

Ce rapport exprime les vues collectives d'un groupe international d'experts et ne représente pas nécessairement les décisions ou la politique officiellement adoptées par l'Organisation Mondiale de la Santé.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
SÉRIE DE RAPPORTS TECHNIQUES

N° 48

COMITÉ D'EXPERTS
DE LA SANTÉ MENTALE
SOUS-COMITÉ DE L'ALCOOLISME

Deuxième rapport

	Pages
1. Introduction	3
2. Etablissements pour le traitement des alcooliques	4
3. Disulfirame	10
4. Autres médicaments nouveaux	14
5. Enquêtes et statistiques sur l'alcoolisme	14
6. Classification	16
Annexe 1. Rapport d'un groupe de travail chargé d'étudier la question des statistiques et celle des enquêtes sur l'alcoolisme et la consommation alcoolique	19
Annexe 2. Les phases de la toxicomanie alcoolique	28

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
PALAIS DES NATIONS
GENÈVE
Août 1952

COMITÉ D'EXPERTS DE LA SANTÉ MENTALE
SOUS-COMITÉ DE L'ALCOOLISME

Deuxième session

Copenhague, 15-20 octobre 1951

Membres :

- D^r S. Betlheim, Clinique de Neuro-Psychiatrie de l'Université de Zagreb, Yougoslavie
- D^r L. E. Dérobert, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris, France
- D^r R. Fleming, Director, Alcoholic Clinic, Peter Bent Brigham Hospital, Boston, Mass., Etats-Unis d'Amérique (*Vice-Président*)
- D^r G. A. R. Lundquist, Professeur agrégé de Psychiatrie ; Médecin-Chef de l'Hôpital de Långbro, Stockholm, Suède
- D^r I. Matte Blanco, Professeur de Psychiatrie à l'Ecole de Médecine de l'Université du Chili, Santiago, Chili (*Rapporteur*)
- D^r M. Müller, Professeur de Psychiatrie ; Médecin-Directeur de l'Hôpital psychiatrique de Münsingen, Berne, Suisse
- D^r M. Schmidt, Psychiatre en Chef de l'Institut de Psychiatrie légale, Département de Police, Copenhague, Danemark (*Président*)

Secrétariat :

- D^r G. R. Hargreaves, Chef de la Section de la Santé mentale, OMS (*Secrétaire*)
- Professeur E. M. Jellinek, Expert-Conseil de l'OMS pour l'alcoolisme ; Dean, Institute of Alcohol Studies, Texas Christian University, Fort Worth, Tex., Etats-Unis d'Amérique

Le rapport sur la deuxième session de ce sous-comité a paru primitivement sous forme de document photocopié (WHO/Ment/28), en date du 2 novembre 1951.

COMITÉ D'EXPERTS
DE LA SANTÉ MENTALE

SOUS-COMITÉ DE L'ALCOOLISME

Deuxième rapport¹

1. Introduction

Le Sous-Comité de l'Alcoolisme, du Comité d'experts de la Santé mentale, a tenu sa deuxième session à Copenhague, du 15 au 20 octobre 1951. Le Dr G. R. Hargreaves, Chef de la Section de la Santé mentale (OMS), a transmis les souhaits de bienvenue du Directeur général de l'Organisation Mondiale de la Santé. Le sous-comité a élu à l'unanimité le Dr M. Schmidt, Président, le Dr R. Fleming, Vice-Président, et le Professeur I. Matte Blanco, Rapporteur.

L'ordre du jour de la deuxième session a principalement porté sur divers aspects pratiques et spécifiques du problème de l'alcoolisme, alors que la première session² avait été consacrée à des considérations plus générales et plus théoriques. Le sous-comité estime que l'une des tâches les plus urgentes est de formuler des recommandations sur l'organisation de services de réadaptation pour les alcooliques. Sans négliger le côté prophylactique que doit comporter un programme de lutte antialcoolique, le sous-comité est d'avis que la solution du problème de l'alcoolisme sous

¹ Au cours de sa neuvième session, le Conseil Exécutif a adopté la résolution suivante :

Le Conseil Exécutif,

Ayant examiné le rapport du Sous-Comité de l'Alcoolisme, du Comité d'experts de la Santé mentale, sur sa deuxième session,

1. REMERCIE les membres du sous-comité du travail accompli ;
2. AUTORISE la publication du rapport ;
3. PREND ACTE de la recommandation qui figure à la section 5 du rapport et suivant laquelle une enquête sur l'alcoolisme devrait être entreprise dans l'une des zones de démonstrations sanitaires envisagées, et
4. INVITE le Directeur général à examiner la possibilité d'entreprendre cette enquête en collaboration avec le gouvernement intéressé.

(Résolution EB9.R48, *Actes off. Org. mond. Santé*, 40, 16)

² Voir *Org. mond. Santé : Sér. Rapp. techn.* 1951, 42.

toutes ses formes ne pourra progresser que lorsque le nombre élevé d'alcooliques qui existent dans le monde aura été fortement réduit grâce à un effort de grande envergure tendant à la réadaptation de ces personnes.

Le sous-comité tient aussi à souligner que le traitement de l'alcoolisme ne peut manquer d'exercer d'heureux effets sur le plan prophylactique, en raison, notamment, de la publicité favorable dont il fait nécessairement l'objet ; lorsqu'une population se rend compte que l'alcoolisme est une maladie, elle est portée à accepter plus facilement les mesures de caractère préventif.

2. Etablissements pour le traitement des alcooliques

Il ressort des discussions du sous-comité que le traitement des alcooliques par les services de santé publique doit comporter quatre stades. Ces stades thérapeutiques sont déterminés d'après le degré atteint par le processus alcoolique et d'après l'importance des manifestations d'ordre psychique.

D'une manière générale, on peut distinguer les quatre stades suivants :

- a) Alcoolisme récent et alcoolisme sans étiologie névrotique grave.
- b) Alcoolisme au stade moyen et alcoolisme avec des signes névrotiques primaires.
- c) Alcoolisme chronique et alcoolisme avec manifestations psychotiques.
- d) Alcoolisme avec dégénérescence apparemment irréversible.

Dispensaires

Pour le premier stade thérapeutique, à savoir le traitement de l'alcoolisme récent et de l'alcoolisme sans manifestations psychiques graves, il faut disposer d'un dispensaire rattaché à un hôpital général plutôt que d'un établissement pour malades mentaux. Les alcooliques aux premières phases de la maladie, ainsi que les alcooliques qui ne présentent pas de complications névrotiques graves, répugnent à utiliser le service de consultations d'un établissement pour malades mentaux dans les pays où cela risquerait de les faire considérer dans une certaine mesure comme présentant des anomalies mentales.

Par suite de l'absence de ce type simple de dispensaire, de nombreux psychiatres qui soignent des alcooliques ne sont pas familiarisés avec l'alcoolisme à son début ou avec l'alcoolisme sans complications, et de nombreuses notions classiques qui se rapportent au traitement de l'alcoolisme reposent uniquement sur l'expérience acquise en matière d'alcoolisme parvenu à un stade avancé et accompagné de complications.

La nature et le degré de la psychothérapie nécessaire dépendent du stade du processus alcoolique auquel le malade est arrivé aussi bien que de l'importance des manifestations névrotiques ou psychotiques.

Comme le dispensaire d'un hôpital général ne doit s'occuper que des cas récents et sans complications — qui constituent la majorité des alcooliques —, les moyens de traitement psychothérapique dont il doit disposer peuvent s'y trouver réduits au minimum. En fait, la psychothérapie à appliquer en pareil cas est essentiellement une psychothérapie dite « adjuvante », suffisante pour créer et renforcer chez l'alcoolique la détermination de ne plus boire. Il s'agit de rétablir chez l'alcoolique le respect de soi-même et la confiance en soi, de diminuer le sentiment de culpabilité qu'il éprouve à cause de son comportement et d'orienter le patient vers le mode de vie qui lui permettra de se passer de l'anesthésie alcoolique. Le malade doit aussi comprendre nettement que le fait de « boire », sous une forme quelconque, le fera retomber dans l'alcoolisme caractérisé.

Ce type de psychothérapie « adjuvante » n'exige pas l'intervention d'un psychiatre, bien qu'il soit préférable de confier la direction du personnel à un spécialiste de ce genre.

En l'absence de psychiatre, le dispensaire peut être dirigé par un médecin s'intéressant particulièrement à l'alcoolisme et possédant des éléments de psychiatrie. Ce médecin devrait être secondé au minimum par une assistante sociale à temps complet et par une secrétaire; il serait souhaitable également que le dispensaire disposât d'une infirmière expérimentée. Si les moyens financiers le permettent, une seconde assistante sociale serait utile, particulièrement pour suivre les malades convalescents envoyés par le dispensaire. Si l'on doit établir un diagnostic au dispensaire, celui-ci doit comprendre un psychiatre.

Il convient, dans tous les cas, que les malades soient soumis à une visite médicale au dispensaire, et qu'ils reçoivent une ordonnance pour toutes les médications qui peuvent être indiquées. En cas de complications médicales plus graves, qui sont assez rares à ce stade, le malade sera, bien entendu, envoyé dans un service d'hospitalisation.

On déterminera, d'après les autres moyens d'action dont dispose la collectivité, si les services du médecin sont nécessaires soit pendant deux demi-journées, soit pendant quatre ou cinq demi-journées par semaine. S'il existe un groupe d'« Alcoholics Anonymous »³ dans la collectivité ou dans le voisinage, il y aurait lieu d'adresser le patient à ce groupe après quatre ou cinq consultations, et, dans ce cas, la présence du médecin pendant deux demi-journées par semaine sera suffisante. Si, d'autre part, comme dans la plupart des pays, il n'y a pas de groupe d'« Alcoholics Anonymous », le nombre moyen de consultations par malade sera de

³ Voir *Org. mond. Santé : Sér. Rapp. techn.* 1951, 42, 16.

douze environ, ce qui nécessitera la présence du médecin pendant cinq demi-journées par semaine. Un dispensaire de ce type peut traiter environ 100 nouveaux alcooliques par an et peut s'occuper, à tout moment, d'environ 150 malades soumis à un traitement plus ou moins intensif.

Etant donné le nombre d'alcooliques qui peuvent être traités à ce stade, il semble que l'on ait beaucoup trop insisté sur la nécessité de disposer de lits d'hôpital et de services hospitaliers spéciaux pour le traitement des alcooliques chroniques. Il est évidemment exact que, de temps à autre, un cas d'alcoolisme aigu ou de psychose alcoolique exige, d'urgence, l'hospitalisation, mais ces cas sont l'exception et non la règle. Il n'est ni judicieux ni utile d'organiser un service hospitalier pour le traitement d'un grand nombre d'alcooliques, bien qu'il soit opportun de disposer de moyens d'hospitalisation pour les cas isolés qui pourraient se présenter. Le service classique de consultations externes d'un hôpital général convient parfaitement pour le traitement de la plupart des cas d'alcoolisme sans complications. Du point de vue du malade, cette solution présente l'avantage de mettre, à juste titre, l'accent sur les aspects médicaux du problème. D'un autre côté, elle permet au médecin d'utiliser, pour les cas ambulatoires, les nombreux moyens de diagnostic et de traitement spécial que possède un hôpital moderne, c'est-à-dire : un laboratoire, un service de radiologie, des consultations de gynécologie, d'allergie, de dermatologie et d'endocrinologie, un système de fiches et un bureau pour fixer les rendez-vous. Toute l'organisation compliquée qu'exigent les soins aux malades existe déjà dans les hôpitaux, et ceux-ci peuvent s'adjoindre un dispensaire pour alcooliques sans modifier sensiblement leurs services. Dans un hôpital général, il est possible de résoudre facilement et efficacement la plupart des problèmes qui surgissent au cours du traitement de chaque cas particulier.

Il semblerait opportun, du point de vue de la formation même du personnel médical de l'hôpital, que ce personnel, notamment les internes et les étudiants en médecine, puissent suivre régulièrement les cas d'alcoolisme. Il se pose, au sujet des alcooliques, un grand nombre de problèmes qui intéressent à juste titre la recherche médicale. Un dispensaire pour alcooliques dans un hôpital général a donc aussi un rôle subsidiaire à jouer en constituant un centre pratique de recherche et d'enseignement, grâce aux malades qui le fréquentent.

Le temps, les efforts et les dépenses qu'exige le traitement des alcooliques doivent être appréciés surtout d'après le nombre des alcooliques récents et sans complications, qui constituent la majorité des alcooliques.

Traitement de l'alcoolisme au second stade

On supposera ici que le malade reçoit les soins qu'exige son état clinique et que des thérapies médicales adjuvantes (hormones, vitamines,

disulfirame, traitement par réflexe conditionné, etc.) peuvent être appliquées dans les cas où elles sont indiquées.

