



**DSPACE**

<https://dspace.org/>

## **La sociopathie alcoolique à propos de 38 cas**

**Nsanze, Albert; Directeur: Dr. S.BARANCIRA**

**1994**

UB, Faculté de Médecine

<https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/1186>

**UNIVERSITE DU BURUNDI**

**FACULTE DE MEDECINE**

**LA SOCIOPATHIE ALCOOLIQUE**  
**A PROPOS DE 38 CAS**

Par

Albert NSANZE

Directeur :

Dr. S.BARANCIRA

Thèse présentée et soutenue publiquement pour l'obtention du grade de  
Docteur en Médecine

Bujumbura, Mai 1994

## LES ENSEIGNANTS 1993-1994.

### BUREAU FACULTAIRE

Doyen : Docteur NGENDAHAYO Louis  
Vice-doyens : Docteur NDARUGURIRE François  
Pr. Ag. SINDAYIRWANYA Jean-Baptiste

### I. ENSEIGNANTS A TEMPS PLEIN

#### Professeurs titulaires

AUBRY Pierre : Méthodologie de la recherche.  
ARMSTRONG Olivier : Anatomie.

#### Professeurs

BAZIRA Léodégal : Pathologie chirurgicale.  
NDABANEZE Evariste : Gastroentérologie ; Sémiologie digestive.

#### Professeurs associés

MORENO J. Luc : Pédiatrie.  
NDAYISABA Gabriel : Pathologie chirurgicale.  
SINDAYIRWANYA J.B. : Gynécologie-obstétrique.  
BIGIRIMANA Vénérand : Anatomie pathologique.  
KABONDO Pierre : Physiologie.  
HITIMANA Adelin (+) : Oto-rhino-laryngologie.  
KAMAMFU Gaspard : Pneumologie.  
KARAYUBA Richard : Sémiologie chirurgicale.  
BARIBWIRA Cyprien : Pédiatrie.  
NIKOYAGIZE Emmanuel : Sémiologie, Pneumologie, Thérapeutique.

#### Chargés de cours

BUYOYA François-Xavier : Introduction à la Santé Publique,  
Hygiène et Législation Sanitaire,  
Déontologie.  
MARIMBU Janvière : Epidémiologie, S.M.I.  
MUCIKIRE Emile : Radiologie.  
MUHIRWA Grégoire : Bactériologie, Parasitologie, virologie.  
MUTEGANYA Donat : Gynécologie-obstétrique.

NDARUGIRIRE François : Physiopathologie, Anesthésie-Réanimation.  
 NDAYIRAGIJE Athanase : Pathologie infectieuse et parasitaire.  
 NIYONGABO Théodore : Pathologie infectieuse et parasitaire.  
 NZISABIRA Léopold : Neurologie, Neurophysiologie, Sémiologie neurologique.  
 NDUWIMANA Martin : Pédiatrie, Sémiologie pédiatrique.  
 NGENDAHAYO Louis : Embryologie, Cytologie, Histologie.  
 NTAHORUBUZE Hormisdas : Cardiologie.  
 GODINAUD Ph. : Ophtalmologie.

### Chargés d'enseignement

RUHUMBA Pascaline : Soins infirmiers, Nutrition, S.M.I.

### Associés à l'enseignement

ESTEVENON Guillaume : Physique.  
 POSTE : Immunologie.

### II. ENSEIGNANTS A TEMPS PARTIEL

BARANCIRA Sylvestre : Psychologie générale, Psychiatrie.  
 KOCHELEFF Paul : Sémiologie cardiologique.  
 NIRAGIRA Bernardin : Hématologie fondamentale.  
 NITUNGA Nestor : Endocrinologie.  
 MARERWA Gaspard : T.P. Anatomie pathologique.  
 RUGAMBARARA Alphonse : Stomatologie.  
 WAKANA Joseph : Dématologie, Vénérologie.  
 KABURA Léonidas : Anesthésie-Réanimation.  
 KADENDE Pascal : Hépatologie.  
 NTEZIRIBA Protais : Civisme.  
 JUMA KARIBURYO : Statistique, Gestion hospitalière.  
 MUBAMBA Théodore : Chimie organique.  
 NZEYIMANA Evariste : Chimie générale.  
 BARAMPANZE Gervais : Démographie.  
 GASOGO Anastasie : Entomologie.  
 BANGEREZAKO Gaspard : Mathématique.  
 NIYONDAGARA Alice : Anglais.  
 NGENDAKURIYO Gordien : Oto-rhino-laryngologie.

