

Antidépresseurs et sujet âgé

Nouveautés 2025

Morgane Houix – Pharmacien hospitalier

Assistant spécialiste au CHU de Nantes

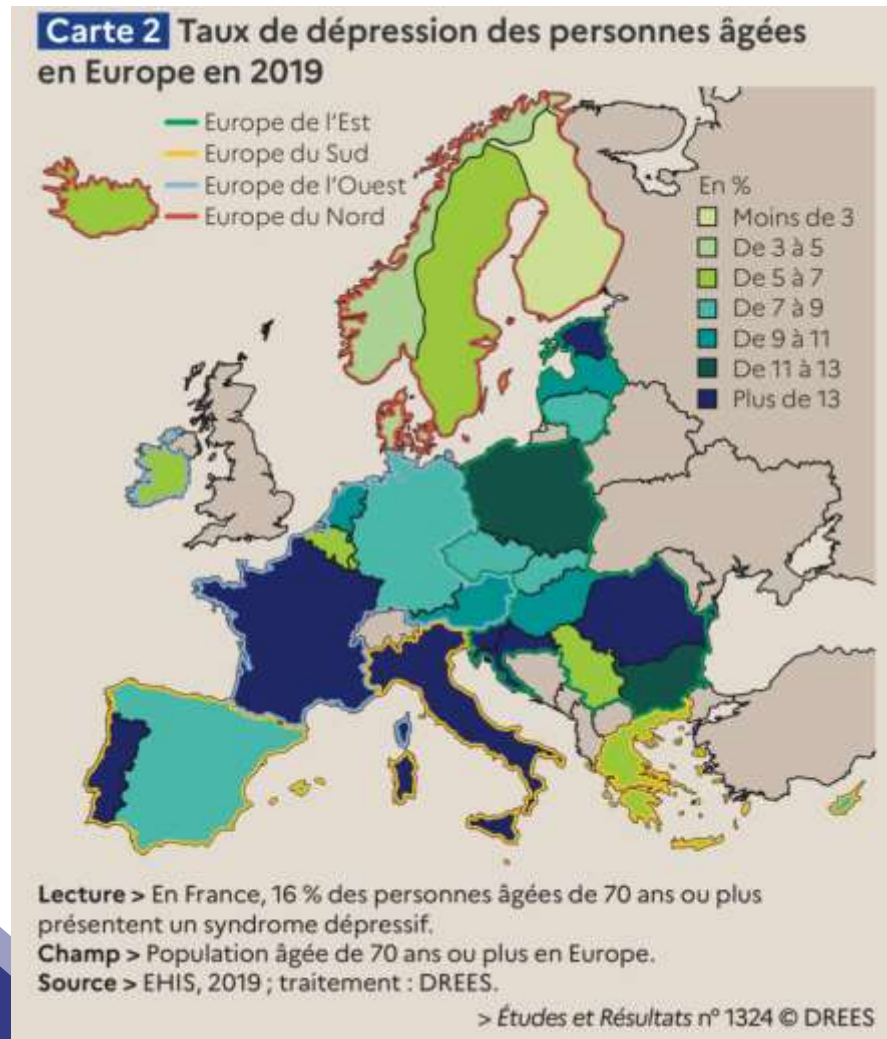
Centre ressource psychiatrie de la personne âgée



Aucun conflit d'intérêt



Dépression et sujet âgé



- En institution : x2 voire 3



- Plus de 30% d'épisodes dépressifs résistants





- 1 Problématiques de prescription des antidépresseurs chez le sujet âgé
- 2 Nouveautés 2025 : recommandations de prescription d'antidépresseurs chez le sujet âgé

Antidépresseurs et sujets âgés

Quelles problématiques ?

- Une sous-utilisation importante des antidépresseurs dans cette population



- Sous-diagnostic : près d'1 épisode sur 2 non diagnostiqué (masque somatique++)
- Mise en place trop tardive d'un antidépresseur



Antidépresseurs et sujets âgés

Quelles problématiques ?

- Une sous-utilisation importante des antidépresseurs dans cette population

- Utilisation non optimisée des antidépresseurs dans cette population

TABLE 3 Antidepressant prescription (substance classes and dosages)

Substance Class	(%)	n	Adequate Dosing, %	Underdose, %	Overdose, %
Tricyclic and tetracyclic antidepressants (TCAs)	41.3	104	41.4	47.1	11.2
Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs)	21.4	54	64.8	25.9	9.3
Alpha ₂ -adrenoceptor antagonists	18.7	47	87.2	10.6	2.1
Selective serotonin/noradrenaline reuptake inhibitors	8.7	22	59.1	40.9	0.0
Herbal drugs (eg, St. John's Wort)	8.7	22	72.7	22.7	4.5
Total	100	252 ^a	52.8	37.3	9.9

^a230 participants with one antidepressant and 22 participants with two antidepressants.

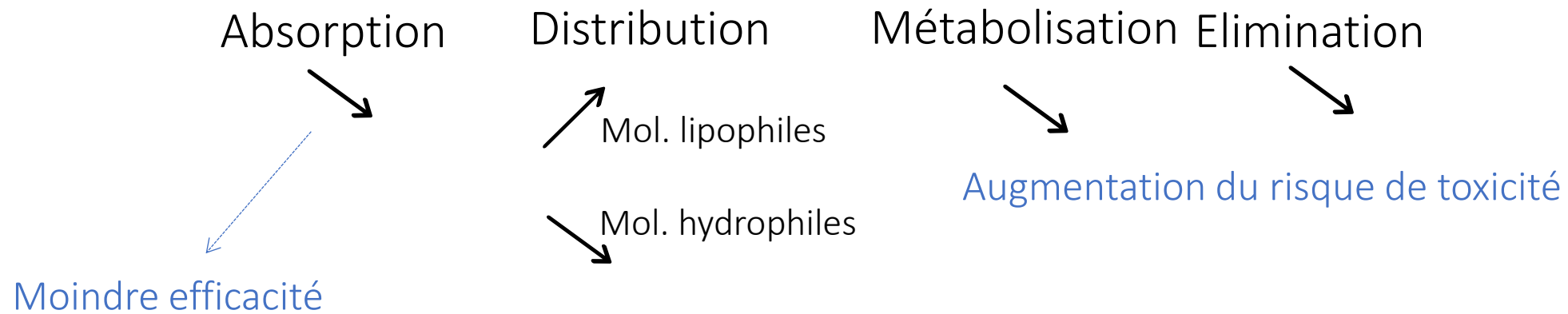
Boehlen FH et al. International Journal of Geriatric Psychiatry. 2019



Antidépresseurs et sujets âgés

Quelles problématiques ?

- Vieillesse physiologique de l'organisme : modification de la pharmacocinétique des médicaments



+ Au niveau central : moins de récepteurs et une diminution des mécanismes de régulation



Antidépresseurs et sujets âgés

Quelles problématiques ?

- Polymédication, en lien avec une polypathologie, très fréquente



- 30% des plus de 65 ans prennent au moins 5 médicaments par jour en France.
- Etude danoise de 2023 : 73% des patients âgés de plus de 75 ans sous antidépresseurs sont polymédiqués

Hypertension artérielle, diabète, troubles neurocognitifs, troubles du rythme cardiaque, insuffisance cardiaque...



