

# L'agitation : un trouble du comportement

C.L. Peng, T. Cudennec,  
Hôpital Sainte Périne, Paris

---

L'agitation est un trouble du comportement qui se caractérise par une hyperactivité psychomotrice désordonnée, pathologique et inadaptée, d'intensité et de durée variables. Ce trouble peut être contrôlable ou non par le sujet. Il peut se traduire par des perturbations affectives comme des cris, des pleurs ou des rires, ou par des manifestations somatiques. La diminution des capacités de verbalisation du sujet âgé peut entraîner l'expression de ses difficultés psychiques sous forme de troubles du comportement. Dans ce cas, l'agitation correspond à la traduction d'une souffrance psychologique témoignant d'un déséquilibre dans les capacités d'adaptation de la personne. Le médecin doit tenter de rétablir un contact dans l'écoute et le dialogue en évaluant l'état d'urgence potentiel et l'opportunité d'un traitement médicamenteux. Il est le plus souvent aidé dans sa démarche par l'entourage de la personne. Cette situation chez le sujet âgé correspond à une urgence ponctuelle, mais elle doit tenir compte du devenir et de l'âge de la personne. Sa prise en charge est pluri-disciplinaire impliquant les proches et tous les acteurs de soins afin de préserver l'autonomie et retarder au maximum l'entrée en institution.

## **EPIDEMIOLOGIE ET ETIOLOGIES**

La prévalence des patients déments présentant une agitation oscille entre 10 et 90%. Cet écart s'explique par les difficultés rencontrées pour établir le diagnostic. Cependant, ce symptôme est d'autant plus fréquent que la démence est avancée.

- **Les causes organiques** sont nombreuses. Elles comprennent des désordres métaboliques comme une déshydratation, une hypercalcémie, une hypoglycémie ou une acido-cétose diabétique. Elle peut également être la conséquence d'une fièvre ou d'une hémorragie. Certaines pathologies neurologiques sont à éliminer de façon systématique lorsque l'on constate ce symptôme, comme une hémorragie méningée, un accident vasculaire cérébral, une comitialité, une méningite ou un processus expansif intra-crânien et ses complications. D'autres étiologies sont plus spécifiquement gériatriques comme une rétention aiguë d'urines, un fécalome ou des diarrhées, une poussée d'insuffisance cardiaque ou une mauvaise tolérance médicamenteuse.

- **Les causes toxiques** sont fréquentes chez les personnes âgées. La iatrogénie est à évoquer de façon systématique lors d'une agitation devant une tendance à l'automédication, des troubles de la mémoire avec un risque de sevrage ou de surdosage médicamenteux, des troubles sensoriels et moteurs, ou encore un risque majeur d'interactions entre les différentes molécules absorbées dans cette population polymédiquée. De plus, certaines pathologies ou le vieillissement des organes, à l'origine d'une insuffisance rénale par exemple, rendent l'élimination du toxique plus lente et majorent ainsi le risque d'accumulation. Les états d'agitation lors d'un sevrage en benzodiazépines ou en barbituriques ne sont pas rares. L'administration de traitements corticoïdes, opiacés, psychotropes ou anti-parkinsoniens peut générer ce type de syndrome qui nécessite une lecture attentive et critique des ordonnances.

- **Les causes psychiatriques** correspondent à différents tableaux cliniques complexes.

**L'agitation anxieuse**, aussi appelée attaque de panique, est une crise d'anxiété aiguë souvent associée à

une agitation motrice, des pleurs, des cris et des plaintes variées. Cette anxiété peut être réactionnelle à un choc émotionnel ou à la décompensation d'une névrose, le plus souvent hystérique ou obsessionnelle. Elle s'accompagne de signes physiques en rapport avec l'angoisse ressentie comme un sentiment d'oppression thoracique, une dyspnée, un malaise ou un vertige, voire une pâleur, des tremblements ou des troubles digestifs.

**L'agitation confuse** est fréquente dans les démences dégénératives et notamment lors d'une maladie d'Alzheimer. Elle se traduit par une désorientation temporo-spatiale associée variablement à des troubles de l'attention, des propos incohérents, une altération de la vigilance avec une fluctuation de ces signes au cours du temps. Dans ces situations, il est nécessaire de rechercher une pathologie sous-jacente car l'étiologie est souvent imputable à une iatrogénie.

**L'agitation délirante** s'observe davantage chez les sujets âgés aux antécédents de psychose hallucinatoire chronique ou présentant un délire de persécution. Le sujet se renferme dans son monde pour se protéger des agressions et autres menaces de l'extérieur. On observe alors des attitudes de fuite, de défense et de méfiance. Le patient suspecte ses interlocuteurs et est impossible à raisonner. Il réagit par une agitation psychomotrice qu'il ne peut contrôler. Les thèmes de préjudice et de persécution sont récurrents, parfois associés à des hallucinations visuelles ou auditives.

**L'agitation du dément** se manifeste souvent par une turbulence nocturne se traduisant par un état de confusion et de délire perturbant l'entourage. L'interprétation des signes est rendue d'autant plus délicate que la personne n'arrive pas à s'exprimer efficacement par des mots. Ses capacités d'adaptation sont alors débordées.

