

Les troubles liés aux événements traumatiques

Dépistage et traitement

Stéphane Guay, PHD Nicole Mainguy, MD André Marchand, PHD

RÉSUMÉ

OBJECTIF Informer les médecins de première ligne concernant le dépistage, le diagnostic et le traitement des troubles psychologiques associés aux événements traumatiques.

QUALITÉ DES DONNÉES Les recensions proviennent de recherches via les banques de données PsycLIT, PsycINFO, PILOTS et MEDLINE (de janvier 1985 à décembre 2000) utilisant les termes «acute stress disorder», «posttraumatic stress disorder», «traumatic stress», «psychotherapy», «psychosocial treatment», «treatment» et «pharmacotherapy». Les recommandations concernant le traitement de l'état de stress aigu (ÉSA) et du trouble de stress post-traumatique (TSPT) reposent sur des données probantes provenant d'essais thérapeutiques d'excellente qualité. Les conclusions portant sur le diagnostic et l'évaluation reposent sur les plus récentes études épidémiologiques ainsi que sur des consensus et des opinions d'experts.

PRINCIPAL MESSAGE Très souvent, l'ÉSA et le TSPT sont sous-diagnostiqués et sous-traités. Les médecins de famille sont susceptibles de recevoir des patients souffrant de ces troubles. Le dépistage précoce en première ligne repose sur une écoute attentive, sur une relation chaleureuse et sécurisante avec le patient et sur la recherche de difficultés d'adaptation en lien avec un événement traumatique. Idéalement, les individus souffrant d'un ÉSA ou d'un TSPT sont orientés vers une ressource spécialisée. Si de telles ressources ne sont pas accessibles, le médecin peut offrir des conseils et prescrire une médication en fonction des symptômes.

CONCLUSION Les médecins de famille peuvent contribuer à identifier et traiter les patients souffrant de l'un ou l'autre de ces troubles.

ABSTRACT

OBJECTIVE To educate family physicians about screening, diagnosis, and treatment of psychological disorders related to traumatic events.

QUALITY OF EVIDENCE PsycLIT, PsychINFO, PILOTS, and MEDLINE databases were searched from January 1985 to December 2000 using the terms "acute stress disorder," "posttraumatic stress disorder," "traumatic stress," "psychotherapy," "psychosocial treatment," "treatment," and "pharmacotherapy." Recommendations concerning treatment of acute stress disorder (ASD) and posttraumatic stress disorder (PTSD) are based on evidence from trials of the highest quality. Conclusions about assessment and diagnosis are based on the most recent epidemiologic studies, consensus, and expert opinion.

MAIN MESSAGE Very often, ASD and PTSD are underdiagnosed and undertreated. Family physicians are likely to see patients suffering from these disorders. Early screening in primary care is a function of active listening; warm, safe patient-physician relationships; and careful examination of difficulties related to traumatic events. Ideally, patients with either ASD or PTSD should be referred to a specialist. If a specialist is unavailable, family physicians can offer support and prescribe medication to address patients' symptoms.

CONCLUSION Family physicians can help identify and treat patients presenting with disorders related to traumatic events.

Cet article a fait l'objet d'une évaluation externe.

This article has been peer reviewed.

Can Fam Physician 2002;48:512-517.

De nos jours, l'exposition à des événements traumatiques n'est pas un phénomène rare. L'estimation de la prévalence à vie d'exposition à un événement traumatique chez la population américaine se situe à 60,7% chez les hommes et à 51,2% chez les femmes¹. En moyenne, 9,2% des personnes exposées à des expériences traumatiques diverses développent par la suite un trouble de stress post-traumatique (TSPT)². À notre connaissance, aucune donnée canadienne n'est disponible concernant la prévalence des troubles liés aux événements traumatiques.

Selon notre expérience clinique³, les personnes avec l'un ou l'autre des diagnostics sont susceptibles de consulter leur médecin de famille avant d'avoir recours à une aide spécialisée (c'est-à-dire, un psychologue ou un psychiatre). En effet, la majorité d'entre eux vont d'abord tenter d'avoir de l'aide de leur médecin pour atténuer leurs symptômes⁴. Ce dernier a donc la possibilité de dépister rapidement les personnes aux prises avec un état de stress aigu (ÉSA) ou un TSPT. En première ligne, il est important d'être à l'affût et d'intervenir le plus rapidement possible chez ces personnes afin de prévenir l'aggravation de ces troubles⁵. Cet article porte sur le dépistage précoce, le diagnostic et les types d'intervention pertinents pour traiter les troubles liés aux événements traumatiques.

