



Une production du

BiESP

BUREAU D'INFORMATION
ET D'ÉTUDES EN SANTÉ
DES POPULATIONS

Profil d'utilisation de l'électroconvulsivothérapie au Québec

AUTEURS

Morgane Lemasson

Centre d'excellence en électroconvulsivothérapie du Québec*
Institut universitaire en santé mentale de Montréal, CIUSSS Est-de-l'Île-de-Montréal
Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec

Simon Patry

Centre d'excellence en électroconvulsivothérapie du Québec*
Institut universitaire en santé mentale de Québec, CIUSSS Capitale-Nationale

Louis Rochette

Éric Pelletier

Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec

Alain Lesage

Centre d'excellence en électroconvulsivothérapie du Québec*
Institut universitaire en santé mentale de Montréal CIUSSS Est-de-l'Île-de-Montréal
Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec

MISE EN PAGE

Sylvie Muller

Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec

LECTURE EXTERNE

Sébastien Proulx

Département de psychiatrie et neurosciences, Faculté de médecine, Université Laval
CIUSSS de la Capitale-Nationale (IUSMQ)

Bernard Keating

Faculté de théologie et de sciences religieuses, Université Laval

REMERCIEMENTS

Les auteurs souhaitent remercier le Dr André Delorme, directeur de la Direction de la santé mentale ainsi que les personnes de la Direction générale adjointe de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux pour leurs judicieux commentaires qui ont contribué à l'amélioration du rapport. Nous remercions également Jean Lepage, adjoint au président-directeur général et relations médias du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, pour ses conseils avisés.

* Le centre d'excellence en électroconvulsivothérapie du Québec est intégré dans l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal en collaboration avec l'Institut universitaire en santé mentale de Québec.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

DÉPÔT LÉGAL – 2^e TRIMESTRE 2016
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
ISBN : 978-2-550-75753-5 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2016)

Table des matières

Liste des tableaux	II
Liste des figures	II
Liste des sigles et acronymes	III
Faits saillants	1
1 Introduction	2
2 Méthodologie	3
2.1 Sources de données.....	3
2.2 Identification de cas.....	3
2.3 Identification d'une séance d'ECT en phase aiguë et en phase d'entretien (figure 1).....	4
2.4 Identification des six catégories diagnostiques.....	4
2.5 Périodes couvertes et comparaisons temporelles et régionales.....	4
3 Résultats	5
3.1 Prévalence de l'ECT au Québec.....	5
3.2 Caractéristiques de l'ECT selon le type de traitement (ECT aiguë versus d'entretien).....	7
3.3 Catégories diagnostiques associées à l'ECT.....	10
3.4 Caractéristiques des établissements et des médecins-psychiatres dispensant l'ECT au Québec.....	10
4 Discussion	12
4.1 Résumé des résultats observés.....	12
4.2 Limites.....	13
4.3 Prévalence.....	13
4.4 Indications diagnostiques.....	14
4.5 Différences selon le sexe et l'âge.....	14
4.6 Modes d'administration, établissements et psychiatres.....	14
4.7 Utilisation de l'ECT au Québec.....	15
4.8 Vers de meilleures pratiques en ECT.....	15
5 Conclusion	16
Références	17

Liste des tableaux

Tableau 1	Nombre et prévalence standardisée des personnes ayant reçu l'ECT par 100 000 habitants, par période de cinq ans, selon la région sociosanitaire, Québec, de 1997-1998 à 2012-2013	7
Tableau 2	Nombre et proportion de séances d'ECT et nombre et proportion de personnes ayant reçu de l'ECT, par établissement, selon le volume de séances d'ECT, par période de cinq ans, Québec, 1998-1999 à 2012-2013	11
Tableau 3	Nombre et moyenne de séances d'ECT par médecin-psychiatre et nombre de personnes ayant reçu de l'ECT par médecin-psychiatre, selon le volume d'activités, par période de cinq ans, Québec, 1998-1999 à 2012-2013	12

Liste des figures

Figure 1	Dessin illustrant une séance d'ECT de phases aiguë et d'entretien.....	4
Figure 2	Prévalence annuelle du nombre de personnes ayant reçu de l'ECT par 100 000 habitants selon le sexe et au total, Québec, de 1996-1997 à 2012-2013	5
Figure 3	Prévalence annuelle du nombre de personnes ayant reçu de l'ECT par 100 000 habitants selon l'âge, Québec, de 1996-1997 à 2012-2013	6
Figure 4	Proportion annuelle des personnes ayant reçu des séances d'ECT en phase aiguë seulement, en phase d'entretien seulement et en phases aiguë et d'entretien, Québec, de 1996-1997 à 2012-2013	8
Figure 5	Nombre moyen annuel de séances d'ECT par personne en phases aiguë et d'entretien selon le sexe et au total, Québec, de 1996-1997 à 2012-2013	9
Figure 6	Nombre moyen annuel de séances d'ECT par personne en phases aiguë et d'entretien selon l'âge, Québec, de 1996-1997 à 2012-2013	9
Figure 7	Proportion annuelle des six catégories diagnostiques associées à chaque séance d'ECT, Québec, de 1996-1997 à 2012-2013	10

Liste des sigles et acronymes

AETMIS	Agence d'évaluation des technologies et des modes d'interventions en santé
CEECTQ	Centre d'excellence en ECT du Québec
CIM-9/-10	9 ^e /10 ^e révision de la classification internationale des maladies
ECT	Électroconvulsivothérapie
FIPA	Fichier d'inscription des personnes assurées à l'assurance maladie
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MED-ÉCHO	Fichier des hospitalisations
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
SISMACQ	Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec

Faits saillants

L'électroconvulsivothérapie (ECT) est une intervention médicale de derniers recours utilisée pour certains troubles mentaux sévères qui résistent aux traitements par médicaments tels que la dépression majeure, la schizophrénie, la manie et plus rarement pour quelques conditions médicales graves. Elle consiste à induire une convulsion dans le cerveau, à l'aide d'un courant électrique.

Cette étude portant sur le suivi de l'ECT dresse un portrait détaillé de l'utilisation de cette thérapie au Québec de 1996 à 2013. Pendant cette période, 8 149 personnes ont reçu de l'ECT, dont 804 personnes traitées en moyenne par année.

Au Québec, l'ECT est encore un traitement d'exception dont l'utilisation est conforme aux normes de pratiques cliniques énoncées dans les lignes directrices internationales. Par exemple, sur les 900 000 personnes traitées pour troubles mentaux chaque année au Québec, 0,08 % d'entre elles auraient reçu de l'ECT. Le recours à cette thérapie est en constante diminution.

- L'usage de l'ECT a baissé de 30 % à partir de 2002-2003, passant de 15,4/100 000 (2002-2003) à 10,8/100 000 (2012-2013), autant chez les hommes que chez les femmes de tout âge;
- Cette diminution est plus marquée dans les groupes dont la prévalence du recours à l'ECT est la plus élevée, à savoir chez les femmes et chez les personnes âgées de 65 ans et plus.

L'ECT a été plus fréquemment administrée chez :

- les femmes et les personnes âgées de plus de 65 ans reflétant l'incidence relative de la dépression majeure et la complexité de la situation clinique pour ces populations spécifiques;
- les personnes souffrant de troubles affectifs, telle que la dépression majeure, constituant les trois quarts des individus ayant recours à l'ECT.

En moyenne, chaque personne a reçu 9,7 séances d'ECT par année, soit 7,5 séances aiguës et 2,2 séances supplémentaires, appelées séance d'entretien. L'administration d'ECT en phase aiguë a sensiblement diminué durant cette période, contrairement à l'ECT d'entretien qui a augmenté.

- Les disparités régionales et le nombre de séances d'ECT données par les médecins-psychiatres posent toutefois certaines questions importantes telles que l'adéquation de l'utilisation de l'ECT et le maintien de la qualité des services. Ceci souligne la nécessité de mettre en place un système de suivi plus élaboré sur la qualité des soins et des services d'ECT dans l'ensemble de la province du Québec.

Chiffres clés de l'année 2012-2013

- Au Québec, 750 personnes ont reçu de l'ECT soit 10,8 personnes/100 000 habitants;
- 17 % des médecins-psychiatres du Québec ont utilisé l'ECT;
- Un traitement aigu et d'entretien comprend en moyenne 8,3 et 3,3 séances d'ECT, respectivement.

1 Introduction

L'électroconvulsivothérapie (ECT) est une intervention médicale visant à induire une convulsion dans le cerveau, à l'aide d'un courant électrique. Depuis son introduction, la recherche scientifique a permis de profonds remaniements tant sur les recommandations d'utilisation que sur les techniques d'administration (paramètres de stimulation, positionnement des électrodes) (APA, 2001; NICE, 2003; Payne et Prudic, 2009, Enns et collab., 2010; Chan et collab., 2012, Royal College of Psychiatrists, 2013).

De nos jours, l'ECT est un traitement sécuritaire qui a prouvé son efficacité dans certaines formes les plus résistantes des maladies psychiatriques déterminées (APA, 2001). Selon l'American Psychiatric Association (APA), elle peut être indiquée pour certains troubles mentaux sévères (ex. : la dépression majeure, la schizophrénie, la manie) et elle s'utilise plus rarement pour quelques conditions médicales graves (ex. : la maladie de Parkinson, le syndrome malin des neuroleptiques, le *status epilepticus* et la catatonie) lorsque les thérapies habituelles ont échoué ou ne sont pas tolérées, ou encore que la vie des personnes est menacée (APA, 2001; AETMIS, 2002). L'ECT ne se réalise désormais que dans des conditions d'anesthésie générale notamment grâce à l'utilisation d'agents anesthésiants, de relaxants musculaires et d'oxygénation tout en assurant une surveillance des signes vitaux. Elle est généralement administrée deux à trois fois par semaine pendant un épisode aigu. Une réponse au traitement aigu est en moyenne obtenue après une série de 6 à 12 séances d'ECT. Toutefois, des séances supplémentaires, appelées ECT d'entretien, sont parfois nécessaires pour prévenir les rechutes et obtenir une amélioration clinique optimale chez certaines personnes en raison de la sévérité de leur maladie.

