

Prévention des troubles anxieux et de la dépression chez les personnes âgées

- **Question clinique** Un modèle de soins d'intensité progressive prévient-il, versus soins courants, une dépression majeure ou des troubles anxieux chez des personnes âgées initialement sous le seuil symptomatique de tels diagnostics ?
- **Contexte** La dépression et les troubles anxieux sont des affections très fréquentes et difficiles à traiter chez les personnes âgées, avec forte morbidité et mortalité¹. Etant donné les capacités limitées des soins de santé actuelles dans ce domaine, des stratégies préventives seraient utiles. Une méta-analyse a montré qu'une prévention ciblée diminue l'incidence de dépression de 25% chez des personnes présentant une dépression subclinique².

Analyse

T. Declercq
T. Poelman

Référence

van't Veer-Tazelaar PJ, van Marwijk HW, van Oppen P, et al. Stepped-care prevention of anxiety and depression in late life. A randomized controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 2009;66:297-304.

Population étudiée

- 170 personnes âgées d'au moins 75 ans (âge moyen de 81,4 (ET 3,7) ans) ; 73,5% de femmes ; sélectionnées parmi 5 207 patients \geq 75 ans inscrits dans 33 pratiques de médecine générale aux Pays-Bas et invités à compléter un questionnaire **CES-D** ; score CES-D (autoévalué \geq 16 (score moyen initial de 21,6 (ET 5,1)), sans les critères DSM-IV de dépression ou de troubles anxieux lors de deux **MINI** à 3 mois d'intervalle
- critères d'exclusion : troubles cognitifs (rapportés par le patient) sévères.

Protocole d'étude

- étude randomisée, contrôlée (RCT)
- randomisation après 3 mois d'observation et nouvelle évaluation pour les critères d'inclusion
- groupe (n=86) avec modèle de soins d'intensité progressive ; CES-D évalué tous les 3 mois et si \geq 16, passage à l'étape thérapeutique suivante :
 1. à un rythme individualisé, lecture d'une brochure et séances de prise en charge par soi-même des troubles anxieux et de la dépression ; visites au domicile et contacts téléphoniques par des infirmières à domicile formées
 2. thérapie de résolution de problème : apprentissage d'aptitudes à la résolution de problèmes ; 7 sessions sous la direction d'infirmières psychiatriques formées
 3. avis de consulter un médecin généraliste pour initier un traitement médicamenteux
- versus groupe avec soins courants (n=84).

Mesure des résultats

- incidence cumulée à 12 mois de troubles anxieux (trouble panique, agoraphobie, phobie sociale, trouble anxieux généralisé) ou de dépression selon les critères DSM-IV après MINI
- **analyse en intention de traiter.**

Résultats

- sorties d'étude : outre un refus de participation de 11 patients, sur 12 mois, 17 (3 décès) dans le groupe intervention versus 4 (2 décès) dans le groupe contrôle ; p=0,009 pour la différence
- incidence de dépression ou de troubles anxieux à 12 mois : 11,6% dans le groupe intervention versus 23,8% dans le groupe contrôle ; RR 0,49 avec IC à 95% de 0,24 à 0,98.

Conclusion des auteurs

Les auteurs concluent qu'un traitement préventif (d'intensité progressive) de la dépression ou de troubles anxieux chez des individus âgés est efficace pour réduire le risque de survenue de ces troubles et est intéressant dans une perspective de santé publique.

Financement : Nederlandse Health Research Council qui n'est intervenu à aucun des stades de l'étude.

Conflits d'intérêt : aucun n'est déclaré.

1. Licht-Strunk E, van der Windt DA, van Marwijk HW, et al. The prognosis of depression in older patients in general practice and the community. A systematic review. *Fam Pract* 2007;24:168-180.
2. Cuijpers P, Van Straten A, Smit F. Preventing the incidence of new cases of mental disorders: a meta-analytic review. *J Nerv Ment Dis* 2005;193:119-25.
3. Beekman AT, Deeg DJ, Van Limbeek J, et al. Criterion validity of the Center for Epidemiologic Studies Depression scale (CES-D): results from a community-based sample of older subjects in the Netherlands. *Psychol Med* 1997;27:231-35.
4. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998;59(suppl 20):22-33.
5. Lyness JM, Heo M, Datto CJ, et al. Outcomes of minor and subsyndromal depression among elderly patients in primary care settings. *Ann Intern Med* 2006;332:496-504.
6. Heyman J, Declercq T, Rogiers R, et al. Depressie bij volwassenen: aanpak door de huisarts. Aanbeveling voor medische praktijkvoering. *Huisarts Nu* 2008;37:284-317.
7. Baas KD, Wittkampf KA, Van Weert HC et al. Screening op depressie in hoogerisicogroepen levert weinig op. *Huisarts Wet* 2009;52:269-274.

