

LA PRISE EN CHARGE DE L'ALCOOLISME ET DE LA TOXICOMANIE À STOCKHOLM



Claire Otterström, 3^e année de Médecine

Faculté de médecine

Table des matières

1. Introduction	4
2. La toxicomanie	5
a) Définition	5
b) Les stades de la consommation	7
c) Les facteurs de risques	8
3. Quelques drogues	10
a) L'alcool	10
b) Les benzodiazépines	12
4. Le système de santé en Suède	14
a) Présentation de la Suède	14
b) La politique du système de santé suédois	14
c) L'importance de l'alcoolisme en Suède	19
d) L'importance de la toxicomanie en Suède	20
e) Les acteurs dans le domaine de l'alcool-dépendance et la toxico-dépendance	21
f) L'organisation de la prise en charge des patients addictifs : les trois niveaux	21
5. L'organisation des diverse sections de soins aigus à Stockholm	23
a) Le fonctionnement des centres de traitement de fin de soins aigus « Beroendecentrum Stockholm, avd 52/54 St:Görans sjukhus »	24
b) L'équipe	25
c) Le téléphone	25
d) Les visites	26
e) L'arrivée d'un nouveau patient	26
f) La sortie et l'inscription d'un patient dans un « öppenvården »	27
g) La demande de sortie par un patient	27
h) Les menaces et violences	27
i) La finalité des sections de soins aigus	28
j) Les entretiens de la section	28
6. Les différents types de patients	30
a) « LPT Lagen om Psykiatrisk Tvångsvården »	30
b) « LVM Lagen om Vård av Missbrukare »	30
7. Les indications à la prise en charge d'un patient dans un centre de soins aigus	31

a) Les indications à la prise en charge d'un patient alcoolique	31
b) Les indications à la prise en charge d'un patient toxicomane	33
8. La prise en charge des patients	34
a) La prise en charge d'un patient alcoolique à risque de delirium tremens ou de crampes épileptiques	34
9. Conclusion	37
10. Remerciements	38
11. Bibliographie	39

INTRODUCTION

J'ai rédigé ce rapport durant mon stage d'immersion en milieu communautaire en fin de troisième année universitaire de médecine, à Stockholm pendant les mois de mai et de juin.

Je me suis intéressée à une communauté du quart monde que sont les toxicomanes et alcooliques. Il s'agit de communautés présentes dans les pays industrialisés qui pourtant ne semblent pas manquer d'importants moyens en ce qui concerne la santé de leur population.

Pourtant l'alcoolisme et la toxicomanie sont des souffrances croissantes et actuelles. Ils touchent toutes les couches sociales et tous les âges. Il en résulte souvent une stigmatisation et une exclusion de la vie en société des personnes alcool-dépendantes et toxico-dépendantes.

Dans de nombreux pays industrialisés des centres d'aide existent. Ils ont pour rôle de permettre à ces personnes de retrouver une certaine place dans la communauté en leur offrant une structure qui les encadre, des substances de substitution moins violentes ainsi que des moyens pour se réintégrer dans une vie active. Il s'agit là d'un objectif important car comme tout individu, le toxicomane a besoin pour vivre d'appartenir à un groupe social possédant une culture dont il partage les valeurs, qui l'entoure, le soutient et dont il a le sentiment de faire partie.

Après une description générale de la toxicomanie, de quelques drogues et du système de santé suédois, je décrirais les différents axes de prise en charge des alcooliques et des toxicomanes à Stockholm.

LA TOXICOMANIE

L'image de la toxicomanie a évolué au fil des époques. Jusqu'aux années 1960, elle était considérée comme un trouble bénin. Suite à l'absorption de plus en plus importante de substances toxiques dans les années 1970, l'abus de substances est devenu un problème de santé publique. Dès lors les institutions ont cherché à stopper la consommation de ces produits. Puis dans les années 1980, avec l'apparition du SIDA et de l'hépatite chez les drogués, la priorité des institutions s'est déplacée sur des campagnes de prévention visant à limiter la propagation de ces maladies plutôt que sur l'arrêt de l'usage de stupéfiants¹.

Définition

Selon l'OMS², la toxicomanie correspond à une envie irrésistible de consommer un produit avec une tendance à augmenter les doses. Suite à l'utilisation périodique ou continue de celui-ci, le consommateur rentre dans un état de dépendance physique et/ou psychique vis-à-vis du produit. Ce qui a pour retentissement une détérioration de la qualité de vie du consommateur ; sa santé physique, son équilibre mental, sa vie économique et ses relations sociales.³

Aujourd'hui, on parle plus volontiers de « pharmacodépendance ».

D'après la Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes (CIM 10), on parle de toxicomanie lorsqu'au minimum trois des signes suivants sont présents sur une période d'un an et ont persisté au moins un mois ou sont apparus de manière répétée⁴ :

- désir compulsif de consommer
- difficulté à contrôler la consommation
- syndrome de sevrage physique, lors de l'arrêt ou de la réduction de la consommation
- tolérance accrue (la dose doit être augmentée pour obtenir le même effet)
- désinvestissement progressif des autres activités au profit de la consommation
- poursuite de l'absorption de stupéfiant malgré les conséquences nocives sur la qualité de vie

1 <http://fr.wikipedia.org/wiki/Toxicomanie>

2 Site de l'OMS

3 <http://fr.wikipedia.org/wiki/Toxicomanie>

4 <http://fr.wikipedia.org/wiki/Addiction>

de l'utilisateur

Dès lors le consommateur organise ces journées autour de la recherche de substance, afin d'éviter le manque qui provoque des difficultés physiques, psychiques, sociales ou des ennuis juridiques dus à l'illégalité de certaines drogues.

Au niveau de la physiologie humaine, les produits addictifs convergent vers une même action : ils stimulent la production de dopamine dans le cerveau.

La dopamine est un important neurotransmetteur (messager) impliqué dans le système de récompense du système nerveux central. Ce procédé est responsable de réactions primaires tels que les désirs et les besoins vitaux (se nourrir, se reproduire, combattre ou fuir des agressions). En tant normal et selon la situation à affronter, le système limbique incite certains de ces comportements vitaux au moyen de la sécrétion de dopamine. Cette substance provoque alors un plaisir, une motivation et un apprentissage qui assurent la survie de l'individu.

Comme les drogues augmentent l'action de la dopamine dans le système nerveux central, elles engendrent un dysfonctionnement du système de récompense en l'activant hors du contexte habituel et reproduisent la sensation agréable liée à leur consommation. D'où l'origine de la capacité des stupéfiants à provoquer le plaisir et la dépendance qui s'en suit.

Suite à l'usage prolongé de substance, le métabolisme s'adapte à la présence de la drogue dans le corps. Il en résulte un besoin régulier d'absorption de drogue pour que l'organisme puisse continuer de fonctionner correctement. C'est ce qu'on nomme la dépendance physique. À ce stade, si l'on diminue ou arrête la consommation, les symptômes de sevrage apparaissent. Ceux-ci traduisent un état de manque. Ils sont aigus les premiers jours, et peuvent parfois se manifester pendant une longue période malgré l'arrêt de la prise de drogue.

Conformément au manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV)⁵, il y a une dépendance physique lorsque l'utilisateur a développé une tolérance à la substance et manifeste des symptômes de sevrage lors de l'arrêt de la prise de cette substance. Ces deux critères sont présents pour la plupart des drogues illicites.

La plupart des stupéfiants peuvent aussi causer une dépendance psychique. Le toxicomane perd la capacité de contrôler sa consommation, le produit prend une place de plus en plus importante dans

5 <http://allpsych.com/disorders/dsm.html>

la vie du sujet et celui-ci continu de s'en procurer malgré la conscience des troubles qu'il engendre⁶.

Les stades de la consommation⁷

Il existe différentes expériences de consommation, toutes ne sont pas problématiques. En revanche la dépendance est un état pathologique qui s'installe insidieusement sans que le consommateur en ait réellement conscience.

L'abstinence

La substance n'est pas consommée.

L'usage expérimental

La substance est absorbée une fois par curiosité, recherche d'expérience et de plaisir. Ce stade est généralement sans conséquence, mais il faut tout de même savoir que certaines drogues sont dangereuses même lorsqu'on les consomme en pensant qu'il s'agit d'un usage unique.

L'usage récréatif

La substance est consommée occasionnellement de manière festive et conviviale par recherche de plaisir. Cet usage représente tout de même des risques immédiats tels que l'intoxication, les accidents de la route ou les comportements dangereux.

L'usage abusif

La substance est absorbée de manière trop importante ou en trop grandes quantités. Cette consommation excessive est fortement à risque de devenir pathologique. Elle est souvent due à l'ennui, la volonté de fuir la réalité ou de résoudre un problème. Dans ce dernier cas, il s'agit d'automédication.

La dépendance

À ce stade, on constate une perte de contrôle de la consommation, une dépendance psychique et une dépendance physique.