A ce stade, le traitement des alcooliques par les services publics doit nécessairement reposer sur une psychothérapie intensive. Pour pouvoir aider efficacement l'alcoolique dont le comportement provient d'une névrose grave, à vivre sans alcool, il faut lui faire comprendre les conflits qu'il essaie de résoudre par l'usage de l'alcool et il faut amener un réajustement d'ordre émotionnel qui lui permette de ne plus recourir à des moyens artificiels.

Il est également indiqué de chercher à modifier les réactions du malade par ce traitement complexe, même dans les cas où il n'y a pas d'étiologie névrotique grave, mais où l'évolution de l'alcoolisme a atteint un point tel que le comportement du buveur a bouleversé ses relations avec son entourage. A ce moment, en raison de ses expériences sociales pénibles et de ses sentiments accumulés de culpabilité, le malade est amené à formuler une réinterprétation complètement égocentrique de ses relations. On peut dire qu'une réaction névrotique surajoutée ou secondaire s'installe et nécessite un traitement psychiatrique de réadaptation.

Une collectivité qui possède soit un service de consultations externes de psychiatrie ou de psychanalyse, soit un dispensaire d'hygiène mentale, dispose virtuellement des moyens nécessaires pour traiter les malades à ce stade. Actuellement, toutefois, on est rarement en mesure de tirer parti de ces ressources parce que le personnel du dispensaire répugne à admettre les alcooliques. En effet, leur admission est considérée comme une entrave qui empêche le dispensaire de s'acquitter de ses fonctions essentielles. En règle générale, le personnel ne tient pas à admettre les alcooliques parce qu'il craint une grande affluence de malades.

Si les établissements psychiatriques ou d'hygiène mentale devaient être subitement ouverts aux alcooliques, il serait donc désirable d'adjoindre au personnel un psychiatre et une assistante sociale qui s'intéressent spécialement à l'alcoolisme.

En général, il vaut peut-être mieux réunir les alcooliques des deux premiers stades et les traiter dans un même dispensaire, plutôt que d'essayer de persuader les établissements psychiatriques et d'hygiène mentale d'admettre les alcooliques.

Dans les cas où cette solution sera adoptée, le personnel du dispensaire devra comprendre un psychiatre à mi-temps, un assistant-psychiatre à temps complet, un spécialiste de médecine interne à mi-temps, ainsi que deux assistantes sociales et une secrétaire à temps complet. Dans la mesure du possible, il conviendra d'envisager le recrutement d'un spécialiste de la psychologie clinique pour l'application et pour l'appréciation des tests. Un dispensaire de ce type serait à même de traiter de façon assez intensive de 350 à 400 alcooliques par an.

Traitement aux troisième et quatrième stades

Aux troisième et quatrième stades, il est nécessaire d'hospitaliser les malades dans un établissement tel qu'un hôpital public pour malades mentaux. Dans de nombreux pays, les hôpitaux psychiatriques n'admettent les alcooliques que lorsqu'on décèle chez eux une psychose. Il est recommandé que, grâce à un amendement des règles d'admission, les services assurés par ces hôpitaux soient étendus aux alcooliques qui ne présentent pas de psychose, mais qui relèvent du troisième et du quatrième stades.

Au quatrième stade, seuls des soins de surveillance semblent, en général, possibles, quoique la gravité de l'état pathologique du patient risque parfois d'être inexactement appréciée et que des dispositions doivent être prises pour assurer une révision périodique du diagnostic. Lorsque cela est indiqué, le malade interné peut être soumis à une thérapie intensive.

Il est souhaitable que les dispensaires et les hôpitaux entretiennent, aux différents stades de traitement, des relations de collaboration et puissent procéder à des transferts d'une institution à l'autre.

Autres moyens de réadaptation

Les dispensaires spécialisés dans la réadaptation des alcooliques devraient s'efforcer de collaborer avec les services et les œuvres sociales ou de prévoyance, les institutions d'orientation professionnelle et de placement, les dispensaires spécialisés, les tribunaux, les autorités de police et celles des prisons. S'il n'est pas possible de former des groupes d'« Alcoholics Anonymous », on devrait créer, pour les alcooliques et les membres de leur famille, un type quelconque d'activité collective. Il devrait être généralement admis que les familles des alcooliques ont besoin de conseils et d'aide et, parfois même, d'une réadaptation.

Le sous-comité recommande que les médecins aident à la constitution de groupes d'« Alcoholics Anonymous » dans leurs collectivités. Ils ne peuvent y arriver qu'en encourageant les alcooliques à organiser des groupes de ce genre et en assurant ceux-ci de leur collaboration. Le médecin doit cependant se rendre compte que les groupes d'« Alcoholics Anonymous » ne doivent et ne peuvent être dirigés que par des alcooliques guéris ; il ne doit donc pas essayer d'en diriger l'activité. Une fois le groupe constitué, le médecin peut en favoriser le développement en lui envoyant sans cesse de nouveaux alcooliques.

Choix et formation du personnel

Le sous-comité a examiné certaines des qualifications que devrait posséder le personnel médical auxiliaire s'occupant des alcooliques. Divers auteurs ont affirmé que le thérapeute qui soigne des alcooliques doit être

un abstinent total. Ce point de vue semble avoir été adopté dans un ou deux pays. Le sous-comité estime que la consommation ou la non-consommation de boissons alcooliques par le thérapeute n'a pas à entrer en ligne de compte, si celui-ci n'a pas la réputation, soit de boire d'une manière excessive, soit d'adopter une attitude de sévérité à l'égard de l'usage des boissons alcooliques ; on considère qu'une attitude de sévérité ne permet pas au thérapeute d'étudier avec sympathie le malade alcoolique.

Le personnel des dispensaires pour alcooliques devrait avoir un sens exact des « relations humaines » (« public relations »). En effet, il est essentiel de s'assurer la bonne volonté du public pour que ces institutions fonctionnent de façon satisfaisante, car, au début tout au moins, le public peut se montrer assez méfiant à leur égard.

Ampleur du problème

Le sous-comité a souligné l'importance du traitement ambulatoire des alcooliques aux deux premiers stades, c'est-à-dire de ceux qui constituent la grande majorité. Certains milieux médicaux considèrent qu'il est nécessaire de recourir à un traitement beaucoup plus complexe et que tous les alcooliques devraient être isolés pendant plusieurs semaines. Le sous-comité estime que, en raison du nombre très élevé d'alcooliques, cette conception pêche par défaut de réalisme. Le pourcentage des personnes qui ont les moyens de suivre un traitement complexe est minime, et, de plus, il ne faut pas oublier que, contrairement à la croyance populaire, la plupart des alcooliques des premier et second stades travaillent encore ; bien que leur capacité de gain soit réduite, ils continuent à entretenir leur famille. L'isolement de tous ces individus pendant plusieurs semaines donnerait naissance à un nouveau problème économique, celui de l'entretien de la famille des alcooliques hospitalisés. L'expérience acquise dans les dispensaires pour malades ambulatoires, et notamment celle des « Alcoholics Anonymous », démontre suffisamment que, dans la majorité des cas, il n'est pas nécessaire d'hospitaliser les alcooliques à seule fin de les isoler.

Il convient aussi de se rappeler que l'importance de l'alcoolisme est généralement sous-estimée par les administrations sanitaires de la plupart des pays. Dans nombre de pays, le pourcentage des hommes qui ont besoin d'un traitement pour alcoolisme dépasse de beaucoup celui des hommes qui doivent être traités pour tuberculose. Très souvent aussi, les pertes financières non apparentes que cause l'alcoolisme sont énormes. Il est donc infiniment moins coûteux pour la collectivité de chercher à réadapter ces alcooliques que de les laisser sans traitement ou de leur appliquer des mesures de caractère pénal.

3. Disulfirame⁴

L'administration de disulfirame n'est que l'une des nombreuses thérapeutiques adjuvantes de l'alcoolisme ; elle ne représente pas en elle-même un traitement curatif et ne peut pas être utilisée dans tous les cas. Toutefois, dans certains cas bien choisis, ce médicament est très utile, et le sous-comité a pensé qu'il était intéressant d'en étudier l'emploi en détail. Les échecs constatés ont été enregistrés lorsque ce traitement a été imposé à des malades auxquels il ne convenait pas. D'une façon générale, encore qu'il y ait quelques exceptions à cette règle, la première condition est que les malades choisis soient sincèrement désireux d'être aidés et reconnaissent pleinement l'impossibilité où ils se trouvent de maîtriser leur besoin de boire. Bien que les meilleurs résultats aient été obtenus chez des malades qui se sont présentés de leur plein gré et que personne n'avait incités à se faire soigner, tous les malades de cette catégorie ne sont pas aptes à subir ce traitement. Du point de vue psychiatrique, les personnes souffrant de certains troubles affectifs (surtout les hystériques ou les individus particulièrement « inadaptés ») et les déficients mentaux ne réagissent généralement pas de façon satisfaisante au disulfirame. Toutefois, même parmi eux, il se trouve des exceptions.

Il existe aussi des contre-indications qui dépendent de l'état physique du malade. Il convient de reconnaître que le disulfirame ne devra jamais être utilisé chez des malades atteints de troubles hépatiques ou circulatoires. Certaines communications signalent aussi que ce médicament est contre-indiqué dans les cas de diabète ou de troubles rénaux. Le sous-comité n'est pas convaincu que ces contre-indications soient suffisamment appuyées par les faits. Il y a des raisons de croire que le disulfirame peut être utilisé chez certains diabétiques, par exemple. Le sous-comité recommande donc que l'on étudie plus à fond l'emploi de ce médicament chez les diabétiques ou les rénaux.

La plupart des malades qui sont venus volontairement se faire traiter et qui ne sont ni des psychopathes ni des déficients mentaux peuvent être traités au disulfirame dans les dispensaires. Dans d'autres cas, il est souhaitable de commencer le traitement alors que le malade est hospitalisé, surtout lorsqu'il s'agit d'alcooliques qui boivent continuellement, c'est-à-dire chaque jour, sans pouvoir s'arrêter — et aussi de psychopathes et de déficients mentaux très sérieusement atteints et qui ne se rendent pas suffisamment compte de la gravité de leur état. En pareil cas, il y a avantage à commencer le traitement dans un hôpital ou, de préférence, dans un

⁴ « Disulfirame » est la dénomination commune du disulfure de tétraéthylthiurame, dont les principaux noms déposés sont « Antabuse », « Aversol » et « Refusal ».

hôpital pour malades mentaux ou dans une clinique psychiatrique. D'une façon générale, cependant, lorsqu'on entreprend la réadaptation des alcooliques sur une grande échelle, le mieux est de recourir à des dispensaires du genre de ceux qui ont été mentionnés plus haut dans le présent rapport — que ces dispensaires soient rattachés à des hôpitaux bien équipés ou qu'ils constituent des établissements indépendants.

Avant d'administrer le disulfirame, il est essentiel de pratiquer un examen clinique complet et une analyse systématique des urines pour déceler la présence de protéines, de sucre ou d'urobiline. On doit toujours faire un électrocardiogramme et un examen du foie. Il y a également lieu d'étudier le temps de la sédimentation globulaire. Ces examens de laboratoire constituent un minimum, mais sont d'habitude les seuls qui soient nécessaires. Si le malade présente un mauvais état général ou s'il est gravement intoxiqué, il devra d'abord être hospitalisé. Le plus souvent, son état général s'améliorera suffisamment en une semaine et l'on pourra alors commencer à administrer le disulfirame.

Que le malade soit traité dans un dispensaire ou dans un hôpital, on lui administrera deux comprimés de 0,5 g chacun dans la soirée du premier jour, puis, pendant les 5 ou 6 jours suivants, il recevra un comprimé par jour. Après une semaine de traitement, on examinera l'état général du malade et, si les progrès paraissent satisfaisants, il pourra recevoir une dose d'entretien d'un demi-comprimé (0,25 g) par jour.

A ce moment, on procède généralement à un test à l'alcool, en partie pour vérifier si la dose de disulfirame est suffisante (le cas échéant pour la rectifier) et surtout pour montrer au malade quelles sont les conséquences de l'absorption de boissons alcooliques pendant le traitement. Il est bon d'effectuer ce test automatiquement, mais certains médecins pensent que l'on peut s'en dispenser chez les malades venus se faire traiter de leur plein gré et présentant les signes d'un pronostic favorable, à condition de prévenir catégoriquement le malade de la nature de la réaction disulfirame-alcool. Ces médecins considèrent qu'il est plus sage de ne pas pratiquer ce test afin d'éviter que l'absorption d'alcool ne suscite à nouveau un irrésistible besoin de boire. D'autre part, il convient de souligner que, dans les cas où l'on ne pratique pas d'épreuve à l'alcool, la curiosité du malade peut l'amener à contrôler l'efficacité du disulfirame en éprouvant les effets de l'absorption d'alcool, ce qui peut être dangereux pour lui.

