



## Chapitre 5

# Troubles du comportement liés aux différents types de sevrage rencontrés aux urgences ou à l'UHCD

*G. BROUSSE\*, T. CHARPEAUD, E. GOUTAIN, M. GARNIER, C. TIXERONT, J. GENESTE, J. SCHMIDT*

### Points essentiels

- Devant tout trouble du comportement il faut rechercher une imprégnation toxique aiguë, chronique mais aussi un sevrage en cette substance.
- Toujours interroger l'entourage.
- Les symptômes modérés de sevrage en substances psychoactives viennent souvent en miroir des symptômes des intoxications aiguës.
- Le syndrome de sevrage alcool doit être systématiquement recherché devant une confusion agitée.
- Les sujets dépendants sont souvent polyaddict donc un sevrage c'est souvent plusieurs sevrages.
- Attention aux comorbidités psychiatriques et somatiques accompagnant les addictions.
- Les hallucinations sensorielles en particulier visuelles et tactiles devront orienter l'interrogatoire sur un syndrome de sevrage (alcool).
- Les sujets « gros fumeurs » doivent être repérés dès leur admission aux urgences et substitués.
- Penser au sevrage en benzodiazépines lors de troubles du comportement du sujet âgé.
- Les syndromes de sevrage aux opiacés entraînent des « conflits ».

Correspondance : Service Accueil Urgences – Urgences Psychiatriques – CHU Clermont Ferrand – 58, rue Montalembert – 63000 Clermont Ferrand  
\*Tél. : 04 73 75 47 80 – Fax : 04 73 75 47 81 – E-mail : gbrousse@chu-clermontferrand.fr

## 1. Introduction

La notion de sevrage est classiquement associée à celle de dépendance. En effet, le syndrome de sevrage à une substance constitue après la tolérance (besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir l'intoxication ou l'effet désiré) le second aspect physique de la dépendance (1). Il signe une imprégnation chronique ayant entraîné de nombreuses neuroadaptations compensatrices secondaires à l'imprégnation chronique. L'arrêt brutal de la consommation entraîne un déséquilibre en faveur d'une surexposition neuronale (mais aussi périphérique) aux mécanismes compensateurs. Ceci se traduit par des manifestations symptomatiques psychiques et physiques qui pourront être modérées mais parfois sévères voire fatales en l'absence de prise en charge. Les aspects psychocomportementaux du sevrage peuvent aller de la tension psychique simple aux grandes manifestations comportementales procédant d'une intolérance psychique au manque ou bien survenant sur un état confusionnel ou un état délirant. Le *Delirium Tremens* en constitue la forme clinique paradigmatique. Dans un certain nombre de cas les manifestations psychocomportementales ne présentent pas de spécificité (agitation, confusion). Ainsi il y aura lieu d'évoquer systématiquement un syndrome de sevrage devant tout trouble du comportement non étiqueté. L'interrogatoire de l'entourage et le recueil d'informations, notamment sur les consommations de substances psychoactives, sera déterminant.

Enfin il ne faudra pas négliger de rechercher derrière ces tableaux peu spécifiques des comorbidités psychiatriques (troubles bipolaires et alcoolodépendance, psychose cannabique ou postcocaïne) et somatiques (infection et toxicomanie, hématome sous dural et éthyliste chronique) si souvent associées aux pathologies addictives et qu'il est indispensable de dépister.

Dans cet exposé nous allons tout d'abord présenter la définition du syndrome de sevrage. Nous présenterons ensuite brièvement une approche physiopathologique du sevrage sur la base de l'intoxication alcoolique chronique. L'approche des troubles du comportement qui n'est pas spécifique sera faite à travers une présentation des différentes manifestations psychiques en fonction des substances consommées à savoir : l'alcool, la nicotine, les opiacés, le cannabis et les psychostimulants. Nous aborderons également les troubles psychocomportementaux secondaires aux sevrages en psychotropes en particulier les benzodiazépines.

## 2. Définitions et symptômes clés

La caractéristique essentielle du sevrage à une substance est le développement d'une modification comportementale inadaptée plus ou moins spécifique d'une substance, avec des concomitants physiologiques et cognitifs, due à l'arrêt ou la réduction de l'utilisation massive et prolongée de cette substance (1). Le diagnostic de sevrage est reconnu pour les groupes de substances suivants :

alcool, amphétamines et autres substances similaires, cocaïne, nicotine, opiacés et sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques. Les signes et symptômes du sevrage varient selon la substance utilisée, la plupart des symptômes étant les opposés de ceux observés en cas d'intoxication avec la même substance. Toutefois assez souvent les sujets étant polyconsommateurs il existe des intrications symptomatiques. Par ailleurs dans un certain nombre de cas les sujets dépendants présentent une pathologie psychiatrique comorbide qui peut être également pourvoyeuse de manifestations comportementales (ex schizophrénie). Il faudra être attentif à la distinction, non aisée, entre les deux troubles ainsi qu'à l'influence d'un trouble sur l'autre (ex-hallucinations flash-backs dans le cas de consommation ancienne d'hallucinogènes à l'origine de troubles du comportement chez un patient délirant).

