



# Polypharmacie et psychiatrie

par Jacques Clément

La polypharmacie nous touche tous.

- Doit-on prescrire nous-mêmes une ordonnance comprenant plusieurs médicaments ou laisser au médecin spécialiste qui a amorcé le traitement le soin de le faire ?
- Doit-on tout arrêter et repartir à zéro ?

LA POLYPHARMACIE est un phénomène que nous voyons quotidiennement chez les patients, que ce soit à l'urgence, à domicile, au cabinet ou au centre hospitalier de soins de courte ou de longue durée. Le vieillissement de la population ne l'explique pas à lui seul. Chaque spécialité fait maintenant appel à une pharmacopée de plus en plus complexe. La surspécialisation crée une tendance vers des traitements plus individualisés et ciblés sur des symptômes précis. La psychopharmacothérapie n'y échappe pas, et la psychiatrie est l'une des disciplines qui contribue à accentuer la polypharmacie. On trouvera au *tableau I* une liste de facteurs qui peuvent aussi jouer un rôle important dans ce phénomène.

La polypharmacie peut s'inscrire dans le cadre d'un traitement psychopharmacothérapeutique dans lequel un médicament est prescrit pour contrer les effets secondaires d'un premier ou pour en potentialiser l'effet. Elle peut aussi résulter des ordonnances de plusieurs spécialistes différents. Les omnipraticiens voient ces patients présentant des problèmes mixtes et la pharmacothérapie qui en découle. Nous essaierons d'analyser comment il faut aborder ces problèmes. Nous ne traiterons pas de tout l'aspect pharmacologique (toxicité, pharmacocinétique, pharmacodynamique, interactions) de la psychopharmacologie, mais plutôt de son aspect clinique, c'est-à-dire de certaines de ses répercussions sur le médecin et son patient.

Selon les données de la Régie de

*Le Dr Jacques Clément, omnipraticien, exerce au département de médecine générale de l'hôpital Louis-H. Lafontaine, à Montréal.*

l'assurance-maladie du Québec de 1998, les médicaments qui agissent sur le système nerveux central (analgésiques, anticonvulsivants, psychotropes, anxiolytiques) sont les médicaments les plus fréquemment prescrits aux prestataires de la Sécurité du revenu ; ils se classent en deuxième position chez les personnes âgées de plus de 65 ans et chez les adhérents au Régime d'assurance-médicaments du Québec. Les autres classes de médicaments les plus fréquemment prescrites sont les médicaments cardiovasculaires, les hormones et substituts (anovulants, œstrogènes, antidiabétiques, extraits thyroïdiens et autres) ainsi que les anti-infectieux<sup>1</sup>. Enfin, on note que les omnipraticiens prescrivent plus de médicaments agissant sur le système nerveux central que les psychiatres<sup>2</sup>, aux États-Unis et ailleurs dans le monde<sup>3</sup>, sauf possiblement pour le lithium.

## Généralités

Il est difficile de trouver une défini-

Les omnipraticiens prescrivent plus de médicaments agissant sur le système nerveux central que les psychiatres, aux États-Unis et ailleurs dans le monde, sauf possiblement pour le lithium.

## Repère

## Tableau I

### Facteurs en cause dans la polypharmacie

- Disponibilité de nouveaux médicaments
- Désinstitutionnalisation de la clientèle psychiatrique
- Virage ambulatoire
- Accessibilité des services
- Surspécialisation
- Traitement individualisé
- Vieillesse de la population

tion claire, précise et constante de la polypharmacie. Sa définition varie selon les études et le contexte dans lequel elle est utilisée. Certains la définissent de façon un peu péjorative comme la prise de plus de médicaments qu'il n'est nécessaire cliniquement. Cela correspond davantage à la définition d'une prescription inappropriée<sup>4</sup>. Ailleurs, on la définit en fonction du nombre de médicaments (deux, trois,

## Tableau II

### Diagnostics psychiatriques associés à la polypharmacie

- Schizophrénie et troubles psychotiques
- Trouble de l'humeur
- Déficience intellectuelle
- Troubles cognitifs

quatre ou cinq médicaments et plus par classe...). Il y a polypharmacie lorsque plus d'un médicament de la même classe est prescrit, compte tenu du fait que ces médicaments sont indiqués et qu'il y a réponse au traitement<sup>5</sup>. Cette définition permet de distinguer la polypharmacie de la surconsommation ou de l'abus. On peut être pour ou contre la polypharmacie, mais elle existe, et pas uniquement en psychopharmacologie.

