Minerva - Analyse – 26/09/2024

Les interactions psychosociales pour diminuer les antipsychotiques chez les résidents de maison de repos

Référence
Lühnen J, Richter T, Calo S, et al. Psychosocial interventions for reducing antipsychotic medication in care home residents. Cochrane Database Syst Rev 2023, Issue 8. DOI: 10.1002/14651858.CD008634.pub3

Analyse de
Clément Dequiedt, médecin généraliste.
Absence de conflits d'intérêt avec le sujet.

Question clinique

Quels sont les avantages et inconvénients des interventions psychosociales dans la réduction de l'utilisation des antipsychotiques chez les résidents en maison de repos ?

Contexte

La démence est fréquente chez les résidents des maisons de retraite. Certains auteurs décrivent des taux de prévalence allant jusqu'à 60% dans différents pays (1). En plus des troubles cognitifs, les personnes atteintes de démence présentent souvent des symptômes neuropsychiatriques, appelés symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. Ceux-ci peuvent inclure, par exemple, l'agitation, l'agressivité, l'impatience, l'errance, les vocalisations répétitives et les cris (2), des comportements qui *pourraient refléter* la détresse des résidents et qui *peuvent être pénibles* pour les résidents *eux-mêmes* et les soignants.

L'efficacité faible et les effets indésirables potentiellement graves des antipsychotiques pour le traitement des troubles comportementaux chez les personnes démentes ont déjà été discutés à plusieurs reprises dans Minerva (3-12). Pourtant, ils restent souvent en première ligne de la prise en charge de troubles comportementaux de la personne démente (13). Malgré l'efficacité et la sécurité des approches non médicamenteuses (14,15), celles-ci ne sont pas fréquemment utilisées en pratique. Réaliser un bilan des connaissances quant à ces approches non-médicamenteuses via une synthèse méthodique (16) est donc pertinent.

Résumé

Méthodologie

Actualisation d'une revue systématique datant de 2012.

Sources consultées

- la base de données de la *Cochrane Dementia and Cognition Improvement Group (CDCIG)* a été consultée le 14/07/2022
- cette base de données regroupe des études sur la démence et l'état cognitif provenant de recherches systématiques et régulières sur Medline, Embase, CINAHL, PsycINFO, LILACS, CENTRAL, WHO portal, ClinicalTrials.gov.

Études sélectionnées

- RCTs ou RCTs en grappes
  - incluant toute intervention psychosociale ; les interventions psychosociales sont définies comme des interventions non médicamenteuses avec une composante

psychosociale ; ces interventions se concentrent sur la manière dont les soins sont organisés et dispensés, et promeuvent des stratégies alternatives non médicamenteuses ; ces interventions comprennent souvent différents éléments, tels que la formation du personnel, la revue de médications par des spécialistes, ainsi qu'un soutien et des activités supplémentaires pour les résidents
    - comparaison avec des soins normaux, des soins normaux optimisés ou une autre intervention vis-à-vis de la réduction de la médication antipsychotique
- ont été exclus les arrêts ou substitutions médicamenteuses, les interventions sans contact ou communications interpersonnelles, les interventions structurelles ou encore les interventions uniquement basées sur un changement de politique.
- au total, cinq études contrôlées randomisées en grappes (120 établissements de soins ; 59 groupes intervention versus 61 groupes comparaisons) ont été incluses ; une étude a été réalisée aux États-Unis, une au Canada, deux au Royaume-Uni et une en Allemagne ; la durée des études a été de six à douze mois ; toutes les études ont examiné des interventions complexes dont une formation destinée au personnel infirmier et aux autres membres de l'équipe ; deux études mettaient spécifiquement en avant les soins centrés sur la personne et une autre a étudié les soins centrés sur la personne avec des interventions supplémentaires telles que exercices, activités sociales ou revue de médication.

Population étudiée

- inclusion de résidents de maison de repos ou de maison de repos et de soins au long cours sans critères d'âge ou de maladies
- au total, 8342 participants ont été inclus dont 3749 dans les groupes interventions et 4593 dans les groupes comparaisons.