On distingue ainsi classiquement trois critères diagnostics communs de sevrage à une substance :

- A. Développement d'un syndrome spécifique d'une substance dû à l'arrêt (ou la réduction) de l'utilisation prolongée et massive de cette substance.
- B. Le syndrome spécifique de la substance cause une souffrance cliniquement significative.
- C. Les symptômes ne sont pas dus à une affection médicale générale.

Les altérations psychiques des syndromes de sevrage qui pourront conduire à des manifestations psychocomportementales sont classiquement à type d'agitation avec d'agressivité, d'anxiété modérée à majeure avec irritabilité impatience ou déambulation. Il peut exister par ailleurs un syndrome hallucinatoire marqué avec une participation totale du sujet, un syndrome confusionnel. Les symptômes physiques sont aussi présents. Ils concernent le plus souvent la sphère neurovégétative. En particulier tout état d'agitation INCOMPRÉHENSIBLE (c'est-à-dire où la revendication du patient n'est pas claire) doit faire évoquer un syndrome de sevrage.

La définition ici reste limitée aux effets spécifiques de la substance et ne prend pas en compte le syndrome de manque ou plus largement l'envie irrépressible de consommer la substance (craving) qui serait non spécifique et devrait être exclus. En pratique la distinction n'est pas simple et il convient, pour cet exposé, d'associer aux symptômes de sevrage les symptômes de manque. Ces symptômes sont à l'origine d'anxiété modérée à majeure voire d'irritabilité allant jusqu'à l'agressivité.

### 3. Aspects psychopathologiques

Le syndrome de sevrage doit se concevoir comme une rupture brutale d'un pseudo-équilibre impliquant de façon chronique le système nerveux central. La prise de produit répond classiquement ou bien à la recherche d'un plaisir ou au soulagement d'un déplaisir. Ainsi, les processus addictifs reposent sur une

interaction entre un(des) produit exogène et le circuit de la récompense impliquant en particulier des voies dopaminergiques GABAergiques et Glutamatergiques (2). Les structures cibles concernées incluent en particulier les noyaux gris centraux tels que les centres des émotions, de la mémoire, du plaisir et du mouvement. Elles sont sous la dépendance de structures cérébrales supérieures corticales pourvoyant classiquement à leur hiérarchisation, leur activation ou inhibition. La consommation de substances psychoactives au long cours altère cette hiérarchie en provoquant une réorganisation neuronale du fait de l'action chronique des drogues sur des récepteurs spécifiques. Tout se passe comme si les contrôles corticaux ne jouaient plus leur rôle et que la vie du sujet devenait subordonnée à un dysfonctionnement émotionnel comportemental voué à la recherche et prise de produit en dépit des conséquences néfastes. L'arrêt brutal de l'apport de drogue renforce cette activation comportementale en vue de la recherche de drogue. Ainsi les symptômes du manque telle l'irritabilité, l'anxiété, la tension psychique sont des symptômes de sevrage qui ne seront soulagés que par la prise de produit. Par ailleurs, le système nerveux central palie à l'apport chronique de substance psychoactive par la synthèse de neurotransmetteurs endogènes permettant de maintenir une homéostasie neuroexcitation/neuroinhibition (3). Les neurotransmetteurs synthétisés seront opposés aux effets de la substance : excitateurs (ex-glutamate) si elle est inhibitrice/sédative, inhibiteurs (ex-GABA) si elle est stimulante. Les symptômes d'arrêt brutal de la substance correspondront alors à une exacerbation des effets liés aux neurotransmetteurs endogènes « noyant » le système nerveux central. À ces effets seront associés les symptômes du manque. Par exemple un certain nombre d'auteurs ont suggéré une perturbation soudaine de la balance Glutamate/GABA dans l'étiopathogénie du syndrome de sevrage éthylique. L'exposition chronique à l'alcool entraînerait des modifications adaptatives de la neurotransmission et en particulier une diminution de l'expression des récepteurs GABAA. Ces modifications vont entraîner l'adaptation concomitante de la transmission neuroexcitatrice en l'augmentant, principalement par l'intermédiaire du glutamate, un des principaux acides aminés excitateurs du système nerveux central et de son récepteur NMDA (3, 4). Lors du sevrage le cerveau se trouve alors dans un état d'hypofonctionnement des acides aminés inhibiteurs et d'hyperfonctionnement réactionnel des acides aminés excitateurs. Ce déséquilibre brutal, d'autant plus marqué que les sevrages sont répétés serait à l'origine des symptômes du sevrage (3).

## 4. Les troubles du comportement liés aux syndromes de sevrage

### 4.1. Le syndrome de sevrage éthylique

Les syndromes de sevrages alcooliques sont les syndromes de sevrages les plus pourvoyeurs de troubles du comportement dans les services d'urgences ou UHCD. À côté des formes classiques et souvent frappantes des *delirium tremens*, il faudra

envisager de penser à un sevrage éthylique devant tout tableau comportemental associant tension psychique et troubles cognitifs. La recherche de consommation d'alcool doit être systématique lors de l'enquête auprès de l'entourage.

