

Polysémie de l'agitation chez le sujet dément

Dr JEAN-PIERRE SCHUSTER^a, ZITA SANTOS^b et Pr ARMIN VON GUNTEN^a

Rev Med Suisse 2023; 19: 426-9 | DOI : 10.53738/REVMED.2023.19.816.426

L'agitation est une manifestation clinique fréquente chez les sujets déments. Elle peut être l'expression d'un trouble médical comorbide à la démence mais aussi un symptôme comportemental et psychologique de la démence. Elle est dans ces deux cadres un signe clinique et non pas une maladie en soi. La polysémie de l'agitation invite à penser un soin global au sujet dément, prenant en compte ce dernier dans son environnement et son histoire. La réduction de la prise en charge de l'agitation du dément à la sédation de celle-ci est une réification du sujet dément.

Polysemy of agitation in dementia

Agitation is a common feature in people with dementia. Agitation can be the clinical expression of a medical condition comorbid with dementia or a behavioural and psychological symptom of dementia. In both cases, it is a clinical manifestation and not a disease in itself. This polysemy of agitation invites us to think of a global care of the demented subject taking into account the subject in his environment and their history. Reducing the treatment of agitation to sedating it amounts to a reification of the demented subject.

INTRODUCTION

Dans le champ médical, l'agitation est un signe entrant dans la description sémiologique de nombreux troubles. Emprunt du latin *agitatio*, ce terme signifie un mouvement vif et irrégulier et, par extension, est utilisé comme synonyme d'une excitation anormale.

AGITATION CHEZ LE SUJET DÉMENT: UN SIGNE CLINIQUE MAL DÉFINI AUX CAUSES MULTIPLES

Chez les patients atteints d'une démence, l'agitation peut être l'expression clinique d'un trouble médical comorbide, mais aussi un symptôme comportemental et psychologique de la démence (SCPD). Il est, dans ces deux cadres, une manifestation clinique et non pas une maladie en soi.

Les SCPD regroupent les expressions symptomatiques en lien avec des distorsions de la perception, du contenu de la pensée, de l'humeur ou du comportement présentées chez les sujets déments. La définition de l'agitation en tant que SCPD (agitation SCPD) est sujette à débat.¹ Elle est usuellement définie par

l'existence d'une activité motrice, vocale ou verbale, répétitive, perturbatrice et jugée par un observateur comme inappropriée par rapport aux besoins ou à la finalité de l'action de l'individu (c'est-à-dire déchire des affaires, déambule, cache des objets, répète des mots, émet des bruits bizarres, mord, crache, tombe volontairement, jure, pousse des hurlements, etc.).² Ces comportements sont accompagnés ou non d'agressivité.³ De par leur hétérogénéité et leur cooccurrence, l'ensemble des comportements défini par le terme agitation SCPD renvoie plus à un groupement syndromique qu'à un unique signe clinique. L'agitation SCPD a été conceptualisée principalement comme un comportement observé, minimisant la dimension du vécu du sujet. L'évolution actuelle de la conception de l'agitation SCPD propose qu'elle soit conditionnée par le fait que le comportement puisse être conçu comme une manifestation d'un état émotionnel, par exemple, d'une colère.

L'agitation est fréquente chez les sujets souffrant d'une démence. Cependant, il existe peu de données concernant l'incidence du trouble et son évolution naturelle.⁴ La caractérisation et la mesure par des échelles psychométriques de l'agitation sont des enjeux de compréhension, à la base des méthodes heuristiques évaluant l'efficacité des prises en charge. L'agitation peut être caractérisée par des outils évaluant les SCPD dans leur ensemble comme dans la Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale et le Neuropsychiatric Inventory, ou par des instruments évaluant de façon spécifique l'agitation SCPD: Agitated Behavior Inventory for Dementia, Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI), CMAI-IPA, Pittsburgh Agitation Scale.

DÉMARCHE FACE À L'AGITATION D'UN SUJET DÉMENT

La démarche a pour objet de caractériser l'agitation (caractéristique, intensité, ancienneté, conditions de survenue, coexistence d'une agressivité), son retentissement, y compris sa dangerosité et son étiologie, afin d'orienter sa prise en charge.^{5,6} L'existence d'une agitation chez un sujet dément ne doit pas se réduire à l'observation d'une personne non coopérante. La description de l'agitation est le moment de l'évaluation d'une dangerosité éventuelle nécessitant une prise en charge spécifique urgente.