6 [http://fr.wikipedia.org/wiki/Dépendance_\(toxicologie\)](http://fr.wikipedia.org/wiki/Dépendance_(toxicologie))

7 <http://www.ciao.ch/f/drogues/infos/>

Les facteurs de risques⁸

Les facteurs de risques de la toxicomanie sont regroupés dans plusieurs catégories : les facteurs de risques individuels, ceux psychopathologiques et comportementaux, les éléments démographiques, familiaux et environnementaux. Ces divers paramètres de risques permettent quelques fois de comprendre les origines de la consommation. Ils permettent de cibler la prévention primaire et la prévention secondaire mais aussi l'approche thérapeutique de manière plus individuelle.

L'importance du nombre de facteurs de risques auxquels est soumise une personne augmente sa probabilité de consommation problématique.

Les facteurs de risques individuels

- une vulnérabilité génétique
- un haut niveau de recherche de sensations nouvelles et de réactivité émotionnelle
- le goût pour la transgression
- une faible capacité d'adaptation aux problèmes de la vie courante
- des relations insatisfaisantes
- une faible estime de soi, une dévalorisation de soi
- une incapacité d'auto-contrôle
- la difficulté à verbaliser les affects, une agressivité
- une intolérance à la frustration
- l'isolement social
- l'angoisse de la séparation

Les facteurs de risques psychopathologiques et comportementaux

- les abus sexuel
- les troubles de la personnalité⁹
 - anti-sociale
 - limite
 - abandonnique
- le syndrome de « l'enfant difficile »

8 http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/toxicomanies/psychopath/facteurs_risque.htm

9 Cours PSS, 1^{ère} année

- niveau d'activité : hyperactivité-impulsivité, trouble de l'attention, comportement antisocial, difficultés d'apprentissage
- affectif : labilité émotionnelle, personnalité extravertie, signes dépressifs
- sociabilité : difficultés relationnelles
- les troubles de l'humeur
 - les dépressions majeures ou la bipolarité sont généralement des conséquences de la consommation plutôt que des causes

Les facteurs démographiques

- L'usage de substances psychoactives est partie intégrante des usages et coutumes de certaines populations. Dans ces conditions particulièrement différentes, les consommateurs ne dérivent pas forcément dans une pharmacodépendance.
- Les populations immigrées et les minorités ethniques font usage de drogues pour surmonter leurs peurs, leurs sentiments de vide laissés par la perte de leurs repères culturels, leurs mauvaises consciences, etc... C'est plus particulièrement ce genre de situations où les risques de dérive sont les plus élevés.

Les facteurs de risques familiaux

- la consommation familiale
- les traumatismes vécus dans l'enfance
- le niveau d'isolement social de la famille
- les dysfonctions, les conflits au sein de la famille

Les facteurs de risques environnementaux

- l'exposition et la facilité d'accès aux produits
- le contexte social
- les pairs
- les facteurs culturelles

QUELQUES DROGUES

Je me suis plus particulièrement intéressée aux effets en terme de santé de deux stupéfiants, l'alcool et les benzodiazépines, car ce sont les principales substances consommées par les patients rencontrés durant mon stage. De plus la problématique concernant les dérives dans l'utilisation de benzodiazépines m'était inconnue et c'est pourquoi j'ai souhaité me pencher dessus.

L'alcool

Au niveau moléculaire, l'éthanol est l'élément chimiquement actif des boissons alcoolisées. Il est généralement synthétisé par fermentation alcoolique des glucides¹⁰.

On différencie deux manières de consommer l'alcool¹¹ : la consommation aiguë et la consommation chronique dont les impacts sont distincts.

L'usage aiguë d'alcool est à l'origine de trois états psychosomatiques. Le premier est l'excitation psychomotrice. Elle provoque chez l'individu une désinhibition et une certaine facilité relationnelle. Le second est l'ébriété. Celle-ci se caractérise par une démarche titubante, un manque de coordination des mouvements, une dysmétrie, une dysarthrie ainsi que certains signes végétatifs tels que la nausée, les vomissements et la diarrhée. Le dernier état est la phase de dépression du système nerveux central. Elle entraîne une fatigue importante pouvant mener à l'endormissement et parfois au coma éthylique. De plus, l'absorption d'importante quantité d'alcool génère fréquemment une amnésie rétrograde. En revanche les illusions et hallucinations acoustiques ou verbales sont rares dans les cas d'intoxications aiguës.

Les principaux dangers liés à l'alcoolisation aiguë sont les accidents, les traumatismes, la violence et les suicides.

La consommation chronique d'alcool augmente la probabilité de diverses atteintes. Les organes les plus touchés sont notamment le système nerveux, le foie, le tractus digestif, le pancréas, le système cardio-vasculaire et les os. L'alcool amplifie aussi le risque de divers cancers, de syndrome d'alcoolisme fœtal en cas de grossesse et il modifie les interactions médicamenteuses.

10 http://fr.wikipedia.org/wiki/Boisson_alcoolisée

11 <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/toxicomanies/toxicomanie/produits/alcool/consommation.htm>

Au niveau du système nerveux, les lésions les plus fréquentes sont l'atrophie cérébrale (troubles cognitifs, démences alcooliques) et l'atrophie cérébelleuse (ataxie). Ces atteintes régressent partiellement à l'arrêt de l'absorption d'alcool. Le déficit en vitamine B engendré par l'intoxication alcoolique cause une encéphalopathie de Wernicke (troubles de la conscience, de l'équilibre et des mouvements oculaires). Les séquelles qui s'ensuivent peuvent provoquer un syndrome de Korsakoff (amnésie antérograde, désorientation temporo-spatiale, confabulations). Les patients cirrhotiques peuvent développer une encéphalopathie hépatique (astérixis, syndrome confusionnel, désorientation temporo-spatiale, coma) résultant de l'élévation de métabolites toxiques dans le sang. Les lésions des axones neuronaux des membres inférieurs sont à l'origine des neuropathies alcooliques (crampes, hypoesthésie douloureuse, parésie voir paralysie, atrophie musculaire distale, diminution ou abolition des réflexes achilléens).

Suite à l'absorption d'alcool par le tube digestif, la substance rejoint le foie et cause diverses atteintes : la stéatose hépatique (hépatomégalie sans insuffisance hépatique ni hypertension portale), l'hépatite alcoolique (asymptomatique ou symptomatique : douleurs de l'hypochondre droit, fièvre, ictère progressif, ascite, hépatomégalie, polynucléose, élévation des transaminases sériques, diminution de l'albumine sérique, troubles de la coagulation par diminution du taux de prothrombine sérique, élévation de la bilirubine) et la cirrhose (hépatomégalie, hypertension portale, insuffisance hépatocellulaire).

En ce qui concerne le système cardio-vasculaire, des effets opposés de l'alcool sont relatés. Lors d'usage modéré et régulier d'alcool, on observe une augmentation bénéfique des HDL, une diminution de la formation de plaques d'athérosclérose ainsi qu'un abaissement de la mortalité due aux maladies cardiovasculaires. En revanche, l'alcool entraîne aussi une dépression des centres vasomoteurs pouvant engendrer un collapsus. De plus, la consommation régulière et excessive d'alcool augmente le risque de myocardopathie, trouble du rythme, hypertension artérielle et accident vasculaire cérébral.

Au niveau du système rénal, ce stupéfiant a une action diurétique.

Au sujet des cancers, l'alcool n'est pas une substance cancérigène en elle-même mais elle diminue les mécanismes naturels de défense de l'organisme via le stress que subissent les cellules régulièrement exposées à cette toxine. L'alcool augmente donc indirectement le risque de cancers de l'oropharynx, du larynx, de l'œsophage et du foie ainsi que de manière plus modérée ceux du sein, du côlon et du rectum.

Le dernier effet de l'alcool sur l'organisme que je souhaite mentionner est sa capacité à modifier la biodisponibilité de certains médicaments. En effet, certaines voies métaboliques hépatiques peuvent être altérées par l'alcool et l'insuffisance hépatocellulaire qu'il crée. Cette notion d'interaction entre

médicaments et alcool est aussi utilisée en pratique sous le terme d'effet antabuse. Au niveau du foie, certains médicaments peuvent bloquer l'acétaldéhydedéhydrogénase, une molécule responsable de l'élimination des métabolites toxiques de l'alcool dans l'organisme. Ainsi, suite à la consommation même modérée d'alcool, il en découle une augmentation importante du taux sanguin d'acétaldéhyde. Cette molécule déclenche des symptômes désagréables tels que tachycardie, tachypnée, nausée et vomissement. L'action antabuse est utilisée comme traitement des alcooliques afin de les dissuader à consommer de l'alcool et de limiter l'absorption de fortes doses.

Les autres utilisations bénéfiques de l'alcool sont pour son action antiseptique, antalgique et antiathérogénique.

