

Effets indésirables des psychotropes: quand et comment en parler aux patients?

GUIBET SIBAILLY^a et Pr JACQUES GASSER^b

Rev Med Suisse 2018; 14: 1644-50

La manière de présenter les potentiels effets indésirables lors de l'introduction d'une nouvelle médication psychotrope dans le cadre des soins psychiatriques peut être déterminante pour la suite de la prise en charge. Cette problématique est abordée à partir de témoignages de patients qui ont reçu de multiples traitements sur une longue durée et par plusieurs thérapeutes. Après une description des principaux effets indésirables des psychotropes, cet article propose une méthode de documentation par le patient des effets secondaires négatifs ressentis; celle-ci devrait aider au dialogue avec ses thérapeutes.

Adverse effects of psychotropic drugs: when and how to talk to patients?

The way the potential adverse effects are presented during the introduction of a new medication in the context of psychiatric care can be decisive for subsequent care. This issue is approached from the testimonies of patients who have received multiple treatments over a long period of time and by several therapists. After describing the main adverse effects of psychotropic drugs, this article proposes a method to help patients documenting the adverse effects they experienced, in a way which should improve the dialogue with their therapists.

INTRODUCTION

En psychiatrie, l'emploi de psychotropes est bien souvent indispensable. Ces molécules comprennent plusieurs classes médicamenteuses. Outre les neuroleptiques qui occupent une place primordiale dans l'arsenal thérapeutique de bon nombre de pathologies, les antidépresseurs, les antiépileptiques utilisés comme stabilisateurs de l'humeur, les stimulants centraux et les benzodiazépines ne sont pas en reste. Tous ces médicaments sont susceptibles d'engendrer des effets indésirables pouvant altérer la qualité de vie des patients et compromettre leur prise en charge. C'est au travers de récits de trois patients de la fondation GRAAP (Groupe d'accueil et d'action psychiatrique) que la problématique des effets indésirables sera abordée. Le point commun de ces personnes est la longue durée de leur maladie psychiatrique respective, impliquant le recours à une multitude de traite-

ments, une succession de médecins et de thérapeutes particulièrement dense durant leur parcours.

DROIT DU PATIENT ET CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ: QU'EN EST-IL EN PSYCHIATRIE?

Mme D: «Il y a longtemps que j'ai ce diagnostic, plus de 30 ans. J'ai eu plusieurs hospitalisations et je me souviens que je suis passée par un tas de médicaments; on a essayé plusieurs neuroleptiques. Je n'étais pas en état de réagir et d'être vraiment consentante. Ils [les médecins] ont introduit le médicament plus ou moins sans dialoguer. Peut-être qu'ils m'ont parlé des effets indésirables, mais je n'en ai pas le souvenir. J'étais dans un état de crise.»

Qu'il s'agisse du milieu hospitalier ou ambulatoire, le patient a des droits. L'un d'entre eux est celui à l'information. Le médecin est tenu de l'informer de son état de santé, des traitements envisagés, de leurs coûts, ainsi que des éventuelles conséquences négatives, afin de lui permettre de donner son consentement libre et éclairé. Sans ce dernier, aucun soin ne devrait être prodigué. Le patient doit être capable de discernement. Autrement dit, il devrait être en mesure d'apprécier une situation et de prendre une décision en conséquence.

Dans le domaine psychiatrique, cette capacité est très souvent remise en question, particulièrement lors de crises nécessitant une hospitalisation. Dans ces situations, si la personne concernée perd son discernement, un cadre légal est défini, permettant ainsi aux médecins d'outrepasser ce droit, et d'agir au mieux dans l'intérêt du patient, en tenant compte de ses souhaits dans la mesure du possible. Les règles concernant les traitements sans consentement varient d'un canton à l'autre. Il est ainsi recommandé de consulter les différentes législations cantonales pour le détail.¹

A noter toutefois qu'une personne atteinte de troubles psychiques, sous curatelle, mineure ou âgée, n'est pas nécessairement incapable de discernement.