D'une manière générale, le sous-comité recommande donc de pratiquer un test dans tous les cas, à moins que le médecin n'ait suffisamment confiance en l'esprit de collaboration de son malade pour penser que celui-ci ne se laissera pas aller à boire, et à moins qu'il n'estime que l'absorption de boissons alcooliques, au cours de l'épreuve, risque, dans le cas particulier de son patient, de faire naître un irrésistible désir de boire. Si

l'on ne pratique pas le test, il est essentiel d'avertir le malade du risque grave qu'il courrait en absorbant des boissons alcooliques.

Quand on effectue le test; il convient de se rappeler qu'il fournit l'occasion d'exercer une forte suggestion sur le malade. Il faut donc le pratiquer de manière à porter cet effet de suggestion au maximum. Cela ne veut pas nécessairement dire qu'il faille provoquer une énergique réaction par l'administration d'une grande quantité d'alcool. Il est souvent beaucoup plus impressionnant pour un gros buveur de constater qu'une quantité apparemment insignifiante de boisson — trois cuillerées à thé de whisky ou le tiers d'une bouteille de bière, par exemple — peut produire une réaction manifeste et perturbatrice. Le test doit, bien entendu, être pratiqué avec le genre de boisson que l'alcoolique a l'habitude de consommer.

Le test à l'alcool ne devra pas être effectué plusieurs fois sur le même malade, car il y a lieu de penser qu'une répétition de la réaction risque de provoquer des troubles cardiaques, probablement au niveau de la circulation coronaire. Pour cette raison et pour d'autres encore, il ne faut pas répéter le test à l'alcool plus qu'il n'est cliniquement nécessaire et il ne faut pas employer le disulfirame pour une thérapie d'aversion, à laquelle l'émétine et l'apomorphine conviennent beaucoup mieux.

Pratiquer ce test en présence de l'épouse est souvent rassurant pour celle-ci, car elle peut ainsi constater l'effet préventif énergique exercé par la réaction alcool-disulfirame en raison de la répulsion qu'elle engendre.

Le malade devra être mis en observation non seulement au moment du test, mais pendant deux ou trois heures après, car des réactions à retardement peuvent se produire. Au cours du test, il faut prévenir le malade que l'ingestion d'alcool ne manquera pas de produire à nouveau la réaction qu'il vient d'éprouver. Il faut aussi l'avertir que l'ingestion de certaines autres substances telles que le paraldéhyde ou l'inhalation de vapeurs éthyliques dégagées par de la peinture, par exemple, peuvent amener la même réaction.

Quand le malade, en raison de son métier, est en contact avec des solvants industriels, on ne doit pas commencer le traitement au disulfirame avant qu'il n'ait changé d'occupation, afin de lui éviter le contact avec ces produits chimiques.

Pendant les trois à quatre semaines du traitement au disulfirame, il faut pratiquer la psychothérapie associée à ce que l'on pourrait appeler une « thérapie sociale » : celle-ci consiste à charger une assistante sociale compétente d'aider le patient à résoudre les problèmes sociaux et professionnels auxquels il se heurte du fait de son alcoolisme. La nature de la psychothérapie pratiquée dépendra nécessairement des conclusions des examens psychiatriques et psychologiques. Dans les cas où une névrose

ou un comportement névrotique précède l'évolution de l'alcoolisme, la psychothérapie devra évidemment être plus intensive que dans les cas récents qui, avant le début de l'alcoolisme, ne présentaient aucun trouble psychique marqué. Dans ces derniers cas, la psychothérapie peut souvent être relativement simple et consister en entretiens au cours desquels le médecin discute de la situation avec le malade. Dans tous les cas, quels qu'ils soient, il est nécessaire d'étudier les différentes causes possibles de l'alcoolisme et de les discuter avec le malade. L'étape suivante consiste à renforcer chez celui-ci les raisons qui militent en faveur de l'abstinence en lui faisant comprendre les conséquences physiques, psychologiques et sociales qu'entraînerait sa persistance à boire. Un traitement par suggestion peut également être associé.

Pour les cas qui exigent une psychothérapie plus intensive, il faut envisager la possibilité d'un traitement psychanalytique de groupe. Cette thérapie appliquée à titre expérimental chez les alcooliques a donné des résultats encourageants, et, si ces promesses se confirmaient, elle permettrait de surmonter les difficultés que comporte une psychothérapie individuelle intensive, pratiquée à l'échelle nécessaire pour l'exécution d'un vaste programme de traitement précoce de l'alcoolisme. Quelle que soit la forme de psychothérapie pratiquée pendant toute cette phase, il importe que le médecin collabore étroitement avec une personne de l'entourage immédiat du malade — sa femme, un vieil ami, quelquefois son patron, un camarade de travail ou un collègue. Le cas particulier du malade est alors discuté avec ce confident en même temps qu'avec le malade lui-même, et le médecin explique que tous trois doivent constituer une véritable équipe. Le confident doit être mis au courant des effets du disulfirame et de la nécessité de suivre à la lettre les instructions données. Dans certains cas, cependant, il n'est pas possible d'introduire une tierce personne dans la discussion et le traitement reste un secret entre le médecin et son malade.

La nécessité d'une « thérapie sociale », comme on l'a indiqué ci-dessus, montre le rôle important que joue l'assistante sociale pendant tout le traitement au disulfirame : elle peut, en effet, aider les malades à résoudre leurs difficultés personnelles ou sociales et, sous la direction du médecin, elle peut exercer une surveillance générale.

Certains malades, particulièrement ceux qui n'ont pas de confident collaborant avec eux et avec le médecin au cours du traitement, devraient se présenter régulièrement, une fois par semaine, au médecin ou à l'assistante sociale pendant les six premières semaines du traitement au disulfirame. Ils pourraient ensuite venir toutes les deux semaines et, après le troisième mois, une fois par mois jusqu'à la fin du sixième mois. En effet, dans tous les cas où cela est possible, une période de six mois doit être considérée comme un minimum.

4. Autres médicaments nouveaux

Traitement hormonal

On utilise de plus en plus des extraits cortico-surrénaux pour le traitement de certaines formes d'alcoolisme. Ces extraits donnent de bons résultats dans les cures de désintoxication car ils peuvent débarrasser le malade, d'une façon spectaculaire, d'un grand nombre des troubles neurologiques et gastro-intestinaux qui accompagnent, en général, l'arrêt brusque d'une absorption abondante d'alcool. On les a également employés, durant une période plus longue, pour aider le malade à demeurer abstiné pendant le traitement. Toutefois, leur efficacité à cet égard n'est pas encore prouvée et a besoin de faire l'objet de recherches supplémentaires. Il ne semble pas y avoir de contre-indication, si ce n'est que ces médicaments ont une action hypertensive. L'hormone adrénocorticotrope (ACTH) a été utilisée avec succès pour le traitement du delirium tremens. Ces résultats intéressants rendent indispensable le développement des recherches sur le métabolisme endocrinien au cours de l'alcoolisme.

Myanésine

Cette préparation s'est révélée utile, en ce sens qu'elle combat la nervosité et l'agitation au cours de la désintoxication et diminue le besoin de sédatifs pendant cette période. Elle a été également signalée comme très précieuse dans le traitement du delirium tremens.

5. Enquêtes et statistiques sur l'alcoolisme

Dans le rapport sur sa première session,⁵ le Sous-Comité de l'Alcoolisme avait recommandé de réunir un petit groupe d'experts qui serait chargé de lui faire rapport sur les problèmes statistiques relatifs à l'alcoolisme. Lors de sa huitième session,⁶ le Conseil Exécutif de l'OMS a approuvé cette proposition. Ce groupe a été convoqué par le Directeur général et son rapport est reproduit intégralement à l'Annexe 1.⁷

Sous réserve des observations qui suivent, le sous-comité fait siennes, d'une manière générale, les conclusions de ce rapport et pense que celui-ci facilitera la tâche de toutes les administrations sanitaires nationales qui désirent analyser l'ampleur et la nature du problème de l'alcoolisme, tel qu'il se pose à elles. Le sous-comité tient à insister plus particulièrement sur l'insuffisance des statistiques actuelles dans ce domaine et à souligner,

⁵ *Org. mond. Santé : Sér. Rapp. techn.* 1951, **42**, 10, 18

⁶ Résolution EB8.R45, *Actes off. Org. mond. Santé*, **36**, 14

⁷ Voir page 19.

comme l'a fait le groupe de travail, que les seules statistiques médicales internationales qui fournissent actuellement des renseignements utiles pour une population donnée sont celles des causes de décès, étant donné qu'il n'existe pas de statistiques internationales générales de morbidité.

Le Classement statistique international des maladies, traumatismes et causes de décès (1948) ne contient que deux rubriques se référant à une étiologie alcoolique prédominante : « Alcoolisme » (322) et « Cirrhose du foie » (581).⁸

Lorsque les divers pays auront apporté les modifications souhaitables à leurs déclarations des causes de décès, l'alcoolisme figurera dans les statistiques à titre de cause accessoire. Mais, dans les conditions actuelles, l'évolution de la mortalité par « alcoolisme » et par « cirrhose du foie » doit être considérée comme le seul élément statistique utilisable. Les chiffres correspondants ne représentent qu'une fraction minime de l'alcoolisme en général (mortalité et morbidité). Ces chiffres « bruts » ne peuvent à eux seuls être pris comme base pour déterminer le nombre total des alcooliques existant dans un pays à un moment déterminé.

L'évolution de la mortalité par alcoolisme reflète l'évolution de l'alcoolisme sous sa forme la plus grave du point de vue démographique, les modifications de cette évolution étant fonction de divers éléments de la structure sociale ou de la thérapeutique. Pour autant qu'il est tenu compte de ces éléments, les courbes de mortalité peuvent être comparées non seulement pour un même pays, mais aussi entre pays différents.

La formule d'évaluation de Jellinek, reproduite dans l'Annexe 2 du rapport sur la première session du Sous-Comité de l'Alcoolisme,⁹ est la seule tentative (connue du sous-comité) qui ait été faite pour trouver le moyen d'utiliser les statistiques de mortalité (dans ce cas, par cirrhose du foie) tout en tenant compte des influences mentionnées dans le précédent paragraphe, de manière à pouvoir estimer approximativement la morbidité alcoolique. Quelles que soient les objections d'ordre technique qui peuvent être soulevées contre la formule de Jellinek dans sa forme actuelle, elle représente une nouvelle méthode, pleine de promesses, pour évaluer cette morbidité et elle mérite d'être étudiée plus complètement par les administrations sanitaires nationales.

En conclusion, le sous-comité désire attirer tout particulièrement l'attention sur la suggestion du groupe de travail tendant à ce qu'une enquête soit menée sur l'alcoolisme dans l'une des zones de démonstrations sanitaires envisagées, et il recommande que l'OMS entreprenne une enquête de ce genre en collaboration avec le gouvernement du pays intéressé.

⁸ Voir: Organisation Mondiale de la Santé (1950) *Manuel de classement statistique international des maladies, traumatismes et causes de décès*, Genève, vol. 1, pp. 112, 165 (*Bull. Org. mond. Santé, Suppl. 1*).

⁹ *Org. mond. Santé: Sér. Rapp. techn.* 1951, 42, 23

6. Classification

En raison de certains faits nouveaux survenus depuis la première session du sous-comité, il y a lieu de revenir, dans une certaine mesure, sur la question de la classification des alcooliques et autres buveurs excessifs.

La nécessité de définitions appropriées se fait de plus en plus sentir et, en raison d'une tendance croissante à entreprendre des recherches sur la fréquence de l'alcoolisme dans différents pays, il y a lieu de procéder à une classification tout au moins rudimentaire.

Bien entendu, les classifications ne manquent pas. En fait, leur nombre même est l'une des raisons qui incitent le sous-comité à suggérer une classification des cas en groupes généraux dans lesquels il ne sera pas difficile de faire rentrer les nombreuses subdivisions des autres classifications existantes. La plupart de ces classifications n'ont pas recueilli l'approbation générale, soit parce qu'elles sont uniquement descriptives, soit parce qu'elles s'inspirent d'idées préconçues d'ordre étiologique, qui ne sont partagées que par une minorité de spécialistes de la question.

La classification proposée par le sous-comité vise donc à éviter, d'une part, toute idée préconçue d'ordre étiologique et, d'autre part, les difficultés qu'entraîneraient les distinctions fondées sur la symptomatologie. Il ne s'agit pas, toutefois, de nier la pertinence des nombreux types de comportement qui ont été décrits par différents auteurs et qui peuvent présenter une réelle valeur pronostique.

