

**Ligue valaisanne
contre les abus de l'alcool**



l'alcoolisme

**PA
11282**

**devant la médecine
la statistique
l'Etat**

L'ALCOOLISME
DEVANT
LA MEDECINE
LA STATISTIQUE
L'ETAT

Médiathèque VS Mediathek



1010803833

PA 11282

P. CALPINI
H. SOLMS
A. HUNZIKER
H. SCHWYTZER
A. BIELANDER



L'ALCOOLISME

DEVANT

LA MEDECINE
LA STATISTIQUE
L'ETAT

1963

Première édition

PA 11.282

Distribution:
Service médico-social, 24 Avenue Ritz, Sion VS



63/2308

Imprimerie: Neue Buchdruckerei Visp A. G. à Viège
Printed in Switzerland

INTRODUCTION

La Ligue valaisanne contre les abus de l'alcool avait, en 1956 déjà, tenté une première enquête superficielle en priant les autorités communales de lui signaler les cas d'alcoolisme dont elles avaient connaissance. Parmi les 105 questionnaires reçus en retour, 19 ne signalaient aucun cas, tandis que les autres annonçaient un chiffre global de 647 cas, dont 569 hommes et 78 femmes. Des sondages permirent de constater qu'il s'agissait surtout d'alcooliques incurables. En outre la comparaison de ces chiffres avec les données fournies par des cantons dotés de services d'assistance antialcoolique laissait deviner que ces résultats ne correspondaient qu'imparfaitement à la réalité. Il devenait dès lors évident que seule une enquête approfondie et atteignant les diverses couches de la population pouvait permettre d'élaborer des statistiques valables.

Organiser une telle enquête était une gageure. Cependant la Ligue l'estimait indispensable afin de mesurer l'extension de l'alcoolisme en Valais. La précieuse collaboration et la compréhension des autorités civiles et religieuses ont largement contribué au succès de cette entreprise et nous tenons à leur témoigner ici notre profonde gratitude.

Les statistiques que nous publions dans la deuxième partie de cet ouvrage sont le résultat de cette enquête. Elles constituent, en quelque sorte, le noyau de cette étude. Il était cependant regrettable d'en

rester là et de négliger de tirer les conclusions qui s'en dégagent. L'occasion nous était donnée d'esquisser pour le Valais un plan de défense antialcoolique dont les statistiques soulignaient l'urgence. L'étude de ce programme d'assistance occupe la troisième partie de cet ouvrage.

Afin de donner à cette étude une portée plus générale, il était opportun d'exposer, en première partie, quelques considérations d'ordre médico-social sur l'origine, l'évolution et les conséquences de l'alcoolisme. Mais, nous le répétons, soit ces considérations, soit l'étude d'une assistance antialcoolique ne doivent se concevoir qu'en fonction des statistiques qui demeurent la raison d'être de cet ouvrage.

Ce livre est le fruit d'un travail d'équipe qui, sous la direction de M. P. Calpini, chef du service cantonal de la santé publique, a tenté, en partant de données strictement locales, de contribuer à une meilleure connaissance du problème de l'alcoolisme.

Notre reconnaissance s'adresse à :

- M. A. Hunziker, doct. en droit, directeur du service médico-social anti-alcoolique du canton de Lucerne, membre de la Commission fédérale contre l'alcoolisme; son travail méthodique et objectif nous a rendu les plus grands services dans le domaine juridique et social;
- M. le Dr H. Solms, psychiatre et psychothérapeute à Genève, membre de la Commission fédérale contre l'alcoolisme, ancien boursier du Centre de recherches sur l'alcoolisme et les toxicomanies, à Toronto (Canada); nous lui devons la partie médicale de cet ouvrage;
- M. A. Bielander, psychologue, chargé d'organiser et de mener le travail d'enquête;
- M. H. Schwytzer, doct. ès sciences économiques, statisticien cantonal à Lucerne, chargé de dresser et de commenter les statistiques;
- M. le Professeur E. Läubli, directeur de l'Institut de médecine lé-

gale à l'Université de Berne, chargé de contrôler les indications concernant l'intoxication alcoolique aiguë.

— M. J. Czech, secrétaire de la Ligue, qui a exécuté la tâche particulièrement délicate d'adaptation et de traduction de l'édition originale.

L'édition française n'est pas une réplique fidèle de la version allemande mais bien une adaptation abrégée. Certains passages ont été omis; quelques statistiques ont été modifiées par des données plus récentes. La partie médicale a été complètement refondue et enrichie de quelques corrections telles les remarques suggérées par M. le Professeur Kielholz. Dans la troisième partie, réservée à l'organisation de la lutte contre l'alcoolisme sur le plan cantonal, nous avons dû tenir compte des changements intervenus depuis l'apparition de l'édition allemande, notamment en ce qui concerne la répartition de la dîme de l'alcool. Enfin, la bibliographie a été remaniée et adaptée à l'édition française.

Nous tenons à témoigner notre vive reconnaissance aux autorités fédérales, spécialement à la Commission fédérale contre l'alcoolisme et à la Sous-commission des recherches scientifiques, ainsi qu'aux autorités valaisannes pour l'appui financier qu'elles nous ont accordé et qui a permis la parution de cet ouvrage.

*La Ligue valaisanne
contre les abus de l'alcool.*

PREMIERE PARTIE

THEORIE

PREAMBULE

Cet ouvrage insiste surtout sur l'aspect social que revêt de nos jours le problème de l'alcoolisme aigu et chronique. Les considérations médicales exposées dans la première partie trouvent leur confirmation dans une seconde partie consacrée à la statistique. A l'aide de ces notions, à la fois abstraites et concrètes, il sera possible d'élaborer un programme de protection et de relèvement incarné dans les deux méthodes suivantes:

1. l'assistance volontaire, par le truchement du service médico-social antialcoolique (service social et assistance médicale);
2. l'assistance imposée, découlant essentiellement de la loi contre l'alcoolisme.

L'ouvrage entier est orienté vers cette double assistance dont il veut prévoir et favoriser l'avènement. Il ne faut donc pas s'étonner si, dès la première partie, nous rencontrons des considérations d'ordre pratique, notamment en ce qui concerne le rôle du service médico-social dans l'alcoolisme aigu et chronique ainsi que l'action de prophylaxie en faveur de la jeunesse.

Quoique concernant directement le Valais, cet ouvrage a une portée générale débordant les frontières et s'adresse à tous ceux qui s'intéressent à la lutte contre l'alcoolisme.

I.

Intoxication alcoolique aiguë

1. Introduction

L'intoxication alcoolique aiguë est caractérisée par un ensemble de troubles passagers causés par l'absorption d'alcool éthylique et se traduisant par l'ébriété, l'ivresse ou même le coma.

L'alcool est un narcotique exerçant une action dépressive, voire même paralysante sur certains centres du système nerveux central. Ne nécessitant aucune digestion, il franchit les parois de l'estomac et de l'intestin, pénètre dans le système circulatoire et gagne très rapidement le cerveau abondamment vascularisé. Son élimination étant très lente (8 grammes par heure), il faut au corps plus de 5 heures pour se débarrasser de l'alcool contenu dans un demi-litre de vin. L'imprégnation alcoolique influence tout d'abord les fonctions cérébrales les plus nobles: vigilance, pouvoir de concentration, rapidité et précision des réactions, sens des responsabilités, contrôle de soi, faculté de jugement etc. Cette atteinte aux facultés supérieures s'accompagne d'un sentiment d'euphorie. Une ivresse plus marquée gagne successivement les autres centres cérébraux réglant les fonctions de l'instinct, la motricité, l'équilibre, la fonction respiratoire et la circulation cardio-vasculaire.

Le tableau de la page suivante illustre clairement l'incompatibilité existant entre l'intoxication alcoolique aiguë et notre époque de vitesse. Retraçons les grandes lignes de l'évolution opérée en moins d'un siècle.

- Il y a 100 ans: *Ivresse et trafic se tolèrent.* Le cheval ramène son maître ivre à la maison.
- Il y a 50 ans: *Pas d'ivresse au volant!* Tel est le slogan lancé à l'intention des automobilistes qui roulent à 6 km-h. à l'intérieur des agglomérations et à 30 km-h. à l'extérieur.
- Il y a 30 ans: *Pas d'ébriété au volant!* La LCR condamne l'ébriété au volant. Les tribunaux suisses admettent le délit

Pour le conducteur d'un véhicule l'alcool est très dangereux

qu'il provienne du vin, de la bière, des eaux-de-vie ou des liqueurs

Avec le vin ordinaire à 10° pris comme exemple:

Pour une consommation de *	2-4 décilitres	4-6 décilitres	7-10 décilitres	1-1,3 litre	plus de 1,3 litre
Taux approximatif** d'alcool dans le sang, après 1 h.	0,3-0,7‰	0,7-1,2‰	1,3-1,9‰	2-2,5‰	plus de 2,5‰
Des troubles apparaissent	Pas ou peu d'effets apparents, mais . . euphorie temps de réaction allongé réactions motrices troublées	Diminution du sens critique et de la maîtrise de soi euphorie témérité insolence	Allure titubante euphorie diplopie (voir double) troubles de l'équilibre	Aggravation des symptômes précédents sommolence	Perte de contrôle de plus en plus totale menace de coma danger mortel de pneumonie par aspiration
aspect clinique	Ebriété – Ivresse légère – Ivresse moyenne			Ivresse profonde	
Conclusion	Conduite dangereuse			Conduite impossible	
	Zone d'alarme	Zone toxique			Zone mortelle

* consommation étendue sur un temps plus ou moins restreint (1-3 h. selon la quantité)

** taux variable selon le poids du conducteur, la fatigue, l'heure etc. (voir p. 13)

Le taux maximal s'observe lorsque la boisson est consommée à jeun

alcoolique à partir d'un taux de concentration de 1 ‰.

Aujourd'hui: *Pas d'alcool au volant!* La science a démontré que toute ingestion d'alcool abaisse rapidement la concentration, la précision et la vitesse de réaction.

Ce tableau définit sommairement les étapes de l'imprégnation alcoolique chez une personne habituée à l'alcool et le supportant normalement. Les sujets non habitués à l'alcool, surtout les femmes et les jeunes gens, peuvent accuser des troubles avec des quantités inférieures.

Les conséquences sociales de l'intoxication alcoolique aiguë (diminution du rendement, accidents, délinquance, suicide) laissent entrevoir l'importance d'un service médico-social, surtout sous l'angle prophylactique.

2. Mesure du degré d'imprégnation alcoolique¹

Une estimation quantitative de l'imprégnation alcoolique est superflue dans les cas où la simple présence d'alcool constitue une infraction (interdiction, sursis). Elle se justifie dans les autres cas (délinquance alcoolique avec estimation du degré de responsabilité, ivresse au volant etc.).

Il importe, d'autre part, de se souvenir que la courbe de l'alcoolémie (taux d'alcool dans le sang) et l'intensité de l'ivresse ne sont pas parallèles. Celle-ci dépend, dans une certaine mesure, d'autres facteurs et cela d'une façon très variable non seulement d'un individu à l'autre, mais encore chez la même personne selon les dispositions du moment (état de santé, fatigue, corpulence, habitude, émotion, ingestion de médicaments, estomac vide ou plein etc.).

Une détermination quantitative de l'alcoolémie ne peut, par conséquent, préciser avec exactitude le degré d'ivresse. Elle suffit cependant pour affirmer que tel buveur n'a pas encore atteint ou, au contraire, a dépassé le taux de concentration alcoolique admis comme incompatible avec la conduite d'un véhicule. Une loi, veillant à l'intérêt général, peut très bien, en se basant sur des observations et recherches médicales, fixer un taux de concentration. Elle n'a pas à entrer dans chaque cas en particulier et ne peut être taxée d'injuste si, exceptionnellement, elle frappe un sujet qui supporte plus que la moyenne. Elle peut y op-

¹ Chapitre dû à la plume du Dr Franz, médecin-chef à l'Institut de médecine légale de l'Université de Berne.

poser les cas très nombreux où ce taux devrait être plutôt abaissé. Nous faisons abstraction des cas d'intolérance qui relèvent déjà de la pathologie.

De faibles concentrations alcooliques, anodines dans le passé, jouent un rôle important dans le monde actuel où le moindre excès de confiance en soi, la moindre négligence ou imprudence peuvent entraîner de graves conséquences (pensons, par exemple, à l'intense circulation routière). Le taux légal de 0,8 à 1 ‰ admis par les tribunaux est plutôt généreux et ne saurait être plus élevé. Un taux immédiatement inférieur devrait être interprété comme légère ivresse sans conséquence juridique au sens de la LCR et de la LTR.

Il existe des méthodes précises déterminant le taux de concentration alcoolique dans le sang. Les plus usitées, chez nous, sont les méthodes chimiques (procédé de Nicloux, de Widmark, consistant à brûler l'alcool par un oxydant dont on mesure la quantité ou les modifications) ainsi que les méthodes optiques (par l'examen des variations de l'index de réfraction du distillat alcoolique).

D'autres procédés permettent, à l'aide du Breathalyzer ou de l'Alcotest, d'estimer le degré de concentration alcoolique de l'air expiré. Mais, dans ces cas, il ne s'agit que d'un test préliminaire indiquant s'il y a eu une absorption considérable d'alcool ou non et permettant ainsi de décider de l'opportunité d'une prise de sang pour une analyse plus précise. Etant donné la nature biologique de l'examen, de légères variations dans les résultats concernant le même sang ne sauraient compromettre la valeur pratique de ces derniers.

3. Les phases de l'intoxication alcoolique aiguë

L'intoxication alcoolique aiguë se déroule schématiquement de la façon suivante:

a) *phase de désinhibition (ébrïété, ivresse légère): 0,5–1,2 ‰.*

Elle se caractérise par un divorce entre l'impression subjective du buveur et l'effet objectif de l'alcoolisation. Le léger fléchissement des facultés supérieures de raisonnement et de contrôle de soi est accompagné d'un état d'euphorie caractéristique. Obligations, soucis, remords s'estompent et font place à un sentiment de puissance. Cette euphorie est cependant artificielle et fragile; elle peut être suivie d'une phase dépressive, irritable, hostile, accompagnée parfois de décharges affectives. Ces changements d'humeur apparaissent aussi sans euphorie préalable.

b) *phase d'ivresse moyenne*: 1,3–2 ‰.

La coordination entre les organes sensoriels et moteurs devient difficile par suite d'une légère paralysie de certains centres nerveux. La vue et l'équilibre accusent des troubles manifestes.

c) *phase d'ivresse profonde*: au-dessus de 2 ‰.

L'effet paralysant de l'alcool a gagné tout le cerveau; la mémoire s'efface; un besoin irrésistible de sommeil s'empare du buveur, le sauvant ainsi de la possibilité de s'enivrer davantage et même, parfois, d'une paralysie mortelle du centre respiratoire. Mentionnons enfin le grave danger de pneumonie par aspiration.

4. Formes de l'ivresse

L'ébriété ainsi que l'ivresse légère et moyenne reliant les deux premières phases revêtent, sur le plan social et médico-légal, une importance considérable. L'on ne saurait cependant négliger un autre élément parfois déterminant dans la question de la responsabilité. Nous pensons aux diverses formes que peut affecter l'ivresse.

On distingue:

a) *l'ivresse simple*

nous venons de la décrire;

b) *l'ivresse anormale*

elle se rencontre surtout chez les personnes souffrant de troubles psychiques (caractériels, psychotiques, traumatisés du crâne) et peut être compliquée ou pathologique.

L'ivresse compliquée comporte les 3 phases évoquées plus haut mais avec une intensité considérablement accrue. L'excitation psychomotrice surtout est plus marquée et peut parfois conduire à la fureur. Mais le buveur, malgré son comportement, conserve avec la réalité un contact suffisant pour être reconnu, devant la loi, partiellement responsable des délits qu'il pourrait commettre.

Dans l'ivresse pathologique, par contre, ce contact avec la réalité

disparaît rapidement, faisant place à une excitation psychomotrice démesurée. Le buveur semble agir dans un rêve et sa conduite peut devenir incompréhensible pour son entourage. Son irritabilité est extrême de même que son anxiété parfois encore accrue par des hallucinations. Il peut ainsi se rendre coupable d'actes délictueux extrêmement dangereux dont, juridiquement, il ne saurait être tenu pour responsable.

5. Intolérance à l'alcool

Un sujet intolérant présente, déjà après une faible ingestion d'alcool, les signes caractéristiques de l'ébriété ou de l'ivresse. Cette intolérance, qui se rencontre fréquemment, est très dangereuse parce qu'insuffisamment connue. Elle peut être, en outre, la source de nombreux accidents.

L'intolérance alcoolique provient:

- de la nature même du sujet (intolérance des enfants, des femmes, - intolérance constitutionnelle, intolérance due à la chaleur, à la fatigue);
- d'un traumatisme crânien (accident fréquent sur les chantiers et sur la route);
- d'une maladie (artériosclérose cérébrale fréquente chez les personnes âgées, épilepsie, psychose, psychopathie, troubles hépatiques etc.);
- de l'ingestion de certains médicaments. Quelques médicaments courants abaissent le seuil de tolérance à l'alcool et peuvent susciter des malaises allant de la simple céphalée aux manifestations anormales de l'ivresse.

Nous insistons sur le fait que l'intolérance à l'alcool se rencontre aussi bien chez les personnes saines que parmi les malades.

