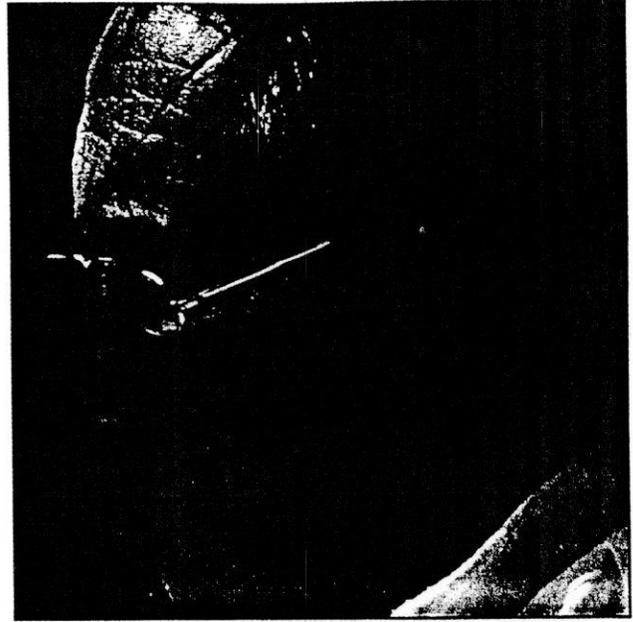


# La thérapie cognitivo-comportementale

## Deuxième partie : L'exposition et la restructuration cognitive



Monsieur R. vous consulte, car le psychologue qu'il a rencontré pour son trouble d'anxiété, le trouvant un peu déprimé, lui a conseillé de demander l'avis d'un médecin qui pourrait évaluer la pertinence d'une médication. Monsieur R. vous dit que le traitement qu'il recevra sera de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) qui mettra l'accent sur ses pensées. Comment savoir si le traitement qu'il reçoit est de la TCC? Comment pourrez-vous aider ce patient dans son traitement tout en « travaillant dans le même sens » que le thérapeute?

Par Geneviève Bouthillier, M.D., Pierre Savard, M.D., Ph.D., FRCPC, Pascale Brillon, psychologue, et Michel J. Dugas, psychologue



Le Dre Bouthillier est résidente V en psychiatrie, Université de Montréal. Elle s'intéresse particulièrement à la psychothérapie et aux différents aspects de l'enseignement en psychiatrie.



Le Dre Brillon est psychologue-chercheure, Clinique des troubles anxieux, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, et co-directrice, Laboratoire d'étude du Trauma, Université du Québec à Montréal. Ses travaux de recherche portent sur l'évaluation et le traitement du stress post-traumatique.



Le Dr Savard est chargé d'enseignement, Université de Montréal, psychiatre et directeur, Clinique des troubles anxieux, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Il s'intéresse particulièrement à la recherche clinique sur les traitements pharmacologiques, cognitivo-comportementaux et combinés des troubles anxieux.



Le Dr Dugas est professeur, département de psychologie, Université Concordia, et psychologue-chercheur, Clinique des troubles anxieux, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Il s'intéresse particulièrement au traitement de l'anxiété généralisée.

# L'exposition et la restructuration cognitive

## *En bref :*

### La thérapie cognitivo-comportementale Deuxième partie : l'exposition et la restructuration cognitive

#### *La restructuration et l'exposition graduée*

La restructuration et l'exposition graduée sont deux outils particulièrement importants de la thérapie cognitivo-comportementale. L'utilisation de ces deux outils requiert toutefois une grande rigueur et une formation spécifique. S'ils sont mal utilisés, l'état du patient peut se détériorer plutôt que de s'améliorer. Il nous apparaît cependant important que les omnipraticiens aient une bonne idée de ce que sont ces outils, afin de pouvoir évaluer le type de traitement reçu par leurs patients, de faciliter le traitement des patients « en travaillant dans le même sens » que le thérapeute et de pouvoir les adresser, le cas échéant, à des intervenants formés à mettre en pratique cette approche.

#### *La restructuration*

La restructuration cognitive amène la personne à remettre en question sa façon de penser et à confronter ses pensées dysfonctionnelles automatiques. Ce processus entraîne une diminution de l'intensité et même de la nature des émotions dysfonctionnelles, qui deviennent des émotions plus appropriées. Pour remettre en question les pensées de la personne, nous procédons par « questionnement socratique », afin d'amener progressivement celle-ci à voir la situation autrement. Trois questions sont posées :

1. Est-ce bien vrai? Quels sont les faits pour et contre cette pensée? Le danger que vous percevez est-il bien réel? Qu'est-ce qui vous dit que cette situation se présentera? Est-ce que cette situation s'est déjà passée autrement? Est-ce que vous vous basez sur des faits pour conclure ainsi? Quels sont-ils?
2. Comment voir les événements autrement? Y a-t-il une autre façon de les voir ou d'expliquer ce qui arrive en ce moment? Comment pourriez-vous voir les événements de façon plus réaliste?
3. Et si c'était vrai, quelles seraient les conséquences réelles? Est-ce que ce serait si grave? Si la situation se présente, avez-vous des moyens de l'affronter?