Découverte en 1938, cette thérapie a massivement été utilisée avant d'être décriée dès l'avènement des psychotropes au cours des années 1960 (McCall, 2001). Sous l'influence de divers facteurs (opinion publique, découverte des psychotropes, administration non réglementée de l'ECT, etc.), son déclin se poursuivit jusqu'aux années 1980, et ce, dans le monde entier (Szekely et Poulet, 2012). Depuis, les tendances divergent selon les pays. Au Québec, les données issues de la Régie de l'assurance maladie du Québec

(RAMQ), présentées dans le magazine scientifique *Québec Science*, puis par l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'interventions en santé (AETMIS, maintenant l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, INESSS), montrent que le nombre de séances d'ECT a doublé entre 1988 et 1996 pour se stabiliser par la suite jusqu'en 2001 (Grondin, 1997; AETMIS, 2002).

Le rapport de l'AETMIS (2002) indique que la fréquence d'utilisation de cette thérapie était toutefois équivalente à celle des autres pays industrialisés. L'absence de données de prévalence en termes de nombre de personnes traitées au Québec limitait cependant les comparaisons nationales et internationales. Afin de pallier ce problème, l'AETMIS a analysé le taux d'utilisation de l'ECT pour les personnes hospitalisées (taux d'hospitalisation avec ECT par 10 000 de population générale). Ces données montrent qu'au Canada, le Québec figurait parmi les plus faibles utilisateurs d'ECT sous hospitalisation entre 1994 et 2000 (AETMIS, 2002). L'analyse des prévalences par sexe et âge indiquait une différence comparable aux tendances internationales. Les femmes et les personnes âgées de plus de 65 ans constituaient les deux catégories de personnes les plus fréquemment traitées par l'ECT. Cependant, bien que l'augmentation de l'usage de l'ECT entre 1988 et 1996 soit sensiblement plus importante chez les 20-64 ans, elle demeure identique pour les deux sexes.

Selon les résultats du rapport de l'AETMIS, il existerait une importante variabilité géographique dans les pratiques de l'ECT entre les différentes régions québécoises, et les provinces canadiennes. Cette variabilité tiendrait en partie aux différences dans l'accessibilité à ce traitement reconnu pourtant efficace pour des indications médicales données (AETMIS, 2002; Gosselin et collab., 2013; Martin et collab., 2015). Par exemple, Grondin et ses collaborateurs (1997) indiquaient que, d'après les données de la RAMQ, seulement huit médecins-psychiatres administraient le tiers des ECT en 1995, et ce uniquement dans trois établissements de santé québécois.

Sept recommandations ont été formulées dans le rapport de l'AETMIS pour mieux encadrer l'ECT au Québec. Afin d'assurer le suivi de cette pratique, l'élaboration de registres hospitaliers assurant la collecte des données relatives à l'utilisation de l'ECT

dans l'ensemble du Québec fut alors recommandée. Suite à cela, un centre d'étude et d'expertise, le Centre d'excellence en ECT du Québec (CEECTQ) a été créé en 2012, grâce à la collaboration et le financement public des Instituts universitaires en santé mentale de Montréal (IUSMM) et de Québec (IUSMQ). Depuis, le Bureau d'information et d'études en santé des populations (BIESP) de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et le CEECTQ ont réalisé une étude de faisabilité portant sur le suivi de l'ECT au Québec basée, non pas sur les registres des établissements, mais sur le jumelage de fichiers médico-administratifs québécois.

Le présent rapport a pour objectif principal de montrer la capacité à dresser le profil d'utilisation de l'ECT au Québec de 1996 à 2013 à partir du jumelage de banque de données administratives. Les objectifs secondaires sont de présenter l'algorithme d'identification de cas d'ECT, d'estimer la prévalence et les modes de pratique de l'ECT, les indications diagnostiques et les volumes régionaux en établissement et par médecin-psychiatre.

2 Méthodologie

2.1 Sources de données

Les données relatives à l'utilisation de l'ECT au Québec ont été obtenues à partir de l'analyse des fichiers administratifs issus du Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ). Ce dernier se compose du fichier d'inscription des personnes assurées à l'assurance maladie (FIPA), du fichier des services médicaux rémunérés à l'acte de la Régie de l'Assurance maladie du Québec (RAMQ), du fichier des hospitalisations (MED-ÉCHO), du fichier des services pharmaceutiques et du fichier des décès du registre des événements démographiques. Dans cette étude, seuls les fichiers des services médicaux rémunérés à l'acte, FIPA et MED-ÉCHO ont été utilisés. Le FIPA donne accès aux données démographiques et aux périodes d'admissibilité à l'assurance maladie. Le fichier des services médicaux compile quant à lui tous les actes médicaux rémunérés à l'acte facturés à la RAMQ, alors que MED-ÉCHO recense pour chaque admission hospitalière le diagnostic principal et les diagnostics secondaires qui y sont associés. Les codes de la 9^e révision de la classification internationale des maladies (CIM-9) sont utilisés pour encoder les

diagnostics dans le fichier des services médicaux rémunérés à l'acte pour toute la période d'observation. Concernant la codification dans le fichier MED-ÉCHO, la classification CIM-9 est utilisée pour encoder les diagnostics jusqu'au 31 mars 2006 et la CIM-10 par la suite. La Classification canadienne des actes diagnostiques, thérapeutiques et chirurgicaux (CCA) a été utilisée pour encoder les interventions antérieures au 31 mars 2006 tandis que la Classification canadienne des interventions en santé (CCI) a été utilisée par la suite.

2.2 Identification de cas

La population étudiée comprend l'ensemble des personnes admissibles à la RAMQ, âgées de 18 ans et plus. Trois tranches d'âge (18-39 ans, 40-64 ans et plus de 65 ans) ont été prises en compte dans les analyses.

Pour être considérée comme ayant reçu de l'ECT, une personne devait avoir eu au cours de l'année (du 1^{er} avril au 31 mars) soit :

- un service payé et recensé au fichier des services médicaux avec les codes d'acte de facturation pour ECT en cours d'hospitalisation (08977) ou en externe (08987);
- un séjour hospitalier avec les codes d'interventions pour thérapie par électrochocs non classée autrement (0838) ou stimulation, cerveau, stimulation électrique externe (pour choc ou convulsion) (1AN09JADV) dans MED-ÉCHO.

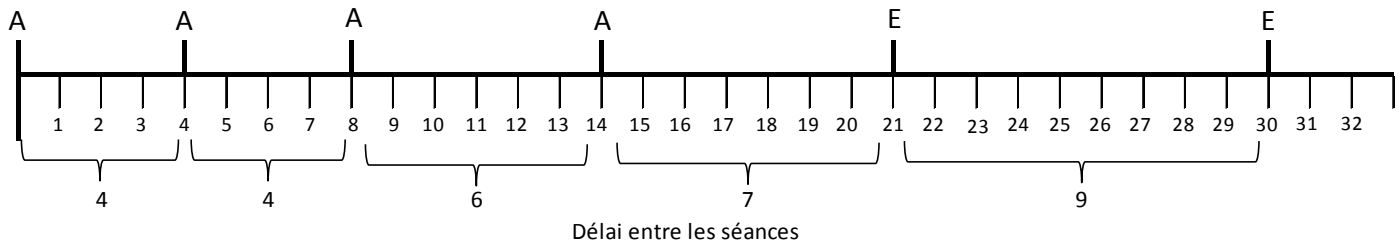
Le nombre d'établissements et de médecins-psychiatres administrant l'ECT a été déterminé à partir des numéros banalisés figurant sur les actes de facturation et le fichier MED-ÉCHO.

2.3 Identification d'une séance d'ECT en phase aiguë et en phase d'entretien (figure 1)

Une séance d'ECT est considérée en phase aiguë si elle est séparée de la séance précédente ou suivante par une période de 1 à 6 jours inclusivement.

Une séance d'ECT est considérée en phase d'entretien si elle est séparée de la séance précédente et suivante par une période de 7 jours ou plus.

Figure 1 Dessin illustrant une séance d'ECT de phases aiguë et d'entretien



- A Phase aiguë
- E Phase d'entretien

2.4 Identification des six catégories diagnostiques

Les diagnostics de troubles mentaux issus des fichiers des services médicaux ou des hospitalisations des personnes ayant reçu l'ECT sont classés en six catégories (adaptation d'après la fiche technique de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) pour taux de réadmission dans les 30 jours en raison d'une maladie mentale http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/fr/document/health+system+performanc/e/indicators/health/ind_tech_2.4_2012). Les codes des diagnostics CIM-9 associés à l'ECT sont les suivants :

- a) Abus de substances : 291, 292.1, 292.8, 292.9, 294.0, 297.3, 303, 304, 305;
- b) Schizophrénie et troubles psychotiques non induits : 295, 297.0, 297.1, 297.8, 297.9, 298.0, 298.3, 298.8, 298.9, 299.9;
- c) Troubles affectifs : 296, 298.0, 300.4, 300.8, 300.9, 301.1, 301.6, 308.0, 308.3, 308.9, 309.0, 309.1, 309.2, 309.4, 309.8, 309.9, 311.9, 313.9;
- d) Troubles anxieux : 300.0, 300.2, 300.3;
- e) Troubles de la personnalité : 300.1, 301.0, 301.2, 301.4, 301.5, 301.8, 301.9, 310.1;
- f) Autres diagnostics.

Les indications diagnostiques non spécifiées ou manquantes, représentant 5 % de l'ensemble des diagnostics posés, ont été exclues de cette partie de l'analyse.

2.5 Périodes couvertes et comparaisons temporelles et régionales

La période d'analyse débute le 1^{er} avril 1996 et se termine le 31 mars 2013. Les comparaisons dans le temps et entre les régions sont effectuées au moyen de mesures ajustées pour l'âge. Celles-ci sont acquises par la méthode de standardisation directe à partir de la structure d'âge de la population du Québec en 2001.

