

Psychothérapie en cas de dépression chez une personne âgée qui réside dans un établissement de soins de longue durée

Référence

Davison TE, Bhar S, Wells Y, et al. Psychological therapies for depression in older adults residing in long-term care settings. *Cochrane Database Syst Rev* 2024, Issue 3. DOI: 10.1002/14651858.CD013059.pub2

Analyse de

Pauline Stas, klinisch psycholoog, wetenschappelijk medewerker Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie. Absence de conflits d'intérêt avec le sujet.

Question clinique

Quelle est l'efficacité de la psychothérapie (de différents types), par rapport à la prise en charge classique, à la liste d'attente ou au contrôle de l'attention, comme traitement de la dépression chez les personnes âgées qui résident dans des établissements de soins de longue durée ?

Contexte

Les sentiments et symptômes dépressifs sont fréquents chez les personnes âgées qui résident dans des établissements de soins de longue durée, tels que les maisons de repos et de soins (MRS). Une précédente méta-analyse d'études transversales montre que les résidents de ces établissements présentent un risque de dépression significativement plus élevé que les personnes âgées qui vivent à domicile (1). Des études montrent, par exemple, que 10 à 18,9% de cette population souffre de dépression majeure et jusqu'à 29% de symptômes dépressifs infracliniques (2,3). Les statistiques belges montrent que, parmi les personnes âgées de 65 ans et plus, 48,5% de celles qui résident en maison de repos et de soins sont sous antidépresseurs, contre 33,5% de celles qui vivent à domicile (4). Minerva a déjà évoqué à plusieurs reprises la prise d'antidépresseurs par les personnes âgées (5-13). À cet égard, nous avons également insisté sur la nécessité d'études plus solides du point de vue méthodologique pour déterminer la place de la psychothérapie dans le traitement des symptômes dépressifs chez les personnes âgées (5-11). Une analyse publiée dans Minerva a montré que la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est efficace pour traiter la dépression parmi différents groupes cibles et dans un vaste éventail de contextes de prise en charge et qu'elle est supérieure aux traitements pharmacologiques (14,15). Toutefois, aucune différence significative en termes d'efficacité n'a été constatée entre la TCC et d'autres formes de psychothérapie (14,15). Dans une autre étude, la TCC s'est avérée plus efficace que le fait de « simplement parler », mais il n'y avait pas de différence avec la prise en charge classique (16,17). Une autre étude a montré que la TCC réduisait les symptômes dépressifs et augmentait le bien-être général, mais cette étude a été menée auprès d'un groupe cible très restreint de personnes âgées souffrant de nombreuses comorbidités somatiques, disposant de ressources financières limitées et vivant dans l'isolement, ce qui rend l'extrapolation difficile (18,19). Compte tenu de la prévalence augmentée de la dépression chez les personnes âgées qui résident dans des établissements de soins de longue durée, il est important d'explorer le rôle de la psychothérapie dans ce groupe cible spécifique, ce qu'une récente étude a fait (20).

Résumé

Méthodologie

Synthèse méthodique et méta-analyse.

Sources consultées

- le registre Cochrane des essais contrôlés sur les troubles mentaux fréquents (*Cochrane Common Mental Disorders Group Controlled Trials Register*), CENTRAL, MEDLINE, PsycINFO, Embase, Cochrane Library trials, CINAHL, PubMed, Social Services Abstracts (ProQuest), Sociological Abstracts (ProQuest), AgeLine (EBSCO), registres d'étude internationaux (ICTRP, ClinicalTrials.gov) ; jusqu'au 31 octobre 2021
- recherche de la littérature grise dans la base de données ProQuest Dissertations and Theses, Open

Access Theses and Dissertations, le portail DART-Europe E-theses, EThOS, Open Grey

- listes de références des études incluses et des synthèses méthodiques pertinentes
- contact avec des chercheurs et des experts pour des études non publiées ou en cours
- pas de restrictions en ce qui concerne la langue de publication, la date de publication et le statut de publication.