La polypharmacie devient maintenant courante et utile, parfois même indispensable. La plupart des spécialités, incluant la psychiatrie, ont constitué une polypharmacie. On la retrouverait dans au moins 10 % des ordonnances en pratique de médecine générale<sup>2,3</sup>. Par contre, en pratique psychiatrique, on signale que seulement 10 à 20 % des patients reçoivent une monothérapie<sup>6</sup>. Les maladies les plus souvent visées par la psychopharmacologie sont regroupées au *tableau II*. Frye<sup>7</sup> a montré que le recours à la polypharmacie dans le traitement des maladies affectives s'est accru entre 1974 et 1993 (trois médicaments ou plus prescrits à la sortie de l'hôpital). Pour les autres spécialités, on recourt à la polypharmacie dans les domaines de la cardiologie, de l'endocrinologie, de la gastro-entérologie, de l'infectiologie et de l'oncologie<sup>1</sup>.

Comme nous traitons les patients

de façon globale, nous nous trouvons fréquemment face à une polypharmacie. Il est donc important sur le plan clinique de rechercher et de relever certains éléments pour pouvoir bien suivre le patient (*tableau III*). Au besoin, on fera appel à sa famille et à son pharmacien. À l'occasion, il peut être nécessaire de communiquer avec un des spécialistes traitants.

Une étude récente<sup>8</sup> a montré qu'il faut éviter de sous-traiter des problèmes moins importants par rapport à un problème médical prédominant (exemple : fibrillation auriculaire et schizophrénie, œsophagite de reflux et dépression, etc.). Il est utile de se rappeler que l'augmentation du nombre de médicaments pris par un patient peut réduire l'observance du traitement et affecter la relation médecin-patient<sup>9</sup>. Des auteurs rapportent que le simple fait de passer de trois à quatre médicaments dans une ordonnance double la non-observance chez les personnes âgées<sup>10</sup>. De même, les effets indésirables et les possibilités d'interactions médicamenteuses augmentent de façon exponentielle.

Nous verrons maintenant deux cas illustrant comment on peut se débrouiller face à la polypharmacie utilisée en psychiatrie.

### Cas n° 1

*M. D. Primé est un patient âgé de 80 ans qui vit à domicile avec son épouse. Il a été hospitalisé une première fois pour une dépression en 1995. Une seconde hospitalisation est nécessaire au début de l'année 2000 pour la même raison. Il reçoit alors un traitement d'électroconvulsion. Après rémission des symptômes, il quitte l'hôpital en juillet 2000 avec l'ordonnance présentée à l'encadré 1. Sur le plan physique, ce patient*

## Tableau III

### Éléments à rechercher dans un contexte de polypharmacie

- Médicaments, prescrits ou non, produits naturels
- Indications du traitement (diagnostics)
- Réponse au traitement
- Surveillance
  - concentrations sanguines des médicaments
  - effets secondaires
- Évaluation nutritionnelle
- Évaluation du milieu de vie

*souffre d'une maladie cardiaque artérioscéléreuse grave compliquée d'une fibrillation auriculaire, d'une insuffisance cardiaque et d'une insuffisance rénale. Il a une hypertrophie bénigne de la prostate peu symptomatique. À la mi-août, il revoit son psychiatre en clinique externe, et ce dernier augmente la dose de sertraline à 125 mg par jour.*

*Deux semaines après sa dernière consultation chez le psychiatre en clinique externe, le patient présente une rétention urinaire pour laquelle il est amené à l'urgence dans un centre hospitalier de soins généraux de courte*

## Encadré 1

### Profil médicamenteux de M. D. Primé

#### Juillet 2000 :

Sertraline : 100 mg *die*  
Lorazépam : 0,5 mg b.i.d.  
Warfarine selon le RNI  
Fénofibrate : 200 mg *die*  
Furosémide : 40 mg *die*  
Digoxine : 0,125 mg *die*

#### Mi-août 2000 :

Sertraline ↑ 125 mg *die*

durée. Il subit une résection transurétrale de la prostate le 5 septembre. Une semaine plus tard, il reçoit son congé de l'hôpital. Le médicament psychiatrique n'a pas été représcrit à l'hôpital général. Le tableau dépressif s'accroît pendant le mois de septembre au point de nécessiter une nouvelle hospitalisation au département de psychiatrie.