Importance des effets secondaires

Il est un fait avéré que dans les maladies psychiatriques lourdes, la non-adhésion médicamenteuse résulte bien souvent, en partie du moins, de la présence d'effets secondaires

^a Unité de pharmacogénétique et psychopharmacologie clinique, Département de psychiatrie, CHUV, Site de Cery, 1008 Prilly, ^b Département de psychiatrie, CHUV, Site de Cery, 1008 Prilly
guibet.sibailly@chuv.ch | jacques.gasser@chuv.ch

incommodants, voire même invalidants.² Les conséquences directes sont le risque de rechutes et de réhospitalisations. Pour un patient avec un long passif psychopharmacologique, le vécu d'expériences négatives est fort probable, augmentant ainsi les réticences potentielles à l'introduction d'une nouvelle médication. En abordant la question des effets indésirables comme il est supposé le faire, le médecin prend le risque de générer une anxiété supplémentaire chez son patient et d'être confronté à son refus.

Monsieur K : «La première fois qu'on a introduit un neuroleptique, ça m'a beaucoup angoissé qu'on me parle des effets indésirables. J'ai dû le prendre car j'étais à l'hôpital; ils [les médecins] auraient dû mieux expliquer.»

Il est ainsi primordial d'instaurer un climat de confiance autour du médicament. L'attitude du praticien envers la médication est un facteur tout aussi important que la communication et l'alliance thérapeutique avec le patient.

EXISTE-T-IL UNE MÉTHODE IDÉALE POUR ABORDER LA QUESTION DES EFFETS INDÉSIRABLES AVEC LES PATIENTS?

Mme D. : «Après la sortie, personne n'a parlé des effets secondaires. Je pense que souvent on doit les demander. A une hospitalisation où on m'avait proposé un neuroleptique, j'ai posé la question des effets secondaires, ils [les médecins] m'ont montré le compendium et j'ai refusé car il en avait trop pour moi. Ils ont été d'accord avec mon refus. Alors que ça aurait peut-être été un bon choix, mais on n'a pas dialogué à propos de ça.»

Pour le médecin débutant en milieu hospitalier ou le psychiatre expérimenté, les compétences requises sont les mêmes. Au-delà des qualités de communications, souhaitables pour tout praticien, de bonnes bases en psychopharmacologie sont nécessaires. Le médecin devrait être en mesure d'expliquer à son patient, en termes vulgarisés, pourquoi son choix s'est porté sur une molécule donnée, quels sont les bénéfices escomptés, et approximativement dans quels délais. Cette première étape est génératrice d'espoir. S'agissant des effets indésirables, la transparence n'est pas nécessairement synonyme d'épuisement. En effet, il semble plus judicieux de se focaliser sur les effets secondaires les plus susceptibles de survenir chez un patient en particulier, en tenant compte notamment des propriétés du médicament, des antécédents de la personne ainsi que des comorbidités existantes. Seulement les énumérer risquerait de générer une anxiété excessive. Il serait opportun d'annoncer d'éventuelles stratégies pour les prévenir et/ou y remédier le cas échéant. Cette approche se veut rassurante et s'inscrit dans un contexte d'alliance thérapeutique.

Il n'existe bien évidemment pas de manière optimale et unique d'aborder la question des effets indésirables. Cependant, privilégier un dialogue ouvert et adopter une attitude proactive en élaborant des stratégies thérapeutiques de concert avec le patient favorisent l'adhésion médicamenteuse, augmentant ainsi les chances de réussites.³

Monsieur K. : «Ça fait 15 ans que je suis dans le milieu psychiatrique. Je trouve qu'il y a une nette amélioration depuis 5 ans. Les médecins de l'hôpital expliquent mieux qu'avant.»

