: none"> ● Préciser également que la maladie sans traitement peut entraîner désordres cognitifs : <ul style="list-style-type: none"> a. fonctions exécutives; b. attention; c. traitement de l'information; d. mémoire active. ● Préciser les effets sur la personne si la maladie n'est pas traitée par l'ECT. ● Préciser qu'il y a des possibilités de modifications aux modalités du traitement qui nécessiteront un nouveau consentement. ● Consultation avec les spécialistes (anesthésiste, neurologue, cardiologue, etc. ● Accompagnement multidisciplinaire. ● Inclure la famille dans le processus de consentement. ● L'incidence des pertes de mémoire devrait être discutée dans le contexte de l'usager, du niveau de fonctionnement attendu, des dysfonctionnements cognitifs préexistants, et de la sévérité de sa maladie psychiatrique. 	
<p>12. Blease, C.R. (2013). Electroconvulsive therapy, the placebo effect and informed consent. Journal of medical ethics, (Vol. 39(3), pp. 166-170).</p>	<p>Opinion d'experts (niveau de preuve 4)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Présomption de capacité de consentir quant à leur traitement pour tous les usagers (Royaume-Uni et USA) ● Consentement éclairé au Royaume-Uni inclus : <p>Discuter avec l'usager de :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Son diagnostic; b. L'évolution des symptômes; c. des traitements et des soins qu'ils impliquent; d. toute information qu'il veut ou a besoin pour prendre sa décision. <ul style="list-style-type: none"> ● Consentement éclairé aux USA inclus : <ul style="list-style-type: none"> a. la nature et le but d'un traitement proposé ou de la procédure; b. Les risques et avantages d'un traitement proposé ou de la procédure; c. Les alternatives; d. Les risques et avantages du traitement alternatifs ou de la procédure; e. Les risques et avantages de ne pas recevoir ou subir le traitement ou la procédure; ● Usagers devraient être informés des controverses quant à l'efficacité de l'ECT 	<p>Donner un consentement à chaque étape du traitement (Royaume-Uni)</p>

		<p>(effets placebo, mode de fonctionnement de l'ECT, effets secondaires sérieux).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Médecin doit donner les informations exactes et pertinentes. 	
<p>13. Hersh, J.K. (2013). Electroconvulsive therapy (ECT) from the patient's perspective Journal of medical ethics : Journal of the intitute of medical ethics, (Vol. 39(3), pp.171-172).</p>	<p>Opinion d'une utilisatrice de services (niveau de preuve 4)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aborder la controverse en ce qui a trait à l'effet placebo de l'ECT avec l'utilisateur peut contribuer à l'effrayer inutilement de sorte qu'il refuse un traitement qui pourrait lui sauver la vie. Cette information pourrait biaiser l'utilisateur dans sa prise de décision et nuire à son rétablissement. 	
<p>14. Beloucif S. (2013). Informed consent for special procedures: electroconvulsive therapy and psychosurgery. Curr Opin Anesthesiol, (Vol. 26 (2), pp.182-185).</p>	<p>Opinion d'expert (niveau de preuve 4)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La majorité des usagers sont capables de consentir au traitement après avoir pu bénéficier des renseignements détaillés sur l'ECT notamment sur les avantages et les risques sur ces derniers. • Une discussion avec l'utilisateur doit être faite en ce qui a trait aux effets secondaires à propos du dysfonctionnement de la mémoire et de la confusion. • Rechercher le consentement même lorsque la personne est très atteinte (avec seulement des intervalles de lucidité) afin d'être certain que l'utilisateur a eu l'occasion de comprendre les attentes médicales de même que les conséquences. • La détermination de l'aptitude à consentir doit faire l'objet d'une discussion éthique (casuiste) au cas par cas. 	
<p>15. Reisner, A.D. (2003). The Electroconvulsive therapy controversy : evidence and ethics. Neuropsychology Review, (Vol.13(4), pp.199-219).</p>	<p>Revue de littérature</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les usagers devraient être informés des risques et des zones de controverse telles que les dysfonctionnements cognitifs et les altérations à la mémoire rétrograde. • Le consensus NIH suggère qu'une discussion avec l'utilisateur en ce qui a trait : <ul style="list-style-type: none"> a. la procédure; b. les risques encourus incluant la période de confusion après le traitement, dysfonctionnement de la mémoire; c. les avantages; d. les traitements alternatifs; e. l'absence de traitement. • APA (1990-2001) recommande d'exclure la notion de lésion cérébrale puisqu'elle n'est pas démontrée, mais reconnaît qu'un petit nombre d'utilisateurs rapporte des dommages cérébraux sérieux. Les données disponibles disent qu'elles sont de causes inconnues. • Le consensus NIH suggère de discuter des lésions cérébrales en tant qu'incertitude. 	

