

# Électrochocs, consentement, et désinformation



Banni il y a une vingtaine d'années par les institutions, le mot « électrochocs » a été remplacé par celui, plus contemporain, d'« électroconvulsivothérapie » ou ECT. Le terme « sismothérapie » ne conviendrait pas à certains spécialistes, car il évoquerait l'idée d'un « tremblement de terre ». J'emploierai indifféremment ces trois appellations.

Octogénaire, l'électroconvulsivothérapie connaît un regain d'intérêt depuis les années 80-90. En 2007, la Société française d'anesthésie et de réanimation a déclaré avoir pratiqué 70 000 anesthésies. La CCAM (Classification commune des actes médicaux) a enregistré 27360 actes de sismothérapie en 2018, un nombre en légère augmentation depuis 2015<sup>1</sup>. Ces données restent très peu communiquées.

---

<sup>1</sup> Actes techniques de la CCAM communiqués par le site ameli.fr <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/actes-techniques-de-la-ccam.php>

Cette technique de neurostimulation a, selon ses défenseurs, fait ses preuves et continue de sauver des vies, malgré la controverse dont elle fait l'objet depuis ses débuts. Comparé à quelques pays francophones comme le Canada (Québec), le débat sur ce sujet est quasi inexistant en France. C'est un discours orienté ou filtré qui prévaut, diffusé aux patients et au grand public : les électrochocs sont efficaces et sans danger. Si le danger existe, il est relativisé, minimisé.

Récemment, plusieurs sénateurs et députés ont demandé à ce que la sismothérapie soit examinée sous des angles éthique et juridique, notamment celui de la transparence de l'information donnée au patient<sup>2</sup>. Or c'est toujours une réponse standard de l'Assemblée qui est publiée. Ceci s'explique probablement par la grossière erreur de ces députés : citer comme source la CCDH (Comité des Citoyens des Droits de l'Homme) alias Église de Scientologie. Cependant, ce n'est pas toujours le cas et les questions soulevées demeurent réelles.

Au final, il existe un discours *en off* sur l'électroconvulsivothérapie. Deux des plus grands psychiatres français m'en ont livré un court extrait, après avoir été confrontés à leurs responsabilités.

La sismothérapie pose la question éthique du consentement libre et éclairé, et notamment celle de l'information transmise au patient. Cette dernière est-elle suffisamment consistante et partielle ? À quels soins ai-je consenti lorsque des éléments capitaux ont été omis, manquaient à ma réflexion, et ont biaisé ma décision ? Quand vous avez la mort aux trousses, vous vous trouvez dans un état d'esprit qui ne prédispose pas aux recherches sur Internet. Quand bien même vous le feriez, les informations que vous liriez en français seraient rassurantes. À l'image de cette vidéo de la Fondation FondaMental qui explique les différentes thérapies utilisées pour traiter les dépressions résistantes<sup>3</sup>. Il n'est question que d' « électroconvulsivothérapie » présentée comme une « technique plus ancienne (*nda*, que la rTMS) » qui consiste à « faire passer un courant électrique ». Exit les crises convulsives, principe même de la thérapie. Quant à la conclusion : « Les études montrent que les effets (*nda*, mnésiques) disparaissent avec le temps. » L'amnésie rétrograde, durable à permanente, est un phénomène observé depuis les années 50, objectivé depuis plus de trente ans.

J'ai fait confiance au psychiatre de la clinique où j'avais été hospitalisée à plusieurs reprises depuis 2011 pour soigner les états dépressifs sévères de mon trouble bipolaire. En 2015, je suis tombée très malade et durant trois ans, j'ai lutté

---

<sup>2</sup> Question écrite n° 07632 de Mme Anne-Catherine Loisier, publiée dans le JO Sénat du 08/11/2018, <https://www.senat.fr/questions/base/2018/qSEQ181107632.html> page 5641

Question écrite n°11424 de M. Sébastien Nadot, publiée au JO le : 31/07/2018, page : 6804 <http://questions.assemblee-nationale.fr/q15/15-11424QE.htm>

<sup>3</sup> *Les prises en charge de la dépression résistante*, 1'10", Dr Antoine Yroni, Fondation FondaMental, mise en ligne le 9 novembre 2018 <https://www.youtube.com/watch?v=ACUG209sa-l>

contre une dépression pharmaco-résistante, puis mélancolique. Au nom de principes personnels et éthiques, je me suis opposée aux successives propositions d'électrochocs. Finalement, fin 2017, je m'y suis résignée : c'était mon dernier recours. Ma souffrance m'était insupportable, à mes proches aussi. Et je devais vivre, j'avais un petit garçon de six ans.