#### *L'exposition graduée*

L'exposition graduée est une technique permettant de mettre un frein à l'évitement et de briser le cercle vicieux de l'évitement (évitement → soulagement → plus d'évitement → augmentation du trouble anxieux → diminution du fonctionnement). En effet, il s'agit d'amener la personne à s'exposer graduellement (par étapes) ce qui entraîne une désensibilisation par le processus d'habituation et, à long terme, une diminution de l'anxiété et une augmentation du fonctionnement. Normalement, lorsqu'une personne est exposée à un stimulus anxiogène, l'anxiété augmente graduellement jusqu'à l'atteinte d'un plateau, puis diminue au bout de 30 à 60 minutes environ.

Comme nous l'avons vu dans la première partie de cet article, la psychoéducation, le registre des activités quotidiennes et la résolution de problèmes sont trois outils pratiques et efficaces pouvant être utilisés facilement par l'omnipraticien afin de faciliter le suivi de patients présentant certaines problématiques et de les aider concrètement.

La psychoéducation vise d'abord à informer le patient de sa problématique, ce qui a souvent comme effet de le rassurer. Elle vise également à présenter les avantages et les inconvénients des différentes options thérapeutiques et à faire participer activement le patient dans le choix de son traitement. Cette approche favorise la

# L'exposition et la restructuration cognitive

motivation, l'alliance thérapeutique et l'observance au traitement.

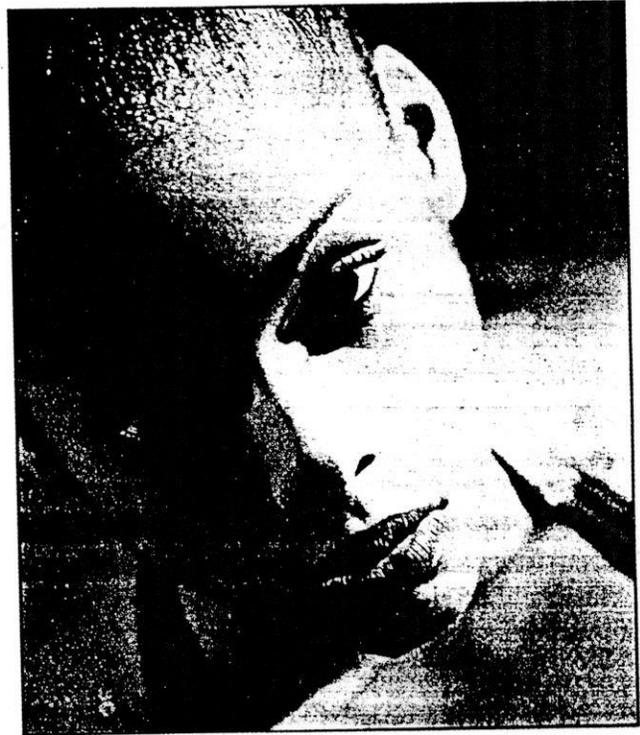
Le registre des activités quotidiennes permet de mobiliser le patient et de le sortir du cercle vicieux de la démotivation (manque d'intérêts → inactivité → mauvaise image de soi → détérioration de l'humeur → moins d'intérêts et de motivation, etc.). Il peut également être utilisé pour diminuer certains comportements problématiques, comme la consommation de substances et l'isolement.

Finalement, la résolution de problèmes est un des outils les plus utiles en clinique externe. Elle permet au patient d'aborder ses problèmes en ayant une attitude plus systématique. Cet outil permet au patient d'être le principal acteur dans la recherche de solutions à ses difficultés.

La restructuration cognitive et l'exposition sont deux outils complexes de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) qui nécessitent des compétences professionnelles et une formation poussée pour une maîtrise adéquate. Ils constituent cependant des principes essentiels de cette thérapie de plus en plus répandue. L'objectif de cette deuxième partie vise à informer l'omnipraticien de ce que sont ces deux outils, afin qu'il soit en mesure de mieux évaluer la thérapie que reçoit son patient, de « parler le même langage » que le psychologue et/ou de pouvoir l'orienter vers des spécialistes en mesure de l'aider.

## La restructuration cognitive

Un des principes fondamentaux de la psychothérapie cognitive est que les émotions sont causées surtout par notre perception des événements plutôt que par les événements eux-mêmes. Ce principe comprend la notion essentielle que la pensée précède l'émotion. Par conséquent, selon sa façon de percevoir un événement, une personne pourra se



**L'anxiété est inconfortable,  
mais elle n'est pas  
dangereuse. Lorsqu'on reste  
dans une situation  
modérément anxiogène,  
l'anxiété atteint  
un plateau, puis diminue  
graduellement au bout de  
30 à 60 minutes.**

sentir triste, heureuse, agressive ou anxieuse. Ce principe va à l'encontre du réflexe qu'ont plusieurs personnes de dire que tel événement leur a fait ressentir telle émotion. En effet, nous disons : « Il m'est arrivé ceci et je me suis senti triste », ou encore : « Cette réception me rend très anxieux ».