Antidépresseurs et sujets âgés

Quelles problématiques ?

- Interactions médicamenteuses et toxicité des antidépresseurs

- Duloxétine, fluoxétine, fluvoxamine, paroxétine

↳ Inhibiteurs des cytochromes P450

- Accumulation de la charge anticholinergique

- Anticoagulant / antiagrégant plaquettaire + ISRS/IRSNa

↳ Majoration du risque de saignement

- ISRS + autres antidépresseurs, lithium, tramadol

↳ Majoration du risque de syndrome sérotoninergique



Antidépresseurs et sujets âgés

Quelles problématiques ?

- Interactions médicamenteuses et toxicité des antidépresseurs

Effets indésirables des principales classes d'antidépresseurs

ISRS <i>Sertraline, fluoxétine, paroxétine, citalopram,...</i>	• Troubles digestifs à l'instauration • Hyponatrémie • Citalopram/escitalopram : allongement du QT • Paroxétine : anticholinergique
IRSNa <i>Duloxétine, venlafaxine, milnacipran</i>	• =ISRS • Hypertension et tachycardie à haute dose
Alpha-bloquants <i>Mirtazapine, miansérine</i>	• Prise de poids • Sédation
Tricycliques <i>Imipramine, clomipramine, amitriptyline,...</i>	• Charge anticholinergique élevée • Hypotension orthostatique • Allongement de l'intervalle QT • Sédation



TABLE 2 | Influence of antidepressant drugs on blood pressure and heart rate.

Antidepressant	Hypertension	Orthostatic hypotension	Tachycardia	Bradycardia
SSRI				
Citalopram	0	0	0	+ (53)
Escitalopram	0	0	0	+ (53)
Paroxetine	0	0	0	+ (53)
Fluoxetine	0	0	0	+ (53)
Fluvoxamine	0	0	0	+ (53)
Sertraline	0	0	0	+ (53)
SNRI				
Venlafaxine	++/+++ ^a	+ (63-66)	++	0
Desvenlafaxine	++	+ (53)	++	0
Duloxetine	+	+	+	0
Milnacipran	++	0	+	+ ^b (67)
Levomilnacipran	++	0	+	0
REBOXETINE	0	0	+	0
DNRI				
Bupropion immediate, sustained, extended release, hydrobromide	++	+	+ (68-70)	0
NSM				
Mirtazapine	0	+	0	0
Mianserin	0	++	0	0
SARI				
Nefazodone	0	+	0	+ (71)
Trazodone	0	+++	0	+ (53)
Vortioxetine	0	0	0	0
Vilazodone	0	0	0	0
AGOMELATINE	+ ^b	0	0	0
TCA				
Imipramine	+	++++	++	0 (72)
Amitriptyline	+	+++	+++	0
Clomipramine	+	++	++	0

Calvi A, Fischetti I, Verzicco I, Belvederi Murri M, Zanetidou S, Volpi R, Coghi P, Tedeschi S, Amore M and Cabassi A (2021) Antidepressant Drugs Effects on Blood Pressure. Front. Cardiovasc. Med. 8:704281



Table Comparison of Risk for Hyponatremia Among Antidepressants in 4 Population-Based Studies

Antidepressants	Sweden ⁷		Canada, ⁸	Denmark ⁵		Britain ⁴	
	New (<29 d)	Long-term (>85 d)		New (<14 d)	Long-term (>180 d)	New (<28 d)	Long-term (>85 d)
SSRI				8.7	1.18	7.7	0.75
Citalopram	5.5	0.57	5.8				
Escitalopram	2.5	0.63	4.78				
Sertraline	5.0	0.75	7.3				
Paroxetine			8.0*				
Fluvoxamine			2.7*				
Fluoxetine			5.3*				
TCA	1.6	0.77		5	1.35	2.6	0.67
Amitriptyline							
Nortriptyline							
Clomipramine							
SNRI				6.3	1.62		
Duloxetine			8.0*				
Venlafaxine	5.3	0.95					
NaSSA				3.2 [†]	0.96 [†]		
Mirtazapine	2.5	0.76	3.17				
Other						6.3 [‡]	0.62 [‡]

Study population: Sweden: Population based case-control study with patients aged >18 years with hospitalization due to hyponatremia (2005-2014)⁷; Canada: Population based case-control study with patients aged >65 years receiving antidepressants (2003-2012)⁸; Denmark: residents aged >18 years (1998-2012)⁵; Britain: Patients aged >65 years with depression (1996-2007).⁴ Hyponatremia definition as primary outcome: Sweden: Hospitalization with hyponatremia as primary diagnosis⁷; Canada: Hospitalization with hyponatremia as 1 diagnosis⁸; Denmark: Na <135 mEq/mL⁵; Britain: Diagnosis of hyponatremia.⁴ Duration of antidepressant therapy: new and long-term therapy for each study defined as in Table.

NaSSA = noradrenergic and specific serotonergic antidepressant; SNRI = serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor; SSRI = selective serotonin reuptake inhibitor; TCA = tricyclic antidepressant.

*Low events and odd ratio calculated from Table S7 of the cited reference.⁸

[†]NaSSA includes mirtazapine and mianserin.¹

[‡]Other includes venlafaxine and mirtazapine.²

Lien YHH. Antidepressants and Hyponatremia. Am J Med. janv 2018;131(1):7-8.

Risque d'aggravation des
comorbidités existantes

Risque d'interaction
médicamenteuse

Choix de l'antidépresseur compliqué
chez le sujet âgé



Outils d'aide à la prescription

Recommandations actuelles de prescription

- REMEDIES

B/R-6 Antidépresseurs imipraminiques

Amitriptyline
Amoxapine
Clomipramine
Dosulépine
Doxépine
Imipramine
Maprotiline
Nortriptyline
Trimipramine

Effets anticholinergiques et risque de cardiotoxicité en cas de surdosage.

Non recommandé en première intention pour la dépression.

Privilégier en première intention : IRS ou IRSNA ; en seconde intention : miansérine, mirtazapine [cf. critère O-7].

Débuter un traitement à dose faible et augmentation progressive de la dose jusqu'à la dose minimale efficace. Réévaluation du traitement au cours des 3 à 4 premières semaines et adaptation de la posologie si nécessaire en fonction de la réponse clinique.



Outils d'aide à la prescription

Recommandations actuelles de prescription

- REMEDIES

O-7 Dépression majeure

En 1^{ère} intention : IRS et IRSNA

En 2^{ème} intention : miansérine, mirtazapine

En 3^{ième} intention : après avis psychiatrique, antidépresseurs imipraminiques en cas de dépression sévère résistante.

D-7 Utilisation concomitante de 2 et plus psychotropes de la même classe pharmacologique (≥ 2 benzodiazépines, ≥ 2 antidépresseurs, ≥ 2 antipsychotiques)

Potentialisation des effets indésirables (troubles cognitifs, syndrome confusionnel, troubles de la vigilance, chutes) sans augmentation de l'efficacité

Ne pas associer ; vérifier l'observance.

Réévaluation globale du traitement psychotrope et planification de l'arrêt des traitements dupliqués en prévention d'un syndrome de sevrage.