Qualité des données

Les recensions proviennent de recherches via les banques de données PsycLIT, PsychINFO, PILOTS et MEDLINE (de janvier 1985 à décembre 2000) utilisant les termes « acute stress disorder », « post-traumatic stress disorder », « traumatic stress », « psychotherapy », « psychosocial treatment », « treatment » et « pharmacotherapy ». Les auteurs ont analysé et décortiqué les références les plus pertinentes provenant en majorité d'études contrôlées, de synthèses et de méta-analyses concernant le traitement de l'ÉSA et du TSPT. Les recommandations reposent sur des données probantes provenant d'essais thérapeutiques basées sur les standards suivants: étude rigoureuse

D^r Guay est psychologue en pratique privée et chercheur post-doctoral au Centre de recherche Fernand-Seguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine (HLHL), Montréal, Qué.

D^{re} Mainguy est psychiatre et chef médical de la Clinique en intervention cognitivo-comportementale (CICC) de l'HLHL. D^r Marchand est psychologue à la CICC de l'HLHL et professeur au département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal.

avec assignation aléatoire des participants, étude prospective, évaluation à double insu, utilisation de critères d'exclusion et d'inclusion, procédure diagnostique fiable, ampleur de l'échantillon suffisant avec une puissance statistique et des analyses statistiques appropriées. Ainsi, seules les données provenant d'interventions dont l'efficacité a été démontrée par des études empiriques sont rapportées. Les données portant sur le diagnostic et l'évaluation proviennent des plus récentes études épidémiologiques, documents consensus et chapitres de livre sur les traumatismes.

Description des troubles

Le TSPT et l'ÉSA sont des diagnostics relativement récents dans la nomenclature psychiatrique⁶. Afin de poser un diagnostic de TSPT (voir le résumé des critères diagnostiques dans le **tableau 1**), il faut en premier lieu (critère A) que la personne ait été confrontée à un événement traumatique, durant lequel son intégrité physique ou celle d'autrui ait pu être

Tableau 1. Résumé des critères diagnostiques du trouble de stress post-traumatique

- A. (1) Le sujet doit avoir été exposé à un facteur de stress traumatique extrême impliquant le vécu direct et personnel d'un événement pouvant entraîner la mort, constituer une menace de mort ou une blessure sévère, représenter des menaces pour sa propre intégrité physique; ou consécutif au fait d'être témoin d'un événement pouvant occasionner la mort, une blessure ou une menace pour l'intégrité physique d'une autre personne; ou consécutif au fait d'apprendre une mort violente ou inattendue, une agression grave ou une menace de mort ou de blessure subie par un membre de la famille ou de quelqu'un de proche.
- (2) La réponse de la personne à l'événement doit comprendre une peur intense, un sentiment d'être sans espoir ou d'horreur (chez les enfants, la réponse doit comprendre un comportement désorganisé ou agité).
- B. La personne doit revivre de manière persistante l'événement traumatique.
- C. La personne doit éviter de manière persistante des stimuli associés au traumatisme avec émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme).
- D. La personne doit vivre des symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme).
- E. Le tableau symptomatique doit être présent durant plus d'un mois.
- F. La perturbation doit entraîner une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Adapté de l'American Psychiatric Association.⁶

FMC

.....

Les troubles liés aux événements traumatiques

menacée et auquel elle a réagi par une peur intense, un sentiment d'impuissance et ou un sentiment d'horreur. Les symptômes se divisent en trois catégories: la reviviscence de l'événement traumatique (critère B), l'évitement persistant de stimuli associés au traumatisme et l'éroussement de la réactivité générale (critère C) et l'activation neurovégétative (critère D). Le diagnostic de TSPT suppose que ces perturbations se manifestent durant 1 mois au minimum. Les critères diagnostics de l'ÉSA sont similaires à ceux du TSPT. Toutefois, les symptômes doivent survenir entre 2 jours et 4 semaines suivant l'événement et une emphase additionnelle est mise sur la présence des symptômes dissociatifs (voir le critère B du diagnostic d'ÉSA dans le **tableau 2**).

