

Efficacité des consultations vidéo chez les adultes atteints de dépression ou d'anxiété

Référence

Haun MW, Tönnies J, Hartmann M, et al. Model of integrated mental health video consultations for people with depression or anxiety in primary care (PROVIDE-C): assessor masked, multicentre, randomised controlled trial. *BMJ* 2024;e079921. DOI: 10.1136/bmj-2024-079921

Analyse de

Eveline Raemdonck, klinisch psychologue
Absence de conflits d'intérêt avec le sujet.

Question clinique

Quelle est l'efficacité des consultations vidéo par comparaison avec la prise en charge standard sur les critères de jugement psychosociaux chez les adultes atteints de dépression ou d'anxiété en soins primaires ?

Contexte

Pour les personnes souffrant de dépression ou de troubles anxieux, l'accès à des soins psychologiques spécialisés est souvent limité en raison de la stigmatisation des personnes qui recourent à la psychothérapie parce que c'est (encore) un sujet tabou. De longues listes d'attente, les obstacles financiers et des difficultés liées à un manque d'accessibilité géographique représentent d'autres limites à l'accessibilité aux soins (1,2). L'intégration des soins psychologiques (spécialisés) dans le paysage des soins primaires a donc été fortement encouragée ces dernières années (3). Ainsi, certains médecins généralistes collaborent avec un psychologue (ou d'autres disciplines) dans une même maison médicale (4). Outre la présence physique de spécialistes dans les cabinets de soins primaires, les consultations en ligne sont également privilégiées pour promouvoir les soins intégrés (5). Cependant, peu de données d'études sont disponibles concernant les soins spécialisés intégrés en ligne. En outre, les recherches disponibles se limitent à des contextes très régulés, et il est donc difficile de les généraliser à la pratique clinique (6,7). L'étude dont il est question ici s'appuie sur une étude pilote réussie dans laquelle les chercheurs ont examiné l'efficacité des consultations vidéo dans le cadre des soins primaires pour les adultes souffrant de dépression et d'anxiété (8,9).

Résumé

Population étudiée

- recrutement réalisé sur base des recommandations par 29 médecins généralistes en Allemagne (Baden-Wuerttemberg et Rhénanie-Palatinat)
- critères d'inclusion :
 - adultes (18 ans ou plus) présentant au moins un des troubles psychiques suivants : 1) dépression de sévérité au moins modérée, définie comme un score ≥ 10 (avec certainement présence de l'item anhédonie ou de l'item sentiment dépressif) au **PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9)** ; 2) anxiété généralisée de sévérité au moins modérée, définie comme un score ≥ 10 sur l'échelle **GAD-7 (Generalised Anxiety Disorder Scale, GAD-7)** ; ou 3) un score combinant anxiété et dépression ≥ 12 sur l'échelle **PHQ-ADS (Patient Health Questionnaire Anxiety and Depression Scale)**
 - pas ou insuffisamment traité par psychothérapie, médicaments psychotropes ou les deux
 - consentement éclairé par écrit
- critères d'exclusion : présence de 1) consommation abusive de substances ou dépendance, 2) comportement suicidaire aigu ou comportement représentant un danger pour autrui, 3) nécessité d'un traitement médical en urgence (par exemple une hospitalisation), 4) symptômes psychotiques aigus, 5) troubles cognitifs sévères ou démence, 6) importante limitation auditive ou visuelle, 7) grossesse au deuxième ou troisième trimestre, 8) maîtrise insuffisante de l'Allemand ou 9) expérience antérieure des consultations vidéo pendant la participation à l'étude pilote
- finalement, inclusion de 376 participants âgés en moyenne de 45 ans (écart-type : 14 ans), dont 238 (63%) de femmes, 220 (59%) présentant au moins une affection physique chronique, 183

(49%) n'ayant jamais suivi de traitement psychiatrique ou psychothérapeutique, 153 (41%) présentant un symptôme de sévérité modérée et 139 (37%) un symptôme très sévère.