Cette histoire de cas met en lumière deux problèmes fréquents avec la polypharmacie utilisée en psychiatrie. En premier lieu, il est possible que la légère augmentation de la dose de l'antidépresseur ait provoqué une accentuation des symptômes de l'hypertrophie bénigne de la prostate. Cela peut avoir été produit par une action directe ou indirecte du médicament. En effet, même si elle n'est pas aussi fréquente qu'avec les antidépresseurs tricycliques, l'accentuation des symptômes de l'hypertrophie de la prostate a été signalée avec l'utilisation des inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS)<sup>11</sup>. Le phénomène pourrait également s'expliquer par la pharmacocinétique. Dans cette perspective, le problème pourrait être dû à une interaction dans laquelle l'ISRS augmenterait les concentrations plasmatiques des autres médicaments en réduisant leur métabolisme hépatique, créant ainsi un effet indésirable au niveau prostatique.

En second lieu, l'hospitalisation a créé une malencontreuse discontinuité dans le traitement de la dépression de ce patient. Cette omission est à l'origine d'une nouvelle hospitalisation. Nous faisons régulièrement face à de telles situations, où la continuité du traitement est rompue à cause de contextes particuliers comme la chirurgie d'un jour ou une hospitalisation brève à l'urgence pour un problème intercurrent. La polypharmacie

exige une vigilance particulière, surtout lorsqu'elle émane de plusieurs spécialités. L'omnipraticien peut alors jouer un rôle charnière indispensable.

### Cas n° 2

*M. Y. Tremble est un patient âgé de 76 ans vivant dans un centre d'hébergement affilié au département de psychiatrie de son secteur. Sur le plan psychiatrique, il présente un trouble schizo-affectif mixte avec hallucinations auditives. L'anamnèse révèle des antécédents de traumatisme crânien avec un léger syndrome cérébral organique frontal. Il présente des signes de dyskinésie tardive, de l'akathisie et du parkinsonisme. Les hallucinations auditives sont réfractaires à tout traitement pharmacologique. À sa sortie de l'hôpital, le patient retourne dans son foyer avec les médicaments psychiatriques énumérés à l'encadré 2. Le psychiatre continue d'assurer le suivi en raison de l'instabilité de la maladie psychiatrique. Cependant, vous êtes le médecin qui visite ce foyer une fois par mois.*

*Sur le plan physique, ce patient présente une bronchite chronique, une hypertrophie bénigne de la prostate, de l'artériosclérose avec cardiomégalie, un anévrisme de l'aorte abdominale opéré, une fibrillation auriculaire, de la constipation, une diverticulose du sigmoïde et une hypo-acousie. Il a déjà souffert d'une hypotension grave provoquée par*

### Encadré 2

#### Profil médicamenteux de M. Y. Tremble

##### Médicaments prescrits par le psychiatre :

- Halopéridol : 5 mg b.i.d.
- Halopéridol : 2 mg le midi
- Risperidone : 0,5 mg t.i.d.
- Procyclidine : 2,5 mg b.i.d.
- Gabapentine : 400 mg midi et soir
- Oxazépam : 15 mg h.s. p.r.n.

##### Autres médicaments :

- Oxybutynine : 2,5 mg b.i.d.
- Digoxine : 0,25 mg die
- Warfarine selon le RNI

*de la térazosine prescrite pour traiter une hypertrophie bénigne de la prostate. Il a arrêté de prendre de l'aspirine lorsqu'il a commencé à prendre de la warfarine pour traiter une fibrillation auriculaire apparue lors de son dernier séjour à l'hôpital.*

Il s'agit donc d'un problème médical complexe incluant de longs antécédents psychiatriques. Le problème principal est une maladie psychiatrique pour laquelle il est suivi activement. Mais il ne faut pas négliger pour autant les problèmes physiques et les médicaments qui y sont associés. Entre autres, il faut tenir compte des effets secondaires de chaque médicament, de même que des interactions médicamenteuses.

### Tableau IV

#### Posologie et concentrations sanguines des stabilisateurs de l'humeur<sup>11-12</sup>

Médicament	Posologie	Concentrations sanguines
Lithium	400-1200 mg die	0,6-1,0 mmol/L
Divalproex sodique ou acide valproïque	300-3000 mg die	350-800 µmol/L
Carbamazépine	300-1600 mg die	17-54 µmol/L

## Tableau V

### Bilan initial et suivi pour les stabilisateurs de l'humeur<sup>11-12</sup>

Médicament	Bilan initial	Suivi
Lithium	Formule sanguine complète, vitesse de sédimentation, ionogramme, tests hépatiques, TSH sensible, Ca, PTH, ECG si le patient a 45 ans et plus ou souffre d'une maladie cardiaque.	Tous les 6 mois : formule sanguine complète, TSH ; Annuel : taux d'urée, créatininémie ; Tous les 1-2 ans : Ca, PTH.
Divalproex sodique ou acide valproïque	Formule sanguine, vitesse de sédimentation, tests hépatiques, coagulogramme.	Formule sanguine, vitesse de sédimentation et tests hépatiques tous les mois pendant 6 mois, tous les 6 mois par la suite.
Carbamazépine	Formule sanguine, vitesse de sédimentation, tests hépatiques, ionogramme, ECG si le patient a plus de 45 ans ou a un problème cardiaque.	Formule sanguine et vitesse de sédimentation toutes les 2 à 4 semaines pendant 3 mois, puis 4 fois par année. Ionogramme s'il y a des indices d'hyponatrémie.