Je connaissais mon docteur depuis six ans et je n'ai pas mis en doute sa parole, bien qu'anxieuse au sujet des pertes de mémoire. Deux ans plus tard, je ne me souviens toujours pas de mon hospitalisation, mais certaines scènes et conversations sont très claires. Je suis certaine d'avoir été ainsi rassurée : les vilains mythes barbares colportés par les films tels que *Vol au-dessus d'un nid de coucou* étaient de lointains souvenirs, la technique de l'ECT était désormais maîtrisée, l'anesthésie était obligatoire, et donc, le patient ne souffrait pas. Les résultats étaient « spectaculaires » – 80 % de rémission – (pourcentage discutable<sup>4</sup>) et les risques étaient minimes : quelques céphalées, de « petits trous de mémoire », une désorientation spatio-temporelle... le tout, transitoire. Quelques heures, quelques jours, tout au plus quelques semaines concernant la mémoire. Un discours de brochure expédié en dix minutes qui occultait la possibilité d'effets secondaires permanents : l'amnésie rétrograde, partielle, lacunaire ou totale. Il s'agit d'événements ou de pans de vie autobiographique effacés de façon souvent définitive sur une période antérieure et/ou simultanée aux électrochocs. Elle recouvre parfois plusieurs années. Ce type d'amnésie ne se mesure pas, ou alors, très mal. Un alibi à la mauvaise foi pour certains : ces déficits mnésiques étaient préexistants à la sismothérapie. L'amnésie antérograde (l'oubli à mesure après l'ECT) disparaît toujours après six mois. Officiellement. Le terme d'amnésie n'est presque jamais utilisé et l'on peut régulièrement lire ou entendre des formulations vagues du type « pertes de mémoire *plus ou moins* importantes » ou « pertes de mémoire *plus ou moins* durables ».

Courante en France, la désinformation se justifierait par son humanité : épargner l'anxiété au patient. L'explication de vive voix, simple et honnête, d'un grand psychiatre français. L'arrêt du 14 octobre 1997 oblige pourtant tout médecin à informer son patient du risque grave que comporte une intervention médicale, quand bien même celui-ci serait exceptionnel. Qu'est-ce qu'un risque grave ? L'amnésie, même partielle, ne compte-t-elle pas parmi les risques graves de

---

<sup>4</sup> Pour les dépressions résistantes, le Canada parle de 60 à 70% de rémission, la Belgique estime que « l'ECT offre une réponse clinique partiellement satisfaisante », avec des taux de rémission compris entre 20% et 70% selon les paramètres de stimulation. (*Dépression résistante au traitement : actualité et perspective*, article de synthèse, 2017). En France, selon le Dr W. de Carvahlo, l'efficacité est estimée entre 50 à 60% pour les dépressions résistantes, 80% pour les dépressions psychotiques, 80 à 90 % pour les dépressions majeures (« L'Électroconvulsivothérapie (ECT) aujourd'hui », *L'Encéphale* (2009) Supplément 4). Ce taux de rémission prend-il en compte celui de rechutes (35% à 80%) dans les mois suivant la fin de la sismothérapie ?

l'électroconvulsivothérapie ? N'est-elle qu'un banal « effet secondaire » recensé par les chiffres d'études scientifiques, dénuées d'émotion et de subjectivité ? L'éthique de l'ECT, s'il y en a une, doit intégrer que l'amnésie est une amputation symbolique de la psyché. Cette atteinte à l'intégrité psychique d'une personne entame la dignité humaine. Pour dissiper ces « inconvénients » de l'électroconvulsivothérapie, on vous rappellera que vous étiez suicidaire, que vous avez pesé la balance bénéfiques/risques (une balance sans risques, encore une fois). Mieux vaut donc être amnésique que mourir. Mon docteur avait-il à décider pour moi ? Aussi extrême cette réflexion puisse-t-elle paraître.