À l'arrêt de l'absorption d'alcool, on observe un syndrome de sevrage¹² avec les symptômes suivants :

- une hyperactivité végétative : sueurs, rougeurs, tachycardie, hypertension, palpitations
- des tremblements (pouvant être traités par des benzodiazépines)
- une insomnie ou un sommeil avec des cauchemars
- des nausées et vomissements
- une agitation psychomotrices
- des hallucinations transitoires (pouvant être traitées par des neuroleptiques)

Les benzodiazépines^{13, 14}

Les benzodiazépines ont une action sédatrice, anxiolytique, anticonvulsive et myorelaxante. Ce sont des modulateurs allostériques positifs de la neurotransmission GABAergique inhibitrice. Ils engendrent donc une action dépressive plus forte du système nerveux central. Diverses substances de la famille des benzodiazépines sont fréquemment utilisées dans le traitement de l'anxiété, des troubles du sommeil, des contractures musculaires telles que le torticolis et la lombalgie et lors de certaines crises d'épilepsie.

Les principaux effets secondaires possibles de ces stupéfiants sont : la somnolence, le syndrome

12 http://fr.m.wikipedia.org/wiki/Boisson_alcoolisée

13 <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/toxicomanies/toxicomanie/produits/medics/medics.htm>

14 <http://fr.m.wikipedia.org/wiki?search=Benzodiazepine>

confusionnel (augmentant le risque de chute et d'accident), l'ataxie, les troubles de la mémoire, les troubles de la concentration, les troubles du sommeil, la dépression respiratoire, l'hypotonie musculaire (notamment celle des muscles respiratoires pouvant causer une gêne à la respiration et des fausses routes), le coma, la tolérance, l'addiction et le changement de la personnalité.

Parfois ils peuvent être à l'origine d'une amnésie antérograde. De plus quelques effets paradoxaux ont été remarqués lors d'un usage prolongé de ces médicaments. Il s'agit de la dépression, d'une tendance suicidaire, des hallucinations, des phobies, de la déréalisation ou encore de comportements violents.

Malgré l'existence d'une réglementation sur la prescription de benzodiazépines, les dérives vers l'automédication ne sont pas rares. Il s'ensuit généralement l'apparition du phénomène de dépendance.

Les symptômes de sevrage aux benzodiazépines sont l'insomnie, la fatigue, les céphalées, la vision brouillée et parfois aussi une désorientation spatio-temporelle, une hypotension, une hyperthermie, des perturbations neuro-musculaires, des psychoses et des convulsions. L'arrêt d'un traitement se fait de manière progressive en diminuant de 25% la dose prescrite le jour antérieur. On ne procède jamais à l'arrêt total du jour au lendemain, car cela pourrait produire un phénomène de rebond causé par la dépendance physique et psychique à cette substance.

Les signes d'intoxication par ces psychotropes sont les troubles du comportement, l'agitation, la désinhibition, l'agressivité ainsi que l'amnésie antérograde. Plus tardivement apparaissent d'autres effets tels que la dépression du système nerveux central, l'obnubilation, l'hypotonie musculaire, la somnolence, le coma, la dépression respiratoire, la tachycardie et l'hypotension artérielle (contrairement à l'intoxication alcoolique où le patient souffre généralement d'une hypertension artérielle).

Il existe un antidote aux benzodiazépines, le flumazénil. Celui-ci est utilisé par le service de réanimation lorsque la consommation a occasionné de fortes atteintes du système nerveux central.

LE SYSTÈME DE SANTÉ EN SUÈDE¹⁵

Présentation de la Suède

La Suède est une monarchie, mais le pouvoir politique du roi a pris fin suite à la mise en place d'une nouvelle constitution en 1975. Aujourd'hui sa majesté n'est plus que le représentant symbolique du pays et non son gouverneur.

En ce qui concerne le domaine de la santé, on constate que l'espérance de vie des suédois est élevée et la proportion de personnes âgées importante. Une part non négligeable de la charge économique du pays est attribuée au traitement, souvent à vie, des patients souffrants de maladies chroniques. La prévalence de fumeur y est relativement faible. La Suède est l'un des pays industrialisés où le taux de cancer du poumon est le plus bas. Pourtant le tabagisme y est important, mais sous une autre forme : le "snus" (poudre de tabac humide placée derrière la lèvre supérieure). Cette forme d'absorption est aussi responsable de certains cancers mais plutôt localisés dans la région buccale.

La politique du système de santé suédois¹⁶

La Suède est considérée comme le pays qui a le système de sécurité sociale le plus complet dans le monde. Le modèle politico-économique du pays est la social-démocratie. Le système de soins y est autonome mais sous l'autorité de l'État dont le rôle est d'assurer un accès égal aux services de santé à l'ensemble de la population. Le système de santé est largement décentralisé et les responsabilités en ce qui concerne les prestations des soins sont réparties entre l'État, les conseils généraux des comtés et les municipalités.

L'État, au moyen de l'élaboration d'un cadre légal, fixe les lignes directrices, les objectifs et les priorités en matière de politique de santé. Ces aspects doivent être respectés par les conseils généraux et les municipalités pour pouvoir recevoir des fonds. L'état s'occupe également de contrôler la qualité et l'équité des soins.

Les conseils généraux sont élus tous les quatre ans au même moment que les élections législatives. Ce sont des collectivités locales autonomes qui ont pour tâche d'assurer un service de santé de qualité au moyen de financements, d'organisations et de fourniture de soins. Les conseils généraux

15 <http://www.sweden.se/fr/Accueil/Travailler-vivre/Faits/Services-de-sante/>

16 <http://www.senat.fr/rap/r06-377/r06-3777.html>

et les municipalités se chargent de la promotion de la santé, des soins dentaires, des prestations médicales de bonnes qualités, de la médecine scolaire et de la prise en charge des personnes en situation de handicap ou de troubles mentaux.

Depuis le milieu des années 70, le système de santé s'est organisé sur trois niveaux afin de concilier l'offre et les besoins.

Le premier niveau est constitué de centres de soins primaires sous l'autorité des comtés. La plus grande partie d'entre-eux sont publics. Ils regroupent divers professionnels de la santé et des services paramédicaux. On y retrouve donc médecins, infirmiers, sages-femmes, psychothérapeutes, psychologues et assistants sociaux. La mobilisation de tous ces spécialistes facilite le traitement des patients et le travail d'équipe. Dans ces centres, la plupart des consultations sont faites par les infirmiers. Les prises de sang et les visites bénignes sont effectuées par les aides soignants. Le médecin n'intervient que dans les situations les plus graves. Ces établissements se chargent aussi des soins à domicile et des urgences jusqu'à 21h.

Le second niveau regroupe les hôpitaux offrant des soins spécialisés. Ils sont également réglementés par les comtés.

Le troisième niveau correspond aux hôpitaux assurant des soins spécialisés, un service d'urgence vingt-quatre heures sur vingt-quatre et des soins intensifs. Un certain nombre de ces établissements fournissent aussi un enseignement médical et soutiennent la recherche.

Cette organisation en trois niveaux a engendré une forte spécialisation des médecins et leur répartition surtout au sein des hôpitaux (c'est à dire au second et troisième niveaux). Les généralistes sont peu nombreux car l'importance de leur rôle a diminué depuis que les infirmiers et aides soignants effectuent le travail de répondre aux besoins plus simples de la population et de rediriger les malades vers des spécialistes.

Dans le système suédois, 90% des médecins et autres professionnels de la santé sont salariés des comtés. Leurs salaires et leurs conditions d'emploi sont négociés entre les fédérations de collectivités locales (les employeurs) et les associations représentant les professionnels de la santé.

Aujourd'hui le système permet une grande liberté au patient. Il peut décider du centre de soins primaire, du médecin et de l'hôpital où il souhaite se faire soigner, s'il préfère consulter dans un centre de soins ou en ambulatoire à l'hôpital et s'il veut être traité dans un centre de soins privé ou public.

Le patient n'a pas besoin de passer par un généraliste pour avoir accès aux soins dispensés par un spécialiste, sauf s'il le patient doit avoir recours à des soins qui ne font pas partie de l'offre mise à disposition par la comté où réside le patient.

L'un des principaux problèmes dont se plaignent les Suédois est celui du délai d'attente. Ce dernier est souvent trop important entre la prise en charge du patient et la programmation de l'opération. En 2005, les conseils généraux et le gouvernement ont instauré un délai maximum de 90 jours entre le moment où l'on choisissait le traitement et son application. Passé ce délai, les patients ont le droit de demander de se faire soigner dans une autre région au frais de leur propre conseil général.

Depuis quelques années, on trouve en Suède aussi des cliniques privées. Les conseils généraux peuvent acheter des services auprès de ces hôpitaux privés pour élargir leurs offres. Dans ces établissements les patients reçoivent des soins de même qualité et au même prix que dans les services médicaux publics. Les centres privés ne se distinguent donc pas des centres publics du point de vue du patient.