Une méthode d'enseignement

Durant son cursus universitaire, bien que des notions de base en psychopharmacologie lui soient prodiguées, le médecin n'est généralement pas formé de façon spécifique à aborder la question des effets indésirables avec le patient. Une publication américaine récente⁴ montre une nouvelle approche d'enseignement pour cette matière, qui ne constitue en fin de compte, qu'une branche de la psychiatrie. A l'origine, la méthode a été pensée à l'Université de Yale en 2010, puis implémentée et développée au fil des années sur d'autres sites, notamment à l'Université de Columbia. Son but est non seulement d'approfondir les connaissances en psychopharmacologie, mais aussi de développer les compétences nécessaires à la prescription de psychotropes et leur introduction auprès des patients. La méthode consiste en des sessions de travail organisées sous forme d'ateliers d'une durée d'environ 75 minutes. Le premier quart d'heure est dédié aux consolidations de connaissances déjà acquises sur une classe thérapeutique ou un médicament donné; suivent 30 minutes de jeux de rôle durant lesquels les étudiants sont prescripteurs de la molécule en question, et patients à tour de rôle, et enfin une dernière partie consacrée au débriefing.

Le cours tel qu'il est conduit à Columbia, inclus en plus le visionnage d'entretiens au sujet de la médication entre un psychiatre chevronné et un patient fictif, ainsi que la supervision par un psychopharmacologue et des résidents plus expérimentés, lors des sessions de travail.⁴

Ces exemples illustrent le fait que l'entraînement peut contribuer à pallier à un manque d'assurance des jeunes psychiatres, en attendant que l'expérience s'acquière.

COMMENT SUIVRE ET GÉRER LES EFFETS INDÉSIRABLES?

Monsieur K. : «J'ai été avant sous amisulpride et j'ai pris tout de suite beaucoup de poids, je suis passé de 80 à 130 kg en quelques années. Après, on a changé le médicament pour l'aripiprazole. Actuellement, je suis redescendu à 90 kg.»

Les effets indésirables des psychotropes sont bien documentés et passablement étudiés. En raison de leur impact sur la qualité de vie des patients et de leur potentiel morbide, il est communément admis qu'ils doivent être suivis.³

Troubles métaboliques

Les troubles métaboliques occupent une place prédominante dans le suivi et la prise en charge des effets secondaires des psychotropes en général et particulièrement des neurolept-

tiques. Avec l'avènement des neuroleptiques atypiques, ils font l'objet de nombreuses études, bien qu'ils se manifestent également avec certains neuroleptiques classiques, pour lesquels les effets secondaires extrapyramidaux sont souvent au premier plan.⁵

Des recommandations existent pour le suivi et la gestion des effets secondaires métaboliques. Des examens de routine sont préconisés avant l'introduction du médicament, avec un suivi à un, trois et six mois, puis trimestriellement ou semestriellement⁶ (tableau 1). Il est recommandé de définir le profil de risque métabolique pour chaque patient et d'en tenir compte dans le choix du neuroleptique, certains étant plus à risque que d'autres. Pour ce qui est du poids et du tour de taille, ils devraient être contrôlés au moins tous les mois pendant les trois premiers mois. La prise pondérale ne se limite pas à une considération uniquement esthétique. En contribuant à altérer l'image et l'estime de soi chez des patients dont la confiance en soi est déjà mise à mal par leur condition, elle péjore l'état psychique. La graisse abdominale est particulièrement néfaste en termes de risques cardiovasculaires.

Règle des 5%

Un seuil de 5% ou plus d'augmentation du poids dans le premier mois de traitement constitue le meilleur facteur prédictif d'une augmentation plus importante à plus long terme.⁷ Ce seuil de 5% est aussi valable pour l'augmentation des triglycérides.⁸ Un changement de neuroleptique devrait être envisagé dès lors que le patient atteint une majoration pondérale d'au moins 5%, quelle que soit la période du traitement.⁵ Il arrive toutefois, qu'un changement de neuroleptique ne soit pas envisageable devant la sévérité de l'état clinique et un arsenal thérapeutique épuisé. Dans ces situations, et en cas d'échec des interventions psychosociales, de l'assainissement du mode de vie (arrêt du tabac, augmentation de l'activité physique) et de l'alimentation, des traitements médicamenteux adjuvants doivent être envisagés pour limiter et réduire le poids du patient ou la dyslipidémie. A noter encore que d'autres psychotropes, comme les antidépresseurs et les antiépileptiques, peuvent également générer une prise pondérale.

