

**Traitement par exposition prolongée via vidéoconférence pendant la
pandémie COVID-19 : Un aperçu de la recherche et des considérations
particulières pour les prestataires**

**Traduction et résumé de l'article de Wells et al. (2020) par Déborah
Dawant, Olivier Desmedt, & les Consultations Psychologiques Spécialisées
(émotions) à Louvain-la-Neuve, Belgique**

Depuis plusieurs décennies, les données probantes pour l'efficacité de la thérapie par exposition prolongée dans le traitement du syndrome de stress posttraumatique (ESPT) sont grandissantes pour une large variété de traumatismes. Basée sur la théorie du traitement émotionnel (EPT ; Foa & Kozak, 1986 ; Rauch & Foa, 2006), cette thérapie consiste en une intervention de courte durée, basée sur l'exposition imagée et in vivo, délivrée pendant huit à 15 sessions durant 90 minutes (Foa et al., 2019). L'objectif est (1) l'activation des structures émotionnelles négatives liées au trauma et (2) l'apport d'informations démontrant l'absence des conséquences craintes par l'utilisation systématique d'expositions imagées et in vivo, facilitant ainsi l'extinction des réponses de peur conditionnées.

L'arrivée de la pandémie de COVID-19 est à l'origine de multiples facteurs de stress (e.g., maladie, perte d'emploi, perte d'un proche, violences domestiques) pouvant causer ou accentuer des symptômes d'ESPT. Pour cette raison, l'accès aux traitements de l'ESPT supportés par les données probantes est plus critique que jamais. Cependant, les mesures sanitaires dédiées à limiter la propagation du virus réduisent l'accès aux soins de santé mentale en présentiel (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2020). De nombreux psychothérapeutes se sont alors adaptés à ces contraintes et ont développé une pratique clinique par vidéo-conférence, permettant de rencontrer les patients en temps réel à travers une plateforme vidéo telle que Whereby, Zoom, ou, Skype. Bien que cette adaptation ait permis l'augmentation de l'accès aux soins de santé mentale, plusieurs obstacles se posent tels que le respect

de la vie privée et l'identification d'exercices d'exposition in vivo qui sont efficaces et respectent les mesures sanitaires.

Dans cet article, l'objectif de Wells et collègues (2020) était d'assister les psychothérapeutes dans la prestation de la thérapie par exposition prolongée en vidéoconférence.

Une brève revue de l'efficacité de la thérapie par exposition prolongée via la vidéoconférence

Ces dernières années, les données probantes concernant l'efficacité de cette thérapie ont considérablement augmenté. Les résultats de différentes études (Tuerk et al., 2010 ; Gros, Yoder, et al., 2011 ; Yuen et al., 2015 ; Acierno et al., 2017) montrent que son efficacité dans le traitement de l'ESPT n'est pas significativement inférieure à celle obtenue en présentiel. En outre, les gains obtenus étaient toujours présents six mois après le traitement. D'autres études (Gros, Allan, et al., 2018 ; Morland et al., 2019) tirent les mêmes conclusions au niveau de l'efficacité, mais précisent que le taux de drop-out aurait tendance à être plus élevé en distanciel par rapport au présentiel. Malgré un taux de drop-out plus important, il a cependant été montré qu'en moyenne, parmi les patients qui abandonnaient la thérapie, ceux qui la suivaient en distanciel (vs en présentiel) avaient réalisé plus de séances (Hernandez-Tejada et al., 2014).

Par ailleurs, une crainte récurrente est l'impact négatif de la vidéoconférence sur la relation thérapeutique. Or, les études tendent à montrer que l'alliance thérapeutique reste forte et stable, et que la satisfaction du patient est comparable à une thérapie en présentiel (Gros, Lancaster, et al., 2018 ; Hernandez-Tejada et al., 2014).¹

Pratiques de sécurité lors de l'implémentation de la thérapie en vidéoconférence

Il est important de s'assurer de la sécurité du patient puisque le thérapeute n'a pas la possibilité d'intervenir en personne en cas d'urgence, d'où l'importance d'établir une procédure de sécurité. Cette procédure comprend les éléments suivants : (1) connaître la localisation du patient ; (2) s'assurer qu'il se trouve dans un environnement sûr ; (3) identifier des moyens de communication alternatifs - tel que

¹ Les auteurs de l'article parlent également d'une application mobile permettant de soutenir la thérapie en distanciel. Nous ne mentionnerons pas cette application ici étant donné qu'elle n'existe qu'en anglais.

le téléphone – en cas d’urgence ou de difficulté technique ; (4) avoir à disposition le contact d’une personne de soutien dans l’entourage de la personne en cas d’urgence ; (5) éviter que tout objet létal soit à proximité de la personne. Le thérapeute devra avoir obtenu l’accord du patient, avant le début de la thérapie, pour le partage d’informations à sa personne de contact en cas d’urgence.