Il ne s'agit pas d'hôpitaux privés au même sens du terme qu'en Suisse. Dans leurs fonctionnements, ces centres sont soumis aux mêmes réglementations que les établissements publics et doivent fournir des soins auxquels chaque Suédois a droit du moment qu'il paye des impôts. Les Suédois n'ont donc pas besoin d'une assurance privée pour se rendre dans ces cliniques. Ces centres sont donc aussi financés par les conseils généraux, mais ils reçoivent aussi de l'argent en provenance d'autres sources dont ils tirent des bénéfices. Il n'y a pas de réelle privatisation des soins en Suède, mais plutôt un changement qui a permis d'améliorer l'accès aux soins aux citoyens.

Les objectifs du système de santé suédois en matière de toxicomanie

La Suède souhaite une société exempte de drogues illicites et de dopage, une réduction des dégâts sociaux et médicaux causés par l'alcool ainsi qu'une diminution de l'usage du tabac.

Contrôle de l'augmentation des dépenses¹⁷

Les dépenses dans le système de santé représentent environ 9% du PIB suédois. Elles sont principalement financées par les impôts locaux. Par conséquent les possibilités d'augmentation du budget au service de la santé sont limitées. Une autre part est subventionnée par les dons de l'État et les versements effectués par les patients eux-mêmes.

17 <http://www.senat.fr/rap/r06-377/r06-3777/.html>

Dans les années 1980-1990, la décentralisation du système de santé a permis de mieux contrôler l'augmentation des dépenses. En effet, suite au transfert des charges aux autorités locales, leur autonomie et leur responsabilité ont permis d'éviter des dépenses croissantes. Divers moyens ont été mis en place afin de limiter la hausse des coûts dans le secteur des soins.

La première étape concerne la mise en place de tickets modérateurs permettant ainsi une petite contribution financière des patients. Dès lors les patients hospitalisés doivent verser une somme journalière de 80 couronnes suédoises. Pour les autres types de soins, ce sont les conseils généraux des comtés qui fixent la somme de participation aux frais selon le service rendu. De manière générale, dans le secteur des soins primaires ambulatoires, le tarif pour une consultation médicale peut aller de 100 à 150 couronnes et celui dans le secteur des soins spécialisés est d'environ de 250 couronnes. En revanche les frais pour les consultations de professionnels de la santé sont plafonnés à 900 couronnes (par période de douze mois), et à 1800 couronnes pour les médicaments prescrits sur ordonnance (par période de douze mois). Cette participation ne couvrent qu'une faible partie des prestations. Elle a fait descendre les taux de dépenses publiques pour le secteur des soins de 90% à 85%. En revanche, elle a permis de sensibiliser la population aux coûts de la santé.

En Suède, il n'y a donc pas un système d'assurance avec franchise comme chez nous. En revanche, il existe des systèmes de gratuité pour certaines tranches d'âges (principalement les jeunes) et certaines affections.

La seconde étape a eu lieu en 1990. Il s'agit du transfert de certains soins effectués à l'hôpital vers des centres primaires ou directement à domicile. C'est principalement cet objectif qui permit de limiter la croissance des coûts.

La réforme Adel en 1992 a été le premier détonateur de cette modification, en réorientant la responsabilité financière des soins non médicaux (prévention, traitement de base, soins courants, rééducation) des comtés vers les municipalités. Au même moment, une nouveauté financière a vu le jour. Dès lors, les municipalités doivent rembourser aux hôpitaux financés par les comtés, les frais engagés par les personnes hospitalisées ne nécessitant plus de soins médicaux aussi rigoureux mais qui ne quittent pas l'hôpital par manque de place en maison de soins ou par défaut d'effectifs fournissant des soins à domicile. Cette décentralisation a permis durant les années 90 de stabiliser les coûts de la santé à un peu plus de 8% du PIB en diminuant 45% des lits hôpitaux et 20% du personnel hospitalier, tout en fournissant des soins dans un lieu plus proche de l'individu, moins

coûteux et moins pathogène. En revanche, le nombre d'opérations a augmenté ainsi que le nombre d'emplois infirmiers.

Et pour terminer, la troisième étape fut le changement des principes de managements dans le domaine de la santé. Afin d'augmenter la productivité du système de soins, les établissements ont du faire recours aux mêmes techniques de gestion utilisées dans les centres concurrentiels.

Malgré une certaine liberté dans le choix du mode de gestion financière, la majorité des institutions ont choisi le principe de séparation entre acheteur de services (comté) et fournisseurs de soins (hôpitaux et professionnels de la santé). Un contrat établit les objectifs de santé, les sommes financières accordées et les pénalités encourues lors de non respect des règles fixées. Ce document permet aux hôpitaux, dans la mesure où les buts fixés sont suivis, une liberté totale de leur management.

Jusqu'aux années 80, les comtés soutenaient financièrement les centres de soins par don général. Depuis les années 90, le système DRG (diagnosis related group) a été adopté et le remboursement se fait à la pathologie selon le nombre de points qui lui est attribuée. La somme d'argent accordée par la comté à un hôpital dépend donc du nombre d'interventions pratiquées par l'hôpital, du type de soins fournis et de la valeur du point.

Au début, on accordait la valeur du point à partir de la structure de soins (privé ou public) la plus productive, dans le but de promouvoir les pratiques les plus performantes. Mais depuis 1999, le point a été réévalué pour chaque établissement afin que le paiement soit proportionnel aux frais de l'hôpital. De plus, la possibilité de comparer la productivité des divers hôpitaux a été maintenue via la comparaison des points entre les divers établissements. Ceci permet aux institutions de comparer et d'améliorer leur gestion afin de faire des économies sans pour autant diminuer la qualité et la quantité de soins fournis.

Un seul domaine n'a pas été maîtrisé par la décentralisation : celui des médicaments. En effet, une importante augmentation des coûts par habitant pour les différents remèdes utilisés c'est faite entre 1990 et 2002. Celle-ci a par la suite été limitée par une forte incitation à l'utilisation de génériques. Cette propagande a pu rapidement être mise en place en Suède car les pharmacies font également partie du secteur public qui détient le monopole de la vente de médicaments.

L'importance de l'alcoolisme en Suède^{18 19}

Prévalence des suédois consommant de l'alcool de manière abusive

Plusieurs milliers de suédois meurent chaque année suite aux lésions ou maladies engendrées par la consommation d'alcool. À l'hôpital, environ 50% des patients admis en soins aigus ont des problèmes d'alcool, ainsi que 40% des patients en psychiatrie. Un million de suédois ont une consommation dangereuse de l'alcool, et sont donc à risque de subir diverses lésions. On compte 300'000 alcooliques en Suède dont 50'000 à 100'000 sévèrement atteints.

Mode de consommation d'alcool au sein de l'europe

Une étude européenne sur la consommation d'alcool a permis de comparer divers pays. Il en ressort que les pays nordiques boivent moins souvent que les autres pays dont les habitants prennent facilement un verre de vin pour accompagner le repas. En revanche, en terme de quantité d'alcool ingérée, les peuples scandinaves sont ceux qui boivent le plus. C'est principalement ce type de consommation qui est le plus à risque de dériver vers une perte de contrôle.

Mortalité

En 2008, une enquête suédoise a été effectuée. Elle a permis de constater que le nombre de décès causé ou contribué par l'alcool a été de 2132 personnes. Parmi celles-ci, 20% étaient des femmes.

Coûts économiques

En 2000, Anders Johnson développe un système d'analyse afin de juger les coûts de la santé en matière d'alcool. Celui-ci tient compte uniquement des coûts matériels et non des services. Il pu ainsi estimer les coûts socio-économiques, selon la situation en 2006, à 158 milliards de couronnes. En 2002, le Centre de recherche sociale sur l'alcool et les drogues (SoRAD) établit un autre profil d'analyse tenant à la fois compte des aspects négatifs et positifs de l'alcool sur la santé. Le SoRAD évalua les coûts à 20 milliards de couronnes. Si les bienfaits de la consommation d'alcool n'étaient pas inclus, les coûts s'élèveraient plutôt à 29 milliards.

Cette différence s'explique par les diverses estimations des coûts de certains facteurs tels que la retraite anticipée, les congés maladies et les soins de la santé. Le SoRAD évalue généralement les coûts à une valeur inférieur au chercheur Anders Johnson.

18 <http://www.can.se>

19 <http://www.drugsmart.com>

L'importance de la toxicomanie en Suède^{20,21}

Prévalence de toxicomanes en Suède

La dernière étude publiée en 2010 compte environ 29'000 personnes atteintes de toxicomanie sévère (c'est-à-dire faisant usage de drogue quotidiennement ou presque et aboutissant à certaines formes de lésions).

Prévalence de la consommation de drogues en Suède par rapport au reste de l'Europe

En 2007, l'enquête européenne ESPAD effectuée parmi des écoliers de 15-16 ans a permis de déterminer le pourcentage d'élèves ayant essayé des narcotiques une fois ou plus. En Suède, la prévalence est de 7% contre 4% dans les pays telles que la Roumanie et l'Arménie où l'expérimentation de la drogue est la plus faible. En revanche, en Tchéquie et en Espagne la prévalence est de 40%.