Glycémie

La glycémie devrait être également surveillée. Pour limiter le risque de survenue d'un diabète, les solutions précédemment citées restent valables. Toutefois, elles apparaissent plutôt irréalistes chez des personnes atteintes de pathologies psychiatriques lourdes. Outre les contrôles sanguins, le clinicien devrait s'enquérir de symptômes tels qu'une augmentation de la soif ou de la fréquence urinaire chez leurs patients.

Troubles moteurs extrapyramidaux

Du fait de leurs propriétés pharmacologiques, les psychotropes peuvent engendrer des effets secondaires neurologiques de type troubles moteurs extrapyramidaux, qui peuvent être fortement invalidants, les rendant ainsi aisément décelables. Dans la majorité des cas, ils sont dose-dépendants et peuvent s'amender avec une diminution de la dose. Lorsque cela ne suffit pas, un changement de molécules ou une médication adjuvante peuvent s'avérer nécessaires.^{3,5}

Cardiotoxicité

La cardiotoxicité (allongement de l'intervalle QT et risque de torsades de pointe, bloc de branche, trouble du rythme, etc.) est ubiquitaire parmi toutes les classes médicamenteuses et particulièrement parmi les psychotropes, certaines molécules étant plus à risque que les autres. Elle est généralement cumulative, raison pour laquelle une attention particulière devrait être portée sur les comorbidités et la médication somatique. Parce qu'elle n'est pas visible lors d'un entretien par exemple, une cardiotoxicité devrait être systématiquement recherchée à l'aide d'ECG de base et de contrôles, lorsqu'un psychotrope à risque est introduit et/ou sa dose majorée.

Dysfonctions sexuelles

Les dysfonctions sexuelles, qui comprennent une baisse de la libido, des troubles érectiles, l'assèchement vaginal, la difficulté ou l'impossibilité d'atteindre l'orgasme, sont très répandues chez les personnes atteintes de maladies psychiatriques, du fait même de leur pathologie (désinvestissement libidinal, hypersexualité débridée, etc.), mais aussi de la médication.

TABLEAU 1 Schéma de suivi lors de l'initiation d'un psychotrope

^a Historique familial et personnel sur: obésité, diabète, dyslipidémie, hypertension ou problèmes cardiovasculaires, consommation de tabac. ^b IMC: indice de masse corporelle = poids (en kg)/taille² (en m²). ^c A jeun. ^d Profil lipidique: cholestérol total, HDL, LDL, triglycérides. ^e Pour les patients avec un profil lipidique normal, une mesure tous les 5 ans est conseillée. ttt: traitement.

		Historique familial et personnel ^a	Poids, IMC ^b	Tour de taille	Tension artérielle	Glycémie ^c	Profil lipidique ^{c, d}
Première année	Avant ttt	X	X	X	X	X	X
	1 mois		X	X		X	X
	2 mois		X	X			
	3 mois		X	X	X	X	X
	6 mois		X	X			
	1 an	X	X	X	X	X	X
Ensuite	1 x/an	X	X	X	X	X	X ^e

(Adapté de réf.⁶).

Autant les neuroleptiques, que les antidépresseurs sont concernés. Toutefois, une dépression non traitée aura globalement un impact négatif plus marqué sur la fonction sexuelle que les antidépresseurs. Traiter la dépression améliore davantage la satisfaction sexuelle que les antidépresseurs ne la détériorent.⁹

Ces effets indésirables ne sont guère visibles, et ne sont pas mesurables avec une prise de sang (même si les taux de prolactine élevés sous antipsychotiques peuvent constituer un indice). Donc, à moins d'être abordés spécifiquement, soit par le médecin, soit par le patient, ils sont souvent tus pour diverses raisons. La pudeur peut retenir le patient, tandis que le clinicien pourrait les considérer comme étant mineurs en regard de la symptomatologie principale, ou alors les voir comme des effets secondaires plutôt souhaitables (sexualité déviante ou débridée). Les troubles sexuels peuvent pourtant grandement affecter la qualité de vie d'une personne alors que des stratégies existent pour les corriger.

COMMENT ÉVALUER LES EFFETS INDÉSIRABLES TELS QUE RESSENTIS PAR LE PATIENT?