Mesures des résultats

- critères de jugement primaires :
    - usage des antipsychotiques individuel ou collectif
    - effets indésirables
- critères de jugement secondaires :
    - mortalité
    - symptômes comportementaux et psychologiques lié à la démence (BPSD - Behavioural and psychological symptoms of dementia)
    - qualité de vie (QoL)
    - usage des médicaments psychotropes
    - usage des « si nécessaire »
    - contention
    - état cognitif
    - dépression
    - activité de la vie quotidienne
    - coût.

Résultats

- les études étaient trop hétérogènes pour pouvoir réaliser une méta-analyse ; une présentation narrative des résultats a dès lors été choisie
- concernant l'usage des antipsychotiques individuel ou collectif : dans l'ensemble, il n'a pas été possible de déterminer si les interventions psychosociales conduisent à une moindre utilisation des médicaments antipsychotiques car les résultats des études n'étaient pas cohérents
- concernant les effets indésirables : trois études ont fourni des informations sur les risques tels que les chutes ou les hospitalisations et les résultats n'ont pas permis d'établir que leurs interventions avaient un quelconque effet sur ces risques
- il n'a pas été possible de mettre en évidence des données probantes claires des effets des interventions sur les mesures de la santé physique ou mentale ou de la qualité de vie.

Conclusion des auteurs
Les auteurs concluent que toutes les interventions incluses étaient complexes et leurs composantes différaient considérablement d'une étude à l'autre. Les interventions et leurs composantes n'étaient généralement pas décrites de manière suffisamment détaillée. Deux études ont démontré que les interventions psychosociales complexes pouvaient réduire l'utilisation de médicaments antipsychotiques. De plus, une étude a montré qu'une revue médicamenteuse pouvait avoir un certain impact sur les taux de prescription d'antipsychotiques. Aucun événement indésirable important n'a été observé. Dans l'ensemble, les données disponibles ne permettent pas de formuler des recommandations claires et généralisables.

Discussion

Évaluation de la méthodologie
Cette revue systématique a une méthodologie solide basée sur le *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (17) et présente plusieurs points forts. Le premier est l'utilisation de la base de données de la *Cochrane Dementia and Cognition Improvement Group (CDCIG)* qui assure une recherche de données complète et exhaustive. Le deuxième est le fait que la collecte ainsi que l'analyse des données ont été effectuées de manière indépendante par 2 auteurs de l'étude et selon un protocole standardisé. En cas de désaccord, un consensus était trouvé avec l'aide d'un troisième chercheur. Les données sur les interventions des études retenues ont également été récupérées de manière standardisée grâce à l'outil TIDieR (Template for Intervention Description and Replication) (18). Les critères comprennent, par exemple, la justification sous-jacente, la procédure de l'intervention en détail et l'évaluation de la fidélité de l'intervention. Si nécessaire, les auteurs des études originales ont été contactés. Enfin, le risque de biais a également été évalué par 2 auteurs également à l'aide du *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Malgré une méthodologie forte, cette revue présente des points faibles qui ne sont pas du fait de la revue elle-même mais plutôt des études incluses. En effet, les interventions ainsi que les soins normaux dans les études incluses ont rarement été correctement décrits. De plus, dans 4 études sur 5, plusieurs composants de l'intervention étaient également retrouvés dans le groupe contrôle.

Évaluation des résultats
Alors que la méthodologie de cette revue est de bonne qualité, ses résultats sont à nuancer pour plusieurs raisons. Les principales sont l'hétérogénéité clinique entre les études incluses, l'hétérogénéité en termes de résultats, l'hétérogénéité de départ entre les groupes interventions et contrôle dans plusieurs études, ce qui a empêché la méta-analyse. Tout cela fragilise les conclusions de cette revue. Il est également intéressant de noter que la durée de suivi moyenne des études incluses dans cette revue est de maximum 1 an. C'est court si on considère que les interventions psychosociales concernaient principalement la formation du personnel infirmier qui a un turn-over important en MRS. Cela étant dit, il est néanmoins important de noter que la population étudiée est particulièrement représentative de la population en médecine générale car le seul critère d'inclusion était de séjourner en MR/MRS. Une autre difficulté pour l'interprétation correcte des résultats est l'association à l'inclusion des patients sur la seule base de la prescription des antipsychotiques. Le diagnostic n'était pas précisé. Les auteurs de la synthèse méthodique ont relevé eux-mêmes cette faiblesse, mais ils estiment que la grande majorité des prescriptions d'antipsychotiques en MR/MRS est destinée aux troubles comportementaux liés à la démence.