En outre, de nombreuses rubriques proposées dans les classifications existantes sont fondées sur l'étude d'un malade à un moment particulier de l'évolution de son cas ; une telle classification implique inévitablement que le même malade peut être classé sous différentes rubriques de la classification, à différentes périodes de son évolution.

Dans le rapport sur sa première session, le sous-comité a proposé la définition provisoire suivante de l'alcoolisme :

« ... toute forme d'absorption d'alcool qui excède la consommation « alimentaire » traditionnelle et courante, ou qui dépasse le cadre des habitudes sociales propres à l'ensemble de la collectivité considérée, quels que soient les facteurs étiologiques responsables, et quelle que soit l'origine de ces facteurs : hérédité, constitution physique, ou influences physio-pathologiques et métaboliques acquises. »¹⁰

Le sous-comité considérerait maintenant qu'il vaut mieux appliquer la définition ci-dessus à l'expression « consommation excessive » et il désirerait la compléter par la définition suivante de l'alcoolisme :

¹⁰ *Org. mond. Santé : Sér. Rapp. techn.* 1951, 42, 5

« Les alcooliques sont des buveurs excessifs dont la dépendance à l'égard de l'alcool est telle qu'ils présentent soit un trouble mental décelable, soit des manifestations affectant leur santé physique et mentale, leurs relations avec autrui et leur bon comportement social et économique, soit des prodromes de troubles de ce genre. Ils doivent donc être soumis à un traitement. »

Le processus évolutif de l'alcoolisme commence maintenant à être connu de façon assez détaillée. La description de Jellinek, fondée sur l'étude d'un grand nombre de cas, est exposée à l'Annexe 2.¹¹ Cette évolution commence par une période que l'on peut appeler « alcoolisme symptomatique ». Cette forme d'alcoolisme peut être le symptôme d'un état pathologique psychique ou physique ou le symptôme d'un certain état social. S'il est vrai que toutes les formes d'alcoolisme, même les plus modérées, sont, par définition, symptomatiques tout au moins d'une forme et d'une convention sociales, dans ce cas particulier le sous-comité pense à l'alcoolisme symptomatique des buveurs excessifs. Toutes les formes d'excès alcooliques commencent par une période symptomatique. Dans certaines conditions, ce stade peut être de très longue durée et peut ne pas évoluer ultérieurement.

Si, à la longue, par suite de facteurs individuels ou ambiants, la dépendance à l'égard de l'alcool atteint un point correspondant à la définition de l'alcoolisme donnée par le sous-comité, on peut parler alors, soit d'alcooliques symptomatiques habituels, soit d'alcooliques symptomatiques toxicomanes, suivant les critères précisés dans l'Annexe 2.¹¹

Une classification simple et large, dans laquelle tous les types d'alcooliques proposés par différents auteurs peuvent facilement rentrer, est la suivante :

- | | |
|---|---------------|
| 1) Buveurs excessifs symptomatiques irréguliers | } Alcooliques |
| 2) Buveurs excessifs symptomatiques réguliers | |
| 3) Buveurs (ou alcooliques) toxicomanes | |

Les deux derniers groupes représentent donc les alcooliques proprement dits.

Des complications physiques peuvent se rencontrer dans ces trois catégories, tandis que des complications mentales (aiguës, chroniques, bénignes ou graves) ne se rencontrent que dans les catégories 2 et 3.

Les différents types de buveurs périodiques et d'alcooliques périodiques peuvent aussi rentrer dans l'une quelconque de ces trois catégories.

¹¹ Voir page 28.

Une étude approfondie des différents symptômes décrits dans l'Annexe 2 montre que chacune des trois catégories ci-dessus peut être définie avec une précision telle qu'il devient possible d'entreprendre des enquêtes et des expérimentations sur des groupes d'alcooliques bien déterminés.

Il convient de répéter ici que tous les types figurant dans les classifications antérieures peuvent facilement rentrer dans ces catégories générales.

Annexe 1**RAPPORT D'UN GROUPE DE TRAVAIL CHARGÉ D'ÉTU-DIER
LA QUESTION DES STATISTIQUES ET CELLE DES ENQUÊTES
SUR L'ALCOOLISME ET LA CONSOMMATION ALCOOLIQUE**

Lors de sa première session, le Sous-Comité de l'Alcoolisme, du Comité d'experts de la Santé mentale, avait recommandé la convocation d'un petit groupe d'experts qui serait chargé d'étudier la question des statistiques relatives à l'alcoolisme.¹

Avec l'approbation du Conseil Exécutif,² le Directeur général de l'OMS a donc convoqué pour les 5 et 6 octobre 1951, à Genève, une réunion à laquelle assistaient les personnes suivantes :

- D^r G. R. Hargreaves, Chef de la Section de la Santé mentale, OMS
Professeur E. M. Jellinek, Expert-Conseil de l'OMS pour l'alcoolisme ;
Dean, Institute of Alcohol Studies, Texas Christian University, Fort
Worth, Tex., Etats-Unis d'Amérique
D^r M. Pizzi, Chef de la Section des Statistiques de Morbidité, OMS
D^r N. Sinai, Professor of Public Health ; Director, Bureau of Health
Economics, University of Michigan, Ann Arbor, Mich., Etats-Unis
d'Amérique
D^r St. Zurukzoglou, Expert en statistiques médicales du Bureau fédéral
de Statistique, Berne, Suisse.

Le groupe de travail a présenté le rapport suivant.

Statistiques de la consommation d'alcool

La discussion a fait essentiellement ressortir que la comparaison des taux moyens de consommation, même lorsqu'ils sont établis de la manière la plus minutieuse, ne permet de tirer que des conclusions assez limitées. Une interprétation valable des différences existant entre les divers taux

¹ *Org. mond. Santé : Sér. Rapp. techn.* 1951, **42**, 10, 18

² Résolution EB8.R45, *Actes off. Org. mond. Santé*, **36**, 14

exige une connaissance approfondie des habitudes qui prévalent en matière de boisson dans les milieux considérés.

La consommation d'une même quantité d'alcool peut avoir des effets différents, d'ordre sanitaire, social et économique, suivant que cette quantité se répartit également entre tous les groupes de la population, ou qu'elle est en majeure partie consommée par un ou deux d'entre eux. En outre, on peut s'attendre à des effets nettement dissemblables, selon qu'une quantité moyenne d'alcool est consommée par petites doses quotidiennes égales — lors des repas par exemple — ou qu'elle est surtout absorbée au cours de beuveries de fin de semaine. Ce ne sont là que quelques-uns des éléments qu'il est nécessaire de connaître quant au comportement de la population considérée. Les recommandations du groupe de travail pour l'étude de ce comportement seront discutées plus loin.

Taux de consommation par tête

Comme nos connaissances à cet égard sont actuellement très restreintes et que, selon toute vraisemblance, les enquêtes sur la consommation d'alcool demeureront, pendant longtemps encore, peu nombreuses, il convient d'examiner comment les taux de consommation par tête pourraient dès maintenant être utilisés.

Le groupe de travail recommande de distinguer les trois taux suivants de consommation par tête :

- 1) le taux « brut »,
- 2) le taux « rectifié suivant l'âge »,
- 3) le taux « effectif ».

1. Le taux « brut » par tête est, pour une boisson alcoolique déterminée, la quantité totale de la consommation divisée par le chiffre *total* de la population d'un territoire donné, à un moment donné. Ce taux englobe évidemment un grand nombre d'individus qui — en raison de leur âge — ne consomment aucune boisson alcoolique, ou qui, tout au moins, ne consomment que des quantités statistiquement insignifiantes. Toutes les statistiques « officielles » sont établies sur la base de taux bruts. Pour les raisons qui sont exposées au paragraphe suivant, ces taux bruts sont ceux dont la valeur de comparaison est la plus faible ; il convient cependant d'en tenir compte dans toute analyse complète de la consommation.

2. Dans le taux « rectifié suivant l'âge », le dénominateur est la « population en âge de boire », c'est-à-dire le nombre d'habitants que l'on peut, en raison de leur âge, considérer comme des consommateurs possibles de quantités suffisamment importantes pour affecter les statistiques de la consommation. (Ceci donne une première approximation d'un taux rectifié

suyant l'âge.) Le groupe de travail recommande de prendre, comme chiffre représentatif de la population en âge de boire, le nombre des habitants ayant atteint ou dépassé l'âge de 18 ans.

La proportion des habitants âgés de 18 ans et plus diffère d'un pays à l'autre ; à l'intérieur d'un même pays, elle varie également selon les années.

A titre d'exemple, on peut signaler que les habitants âgés de 20 ans et plus représentaient, en 1949, 66,02 % de la population totale en Italie et 71,93 % en Suède. En Espagne (pays pour lequel les seules statistiques disponibles se rapportent à l'année 1940), la proportion était de 61,8 %.

Une comparaison dans le temps donne, pour les Etats-Unis d'Amérique, les chiffres suivants qui sont particulièrement frappants : en 1850, le pourcentage des habitants âgés de 20 ans et plus était de 47,6, alors qu'en 1940 il était de 65,6.

C'est évidemment le taux par tête rectifié suivant l'âge qui peut permettre de déterminer approximativement la « tendance » de la consommation d'alcool, alors que le taux brut risque de faire apparaître des tendances qui ne correspondent aucunement à la réalité.

Bien entendu, tout individu de 18 ans ou plus n'est pas nécessairement un consommateur de boissons alcooliques. Ce groupe d'âge ne saurait représenter que les consommateurs virtuels. A l'intérieur même du groupe, le pourcentage des consommateurs effectifs peut varier considérablement d'un pays à l'autre et d'une période à l'autre. Il peut, notamment, exister des différences marquées entre la fréquence relative des consommateurs hommes et des consommateurs femmes. Ainsi, même le taux rectifié suivant l'âge ne constitue pas un taux réellement valable, mais simplement une approximation acceptable. A l'heure actuelle, il n'est toutefois pas possible d'établir un taux plus satisfaisant, du moins dans la plupart des pays.

3. Dans le taux « effectif » par tête, le dénominateur est représenté par une estimation du nombre des consommateurs effectifs, obtenue par la méthode des sondages. Aux Etats-Unis, on dispose d'estimations de ce genre pour plusieurs des dix dernières années. Dans l'une des enquêtes, le pourcentage des consommateurs a été déterminé pour chaque sexe, pour divers types de boissons consommées et suivant la fréquence de la consommation.

Le groupe de travail recommande que des enquêtes périodiques sur le nombre des consommateurs effectifs soient entreprises dans tous les pays où le problème de l'alcool semble présenter une certaine importance. La méthode proposée en l'occurrence est exposée dans la section intitulée « Enquête sur les habitudes et les conceptions qui prévalent en matière de boisson » (page 23).

Les taux par tête devraient être calculés séparément pour chaque type de boisson, mais il conviendrait, en outre, d'indiquer, dans chaque cas,

la quantité totale d'alcool absolu contenu dans la boisson, car la teneur en alcool des vins, des bières et des spiritueux varie d'un pays à l'autre, et même à l'intérieur d'un pays donné, au cours d'une période suffisamment longue. On peut calculer la quantité totale d'alcool absolu absorbée sous quelque forme que ce soit, mais on ne devrait jamais utiliser ce chiffre sans analyser les divers types de boissons consommées. La consommation de chacun de ces types de boissons (bières, vins, spiritueux) a une signification particulière.

Interprétation des taux par tête

Les taux de consommation par tête, même lorsqu'ils sont obtenus de la manière la plus minutieuse, ne devraient jamais être interprétés comme une indication du degré d'alcoolisme ou des changements qui peuvent survenir dans la fréquence de l'alcoolisme. Pour pouvoir formuler des conclusions à cet égard, il faudrait disposer de taux par tête fondés sur des observations d'une ampleur qui n'a jamais été atteinte. Les variations des taux par tête donnent fréquemment lieu à des interprétations telles que : « On a bu cette année plus (ou moins) que l'an dernier », etc. Les conclusions de ce genre sont entièrement gratuites, car une augmentation du taux de consommation par tête peut être due à une augmentation du pourcentage des consommateurs dans la population en âge de boire, ou à une augmentation de la consommation individuelle, ou encore à ces deux facteurs. Quand on ignore quels sont les changements survenus dans le pourcentage ou le nombre des consommateurs, la signification qu'il convient d'attacher aux variations des taux de consommation demeure nécessairement incertaine.