### III. Professeurs visiteurs

- PICARD François : Professeur, Histologie.
- LEBARS Sylvanne : Maître de conférence des universités,  
Histologie.
- LORTHIOR MICK : Assistant des universités, Génétique.
- CATHELINE Michel : Maître des conférences des universités,  
Biochimie métabolique et pathologique.
- LE TREUT André : Professeur, Biochimie structurale.
- BREMOND J.L. : Maître des conférences des universités,  
Hématologie clinique.
- KABA Sengele : Professeur, Pharmacologie.
- JEANDEL : Professeur, Rhumatologie.
- MARCHALL Christian : Maître des conférences des universités.
- FROGE Etienne : Maître des conférences des universités.

# DEDICACE

à

Jesse IRAKOZE;

au R.P.E. KOMA, s.j.

## REMERCIEMENTS

Au Docteur S. BARANCIRA,

Votre simplicité, votre patience et votre amour  
du travail sont, sans conteste, exemplaires.

Vous nous avez suggéré le sujet de ce travail et en  
avez assuré la direction avec perspicacité.

Ce travail est votre travail.

Au jury :

Pr. Ag. E. NDABANEZE, président ;

Dr. S. BARANCIRA, directeur de thèse et membre ;

Pr. Ag. G. KAMAMFU, membre ;

Pr. Ag. R. KARAYUBA, membre ;

Spontanément, vous avez accepté de nous faire l'honneur de juger ce travail. Tout au long de notre formation médicale et surtout au cours de nos stages hospitaliers, vous nous avez servi de modèles vivants, que nous avons appréciés avec intensité. Nous sommes fier de vous compter parmi nos maîtres pour qui, nous garderons toujours respect et reconnaissance.

A notre famille,

c'est à votre soutien tant matériel que moral, aussi patient que constant, avec autant de rigueur que de sagesse que nous devons notre personnalité et notre épanouissement.

A nos sincères amitiés,

avec une note de sympathie pour notre promotion.

A ceux qui ont contribué à la réalisation de ce travail, particulièrement le personnel du C.N.P.K., ainsi qu'à Madame Pélagie NDAYISHIMIYE, Mademoiselle Béatrice SIMBANANIYE, Monsieur Lothaire NIYONKURU (Ph.D.) et Dr. François NDARUGIRIRE.

A tous et à chacun, nous exprimons notre gratitude.

## TABLE DES MATIERES.

INTRODUCTION . . . . .	1
PREMIERE PARTIE : GENERALITES. . . . .	3
I. GENERALITES SUR L'ALCOOLISME. . . . .	4
1.1. Notions d'histoire sur l'alcool. . . . .	5
1.2. Classification des boissons alcoolisées. . . . .	5
1.2.1. Les boissons fermentées . . . . .	5
1.2.2. Les boissons distillées . . . . .	5
1.3. Production et consommation de boissons alcoolisées. . . . .	6
1.3.1. Dans le monde. . . . .	6
1.3.2. Place de l'alcool dans la société burundaise . . . . .	6
1.4. Métabolisme de l'alcool. . . . .	7
1°) Absorption et diffusion de l'alcool. . . . .	7
2°) Métabolisme et élimination de l'alcool. . . . .	7
3°) Métabolisme chez l'alcoolique chronique. . . . .	8
1.5. Alcoolisme. . . . .	9
1.5.1. Des concepts à la clinique actuelle. . . . .	9
1°) Les concepts, les acceptions. . . . .	9
2°) La clinique actuelle. . . . .	10
1.5.2. Approches étiologiques de l'alcoolisme. . . . .	10
1.5.2.1. Facteurs socio-culturels et économiques. . . . .	10
1.5.2.2. Facteurs constitutionnels. . . . .	11
1.5.2.3. Appétence . . . . .	12
1.5.2.4. Autres facteurs. . . . .	12
II. ASPECTS PSYCHIATRIQUES DE L'ALCOOLISME. . . . .	13
2.1. Facteurs psychologiques de l'alcoolisme. . . . .	13
2.1.1. Personnalité alcoolique ? . . . . .	13
2.1.2. Alcoolisme symptomatique . . . . .	14
2.2. Effets pharmacologiques de l'alcool sur le SNC. . . . .	14
2.3. Concepts opérationnels . . . . .	15
2.4. Clinique psychiatrique de l'alcoolisme. . . . .	16

