

Reproduction sur d'autres sites interdite
mais lien vers le document accepté :

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/267-le-recours-a-l-electroconvulsivothérapie-en-france.pdf>

Le recours à l'électroconvulsivothérapie en France : des premières données nationales qui soulignent des disparités importantes

Pierre Lecarpentier^{1,2}, Coralie Gandré¹, Magali Coldefy¹
en collaboration avec Anis Ellini³

L'électroconvulsivothérapie (ECT) consiste à déclencher une crise d'épilepsie sous anesthésie générale. Elle figure parmi les traitements recommandés pour le soin des troubles psychiques sévères ne répondant pas aux prises en charge usuelles, notamment pharmacologiques. Associée à des représentations négatives, ses mécanismes d'action restent en partie méconnus et les travaux documentant son utilisation à grande échelle font défaut.

Cette recherche décrit le recours à l'ECT en France métropolitaine en 2019 et en identifie les principaux facteurs associés à partir des données d'activité hospitalière de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) – qui comportent depuis 2017 un recueil des actes d'ECT visant l'exhaustivité. Selon ces données, l'ECT a concerné 3 705 personnes pour 44 668 actes en 2019 en France, constituant ainsi un soin hyper-spécialisé peu prescrit. Un peu plus d'1 % des adultes hospitalisés au moins une journée à temps plein en psychiatrie sont concernés, qui sont plus âgés, plus souvent de sexe féminin et ont des diagnostics de troubles plus sévères et complexes que les autres personnes hospitalisées selon les mêmes modalités. Ces caractéristiques cliniques sont en cohérence avec les recommandations de bonnes pratiques.

Néanmoins de fortes variations dans le taux de recours à l'ECT sont observées entre les établissements de suivi psychiatrique en charge de l'adressage vers ce traitement. Par ailleurs, ces variations n'apparaissent pas uniquement associées aux caractéristiques des individus pris en charge mais également, et bien plus fortement, à des caractéristiques de l'offre de soins : en particulier le type d'établissement assurant le suivi psychiatrique et la distance avec le plateau technique d'ECT le plus proche. Ce constat interroge sur l'hétérogénéité de la prise en charge des troubles psychiques et sur l'accès à des soins spécialisés en psychiatrie.

L'électroconvulsivothérapie (ECT), ou sismothérapie, est un traitement principalement utilisé en psychiatrie qui consiste à induire une crise d'épilepsie sous anesthésie générale en délivrant un courant électrique bref à travers le crâne (encadré 1). Elle présente une forte effi-

cacité sur les troubles de l'humeur (dépression uni ou bipolaire, épisode maniaque et mixte) et le syndrome catatonique (*UK ECT Review Group*, 2003). L'ECT est également indiquée dans certaines formes de schizophrénie avec des effets plus contrastés, ainsi que, plus rarement, pour des maladies

dégénératives avec troubles du comportement (Anaes, 1998). Néanmoins, si

¹ Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), Paris, France.

² EPS Barthélémy Durand, Étampes, France.

³ Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), Lyon, France.

de nombreuses études scientifiques concluent au bénéfice et à l'innocuité de ce mode de prise en charge pour les personnes avec des troubles psychiques sévères et résistants en comparaison à la prise de médicaments psychotropes au long cours, des débats persistent au sein même de la littérature scientifique (Gergel *et al.*, 2021 ; Read *et al.*, 2019). Ce traitement est prescrit, après recueil obligatoire du consentement à ce soin, dans deux types de situations : la pharmacorésistance et la mise en jeu du pronostic vital. L'adressage vers un traitement par ECT repose ainsi sur un examen approfondi du patient vérifiant l'échec des autres thérapeutiques disponibles ou l'impossibilité d'y recourir.

Depuis la fin des années 1990, le recours à l'ECT est encadré en France par des recommandations de bonnes pratiques, qui ont toujours cours aujourd'hui (Anaes, 1998) et ont été réaffirmées plus récemment dans le

cadre de recommandations spécifiques à certains troubles psychiques (ANSM, 2006 ; HAS, 2017). Néanmoins, en dépit d'une efficacité globalement démontrée pour les personnes atteintes de troubles sévères résistants aux autres formes de traitement, et d'effets indésirables estimés le plus souvent transitoires et peu fréquents (encadré 1), l'ECT demeure associée à des représentations sociales négatives (Dowman *et al.*, 2005). Pour autant, sa perception a évolué au cours du temps (encadré 2).

De fortes variations dans le recours à l'ECT ont été mises en évidence dans plusieurs pays (Leiknes *et al.*, 2012 ; Sanz-Fuentenebro *et al.*, 2017). Leur ampleur suggère qu'elles ne résultent pas uniquement de différences de besoins de soins entre les patients. D'après la littérature internationale, les variations de pratique médicale peuvent notamment être liées à des différences dans les préférences des fournisseurs de soins

Cette étude, qui a fait l'objet d'un stage de master 2 de recherche en santé publique, appartient au champ des travaux documentant les variations de pratique en psychiatrie dans le contexte français (Coldefy *et al.*, 2012 ; Gandré *et al.*, 2018). Elle s'inscrit par ailleurs dans le cadre de la longue lignée de travaux sur les variations de pratiques médicales à l'Irdes (par exemple Mousquès *et al.*, 2008). Voir aussi : une publication scientifique internationale (Lecarpentier *et al.*, 2022a) et un rapport de recherche Irdes (Lecarpentier *et al.*, 2022b).

dans un contexte d'incertitude (par exemple, une efficacité démontrée mais des représentations négatives vis-à-vis de l'ECT) ou aux compromis entre les opportunités et contraintes auxquelles ils font face dans leur environnement de travail (par exemple, la disponibilité de plateaux techniques d'ECT à proximité) [Mercuri et Gafni, 2011]. Toutefois, la plupart des recherches existantes se sont focalisées sur les variations entre zones géographiques – qui tendent à masquer les différences entre les fournisseurs de soins situés sur un même territoire – ou sur les variations entre les établissements réalisant les ECT et non sur ceux en charge de l'adressage vers ce traitement. Une meilleure compréhension des variations de pratique dans le recours à l'ECT nécessite désormais de se centrer sur le niveau « décisionnaire » plutôt que sur le niveau « opérationnel ».