Néanmoins, dans les cas de variations très accusées, il est toujours indiqué d'étudier la cause de ce phénomène. Une augmentation de la fréquence relative des consommateurs à l'intérieur d'un groupe d'âge est assurément un signe précurseur d'un accroissement de l'alcoolisme 10 à 15 ans plus tard, car une certaine proportion des consommateurs sont susceptibles de devenir des alcooliques.

Valeur des statistiques de consommation

Dans les paragraphes précédents, il a été admis que les statistiques de la consommation des boissons alcooliques étaient suffisamment sûres. Cette hypothèse est loin d'être toujours fondée. Le groupe de travail tient à souligner que la méthode utilisée pour évaluer la consommation de boissons alcooliques varie d'un pays à l'autre. Dans certains pays, on considère que la consommation est équivalente à la production. Dans d'autres pays, notamment ceux où il existe un monopole d'Etat, les statistiques de consommation reposent sur le chiffre des ventes effectives, alors qu'ailleurs

elles sont parfois établies d'après le montant des droits perçus. Beaucoup d'autres facteurs qui interviennent dans les systèmes utilisés peuvent rendre assez douteuse la comparabilité des statistiques de consommation.

En vue d'améliorer la comparabilité de ces statistiques, le groupe de travail recommande que l'on entreprenne une étude sur les bases adoptées dans divers pays pour le calcul de la consommation. Cette étude pourrait être effectuée soit par un comité international spécialement créé à cet effet, soit par l'un des services existants des Nations Unies.

La possibilité d'une production et d'une vente illicites (contrebande) de boissons alcooliques fait toujours naître des doutes quant à la validité des statistiques de consommation. Dans certains pays, notamment ceux où la consommation d'alcool est complètement ou partiellement interdite, la contrebande peut jouer un rôle considérable. Le groupe de travail tient à déclarer qu'à son avis, dans les pays où la prohibition n'existe pas, les partisans et les adversaires de cette mesure exagèrent — pour des raisons tout à fait différentes — les effets de la contrebande sur les statistiques générales de la consommation.

Quelle que soit l'importance de la contrebande, toutes les statistiques de la consommation de boissons alcooliques devraient être présentées comme se rapportant à la consommation « apparente », afin que l'on ne puisse pas leur reprocher de prétendre à une exactitude absolue.

Enquête sur les habitudes et les conceptions qui prévalent en matière de boisson

La connaissance des habitudes et des conceptions qui prévalent en matière de boisson dans les divers pays est indispensable pour que l'on puisse, par l'éducation et par la sociologie appliquée, s'efforcer de prévenir l'alcoolisme. En outre, comme il a déjà été dit, la comparaison des taux de consommation dans différents pays et à différentes époques ne saurait permettre de formuler des conclusions valables, si l'on ne tient pas compte de ces habitudes.

Le groupe de travail n'a pas l'intention de proposer un plan d'enquête ; il désirerait, toutefois, énumérer certains des points qu'il conviendrait d'étudier et il voudrait présenter quelques suggestions sur les modalités de l'enquête.

Le groupe de travail formule les recommandations suivantes sur la manière de procéder à cette enquête :

Pour des raisons qu'il est inutile de mentionner, toute enquête sur l'alcoolisme doit faire partie d'une enquête plus étendue. D'après l'expérience de l'Institut de Nutrition et de Diététique de Rome, on peut, sans susciter d'opposition, obtenir des renseignements à ce sujet dans le cadre

d'une enquête consacrée à l'alimentation et à la nutrition en général. Des enquêtes concernant l'utilisation des loisirs, le mode de vie, etc., peuvent être conçues de manière à fournir les renseignements recherchés sur les habitudes en matière de boisson. Avant tout, il faut éviter de faire porter l'enquête uniquement sur la boisson.

Des enquêtes de ce genre pourraient être effectuées avec le plus de profit dans une nouvelle zone de démonstrations sanitaires, telle que les zones instituées avec l'aide de l'OMS en application du Programme élargi d'assistance technique des Nations Unies, étant donné qu'elles offriraient la possibilité de comparer les résultats avec d'autres données statistiques. On devrait particulièrement prendre en considération les pays où le problème de l'alcoolisme est à l'ordre du jour et où l'on dispose au moins de quelques spécialistes des recherches sur l'alcoolisme.

L'enquête devrait être conduite à l'aide des méthodes statistiques modernes de sondage et devrait porter sur des groupes suffisamment importants pour permettre de différencier les sous-groupes sociologiques (sous-groupes professionnels, ethniques, sociaux, etc.) de l'ensemble de la population considérée.

Quant aux points qui méritent d'être étudiés, il y a lieu de mentionner les suivants :

Fréquence, par sexe et par grands groupes d'âge, de la consommation de la bière, du cidre, des vins et des spiritueux.

Occasions de boire (repas, fêtes, solennités, etc.).

Lieux où la boisson est consommée.

Les personnes des deux sexes boivent-elles ensemble ou séparément ?

Attitude des individus de chaque sexe à l'égard de la consommation des boissons alcooliques par le sexe opposé.

Dans quelle mesure le comportement des personnes ivres est-il toléré ?

Sanctions négatives en cas de comportement inacceptable du buveur.

Par qui les sanctions sont-elles appliquées ?

Termes et expressions employées à propos de l'ivresse ; leur signification.

Motifs pour lesquels les individus s'adonnent à la boisson.

« Prestige » du buveur.

Refus de boire — par exemple, est-il facile ou difficile, dans le milieu considéré, de refuser de boire ?

Conceptions qui prévalent au sujet de l'alcool considéré comme aliment, comme médicament, etc.

Motifs auxquels obéissent les abstinents complets.

Si possible, part consacrée aux boissons alcooliques dans le budget familial.

« Conséquences fâcheuses » des excès de boisson :

- a) perte de temps préjudiciable aux occupations professionnelles,
- b) perte d'emploi,
- c) difficultés d'ordre familial,
- d) arrestation pour ivresse,
- e) enfants privés de soins,
- f) hospitalisation pour alcoolisme,
- g) apparition d'« amnésies rétrogrades »,
- h) fréquence de l'ivresse, etc.

Ces questions peuvent aussi permettre d'évaluer assez exactement la fréquence de l'alcoolisme dans la région étudiée.

Indices de fréquence de l'alcoolisme

Dans certains cas, un fléchissement de la courbe des décès dus à l'alcoolisme aigu et chronique a reflété les progrès accomplis dans le traitement de l'alcoolisme plutôt qu'une diminution de la fréquence de l'alcoolisme, et, par conséquent, ce genre de données n'est pas utilisable comme indice international.

Il existe certaines villes ou certains pays où les statistiques des cas de delirium tremens, celles des premières admissions pour alcoolisme dans les hôpitaux généraux psychiatriques, ainsi que les statistiques des arrestations pour alcoolisme, fournissent des indications valables sur les changements survenus dans la fréquence de l'alcoolisme ; mais ces exemples sont l'exception et non la règle.

Les statistiques qui viennent d'être mentionnées ne se prêtent ni aux comparaisons entre régions ni, le plus souvent, aux comparaisons dans le temps, à l'intérieur d'une même région.

Bien que les statistiques en question présentent de graves défauts, elles ne sont pas sans valeur lorsqu'elles sont toutes orientées dans la même direction et que l'on peut exclure une corrélation des erreurs.

La cirrhose du foie entraîne la mort d'un peu moins de 10 % de l'ensemble des alcooliques qui présentent des complications, et les décès qui lui sont imputables ne sont pas la conséquence directe des excès de boisson. Cependant, le rapport entre l'alcoolisme et la cirrhose du foie est si net que des changements dans le taux de mortalité par cirrhose indiquent des

changements dans la fréquence de l'alcoolisme. Le groupe de travail a abouti à cette conclusion après avoir soigneusement examiné les erreurs de diagnostic possibles au sujet de cette cause de décès. Il faut cependant étudier ces facteurs diagnostiques avant de pouvoir attribuer une valeur à ces statistiques pour des comparaisons sur le plan international.

Dans certains groupes d'âge, la mortalité des hommes est plus élevée que celle des femmes ; le groupe de travail a rapidement examiné si cette différence permet de mesurer la fréquence de l'alcoolisme. Il y aurait lieu, semble-t-il, de faire étudier par un groupe international cette question assez complexe.

A ce propos, le groupe de travail désire recommander l'étude de la mortalité due, chez les alcooliques, à d'autres causes qu'à l'alcoolisme proprement dit.

Quel que soit l'indice utilisé, il faut être très prudent dans l'interprétation des changements observés. Comme l'alcoolisme résulte d'excès de boisson qui remontent à plusieurs années, une augmentation de la fréquence des complications dues à l'alcoolisme, au cours d'une année donnée, ne peut être interprétée comme indiquant un accroissement des excès de consommation au cours de cette même année.

Evaluations du nombre des alcooliques

Dans certaines collectivités, les autorités connaissent pratiquement tous les alcooliques et il est possible de calculer par extrapolation la fréquence de l'alcoolisme dans l'ensemble du pays ; ces conditions ne se rencontrent toutefois que dans un ou deux pays.

Le groupe de travail a discuté des évaluations que permet d'obtenir la formule de Jellinek.³ Cette méthode d'évaluation repose sur certaines hypothèses : pour que celles-ci soient valables, il est nécessaire de contrôler régulièrement les « constantes ». La principale hypothèse est que la part revenant à la consommation excessive d'alcool dans les décès par cirrhose du foie demeure constante d'une année à l'autre (en revanche, on ne présume pas qu'elle soit constante dans tous les pays). La minorité du groupe de travail estime que ce facteur tend à faire sous-estimer le nombre des alcooliques. La majorité, cependant, pense que l'on peut également surestimer ainsi le nombre des alcooliques.

Le groupe de travail recommande d'analyser, tous les cinq ans, dans tous les pays intéressés, les tendances observées au cours de la période quinquennale précédente, afin de déterminer si la constante *P* doit être

³ Voir *Org. mond. Santé : Sér. Rapp. techn.* 1951, 42, 23.

modifiée. On devrait également étudier dans chaque pays si la constante K de la formule peut être la même pour tous les pays ou s'il y aurait lieu d'introduire des modifications pour tenir compte des conditions locales.

Le groupe de travail insiste sur la nécessité de ces études, car la formule de Jellinek semble être actuellement la seule qui permette des évaluations comparatives de l'alcoolisme ; en outre, chaque fois que l'on a pu contrôler les évaluations au moyen d'indications provenant d'autres sources, le degré de concordance a été tout à fait remarquable.

Dénombrement des alcooliques par sondage

Le groupe de travail estime que le dénombrement des alcooliques par le moyen de sondages exigerait un travail et des dépenses hors de proportion avec l'utilité des renseignements qui pourraient être recueillis. Un ou deux sondages pourraient être effectués pour vérifier les estimations dont il a été précédemment question, mais le groupe de travail ne désire pas formuler de recommandation à ce sujet.

Pour la vérification des évaluations, il devrait suffire, semble-t-il, de recourir aux méthodes décrites dans la section intitulée « Enquête sur les habitudes et les conceptions qui prévalent en matière de boisson » (page 23).

Annexe 2

LES PHASES DE LA TOXICOMANIE ALCOOLIQUE¹

Introduction

Seules certaines formes de la consommation excessive de boissons alcooliques — celles qui, dans le présent rapport, sont désignées par le terme « alcoolisme »² — se prêtent au traitement médico-psychiatrique. Les autres formes de consommation excessive posent, elles aussi, des problèmes plus ou moins sérieux, mais elles ne peuvent faire l'objet que de mesures d'ordre social, y compris l'action légale. Néanmoins, le corps médical peut jouer un rôle consultatif dans la solution de ces derniers problèmes, qui réclament d'ailleurs son attention du point de vue de la médecine préventive.

Les états qui ont été sommairement définis par le sous-comité comme constitutifs de l'alcoolisme seront décrits plus en détail dans les pages suivantes, afin de mieux préciser quels sont les buveurs excessifs dont la guérison demande avant tout un traitement médico-psychiatrique.

Cette description détaillée servira, en outre, à écarter certains risques que comporte la notion d'alcoolisme-maladie — ou, plus précisément, la conception de la toxicomanie alcoolique comme un état pathologique.

Exception faite des spécialistes de l'alcoolisme, le corps médical dans son ensemble, les biologistes, les sociologues et le grand public utilisent le terme d'alcoolisme pour désigner n'importe quelle forme de consommation excessive de boissons alcooliques, et non pour qualifier un ensemble restreint et bien défini de comportements afférents aux excès de boisson. On en vient à étendre automatiquement la notion d'alcoolisme-maladie à toute consommation excessive, que le comportement en matière de boisson soit associé ou non à des phénomènes pathologiques d'ordre physique ou psychologique.