La survenue de l'agitation nécessite d'entreprendre une démarche diagnostique pour définir le cadre étiologique. Les sujets déments présentent une grande vulnérabilité et sont susceptibles de présenter une agitation lors de troubles médicaux comorbides (c'est-à-dire traumatisme crânien, épisode confusionnel, accident vasculaire, hypoglycémie, effets indésirables de médicaments).

^aService universitaire de psychiatrie et psychothérapie de l'âge avancé, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne, ^bInfirmière, Service universitaire de psychiatrie et psychothérapie de l'âge avancé, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne
jean-pierre.schuster@chuv.ch | zita-daniela.simoes-santos@chuv.ch
armin.von-gunten@chuv.ch

sirables médicamenteux, abus ou sevrage alcool, etc.). Ceux-la doivent être dépistés et traités. En l'absence d'une étiologie somatique sous-jacente rattachant la survenue de l'agitation à un trouble médical comorbide à la démence, l'agitation peut être un SCPD. En réalité, la délimitation de ces deux cadres étiologiques peut être floue. Il est cependant important de ne pas systématiquement qualifier d'agitation SCPD toute agitation chez le sujet dément sans démarche clinique, au risque de ne pas traiter un trouble comorbide.

L'agitation SCPD peut être conceptualisée comme l'expression d'une manifestation d'un inconfort relationnel, environnemental, physique et/ou psychique. Face à l'expression singulière de l'agitation SCPD, le clinicien doit prendre en compte les facteurs protecteurs, prédisposants, précipitants et perdurants (**tableau 1**).⁵ À travers l'analyse de ceux-ci, mettant en perspective la connaissance du sujet (données biographiques, éléments psychosociaux, habitudes de vie, traits de personnalité, environnement, type et profil cognitif de la démence, médication, etc.), le clinicien élabore des orienta-

tions de prise en charge en tenant compte des ressources du patient.⁵

L'analyse clinique de l'agitation SCPD nécessite de dépister et prévenir les conséquences de celle-ci. Une attention particulière doit être portée aux conséquences qui pourraient auto-entretenir l'agitation, comme l'isolement, les changements de milieux de vie, la contention, les médicaments, les blessures, etc. Parmi les conséquences de l'agitation, l'agressivité survient généralement lors d'un empêchement de l'expression du comportement pour des raisons humaines, architecturales ou matérielles.

SOIGNER LE SYMPTÔME COMPORTEMENTAL ET PSYCHOLOGIQUE DE LA DÉMENCE, AGITATION

La prise en charge de l'agitation SCPD est intégrée dans un soin global prenant en compte les besoins médicaux, cognitifs, émotionnels et sociaux du sujet. Face à l'observation d'une agitation SCPD, l'objectif n'est pas la disparition du symptôme observé, mais de prendre soin du sujet dément. Les soins de ce dernier doivent avoir lieu dans son environnement, lieu de vie, ou parfois de soin. Dans certaines conditions, l'adressage en Service de psychiatrie gériatrique pour des soins aigus doit être évalué et organisé en mesurant les bénéfices/risques (patient présentant une dangerosité, patient dans un environnement autoentretenant ou aggravant les troubles, patient nécessitant une surveillance médicale rapprochée).

Traitements non pharmacologiques

Au centre de la prise en charge de l'agitation et de sa prévention, la prise en charge non pharmacologique est souvent sous-estimée. Ces soins interdisciplinaires mettent au centre le caractère unique du sujet et ont pour objectif le maintien de la personne dans la société. Dans ce cadre, les compétences en communication, les attitudes de soins sont à développer en priorité (**tableau 2**).⁷ Différentes interventions pour l'agitation SCPD chez le sujet dément ont été étudiées: thérapie occupationnelle, thérapie de validation, stimulation au mouvement, interactions sociales, traitement par réminiscence, musicothérapie, massage et thérapie du toucher, soins avec des animaux et des robots, aromathérapie et luminothérapie.⁸ Il est à souligner que l'implication du sujet dans la vie quotidienne et l'aménagement de l'environnement exercent un effet crucial sur la qualité de vie des patients déments et de leurs proches. L'évaluation méthodologique de l'efficacité de ces interventions est complexe, rendant difficile des recommandations sur leurs usages.