3 Résultats

3.1 Prévalence de l'ECT au Québec

Selon la définition de cas choisie dans cette étude, 8 149 personnes différentes ont reçu de l'ECT entre le 1^{er} avril 1996 et le 31 mars 2013 au Québec. Parmi les cas répertoriés, 75 % ont été identifiés à la fois par le fichier des services médicaux rémunérés à l'acte et par MED-ÉCHO, 19 % exclusivement identifiés par le fichier des services médicaux et 6 % exclusivement par MED-ÉCHO.

Les figures 2 et 3 illustrent la prévalence annuelle du nombre de personnes ayant reçu de l'ECT de 1996-1997 à 2012-2013, respectivement selon le sexe et selon les tranches d'âge définies. Pour l'ensemble de la période, le taux provincial annuel standardisé de

l'utilisation de l'ECT est de 13 pour 100 000 habitants. À la lecture des résultats, on note que cette prévalence a diminué de 30 % entre les périodes 2002-2003 et 2012-2013 passant de 15,4/100 000 à 10,8/100 000. Cette diminution est observée chez les deux sexes (figure 2) et dans toutes les catégories d'âge (figure 3). Elle est toutefois plus marquée dans les groupes dont la prévalence est la plus élevée, à savoir chez les femmes et chez les personnes âgées de 65 ans et plus, où cette réduction atteint respectivement 38 % et 31 % entre 2002-2003 et 2012-2013. En comparaison, en tenant compte uniquement de l'année 2012-2013, les femmes recevaient 1,5 fois plus d'ECT que les hommes (12,7/100 000 et 8,7/100 000, respectivement) (figure 2). Pour les personnes âgées de plus de 65 ans, la prévalence d'utilisation de l'ECT en 2012-2013 est 1,7 fois supérieure à celle des 40-65 ans et 4,0 fois à celle des 18-39 ans (figure 3).

Figure 2 Prévalence annuelle du nombre de personnes ayant reçu de l'ECT par 100 000 habitants selon le sexe et au total, Québec, de 1996-1997 à 2012-2013

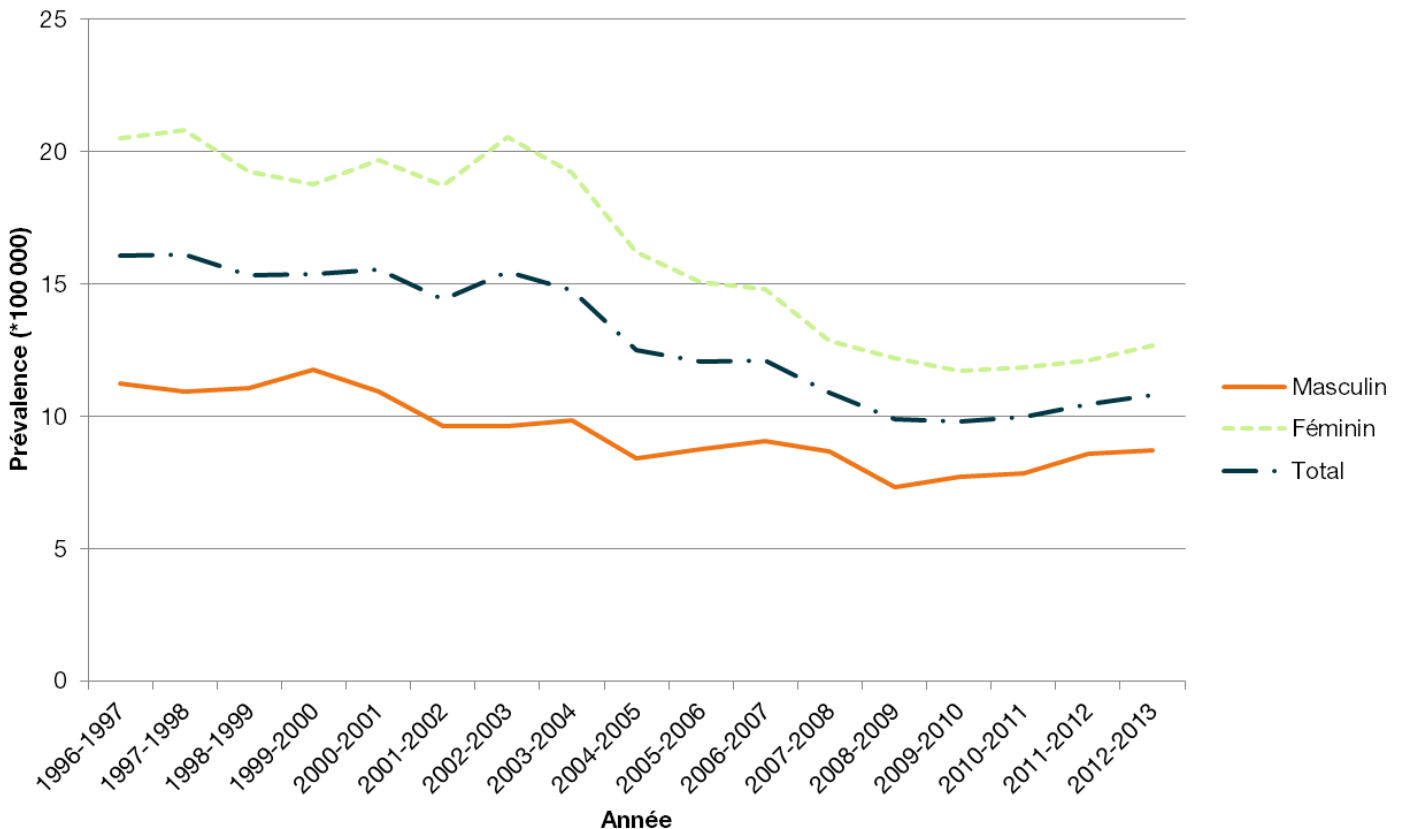
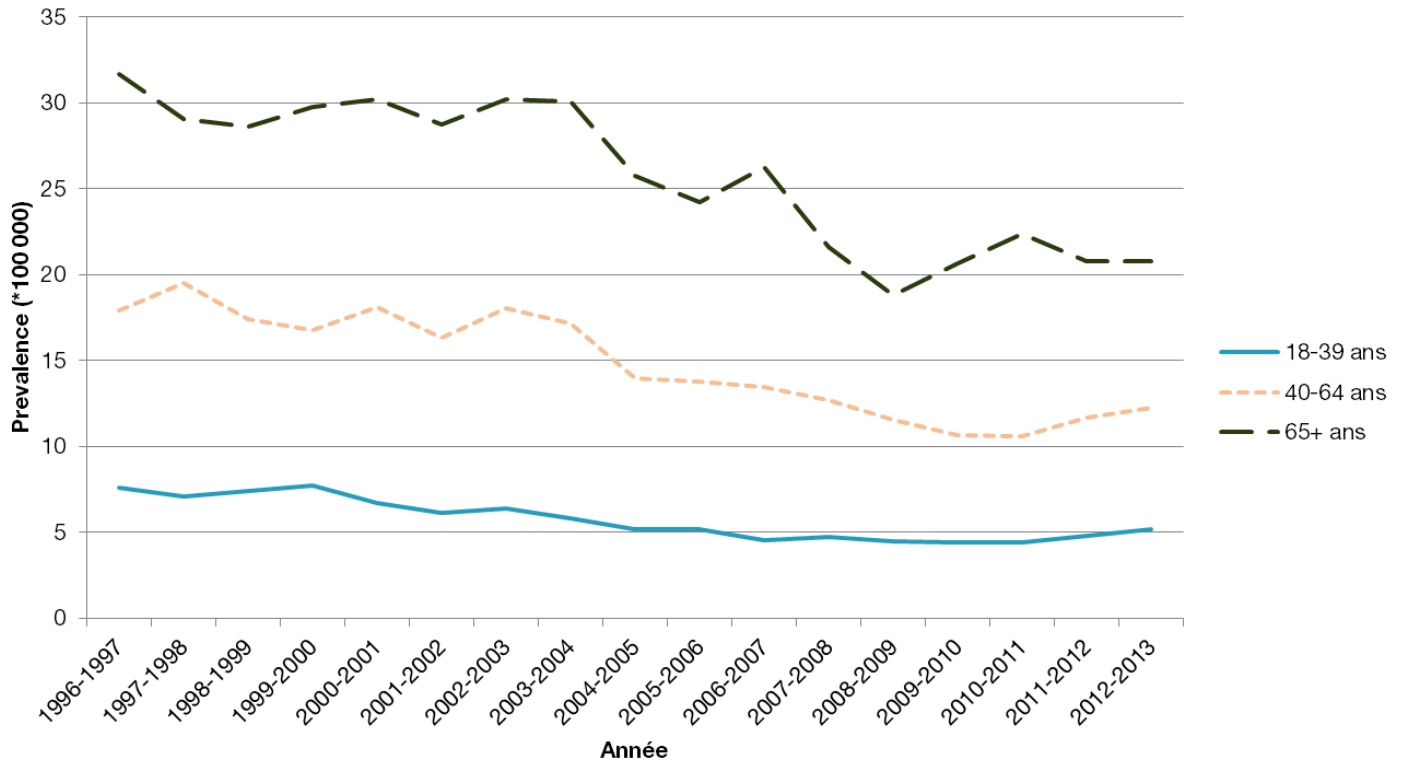


Figure 3 Prévalence annuelle du nombre de personnes ayant reçu de l'ECT par 100 000 habitants selon l'âge, Québec, de 1996-1997 à 2012-2013



L'analyse du nombre et de la prévalence (taux) du nombre de personnes différentes ayant reçu de l'ECT selon la région sociosanitaire rapportée dans le tableau 1, confirme cette baisse d'utilisation au cours des 15 dernières années. La prévalence standardisée moyenne est passée de 15/100 000 habitants pour la période 1997-1998 à 2001-2002 à 10/100 000 habitants pour la période 2008-2009 à 2012-2013, soit une baisse de 33 %. Quant à la distribution géographique, ce même tableau confirme aussi cette tendance à la baisse dans la plupart des régions du Québec à

l'exception des régions de la Mauricie et Centre-du-Québec et de l'Estrie où les pourcentages d'augmentation des prévalences standardisées des individus ayant reçu l'ECT sont respectivement de 35 % et de 62 % pour les périodes couvrant 1997-1998 à 2012-2013. Ces données mettent également en évidence d'importantes variations dans les prévalences interrégionales avec, par exemple, des prévalences allant de 3/100 000 habitants à 23/100 000 habitants pour la période 2008-2009 à 2012-2013.