Si l'on tient compte de l'ensemble de la population suédoise âgée de 16 à 84 ans, la prévalence de personnes ayant expérimentées le cannabis au moins une fois dans leur vie est relativement faible (11%), et seulement 1% en ont fait l'usage le dernier mois. Alors que dans le reste des pays de l'Union Européenne, 22% de la population a consommé du cannabis une fois et 4% le dernier mois.

Les drogues les plus utilisées

Le cannabis est la drogue la plus consommée en Suède. Puis viennent les amphétamines et les benzodiazépines sans avis médical. La cocaïne et l'héroïne sont aussi relativement courantes, toutefois l'héroïne est plus particulièrement absorbée par les gros utilisateurs alors que la cocaïne est plus répandue pour l'usage en groupe. Viennent ensuite l'ecsatsy, le GHB, l'opium, LSD et khat.

Mortalité

Chaque année 2% des consommateurs d'amphétamine et 4% des consommateurs d'héroïne décèdent suite aux effets directs ou indirects de ces drogues. Cela représente une mortalité respectivement huit et seize fois plus importante que dans la population des non usagers.

Au total, en 2008, le nombre de décès liés à l'absorption de narcotiques a été estimé à 395.

20 <http://www.can.se>

21 <http://www.drugsmart.com>

Coûts économiques

L'analyse estimant les coûts socio-économiques des personnes atteintes de toxicomanie tient compte de la manière dont le toxicomane se procure la drogue (criminalité, coûts du système juridique et subventions), des frais suite à l'usage de drogue (traitement médicamenteux, soins somatiques, soins psychiatriques et soins à charge) ainsi que des coûts pour la prochaine génération (prise en charge des enfants et jeunes vulnérables suite à la toxico-dépendance de leurs parents).

Les dépenses moyennes vont de 1,4 à 1,7 millions de couronnes par année pour une personne souffrant de dépendance à l'amphétamine, respectivement femme et homme. Pour un consommateur d'héroïne, ces dépenses vont jusqu'à 2,1 millions de couronnes par année.

Pour l'année 2003, les coûts totaux pour les alcooliques et les toxicomanes se sont élevés à 30 milliards de couronnes. La plus grande partie des dépenses a été pour la prestation de soins (84%). Seule une très petite proportion a été employée à rembourser les dépenses en prévention (3%).

Les acteurs dans le domaine de l'alcool-dépendance et la toxico-dépendance

En Suède, suite au document rédigé en 1998, s'est formé une politique luttant contre la dépendance aux drogues à toutes les échelles : le pays, les comtés et les municipalités. On y retrouve une prise en charge multidisciplinaire des malades grâce à la coordination qu'il existe entre les divers acteurs : le personnel médical, les services sociaux et les responsables politiques.

L'organisation de la prise en charge des patients addictifs : les trois niveaux²²

La politique des addictions est centrée sur le patient et sur son vécu, ses conduites abusives et sa dépendance. Elle se fait sur trois plans.

Le premier niveau est une action de base locale effectuée par les établissements des comtés ou municipalités : les « öppenvård ». Ils s'occupent de la réception et/ou de la redirection de personnes addictives à la recherche de soutien. Ce travail est effectué en collaboration avec le service psychiatrique, celui des soins primaires et les services sociaux.

Le second niveau correspond à la dispense de soins aigus par des professionnels de la santé. Ces

22 www.slso.sll.se/SLPOtemplates/SLPOPage1__6639.aspx

structures de soins ont pour objectif de traiter les patients souffrants de troubles aigus causés par l'abstinence afin de limiter les complications. Mais ils ne s'occupent en aucun cas de fournir un traitement de substitution. Ils apportent également une assistance pour rediriger les patients vers des soins hors du milieu hospitalier.

A Stockholm, ces soins sont principalement fournis par les diverses sections de l'hôpital St:Göran.

Le troisième niveau concerne l'ensemble des programmes hautement spécialisés. Divers établissements fournissent des médicaments de substitutions (Subutex et Méthadone), une assistance à long terme, des groupes de soutien neuropsychologique, une assistance aux femmes, des aides familiales, etc...

L'ORGANISATION DES DIVERS SECTIONS DE SOINS AIGUS À STOCKHOLM

a) Les sections de soins aigus

À Stockholm, il existe deux institutions publiques accueillant des patients qui selon leur profil de risque médical et/ou psychiatrique sont en situation aiguë. Il s'agit de « BAS Beroendeakuten Stockholm » et de « avdelning 7 » au sein de l'hôpital St:Göran. Ces établissements peuvent prendre en charge des patients s'étant rendus dans un « öppenvård » et qui par volonté personnelle souhaitent un traitement et un soutien face à leur dépendance. On y accueille aussi des patients « LPT Lagen om Psykiatrisk Tvångsvård » qui sont contraints de suivre un traitement aigu, et des personnes ivres ou abstinences recueillies dans les rues par des policiers.

Ces structures de soins s'occupent de surveiller et traiter les patients ayant débutés une abstinence ou à risques de symptômes de sevrage.

En générale, les patients se présentent au « BAS ». Durant la matinée, ils sont vus par un médecin spécialiste qui juge du niveau de soins dont chaque patient a besoin. Si le patient doit simplement être sous observation et surveillance accrues pendant quelques heures, celui-ci reste dans cette section « BAS ». Si ce n'est pas le cas, et que le patient est hors risque de complications, il peut recevoir de l'aide pour contacter des centres de thérapie de soutien et rentrer chez lui. Lorsque le patient présente des signes de sevrage et des complications importantes qui pourraient durer plusieurs jours, celui-ci est transféré à l'étage au dessous « avdelning 7 ». Le patient nécessitant une surveillance de plusieurs jours suite à la présence de signes de sevrage mais dont le risque de complications est faible, sera transféré vers « avdelning 54 ». Et pour finir, lorsque le patient présente de faibles signes de sevrage, mais doit être hospitalisé le temps d'éliminer les drogues de son corps afin de pouvoir faire des tests urinaire et sanguin prouvant qu'il n'est plus sous l'influence de drogues, il est transféré vers « avdelning 52 ».

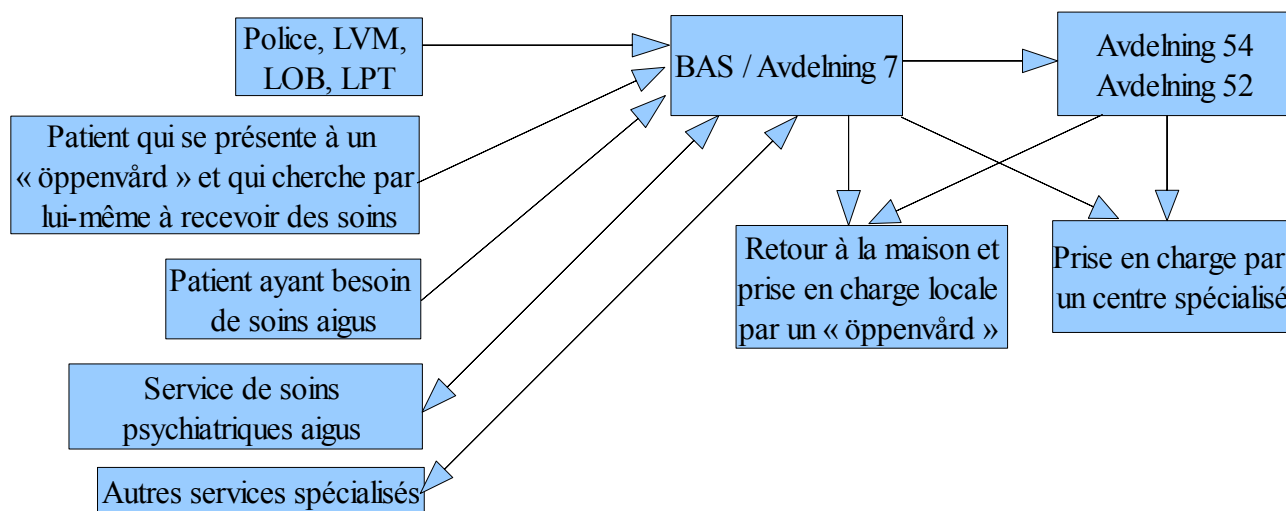
b) Les sections de fin de soins aigus

Il existe deux sections de fin de soins aigus : « avdelning 54 » et « avdelning 52 » se trouvant aussi à l'hôpital St:Göran. Autrefois il existait une troisième section « avdelning 110 » à l'hôpital Danderyd qui prenait en charge uniquement les toxicomanes. Aujourd'hui, les alcooliques et les toxicomanes se mêlent dans les couloirs des « avd 54/52 ».

Les patients arrivent dans ces sections après avoir été transférés par les sections de soins aigus « BAS / avd 7 ». Deux types de patients y sont transférés. Les patients alcool-dépendants souffrant de troubles liés à l'abstinence d'alcool, et les patients souffrant de complications tels que les psychoses (notamment lors d'abus de narcotiques) ou le manque physique et psychique de drogue (lors d'abus d'héroïne ou lors de traitement de substitution en méthadone) suite à la toxicomanie.