En ce qui concerne les risques suicidaires, Gros, Veronee et al. (2011) proposent des recommandations concrètes pour le suivi des personnes présentant un risque suicidaire faible, modéré ou élevé. Selon eux, la thérapie en vidéoconférence facilite l’engagement immédiat des proches du patient dans la gestion de la crise en temps réel. En outre, le thérapeute peut mettre en place un plan de sécurité. Concrètement, si le patient se trouve dans un danger imminent pour soi-même ou autrui, le thérapeute contactera les services d’urgence en transmettant l’adresse du patient. Le thérapeute devra alors documenter les détails de l’incident et ses efforts mis en place dans la gestion de risque et le contact des personnes de contact en cas d’urgence.

Un dernier aspect de sécurité concerne les difficultés physiques ou de mobilité du patient. Il sera important que le thérapeute évalue les antécédents de santé du patient (tels que le besoin d’avoir une chaise roulante ou une prothèse et des difficultés de vision empêchant la bonne utilisation de la vidéoconférence), car certaines difficultés pourraient empêcher la faisabilité des exercices d’exposition.

Mise en place du cadre de la thérapie

Il est important de proposer un consentement éclairé qui permettra de s’assurer de la présence d’un cadre privé, sécurisé et sans distractions (y compris la possibilité d’adhérer au protocole cité ci-dessus). Ce cadre permettra de créer un environnement virtuel comparable à la thérapie en présentiel.

Importance du respect de la vie privée

Cet aspect peut être difficile à garantir dans cette période de vie où plusieurs personnes partagent parfois le même espace au même moment. Il est pourtant important d’encourager les patients à maintenir un espace privé pour le temps de la téléconsultation. Il peut être utile d’utiliser des techniques de résolution de problème avec le patient pour l’aider à résoudre cette difficulté. Si cela est possible, ces discussions quant à la protection de la vie privée devraient avoir lieu dès le début de la thérapie.

Questions logistiques et techniques

Lorsque l'utilisation de la technologie échoue, que ce soit pour des raisons techniques ou des difficultés rencontrées par la personne, l'alternative se situe dans les conversations téléphoniques qui malgré leurs limites montrent une efficacité préliminaire acceptable (Cuijpers et al., 2019).

Utilisation du soutien social de l'individu

Les patients sont souvent ouverts à l'idée que leurs proches se joignent à la thérapie et ils bénéficieraient davantage de celle-ci lorsque leur famille et amis sont inclus dans les soins de l'ESPT (Batten et al., 2009 ; Hundt et al., 2015). Par exemple, les personnes étant encouragées par des proches à s'exposer à leur détresse plutôt que de l'éviter, avaient deux fois plus de chance de réaliser l'entièreté de la thérapie (Meis et al., 2019). Par conséquent, si le patient est d'accord, il peut être intéressant d'organiser des séances de psychoéducation avec des proches pour qu'ils deviennent un soutien lors des expositions. Lors de l'inclusion d'autres personnes dans la thérapie, il est essentiel de s'assurer que celles-ci facilitent le processus thérapeutique et d'être attentif aux risques d'interférences.

Considérations cliniques liées à la période de pandémie

Considérations liées à l'exposition par imagerie mentale

Dans un contexte d'exposition par imagerie en vidéoconférence, il faudra être attentif aux risques de sous- et sur-engagement, au vu de la perte d'informations non-verbales venant du patient. Ces difficultés sont encore plus importantes dans le cas de consultations téléphoniques. Dans les cas de sous-engagement au souvenir du trauma et aux émotions associées, il peut être utile de demander à la personne de communiquer ce qu'elle ressent pendant l'exposition pour l'aider à susciter des émotions, une excitation physiologique et une mémoire plus détaillée afin de permettre l'activation du réseau de la peur et l'apprentissage correctif. Il peut également être utile de laisser de plus longs moments de silences pour aider la personne à prendre le temps de traiter l'information émotionnelle. En cas de sur-engagement au souvenir du trauma et aux émotions associées, les auteurs invitent à se référer aux guidelines du manuel de thérapie par exposition prolongée (Foa et al. 2019).