#### a) Aspects cliniques

On décrit, aux deux extrêmes du syndrome, des **signes mineurs** de sevrage et des **accidents graves** compliquant le sevrage lui-même, comme le *delirium tremens* ou les crises convulsives.

Les symptômes observés ne sont pas des symptômes spécifiques. Ils apparaissent les premières heures après l'arrêt de l'alcoolisation, en général avant 24 heures et sont parfois très rapidement présents, parfois même alors que le taux d'alcoolémie n'est pas encore nul. Ils se définissent, dans la grande majorité des cas, par des :

- Troubles subjectifs : anxiété, agitation, irritabilité, insomnie, cauchemars ;
- Troubles neurovégétatifs : sueurs, tremblements, hyperthermie, tachycardie, hypertension artérielle ;
- Troubles digestifs : anorexie, nausées, vomissements, diarrhée.

On qualifie parfois de « *pré-delirium tremens* » (ou pré-DT) l'ensemble de ces symptômes.

Dans les heures qui suivent, ce tableau peut, en l'absence de traitement précoce, s'aggraver constituant le syndrome de sevrage avéré et se compliquer d'un « *delirium tremens* » associant :

- Un tremblement majeur, une dysarthrie, des réflexes ostéotendineux vifs.
- Un état confuso-onirique, avec des hallucinations visuelles et auditives : le patient devenant le partenaire obligé de scènes imaginaires et angoissantes qui s'imposent à lui. Les zoopsies sont fréquentes et effrayantes.
- Des sueurs abondantes et une fièvre parfois intense.
- Des convulsions dont la date de survenue peut être extrêmement variable par rapport à l'arrêt de l'alcool.

Ce syndrome peut être résolutif, spontanément ou plus sûrement sous traitement, en 2 à 5 jours. Toutefois, le *delirium tremens* surviendrait chez environ 20 % des sujets alcoolodépendants hospitalisés et serait mortel dans 8 % des cas (5).

#### b) Troubles du comportement et sevrage en alcool

Les services d'urgences ou UHCD sont fréquemment confrontés à des troubles du comportement secondaires au syndrome de sevrage éthylique. Ils sont classiquement représentés par une agitation anxieuse liée à un envahissement hallucinatoire visuel majeur et effrayant lors du *Delirium tremens*. Le sujet vit ses hallucinations. Elles ne sont pas critiquées. Le risque comportemental est important (pour se libérer, se défendre) nécessitant un isolement au calme sous une lumière douce avec sédation (benzodiazépines et neuroleptiques) et la plupart du temps contention. L'hydratation associée à la sédation précoce pourrait être des clés de la prévention d'une évolution péjorative. Une protection

antiglutamatergique (acamprosate) pourrait protéger, d'autant plus qu'elle anticiperait le sevrage, d'un stress oxydatif neuronal et d'une atteinte cognitive. De même pour la vitaminothérapie (B1 B6).

En dehors des épisodes aigus et bruyants il faut penser au sevrage alcool lors de toute intoxication éthylique aiguë puisque dans 80 % des cas, aux urgences, elles surviennent chez des patients alcoolodépendants (6). C'est-à-dire que toute situation d'alcoolisation aiguë pourra évoluer vers un syndrome de sevrage et ce d'autant plus chez des patients hommes de plus de 40 ans. Ainsi la surveillance du patient et l'administration de benzodiazépines adaptée au comportement permettra de contenir l'évolution (7). L'utilisation de l'adaptation française du score de Cushman (annexe 2, 8) permet de surveiller l'évolution des symptômes du sevrage en particulier neurovégétatifs. Il sous-estime en revanche les manifestations psychocomportementales du sevrage et ne permet pas la systématisation de leur recherche : les hallucinations (visuelles, auditives, tactiles) souvent effrayantes, l'anxiété parfois incoercible et l'agitation. Le score CWA-AR serait en ce sens plus approprié (annexe 3, 9).

En résumé les manifestations psychocomportementales retrouvées sont :

- a. **Hallucinations** ou illusions transitoires visuelles, tactiles ou auditives → *auto ou hétéragressivité, dangerosité.*
- b. **Agitation psychomotrice** → *auto ou hétéragressivité, dangerosité.*
- c. **Anxiété** → *moins forte compliance aux soins.*

## 4.2. Le syndrome de sevrage nicotinique

La consommation de tabac est très fréquente. Le syndrome de sevrage tabagique est rarement pourvoyeur de manifestations psychocomportementales graves. Cependant il peut majorer d'autres tableaux d'agitation (autres sevrages, troubles psychotiques) et ralentir l'efficacité des traitements psychotropes. La consommation tabagique doit être recherchée systématiquement chez tous les patients admis aux urgences et UHCD.

### a) Aspects cliniques

La consommation régulière de tabac s'accompagne d'une dépendance psychique mais aussi physique qui est responsable d'un syndrome de sevrage à l'arrêt d'exposition à la nicotine. Chez des patients hospitalisés, les manifestations du syndrome de sevrage à la nicotine seront assez souvent minimales (bradycardie, anxiété). Dans les services d'urgence, elles rendront assez souvent la prise en charge plus tendue, l'attente l'incertitude et le stress accentuant le craving – ou besoin impérieux et incoercible de fumer – qui pourra conduire à une agressivité modérée voire marquée devant l'impossibilité de consommer. Parfois il s'agit de formes graves de sevrage associant agitation, confusion et hallucinations (10). La pose d'un timbre transdermique de substitution nicotinique constitue dans ces derniers cas à la fois un moyen thérapeutique et un test diagnostique. Le syndrome de sevrage tabagique doit être évoqué chez les gros fumeurs même

à quelques jours de l'arrêt. Par ailleurs, il faudra être systématiquement à la recherche de sevrage nicotinique lors des sevrages éthyliques.