		<ul style="list-style-type: none"> • L'auteur suggère d'aborder la controverse quant aux lésions cérébrales : probabilités retrouvées dans les données probantes comparées aux avantages potentiels du traitement. • Les usagers devraient être informés des risques connus, des zones d'incertitude et de controverse. 	
<p>16. National Institute for Health and Care excellence. (2003). Guidance on the use of electroconvulsive therapy. NICE technology appraisal guidance 59.</p>	<p>Guide de pratique</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Discussion entre l'utilisateur et le ou les clinicien(s) : <ul style="list-style-type: none"> a. Risques généraux associés à l'ECT; b. Risques et avantages potentiels spécifiques à cet individu; c. Sans pression ou contraintes; d. Rappel du droit de retirer le consentement en tout temps. • La participation d'un défenseur des droits de l'utilisateur est recommandée afin de favoriser la prise de décision. • Dépliant d'information dans un langage clair et accessible est remis à l'utilisateur. • Consentement obtenu est spécifique à la situation (pas de consentement à l'avance). 	
<p>17. Wait, J., Easton J. (2013). The ECT Handbook 3rd edition. The Royal College of Psychiatrists.</p>	<p>Handbook</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Information complète en ce qui a trait au diagnostic et traitement doivent être offerts à l'utilisateur. • L'utilisateur peut ne pas vouloir cette information, mais on doit lui offrir. • Informations concernant la stratégie de consentement peuvent être trouvées : Publications du département de santé (Angleterre et Galles), Le département des services de la santé et de la sécurité publique (Irlande du Nord), Écosse, Conseil médical général. • Le consentement est un processus et non un événement. • L'utilisateur dispose d'un temps pour être en mesure de bien considérer les bénéfices et les effets non désirés de l'ECT. • L'utilisateur doit prendre conscience que l'administration de l'ECT se fait sous anesthésie générale. Les risques spécifiques à l'anesthésie doivent être expliqués par l'anesthésiste qui doit obtenir le consentement nécessaire. • Informations concernant l'ECT doivent être transmises par des modalités différentes : <ul style="list-style-type: none"> a. Informations écrites (dépliant); b. Discussion des informations avec l'équipe thérapeutique, les membres de la famille, représentant des droits, avocats, etc; c. Entrevue; d. Cassettes audio et vidéo; e. Baladodiffusion (Podcast); f. DVD interactifs. 	

		<ul style="list-style-type: none"> • Consentement peut être retiré en tout temps même si signé. • Usagers peuvent informer le personnel au sujet d'un changement de consentement. • La poursuite ou validité du consentement devrait être vérifiée par un membre du personnel de façon verbale avant chaque traitement. • Consentement à 12 traitements. • Si l'ECT continue doit consentir à un nombre de traitements. • Consentement traitement bilatéral ou unilatéral. • La capacité à donner le consentement peut être déterminée par un autre clinicien. • Comprendre ce qu'implique le refus à l'ECT. • Libre de toutes formes de contraintes. • N'a pas à donner de motif de refus. • Les usagers doivent comprendre qu'une des conséquences peut être une évaluation de la possibilité d'obtenir l'autorisation par voie légale. • Les thérapies alternatives doivent être abordées. • Le refus à l'ECT ne portera pas préjudice à tous soins supplémentaires. • Capacité à consentir peut varier entre le moment où le consentement est signé et le moment où l'ECT est reçue : considérer le consentement lorsque la personne était apte à consentir. • Selon The mental capacity Act (Section 3) : Une personne est considérée apte à prendre une décision pour elle-même : <ol style="list-style-type: none"> a. Capable de comprendre les informations relatives à la décision à prendre; b. Retenir l'information; c. Utiliser ou peser l'information comme une partie de la prise de décision; d. Communiquer sa décision. 	
<p>18. Mankad, M.V., J.L. Beyer, R.D. Weiner, A.D. Krystal. (2010). Clinical Manual of electroconvulsive Therapy. American Psychiatric Publishing, inc.</p>	<p>Manuel de procédures</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aspects de consentement : • Contenu : <ol style="list-style-type: none"> a. Informations concernant les bénéfices du traitement (inclus durée des effets potentiels); b. Informations concernant les risques (potentiels et effets adverses) du traitement; c. Informations concernant les alternatives; d. Mesure de l'aptitude à consentir de l'utilisateur; e. Être capable de consentir soit de prendre sa décision par lui-même : comprendre la nature et le sérieux de la maladie pour laquelle le traitement par ECT est offert; f. 	