Tableau 1 Nombre et prévalence standardisée des personnes ayant reçu l'ECT par 100 000 habitants, par période de cinq ans, selon la région sociosanitaire, Québec, de 1997-1998 à 2012-2013

Période	1997-1998 à 2001-2002		2003-2004 à 2006-2007		2008-2009 à 2012-2013	
	Nombre de personnes	Prévalence standardisée (*100 000) (IC95 %)	Nombre de personnes	Prévalence standardisée (*100 000) (IC95 %)	Nombre de personnes	Prévalence standardisée (*100 000) (IC95 %)
Bas-Saint-Laurent (01)	70	8,8 (6,9-11,1)	110	12,6 (10,3-15,3)	100	12,0 (9,7-14,7)
Saguenay-Lac-Saint-Jean (02)	245	21,8 (19,2-24,7)	180	15,7 (13,5-18,2)	130	10,6 (8,8-12,6)
Capitale-Nationale (03)	675	25,6 (23,7-27,6)	420	14,6 (13,2-16,1)	350	11,4 (10,2-12,7)
Mauricie et Centre-du-Québec (04)	280	14,1 (12,5-15,9)	340	16,1 (14,4-17,9)	420	19,0 (17,2-21,0)
Estrie (05)	160	13,9 (11,9-16,3)	180	14,6 (12,6-17,0)	295	22,5 (20,0-25,3)
Montréal (06)	1435	19,0 (18,0-20,0)	1180	15,2 (14,3-16,1)	935	11,7 (11,0-12,5)
Abitibi-Témiscamingue (08)	30	6,1 (4,2-8,5)	65	10,7 (8,2-13,8)	55	8,5 (6,4-11,2)
Côte-Nord (09)	60	15,8 (12,1-20,4)	75	19,1 (15,0-24,1)	55	12,9 (9,6-17,1)
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (11)	95	21,8 (17,6-26,8)	85	19,2 (15,3-24,1)	35	6,5 (4,5-9,3)
Chaudière-Appalaches (12)	190	12,4 (10,7-14,2)	140	8,4 (7,0-9,9)	70	3,9 (3,1-5,0)
Laval (13)	145	10,3 (8,6-12,1)	140	9,1 (7,7-10,8)	135	7,8 (6,5-9,2)
Lanaudière (14)	140	8,9 (7,5-10,6)	130	7,2 (6,0-8,6)	85	4,3 (3,5-5,4)
Laurentides (15)	60	3,4 (2,6-4,4)	65	3,4 (2,7-4,4)	60	2,6 (2,0-3,4)
Montérégie (16)	630	12,5 (11,5-13,5)	570	10,3 (9,4-11,1)	475	7,8 (7,1-8,5)
Québec	4465	15,2 (14,8-15,7)	3940	12,5 (12,1-12,8)	3460	10,2 (9,9-10,6)

N.B. Les données de la région d'Outaouais (07) ne sont pas présentées car une partie non négligeable des consultations et des hospitalisations aurait eu lieu en Ontario, ce qui aurait pour conséquence de sous-estimer les mesures d'incidence de cette région. Les régions du Nord du Québec (10), du Nunavik (17) et les Terres Cries de la Baie James (18) ne figurent pas dans ce tableau en raison des faibles effectifs et de la variation élevée des taux qui en résulte.

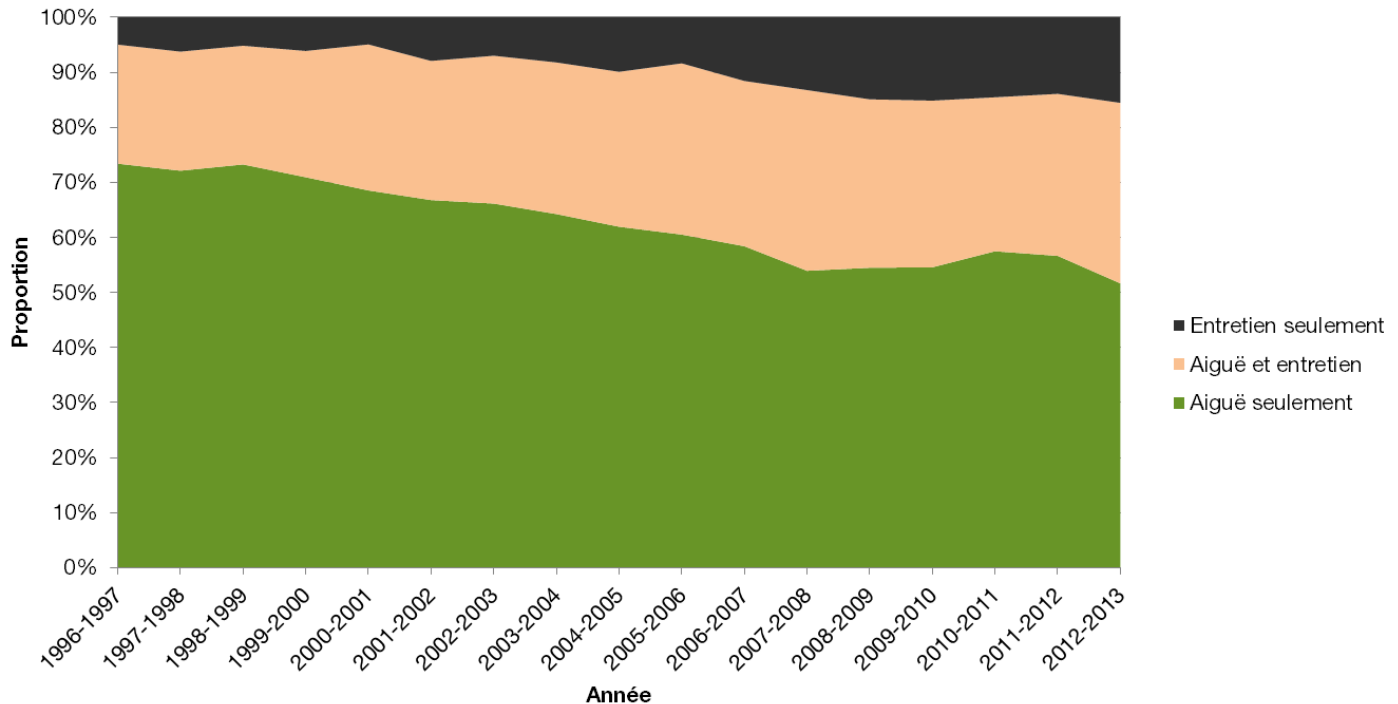
3.2 Caractéristiques de l'ECT selon le type de traitement (ECT aiguë versus d'entretien)

Comme mentionné en introduction, l'ECT peut être administrée en phase aiguë, parfois suivi de phase d'entretien.

La figure 4 présente la proportion annuelle en pourcentage des personnes ayant reçu des séances d'ECT en phase aiguë ou en phase d'entretien. Durant

la période étudiée, la proportion de personnes ayant eu exclusivement des séances d'entretien a sensiblement augmenté, passant de 5 % en 1996-1997 à 16 % en 2012-2013, tandis que celle des personnes recevant uniquement des séances en phase aiguë a diminué (72 % en 1996-1997 à 52 % en 2012-2013). Au total, la proportion des personnes ayant été traitées par de l'ECT en phases aiguë et d'entretien croît de 22 % à 33 % entre ces deux périodes.

Figure 4 Proportion annuelle des personnes ayant reçu des séances d'ECT en phase aiguë seulement, en phase d'entretien seulement et en phases aiguë et d'entretien, Québec, de 1996-1997 à 2012-2013



Les figures 5 et 6 illustrent le nombre moyen annuel de séances d'ECT en phases aiguë et d'entretien administrées par personne au Québec de 1996-1997 à 2012-2013, selon le sexe et le groupe d'âge, respectivement. Le calcul de la moyenne annuelle globale pour l'ensemble de la période montre que les personnes ont reçu une moyenne de 12 séances d'ECT de phase aiguë. Comme déjà illustré à la figure 4, bien que la proportion annuelle de personnes ayant eu des séances d'ECT en phase aiguë seulement a diminué dans le temps, le nombre moyen de séances par personne varie très peu entre 1996-1997 et 2012-2013, passant de 7,1 à 8,3. Cette observation de l'évolution se vérifie dans toutes les catégories d'âge et de sexe. La figure 6 montre que le nombre moyen de séances d'ECT en phase aiguë varie peu entre les diverses catégories d'âge.

Le nombre annuel moyen des séances d'ECT d'entretien par personne a quant à lui augmenté de 1,4 à 3,3 entre 1996-1997 et 2012-2013 (figures 5 et 6). Cette hausse est observable dans l'ensemble des catégories d'âge, avec une moyenne annuelle globale (calculée à partir de chacune des moyennes annuelles

de séances d'entretien sur l'ensemble de la période) de 3,1 séances d'ECT par personne pour les plus de 65 ans, suivie des personnes de 40-64 ans (2,0 séances d'ECT par personne) puis des 18-39 ans (1,2 séance d'ECT par personne) (figure 5). En outre, les résultats obtenus (figure 5) révèlent aussi que le nombre moyen annuel de séances d'ECT d'entretien par personne (ex. : 3,3 en 2012-2013) est plus faible que le nombre de séances données au cours d'un épisode aigu (ex. : 8,3 en 2012-2013). Cette même figure montre également une différence selon le sexe. De 1996-1997 à 2012-2013, les femmes ont reçu plus de séances d'ECT d'entretien que les hommes (moyenne annuelle passant de 1,5 en 1996-1997 à 3,6 en 2012-2013 pour les femmes et de 1,0 à 2,9 pour les hommes pendant les mêmes périodes). Cette différence entre les sexes demeure cependant stable dans le temps. Le calcul sur l'ensemble de la période donne une moyenne annuelle globale de 2,4 séances pour les femmes et de 1,9 séance pour les hommes.

