

Les résultats des traitements de l'alcoolisme chronique

Analyse critique de divers procédés thérapeutiques

H. Solms¹

Juger la valeur des différents procédés thérapeutiques employés dans le traitement de l'alcoolisme chronique implique d'abord une prise de conscience de deux faits fondamentaux :

1. *L'alcoolisme chronique n'est pas une entité nosologique.* Nous avons à faire à différents «syndromes alcooliques», certains d'entre eux de caractère progressif et passant par des phases évolutives distinctes. Le tableau 1 donne une représentation schématique des «syndromes alcooliques» les plus importants, basée sur les schémas de *E. M. Jellinek* et de *P. Fouquet*. L'étude épidémiologique de l'alcoolisme chronique sur le plan international nous apprend que la répartition des formes cliniques diverses varie considérablement d'un pays à l'autre et d'une région à l'autre; phénomène intéressant, dû surtout aux genres de boissons consommées, aux mesures gouvernementales réglant et contrôlant la consommation de l'alcool, à des facteurs économiques, aux manières habituelles de boire et à l'attitude de la population envers les boissons alcoolisées. Il faut se rendre compte sur place de ces différences – par exemple entre l'Amérique du Nord et la France, etc. – pour ne pas sous-estimer l'importance qu'ont les facteurs géographique, économique et socio-culturel pour l'évolution et la symptomatologie des «syndromes alcooliques».

2. *Les facteurs dynamiques constituant les différents «syndromes alcooliques» sont d'ordre socio-économique, toxique, physio- et psychopathologique.* Leur importance respective dans les divers «syndromes alcooliques» ressort du tableau 1.

Dans les régions viticoles, surtout en France, une consommation quotidienne et continue de quantités de vin, jugées considérables en dehors de France, et distribuées d'une façon assez régulière pendant la journée, est traditionnelle, largement répandue et acceptée. Cette «*alcoolisation*» générale qui fait partie des coutumes sociales et des habitudes alimentaires, est encore facilitée par le bas prix du vin. Il importe de ne pas confondre ce phénomène général avec l'alcoolisme chronique. On comprend que le risque d'alcoolisme est assez grand dans une population comme celle de la France par exemple, sans recourir pour

¹ Ancien boursier de recherches à la «Alcoholism and Drug Addiction Research Foundation» et au Psychophysiological Research Laboratory, University of Toronto Psychiatric Hospital, Toronto/Canada.
Genève: 15, Cours des Bastions.

Tableau I: Importance respective des facteurs dynamiques constituant les « syndromes alcooliques ». (Schéma modifié d'après E. M. Jellinek et P. Fouquet)

<i>Facteurs dynamiques</i>	« Syndromes alcooliques »			
	Consommation excessive habituelle et régulière avec altérations toxiques, mais sans alcoomanie. Alcooolisme « sans ivresse » ou alcooolisme insidieux. Type des régions viticoles.	Abus discontinus à la suite de conflits névrotiques ou caractériels avec difficultés psychosociales, altérations toxiques consécutives et ivresse fréquente, mais sans alcooolomanie. Type anglo-saxon et scandinave.	Consommation excessive et discontinue avec ivresse fréquente, souvent atypique, altérations psychosociales et lésions somatiques. Alcooolisme chronique grave avec « perte de contrôle » (alcooolomanie). Type anglo-saxon et scandinave.	Consommation excessive et continue (ivresse exceptionnelle) avec altérations psychosociales et lésions somatiques. Alcooolisme chronique grave avec « incapacité de s'arrêter de boire » (alcooolomanie). Type des régions viticoles.
<i>Facteurs socioculturels et économiques . . .</i>	+++	+	+	++++
<i>Facteurs psychologiques</i>	+	++++	++++	+
<i>Anomalies ou vulnérabilités somatiques constitutionnelles?</i>	?	?	?	?
<i>Facteur de tolérance: tolérance tissulaire acquise augmente progressivement (plus tard: intolérance) . .</i>	+	+	+++	++++
<i>Comportement alcooolomane: perte de contrôle .</i>	0	0	++++	Peut apparaître très tardivement dans certains cas
<i>Incapacité de s'arrêter de boire</i>	0	0	0	++++
<i>Facteur toxique: altérations métaboliques à la suite de l'intoxication chronique . .</i>	+	(+)	++	++++
<i>Syndrome carenciel: déséquilibre alimentaire.</i>	+	0	+++	++++
<i>Lésions organiques et altérations psychosociales progressives à la suite du comportement alcooolique . . .</i>	(+)	(+)	++++	++++