DEUXIEME PARTIE : MATERIEL ET METHODE . . . . .	18
I. MATERIEL. . . . .	19
II. METHODE. . . . .	19
TROISIEME PARTIE : RESULTATS . . . . .	26
I. IDENTIFICATION DES MALADES . . . . .	27
1.1. Le sexe. . . . .	27
1.2. L'âge. . . . .	27
1.3. L'origine. . . . .	28
1.4. La nationalité. . . . .	28
II. SITUATION PERSONNELLE DES MALADES. . . . .	29
2.1. Situation matrimoniale. . . . .	29
2.1.1. L'état civil. . . . .	29
2.1.2. Le nombre d'enfants à charge. . . . .	29
2.2. Niveau de scolarité . . . . .	29
2.3. Profession. . . . .	30
2.4. Religion. . . . .	31
2.5. Loisirs. . . . .	32
III. SITUATION FAMILIALE DES MALADES. . . . .	33
3.1. Situation des parents. . . . .	33
3.2. Fratrie. . . . .	34
3.3. Ressources familiales. . . . .	35
3.4. Problèmes familiaux. . . . .	36
IV. ALCOOLISATION DES MALADES. . . . .	37
4.1. Motivation de la prise d'alcool. . . . .	37
4.2. Ancienneté de la consommation d'alcool. . . . .	38
4.3. Temps et lieux de consommation d'alcool. . . . .	38
4.4. Boissons consommées. . . . .	39
4.5. Problèmes liés à la consommation d'alcool. . . . .	40

V. ASPECTS MENTAUX DE L'ALCOOLISME. . . . .	40
5.1. Motifs de consultation. . . . .	40
5.2. Antécédents. . . . .	41
5.3. Formes cliniques . . . . .	42
QUATRIEME PARTIE : ANALYSE ET COMMENTAIRES . . . . .	43
I. IDENTIFICATION DES MALADES. . . . .	44
1.1. Le sexe. . . . .	44
1.2. L'âge. . . . .	44
1.3. L'origine. . . . .	45
1.4. La nationalité. . . . .	45
II. SITUATION PERSONNELLE DES MALADES. . . . .	46
2.1. Situation matrimoniale. . . . .	46
2.1.1 L'état civil . . . . .	46
2.1.2. Le nombre d'enfants à charge. . . . .	47
2.2. Niveau de scolarité. . . . .	47
2.3. Profession et Problèmes professionnels. . . . .	48
2.4. Religion. . . . .	49
2.5. Loisirs. . . . .	50
III. SITUATION FAMILIALE DES MALADES. . . . .	51
3.1. La situation des parents. . . . .	51
3.2. La fratrie. . . . .	51
3.3. Les ressources familiales. . . . .	52
3.4. Les problèmes familiaux. . . . .	53
IV. ALCOOLISATION DES MALADES. . . . .	53
4.1. Motivation de la prise d'alcool. . . . .	53
4.2. Temps et lieux de consommation d'alcool. . . . .	54
4.3. Boissons consommées. . . . .	54
4.4. Problèmes liés à la consommation d'alcool. . . . .	55

V. ASPECTS MENTAUX DE L'ALCOOLISME. . . . .	56
5.1. Motifs de consultation. . . . .	56
5.2. Antécédents. . . . .	57
5.3. Formes cliniques. . . . .	58
CONCLUSIONS & RECOMMANDATIONS. . . . .	59
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES . . . . .	63

## INTRODUCTION.

"...il me faut un vin généreux et doux, propre à chasser les soucis, à couler dans mes veines et dans mon cœur, à me fournir des paroles, à me faire trouver jeune par une maîtresse lucanienne..." (HORACE). "Bien fou qui n'aime pas boire, car le vin nous remplit d'une voluptueuse ivresse... Le vin nous invite à la danse et nous fait oublier nos maux" (EURIPIDE), "chasse la tristesse et bannit le chagrin" (HOMERE).

Depuis des millénaires, la situation est toujours la même: On consomme des boissons alcoolisées dans tous les pays du monde. Ces boissons répandent autant la joie de vivre que leurs méfaits dramatiques. Et l'alcoolisme - comme toute maladie - est plus ou moins contenu (immanent et maîtrisé) dans notre société.