Études sélectionnées

- critères d'inclusion : études randomisées contrôlées (RCTs) et RCTs en grappes portant sur tout traitement psychologique de la dépression chez des personnes âgées (âge moyen ≥ 65 ans) souffrant de dépression majeure ou de symptômes dépressifs (infracliniques) et résidant dans un établissement de soins de longue durée :
 - les interventions psychologiques incluses (en groupe et individuelles) étaient les suivantes : **thérapie comportementale, thérapie cognitivo-comportementale (TCC), thérapie d'acceptation et d'engagement (Acceptance and Commitment Therapy, ACT) / thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (Mindfulness Based Cognitive Therapy, MBCT), thérapie psychodynamique, thérapie humaniste, thérapie intégrative, thérapie systémique, thérapie par la réminiscence**
 - en ce qui concerne les thérapies incluses, il n'y avait pas de limitation de durée, de fréquence, d'intensité, et elles pouvaient être dispensées par différents prestataires de soins, tels que des psychologues, des travailleurs sociaux, des ergothérapeutes, des membres du personnel infirmier, des thérapeutes et cetera
 - les groupes contrôles inclus étaient les suivants : prise en charge classique, liste d'attente, groupe de contrôle de l'attention non spécifique, autre psychothérapie active, co-intervention avec de l'exercice ou une pharmacothérapie (si l'intervention était également incluse en tant que bras distinct dans l'étude)
- critères d'exclusion : études portant sur les interventions suivantes : pharmacothérapie, thérapie avec des animaux, activité physique, thérapie par la musique/l'art/le théâtre, autres thérapies psychosociales sans composante psychologique évidente, soins personnels sans supervision, discussions de groupe ou contacts avec des personnes connaissant la même situation ou avec des bénévoles sans la présence d'un thérapeute (peut être autorisé comme groupe témoin), interventions effectuées par des bénévoles formés plutôt que par des thérapeutes professionnels ou que par du personnel formé des établissements de soins
- finalement, inclusion de 19 études randomisées contrôlées, dont 18 ont été incluses dans la méta-analyse :
 - la psychothérapie (thérapie comportementale, thérapie cognitivo-comportementale et thérapie par la réminiscence) a été comparée avec la prise en charge classique (N = 13), une liste d'attente (N = 1), le groupe de contrôle avec attention ou contact social (N = 3) ; 1 étude comportait 3 bras, et 1 étude comportait 6 bras
 - la plupart des études ont été menées en Amérique (N = 11)
 - la psychothérapie a été dispensée par des assistants sociaux, des conseillers en santé mentale, des infirmiers cliniciens spécialisés, des thérapeutes, des infirmiers en santé mentale ou des étudiants
 - les interventions étaient proposées en groupe (N = 9), en individuel (N = 6), sous forme de combinaison des deux (N = 2) ou sous forme de soins personnels avec accompagnement par un thérapeute (N = 2)
 - 1 à 5 séances par semaine, généralement 2 à 10 séances au total sur une période de 2 à 24 semaines.

Population étudiée

- 873 participants (en moyenne 46 participants par étude, et 4 à 67 participants par bras d'étude) ; âge moyen compris entre 70,5 et 85,2 ans ; majoritairement des femmes (58,6 à 100%) ; la plupart des études excluaient les personnes présentant des troubles cognitifs ou une démence.

Mesure des résultats

- principaux critères de jugement :
 - symptômes dépressifs mesurés à l'aide de différents instruments validés : autodéclaration,

- entretien structuré avec la personne âgée, déclaration du personnel de l'établissement de soins ou d'un membre de la famille
- pas de participation à l'intervention
- critères de jugement secondaires :
 - rémission (dépression) : présence/absence de diagnostic de dépression majeure (selon le DSM ou la CIM ; sur la base d'un entretien semi-structuré)
 - la qualité de vie ou le bien-être psychologique
 - symptômes d'anxiété
 - fonctions physiques
 - agitation
 - effets indésirables
- les résultats ont été mesurés immédiatement après l'intervention, à court terme (jusqu'à 3 mois), à moyen terme (3 à 6 mois) et à long terme (plus de 6 mois)
- analyses de sous-groupes (pour le critère de jugement « symptômes dépressifs » immédiatement après l'intervention) en fonction de la gravité de la dépression au départ, du type de psychothérapie, du type de groupe témoin, des capacités cognitives et de la démence, du prestataire de soins ayant dispensé la psychothérapie, de la durée, de l'intensité et de la fréquence du traitement
- trois analyses de sensibilité a priori pour les biais, les abandons d'études, les données manquantes et l'observance, et une analyse de sensibilité post hoc excluant trois études en raison de leur conception.