*b) Troubles du comportement et sevrage en nicotine*

- a. **Humeur dysphorique ou dépressive** → *risque de « comportement suicidaire ».*
- b. **Insomnie** → *déambulation du patient.*
- c. **Irritabilité, fébrilité, frustration, colère** → *tension avec les soignants, refus de soins, « sortie contre avis médical ».*
- d. **Anxiété** → *moins forte compliance aux soins.*
- e. **Difficultés de concentration** → *peu de compréhension des soins, des explications, difficulté à accéder aux choix thérapeutiques.*
- f. **Plus rarement agitation, hallucinations** → *auto ou hétéragressivité, dangerosité.*

### 4.3. Le syndrome de sevrage aux opiacés

Les troubles du comportement liés au syndrome de sevrage aux opiacés renvoie à la question du « toxicomane – ou plus souvent polytoxicomane – aux urgences ». Dans ce cas trois situations sont le plus souvent intriqués : le syndrome de sevrage et les manifestations comportementales qui y sont associées, les complications psychiatriques liées à la prise de produit ou comorbides de l'addiction (ex-troubles psychotiques), les surdosages. La gestion de la présence des patients toxicomanes à l'hôpital et en particulier aux urgences est exemplaire de la fréquente position institutionnelle vis-à-vis de ces patients parfois difficiles à prendre en charge (11). Les toxicomanes passent fréquemment pour des « mauvais malades ». En réalité les accidents comportementaux graves (violences) sont rares mais suffisamment marquant pour laisser une trace dans la mémoire institutionnelle. Par ailleurs le vécu de « mauvais patient » prend forme à travers des « travers » comportementaux qui passent souvent pour des provocations à l'égard des soignants (fumer dans les box, fugue, revendications multiples) et rendent difficile l'investissement des équipes. Enfin il ne faudra jamais perdre de vue que le traitement du manque (c'est-à-dire du syndrome de sevrage) n'est pas l'arrêt de la toxicomanie.

*a) Aspects cliniques*

Dans le cas de l'héroïne, l'état de manque apparaît dans les 2-3 heures suivant la dernière injection et devient maximal au 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> jour. Dans le cas des produits de substitution à demi-vie plus longue, le syndrome de manque est maximal entre les 5<sup>e</sup> et 7<sup>e</sup> jours et peut évoluer sur plusieurs semaines. Le syndrome de sevrage se manifeste cliniquement par une véritable crise hyperadrenergique et des manifestations psychiques (12).

Les signes classiques du syndrome de manque aux opiacés sont :

- Psychiques : insomnie, angoisse, signes dépressifs, agitation excitation, craving ou « faim de drogue » (envie irrépressible), fatigue.
- Digestifs : nausées/vomissements, constipation, diarrhée, crampes d'estomac, anorexie.

- Algique : douleurs ostéo-articulaires, douleurs viscérales.
- Neurovégétatifs : rhinorrhée, frissons, sueurs, sensations de chaud et froid, bâillements, chair de poule, tremblement, mydriase.

Ces symptômes peuvent être à l'origine de troubles du comportement. Ils peuvent générer une angoisse importante pour le patient et des manifestations d'irritabilité et d'impatience à l'origine de demandes multiples, contradictoires ou se mêlent à la fois une réelle sollicitation de l'équipe soignante pour soulager ces symptômes et une ambivalence à arrêter les produits et à négocier une pseudosubstitution (morphiniques). La motivation de rester aux urgences devient de plus difficile à gérer face à un désir croissant de produit et un cortège de symptômes pénibles. Le « harcèlement » des personnels aux seuls fins d'obtenir des traitements supplémentaires doit être pris, au-delà d'une appétence à la demande et à la consommation, pour ce qu'il est : la traduction d'un système neuronal insensibilisé aux effets des psychotropes aux doses usuelles. Le traitement du sevrage nécessitera donc d'adapter les posologies à la réponse anxiolytique.