6. Aspect social de l'intoxication alcoolique aiguë

Notre étude, nous l'avons dit, s'attache surtout à l'aspect social des abus de l'alcool. Bornons-nous à évoquer ici, à l'aide de quelques chiffres, les conséquences d'un seul problème: la délinquance alcoolique.

a) *Accidents mortels de la circulation en Suisse*

Année:	chiffre global:	pour cause d'ivresse:
1955	1021	142 = 13,9 %
1956	1037	152 = 14,7 %
1957	1162	149 = 12,8 %
1958	1146	167 = 14,6 %
1959	1114	163 = 14,6 %
1960	1303	201 = 15,4 %
1961	1404	206 = 14,7 %
1962	1384	186 = 13,4 %

Bureau fédéral des statistiques

Les accidents de la circulation dus à l'ivresse comptent parmi les plus graves.

b) *Retraits de permis*

Année:	chiffre global:	pour cause d'ivresse:
1955	4794	2703 = 56 %
1956	5838	3238 = 55 %
1957	6484	3659 = 56 %
1958	6794	3900 = 57 %
1959	7031	4151 = 59 %
1960	8321	4830 = 58 %
1961	9869	5242 = 53 %
1962	12557	5582 = 45 %

Bureau fédéral des statistiques

c) *Intoxication alcoolique aiguë et délinquance*

Durant la mobilisation de 1939–1945, l'alcool a été un facteur déterminant ou accessoire dans un quart des délits causés par les soldats:

condamnations:	par l'alcool:	soit:
16 151	3934	24,4 %

Commission fédérale contre l'alcoolisme

7. Alcool et délinquance

Il n'est pas inutile, avant d'aborder le rôle du service médico-social dans les cas d'intoxication alcoolique aiguë, de préciser les rapports entre ces derniers et la délinquance. Ces rapports deviennent, de nos jours, de plus en plus étroits et ne sauraient être ignorés.

L'alcool et l'alcoolisme sont des facteurs criminogènes. Mais, parce qu'ils ne sont pas les causes exclusives de la délinquance, il est souvent très difficile de juger exactement de leur portée en étiologie criminelle.

L'ivresse, ou intoxication alcoolique aiguë, se manifeste dans le domaine de la criminalité en supprimant ou en diminuant le contrôle du sujet sur son comportement (ivresse au volant), ou en jouant un rôle d'excitant, ou encore en renforçant des tendances latentes (délits sexuels, rixes suivies parfois de blessures ou de meurtres).

La courbe de fréquence des délits commis durant le week-end (samedi-dimanche-lundi) illustre de façon irréfutable cette influence alcoolique.

Notons que l'ivresse peut déclencher une action délictueuse non seulement chez un alcoolique mais même chez un homme habituellement sobre; elle peut entraîner les individus prédisposés mais également l'homme normal.

De son côté, l'alcoolisme chronique est une source de délits effritant lentement le sens moral et social de ses victimes. Diminuant leurs forces et, partant, leur goût du travail, il les conduit à la misère ainsi que leur famille, créant des besoins financiers qui l'orientent vers des actes répréhensibles. L'alcoolisme, nous le savons, n'est pas héréditaire, mais il est favorisé par des tarees physiques, mentales et sociales qui, elles, se transmettent aux générations suivantes. L'ébranlement du milieu familial, les disputes, mauvais traitements et mauvais exemples peuvent créer, chez les descendants, des troubles psychiques qui les amèneront demain, peut-être, au banc des accusés.

Il se crée ainsi, au point de vue social, un cercle vicieux. Ce sera précisément au service médico-social de le briser et d'y apporter le remède et l'espoir.

8. Service médico-social et intoxication alcoolique aiguë

L'intoxication alcoolique aiguë, en favorisant certaines formes de délits, entre dans la sphère du service médico-social qui exercera, avant tout, une activité de prophylaxie et d'information. La conséquence de loin la plus fréquente de cette intoxication étant, sans contredit, l'ivresse au volant, nous allons essayer d'illustrer le travail du service médico-social en nous bornant à ce délit.

a) *But de l'intervention*

Elle a pour objet la protection du délinquant afin d'éviter une récidive. Son influence n'est donc pas négative en visant à la répression mais, au contraire, positive en accomplissant un travail d'information. Incidemment elle peut protéger le fautif lorsqu'une sanction trop sévère semble contre-indiquée.

Gardons-nous cependant d'accuser le service médico-social d'une politique de «gant de velours». Souvenons-nous plutôt que:

- la grande majorité des conducteurs est insuffisamment informée du danger de l'ivresse au volant;
- les sanctions et retraits de permis, bien qu'efficaces, n'ont pas donné les résultats escomptés;
- la sévérité du tribunal demeure impuissante à lutter seule contre les accidents causés par insouciance, sinon par ignorance. Elle doit s'accompagner de l'éducation et de l'influence morale du service médico-social dont le rôle paraît indispensable, surtout lors d'une première faute.

b) *Modalités de l'intervention*

Le cas étant signalé au service médico-social (et il devrait l'être!), ce dernier procède de la façon suivante:

Première faute (ivresse au volant)

1. Education antialcoolique détaillée à l'aide de tableaux, schémas, brochures etc. Le rôle de l'alcool sur le cerveau, sur les réflexes y est abondamment commenté. Un résumé de cet enseignement est remis au conducteur.

2. Engagement du coupable à s'abstenir d'alcool 3 heures avant de conduire. On fera appel à sa bonne volonté et à son sens social.

3. La soumission du délinquant à cette entrevue et à l'engagement cité plus haut peut être invoquée et, partant, disposer au sursis.

Première récidive

1. Nouvelle éducation antialcoolique au service médico-social;

2. Engagement d'abstinence pour une durée déterminée; en cas de violation de promesse, le conducteur doit s'engager à recourir à un traitement médical (cure de désintoxication);

3. Après un an, le conducteur doit continuer à s'abstenir de toute boisson alcoolique 3 heures avant de reprendre le volant;

4. Ces engagements seront communiqués à l'instance appelée à prononcer les sanctions d'usage.

Seconde récidive

Cure de désintoxication; abstinence prolongée. C'est pour le coupable la seule possibilité d'échapper à un retrait définitif du permis de conduire. Il va de soi qu'une nouvelle rechute entraînerait cette dernière sanction. Le service médico-social ne pourrait, dans ce cas, assumer la responsabilité de favoriser une nouvelle mesure de clémence. Seul un psychiatre aurait la possibilité d'intervenir en ce sens.

L'influence du service médico-social repose sur le bon vouloir et la liberté du coupable. Ce dernier peut refuser ses services et affronter seul les rigueurs de l'instance de répression. Il peut, en revanche, les accepter et espérer, de la sorte, un adoucissement de la peine ou un sursis.

Retenons le fait que le service médico-social a pour mission de prévenir une rechute du sujet et mériter un verdict de clémence à un homme devenu moins dangereux pour la société. Son intervention est donc pleinement justifiée et son action prophylactique indispensable.

Nous avons choisi le cas d'ivresse au volant. La position du service médico-social demeure sensiblement la même, quel que soit le délit relevant de l'intoxication alcoolique aiguë:

1. discussion du cas; éveil du sens des responsabilités;
2. éducation sur les effets physiologiques et psychiques de l'alcool;
3. instruction concrète par films, tableaux, diapos etc.;
4. protection du délinquant exposé à des sanctions publiques; estimation du degré de responsabilité; constatation d'une intolérance alcoolique etc.

Rappelons encore qu'il n'a été question, jusqu'ici, que d'intoxication alcoolique aiguë. En d'autres termes, nous ne nous sommes pas occupés des alcooliques chroniques et alcoolomanes.

II. Alcoolisme chronique

1. Définition - Délimitation

Il existe diverses formes de l'alcoolisme chronique. Dans la plupart des cas, il s'agit d'un processus pathologique évolutif entraînant des détériorations physiques, psychiques et sociales durables plus ou moins prononcées et résultant d'une consommation excessive d'alcool.

La maladie alcoolique n'est pas nécessairement liée à l'ivresse. Dans les régions viticoles, par exemple, l'alcoolisme sans ivresse notable est plus fréquent, plus insidieux et parfois même plus dangereux parce que permanent.

Rappelons la définition de l'alcoolique chronique formulée par l'Organisation mondiale de la Santé.

Les alcooliques sont des buveurs excessifs dont la dépendance 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,
 - leur comportement social et économique,
- soit des prodromes de troubles de ce genre.

Nous parlons plus spécialement d'alcoolisme social lorsque la consommation excessive d'alcool a entraîné de graves répercussions sociales, familiales ou professionnelles (perte de situation, dettes, mésentente etc.) avant même que n'apparaissent les déficiences mentales ou physiques engendrées par l'alcool.

Alcooliques et alcoolomanes

Certains alcooliques, présentant des troubles physiques tels que gastrites, lésions du foie, polynévrites etc., gardent toutefois le sens de la mesure et sont capables de limiter leurs excès quotidiens sans présenter une dépendance à l'égard de l'alcool.

Chez d'autres, la maladie a progressé jusqu'à la phase de toxicomanie alcoolique ou alcoolomanie au sens propre. Ce stade évolutif

est caractérisé par un besoin impérieux de boire, par un asservissement alcoolique pathologique, véritable dépendance de la boisson.

Nous parlons d'alcoolomanie dans le sens traditionnel lorsqu'un buveur, malgré ses efforts et sa bonne volonté, demeure incapable, par ses propres forces, de supprimer ou de réduire à une quantité inoffensive sa consommation d'alcool.

Mais, en fait, il existe plusieurs formes d'alcoolomanie et qui sont trop fréquemment ignorées. Nous n'en présenterons ici que les deux principales. Pratiquement, elles se rencontrent souvent à des degrés variés d'intensité et combinées entre elles:

*A. L'alcoolisme avec «incapacité de s'abstenir de boire»
(alcoolomanie des régions vinicoles)*

Nous avons affaire, dans ce cas, à des alcooliques chroniques, buveurs habituels gravement intoxiqués depuis des dizaines d'années et présentant une forte imprégnation alcoolique. Beaucoup d'entre eux boivent surtout par goût et par entraînement, les conflits psychologiques n'y jouant qu'un rôle négligeable au début du processus alcoolique. Ces buveurs savent concilier leurs abus avec la vie courante et arrivent, dans une certaine mesure, à «contrôler» leur consommation. Ils sont cependant incapables de se priver d'alcool, ne fût-ce que très brièvement, sans voir apparaître des symptômes de sevrage souvent intolérables (tremor, irritabilité, transpiration, insomnie, nausée, vomissements, diarrhée, asthénie, hyperexcitabilité, angoisses). Ces symptômes disparaissent promptement après une nouvelle ingestion d'alcool. Cet asservissement, ou état de besoin physique plutôt que psychique, est désigné sous le nom «d'incapacité de s'abstenir de boire». L'aspect somatique de cet état est parfois connu sous le terme: besoin physiologique d'alcool. Les facteurs physiopathologiques de cette forme d'alcoolomanie relèvent, d'une part, d'altérations toxiques directes et, d'autre part, d'un état pathologique créé par un syndrome carenciel accompagné de perturbations du métabolisme des protéines, des graisses et des vitamines. Les troubles constituant le syndrome carenciel résultent d'habitudes alimentaires irrationnelles accompagnant l'alcoolisme, troubles de l'appétence (carence exogène), de la résorption intestinale (carence entérogène), du métabolisme intermédiaire (carence endogène) etc. Toutefois la pathologie de ce syndrome carenciel n'est pas encore suffisamment éclaircie. Il faut, en outre, tenir également compte de l'importance de certains produits intermédiaires toxiques dus à l'oxydation incomplète de l'alcool, de l'apparition de certaines substances cholinergiques dans le sang, de l'altération des fonctions surrénales etc.

L'alcoolisme avec incapacité de s'abstenir de boire constitue le comportement alcoolomane type des régions vinicoles. L'alcoolique, tout en évitant l'ivresse, absorbe chaque jour une quantité nuisible d'alcool. Chaque soir le retrouve non pas ivre, mais «allumé». Il abîme sa santé par une lente intoxication chronique (alcoolisme insidieux).

B. *L'alcoolisme avec «perte de contrôle»*

Un autre type d'alcoolomanie est caractérisé par la perte de contrôle. Il se rencontre de préférence dans les régions intoxiquées par l'eau-de-vie. Contrairement aux précédents, ces alcooliques s'enivrent plutôt périodiquement. Les conflits psychiques primaires jouent, chez eux, un rôle plus important. Ils boivent pour soulager des tensions intolérables, pour oublier leurs soucis et pour fuir une situation insupportable. Une modeste quantité d'alcool leur suffit pour allumer une soif inextinguible qui les rend incapables de contrôler leurs libations. Ils sombrent ainsi dans une lourde ivresse jusqu'à ce qu'ils se heurtent à une impossibilité de continuer. Ils deviennent alors, eux aussi, les victimes des symptômes de sevrage mais peuvent ensuite demeurer sobres durant des jours et des semaines.

Cette forme d'alcoolomanie peut se rencontrer également en Suisse et se combiner avec l'alcoolisme d'habitude.

2. Conditions génératrices d'alcoolisme chronique

a) *Le rôle des facteurs sociologiques et économiques et l'importance de «l'alcoolisation»*

Certaines conditions sociologiques et économiques sont à la base d'une série de *motivations «normales» de boire*.

Depuis des siècles l'alcool s'est vu attribuer un *prestige social* impressionnant redevable aux effets que procure une légère intoxication éthylique. On s'adresse à lui pour apaiser les tensions et les angoisses ou pour jouir de son effet stimulant; c'est lui qui dispense la «chaleur communicative» des banquets bien arrosés; c'est son action conciliante qui aidera à mener une affaire litigieuse à bon terme; c'est lui enfin qui permettra de s'évader des responsabilités trop lourdes et d'éviter certaines difficultés d'adaptation sociale.

C'est, en réalité, depuis le début de l'industrialisation, au XIX^{me} siècle, que la boisson a connu une véritable *démocratisation* au point de devenir l'apanage de tout le monde. Ceci grâce aux procédés in-

dustriels de production en masse des boissons alcoolisées, aux facilités de transport et de distribution, à la multiplication des débits de boissons, à l'abondance de l'offre, à la modicité des prix dans certains pays, à la propagande et à la publicité.

En outre, toute une série de *préjugés sociaux et de coutumes* poussent à la boisson, surtout dans certains pays producteurs où boire est devenu une preuve de virilité, un élément essentiel du code de politesse, un moyen efficace pour s'assurer les bonnes grâces d'un client, une «nécessité de travail». Ces préjugés et coutumes ont fini par créer de véritables *obligations de boire*.

Certaines professions favorisent tout particulièrement les habitudes de boire. Signalons le personnel occupé à la vente et à la distribution des boissons alcoolisées, les commis-voyageurs, les marins, sans oublier les travailleurs de force (ouvriers du bâtiment, des fonderies, les agriculteurs etc.). Ces derniers, se basant sur de faux préjugés, ont fait de l'usage des boissons alcoolisées une nécessité absolument indispensable pour «combattre la soif et entretenir les forces musculaires». Or, remplacer partiellement l'alimentation par des boissons alcoolisées est une grave erreur. Car l'alcool, tout en supprimant l'impression de fatigue, c'est-à-dire l'avertissement utile, ne procure qu'une *sensation* de force tout à fait éphémère.

Ces motivations «normales» de boire se trouvent, de nos jours, renforcées par les *changements importants survenus dans la structure sociale moderne*. La civilisation industrielle a profondément ébranlé et modifié la structure sociale naturelle. L'homme et la société se trouvent actuellement plongés dans une ère de technique et de science qui crée un monde de plus en plus artificiel, voire même parfois déshumanisé. La société moderne est beaucoup plus cloisonnée que celle de la période pré-industrielle. Des cloisons verticales existent du fait d'une spécialisation croissante, et des cloisons horizontales marquent une hiérarchie basée sur le prestige et les responsabilités. La distance «humaine» est devenue plus grande entre les divers échelons. D'autre part, la famille et l'Etat ont perdu leur stabilité. La première tend à devenir un simple distributeur de moyens d'existence; le dernier risque d'être trop influencé par des puissances économiques anonymes. L'individu doit faire face à de nouvelles sources de tension. De ce climat déshumanisé résulte le danger d'une perte du sentiment de sécurité ainsi que d'un isolement, la nécessité de refréner les tendances agressives. L'homme éprouve le désir de s'évader dans le plaisir, le confort, dans les effets euphorisants d'une légère intoxication alcoolique, dans les propriétés anxiolytiques et calmantes des médicaments tranquillisants ou, enfin, dans l'action soulageante des antalgiques. L'on sait que l'abus de ces médicaments est en train de devenir, à côté

de l'alcoolisme croissant, un nouveau fléau social dans les pays industrialisés.

De son côté, la jeunesse est plus exposée, plus faible et, partant, plus perméable à l'influence d'un milieu toujours plus accaparant. Cet entourage exerce une impression d'autant plus forte qu'il a créé un nouveau facteur de fascination: la publicité. Celle-ci, avec son arsenal de sensations visuelles, auditives, gustatives et ses jouissances artificielles s'infiltré à jet continu auprès des jeunes dont la réceptivité demeure considérable.

D'autre part, un décalage toujours plus prononcé sépare une maturité biologique accélérée et une maturité affective et caractérielle plus tardive. Il en résulte un déséquilibre qui peut se traduire par un certain désarroi au milieu d'un monde asservi par la technique. Il n'est pas rare que la jeunesse ne domine plus; elle est dominée par un monde d'impressions et d'excitations qui peuvent favoriser certaines formes d'asservissement. Citons ici, entre autres, la manie du cinéma, de la télévision, du tabac, l'alcoolisme bourgeois et mondain s'infiltrant lentement dans le monde féminin.

Dans plusieurs pays, en Suisse également, la consommation continue et répétée de quantités non négligeables de vin réparties assez régulièrement durant la journée est devenue un tradition largement répandue et acceptée. Citons comme exemple les conclusions publiées en 1954 par l'Institut National d'Etudes Démographiques de France. Ce pays a consacré le 10 % du revenu national à la consommation d'alcool de bouche; chaque Français avait sacrifié, en moyenne, le 9 % de son revenu à la boisson alors qu'il n'en prélevait que le 5 % pour sa santé, le 4 % pour son éducation et le 3 % pour son logement.

Cette «alcoolisation générale» par habitude et par entraînement, fait partie intégrante des coutumes sociales et des habitudes alimentaires; elle relève donc, du moins dans certains pays, de motivations «normales» de boire. L'alcool s'impose ainsi à une grande partie de la population. Toutefois, la majorité de cette dernière ne présente pas les symptômes cliniques d'une atteinte d'alcoolisme chronique. En effet, si une consommation exagérée de boissons alcoolisées peut être génératrice d'alcoolisme, elle ne conduit pas fatalement à cette maladie. L'alcoolisation prédispose cependant les buveurs à l'éthylisme chronique. Il est, en outre, presque certain que la surmortalité masculine dans certaines régions de France soit imputable à ce phénomène socio-économique.