Par ailleurs, il convient de tenir compte de la singularité des situations nationales, les recommandations de bonnes pratiques et les législations en matière d'ECT variant en fonction des pays (Leiknes *et al.*, 2012). Cette recherche intervient dans un contexte où l'absence de données chiffrées sur le recours à l'ECT est régulièrement soulignée dans le débat public. A titre d'exemple, le journal *Le Monde* s'inquiétait dès 2012 de l'« impossibilité de savoir précisément combien de malades sont traités par sibmothérapie dans l'Hexagone » (Cabut, 2012). Ce constat est également partagé par la communauté scientifique. Ainsi, des recherches précédentes ont souligné la nécessité d'une évaluation du recours à l'ECT dans le monde entier afin de déterminer

E1

L'électroconvulsivothérapie en pratique

Chaque séance d'ECT est administrée conjointement par un psychiatre et un anesthésiste dans un bloc opératoire ou une salle de réveil. Elle nécessite donc un plateau technique adéquat, qui ne peut pas toujours être mis en place au sein même de l'hôpital assurant le suivi psychiatrique qui organise alors le transfert des patients vers un établissement disposant des ressources techniques nécessaires. L'anesthésie générale (sans intubation) dure quelques minutes et comporte une curarisation pour éviter les mouvements anormaux. Une surveillance en salle de réveil pendant au moins 30 minutes est ensuite nécessaire avant la sortie du lieu de réalisation de l'ECT. Le traitement curatif de fond comporte classiquement 12 à 20 séances (deux à trois par semaine). Un traitement plus ponctuel peut également être proposé dans les situations d'urgence et s'interrompt dès que le pronostic vital (dénutrition liée à la catatonie, risque suicidaire...) cesse d'être engagé (une seule séance suffit parfois). Un traitement d'entretien ou de maintien d'une séance mensuelle peut être administré en prévention de la rechute, il peut alors se faire en ambulatoire.

Les effets secondaires les plus fréquents de l'ECT sont des troubles cognitifs, et notamment des pertes de mémoire, majoritairement transitoires – même s'il existe des cas où une persistance de ces troubles est rapportée – et les potentiels effets indésirables

classiques liés à une anesthésie générale. Plus rarement, il peut être observé des lésions d'origine mécanique au niveau des dents, des épaules ou des vertèbres lorsque la curarisation s'avère insuffisante pour immobiliser le patient, ainsi qu'un risque peu fréquent mais significatif d'événement cardiaque indésirable. Enfin, la mortalité associée à ce traitement est comparable à celle d'une chirurgie mineure mais demeure moindre que celle induite par la prise de traitements antidépresseurs tricycliques au long cours (Kaster *et al.*, 2021 ; UK ECT Review Group, 2003). Cependant, des auteurs appellent à la poursuite d'études randomisées contrôlées de grande ampleur pour valider le ratio bénéfice-risque de ce traitement (Read *et al.*, 2019). Par ailleurs, les potentiels effets secondaires de l'ECT doivent être exposés en amont et avec transparence aux personnes prises en charge – chez qui la perspective du traitement peut générer de l'anxiété (Anaes, 1998).

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) stipule que l'ECT ne doit pas être utilisée sans le consentement libre et éclairé des personnes usagères des services, chez les personnes mineures, et jamais dans sa forme non modifiée (par exemple, sans un anesthésiant et un myorelaxant). Des directives cliniques fondées sur des éléments probants, indiquant quand et comment l'ECT peut ou non être utilisée, doivent être disponibles et respectées (OMS, 2012).

sa conformité avec les recommandations de bonnes pratiques, regrettant le caractère parcellaire ou inexistant des recueils de données nationaux, qui ne permettent pas une information adéquate des différentes parties prenantes impliquées (cliniciens, personnes prises en charge et leurs familles, grand public ayant beaucoup d'idées reçues sur ce traitement...) [Haesebaert *et al.*, 2020]. L'absence de données récentes, détaillées, contextualisées, et rendues publiques sur le recours à l'ECT contribue à alimenter les craintes vis-à-vis de cette pratique qui demeure méconnue. La mise à disposition d'un recueil complémentaire des actes d'ECT en France en 2017 (encadré Sources), point de départ de cette recherche, permet d'apporter des informations à grande échelle reposant sur des données présentant une plus grande exhaustivité et moins de biais de recueil que les données d'enquête couramment utilisées à l'étranger pour étudier le recours à ce traitement (Haesebaert *et al.*, 2020 ; Sanz-Fuentenebro *et al.*, 2017).

Dans ce contexte, cette recherche vise à documenter le recours à l'ECT pour

les patients hospitalisés en psychiatrie et ses variations entre les établissements en charge de l'adressage vers ce traitement, ainsi que les facteurs significativement associés à ces variations à l'échelle nationale.