l'expliquer à une vulnérabilité psychologique particulière ou à des conflits névrotiques ou caractériels marqués. C'est pourquoi on y trouve une prédominance de l'alcoolisme par entraînement avec abus quotidien continu, des altérations toxiques prononcées au niveau du système nerveux central et périphérique de même que du métabolisme et des organes internes, parfois associées à un syndrome carenciel, les facteurs socio-culturels et toxiques y jouant un rôle prépondérant. Le comportement alcoolo-maniaque est caractérisé ici surtout par l'impossibilité de s'arrêter de boire.

Dans les pays scandinaves et en Amérique du Nord, par contre, où l'ivresse est fréquente parce qu'on boit surtout des alcools forts, la société a érigé des tabous assez puissants contre les excès alcooliques, empêchant ainsi une «alcooolisation» générale du type français. La consommation habituelle de boissons distillées n'est acceptée ou autorisée par la loi qu'à certaines heures, dans certains locaux; l'ivresse publique est sévèrement sanctionnée et l'alcoolisme est fortement rejeté par la population. Celle-ci, du reste, comprend un pourcentage considérable d'abstinents. C'est pourquoi la consommation excessive de boissons alcoolisées avec le risque d'une évolution alcoolique n'y est possible qu'en agissant contre ces tabous, qu'en se mettant au ban de la société. Mais il est très difficile en Amérique du Nord de ne pas «vivre comme tout le monde». Or, peu de gens s'y alcooliseront par entraînement, par plaisir ou par habitude. Une grande partie des alcooliques, dans ces régions, usent d'emblée des boissons distillées comme d'une espèce de «médicament» pouvant calmer la tension intérieure et l'anxiété qui proviennent de difficultés d'adaptation ou de conflits caractériels, névrotiques ou psychotiques. L'effet tranquilisant du «médicament» alcool peut alors avoir plus de prise sur l'individu que l'action prohibitrice des tabous de la société. C'est la raison pour laquelle, dans les pays nordiques et anglo-saxons, l'aspect psychiatrique de l'alcoolisme chronique est prédominant, les problèmes de désintoxication n'y ayant pas la même importance que dans les pays viticoles. En Amérique du Nord, le comportement alcoolomane est caractérisé plus souvent par l'impossibilité de contrôler la quantité de boissons consommées. Il est évident que ce type d'alcoolomanie est dû partiellement à l'habitude prévalente sur ce continent d'une consommation intermittente de boissons distillées.

La diversité des formes cliniques et des phases évolutives de l'éthylisme, telle qu'elle ressort du tableau 1, nous fait comprendre pourquoi *il n'y a pas de traitement standard de l'alcoolisme chronique*.

Après cette mise au point, nous pouvons aborder l'aspect thérapeutique. L'évaluation des succès thérapeutiques, obtenus avec différents traitements antialcooliques, nécessite l'application de critères précis et objectifs, ce qui est assez difficile à réaliser. Surtout si l'on compare des résultats obtenus par des thérapeutes employant chacun sa technique, traitant diverses formes cliniques d'alcoolisme chronique à des stades évolutifs variés, ne pouvant pas tous entre-

prendre des recherches catamnétiques fouillées et utilisant de plus des critères de diagnostic et d'améliorations thérapeutiques différents. Un autre point mérite également notre attention. Il faudrait pouvoir comparer les résultats des thérapeutiques médicamenteuses avec ceux des méthodes traditionnelles, telle que la psychothérapie rééducative pratiquée dans les maisons de cure pour buveurs ou au sein des groupements antialcooliques, pour pouvoir évaluer les progrès réalisés dans le traitement de l'alcoolisme grâce aux adjuvants pharmacologiques.