Protocole de l'étude

Étude randomisée, contrôlée, multicentrique, avec groupes en parallèle :

- groupe intervention (n = 187) : pendant huit semaines, les participants ont eu cinq consultations vidéo de 50 minutes avec un spécialiste en santé mentale dans le cabinet de soins primaires (ou à domicile en cas de risque accru de complications de covid-19) ; les autres composantes essentielles de l'intervention étaient les suivantes : clarification du diagnostic et formulation du cas avec progressivité de la prise en charge (*stepped care*) s'appuyant sur une surveillance intermédiaire des symptômes ; psychothérapie brève axée sur la relation thérapeutique et la régulation des émotions ; une fois toutes les deux semaines, supervision encadrée par un consultant spécialisé en psychiatrie et psychosomatique
- groupe témoin (n = 189) : prise en charge habituelle par le médecin généraliste
- stratification en fonction du cabinet de soins primaires et en fonction de la gravité des symptômes.

Mesure des résultats

- principaux critères de jugement : à 6 mois, variation absolue de la gravité des symptômes dépressifs et anxieux mesurés au moyen de l'échelle PHQ-ADS
- critères de jugement secondaires :
 - à 12 mois, variation absolue de la gravité des symptômes dépressifs et anxieux mesurés au moyen de l'échelle **PHQ-ADS**
 - à 6 mois et à 12 mois, variation absolue de la gravité des symptômes dépressifs mesurés au moyen de l'échelle **PHQ-9**
 - à 6 mois et à 12 mois, variation absolue de la gravité des symptômes anxieux mesurés au moyen de l'échelle **GAD-7**
 - stress psychologique lié aux symptômes somatiques mesurés au moyen des critères de troubles à symptomatologie somatique (**Somatic Symptom Disorder B, SSD-12**)
 - rétablissement, mesuré au moyen de cinq sous-échelles de l'échelle d'évaluation du rétablissement (**Recovery Assessment Scale**) (confiance en soi et espoir, orientation vers les objectifs et la réussite, volonté de demander de l'aide, dépendance à l'égard des autres, domination par les symptômes)
 - qualité de vie, mesurée à l'aide du questionnaire court d'étude de la santé à 36 questions (**Short-Form Health Survey, SF-36**)
 - soins centrés sur le patient et la qualité, mesurés à l'aide de la version abrégée de l'évaluation des soins lors de maladies chroniques (**Patient Assessment of Chronic Illness Care**)
 - événements indésirables
- les questionnaires ont été remplis par des chercheurs en aveugle lors d'entrevues téléphoniques assistés par ordinateur avec les participants
- analyse en intention de traiter.

Résultats

- résultats des principaux critères de jugement : la gravité des symptômes dépressifs et anxieux était :
 - diminuée, et ce de manière statistiquement significative, avec les consultations vidéo, par rapport au contrôle, après six mois : différence moyenne de -2,4 points avec IC à 95% de -4,5 à -0,4 ; p = 0,02 ; ampleur de l'effet (d de Cohen) de 0,21 (avec IC à 95% de 0,03 à 0,39)
 - diminuée, et ce de manière statistiquement significative, avec les consultations vidéo, par rapport au contrôle, après douze mois : différence moyenne de -2,9 points avec IC à 95% de -5,0 à -0,7 ; p = 0,007 ; ampleur de l'effet (d de Cohen) de 0,30 (avec IC à 95% de 0,08 à 0,52)
- résultats des critères de jugement secondaires :
 - à 6 mois, amélioration statistiquement significative avec les consultations vidéo, par rapport au contrôle, de la gravité des symptômes dépressifs, du stress psychologique lié

- aux symptômes somatiques, de la qualité de vie (composante mentale) et des soins centrés sur le patient et la qualité
 - à 12 mois, amélioration statistiquement significative avec les consultations vidéo, par rapport au contrôle, de la gravité des symptômes dépressifs, de la gravité des symptômes anxieux et du stress psychologique lié aux symptômes somatiques
 - aucune différence statistiquement significative entre le groupe intervention et le groupe témoin en termes de rétablissement et de qualité de vie (composante physique)
- dans les deux bras de l'étude, aucun effet indésirable grave n'a été signalé ; les effets indésirables spécifiques dans le groupe intervention étaient les suivants : 28% des patients ont signalé au moins un effet indésirable lié à l'intervention, 9% ont connu davantage de moments d'abattement après la fin de l'intervention ; 8% étaient anxieux à l'idée que des collègues ou des amis soient au courant de leur participation à l'intervention ; il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les femmes et les hommes en ce qui concerne le signalement des effets indésirables.