		<ul style="list-style-type: none"> g. comprendre l'information fournie en ce qui a trait aux modalités du traitement; h. former et exprimer une réponse rationnelle basée sur ces informations. i. Consentement à l'ECT obtenu auprès équipe de traitement. j. Consentement pour anesthésie obtenu auprès de l'équipe anesthésiologie. k. Consentement réobtenu après une série de traitement l. Consentement obtenu aux 6 mois pour l'ECT d'entretien m. Consentement peut être retiré en tout temps n. Discussion avec le médecin o. Formulaire de consentement contenant informations brèves quant à l'ECT p. Document d'informations détaillées remis au client où se trouve en référence: <ul style="list-style-type: none"> ○ Liste de livres pédagogiques; ○ Vidéo destiné aux usagers. • Consentement séparé pour anesthésie obtenu avec l'équipe anesthésie. • Capacité à consentir présumée sauf si évidences du contraire. • Réfère aux recommandations APA 2001. • Exemples de formulaire de consentement pour l'ECT en phase aigüe et l'ECT entretien sont disponibles à la fin du document. • Lorsque la personne est inapte, suivre les modalités prévues par la loi dans la région où ils sont dispensés. 	
<p>19. Culver, C.M., T.B. Ferrell, R.M. Green. (1980). ECT and special problems of informed consent. The American Journal of Psychiatry, (Vol.137(5), pp. 586-591) dans Ottosson, J.O., M. Fink. (2004). Ethics in Electroconvulsive Therapy. Brunner-Routledge. New York.</p>	<p>Manuel</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usagers jugés compétents pour prendre une décision doivent être en mesure de comprendre que : <ul style="list-style-type: none"> a. le médecin croit que l'utilisateur est malade et qu'il a besoin de traitement b. le médecin croit qu'un traitement particulier peut aider l'utilisateur dans sa maladie c. le malade est considéré capable de prendre une décision en ce qui a trait au traitement • Lorsque la décision de l'utilisateur est jugée rationnelle ou absurde, elle doit être respectée et offrir un traitement alternatif. • Lorsque la vie de l'utilisateur est en jeu et que le traitement est considéré moins nuisible que le non-traitement (Principe de bienveillance et de non-malveillance) recourir aux dispositions de la loi. • Usager considéré incompetent lorsqu'il est : <ul style="list-style-type: none"> a. Désorienté dans le temps et l'espace; 	<p>Pour usager jugé initialement inapte à consentir à qui des traitements sont donnés avec l'autorisation du tribunal :</p> <p>Lorsque les aspects de la capacité décisionnelle sont améliorés, une discussion subséquente sur les avantages, les risques et les traitements alternatifs doit avoir lieu.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> b. Comportement agité; c. Incapable d'exprimer un choix; • Capacité de consentir inclue : <ul style="list-style-type: none"> a. Comprendre l'information pertinente au sujet de la maladie et du traitement; b. Capacité de raisonnement quant aux risques potentiels et avantages des choix; c. Appréciation de la nature de la situation et des conséquences des différents choix; d. Capacité d'exprimer un choix. • Enseignement portant sur les avantages, les risques et les traitements alternatifs • Utilisation d'une vidéo au besoin. 	
<p>20. Chmielecki, S.R., K.M. Lambert. (2012). Informed consent for psychiatrists. American Professional Agency, INC. Allied World Assurance Company Holdings.</p>	<p>Document d'enseignement De l'American Professional Agency</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un formulaire de consentement doit comprendre les informations suivantes (incluses, mais pas limitées à): <ul style="list-style-type: none"> a. Diagnostic de l'utilisateur; b. Pronostic de l'utilisateur; c. Traitement recommandé; d. Risques et bénéfices associés au traitement recommandé; e. Alternatives à l'ECT; f. Risques et bénéfices associés aux alternatives; g. Risques encourus si l'utilisateur refuse le traitement. • Tenter d'obtenir le consentement de la personne même si elle est considérée inapte à consentir en raison de son âge ou de son état. • Discussion entre le personnel clinique et l'utilisateur : <ul style="list-style-type: none"> a. Aborder les risques et avantages pour l'utilisateur; b. S'assurer de répondre à toutes les questions de l'utilisateur. • Seulement personnel autorisé témoin du consentement de l'utilisateur (médecin, infirmière, fournisseurs de services). • Si l'utilisateur n'a pas réponse à toutes ses questions, il ne devrait pas signer le formulaire. • Situation d'urgence (menace imminente pour lui ou les autres) : ordonnance de tribunal exigée. • S'assurer d'obtenir le consentement de l'utilisateur inapte afin de préserver ou d'établir l'alliance thérapeutique. • Préciser informations données à l'utilisateur dans la note au dossier. 	<p>S'assurer d'obtenir le consentement de l'utilisateur inapte afin de préserver ou d'établir l'alliance thérapeutique pour les autres traitements;</p>
<p>21. Enns, M. W., J. P. Reiss, P. Chan. (2010). Electroconvulsive therapy. The Canadian Journal of Psychiatry, Canadian</p>	<p>Déclaration de principes (Position paper)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le psychiatre assistant ou autre personnel médical désigné doit être impliqué directement dans obtenir le consentement bien renseigné. • Le médecin traitant devrait fournir de l'information complète à l'utilisateur : <ul style="list-style-type: none"> a. Sa condition de santé; b. Les avantages attendus; 	