Les effets mnésiques de la sismothérapie ont fait, et font encore, l'objet de recherches visant à limiter les facteurs prédictifs d'altérations cognitives. Harold Sackeim, spécialiste mondial de l'ECT, a objectivé l'amnésie rétrograde permanente dès les années 90. Ce psychiatre américain a d'ailleurs été épinglé pour des conflits d'intérêts avec Mecta, fabricant d'appareils à sismothérapie. Lors d'un procès, il a reconnu avoir désinformé ses patients des risques graves de l'ECT parce que ce n'était pas dans les « standards », à l'époque, de le dire (début des années 2000)<sup>5</sup>. Il a également reconnu avoir sous-estimé volontairement le nombre de personnes impactées à long terme par l'ECT. Le Canada fait état de 12%<sup>6</sup> de pertes de mémoire qui « perdurent » six mois après l'ECT, une étude britannique largement contestée par la communauté de psychiatres a recensé des plaintes subjectives représentant 29 à 59% de troubles mnésiques permanents. Mais ces plaintes « subjectives » sont jugées peu fiables, car elles ne recoupent pas les données objectives des tests neuropsychologiques. Or il n'existe actuellement aucun test spécifique à l'évaluation d'altérations cognitives, transitoires ou permanentes. Malgré ces tâtonnements, la sismothérapie s'impose comme le plus efficace des traitements pour de nombreuses affections psychiatriques. Certains docteurs militent même pour qu'elle ne soit pas qu'un dernier recours.

Mon amnésie rétrograde partielle recouvre une période d'environ trois ans, avant et pendant mes séances de sismothérapie (d'octobre-novembre 2017). Cette approximation relève du fait que j'ignore ce que j'ai oublié, jusqu'à quelle date. Aujourd'hui, rien de ce qui a été oblitéré n'est revenu. Concrètement, par exemple, il a y cette fille qui me regarde sur des photos de famille. C'est moi, et en même temps non, je ne m'identifie pas à elle. Décors et scène inconnus. Que fais-je là, avec mon fils dans les bras, à sourire à l'objectif ? Bref, si j'avais été suffisamment éclairée, sûrement n'aurais-je pas souscrit à l'option « transitoire » des effets mnésiques post-électrochocs. Je fais partie des ratés de la psychiatrie, soit. Mais qu'on me le dise ! La rançon du progrès. Je sens bien qu'il

---

<sup>5</sup> <https://www.youtube.com/watch?v=mB4KqcbuvJQ>

<sup>6</sup> Le traitement par électrochocs en chiffres, Radio Canada vidéo, 2015  
<https://www.youtube.com/watch?v=rAVn2xflhU0>

faudrait que je me taise, que je me terre dans l'ombre et le silence. Les défenseurs de l'ECT arguent qu'il n'est pas nécessaire d'en connaître le mécanisme d'action: celui de la plupart des thérapeutiques a été élucidé après leur découverte. Les effets à long terme de l'ECT n'ont jamais été prouvés et c'est minimiser la possibilité d'apparition tardive de lésions.

Lors d'un bilan effectué en avril dernier dans un établissement publique, l'origine de mon « fonctionnement cognitif partiellement atteint » a été identifiée comme multifactorielle : « détresse psychologique », « trouble bipolaire », mais aussi « ECT ». Le trouble bipolaire n'a jamais été constaté par le passé, mes capacités cognitives avant l'ECT m'avaient même permis de préparer un concours de l'Éducation Nationale, que j'ai finalement abandonné. Seuls mes très proches peuvent l'attester, ainsi qu'un ou deux docteurs qui n'en prendront pas le risque. Ces capacités cognitives n'ont malheureusement pas été évaluées avant la sismothérapie.

L'ECT n'altère pas la mémoire antérograde au-delà des fameux six mois. Toujours est-il que pour une raison « multifactorielle », depuis janvier 2019, je n'enregistre plus correctement les informations, j'en oublie beaucoup au fur et à mesure, de même que ce que je fais. Je répète en peu de temps les mêmes idées ou en perds le fil. J'éprouve des difficultés à lire un grand nombre de pages. Je vis dans une confusion des repères temporels, peine à me souvenir de ma journée, deux jours plus tôt. Mes capacités intellectuelles sont heureusement préservées malgré un ralentissement de la vitesse de traitement de l'information et des déficits attentionnels, ce qui, finalement, n'aide pas à la reconnaissance de mon état : « Ah ben ça va, vous arrivez à lire des articles en anglais » ou « Comment cela se fait-il que vous vous rappeliez de cette information-là » ? Je n'oublie pas tout, certains événements sont plus marquants que d'autres et ceux, impersonnels, s'impriment mieux que ceux, autobiographiques.