Les raisons économiques et sociales qui ont fait de la France le pays qui compte la consommation d'alcool la plus élevée, donc le plus alcoolisé du monde, sont fréquemment invoquées pour expliquer, à

elles seules, la haute fréquence de l'alcoolisme qu'on y trouve. Cette vision des choses paraît cependant un peu trop simpliste. L'Italie, par exemple présente un taux d'alcoolisme fortement inférieur à la France alors que sa production et son commerce de vin y jouent un rôle économique plus important que chez cette dernière. En réalité, le problème des intérêts économiques et des coutumes traditionnelles a rendu très difficiles, du moins jusqu'à ces dernières années, tant sur le plan législatif qu'éducatif et médical, la lutte contre l'alcoolisme. *Les facteurs socio-économiques sont ainsi, en France, les causes directes de l'alcoolisation générale mais non pas de l'alcoolisme.* Il importe, en effet, de ne pas confondre ces deux problèmes.

Il va sans dire que toutes ces motivations «normales» de boire, énumérées plus haut, comportent des facteurs qui hâtent l'évolution du buveur par habitude vers l'intoxication chronique et l'éthylisme. Mais il est fort douteux qu'elles y suffisent dans tous les cas puisqu'une partie seulement des nombreuses personnes alcoolisées évoluera vers l'alcoolisme.

D'autre part, les difficultés que l'on éprouve pour amener à se modérer ou à s'abstenir d'alcool un buveur excessif, même parfaitement conscient de la diminution de ses qualités professionnelles et d'une atteinte physique alcoolique, dénotent bien la présence d'autres motivations relevant de deux sortes de facteurs. Il faut rechercher les uns au niveau physiopathologique, les autres au niveau de la personnalité du buveur, c'est-à-dire dans certaines formes de caractères pré-disposés et dans des troubles psychopathologiques.

b) *Le rôle des facteurs physiopathologiques*

L'intoxication alcoolique plus ou moins prolongée provoque chez bon nombre d'individus, des perturbations dans les systèmes métaboliques, telles que troubles humoraux, dysfonctions enzymatiques, carences caloriques, protidiques et vitaminiques, troubles endocriniens, atteintes hépatiques et gastriques, polynévrites, atteintes du système nerveux central avec complications mentales etc. Ces modifications de l'organisme engendrent à leur tour et entretiennent un besoin croissant de boire qui achemine le buveur vers l'alcoolisme chronique.

Ces seuls troubles physiopathologiques seraient relativement faciles à enrayer grâce aux cures de désintoxication si le comportement alcoolique n'était pas compliqué par des mécanismes psychopathologiques. Ce sont probablement ces derniers qui expliquent la fréquence des rechutes intervenant après bon nombre de cures de désintoxication chez les sujets où l'assistance post-cure ne comprenait pas de mesures psychothérapeutiques et sociothérapeutiques suffisantes.

c) *Type de personnalités prédisposées à l'abus des boissons alcoolisées*

Le problème de l'importance des facteurs psychiques dans l'étiologie de l'alcoolisme nous amène à souligner, en première lieu, le rôle joué par certains types de personnalités prédisposées à l'abus de l'alcool. Il ne s'agit pas ici de facteurs psychopathologiques proprement dits; ils ne peuvent engendrer l'alcoolisme mais offrent néanmoins un terrain favorisant une consommation excessive d'alcool. Nous pensons aux personnes instables, hyperémotives, sensibles, ne pouvant contrôler leurs émotions, aux faibles manquant de volonté et n'osant jamais refuser, à celles qui boivent par imitation ou par entraînement; nous songeons également aux introvertis, aux inhibés souffrant desentiments d'infériorité et qui se sentent remontés et stimulés par l'alcool; aux extravertis, sûrs d'eux-mêmes, aimant la société et les rencontres au bistrot, membres de tous les comités; aux buveurs «sans soucis» qui s'adonnent à la boisson par habitude et par goût et qui sont souvent attirés par les professions de restaurateur ou de commis-voyageur.

d) *Le rôle des troubles du milieu familial et des conditions psychopathologiques*

Les enfants élevés dans des foyers bouleversés ou brisés (disputes incessantes, séparations, divorces, séjours en orphelinat etc.) sont frustrés de l'affection et de la sécurité qui leur sont indispensables. Ils risquent de former de fausses identifications avec le père ou la mère alcoolique et de s'exposer, de la sorte, à de nombreux troubles psychonévrotiques. Ainsi naissent ces «névroses familiales» s'étendant parfois sur plusieurs générations. Signalons également un facteur familial d'une autre nature: l'attitude trop faible des parents élevant des enfants gâtés, «couvés» dans du coton.

Des déficiences caractérielles («psychopathies») ou, plus rarement, des tares mentales (débilité mentale et psychoses) peuvent également favoriser le développement de l'alcoolisme. Pour tous ces *buveurs à problème*, l'effet soulageant, euphorisant, stimulant ou enivrant de l'alcool agit comme un «médicament» qui leur permettra de supporter plus facilement leur souffrance psychique et leurs multiples déceptions.

Il est clair que l'action pharmacologique de l'alcool ne résoud point les vrais problèmes et ne représente qu'une réponse factice et éphémère. Mais nombre de malades croient cet usage de la boisson indispensable à leur activité et posent ainsi les premiers jalons vers une véritable dépendance de l'alcool, vers la toxicomanie alcoolique.

3. Alcoolisme et hérédité

Le caractère héréditaire de l'alcoolisme est une notion encore très répandue/et qui semble fondée sur l'observation de familles où, depuis des générations, se perpétue cette tare. Ceci explique la faveur dont jouit depuis longtemps l'hypothèse de l'hérédo-alcoolisme. Cependant, selon l'état actuel de nos connaissances, l'alcool n'est pas à même de provoquer des mutations ou autres atteintes génétiques; nous devons donc abandonner cette hypothèse.

La permanence de l'alcoolisme à travers plusieurs générations relève principalement de deux facteurs que nous rappelons brièvement:

1. *Le milieu familial alcoolique* fréquemment ébranlé et dans lequel, comme nous l'avons vu plus haut, les enfants, dès la tendre enfance, sont victimes de la «névrose familiale» et frustrés de l'affection et de la sécurité; misère sociale, disputes, séparations, malnutrition etc. Signalons également les habitudes alcooliques contractées avec les parents, la famille.

2. *Tares caractérielles* se manifestant sous forme de *troubles du comportement instinctivo-affectif*, souvent dès la première enfance et révélés ou aggravés (mais non provoqués) par l'intoxication alcoolique chronique. Ces troubles caractériels héréditaires prédisposent donc à l'alcoolisme, surtout dans les familles de parents éthyliques, sans toutefois y conduire fatalement.

Les facteurs ci-dessous n'ont, en revanche, qu'une importance secondaire:

Lésions des cellules reproductrices. Les opinions divergent lorsqu'il s'agit de procréation sous l'influence d'une forte intoxication alcoolique aiguë. Celle-ci exercerait tout au plus une action de freinage sur l'activité des spermatozoïdes et n'aurait pas d'influence sur le sort des «enfants du samedi». L'alcoolisme chronique, par contre, peut occasionner une atrophie du tissu testiculaire, une destruction des spermatozoïdes etc. et provoquer ainsi la stérilité.

Lésions foetales. Les facteurs péristatiques menaçant le fœtus d'une femme enceinte gravement atteinte d'alcoolisme sont parfois importants:

a) La nutrition du fœtus peut être insuffisante à cause d'une carence alimentaire de la mère alcoolique.

b) Le placenta étant perméable à l'alcool, nous pouvons envisager la possibilité d'une imprégnation alcoolique du fœtus. De là découle le rôle que l'éthylisme maternel pourrait jouer dans la manifestation de troubles caractériels ou nerveux dans la progéniture (tares nerveuses acquises dans la phase utérine du développement).

c) Selon certains auteurs, l'alcoolisme chronique féminin grave serait même à la source de certains accouchements prématurés et avortements spontanés.

Ingestion d'alcool dans la prime enfance. Cette pernicieuse habitude sévit encore dans plusieurs régions d'Europe. Elle peut laisser chez l'enfant des traces indélébiles. D'autre part, il n'est pas exclu que le nourrisson puisse être défavorablement influencé par le lait d'une mère alcoolique qui nourrit en état éthylique. Nous ne possédons cependant pas, jusqu'à ce jour, les preuves expérimentales d'une telle possibilité.

En résumé, les troubles nerveux constatés dans la descendance des alcooliques dépendent d'une intrication extrêmement complexe de facteurs progénétiques, biologiques, psychologiques et sociaux. *Les facteurs psycho-sociaux sont les plus importants et déterminent, dans une très large mesure, le développement de l'enfant.*

4. Manifestations cliniques de l'alcoolisme chronique

a) Evolution de la symptomatologie psychique

Les phases évolutives des symptômes psychiques de l'alcoolisme chronique, tel qu'il se présente couramment en Suisse, se déroulent ordinairement de la façon suivante:

L'intoxication alcoolique chronique amène tout d'abord une hyperémotivité, une irritabilité, mais aussi une «primitivisation» sur le plan affectif, ainsi qu'une labilité d'humeur et une impulsivité; les sentiments élevés cèdent le pas aux désirs primitifs. Indirectement cette altération affecte le jugement et même la mémoire, non pas en les détruisant, mais plutôt en les faussant, en les soumettant à la vie affective et instinctive. Plus tard, à la suite d'une désinhibition pulsionnelle progressive, les manifestations de l'avidité, de la sexualité, de l'agressivité prennent une place toujours plus considérable. Elles affaiblissent peu à peu la volonté, la fermeté, l'esprit de décision et de résistance aux influences tant externes qu'internes. Ainsi, insensiblement, apparaît l'homme instable et primitif qui s'épanouit si facilement à l'auberge. Lentement, une dépendance psychique et physique croissante s'installe, se traduisant par le comportement alcoolomane: l'alcoolique est devenu un toxicomane. Finalement les facultés intellectuelles se détériorent à leur tour. L'alcoolique, dans sa phase terminale de déchéance physique, mentale et sociale est rejeté par son entourage; il devient la victime des diffé-

rentes formes de démence éthylique et se retranche dans une attitude solitaire.

b) *Les manifestations digestives*

aa) *Gastrite — Oesophagite — Stomatite*

Nous nous trouvons ici en face d'une altération des muqueuses digestives et de l'hypoacidité gastrique, partiellement provoquées par l'action irritante directe de l'alcool et par une carence vitaminique. Les troubles se traduisent par une dyspepsie plus ou moins marquée, par des吐uites matinales, par des douleurs à la déglutition.

bb) *Stéatose — Cirrhose du foie*

L'augmentation en volume du foie, qui peut atteindre parfois l'ombilic mais qui diminue avec le sevrage, est un des signes les plus connus de l'alcoolisme des pays vinicoles. La stéatose hépatique relève d'une surcharge graisseuse de l'organe. En cas d'aggravation conditionnée par l'apport alcoolique et par le régime alimentaire déséquilibré et insuffisant, elle évolue vers la cirrhose. En Suisse, environ 70 % des cirrhoses hépatiques sont d'origine alcoolique. Cependant la pathogénie de cette affection n'est pas encore bien connue. Le rôle du facteur alimentaire paraît fort important. Symptomatologie type: troubles digestifs d'ordre banal, baisse de l'état général, faciès subictérique et amaigri, gros ventre avec circulation collatérale et ascite. L'évolution de la cirrhose est toujours grave, souvent mortelle. Elle s'annonce par l'ictère, la baisse des fonctions hépatiques, les hémorragies, les oedèmes, la polynévrite, les complications cardio-vasculaires et humorales. Les deux complications majeures sont les hémorragies oesophagiennes et gastroduodénales foudroyantes, le coma hépatique terminal.

c) *Les manifestations nerveuses périphériques*

La polynévrite alcoolique est surtout provoquée par l'insuffisance en vitamine B¹. Cette affection se traduit par un tremblement, des parasthésies, des troubles de la sensibilité, des douleurs et parfois par des paralysies motrices.

d) *Avitaminoses et cachexie*

La dénutrition et la carence en vitamines du complexe B provoquent une baisse pondérale, des oedèmes, des troubles gastro-intestinaux et cardio-vasculaires («cœur alcoolique»), des insomnies et des complications mentales.

e) *Les psychoses méta-alcooliques*

Il s'agit de complications mentales graves aiguës, subaiguës ou chroniques consécutives à une atteinte parfois irréversible du système nerveux central.

aa) *Les délires alcooliques aigus*

Le delirium tremens et le délire alcoolique subaigu (forme atténuée ou initiale du délire aigu) se développent sur la base d'un abus d'alcool grave et poursuivi pendant des années. Ils sont déclenchés par l'affaiblissement de la résistance et par tous les facteurs provoquant un stress (traumatismes, sevrage brutal, infections etc.). Signes prodromiques: agitation, insomnie, irritabilité, angoisse, humeur sombre, tremblement marqué etc. Le début du délire est brusque; il est caractérisé par un état confusionnel (conscience obtuse, attention déficiente) et par un état hallucinatoire très riche: le malade voit de petits animaux gris et mobiles (rats, araignées, serpents etc.), il aperçoit des personnages qui le poursuivent, il les entend. Les délirants agités ont parfois des réactions de défense dangereuses. Le delirium se termine en général après 2-5 jours par un sommeil profond. Une pneumonie ou une insuffisance cardiaque peut amener une issue fatale. Il arrive parfois que le délire évolue en psychose alcoolique de Korsakoff. Les poussées hallucinatoires auditives aiguës s'observent rarement et peuvent se combiner avec le delirium tremens.

bb) *La psychose polynévritique de Korsakoff*

L'affection est caractérisée par une obtusion intellectuelle avec troubles de la mémoire récente, désorientation, tendance à la fabulation, apathie ainsi que par des troubles polynévritiques. Le pronostic est défavorable. Il s'agit d'une affection carencielle qui produit des lésions atrophiques dans certaines régions cérébrales. Des rapports étroits relient la psychose de Korsakoff à l'encéphalopathie subaiguë de Gayet-Wernicke.

cc) *Les délires alcooliques*

L'hallucinoïse alcoolique, ou folie alcoolique, est plutôt rare. Caractérisée par des hallucinations surtout auditives, des idées de persécution, de l'angoisse, elle évolue ou vers la démence ou vers la schizophrénie.

Les alcooliques chroniques qui souffrent d'un délire de jalousie sont parfois extrêmement dangereux.

dd) *L'épilepsie des alcooliques*

L'intoxication alcoolique chronique est une cause importante d'abaissement du seuil épiléptogène et peut, de ce fait, aggraver ou révéler une épilepsie. L'alcool peut également déclencher des crises d'épilepsie.

ee) *Les démences alcooliques*

Elles sont caractérisées par un affaiblissement intellectuel global (trouble de l'attention, altération du jugement, baisse du niveau intellectuel), ainsi que par une perte du sens éthique (diminution du sens moral, incapacité de self-contrôle, délinquance).

5. Dépistage précoce et diagnostic de l'alcoolisme chronique

Il est curieux de constater la difficulté qu'éprouvent les médecins devant le dépistage de l'alcoolisme. Ils se font trop souvent de l'alcoolique l'image d'un ivrogne brutal, en proie à de dangereux accès de jalousie et enclin à des délits corporels et sexuels. Ils ignorent trop facilement les formes insidieuses de l'alcoolisme progressif observées, au début, par le seul entourage familial, mais échappant fréquemment aux amis et aux compagnons de travail de la victime. L'alcoolique, en effet, peut souvent dissimuler son état durant des années et demeurer un excellent travailleur et parfait compagnon, pour autant qu'il s'agisse d'alcoolisme d'habitude. Notons également que souvent les symptômes somatiques auxquels s'attachent nombre de médecins pour poser un diagnostic d'alcoolisme ne se manifestent que tardivement. Nous rencontrons, en revanche, des alcooliques physiquement très atteints sans que les fonctions psychiques le soient. Altérations physiques et psychiques ne sont pas toujours parallèles et il serait erroné de rechercher l'alcoolisme chronique dans les seuls symptômes somatiques alors qu'un examen psychiatrique et une enquête familiale contribueraient largement à la sûreté du diagnostic.

6. Quelques données statistiques pour la Suisse

Nous nous contenterons d'évoquer ici quelques chiffres.

a) *Alcoolisme et maladies organiques*

Une enquête récente menée à la clinique médicale de St-Gall par T. Wegmann et W. Sollberger indique que «près du 50 % des patients de médecine générale sont atteints par l'alcoolisme».

M. Roch, professeur de clinique médicale à Genève, en dépistant l'alcoolisme parmi tous les patients entrés dans son service de 1933 à 1936, a constaté que «le 48,2%, soit près de la moitié des 2075 patients, étaient des alcooliques».

Des sondages effectués, il y a quelques années, par W. Löffler, professeur à la clinique médicale à Zurich, division des hommes, afin de déterminer la proportion des cas relevant partiellement ou exclusivement de l'alcoolisme, fixent celle-ci entre $\frac{1}{4}$ et $\frac{1}{3}$ du chiffre global.

G. Barras, médecin-directeur du Sanatorium valaisan à Montana, affirme que «dans certains sanatoria, le 75 % des patients de plus de 35 ans est constitué d'alcooliques notoires».

b) Alcoolisme et troubles psychiques

Parmi les 54 000 malades admis pour la première fois dans les hôpitaux psychiatriques suisses dans les années 1951–1957, le 22 % des hommes et le 3 % des femmes souffraient de complications alcooliques.

La Suisse compte parmi les pays avec haute fréquence de suicides. L'alcoolisme serait à la base d'un tiers des cas.

Un sondage effectué par le Tribunal civil de Bâle accuse, sur 100 cas de divorces pris au hasard, un chiffre de 27 époux gravement intoxiqués par l'alcool.

c) Alcoolisme et assistance publique

Relevons ces lignes tirées d'un rapport d'assistance de la Ville de Berne (1959): «Le 32,6 % des cas assistés se recrute dans la rubrique: alcoolisme, déficience morale, incapacité. Ils forment la pièce de résistance de notre travail et le formeront encore à l'avenir».

d) Combien la Suisse compte-t-elle d'alcooliques?