# L'exposition et la restructuration cognitive

Tableau 1

## Les étapes de la restructuration cognitive

1. L'identification des pensées automatiques

Prendre conscience du lien qui existe entre les pensées et les émotions :  
situation → pensées → émotions

2. La réévaluation cognitive par le « questionnement socratique »

Confronter les pensées automatiques à la réalité : réévaluer les pensées sur la base de l'expérience passée et de l'information acquise

3. Le remplacement des pensées irréalistes par des pensées réalistes et constructives

Or, si les événements « créaient » les émotions comme nous sous-entendons ici, tous ressentiraient la même émotion lors d'un même événement. Prenons l'exemple du décès soudain du patron d'une entreprise. Son épouse est triste, car elle se dit : « Mon Dieu! J'ai perdu l'homme que j'aimais, je serai seule toute ma vie! ». Sa secrétaire est également peinée, mais elle est surtout anxieuse à l'idée de savoir qui le remplacera : « Voudra-t-il de moi? Aurai-je un patron moins humain? ». Quant à l'adjoint, il espère déjà obtenir le poste de patron de l'entreprise. Si un même événement crée autant d'émotions différentes, c'est parce que les émotions sont surtout causées par la perception de l'individu. C'est-à-dire que la façon d'évaluer l'événement se reflète dans les pensées de ce dernier. La séquence est donc : événements → pensées → émotions.

On ne se rend pas toujours compte que nos pensées sont à l'origine de nos émotions, parce que ces pensées sont automatiques, très rapides et parfois même à la limite du conscient. En thérapie cognitive, elles sont d'ailleurs nommées

pensées automatiques. Ces pensées automatiques proviennent de schémas cognitifs (règles intérieures ou façon générale de penser) propres à chaque individu et constitués au cours de l'enfance et des différentes expériences de vie. Ces schémas constituent en quelque sorte un filtre à travers lequel chaque individu perçoit ce qui lui arrive.

Comme les pensées sont à l'origine des émotions, ce sont des pensées dites dysfonctionnelles, provenant de schémas dysfonctionnels (ou filtres déformants) qui entraîneront des émotions dysfonctionnelles. En intervenant au niveau de ses pensées, le patient sera à même de modifier l'intensité, la fréquence ou même la nature des émotions dysfonctionnelles.

Le travail de restructuration cognitive comporte 3 étapes principales (tableau 1) :

1. L'identification des pensées automatiques.
2. La réévaluation cognitive par le « questionnement socratique ».
3. Le remplacement des pensées irréalistes par des pensées réalistes et constructives.

# L'exposition et la restructuration cognitive

Tableau 2

## Exemple de restructuration cognitive

A	B	C	D, E
Situation	Émotions (0 à 10)	Pensées automatiques	Remise en question des pensées automatiques (résultats 0 à 10)
Exposé oral devant la classe	<p><u>Avant</u> : anxiété 8/10</p> <p><u>Pendant</u> : anxiété 10/10</p> <p><u>Après</u> : tristesse 6/10</p>	<p><u>Avant</u> : « Mon Dieu, je ne réussirai pas, je vais rougir comme d'habitude et les gens vont penser que je ne suis pas bon. »</p> <p><u>Pendant</u> : « Ça y est, je rougis, je me mets à bafouiller, tout le monde me regarde et va remarquer mon malaise, les gens vont rire de moi, c'est épouvantable! »</p> <p><u>Après</u> : « J'ai encore manqué mon coup, je rate toujours mon coup, tout le monde a pensé que j'étais ridicule, je suis vraiment minable. »</p>	<p>Est-ce bien vrai? Quelles sont les conséquences? Comment voir la situation autrement?</p> <p><u>Avant</u> : Rien ne me prouve que je ne réussirai pas, j'ai déjà réussi des exposés avant. De plus, je ne rougis pas tout le temps. Et puis, si ça arrivait que je rougis ou que je rate mon exposé, est-ce que ce serait si grave?</p> <p>Les gens ne penseront pas que je ne suis pas bon sur la base d'une seule expérience. Et s'ils pensaient que je ne suis pas bon, ça ne voudrait pas nécessairement dire que je le suis. Ma valeur personnelle ne dépend pas seulement de ma capacité à faire un exposé oral. (<b>Anxiété ↓ 3/10</b>)</p> <p><u>Pendant</u> : Est-ce bien vrai que tout le monde me regarde? Et s'ils me regardent, me remarquent-ils nécessairement? Et s'ils me remarquent, est-ce qu'ils vont tous rire de moi? Etc. (<b>Anxiété ↓ 4/10</b>)</p>