Conclusion des auteurs

Les auteurs concluent qu'avec un traitement d'intensité relativement faible, le modèle PROVIDE a conduit à des réductions limitées des symptômes dépressifs et anxieux à court terme et à long terme. Les symptômes dépressifs et anxieux étant fréquents, un effet minime peut avoir un impact cumulatif sur la santé publique de cette population.

Financement de l'étude

Financement par le Ministère fédéral allemand de l'Éducation et de la Recherche (*Bundesministerium für Bildung und Forschung*, BMBF).

Conflits d'intérêt des auteurs

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêt dans le cas de cette étude.

Discussion

Évaluation de la méthodologie

La méthodologie de cette étude randomisée contrôlée multicentrique a été décrite dans un protocole qui a été publié au préalable, et, pour le rapport de l'étude à proprement parler, les auteurs ont respecté les standards fusionnés dans la rédaction d'essais thérapeutiques (*Consolidated Standards of Reporting Trials*, CONSORT). Sur la base de critères d'inclusion et d'exclusion clairement définis mais larges, 376 participants ont finalement été randomisés. La taille d'échantillon préspecifiée a été atteinte, à savoir 160 participants par groupe d'étude pour obtenir, avec une puissance de 80%, une différence minimale cliniquement pertinente de 3 points sur l'échelle PHQ-ADS. Il a également été tenu compte d'un taux d'abandons de l'étude de 20% et d'une corrélation de 0,35 point entre la mesure de référence et sa variation. L'inclusion de cette corrélation dans le calcul de la taille de l'échantillon a permis de corriger une éventuelle corrélation entre la gravité des symptômes au départ et l'effet de l'intervention (où les personnes présentant moins de symptômes auraient moins de possibilités d'amélioration). Lors de la randomisation, les chercheurs ont utilisé une stratification en fonction du cabinet de soins primaires et en fonction de la gravité des symptômes sur l'échelle PHQ-ADS (score de 10 à 19 (légers), de 20 à 29 (modérés) et de 30 à 48 (graves)). Les médecins généralistes participants, les patients inclus dans l'étude et les conseillers psychologiques ne pouvaient pas être en aveugle. La répartition des patients était à l'insu des intervieweurs et des analystes des données. Néanmoins, on ne peut pas complètement exclure un biais de détection, car il s'agit de mesures des résultats rapportés par les patients. La levée involontaire de l'insu pour les évaluateurs de l'effet au cours de 20% des entretiens peut également avoir conduit à une surestimation de l'impact.

Le choix du questionnaire PHQ-ADS comme principal critère de jugement peut se comprendre en raison de la forte comorbidité de l'anxiété et de la dépression. Ce questionnaire a une bonne fiabilité et une bonne validité. Toutefois, si les patients présentent seulement des symptômes dépressifs ou seulement des symptômes anxieux, l'effet de l'intervention peut être sous-estimé car les changements dans les symptômes spécifiques peuvent être dilués dans le score total. Pour réduire le risque de biais d'attrition, les données ont été analysées en intention de traiter avec imputation des données manquantes.