Figure 5 Nombre moyen annuel de séances d'ECT par personne en phases aiguë et d'entretien selon le sexe et au total, Québec, de 1996-1997 à 2012-2013

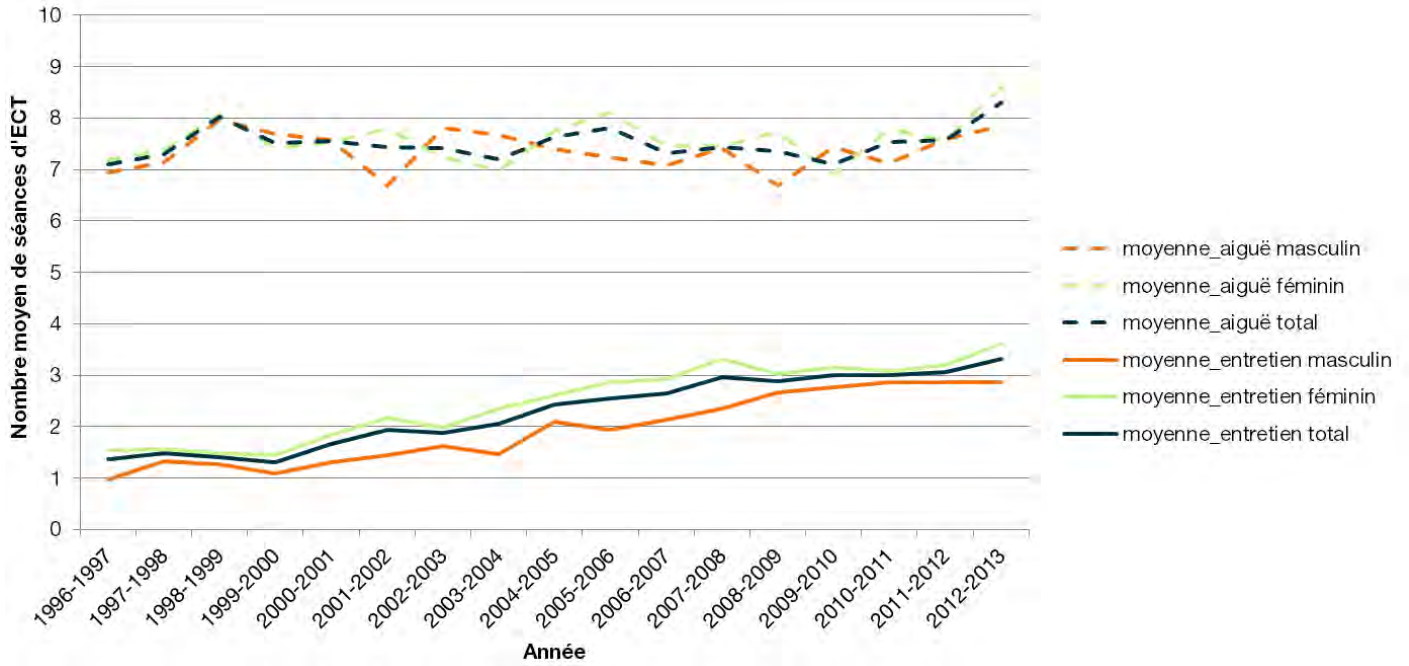
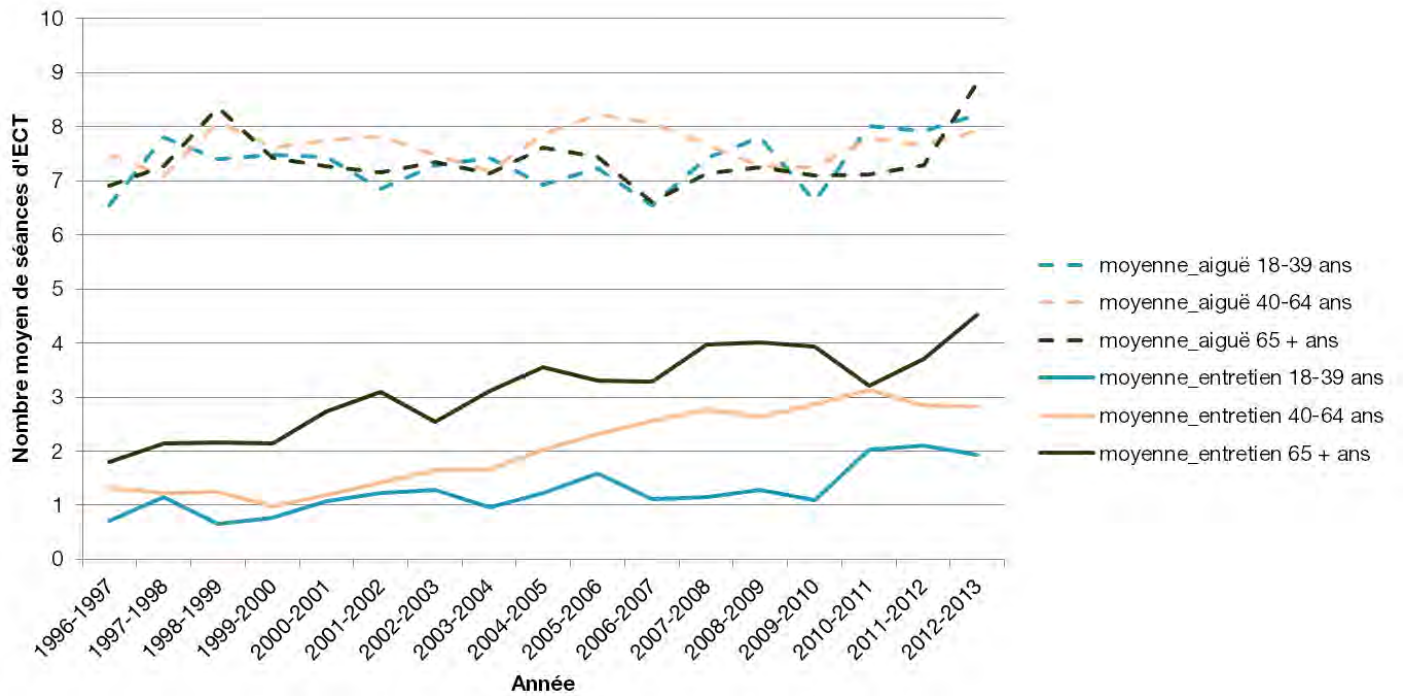


Figure 6 Nombre moyen annuel de séances d'ECT par personne en phases aiguë et d'entretien selon l'âge, Québec, de 1996-1997 à 2012-2013

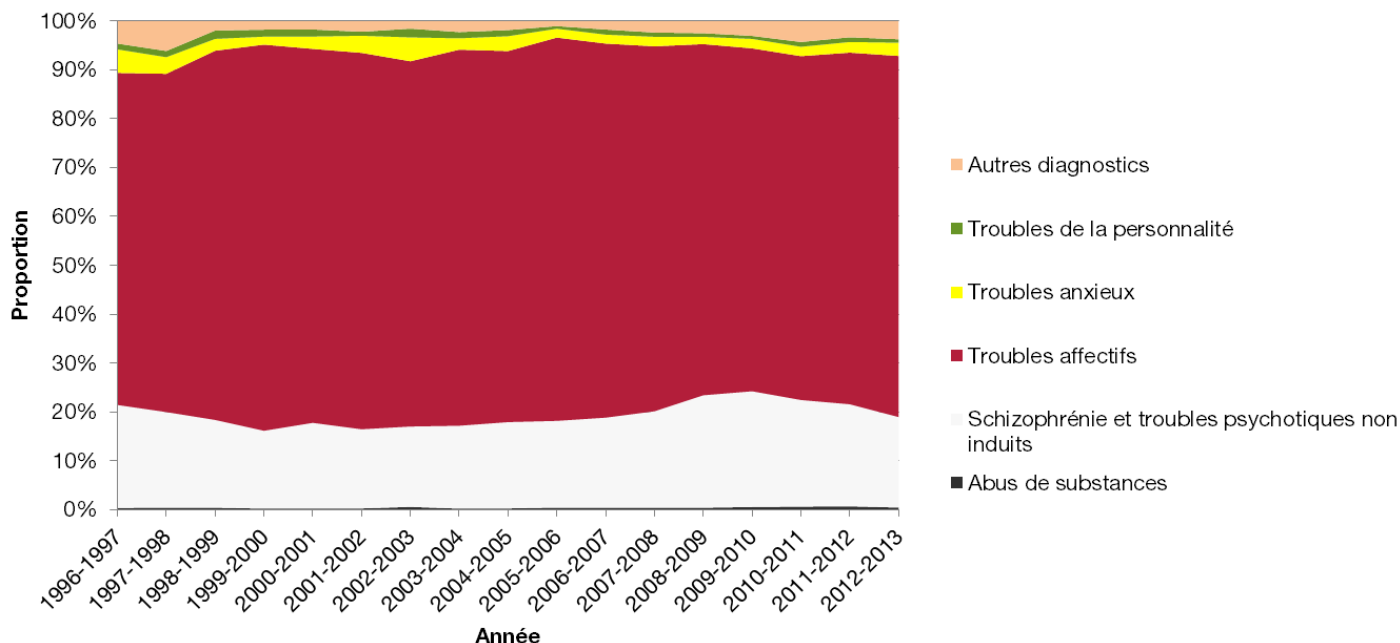


3.3 Catégories diagnostiques associées à l'ECT

La figure 7 illustre la proportion en pourcentage des catégories de diagnostics de troubles mentaux associées à chaque séance d'ECT entre 1996-1997 et 2012-2013. Parmi l'ensemble des séances d'ECT, 74 %

ont été prescrites pour traiter des troubles affectifs, 19 % pour des symptômes de schizophrénie et d'autres troubles psychotiques non induits, 2,6 % pour des troubles anxieux et enfin 1,1 % pour des troubles de la personnalité. Ces proportions demeurent stables durant toute la période étudiée. Notons que 2,6 % des actes de facturation recensés depuis 1996 ont été classés dans la catégorie « autres ».