Une enquête basée sur la méthode de E. M. Jellinek (d'ailleurs contestée) et menée par l'OMS évalue à 50 000 le nombre d'alcooliques en Suisse. Ce chiffre est certainement au-dessous de la réalité et ne concerne que les cas graves et avancés. Selon les données du Bureau fédéral de statistiques, les dispensaires antialcooliques indiquaient, de 1950 à 1958, le chiffre de 40 772 alcooliques. Souvenons-nous toutefois que les dispensaires n'atteignent qu'une minorité de cas et que, d'autres part, quelques cantons ne possèdent pas de dispensaires.

7. Service médico-social et alcoolisme chronique

Nous avons vu précédemment le service médico-social intervenir dans les cas d'intoxication alcoolique aiguë. Il est cependant clair que la première et la plus importante de ses tâches réside dans la lutte contre l'alcoolisme chronique. Son activité revêt un triple aspect: social, psychologique et médical. Nous allons en esquisser les grandes lignes ci-dessous:

a) *Alcooliques guérissables*

1. *Assistance psycho-sociale individualisée (casework)*. C'est la tâche du travailleur social. Le casework doit se construire sur les principes fondamentaux de la psychologie de l'individu; il suffit dans les cas bénins sans graves répercussions médicales et sociales.

Le secours social vise, avant tout, à la réadaptation sociale de l'individu; en d'autres termes, il faut que la personnalité du client se réintègre dans une société dont il s'est désolidarisé par son comportement.

Cette réadaptation sociale ne sera toutefois pas le seul but du casework. Celui-ci s'adresse à un homme, c'est-à-dire à une personne revêtant un caractère à la fois individuel et social. Dès l'instant où l'on a compris qu'une chute n'est que le reflet d'un drame plus profond, il faut se demander jusqu'à quel point l'entourage et la société y ont joué un rôle. Vouloir ignorer cela conduirait à un échec.

Une telle constatation doit orienter toute activité sociale. L'étude de l'homme, acquise surtout par la psychologie, doit se doubler de l'étude des sciences sociales. Le problème de l'individu au sein de la société relève finalement de la sociologie et de l'éthique sociale.

Pratiquement, le casework se déroule en 3 phases: étude du cas, diagnostic, traitement. Ces phases s'interfèrent fréquemment et l'esprit doit constamment demeurer à l'affût de tout élément susceptible de modifier ou de confirmer le premier diagnostic.

Le traitement direct se fait auprès du patient lors d'entretiens au cours desquels le sujet explique son cas et dévoile son attitude à cet égard. Il se détend peu à peu et, bientôt, se montre disposé à coopérer à son propre relèvement. Le traitement indirect vise à la transformation du milieu dans le sens le plus large (milieu professionnel, familial etc.). La solution d'un cas exigera souvent un troisième élément: le recours à d'autres instances (conseiller juridique, médecin etc.).

2. *Sociétés d'abstinence, groupements d'anciens buveurs etc.* Ces sociétés retiennent les anciens buveurs et peuvent jouer un rôle important dans l'information et la prophylaxie antialcooliques, ainsi que dans le relèvement des buveurs. Elles offrent à leurs membres une

ambiance leur permettant d'oublier l'auberge. Parmi les groupements d'anciens buveurs, il convient de mentionner les «Alcooliques Anonymes» (A. A.) actuellement en plein essor et dont l'activité rencontre un succès toujours croissant.

3. *Traitement médical et assistance ambulatoire.* Chaque fois que le cas l'exige, l'assistance sociale sera doublée d'un traitement médical. Le psychiatre jugera de l'opportunité d'une psychothérapie individuelle ou de groupe. Il prescrira éventuellement un traitement médicamenteux adjuvant.

4. *Traitement clinique.* Un tel traitement se fait de préférence dans un service spécialisé d'un hôpital général. Là où de tels centres n'existent pas encore, le traitement clinique sera pratiqué dans un hôpital psychiatrique. Plusieurs services médico-sociaux ne bénéficient pas encore de telles possibilités et doivent se contenter de cures ambulatoires sous surveillance médicale.

Le traitement clinique comporte:

- un examen social, psychiatrique et somatique approfondi;
- une cure de désintoxication (sevrage, hépatothérapie, vitaminothérapie etc.) visant à la suppression de l'état de besoin physiologique;
- une cure de désaccoutumance, soit par création d'une intolérance artificielle au moyen de tablettes de disulfiram (Antabuse) ou de citrate de calcium-carbimide (Temposil, Dipsan), soit par création d'un dégoût provoqué par l'apomorphine ou l'émétine, compte tenu, évidemment, des indications et contre-indications éventuelles; les deux méthodes peuvent d'ailleurs être successivement appliquées au même patient; la psychothérapie fait également partie intégrante d'une telle cure;
- traitement de post-cure: soins médicamenteux et rééducation.

5. *Traitement dans une maison de relèvement pour buveurs.* La méthode classique de relèvement est la suivante:

- sevrage (suppression immédiate et définitive d'alcool);
- régénération de l'organisme épuisé, au moyen d'une nourriture adéquate;
- rééducation par un traitement moral approprié; éducation religieuse; mise en valeur d'un idéal d'abstinence;
- thérapie occupationnelle; activité en plein air ou en atelier, entrecoupée de nombreuses heures de repos.

b) *Alcooliques incurables ou difficilement guérissables*

1. Alcooliques non dangereux: séjour ou mise en observation en clinique psychiatrique; placement dans une famille ou dans un hospice.

2. Alcooliques dangereux compromettant la sécurité ou l'ordre public: internement administratif.

DEUXIEME PARTIE
STATISTIQUE

I.

Méthode et organisation de l'enquête menée en Valais

Les observations recueillies, autour de 1930, par MM. Bleuler et Rapoport dans un sanatorium zurichois ainsi qu'à l'hôpital de Liestal avaient apporté de précieux renseignements concernant l'alcoolisme. Ceux-ci ont été confirmés par les résultats des recherches effectuées durant 37 ans par le Professeur M. Roch, à la clinique médicale de Genève. Ces travaux n'atteignaient cependant que des patients hospitalisés ainsi que leurs proches, donc un milieu peu représentatif. Notre enquête, au contraire, menée dans un milieu naturel et permettant, en sondant toute une commune, d'en détecter les éléments alcooliques, est une initiative appelée à fournir des bases d'un caractère plus général.

Signalons également les enquêtes menées en 1956 par M. Wyss dans un village de Suisse centrale ainsi que par Th. Macheret dans le canton de Fribourg en 1960.

1. Etendue de l'enquête

Une enquête sur l'alcoolisme suppose une équipe bien entraînée et connaissant parfaitement le milieu à atteindre. Le nombre restreint de collaborateurs, déjà fortement sollicités, n'a permis de viser que quelques communes reflétant au mieux les conditions de vie moyenne de notre population et offrant, d'autre part, les meilleures possibilités d'atteindre tous les alcooliques.

La diversité des causes de l'alcoolisme permettrait de supposer, toute proportion gardée, des résultats presque identiques dans les diverses agglomérations. En effet, une forte production de vin ou d'eau-de-vie pourrait jouer ici un rôle compensé ailleurs par un commerce mieux organisé; on pourrait également admettre que l'âpre lutte pour l'existence favorise aussi bien l'alcoolisme que ne le fait le confort. Mais

cependant, qui pourrait déterminer exactement l'importance de tel ou tel facteur? Seule une enquête détaillée poursuivie dans divers milieux régis par des conditions d'existence différentes aurait des chances d'aboutir à des résultats satisfaisants.

Le choix des communes ne revêtirait pas la même importance s'il ne s'agissait que de repérer des alcooliques notoires. Or, très souvent, nous avons affaire à des buveurs cachés s'enivrant chez eux ou sur leur place de travail. Seules des indications émanant de leur entourage familial ou professionnel permettent de les découvrir. Un tel repérage est évidemment bien plus facile dans un petit village que dans une ville ou un centre industriel.

Le présent travail s'est efforcé d'éviter ces écueils en soumettant à un choix minutieux les enquêteurs ainsi que les communes à prospector. L'enquête a duré d'octobre 1958 à février 1959 et s'est déroulée dans dix villages et une ville mentionnés dans cet ouvrage sous les lettres A—J. Le 8 % de la population valaisanne (recensement 1950) a pu être ainsi atteint. Les résultats concernant les deux communes haut-valaisannes ont été groupés sous la lettre H.

2. Organisation de l'enquête

Les autorités communales ont mis à la disposition des enquêteurs les sources de renseignements concernant les personnes à interroger; elles ont également contribué à trouver des collaborateurs travaillant sous la conduite du chef d'enquête. Ces collaborateurs, prêtres, personnel enseignant, représentants de l'ordre, connaissaient, en général, les cas qui leur étaient soumis.

Les médecins ont également été pressentis afin de formuler les diagnostics d'alcoolisme. Ces recherches se sont révélées impossibles dans certaines communes et n'ont permis l'examen que de 492 cas sur 615 seulement. Il a fallu, de ce fait, renoncer aux statistiques médicales.

3. Cartes

Les enquêteurs, à l'aide de lettres et de chiffres, devaient inscrire sur des cartes les données suivantes:

- origine,
- état civil,
- nombre d'enfants,
- profession,

- âge,
- possession d'un véhicule (auto, moto, vélo),
- gravité du cas,
- nature des boissons consommées,
- causes de l'alcoolisme,
- conséquences professionnelles,
- conséquences familiales,
- alcoolisme au sein de la parenté,
- maladies relevant de l'alcoolisme,
- date d'apparition des premiers symptômes,
- abus de médicaments, tabac et stupéfiants.

Tous les collaborateurs avaient reçu des instructions très précises concernant la rédaction des cartes. Ils savaient également qu'ils ne devaient pas pointer les réponses douteuses.

II. Résultats de l'enquête

1. Remarques préliminaires

Nous avons classé les cas, selon leur gravité, en 3 catégories répondant aux divers degrés d'intoxication chronique :

I. Alcooliques se livrant irrégulièrement à des abus mais ne présentant pas des signes certains d'alcoolomanie.

II. Alcooliques accusant des abus réguliers mais ne présentant pas des signes certains d'alcoolomanie.

III. Alcooliques accusant, pour la plupart, des abus réguliers et présentant des signes manifestes d'alcoolomanie.

Appartiennent au groupe I les buveurs ne dépassant pas un sérieux abus hebdomadaire et causant un léger préjudice à leur santé ou à leur entourage.

Le groupe II renferme les buveurs qui se livrent presque quotidiennement à des abus en essayant d'éluder dans l'ivresse leurs problèmes quotidiens.

Le groupe III rassemble trois catégories d'alcoolomanes c'est-à-dire d'alcooliques pour qui l'alcool est devenu un besoin pathologique: tout d'abord ceux qui peuvent encore, en quelque sorte, limiter leurs libations, sans cependant être capables de s'abstenir d'alcool plus d'une demi-journée; font également partie de ce groupe les buveurs qui, après une première ingestion, perdent tout contrôle et ne sont plus en mesure de s'arrêter. La troisième catégorie est constituée par les alcoolomanes chez qui les deux critères mentionnés se trouvent combinés. Les buveurs de ce troisième groupe présentent tous, tant au point de vue médical que social, des signes irrécusables de déchéance.

A la fin de cette partie consacrée à la statistique, se trouvent les tableaux et graphiques auxquels le lecteur voudra bien se reporter.

2. Alcooliques classés selon le sexe et la gravité des cas

Le tableau ci-après permet de constater que les dix communes examinées totalisent le nombre de 615 alcooliques, soit le 6,4 de l'ensemble de leur population. Ceux-ci se répartissent ainsi: 1,5 % dans le groupe I; 2,2 % dans le groupe II et 2,7 % dans le groupe III. Le 12 % des hommes est atteint alors que les femmes accusent une proportion de 1 %.

Sexe et âge	Re-censement 1950	Alcooliques			Total
		Degré			
		I	II	III	
Hommes au-dessus de 14 ans	4 805	144	185	228	557
Femmes au-dessus de 14 ans	4 861	5	21	32	58
Total (sans les enfants) . .	9 666	149	206	260	615

Le pourcentage des alcooliques varie d'une commune à l'autre. Le graphique placé en annexe laisse entrevoir des variations allant de 2,8 % à 18,6 % (moyenne: 6,4 %). Pour la ville J, le chiffre de 2,8 % est inférieur à celui des deux communes haut-valaisannes H (3,6 %). Ces différences relèvent partiellement des raisons invoquées précédemment, notamment d'une conception erronée de l'alcoolisme. Il serait donc téméraire de prétendre obtenir un tableau exact de la situation dans le Valais entier en généralisant les résultats de cette enquête.

3. Nature des boissons consommées

Le tableau annexe I et le graphique 5 indiquent que les alcooliques valaisans sont, dans leur grande majorité, des buveurs de vin, constatation logique dans un pays essentiellement viticole (principalement au centre et dans le Bas-Valais). Les buveurs de vin forment les $\frac{3}{4}$ du groupe I mais seulement la moitié du groupe III. En outre, le 7,4 % seulement du groupe I consomme, outre le vin, des spiritueux, alors que dans le groupe III cette moyenne s'élève à 30,8 %.

Il est donc permis de conclure que le groupe I éprouve un moindre besoin de boissons fortes que les buveurs habituels et les alcoolomanes

(groupe II et III). Ceci démontre l'existence d'une certaine accoutumance liée à la recherche de boissons plus fortes. Nous pouvons également supposer que, sous l'effet d'un besoin d'alcool toujours plus impérieux, les buveurs des deux premiers groupes vont peu à peu grossir les rangs du groupe III.

Une seconde enquête, menée quelques années plus tard, permettrait de confirmer cette hypothèse, mais risquerait d'être entachée d'erreurs à la suite des départs et des décès survenus entre-temps. Une statistique basée sur l'âge des buveurs nous permet cependant de vérifier cette hypothèse.

4. Age

L'hypothèse d'un glissement des buveurs plus âgés vers le groupe III trouve la confirmation dans le graphique 2 (annexe) ainsi que dans le tableau ci-dessous:

Age	Alcooliques classés selon la gravité des cas					
	I	II	III	I	II	III
	Nombre absolu			Pourcentage		
15-19	3	—	—	2,0	—	—
20-29	34	17	1	22,8	8,1	0,4
30-39	39	40	16	26,2	19,1	6,3
40-49	26	38	54	17,4	18,2	21,0
50-59	30	43	65	20,1	20,6	25,2
60-69	15	40	78	10,1	19,1	30,3
70-79	1	24	40	0,7	11,5	15,6
80 et plus . .	1	7	3	0,7	3,4	1,2
Total	149	209	257	100,0	100,0	100,0

Les buveurs du groupe I n'ont, en majorité, pas atteint les 40 ans, alors que le 72,8 % du groupe II et le 93,3 % du groupe III ont dépassé cet âge. Nous pouvons donc constater que, à partir de 40 ans, l'état de l'alcoolique s'aggrave rapidement. Les libations excessives deviennent bientôt une habitude puis un besoin.

Le graphique 2 (annexe) répartit les diverses classes d'âge selon le sexe et la gravité. Il vient, à son tour, renforcer la constatation précédente en démontrant qu'une forte proportion de buveurs habituels

ainsi que la grosse majorité des alcoolomanes ont dépassé la quarantaine.

A noter aussi la différence de proportion entre hommes et femmes dans les diverses classes d'âge. Le 73 % des hommes, soit 409 sur 557, et le 97 % des femmes, soit 56 sur 58, ont plus de 40 ans. Cependant, comme les hommes totalisent les 9 dixièmes de l'effectif total des alcooliques observés, la répartition selon l'âge reflétera la proportion observée chez les hommes.

Age	Alcooliques classés selon le sexe					
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
	Nombre absolu			Pourcentage		
15-19 . . .	3	—	3	0,5	—	0,5
20-29 . . .	52	—	52	8,5	—	8,5
30-39 . . .	93	.2	95	15,0	0,4	15,4
40-49 . . .	106	12	118	17,2	2,0	19,2
50-59 . . .	123	15	138	20,0	2,5	22,5
60-69 . . .	120	13	133	19,5	2,1	21,6
70-79 . . .	51	14	65	8,3	2,2	10,5
80 et plus . . .	9	2	11	1,5	0,3	1,8
Total . . .	557	58	615	90,5	9,5	100,0

Ces considérations sur la corrélation entre l'âge des buveurs et le degré de gravité de leur alcoolisme ne doivent pas être ignorées de ceux qui sont appelés à combattre cette maladie.

5. Professions

Nul n'ignore que les alcooliques exercent, pour la plupart, une profession pénible réclamant de gros efforts physiques. Le travail à la campagne ou sur les chantiers occasionne des transpirations abondantes qui demandent à être compensées. Or, selon le recensement de 1950, le Valais comptait 63 847 travailleurs dont le 36,6 %, soit 23 389, étaient des agriculteurs indépendants, 2 614 (4,1 %), des ouvriers agricoles et 6 738 (10,6 %), des ouvriers travaillant dans l'industrie du bâtiment ou dans le génie civil.

Ouvriers et paysans totalisent le 60 % des alcooliques en Valais. Veut-on les comparer aux autres professions ou comparer ces der-

nières entre elles, une première constatation s'impose: la répartition des alcooliques dans les 3 groupes de gravité est sensiblement la même dans chaque profession (cf. graphique 4). De plus amples détails nous sont fournis par le tableau ci-dessous. Nous sommes frappés d'y rencontrer une proportion relativement élevée d'employés dans le groupe I alors que les ménagères accusent un fort pourcentage dans le groupe III.

Notons également que 164 des 615 alcooliques sont propriétaires de vignes. Ils forment ainsi plus du quart des buveurs. Cette proportion se rencontre dans tout le Bas-Valais, région essentiellement viticole où le remède est près de la soif et ne coûte pas bien cher à son propriétaire.