Considérations sur la méthodologie

Cette étude n'inclut que des personnes âgées prises en charge en première ligne de soins, population généralement exclue dans les autres études en fonction des comorbidités présentes. Les auteurs ont recours à un questionnaire validé comportant 20 items pour dépister des troubles anxieux ou dépressifs et sélectionnent des patients ayant un score d'au moins 16 sur 60 mais ne présentant pas tous les critères pour le diagnostic de ces troubles.

Une autre recherche montre qu'avec un seuil de 16 sur 60, ce test a une sensibilité de 100% pour le dépistage d'une dépression majeure, de 41% pour celui de dysthymie et de 40% pour les troubles anxieux³. Le questionnaire MINI a une valeur prédictive négative élevée⁴ ce qui permet aux auteurs d'exclure de façon adéquate les patients présentant une dépression majeure. Cependant, le fait que 23,8% des patients du groupe soins courants développent une dépression majeure dans l'année, suggère qu'une proportion importante de la population étudiée était fort proche d'un trouble dépressif au moment de l'inclusion dans l'étude⁵. Le processus de randomisation de cette étude est correctement décrit et exécuté. Les interviewers évaluant la survenue de troubles dépressifs et anxieux à 12 mois l'ont fait en insu de la randomisation. En plus d'une analyse en intention de traiter, les auteurs ont eu recours à différentes techniques d'imputation des résultats manquants.

Mise en perspective des résultats

Des recherches évaluant l'efficacité d'interventions non médicamenteuses en prévention d'affections avec une morbidité et une mortalité élevées, telle la dépression chez la personne âgée, sont cliniquement fort pertinentes. Un ajout progressif de moyens principalement non médicamenteux est déjà recommandé pour la prise en charge de la dépression⁶. Cette approche n'avait cependant pas encore été évaluée chez des personnes avec des troubles dépressifs sous le seuil d'un diagnostic de dépression majeure en prévention à un passage à une dépression majeure. Cette étude-ci montre des résultats favorables pour une prise en charge d'intensité progressive : le nombre de cas de survenue de troubles dépressifs majeurs et de troubles anxieux est diminué de moitié versus traitement courant. Le NST de 8 présente cependant un intervalle de confiance à 95% relativement large (4 à 143), ce qui incite à la réflexion sur le bénéfice clinique au niveau d'une population d'une

pratique. Selon le type d'analyse des données manquantes, l'ampleur de la différence des résultats entre les 2 groupes se modifie : plus importante en cas d'imputations multiples, différence disparaissant en scénario « worst-case ».

Le protocole de l'étude ne permet pas d'évaluer l'efficacité des différentes parties de l'intervention, impossibilité encore majorée par le fait que les patients étaient libres de ne pas recourir à certaines étapes proposées. Par rapport à d'autres études effectuées en cas de dépression, la durée de cette étude (12 mois) est relativement longue. Cette durée de suivi est cependant trop réduite pour évaluer si la survenue de troubles dépressifs majeurs ou de troubles anxieux est réellement prévenue ou simplement postposée.

Pour la pratique

L'association de 2 tests de dépistage permet aux chercheurs de cette publication de sélectionner une population avec des troubles dépressifs mais qui n'atteignent pas les critères de diagnostic d'un trouble dépressif majeur. La faisabilité de tels tests de dépistage dans la pratique n'est pas évaluée. Une autre recherche a d'ailleurs montré que le dépistage de la dépression en première ligne de soins n'est pas utile étant donné la faiblesse de son bénéfice et parce que le traitement qui s'en suit n'est pas accepté par tous les patients⁷. Ce fait est corroboré par le nombre significativement important de sorties d'étude dans le groupe intervention mais aussi par le refus de participation à une intervention de courte durée basée sur la résolution de problème.

L'implémentation de cette intervention complexe dans la pratique quotidienne pose question. Sa première étape peut être décrite comme l'insistance persistante par les soignants individuels sur un développement et un maintien des contacts sociaux pour les personnes âgées. Cette étude n'évalue pas le coût-bénéfice d'apprentissages individuels basés sur les thérapies comportementales cognitives. Des apprentissages réalisés en groupe avec des soignants spécialement formés à cet effet seraient probablement plus accessibles dans la pratique étant donné les moyens limités.

● Conclusion de Minerva

Cette étude conclut que l'offre d'un modèle d'intervention d'intensité progressive est efficace en prévention d'un passage à une dépression majeure chez des personnes âgées présentant des troubles dépressifs sans atteindre les critères diagnostiques de dépression majeure. Elle ne permet pas de déterminer si certaines étapes de cette intervention complexe sont plus efficaces que les autres, ni si les effets favorables se maintiennent à long terme, ni si cette intervention est coût-efficace.