Un traitement hyper-spécialisé qui concerne un nombre restreint de personnes

Avant l'application des critères d'inclusion et d'exclusion, il est rapporté, dans le recueil des actes issu du Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie et obstétrique (PMSI-MCO) et du Recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (Rim-P), que 3 705 personnes ont reçu un traitement par ECT en 2019 (dont moins de 5 % n'ont pas de suivi en psychiatrie hospitalière identifiable la même année), soit un total de 44 668 actes et un taux de recours de 0,6 pour 10 000 habitants-année. La France est ainsi placée en position intermédiaire parmi les pays pour lesquels ce taux est disponible et s'étend de 0,04 (en Lettonie) à 5,1 (aux États-Unis) pour 10 000 habitants-année (Leiknes

et al., 2012) [en dehors de la Slovénie où l'ECT est interdite] (Gazdag *et al.*, 2017). Pour autant, les comparaisons internationales doivent être effectuées avec précaution du fait d'une variabilité dans les années et les modes de recueil des données.

Un traitement qui concerne davantage certaines populations spécifiques suggérant une relative adéquation aux recommandations de bonnes pratiques

Parmi les 419 794 patients suivis à temps complet et partiel en psychiatrie hospitalière en France en 2019, 298 966 sont majeurs et ont été hospitalisés au moins une journée à temps plein dans un service de psychiatrie générale situé en France métropolitaine dans l'année, répondant ainsi aux critères d'inclusion et d'exclusion (encadré Méthode). Parmi eux, 3 288 (1,1 %) ont reçu un traitement par ECT cette année-là. Ces personnes sont plus fréquemment de sexe féminin et sont plus âgées que les autres individus hospitalisés au moins une journée à temps plein, en cohérence avec les résultats rapportés dans

SOURCES

Cette recherche s'appuie essentiellement sur le recueil des actes d'électroconvulsivothérapie (ECT) disponible à la fois dans le Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie et obstétrique (PMSI-MCO) et, depuis 2017, dans le Recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (Rim-P). Ces deux bases de données, gérées par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), représentent un recueil systématique de données administratives et médicales permettant de suivre la consommation de soins hospitaliers respectivement dans le champ MCO et dans celui de la psychiatrie. Au-delà du recueil des actes d'ECT, ont été mobilisées, au sein du Rim-P, des données sur les hospitalisations à temps plein en psychiatrie et sur les caractéristiques cliniques, démographiques et socio-économiques des patients. Enfin, d'autres sources de données (Fichier national des établissements sanitaires et sociaux-Finess, Statistique annuelle des établissements de santé-SAE, bases de l'Institut national de la statistique et des études économiques-Insee, et Répertoire partagé des professionnels de santé-RPPS) ont été utilisées de façon plus ponctuelle pour obtenir des données sur les facteurs potentiellement associés aux variations du recours à l'ECT.

E2

L'électroconvulsivothérapie au fil de l'histoire

Dès le XVIII^e siècle, des médecins découvrent empiriquement le lien entre des pertes de connaissance et une amélioration de l'état de santé de certaines personnes vivant avec des troubles psychiques. Diverses expérimentations se multiplient dans la première moitié du XX^e siècle, notamment par inoculation de malaria provoquant des accès palustres supposés curatifs, par induction de coma hypoglycémique à l'insuline, puis par convulsivothérapie dans les années 1930. Cette dernière consiste en des crises convulsives provoquées, d'abord, par le camphre, puis par des dérivés, et, enfin, par un courant électrique alternatif bref, rendu accessible par l'installation en ville du courant de secteur et probablement encouragé par les succès de l'électrochoc cardiaque. Seule l'électroconvulsivothérapie (ECT) a perduré mais son acceptation a évolué au fil du temps. Après s'être répandue rapidement dans le monde occidental à la fin des années 1930, l'ECT, concurrencée par l'arrivée des médicaments psychotropes, est largement critiquée, notamment en raison de pratiques abusives durant la Seconde Guerre

mondiale. Ce n'est que dans les années 1970-80, en lien, d'une part, avec la mise en évidence des limites des traitements psychotropes (rechutes, effets secondaires, pharmacorésistance), et, d'autre part, avec la démonstration de l'efficacité de l'ECT dans des essais cliniques randomisés, que ce traitement est réhabilité. Des recommandations de bonnes pratiques sont alors publiées dans de nombreux pays, dont la France (Anaes, 1998). Les modalités de l'anesthésie, la modulation et l'intensité du courant, la position des électrodes sur le crâne, le nombre et la fréquence des séances deviennent ainsi régis par des consignes nationales. En parallèle, les explications physiopathologiques de l'efficacité du traitement ont également évolué au cours du temps mais demeurent en partie méconnues. Dernièrement, l'hypothèse dominante est celle d'une réponse adaptative à la crise d'épilepsie entraînant une augmentation de la plasticité cérébrale et une stimulation de la neurogenèse qui modifie l'équilibre des échanges de neurotransmetteurs et influence l'humeur et la perception de la réalité.

la littérature internationale (Leiknes *et al.*, 2012). De même, elles résident davantage dans des communes favorisées socialement et sont moins souvent bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) à destination des personnes aux plus faibles revenus. Enfin, elles souffrent plus fréquemment de dépression sévère ou complexe et de trouble bipolaire et ont plus souvent des marqueurs de sévérité que les autres individus hospitalisés au moins une journée à temps plein (tableau 1).