Mme D.: «Dans le passé, un médecin privé voulait introduire la quétiapine. Il m'a parlé de l'effet négatif du médicament qui annulait la sensation de satiété. Je l'ai ressenti et c'était quelque chose d'abominable. On n'a pas faim, mais dès qu'on mange on ne peut plus s'arrêter. J'ai pris plus de 20 kg en peu de temps. Peut-être qu'il m'a parlé de me restreindre ou de suivre une hygiène de vie différente, mais ce n'était juste pas possible. Je n'aurai pas pu suivre de mesures diététiques; à un moment c'était de la boulimie. Je n'en pouvais plus et j'ai souhaité arrêter. C'est déjà pénible le regard sur soi à cause de la maladie, ça me donnait un problème de plus et j'en avais déjà assez.»

Le clinicien a une connaissance théorique de ce que pourraient être les effets indésirables dus aux psychotropes. Une revue récente de la littérature¹⁰ a mis en évidence que, parmi les effets secondaires, les symptômes neurologiques et métaboliques, ainsi que les problèmes de sédation étaient plus systématiquement rapportés et suivis que les complications d'ordre affectif, cognitives diverses, hormonales ou cutanées. Mais dans la réalité du patient, un effet indésirable ordinairement relégué au second plan par le médecin, pourrait entraver sa routine et compromettre sa prise en charge. Il n'aura peut-être pas forcément la possibilité d'en discuter avec son thérapeute, selon la manière dont se déroulent les entretiens; il n'est pas toujours possible d'aborder tous les sujets souhaités. Pour cette raison, une documentation des effets indésirables subjectifs ressentis par le patient, pourrait s'avérer être un bon outil de communication.

Une étude australienne a été conduite sur le développement d'un questionnaire, destiné aux patients, concernant les effets indésirables de leur médication psychotrope. L'implication de patients et de groupes de professionnels (psychiatres, médecins généralistes, pharmaciens, infirmières en psychiatrie et autres soignants), a permis d'améliorer le questionnaire et d'évaluer l'ergonomie et l'acceptabilité de la version aboutie

«My Medicines and Me» ou «M3Q».¹¹ Son utilité a été reconnue par chacun des participants.

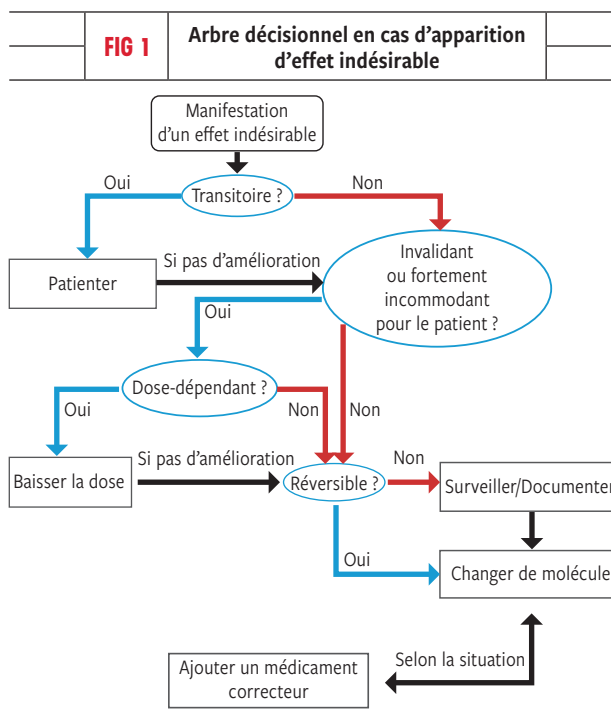
Le M3Q est une combinaison de questions fermées (à la manière d'une check-list) et ouvertes. Il est prévu un questionnaire par médicament, qui devrait être idéalement rempli par le patient au préalable, avant l'entretien planifié avec le médecin pour en discuter. Une telle séance serait en effet bénéfique, car les prescripteurs ne réalisent pas toujours l'ampleur de l'impact des effets indésirables des psychotropes dans la vie quotidienne de leurs patients.

QUELLES PISTES POUR LE MÉDECIN DANS SON CABINET?