Alcooliques classés selon la gravité des cas et la profession						
Profession	I	II	III	I	II	III
	Nombre absolu			Pourcentage		
Ouvriers	46	44	83	30,9	21,3	31,9
Ouvriers-paysans	8	23	35	5,4	11,2	13,5
Agriculteurs	38	64	40	25,5	31,1	15,4
Employés-paysans	4	2	2	2,7	1,0	0,8
Employés	30	20	25	20,1	9,7	9,6
Chauffeurs	4	3	1	2,7	1,5	0,4
Industriels et commerçants	12	22	29	8,0	10,7	11,1
Aubergistes	2	4	8	1,3	1,9	3,1
Ménagères	4	13	26	2,7	6,3	10,0
Ménagères paysannes	—	5	4	—	2,4	1,5
Sans profession	1	6	7	0,7	2,9	2,7
Total	149	206	260	100,0	100,0	100,0
Propriétaires de vignes	27	64	73	18,1	31,1	28,1

D'autre part, les boissons fortement alcoolisées ne sont pas dédaignées de nos vigneron dont 137 sur 164 appartiennent aux groupes II et III. Ces groupes contiennent, répétons-le, une forte proportion d'alcooliques amateurs, à la fois, de vin et de spiritueux.

6. Conditions génératrices et apparition des abus alcooliques

Cette question a déjà été touchée dans le chapitre précédent traitant des professions. La consommation excessive est grandement favorisée par les habitudes et les coutumes où s'est implanté l'usage du vin. Nous

en reparlerons au chapitre 10 (alcoolisme et opinion publique). Il convient cependant de relever, dès à présent, que ces habitudes ne s'entretennent pas seulement à l'auberge ou dans les réunions publiques, mais bien aussi, et dans une large mesure, par l'exemple de l'entourage familial. Le graphique 6 nous informe que plus de la moitié des alcooliques ont eu à subir, ou subissent encore, des influences pernicieuses exercées dans le cadre familial. Ces personnes appartiennent surtout au groupe II, les groupes I et III accusant un effectif presque semblable. Le tableau ci-dessous en témoigne:

Parenté alcoolique classée selon la gravité des cas								
Parenté alcoolique	I	II	III	Total	I	II	III	Total
	Nombre absolu				Pourcentage			
Père	50	79	77	206	8,1	12,9	12,5	33,5
Mère	7	6	4	17	1,1	1,0	0,6	2,7
Grand-père	—	3	2	5	—	0,5	0,3	0,8
Grand-mère	1	—	—	1	0,2	—	—	0,2
Autres parents	6	10	21	37	1,0	1,6	3,4	6,0
Père/mère	10	28	28	66	1,6	4,5	4,5	10,6
Père/grand-père	—	2	—	2	—	0,3	—	0,3
Père/grand-père et grand-mère	4	1	—	5	0,7	0,2	—	0,9
Père/autres parents	3	9	6	18	0,5	1,5	1,0	3,0
Père/mère/autres parents	3	9	6	18	0,5	1,5	1,0	3,0
Grand-père/grand-mère et autres parents	2	—	—	2	0,3	—	—	0,3
Mère/autres parents	—	1	—	1	—	0,2	—	0,2
Indéterminés	58	58	115	231	9,4	9,4	18,7	37,5
Total	149	206	260	615	24,2	33,6	42,2	100,0

Le problème de l'origine de l'alcoolisme est d'autant plus délicat qu'il est souvent difficile de séparer les causes des conséquences, par exemple lors de déficiences caractérielles ou de mésententes conjugales. Seul un diagnostic psychologique, ou même psychiatrique, pourrait apporter une lumière; il était fréquemment impossible de l'obtenir.

Parmi les 615 alcooliques, nous en trouvons 284 (46 %) chez qui les premiers abus remontent entre la 10ème et la 20ème année, tandis que 294 (48 %) ont commencé à boire entre 21 et 40 ans. Le tableau ci-après confirme la constatation faite auparavant et selon laquelle les alcooliques ayant débuté entre 21 et 40 ans évoluent rapidement

vers un éthylysme d'habitude, prélude de l'alcoolomanie. Le groupe III en compte 168 contre 126 répartis entre les groupes I et II. Proportion: 4 alcoolomanes contre 3 qui ne le sont pas encore.

Alcooliques classés selon la gravité des cas						
Début de l'alcoolisme	I	II	III	I	II	III
	Nombre absolu			Pourcentage		
Enfance	2	11	5	1,3	5,3	1,9
10—20 ans	88	118	78	59,1	57,3	30,0
21—40 ans	56	70	168	37,6	34,0	64,6
Au-dessus de 40 ans	2	4	2	1,3	1,9	0,8
Indéterminés	1	3	7	0,7	1,5	2,7
Total	149	206	260	100,0	100,0	100,0

7. Conséquences de l'alcoolisme

L'abus prolongé de l'alcool entraîne des troubles organiques et psychiques. Comme nous le disions plus haut, sur 615 alcooliques, 492 seulement étaient sous contrôle médical. 263 patients accusaient des troubles organiques semblant relever de l'alcoolisme tels que: faciès, cirrhose, tremor, dystonie neuro-végétative, troubles digestifs etc.). Ces 263 alcooliques se répartissent ainsi:

Groupe I: 54 (10,9 % de 492)

Groupe II: 107 (21,8 % de 492)

Groupe III: 102 (20,7 % de 492).

On peut se demander pourquoi le plus fort contingent appartient au groupe II et non au groupe III comme on pourrait s'y attendre. Ces conclusions, en effet, risqueraient de prêter à erreur si l'on oubliait que c'est précisément le groupe II, et non le groupe III, qui a fourni le plus grand nombre de cas observés. Pour traduire exactement la réalité, il est indispensable d'établir la proportion existant entre l'ensemble d'un groupe contrôlé médicalement et le nombre de personnes atteintes faisant partie de ce même groupe. Etablissant une moyenne sur 100 cas contrôlés appartenant au même groupe, nous obtenons les résultats suivants:

Groupe I: 41 personnes présentant des troubles organiques;

Groupe II: 54 personnes présentant des troubles organiques;

Groupe III: 62 personnes présentant des troubles organiques.

En les répartissant par classes d'âge, nous arrivons, vu la forte proportion de personnes âgées dans les groupes II et III, aux chiffres suivants pour 100 personnes de la même classe d'âge:

- jusqu'à 20 ans: 21 personnes présentant des troubles organiques,
- de 31 à 50 ans: 44 personnes présentant des troubles organiques,
- de 51 à 70 ans: 68 personnes présentant des troubles organiques,
- plus de 70 ans: 64 personnes présentant des troubles organiques,
- en tout (moyenne): 54 personnes présentant des troubles organiques.

Le 49 % des 615 cas, soit 300 personnes, accusent une diminution de leur capacité de travail, soit 59 du groupe I, 86 du groupe II et 155 du groupe III. Cette constatation est lourde de conséquences car elle signifie souvent perte d'emploi, et, partant, perte de salaire. On a relevé 34 cas de licenciement parmi les alcoolomanes. Le tableau ci-dessous nous apporte quelques précisions:

Alcooliques classés selon la gravité des cas								
Conséquences de l'alcoolisme	I	II	III	Total	I	II	III	Total
	Nombre absolu				Pourcentage			
Perte de situation	3	4	27	34	2,0	1,9	10,4	5,6
Baisse de rendement	17	54	86	157	11,4	26,2	33,1	25,5
Absences fréquentes	39	28	42	109	26,2	13,6	16,1	17,7
Cas indéterminés	90	120	105	315	60,4	58,3	40,4	51,2
Total	149	206	260	615	100,0	100,0	100,0	100,0

Notons, en passant, que sur 176 conducteurs alcooliques, 48 avaient trempé dans un accident de la circulation.

La lourde répercussion de l'alcoolisme sur le milieu familial est connue. Il n'a pas été possible de dresser une statistique détaillée des répercussions sociales issues des 615 cas observés car, presque toujours (475 cas), elles étaient passées sous silence ou sommairement esquissées. Elles n'en existent pas moins et se trahissent souvent dans le chapitre suivant.

8. Etat civil et milieu familial

Le tableau II, en annexe, appelle les remarques suivantes: parmi les 374 alcooliques mariés, l'on compte 32 couples alcooliques. Lors du recensement des épouses de buveurs, nous en avons classé 342 dans

l'entourage familial et 32 parmi les alcooliques. D'autre part, il a fallu prendre garde de ne pas compter deux fois la descendance de tels couples.

Etat civil	Alcooliques			Entourage familial		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Célibataires	183	11	194	—	2	2
Mariés	342	32	374	342	1 204	1 546
Veufs	27	13	40	—	111	111
Divorcés	5	2	7	5	6	11
Total	557	58	615	347	1 323	1 670

Le graphique No 3, répartissant les alcooliques selon le sexe, le degré de gravité et la situation sociale, apporte des renseignements précieux. Nous constatons que:

1. les femmes alcooliques appartiennent surtout au groupe III, alors que le groupe I en compte le moins;
2. le pourcentage des hommes mariés est sensiblement le même dans tous les groupes (54 % — 60 % — 53 %).

Nous avons dénombré, pour 100 alcooliques, un entourage familial de 272 personnes dont 215 mineurs. Si notre enquête se borne aux veuves et aux hommes mariés ou veufs, nous obtenons les chiffres suivants: 344 enfants pour 100 personnes.

En faisant la répartition par groupes, nous obtenons le tableau suivant:

Gravité des cas	Alcooliques			Nombre d'enfants	
	Hommes mariés ou veufs	Veuves	Total	absolu	sur 100 familles
I	82	1	83	253	305
II	131	5	136	496	365
III	156	7	163	566	347
Total	369	13	382	1 315	344

Le nombre d'enfants issus de parents alcooliques dans l'ensemble des communes examinées s'élève à 1323 (y compris les enfants illégitimes ou de mères divorcées). 1070 d'entre eux descendent de parents

appartenant aux groupes II et III (cf. Tableau II en annexe). 361 des 615 alcooliques observés ont des enfants assez uniformément répartis en familles de 1-2, 3-4 ou 5 enfants et plus. Le tableau ci-dessous illustre cette constatation:

Alcooliques et leur descendance										
Etat civil	Nombre d'enfants					Nombre d'enfants				
	0	1-2	3-4	5 et plus	Total	0	1-2	3-4	5 et plus	Total
	Nombre absolu					Pourcentage				
Célibataires . . .	192	2	—	—	194	31,2	0,3	—	—	31,5
Mariés	48	106	119	101	374	7,8	17,2	19,4	16,4	60,8
Veufs	11	8	11	10	40	1,8	1,3	1,8	1,6	6,5
Divorcés	3	2	1	1	7	0,5	0,3	0,2	0,2	1,2
Total	254	118	131	112	615	41,3	19,1	21,4	18,2	100,0

9. Récapitulation

L'alcoolisme en Valais (surtout au centre et au Bas-Valais) est un alcoolisme essentiellement vinique (62 %). Cette constatation se vérifie surtout chez les buveurs occasionnels (groupe I), tandis que les buveurs habituels (groupe II) et les alcoolomanes (groupe III) recherchent souvent les boissons plus riches en alcool. L'accoutumance les pousse vers l'abus des spiritueux.

La majorité des buveurs occasionnels (51 %) n'a pas encore atteint la quarantaine alors que les 27 % des buveurs habituels et seulement le 7 % des alcoolomanes se trouvent dans ce cas. A noter, en ce qui concerne l'âge, la différence de proportion entre les hommes et les femmes. Sur 557, 409 hommes (73 %) dépassent les 40 ans alors que 56 femmes sur 58 (97 %) ont franchi cet âge.

La plupart des alcooliques valaisans se livrent à des travaux pénibles favorisant l'usage des boissons. Agriculteurs et ouvriers forment le 60 % des alcooliques uniformément répartis dans les groupes I, II et III. Les 164 propriétaires de vignobles indiquent bien le danger se rattachant à cet état.

La recherche des facteurs non-professionnels s'est révélée très difficile. De précieuses indications nous sont fournies par l'enquête sur le milieu familial des parents. Plus de la moitié des buveurs étaient

issus de parents alcooliques. D'autre part, les coutumes et les traditions favorisent indubitablement l'alcoolisme.

Très intéressante s'est révélée l'étude sur la date des premières consommations excessives. Nous basant sur des renseignements difficilement contrôlables, nous avons dénombré 284 buveurs atteints déjà entre 10 et 20 ans et 294 atteints entre 20 et 40 ans. Relevons, d'autre part, que 168 alcoolomanes sur 260 ont commencé à s'enivrer entre 20 et 40 ans. Il apparaît indubitable que les buveurs ayant commencé leurs abus à l'âge mûr évoluent rapidement vers des formes plus graves d'alcoolisme. Plusieurs tableaux de l'annexe confirment cette constatation.

L'étude des conséquences de l'alcoolisme est très délicate. Certaines d'entre elles se devinent très aisément, telle la diminution de capacité de travail décelable dans 300 cas sur 615. Nous constatons également que 1 alcoolomane sur 10 perd sa situation. Il est, par contre, très difficile d'obtenir des renseignements sûrs et précis touchant les tares physiques et psychiques issues de l'alcoolisme. Une statistique dressée sur des données médicales serait nécessaire mais s'est révélée difficilement réalisable. Elle seule pourrait déterminer si un trouble organique ou mental est imputable pleinement ou partiellement à l'alcoolisme. Seules ont été tentées des enquêtes partielles qui ne permettent pas de tirer des conclusions générales.

Les répercussions sociales de l'alcoolisme ne peuvent, pour des raisons identiques, faire l'objet de statistiques précises. Nous sommes cependant autorisés à déduire que l'entourage familial immédiat est, en règle générale, appelé à pâtir du comportement de l'alcoolique. Rappelons, en outre, que, d'après notre enquête, 61 % des alcooliques, soit 342 hommes et 32 femmes, sont mariés et ont à leur charge 1546 personnes. 100 parents alcooliques possèdent, en moyenne, 344 enfants. La plupart des enfants d'alcooliques, soit 1070 sur 1323, sont issus de parents appartenant aux groupes les plus atteints (II et III).

10. L'alcoolisme devant l'opinion publique

Plusieurs aspects de l'alcoolisme ne peuvent être aisément soumis à la statistique. Nous évoquons plus haut les difficultés médicales rencontrées lors de la recherche des causes et conséquences de l'alcoolisme. La solution de tels problèmes exigerait un personnel spécialisé et entraîné. Souvent les causes et les effets s'interfèrent et ne peuvent être clairement discernés. La même confusion menace la recherche des causes individuelles et des influences de l'entourage.

Une lutte rationnelle de l'alcoolisme doit éclairer l'opinion publique sur les divers problèmes tels que le danger des traditions trop copieusement «arrosées», l'utilisation des fruits, les loisirs, le sport chez la jeunesse etc.

Pour sonder l'opinion publique, il a été remis un questionnaire à des personnes dignes de confiance réparties dans 126 communes. Le 80 % est revenu et mis à la disposition du meneur de l'enquête. À travers la diversité des réponses, se dessinent quelques constatations générales telles que celles-ci: Les hommes, durant leur loisirs, s'enivrent de préférence à l'auberge ou lors de «parties de caves». Il est d'usage d'offrir du vin à tout visiteur qui ne saurait refuser sans encourir le risque de choquer son hôte. Chaque fête, chaque réunion familiale devient une occasion de boire.

Relevons, pour terminer, quelques pertinentes remarques glanées dans ces questionnaires:

- a) Certaines régions, certaines communes possèdent trop d'auberges.
- b) Certains aubergistes poussent à la consommation au lieu de mettre en garde leurs clients contre les abus de l'alcool.
- c) Les prescriptions légales concernant le service de boissons alcooliques à la jeunesse, aux alcooliques et aux ivrognes sont inopérantes, la gendarmerie n'étant pratiquement jamais informée des infractions commises.
- d) Quelques localités ignorent l'heure de fermeture des cafés; dans d'autres, cette heure devrait être avancée.
- e) Dans certaines régions, l'interdiction concernant l'absinthe n'est pas respectée.
- f) Les boîtes à jeux ou à disques attirent la jeunesse au café. Elle s'y attarde et y revient volontiers.
- g) A noter les généreuses distributions de vin lors de réunions publiques et de fêtes populaires.
- h) La vente de vin «à l'emporter» devrait être interdite.
- i) La surveillance des personnes frappées d'interdiction d'auberge n'est pas exercée partout.
- j) Il faudrait intensifier le travail de prophylaxie et s'occuper davantage du problème des loisirs et des sports. Le repérage et le traitement des alcooliques devraient être intensifiés etc.

Une enquête menée, il y a quelques années, en Alsace aboutissait sensiblement aux mêmes conclusions. Mais il est bien évident que le problème de l'alcoolisme dépasse le Valais et le Haut-Rhin. Il intéresse la santé publique, l'ordre social et économique de tous les pays, de chaque commune. Nous souhaitons que les résultats de notre enquête apportent ainsi une modeste contribution à la lutte contre l'alcoolisme.