Les meilleurs critères permettant d'apprécier des résultats thérapeutiques chez les alcooliques sont les suivants : la qualité et la durée de la liquidation des conflits psychologiques, de la restitution des capacités intellectuelles, de l'amélioration physique et de la réinsertion sociale et professionnelle. Bien entendu, une période catamnétique d'au moins 5 à 10 ans est nécessaire pour pouvoir juger de la valeur d'un effort thérapeutique.

Nous éviterons le terme de « guérison absolue ». C'est qu'il exprime au fond le fait qu'un buveur alcoolomane a regagné après son traitement une « tolérance » normale à l'alcool, pouvant boire de nouveau d'une façon modérée et contrôlée sans le risque d'une rechute. On sait que de tels cas sont absolument exceptionnels. Au contraire, l'expérience pratique montre qu'un ancien alcoolique, ayant une fois abandonné le principe de l'abstinence totale, doit être considéré comme ayant rechuté, ou pouvant rechuter tôt ou tard. Dans la plupart des cas d'anciens buveurs, devenus abstinents, la maladie alcoolique n'a pas été totalement guérie; grâce au traitement, elle a simplement passé du stade manifeste à celui de latence, d'où elle peut être réactivée à tout moment. C'est pourquoi nous préférons le terme d'*abstinence totale* pour qualifier le groupe comprenant les meilleurs succès avec complète abstinence et réintégration psychosociale, ainsi qu'une liquidation, plus au moins réussie, des problèmes psychologiques. Il est cependant utile de rappeler que l'abstinence totale en elle-même n'est pas un critère de succès suffisant; elle n'en est que la condition.

Nous qualifierons d'*amélioration sociale* l'état des malades qui ont été plus ou moins réintégrés dans leur milieu familial et professionnel, sans toutefois pouvoir renoncer aux boissons alcooliques et qui, parfois, ont besoin d'aide psychologique ou socio-thérapeutique pour une période limitée ou même durable.

Enfin, il serait souhaitable de pouvoir comparer l'évolution de l'alcoolisme chronique dans un groupe de buveurs ayant subi des traitements, à l'évolution spontanée de l'éthylisme dans un groupe d'alcooliques non traités. En questionnant les enfants de 500 alcooliques invétérés, déjà décédés au moment de l'investigation et n'ayant jamais subi le moindre traitement, *Lemere* (USA) a pu constater une nette amélioration sociale spontanée concernant le comportement alcoolique dans le tiers des cas. Certes, une telle investigation n'a pas de rigueur scientifique. Mais la part considérable d'améliorations sociales spontanées dans ce groupe de malades non traités vaut quand même la peine d'être

retenue, lorsqu'on évalue l'utilité des méthodes thérapeutiques de l'alcoolisme chronique.

Après cette mise au point portant sur les difficultés inhérentes à toute évaluation de résultats thérapeutiques en psychiatrie, nous allons présenter et analyser quelques statistiques de traitement élaborées d'une façon assez critique et observant un recul de plusieurs années.

Le groupe le plus nombreux d'alcooliques traités par la méthode d'aversion à l'aide de l'*apomorphine* en Suisse est celui de *Feldmann* et de *Morsier* à Genève. Des recherches catamnétiques récentes, conduites par *de Morsier* et *Gauthier* à Genève, avec un recul de 2 à 7 ans, et portant sur des cas sans complications psychiatriques sérieuses, révèlent des succès (abstinence totale et amélioration sociale) dans 40,2% des cas (tableau 2).

Il y a dix ans, *Yasargil*, à l'hôpital psychiatrique de Münsingen-Berne (*M. Müller*), étudiant la même méthode de traitement, a trouvé 52,1% de succès avec un recul de quatre ans et demi (tableau 2). Il est intéressant de noter que ces résultats satisfaisants ont été obtenus dans un groupe d'éthyliques gravement atteints, dépourvus d'esprit de collaboration et exposés d'emblée à un mauvais pronostic. C'est que la majorité d'entre eux a été traitée sous contrainte et avait subi par conséquent une aide socio-thérapeutique dans la phase postcure, octroyée par les autorités et réalisée à l'aide d'un système très développé de dispensaires (tableau 2).

Dans un groupe de 4000 malades atteints d'alcoolisme de gravité moyenne, traités par la cure dite de conditionnement à l'aide de l'*Emétine*, associée aux mesures socio-thérapeutiques et psychologiques traditionnelles, *Lemere* et *Vögtlin* (USA) ont trouvé 38% d'abstinents, cinq ans après la cure médicamenteuse, et 23% d'abstinents dix ans plus tard. Parfois des cures de rappel avaient été administrées.