Cette extension abusive ne peut qu'être néfaste car, tôt ou tard, l'application erronée de cette conception affectera aussi l'utilisation légitime de la boisson et, ce qui est plus important, tendra à affaiblir la base éthique des sanctions sociales qui frappent l'ivrognerie.

¹ Résumé d'une série de conférences faites par le Professeur E. M. Jellinek lors du Premier Colloque européen sur l'Alcoolisme, à Copenhague (Danemark), en octobre 1951.

² Voir page 17.

La toxicomanie alcoolique considérée comme maladie

Le sous-comité distingue deux catégories d'alcooliques, à savoir : les « alcooliques toxicomanes » et les « buveurs excessifs symptomatiques réguliers ».³ Pour être brefs, nous désignerons les buveurs de la seconde catégorie par l'expression « alcooliques non toxicomanes ». Strictement parlant, la notion d'alcoolisme-maladie englobe uniquement les alcooliques toxicomanes et non les « buveurs excessifs symptomatiques réguliers ».

Pour les buveurs des deux groupes, la consommation excessive est symptomatique de troubles psychologiques ou sociaux sous-jacents, mais dans l'un des groupes la « perte de contrôle » quant à la consommation d'alcool se manifeste après plusieurs années de consommation excessive, alors que dans l'autre groupe ce phénomène n'apparaît jamais. C'est le groupe où s'observe la « perte de contrôle » qui est désigné comme celui des « alcooliques toxicomanes ». (Il existe d'autres différences entre ces deux groupes ; elles seront indiquées lors de la description des « phases ».)

La toxicomanie alcoolique considérée comme maladie ne s'applique pas à la consommation excessive de boissons, mais uniquement à la « perte de contrôle » qui survient chez les alcooliques de l'un des groupes, et seulement après plusieurs années d'excès de boisson. Nous ne voulons pas nier que l'alcoolique non toxicomane soit un malade ; toutefois, le mal dont il souffre ne consiste pas dans l'excès de boisson, mais plutôt dans les difficultés psychologiques ou sociales auxquelles l'intoxication alcoolique donne un sursis temporaire.

La « perte de contrôle » constitue un état pathologique en soi : elle résulte d'un processus qui se superpose aux états psychologiques anormaux dont l'excès de boisson est un symptôme. Le fait que nombre de buveurs excessifs boivent, pendant 30 ou 40 ans, autant ou plus que les alcooliques toxicomanes, sans perdre la maîtrise de leur consommation d'alcool, indique que, chez ces derniers, il doit se produire un processus additionnel.

Malgré les affirmations de différents chercheurs, on ne saurait encore dire d'une manière quelque peu certaine si ce processus additionnel est de nature psycho-pathologique ou s'il a un caractère physico-pathologique.

De même, on ne peut encore faire que des conjectures sur le point de savoir si la « perte de contrôle » provient d'une prédisposition psychologique ou physique, ou s'il s'agit d'un facteur acquis au cours d'une longue période de consommation excessive d'alcool.

Le fait qu'il y a un groupe important de buveurs excessifs chez lesquels cette « perte de contrôle » ne se manifeste pas semblerait indiquer l'existence d'une prédisposition *X* chez les alcooliques toxicomanes. Néanmoins,

³ Voir page 17.

cette explication n'est pas nécessaire, la différence entre alcooliques toxicomanes et non toxicomanes pouvant être imputable à des comportements acquis ; par exemple, elle peut tenir à la différence des habitudes alimentaires acquises.

Signification de la consommation symptomatique

Dans les collectivités humaines, l'usage des boissons alcooliques a, en premier lieu, une signification symbolique et présente secondairement un caractère « fonctionnel ». Les civilisations qui admettent cette coutume diffèrent entre elles par la nature et l'importance des « fonctions » qu'elles tiennent pour légitimes. Les différences entre ces « fonctions » sont déterminées par la structure générale de la vie culturelle d'une société : par exemple, par le besoin de se détendre et de surmonter l'agressivité, par le besoin d'identifications idéales et les moyens de satisfaire ce besoin, par la nature et l'intensité des angoisses et la manière de les soulager, etc. Plus le caractère symbolique primitif de l'habitude est conservé, moins la civilisation laisse de place au caractère « fonctionnel » de la boisson.

Toute consommation de boissons alcooliques conforme aux habitudes admises est caractéristique de la structure culturelle de la société à laquelle le buveur appartient. Dans ce cadre de symptomatologie sociale, il peut exister en outre des symptômes individuels qui s'expriment dans l'acte de boire. Le fait qu'un individu donné boit un verre de bière à son repas peut être symptomatique d'une certaine société où cet usage est admis comme moyen soit de se désaltérer, soit d'ingérer un « supplément alimentaire ». Que l'individu boive à ce moment précis peut être le symptôme d'un état de fatigue ou d'excitation, ou correspondre à quelque autre disposition d'esprit ; on aura donc affaire à un symptôme individuel, mais, si la société dont cet homme fait partie admet l'usage de la boisson à de telles fins, cet acte sera en même temps symptomatique d'une certaine culture.

Dans ce sens, la consommation, même faible ou modérée, de boissons alcooliques est symptomatique, et l'on peut dire que tous les buveurs sont des buveurs symptomatiques du genre de société auquel ils appartiennent, ou tout au moins que c'est ainsi qu'ils ont commencé à être des buveurs.

Les consommateurs de boissons alcooliques, dans leur grande majorité, restent dans les limites du comportement accepté par leur société pour l'usage de la boisson, et pour eux le fait de boire représente essentiellement une expression de leur milieu social ; si l'on peut observer, dans ce comportement, l'expression d'un caractère personnel, celui-ci ne joue qu'un rôle absolument insignifiant.

Dans le présent exposé, nous réserverons l'expression « consommation symptomatique » à l'usage prédominant de boissons alcooliques pour le soulagement des fortes tensions individuelles.

Il existe une certaine proportion, que l'on ne connaît pas, de ces consommateurs de boissons alcooliques — 20 % peut-être — ayant occasionnellement tendance à tirer parti des effets « fonctionnels » de l'alcool, qu'ils connaissent par l'expérience directe faite au cours de sa consommation « sociale ». Au moins par moments, la motivation individuelle vient à prédominer : l'alcool perd alors son caractère de boisson, et l'utilisateur l'emploie comme drogue.

Le « buveur excessif symptomatique occasionnel » tend à dominer les contraintes et les tensions de l'existence au moyen de comportements admis par la société, c'est-à-dire « normaux », et il boit le plus souvent suivant la coutume de la collectivité. Toutefois, après une longue suite de difficultés ou en raison d'une difficulté particulièrement grave, sa tolérance aux tensions s'affaiblit et il recourt au remède héroïque de l'ivresse pour soulager les symptômes dont il souffre.⁴ Dans ces conditions, le « soulagement » peut prendre un caractère explosif et le buveur excessif symptomatique occasionnel peut ainsi poser de graves problèmes. On ne saurait invoquer d'anomalie psychologique dans le cas de ce type de buveur, bien qu'il ne constitue pas une personnalité bien équilibrée.

Néanmoins, le groupe qui paraît formé de « buveurs excessifs symptomatiques occasionnels » comprend une certaine proportion d'individus qui sont nettement inadaptés et qui, après une période plus ou moins longue pendant laquelle ils demandent occasionnellement à l'alcool un soulagement de leurs symptômes, en arrivent à y recourir constamment ; se livrer à la boisson devient pour eux un « mode d'existence ». Ce sont les « alcooliques », dont un certain nombre subissent la « perte de contrôle » de la consommation d'alcool, c'est-à-dire deviennent des « alcooliques toxicomanes ».

La proportion d'alcooliques — toxicomanes et non toxicomanes — varie d'un pays à l'autre, mais nulle part elle ne semble dépasser 5 à 6 % de tous les consommateurs habituels de boissons alcooliques. On ignore le rapport des alcooliques toxicomanes aux non toxicomanes.

Tableau de la toxicomanie alcoolique

La figure 1 représente, sous forme graphique, l'évolution de la toxicomanie alcoolique. Ce diagramme repose sur l'analyse de l'histoire de plus de 2.000 alcooliques toxicomanes de sexe masculin. Les symptômes indiqués dans le graphique ne s'observent pas nécessairement tous chez chacun d'eux, et ils ne se manifestent pas dans tous les cas suivant le même ordre. Les « phases » et la façon dont les symptômes se succèdent à chaque

⁴ Ce groupe de buveurs ne comprend pas les « alcooliques périodiques » ordinaires.

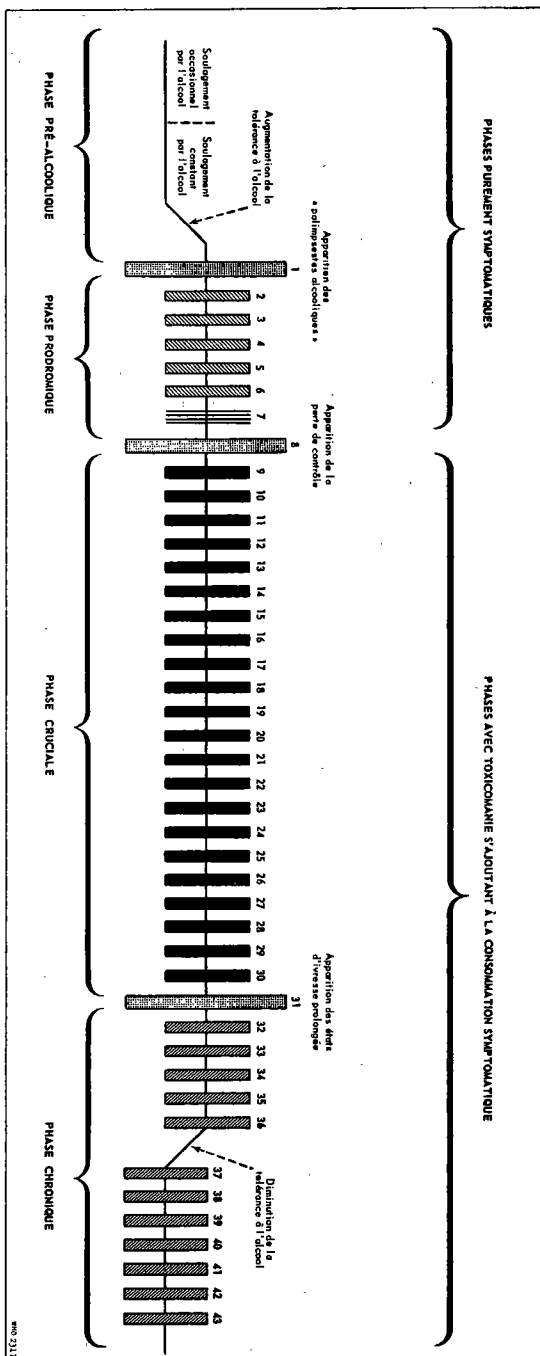


FIG. 1. LES PHASES DE LA TOXICOMANIE ALCOOLIQUE

Les grandes barres verticales indiquent l'apparition des symptômes les plus importants qui marquent le début des phases.
 Les petites barres indiquent l'apparition des symptômes au cours d'une phase.
 Les numéros renvoient à la description des symptômes dans le texte.

phase sont néanmoins caractéristiques pour la grande majorité des alcooliques toxicomanes et représentent, peut-on dire, la tendance moyenne.

Chez les femmes alcooliques, les « phases » ne sont pas aussi clairement définies que chez les hommes et l'évolution est fréquemment plus rapide.

La durée des « phases » varie selon les facteurs individuels et le milieu. Dans le diagramme, la « longueur » des différentes phases n'indique pas des différences de durée ; elle est déterminée par le nombre des symptômes qu'il y a lieu de mentionner pour chaque phase.

Le tableau des phases de la toxicomanie alcoolique sert de base à notre description, et les différences entre alcooliques toxicomanes et non toxicomanes sont indiquées dans le texte.

La phase pré-alcoolique symptomatique

À l'origine, ce sont toujours des motifs d'ordre social qui amènent le futur alcoolique — toxicomane ou non — à consommer des boissons alcooliques. Cependant, à la différence du buveur social moyen, l'alcoolique futur — ainsi que le « buveur excessif symptomatique occasionnel » — éprouve bientôt, dans l'état où le met la boisson, le soulagement espéré. Si ce soulagement est très prononcé dans son cas, c'est parce que ses tensions psychologiques sont beaucoup plus fortes que chez les autres membres de son milieu social, ou parce qu'il n'a pas appris à les surmonter comme le font les autres.

Tout d'abord, le buveur attribue son soulagement aux circonstances plutôt qu'à la boisson même, aussi recherche-t-il les circonstances dans lesquelles il y aura occasion de boire. Tôt ou tard, évidemment, l'homme prendra conscience de la relation entre le soulagement obtenu et le fait de boire.