Tableau 2. Critère B de l'état de stress aigu

Durant l'événement ou après avoir vécu l'événement perturbant, l'individu a présenté trois (ou plus) des symptômes dissociatifs suivants:

- Un sentiment subjectif de torpeur, de détachement ou une absence de réactivité émotionnelle,
- Une réduction de la conscience de son environnement (p. ex. « être dans le brouillard »),
- Une impression de déréalisation,
- La dépersonnalisation, ou
- Une amnésie dissociative (c'est-à-dire, incapacité à se souvenir d'un aspect important du traumatisme).

Adapté de l'American Psychiatric Association.⁶

Aspects objectifs et subjectifs de l'événement traumatique

Par définition, l'événement traumatique est le facteur causal primaire dans le développement de l'ÉSA ou du TSPT. Cependant depuis peu, il y a une plus grande emphase sur la réponse subjective de la victime face à l'événement traumatique que sur la sévérité de l'événement en soi⁷. Cette distinction constitue un changement important dans la conceptualisation du TSPT. Concrètement, cela implique qu'on ne peut conclure à une absence d'ÉSA ou de TSPT sur l'unique base de la sévérité de l'événement. Par exemple, une personne victime d'une prise d'otage et dont la vie a été menacée et un témoin d'un accident de la route peuvent tous les deux évaluer l'événement comme traumatisant même si le degré de menace à l'intégrité physique varie grandement. Cet exemple soulève l'importance d'effectuer une investigation spécifique des perceptions de la victime pendant et après l'événement⁸. Sans une telle investigation, le professionnel peut juger que le cas d'un patient ne répond pas au diagnostic d'ÉSA ou de TSPT pour diverses raisons

(absence de blessures visibles, réactions fonctionnelles durant l'événement, etc).

Dépistage

La présence d'une symptomatologie caractérisée par des troubles du sommeil, des difficultés de concentration, de l'hypervigilance, de l'irritabilité et/ou de l'anxiété constituent des indices fréquents de la présence d'un ÉSA ou d'un TSPT. Si le médecin se trouve en face d'un patient présentant un ou plusieurs de ces symptômes, il devrait alors entamer une procédure de dépistage. En premier lieu, il est essentiel de poser des questions sur la survenue antérieure d'un événement traumatique afin de l'identifier et pour y arriver, il peut être souhaitable de fournir des exemples de ce type d'événements (agression, accident, vol à mains armées, etc). Dans l'affirmative, le médecin devrait poursuivre en posant des questions dans le but de déterminer si le patient a développé un ÉSA ou un TSPT. Vous trouverez dans le **tableau 3** des exemples de questions que les médecins peuvent poser aux patients afin d'identifier les principaux critères diagnostiques de ces deux troubles selon le DSM-IV. Enfin, l'Échelle modifiée des symptômes du TSPT³, un questionnaire de 17 items validé en français, peut également être utilisée pour confirmer le diagnostic.

Pour favoriser l'identification d'un ÉSA ou d'un TSPT il est important que le patient se sente en sécurité afin de mieux dévoiler les informations concernant

Tableau 3. Questions utiles pour identifier un trouble lié à un événement traumatique

Au cours des dernières semaines ou derniers mois, avez-vous vécu un événement qui a pu mettre votre vie ou votre intégrité physique ou celle d'un autre en danger?

Pendant ou suite à l'événement, avez-vous ressenti une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur?

Durant l'événement, avez-vous eu l'impression d'être détaché, d'être moins conscient de votre environnement, de ne plus être vous-même ou êtes-vous incapable de vous souvenir d'un aspect important de l'événement?

Avez-vous eu des flash-back ou des cauchemars au sujet de l'événement?

Depuis l'événement, évitez-vous des situations ou des endroits reliés à l'événement parce qu'ils vous causent des malaises importants?

Depuis l'événement, vivez-vous des symptômes tels que: difficultés à dormir, irritabilité, difficultés à vous concentrer, surveillance excessive ou sursauts exagérés?

Les symptômes identifiés précédemment durent depuis combien de temps?

À quel degré ces symptômes affectent-ils votre fonctionnement personnel, social ou professionnel?

son intimité et son état dysfonctionnel⁹. À cet égard, le premier contact est considéré comme un élément critique et la relation entre le professionnel et le patient doit avant tout être chaleureuse et sécurisante dans le but d'aider le patient à raconter son histoire et à se sentir compris, accepté, soutenu et non isolé^{4,10}. Il est donc primordial que la formulation des questions ne soit pas utilisée ou perçue par ce dernier comme un contre-interrogatoire. Plutôt, l'entrevue doit viser à faire verbaliser la victime sur le vécu réel du traumatisme, la chronologie des événements, la confrontation avec la mort ou les blessures, puis sur son expérience émotive, notamment les sentiments d'impuissance, d'horreur ou de frayeur⁷. Conséquemment, il est recommandé de prévoir une durée d'entrevue qui permettra au patient de s'exprimer.