Outils d'aide à la prescription

Recommandations actuelles de prescription

• REMEDIES

I-15	Utilisation concomitante de 3 et plus médicaments dépresseurs du système nerveux central (parmi les antiépileptiques, antipsychotiques, benzodiazépines, antidépresseurs, opioïdes)	Majoration de la dépression centrale et du risque de syndrome confusionnel. Altération de la vigilance, de la mémoire et de l'équilibre avec risque de chutes.	Limiter le nombre de médicaments agissant sur le système nerveux central en vérifiant les indications et contre-indications et en utilisant à nouveau le processus implicite de revue des médicaments (algorithme) pour considérer des alternatives possibles. Demander un avis spécialisé.
I-16	Utilisation concomitante de 2 et plus médicaments avec des propriétés sérotoninergiques* (IRS, IRSNA, imipraminiques, IMAO, mirtazapine, miansérine, tramadol, lithium) *Liste non exhaustive, ciblant les médicaments les plus fréquemment utilisés chez les personnes âgées.	Addition de l'effet sérotoninergique. Risque d'apparition ou de majoration d'un syndrome sérotoninergique (diarrhée, tachycardie, sueurs, tremblements, confusion jusqu'au coma dans les cas les plus graves).	Limiter le nombre de médicaments avec des propriétés sérotoninergiques en vérifiant les indications et contre-indications et en utilisant à nouveau le processus implicite de revue des médicaments (algorithme) pour considérer des alternatives possibles. Si nécessaire en l'absence de contre-indications : prudence et surveillance clinique.



Outils d'aide à la prescription

Recommandations actuelles de prescription

- Beers

Central nervous system

Antidepressants with strong anticholinergic activity, alone or in combination

Avoid

Highly anticholinergic, sedating, and cause orthostatic hypotension; safety profile of low-dose doxepin (≤ 6 mg/day) is comparable to that of placebo.

QE = High; SR = Strong

- Amitriptyline
- Amoxapine
- Clomipramine
- Desipramine
- Doxepin >6 mg/day
- Imipramine
- Nortriptyline
- Paroxetine

Antidepressants (selected)

- Mirtazapine
- SNRIs
- SSRIs
- TCAs

Antiepileptics (selected)

- Carbamazepine
- Oxcarbazepine

Antipsychotics

Diuretics

Tramadol

Use with caution

May exacerbate or cause SIADH or hyponatremia; monitor sodium level closely when starting or changing dosages in older adults.

QE = Moderate; SR = Strong



Outils d'aide à la prescription

Recommandations actuelles de prescription

- Beers

Antiepileptics (including gabapentinoids)	Any combination of ≥ 3 of these CNS-active drugs	<i>Avoid concurrent use of ≥ 3 CNS-active drugs (among types as listed at left); minimize number of CNS-active drugs.</i>
Antidepressants (TCAs, SSRIs, and SNRIs)		Increased risk of falls and of fracture with the concurrent use of ≥ 3 CNS-active agents (antiepileptics including gabapentinoids, antidepressants, antipsychotics, benzodiazepines, nonbenzodiazepine benzodiazepine receptor agonist hypnotics, opioids, and skeletal muscle relaxants).
Antipsychotics		
Benzodiazepines		
Nonbenzodiazepine benzodiazepine receptor agonist hypnotics (i.e., "Z-drugs")		<i>QE = High; SR = Strong</i>
Opioids		
Skeletal muscle relaxants		

+ Items similaires dans STOPP/START ou autres outils nationaux



Outils d'aide à la prescription

Recommandations actuelles de prescription

Des outils essentiels, qui guident la prescription en 1^{ère} intention

Mais quid des cas de résistance, des épisodes aigus avec signes de gravité et de l'optimisation du traitement antidépresseur ?



Etude au CHU de Nantes en 2022 (34 patients)
Recherche de la pertinence clinique des prescriptions inappropriées (PPI) de psychotropes chez le sujet âgé hospitalisé en psychiatrie (selon STOPP/START et critères de Laroche)



60% des PPI finalement au moins partiellement justifiées par le profil de l'épisode dépressif traité



- Nécessité de recommandations précises appliquées à la réalité de l'épidémiologie actuelle

Choix de l'antidépresseur en fonction du profil patient et de l'épisode dépressif traité

Surveillance et suivi nécessaires

Optimisation du traitement

- Déploiement de ces recommandations auprès des professionnels de ville (médecins généralistes, psychiatres libéraux...)



Enquête nationale 2024

Prescription d'antidépresseurs chez le sujet âgé



Revue de la
littérature



Enquête DELPHI
nationale



57 items validés + 1
arbre d'aide à la
décision
thérapeutique

Médecins
généralistes

Psychiatres de la
personne âgée

Gériatres

Pharmaciens
hospitaliers

RDV aux
JASFGG de
novembre



Enquête nationale 2024

Prescription d'antidépresseurs chez le sujet âgé

Avant de prescrire

Rechercher d'autres
causes de dépression

Médicaments dépressogènes, causes organiques

Bilan biologique

Ionogramme, bilan rénal

Évaluation du terrain du
patient

- Recherche de comorbidités cardiovasculaires (ECG), neuro-cognitives, des autres médicaments prescrits
- Évaluation du risque de chute