Résultats

- résultats des principaux critères de jugement :
 - diminution significative des symptômes dépressifs avec la psychothérapie par rapport au groupe témoin, tant immédiatement après l'intervention (DMS de -1,04 avec IC à 95% de -1,49 à -0,58 ; N = 18, n = 644) qu'à court terme (DMS de -1,03 avec IC à 95% de -1,49 à -0,56 ; N = 16, n = 512) et à moyen terme (DMS de -0,43 avec IC à 95% de -0,81 à -0,06 ; N = 8, n = 355) ; pas d'effet significatif à long terme
 - nombre significativement plus élevé de personnes n'ayant pas participé à l'intervention, par rapport aux groupes témoins, immédiatement après la randomisation (OR de 3,44 avec IC à 95% de 1,19 à 9,93 ; N = 5, n = 313) ; données insuffisantes durant le suivi à court, moyen ou long terme
 - très faible degré de certitude des données probantes pour tous les résultats.
- résultats des critères de jugement secondaires :
 - la psychothérapie a entraîné une rémission significative de la dépression majeure (diminution de 4,2%) par rapport aux groupes témoins (augmentation de 50,0%) (différence de 54,2% en termes de rémission ; N = 1, n = 82 ; très faible degré de certitude des données probantes) ; cet effet est resté présent à court terme (54,2%), à moyen terme (47,2%) et à long terme (32,3%)
 - la qualité de vie n'était pas significativement meilleure avec la psychothérapie que dans les groupes témoins immédiatement après l'intervention (N = 6, n = 195), mais elle l'était à court terme (DMS de 0,51 avec IC à 95% de 0,19 à 0,82 ; N = 5, n = 170 ; très faible degré de certitude des données probantes)
 - pas de différences significatives quant aux symptômes d'anxiété immédiatement après l'intervention ; données insuffisantes sur le suivi ultérieur
 - très faible degré de certitude des données probantes pour tous les résultats.
 - les données disponibles à propos des capacités physiques, de l'agitation et des effets indésirables sont insuffisantes.

Conclusion des auteurs

Les auteurs concluent que la thérapie cognitivo-comportementale, la thérapie comportementale et la thérapie par la reminiscence peuvent réduire les symptômes dépressifs, par comparaison avec la prise en charge classique, chez les résidents des centres de soins résidentiels de longue durée, mais le degré de certitude des données probantes est très faible. Comparées aux groupes témoins, les thérapies psychologiques à court terme peuvent également améliorer la qualité de vie et le bien-être psychologique des résidents déprimés des établissements de soins de longue durée, peut-être sans effet sur les symptômes d'anxiété chez ces résidents. Toutefois, le degré de certitude des données probantes concernant ces effets

est très faible, ce qui limite notre confiance dans les résultats.

Financement de l'étude

Aucun.

Conflits d'intérêt des auteurs

Trois auteurs sont engagés dans des études en cours qui répondent aux critères d'inclusion de cette revue ; un auteur a reçu un financement pour une étude qui ne répondait pas aux critères d'inclusion de cette revue ; l'un des auteurs est rédacteur chez Cochrane ; les autres auteurs ne signalent aucun conflit d'intérêt.