**L'agitation du patient dépressif** survient dans un contexte d'humeur triste, d'asthénie, de désintérêt ou d'un sentiment de dévalorisation. D'autres signes que l'agitation peuvent donner l'alerte comme des pleurs, une anxiété intense, des gémissements ou des idées de culpabilité. Il faut toujours évaluer le risque suicidaire chez ces sujets.

**Enfin, l'agitation hypomaniaque** se caractérise par l'euphorie, la logorrhée, la suspicion, la revendication, voire parfois une certaine agressivité. Il est important de rechercher chez ces patients des antécédents de psychose maniaco-dépressive. Certains médicaments ou circonstances neurologiques comme une tumeur cérébrale peuvent entraîner ce type d'agitation.

## **MANIFESTATIONS CLINIQUES**

L'approche diagnostique peut nécessiter du temps et de la patience car la communication avec un sujet âgé agité peut être rendue difficile, notamment lors de la présence de troubles sensoriels ou des fonctions cognitives.

- **L'interrogatoire de l'entourage** doit rechercher des renseignements sur les circonstances ayant pu déclencher le trouble comme une chute récente ou un traumatisme affectif avec choc émotionnel. D'autres causes tels un conflit, des disputes, une perte comme un deuil ou un déménagement, ou encore un changement de thérapeutique ou un sevrage médicamenteux peuvent être à l'origine d'un état d'agitation.

- **Les antécédents et l'environnement immédiat du sujet** comme un isolement affectif ou une détresse sociale, la notion de névrose ou de psychose, ou encore la prise de toxiques doivent être connus du médecin.

- **L'examen clinique** doit s'efforcer d'éliminer une cause organique à l'agitation. Il ne faut pas conclure trop rapidement, chez le sujet âgé, à une pathologie psychiatrique isolée. Il faut évaluer l'état général du sujet par la prise du pouls, de la pression artérielle, de la température et de la glycémie. Il est également nécessaire d'estimer l'état de déshydratation ou de dénutrition éventuelle. Enfin, l'examen recherche des séquelles de traumatisme. L'examen neurologique doit être soigneux à la recherche d'un syndrome confusionnel, d'une désorientation temporo-spatiale, d'un syndrome méningé ou encore d'un signe de localisation. L'examen clinique permet d'évoquer ou d'éliminer un bon nombre d'étiologies organiques pouvant expliquer la survenue de cet épisode aigu.

## **TRAITEMENT**

- **Le maintien au domicile** doit être tenté quand il est possible et raisonnable. Il permet de préserver le

bien-être et l'autonomie du sujet. Le médecin doit alors s'assurer des possibilités de prise en charge par l'entourage et de la compliance, de la compréhension et de la surveillance du traitement administré.

- **L'hospitalisation** doit être évitée tant que cela est possible car elle peut déstabiliser le sujet âgé. Elle est cependant nécessaire lorsque l'on suspecte une origine somatique grave, un trouble psychiatrique majeur, un contexte social ou familial précaire ou lorsque le traitement est difficile à instaurer et à surveiller.

- **Le traitement comprend des mesures non médicamenteuses** comme une intervention précoce et l'élimination rapide d'une urgence neurologique médicale ou chirurgicale. Il est préférable d'éviter une contention brutale et d'évaluer rapidement la dangerosité de la situation. Le patient doit être isolé des personnes de son entourage pouvant majorer son angoisse. Il faut privilégier le dialogue avec une écoute attentive et rassurante envers la personne, et apaiser l'entourage afin d'éviter une réaction de rejet.

- **Le traitement médicamenteux est avant tout étiologique.** Lorsque le dialogue est impossible ou la situation critique, il est parfois nécessaire de recourir d'emblée à une sédation. Chez la personne âgée, il est préférable d'éviter l'utilisation de psychotropes à demi-vie longue. Il est souhaitable de débiter par des posologies à demi doses par rapport à celles de l'adulte, sur une courte durée, et la voix orale doit être privilégiée pour faciliter la communication. Il est important de savoir diminuer puis arrêter rapidement les psychotropes dans cette population.

## **CONCLUSION**

L'agitation du sujet âgé peut avoir de nombreuses étiologies. Une analyse critique et soigneuse des signes cliniques est nécessaire afin de ne pas méconnaître une cause organique. L'hypothèse d'une iatrogénie doit toujours être évoquée. L'hospitalisation et l'administration de traitements médicamenteux doivent être soigneusement réfléchies du fait des conséquences qu'elles peuvent engendrer comme une institutionnalisation.

## **REFERENCES**

1. Hazif-Thomas C, Léger D, Thomas Ph. Agitation et agressivité du sujet âgé : de la clinique avant toute chose ! Revue de Gériatrie, 2003; 28: 349-356
2. Bazin N. Stratégies thérapeutiques des états d'agitation des sujets âgés. Revue de Gériatrie, 2002; 27: 565-568
3. Bazin N. Diagnostic des états d'agitation des sujets âgés. Revue de Gériatrie, 2002; 27: 451-456
4. Schatzberg A.F., Debattista. Phenomenology and treatment of agitation. J Clin Psychiatry, 1999; 60 : 17-20
5. Cumming J.L., Mega M.S., Gray K., Rosemberg-Thompson S., Gornbein T. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. Neurology, 1994; 44: 2308-14