Enquête nationale 2024

Prescription d'antidépresseurs chez le sujet âgé

La prescription

1^{ère} intention

ISRS : **sertraline**

Si absence de QT long : escitalopram,
citalopram

Recherche d'une action orexigène
ou sédatrice : **mirtazapine**

À éviter

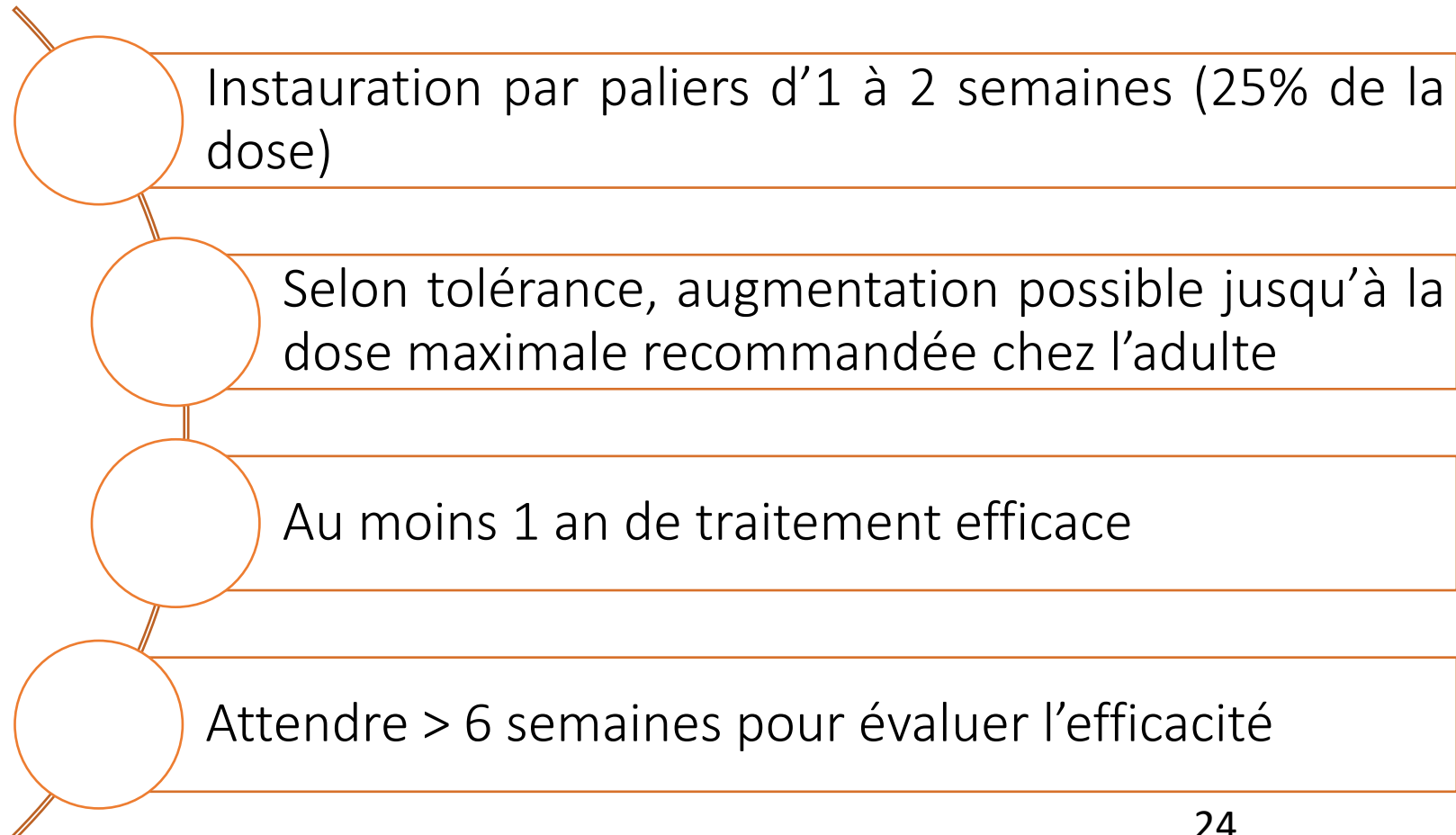
- Tricycliques
- Au sein des ISRS : paroxétine, fluoxétine
- Chez patient hypertendu : IRSNa



Enquête nationale 2024

Prescription d'antidépresseurs chez le sujet âgé

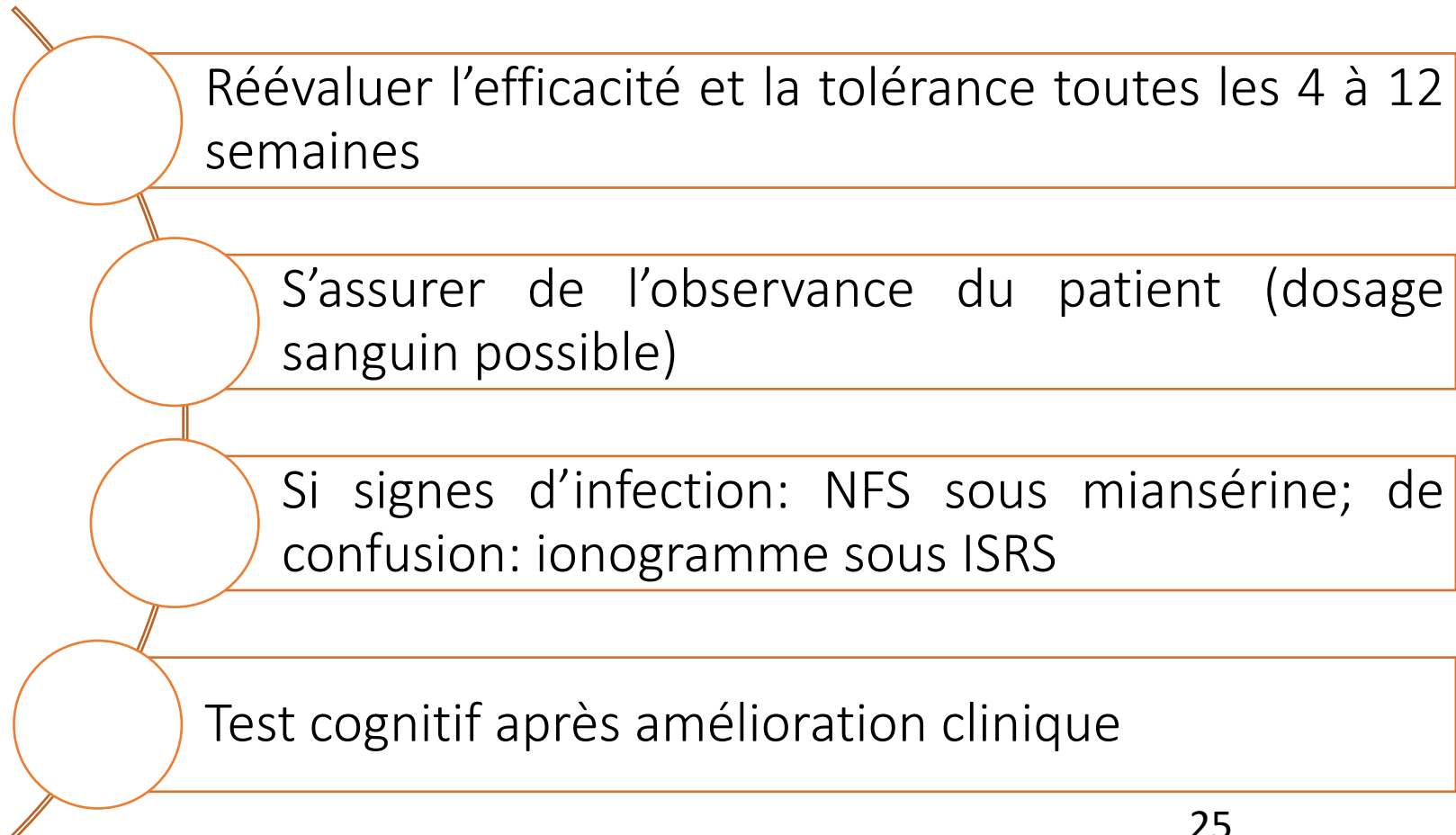
La prescription



Enquête nationale 2024

Prescription d'antidépresseurs chez le sujet âgé

Le suivi



Enquête nationale 2024

Prescription d'antidépresseurs chez le sujet âgé

Inefficacité, résistance

Monothérapie non
efficace

- Switch vers un autre antidépresseur (privilégier autre classe)
- Place de la vortioxétine ?

Épisode résistant

Bithérapie ISRS/IRSNa + Mirtazapine

Potentialisation :

- par l'aripiprazole ou la quetiapine
- par le lithium (obj : 0,4-0,6meq/L)
- par l'eskétamine



Enquête nationale 2024

Prescription d'antidépresseurs chez le sujet âgé

Place des techniques non médicamenteuses

- Place essentielle de la psychothérapie dès le diagnostic de dépression
- En cas de signes de gravité, d'intolérance aux psychotropes, de préférence patient et sur avis d'un spécialiste:
 - ECT,
 - rTMS



Enquête nationale 2024

Prescription d'antidépresseurs chez le sujet âgé

Usage hors AMM, en centre expert

3-4^{ème} lignes

- Place des agonistes dopaminergiques (pramipexole), methylphénidate
- Place de la ketamine IV



Antidépresseurs et sujet âgé

Recommandations de prescription

Publication des recommandations prévue courant
3^{ème} trimestre 2025

Objectifs

- Limiter la iatrogénie médicamenteuse en lien avec l'usage des psychotropes
- Augmenter l'efficacité des traitements antidépresseurs

Merci de votre attention !