Lorsque ceux-ci sont hors risque de complications graves et suffisamment sevrés, ils peuvent faire une demande de sortie auprès de leur unité de soins. Les médecins jugent alors si le moment pour quitter le centre est adéquat et si les patients doivent prendre un traitement de quelques jours une fois de retour à la maison.

Schéma récapitulatif des différentes structures de prise en charge des patients alcooliques et toxico-dépendants



Le fonctionnement des centres de traitement de fin de soins aigus - « Beroendecentrum Stockholm, avd 52/54 St:Görans sjukhus »^{23 24}

Ces centres traitent l'abstinence aiguë. Ils reçoivent principalement des patients en provenance de Stockholm, mais aussi du reste de la Suède.

23Handledning för personal : Beroendecentrum Stockholm Avd 52/54 S:t Görans sjukhus

24Handledning för läkare : Beroendecentrum Akutsektionen S:t sjukhus BAS Beroendeakuten Stockholm 2006

Il est très important pour ces sections d'entretenir une étroite collaboration avec les services sociaux. En effet, ceux-ci fournissent un appui et un traitement continu une fois que les risques aigus ont été limités. Pour faciliter cette collaboration, les données de chaque patient sont inscrites dans un système de données informatisées : Take Care. De ce fait, chaque partenaire de la prise en charge peut facilement avoir accès aux dossiers et aux soins fournis aux patients.

La section « avd 54 » se trouve au 3^{ème} étage. Elle peut prendre en charge 20 patients. Elle comporte quatre chambres individuelles dotées d'une caméra et six chambres ayant deux à trois lits. Les patients s'y trouvant nécessitent des soins importants. Puis lorsque les patients ne sont plus à risque de complications importantes mais ont néanmoins toujours besoin d'une médication et d'une surveillance, ils peuvent être transférés dans la section « avd 52 » qui se trouve au 2^{ème} étage.

La section « avd 52 » prend en charge 17 patients ayant des besoins simples et un faible risque de complications. Il s'agit le plus souvent de toxicomanes devant être « nettoyés » des drogues qu'ils ont consommé avant de pouvoir se rendre dans un centre de soins spécialisés.

Il arrive parfois que ces sections accueillent des patients LPT et LVM (cf : « Les différents types de patients »).

Ces centres fournissent des traitements médicamenteux aux patients ayant consommé d'importantes quantités d'alcool et autres drogues durant plusieurs jours. Ils ont pour objectif de traiter et prévenir les complications tels que les crampes épileptiques et le delirium tremens. Pour cela, le personnel s'efforce d'être bon et respectueux, fournit des soins de qualité centrés sur le patient, adopte des mesures afin de limiter le risque de chute qu'encourent les patients et prévient les situations menaçantes ou violentes. Il essaye de garder les patients dans le centre jusqu'à ce qu'ils soient sobres et hors de danger. Une fois que le patient est prêt à sortir, le personnel lui propose divers centres de suivi et une aide pour les contacter.

Les équipes

Les équipes sont constituées d'aides soignants, d'infirmiers et de médecins qui travaillent ensemble.

Le téléphone

De nombreuses personnes téléphonent au centre pour recevoir diverses informations, conseils ou simplement discuter. Lors de ces appels, il faut toujours être attentif au secret professionnel. Lorsqu'un proche appelle, le personnel est autorisé de divulguer la présence du patient dans le centre seulement si celui-ci l'a autorisé. Si c'est le cas, il est plus convenable de transférer l'appel sur le téléphone qui se trouve dans le couloir à disposition des patients afin que la personne concernée puisse elle-même discuter avec son proche.

Les visites

Aucun proche n'est autorisé à rendre visite aux patients dans la division « avd 54 ». En revanche, les visites sont possibles dans la section « avd 52 », si le médecin en a donné l'autorisation. Le personnel se réserve le droit de refuser à tout moment les personnes soupçonnées ivres, et doivent exiger aux visiteurs de laisser leurs sacs dans les bureaux afin d'éviter que certaines substances ou objets interdits dans l'établissement y soient apportés (notamment l'alcool, les drogues ou les armes).

Les seules visites que reçoivent régulièrement les sections « avd 54/52 » sont celles des alcooliques anonymes, des narcotiques anonymes, des « länkarna » et des « diakon ». Le but de ces réunions est de motiver les patients à y adhérer s'ils s'y sentent à l'aise et en confiance.

L'arrivée d'un nouveau patient

Le premier contact avec un nouveau patient est très important. Il faut donc prendre en charge le patient dès son arrivée et l'accueillir avec la meilleure attention possible.

Une fois le patient installé dans son lit, un infirmier ou un aide soignant s'occupe de noter l'état du patient lors de son arrivée, prendre son pouls, sa tension, sa saturation en oxygène et sa température. Un infirmier effectue des prises de sang pour différents tests de routine ainsi que les dépistages pour l'HIV et l'hépatite si le patient le souhaite. Comme toujours, l'infirmier doit prendre soin de ne pas se piquer lors d'injections et de prises de sang. Ceci est encore plus important avec les patients toxicomanes, étant donné qu'ils sont plus à risque d'avoir contracté l'HIV et l'hépatite.

Les effets personnels, l'argent et les médicaments du patient sont listés et rangés dans une armoire fermée à clé. Deux personnels soignants vérifient et signent la feuille des effets personnels.

Puis, si l'état du patient le permet, un aide soignant lui fait visiter les lieux. Mais la plupart du temps, suite à la prise de sang, le patient reçoit directement certains médicaments afin de lui

permettre de rester calme, se reposer et éviter certaines complications. Ceux-ci sont administrés par un infirmier ou un médecin.

La sortie et l'inscription du patient dans un centre de soins spécialisé

Pour qu'un patient soit autorisé à quitter le centre, quelques conditions doivent être remplies. Le patient doit être stable aux niveaux des paramètres vitaux (pouls, tension, ...), a pu dormir et récupérer. Il doit avoir commencé à diminuer les doses de certains médicaments et avoir planifié une consultation dans un centre de soins primaires ou un centre spécialisé afin d'évaluer l'évolution de son état.

Avant le départ du patient, le personnel doit lui proposer un traitement Antabuse. Ce médicament permet de décourager le patient à ingérer de fortes doses d'alcool en provoquant un état de mal-être général plus précocement que lors de la consommation de doses habituels d'alcool. De plus la consommation importante d'alcool au moment de la diminution progressive des doses de benzodiazépines risque d'engendrer une stimulation doublement plus importante des récepteurs GABA. Le patient risque donc de souffrir des effets secondaires de manière plus importante et plus rapide.

La demande de sortie par un patient

Les patients qui souhaitent sortir avant la période prévue doivent signer une décharge spécifiant que ceci se produit à l'encontre de l'avis des soignants. Avant cela le personnel doit faire tout son possible pour motiver le patient à rester au centre hospitalier. Si malgré les discussions le patient ne veut pas rester, le personnel ne peut le retenir et doit donc organiser sa sortie précoce.

Dans ce cas, le médecin et le patient ont un entretien concernant sa demande de sortie. Suite à cela, le médecin rédige un rapport et fournit les éventuels médicaments que nécessite le patient. Avec l'accord du patient, il l'inscrit via Take Care dans un centre spécialisé dans les dépendances où le patient pourra se rendre afin de garder un certain suivi et essayer de limiter ses consommations. Une fois tous les papiers administratifs remplis, le patient peut lui-même téléphoner et choisir l'heure de son retour à la maison. Puis on lui rend toutes ses affaires personnelles.

Attention cette demande de sortie précoce ne peut pas se faire pour des patients LPT et LVM§13 qui sont dans le centre par obligation. Ces patients sont contraints d'effectuer leur séjour jusqu'à la fin de la période prévue par le médecin.

Les menaces et violences

Aucune menace ou violence ne sont admises au sein de la structure de soins. Si une telle situation se présente il faut impérativement prévenir un médecin.

Chaque membre du personnel dispose d'une petite alarme portable qu'il peut enclencher en cas de besoin. Celle-ci permet de signaler aux soignants qu'une partie d'entre eux doivent venir en renfort. Les thérapeutes des étages en dessous et au dessus sont aussi avertis par le signal et deux d'entre eux doivent venir en aide à la section concernée afin de maîtriser la situation. Si malgré cette aide la situation ne s'arrange pas, une personne s'occupe de contacter le gardien de la section.

Parfois, il arrive que l'on se sente mal à l'aise face au patient. Si cela arrive, le mieux est de suivre son intuition et d'en parler avec ces collègues afin que tout le monde fasse en sorte de ne pas laisser le soignant et le patient concerné en tête à tête.