La société burundaise connaît un fond permanent d'alcoolisation. De ce fait, l'alcoolisme en est une de ces affections (que ce mot est ambigu !) habituelles et anormalement tolérées.

Très peu d'études ont été faites sur ce sujet au Burundi. Par ailleurs, nul n'ignore que ce mal entame l'intégrité psychosociale de celui qui en est atteint. C'est pour ces raisons que, sans méconnaître les autres, nous nous sommes proposé d'en traiter les aspects psychosociaux à partir de cas mentaux ayant consulté au Centre Neuro-Psychiatrique de Kamenge (CNPK).

Le but de l'étude était de:

- 1°) Identifier le groupe touché;
- 2°) Dégager les facteurs sociaux, personnels ou familiaux liés à l'alcoolisation et à l'alcoolisme;
- 3°) Montrer les circonstances qui amènent les malades alcooliques ou les tiers à consulter le médecin, psychiatre en particulier;
- 4°) Dédire des conclusions, une stratégie de lutte contre la sociopathie alcoolique.

Notre travail comprend cinq parties:

- 1°) Généralités;
- 2°) Matériel et méthode;
- 3°) Résultats;
- 4°) Analyse et commentaires;
- 5°) Conclusion et recommandations.

P R E M I E R E P A R T I E :  
G E N E R A L I T E S

## I. GENERALITES SUR L'ALCOOLISME.

### 1.1. Notions d'histoire sur l'alcool.

La Bible nous dit que Noé, ayant planté la première vigne, but du jus de raisin et connut l'ivresse (Genèse 9:20).

Depuis l'aube de l'humanité, l'alcool est connu des hommes [19,74]. Ces derniers l'ont utilisé pour ses propriétés psychotropes [11]. Ce fut le plus souvent à des fins mystiques et sacrées [11,74]. Ailleurs, il fut objet de restriction, interdiction et condamnation [11,43,74].

En 4000 avant Jésus-Christ, l'industrie de la bière était très importante en Babylonie; les Sumériens connaissaient déjà la bière et le vin [19,43,74]. A la même époque, beaucoup de peuples du monde, des Grecs et Romains aux Chinois en passant par les Indo-Européens et les Amérindiens, fabriquaient des breuvages alcooliques [11,43].

Au début de notre ère, Jésus-Christ consacra le vin comme matière eucharistique [43,74]. Par la suite, l'expansion du christianisme alla de pair avec celle de la viticulture. Et celle-ci, d'abord monastique, ensuite bourgeoise, devint enfin populaire [11,19,43,74].

Cet élan fut freiné par l'islam depuis le 7<sup>e</sup> siècle. En effet, Mahomet ayant constaté les ravages dûs à l'alcool à Médine, l'interdit à ses partisans [43,74].

La découverte de la distillation est controversée. Cependant, celle-ci, rudimentaire, date de plusieurs siècles (800 av. JC à Ceylan et en Inde) [19]. Néanmoins, il est admis que l'eau-de-vie commença à être connue en Europe au XIII<sup>e</sup> siècle. Il faudra attendre le XVII<sup>e</sup> pour obtenir un alcool libéré d'une partie raisonnable de l'eau qu'il contient [19,43,74].

Il faut noter, par ailleurs, que les médecins faisaient

l'éloge de "l'esprit de vin" à partir duquel ils préparaient des élixirs et des teintures. Mais, "l'eau brûlante" devint ensuite moins un remède qu'une simple boisson. C'est depuis 1860 que le rôle thérapeutique de l'alcool fut presque définitivement mis en doute [19,43].

De nos jours, le monde est inondé par des boissons alcoolisées fermentées ou distillées. L'apparition des ligues anti-alcooliques et de l'alcoologie témoigne de l'importance du phénomène.

## **1.2. Classification des boissons alcoolisées.**

Nous distinguerons les boissons fermentées (vins, bières, hydromels, cidres) et les boissons distillées (eaux-de-vie). Ces dernières sont plus alcoolisées [11,66].

### **1.2.1. Les boissons fermentées [11,53,66]**

Elles comprennent:

- 1) Les vins: ce sont des produits de fermentation alcoolique à partir du raisin ou du jus.
- 2) Les bières: toute boisson alcoolisée obtenue après fermentation d'une céréale: orge, maïs, etc.
- 3) Les cidres et poirés: ils proviennent exclusivement de la fermentation de jus de pommes fraîches ou d'un mélange de pommes et de poires fraîches.
- 4) Les hydromels: ce sont des produits de fermentation alcoolique d'une solution de miel dans l'eau potable.