Il faut également souligner la fréquence de manifestations psychotiques secondaires et comorbides de l'addiction aux opiacés et rendant la prise en charge compliquée : envahissement délirant et dissociatif renforçant la rupture de contact et majorant les agitations comportementales. Le traitement du syndrome de sevrage devra donc être mis en route de façon précoce associant benzodiazépines, antispasmodiques, antalgiques et neuroleptiques sédatifs et/ou incisifs en cas de troubles psychotiques associés. La mise à l'abri temporaire somatopsychique des patients toxicomanes en sevrage doit être réalisée dans les services d'urgence dans des lits de crises psychiatriques (11).

b) *Troubles du comportement et sevrage opiacés*

- a. **Humeur dysphorique ou dépressive** → *risque de « comportement suicidaire ».*
- b. **Insomnie** → *déambulation du patient.*
- c. **Symptômes de manque** :  
*Craving : impéiosité à consommer majeure conduisant à une recherche active du produit passant par un départ des urgences incoercible.*  
*Irritabilité, anxiété, tension psychique.*

#### 4.4. Le syndrome de sevrage en psychostimulants en particulier la cocaïne

La prise de cocaïne ou de crack se fait soit de façon isolée soit en association à d'autres drogues (en particulier héroïne). En général, il s'agit d'une consommation par accès, non maîtrisée, dont l'arrêt est imposé soit par les limites physiques, les limites psychiques ou bien les limites financières du sujet. Le plus souvent les troubles du comportement aux urgences liés à la prise de cocaïne sont ceux qui apparaissent lors des intoxications aiguës et en particulier des manifestations psychotiques (hallucinations multiples, délire de persécution marqué) avec hétéroagressivité majeure et qui céderont plus ou moins rapidement en fonction



de la vulnérabilité pré-existante du patient. Les syndromes de sevrage sont plus inaperçus. Ils consistent en une dysphorie ou une dépression marquée et transitoire associée à des périodes de craving.

*a) Troubles du comportement et sevrage en cocaïne*

Humeur dysphorique avec :

- a. **Fatigue.**
- b. **Rêves intenses et déplaisants.**
- c. **Insomnie ou hypersomnie.**
- d. **Augmentation de l'appétit.**
- e. **Agitation ou ralentissement psychomoteur.**

#### **4.5. Le syndrome de sevrage en cannabis**

Le syndrome de sevrage en cannabis est de plus en plus décrit, même s'il reste considéré comme assez souvent non grave voir inaperçu. Il serait, toutefois, du fait des inconforts qu'il induit, un facteur de rechute et de maintien de l'abstinence important. Il n'est pas forcément pourvoyeur de grands troubles du comportement dans les services d'urgences. Toutefois, si on pense au syndrome de sevrage alcoolique chez des patients adultes consommateurs dépendants d'alcool, il faudra évoquer le sevrage cannabis chez les jeunes adultes ou adolescents présentant des troubles du comportement modérés, une tension anxieuse, une irritabilité ou impatience et ceci d'autant plus qu'ils seront hospitalisés pour un motif médico-chirurgical, les « bloquants » dans une chambre d'urgence ou d'UHCD (13). Ici, l'interrogatoire sur la consommation sera primordial, car le patient ne l'évoquera pas spontanément. En revanche, il pourra en parler facilement si on lui en donne l'occasion. Il faudra également y penser pour des jeunes admis pour des troubles du sommeil ou bien des troubles de l'humeur.

*a) Les symptômes du sevrage cannabique*

Il s'agit d'un syndrome débutant après 24 heures d'abstinence et mêlant : une agitation, une irritabilité, une perte d'appétit, des sueurs, des maux de tête, des nausées, une perturbation du sommeil avec cauchemars, une irritabilité et une hyperactivité, un craving intense et parfois une augmentation de la température corporelle (14). Ces symptômes durent environ deux ou trois jours. Les symptômes les plus sévères sont des maux d'estomac, les vomissements, la diarrhée et un malaise général. On pourrait en rapprocher le syndrome d'hyperémèse cannabinoïde qui se caractérise par des épisodes récurrents et sévères de nausées et de vomissements réfractaires et de maux de ventre survenant dans des conditions de consommation chronique de cannabis (15). Les plaintes sont souvent marquées amenant parfois les jeunes à plusieurs reprises aux urgences avec une absence de conclusion médicale. Toute plainte abdominale sans point d'appel médical ou chirurgical chez un jeune adulte ou adolescent doit faire questionner sur la consommation de cannabis.

b) *Troubles du comportement et sevrage en cannabis*

Si le DSMIV ne retient pas de critères diagnostics de sevrage au cannabis on pourra retenir :

- a. **Agressivité.**
- b. **Anxiété.**
- c. **Irritabilité et impatience.**

#### 4.6. Le syndrome de sevrage en hallucinogènes

Le trouble persistant des perceptions dû aux hallucinogènes (Flash-back) ne constitue pas en tant que telle une manifestation liée à un syndrome de sevrage. Toutefois, l'apparition de ces manifestations en dehors et à distance de la prise de produit nous amène à le présenter ici.

Il s'agit de l'apparition, chez un sujet qui a cessé l'utilisation d'un hallucinogène, au moins un des symptômes perceptifs qui ont été ressentis au moment de l'intoxication par l'hallucinogène (ex-hallucinations géométriques, fausses perceptions de mouvement à la périphérie du champ visuel, flashes de couleurs...).