Nos résultats permettent des premières comparaisons entre le recours à l'ECT dans les établissements de suivi psychiatrique et les recommandations nationales de bonnes pratiques rela-

tives à ce traitement. Ainsi, les groupes diagnostiques de dépression sévère ou complexe, de trouble bipolaire et de trouble psychotique, largement majoritaires parmi les personnes ayant reçu un traitement par ECT, semblent indiquer une concordance avec les recommandations quant à l'indication de ce traitement (Anaes, 1998 ; ANSM, 2006 ; HAS, 2017). Cependant, 7 % des personnes avec de l'ECT ont été diagnostiquées comme souffrant de dépression légère ou d'autres troubles, incluant notamment les troubles anxieux ou les troubles liés aux usages. Si ce résultat interroge sur la pertinence de l'adressage de certains patients vers ce traitement, il pourrait également être lié aux particularités de la pose d'un diagnostic en psychiatrie et de

son codage dans les bases de données mobilisées (difficultés à établir avec précision le trouble concerné, réticence de certains cliniciens à accoler des diagnostics jugés stigmatisants à leur patientèle...). Par ailleurs, le fait que les personnes hospitalisées au moins une journée à temps plein recevant un traitement par ECT ont plus souvent des marqueurs de sévérité que les autres laisse suggérer qu'elles correspondent effectivement à des patients avec des troubles psychiques sévères et résistants aux traitements en lien avec les indications d'ECT. Enfin, le résultat sur la part importante de personnes âgées est également en accord avec les recommandations de bonnes pratiques qui rapportent que, d'après l'expérience clinique, l'ECT est souvent mieux tolérée

MÉTHODE

Champ et population d'étude

La recherche a été menée sur l'année 2019, la plus récente disponible avant la pandémie de Covid-19 qui a fortement impacté le recours aux soins. L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) estime que la complétude des données y est la meilleure depuis la mise en place du recueil élargi des actes d'ECT du fait de la période de montée en charge et de familiarisation avec ce recueil. Cette recherche s'est centrée sur les patients majeurs hospitalisés au moins une journée à temps plein en psychiatrie adulte en France métropolitaine en 2019. L'hospitalisation étant considérée comme un marqueur de la sévérité des troubles, nous nous sommes concentrés sur une population relativement homogène pour laquelle les déterminants du recours à l'ECT sont susceptibles d'être similaires. Ainsi, ont été exclus les patients hospitalisés uniquement en hôpital de jour – l'organisation de cette forme d'activité différant beaucoup selon les établissements – ou suivis uniquement en ambulatoire (plus de 90 % des patients recevant un traitement par ECT en 2019 ont été hospitalisés au moins un jour la même année et sont donc inclus dans ce travail). Ont également été exclus les patients hospitalisés dans des établissements ne comportant que des services de pédopsychiatrie dont les modalités de soins se distinguent des services pour adultes, les patients mineurs hospitalisés en psychiatrie générale – pour lesquels il existe des différences avec les patients majeurs, notamment concernant le recueil du consentement – et les patients hospitalisés dans les départements et territoires d'Outre-mer dans lesquels une offre d'ECT n'est pas toujours disponible.

Unités d'analyse

Pour l'étude des variations du recours à l'ECT, ont été sélectionnés les établissements adressant vers ce traitement plutôt que ceux le réalisant. En effet, ces derniers peuvent avoir uniquement un rôle de « prestataires » du fait du plateau technique dont ils disposent et ne prennent alors pas part à la décision de l'indication thérapeutique (pour plus d'un tiers des patients d'après nos estimations). De ce fait, l'unité d'analyse retenue pour documenter les variations du recours à l'ECT est l'établissement de suivi psychiatrique principal (plus fine unité d'analyse disponible dans les bases mobilisées). Afin d'identifier cet établissement pour chaque patient répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion, nous avons considéré l'établissement dans lequel le patient a passé le plus grand nombre de jours d'hospitalisation entre début 2018 et le premier acte d'ECT en 2019 (jusqu'à fin 2019 pour les patients n'ayant pas reçu

d'ECT). Cette sélection a été faite après avoir homogénéisé le niveau d'identification des établissements (Lecarpentier *et al.*, 2022b).

Variable de recours considérée

Pour l'ensemble des patients inclus dans cette recherche, la variable d'intérêt, binaire, est la réalisation d'au moins un acte d'ECT courant 2019 calculée pour chaque patient. Le taux de recours à l'ECT a également été calculé par établissement de suivi psychiatrique principal en rapportant le nombre de patients hospitalisés au moins une journée à temps plein en 2019 et ayant eu au moins un acte d'ECT dans l'année au nombre annuel total de patients hospitalisés à temps plein dans l'établissement.

Cadre conceptuel et facteurs associés aux variations du recours à l'ECT

Trois catégories de facteurs potentiellement associés au recours à l'ECT ont été incluses, sur la base d'un cadre conceptuel issu de la littérature internationale sur les variations de pratiques médicales (Mercuri et Gafni, 2011) : les caractéristiques des individus pris en charge, des fournisseurs de soins et de leur environnement. Ont donc été retenues des variables caractérisant : les patients hospitalisés à temps plein au niveau individuel, l'établissement de suivi psychiatrique principal, ainsi que des variables contextuelles caractérisant le territoire d'implantation de cet établissement (Lecarpentier *et al.*, 2022a, 2022b).

Méthode d'analyse

Dans un premier temps, nous avons décrit les caractéristiques des patients ayant ou non reçu un traitement par ECT et la variabilité du recours à l'ECT entre établissements de suivi psychiatrique principal. Dans un second temps, une analyse multivariée des facteurs potentiellement associés aux variations du recours à l'ECT a été conduite pour déterminer leurs effets toutes choses observables égales par ailleurs. Une régression logistique multi-niveaux à intercept aléatoire, permettant de tenir compte de la structure hiérarchique des données et modélisant la probabilité d'avoir reçu un traitement par ECT au niveau individuel, a été mise en œuvre. Les caractéristiques des patients ont été introduites au premier niveau tandis que les caractéristiques de leur établissement de suivi psychiatrique principal et de leur environnement ont été introduites au deuxième niveau après contrôle préalable des corrélations entre ces variables (Lecarpentier *et al.*, 2022b).

chez ces personnes que certains traitements médicamenteux (Anaes, 1998).