Figure 7 Proportion annuelle des six catégories diagnostiques associées à chaque séance d'ECT, Québec, de 1996-1997 à 2012-2013



N.B. Les diagnostics non spécifiés et absents sont exclus de la représentation graphique.

3.4 Caractéristiques des établissements et des médecins-psychiatres dispensant l'ECT au Québec

Le tableau 2 présente le nombre et la proportion de personnes ayant reçu de l'ECT et le nombre et la répartition de séances d'ECT selon les établissements offrant l'ECT à différents débits. Par souci de clarté, le profil a été analysé sur 15 ans par période de cinq ans. Au total, 66 établissements ont dispensé de l'ECT au Québec pour une période de cinq ans entre 2008-2009 et 2012-2013. Compte tenu des fusions hospitalières des dernières années, le nombre des établissements offrant l'ECT a varié. En 2012-2013, on en dénombrait 46. Ces établissements ont été classés selon le volume de séances d'ECT administrées sur une période de cinq ans (24 et moins, 25-159, 160-524 et 525 et plus). Près

d'un quart d'entre eux administrent près des trois quarts des séances d'ECT et traitent environ les deux tiers des personnes. Par exemple, entre 2008-2009 et 2012-2013, 76 % des 26 357 séances ont été administrées dans 15 établissements, ce qui représente 23 % de l'ensemble des établissements répertoriés durant cette période. Cela correspond également à 64 % des personnes recevant ce traitement durant cette période. À l'inverse, entre 2008-2009 et 2012-2013, 16 établissements dispensaient moins de 24 ECT par période de cinq ans pour 1,7 % des personnes ayant reçu des séances d'ECT au Québec. Ce mode de répartition semble stable dans le temps.

Tableau 2 Nombre et proportion de séances d'ECT et nombre et proportion de personnes ayant reçu de l'ECT, par établissement, selon le volume de séances d'ECT, par période de cinq ans, Québec, 1998-1999 à 2012-2013

Période	Nombre de séances d'ECT par établissement	Nombre d'établissement	Nombre de séances d'ECT	Proportion des séances d'ECT (%)	Nombre de personnes ayant reçu l'ECT	Proportion de personnes ayant reçu l'ECT (%)
1998-1999 à 2001-2002	01-24	13	64	0,2	35	1,1
	25-159	14	961	2,5	137	4,5
	160-524	14	4 793	12,7	413	13,4
	≥ 525	22	31 916	84,6	2 488	81,0
2003-2004 à 2006-2007	01-24	28	110	0,3	32	1,2
	25-159	25	2 294	6,3	237	8,9
	160-524	24	8 006	22,0	701	26,5
	≥ 525	16	25 902	71,3	1 680	63,4
2008-2009 à 2012-2013	01-24	16	55	0,2	43	1,7
	25-159	15	1 297	3,7	196	7,6
	160-524	20	7 051	20,3	693	26,7
	≥ 525	15	26 357	75,8	1 660	64,0

Dans le tableau 3, le nombre de séances d'ECT par médecin-psychiatre a été réparti en catégories. Il illustre le nombre moyen de séances d'ECT administrées selon ces différentes catégories de médecins-psychiatres, son équivalent en pourcentage ainsi que le nombre de personnes y correspondant. Le tout a été réparti sur des périodes de cinq ans. Le nombre de médecins-psychiatres administrant l'ECT a peu changé en 15 ans, passant de 329 médecins-psychiatres en 1998-1999 à 2001-2002, à 340 en 2003-2004 à 2006-2007 et à 274 en 2008-2009 à 2012-2013. On remarque que le quart des médecins ont administré

10 séances ou moins sur une période de cinq ans tandis que 25 % d'entre eux ont effectué plus de 111 séances par période étudiée.

La répartition du nombre d'ECT administrées selon les catégories de volume d'activité est presque identique pour les trois périodes de cinq ans considérées. Par ailleurs, sur l'ensemble des médecins-psychiatres du Québec, on calcule une moyenne annuelle globale de 205 médecins-psychiatres dispensant l'ECT (soit 17 % des 1 212 médecins-psychiatres inscrits et actifs au Québec en 2012-2013).

Tableau 3 Nombre et moyenne de séances d'ECT par médecin-psychiatre et nombre de personnes ayant reçu de l'ECT par médecin-psychiatre, selon le volume d'activités, par période de cinq ans, Québec, 1998-1999 à 2012-2013

Période	Nombre de séances d'ECT par médecin-psychiatre	Nombre de médecins-psychiatres	Moyenne de séances d'ECT par médecin-psychiatre	Nombre de personnes par médecin-psychiatre	Nombre total de séances d'ECT	Pourcentage du nombre total de séances d'ECT
1998-1999 à 2001-2002	01-10	72	4,1	2,3	295	0,8
	11-35	93	21,8	9,8	2 028	5,4
	36-110	91	66,9	22,9	6 084	16,1
	≥ 111	73	403,6	101,8	29 464	77,8
2003-2004 à 2006-2007	01-10	87	3,8	2,4	331	0,9
	11-35	72	20,6	7,8	1 484	4,1
	36-110	90	66,3	22,6	5 970	16,4
	≥ 111	91	313,5	75,7	28 530	78,6
2008-2009 à 2012-2013	01-10	64	3,8	2,1	246	0,7
	11-35	64	19,5	8,7	1 247	3,6
	36-110	68	68,9	20,9	4 687	13,5
	≥ 111	78	366,4	79,2	28 580	82,2

4 Discussion

4.1 Résumé des résultats observés

Le rapport de l'AETMIS (2002) situait le taux d'utilisation de l'ECT au Québec dans le tiers inférieur canadien et parmi le plus bas au monde. Cependant, il relevait une grande variabilité régionale quant à l'accessibilité à ce traitement. De plus, il recommandait la mise en place d'un processus de suivi basé sur l'établissement de registres hospitaliers de l'ECT et le développement de programmes de contrôle de la qualité des soins et des actes médicaux.

Le présent rapport est le premier à faire suite aux recommandations de l'AETMIS de 2002. Celui-ci met en lumière certains éléments-clés qui méritent une attention particulière. En effet, il est intéressant de constater une diminution de la prévalence globale de l'utilisation de l'ECT au Québec entre 1996-1997 et 2012-2013, autant chez les hommes que chez les femmes de tous âges. Une réduction non uniforme de ces prévalences selon les régions administratives est également rapportée, ainsi qu'une différence importante de ces prévalences selon les régions. Ceci démontre encore une fois la variabilité interrégionale. En ce qui a trait au profil des personnes traitées par ECT, les données révèlent que les femmes et les

personnes âgées de 65 ans et plus demeurent les populations pour lesquelles l'ECT est la plus souvent dispensée. On observe également qu'au Québec, cette thérapie est administrée majoritairement aux personnes souffrant de troubles affectifs. En termes de mode de pratique, on constate que la majorité des séances d'ECT est donnée sur une base « aiguë » selon la définition choisie dans cette étude. Ceci est conforme aux normes de bonnes pratiques cliniques des troubles affectifs énoncées dans les lignes directrices internationales (APA, 2001, Enns et collab., 2010; Chan et collab., 2012). Notons cependant une augmentation dans les résultats de la proportion d'ECT dite « d'entretien ». Enfin, elle est donnée dans toutes les régions de la province, ce qui implique 46 établissements distincts, et 205 des 1 212 (17 %) médecins-psychiatres répertoriés et actifs en 2012-2013.

Les résultats obtenus semblent comparables au profil d'utilisation de l'ECT mentionné par l'AETMIS en 2002. Les fluctuations régionales observées soulèvent des questions quant à l'accessibilité à l'ECT. Comme pour toute intervention médicale, il faut aussi s'interroger sur le maintien de la qualité du service pour les établissements administrant rarement ce traitement et sur l'expertise médicale des médecins-psychiatres dispensant peu fréquemment ce type de soins.

4.2 Limites

Pour toute séance d'ECT, deux facturations, l'une pour l'acte médical et l'autre pour l'anesthésie, sont comptabilisées au fichier de la RAMQ. Les spécialistes comme les médecins-psychiatres reçoivent en majorité une rémunération à l'acte, les rares omnipraticiens susceptibles d'administrer l'ECT et/ou l'anesthésie sont assujettis, quant à eux, à une facturation à l'heure. Aussi, seules les séances d'ECT réalisées par les spécialistes figurent dans les bases de données administratives. À ce sujet, le rapport AETMIS (2002) invitait déjà à la prudence dans l'utilisation des données administratives du paiement des médecins de la RAMQ et des données d'hospitalisation de MED-ÉCHO. L'AETMIS évaluait qu'en 2001, le nombre d'actes d'anesthésie était supérieur à celui des actes d'ECT de près de 7 % (facturation de 7 434 actes d'ECT et de 7 925 d'anesthésie), que la proportion des anesthésies attribuables aux omnipraticiens s'élevait à près de 3 % et que moins de 0,2 % des actes d'ECT étaient facturés par des omnipraticiens. À la lumière de ces données, l'agence concluait que : « malgré ces limites, les données administratives relatives à la facturation des médecins sont un bon reflet de la pratique au Québec ».