### L'identification des pensées automatiques

Dans un premier temps, le thérapeute demande au patient de prendre 20 à 30 minutes quotidiennement, pendant 1 à 2 semaines, pour noter, dans les 3 premières colonnes (A, B et C) d'un tableau d'enregistrement (tableau 2), les pensées automatiques qu'il a eu lors de situations où il a ressenti des émotions désagréables. Les pensées automatiques se présentent comme un discours intérieur plus ou moins conscient qui peut facilement passer inaperçu si nous n'y prêtons pas une attention particulière. Cette première étape est donc primordiale afin que la personne prenne conscience du lien qui existe entre ses pensées et ses émotions. Le patient

devra donc noter les pensées automatiques (discours intérieur) (C) qu'il avait avant, pendant et après un événement ou une situation données (A) dans laquelle il a vécu une ou des émotions difficiles (B).

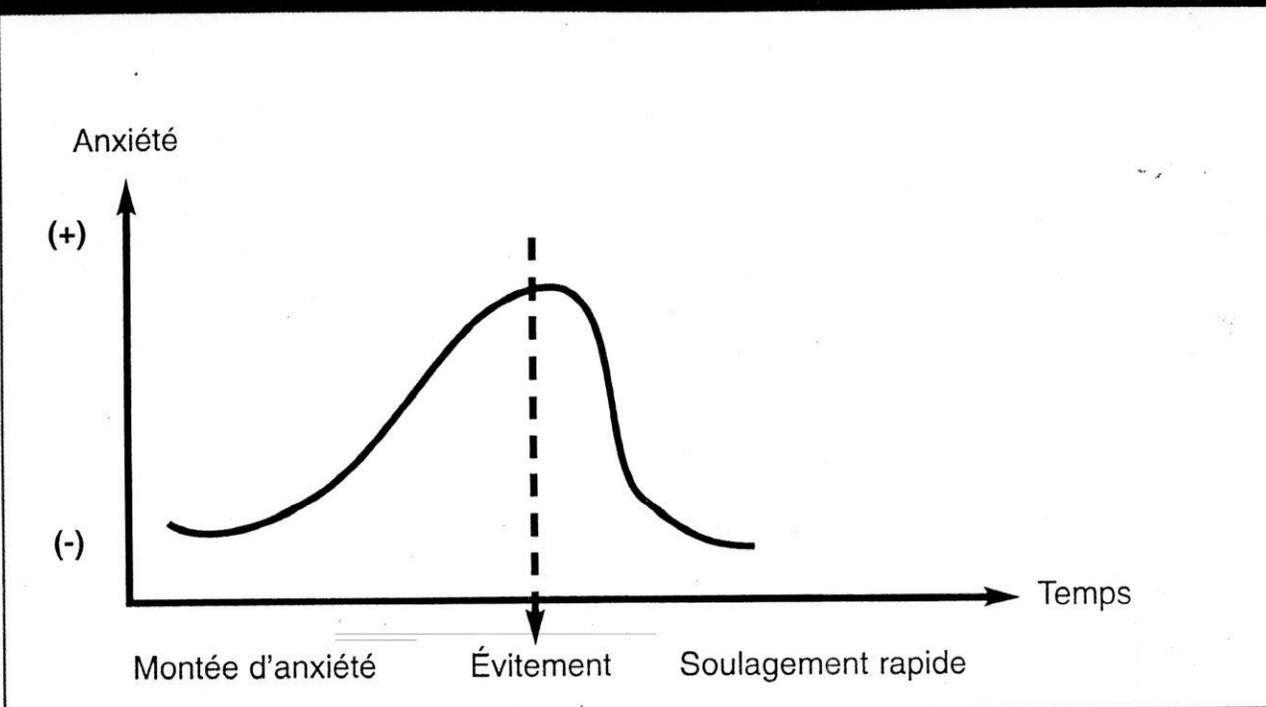
### La remise en question des pensées ou restructuration cognitive

La restructuration cognitive amène la personne à remettre en question sa façon de penser et à confronter ses pensées automatiques dysfonctionnelles. Ce processus entraîne une diminution de l'intensité et même de la nature des émotions dysfonctionnelles, qui deviennent des émotions plus appropriées.

# L'exposition et la restructuration cognitive

Tableau 3

## L'évitement et le maintien de l'anxiété



Pour remettre en question les pensées de la personne, nous procédons par « questionnement socratique », afin de l'amener progressivement à voir les choses autrement.

Trois questions sont posées afin de mettre en doute chacune des pensées automatiques dysfonctionnelles :<sup>1</sup>

1. **Est-ce bien vrai?** Quels sont les faits pour et contre cette pensée? Le danger que vous percevez est-il bien réel? Qu'est-ce qui vous dit que cette situation se présentera? Est-ce que cette situation s'est déjà passée autrement? Est-ce que vous vous basez sur des faits pour conclure ainsi? Quels sont-ils?