Mme P.: «Mon psychothérapeute ne gère pas la médication psychotrope. J'ai des montées de lait, la poitrine qui gonfle et ça fait vraiment très mal. J'en ai parlé avec le généraliste, qui ne propose aucune solution. Il n'a aucune réaction, pas un mot, rien, nada. Je n'ai qu'à supporter. Les effets secondaires sont là, bien installés, le seul moyen que je vois pour m'en sortir c'est d'arrêter le médicament.»

Il est primordial de prendre au sérieux les effets indésirables lorsqu'un patient se plaint et de tenter d'y remédier (proposition d'un arbre décisionnel, **figure 1**).

Pour reprendre l'exemple de Mme P. les symptômes qu'elle décrit sont vraisemblablement dus à une hyperprolactinémie. Un dosage de la prolactine aurait éventuellement permis de les objectiver. Il n'en demeure pas moins que des solutions existent. Même si le traitement a été instauré en milieu hospitalier, un ajustement de la posologie aurait pu être envisagé,



sur la base d'un taux plasmatique du médicament par exemple, eu égard à la sévérité des effets indésirables tels que perçus par la patiente.

Les traitements psychotropes n'étant pas familiers à tous les praticiens, il est possible, par exemple, de se référer au **tableau 2** pour anticiper les effets indésirables. Il n'est toutefois pas toujours aisé de savoir comment réagir. Dans de telles situations, il peut être opportun de s'adresser à des confrères ou des spécialistes. Il existe en outre des ouvrages de référence^{9,12} et le site de Swissmedinfo¹³ sur lesquels s'appuyer. Dans certains cas, une prise en charge pluridisciplinaire est souhaitable.

Les effets indésirables peuvent survenir dans la durée. Il n'est donc pas rare qu'ils se manifestent quelques semaines ou mois après la sortie d'hospitalisation durant laquelle le psychotrope a été instauré. Il incombe alors au médecin dans son cabinet, de les gérer avec le patient. A l'instar du M3Q précédemment cité, un questionnaire préalablement rempli pourrait être un moyen d'entamer une communication ouverte entre le médecin et son patient et permettre au premier de saisir la perception que peut avoir le second, des possibles effets indésirables et de leurs réels impacts.

Le patient pourrait ne pas savoir à quel médicament attribuer un effet secondaire donné. Aussi, la mise à disposition d'un

outil simplifié tel que le questionnaire proposé (**annexe 1**) s'avèrerait-il être une aide à l'identification des symptômes problématiques dans leur ensemble. Il s'agit d'une proposition de version française du M3Q, légèrement modifiée pour n'être remplie qu'à un seul exemplaire, indépendamment du nombre de psychotropes. La démarche devrait idéalement être reconduite, quelques semaines après chaque nouvelle introduction ou changement de médication.

LE MOT DE LA FIN

Mme D.: «En parler, les nommer prendre du temps pour ça, avertir et si c'est le même médecin suivre et contrôler.»

Les mots de Mme D. résument parfaitement comment la problématique des effets indésirables liés à la médication psychotrope devrait être abordée. Les trois personnes du GRAAP interrogées en arrivent à la même conclusion: une bonne explication des effets indésirables possibles, en dehors de la crise aiguë de la maladie, diminue l'anxiété et atténue les réticences qu'il peut y avoir à la prise d'un nouveau traitement. Il faut néanmoins que les bénéfices, au bout du compte dépassent les inconvénients, aussi et surtout du point de vue du

TABLEAU 2 Aperçu des effets indésirables principaux des antipsychotiques usuels en Suisse

Fréquence: 0: pas de risque; (+): rare, comparable au placebo; +: 1%; ++: < 10%; +++: >10%; ?: données inexistantes ou limitées.

Poids (changement dans les 6 à 10 semaines): +: 0-1,5 kg; ++: 1,5-3 kg; +++: > 3 kg.