Même lorsque le patient devient agressif, il faut s'efforcer de rester calme et neutre. La rage de ces patients est souvent causée par une mauvaise estime qu'ils ont d'eux-même face à l'addiction, et du fait qu'ils ont touché le fond. Le mieux est donc d'adopter une attitude rassurante et aimable afin de calmer et dissiper la fureur du patient.

Heureusement le plus souvent les patients sont agréables, gentils et cherchent de l'aide. La violence est relativement rare dans ces structures.

La finalité des sections de fin de soins aigus

Ces structures ont pour objectifs de stabiliser et maintenir un certain niveau de santé chez ces patients. Ceci est possible en apportant l'aide dont les patients ont besoin, par exemple en assistant ceux qui n'arrivent pas à s'occuper seul d'eux-même (notamment en ce qui concerne l'hygiène et les repas) et en motivant ceux qui sont capables à faire certaines petites tâches.

Les patients sont souvent insuffisamment hydratés et ont mal mangé depuis une longue période. Les repas et les boissons font donc partie intégrante des soins dispensés.

Les entretiens dans la section

Les entretiens et discussions avec le patient doivent lui apporter un appui. Dès que l'occasion se présente, il ne faut pas hésiter à lui porter toute son attention, l'encourager et le féliciter pour son initiative d'avoir demandé de l'aide auprès de centres spécialisés. Le but est de rassurer au mieux les angoisses qu'il éprouve suite à la honte et la culpabilité d'être atteint d'addiction.

Il faut particulièrement être attentif aux patients fortement angoissés. Ceux-ci nécessitent une surveillance plus importante. De plus un médecin doit être averti afin qu'il puisse juger de l'existence ou non d'un risque de suicide.

LES DIFFÉRENTS TYPES DE PATIENTS²⁵

La plupart des patients sont libres d'entrer ou de quitter le centre quand ils le souhaitent. En revanche, deux « types » de patients sont soumis à certaines contraintes.

« LPT Lagen om Psykiatrisk Tvångsvård »

Un patient LPT signifie qu'il a été contraint par un psychiatre de recevoir des soins contre sa propre volonté. Il peut s'agir de différents niveaux de contraintes allant de l'obligation à prendre certains médicaments jusqu'à l'attachement. Si le patient est attaché, il faut en aviser immédiatement le médecin et ne jamais laisser ce patient seul.

Un patient LPT ne peut pas quitter le centre contre l'avis médical.

« LVM Lagen om Vård av Missbrukare »

Un patient LVM signifie qu'il présente des symptômes d'abstinence et qu'il faut qu'il reçoive des soins hospitaliers. Cette notation LVM est généralement attribuée par les centres sociaux.

Si le patient LVM souhaite quitter l'hôpital, le personnel doit en informer l'institution LVM afin qu'un transport pour l'y conduire soit organisé. Si le patient ne veut pas attendre ce transport et souhaite partir immédiatement sans le consentement du personnel soignant, l'équipe doit l'informer que la police sera contactée et qu'il risque donc de se retrouver au poste de police. Face à cette situation, le plus souvent le patient accepte de rester dans le centre jusqu'à la fin du traitement ou d'attendre le transport qui le conduira au centre LVM.

Lorsque le patient ne présente plus de risque de complications majeures et que ces paramètres vitaux sont stables, celui-ci est autorisé à rejoindre une institution LVM. Les institutions LVM fournissent aux patients un suivi et un traitement adapté nécessitant une surveillance moins minutieuse que celle de l'hôpital.

25Handledning för läkare : Beroendecentrum Akutsektionen S:t Görans sjukhus BAS Beroendeakuten Stockholm 2006

LES INDICATIONS À LA PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT DANS UN CENTRE DE SOINS AIGUS²⁶

Les indications pour la prise en charge d'un patient alcoolique

Après avoir défini à quel niveau de complication le patient se trouve, celui-ci reçoit le traitement le mieux adapté. Les patients les plus à risques sont ceux ayant déjà souffert de maladies psychotiques dues à l'alcool, par exemple des délires, des hallucinations, ou un début d'un syndrome de Wernicke. Ceux-ci sont plus enclins à certaines pathologies nerveuses telles que les neuropathies périphériques et les lésions cérébelleuses.

Il faut être particulièrement attentif au patient ivre ayant des idées suicidaires et augmenter sa surveillance.

Voici une liste des différentes complications possibles chez les patients alcooliques, ainsi que certaines signes cliniques :

- Delirium tremens ou hallucinations causés par l'abstinence
- Antécédent de delirium tremens ou de crampes épileptiques
- Risques causés par l'abstinence
 - Tachycardie > 120/min
 - Symptômes d'abstinence malgré un taux de > 1 pour mille d'alcool lors du test d'alcoolémie par voie aérienne
 - Symptômes aspécifiques d'abstinence
 - Hyperactivité du système nerveux autonome : sudations, pouls > 100/min
 - Tremblements des mains
 - Troubles du sommeil, difficultés à s'endormir
 - Nausées, vomissements
 - Hallucinations visuelles, tactiles ou auditives
 - Illusions
 - Agitations psychomotrices
 - Angoisse
 - Symptômes spécifiques d'abstinence

26Handledning för läkare : Beroendecentrum Akutsektionen S:t Görans sjukhus BAS Beroendeakuten Stockholm 2006

- Crise épileptique (grand mal)
- Délire
- Infections
- Chutes causées par les crampes épileptiques
- Prise quotidienne d'au minimum 250g d'alcool durant plus de 3 semaines sans jour de sobriété
 - 250g d'alcool =
 - 75cl d'alcool fort ou
 - 4 bouteilles de vin léger ou
 - 8 canettes de bière forte (7%)
- Soupçons/certitudes de lésions cérébrales
- Maladies somatiques actuelles pouvant être influencées par la consommation d'alcool, par exemple le diabète
- Mauvaise alimentation
- Risques causés par le sevrage
 - Les symptômes sont les mêmes que ceux causés par l'abstinence mais ils apparaissent en dehors de la période d'abstinence.
- Ivresses et symptômes psychiatriques exigeants des soins médicaux
 - Le patient ivre avec une envie de se suicider ou des hallucinations doit être mis sous observation afin de suivre l'évolution des symptômes de sevrage.
 - Si la situation l'exige, il faut transférer le patient vers le centre de soins psychiatriques.
- Complications neurologiques causées par l'alcool
 - Antécédent ou nouvelle apparition d'une neuropathie/ataxie
- Syndrome de Wernicke-Korsakoffs (WK)
 - Lors de soupçon/début d'un syndrome de WK, le patient doit immédiatement recevoir une injection de 4 ml de Betabion. Ceci se fait même en cas de simple soupçon car une administration inutile de Betabion est beaucoup moins risquée que l'installation d'un syndrome de WK. (La seule contre-indication au Betabion est l'allergie).
 - Attention ! Les symptômes initiaux sont peu spécifiques et peuvent être aussi dus à l'abstinence ou à l'ivresse.
 - Confusion
 - Diplopie ou autres troubles moteurs des yeux notamment le nystagmus

Les indications pour la prise en charge d'un patient toxicomane

La prise en charge de patients toxico-dépendants ne nécessite généralement pas de soins aigus. Pour que le patient puisse être inscrit dans une des sections de l'hôpital St.Görans, un médecin d'un centre spécialisé dans la toxico-dépendance ou des services sociaux doit avoir fait une ordonnance de consultation avec un programme destiné au patient.

Voici quelques situations dans lesquelles il est conseillé de prescrire au patient un séjour dans un centre de soins aigus :

- Les patients faisant une overdose d'opioïdes/héroïne. Cette situation exige l'administration d'un antidote (par exemple le Narcanti), une surveillance accrue suite à l'intoxication ainsi qu'une évaluation du risque de suicide qu'encourt le patient.
- Les patients en provenance des centres LVM qui ont consommé des drogues et qui doivent attendre d'être « nettoyés » avant de pouvoir retourner dans l'institution LVM. Une fois que les tests urinaires sont négatifs pour les différentes drogues, les soignants s'occupent de contacter l'institution LVM chargée du patient et de lui organiser un transport jusqu'à celle-ci.
- Les patientes enceintes souffrant de toxicomanie doivent séjourner dans un centre de soins aigus afin de surveiller leur sevrage. Elles seront par la suite prise en charge par les services familiaux de l'hôpital d'Huddinge.
- Les patients souffrants de symptômes psychiatriques dus à l'influence/abstinence/sevrage en narcotiques. Les troubles psychiques dont peuvent être atteints ces patients sont l'envie de se suicider, la dépression, la paranoïa (surtout causées par les amphétamines) et les délires (généralement suite à la prise de benzodiazépines).

La prise en charge d'un patient alcoolique à risque de delirium tremens ou de crampes épileptiques

Lors de l'anamnèse, on observe généralement certains signes d'ivresse tels que la somnolence, le chancellement, le bredouillement, et le nystagmus. Durant la période de sevrage il va être important d'être attentif à la couleur du visage, à la respiration, au pouls et à la tension du patient.