#### 4.7. Le syndrome de sevrage en sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques

Les sevrages médicamenteux et en particulier aux benzodiazépines sont fréquents dans les services d'urgences (16). Il faudra y penser en particulier chez les sujets âgés présentant des manifestations comportementales et des symptômes physiques évoquant le sevrage éthylique. En effet, les symptômes de sevrage en benzodiazépines se rapprochent de ceux de l'alcool. Généralement les symptômes sont nombreux et peu spécifiques

a) *Les sevrages en hypnotiques ou anxiolytiques*

- a. **Hyperactivité neurovégétative.**
- b. **Tremblements des mains.**
- c. **Insomnie** (inversion du rythme du sommeil).
- d. **Nausées ou vomissements.**
- e. **Hallucinations ou illusions** transitoires visuelles tactiles ou auditives.
- f. **Agitation psychomotrice.**
- g. **Anxiété.**
- h. **Crises convulsives** de type grand mal.

À ces signes, on peut rajouter, dans le cas des benzodiazépines, une hypersensorialité (photophobie, hyperosmie et paresthésie) qui orienteront le diagnostic ainsi que des cas de douleurs abdominales (17).

b) *Troubles du comportement et sevrage en anxiolytiques et hypnotiques*

- a. **Hallucinations** ou illusions transitoires visuelles, tactiles ou auditives → *auto ou hétéragressivité, dangerosité.*
- b. **Agitation psychomotrice** → *auto ou hétéragressivité, dangerosité.*

c. **Anxiété** → *moins forte compliance aux soins.*

d. **Tableaux confusionnels des sujets âgés.**

#### 4.8. Situations particulières

Un certain nombre de situations doivent également évoquer un syndrome de sevrage. Elles peuvent conduire à des troubles du comportement qui pourront être marqués. On pensera en particulier aux syndromes algiques chez des patients en sevrage opiacés qui sont difficiles à prendre en charge (18). L'utilisation d'opiacés (substitution si elle existe déjà) ou d'antalgique morphinique est possible *in situ* (19). Il n'y aura pas bien entendu de prescription d'ordonnance. On sera également vigilant lors de l'utilisation de la naloxone qui pourra induire un syndrome de sevrage.

De même l'utilisation de flumazénil lors des intoxications volontaires aux benzodiazépines pourra induire des syndromes de sevrage, chez des patients consommateurs massifs, avec troubles du comportement au réveil entraînant agitation, anxiété et vellétés de sortie rapide (20). Ces états d'agitations associés à une confusion et une altération cognitive aiguë rendent l'examen psychiatrique impossible et entraînent de façon un peu paradoxale la nécessité d'une « sédation contrôlée » de protection (neuroleptiques, benzodiazépines). Dans ces cas la surveillance en UHCD doit être la règle.

Il existe également un certain nombre de situations cliniques qui pourront évoquer une ivresse aiguë et qui en réalité sont des sevrages (21). En d'autres termes une symptomatologie clinique atypique d'ivresse doit également faire évoquer une fausse ivresse...

Enfin les syndromes de sevrages sont responsables d'un certain nombre de troubles cognitifs aigus à l'origine d'états d'agitation et de troubles du comportement. Il s'agit de troubles de la vigilance, de trouble de l'attention (distractibilité) du langage (discours incohérent, manque du mot) de la mémoire (oubli à mesure, trouble mémoire à court et à long terme) du raisonnement qui seront plus ou moins marqués. Le patient sera souvent désorienté et aura une présentation fréquemment négligé, un aspect hébété et hagard. Ces troubles cognitifs aigus peuvent évoluer en troubles chroniques (S Korsakoff chez patients alcoolodépendants) (22).

## 5. Conclusion

Comme nous l'avons vu, les troubles du comportement liés aux syndromes de sevrage sont rarement spécifiques et doivent donc être évoqués systématiquement devant tout trouble du comportement aux urgences et à l'UHCD lors de la démarche diagnostique et de l'enquête anamnestique auprès des patients et surtout des proches. La première cause de sevrage aux urgences est liée à l'alcool en particulier chez l'homme autour de la cinquantaine. Il ne faudra pas sous-estimer les sevrages en benzodiazépines et plus particulièrement chez les femmes et les sujets âgés et le

syndrome de sevrage au cannabis chez les jeunes. Il faut toujours envisager l'irritabilité, l'impatience et l'opposition sous l'angle du sevrage. Il pourra s'agir évidemment de manifestations problématiques dans un contexte de carences éducatives ou de troubles de la personnalité. Mais, souvent, les syndromes de sevrages seront des facteurs explicatifs très crédibles. À condition de les avoir recherchés...