En thérapie d'exposition prolongée, il est important d'éliminer les comportements de sécurité, ce qui peut s'avérer plus compliqué en téléconsultation, car il peut y avoir davantage de signaux de sécurité

(e.g., un animal de compagnie) et de distraction. Il est donc important d'en discuter de manière explicite au début de la séance afin de souligner l'importance de ne pas utiliser de comportements de sécurité et d'utiliser des stratégies de résolution de problème pour éviter ceux-ci.

L'exposition In Vivo

Aux vues des règles sanitaires actuelles, le thérapeute et le patient devront faire preuve de créativité pour les expositions in vivo, car certains lieux publics pourraient être restreints. La téléconsultation offre néanmoins une opportunité d'accès à la maison du patient. Cela pourrait permettre de générer de nouvelles idées d'expositions, qui sont – surtout en cette période de crise sanitaire – nécessaires au vu des nombreux comportements d'évitement encouragés par la situation.

Tirer partie des expositions à la maison

Plusieurs expositions utiles peuvent être réalisées à la maison, ce qui est crucial dans cette période de pandémie. Nous allons maintenant citer quelques exemples.

Les personnes qui souffrent d'anxiété par rapport aux activités sociales ou groupes de personnes, se sentent déconnecté socialement, ou ont des difficultés à faire confiance aux autres, peuvent organiser des rencontres avec d'autres personnes sur des plateformes électroniques ou via des rendez-vous téléphoniques. Il est possible d'ajuster la difficulté grâce à la fréquence des rencontres, le nombre de personnes et le type de rapports entretenus dans ces échanges. Ces échanges peuvent aussi permettre des exercices d'exposition à l'intimité émotionnelle et au dévoilement de soi.

Pour les personnes souffrant de stress post-traumatique, la tendance à avoir des inquiétudes exagérées sur la sécurité (personnelle, de sa maison, de ses proches...) peut être travaillée à la maison en supprimant les comportements d'hypervigilance et rituels de sécurité. Par exemple, les personnes peuvent diminuer la vérification des verrous de portes/fenêtres, laisser les fenêtres ouvertes durant la journée, ne plus regarder le voisinage à longueur de journée, allumer la musique/télévision pour ne plus pouvoir entendre les petits bruits, s'asseoir avec le dos contre une porte, etc. Il est également possible de travailler l'exposition in vivo par des supports numériques tels que des films, vidéos, etc. Il existe encore

bien d'autres exemples tels que : l'exposition aux petits espaces grâce à un placard ou encore l'exposition à des odeurs, textures, goûts,...

L'activation comportementale est également un aspect essentiel dans cette période de pandémie où les individus sont plus à risque de dépression et d'isolement ainsi qu'à la diminution de renforcement positif venant de l'environnement. Un grand nombre d'activités peuvent être organisées à la maison telles que : l'exercice physique, la cuisine, la pâtisserie, les projets d'art, les jeux...

Expositions In Vivo extérieures en sécurité

Il peut être tentant pour une personne souffrant de stress post-traumatique de ne pas quitter la maison pendant la pandémie. Il est pourtant possible de faire des expositions in vivo dans le respect des règles sanitaires, comme par exemple : se mettre dans une file d'attente, faire les courses sans se presser, rester dans sa voiture sur un parking très animé, parler avec un caissier tout en maintenant un contact visuel, marcher dans un parc ou autour du quartier... Il est néanmoins important de rester attentif aux mesures sanitaires, aux facteurs de risques de l'individu et à l'environnement du patient.

Expositions In Vivo spécifiques au Covid-19

Certains patients pourraient avoir développé des peurs liées au COVID-19. Dans ce cas, il sera nécessaire d'intégrer ces peurs dans les exercices d'exposition. Ces exercices peuvent concerner : la diminution des vérifications des nouvelles sur le sujet (e.g., journal télévisé), la désensibilisation au port du masque (e.g., pour les expériences traumatiques liées à des personnes à visage couvert dans une agression), le travail des TOCs liés à la contamination, le travail de l'évitement lié au manque de confiance (e.g., dans le gouvernement).

Continuer les expositions après le Covid-19

Il sera important d'encourager les individus à continuer leur thérapie d'exposition après la fin de la pandémie, par exemple, en faisant une liste des expositions qui ne sont actuellement pas possibles mais qui pourront se faire une fois la situation sanitaire rétablie. Cela sera surtout important pour les personnes qui auront évité des situations plus par anxiété que pour des raisons sanitaires. Il faudra leur rappeler que l'exposition constitue un changement d'habitude plutôt qu'une solution à court terme.