Que disent les guides de pratique clinique ?
En 2011, le KCE publiait un rapport sur la prise en charge des personnes démentes au domicile et en institution (19). Pour les personnes institutionnalisées, il apparait que la formation du personnel soignant, l'activité physique et la stimulation cognitive permettent une amélioration de la prise en charge globale à condition que le patient bénéficie d'un suivi professionnel régulier et un ajustement à sa personne et son entourage. Plus récemment, les fiches de transparence du CBIP mises à jour en 2019

(20) concernant le traitement des troubles comportementaux lié à la démence soulignent que la recherche de l'étiologie sous-jacente du trouble comportemental, la formation du personnel soignant, les soins centrés sur la personne ainsi que des aptitudes en communication permettent de réduire l'agitation chez les personnes démentes.

Conclusion de Minerva

Cette revue systématique présente une méthodologie solide. Néanmoins, les résultats inconstants ainsi que l'importante hétérogénéité entre études n'a pas permis de méta-analyse. Les résultats sont présentés de manière narrative et ils ne permettent pas de tirer de conclusions concernant l'efficacité des interventions psychosociale pour diminuer les antipsychotiques chez les résidents de MRS. Vu les risques parfois importants et graves et l'efficacité limitée des traitements médicamenteux dans la prise en charge des personnes démentes présentant des troubles du comportement, les interventions non-médicamenteuses restent néanmoins le premier choix. De nouvelles recherches sont indispensables.

Références

1. Seitz D, Purandare N, Conn D. (2010). Prevalence of psychiatric disorders among older adults in long-term care homes: a systematic review. Int Psychogeriatr 2010;*22:*1025-39. DOI: 10.1017/S1041610210000608
2. Richter C, Berg A, Langner H, et al. Effect of person-centred care on antipsychotic drug use in nursing homes (EPCentCare): a cluster-randomised controlled trial. Age Ageing 2019;48:419-25. DOI : 10.1093/ageing/afz016
3. De Paepe P, Petrovic M. Traitement médicamenteux des symptômes neuropsychiatriques de la démence. MinervaF 2006;5(2):23-6.
4. Sink KM, Holden KF, Yaffe K. Pharmacologic treatment of neuropsychiatric symptoms of dementia: a review of the evidence. JAMA 2005;293:596-608. DOI: 10.1001/jama.293.5.596
5. Chevalier P. Antipsychotiques et démence : aggravation plus rapide des troubles cognitifs. Minerva Duiding 28/01/2012.
6. Vigen CL, Mack WJ, Keefe RS, et al. Cognitive effects of atypical antipsychotic medications in patients with Alzheimer's disease: outcomes from CATIE-AD. Am J Psychiatry 2011;168:831-9. DOI: 10.1176/appi.ajp.2011.08121844
7. Chevalier P. Antipsychotiques et démence. MinervaF 2009;8(4):51.
8. Rochon PA, Normand SL, Gomes T, et al. Antipsychotic therapy and short-term serious events in older adults with dementia. Arch Intern Med 2008;168:1090-6. *DOI*: 10.1001/archinte.168.10.1090
9. Petrovic M, Declercq T. Antipsychotiques ou autres médicaments psychotropes chez les patients atteints de démence : risque de décès augmenté ? Minerva bref 17/12/2015.
10. Maust DT, Kim HM, Seyfried LS, et al. Antipsychotics, other psychotropics and the risk of death in patients with dementia: number needed to harm. JAMA Psychiatry 2015;72:438-45. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2014.3018
11. Michiels B. Traitement médicamenteux de la démence. MinervaF 2008;7(10):146-7.
12. Raina P, Santaguida P, Ismaila A, et al. Effectiveness of cholinesterase inhibitors and memantine for treating dementia: evidence review for a clinical practice guideline. Ann Intern Med 2008;148:379-97. DOI: 10.7326/0003-4819-148-5-200803040-00009
13. Ruths S, Straand J, Nygaard HA, Aarsland D. Stopping antipsychotic drug therapy in demented nursing home patients: a randomized, placebo controlled study - the Bergen District Nursing Home Study (BENURS). Int J Geriatr Psychiatry 2008;23:889-95. DOI: 10.1002/gps.1998
14. De Jonghe M. Approches thérapeutiques non pharmacologiques au domicile pour les symptômes psychiatriques et comportementaux des démences. MinervaF 2014;13(1):6-7.
15. Brodaty H., Arasaratnam B. Meta-analysis of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia. Am J Psychiatry 2012;169:946-53. DOI: 10.1176/appi.ajp.2012.11101529
16. Lühnen J, Richter T, Calo S, et al. Psychosocial interventions for reducing antipsychotic medication in care home residents. Cochrane Database Syst Rev 2023, Issue 8. DOI: 10.1002/14651858.CD008634.pub3
17. Higgins J, Tomas J. (ed). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 6.0 (updated August 2019) Cochrane 2019. Available from : training.cochrane.org/handbook/archive/v6