## Références

1. Association Américaine de Psychiatrie : DSM-IV. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris, Masson 1996 : 208-16, 229-41.
2. Lingford-Hughes A., Nutt D. Neurobiology of addiction and implications for treatment. *Br J Psychiatry* 2003 ; 182 : 97-100.
3. De Witte P. Imbalance between neuroexcitatory and neuroinhibitory amino acids causes craving for ethanol. *Addict Behav* 2004 ; 29(7) : 1325-39.
4. Esel E. Neurobiology of alcohol withdrawal: inhibitory and excitatory neurotransmitters. *Turk Psy Der* 2006 ; 17(2) : 1-9.
5. Hall W., Zador D. The alcohol withdrawal syndrome. *Lancet* 1997 ; 349(9069) : 1897-900.
6. Reynaud M., Schwan R., Loiseaux-Meunier M.N., Albuissou E., Deteix P. Patients admitted to Emergency Services for drunkenness: moderate alcohol users or harmful drinkers? *Am J Psychiatry* 2001 ; 158 : 96-9.
7. Holbrook A.M., Crowther R., Lotter A., Cheng C., King D. Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of acute alcohol withdrawal. *CMAJ* 1999b ; 160(5) : 649-55.
8. Mennecier D., Thomas M., Arvers P., Corberand D., Sinayoko L., Bonnefoy S., Harnois F., Thiolet C. Factors predictive of complicated or severe alcohol withdrawal in alcohol dependent inpatients. *Gastroenterol Clin Biol* 2008 ; 32(8-9) : 792-7.
9. Sullivan J.T., Sykora K., Schneiderman J., Naranjo C.A., Sellers E.M. Assessment of alcohol withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-AR). *Br J Addict* 1989 ; 84 : 1353-7.
10. Tran-Van D., Hervé Y., Labadie P., Deroudilhe G., Avarguès P. Agitation en réanimation : penser au syndrome de sevrage nicotinique. *Annales Françaises de Réanimation* 2004 ; 23 : 604-6.
11. Valea D., Valleur M. Troubles liés à l'usage de substances psychoactives. In : *La Psychiatrie en Urgence*. Guedj M.-J., Pascal J.-C. Eisei S.A.S. éd Paris. 2004 ; 134-9.
12. Gibier L. Prises en charge des usagers de drogue. Collections conduites. Doin éd., Rueil Malmaison 1999.
13. Phan O., Corcos M., Girardon N., Nezelof S., Jeamment P. Abus et dépendance au cannabis à l'adolescence. *EMC-Psychiatrie 2* 2005 ; 207-204.
14. Reynaud M. Réalités de la dépendance au cannabis. In : Reynaud M. et al. *Traité d'addictologie*. Médecine-Sciences Flammarion. Paris 2006 ; 477-82.
15. Sullivan S. Cannabinoid hyperemesis. *Can J Gastroenterol* 2010 ; 24(5) : 284-5.
16. Boiteux C., Clostre M., Querel C., Gallarda T. Urgence psychiatrique. *EMC-Psychiatrie 1* 2004 ; 87-104.
17. Loeb P., Adnet P., Boittiaux P., Forget A.P., Mille F.X. Sevrage en benzodiazépines révélé par un syndrome douloureux abdominal pseudo-chirurgical. *Ann Fr Anesth Reanim* 1997 ; 16 : 521-2.
18. Viel E., Sebbane M., Eledjan J.J. Douleur et analgésie périopératoires chez les patients toxicomanes. *Douleurs* 2007 ; 8(6) : 345-9.

19. Grelet Doazan A., Auriacombe M. Patients usagers d’opiacés : accueil et prise en charge au sein des services d’urgence. Audit en Gironde au sein des principaux services d’urgence et auprès des entités spécialisées en addictologie. Journal Européen des Urgences 2009 ; 22 : 1-9.
20. Hachelaf M., Capellier G., Danel V. Les toxidromes. Réanimation 2006 ; 15 : 346-69.
21. Bouget J. Les ivresses non alcooliques ou fausses ivresses. Réan Urg 1992 ; 1(4bis) : 681-90.
22. Sarazin M., Amarenco P. Troubles cognitifs aigus. EMC-Médecine 1 2004 : 325-36.

## Annexes

### Annexe 1 : Critères diagnostiques du sevrage alcoolique

#### Sevrage alcoolique :

- A. Arrêt (ou réduction) d’une utilisation d’alcool qui a été massive et prolongée.
- B. Au moins deux des manifestations suivantes se développent de quelques heures, à quelques jours après le critère A :
  1. hyperactivité neurovégétative (par exemple, transpiration ou fréquence cardiaque supérieure à 100) ;
  2. augmentation du tremblement des mains ;
  3. insomnie ;
  4. nausées ou vomissements ;
  5. hallucinations ou illusions transitoires visuelles, tactiles ou auditives ;
  6. agitation psychomotrice ;
  7. anxiété ;
  8. crises convulsives de type grand mal.
- C. Les symptômes du critère B causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d’autres domaines importants.
- D. Les symptômes ne sont pas dus à une affection médicale générale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental.

### Annexes 2 : Score de Cushman

	0	1	2	3	Score
Pouls	< 80	81 – 100	101 - 120	> 120	
PA syst. < 30 ans	< 125	< 135	< 145	> 145	
PA syst. 31-50 ans	< 135	< 145	< 155	> 155	
PA syst. > 50 ans	< 145	< 155	< 165	> 165	
Fréquence Resp.	< 16	< 25	< 35	> 35	
Tremblements	0	Mains	M. sup.	Généralisés	
Sueurs	0	Paumes	Paumes + front	Généralisés	
<b>Agitation</b>	<b>0</b>	<b>Discrète</b>	<b>Contrôlée</b>	<b>Incontrôlée</b>	
<b>Troubles sensoriels</b>	<b>0</b>	<b>PHOTO-PHONOPHOBIE</b>	<b>Hallucinations critiquées</b>	<b>Hallucinations NON critiquées</b>	

Le score est considéré comme simple à modéré de 0 à 7, modéré de 8 à 14, de 15 à 21 le sevrage est considéré comme sévère».