Au début, il ne recherche ce soulagement que d'une manière occasionnelle, mais, après une période de six mois à deux ans, sa tolérance aux tensions diminue à tel point qu'il recourt à peu près chaque jour au soulagement par l'alcool.

Néanmoins, l'ingestion d'alcool n'aboutit pas à une ivresse manifeste, mais le buveur atteint vers le soir un stade où il se trouve libéré des tensions affectives. Même sans qu'il y ait ivresse, cet état implique une consommation assez importante de boissons alcooliques, notamment lorsqu'on la compare à celle des autres personnes qui font partie de son milieu social. Cependant, l'importance de cette consommation ne frappe encore ni le buveur lui-même ni ses amis.

Après un certain temps, on peut observer une augmentation de la tolérance à l'alcool, c'est-à-dire que le buveur a besoin d'une quantité d'alcool un peu plus forte que précédemment pour arriver au stade d'apaisement désiré.

Ce genre de comportement en matière de boisson peut durer de plusieurs mois à deux ans, suivant les circonstances ; il correspond à la phase que nous qualifierons de pré-alcoolique et qui comporte deux stades : dans le premier, le soulagement est occasionnellement recherché dans la boisson, dans le second, cette recherche est constante.

La phase prodromique

La soudaine apparition d'un comportement ressemblant aux « amnésies rétrogrades » qui se produisent dans les cas d'anoxémie marque le début de la phase prodromique de la toxicomanie alcoolique. Un buveur qui n'aura peut-être pas absorbé plus de 50 à 60 grammes d'alcool absolu et qui ne manifestera aucun signe d'ivresse pourra tenir une conversation raisonnable ou se livrer à des activités fort minutieuses sans en avoir le moindre souvenir le lendemain, bien qu'il puisse parfois se rappeler vaguement un ou deux détails secondaires. Cette amnésie, qui n'est pas liée à une perte de conscience, a été appelée par Bonhöfer le « palimpseste alcoolique », par allusion aux anciens manuscrits romains dont les caractères se superposent à un texte antérieur incomplètement effacé.

Les « *palimpsestes alcooliques* » (1)⁵ peuvent se manifester en de rares occasions chez le buveur moyen lorsque, se trouvant dans un état d'épuisement physique ou affectif, il absorbe une quantité d'alcool susceptible de provoquer l'ivresse. Certes, on peut également observer des « palimpsestes » chez les alcooliques non toxicomanes, mais ils sont peu fréquents et uniquement consécutifs à un état d'ivresse assez avancé. Ce sont donc la fréquence des « palimpsestes », et le fait qu'ils apparaissent après une ingestion moyenne d'alcool, qui caractérisent le futur alcoolique toxicomane.

Ceci laisserait supposer une sensibilité accrue à l'alcool chez le futur toxicomane. Une telle sensibilité peut être d'origine psychologique ou physiologique. L'analogie avec les « amnésies rétrogrades » de l'anoxémie est tentante. On ne peut, bien entendu, supposer un apport insuffisant d'oxygène, mais peut-être s'agit-il d'une utilisation inadéquate de l'oxygène. L'état présent de nos connaissances en matière d'alcoolisme ne nous permet pas d'aller au-delà de conjectures assez vagues qui, néanmoins, peuvent fournir la base d'hypothèses expérimentales.

L'apparition des « palimpsestes alcooliques » est suivie — ou parfois précédée — de comportements, en matière d'usage des boissons, indiquant que, pour le buveur intéressé, la bière, le vin et les spiritueux ont pour ainsi dire cessé d'être de véritables boissons pour devenir sources d'une

⁵ Le chiffre entre parenthèses qui suit la description de chaque symptôme représente l'ordre attribué à celui-ci dans la figure 1.

drogue dont il « a besoin ». Certains de ces comportements impliquent que le buveur se rend vaguement compte qu'il boit différemment des autres.

Boire en cachette (2) est l'un de ces comportements. Lors de réunions, le buveur cherche les occasions d'avaler quelques verres à l'insu des autres personnes, car il redoute de se faire mal juger si l'on apprenait qu'il boit plus qu'autrui : ceux qui boivent simplement pour répondre à une coutume ou pour se donner un petit plaisir ne sauraient comprendre que, parce qu'il est différent d'eux, le buveur éprouve un besoin impérieux d'alcool, sans pour autant être un ivrogne.

La *préoccupation de l'alcool* (3) est un autre signe de ce « besoin ». Lorsque le buveur doit se rendre à une réunion, sa première pensée est de savoir s'il y aura suffisamment d'alcool pour lui, et il boit plusieurs verres d'avance en prévision d'une pénurie éventuelle.

Cet assujettissement de plus en plus marqué à l'alcool engendre alors l'*avidité alcoolique* : (4) le buveur boit d'un trait sa première ou ses deux premières consommations.

Comme le sujet se rend compte, tout au moins vaguement, qu'il boit plus qu'il n'est habituel, son comportement de buveur fait naître chez lui un *sentiment de culpabilité*, (5) ce qui l'amène à *éviter de parler d'alcool* (6) dans la conversation.

Ces comportements, associés à une *fréquence accrue des « palimpsestes alcooliques »* (7), laissent présager une toxicomanie alcoolique : ce sont des signes prémonitoires, et cette période peut être qualifiée de phase prodromique de la toxicomanie alcoolique.

La consommation de boissons alcooliques au cours de la phase prodromique est « forte », mais elle n'attire pas les regards et n'aboutit pas à des ivresses manifestes et prononcées. Ce qui se passe, c'est que le futur toxicomane atteint vers le soir un état que l'on peut qualifier d'anesthésie affective ; pour y parvenir, il lui est néanmoins nécessaire de boire bien au-delà des normes usuelles. Les quantités d'alcool ingérées peuvent commencer à contrarier le métabolisme et les processus nerveux, comme le montre la fréquence des « palimpsestes alcooliques ».

La « dissimulation » que manifeste le buveur à ce stade est le premier signe que son habitude de boire peut l'isoler de la société, bien qu'au début la boisson ait pu lui servir de procédé pour surmonter un certain manque d'assimilation sociale.

Comme, au cours de la phase prodromique, les justifications que se donne le buveur, ses « rationalisations », ne sont pas très fortes, et comme il a une certaine conscience des conséquences possibles de son comportement et éprouve certaines craintes à cet égard, on peut, à ce stade, arrêter la toxicomanie alcoolique naissante. Aux Etats-Unis d'Amérique, la publicité donnée aux symptômes prodromiques commence à porter ses

fruits : les individus qui se trouvent sur la voie de l'alcoolisme sont amenés à se faire traiter en clinique ou à devenir membres de sociétés d'anciens alcooliques telles que les groupes d'Alcoholics Anonymous.

Il va sans dire que, même à ce stade, la seule solution possible pour ce genre de buveurs est l'abstinence totale.

La période prodromique peut durer de six mois à quatre ou cinq ans, suivant la constitution physique ou psychologique du buveur, ses attaches familiales, ses relations professionnelles, ses préoccupations générales, etc. La phase prodromique prend fin et la phase cruciale ou aiguë débute avec l'apparition de la « perte de contrôle » quant à la consommation d'alcool, qui est le symptôme critique de la toxicomanie alcoolique.

La phase cruciale

La *perte de contrôle* (8) signifie que, dès l'introduction dans l'organisme de la moindre quantité d'alcool, le buveur éprouve la nécessité de boire encore plus d'alcool, nécessité qu'il ressent comme un besoin physique, mais qui pourrait être un phénomène de l'ordre des conversions hystériques. Ce besoin persiste jusqu'au moment où le buveur se trouve dans un état d'ivresse trop avancée ou qu'il est trop malade pour ingérer plus d'alcool. Le malaise physique consécutif à cette conduite est contraire à l'objectif visé par le buveur, lequel cherche simplement à se sentir « différent ». En fait, son ivresse peut même avoir eu, à l'origine, non pas un besoin individuel momentané, mais simplement une occasion qui s'était présentée de boire en compagnie.

L'ivresse une fois disparue, ce n'est pas la « perte de contrôle » quant à la consommation d'alcool — c'est-à-dire le besoin physique, apparent ou réel — qui conduit à une nouvelle beuverie après plusieurs jours ou plusieurs semaines : la répétition de l'acte est due soit aux conflits psychologiques primitifs, soit simplement à une situation sociale qui implique la consommation de boissons alcooliques.

Cette « perte de contrôle » est effective dès le moment où le sujet a commencé à boire, mais elle n'implique pas nécessairement qu'il recommencera à boire. Le buveur a perdu la faculté de contrôler la quantité qu'il absorbe une fois qu'il s'est mis à boire ; toutefois, il demeure toujours maître de boire ou non dans une occasion donnée. La preuve en est qu'après une telle « perte de contrôle » le buveur peut passer par une période d'abstinence volontaire.

On se demande souvent pourquoi le buveur recommence à boire après des expériences désastreuses et répétées. Bien qu'il ne veuille pas le reconnaître, l'alcoolique toxicomane croit qu'il a perdu sa volonté mais qu'il peut et doit la retrouver. Il ne se rend pas compte qu'il a passé par une évolution qui lui rend impossible de contrôler sa consommation d'alcool. Etre

« maître de sa volonté » devient pour lui une affaire d'une extrême importance. Lorsque des tensions surviennent, « boire un coup » est pour lui le remède naturel, et il est convaincu que, cette fois, il s'agira d'un ou deux verres seulement.

A peu près en même temps qu'apparaît la « perte de contrôle » en question, l'alcoolique invétéré commence à *rationaliser son comportement à l'égard de la boisson* (9) : il fournit les « alibis » de l'alcoolique, bien connus. Il trouve des explications pour se persuader qu'il n'a pas perdu ce contrôle, mais qu'il avait de bonnes raisons pour s'enivrer et que, en l'absence de raisons de ce genre, il est capable de se comporter à l'égard de l'alcool tout aussi bien qu'un autre. Ces rationalisations lui sont avant tout nécessaires pour lui-même, et en second lieu seulement pour sa famille et ses amis. Les raisons qu'il se donne ainsi lui permettent de continuer à boire, ce qui est pour lui de la plus haute importance, car il ne connaît pas d'autre moyen de trouver une issue à ses difficultés.

Tel est le début de tout un « système de rationalisations » qui s'étend progressivement à tous les aspects de l'existence du buveur. Si ce système a en grande partie son origine dans des besoins intérieurs, il sert également à l'homme de moyen de lutte contre les *pressions sociales* (10) qui s'exercent à l'époque de la « perte de contrôle ». A ce moment, bien entendu, le comportement particulier du buveur devient manifeste, et les parents, l'épouse, les amis, l'employeur peuvent commencer à lui adresser des reproches et des avertissements.

Malgré toutes ses rationalisations, le buveur perd nettement l'estime de lui-même ; ceci appelle évidemment des compensations, lesquelles, en un certain sens, constituent aussi des rationalisations. Une de ces compensations est représentée par les *idées de grandeur* (11) que le buveur toxicomane commence à manifester à ce moment. Des dépenses extravagantes et des discours grandiloquents le convainquent qu'il n'est pas aussi mauvais qu'il avait parfois pensé.

Le système de rationalisations engendre un autre système, à savoir le « système d'isolement ». Les rationalisations conduisent tout naturellement le buveur à l'idée que ce n'est pas chez lui que cela va mal, mais chez les autres, ce qui l'amène à se retirer progressivement de son milieu social. Le premier signe de cette attitude est une *agressivité prononcée* (12).

Inévitablement, ce dernier comportement engendre un sentiment de culpabilité. Au cours de la période prodromique, il a pu arriver que le buveur éprouve, de temps à autre, du remords à boire, mais maintenant surgissent des *remords persistants* (13), et cette tension supplémentaire constitue une nouvelle raison de boire.

Cédant aux pressions sociales qui s'exercent sur lui, le buveur passe maintenant par des *périodes d'abstinence totale* (14). Ses rationalisations

font toutefois surgir chez lui une nouvelle manière de maîtriser l'ingestion de la boisson : il croit que le mal vient de ce qu'il ne boit pas le genre de boissons qui convient ou qu'il ne boit pas de la bonne manière. Il essaie à présent de combattre ses maux par une *modification de ses habitudes en matière de boisson* (15), en établissant des règles suivant lesquelles il ne doit pas boire avant certaines heures de la journée, ou boire seulement dans certains lieux, et ainsi de suite.

D'être contraint à lutter ainsi augmente l'hostilité du buveur à l'égard de son milieu, et il commence à *cesser de voir ses amis* (16), il *quitte son emploi* (17). Il va sans dire que certains de ses amis l'abandonnent et qu'il perd parfois son travail ; cependant, le plus souvent, c'est lui qui prend l'initiative, par une sorte de réaction de défense anticipée.