Évaluation des résultats

Dans cette étude, les consultations vidéo en ligne, par comparaison avec un groupe témoin, ont permis de réduire la gravité des symptômes dépressifs et anxieux ainsi que le stress psychologique lié aux symptômes somatiques. Cependant, l'effet était de faible ampleur, et la diminution du score absolu à l'échelle PHQ-ADS était moins importante que la différence minimale cliniquement pertinente prédéterminée. Les chercheurs ont également constaté peu de différences cliniquement pertinentes entre le groupe intervention et le groupe témoin pour les critères de jugement secondaires. La faible ampleur de l'effet est peut-être la conséquence de la conception pragmatique de l'étude ; elle cadre avec d'autres études en première ligne de soins (10,11). On ne peut exclure l'influence d'autres modalités de traitement sur les critères de jugement. Par exemple, dans le groupe intervention, 43% des participants ont reçu des soins de santé mentale spécialisés supplémentaires en plus de l'intervention, et 34% ont reçu des médicaments psychotropes. Cependant, à 6 mois, il n'y avait pas de différence statistiquement significative et, à 12 mois, seulement une différence minime quant à la variation du score à l'échelle PHQ-ADS entre les personnes qui ont reçu des soins supplémentaires et celles qui n'en ont pas reçu. En comparaison, dans le groupe témoin, 47% ont reçu des soins spécialisés, et 27% ont reçu des médicaments psychotropes. En outre, les chercheurs ont identifié 9 participants du groupe témoin qui ont utilisé une forme ou une autre de consultation vidéo en ligne au cours de l'étude, ce qui peut avoir entraîné un biais de contamination et donc une dilution de l'effet. En recrutant des médecins généralistes, il a été possible d'éviter les biais d'autosélection des participants. Cependant, sur les 3471 médecins généralistes contactés, seulement 53 ont accepté l'invitation à recruter des patients*. Pour une étude pragmatique, il fallait probablement s'y attendre, mais un éventuel biais de sélection ne peut être exclu. Cependant, la participation ou la non-participation des patients à l'étude n'était associée de manière statistiquement significative qu'à leur statut marital ($p = 0,02$) : les célibataires étaient moins susceptibles de participer à l'étude que les personnes en couple. Les chercheurs expliquent que le soutien social et la stigmatisation sont des facteurs importants dans la recherche et l'acceptation d'aide. Il est possible que le biais de sélection au niveau des médecins généralistes ait eu un effet sur les résultats. Les médecins généralistes sélectionnés étaient peut-être plus motivés et fournissaient déjà des conseils psychologiques bénéfiques à leurs patients, et ainsi, aucun effet supplémentaire des consultations vidéo n'a pu être démontré. Des recherches supplémentaires sur les obstacles rencontrés par les médecins généralistes pour impliquer les patients dans cette intervention pourraient s'avérer utiles avant de mettre en œuvre cette intervention à l'avenir. Des recherches supplémentaires sont également nécessaires pour déterminer si les résultats peuvent être extrapolés à un groupe de personnes ayant moins de compétences sur le plan technologique.

Que disent les guides de pratique clinique ?

Le guide de pratique clinique belge de Domus Medica sur la dépression chez l'adulte, notamment chez la personne âgée, en première ligne de soins propose une approche par étapes en fonction de la gravité des symptômes. En cas de dépression légère (à modérée), des interventions psychologiques de faible intensité sont recommandées, que leur mise en œuvre et leur suivi soient effectués par le médecin généraliste ou par un autre prestataire de soins. En cas de symptômes dépressifs graves, le patient doit se voir proposer une intervention psychologique plus intensive, de préférence une thérapie cognitivo-comportementale, en plus d'un traitement médicamenteux. Il est conseillé aux médecins généralistes de collaborer autant que possible avec les prestataires de soins de première ligne (y compris les psychologues), en concertation avec le patient. Le guide de pratique clinique recommande également une utilisation adaptée de conseils en ligne (12). En ce qui concerne l'anxiété, les guides de pratique en matière de santé mentale recommandent d'introduire des interventions de première étape (y compris des conseils structurants de soutien en ligne) pour les symptômes anxieux légers (à modérés). En cas de symptômes anxieux modérés et sévères, le guide exprime une légère préférence pour le traitement psychologique par rapport aux médicaments (13). Les deux guides de pratique clinique recommandent des interventions de santé en ligne, mais ils ne font pas spécifiquement référence à des consultations vidéo avec un prestataire de soins. Pour cette étude, les consultations vidéo suivaient le modèle de soins par étapes, ce qui est également recommandé par les deux guides de pratique clinique (12,13).