Récemment, *Zuber* à Bâle, a publié les résultats de recherches catamnétiques très fouillées sur 224 alcooliques qui 2 à 5 ans auparavant avaient subi un traitement prohibitif de disulfirame d'une durée de quelques mois à quelques années, associé aux mesures psycho- et sociothérapeutiques traditionnelles. Il a pu enregistrer 63% de succès (abstinence totale et amélioration sociale: voir tableau 2). 18% de ces malades seulement avaient demandé la cure librement, sans aucune contrainte. Le disulfirame a toujours été administré sous stricte surveillance. Il est intéressant de noter que le pourcentage d'abstinents y est minime, mais que le chiffre d'améliorations sociales est considérable (tableau 2). En comparant ces résultats avec ceux que l'on a obtenus par les autres procédés médicamenteux, on peut tenter la conclusion que les succès remportés à l'aide du disulfirame administré sous stricte surveillance, sont de « qualité » inférieure puisqu'il s'agit surtout de stabilisations et de réintégrations sociales sans grand changement dans les conflits psychologiques fondamentaux. Néanmoins, ces résultats sont extrêmement satisfaisants, puisque le processus

Tableau 2: Résultats thérapeutiques obtenus à l'aide de techniques différentes et comparés à « l'évolution spontanée » de l'alcoolisme chronique.

	Cures d'aversion				Disulfirame Bâle	Maison de cure Ellikon (Suisse)	« Evolution spontanée » dans un groupe d'al- cooliques non traités Seattle (USA)
	Apomorphine		Emétine				
	Genève	Münsingen (Suisse)	Seattle (USA)				
Nombre de ma- lades	174	194	4000		224	720	500
Nombre d'an- nées de postcure et d'observation	2—7	4½	5	10	2—5	2—20	évaluation post mortem
Malades venus librement . . .	63,2%	4,6%	tous		18%	?	—
Anomalies psychiques . .	14,9%	dans la majorité des cas	50%		75%	?	?
Pronostic thé- rapeutique . .	très favo- rable	très mau- vais	très favo- rable		pas bon	très favo- rable	?
Qualité de l'aide sociothé- rapie post- cure	insuffisante	bonne	très bonne		très bonne	bonne	—
<i>Résultats théra- peutiques:</i> Abstinentes . .	25,3% 40,2%	25,3% 52,1%	38%	23%	14% 63%	50%	1/3
Améliorations sociales	14,9%	26,8%	?	?	49%		
Echecs	59,8%	47,9%	?	?	37%	?	2/3 sans amélio- rations

alcoolique évolutif a été arrêté et que le malade a été complètement réintégré sur le plan social, familial et professionnel. Il ne l'aurait pas été sans l'action stabilisante du disulfirame.

Il est évident que beaucoup de cas, stabilisés aujourd'hui sans longue hospitalisation grâce aux adjuvants médicamenteux, sont d'une espèce qui – avant l'ère pharmacologique – avait bénéficié d'un traitement rééducatif et moralisant dans une *maison de cure pour buveurs*. Ce genre d'institution se voit confier aujourd'hui un type d'alcoolique plus gravement atteint et ne répondant

plus aux cures médicamenteuses. C'est pourquoi ces centres rééducatifs ne pourront plus obtenir des succès aussi satisfaisants qu'il y a 15 ans, où *Egli*, à la maison de cure d'Ellikon-Zurich, avait trouvé 50% d'améliorations nettes dans un groupe de 720 malades traités dans son centre 2 à 20 ans auparavant (tableau 2).

Aux Etats-Unis on déclare volontiers que les *groupements d'Alcooliques anonymes* obtiennent les meilleurs résultats. Mais leurs membres ne sont pas en mesure de fournir des statistiques. Il est du reste extrêmement difficile en Amérique du Nord d'entreprendre des recherches catamnétiques et de suivre les alcooliques, parce qu'on y évite des mesures de contrainte, parce qu'il n'y a pas de registre du contrôle de l'habitant, et parce qu'on y change fréquemment de domicile et parfois même de nom.