### **1.2.2. Les boissons distillées [11,66].**

Elles comprennent:

- 1) les eaux-de-vie dont on distingue les eaux-de-vie de vin, de cidre, de fruits et de grains (whisky, vodka, gin).

- 2) les spiritueux qui sont des apéritifs à base de vins et d'alcools.

### 1.3. Production et consommation de boissons alcoolisées.

#### 1.3.1. Dans le monde.

La production mondiale de boissons alcoolisées est passée de 823,9 millions d'hl en 1965 à 1295,2 millions d'hl en 1980 [48]. On note que cette production prend une allure préoccupante surtout dans les pays du Tiers-Monde. En effet, la production et le commerce de ces boissons représentent une activité économique importante. Avec une sorte de saturation des marchés dans les pays industrialisés, l'offensive des transnationales est lancée aux pays du Tiers-Monde où la consommation alcoolique s'en trouve augmentée [24,74]. En France, la consommation serait en baisse depuis surtout les 10 dernières années [24].

#### 1.3.2. Place de l'alcool dans la société burundaise [10,44,74,78].

Au Burundi, la production de bière "Primus" et "Amstel" est passée respectivement de 877,812 hl et 75,302 hl à 981,965 hl et 101,866 hl pour la période de 1988 à 1992 (ISTEEBU). La production de boissons "artisanales" (de banane, sorgho, ananas) n'est pas chiffrée.

A part l'aspect quantitatif, il faut voir dans l'alcool son signifiant socio-culturel dans notre société. En effet, il n'est pas d'événements fastes ou néfastes qui se passent sans consommation alcoolique. Les circonstances moins événementielles sont aussi occasions de cette consommation: rencontres de bistrot.

De plus, à chaque catégorie sociale correspond un type de boisson alcoolisée: la bière indigène pour les pauvres, l'Amstel

et la Primus pour la classe moyenne et les vins, les liqueurs pour la classe aisée.

Enfin, il faut remarquer qu'alors qu'elle fut ritualisée et réservée, la consommation des boissons alcoolisées est aujourd'hui banalisée et accessible à la grande majorité de la population, elle s'est "démocratisée"! Quoi qu'il en soit, aucune famille ne peut se passer, tout un mois durant, d'une boisson alcoolisée sauf les familles complètement abstinentes ou démunies.

#### 1.4. Métabolisme de l'alcool.

##### 1°) Absorption et diffusion de l'alcool.

L'alcool, très lipo et hydrosoluble, traverse plus ou moins rapidement les membranes surtout duodéno-jéjunales, parfois du poumon (LESTER et COLL., BOWLERS et COLL.) [8,19,21]. Cette vitesse est relative au type de boisson (plus élevée pour le gin que pour la bière, par exemple) et variable suivant l'état du sujet (la gastrectomie l'augmente, la concentration mentale la diminue) [19,83].

Une fois absorbé, l'alcool diffuse dans les compartiments liquidiens intra et extracellulaires de façon proportionnelle à la quantité d'eau contenue dans les tissus [19,24]. Cet équilibre de diffusion s'établit également entre le sang et l'air expiré [19].

Enfin, l'alcool est très rapidement métabolisé par le foie.

##### 2°) Métabolisme et élimination de l'alcool.

Le métabolisme de l'alcool est surtout hépatique (90-95%) et accessoirement extrahépatique (5-10%): reins, poumons, cerveau, ... [9,24].

D'autre part, il faut noter que 90 à 98% de l'alcool ingéré sont oxydés par enzymes en bioxyde de carbone et en eau [19,24] en passant par l'acétaldéhyde et l'acétate.

Trois systèmes enzymatiques de transformation vont être retenus:

- la voie d'oxydation par l'alcool déshydrogénase (ADH). C'est la voie principale d'oxydation d'alcool lorsque l'alcoolémie est modérée [24,66].

Deux voies accessoires du métabolisme hépatique;

- la voie du système microsomial d'oxydation.

Celle-ci est sollicitée lorsque l'alcoolémie est élevée et/ou chronique [24,66].

- la voie de la catalase.