Traitement pharmacologique

En dehors des situations d'urgences, il est recommandé de traiter l'agitation SCPD de façon pharmacologique si les troubles ont un impact majeur (symptômes sévères, dangereux, ou causant une détresse significative) et quand les techniques de soins ou les interventions non médicamenteuses sont inefficaces.^{3,7} Les principes de prescription dans ce cadre sont de privilégier une monothérapie, d'initier le traitement par de petites doses, en augmentant progressivement, de définir une durée de prescription et de privilégier la forme

TABLEAU 1

Facteurs protecteurs, prédisposants, précipitants et perpétuants

SCPD: symptôme comportemental et psychologique de la démence.

Facteurs protecteurs

- Environnement social et soignant familial, stable et bienveillant
- Utilisation de lunettes et d'appareils auditifs adaptés
- La connaissance des déficits cognitifs sous-jacents est importante pour adapter au mieux l'attitude des aidants et des professionnels
- Connaissance par l'aidant des interventions non médicamenteuses préférées de la personne atteinte de démence pour réduire les symptômes neuropsychiatriques
- Disponibilité d'un soutien pour les aidants

Facteurs prédisposants

- Aggravation de la gravité des troubles cognitifs et existence d'autres SCPD (dépression, délire)
- Comorbidités somatiques et psychiatriques (évolution, exacerbation) et polymédication
- Déficience visuelle ou auditive
- Inactivité physique et limitations des mouvements
- Détresse de l'aidant
- Environnement non adapté aux capacités cognitives
- Surcharges sensorielles (bruits, luminosités, mouvements ininterrompus), environnement trop chaud ou trop froid
- Absence de repères temporo-spatiaux d'orientation

Facteurs précipitants

- Douleur aiguë ou chronique non soulagée
- Besoins physiques de base non satisfaits (éliminer, boire, manger)
- Changements de médicaments
- Sensation de chaleur ou de froid excessif
- Troubles du sommeil
- Événements récents, même anodins, qui sont des facteurs de stress et peuvent faire décompenser un état de vulnérabilité (changements d'organisation de la prise en charge ou du lieu de vie du patient, modifications de l'environnement ou des intervenants, situations de conflit interpersonnel ou de contraintes, etc.)
- Soins d'hygiène, soins (prélèvements, prise de tension artérielle, de température, etc.), période du repas, de l'habillage, tournus du personnel, syndrome crépusculaire
- Départ des proches

Facteurs perpétuants

- Mauvaises stratégies de communication
- Identification et traitement inadéquats du ou des facteurs précipitants
- Mise en œuvre inadéquate du plan de soins personnalisé pour les personnes atteintes de démence
- Manque de soutien aux aidants

TABLEAU 2 Principes généraux de communications et d'attitudes de soins

Ces principes sont à adapter à chaque situation.

Communications

- Se mettre face au sujet, établir un contact visuel
- Parler de façon intelligible en vous assurant de pouvoir être entendu
- Vous présenter. Utiliser un ton calme en évitant les intonations et propos négatifs et familiers
- Prendre le temps et laisser à la personne le temps nécessaire pour parler
- Ne pas pointer le sujet avec le doigt, ne pas le gronder ou le menacer

Attitude de soins

- Laisser au sujet le maximum de degré de liberté dans son quotidien, dans ses choix. Dans la mesure où les comportements ne sont pas dangereux, le laisser faire. Éviter les contraintes et contentions
- Préserver les capacités du sujet et les stimuler, en ne faisant pas à la place du sujet ce qu'il est encore capable de faire
- Ne pas dénier la présence du sujet et l'inclure dans les conversations et les activités quotidiennes
- Adapter l'environnement et les tâches quotidiennes aux capacités du sujet
- Aider le patient à s'inscrire dans une temporalité
- Préserver l'intimité du sujet. En cas de nécessité, l'aide pour les soins d'hygiène corporelle nécessite de respecter la pudeur du sujet
- Éviter les sources simultanées de distraction (télévision, radio, etc.), le bruit, les luminosités violentes
- Proposer une routine, conforme aux habitudes du sujet. Adapter les repas au goût du sujet
- Expliquer nos actions auprès du sujet avec une information compréhensible
- En cas d'incompréhension, ou d'opposition, ne pas insister ou raisonner le sujet
- Proposer des activités alternatives aux comportements mettant en difficulté le patient. L'inviter à réaliser des activités appréciées

per os. La prescription nécessite de tenir compte des comorbidités et de la polymédication fréquente chez les patients déments. Certains comportements d'agitations SCPD comme l'errance, les cris, les comportements d'habillement inappropriés sont classiquement identifiés comme peu répondeurs à la pharmacopée.