Disparité de l'accès aux téléconsultations

Malgré que les téléconsultations augmentent l'accès aux soins de santé mentale, la pandémie a eu tendance à creuser les inégalités de santé et socio-économiques. Certaines personnes n'ont pas nécessairement de matériel leur permettant d'accéder à une consultation à distance (e.g., connexion, ordinateur). Dans ce type de situation, il est possible de proposer des consultations téléphoniques bien que, comme expliqué ci-dessus, il n'existe que peu de recherches sur l'efficacité de la thérapie d'exposition via ce média. En outre, d'autres personnes peuvent avoir des difficultés à trouver un espace privé pour leur consultation. Si ces difficultés sont un problème récurrent, il peut être important de discuter de la mise en pause de la thérapie en attendant une situation plus favorable, ou d'un aménagement des horaires et de la fréquence des rendez-vous. De manière alternative, les thérapeutes peuvent proposer la version à 60 minutes de la thérapie par exposition prolongée (Nacasch et al., 2015), la thérapie par exposition prolongée pour les soins primaires (Cigrang et al., 2017), ou encore la thérapie par exposition écrite (Sloan et al., 2018), qui prennent moins de temps.

Mettre en place des expositions in vivo dans ce contexte pandémique demande le respect de mesures sanitaires. Ces mesures peuvent poser des difficultés à certains patients car ils pourraient manquer d'accès au matériel, manquer d'informations à propos de leur bonne application, ou trouver que ces mesures sont injustifiées. Cela peut placer le thérapeute dans une position inconfortable, car il doit essayer d'appliquer les mesures sanitaires tout en maintenant l'alliance thérapeutique. Il est alors important pour le thérapeute d'être conscient de ces potentielles difficultés et de mettre en place un travail de résolution de problème avec le patient afin de trouver un terrain d'entente.

Conclusions et considérations futures

La thérapie par exposition prolongée est un traitement efficace et flexible de l'ESPT, qu'il soit donné en présentiel ou en vidéo-conférence. L'utilisation des téléconsultations permet aux thérapeutes de continuer à délivrer ce traitement malgré les mesures sanitaires. Il est donc important d'encourager les thérapeutes à intégrer cette modalité de consultation. Dans le futur, il pourrait être utile de considérer les téléconsultations comme une option possible, selon les préférences du thérapeute et du patient, et ainsi d'entraîner les futurs thérapeutes à l'utilisation de ce média. Outre ces enjeux, il est probable que la pandémie ait un effet à long terme sur la santé mentale des individus, notamment sur les symptômes

d'ESPT. Il est donc essentiel d'offrir un accès à des services de santé mentale basés sur des preuves et accessibles pour tous.

Références

Acerno, R., Knapp, R., Tuerk, P., Gilmore, A. K., Lejuez, C., Ruggiero, K., Muzzy, W., Egede, L., Hernandez-Tejada, M. A. & Foa, E. B. (2017). A non-inferiority trial of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder: In person versus home-based telehealth. *Behaviour Research and Therapy*, 89, 57–65. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.11.009>

Batten, S. V., Drapalski, A. L., Decker, M. L., DeViva, J. C., Morris, L. J., Mann, M. A., & Dixon, L. B. (2009). Veteran interest in family involvement in PTSD treatment. *Psychological Services*, 6(3), 184–189. <https://doi.org/10.1037/a0015392>

Centers for Disease Control and Prevention. (2020, May 27). Implementation of mitigation strategies for communities with local COVID-19 transmission. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/communitymitigation.html>

Cigrang, J. A., Rauch, S. A., Mintz, J., Brundige, A. R., Mitchell, J. A., Najera, E., Litz, B. T., Young-McCaughan, S., Roache, J. D., Hembree, E. A., Goodie, J. L., Sonnek, S. M., & Peterson, A. L. (2017). Moving effective treatment for posttraumatic stress disorder to primary care: A randomized controlled trial with active duty military. *Families, Systems, & Health*, 35(4), 450–462. <https://doi.org/10.1037/fsh0000315>

Cuijpers, P., Noma, H., Karyotaki, E., Cipriani, A., & Furukawa, T. A. (2019). Effectiveness and acceptability of cognitive behavior therapy delivery formats in adults with depression: A network meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 76(7), 700–707. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.0268>

Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99(1), 20–35. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.99.1.20>

Foa, E. B., Rothbaum, A. O., Hembree, E. A., & Rauch, S. A. M. (2019). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences* (2nd ed.). Oxford University Press. Franklin,