Sachant que notre algorithme d'identification d'une séance d'ECT repose également sur la facturation de l'acte d'ECT des médecins-psychiatres à la RAMQ et sur les codes d'interventions lors de l'hospitalisation, il est important de se demander, à notre tour, si les prévalences rapportées ici traduisent fidèlement la pratique au Québec. Afin d'y répondre, rappelons que parmi l'ensemble des actes d'ECT relevés, 6 % provenaient exclusivement de la source hospitalière MED-ÉCHO qui pourrait avoir comptabilisé une partie des séances d'ECT données par les omnipraticiens. Par ailleurs, d'après notre expérience, une même personne peut recevoir une série de séances d'ECT de plusieurs médecins. Il semble donc improbable qu'une personne ait reçu l'ensemble des séances d'ECT d'un seul omnipraticien. Il serait à l'inverse plus juste de penser que la majorité des séances soient administrées par des médecins-psychiatres et que seuls quelques remplacements soient effectués par des omnipraticiens. Ce cas serait alors identifié par notre définition et comptabilisé. Sur la base de l'ensemble de ces considérations, la sous-estimation du nombre de personnes ayant reçu l'ECT au Québec entre 1996 et

2003 serait relativement faible. Il peut y avoir des différences dans la répartition de cette sous-estimation entre les régions du Québec. Il convient donc de faire preuve de précaution dans l'interprétation des différences interrégionales. Le recoupement de nos données avec celles des actes des anesthésistes pour l'ECT permettrait de préciser nos estimations. De même, la mise en place de registres hospitaliers informatisés serait un bon moyen de pallier ce problème.

4.3 Prévalence

Le rapport de l'AETMIS (2002) ne déterminait pas le nombre de personnes ayant reçu de l'ECT ni de prévalence standardisée. La comparaison interprovinciale se basait donc sur le nombre d'hospitalisations associées à l'ECT issues de l'ICIS. Sur la base de ces données, une grande variabilité était observée avec des prévalences pouvant aller de 15 à 140 hospitalisations par 100 000 habitants. Il est intéressant de noter de plus qu'en 1999-2000, le Québec et l'Ontario présentaient des prévalences parmi les plus basses du Canada, soit 26 et 37 hospitalisations par 100 000 habitants respectivement (AETMIS, 2002). Cette méthode d'analyse comporte toutefois plusieurs limites non négligeables. En effet, le taux d'hospitalisation : a) ne peut être totalement comparable au nombre de personnes traitées puisqu'une personne pouvait avoir été hospitalisée et soignée par ECT plusieurs fois dans une même année; b) n'inclut pas les traitements d'ECT ambulatoires (effectués en consultations externes qui avaient pourtant augmenté de 18 à 28 % entre 1988 et 2001 (AETMIS, 2002)); c) réfère à la population adulte, non standardisée pour l'âge. Jusqu'à maintenant, une seule étude canadienne réalisée en Ontario fait état du nombre de personnes traitées par ECT calculé sur la base des données administratives du paiement des médecins et non du nombre d'hospitalisations avec ECT (Rapoport et al, 2006). Elle montre que les prévalences populationnelles, évaluées à près de 13 personnes recevant de l'ECT par 100 000 habitants, demeuraient relativement stables entre 1992 et 2004. Il est intéressant de constater que ce taux est identique à celui obtenu pour le Québec en utilisant une définition comparable.

4.4 Indications diagnostiques

L'ECT est un traitement principalement prescrit pour des pathologies graves notamment les formes les plus sévères de certains troubles psychiatriques comme la dépression majeure (Kellner et collab., 2015). Dans la seconde édition du rapport du groupe de travail sur l'ECT publiée par l'APA, en 2001, il est notifié qu'on fait principalement appel à cette thérapie lorsque les traitements habituels ont échoué. Elle peut être notamment appliquée pour traiter la dépression majeure sévère et plus rarement d'autres pathologies psychiatriques (manie aiguë, schizophrénie associée à des symptômes affectifs ou catatoniques) et d'autres conditions médicales graves (le syndrome malin des neuroleptiques, la maladie de Parkinson, l'épilepsie réfractaire et l'hypopituitarisme). Les résultats montrent que les troubles dépressifs, tels que la dépression majeure, constituent la principale indication correspondant aux trois quarts du recours à l'ECT. Au Québec, l'ECT est donc administrée selon les indications médicales établies par les lignes directrices reconnues, et de l'AETMIS, et correspond au profil d'utilisation observé dans les pays occidentaux (Leiknes et collab., 2012).

Cette thérapie demeure toutefois un traitement d'exception pour l'ensemble de ces pathologies. Par exemple, sur les 900 000 personnes traitées pour troubles mentaux chaque année au Québec (Lesage et Émond, 2012), 0,08 % d'entre elles auraient reçu de l'ECT.

4.5 Différences selon le sexe et l'âge

Une différence selon le sexe et l'âge est retrouvée dans le profil d'utilisation de l'ECT. Concernant les variations entre les sexes, ces constatations sont similaires à celles retrouvées dans la plupart des statistiques des pays occidentaux, notamment celles du Canada. Ainsi, plus de femmes reçoivent de l'ECT que les hommes (Smith et Richman, 1984; APA, 2001; AETMIS, 2002; Rapoport et collab., 2006; Leiknes et collab., 2012). Ces différences s'expliqueraient en partie par le fait que la dépression majeure affecterait davantage les femmes (Weissman et Klerman, 1977; Kuehner, 2003; Fleury et Grenier, 2012). Par exemple, la proportion annuelle des troubles anxio-dépressifs diagnostiqués au Québec en 2009-2010 était 1,7 fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes (Lesage et Émond, 2012). Les

prévalences obtenues sont également distinctes d'une catégorie d'âge à l'autre, avec une utilisation plus élevée de l'ECT chez les aînés. Là encore, les données vont dans le sens de celles issues de la littérature (APA, 2001; van der Wurff, 2003; Rapoport et collab., 2006; Leiknes et collab., 2012). La forte représentation des personnes âgées résulterait en partie de la difficulté à traiter la dépression majeure pour cette catégorie d'âge. Cette difficulté résulterait de plusieurs facteurs (Baldwin et collab., 2002; CCSPMA, 2006) : a) la présence de pathologies, plus fréquentes chez les personnes âgées, associées à des symptômes dépressifs (ex. : Parkinson, démence, accident vasculaire cérébral); b) une longue histoire psychiatrique associée à des troubles mentaux plus fréquemment réfractaires, chroniques et sévères malgré plusieurs essais pharmaco et psychothérapeutiques; c) des conditions médicales plus complexes avec de multiples comorbidités et des effets secondaires restreignant l'usage de certains médicaments en raison des risques aggravants pour les autres affections ou d'interactions médicamenteuses.

4.6 Modes d'administration, établissements et psychiatres

Une augmentation de l'utilisation de l'ECT d'entretien est visible au cours de la période étudiée. Bien que cette question soit encore étudiée car peu documentée, les séances d'entretien semblent être une alternative de choix notamment pour les personnes à haut risque de rechute et de récurrence de la maladie, comme les personnes âgées, pour lesquelles l'ECT est préconisée (APA, 2001; AETMIS, 2002; Brown et collab., 2014; Kellner et collab., 2015).

À la suite de ces analyses, il semble que l'ECT soit dispensée par bon nombre d'établissements de santé et de médecins-psychiatres dans les différentes régions québécoises. Cette offre contraste avec celle observée dans le rapport de l'AETMIS (2002). On estimait alors qu'un nombre très restreint de médecins offrait ce traitement. Le volume annuel de séances d'ECT données par médecin-psychiatre varie considérablement avec près d'un quart d'entre eux délivrant environ 4 séances d'ECT sur une période de cinq ans et un autre quart en donnant en moyenne 366 pour la même période. Comme pour tout traitement médical spécialisé, ceci soulève un certain nombre de questions relatives à la qualité de l'acte médical, à

l'expertise des médecins-psychiatres et au maintien de la compétence professionnelle, notamment pour ceux qui dispensent rarement cette thérapie. Il en est de même pour la qualité des soins dans les établissements, particulièrement pour ceux à faible volume d'ECT.

4.7 Utilisation de l'ECT au Québec

Le Québec se situe parmi les juridictions canadiennes et les états ayant le moins recours à l'ECT. Néanmoins des variations interrégionales importantes, pouvant aller de 1:10, existent. La question de la disponibilité de l'ECT se pose ici. Notons cependant que de petites variations régionales, d'une ou de deux dizaines de personnes traitées avec l'ECT peuvent provoquer des variations importantes dans la prévalence.

La question de l'adéquation de l'utilisation de l'ECT au Québec a été soulevée dans une autre étude. Un audit de tous les suicides survenus en milieu hospitalier au Québec entre 1986 et 1991, soit 5 % des suicides au Québec, révélait que 17 % auraient pu bénéficier d'ECT pour optimiser leur traitement, ceci à une époque où l'ECT était plus utilisée au Québec et dans d'autres provinces canadiennes (Proulx et collab., 1997).

Ces observations conduisent à s'interroger sur l'utilisation optimale de l'ECT dans le traitement des personnes hospitalisées souffrant de troubles mentaux graves. La variation régionale dans l'utilisation de l'ECT ne semble pas due au nombre de médecins-psychiatres pouvant dispenser l'ECT, car plus du quart d'entre eux en dispensent chaque année au Québec et dans toutes les régions. L'amélioration de la formation des médecins-psychiatres, du personnel infirmier, de même que l'information aux patients et aux proches, aux comités des usagers et organismes de défense des droits pendant l'hospitalisation, pourraient permettre une utilisation optimale de l'ECT. Ces recommandations rejoignent également celles de l'AETMIS en 2002.

Une étude exploratoire de la pratique de l'ECT chez les moins de 18 ans a révélé des limites dans l'interprétation des résultats issus des données du SISMACQ empêchant de faire un portrait adéquat et fiable de la situation au Québec. Des analyses complémentaires incluant l'examen d'autres sources de

données pourront être menées par le CEECTQ afin d'identifier une mesure valide qui pourra être rapportée.