Les études évaluant l'efficacité et la tolérance des traitements psychotropes pour traiter l'agitation SCPD sont peu nombreuses. Une revue de littérature récente, incluant les essais thérapeutiques randomisés et contrôlés par placebo, rapporte une efficacité incertaine pour les antipsychotiques typiques et légère pour les atypiques à réduire l'agitation SCPD comparativement au placebo.⁹ Au vu de la balance bénéfices-risques et en l'absence d'autres agents efficaces, l'usage des antipsychotiques peut être envisagé en cas d'agression ou d'agitation en lien avec des éléments psychotiques, après avoir informé les patients et les familles des risques potentiels, y compris de la mortalité accrue.¹⁰

L'étude des antidépresseurs dans la prise en charge pharmacologique de l'agitation SCPD indique une efficacité supérieure de la classe des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) comparativement au placebo. Cependant, il existe une hétérogénéité de réponses, les ISRS semblent être moins efficaces chez les personnes présentant une agitation grave et des troubles cognitifs importants. Néanmoins, leur usage nécessite une attention en lien avec la possible survenue d'un allongement de l'intervalle QT, d'une aggravation des troubles cognitifs, de chutes et d'une hyponatrémie.

Certains antiépileptiques ont été étudiés pour le traitement des SCPD en raison de leurs propriétés de stabilisation de

l'humeur. L'acide valproïque, du fait de son mauvais profil de tolérance chez les personnes démentes, devrait être évité dans cette indication. Les preuves préliminaires suggèrent un bénéfice possible de la gabapentine et de la prégabaline chez les patients atteints de SCPD. Les benzodiazépines, de par leurs effets indésirables (troubles de la vigilance, chutes, dépendance, etc.) sont à éviter pour le traitement de l'agitation SCPD.¹¹

Autre traitement

L'électroconvulsivothérapie peut être considérée comme une option thérapeutique pour l'agitation SCPD sévère et résistant au traitement.¹²

Recommandations

En lien avec les connaissances actuelles, les sociétés savantes produisent des recommandations thérapeutiques.¹³ Les arbres décisionnels aidant le clinicien dans la prise en charge pharmacologique de l'agitation SCPD séparent usuellement le traitement de l'urgence de celui chronique. Dans ces cadres, certaines recommandations retiennent comme critères pour la thérapie le type de démence, d'autres vont préconiser des stratégies thérapeutiques différentes selon que le SCPD soit émergent ou non.^{14,15}

L'ensemble des recommandations sont des aides précieuses mais les arbres décisionnels thérapeutiques pharmacologiques ne doivent pas être compris comme des canevas à appliquer sans prendre l'individualité de chaque situation comme première. La responsabilité du prescripteur est centrale, d'autant plus que nombre de recommandations invitent à apprécier l'utilisation possible de prescriptions hors indication. L'efficacité selon un objectif de soin prédéterminé et la tolérance du traitement doivent être évaluées régulièrement.^{5,6} En cas d'inefficacité de la prise en charge, la situation nécessite d'être réévaluée globalement, en n'omettant pas de réinterroger l'existence d'un diagnostic différentiel ou d'une éventuelle iatrogénie.¹¹ En cas d'évolution clinique favorable, à distance de l'épisode d'agitation SCPD, le volet pharmacologique de la prise en charge nécessite d'être évalué et le médicament idéalement sevré.

CONCLUSION

Le terme agitation renvoie à une clinique hétérogène, polysémique. Elle nécessite une démarche de soins globale afin d'identifier et traiter d'éventuels processus pathologiques dont l'agitation serait l'expression symptomatique.

Longtemps conçue comme un comportement dérangeant, notre compréhension de l'agitation nécessite d'être questionnée. Pouvons-nous reconnaître dans l'agitation du dément, la valeur adaptative, la réaction d'un sujet à qui l'existence et la liberté d'action sont contestées?