^a Il semblerait qu'il existe un risque plus élevé de crises pour différents antipsychotiques atypiques. Vu que les données ne sont pas encore claires, nous nous alignons sur l'évaluation de Hasan et coll.¹⁴

Principe actif											
Effets secondaires	Halopéridol	Amisulpride	Aripiprazole	Clozapine	Olanzapine	Palipéridone	Quétiapine	Rispéridone	Sertindole	Asénapine	Lurasidone
Akathisie/parkinsonisme	+++	0/(+)	+	0	0/(+)	0/++	0/(+)	0/++	0/(+)	++	++
Dyskinésie tardive	+++	(+)	(+)	0	(+)	(+)	?	(+)	(+)	?	?
Crises d'épilepsie ^a	+	0	(+)	++	0	0	0	0	(+)	?	?
QTc	+	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	+++	(+)	(+)
Hyperglycémie	(+)	(+)	0	+++	+++	++	++	++	+	+++	(+)-+
Hyperlipidémie	(+)	(+)	0	+++	+++	++	++	++	+	+++	(+)-+
Hypotension	++	0	+	(+)	(+)	++	++	++	(+)	0/(+)	0/(+)
Agranulocytose	0/(+)	0/(+)	0/(+)	+	0/(+)	0/(+)	0/(+)	0/(+)	0/(+)	0/(+)	0/(+)
Prise de poids	+	+	(+)	+++	+++	++	++	++	++	+	(+)-+
Augmentation de la prolactine	+++	+++	0	0	(+)	++	(+)	++	(+)	+	++
Sédation	+	0/(+)	0	+++	+/++	+	++	+	(+)	+++	++
SMN	+	?	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	?	?

(Adapté de réf.³).

patient. Dans le cas contraire, un échec thérapeutique peut être à craindre.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- L'emploi de psychotropes s'est largement répandu et leur prescription n'est plus le simple fait des psychiatres
- Ces médicaments engendrent une série d'effets indésirables, qui devraient être nécessairement abordés avec le patient, en privilégiant un dialogue ouvert et en élaborant une stratégie de prise en charge psychopharmacologique
- Un questionnaire d'évaluation de l'expérience subjective d'effets indésirables rempli par le patient, peut constituer un outil d'aide à la communication et renforcer l'alliance thérapeutique entre son médecin et lui
- En plus d'en discuter, les effets indésirables devraient être dépistés et gérés par le médecin; une prise en charge pluridisciplinaire est parfois nécessaire

1 Site internet officiel du Canton de Vaud. www.vd.ch/themes/sante-soins-et-handicap/patients-et-residents-droits-et-qualite-de-soins/les-droits-des-patients/. Consulté en juillet 2018.

2 Velligan D, Sajatovic M, Hatch A, et al. Why do psychiatric patients stop antipsychotic medication? A systematic review of reasons for nonadherence to medication in patients with serious

mental illness. *Patient Prefer Adherence* 2017;11:449-68.

3 ** Kaiser S, Berger G, Conus P, et al. Recommandations thérapeutiques de la SSPP pour le traitement de la schizophrénie, février 2016.

4 * Kavanagh EP, Cahill J, Arbuckle MR, et al. Psychopharmacology prescribing workshops: a novel method for teaching psychiatry residents how to talk to patients about medications. *Acad Psychiatry* 2017;41:491-6.

5 ** Ames D, Carr-Lopez SM, Gutierrez MA, et al. Detecting and managing adverse effects of antipsychotic medications, Current state of play. *Psychiatr Clin N Am* 2016;39:275-311.

6 ** Directive du département de psychiatrie: suivi des effets secondaires (notamment métaboliques) lors de traitement par psychotropes. www.chuv.ch/fileadmin/sites/dp/documents/dp-uppc-suivi-effets-secondaires-06dec2016.pdf. Consulté en juillet 2018.

7 Vandenbergh F, Gholam-Rezaee M, Saigi-Morgui N, et al. Importance of early weight changes to predict long-term weight gain during psychotropic drug treatment. *J Clin Psychiatry* 2015;76.

8 Delacretaz A, Vandenbergh F, Gholam-Rezaee M, et al. Early changes of blood lipid levels during psychotropic drug treatment as predictors of long-term lipid changes and of new onset dyslipidemia. *J Clin Lipidol* 2018;12:219-29.

9 * Bazire S. *Psychotropic drug directory* 2018. Lloyd-Reinhold Publications, 2018.