60 Nous rencontrons parfois de telles situations de polypharmacie rendue nécessaire par des problèmes médicaux graves. Nous assumons alors une partie de la responsabilité du suivi lorsqu'il faut renouveler l'ordonnance des médicaments prescrits pour traiter les problèmes physiques : nous devons nous assurer qu'ils sont indiqués, qu'ils sont efficaces, et rester à l'affût des interactions avec les médicaments psychiatriques. Le malaise du prescripteur est facilement compréhensible. Un tableau aussi complexe exige prudence et patience. S'il y a des changements à apporter, ils doivent l'être lentement et progressivement, en accord avec les autres intervenants. Il faudra éventuellement discuter avec le psychiatre si les médicaments psychiatriques interagissent avec les médicaments physiques (par exemple,

effets anticholinergiques, interactions avec la warfarine). Une communication avec les autres médecins qui interviennent auprès du patient pourra aussi alléger le poids de la responsabilité et clarifier les objectifs thérapeutiques.

Il est donc opportun qu'un tel patient continue d'être suivi par le psychiatre en ce qui concerne ses médicaments psychiatriques. Il est également souhaitable que nous soyons informés des modifications apportées au traitement médicamenteux au cours des séjours à l'hôpital ou lors des consultations en clinique externe. Pour ce faire, on peut demander une copie de l'ordonnance du psychiatre ou demander que soit inséré au dossier un profil médicamenteux mis à jour régulièrement. Nous pouvons également obtenir une copie de la note d'évolu-

tion du ou des spécialistes pour le dossier de l'établissement que nous desservons. Une communication directe avec le spécialiste est indiquée si cela s'avère nécessaire. Enfin, on peut ajouter une rencontre avec l'équipe psychiatrique au besoin.

Dans le respect des limites de chacun, la relation entre les différents intervenants est d'une importance primordiale. Face à un problème de polypharmacie aussi complexe impliquant plusieurs spécialités médicales, l'omnipraticien se trouve au milieu de l'ensemble et peut jouer un rôle essentiel de coordination, nécessaire au mieux-être du patient.

## Discussion

Nous avons présenté deux cas de polypharmacie associée à des problèmes psychiatriques et physiques importants. Les pressions pour que l'omnipraticien assume une prise en charge globale de tels patients sont de plus en plus fréquentes. Comment aborder ces patients si on accepte de les suivre ?

Il faut être prudent lorsqu'on introduit un nouveau médicament (diag-

**Il faut être prudent lorsqu'on introduit un nouveau médicament (diagnostic, indication), alors qu'au renouvellement d'une prescription de médicaments, on doit surtout veiller à ce que la continuité des soins soit assurée.**

**Le champ d'intervention auprès du patient des médecins, omnipraticiens ou spécialistes, doit être précisé dans le respect des limites de chacun.**

Repères

nostic, indication), alors qu'au renouvellement d'une prescription de médicaments, on doit veiller à ce que la continuité des soins soit assurée<sup>4</sup>. On peut être tenté d'arrêter certains médicaments lorsqu'on voit toute la panoplie qu'un patient consomme, mais il vaut mieux être prudent et faire preuve de patience sur ce plan pour ne pas déclencher un sevrage ou une désorganisation.

Que ce soit pour l'ajout d'un nouveau médicament ou pour une nouvelle prescription du même médicament, il faut toujours être à l'affût des effets secondaires (parkinsonisme, dyskinésie tardive, hypotension, potomanie, etc.) (voir l'article à ce sujet intitulé « L'hyponatrémie chez le malade psychiatrique », dans ce numéro) et des interactions possibles. On doit aussi surveiller les concentrations sanguines de certains médicaments (lithium, anticonvulsivants) (tableau IV) et contrôler les paramètres biologiques qui pourraient être modifiés par le médicament : formule sanguine avec la clozapine et les anticonvulsivants, fonction rénale et thyroïdienne avec le lithium, fonction hépatique, coagulogramme, etc. (tableau V).