L'électroconvulsivothérapie répond aux standards éthiques requis pour des soins : bienfaisance, non-malfaisance, autonomie et justice. La bienfaisance d'un traitement est considérée comme tel s'il est bénéfique avec un risque minimal<sup>7</sup>.

Je repose la question : qu'est-ce qu'un risque « minimal » ? S'il est important, pourquoi le minimiser ? Un docteur bien connu, spécialiste de l'ECT, s'est empressé d'affirmer : « Ah moi, j'informe toujours mes patients : les souvenirs effacés ne reviennent pas. Mais je ne suis pas pour une surinformation comme aux États-Unis. Après, le patient ne prend pas la décision d'un traitement qui pourrait le sauver ». Il y a quelques années, cette personne décrivait à la presse que l'ECT présentait une meilleure tolérance que des médicaments.

---

<sup>7</sup> *Les principes éthiques de l'électroconvulsivothérapie*, Richa S., De Carvalho W., L'Encéphale, 2016  
<https://kundoc.com/pdf-les-principes-ethiques-de-lelectroconvulsivothérapie-.html>

Aucune lésion consécutive à des séances d'électroconvulsivothérapie n'a été objectivée, du moins, communiquée. Cependant, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES)<sup>8</sup>, regroupée aujourd'hui au sein de la Haute Autorité de Santé (HAS), laisse transparaître une ambiguïté dans ses « Indications et modalités de l'électroconvulsivothérapie » publiées en 1997. (Ce document officiel n'a d'ailleurs jamais été réactualisé depuis.) On peut lire, page 17, que " L'ECT ne provoque pas de lésions cérébrales objectivables chez l'adulte par les techniques actuelles d'imagerie. » Puis, page 72, « de rares lésions dentaires, neurologiques, traumatiques ont été enregistrées » (Suggestion de fiche d'information destinée aux patients). « C'est une nuance sémantique » m'ont fait comprendre deux neurologues. Par ailleurs, au sujet de l'amnésie rétrograde, l'ANAES conclut qu'elle peut être « durable chez certains patients ».

Une étude britannique préconise d'évaluer les altérations mnésiques post-ECT à l'aide de tests pour traumatisés crâniens. Cette idée est largement réfutée par les spécialistes de l'ECT. J'en ai parlé au psychiatre qui m'accueillait pour mes tests neurocognitifs, il m'a répondu d'un air tout à fait sincère : « Oui, c'est possible. Récemment, un collègue, le Professeur (inaudible, il a baissé la voix) me disait « *Tu sais, il se peut que l'ECT endommage le cerveau* ».

La sismothérapie présente une série d'autres failles : l'absence de standardisation de paramètres tels que le nombre de séances d'ECT et leur fréquence d'administration. Le protocole dépendant de chaque cas particulier, il reste à l'appréciation du médecin. Le positionnement des électrodes en bilatéral (apposées sur les deux lobes temporaux) est associé à une plus grande efficacité et rapidité d'action, mais aussi à des effets secondaires plus importants. Aussi, il est recommandé de ne procéder qu'à deux séances par semaine. Il est courant d'en avoir trois, ce qui a été mon cas. Il existe une façon de préserver les capacités cognitives, jugée autrefois moins efficace, celle du positionnement des électrodes en unilatéral. Mais c'est le positionnement en bilatéral qui reste prépondérant en France. Pourquoi ?

Par ailleurs, la durée du traitement ne fait l'objet d'aucun consensus. Mon formulaire de consentement mentionne quatre à douze séances nécessaires au traitement d'une dépression sévère. Il a été convenu oralement de douze séances, à réévaluer selon mon état de santé. Cela s'entend, car cette évolution n'est pas prévisible. Dans les faits, j'ai effectué quinze séances d'électrochocs, dont deux pour lesquelles je n'ai pas été consultée. À l'issue des douze premières, mon docteur a jugé pertinent la poursuite de la « cure ». Cette décision a été prise d'office. N'était-ce pas la moindre des corrections de nous informer de ce choix, mon conjoint et moi, de nous l'expliquer ? Quand nous avons obtenu un rendez-vous, nous en

---

<sup>8</sup> *Indications et modalités de l'électroconvulsivotherapie*, ANAES, 1997 <http://elaneo-conseil.fr/wp-content/uploads/2017/02/Document-1-ECT.pdf>