2. **Comment voir les événements autrement?** Y a-t-il une autre façon de les voir ou d'expliquer ce qui

arrive en ce moment? Comment pourriez-vous voir les événements de façon plus réaliste?

3. **Et si c'était vrai, quelles seraient les conséquences réelles?** Est-ce que ce serait si grave? Si la situation se présente, avez-vous des moyens de l'affronter?

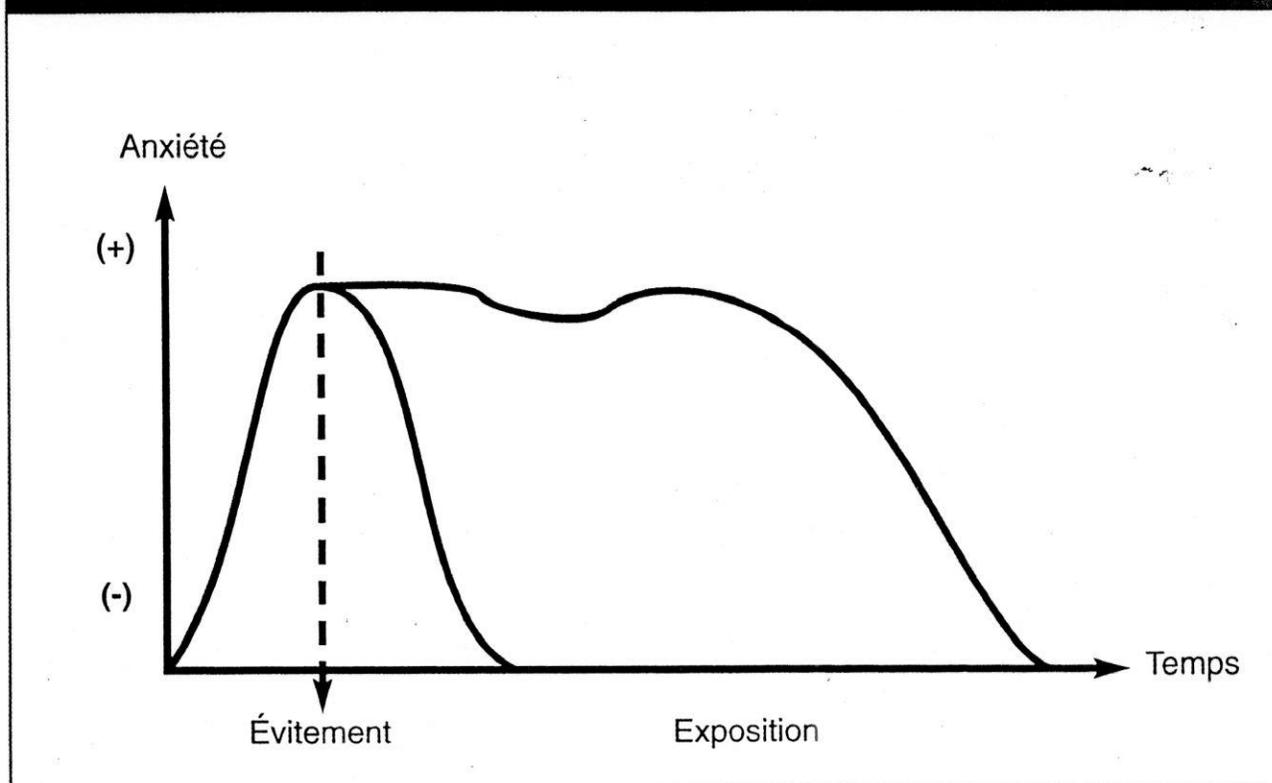
*Le remplacement des pensées irréalistes par des pensées réalistes et constructives*

Après la remise en question des pensées, la personne est amenée à formuler des pensées réalistes et constructives. Nous demandons donc à celle-ci de continuer à noter au moins 20 à 30 minutes par jour ses pensées et ses émotions dysfonctionnelles dans la grille de restructuration cognitive et de compléter la quatrième colonne (D, E) avec

# L'exposition et la restructuration cognitive

Tableau 4

## Les effets de l'exposition prolongée sur l'anxiété par rapport à l'évitement



l'exercice de restructuration cognitive et une réévaluation de l'intensité de l'émotion. Plus la personne fera cet exercice systématiquement, plus elle créera de nouveaux « réflexes de pensées » appropriés et plus elle élaborera une façon de penser moins catastrophique, plus réaliste et plus objective.

### L'exposition graduée

L'évitement est un comportement très fréquent, particulièrement chez les patients souffrant d'un trouble anxieux ou d'une dépression.