En évaluant de façon critique les résultats obtenus par divers procédés thérapeutiques présentés plus haut, nous pouvons constater qu'il n'y a pas de différences marquées entre leurs pourcentages respectifs de succès et d'échecs. Nous sommes donc amenés à conclure que les méthodes utilisées par les thérapeutes de notre analyse permettent toutes d'arriver à des résultats satisfaisants, et ceci malgré l'hétérogénéité des mécanismes d'action psychologiques, pharmacologiques et sociologiques impliqués (tableau 2).

Il ne faut cependant pas perdre de vue certaines différences qui existent aussi et qui ont une importance pratique indéniable. Elles portent par exemple sur la *qualité des succès*. L'approche rééducative classique de longue durée, telle qu'elle a été réalisée dans certaines maisons de cure pour buveurs, semble avoir donné les meilleurs succès du point de vue qualitatif, c'est-à-dire en ce qui concerne le pourcentage de ré-orientations et de récupérations psychologiques de longue durée, d'assainissement du milieu familial et d'abstinence totale. Mais l'alcoolique doit passer généralement 6 à 12 mois dans ces centres rééducatifs, et ceci nous mène au deuxième ordre de différences, c'est-à-dire au *facteur temps*, impliqué dans le traitement. Toutefois, ce facteur a perdu son importance aujourd'hui, car l'alcoolique qui n'est pas trop gravement atteint, peut se défaire de ses habitudes d'intempérance et achever sa réadaptation sociale en quelques semaines, grâce aux procédés pharmacologiques, à la condition toutefois qu'il bénéficie d'une aide socio-thérapeutique ambulatoire de longue durée. Voici enfin le troisième ordre de différences: il est évident que les *frais de traitement* par les méthodes médicamenteuses adjuvantes sont beaucoup moins élevés que ceux d'une année de maison de cure qui implique de plus la perte de l'emploi et du salaire. Un autre facteur encore mérite notre attention: *l'engagement personnel du thérapeute, de l'infirmier et de l'assistant social*, qui s'efforce de réformer le genre de vie du malade, a une grande importance et peut déterminer l'évolution d'un cas parfois même d'une façon plus décisive que le genre de technique thérapeutique choisie. Ceci est d'autant plus vrai lorsque l'aide apportée arrive «au bon moment», le malade désirant vraiment guérir.

Il va de soi que le pronostic thérapeutique dépend aussi du degré de gravité de la maladie alcoolique et des troubles psychiques sous-jacents, de même que des facteurs dynamiques du milieu familial, social et professionnel du patient.

Seuls les efforts conjugués d'un traitement pharmacologique, psychologique et socio-thérapeutique, soutenus par l'activité des groupements d'abstinents permettent de résoudre les problèmes de l'alcoolique. Mais il est évident que ces procédés divers, agissant par des voies et des mécanismes d'action différents, n'auront pas tous les mêmes indications thérapeutiques. Le problème important, à savoir laquelle des diverses techniques répond plus favorablement qu'une autre méthode à telle forme clinique, phase évolutive, personnalité alcoolique ou constellation socio-culturelle, n'a pas encore été étudié suffisamment. Actuellement, les divers centres thérapeutiques pour alcooliques en Europe et en Amérique du Nord, utilisent des procédés assez différents, employant dans un cas donné l'une ou l'autre des techniques, et combinant souvent plusieurs méthodes, sans toutefois choisir leurs traitements en se basant sur des critères scientifiques. Leur choix reflète trop souvent des préférences personnelles, des traditions locales, des limitations du budget et un manque de personnel.