18. Hoffmann et al. Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. BMJ 2014;348:g1687. DOI: 10.1136/bmj.g1687
19. Kroes M, Garcia-Stewart S, Allen F, et al. Démence: quelles interventions non pharmacologiques ? Good Clinical Practice (GCP). Bruxelles. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2011. KCE Reports 160B. DOI: 10.57598/R160B
20. CBIP. Fiches de transparence. Démence. Dernière mise à jour : 12/02/2019. Consultée le 17/08/2024. Disponible sur: https://ft.cbip.be/fr/frontend/indication-group/73/summary

Tableau.

	Intervention	**Contrôle**	**Résultats critères primaires**	**Résultats critères secondaires**
Meador 1997	Programme éducationnel sous forme de cours pour médecins et infirmières	Soins habituels (non décrits)	Nombre de jours de prescription d'antipsychotique / 100 jours résidents a diminué dans le groupe intervention (DM de 6,3 j avec IC à 95% de 6,05 à 6,66)	- BPSD selon le **NHBPS** : pas de différence entre les groupes - Usage des médicaments psychotropes : une petite cohorte de patients a continué de recevoir des antipsychotiques pendant toute la durée de l'étude : 25% ont vu leur dose diminuer de la moitié ou plus.
Fossey 2006	Programme éducationnel pour tout personnel en contact avec les patients	Soins normaux + revue de la médication	- Proportion des patients sous antipsychotiques : diminution dans le groupe intervention à 12 mois (DM de 19,1% avec IC à 95% de 0,5 à 37,7%) - Taux de chutes a diminué dans les 2 groupes à la fin du suivi à 12 mois (GI 60% à 52% et GC 58% à 55%)	- BPSD selon **CMAI** : pas de différence entre les groupes - QoL selon **DCM** : pas de différence entre les 2 groupes - Usage des psychotropes a augmenté dans les 2 groupes mais DM entre les groupes de 5,8% avec IC à 95% de -27,2% à 15,5%. La dose moyenne dans le groupe d'intervention était de 102,1 comparée à 107,1 dans le groupe contrôle.
Ballard 2016	3 interventions : *revue médicamenteuse *interactions sociales *exercices Design de l'étude en factorial design (2x2x2) : chaque groupe reçoit une combinaison différente	Le groupe ne recevant pas l'intervention était donc le groupe contrôle pour celle-ci	- Le nombre de patients recevant un antipsychotique a diminué dans le groupe recevant une revue de médication et a augmenté dans le groupe contrôle : OR de 0,17 avec IC à 95% de 0,05 à 0,6 - Le nombre de patient recevant un antipsychotique est resté stable dans le groupe interaction sociale et a diminué dans le groupe contrôle : OR de 0,6 avec IC à 95% de 0,19 à 1,93 - Le nombre de patients avec un traitement antipsychotique a diminué dans le groupe exercice et a moins diminué dans le groupe contrôle : OR de 1,31 avec IC à 95% de 0,37 à 4,6	<u>- Mortalité :</u> * diminuée dans le groupe interaction sociale versus groupe contrôle : OR de 0,26 (avec IC à 95% de 0,13 à 0,51) et dans le groupe « revue médicamenteuse » : OR de 0,67 (avec IC à 95% de 0,39 à 1,14) * inchangée dans le groupe exercice vs groupe contrôle : OR de 1,18 avec IC à 95% de 0,78 à 1,79 <u>- BPSD selon CMAI</u> : * augmentés dans le groupe interaction sociale vs groupe contrôle : DMA de 4,96 avec IC à 95% de -1,33 à 11,25 et dans le groupe « revue médicamenteuse » : DMA de 4,60 avec IC à 95% de -1,43 à 10,63 * diminution légère dans le groupe exercice : DMA de -1,76 avec IC à 95% de -6,83 à 3,3 <u>- BPSD selon NPI</u> : * Augmentés dans le groupe revue médicamenteuse : DMA de 7,37