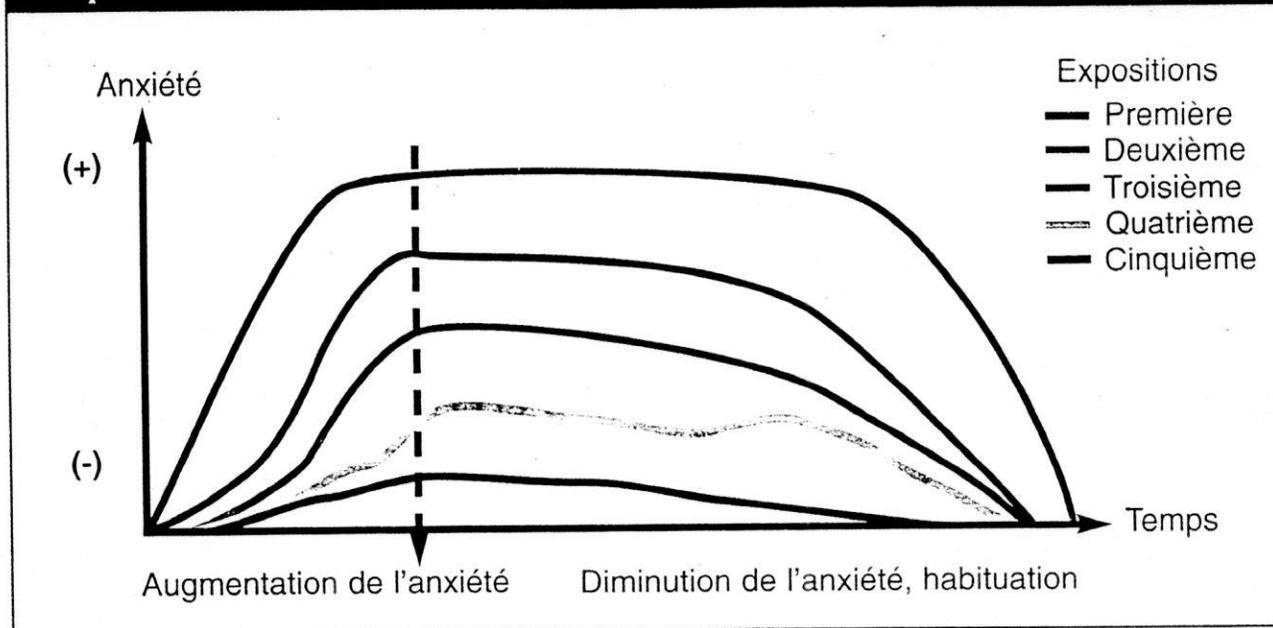
Dans un premier temps, le thérapeute doit faire comprendre au patient que le fait d'éviter des si-

tuations anxiogènes, bien que cela procure un soulagement à court terme (résultant d'un retrait de la situation anxiogène), contribue, au contraire, à maintenir l'anxiété et à aggraver le problème. À long terme, le patient évitera de nombreuses situations. Par un mécanisme de conditionnement opérant, une personne qui évite une situation anxiogène obtient un soulagement rapide de son anxiété (récompense immédiate de son évitement) et enregistre en quelque sorte ce message : « Ouf, je suis soulagé d'être sorti de cette situation. C'est donc ce qu'il fallait faire! J'avais bien raison de m'inquiéter et d'éviter cette situation dangereuse! ». Ainsi, elle

# L'exposition et la restructuration cognitive

Tableau 5

## Le processus d'habituation



continue d'éviter de plus en plus de situations. Dans la situation d'évitement, nous obtenons une courbe d'anxiété qui suit à peu près celle illustrée dans le tableau 3. La situation d'évitement occasionne une augmentation de l'anxiété et un maintien du cercle vicieux de l'évitement à long terme.

L'exposition graduée est une technique permettant de mettre un frein à l'évitement et de briser le cercle vicieux : évitement → soulagement → plus d'évitement → augmentation du trouble anxieux → diminution du fonctionnement. En effet, il s'agit d'amener la personne à s'exposer graduellement (par étapes) ce qui entraîne une désensibilisation par le processus d'habituation et, à long terme, une diminution de l'anxiété et une augmentation du fonctionnement. Norma-

lement, lorsqu'une personne est exposée à un stimulus anxiogène modéré, l'anxiété augmente graduellement jusqu'à l'atteinte d'un plateau, puis diminue au bout de 30 à 60 minutes environ. Dans ce cas, la personne enregistre le message suivant : « Je suis capable d'affronter cette situation, qui, somme toute, n'est pas si dangereuse que ça ». En évitant la situation, le patient échappe à cette réaction normale que le processus d'exposition graduée tente de recréer (tableau 4).