Néanmoins, identifier les individus traumatisés n'est pas une tâche facile et le médecin de famille est susceptible de rencontrer certaines difficultés^{2,9,10}. En effet, plusieurs victimes éprouvent de la difficulté à exprimer verbalement leurs émotions et leurs sentiments en rapport avec l'événement traumatique. Il peut en être ainsi soit parce qu'elles veulent éviter d'en parler ou parce qu'elles ont honte ou se sentent coupables de ce qui leur est arrivé. Certaines manifestent des affects restreints et d'autres sont plus ou moins conscientes qu'elles ont été traumatisées car elles éprouvent de nombreux symptômes dissociatifs. D'autres n'arrivent pas à articuler convenablement ce qui leur est arrivé ou ne peuvent décrire avec facilité leur état émotionnel durant et après l'événement traumatique et le récit peut être entaché d'amnésie partielle. Finalement, certaines victimes ne font pas le lien entre l'incident traumatique et leurs difficultés psychologiques ou physiques pour lesquelles elles consultent. Ainsi, un patient ne révélera pas d'emblée qu'il a vécu un événement traumatisant ni l'étendue des symptômes en découlant⁴.

Traitements de choix

Une fois que le médecin a suffisamment d'indices pour établir de façon provisoire un diagnostic d'ÉSA ou de TSPT chez son patient, il lui revient de le diriger vers une ressource appropriée. L'ÉSA et le TSPT sont des troubles psychiatriques qui requièrent généralement un traitement spécifique par un spécialiste. Dans les deux cas, le traitement de choix consiste en une psychothérapie d'orientation cognitivo-comportementale¹¹⁻¹⁸. Les résultats de plusieurs études contrôlées confirment que cette forme d'intervention est efficace et semble supérieure (ampleur de l'effet 0,84) à la pharmacologie (ampleur de l'effet 0,34), à une thérapie de soutien

(ampleur de l'effet 0,18) ainsi qu'à une liste d'attente¹⁹. L'approche psychodynamique brève et l'hypnothérapie sont des interventions courantes mais elles n'ont pas fait l'objet d'études suffisamment bien contrôlées pour pouvoir conclure à leur efficacité ou à leur supériorité. Les thérapies cognitivo-comportementales peuvent jouer un rôle utile en modifiant la façon dont l'individu se comporte en réduisant notamment les comportements d'évitement, en changeant les schèmes de pensées dysfonctionnels sous-jacents, en favorisant la personnalisation des émotions associées à l'expérience traumatique et en aidant les victimes à mieux gérer l'anxiété³.

Puisque les services psychologiques spécialisés ne sont pas toujours facilement accessibles, le médecin peut aider grandement le patient en l'encourageant très fortement à parler de l'événement le plus souvent possible, même tous les jours, à des personnes en qui il a confiance et qui n'adoptent pas une attitude invalidante. Le médecin peut l'inciter à reprendre graduellement ses activités et à faire le moins d'évitement possible. Il peut également introduire une médication seule ou en combinaison avec une thérapie cognitivo-comportementale^{19,23}.

Il ne semble pas y avoir actuellement, au niveau des experts, consensus dans la séquence d'application des diverses approches de traitement (psychothérapie, pharmacothérapie ou un traitement combiné de pharmacothérapie et psychothérapie)¹². Tous s'entendent cependant pour dire que toutes ces approches peuvent avoir leur place à différents moments dans le traitement du TSPT et que la psychothérapie, si disponible, doit être considérée comme premier choix¹². De même, la pharmacothérapie et le traitement combiné semblent être bien indiqués face à un patient très symptomatique ou face à un patient qui aurait développé une comorbidité (c'est-à-dire, troubles de l'humeur, autres troubles anxieux, symptômes psychotiques ou abus de drogues et alcool)^{19,23}.

Selon les auteurs, les inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine (ISRS) (sertraline, paroxétine, fluoxétine, fluvoxamine, citalopram), la néfazodone et la venlafaxine sont généralement les choix les plus appropriés comme médication de première ligne^{12,24}. Ils semblent être d'efficacité égale, leur spécificité ayant été plus étudiée en relation aux symptômes ciblés¹². Il est recommandé de débiter avec de petites doses, soit le quart ou la moitié des doses habituellement prescrites, afin de minimiser l'apparition d'effets secondaires et de maintenir aux doses jugées efficaces entre 6 et 12 mois²⁴.