4.8 Vers de meilleures pratiques en ECT

La création d'un algorithme d'identification de l'ECT à partir des fichiers administratifs issus du SISMACQ, sous la responsabilité de l'INSPQ, se veut une des réponses proposées par le CEECTQ aux demandes formulées par l'AETMIS en 2002 afin d'améliorer la pratique au Québec.

Doté d'un comité d'orientation composé de nombreux partenaires impliqués dans le domaine (entre autres : la Direction de la santé mentale du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), le Collège des médecins du Québec, le Curateur public du Québec, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, la Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale, Revivre, et au moins une personne avec une expérience vécue de l'ECT), le CEECTQ a pour mission de contribuer à une meilleure connaissance et à l'implantation des meilleures pratiques au Québec en matière d'ECT pour les usagers et leurs familles. Pour y parvenir, ses champs d'actions sont multiples et diversifiés :

- offrir une formation académique sur l'ECT ainsi qu'un programme de développement professionnel continu pour les médecins-psychiatres, les infirmier(e)s, les gestionnaires et les comités d'usagers;
- coordonner l'accès à une téléconsultation aux médecins-psychiatres de l'ensemble du Québec pour les cas complexes;
- diffuser aux usagers, à leur famille et à la population générale, les informations nécessaires à la compréhension de cette thérapie. Notamment, grâce à l'amélioration du processus de consentement, au développement de divers outils d'information, à la participation de patient partenaires de soins ainsi que par le développement de guides de pratique sur les aspects cliniques, techniques et légaux de l'ECT;
- opérer une plateforme de recherche clinique ayant pour thèmes principaux les indications et les effets thérapeutiques de l'ECT, la qualité de vie à court et long terme, les effets secondaires à court et long

terme, les meilleures techniques et les autres techniques alternatives de neuromodulation;

- participer à titre d'expert dans les différentes régions québécoises grâce notamment à l'utilisation du SISMACQ en collaboration avec l'INSPQ, au développement d'un système de suivi de cette thérapie (registre), à la promotion des indications médicales et à l'élaboration d'études sur les bénéfices et les conséquences de la pratique de l'ECT.

Depuis 2012, et après approbation de son comité d'orientation, le CEECTQ a entrepris plusieurs projets. Premièrement, ce centre a révisé la procédure de consentement utilisée dans l'ensemble de la province en collaboration avec l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (JETMIS). En vue de son optimisation, un nouveau formulaire de consentement et une brochure d'information sur l'ECT destinée aux usagers et à leurs proches ont été développés par le CEECTQ, en partenariat avec des usagers, des proches, de nombreux experts dans les domaines de l'ECT, de l'évaluation des technologies, du consentement, des affaires juridiques et de l'éthique. Ces documents ont par la suite été entérinés par le MSSS. Deuxièmement, le CEECTQ participe régulièrement à des activités d'information sur l'ECT pour les professionnels de la santé, mais également auprès de la population générale. Troisièmement, il tente d'augmenter les connaissances actuelles sur l'ECT et son efficacité à travers la recherche clinique. Quatrièmement, il travaille à la création d'un registre national sur l'ECT inspiré du registre national de l'Écosse établi par le Scottish ECT Accreditation Network (SEAN) en 2005-2006. Pour ce faire, la direction du CEECTQ a récemment rendu visite au SEAN. Ce registre, continuellement mis à jour à chaque nouvelle séance d'ECT, fournirait des informations complémentaires au SISMACQ, comme par exemple les paramètres techniques de l'ECT (positionnement des électrodes, charges et spécificité

du stimulus, type d'anesthésie, etc.), les comorbidités, les effets cliniques (effets thérapeutiques avec les échelles de mesure de la dépression ou des fonctions cognitives, effets secondaires, incidents et accidents, etc.), l'adhésion au traitement, le statut légal des usagers (capacité à consentir, statut du consentement, etc.). Ceci devrait permettre de suivre de façon plus précise la pratique de l'ECT dans chaque région du Québec, de formuler des recommandations susceptibles d'améliorer la pratique et de développer des activités de formation et d'enseignement sur l'ECT selon les plus hauts standards. À moyen terme, le CEECTQ souhaite mettre en place un service de consultation de troisième ligne au bénéfice de tous les médecins-psychiatres du Québec dispensant ce traitement et d'un processus d'éducation continue auprès des différents intervenants œuvrant en ECT. Parallèlement, l'analyse continue des données rendues disponibles par le SISMACQ devrait permettre de mieux suivre la pratique de l'ECT à l'échelle provinciale et aider les recherches dans le domaine. Par exemple, son innocuité et ses bénéfices pourraient être étudiés.

5 Conclusion

Cette étude de faisabilité portant sur le suivi de l'ECT dresse un portrait détaillé de l'utilisation de cette thérapie au Québec de 1996 à 2013. La méthode d'identification utilisée à partir de l'analyse des fichiers administratifs issus du SISMACQ semble robuste et permet de tracer un portrait de l'utilisation de l'ECT au Québec. Une diminution de la prévalence de l'utilisation de l'ECT est observée au Québec, autant chez les hommes que chez les femmes de tous les groupes d'âges. Une importante disparité régionale de l'utilisation de l'ECT est toutefois observée. Ce dernier constat invite à un examen plus approfondi de la pratique de l'ECT. Le CEECTQ, par sa mission, serait bien positionné pour y répondre. Finalement, une analyse de l'effet de l'ECT sur la mortalité pourrait être menée dans une étude ultérieure.

Références

- Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS). 2002. L'utilisation des électrochocs au Québec. Rapport préparé par Reiner Banken (AETMIS 02-05 RF). Montréal : AETMIS, 2002, xvii-103 p.
- American Psychiatric Association (APA). 2001. The Practice of Electroconvulsive Therapy: Recommendations for Treatment, Training, and Privileging. The Task force Report of the American Psychiatric Association. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Baldwin RC, Chiu E, Katona C, Graham N. 2002. Guidelines on Depression in Older People: Practising the Evidence. London: Martin Dunitz Ltd.
- Brown ED, Lee H, Scott D, Cummings GG. 2014. Efficacy of continuation/maintenance electroconvulsive therapy for the prevention of recurrence of a major depressive episode in adults with unipolar depression: a systematic review. *J ECT* 30(3):195-202.
- Chan P, Graf P, Enns M, Delva N, Gilron I, Lawson JS, Gosselin C, Patry S, Milev R, Jewell M and others. 2012. The Canadian Survey of Standards of Electroconvulsive Therapy Practice: a call for accreditation. *Can J Psychiatry* 57(10):634-42.
- Coalition canadienne par la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA). 2006. Lignes directrices nationales. La santé mentale de la personne âgée. Toronto (ON): CCSMPA (www.ccsmh.ca).
- Enns MW, Reiss JP, Chan PK. 2010. Electroconvulsive therapy. *Can J Psychiatry* 55(6Suppl):1-12.
- Fleury MJ, Grenier G. 2012. État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et des services sociaux. Québec : Commissaire à la santé et au bien-être.
- Gosselin C, Graf P, Milev R, Delva N, Lawson JS, Enns M, Gilron I, Martin B, Chan P, Patry S and others. 2013. Delivery of electroconvulsive therapy in Canada: a first national survey report on devices and technique. *J ECT* 29(3):225-30.
- Grondin N. 1997. Le retour des électrochocs. *Québec Science Mars*:17-23.
- Kellner CH, Kaicher DC, Banerjee H, Knapp RG, Shapiro RJ, Briggs MC, Pasculli RM, Popeo DM, Ahle GM, Liebman LS. 2015. Depression severity in electroconvulsive therapy (ECT) versus pharmacotherapy trials. *J ECT* 31(1):31-3.
- Kuehner C. 2003. Gender differences in unipolar depression: an update of epidemiological findings and possible explanations. *Acta Psychiatr Scand* 108(3):163-74.
- Leiknes KA, Jarosh-von Schweder L, Hoie B. 2012. Contemporary use and practice of electroconvulsive therapy worldwide. *Brain Behav* 2(3):283-344.
- Lesage A, Émond V. 2012. Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services. Institut national de santé publique du Québec. 16 p.
- Martin BA, Delva NJ, Graf P, Gosselin C, Enns MW, Gilron I, Jewell M, Lawson JS, Milev R, Patry S and others. 2015. Delivery of electroconvulsive therapy in Canada: a first national survey report on usage, treatment practice, and facilities. *J ECT* 31(2):119-24.
- McCall WV. 2001. Electroconvulsive therapy in the era of modern psychopharmacology. *Int J Neuropsychopharmacol* 4(3):315-24.
- National Institute for Clinical Excellence (NICE). 2003. Guidance in the Use of electroconvulsive Therapy (Technology Appraisal Guidance 59). London: National Institute for Clinical Excellence (NICE).
- Payne NA, Prudic J. 2009. Electroconvulsive therapy: Part I. A perspective on the evolution and current practice of ECT. *J Psychiatr Pract* 15(5):346-68.
- Proulx F, Lesage A, Grunberg F. 1997. One hundred in-patient suicides. *Br J Psychiatry* 171:247-50.
- Rapoport MJ, Mamdani M, Herrmann N. 2006. Electroconvulsive therapy in older adults: 13-year trends. *Can J Psychiatry* 51(9):616-9.

Royal College of Psychiatrists, Waite J, Easton N, editors. 2013. The ECT Handbook. 3rd ed. UK: RCPsych Publications.

Smith WE, Richman A. 1984. Electroconvulsive therapy: a Canadian perspective. *Can J Psychiatry* 29(8):693-9.

Szekely D, Poulet E. 2012. L'électroconvulsivothérapie-de l'historique à la pratique clinique : Principes et applications. : Solal : Collection Psychopathologie.

Van der Wurff FB, Stek ML, Hoogendijk WJ, Beekman AT. 2003. The efficacy and safety of ECT in depressed older adults: a literature review. *Int J Geriatr Psychiatry* 18(10):894-904.

Weissman MM, Klerman GL. 1977. Sex differences and the epidemiology of depression. *Arch Gen Psychiatry* 34(1):98-111.

Centre d'expertise
et de référence

www.inspq.qc.ca