Les Cris

“Un comportement déraisonnable n'est pas un comportement sans raison”
(Pascal, Les pensées)

Dr Céline BOILLOT
EMPG/EPSPA/HDJ
Centre Antonin Balmès
CHU Montpellier



Des cris ?

« vocalisation compréhensible ou non
de forte intensité et répétitive. »

Perturbations vocales dérangeantes,
agitation verbale, vocalisations
dérangeantes, vocalisations
persistantes...



Des cris ?

Fait parti des symptômes psycho-comportementaux de la démence

Pas d'échelle d'évaluation dédiée...
Utilisation du NPI-ES ?

Cummings JL. The Neuropsychiatric Inventory: Assessing psychopathology in dementia patients. Neurology 1997; 48 (Supple 6): S10-S16.

Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. Neurology 1994; 44: 2308-2314



NPIES

Items	NA	Absent	Fréquence	Gravité	F x G	Retentissement
Idées délirantes	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Hallucinations	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Agitation/Agressivité	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Dépression/Dysphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Anxiété	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur/ Euphorie	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Apathie/Indifférence	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Désinhibition	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Irritabilité/Instabilité de l'humeur	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Comportement moteur aberrant	X	0	1 2 3 4	1 2 3	[]	1 2 3 4 5
Score total 10					[]	



Les causes du cri ?

Existe-t-il des causes organiques ?

Réunion de Concertation Pluridisciplinaire : permettre à tous les soignants de participer.

En cas d'évolution majeure d'une pathologie chronique incurable, une perte d'autonomie et surtout l'inconfort : discussion d'une prise en charge en Soins Palliatifs

→ Fiche Pallia Géronto 10 (Pallia 10 Géronto | SFAP)



1 La personne âgée de plus de 75 ans est atteinte d'une maladie grave évolutive ou de polypathologies qui ne guériront pas en l'état actuel des connaissances.

Condition obligatoire pour utiliser la grille.

- GIR 1 et 2
- MMS < 10
- Albuminémie < 25 g/l
- Difficulté persistante d'alimentation / hydratation par voie orale
- Escarre stade ≥ 3
- Chutes à répétition

8 La personne âgée ou son entourage ont des difficultés à intégrer les informations sur la maladie et/ou le pronostic.

Angoisse, déni, troubles cognitifs, difficultés de communication, mésentente famille/soignants...

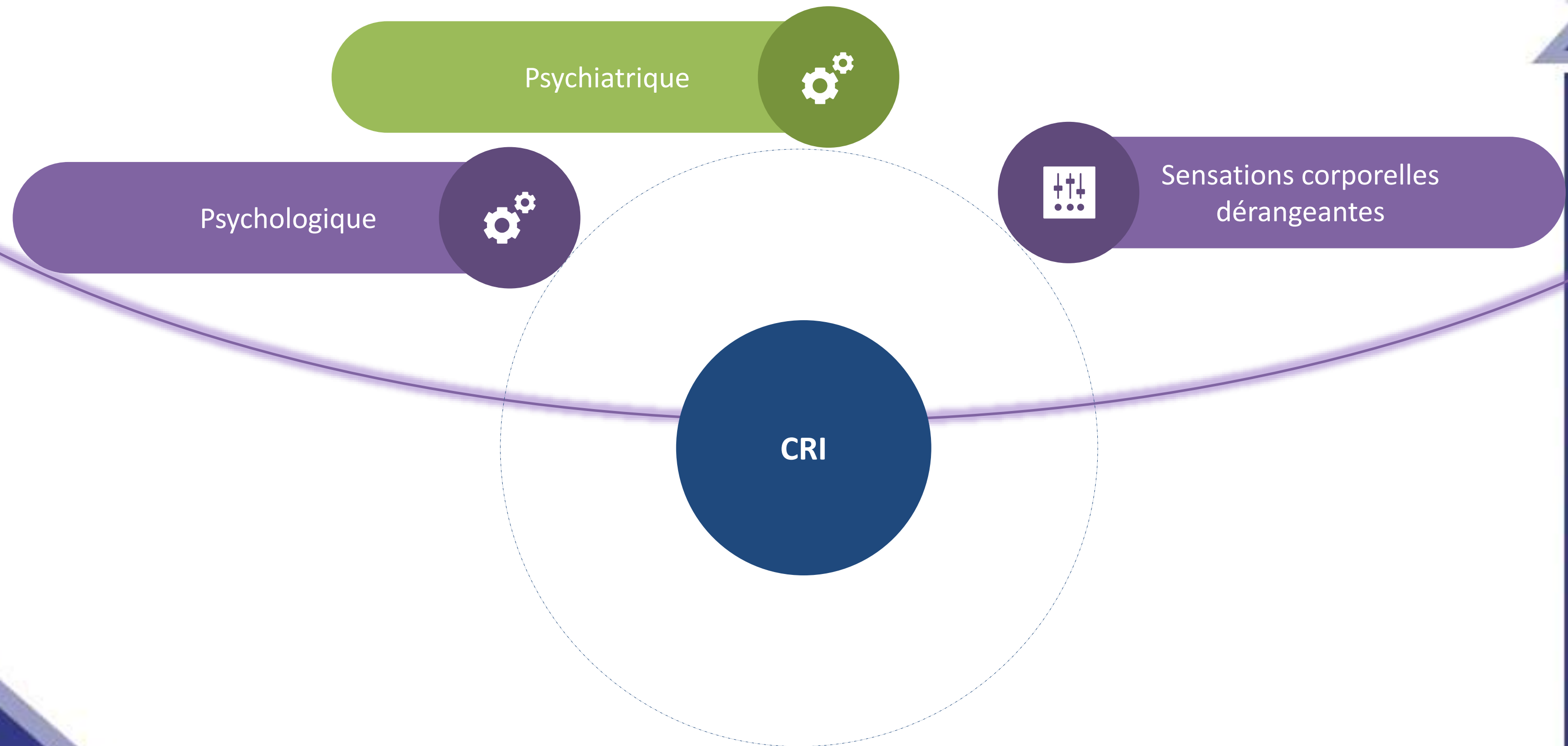
9 Vous constatez des questionnements ou divergences parmi les professionnels sur la cohérence du projet de soins.

Désaccords sur traitements, nutrition, transfusion, niveau de soins, lieu de vie, etc.