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

IMPLICATIONS PRATIQUES

- L'agitation est un symptôme et ne doit pas être traitée sans prise en charge du trouble sous-jacent
- L'agitation renvoie à une clinique hétérogène et polysémique. L'utilisation du terme agitation pour caractériser de façon homogénéisante l'ensemble des éléments sémiologiques catégorisés sous cette appellation générique est une limite à la pratique
- L'agitation n'est pas synonyme d'agressivité. Chez le sujet dément, la sédation de l'agitation n'est une urgence qu'en cas de dangerosité
- Le niveau de preuves des prises en charge spécifiques du symptôme comportemental et psychologique de la démence, de type agitation, est globalement faible à modéré. Les recommandations de prise en charge pharmacologique incluent des prescriptions hors indication. Cette pratique est possible, dans les limites où le médecin respecte les règles reconnues des sciences médicales et pharmaceutiques et qu'il remplit son devoir de diligence

1 Al Ghassani A, Rababa M, Abu Khait A. Agitation in people with dementia: A concept analysis. *Nurs Forum*. 2021 Oct;56(4):1015-23. DOI: 10.1111/nuf.12629.

2 Cummings J, Mintzer J, Brodaty H, et al. International Psychogeriatric Association. Agitation in cognitive disorders: International Psychogeriatric Association provisional consensus clinical and research definition. *Int*

Psychogeriatr. 2015 Jan;27(1):7-17. DOI: 10.1017/S1041610214001963.

3 Volicer L, Galik E. Agitation and Aggression Are 2 Different Syndromes in Persons With Dementia. *J Am Med Dir Assoc*. 2018 Dec;19(12):1035-8. DOI: 10.1016/j.jamda.2018.07.014.

4 Anatchkova M, Brooks A, Swett L, et al. Agitation in patients with dementia: a systematic review of epidemiology and association with

severity and course. *Int Psychogeriatr*. 2019 Sep;31(9):1305-18. DOI: 10.1017/S1041610218001898.

5 *Watt JA, Thompson W, Marple R, et al. Managing neuropsychiatric symptoms in patients with dementia. *BMJ*. 2022 Jan 25;376:e069187. DOI: 10.1136/bmj-2021-069187.

6 **Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, et al. Dementia prevention, intervention, and care. *Lancet*. 2017 Dec 16;390(10113):2673-734. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)31363-6.

7 Gkioka M, Schneider J, Kruse A, et al. Evaluation and Effectiveness of Dementia Staff Training Programs in General Hospital Settings: A Narrative Synthesis with Holton's Three-Level Model Applied. *J Alzheimers Dis*. 2020;78(3):1089-108. DOI: 10.3233/JAD-200741.

8 Livingston G, Kelly L, Lewis-Holmes E, et al. Non-pharmacological interventions for agitation in dementia: systematic review of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry*. 2014 Dec;205(6):436-42. DOI: 10.1192/bjp.bp.113.141119.

9 *Mühlbauer V, Möhler R, Dichter MN, et al. Antipsychotics for agitation and psychosis in people with Alzheimer's disease and vascular dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021 Dec 17;12(12):CD013304. DOI: 10.1002/14651858.CD013304.pub2.

10 Reus VI, Fochtmann LJ, Eyster AE, et al. The American Psychiatric Association Practice Guideline on the Use of Antipsychotics to Treat Agitation or Psychosis in Patients With Dementia. *Am J Psychiatry*. 2016 May 1;173(5):543-6. DOI: 10.1176/appi.

focus.15107.

11 Tible OP, Riese F, Savaskan E, et al. Best practice in the management of behavioural and psychological symptoms of dementia. *Ther Adv Neurol Disord*. 2017 Aug;10(8):297-309. DOI: 10.1177/1756285617712979.

12 Swierkosz-Lenart K, Mall JF, von Gunten A. Interventional psychiatry in the management of behavioural and psychological symptoms of dementia: a qualitative review. *Swiss Med Wkly*. 2019 Oct 27;149:w20140. DOI: 10.4414/smw.2019.20140.

13 *Savaskan E, Bopp-Kistler I, Buerge M, et al. Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der behavioralen und psychologischen Symptome der Demenz (BPSD) [Recommendations for diagnosis and therapy of behavioral and psychological symptoms in dementia (BPSD)]. *Praxis (Bern 1994)*. 2014 Jan 29;103(3):135-48. DOI: 10.1024/1661-8157/a001547.

14 Carrarini C, Russo M, Dono F, et al. Agitation and Dementia: Prevention and Treatment Strategies in Acute and Chronic Conditions. *Front Neurol*. 2021 Apr 16;12:644317. DOI: 10.3389/fneur.2021.644317.

15 Chen A, Copeli F, Metzger E, et al. The Psychopharmacology Algorithm Project at the Harvard South Shore Program: An update on management of behavioral and psychological symptoms in dementia. *Psychiatry Res*. 2021 Jan;295:113641. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.113641.

* à lire

** à lire absolument