Lorsque le patient s'expose de façon répétitive, graduelle et systématique, il permet également au processus d'habituation de prendre place (tableau 5). Il s'agit d'un processus par lequel l'anxiété de départ sera de moins en moins grande pour finalement être quasi inexistante et par lequel le cycle évitement/ augmentation de l'anxiété, sera

# L'exposition et la restructuration cognitive

## Le cas de Monsieur R.

Le cas de Monsieur R. est un exemple de la prise en charge par un professionnel d'un patient ne présentant pas de comorbidité, ni de trouble de la personnalité et ayant de bonnes ressources personnelles, un bon soutien et des symptômes modérés.

### 1. Évaluer

Qui est-il?

Un professionnel âgé de 40 ans, marié et père de 3 enfants. Il doit voyager pour son travail.

Les symptômes :

Il a une phobie des avions. Cette crainte entraîne d'importantes répercussions au travail et des tensions familiales.

Les manifestations :

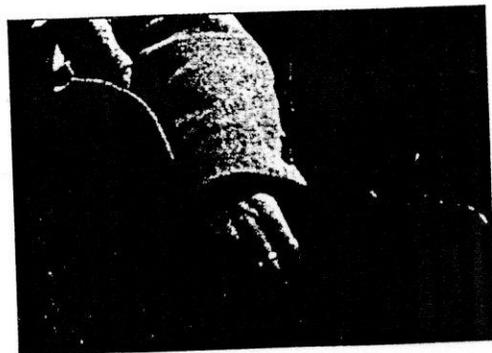
Il manifeste une peur extrême de mourir dans un écrasement d'avion. Il est incapable d'aller reconduire un ami à l'aéroport. Sa peur se manifeste par des palpitations, des sueurs et des étourdissements.

### 2. Dresser une liste des niveaux d'exposition (en ordre)

1. Conduire vers l'aéroport.
2. Entrer dans l'aéroport et rester en bas.
3. Entrer dans l'aéroport et regarder les avions.
4. Appeler la compagnie aérienne pour une visite.
5. Prendre un vol aller intérieur court.
6. Prendre un vol aller intérieur long.

### 3. Expliquer les modalités

- Les exercices doivent être faits d'abord accompagnés, puis seul.
- Le même exercice doit être répété plusieurs fois avant de passer à l'étape suivante.
- Le processus d'habituation doit se produire avant de mettre fin à l'exercice.
- Le patient doit s'encourager et remarquer ses progrès.
- Un suivi rigoureux doit être prévu.



brisé. Le patient deviendra donc de plus en plus confiant.

Les étapes et les consignes suivantes sont celles que le thérapeute donnera au patient dans le cadre du processus d'exposition graduée.

1. D'abord, le thérapeute fait une évaluation

précise des difficultés (quelles sont les situations évitées? Avec quelles personnes? Dans quel contexte précis? Lorsqu'il est seul ou accompagné?). Il est également primordial d'évaluer si le patient souffre d'une comorbidité et s'il souffre d'un trouble de la personnalité. Il faut aussi évaluer les

# L'exposition et la restructuration cognitive

ressources personnelles du patient, son réseau de soutien et la gravité des symptômes.

2. Ensuite, le thérapeute demande au patient de dresser une liste des situations évitées en inscrivant le degré d'anxiété ressenti dans ces situations (échelle de 0 à 10). Les situations sont ensuite placées en ordre croissant de difficulté dans une autre grille. Cette grille constituera la liste officielle des expositions ou des objectifs à atteindre.

3. Le thérapeute dresse ensuite, pour chacune des situations, une liste de sous-étapes qui rendront l'exposition plus facile.

4. Des consignes précises sont habituellement données au patient :

- L'évitement renforce l'anxiété à long terme en soulageant immédiatement l'anxiété (récompense). Ce soulagement encourage le comportement d'évitement et il augmente l'anxiété ressentie quand le patient doit affronter la situation de nouveau. Plus la personne évite, plus elle veut éviter.
- L'anxiété est inconfortable, mais elle n'est pas dangereuse. Lorsqu'on reste dans une situation modérément anxiogène, l'anxiété atteint un plateau, puis diminue graduellement.
- L'anxiété doit avoir diminué de façon significative (au moins de 50 %) avant que le patient quitte la situation anxiogène.
- Le niveau de difficulté doit être augmenté seulement lorsque la situation précédente est maîtrisée.
- L'exposition est un apprentissage et doit être répétée pour être efficace. Il faut donc s'exposer le plus souvent possible et planifier ses expositions à l'avance (n'oubliez pas que pour une personne qui évite « ça n'adonne » jamais!)

5. Les séances d'exposition sont fréquentes et assez longues (au moins une heure).

6. Des suivis sont prévus. Une fois le principe compris et l'exposition débutée, le patient continue, par lui-même, à s'exposer aux différentes situations énumérées au préalable. Les suivis permettent de maintenir la motivation et les acquis et de réajuster le tir, s'il y a lieu. Toutefois, il est souvent essentiel que le thérapeute soit présent à au moins une exposition, afin de s'assurer que le patient s'expose adéquatement.