* Seuls 29 ont été inclus car la taille de l'échantillon a été atteinte.

Conclusion de Minerva

Cette étude clinique randomisée pragmatique, multicentrique, avec une évaluation de l'effet effectuée en aveugle, montre que les consultations vidéo en ligne peuvent être efficaces pour réduire la gravité des symptômes dépressifs et anxieux jusqu'à 12 mois après l'intervention. Toutefois, l'effet est de faible

ampleur et n'est peut-être pas cliniquement pertinent. Cette étude présente également un risque important de biais de sélection et de biais de détection. Néanmoins, grâce aux larges critères d'inclusion et d'exclusion et à la conception pragmatique, on peut déjà extrapoler les résultats de cette étude à la pratique clinique.

Références

1. Alonso J, Liu Z, Evans-Lacko S, et al. Treatment gap for anxiety disorders is global: results of the World Mental Health Surveys in 21 countries. *Depress Anxiety* 2018;35:195-208. DOI: 10.1002/da.22711
2. Thornicroft G, Chatterji S, Evans-Lacko S, et al. Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. *Br J Psychiatry* 2017;210:119-24. DOI: 10.1192/bjp.bp.116.188078
3. Crowley RA, Kirschner N, Health and Public Policy Committee of the American College of Physicians. The integration of care for mental health, substance abuse, and other behavioral health conditions into primary care: executive summary of an American College of Physicians position paper. *Ann Intern Med* 2015;163:298-9. DOI: 10.7326/M15-0510
4. Bower P, Gilbody S. Managing common mental health disorders in primary care: Conceptual models and evidence base. *BMJ* 2005;330:839-42. DOI: 10.1136/bmj.330.7495.839
5. Hilty DM, Rabinowitz T, McCarron RM, et al. An update on telepsychiatry and how it can leverage collaborative, stepped, and integrated services to primary care. *Psychosomatics* 2018;59:227-50. DOI: 10.1016/j.psych.2017.12.005
6. Fortney JC, Pyne JM, Edlund MJ, et al. A randomized trial of telemedicine-based collaborative care for depression. *J Gen Intern Med* 2007;22:1086-93. DOI: 10.1007/s11606-007-0201-9
7. Fortney JC, Pyne JM, Kimbrell TA, et al. Telemedicine-based collaborative care for posttraumatic stress disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2015;72:58-67. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2014.1575
8. Tönnies J, Hartmann M, Wensing M, et al. Mental health specialist video consultations versus treatment-as-usual for patients with depression or anxiety disorders in primary care: randomized controlled feasibility trial. *JMIR Ment Health* 2021;8:e22569. DOI: 10.2196/22569
9. Haun MW, Tönnies J, Hartmann M, et al. Model of integrated mental health video consultations for people with depression or anxiety in primary care (PROVIDE-C): assessor masked, multicentre, randomised controlled trial. *BMJ* 2024;e079921. DOI: 10.1136/bmj-2024-079921
10. Funder DC, Ozer DJ. Evaluating effect size in psychological research: sense and nonsense. *Adv Methods Pract Psychol Sci* 2019;2:156-68. DOI: 10.1177/2515245919847202
11. Cuijpers P, van Straten A, van Schaik A, Andersson G. Psychological treatment of depression in primary care: a meta-analysis. *Br J Gen Pract* 2009;59:e51-60. DOI: 10.3399/bjgp09X395139
12. Declercq T, Habraken H, Van den Amele J, et al. La dépression chez l'adulte. Ebpracticenet, 2017. (Guide de pratique uniquement en Néerlandais.) Résumé en Français, disponible à <https://ebpnet.be/nl/ebsources/1219?searchTerm=depressie>
13. Zorgstandaard: Angstklachten en angststoornissen. GGZ Standaard, 2017. disponible à <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/angstklachten-en-angststoornissen>