étions après la quatorzième séance. Le psychiatre qui refusait la surenchère d'information à l'américaine m'a ainsi consolée : « C'est au docteur de prendre les responsabilités, c'est lui qui assume les éventuels effets secondaires ». Quelles responsabilités a prises mon docteur lorsqu'il a nié pendant six mois mon amnésie permanente ? Et aujourd'hui ? J'ai appris, un an après mes électrochocs, la vérité sur mon état par moi-même. Si je n'avais pas réagi, sur un forum, à une émission consacrée à Antonin Artaud, je n'aurais jamais rencontré cette jeune femme, électrochoquée à la même époque que moi. Sans elle, j'en serais probablement toujours à croire au grand mystère du cerveau, exposé par mon psychiatre : ma mémoire stockée quelque part allait peut-être resurgir un jour.

Cela pose un problème éthique grave : que peut-on faire à un patient vulnérable ou lui faire croire s'il perd la mémoire au cours du traitement ? Les entretiens consignés avec les infirmiers attestent de mon souhait de tout arrêter dès les deuxième et quatrième séances. Il est de leur devoir, tout comme celui du docteur, d'encourager le patient à poursuivre les soins. Jusqu'à quel point ? Les différents documents composant mon dossier médical attestent aussi d'une très grande angoisse, d'une « réticence » constante à l'ECT. Ce à quoi l'on a répondu par une dose importante de neuroleptique, 300 gouttes de Tercian. Autant parler de camisole chimique...

D'un point de vue thérapeutique et psychique, j'ai été résistante au traitement par électroconvulsivothérapie. « Toujours réticente... » note le docteur à la neuvième séance sur ma fiche pré-anesthésiste. Dans ce cas, une réévaluation du protocole est conseillée à la quatrième ou à la sixième séance, or rien, (la charge électrique, par contre, a été déraisonnablement augmentée). Les 10<sup>ème</sup> et 11<sup>ème</sup> séances sont résumées par une ambivalence : « toujours réticente, va un peu mieux... » Quel sens donner à ces points de suspension alors que les cases « anxiété » et « réticence » de la fiche pré-anesthésie ont été cochées respectivement, douze et dix séances sur quinze ? Anxiété est un euphémisme.

Que se passe-t-il lorsqu'un patient souhaite interrompre ses séances ? Quand j'en ai manifesté le souhait, à la quatorzième séance, devant mon conjoint mon docteur m'a convaincue : « Vous allez mieux, mais vous ne vous en rendez pas compte parce que vous avez perdu la mémoire ». Le même argument a été donné à cette jeune femme rencontrée sur Internet, devenue mon amie. Un docteur doit tout mettre en œuvre pour sauver un patient. Mais comment être sûr qu'il manque à ce dernier sa capacité de discernement et qu'il ignore ce qui est bien pour lui ? La mère et les amis de mon amie ont dû se déplacer pour protester, témoigner de ce qu'elle n'allait pas mieux, de ce qu'elle voulait arrêter.

C'est un sujet tabou que d'évoquer les techniques de manipulation mentale en psychiatrie, même « gentilles » : ça n'existe plus ! Les procédés rhétoriques dont mon psychiatre a su faire preuve après ma sismothérapie m'amènent tout de même

à m'interroger sur la rigueur intellectuelle de sa démarche. Est-il vraiment un cas isolé ? Quand je me suis inquiétée de mes souvenirs qui ne revenaient toujours pas, six mois après la fin de l'ECT, il m'a répondu : « Vous avez peut-être vécu des moments désagréables ou pénibles en 2017, ce n'est peut-être pas si mal que vous les ayez oubliés... » Face à mon regret d'avoir effectué des électrochocs, il a recouru à une analogie fondée sur l'affect : « Il fallait tout essayer, si vous n'aviez pas fait d'ECT, votre fils serait peut-être orphelin aujourd'hui. » Ce qui n'a pas la même portée que « Si vous n'aviez pas fait d'ECT, vous ne seriez peut-être pas là, devant moi, aujourd'hui ». Persuader plutôt que convaincre, implanter une image mentale dans l'inconscient d'une femme fragilisée par sa maternité, n'est-ce pas malhonnête ?

Dernier point qui ne fait l'objet d'aucun consensus, sinon d'indications et de préconisations, celui du dosage maximal du stimulus électrique. Le surdosage augmente le risque d'atteinte des capacités cognitives. Par exemple, pour une ECT bilatérale, il est préconisé un stimulus équivalent à deux fois et demi le seuil épileptogène<sup>9</sup>. Bien sûr, l'intensité de la stimulation doit être déterminée selon la gravité du syndrome psychique, mais quelle liberté d'appréciation laisse-t-on au psychiatre ?