7. Enfin, le thérapeute augmente le degré de difficulté seulement lorsque l'étape précédente est maîtrisée.

## Conclusion

L'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale dans le traitement des troubles anxieux, des troubles d'adaptation et de la dépression n'est plus à prouver. Certains outils de cette thérapie peuvent être utilisés facilement par les omnipraticiens, pour systématiser le suivi des patients atteints de certaines problématiques. La psychoéducation, le registre d'activités quotidiennes et la résolution de problèmes sont des moyens efficaces d'aider un patient souffrant d'un trouble anxieux, d'une dépression, d'une dysthymie, d'un trouble d'adaptation, d'isolement social chronique ou encore qui doit changer un comportement donné.

L'apprentissage de la thérapie cognitivo-comportementale est cependant une démarche systématique beaucoup plus complexe que l'application des trois outils présentés dans la première partie de cet article. La restructuration cognitive et l'exposition graduée sont deux autres outils essentiels de la TCC qui requièrent une grande rigueur dans leur mise en pratique et une formation plus spécifique et

# L'exposition et la restructuration cognitive

plus poussée si nous voulons bien les utiliser. Par contre, il est important que les omnipraticiens connaissent ces outils afin d'être en mesure d'évaluer que le traitement reçu par leurs patients est bien de la TCC, de faciliter certaines étapes du traitement en offrant un soutien qui va dans le même sens que les interventions du psychothérapeute et afin de « parler le même langage » que le thérapeute et/ou de pouvoir adresser les patients, selon leurs besoins, à des ressources appropriées.

La thérapie cognitivo-comportementale est appelée à croître en importance dans le traitement de plusieurs troubles psychiatriques. Connaître les principaux outils utilisés par cette approche efficace est donc de plus en plus essentiel pour les omnipraticiens. Certains moyens concrets comme ceux présentés dans cet article permettent également d'ouvrir de nouvelles portes, de sortir de certaines impasses et d'offrir un suivi plus rigoureux et plus satisfaisant à plusieurs patients. *Clin*

## Référence

1. Beck, AT, Emery, G, Greenberg, R : Anxiety disorders and phobias. Basic books. New York, 1985, 368 p.

## Lectures suggérées

1. American Psychiatric Association : DSM-IV : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Masson, Paris, 1996, p. 385.
2. Beck, JS, : Cognitive therapy: Basics and beyond. The Guilford Press, London, 1995, 338 p.
3. Chaloult, L : La psychothérapie cognitivo-comportementale : théorie et pratique. Éditions Gaétan Morin, Montréal. À paraître.
4. Dugas, M, Brillon, P : Thérapie non pharmacologique des troubles anxieux. Présentation clinique Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, Montréal, 2000.
5. Dugas, M, Ladouceur, R, Brillon, P : Traitement comportemental et cognitif du trouble d'anxiété généralisée, manuel du thérapeute. Protocole de recherche, septembre 2000.
6. Dzurilla, TJ, Goldfried, MR : Problem solving and behavior modification. J Abnorm Psychol, 78(1):107, 1971.
7. Kaplan, HI, Sadock, BJ : Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/Clinical psychiatry. Huitième édition, Williams and Wilkins, Baltimore, 1997, 3344 p.
8. Klerman, GL, Weissman, MM, Rounsaville, BJ, et coll. : Interpersonal Psychotherapy of Depression. Basic Books New York, 1984, 255 p.
9. Marchand, A, Letarte, A : La peur d'avoir peur. Stanké, Montréal, 1993, 174 p.
10. Savard, P : Comment diagnostiquer et traiter les troubles anxieux. Le Clinicien 15(7):64, 2000.

Flonase, le traitement  
antiallergique par  
voie nasale le plus prescrit  
par les omnipraticiens,  
les pédiatres  
et les pneumologues<sup>1</sup>.

Flonase est indiqué pour traiter la rhinite allergique saisonnière et la rhinite perannuelle chez les enfants de quatre ans et plus qui répondent mal aux traitements classiques. Jusqu'à ce que plus de données cliniques soient disponibles, il n'est pas recommandé d'instaurer un traitement continu de longue durée chez les enfants de moins de 12 ans<sup>2</sup>.



Flonase.  
Un profil  
d'innocuité  
en pleine  
croissance.

  
Vaporisation nasale aqueuse de propionate de fluticasone  
L'innocuité avant tout

 GlaxoSmithKline  
Bureau d'affaires du Québec

Les effets à long terme du propionate de fluticasone demeurent inconnus. Il est recommandé, au cours d'un traitement à long terme, d'évaluer la fonction hypothalamo-hypophyso-surrénale et les paramètres hématologiques<sup>2</sup>. Effets indésirables locaux légers et peu fréquents (p.ex., irritation du nez et de la gorge).