L'évaluation clinique a pour but d'exclure :

- Une autre cause que celle de l'alcool. Notamment lors de sédations qui ne sont pas proportionnelles à l'alcoolémie du patient.
- Une prise de méthanol, glycol ou autres substances toxiques.
- Des complications aiguës causées par le diabète notamment l'hypoglycémie.
- Des lésions intracrâniennes notamment lorsqu'on soupçonne une commotion, un hématome subdural, ou un saignement intracérébral.
- Une désorientation déjà à l'arrivée du patient. Si c'est le cas il faut toujours garder en tête la possibilité d'un syndrome de Wernicke Korsakoff et immédiatement faire une injection de Betabion.

Les patients dont l'évaluation décèle une surconsommation d'alcool doivent tous recevoir 100mg de thiamine (Betabion ou Neurobion) en prévention du syndrome de Wernicke Korsakoff. Puis on les traitera par des benzodiazépines dont la classe et la dose sont évaluées selon la quantité d'alcool consommée ces derniers temps par le patient et son alcoolémie actuelle.

L'injection de betabion/neurobion chez les patients alcooliques

La consommation chronique d'alcool combinée à une mauvaise alimentation engendre un manque en thiamine dans le cerveau (causé par une malabsorption, une malnutrition ou un défaut en vitamine B). C'est pourquoi les patients atteints d'alcoolisme reçoivent une injection de vitamine B dès leur arrivée à la « BAS ». Cette administration doit avoir lieu avant toute consommation d'hydrates de carbones, car sans l'effet protecteur apportée par la vitamine B, le métabolisme des hydrates de carbones engendre des toxines non neutralisées pouvant être responsables d'importantes lésions cérébrales. C'est seulement ensuite que l'on permet au patient de prendre un repas.

27 Handledning för läkare : Beroendecentrum Akutsektionen S:t Görans sjukhus BAS Beroendeakuten Stockholm 2006

L'administration de benzodiazépines pour le traitement des complications des patients alcooliques

Les benzodiazépines sont cross tolérants avec l'alcool, c'est-à-dire qu'ils agissent sur les mêmes types de récepteurs nerveux. Ils permettent ainsi au patient de se sentir mieux et de limiter les complications engendrées par l'abstinence d'alcool tels que le delirium tremens, les crampes d'abstinence et les lésions cérébrales.

En revanche, chez les patients alcooliques, le traitement par benzodiazépines exige des doses beaucoup plus importantes que chez d'autres patients. En effet, l'importante consommation d'alcool élève la tolérance du patient aux substances agissant sur les récepteurs GABA.

L'abstinence chez un patient alcoolique

Contrairement aux personnes non alcooliques, un patient alcoolique peut être abstinent malgré une alcoolémie élevée. En effet, étant habitué à de fortes concentrations sanguines d'alcool dans le sang, une diminution du taux sanguin d'alcool au delà d'un certain seuil engendre des symptômes d'abstinence physique par manque de stimulation des récepteurs et autres signalisations cellulaires. Pour permettre d'ajuster au mieux les doses d'un traitement, le personnel soignant prend régulièrement le pouls ainsi que la tension des patients, et reste attentif à tous autres signes d'abstinence tels que les tremblements, la transpiration, les migraines, le sentiment de mal-être et l'agitation psychomotrice. L'ensemble de ces signes et symptômes permet de juger de l'efficacité du traitement.

Si le patient a un pouls élevé mais une tension basse il faut se préoccuper de l'hydratation du patient et éventuellement mettre en place une voie veineuse périphérique afin de le réhydrater plus efficacement.

Le traitement du delirium

En cas de delirium et ceci malgré l'administration d'un traitement oral adapté, il faut contacter le médecin afin que celui-ci prescrive un traitement intraveineux permettant au patient de dormir. L'administration intraveineuse doit se faire dans des conditions adéquates. L'idéal est de permettre au patient de se trouver dans une chambre individuelle et de rester auprès de lui le temps qu'il s'endorme. Surtout si le patient est nerveux et a de la peine à se calmer.

Une fois que le patient s'est endormi, il nécessite une surveillance rigoureuse et un contrôle régulier des paramètres vitaux tels que le pouls et la saturation sanguine en oxygène. De l'eau doit être à disposition du patient ou une hydratation intraveineuse doit avoir été mise en place.

Le traitement des douleurs chez un patient alcoolique

Les médicaments soulageant la douleur sont contre indiqués chez les alcooliques en raison des défauts du métabolisme hépatique. Seul un médecin peut prescrire un traitement pour soulager les douleurs s'il le juge absolument nécessaire.

Contre les migraines le meilleur remède est l'hydratation du patient.

CONCLUSION

Les problèmes d'addiction sont complexes et leurs retentissements sur la vie sont quotidiens. Par conséquent, ils demandent une prise en charge multidisciplinaire. De plus, l'entente et la coordination entre les divers professionnels sont indispensables pour gérer la prise en charge de ces troubles.

Avant de commencer ce projet je me posais certaines questions : « L'interdiction totale d'une drogue permet-elle de limiter les abus ou au contraire la légaliser serait-il plus judicieux? », « Pourquoi les gens se droguent-ils tout en sachant que cela est dangereux? », « Pourquoi la plus grande partie des toxicomanes n'essayent-ils pas vraiment d'arrêter? »

La plupart de ces questions n'ont pas de réponses simples, car il faut tenir compte de toute l'ampleur de la complexité des addictions et de la vulnérabilité individuelle.

J'ai découvert que l'absorption de drogue est souvent une façon de faire face aux difficultés de la vie. Les personnes n'ont généralement pas conscience de faire le choix d'abuser de drogues ou d'alcool. Il s'agit plutôt d'un moyen utilisé par les consommateurs pour surmonter leurs souffrances.

La toxico-dépendance est une maladie, et comme la plupart d'entre-elles la guérison est difficile voir impossible. C'est pour cela que je pense qu'il est peut être plus judicieux de vouloir la soigner plutôt que de chercher à atteindre l'abstinence totale chez tous. Les moyens tels que la mise en place de locaux d'injections et de traitements de substitutions sont une manière d'aider le toxicomane à « contrôler » au mieux son addiction, maintenir le meilleur état de santé possible et parfois, si la détermination est suffisante, s'en sortir.

Il y a tout de même un point que je regrette de ne pas avoir pu découvrir. J'avais souhaité me rendre à une réunion des Alcooliques Anonymes, une association internationale permettant aux individus souffrant d'un problème lié à l'alcool de se rencontrer, de discuter de leurs expériences et de se soutenir dans leur cheminement vers la sobriété. À Stockholm, deux personnes de cette association se rendent au centre « Avd 54 ». Hors lorsque je m'y suis rendue, la réunion a malheureusement été annulée.

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je souhaite remercier la Faculté de Médecine de Genève de m'avoir offert la possibilité d'effectuer ce travail d'immersion en milieu communautaire.

Je tiens également à remercier l'ensemble du personnel du centre de soins aigus pour addiction de Stockholm, pour leur gentillesse, leur disponibilité et le temps que certains d'entre-eux m'ont consacré afin de répondre à mes questions.

Et bien sûr ma reconnaissance va aussi aux nombreux patients que j'ai rencontré durant ce stage.

BIBLIOGRAPHIE

- <http://fr.wikipedia.org/wiki/Toxicomanie>
- Site de l'OMS
- <http://fr.wikipedia.org/wiki/Addiction>
- <http://allpsych.com/disorders/dsm.html>
- [http://fr.wikipedia.org/wiki/Dépendance_\(toxicologie\)](http://fr.wikipedia.org/wiki/Dépendance_(toxicologie))
- <http://www.ciao.ch/f/drogues/infos/>
- http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/toxicomanies/psychopath/facteurs_risque.htm
- Cours PSS, 1^{ère} année
- http://fr.wikipedia.org/wiki/Boisson_alcoolisée
- <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/toxicomanies/toxicomanie/produits/alcool/consommation.htm>
- <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/toxicomanies/toxicomanie/produits/medics/medics.htm>
- <http://fr.m.wikipedia.org/wiki?search=Benzodiazepine>
- <http://www.sweden.se/fr/Accueil/Travailler-vivre/Faits/Services-de-sante/>
- <http://www.sv.wikipedia.org/wiki/Sverige>
- <http://www.senat.fr/rap/r06-377/r06-3777.html>
- <http://www.fhi.se>
- <http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/371/soci/rep/volume3ver5-f.pdf>

- <http://www.ladocumentationfrançaise.fr/dossiers/assurance-maladie-europe/europe-du-nord.shtml>
- <http://www.vårdguide.se>
- <http://www.can.se>
- <http://www.drugsmart.com>
- www.slso.sll.se/SLPOtemplates/SLPOPage1__6639.aspx
- Handledning för personal : Beroendecentrum Stockholm Avd 52/54 S:t Görans sjukhus
- Handledning för läkare : Beroendecentrum Akutsektionen S:t sjukhus BAS Beroendeakuten Stockholm 2006