Le champ d'intervention auprès du patient des médecins, omnipraticiens ou spécialistes, doit être précisé dans le respect des limites de chacun. La consultation d'un confrère spécialiste peut être indiquée s'il faut préciser le diagnostic et la réponse au traitement, s'il y a modification du tableau clinique ou encore, s'il faut arrêter la prise d'un médicament physique ou psychiatrique ou en sevrer le patient.

**L**E PROBLÈME de la polypharmacie se rencontre à plusieurs niveaux. La psychiatrie n'y échappe pas. Les attentes des patients, des familles et de

la société sont immenses depuis le courant qui a permis de diriger de nombreux malades psychiatriques vers des milieux sociaux plus normalisants. Le médecin omnipraticien doit être de plus en plus vigilant dans l'évaluation de la psychopharmacothérapie, en tenant compte de l'aspect psychothérapeutique et du milieu. Les deux histoires présentées illustrent des cas réels. Nous aurons de plus en plus à faire face à des cas semblables, quel que soit le milieu où l'on pratique. Mentionnons enfin que les médecins ne tiennent pas toujours compte des médicaments prescrits par leurs confrères, et il apparaît donc important d'être particulièrement vigilant à ce chapitre. Finalement, peu d'études se sont penchées sur une approche systématique de l'interprétation de toute la polypharmacie, que ce soit en psychiatrie ou dans les autres spécialités<sup>7</sup>. □

**Date de réception :** 17 octobre 2000.

**Date d'acceptation :** 11 décembre 2000.

**Mots clés :** polypharmacie, psychiatrie, psychopharmacologie, médecin de famille.

## Bibliographie

1. Régie de l'assurance-maladie du Québec, Service des statistiques. *Nombre de participants, nombre et coût des ordonnances selon la classe de médicaments*. Québec : RAMQ, 1998.
2. Beardsley S, Gardocki GJ, Larson DB, Hidalgo J. Prescribing of psychotropic medication by primary care physicians and psychiatrists. *Arch Gen Psychiatry* 1988 ; 45 : 1117-9.
3. Linden M, Lecrubier Y, Bellantuono C, Benkert O, Kisely S, Simon G. The prescribing of psychotropic drugs by primary care physicians: an international collaborative study. *J Clin Psychopharmacology* 1999 ; 19 (2) : 132-40.
4. Damestoy N, Collin J, Lalande R. Prescribing psychotropic medication for elderly patients: some physicians' perspectives.

## Summary

**Polypharmacy and Psychiatry.** Polypharmacy is present in many specialties and psychiatry is frequently involved, alone or in association with other specialties. We suggest a simple definition, i.e. the use of two or more medications of the same class. We illustrate two cases of polypharmacy. We discuss the precautions to take when using polypharmacy and have some suggestions as to when to refer. Polypharmacy is not only a medical problem.

**Key words:** polypharmacy, psychiatry, psychopharmacology, family physician.

*CMAJ* 1999 ; 166 (2) : 143-5.

5. Honig PK, Cantilena LR. Polypharmacy: pharmacokinetic perspectives. *Clin Pharmacokin* 1994 ; 26 (2) : 85-90.
6. Rittman4nsberger H, Meise U, Schauflinger K, Horvath E, Donat H, Hinterhuber H. Polypharmacy in psychiatric treatment. Patterns of psychotropic drug use in Austrian psychiatric clinics. *Eur Psychiatry* mars 1999 ; 14 (1) : 33-40.
7. Frye MA, Ketter TA, Leverich GS, Huggins T, Lantz C, Denicoff KD, et al. The increasing use of polypharmacotherapy for refractory mood disorders: 22 years of study. *J Clin Psychiatry* janvier 2000 ; 61 (1) : 9-15.
8. Redelmeier DA, Siew H, Than MA, Booth GL. The treatment of unrelated disorders in patient with chronic medical diseases. *N Engl J Med* 1998 ; 338 (21) : 1516-42.
9. Fincke BG, Miller DR, Spiro III A. The interaction of patient perception of overmedication with drug compliance and side effects. *J G Intern Med* 1998 ; 13 : 182-5.
10. Grenier L, Barbeau G. Pharmacologie. Dans : Arcand M, Hébert R. *Précis pratique de gériatrie*. 2<sup>e</sup> éd. Montréal : Edisem-Maloiné, 1997.
11. Bezchlibnyk-Butler HZ, Jeffries JJ, réd. *Clinical Handbook of Psychotropic Drugs*. 9<sup>e</sup> éd. Seattle : Hogrefe & Huber Publishers, 1999 : 5.
12. Association des pharmaciens du Canada. *Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques*. 35<sup>e</sup> éd. APC, 2000.

61