Des taux de recours à l'ECT qui varient fortement en fonction des établissements de suivi psychiatrique

La population d'étude est principalement suivie en psychiatrie dans 468 établissements hospitaliers. Le taux de recours moyen à l'ECT dans ces établissements est de 1,1 pour 100 patients hospitalisés à temps plein, avec 137 établissements (29 %) pour lesquels aucun patient n'a été adressé vers un traitement par ECT. Le coefficient de variation (CV), nettement supérieur à 1 (tableau 2), traduit une forte variabilité dans le recours à l'ECT entre établissements, qui persiste même sans considérer les établissements n'ayant décidé d'aucune indication d'ECT en 2019 (CV=2,3). L'ampleur des variations observées pose question dans un contexte où l'organisation territoriale historique de la psychiatrie française, à travers la sectorisation, est censée garantir une relative homogénéité dans l'offre de soins de santé mentale disponible, et assurer une coordination vers des services plus spécialisés non disponibles en proximité, quel que soit le lieu de vie des individus.

Des variations entre établissements qui ne sont pas uniquement liées à des différences entre les patients mais également à des caractéristiques de l'offre de soins

Une grande partie de la variation totale dans le taux de recours à l'ECT (69 %) résulte de différences au sein des établissements de suivi psychiatrique. Ces variations intra-établissements sont vraisemblablement liées à des différences inobservées dans la sévérité, la résistance au traitement et les échecs thérapeutiques rencontrés par les différents patients pris en charge et à la potentielle variabilité entre services ou professionnels de santé au sein d'un même établissement qui ne peut être observée à partir des données mobilisées. Cette variabilité est cependant estimée moindre que celle observée entre des professionnels exerçant en

T1

Caractéristiques de la population d'étude, en fonction de la réception ou non d'un traitement par ECT

	Patients avec ECT (n=3 288)	Patients sans ECT (n=295 678)
	En %	En %
Caractéristiques démographiques		
Sexe féminin	63,84	49,91
Âge		
18-30 ans	6,78	19,34
31-40 ans	9,88	17,72
41-50 ans	15,63	21,02
51-60 ans	21,38	19,85
61-70 ans	23,18	12,19
71 ans ou plus	23,14	9,87
Caractéristiques socio-économiques		
Bénéficiaire de la CMU-C ¹	5,20	12,59
Indice de défavorisation sociale à la commune de résidence (indice FDep)²		
1 ^{er} quintile	24,60	15,71
2 ^e quintile	20,59	17,90
3 ^e quintile	22,29	22,80
4 ^e quintile	19,65	23,81
5 ^e quintile	12,41	18,28
Valeur manquante	0,46	1,50
Caractéristiques cliniques		
Groupe diagnostique		
Dépression légère	1,79	6,89
Dépression sévère	28,56	18,34
Dépression avec caractéristiques psychotiques ou catatoniques	21,47	4,18
Dépression bipolaire	21,75	5,67
Trouble bipolaire avec épisode maniaque ou mixte	7,48	5,63
Trouble psychotique isolé	13,66	22,74
Autres diagnostiques	5,29	36,55
Marqueurs de sévérité antérieurs		
Mesure d'isolement en 2018	8,21	4,84
Tentative de suicide suivie d'une hospitalisation en MCO en 2018	6,33	4,69

¹ Encore en vigueur sur la période d'étude.

² Plus le quintile est élevé, plus la défavorisation sociale est importante.

Champ : Patients majeurs hospitalisés au moins une journée à temps plein en psychiatrie générale en France métropolitaine en 2019 (n=298 966).

Sources : Rim-P et PMSI-MCO, année 2019 (ou 2018 pour les indicateurs relatifs aux marqueurs de sévérité).

📄 Télécharger les données

T2

Taux de recours à l'électroconvulsivothérapie (ECT) par établissement de suivi psychiatrique principal

	Moyenne (Écart-type)	Médiane (Écart interquartile)	Coefficient de variation
Taux de recours à l'ECT pour 100 patients hospitalisés au moins une journée à temps plein en psychiatrie	1,12 (3,11)	0,39 (0,95)	2,78

