

Collecte de données pour le contrôle de qualité de l'usage médical limité des psychédéliques (PAT)

En Suisse, la PAT est possible avec une autorisation exceptionnelle de l'OFSP. La PAT n'est pas un traitement standard. De plus, des stupéfiants interdits et non commercialisables sont utilisés. Une bonne documentation de l'efficacité et des éventuels effets indésirables de ces traitements chez chaque patient(e) est donc importante pour les soignants et pour l'autorité appropriaire. À la fin du traitement, l'OFSP exige un rapport. De plus, l'Hôpital Universitaire de Bâle, en collaboration avec l'Association Médicale Suisse pour la Thérapie Psychoalytique (SÄPT), mène la présente enquête pour documenter les traitements.

En tant que praticien*, veuillez répondre aux questions suivantes **une seule fois à la fin de chaque autorisation de l'OFSP après un an au maximum pour chaque patient***. Veuillez rédiger un rapport par substance.

Veuillez envoyer le questionnaire rempli (un par patient* et pour chaque substance/autorisation de l'OFSP) en format Word ou PDF ou scanné par courrier ou par e-mail au Prof. Dr med. Matthias Liechti (matthias.liechti@usb.ch, Klinische Pharmakologie, Universitätsspital Basel, Schanzenstrasse 55, 4056 Basel).

Date :

Nom du titulaire de l'autorisation* : _____

- Première autorisation/premier traitement
- Prolongation d'une autorisation/d'un traitement existant

A. CARACTÉRISTIQUES DU PATIENT :

Année de naissance du patient* : _____

Sexe biologique du patient* :

masculin

feminin

intersexué(e)

Diagnostic (raison du traitement) :

Diagnostics secondaires (max. 3) :

Médicaments psychotropes actuels :

_____ fait une pause avant la séance : Non Oui

_____ fait une pause avant la séance: Non Oui

_____ fait une pause avant la séance: Non Oui

_____ fait une pause avant la séance: Non Oui

B. SUBSTANCE ET EFFETS AIGUS :

Substance (en sélectionner qu'une seule):

MDMA : dose (min-max) _____ - _____ mg

Psilocybine : dose (min-max) _____ - _____ mg

LSD : dose (min-max) _____ - _____ µg

Nombre de sessions (pendant la durée d'autorisation actuelle de 12 mois maximum) :

Séances individuelles : Non Oui

Principalement des séances individuelles : Non Oui

Séances de groupe : Non Oui

Principalement des sessions de groupe : Non Oui

Durée du traitement (pendant la durée d'autorisation actuelle de 12 mois maximum):

_____ mois

Durée totale du traitement (toutes les autorisations/prolongations) : _____ mois

Effet aigu de la substance (moyenne de tous les traitements) :

Un effet aigu était présent, échelle de 0 à 10 (0 = aucun effet, 10 = effet maximal) : _____

L'effet aigu était bon/agréable, échelle de 0 à 10 (0 = pas du tout, 10 = maximum) : _____

L'effet aigu était mauvais/désagréable, échelle de 0 à 10 (0 = pas du tout, 10 = max) : _____

C. CLINICAL GLOBAL IMPRESSION (CGI) (pour tous les diagnostics confondus)

<p>1. la sévérité de la maladie (AVANT PAT)</p> <p>Prenez en compte l'ensemble de votre expérience auprès de ce type de malades et indiquez à quel point vous estimez le degré de maladie (mentale) du/de la patient(e)* avant le début du traitement actuel (max. 12 mois).</p>	<p>2. évaluation globale du changement d'état (APRÈS PAT)</p> <p>Evaluez le changement d'état dans son ensemble, donc pas seulement le résultat du traitement par substance. Veuillez comparer l'état actuel du/de la patient(e) avec celui du début du PAT dans le cadre de l'autorisation actuelle (max. 12 mois) et indiquer dans quelle mesure le tableau clinique du/de la patient(e) a changé pendant cette période.</p>
<input type="checkbox"/> non évaluable	<input type="checkbox"/> non évaluable
<input type="checkbox"/> Normal, pas du tout malade	<input type="checkbox"/> Très nette amélioration
<input type="checkbox"/> Presque malade	<input type="checkbox"/> Nette amélioration
<input type="checkbox"/> Légèrement malade	<input type="checkbox"/> Légère amélioration
<input type="checkbox"/> Modérément malade	<input type="checkbox"/> Aucun changement
<input type="checkbox"/> Nettement malade	<input type="checkbox"/> Légère aggravation
<input type="checkbox"/> Sévèrement malade	<input type="checkbox"/> Nette aggravation
<input type="checkbox"/> Parmi les patients les plus gravement malades	<input type="checkbox"/> Très nette aggravation
<p>3. indice d'efficacité</p> <p>Veuillez évaluer le rapport entre l'effet thérapeutique et les effets secondaires qui surviennent pendant la durée d'autorisation actuelle de 12 mois maximum.</p>	
<p>3.1 Efficacité thérapeutique (effets médicamenteux souhaités)</p>	<p>3.2 Effets indésirables (Thérapie - Risques)</p>
<input type="checkbox"/> non évaluable	<input type="checkbox"/> non évaluable
<input type="checkbox"/> Très bon - amélioration globale. Rémission complète ou presque complète de tous les symptômes	<input type="checkbox"/> aucun
<input type="checkbox"/> Modéré - amélioration significative. Rémission partielle des symptômes.	<input type="checkbox"/> N'affectent pas le/la patient(e) de manière significative
<input type="checkbox"/> Faible - légère amélioration. Un traitement supplémentaire du patient est néanmoins nécessaire.	<input type="checkbox"/> Affectent considérablement le/la patient(e)
<input type="checkbox"/> État inchangé ou aggravé	<input type="checkbox"/> Les effets indésirables l'emportent sur l'efficacité thérapeutique

D. EFFETS INDÉSIRABLES SPÉCIFIQUES (pendant la durée d'autorisation actuelle de 12 mois maximum)

		Degré de gravité (1-3)
Maux de tête le Jour du Traitement (JT) :	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	_____
Nausées (au JT) :	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	_____
Palpitations cardiaques/pression sur la poitrine (au JT)	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	_____
Problèmes de sommeil (au JT + le jour suivant) :	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	_____
Peur/panique (au JT) :	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	_____
Déstabilisation psychique* (1er mois après le JT) :	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	_____
Pensées suicidaires (1er mois après le JT) :	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	_____
Suicidalité (planification/action ; pendant ou après JT) :	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	_____
Flashbacks** (pendant ou après JT)	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	_____

(* augmentation de l'anxiété, de l'agitation, de la dépression, etc. ; ** brève (secondes - minutes) répétition d'éléments positifs ou négatifs d'une expérience avec une substance)

Autres effets indésirables ? Si oui, veuillez préciser :