FMC

.....

Les troubles liés aux événements traumatiques

Puisque l'effet optimal des ISRS sera atteint quel que 3 à 6 semaines après le début de la prescription, l'ajout d'une benzodiazépine durant cette période peut s'avérer utile. Ces derniers auront comme effet de cibler les symptômes d'anxiété et de troubles du sommeil ainsi que de diminuer l'hypervigilance²⁴. Cependant, certains auteurs déconseillent l'utilisation des benzodiazépines dus aux risques de dépendance associés à ce type de molécules et recommandent d'utiliser des hypnotiques nonbenzodiazépines¹⁹. Malheureusement, ils ne spécifient ni la durée d'administration des hypnotiques nonbenzodiazépines ni le risque d'apparition de cauchemars après l'arrêt de cette médication, situation que nous avons observée avec nos patients après avoir appliqué cette conduite. Ainsi, l'utilisation des benzodiazépines durant une courte période de temps, avec objectif de débiter le sevrage dès que l'effet optimal des ISRS est atteint, demeure une option appuyée par plusieurs auteurs ainsi que par notre équipe clinique²⁴.

Enfin, face à une comorbidité sévère, il est recommandé de prescrire en fonction de la pathologie psychiatrique associée au TSPT, comme par exemple l'utilisation de nouveaux neuroleptiques atypiques s'il y a présence de symptômes psychotiques et de stabilisateurs de l'humeur s'il y a présence de symptômes de maladies affectives bipolaires associées^{19,23,24}.

Conclusion

L'ÉSA et le TSPT sont très souvent sous-évalués et sous-traités. Le succès du dépistage précoce en première ligne repose sur une écoute attentive, sur une relation chaleureuse et sécurisante avec le patient et sur l'identification de difficultés d'adaptation en lien avec un événement traumatique. Le médecin se doit d'être empathique et centré vers l'aide à apporter au patient. Il doit être à l'affût des symptômes annonciateurs et précurseurs de l'ÉSA ou du TSPT. Le médecin de première ligne peut recourir de façon complémentaire aux services spécialisés d'un psychologue ou d'un psychiatre familial avec l'intervention cognitivo-comportementale. La pharmacothérapie et le traitement combiné demeurent des approches qui peuvent s'avérer appropriées en l'absence de ressources spécialisées ou dans les cas plus sévères. ❖

Intérêts concurrents

Rien déclaré

Correspondance à: Dr Stéphane Guay, Centre de recherche Fernand-Seguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, 7331, Hochelaga, Montréal QC H1N 3V2; téléphone (514) 251-4015, poste 3084; télécopieur (514) 251-2617; courriel sguay@crfs.umontreal.ca

Points de repère du rédacteur

- Le dépistage des troubles liés aux événements traumatiques peut être difficile puisque certaines victimes éprouvent de la difficulté à verbaliser leurs émotions face à un événement traumatique.
- La psychothérapie d'orientation cognitivo-comportementale est le traitement de choix pour l'état de stress aigu et le trouble de stress post-traumatique.
- Le médecin peut aider les patients souffrant de ces problèmes en leur conseillant de parler fréquemment de l'événement traumatique et de reprendre progressivement leurs activités en faisant le moins d'évitement possible.
- Lorsque les patients sont très symptomatiques, les médicaments de premier recours sont les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, la néfazodone et la venlafaxine.

Editor's key points

- Detecting posttraumatic stress disorders can be challenging; some victims have difficulty verbalizing their responses to traumatic events.
- Cognitive-behavioural therapy is the treatment of choice for acute stress disorder and post-traumatic stress disorder.
- Physicians can help patients by recommending that they talk about the traumatic event frequently, resume their regular activities gradually, and not try to avoid the issue.
- For patients with severe symptoms, the most appropriate medications are the selective serotonin reuptake inhibitors nefazodone and venlafaxine.