TABLEAU I

Nature des boissons consommées par les alcooliques

Boissons	Alcooliques (hommes et femmes)			
	Groupe I	Groupe II	Groupe III	Total
	Nombre absolu			
Vin	106	136	138	380
Bière	—	—	2	2
Apéritifs	—	—	—	—
Spiritueux (eau-de-vie)	—	1	4	5
Bière et vin	9	4	6	19
Vin et apéritifs	15	2	2	19
Vin et spiritueux	11	44	80	135
Bière et apéritifs	—	—	—	—
Bière et spiritueux	—	—	—	—
Apéritifs et spiritueux	1	—	—	1
Vin, bière et apéritifs	—	1	—	1
Vin, bière et spiritueux	—	2	1	3
Vin, apéritifs et spiritueux	2	—	—	2
Vin, bière, apéritifs et spiritueux	5	16	27	48
Total	149	206	260	615
	Pourcentage			
Vin	71,1	66,0	53,1	61,8
Bière	—	—	0,8	0,3
Apéritifs	—	—	—	—
Spiritueux (eau-de-vie)	—	0,5	1,5	0,8
Bière et vin	6,0	1,9	2,3	3,1
Vin et apéritifs	10,1	1,0	0,7	3,1
Vin et spiritueux	7,4	21,3	30,8	21,9
Bière et apéritifs	—	—	—	—
Bière et spiritueux	—	—	—	—
Apéritifs et spiritueux	0,7	—	—	0,2
Vin, bière et apéritifs	—	0,5	—	0,2
Vin, bière et spiritueux	—	1,0	0,4	0,5
Vin, apéritifs et spiritueux	1,3	—	—	0,3
Vin, bière, apéritifs et spiritueux	3,4	7,8	10,4	7,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

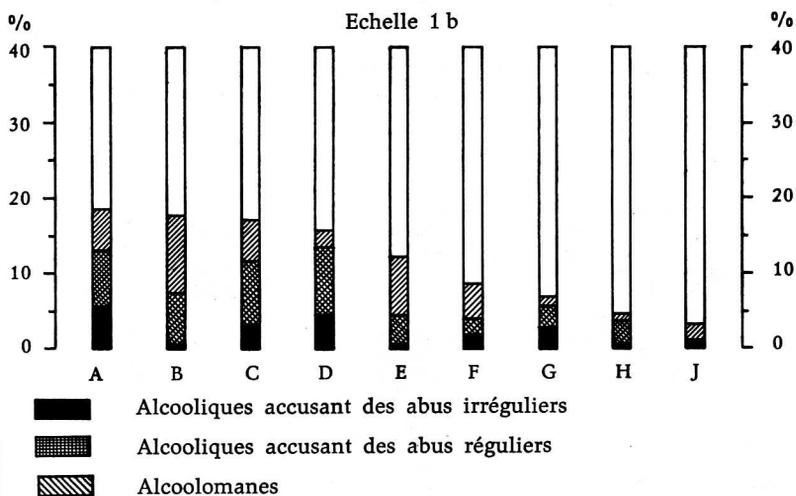
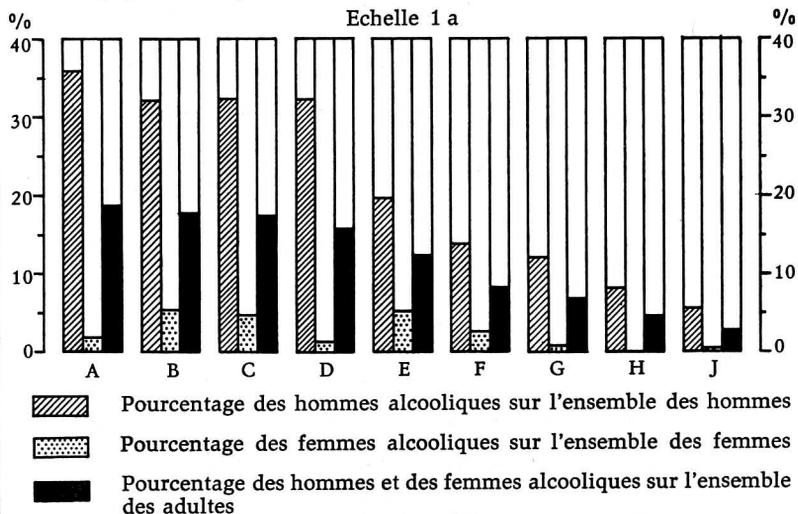
Alcooliques classés selon le sexe, l'état civil, le nombre d'enfants et la gravité des cas

Etat civil	Hommes avec enfants					Femmes avec enfants					Total des enfants
	0	1-2	3-4	5 et plus	Total	0	1-2	3-4	5 et plus	Total	
Groupe I											
Célibataires . . .	62	—	—	—	62	1	—	—	—	1	—
Mariés	13	33	16	18	80	—	1	1	1	3	249
Veufs	1	—	1	—	2	1	—	—	—	1	4
Divorcés	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Total I	76	33	17	18	144	2	1	1	1	5	253
Groupe II											
Célibataires . . .	53	—	—	—	53	3	—	—	—	3	—
Mariés	8	35	45	36	124	1	1	9	1	12	451
Veufs	1	2	1	3	7	1	—	1	3	5	45
Divorcés	—	1	—	—	1	—	—	—	1	1	2
Total II	62	38	46	39	185	5	1	10	5	21	498
Groupe III											
Célibataires . . .	66	2	—	—	68	7	—	—	—	7	2
Mariés	20	32	44	42	138	6	4	4	3	17	504
Veufs	6	4	5	3	18	1	2	3	1	7	62
Divorcés	2	1	1	—	4	1	—	—	—	1	4
Total III	94	39	50	45	228	15	6	7	4	32	572
Groupe I - III											
Célibataires . . .	181	2	—	—	183	11	—	—	—	11	2
Mariés	41	100	105	96	342	7	6	14	5	32	1204
Veufs	8	6	7	6	27	3	2	4	4	13	111
Divorcés	2	2	1	—	5	1	—	—	1	2	6
Total I-III	232	110	113	102	557	22	8	18	10	58	1323

GRAPHIQUES

1. Alcooliques âgés de plus de 14 ans

dans 9 communes examinées (A-J) en pourcentage sur l'ensemble de la population à partir de 14 ans (recensement du 1. XII. 1950)



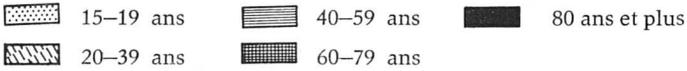
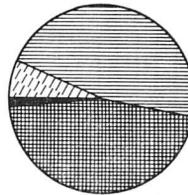
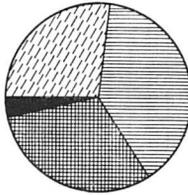
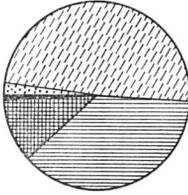
2. Répartition des alcooliques selon l'âge

Pourcentage

I. Alcooliques avec abus irréguliers

II. Alcooliques avec abus réguliers

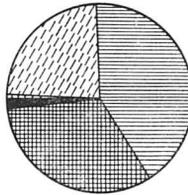
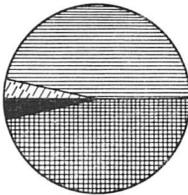
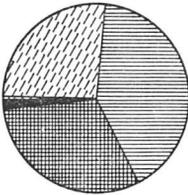
III. Alcoolomanes



Hommes

Femmes

Total



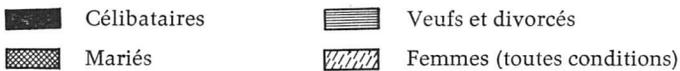
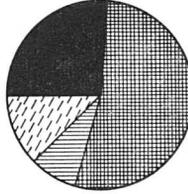
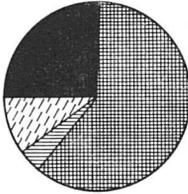
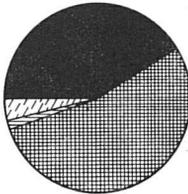
3. Répartition des hommes alcooliques selon l'état civil

Pourcentage

I. Alcooliques avec abus irréguliers

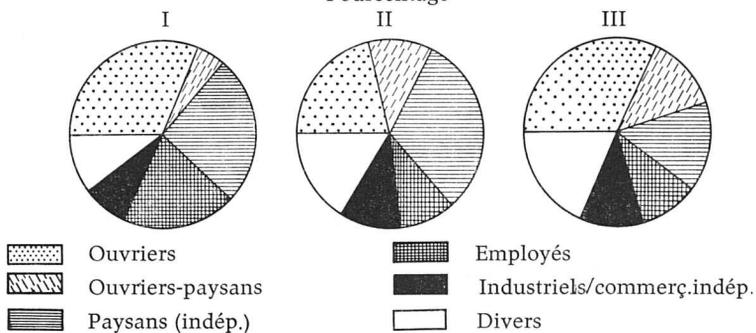
II. Alcooliques avec abus réguliers

III. Alcoolomanes



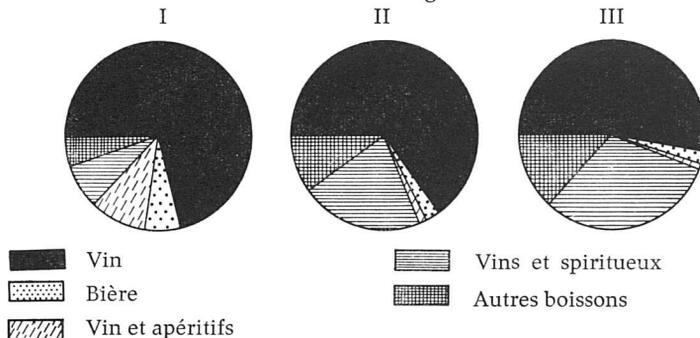
4. Alcooliques répartis selon la profession

- Pourcentage

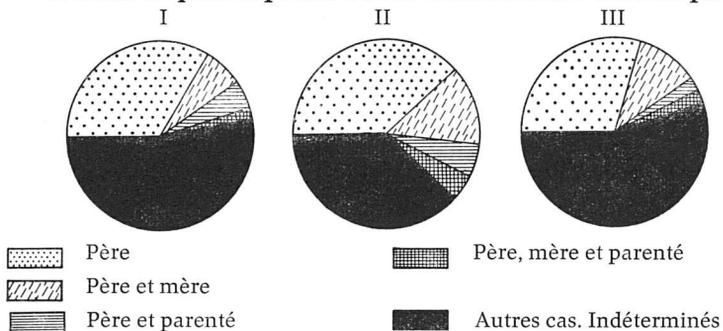


5. Alcooliques répartis selon la nature des boissons consommées

Pourcentage



6. Alcooliques répartis selon l'ascendance alcoolique



TROISIEME PARTIE
PROGRAMME

Organisation de l'action sociale en faveur des alcooliques

Ce chapitre a été traité intentionnellement sous une forme très schématique. Les auteurs ont cherché à jeter les bases d'une organisation de lutte contre les abus de l'alcool au niveau des cantons, dans l'intention de faciliter l'élaboration de nouvelles lois. Les structures proposées étant susceptibles de s'adapter aux conditions particulières de chaque région ils souhaitent que les suggestions émises ici puissent être utiles à toute autorité désireuse d'intensifier la lutte contre l'alcoolisme.

Depuis quelques années, nous voyons la plupart des cantons organiser d'une façon rationnelle leur action sociale en faveur des alcooliques. L'accent se porte de nos jours sur une assistance médico-sociale ambulatoire, c'est-à-dire permettant au patient de demeurer dans son cadre habituel, exception faite d'une brève hospitalisation pour une cure médicamenteuse. Les méthodes actuelles de traitement médical (désintoxication, cures, psychothérapie) favorisent cette tendance au point de rendre une telle action indispensable.

L'assistance stationnaire, c.-à-d. confiée à un établissement, n'a pas sensiblement progressé. Elle ne se conçoit que dans certains cas particuliers car elle pose de sérieux problèmes économiques et sociaux.

L'action sociale contre l'alcoolisme, sur le plan cantonal, peut se concevoir de la façon suivante:

- I. une association cantonale dont les organismes essentiels sont les services médico-sociaux (service social et service médical), en liaison avec un service hospitalier spécialisé ainsi qu'avec un établissement de rééducation et de thérapie;
- II. une commission cantonale consultative, organe de liaison entre les diverses instances;
- III. une loi sur l'aide médico-sociale en faveur des alcooliques;
- IV. une loi sur la protection de la jeunesse, essentielle dans le domaine de la prévention; elle doit contenir les dispositions propres à enrayer l'alcoolisme auprès de la jeunesse.

I. Association cantonale d'assistance sociale en faveur des alcooliques

1. Généralités

Il existe en Valais la *Ligue valaisanne contre les abus de l'alcool* fondée en 1954. Elle patronne un dispensaire antialcoolique qui est devenu, par la suite, le *Service médico-social de Sion*. L'ouverture d'un service identique à Sierre est prévue pour le courant de 1963.

L'association cantonale a pour tâches essentielles d'organiser l'assistance aux alcooliques et de développer toutes les mesures prophylactiques utiles. Pour réaliser ces buts, elle doit assurer l'existence de services qui groupent tout particulièrement du personnel à caractère social. Reste ouverte la question de savoir si cet organe prend également en charge certaines activités d'ordre médical, telle l'exploitation du service hospitalier spécialisé et de l'établissement de rééducation et de thérapie.

Conçue de telle sorte, cette organisation médico-sociale comprend dans ses membres des collectivités de droit privé ou public, de même que des personnes privées. L'organisation médico-sociale groupe des personnes de toute tendance et ne comprendra pas, dans ses organes dirigeants, que des abstinents.

Si, par l'appui de ses membres, par des donations etc., l'association doit pouvoir obtenir une aide matérielle complémentaire, l'Etat, de son côté, la soutiendra financièrement par une très large participation assurée partiellement par un prélèvement sur la dîme de l'alcool.

2. Tâches du service médico-social

Rappelons brièvement ces tâches dont il a été question dans la première partie de cet ouvrage:

1. intervention dans les cas d'intoxication alcoolique aiguë et tout particulièrement lorsqu'ils menacent l'ordre public (par exemple l'ivresse au volant);

2. intervention auprès des particuliers menacés par l'alcoolisme, avec toutes les ressources de la psychologie individuelle et en collaboration avec le médecin;
3. traitement médical ambulatoire ou hospitalier des alcooliques par psychothérapie, cure médicamenteuse; traitement sociothérapique;
4. travail d'information et de prophylaxie, principalement auprès de la jeunesse.

Ces tâches doivent être assumées par des personnes possédant une formation générale solide et bien formées dans l'organisation médico-sociale en faveur de alcooliques.

Le médecin sera de préférence un psychiatre. Il peut dépendre directement de l'organisation médico-sociale ou être engagé par l'Etat. Lui incombent:

- la collaboration avec les services sociaux;
- l'examen des personnes suspectes d'alcoolisme;
- le traitement des alcooliques ambulatoires ou hospitalisés;
- la surveillance des cas.

Le médecin du service médico-social doit disposer d'un service hospitalier spécialisé, dans le cadre d'un hôpital général. De tels services existent à Genève et à Lucerne, par exemple. Une petite section suffit à réaliser ces traitements qui consistent tout particulièrement dans l'application de cures médicamenteuses. Ce traitement hospitalier a sur le séjour dans une clinique psychiatrique le gros avantage de faciliter l'accès aux malades qui se prêtent volontairement à une telle cure.

3. Financement (répartition de la dîme de l'alcool)

Un des moyens que les cantons ont à disposition pour soutenir financièrement les services médico-sociaux consiste dans la répartition de la dîme de l'alcool. Les sommes à disposition étaient, jusqu'il y a peu de temps encore, distribuées entre un nombre très varié de bénéficiaires. La tendance se manifeste de les concentrer sur les organisations spécialisées dans la lutte contre l'alcoolisme. Les cantons ont ainsi été amenés à pratiquer de vastes coupures dans les subsides accordés à d'autres bénéficiaires, en vue de porter l'effort vers les organisations disposant de services médico-sociaux. En 1958–1959, le 36,7 % de la dîme de l'alcool était en moyenne dirigé vers les dispensaires. Notons qu'à cette époque le Valais ne recevait que le 13 %

et se trouvait ainsi très en dessous de la moyenne. Pour 1959—1960, ce montant a déjà atteint le 17% et a ascené, en 1960—1961, à 26,1%. Si, en 1956, l'Etat du Valais avait accordé un montant de Fr. 6000.— sur les Fr. 44000.— disponibles, en 1961, c'est un montant de Fr. 24 000.— qui a été donné sur Fr. 90000.— et, en 1962, Fr. 26 000.—, sur Fr. 86 000.—. Il est à remarquer que cette somme est complétée par des montants prévus au budget ordinaire de l'Etat.

II. Commission cantonale consultative

La lutte contre l'alcoolisme en général et l'action sociale en faveur des patients en particulier présupposent une collaboration entre les œuvres privées et les autorités. Les expériences faites démontrent l'utilité d'un organisme intermédiaire qui, dans 6 cantons, a été créé sous la forme d'un organe consultatif: la commission cantonale consultative. Cet organe de coordination traite de toute question intéressant la lutte contre les abus de l'alcool et fait part de ses suggestions à l'Etat. Ses membres doivent connaître les institutions existantes, être au courant des différents points de vue et essayer de donner leur avis en toute objectivité sur certains points particuliers. En un mot, il doit permettre l'essor de l'organisation médico-sociale et suivre toute initiative prise sur le territoire du canton. Cette commission joue en définitive un rôle essentiellement consultatif.

III.

Loi sur l'aide médico-sociale en faveur des alcooliques

1. Double forme de l'assistance sociale

L'assistance sociale en faveur des alcooliques revêt une double forme:

- *L'assistance volontaire* est conditionnée par le bon vouloir du patient.
- *L'assistance imposée* agit en s'appuyant sur la loi.

a) *L'assistance volontaire:*

Elle s'exerce par un organe spécialisé, soit par traitement individuel (casework), soit par traitement de groupe (groupwork). Certains cantons possèdent dans ce but un service médico-social incarné par les services sociaux, d'une part, et le psychiatre, d'autre part, travaillant en étroite collaboration et jouissant d'une égale autorité.

b) *L'assistance imposée:*

Exercée non par un organe spécialisé mais par un service officiel appliquant les dispositions cantonales touchant l'alcoolisme, elle est destinée à compléter l'assistance volontaire.

Les conditions susceptibles de déclencher cette assistance imposée sont les suivantes:

- Le refus de se soumettre à l'assistance volontaire. Le patient refuse tout contact avec le service médico-social. L'autorité intervient alors par invitation, avertissement ou ordre.
- Le cas d'urgence (danger public, danger de suicide, de délire, etc.).
- L'absence d'amélioration malgré les nombreuses interventions du service médico-social. L'autorité intervient lorsque la santé ou la situation de l'intéressé et de sa famille l'exigent.