L'isolement du buveur s'accroît à mesure que tout son *comportement se trouve axé sur l'ingestion d'alcool* (18) ; autrement dit, il commence à se préoccuper de la manière dont ses activités peuvent gêner son habitude de boire, et non de ce que celle-ci entrave ses activités. Ce fait entraîne évidemment un égoïsme plus prononcé, qui accroît les tendances aux rationalisations et à l'isolement. Il s'ensuit, chez le buveur, une *perte d'intérêt pour ce qui lui est extérieur* (19) et une *nouvelle interprétation de ses rapports individuels avec autrui* (20), associées à un *apitoiement marqué sur soi-même* (21). A ce moment, l'isolement est devenu plus grand et les rationalisations ont augmenté d'intensité, ce qui se traduit par des *désirs de fuite* (22), réalisés ou non.

Sous l'effet de ces événements, il survient un *changement dans les habitudes de la famille* (23). La femme et les enfants, qui entretenaient peut-être d'excellentes relations sociales, peuvent soit y renoncer par crainte de se trouver gênés en présence de tiers, soit, au contraire, multiplier soudainement leurs activités extérieures afin d'échapper à l'atmosphère du foyer. Ces faits et d'autres encore amènent l'apparition de *ressentiments déraisonnables* (24) chez l'alcoolique toxicomane.

La prédominance de ses préoccupations relatives à l'alcool conduit le buveur à *protéger son approvisionnement* (25), c'est-à-dire à constituer un stock important de boissons alcooliques, qu'il cache dans les emplacements les plus inattendus. Ce comportement traduit la crainte d'être privé de ce qui est le plus nécessaire à sa vie.

Il *néglige de s'alimenter convenablement* (26), ce qui aggrave les premiers effets des excès de boisson sur l'organisme ; souvent le buveur doit alors se soumettre à une *première hospitalisation* (27) pour quelque trouble d'origine alcoolique.

L'un des effets fréquents de l'alcoolisme sur l'organisme est une *diminution de l'impulsion sexuelle* (28), qui augmente l'hostilité du buveur envers sa femme et qu'il rationalise en imputant à sa compagne des activités

sexuelles extraconjugales, ce qui donne lieu à la *jalousie alcoolique* (29) bien connue.

A ce moment, les remords, les ressentiments, le conflit entre ses besoins d'alcoolique et ses devoirs, la perte de son estime envers lui-même, les doutes qu'il éprouve et les fausses assurances qu'il s'est données ont tellement désorganisé sa personnalité que le buveur ne peut commencer la journée sans se raffermir au moyen d'alcool dès son lever, voire avant d'être sorti du lit. Ainsi commence l'*ingestion matinale régulière d'alcool* (30), qui, auparavant, était rare.

Ce comportement marque la fin de la phase cruciale et annonce le début de la phase chronique.

Au cours de la phase cruciale, l'ivresse est de règle, mais elle se produit seulement le soir. Pendant la plus grande partie de cette phase, la consommation d'alcool débute dans le courant de l'après-midi et l'état d'ivresse est atteint dans la soirée. On notera que le « besoin physique » inhérent à la « perte de contrôle » quant à la quantité absorbée se traduit par une ingestion d'alcool continue plutôt que continue. C'est particulièrement le « verre du matin », dont l'habitude apparaît vers la fin de la phase cruciale, qui caractérise le régime de l'ingestion continue. Le premier verre avalé au lever, disons vers 7 heures du matin, est suivi d'une autre absorption vers 10 ou 11 heures, puis d'une autre vers 13 heures, tandis que la plus forte consommation de boissons ne commence guère avant 17 heures.

Durant toute la phase cruciale, le buveur lutte fortement contre la perte complète de son rang social. Parfois, les suites de l'ivresse vespérale entraînent une certaine perte de temps, mais, en général, l'alcoolique réussit à s'occuper de son travail, bien qu'il néglige sa famille. Il fait un effort particulièrement grand pour éviter l'ivresse pendant la journée. Néanmoins, ses motivations sociales s'affaiblissent progressivement et le « verre du matin » compromet dangereusement les tentatives que fait le buveur pour remplir ses devoirs professionnels, cet effort entraînant une résistance consciente au « besoin physique », apparent ou réel, d'alcool.

La « perte de contrôle » marque le début du stade de la toxicomanie alcoolique en tant qu'entité nosologique, qui se superpose à la consommation symptomatique excessive. Ce processus morbide mine progressivement la résistance morale et physique de l'alcoolique.

La phase chronique

Le rôle de plus en plus prépondérant de l'alcool, ainsi que la lutte contre le « besoin » déclenché par l'ingestion matinale, finissent par briser la résistance de l'alcoolique : pour la première fois, il se trouve en état d'ivresse au milieu de la journée, pendant un jour ouvrable, et il continue ainsi plusieurs jours durant, jusqu'au moment où il perd tous ses moyens. Tel est le début des *états d'ivresse prolongée* (31).

Ce dernier comportement du buveur rencontre une réprobation de la collectivité tellement unanime qu'il entraîne un grave risque social. Seule une personnalité originellement psychopathique, ou un individu s'étant trouvé à une certaine époque de sa vie dans un état psycho-pathologique, s'exposera à ce risque.

Ces états d'ivresse prolongée amènent ordinairement un *avilissement prononcé du sens moral* (32) et un *affaiblissement des facultés intellectuelles* (33); ce ne sont d'ailleurs pas là des phénomènes irréversibles. De véritables *psychoses alcooliques* (34) peuvent se manifester à ce moment, mais elles n'apparaissent que chez 10 %, au maximum, de tous les alcooliques.

La perte du sens moral est devenue telle que l'alcoolique *boit avec des gens d'un niveau social bien inférieur au sien* (35), de préférence à ses connaissances ordinaires, peut-être pour avoir l'occasion de manifester une supériorité; s'il ne peut rien se procurer d'autre, *il recourt à des alcools dénaturés* (36) tels que des alcools pour lotions ou frictions.

On observe alors couramment une *diminution de la tolérance à l'alcool* (37). La moitié des quantités d'alcool précédemment nécessaires peut suffire pour provoquer un état d'hébétéude.

Les *crainces indéfinissables* (38) et les *tremblements* (39) prennent un caractère persistant. Il arrive aussi que ces symptômes s'observent sporadiquement au cours de la phase cruciale, mais dans la phase chronique ils se manifestent dès que l'alcool disparaît de l'organisme. En conséquence, l'alcoolique « combat » ces symptômes en recourant à l'alcool. Il en va de même pour l'*inhibition psychomotrice* (40), qui est l'impossibilité d'entreprendre un acte mécanique simple — par exemple, celui de remonter une montre — en l'absence d'alcool.

Le besoin de remédier à ces symptômes d'alcoolisme est plus fort que le besoin de soulager les symptômes sous-jacents primitifs du conflit personnel et l'*ingestion d'alcool prend un caractère d'obsession* (41).

Chez beaucoup d'alcooliques, 60 % environ, *une sorte de religiosité apparaît* (42) à mesure que s'affaiblissent les rationalisations. Enfin, au cours des états d'ivresse fréquents et prolongés, ces rationalisations sont si souvent et si impitoyablement contredites par la réalité que tout le *système de rationalisations s'effondre* (43), et l'alcoolique se reconnaît vaincu. A ce moment, il devient spontanément accessible au traitement. Néanmoins, il continue à être obsédé par le désir de boire, car il ne voit pas d'autre issue.

Autrefois, on pensait que l'alcoolique devait atteindre ce stade de débâcle finale pour être traité avec succès. L'expérience clinique a toutefois montré que cette « débâcle » pouvait être provoquée bien longtemps avant sa manifestation spontanée et que même l'alcoolisme naissant pou-

vaît être arrêté. Comme il est facile de reconnaître l'apparition de celui-ci, il est possible d'aborder le problème sous l'aspect préventif.

La « personnalité alcoolique »

L'agressivité, les sentiments de culpabilité, les remords, les ressentiments, l'isolement, etc., qui se manifestent au cours des différentes phases de l'alcoolisme, résultent en grande partie des excès de boisson, mais, en même temps, en entraînent de plus considérables encore.

Outre le soulagement des symptômes afférents au conflit personnel sous-jacent par l'ingestion d'alcool, l'alcoolique cherche maintenant, en buvant plus encore, à se libérer des tensions que crée sa conduite de buveur.

D'une façon générale, ces réactions à l'absorption excessive d'alcool — réactions qui ressemblent tout à fait à des névroses — donnent l'impression d'une « personnalité alcoolique », bien qu'elles constituent des comportements secondaires superposés à des types de personnalité extrêmement divers mais présentant quelques traits communs, en particulier une faible aptitude à surmonter les tensions. On ne saurait toutefois dégager un trait psychologique ou un caractère physique spécifique qui conduirait inévitablement l'individu à la consommation symptomatique excessive de boissons alcooliques. A côté de prédispositions psychologiques et, peut-être, physiques, il doit y avoir toute une constellation de facteurs économiques et sociaux qui, dans un terrain favorable, facilitent l'apparition de l'alcoolisme, ce dernier pouvant ou non prendre le caractère d'une toxicomanie.

L'alcoolique non toxicomane

Nous avons indiqué en divers endroits quelques différences entre l'alcoolique non toxicomane et l'alcoolique toxicomane. Nous récapitulerons et nous préciserons ces différences et nous envisagerons d'autres traits distinctifs.

On verra facilement apparaître la principale différence en supprimant les grands traits dans le graphique (voir fig. 1). On obtient alors un diagramme qui indique une augmentation progressive du recours à l'alcool pour le soulagement des symptômes et une aggravation des conséquences qu'entraîne cet emploi dans l'ordre social et pour la santé, mais sans phases nettement définies.

La phase pré-alcoolique est la même pour tous les alcooliques, toxicomanes ou non, c'est-à-dire que le buveur passe du recours occasionnel au recours constant à l'alcool pour le soulagement des symptômes individuels par l'ingestion d'alcool.

Les comportements qui dénotent que l'alcool est devenu une drogue plutôt qu'une boisson (symptômes 2 à 6) se manifestent également chez le buveur non toxicomane, mais, comme il a été dit plus haut, les « palimpsestes alcooliques » apparaissent rarement, et seulement après un état d'ivresse patent.

L'alcoolique non toxicomane ne connaît pas la « perte de contrôle » quant à la quantité d'alcool qu'il absorbe : ce fait constitue le critère principal de différenciation entre les deux catégories d'alcooliques. Sans doute, au début, ne peut-on dire si le buveur a déjà atteint la phase cruciale ; mais, après dix ou douze ans de forte consommation alcoolique sans qu'il y ait « perte de contrôle », si les symptômes 2 à 6 étaient persistants et si les « palimpsestes » étaient rares et ne se manifestaient pas après une prise moyenne d'alcool, on peut poser assez sûrement le diagnostic différentiel.

L'absence de « perte de contrôle » a plusieurs conséquences. Avant tout, comme il n'y a pas, chez le buveur, incapacité de cesser de boire dans une situation donnée, il n'éprouve aucun besoin de rationaliser semblable incapacité. Néanmoins, il construit des rationalisations pour justifier la consommation excessive d'alcool et une certaine négligence de ses devoirs familiaux liée à cette consommation. De même, le buveur non toxicomane n'a pas besoin de modifier ses habitudes de boire, contrairement au buveur toxicomane qui s'efforce, par une telle modification, de surmonter la « perte de contrôle ». On constate cependant des périodes d'abstinence totale qui sont une réaction à la pression sociale s'exerçant sur le buveur.

En revanche, on observe la même tendance à l'isolement que chez le buveur toxicomane, mais les répercussions sociales sont beaucoup moins marquées, car l'alcoolique non toxicomane peut éviter de s'enivrer lorsque les circonstances sociales l'exigent.

Les effets sur l'organisme d'une consommation alcoolique forte et prolongée peuvent également se manifester chez l'alcoolique non toxicomane et le delirium tremens peut même apparaître. La libido peut diminuer et il peut résulter de ce fait une « jalousie alcoolique ».

D'une manière générale, on constate une tendance à une domination progressive de l'alcool, ayant pour conséquence des effets psychologiques et organiques plus considérables. Néanmoins, en l'absence de toute psychopathie initiale grave, les symptômes de la phase chronique constatés chez les toxicomanes ne se manifestent pas chez l'alcoolique non toxicomane. En cas de psychopathies sous-jacentes graves, les excès alcooliques habituels accélèrent le processus de dégénérescence, en sorte qu'un buveur non toxicomane peut glisser jusqu'au bas de l'échelle sociale.