Conclusions

L'examen critique des résultats obtenus par divers procédés thérapeutiques (apomorphine, émétine, disulfirame, rééducation en maison de cure), associés aux mesures psychologiques et socio-thérapeutiques et au contact des groupements antialcooliques, montre que les différentes techniques, citées plus haut, peuvent toutes donner des résultats satisfaisants. C'est que leur succès dépend en grande partie du degré de gravité de la maladie alcoolique, de la constellation des facteurs psychologiques, familiaux, professionnels et sociaux pendant et après le traitement, ainsi que de l'intensité des efforts conjugués du thérapeute, de l'assistant social et du milieu environnant, et, enfin, du moment où le traitement a été entrepris. Bien entendu, des différences caractéristiques existent néanmoins entre ces divers procédés. Elles portent en premier lieu sur la qualité des améliorations obtenues, sur la durée du traitement et sur les frais impliqués. Des critères scientifiques valables, pouvant servir de base au choix de techniques thérapeutiques adéquates dans un cas donné, n'ont pas vraiment été élaborés jusqu'ici. C'est que nos connaissances relatives aux mécanismes d'action et aux indications thérapeutiques des divers procédés de traitement de l'alcoolisme chronique sont insuffisantes à l'heure actuelle. Il est évident que leur étude systématique aura une importance pratique considérable.

(Les références bibliographiques citées peuvent être demandées à l'auteur.)

Schlußfolgerungen

Die kritische Analyse der mit verschiedenen therapeutischen Methoden (Apomorphin, Emetin, Disulfiram) und Heilstätten in Kombination mit psycho- und sozio-therapeutischen Maßnahmen und in Zusammenarbeit mit Abstinenz-Vereinigungen erreichten Ergebnisse ergibt, daß mit den erwähnten verschiedenen Verfahren ungefähr die gleichen Behandlungsergebnisse erzielt werden. Denn der Erfolg hängt vor allem von der Schwere des Alkoholismus und von der Konstellation der psychologischen, familiären, beruflichen und sozialen Faktoren während und vor der Behandlung ab, sowie von der Intensität der

vereinten Anstrengungen des Therapeuten, des Fursorgers und des Umgebungsmilieus, und schließlich vom Zeitpunkt des Therapiebeginns. Wohlverstanden, charakteristische Differenzen bestehen trotzdem zwischen den verschiedenen Methoden. Sie beziehen sich in erster Linie auf die Qualität der erreichten Besserung, die Dauer und die Kosten der Behandlung. Wir besitzen heute noch keine ausreichenden wissenschaftlichen Kriterien, nach denen die Indikationsstellung einer bestimmten Behandlungsmethode im Einzelfall vorgenommen werden könnte. Unsere Kenntnis der Wirkungsmechanismen der diversen Therapieverfahren ist noch recht unvollständig. Zweifellos wird deren systematische Untersuchung von großer praktischer Bedeutung sein.

(Literaturnachweis kann beim Autor angefragt werden.)

La prévention de l'inadaptation professionnelle

Par *G. Goumaz*¹

(Exposé présenté le 16 mars 1961 devant l'Assemblée générale de la Société genevoise de Prophylaxie mentale)

Dans cet exposé nous nous limiterons aux difficultés d'adaptation que peut rencontrer l'adolescent au moment où il accède ou essaie d'accéder à la vie professionnelle. Nous ne parlerons donc pas des inadaptations professionnelles de l'adulte qui, lorsqu'elles ne découlent pas simplement des difficultés rencontrées pendant l'adolescence ou l'enfance ressortissent à la pathologie, à la psychiatrie plus qu'à la psychologie professionnelle. Nous ne parlerons pas non plus des problèmes posés sur le plan professionnel par les infirmes de l'intelligence, débiles, arriérés profonds, etc. Leur inadaptation est pour ainsi dire acquise à l'avance et tous nos efforts en leur faveur doivent tendre surtout à les adapter, à les intégrer professionnellement selon leurs faibles possibilités. C'est avant tout, croyons-nous, un problème d'équipement sous la forme d'ateliers : ateliers d'occupation, sans ambition de rendement ou de gain pour ceux qui n'auront jamais aucun pouvoir de concurrence sur le marché du travail; ateliers de formation pour ceux qui, après un entraînement prolongé, ont quelque chance de pouvoir s'adapter à des tâches simples dans le secteur industriel ou artisanal.

Que faut-il entendre par inadaptation professionnelle?

Il ne semble pas exister, à quelques exceptions près qu'il convient peut-être de réserver, une inadaptation qui soit de nature spécifiquement professionnelle et qui ne puisse être rattachée, d'une manière ou d'une autre, à d'autres difficultés plus générales, intéressant l'ensemble de la personnalité et d'autres

¹ Adresse de l'auteur: *Gaston Goumaz*, licencié en psychologie, St-Jean 73, Genève.