Le législateur se trouve finalement en face de deux tâches essentielles:

1. *Promouvoir l'assistance volontaire dans le sens du service médico-social;*
2. *Introduire l'assistance imposée en respectant son caractère complémentaire.*

2. Législations cantonales actuelles

La position juridique des divers cantons est la suivante:

- a) *Absence de législation spéciale* (dans 6 cantons dont le Valais). Les dispositions relèvent essentiellement du droit de tutelle.
- b) *Loi inspirée par des conceptions anciennes* (dans 7 cantons). L'accent est porté sur l'hospitalisation; seule est prévue l'assistance imposée confiée au service de l'ordre public.
- c) *Loi inspirée par des conceptions plus récentes* (dans 8 cantons). L'accent, ici, se porte sur l'assistance volontaire. Plusieurs cantons ont créé des dispensaires officiels. L'assistance imposée n'est plus confiée au gendarme mais à des services initiés aux questions d'action sociale.
- d) *Loi à caractère médico-social* (dans 4 cantons: Zoug, Vaud, Neuchâtel, Lucerne). A côté des dispensaires privés ou officiels, fonctionne un service d'assistance médicale. Bien qu'étant au service de l'Etat, le médecin, en règle générale, doit éviter les moyens officiels de pression. Service social et médical travaillent en collaboration. Le dispensaire est devenu un service médico-social. L'assistance imposée relève de la compétence du service de la santé publique.

3. Principes d'une législation en matière d'assistance

La législation précise la place de l'Etat dans l'action sociale basée sur les principes suivants:

1. *Liberté d'action* du service médico-social. L'Etat ne participe pas directement à l'activité des services d'assistance volontaire. Ceux-ci agissent de leur propre droit. Il s'agit là d'un principe général; une exception est prévue au chiffre 5 ci-dessous.

2. Dans le domaine des *structures*:

- a) coordination des services existants;
- b) précisions relatives aux charges et droits de chacun d'entre eux;
- c) délimitation des compétences de chaque organisation.

3. *Subsidiarité* en faveur des services privés d'assistance volontaire:

- a) aide matérielle (subvention);

- b) aide structurelle (création de services auxiliaires, commission cantonale etc.);
- c) aide juridique (reconnaissance du droit d'initiative et de préavis ainsi que du droit d'information).

4. Organisation de l'assistance imposée:

- a) mesures de probation;
- b) traitement en établissement.

5. *Intervention exceptionnelle de l'Etat* dans la création et l'organisation de l'assistance volontaire en cas de carence d'associations privées.

4. Objet de la loi d'assistance médico-sociale

Une loi cantonale bâtie sur une conception médico-sociale doit permettre d'assurer les tâches suivantes:

- a) favoriser la création de services médico-sociaux privés;
- b) prévoir le service d'assistance médicale auquel est attaché un médecin collaborant avec les services sociaux;
- c) engager le patient à prendre contact avec le service médico-social dans le cas où il s'y refuserait;
- d) intervenir en cas d'échec du service médico-social afin de prendre les mesures légales qui s'imposent;
- e) intervenir en cas d'urgence;
- f) amener les autorités administratives et judiciaires à signaler obligatoirement les cas d'alcoolisme;
- g) créer un service d'information pour délinquants alcooliques, surtout dans les cas d'ivresse au volant.

5. Avantages d'une loi à caractère médico-social

De nombreuses raisons militent en faveur d'une loi à caractère médico-social:

- a) elle répond à la conception moderne de la lutte contre l'alcoolisme telle qu'admise dans les grandes lignes par la plupart des spécialistes en cette matière;
- b) elle permet une intervention précoce en dirigeant le patient, quelle que soit sa position sociale, vers un centre médico-social;
- c) elle facilite l'action du service médico-social;
- d) elle détermine exactement les modalités d'intervention de l'assistance imposée;

- e) elle introduit une gamme graduée d'interventions et de mesures;
- f) elle évite, dans certains cas, l'application des mesures d'assistance tutélaire.

6. Teneur de la loi

Ce chapitre s'inspire de l'ouvrage de A. Hunziker: «Gesetzgebung und Sozial-Medizinischer Dienst für Alkoholkranke» (Lucerne 1958). L'auteur traite en détail le problème de la création d'une loi d'assistance médico-sociale en faveur des alcooliques. Il est bon d'en rappeler ici les éléments essentiels:

a) *But et portée de la loi*

La loi vise à la protection médicale, sociale et économique de ceux qui, par suite de l'alcoolisme, se nuisent à eux-mêmes, à leur famille et la société.

- Les personnes dont l'ivresse menace la société doivent être orientées;
- les alcooliques chroniques doivent être conseillés et soignés.

b) *Modalité d'intervention*

La loi prévoira une gamme progressive d'interventions en arrêtant:

1. le schéma du traitement des alcooliques guérissables, par l'assistance volontaire ou imposée;
2. le schéma du traitement des alcooliques invétérés ou incurables, par l'assistance volontaire ou imposée.

c) *Organes*

1. *La commission cantonale consultative* dont il est parlé plus haut;
2. *Les organes chargés de l'assistance volontaire.*

La loi détermine le rôle et les institutions à caractère médico-social.

Nous pensons, en premier lieu, au *service médico-social* dont les droits et les devoirs peuvent être définis comme suit:

- présence d'un service médical et, par corollaire, étroite collaboration avec ce dernier;
- obligation d'intervenir dans les cas d'ivresse accompagnée de délits ainsi que dans les cas d'alcoolisme chronique;
- obligation au secret professionnel;
- neutralité politique et religieuse;

- reconnaissance par l'Etat;
- soutien financier par l'Etat;
- aucun pouvoir coercitif, mais un droit de suggérer des mesures administratives et médicales;
- proposition d'un traitement psychiatrique ou d'un séjour d'observation en clinique;
- requête pour une hospitalisation d'urgence;
- droit de s'exprimer lors d'interventions administratives.

3. Organe chargé de l'assistance imposée

La loi arrête enfin quel est l'organe officiel chargé de prendre les décisions en cas d'assistance imposée.

L'alcoolisme étant une maladie, il paraît logique de faire intervenir le service de la santé publique et non un service d'ordre. Les mesures à prendre seront, en partie, discrètement suggérées par un service médico-social.

Le rôle de cet organe est le suivant:

- il déclenche l'assistance volontaire au cas où elle aurait été refusée;
- il intervient dans les cas d'urgence (danger public, suicide etc.);
- il agit en tant qu'instance de recours pour l'assistance volontaire (récidivistes);
- il arrête, dans ces cas, les mesures de probation et il décide des mesures d'hospitalisation.

IV.

Loi sur la protection de la jeunesse

1. Nécessité d'une telle loi

Nous ne pouvons clore cette étude sans toucher à un problème qui y est étroitement lié: celui de la protection de la jeunesse.

La question de l'alcoolisme est dépendante de notre civilisation dont elle épouse l'évolution. Or nous constatons dans la jeunesse actuelle une tendance marquée vers certaines sources d'intoxication (nicotine, alcool, médicaments). Le choix de tel ou tel toxique dépend, en partie, d'influences extérieures que nous ne pouvons ignorer.

La lutte contre l'alcoolisme s'inscrit dans les mesures de protection de la jeunesse.

Cette lutte se traduit dans chaque canton par des mesures administratives dispersées dans diverses lois et rédigées sans une vue d'ensemble. Partout se manifeste le besoin de créer une loi sur la protection de la jeunesse qui serait un instrument parfaitement adapté à la mentalité actuelle.

2. Objet de la loi

Une telle loi doit envelopper:

- a) *la formation de la jeunesse* aux tâches de demain;
- b) *la protection de la jeunesse* contre les dangers qui la menacent;
- c) *la protection professionnelle*;
- d) *l'assistance à la jeunesse menacée* et, plus particulièrement, à l'enfance privée d'un foyer familial.

Il est indispensable que la protection de la jeunesse aille de pair avec sa formation. Cette protection, aussi bien sur le plan antialcoolique qu'ailleurs, se traduira par des mesures de prophylaxie dans les domaines suivants:

- profession: apprentissage, règlement interne des usines, fabriques etc.;

- loisirs: sport, camping, bricolage, salons de jeux, spectacles, cinémas, auberges etc.;
- manifestations: fêtes enfantines, réjouissances populaires etc.;
- santé: abus d'alcool, de tabac et de médicaments;
- dangers particuliers: littérature immorale etc.;
- initiation au cinéma, aux émissions radiophoniques et télévisées;
- information et éducation des parents.

Une telle loi permettrait aux diverses instances antialcooliques de collaborer avec les autorités et les éducateurs. Elle s'adresserait à tous ceux qui sont appelés à exercer une influence quelconque auprès des jeunes, tels que commerçants, industriels, directeurs d'établissements publics etc. et leur rappellerait, ainsi qu'à chacun de nous, nos responsabilités face aux problèmes de notre jeunesse.

SUPPLEMENT

Exemple de travail d'équipe: Service médico-social et service hospitalier pour alcooliques (Hôpital cantonal de Lucerne)

1. Le service social, organe de premier contact et de renseignement

I. *Réception des rapports* émanant soit de personnes privées, soit des autorités, soit des médecins.

II. *Opportunité d'une cure de désintoxication:*

- a) Rejet des cas contre-indiqués.
- b) Information du malade sur la nécessité d'une cure médicamenteuse; encouragement afin qu'il consente à une hospitalisation.
- c) Proposition d'une première entrevue avec le psychiatre, surtout en présence de cas limites ou dans l'éventualité d'une contre-indication.

III. *Mesures à prendre* avant la cure:

- a) Règlement de la question financière concernant soit les frais de cure, soit les moyens d'existence de la famille durant le chômage qu'elle occasionne. Démarches éventuelles auprès des caisses-maladie, de l'employeur, de l'hôpital, de l'assistance publique etc.
- b) Appui de la demande de dispense de travail.
- c) Annonce du patient:
 - auprès de l'hôpital général (solution préférable parce que plus discrète);
 - auprès d'un hôpital psychiatrique (surtout dans les cas psychiatriques graves);
 - auprès d'un établissement de rééducation (séjour de 3 à 6 mois accompagné d'une cure médicamenteuse).

IV. *Information de la part de l'hôpital* du départ de tous les patients envoyés soit par le service social, soit par le psychiatre pour y subir une cure.

2. Intervention du service social durant l'hospitalisation

1. *Enquête sur le milieu social du patient*

a) *But:*

- procurer au médecin traitant et au personnel infirmier des renseignements sur l'aspect social du cas et de son entourage;
- favoriser une entrevue avec le conjoint du malade avant son retour, donc à un moment particulièrement favorable;
- rééduquer et améliorer le milieu et l'entourage du buveur;
- intéresser au cas la famille et même l'employeur; les inviter à garder le contact avec le service médico-social, surtout en cas de rechute;
- s'appliquer à résoudre les difficultés soit financières, soit psychologiques, soit religieuses et s'adresser, dans ce but, aux instances respectives (prêtres, assistantes familiales, œuvres sociales diverses, service médico-pédagogique etc.).

b) *Procédé*

1. Antécédents du patient: renseignements personnels, curriculum vitae, profession, religion; maladies antérieures, accidents, opérations; vie affective, difficultés psycho-sociales, déficiences psychiques; détails sur l'évolution et le caractère de l'alcoolisme (origine, durée, nature des boissons, comportement, cures antérieures etc.).
2. Antécédents de la famille: ascendance paternelle et maternelle; conjoint; enfants (profession, affectivité, déficiences caractérielles, alcoolisme etc.).

2. *Action auprès du patient durant l'hospitalisation en collaboration avec le médecin*

a) *en général:*

- films commentés (aspects médicaux de l'alcoolisme);
- extraits de conférences sur les dangers de l'alcool (sur magnétophone);
- présentation de boissons sans alcool, avec dégustation éventuelle;

- invitation à des manifestations organisées par des sociétés d'abstinence et par les alcooliques anonymes;
- renseignements sur la presse antialcoolique (avec specimen);

b) *en particulier:*

- exploration de la personnalité du patient, des conflits psychologiques, conjugaux ou sociaux; recherche d'une solution avec l'aide éventuelle de spécialistes;
- rééducation du patient: lui faire comprendre que son sentiment de toute-puissance sur l'alcool est illusoire; le préparer à accepter la nécessité d'une abstinence totale.

3. Traitement médical dans le service spécialisé

1. Examen

- a) *enquête du service social;*
- b) *examens physiques;*
- c) *examen psychiatrique et psychologique;*
- d) *recherche d'une contre-indication éventuelle* de l'une ou l'autre des cures médicamenteuses.

2. Traitement

Ils s'agit, bien entendu, d'un schéma modifiable dans chaque cas.

- a) *Désintoxication et sevrage*
 - faible dose d'insuline;
 - médicaments neuroleptiques et tranquillisants;
 - traitement hépatique;
 - vitaminothérapie, médications correctrices des déséquilibres alimentaires, ioniques etc.;
- b) *Désaccoutumance* facilitée par des procédés médicamenteux d'interdiction. On utilise, le plus souvent, le disulfirame (Antabuse), parfois le citrate de calcium carbimide (Dipsan ou Temopsil); la cure de dégoût par l'apomorphine n'est pratiquée que rarement;
- c) *préambule* à la solution des conflits psychiques; orientation nouvelle:
 - lumière sur la situation actuelle du patient et sur son alcoolisme;
 - psychothérapies individuelles et de groupe; relaxation;
 - collaboration de l'entourage familial; ce facteur peut jouer un rôle décisif.

4. Post-cure dans le cadre du service médico-social

1. Base

- a) *Anamnèse.*
- b) *Rapport médical.* Si le cas est nouveau, le patient peut autoriser le médecin à fournir au service social les renseignements qu'il jugera nécessaires.

2. Méthode

- a) *Malades traités à l'antabuse:* organiser la distribution des comprimés (infirmier, employeur, chef de pension, assistant social); prévoir les consultations médicales de post-cure, les rechutes.
- b) *Organisation des consultations médicales à l'hôpital*
(éventuellement le soir), tout d'abord un mois après la cure, puis chaque deux mois; entretien avec le médecin et l'agent social; psychothérapies individuelles ou de groupe;
 - réunion du groupe ayant participé à la même cure hospitalière; l'expérience a montré qu'il existe entre ces patients un «esprit de corps» qu'il serait regrettable d'ignorer;
 - réunions éventuelles par groupes particuliers (selon la profession, l'âge, le sexe etc.).
- c) *Visites à domicile*
 - annonce d'une prochaine consultation médicale, justification d'une absence.
- d) *Entretiens au service social*
 - éventuelle distribution d'antabuse.
- e) *Propagande*
 - acquisition de nouveaux auxiliaires bénévoles parmi les anciens buveurs, suggestion de services à rendre (accueil dans leur famille, recherche de travail etc.).

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Ouvrages d'intérêt général

- Colloque Européen sur l'Alcoolisme à Copenhague.* Organisation mondiale de la Santé, Genève 1954.
- Commission fédérale contre l'alcoolisme:* Intoxication alcoolique aiguë et alcoolisme chronique. Aide-mémoire pour les médecins, rédigé par B. Dukor, P. Kielholz, H. K. v. Rechenberg, F. Rintelen, S. Scheidegger et H. Solms. Service fédéral de l'Hygiène publ., Bollwerk 27, Berne 1960.
- Commission fédérale contre l'alcoolisme:* Dans quelles conditions l'alcoolisme doit-il être considéré comme une maladie? Bull. Service fédéral de l'Hygiène publ., No 13, 4, 1951.
- Dérobot, L. et Duchêne, H.:* L'alcoolisme aigu et chronique. Baillière, Paris 1942.
- Ledermann, S.:* Alcool, Alcoolisme, Alcoolisation. Presses Univ. de France, Paris 1956.
- Malignac, G. et Colin, B.:* L'alcoolisme. Collection «Que sais-je?» Presses Univ. de France, 3. éd., Paris 1962.
- May, E.:* Le problème de l'alcoolisme en France. Sem. méd. prof. (Sem. Hôp. Paris) I, 30, 225 (1954); II, 30, 437 (1954); III, 30, 469 (1954); IV, 30, 525 (1954).
- Orientation destinée aux équipages* concernant le maintien des capacités physiques et psychiques. Département militaire fédéral. Cahier 28 de «La question de l'alcool en Suisse», publ. par St. Zurukzogl, B. Schwabe, éd., Bâle 1954.
- Perrin, P.:* L'alcoolisme. Expans. Scientif. Franç., Paris 1950.
- La question de l'alcool en Suisse.* Encyclopédie en plusieurs volumes et cahiers, publ. par St. Zurukzogl et paraissant depuis 1934 chez B. Schwabe, éd., Bâle.
- Rapports techniques de l'Organisation mondiale de la Santé:* sous-comité de l'alcoolisme, Genève, No 42, 1951; No 48, 1952; No 94, 1955. Comité d'experts de l'alcool, Genève, No 84, 1954.
- Solms, H.:* Contribution aux problèmes posés par les stupéfiants, les somnifères et les antalgiques. Der Fürsorger 2, 17 (1957).
- Zurukzogl St.:* L'alcoolisme est-il une maladie? Cahier 35 de «La question de l'alcool en Suisse» publ. par St. Zurukzogl, B. Schwabe, éd., Bâle 1963.

Intoxication alcoolique aiguë

- Chardon, G., Boiteau, H. et Bogaret, E.: Etude de l'action de très faibles doses d'alcool sur l'activité nerveuse supérieure. *Rev. Alcool.* 5, 93 (1959).
- Métabolisme de l'alcool et tolérance à l'alcool.* Dans: Colloque Européen sur l'alcoolisme, à Copenhague. Organisation mondiale de la Santé, Genève 1954.
- Solms, H.: Le traitement de l'intoxication alcoolique aiguë et de l'alcoolisme aigu et chronique. Dans: *Psychiatrie der Gegenwart*. Springer éd. Vol. II Heidelberg 1960.
- Trémolières, J. et Carré, L.: Physiologie de l'utilisation de l'alcool dans l'organisme. *Rev. Alcool* 5, 199 (1959).
- Wyss, R.: *Clinique de l'alcoolisme.* Dans: *Psychiatrie der Gegenwart*. Vol. II Springer éd., Heidelberg 1960.