10 Longden E, Read J. Assessing and reporting the adverse effects of antipsychotic medication: a systematic review of clinical studies, and prospective, retrospective, and cross-sectional research. *Clin Neuropharmacol* 2016;39:29-39.

11 * Ashoorian DM, Davidson RM, Rock D, Seubert LJ, Clifford RM. Development of the my medicines and me [M3Q] side effect questionnaire for mental health patient: a qualitative study. *Ter Adv Psychopharmacol* 2015;5:289-303.

12 * Stahl MS. *Essential psychopharmacology: prescriber's guide*. Sixth Edition. Cambridge: Cambridge University Press, 2017.

13 Swissmedinfo Online. www.swissmedinfo.ch. Consulté en juillet 2018.

14 Hasan A, Falkai P, Wobrock T et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of schizophrenia, part 2: update 2012 on the long-term treatment of schizophrenia and management of antipsychotic-induced side effects. *World J Biol Psychiatry*.2013;14:2-44.

* à lire

** à lire absolument

	ANNEXE 1	Questionnaire pour le patient sur les effets indésirables ressentis	
--	-----------------	--	--

Psychotrope(s) :

Cochez la case si au cours des 4 dernières semaines vous avez ressenti un des effets indésirables listés ci-dessous:

A Etat général	
• Vous êtes-vous senti(e) faible?	
• Avez-vous éprouvé la sensation d'être drogué(e) ou comme un zombie?	
• Avez-vous transpiré plus que d'habitude?	
B Problèmes de sommeil/éveil	
• Vous êtes-vous senti(e) fatigué(e) durant la journée?	
• Avez-vous éprouvé de la difficulté à rester éveillé(e) durant la journée?	
• Vous est-il arrivé de vous réveiller avec difficulté ou avec l'esprit brumeux?	
C Poids et changement d'appétit	
• Avez-vous pris du poids?	
• Avez-vous trouvé que certains aliments avaient un goût différent/avarié?	
• Vous êtes-vous senti(e) plus affamé(e) que d'habitude?	
• Vous êtes-vous senti(e) plus assoiffé(e) que d'habitude?	
D Transit et troubles urinaires	
• Avez-vous été constipé(e)	
• Avez-vous éprouvé une augmentation du besoin d'uriner?	
E Changement au niveau de la peau	
• Votre peau est-elle devenue plus sensible au soleil?	
• Avez-vous remarqué le noircissement d'une zone de votre peau?	
F Glycémie et diabète	
• Etes-vous diabétique?	
• Vous a-t-on déjà dit que votre glycémie était élevée?	
• Avez-vous observé des variations de votre glycémie?	
G Changement liés à la vue	
• Votre vue s'est-elle troublée?	
• Avez-vous eu la sensation d'avoir les yeux secs ou granuleux?	
H Difficultés orales	
• Avez-vous eu l'impression que vos mots ne sortaient pas normalement?	
• Avez-vous éprouvé des difficultés à avaler?	
I Changement de l'humeur	
• Vous êtes-vous senti(e) anxieux(se)?	
• Vous êtes-vous senti(e) agité(e)?	
• Vous êtes-vous senti(e) triste?	
• Avez-vous perdu l'intérêt pour des choses agréables?	
J Présence de mouvements incontrôlés du corps ou du visage	
• Avez-vous éprouvé des crises/secousses?	
• Vos jambes ou vos bras ont-ils tremblé?	
• Avez-vous eu les jambes agitées?	
K A propos de sexualité	
• Avez-vous été moins intéressé(e) par le sexe?	
• Avez-vous éprouvé des difficultés à prendre du plaisir durant l'acte sexuel?	
• Avez-vous été incapable d'atteindre l'orgasme?	
• Avez-vous ressenti que la région autour des mamelons était enflée ou endolorie?	

- 1) Avez-vous au cours de ces 4 dernières semaines ressenti d'autres effets indésirables qui n'ont pas été listés?
.....
- 2) Pensez-vous qu'un de vos médicaments en particulier est responsable des effets indésirables ressentis? Si oui, lequel?
.....
- 3) De quand date l'introduction ou le changement de posologie du médicament?
.....