Discussion

Évaluation de la méthodologie

critères stricts de la Collaboration Cochrane. Une recherche approfondie dans la littérature a été menée dans un large éventail de sources. Les critères d'inclusion sont clairement présentés, mais ils sont définis de manière assez large. Le degré de certitude des données probantes a été évalué à l'aide du système GRADE. Il en ressort que, pour tous les résultats, le niveau de certitude est très faible. Certains résultats ne reposent que sur un nombre limité d'études. Le risque de biais a été évalué à l'aide de l'outil Cochrane évaluant le risque de biais (Cochrane Risk of Bias 1). Toutes les études présentaient, dans au moins un domaine, un risque de biais indéterminé en raison d'un manque d'informations. Le risque de biais était particulièrement élevé en ce qui concerne le biais de performance (N = 17) et le biais de détection (N = 9) en raison de l'absence d'insu pour les participants et pour le personnel, ce qui paraît logique avec ce type d'intervention. Néanmoins, au lieu de l'autodéclaration, certaines études auraient pu avoir recours à une évaluation des résultats en aveugle afin de réduire le risque de biais de détection. En outre, 10 études présentaient un risque élevé de biais d'attrition en raison de résultats incomplets. Et il y avait encore d'autres sources de biais : ambiguïté sur la mise en œuvre correcte du traitement, échantillons de petite taille, qualité de la randomisation, interventions développées par le thérapeute ou l'investigateur lui-même. À cet égard, les auteurs mentionnent de possibles conflits d'intérêts, car ils ont souvent participé à la fois à l'élaboration de l'intervention et à la conception de l'étude. Le funnel plot n'indique pas de biais de publication pour le principal critère de jugement. Les analyses de sensibilité ont généralement donné des résultats similaires. L'analyse de sensibilité qui n'a pris en compte que les études à faible risque de biais concernant le secret de l'attribution a révélé la disparition de l'effet de la psychothérapie sur les symptômes dépressifs immédiatement après l'intervention. Il y a une importante hétérogénéité quant aux critères de jugement. Cependant, le fait de rapporter certains résultats primaires/secondaires n'était pas un critère d'inclusion. Les symptômes dépressifs et la qualité de vie ont été pris en compte tant selon l'évaluation effectuée par le patient lui-même que selon une évaluation effectuée par d'autres personnes. Les auteurs, quant à eux, indiquent qu'ils préfèrent que les évaluations soient effectuées par des cliniciens ou par d'autres personnes, car il y a des doutes quant à la fiabilité de l'autodéclaration dans ce groupe cible. De plus, l'observance est mesurée en fonction des taux d'abandons de l'étude, ce qui peut donner une image biaisée de la réalité, car l'abandon de l'étude peut être dû à différents facteurs qui ne sont pas nécessairement en rapport avec le fait d'accepter ou non le traitement. En outre, on peut se demander ce que signifie « accepter la thérapie » dans le groupe témoin. Les études qui ont fait état d'abandons mais dans lesquelles on n'a pas observé d'abandons n'ont pas été incluses dans le calcul de ce critère de jugement. Étant donné que les études sans différence n'ont pas été incluses, il est possible que le taux d'abandons plus élevé dans les groupes intervention ait été surestimé. Les effets indésirables n'ont pas été signalés en raison de l'insuffisance des données disponibles à ce sujet. Toutefois, cette information est utile pour l'interprétation des taux d'abandons d'étude.

Évaluation des résultats

Les résultats sont positifs pour le recours à une psychothérapie chez les personnes âgées qui résident dans des établissements de soins de longue durée. La dépression majeure, les symptômes dépressifs infracliniques et la qualité de vie ont été examinés. Cependant, les données probantes sont de très faible qualité, et plusieurs autres lacunes importantes sont constatées. Les études incluses sont en nombre limité, ce qui fait que, pour certains critères de jugement prédéfinis, tels que l'anxiété, les capacités physiques, l'agitation et les effets indésirables, il n'y a que très peu, voire pas du tout, de résultats disponibles. Cependant, la dépression et les symptômes dépressifs sont les principaux critères de jugement dans ce contexte. Les chercheurs n'envisagent pas de comparaison avec la pharmacothérapie. Nous pouvons pourtant considérer que cette comparaison

serait importante car les antidépresseurs sont couramment prescrits dans cette population. Certaines études ont même exclu les personnes qui étaient sous antidépresseurs, et seuls quelques auteurs ont rapporté la prise de médicaments pendant le suivi. Il n'est donc pas possible de connaître le nombre de participants qui prenaient des médicaments et le nombre de ceux qui n'en prenaient pas.