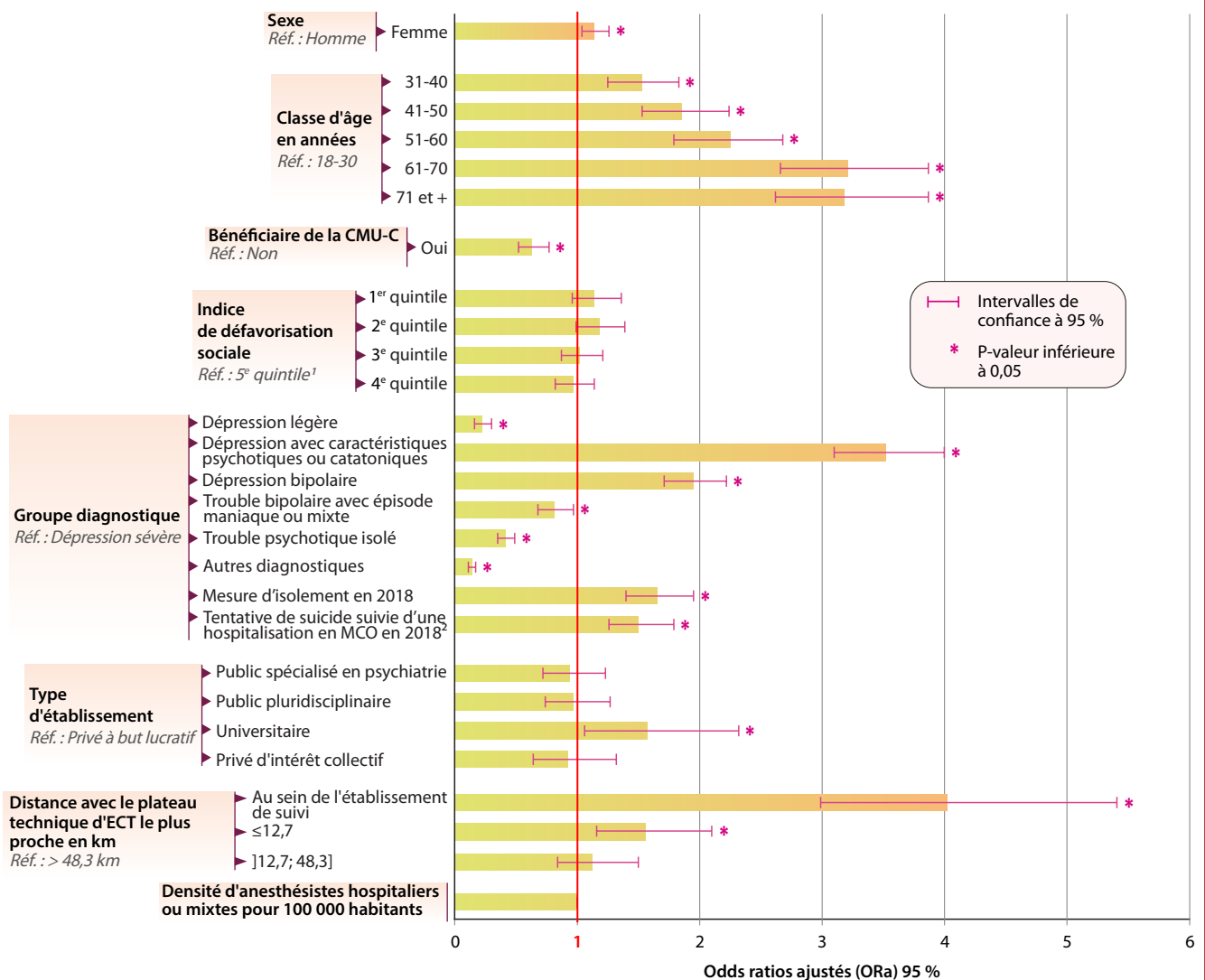
Champ : Patients majeurs hospitalisés au moins une journée à temps plein en psychiatrie générale en France métropolitaine en 2019 (n=298 966) principalement suivis en psychiatrie au sein de 468 établissements hospitaliers.

Sources : Rim-P et PMSI-MCO, année 2019.

📄 Télécharger les données

G

Facteurs associés aux variations du recours à l'électroconvulsivothérapie (ECT)



¹ Plus le quintile est élevé, plus la défavorisation sociale est forte ; ² Séjours contenant un code Cim-10 X60 à X84 en diagnostic associé, quel que soit le diagnostic principal, selon la méthodologie définie par l'ATIH et Santé publique France.

Voir la définition de l'ORa et de l'IC 95% dans l'encadré 3.

Champ : Patients majeurs hospitalisés au moins une journée à temps plein en psychiatrie générale en France métropolitaine en 2019 (n=298 966) principalement suivis en psychiatrie au sein de 468 établissements hospitaliers.

Source : Rim-P et PMSI-MCO, année 2019 (ou 2018 pour les indicateurs relatifs aux marqueurs de sévérité : isolement et tentative de suicide).

[Télécharger les données](#)

E3

Définition de l'odds ratio ajusté

L'odds ratio ajusté (ORa) traduit l'importance de l'association entre le fait d'avoir reçu au moins un traitement par électroconvulsivothérapie (ECT) en 2019 et chaque caractéristique des patients, des fournisseurs de soins ou de leur environnement, après ajustement sur les autres facteurs susceptibles d'être associés à ce traitement. Un ORa égal à 1 (ou dont l'intervalle de confiance à 95 %, l'IC95 %, inclut 1) traduit l'absence d'association significative entre la caractéristique étudiée et le recours à l'ECT, un ORa supérieur à 1 (et dont l'IC95 % n'inclut pas

1) signale une association entre la caractéristique étudiée et un plus grand recours à l'ECT, un ORa inférieur à 1 (et dont l'IC95 % n'inclut pas 1) signale une association entre la caractéristique étudiée et un moindre recours à l'ECT. Plus l'ORa est éloigné de 1, plus la force de l'association est importante. Dans le cas d'un événement rare, comme le fait de recevoir un traitement par ECT pour les patients hospitalisés à temps plein en psychiatrie (prévalence d'environ 1 %), l'ORa peut s'interpréter comme un risque relatif.

ville du fait d'une culture de la décision collégiale autour du dossier du patient à l'hôpital. Par ailleurs, près d'un tiers (31 %) de la variation totale dans le taux de recours à l'ECT est lié à des différences entre établissements (variations inter-établissements). Ce sont elles que nous cherchons à expliquer par la suite car elles peuvent représenter un levier d'actions pour les politiques publiques, d'autant qu'elles apparaissent plus fortement associées aux caractéristiques de l'établissement de suivi psychiatrique principal et de son territoire d'implantation (qui expliquent près de 44 % de

ces variations) qu'aux caractéristiques individuelles des patients, socio-démographiques ou cliniques, telles qu'observables dans les bases de données mobilisées (qui expliquent près de 7 % de ces variations).