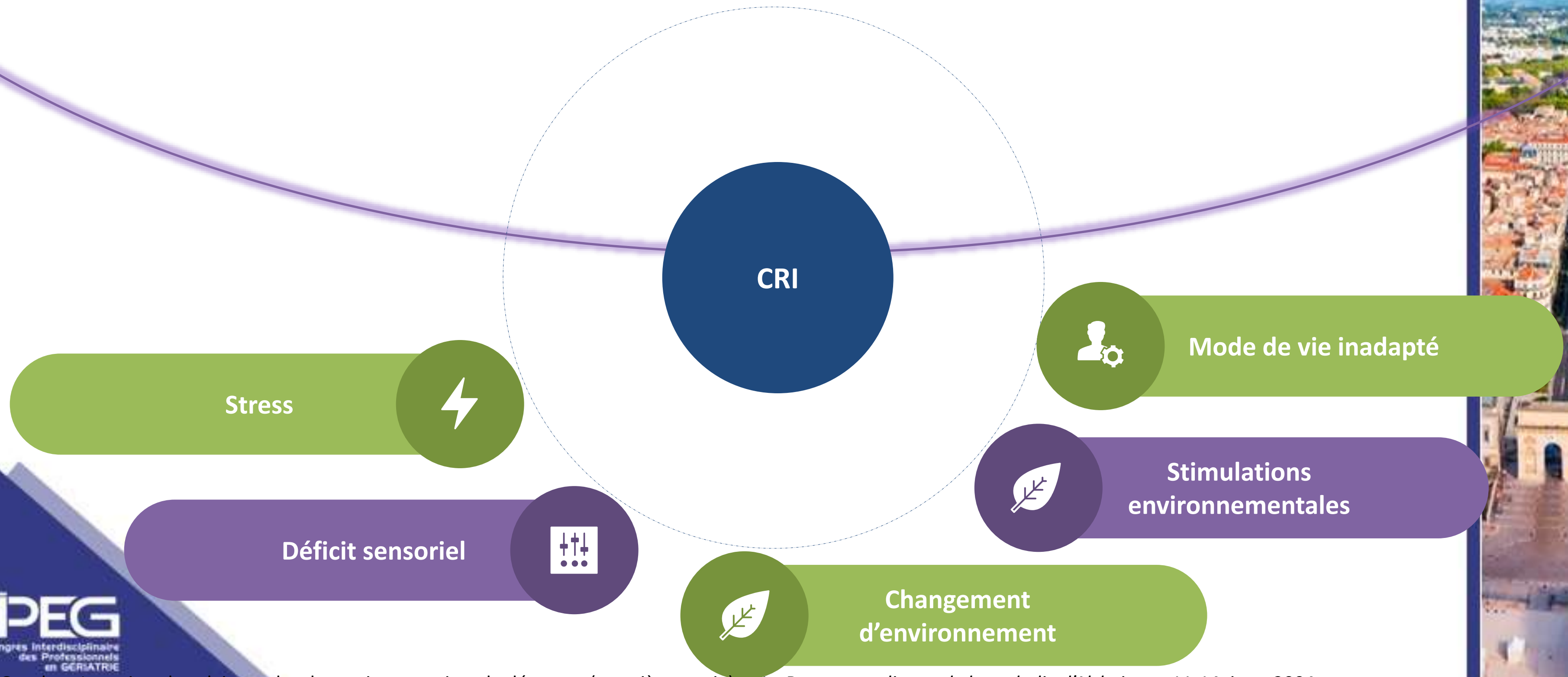
10 Vous vous posez des questions sur l'attitude adaptée (refus de soins, demande d'euthanasie, conflit de valeurs, etc.).

Nécessité de vérifier directives anticipées et/ou recueillir l'avis de la personne de confiance.

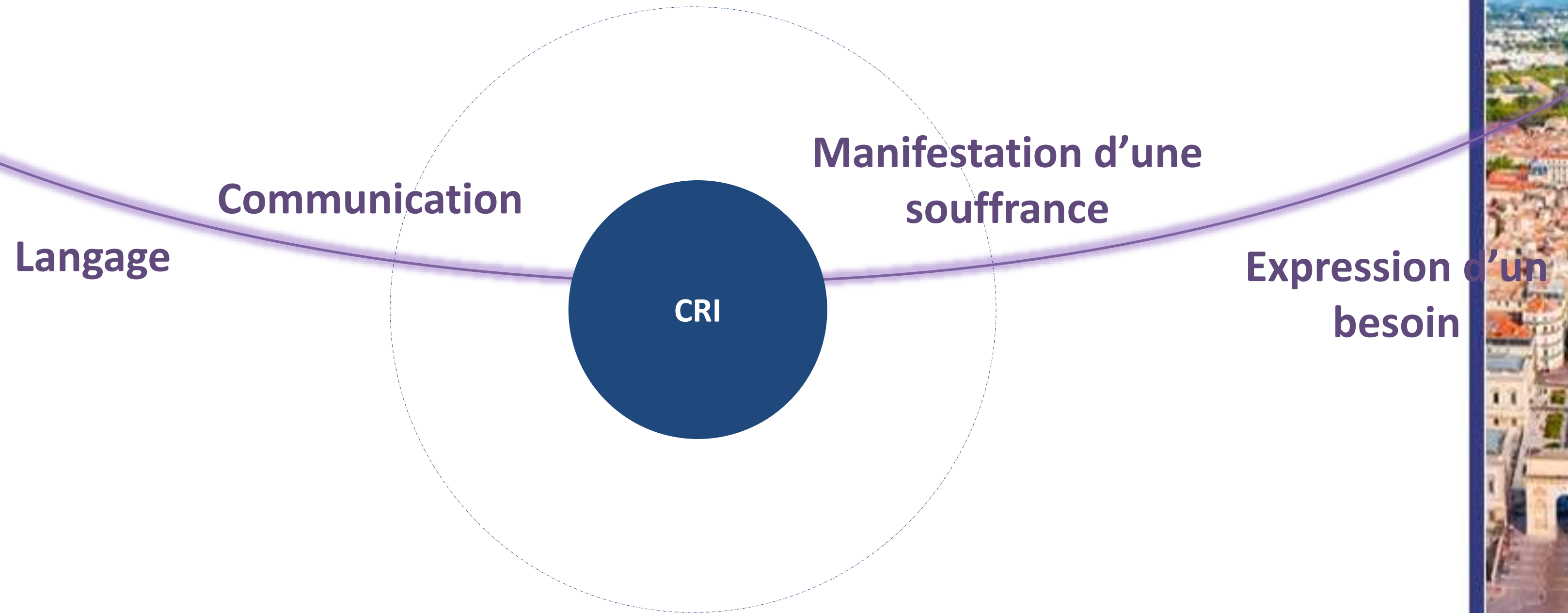
DES FACTEURS INTERNES :



DES FACTEURS EXTERNES :



ALORS, LE CRI PEUT ÊTRE :



Communiquer autrement?

Habitudes et
personnalité

Perturbations

- Somatiques
- Somatiques
- Psychologiques

**Besoins
insatisfaits**

Le cri comble un besoin

Le cri communique un besoin



Signification du cri

« un langage significatif
permettant l'interaction au sein de la triade
patients-soignants-aidants
au prix d'un apprentissage et d'une remise
en cause perpétuelle. »

Boubonnais et al : the meanings of screams in older people living with dementia in a nursing home Int psychogeriatric 2010



Comment traiter ?