<p>Psychiatric Association, (Vol. 55(6)).</p>		<ul style="list-style-type: none"> c. Les effets secondaires; d. Les avantages et risques d'autres traitements alternatifs; e. Les avantages et risques s'il n'y a pas de traitement. • Du temps est alloué afin de répondre aux questions de l'utilisateur. • Le médecin devrait assurer aussi que l'utilisateur a compris l'information fournie. • Le médecin doit estimer la compétence de l'utilisateur à consentir au traitement. • Le consentement doit être obtenu de l'utilisateur à moins qu'il soit clairement inapte à participer au processus. • Pour les usagers inaptes : <ul style="list-style-type: none"> a. Vérifier si l'ECT a été consentie précédemment par la personne (Advanced directive); b. Le consentement substitué devrait être obtenu conformément aux exigences de législation provinciale et règlements de l'établissement; c. Lorsque possible, la procédure du consentement substitué devrait inclure la consultation des membres de la famille et d'autres personnes significatives impliquées; d. L'avis d'un 2^e psychiatre est recommandé; <p>Le consentement peut être retiré en tout temps dans le processus. Il est un processus continu.</p> • Le consentement devrait être révisé tout au long du processus. • Utilisation de vidéo concernant la procédure de l'ECT semble constituer une méthode efficace pour l'enseignement des étudiants de médecine. • Besoin de programme scolaire complet et standardisé pour la formation des résidents en psychiatrie. 	
---	--	---	--

Références

Abrams, R. (2002). Consent for Electroconvulsive Therapy. Dans Abrams, R. (dir.) *Electroconvulsive Therapy* (4e éd. p.237-238). Oxford, United Kingdom: Oxford University Press.

Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS). (2003). *L'utilisation des électrochocs au Québec* Rapport préparé par Reiner Banken. (AETMIS 02-05 RF). Montréal : AETMIS, 2003, xvii-103 p.

American Psychiatric Association. (2001). Sample ECT Consent Forms. Dans M.V. Mankad, J.L. Beyer, R.D. Weiner, K. Andrew. (dir.). *Clinical Manual of Electroconvulsive Therapy* (p. 199-207). Washington, DC : American Psychiatric Publishing, Inc.