				(avec IC à 95% de 1,53 à 13,22) et dans le groupe interaction sociale : DMA de 5,45 avec IC à 95% de 0,12 à 10,77 * Diminués dans le groupe exercice : DMA de -3,69 avec IC à 95% de -7,08 à -0,09 - Dépression selon le **CSDD**: * Diminuée dans les groupes « revue médicamenteuse » : DMA de -1,70 (avec IC à 95% de -4,29 à 0,90) et exercices : DMA de -1,21 avec IC à 95% de -4,35 à 1,93 * Augmentée dans le groupe interaction sociale : DMA de 1,15 avec IC à 95% de -84 à 3,14.
Richter 2019	Membre du personnel entraîné afin de devenir expert des soins centrés sur la personne + revue médicamenteuse	Soins normaux + revue médicamenteuse à 3-6 et 9 mois	- La proportion des patients avec traitement antipsychotique est restée inchangé dans le groupe intervention et diminuée dans le groupe contrôle (DM de 11,4% avec IC à 95% de 0,9 à 21,9%) - Il n'y a pas de différence sur la proportion de patients ayant présenté au moins une chute dans les 12 derniers mois (OR de 1,03 avec IC à 95% de 0,68 à 1,56)	- BPSD selon CMAI : BPSD + important dans le groupe intervention vs groupe contrôle : OR de 1,55 avec IC à 95% de 0,86 à 2,77 - QoL selon le **QoL-AD** : pas de différence entre les groupes : DM de -0,9% avec IC à 95% de -3,0 à 1,1 - Usage des médicaments psychotropes : pas de différence entre les groupes : OR de 1,10 avec IC à 95% de 0,81 à 1,49 - Usage des benzodiazépines : pas de différence entre les groupes - Usage des antidépresseurs : pas de différence entre les groupes - Usage des hypnotiques : pas de différence. - Augmentation des antipsychotiques si nécessaire - Contention : pas de différence entre les groupes : OR de 1,42 avec IC à 95% de 0,53 à 3,83 - Etat cognitif selon le DSS : amélioration légère dans les 2 groupes.
Tadrous 2020	Approche éducationnelle visant le management des BPSD et la prescription adéquate des antipsychotique	Non décrit	Pas de différence entre les groupes interventions et contrôle en termes de% de patient avec des antipsychotiques.	- BPSD selon l'**ABS** : pas de différence entre les groupes - Utilisation de psychotropes : pas de différence dans les doses journalière d'antipsychotique moyenne : DM de 0, 68 avec IC à 95% de -11,2 à 12,67 - Dépression sur la « dépression rating scale » : pas de différence entre les groupes : DM de -0,63 avec IC à 95% de 0,76 à -0,5 - Activité de la vie quotidienne : pas de différence entre les groupes.

DM : différence de moyenne ; DMA : différence de moyenne ajustée ; OR : odds ratio ;
BPSD : Behavioural and psychological symptoms of dementia ; NHBS : Nursing Home Behaviour Scale ; CMAI : Cohen-Mansfield Agitation Inventory ; DCM : Dementia Care Mapping ; NPI : Neuropsychiatric Inventory ; CSDD : Cornell Scale for Depression in Dementia ; QoL-AD : Quality of Life - Alzheimer's Disease scale ; ABS : Aggressive Behavior Scale.