Concernant les caractéristiques des patients, toutes choses observables égales par ailleurs, le recours à l'ECT apparaît significativement plus fréquent chez les femmes (qui présentent souvent des dépressions plus lourdes que les hommes, dont la sévérité pourrait ne pas être entièrement captée par les données mobilisées), les personnes les plus âgées et celles souffrant de dépression sévère ou complexe (graphique), confirmant une relative cohérence avec les recommandations de bonnes pratiques. En revanche, après ajustement sur les autres caractéristiques, ce recours demeure significativement moins fréquent chez les bénéficiaires de la CMU-C (graphique), ce qui suggère une disparité du recours en fonction du statut socio-économique des individus qui interroge. La CMU-C constitue cependant un indicateur parcellaire de la précarité, notamment du fait qu'elle n'est pas toujours demandée par les individus pouvant en bénéficier (difficultés à naviguer dans le système d'aides) et d'un seuil de revenu pour bénéficier de la CMU-C plus bas que certains minima sociaux (Allocation aux adultes handicapés (AAH), minimum vieillesse...).

Concernant les caractéristiques de l'établissement de suivi psychiatrique principal et de son territoire d'implantation, toutes choses observables égales par ailleurs, le recours à l'ECT est significativement plus fréquent pour les patients suivis dans un établissement avec des activités universitaires en comparaison à tous les autres types d'établissement (graphique). Si dans une analyse univariée préliminaire, ce recours plus fréquent à l'ECT est également observé pour les patients suivis dans des établissements privés à but lucratif, cela est vraisemblablement lié aux spécificités des caractéristiques de leur patientèle car ce résultat ne demeure pas significatif dans l'analyse multivariée permettant de tenir compte de ces caractéristiques. Plusieurs hypothèses peuvent être posées pour expliquer le recours plus élevé à l'ECT pour les personnes suivies dans des établissements univer-

sitaires, et notamment une plus grande facilité d'accès à des anesthésistes, le caractère hyper-spécialisé de cette pratique qui nécessite le recours à des établissements de référence, la présence en leur sein de centres experts pour certains troubles psychiques sévères et résistants ou encore une meilleure diffusion des recommandations de bonnes pratiques dans des contextes universitaires. Par ailleurs, la modélisation montre qu'un patient dont l'établissement de suivi psychiatrique comporte un plateau technique d'ECT a une probabilité plus de quatre fois plus élevée de recevoir ce traitement qu'un patient dont l'établissement de suivi est éloigné d'un tel plateau de plus de 48 kilomètres (graphique). Cela pourrait être lié au fait que la proximité d'un plateau technique pratiquant l'ECT rendrait les cliniciens plus au fait de cette pratique et plus susceptibles d'adresser leurs patients vers ce traitement qui nécessite plusieurs séances rapprochées, et doit donc être facilement accessible. Mais cela pourrait également être lié à des inégalités d'accès à l'ECT pour des patients dont l'état de santé constitue une indication pour ce traitement mais qui sont suivis trop loin des ressources techniques nécessaires ou pour lesquels aucune coordination n'a été mise en place avec des établissements pouvant réaliser ces actes. Ainsi, la mise en place de modes d'adressage formalisés, systématisés et fluidifiés entre établissements de suivi psychiatrique et plateaux techniques d'ECT à l'échelle nationale pourrait réduire les pertes de chance pour certains patients souffrant de troubles psychiques sévères et résistants aux traitements usuels. Enfin, si le manque de disponibilité des anesthésistes est souvent souligné par les psychiatres comme un frein au recours à l'ECT, la densité de ces professionnels (hospitaliers ou mixtes) au niveau départemental ne fait pas partie des variables qui apparaissent significativement associées à ce recours dans notre travail (graphique). Cependant, ce résultat pourrait être lié à la disponibilité de cette variable à la seule échelle départementale, échelle qui n'est peut-être pas assez fine pour mettre en évidence un lien.

* * *

La mise à disposition d'un recueil complémentaire des actes d'ECT en France

à partir de 2017 permet d'apporter des informations à grande échelle sur cette pratique reposant sur des données présentant une plus grande exhaustivité et moins de biais que les données d'enquête couramment utilisées à l'étranger, même si des variations dans l'exhaustivité du recueil entre établissements ne peuvent être totalement exclues. Nos résultats montrent que le recours à l'ECT concerne un nombre restreint de personnes et suggère une relative adéquation aux recommandations de bonnes pratiques pour les patients hospitalisés à temps plein en psychiatrie. Néanmoins, ces résultats soulignent également des disparités associées à des caractéristiques de l'offre de soins qui interrogent sur l'hétérogénéité de la prise en charge des troubles psychiques sévères et résistants alors que la psychiatrie en France a été initialement pensée et organisée de manière à couvrir l'ensemble du territoire dans le cadre de la sectorisation. L'absence de gradation et de spécialisation des soins en psychiatrie ainsi que son cloisonnement vis-à-vis des autres spécialités médicales, issues de cette organisation historique, pourrait expliquer en partie l'hétérogénéité de recours à l'ECT, pratique à indications limitées concernant un nombre restreint de situations cliniques. Si cette pratique hyper-spécialisée n'a pas vocation à être disponible en proximité, son accès doit être facilité par une meilleure coordination des soins entre services assurant le suivi régulier et ceux offrant des prestations spécialisées. La loi de modernisation du système de santé de 2016, redéfinissant la politique de santé mentale, souligne ainsi qu'il doit être prévu que « l'organisation territoriale de l'activité de psychiatrie garantisse une gradation des soins et que la mission de psychiatrie de secteur assure la continuité des soins psychiatriques, notamment pour les patients dont les parcours de santé sont particulièrement complexes, (...) en assurant si nécessaire l'orientation vers d'autres acteurs afin de garantir l'accès à des prises en charge non disponibles au sein des établissements assurant la mission de psychiatrie de secteur ». Dans ce cadre, notre recherche soutient notamment une amélioration de l'adressage entre établissements de suivi psychiatrique et plateaux techniques d'ECT.