American Psychiatric Association. (2001). *The Practice of Electroconvulsive Therapy: Recommendations for Treatments, Training, and Privileging* (2e éd.). A Task Force Report of the American Psychiatric Association. Washington, DC : American Psychiatric Publishing, Inc.

Beloucif S. (2013). Informed consent for special procedures: electroconvulsive therapy and psychosurgery. *Curr Opin Anesthesiol*, (Vol. 26 (2), pp.182–185). doi:10.1097/ACO.0b013e32835e7380

Blease, C.R. (2013). Electroconvulsive therapy, the placebo effect and informed consent. *Journal of medical ethics*, (Vol. 39(3), pp. 166-170). doi:10.1136/medethics-2012-100955

Centre de santé et des services sociaux de la Baie-des-Chaleurs. (s.d.). *Consentement à l'électroconvulsivothérapie*. Document inédit.

Centre hospitalier université Laval. (2011). *Consentement procédure-examen*. Document inédit.

Centre hospitalier de l'Archipel. (s.d.). [Formulaire de consentement aux ECT]. Document inédit.

Centre hospitalier de St.Mary. (2013). *Consentement éclairé Traitement de physiothérapie*. Document inédit.

Centre universitaire de santé McGill. (s.d.). *Formule de consentement*. Document inédit.

Chmielecki, S.R., K.M. Lambert. (2012). Informed consent for psychiatrists. American Professional Agency, INC. Allied World Assurance Company Holdings. Repéré à : www.APAmalpractice.com

Culver, C.M., T.B. Ferrell, R.M. Green. (1980). ECT and special problems of informed consent. *The American Journal of Psychiatry*, 137(5), 586-591.

Department of psychiatry, Duke University hospital. (2004). *Request and authorization for index course of electroconvulsive therapy*. Repéré à : <http://psychiatry.duke.edu/divisions/brain-stimulation-and-neurophysiology>

Enns, M. W., Reiss, J. P. et Chan, P. (2010). Electroconvulsive therapy. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55(6), 1-12.

Fetterman, T.C. et Ying, P. (2011). Informed Consent and electroconvulsive therapy. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 17(3), 219-222. doi: 10.1177/1078390311408604

Fink, M. (2009). *Electroconvulsive therapy*. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press.

Gazdag, G., R. Takacs, G. S. Ungavari, P. Sienaert. (2012). The practice of consenting to electroconvulsive therapy in the European Union. *Journal of ECT*, 28(1), 4-6.

Government of Western Australia. (2011). *Consent Form for Electroconvulsive Therapy (ECT)*. Repéré à : www.safetyandquality.health.wa.gov.au

Hersh, J.K. (2013). Electroconvulsive therapy (ECT) from the patient's perspective. *Journal of the Intitute of medical ethics*, 39(3), 171-172. doi: 10.1136/medethics-2012-101195

Hôpital général juif. (2009). Consentement à une série de traitements par électrochocs. Document inédit.

Hôpital Maisonneuve-Rosemont. (2008). *Formule de consentement*. Document inédit.

Institut universitaire en santé mentale de Québec. (2008). *Formulaire de consentement aux électrochocs et à l'anesthésie*. Document inédit.

Johns Hopkins Medicine Department of psychiatry and behavioral sciences. (2012). *ECT Consent*. Repéré à : http://www.hopkinsmedicine.org/search?form_instance=thincrust&client=hopkinsmedicine_frontend&proxystylesheet=hopkinsmedicine_frontend&output=xml_no_dtd&site=hopkinsmedicine_collection&q=ECT+information&btnG=Search

Johns Hopkins medicine Department of psychiatry and behavioral sciences. (2012). *ECT Information*. Repéré à : http://www.hopkinsmedicine.org/search?form_instance=thincrust&client=hopkinsmedicine_frontend&proxystylesheet=hopkinsmedicine_frontend&output=xml_no_dtd&site=hopkinsmedicine_collection&q=ECT+information&btnG=Search

Kellner, C.H., Greenberg, R.M., Murrugh, J.W. Bryson, E.O., Briggs, M.C., Pasculli, R.M. (2012). ECT in treatment-resistant depression. *The American Journal of Psychiatry*, 169(12), 1238-1244. Repéré à : <http://ajp.psychiatryonline.org/>

Lapid, M.I., Rummans, T.A., Pankratz, V.S., Appelbaum, P.S. (2004). Decisional capacity of depressed elderly to consent to electroconvulsive therapy. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 17(1), 42-46. doi : 10.1177/0891988703261996

Lapid, M.I., Rummans, T.A., Poole, K.L., Pankratz, V.S., Rasmussen, D.G., Philbrick, K.L., Appelbaum, P.S. (2003). Decisional capacity of severely depressed patients requiring electroconvulsive therapy. *The Journal of ECT*, 19(2), 67-72.