## Annexe 3 : CIWA-AR

### Nausées et vomissements

Demandez :

**« Avez-vous mal au cœur ou des nausées ? Avez-vous vomi ? »**

Observez :

- 0 Pas de nausée ni vomissement
- 1 Nausées légères sans vomissements
- 2
- 3
- 4 Nausées intermittentes avec haut-le-cœur
- 5
- 6
- 7 Nausées constantes, haut-le-cœur fréquents et vomissements

### Tremblements : bras étendus, doigts écartés

Observez :

- 0 Pas de tremblements
- 1
- 2
- 3
- 4 Modérés, le patient ayant les bras tendus
- 5
- 6
- 7 Sévères sans les bras tendus

### Sueurs paroxystiques

Observez :

- 0 Pas de sueur visible
- 1 Sueur à peine perceptible, paumes moites
- 2
- 3
- 4 Front perlé de sueurs
- 5
- 6
- 7 Trempé de sueurs

### Anxiété

Demandez :

**« Vous sentez-vous nerveux ? »**

Observez :

- 0 Calme, détendu
- 1 Légèrement anxieux
- 2
- 3
- 4 Modérément anxieux, ou sur ses gardes
- 5
- 6
- 7 Équivalent d'attaque de panique, type de délire sévère ou réaction schizophrénique aiguë

### Agitation

Observez :

- 0 Activité normale
- 2
- 3
- 4 Modérément nerveux et agité : ne tient pas en place, impatient
- 5
- 6
- 7 Marche de long en large pendant l'examen, ou s'agite violemment

### Troubles tactiles

Demandez :

**« Avez-vous des démangeaisons, des sensations de fourmillement, de chaleur, d'engourdissement ou avez-vous l'impression qu'il y a des insectes qui courent sur ou sous votre peau ? »**

Observez :

- 0 Aucun
- 1 Très peu de démangeaisons, de fourmillements, des sensations de chaleur ou d'engourdissement
- 2 Peu de démangeaisons, de sensations de chaleur ou l'engourdissement
- 3 Démangeaisons, fourmillements, sensations de chaleur ou d'engourdissement modérés
- 4 Hallucinations modérément sévères
- 5 Hallucinations sévères
- 6 Hallucinations extrêmement sévères
- 7 Hallucinations continues

### Troubles auditifs

Demandez :

**« Êtes-vous plus sensible aux sons qui vous entourent ? Sont-ils stridents ? Vous font-ils peur ? Entendez-vous un son qui vous agace, vous irrite ? Avez-vous l'impression de percevoir (ou entendre) des sons et des bruits qui n'existent pas ? »**

Observez :

- 0 Absent
- 1 Très peu stridents ou effrayants
- 2 Peu stridents ou effrayants
- 3 Modérément stridents ou effrayants
- 4 Hallucinations modérément sévères
- 5 Hallucinations sévères
- 6 Hallucinations extrêmement sévères
- 7 Hallucinations continues

### Troubles visuels

Demandez :

**« La lumière vous paraît-elle trop vive ?  
Sa couleur est-elle différente ?  
Vous fait-elle mal aux yeux ? Est-ce que  
vous voyez quelque chose qui vous  
perturbe ? Qui vous dérange ? Avez-vous  
l'impression de voir des choses  
qui n'existent pas réellement  
autour de vous ? »**

Observez :

- 0 Absent
- 1 Très peu sensible
- 2 Peu sensible
- 3 Moyennement sensible
- 4 Hallucinations modérément sévères
- 5 Hallucinations sévères
- 6 Hallucinations extrêmement sévères
- 7 Hallucinations continues

- 2 Légères
- 3 Modérées
- 4 Modérément sévères
- 5 Sévères
- 6 Très sévères
- 7 Extrêmement sévères

### Orientation et obnubilation

Demandez :

**« Quel jour sommes-nous ? Quelle est  
la date ? Où êtes-vous ? Qui suis-je ? »**

- 0 Orienté(e) et peut additionner en séries des nombres
- 1 Ne peut additionner en séries de nombres ou est notion de la date
- 2 Erreur de date de moins de deux jours
- 3 Erreur de date de plus de deux jours
- 4 Désorienté(e) dans l'espace et/ou par rapport aux personnes

### Céphalées, tête lourde

Demandez :

**« Avez-vous des sensations étranges  
à la tête ? Avez-vous l'impression  
que quelque chose serre votre tête ?  
Avez-vous l'impression d'avoir la tête  
dans un étau ou que votre tête va éclater ?  
Avez-vous l'impression d'avoir une bande  
autour de la tête ? » Ne pas évaluer  
les étourdissements ni les sensations  
de tête légère.**

Évaluez plutôt la sévérité des autres symptômes.

- 0 Absentes
- 1 Très légères

**SCORE TOTAL= \_\_\_\_\_ / 67**

Si le score obtenu est inférieur à 10 :  
le sevrage est stable ne nécessitant pas de  
traitement médicamenteux ;  
de 10 à 19 : le sevrage est léger à modéré ;  
de 20 à 25 : le sevrage est modéré ;  
et au-delà de 25 : le sevrage est sévère  
avec un delirium tremens imminent.