Nos travaux documentant le recours à l'ECT sont un préalable indispensable à une meilleure compréhension des pratiques, qu'il convient désormais de poursuivre, notamment par des approches longitudinales et qualitatives. Cela permettra d'accroître les données qui pourront être trans-

misées aux soignants, aux personnes concernées par des troubles psychiques sévères et résistants et à leur famille, et plus généralement à la population générale, afin de prendre la meilleure décision thérapeutique et d'assurer un consentement libre et éclairé. Les débats récurrents sur le ratio béné-

ficie-risque de l'ECT appellent à une actualisation régulière des données scientifiques et des recommandations de bonnes pratiques sur ce traitement, intégrant le point de vue des personnes l'ayant expérimenté

POUR EN SAVOIR PLUS

- Anaes (1998). *Recommandations pour la pratique clinique. Indications et modalités de l'électroconvulsivothérapie*. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.
- ANSM (2006). *Bon usage des médicaments dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte – recommandations*. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.
- Cabut S. (2012). « Neurologie : volte-face sur l'électrochoc ». *Le Monde*.
- Coldefy M., Nestrigue C., Or Z. (2012). « Étude de faisabilité sur la diversité des pratiques en psychiatrie ». *Les rapports de l'Irdes*, n° 555, novembre.
- Dowman J., Patel A., Rajput K. (2005). "Electroconvulsive Therapy: Attitudes and Misconceptions". *The Journal of ECT* 21, 84–87.
- Gandré C., Gervais J., Thillard J., Macé J.-M., Roelandt J. L., Chevrel K. (2018). "Thirty-day Readmission Rates and Associated Factors: A Multilevel Analysis of Practice Variations in French Public Psychiatry". *J Ment Health Policy Econ* 21, 17–28.
- Gazdag G., Dragasek J., Takács R., Lóokene M., Sobow T., Olekseev A., Ungvari G.S. (2017). "Use of Electroconvulsive Therapy in Central-Eastern European Countries: An Overview". *Psychiatr Danub* 29, 136–140.
- Gergel T., Howard R., Lawrence R., Seneviratne T. (2021). "Time to Acknowledge Good Electroconvulsive Therapy Research". *The Lancet Psychiatry* 8, 1032–1033.
- Haesebaert J., Moreno A., Lesage A., Patry S., Lemasson M. (2020). "A Descriptive Study of Data Collection Systems Used in Electroconvulsive Therapy Units in the Province of Quebec, Canada". *JECT* 36, 36–41.
- HAS (2017). *Recommandation de bonne pratique. Episode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours. Prise en charge thérapeutique et suivi*. Haute Autorité de santé.
- Kaster T.S., Vigod S.N., Gomes T., Sutradhar R., Wijeyesundera D.N., Blumberger D.M. (2021). "Risk of Serious Medical Events in Patients with Depression Treated with Electroconvulsive Therapy: A Propensity Score-matched, Retrospective Cohort Study". *The Lancet Psychiatry* 8, 686–695.
- Lecarpentier P., Gandré C., Coldefy M., Ellini A., Trichard C. (2022a). "Use of Electroconvulsive Therapy for Individuals Receiving Inpatient Psychiatric Care on a Nationwide Scale in France: Variations Linked to Health Care Supply". *Brain Stimulation: Basic, Translational, and Clinical Research in Neuromodulation* 15, 201–210.
- Lecarpentier P., Gandré C., Coldefy M., Ellini A., Trichard C. (2022b). « Recours à l'électroconvulsivothérapie pour les personnes hospitalisées en psychiatrie en France : premier état des lieux national ». *Les rapports de l'Irdes*, à paraître.
- Leiknes K.A., Jarosh-von Schweder L., Høie B. (2012). "Contemporary Use and Practice of Electroconvulsive Therapy Worldwide". *Brain Behav* 2, 283–344.
- Mercuri M., Gafni A. (2011). "Medical Practice Variations: What the Literature Tells Us (or Does Not) about What Are Warranted and Unwarranted Variations". *J Eval Clin Pract* 17, 671–677.
- Mousquès J., Renaud T., Scemama O. (2008). "A Refutation of the Practice Style Hypothesis: The Case of Antibiotics Prescription by French General Practitioners for Acute Rhinopharyngitis". *Irdes, Document de travail*, n° 18, octobre.
- OMS (2012). *WHO Qualityrights Tool Kit*. Organisation mondiale de la santé.
- Read J., Cunliffe S., Jauhar S., McLoughlin D.M. (2019). "Should We Stop Using Electroconvulsive Therapy?". *BMJ* 364, k5233.
- Sanz-Fuentenebro J., Vera I., Verdura E., Urretavizcaya M., Martínez-Amorós E., Soria V., Bernardo M. (2017). "Pattern of Electroconvulsive Therapy Use in Spain: Proposals for an Optimal Practice and Equitable Access". *Rev Psiquiatr Salud Ment* 10, 87–95.
- UK ECT Review Group (2003). "Efficacy and Safety of Electroconvulsive Therapy in Depressive Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis". *Lancet* 361, 799–808.