Alcoolisme chronique

- Ajuriaguerra, J., de, et Angelergues: Les psychoses de Korsakoff. Communication au Congr. Alienist. et Neur. de Langue Franç. 1960
- Binois, R. et Lefetz, M.: Détérioration psychologique dans l'intoxication éthylique chronique. Masson, Paris 1962.
- Coirault, R. et Laborit, H.: Le délirium tremens. Masson, Paris 1956.
- Favre, A.: Alcoolisme. Typologie et milieu. *Méd. et Hyg.* 15, 446 (1957).
- Feldmann H.: L'Alcoolisme chronique. Dans: *Cahiers méd.-soc.*, No 2, 1961.
- Fouquet, P.: Les névroses alcooliques. *Encyclopédie médico-chir.* Section psychiatrie. Paris 1955.
- Hécaen et de Ajuriaguerra, J.: Les encéphalopathies alcooliques subaiguës et chroniques. *Rev. de Neur.*, p. 528 (1956).
- Jellinek, E. M.: L'étude scientifique du problème de l'alcoolisme. Dans: Colloque Européen sur l'alcoolisme, à Copenhague. Organisation mondiale de la Santé, Genève 1954.
- Kohler, C., Lachanat, R., Pasquier, N. et D'Adhémar: Recherches sur l'ascendance alcoolique d'enfants et d'adolescents débiles mentaux et caractériels. *Rev. Alcool.* 7, 1932 (1961).
- Labet, R.: *L'épilepsie alcoolique.* Dans: *Encyclopédie médico-chir.* Section Psychiatrie. Paris 1957.
- Lereboullet, J., Pluvinage, R. et Levillain, R.: Les lésions encéphaliques au cours des polynévrites alcooliques. *Rev. Alcool.* 5, 3 (1959).
- Saugy, D. de: L'Alcoolique et sa femme. Thèse, Genève 1963.
- Solms, H.: L'alcoolisme chronique à la lumière des acquisitions scientifiques récentes. *Jahrbuch zur Volksgesundheit*, Hoheneck-Verlag, Hamm/Westfalen 1963.
- Staehelein, J. E.: L'alcoolisme en Suisse. *Annuaire médical Suisse*. B. Schwabe. éd., Bâle 1952.
- Wyss, R.: *Clinique de l'alcoolisme.* Dans: *Psychiatrie der Gegenwart*. Vol. II Springer, éd., Heidelberg 1960.
- Zuber, H.: Conditions d'apparition de l'alcoolisme chronique et résultats de la cure de disulfirame. *Bull. Serv. féd. de l'Hyg. publ.*, Suppl. B, No 1, 1962.

Alcoolisme en médecine interne

- Amsler, R., Le Guérinel, J. et Angusseau, S.*: Alcoolisme et tuberculose. Interférences. Rev. Alcool 6, 543 (1960).
- Benoit, G.*: Le fait alcool en milieu sanatorial. Rev. Alcool 7, 190 (1961).
- Riva, G. et Weiner, D. M.*: L'Étiologie de la cirrhose hépatique. Bull. Acad. Suisse Science Méd., 1/2, 65 (1960).
- Roch, M.*: L'Alcoolisme et son rôle en pathologie interne. Dans: «La question de l'alcool en Suisse.» Publ. par St. Zurukzogl. B. Schwabe, éd. Bâle 1960.

Aspect social et économique

- Bastide, H.*: Une enquête sur l'opinion publique à l'égard de l'alcoolisme. Population, 9, 13 (1954).
- Dérobot, L.*: L'économie de l'alcoolisme. Monograph. Inst. Nat. d'Hyg. No 2, Paris 1953.
- Ledermann, S.*: Alcool, Alcoolisme, Alcoolisation. Presses Univ. de France, Paris 1956.

Alcool, criminalité et délinquance

- Alcoolisme, criminalité et délinquance.* Colloque du Groupement médical d'Études sur l'alcoolisme à Lyon. Rev. Alcool. 7, (1961).
- Graven, J.*: Le traitement de l'alcoolique condamné et ses rapports avec la peine (en Suisse). Rev. Alcool. 8, 95 (1962).
- Mivelaz, M. et Mamin, A.*: Étude sur la criminalité des alcooliques du canton de Vaud. Communication faite au Colloque sur l'alcoolisme, organis. par la clinique neuropsychiatr. univers. de Vienne 1962.
- Pinatel, J.*: Alcoolisme et criminalité. Rev. Alcool. 6, 371 (1960).
- Schmidt, M.*: L'alcoolique criminel. Dans: Colloque Européen sur l'Alcoolisme, à Copenhague. Organisation mondiale de la Santé, Genève 1954.
- Zuber, H.*: Conditions d'apparition de l'alcoolisme chronique et résultats de la cure de disulfirame. Bull. Serv. féd. de l'Hyg. publ., Suppl. B, No 1, 1962.
- Zurukzogl, St., Neuhaus, H., Bürgin, P. et Gut, H.*: Criminalité et délinquance dues à l'alcool dans l'armée suisse pendant le service actif de 1939–1945. Cahier 29 de «La question de l'alcool en Suisse», publ. par St. Zurukzogl. B. Schwabe, éd., Bâle 1956.

Alcool et sécurité du travail

- Bertrand, A.*: Alcoolisation et alcoolisme dans l'industrie. Communication faite au 4^{me} cours d'été pour l'étude scient. de la prév. et du traitement de l'alcoolisme, Genève 1958.
- Dessoud, E.*: Étude objective des effets de l'alcoolisme chronique en milieu industriel. Rev. Alcool. 5, 185 (1959).
- Gerber, O.*: Le rôle de l'alcoolisme dans l'industrie du bâtiment. Dans: «La question de l'alcool en Suisse», publ. par St. Zurukzogl. B. Schwabe, éd., Bâle 1958. Cahier 32.

- Godard, J.: La prévention de l'alcoolisme à l'usine. Ed. Entreprise moderne. Paris 1956.
- Marcoux, F., Siebert, A., Metz, B. et Lautier, F.: Facteurs individuels et sociaux de l'alcoolisation en milieu industriel. Rev. Alcool. 4, 596 (1960).
- Metz, B. et Marcaux, F.: Alcoolisation et accidents du travail. Arch. Mal. Prof., 21, 750 (1960) et Rev. Alcool. 6, 531 (1960).
- Tongue A.: Alcoolisme en milieu industriel et commercial. Communication faite au Colloque sur l'Alcoolisme, organis. par la clinique neuropsychiatr. univers. de Vienne, 1962.

Alcool et sécurité routière

- Martin du Pan, R.: L'intoxication alcoolique aiguë et les accidents d'automobile. Cahier 15 de «La question de l'alcool en Suisse», publ. par St. Zuruzoglu, B. Schwabe, éd., Bâle 1946.
- Raymondis, L. M.: Etude de 400 expertises en matières d'alcoolisme routier considéré au point de vue médical, au point de vue sociologique et de leurs conséquences juridiques. Rev. Alcool. 8, 200 (1962).
- Voici comment on décèle l'état d'ivresse des conducteurs dans onze pays européens. Rev. Alcool. 8, XVIII (1962).

Traitement

- Directives pour le traitement de l'alcoolisme chronique (travail commun des directeurs des cliniques universitaires de psychiatrie, de leurs collaborateurs et de la sous-commission de recherches de la commission fédérale contre l'alcoolisme). Berne 1962. Serv. féd. de l'Hyg. publ., Bollwerk 27, Berne.
- Duchêne, H.: Les possibilités actuelles de traitement de l'alcoolisme. Cahiers Laënnec, 3, 2 (1951).
- Duchêne, H.: Nécessités et limites des psychothérapies dans le traitement de l'alcoolisme. 24. Congr. Int. Alcool., Paris 1952.
- Feldmann, H.: Contribution à la thérapeutique biologique de l'alcoolisme chronique. Le traitement par l'apomorphine. Expans. Scientif. Franç., Paris 1950.
- Feldmann, H.: Les traitements médicamenteux et les psychothérapies de l'alcoolisme chronique. Cahiers méd.-soc., 3, 94 (1961).
- Fouquet, P.: Les névroses alcooliques. Encyclopédie méd.-chir., Section psychiatrie, Paris 1955.
- Fouquet, P. et Clavreul, J.: Une thérapeutique de l'alcoolisme. Presses Univ. de France. Paris 1956.
- Hunziker, A.: Législation et service médico-social pour alcooliques. Sarnen 1958.
- Lecoq, R.: L'alcoolisme et son traitement. G. Doin et Cie. Paris 1957.
- Lerch, D.: Internement administratif des alcooliques et leur traitement à l'aide de l'Antabuse à Bâle. Résultats des années 1947—57, Rev. méd. prév. 4, 381 (1959).
- Lereboullet, J., Vidart, L. et Gasteau, E.: Notre expérience de la désintoxication alcoolique. Ses méthodes. Ses résultats. Bull. Acad. Méd. 137, 352 (1953).

- Lereboullet, J., Pulvinage, R., Vidart, L. et Amstutz, Cl.*: Thérapeutique des encéphalopathies alcooliques. Problèmes médico-sociaux. Rev. Alcool. 5, 556 (1956).
- Lereboullet, J.*: Le traitement des délires alcooliques aigus. Rev. Alcool. 8, 227 (1962).
- Mivelaz, M.*: Les thérapies adjuvantes dans le traitement de désaccoutumance alcoolique. Communication, faite au Colloque sur l'alcoolisme, organ. par la clinique neuropsychiatr. univers. de Vienne, 1962.
- Morsier, G., de, et Feldmann, H.*: Le traitement biologique de l'alcoolisme chronique par l'apomorphine. Ann. méd.-psychol. 5, 459 (1949).
- Morsier, G., de, et Gauthier, G.*: La cure de dégoût dans le traitement de l'alcoolisme. Dans: Journées thérapeutiques de Paris. G. Doin et Cie., Paris 1958.
- Solms, H.*: Acquisitions récentes et erreurs thérapeutiques dans le traitement de l'alcoolisme chronique. Praxis, 29, 688 (1958).
- Solms, H.*: L'aspect psychodynamique des médications pharmacologiques de l'alcoolisme chronique. Bull. Académ. Suisse des sciences médical., 1/2, 88 (1960).
- Solms, H.*: Le traitement de l'intoxication alcoolique aiguë et de l'alcoolisme aigu et chronique. Dans: Psychiatrie der Gegenwart. Springer Ed., Vol. II, Heidelberg 1960.
- Solms, H.*: Les résultats des traitements de l'alcoolisme chronique. Rev. Suisse méd. prév. 7, 309 (1962).
- Solms, H.*: L'adaptation des traitements antialcooliques aux variations régionales de la symptomatologie de l'alcoolisme. Communication, faite au Colloque sur l'alcoolisme, organ. par la clinique neuro-psychiatr. univers. de Vienne, 1962.
- Steck, H.*: Quelques remarques sur la prophylaxie et la thérapeutique de l'alcoolisme. J. Suisse méd. 81, 536 (1951).
- Zuber, H.*: Conditions d'apparition de l'alcoolisme chronique et résultats de la cure de disulfirame. Bull. Serv. féd. de l'Hyg. publ., Suppl. B. No 1, 1962.

Secours social

- Bray, L., de, et Tuerlinckx, J.*: Social Casework. Principes, Enseignements, Supervision. 3. édition. Bruxelles 1956.
- Fouquet, P. et Paumelle*: Rôle de l'assistance sociale dans une consultation de désintoxication alcoolique. Rev. Hyg. soc. 4, 762 (1956).
- Garrett, A.*: L'entretien. Principes et méthodes. Assoc. Suisse des travailleurs sociaux. Cahier 13, Lausanne 1956.
- Hunziker, A.*: La place des cures dans les maisons de rééducation pour buveurs dans le cadre des traitements antialcooliques. Hambourg 1955
- Hunziker, A.*: Social Casework, une science. J. Suisse d'utilité publique. 99, 139 (1960).
- Hunziker, A.*: Nomenclature du service social (allemand-anglais). Caritas, 4-5. Lucerne (1963).
- Kessel, J.*: Avec les alcooliques anonymes. Ed. Gallimard, Paris.

- Lindquister, B.*: La thérapeutique sociale et la réhabilitation des alcooliques. Cahiers méd.-soc., 3, 123 (1961).
- Maison de rééducation* et assistance sociale pour alcooliques dans la Suisse centrale. Cahier de l'Assoc. des travailleurs sociaux de la Suisse centrale. Lucerne 1953.
- Nova-Zwahlen, M. I.*: Le traitement de l'alcoolisme chronique dans les maisons de cure pour buveurs. Cahiers méd.-soc. 3, 145 (1961).
- Tony du Groupe Léman des A. A.*: Bref aperçu sur les alcooliques anonymes, Cahiers méd.-soc. 3, 135 (1961).

Législation

- Actions des pouvoirs* publiques en matière de traitement des alcooliques et de prévention de l'alcoolisme. Dans: Colloque Européen sur l'alcoolisme, à Copenhague. Organisation Mondiale de la Santé, Genève 1954.
- Hunkeler, K.*: Législations cantonales en matière d'assistance à la jeunesse (protection de la jeunesse). Fribourg 1961.
- Hunziker, A.*: Législation et service médico-social pour alcooliques, Sarnen 1958.
- Lerch, D.*: Internement administratif des alcooliques et leur traitement à l'aide de l'Antabuse à Bâle. Résultats des années 1947-1957. Rev. Suisse méd. prév. 4, 381 (1959).
- Solms, H.*: Effets de certaines mesures coercitives dans le traitement d'alcooliques chroniques réticents en Suisse. Rev. Alcool. VIII, 4 (1962).
- Steiger, V. J.*: Développement, principe et application de la législation sur l'alcool en Suisse. Cahier 25 de «La question de l'alcool en Suisse», publ. par St. Zuruzoglu. B. Schwabe, éd., Bâle.

Données statistiques

- Bleuler, M.*: Tares psychotiques chez les malades somatiques. Z. ges. Neur. Psychiatr. 142, 780 (1932).
- Bleuler, M. et Rapoport, L.*: La parenté constitutionnelle entre tuberculeux et psychotiques. Z. ges. Neur. u. Psychiatr., 153, 649 (1945).
- Macheret, Th.*: L'alcoolisme dans le canton de Fribourg. Etude présentée à l'Ecole de travail social de Lucerne (1960).
- Le nombre des alcooliques* dans les hôpitaux psychiatriques et dans les dispensaires antialcooliques en Suisse. Annuaire fédéral statistique. Serv. féd. des statist., Berne.
- Rapports techniques* de l'Organisation mondiale de la Santé, sous-comité de l'alcoolisme. No 42. Genève, 1951.
- Riva, G. et Weiner, D. M.*: L'étiologie de la cirrhose hépatique. Bull. Acad. Suisse des sciences méd., 1/2, 65 (1960).
- Steiger, V. J. et Welti F.*: La consommation de boissons alcoolisées en Suisse. Publ. régulièrement dans «La question de l'alcool en Suisse», éd. par St. Zuruzoglu. B. Schwabe, éd., Bâle.
- Wyss, M.*: L'alcoolisme dans une agglomération suisse. Ecole d'Etudes sociales, Lucerne 1956.

TABLE DES MATIERES

	page
Introduction	5

PREMIERE PARTIE

THEORIE

Préambule	10
---------------------	----

I.

Intoxication alcoolique aiguë

1. Introduction	11
2. Mesure du degré d'imprégnation alcoolique	13
3. Les phases de l'intoxication alcoolique aiguë	14
4. Formes de l'ivresse	15
5. Intolérance à l'alcool	16
6. Aspect social de l'intoxication alcoolique aiguë	16
7. Alcool et délinquance	17
8. Service médico-social et intoxication alcoolique aiguë	18

II.

Alcoolisme chronique

1. Définition - Délimitation	21
2. Conditions génératrices d'alcoolisme chronique	23
3. Alcoolisme et hérédité	28
4. Manifestations cliniques de l'alcoolisme chronique	29
5. Dépistage précoce et diagnostic de l'alcoolisme chronique	32
6. Quelques données statistiques pour la Suisse	32
7. Service médico-social et alcoolisme chronique	34

DEUXIEME PARTIE

STATISTIQUE

I.

Méthode et organisation de l'enquête menée en Valais

1. Etendue de l'enquête	38
2. Organisation de l'enquête	39
3. Cartes	39

II.

Résultats de l'enquête

1. Remarques préliminaires	41
2. Alcooliques classés selon le sexe et la gravité des cas	42
3. Nature des boissons consommées	42
4. Age	43
5. Professions	44
6. Conditions génératrices et apparition des abus alcooliques	45
7. Conséquences de l'alcoolisme	47
8. Etat civil et milieu familial	48
9. Récapitulation	50
10. L'alcoolisme devant l'opinion publique	51

ANNEXES

Tableau I: Nature des boissons consommées par les alcooliques	53
Tableau II: Alcooliques classés selon le sexe, l'état civil, le nombre d'enfants et la gravité des cas	54

GRAPHIQUES

1. Alcooliques agés de plus de 14 ans	55
2. Répartition des alcooliques selon l'âge	56
3. Répartition des hommes alcooliques selon l'état civil	56
4. Alcooliques répartis selon la profession	57
5. Alcooliques répartis selon la nature des boissons consommées	57
6. Alcooliques répartis selon l'ascendance alcoolique	57

TROISIEME PARTIE

PROGRAMME

Organisation de l'action sociale en faveur des alcooliques

I.

Association cantonale d'assistance sociale en faveur des alcooliques

1. Généralités	61
2. Tâches du service médico-social	61
3. Financement (répartition de la dîme de l'alcool)	62

II.

Commission cantonale consultative

Commission cantonale consultative	63
---	----

III.

Loi sur l'aide médico-sociale en faveur des alcooliques

1. Double forme de l'assistance sociale	64
2. Législations cantonales actuelles	65
3. Principes d'une législation en matière d'assistance	65
4. Objet de la loi d'assistance médico-sociale	66
5. Avantages d'une loi à caractère médico-social	66
6. Teneur de la loi	67

IV.

Loi sur la protection de la jeunesse

1. Nécessité d'une telle loi	69
2. Objet de la loi	69

SUPPLEMENT

**Exemple de travail d'équipe:
Service médico-social
et service hospitalier pour alcooliques
(Hôpital cantonal de Lucerne)**

1. Le service social, organe de premier contact et de renseignement	71
2. Intervention du service social durant l'hospitalisation	72
3. Traitement médical dans le service spécialisé	73
4. Post-cure dans le cadre du service médico-social	74
Index bibliographique	75
Table des matières	81
Schéma: Assistance sociale sur le plan cantonal concernant l'alcoolisme	

Action sociale sur le plan cantonal concernant l'alcoolisme