Références

1. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:1048-60.
2. Breslau N, Davis GC, Andreski P, Petersen E. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:216-22.
3. Marchand A, Brillon P. Le trouble de stress post-traumatique. Ladouceur R, Marchand A, Boisvert JM, rédacteurs. Dans: *Les troubles anxieux: approche cognitive et comportementale* Montréal, Qué: Gaëtan Morin; 1999. p. 149-82.
4. Chenevert R, Audet D, Proulx B. La prise en charge en première ligne du trouble de stress post-traumatique. Dans le document consensus de l'Association des troubles anxieux du Québec (ATAQ) intitulé: *Trouble de stress post-traumatique: un problème sous-évalué et sous-traité*. Montréal, Qué: ATAQ; 2000. p. 37-8.
5. Iucci S, Marchand A. Prévention primaire et secondaire du trouble de stress post-traumatique pour des populations à risque élevé. Dans le document consensus de l'Association des troubles anxieux du Québec (ATAQ) intitulé: *Trouble de stress post-traumatique: un problème sous-évalué et sous-traité*. Montréal, Qué: ATAQ; 2000. p. 17-20.
6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
7. Kaplan HI, Sadock BJ. *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry*. 8th ed. Baltimore, Md: Williams & Wilkins; 1998.
8. Parrott C, Howes JL. The application of cognitive therapy to posttraumatic stress disorder. Vallis TM, Howes JL, Miller PC, rédacteurs. Dans: *The challenge of cognitive therapy: applications to nontraditional populations*. New York, NY: Plenum; 1991. p. 85-109.

9. Meichenbaum D. *A clinical handbook/practical therapist manual for assessing and treating adults with PTSD*. Waterloo, Ont: Institute Press; 1994.
10. Carlson EB. *Trauma assessments: a clinical guide*. New York, NY: Guilford Press; 1997.
11. Foa EB, Meadows EA. Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder: a critical review. *Ann Rev Psychol* 1997;48:449-80.
12. Foa EB, Davidson JRT, Frances A. The expert consensus guideline series: treatment of PTSD. *J Clin Psychiatry* 1999;60(Suppl 16):293-322.
13. Keane TM. Psychological and behavioral treatments of posttraumatic stress disorder. Nathan PE, Gorman JM, rédacteurs. Dans: *A guide to treatments that work*. New York, NY: Oxford University Press; 1997. p. 398-407.
14. Marchand A, Coté G. Le traitement psychosocial du trouble de stress post-traumatique. Dans le document consensus de l'Association des troubles anxieux du Québec (ATAQ) intitulé: *Trouble de stress post-traumatique: un problème sous-évalué et sous-traité*. Montréal, Qué: ATAQ; 2000. p. 21-5.
15. Roth A, Fonagy P. *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York, NY: Guilford Press; 1996.
16. Rothbaum BO, Meadows EA, Resick P, Foy DW. Cognitive-behavioral therapy. Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, rédacteurs. Dans: *Effective treatments for PTSD: practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York, NY: Guilford; 2000. p. 320-5.
17. Solomon SD. Psychosocial treatment of posttraumatic stress disorder. *Psychother Pract* 1997;3:27-41.
18. Stephenson R, Marchand A, Brillon P. Examen des études d'efficacité du traitement du trouble de stress post-traumatique. *Sci Comportement* 1996;25:149-82.
19. Otto MW, Penava S, Pollack RA, Smoller JW. Cognitive-behavioral and pharmacological perspectives on the treatment of posttraumatic stress disorder. Pollack MH, Otto MW, Rosenbaum JF, rédacteurs. Dans: *Challenges in clinical practice: pharmacologic and psychosocial strategies*. New York, NY: Guilford Press; 1995. p. 219-60.
20. Davidson JR. Biological therapies for posttraumatic disorder: an overview. *J Clin Psychiatry* 1997;58(Suppl 9):29-32.
21. Friedman MJ, Davidson RT, Mellman TA, Southwick SM. Pharmacotherapy. Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, rédacteurs. Dans: *Effective treatments for PTSD: practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York, NY: Guilford Press; 2000. p. 326-9.
22. Plamondon J, Fournier J-P. Pharmacothérapie du trouble de stress post-traumatique. Dans le document consensus de l'Association des troubles anxieux du Québec (ATAQ) intitulé: *Trouble de stress post-traumatique: un problème sous-évalué et sous-traité*. Montréal, Qué: ATAQ; 2000. p. 26-8.
23. Ballenger JC, Davidson JR, Lecrubier Y, Nutt DJ, Foa EB, Kessler RC, et al. Consensus statement on posttraumatic stress disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *J Clin Psychiatry* 2000;61(Suppl 5):60-6.
24. Alarcón RD, Glover S, Boyer W, Balon R. Proposing an algorithm for the pharmacological management of posttraumatic stress disorder. *Ann Clin Psychiatry* 2000;4:239-46.