La Presse Médicale

Volume 44, Issue 2, February 2015, Pages 150-158



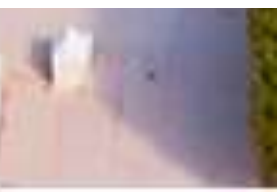
Mise au point

Les cris récurrents chez le patient atteint de démence

Shouting in dementia

Benjamin Calvet^{1 2 3}  , Jean-Pierre Clément^{1 2 3}

On constate encore un **recours trop précoce et massif de l'approche pharmacologique** dans la prise de charge du comportement crieur chez la personne souffrant d'une pathologie démentielle. Au contraire, il est nécessaire d'utiliser en première intention une approche non pharmacologique basée sur des interventions centrées sur le patient, l'environnement et/ou l'entourage après évaluation minutieuse et multidisciplinaire du cri par l'équipe soignante.



Prendre soin

Case Reports > [Int Psychogeriatr](#). 2014 Dec;26(12):2023-6. doi: 10.1017/S1041610214000866.

Epub 2014 May 15.

The effect of a lollipop on vocally disruptive behavior in a patient with frontotemporal dementia: a case-study

W F Fick¹, J P van der Borgh¹, S Jansen¹, R T C M Koopmans¹

Affiliations + expand

PMID: 24831931 DOI: [10.1017/S1041610214000866](#)

Case Reports > [J ECT](#). 2017 Jun;33(2):e9-e13. doi: 10.1097/YCT.0000000000000373.

The Treatment of Disruptive Vocalization in Dementia (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) With Electroconvulsive Therapy: A Case Series

Timothy Edwin Lau¹, Prakash Kishor Babani, Lisa Anne McMurray

Affiliations + expand

PMID: 28009620 DOI: [10.1097/YCT.0000000000000373](#)

Abstract

Objective: There is emerging evidence that electroconvulsive therapy (ECT) can help with the behavioral and psychological symptoms of dementia. One of the most distressing behavioral symptoms of dementia is disruptive vocalization. Previous small case series have suggested that antidepressants and ECT can be beneficial for this distressing condition. The aim of this study was to describe the successful use of ECT in treating 5 patients with disruptive vocalization.

Prendre soin

➤ [Front Rehabil Sci.](#) 2022 Feb 3;2:718302. doi: 10.3389/fresc.2021.718302. eCollection 2021.

Effects of Nonpharmacological Interventions on Disruptive Vocalisation in Nursing Home Patients With Dementia-A Systematic Review

Saad Bilal Ahmed ¹, Alfredo Obieta ¹, Tamsin Santos ¹, Saara Ahmad ², Joseph Elliot Ibrahim ³

Affiliations + expand

PMID: 36188852 PMCID: [PMC9397760](#) DOI: [10.3389/fresc.2021.718302](#)



Prendre soin



➤ [Front Rehabil Sci. 2022 Feb 3;2:718302. doi: 10.3389/freesc.2021.718302. eCollection 2021.](#)

Effects of Nonpharmacological Interventions on Disruptive Vocalisation in Nursing Home Patients With Dementia—A Systematic Review

Résultats de la revue (501 essais, 23 sélectionnés)

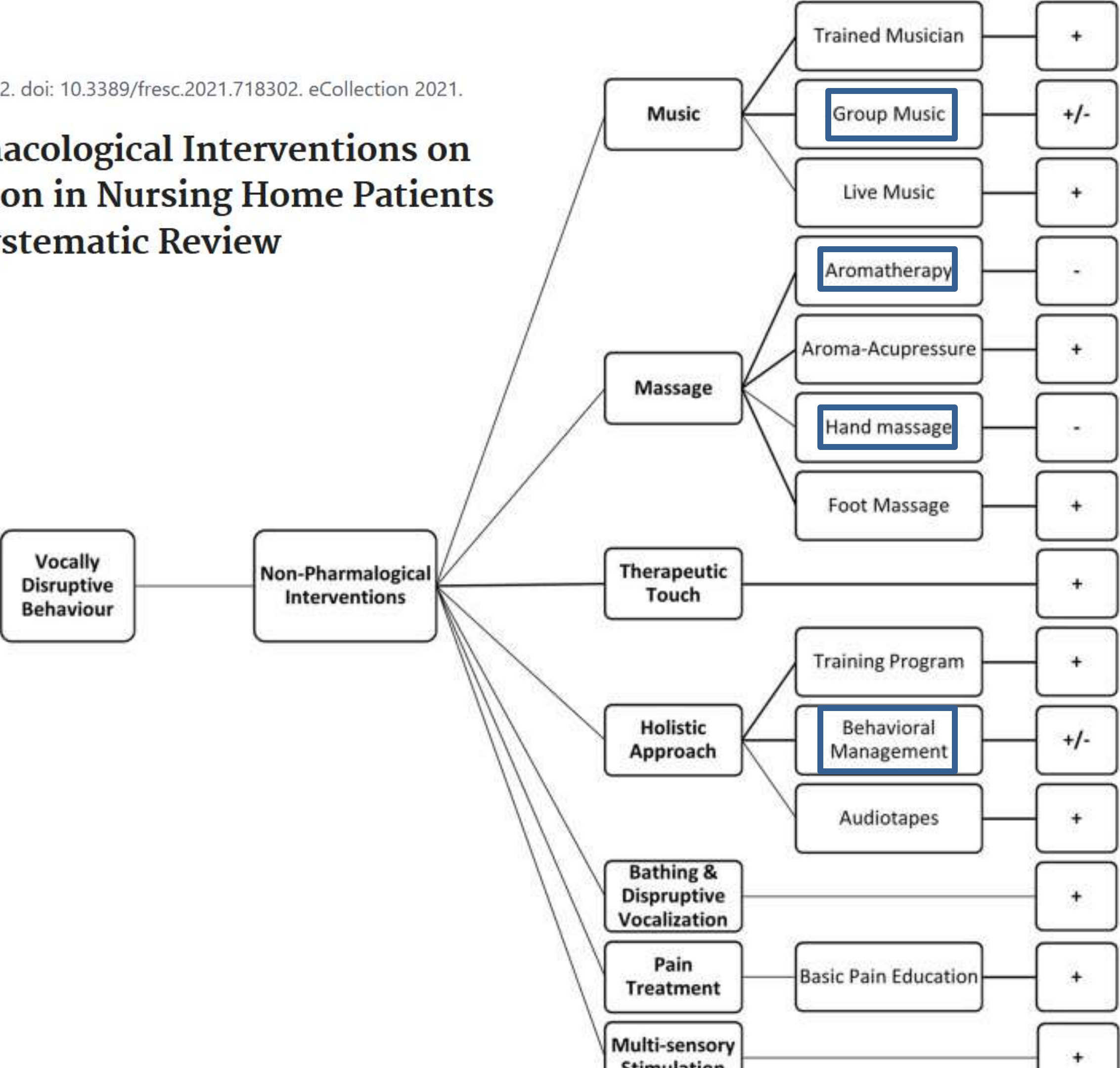
14 études : effets positifs significatifs avec interventions non médicamenteuses :

- approche multidimensionnelle
- stimulation multisensorielle
- formation du personnel
- toilette personnalisée
- gestion de la douleur

7 études : pas d'effet observé

2 études : aggravation des troubles vocaux

Effects of Nonpharmacological Interventions on Disruptive Vocalisation in Nursing Home Patients With Dementia-A Systematic Review



Prendre soin

> Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil. 2017 Mar 1;15(1):35-46. doi: 10.1684/pnv.2017.0657.