Une difficulté importante de cette synthèse méthodique est l'hétérogénéité clinique. Elle a en effet inclus un ensemble d'interventions très hétérogènes en termes de contenu (type de thérapie), de format (individuel, en groupe, combinaison des deux ou soins personnels avec accompagnement), de durée de la thérapie (1 à 5 séances) et de prestataires délivrant l'intervention. Les analyses de sous-groupes n'ont toutefois pas montré de différence d'effet en fonction de la personne qui a mené la thérapie (membre du personnel de l'établissement ou prestataire externe), de la durée, du nombre de séances ou de la dose totale de thérapie. Il existe également une hétérogénéité significative des contextes étudiés. Les soins résidentiels de longue durée peuvent inclure les MRS, les services d'habitats accompagnés (par exemple, les résidences-services), les centres psychiatriques... La taille des établissements, le nombre de prestataires de soins impliqués et le type de soins proposés peuvent également être très divers. Il est donc difficile d'extrapoler les résultats. En outre, les études incluses ont été menées entre 1976 et 2020. Au cours de cette période, il peut y avoir eu des changements significatifs dans le paysage des soins de santé et dans les structures de soins, ainsi que des changements en termes de prise en charge classique et de formes de psychothérapie. Les populations incluses étaient également hétérogènes. Dans certaines études, les participants n'étaient inclus qu'à partir d'un certain seuil de symptômes dépressifs, tandis que d'autres études excluaient les personnes chez qui un trouble de l'humeur avait été diagnostiqué. De plus, nombreuses étaient les études excluant les personnes dont le niveau de déficience/détérioration cognitive était élevé. En outre, chez les personnes âgées, les symptômes démentiels et les symptômes dépressifs coexistent souvent, et il y a un chevauchement important entre les deux présentations cliniques. Il est donc difficile d'extrapoler les résultats à l'ensemble des résidents des centres de soins de longue durée. Cependant, les analyses de sous-groupes n'ont montré aucune différence d'effet selon la sévérité de la dépression et le degré de fonctionnement cognitif au départ. Les analyses de sous-groupes n'ont pas non plus montré de différence d'effet selon le type de psychothérapie. Une différence a toutefois été constatée en fonction du type de groupe témoin. Ainsi, un effet de la psychothérapie était visible par rapport à la prise en charge classique, mais pas par rapport au groupe contrôle de l'attention (DMS de -0,30 ; IC à 95% de -0,83 à 0,23 ; N = 6, n = 208). Si l'on ajoute à cela le fait que le type de psychothérapie n'a pas joué de rôle, on peut affirmer que le contact avec le prestataire est suffisant pour obtenir un effet positif, quel que soit le traitement spécifique. Pour mieux évaluer ce point, il aurait été plus utile d'exprimer les résultats en termes de probabilité de succès (rapport de cotes) plutôt qu'en termes de différence moyenne. Enfin, il convient de souligner que les résultats disponibles à moyen terme et à long terme sont limités, ce qui montre la nécessité de mener davantage d'études avec un suivi suffisamment long.

Que disent les guides de pratique clinique ?

En général, les guides de pratique clinique sur la dépression recommandent une combinaison de thérapies non pharmacologiques, telles que la thérapie cognitivo-comportementale, et une prescription limitée d'antidépresseurs (21,22). Cependant, l'âge y est rarement précisé, et il n'y a pas de recommandations distinctes pour les personnes âgées qui résident dans des établissements de soins de longue durée. Le guide de pratique clinique de la Fédération des médecins spécialistes aux Pays-Bas (Federatie Medische Specialisten) sur la dépression recommande la thérapie cognitivo-comportementale et la **thérapie par la rétrospective de vie (Life Review Therapy)** comme psychothérapie de premier choix pour les personnes âgées (> 60 ans) dans la phase aiguë de la dépression (23). En deuxième intention, la pleine conscience, l'activation comportementale et la thérapie de résolution de problèmes y sont également recommandées. Le guide indique aussi que la qualité des données probantes pour ces traitements est faible à très faible. Là aussi, aucune distinction n'est faite selon que le patient vit à domicile ou pas. Le site néerlandais des normes pour les soins de santé mentale (GGZ Standaarden) donne des recommandations similaires en cas de dépression, à savoir la thérapie cognitivo-comportementale, la thérapie par la rétrospective de vie et la thérapie centrée sur les solutions. Il y est aussi recommandé de faire preuve de prudence lors de la prescription de psychotropes, en tenant compte des préférences du patient et des éventuelles contre-indications (24).

Conclusion de Minerva

Cette synthèse méthodique Cochrane avec méta-analyse montre que la psychothérapie à court terme et à long terme réduit les symptômes dépressifs chez les personnes âgées qui résident dans des établissements

de soins de longue durée. Cependant, l'étude présente de nombreuses limites, notamment une hétérogénéité clinique importante entre les interventions incluses, entre les groupes témoins et entre les contextes étudiés. En outre, le degré de certitude des données probantes est très faible. Ainsi, la conclusion que nous pouvons tirer de la présente synthèse méthodique se limite à constater la nécessité de mener davantage d'études correctement conduites, ainsi que des études comparant l'efficacité de la psychothérapie à celle de la pharmacothérapie.

Références : voir site web