Mankad, M.V., Beyer, J.L., Weiner, R.D. et Krystal, A.D. (2010). *Clinical Manual of electroconvulsive Therapy*. Washington, DC: *American Psychiatric Publishing*.

Ministère de la Santé et Services sociaux Québec. (2013). Formulaire de consentement (CH) (CLSC). Québec, Canada. Repéré à :

[http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/9d7020958f686e8a85256e4500715a8f/6464f628e2f7dd5c85256ec200432177/\\$FILE/AH-110_DT9059\(2013-03\)D.pdf](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/9d7020958f686e8a85256e4500715a8f/6464f628e2f7dd5c85256ec200432177/$FILE/AH-110_DT9059(2013-03)D.pdf)

National Institute for Health and Care Excellence. (2003). *Guidance on the use of electroconvulsive therapy*. (Publication no 59). Repéré à : <https://www.nice.org.uk/Guidance/TA59>

New York-Presbyterian Hospital Columbia Presbyterian Medical Center. (2000). Behavioral health consent to electroconvulsive therapy (ECT) New York: USA. Repéré à : <http://www.nyp.org/psychiatry/services>

Parvin, MM, C. Swartz, B. LaMontagne, (2004). Patient Education by Electroconvulsive Therapy-experienced Volunteer. *The Journal of ECT*, 20(2), 127-129. doi : 10.1097/00124509-200406000-00011

Queensland Government. (2012). *Consent Agreement for Electroconvulsive Therapy (ECT)*. Repéré à : <http://www.Health.gld.gov.au/consent/documents/psychiatry>

Queensland Government. (2012). *Consent Information-Patient Copy Consent Agreement for Electroconvulsive therapy (ECT)*. Repéré à : <http://www.Health.gld.gov.au/consent/documents/psychiatry>

Rajkumar, A.P., Saravanan, B. et Jacob, K.S. (2006). Perspectives of patients and relatives about electroconvulsive therapy : A qualitative study From Vellore. *J ECT*, 22(4), 253-258.

Reisner, A.D. (2003). The Electroconvulsive therapy controversy : evidence and ethics. *Neuropsychology Review*, 13(4), 199-219.

Rose, DS, Wykes, T.H. , Bindman, J.P. et Fleischmann, P.S. (2005). Information, consent and perceived coercion : Patients' perspectives on electroconvulsive therapy. *The British Journal of Psychiatry*, 186(1), 54-59. doi: 10.1192/bjp.186.1.54

Rush, G., McCarron, S., et Lucey, J.V. (2008). Consent to ECT : patients' experiences in an Irish ECT clinic. *Psychiatric Bulletin*, 32, 15-17. doi: 10.1192/pb.bp.107.015065

Segal, J. et Thom, R. (2006). Consent procedures and electroconvulsive therapy in South Africa: impact of the Mental Health Care Act. *South African Psychiatry Review*, 9(4), 206-215. Repéré à : <http://www.omicsonline.com/open-access/JOP/JOP-9-127.pdf?aid=17729>

University of Virginia Health system. (2012). *Consent for maintenance electroconvulsive therapy (ECT) and administration of anesthesia*. Repéré à : <http://www.virginia.edu/uvaprint>

Vermont Government. (2009). *DDMHS Informed consent package for electroconvulsive therapy (ECT)*. Repéré à : http://mentalhealth.vermont.gov/sites/dmh/files/publications/DMH-ECT_Informed_Consent.pdf

Waite, J. et Easton J. (2013). *The ECT Handbook* (3e éd). London, United Kingdom: The Royal College of Psychiatrists.

Waite, J. et Easton, A. (2012). Example of a consent form. Dans J. Waite et A. Easton (dir.), *The ECT Handbook* (3e éd., p.256-259). London, United Kingdom: Royal College of Psychiatrists.