Vocally disruptive behaviors management in older people with dementia

Caroline Berastegui ¹, Emmanuel Monfort ², Bertrand Boudin ²

Affiliations + expand

PMID: 28266338 DOI: 10.1684/pnv.2017.0657

Facteurs déclencheurs / aggravants des cris

1. Douleur physique ou morale, réactions émotionnelles

2. Perte sensorielle (vue, ouïe...)

3. Isolement social, sous-stimulation, hypersensibilité aux stimulations et aux soins

4. Réminiscences

5. Réémergence de souvenirs douloureux, perte du langage

Méthodes d'intervention associées

1. Traitements médicamenteux

2. Interventions pour compenser les déficits sensoriels

3. Animations (musique, activité physique, ateliers thérapeutiques)

4. Soutien familial ou animal, interventions procurant détente ou stimulation

5. Interventions modifiant l'environnement



En pratique

Fiche DECLIC (sfap.org)
Dr J-M Gomas (AP-HP)

3 Hypothèses :

- Il/elle a mal
- Il/elle est mal
- Il/elle est déficitaire cognitif

FICHE DECLIC v 2016

1 - Il a mal

-douleurs physiques :

nociception, neuropathies, .. voire position antalgique méconnue
globe vésical, fécalome, pathologies diverses à réétudier avec l'équipe médicale

- douleurs induites lors des soins

-mauvaise installation, source d'inconfort
douleurs provoquées par les soins ou la position : transferts, toilette, rééducation, repas.

-certains gémissements ne témoignent pas forcément de douleur physique, mais peuvent être des restes de communication ou des « gémissements réponses » aux stimulations (à l'agonie notamment)

le cri est donc signal d'alarme = il est à faire disparaître, avec la douleur

→ Instituer ou Réévaluer le traitement antalgique, utiliser une échelle d'hétéroévaluation de la douleur, revoir l'organisation des soins, prévoir une prémédication des soins

2- Il est mal

-souffrance morale,

Peur, angoisse, révolte, dépression, hallucinations..

Refus de soins pour mauvaise organisation des soins, appréhension, incompréhension sensorielle, voire maltraitance et vécu abandonnique ... avec des cris qui sont donc justifiés

déclenchement des cris par la famille : que sait-elle ? est-elle en état de comprendre ? Y a-t-il des entretiens explicatifs de bonne qualité (assis, prenant le temps) ?

frustration, isolement, et réactions liées à la dépendance

→ le cri n'est pas uniquement « négatif » ou « inutile » mais il faut surement l'atténuer

→ Réévaluer l'approche globale, le sens des soins, l'utilité des psychotropes

3 - Il est déficitaire cognitif

- processus démentiel d'origines diverses : (attention à la fluctuation et aux variantes d'une équipe à l'autre) : Alzheimer et apparentés, Troubles neurologiques, troubles post AVC, Encéphalite, trouble tumoral central

- cortège sémiologique riche, souvent explicatif mais non relié à des douleurs physiques

- penser à la simple demande de présence (comme communication, voire comme cris de joie)

→ le cri n'est pas uniquement « négatif » ou « inutile », mais il faut l'atténuer

→ Réévaluer l'approche globale, les psychotropes dont les neuroleptiques



Prendre soin

Echelles d'évaluation de la douleur +++ :
ALGOPLUS

Traitements antalgiques en priorité :
douleur nociceptive ? hyperalgésie ou
composante neuropathique ?

Souffrance psychologique

Troubles neurocognitifs à un stade
sévère : grabataire et difficultés de
communication

Douleur ?

Souffrance
morale /
psychique?

Le patient

Déficiência cognitive
/ évolution de TNC ?

Quels médicaments ?

Pas de gold standard

Pas d'études cas/témoins, nombreux cases reports.

- RISPERIDONE (pas d'efficacité) C. Kopala, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1997
I. Yunusa, *Front Pharmacol*, 2020
- CARBAMAZEPINE (efficacité évaluée uniquement dans l'agitation) P. N. Tariot *et al.*, « Efficacy and tolerability of carbamazepine for agitation and aggression in dementia », *Am J Psychiatry*, janv. 1998
- GABALINE, PREGABALINE: efficacité douleur + anxiété T. Supasitthumrong, *British Journal of Clinical Pharmacology*, 2019

Montrerait une diminution des cris, faible niveau de preuve :

- TRAZODONE (case reports), R. C. Pasion et S. G. Kirby, « Trazodone for screaming », *Lancet*, avr. 1993
- CITALOPRAM/ISRS (pas d'études cas/témoins). K. Y. Kim, « Citalopram for verbal agitation in patients with dementia », *J Geriatr Psychiatry Neurol*, 2000,
Fadi H. Ramadan, « Treatment of Verbal Agitation with a Selective Serotonin Reuptake Inhibitor, 2000.



Quels médicaments ?

En pratique :

Pas de psychotropes en première intention sauf en cas d'autres symptômes psycho-comportemental aigu ou maladie psychiatrique sous jacente

→ *dépression, hallucinations, agitation avec agressivité, anxiété majeure, syndrome de sevrage, stress post traumatique,...*

Toujours la plus petite dose sur la plus petite durée possible.

/!\ à l'escalade thérapeutique et à la polymédication



Prise en charge non médicamenteuse non spécifique

Interventions centrées **sur le patient** :

- Correction des déficits sensoriels+++++

- Dialogue apaisant et réassurant

- Approches comportementales, psycho corporelles et occupationnelles

Interventions centrées **sur l'environnement**

- Présence rassurante et objets transitionnels

- Modifications de l'environnement sonore

- Modifications de la luminosité

- Installation adéquate

- Rythme de l'institution



Prise en charge non médicamenteuse non spécifique

Interventions centrées **sur l'entourage**

Formation aidants naturels et professionnels

Travail en équipe sur l'analyse , les propositions (inclusion de la famille dans les soins lorsqu'il y a sens et demande de leur part) et les ré-évaluations



Communiquer autrement

Par le biais de médiations (soins/toucher, musique, relaxation, médiation animale...) → apprivoisement

Être attentif à l'inattendu, au possible.

Quelques minutes suffisent à poser une passerelle entre soignant, patient et proches.

Reconnaitre que prendre du temps pour comprendre permet d'améliorer le lien et la qualité des soins.



Prendre soin

Les patients interprètent toujours quelque chose des messages qui leur sont adressés.

Et leur comportement n'est pas anodin, dans un contexte et une temporalité donnée.

Sortir du cliché : « il crie ... C'est normal, il est dément »

Le patient
=
Un sujet

Pour conclure :

Le cri parle une langue que
seul le soin attentif peut traduire.

Osons lui prêter sens.



Merci

EPSPA / EMPG / HDJ
Centre Antonin Balmès
celine-boillot@chu-montpellier.fr



Aller plus loin

Pourquoi le cri nous dérange ?

Doit-on toujours “faire taire” ?

Quand le cri est lié à la fin de vie ?

Est ce que le cri se chronicise, comme
la douleur insuffisamment traitée ?