Peut-on encore croire à cette légende du « faible courant électrique » répandue à tout-va après avoir lu les paramètres de l'appareil à sismothérapie Spectrum 5000 Q ? Ce dernier fournit une « très grosse quantité d'énergie », notamment une tension électrique de 400 V. Une stimulation adéquate requiert une tension comprise entre 50 et 400 V<sup>10</sup>, associée à d'autres paramètres – fréquence, énergie, charge électrique, durée et largeur de pulse.

Là encore, face aux dégâts, vient la consolation : « Depuis le début nous prenons en compte les effets secondaires et nous essayons de les limiter en travaillant sur les paramètres. » Peut-être faut-il y travailler davantage ou alors renoncer. Dans tous les discours, le drame que toute une famille vit s'appelle « effets secondaires ».

Je ne suis pas Lina, je suis *Effets secondaires*.

---

<sup>9</sup> Le seuil épileptogène correspond à la charge électrique requise pour provoquer une crise convulsive généralisée d'au moins vingt secondes.

<sup>10</sup> *Documentation technique*, Micromed [http://www.micromed-france.eu/Documents\\_en\\_telechargements/Supports-Notices-Notice\\_technique\\_Mecta-Descriptif.pdf](http://www.micromed-france.eu/Documents_en_telechargements/Supports-Notices-Notice_technique_Mecta-Descriptif.pdf)



## FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT POUR UNE CURE D'ELECTRONARCOSE

Les électronarcoses (EN) constituent un traitement sûr et efficace de certains troubles psychiques. L'EN est le plus habituellement utilisée pour traiter des patients qui présentent une dépression sévère ou résistante. C'est souvent le traitement le plus sûr, le plus rapide et le plus efficace de cette maladie.

Le traitement de la dépression a remarquablement progressé pendant les 25 dernières années. Les techniques d'administration de l'EN se sont aussi considérablement améliorées depuis ses débuts. Pendant l'EN, une petite quantité de courant électrique est envoyée au cerveau, donc aux parties du cerveau qui contrôlent l'humeur, l'appétit et le sommeil. On pense que l'EN corrige les anomalies biochimiques qui sous-entendent la maladie dépressive sévère. Nous savons que l'EN est efficace : 80 à 90 % des gens déprimés qui le reçoivent répondent favorablement, faisant de lui le traitement le plus efficace de la dépression sévère.

Votre médecin suggère que vous soyez soigné par EN parce que vous avez un trouble qu'il pense devoir répondre à l'EN. Avant l'EN, votre état médical sera soigneusement évalué, avec le relevé complet de votre histoire médicale, un examen physique et éventuellement d'autres examens (électrocardiogramme, analyse de sang ...)

Les EN s'administrent sous forme d'une série de séances sous anesthésie générale. Le nombre nécessaire pour traiter avec succès une dépression sévère varie de 4 à 12. Les traitements sont habituellement administrés au rythme de trois par semaine. Vous devez informer votre médecin de vos allergies car une réaction allergique est rare mais possible.

Vous ne devez ni manger, ni boire la plupart des liquides 6h00 avant l'électronarcose. Les liquides clairs sont autorisés jusqu'à 2 heures avant l'électronarcose (eau, thé, café noir). Il est déconseillé de fumer.

Les EN se font sous anesthésie générale brève, dans une salle spécifique équipée du matériel conforme à la réglementation.

Il peut y avoir au réveil une légère période de confusion, si bien qu'il est préférable que vous ne receviez ni visite, ni appel téléphonique avant le lendemain, éventuellement le soir même.

Il peut y avoir une courte période de quelques difficultés de la mémoire mais qui ne couvre que la période où vous sont faites les EN.

Il vous est conseillé de reporter toute décision majeure à une semaine ou deux après la fin des EN.

Si vous désirez d'autres informations, demandez les à votre médecin. Un document plus complet, édité par l'assurance maladie, peut être consulté à votre demande.

---

La nature de ce traitement m'a été clairement décrite par le médecin, et je donne mon consentement :

- A être traité par les électronarcoses
- A ce que mon père, ma mère, ma fille, mon fils, mon conjoint soit traité par les électronarcoses