C. L., Cuccurullo, L.A., Walton, J. L., Arseneau, J. R., & Petersen, N. J. (2017). Face to face but not in the same place: A pilot study of prolonged exposure therapy. *Journal of Trauma & Dissociation*, 18(1), 116–130. <https://doi.org/10.1080/15299732.2016.1205704>

Gros, D. F., Allan, N. P., Lancaster, C. L., Szafranski, D. D., & Acierno, R. (2018). Predictors of treatment discontinuation during prolonged exposure for PTSD. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 46(1), 35–49. <https://doi.org/10.1017/S135246581700039X>

Gros, D. F., Lancaster, C. L., López, C. M., & Acierno, R. (2018). Treatment satisfaction of home-based telehealth versus in-person delivery of prolonged exposure for combat-related PTSD in veterans. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 24(1), 51–55. <https://doi.org/10.1177/2F1357633X16671096>

Gros, D. F., Veronee, K., Strachan, M., Ruggiero, K. J., & Acierno, R. (2011). Managing suicidality in home-based telehealth. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 17(6), 332–335. <https://doi.org/10.1258/2Fjtt.2011.101207>

Gros, D. F., Yoder, M., Tuerk, P. W., Lozano, B. E., & Acierno, R. (2011). Exposure therapy for PTSD delivered to veterans via telehealth: Predictors of treatment completion and outcome and comparison to treatment delivered in person. *Behavior Therapy*, 42(2), 276–283. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.07.005>

Hernandez-Tejada, M. A., Zoller, J. S., Ruggiero, K. J., Kazley, A. S., & Acierno, R. (2014). Early treatment withdrawal from evidence-based psychotherapy for PTSD: Telemedicine and in-person parameters. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 48(1), 33–55. <https://doi.org/10.2190/2FPM.48.1.d>

Hundt, N. E., Robinson, A., Arney, J., Stanley, M. A., & Cully, J. A. (2015). Veterans' perspectives on benefits and drawbacks of peer support for posttraumatic stress disorder. *Military Medicine*, 180(8), 851–856. <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-14-00536>

Meis, L. A., Noorbaloochi, S., Hagel Campbell, E. M., Erbes, C. R., Polusny, M. A., Velasquez, T. L., Bangerter, A., Cutting, A., Eftekhari, A., Rosen, C. S., Tuerk, P. W., Burmeister, L. B., & Spoont, M.

R. (2019). Sticking it out in trauma-focused treatment for PTSD: It takes a village. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(3), 246–256. <https://doi.org/10.1037/ccp0000386>

Morland, L. A., Mackintosh, M. A., Glassman, L. H., Wells, S. Y., Thorp, S. R., Rauch, S. A., Cunningham, P. B., Tuerk, P. W., Grubbs, K. M., Golshan, S., Sohn, M. J., & Acierno, R. (2019). Home-based delivery of variable length prolonged exposure therapy: A comparison of clinical efficacy between service modalities. *Depression and Anxiety*, 37(4), 346–355. <https://doi.org/10.1002/da.22979>

Nacasch, N., Huppert, J. D., Su, Y. J., Kivity, Y., Dinshtein, Y., Yeh, R., & Foa, E. B. (2015). Are 60-minute prolonged exposure sessions with 20-minute imaginal exposure to traumatic memories sufficient to successfully treat PTSD? A randomized noninferiority clinical trial. *Behavior Therapy*, 46(3), 328–341. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2014.12.002>

Rauch, S., & Foa, E. (2006). Emotional processing theory (EPT) and exposure therapy for PTSD. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 36(2), 61–65. <https://doi.org/10.1007/s10879-006-9008-y>

Sloan, D. M., Marx, B. P., Lee, D. J., & Resick, P. A. (2018). A brief exposure based treatment vs. cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder: A randomized noninferiority clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 75(3), 233–239. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.4249>

Tuerk, P. W., Yoder, M., Ruggiero, K. J., Gros, D. F., & Acierno, R. (2010). A pilot study of prolonged exposure therapy for posttraumatic stress disorder delivered via telehealth technology. *Journal of Traumatic Stress*, 23(1), 116–123. <https://doi.org/10.1002/jts.20494>

Yuen, E. K., Gros, D. F., Price, M., Zeigler, S., Tuerk, P. W., Foa, E. B., & Acierno, R. (2015). Randomized controlled trial of home-based telehealth versus in-person prolonged exposure for combat-related PTSD in veterans: Preliminary results. *Journal of Clinical Psychology*, 71(6), 500–512. <https://doi.org/10.1002/jclp.22168>