Cette voie, au demeurant très accessoire, nécessite le peroxyde d'hydrogène très peu fabriqué par le foie. Elle intervient lors des alcoolémies élevées et/ou chronique également [21,24,66].

Enfin, nous signalons que l'élimination de l'alcool (2,10% d'alcool ingéré) se fait par l'urine, la sueur, ... et le lait; la concentration de l'air alvéolaire étant 2000 fois inférieure au taux d'alcoolémie [19,24,66].

### 3°) Métabolisme chez l'alcoolique chronique [21].

Chez l'alcoolique chronique, l'accélération de la vitesse de métabolisation de l'alcool due à la stimulation des voies accessoires sus-évoquées aboutit à la "tolérance métabolique"; celle-ci s'accompagne d'une adaptation du système nerveux central (SNC) c'est-à-dire d'une "tolérance nerveuse". Néanmoins, ce scénario n'a lieu que s'il n'y a pas de graves désordres nutritionnels à l'origine de carence protéique et d'ADH subséquente.

## 1.5. Alcoolisme.

### 1.5.1. Des concepts à la clinique actuelle.

#### 1°) Les concepts, les acceptions.

Jusqu'à la 2<sup>e</sup> moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, l'alcool était considéré tantôt comme un facteur de santé, de vie ("aqua vitae"), tantôt comme un remède pour revigorer les enfants chétifs, dissiper le malaise des femmes, traiter "les digestions pénibles", etc. Il fut aussi utilisé comme désinfectant (aujourd'hui encore), antipyrétique (potions de TODD et BEHIER), pour les infiltrations du ganglion de GASSER (névralgie faciale) et les infiltrations transscrotales intravaginales (hydrocèle),... Chaque professeur célèbre avait sa propre formule; chaque hôpital de renom, son "vin tonique" et chaque praticien, sa propre "combinaison magistrale" [99].

En même temps et surtout à la fin du siècle, l'alcool fut également un facteur de dégénérescence; le concept d'alcoolisme-maladie était déjà lancé en 1849 par Magnus HUSS [38,66]. La dégénérescence alcoolique pseudo-scientifique fut rendue par certaines considérations: "l'alcoolisme est un vice, apanage des dégénérés, qui conduit à la folie" ou "à la première génération, immoralité, dépravation, excès alcooliques, abrutissement moral; à la deuxième génération, dispomanie, accès maniaques, paralysie générale. A la troisième génération, sobriété, tendances hypochondriaques, lypémanie, délire de persécution, impulsions suicidaires. A la quatrième génération, intelligence peu développée, accès de manies à l'âge de 16 ans, stupidité, transition à l'idiotie et en définitive, extinction probable de la race" [19].

Cette dégénérescence à la fois individuelle et sociale fut étudiée par l'école française (MAGNAN, LEGRAIN, GARNIER, ...) et en pays de langue allemande (KRAEPELIN, HEILBRONNER, BONHOEFFER,...) où on en décrit les formes mentales [38,99].

Ce n'est qu'en début de ce siècle que l'alcool est admis comme facteur majorant, causal et/ou symptomatique d'un état pathologique en cours [33].

## 2°) La clinique actuelle.

Nous rappelons 2 conceptions [5,19,53]:

- d'une part, celle de JELLINEK considérant l'alcoolisme comme tout usage de boissons alcoolisées qui cause quelque dommage à l'individu, à la société ou aux deux et le conduisant à en définir 5 formes cliniques ( $\alpha, \beta, \gamma, \delta, \varepsilon$ ) et;
- d'autre part, celle de FOUQUET considérant l'alcoolisme comme la perte de la liberté de s'abstenir de boire de l'alcool et le conduisant à en définir 3 formes cliniques (alcoolites, alcooloses, somalcooloses).

A l'analyse, on se rend compte que l'acceptation de JELLINEK rend la globalité de la question qui est individuelle et sociale tandis que, celle de FOUQUET retient un critère central qui est la dépendance [4,5,33].

Enfin, nous mentionnons la clinique actuelle admise par l'OMS (CIM 10/ICD 10) qui, considérant l'alcool en tant que substance psychoactive, comprend les troubles mentaux et du comportement [81]. Nous y reviendrons au chapitre sur la clinique psychiatrique de l'alcoolisme. Une fois le concept d'alcoolisme-maladie intégré, il est intéressant d'en étudier et d'en formuler les logiques étiologiques.

### 1.5.2. Approches étiologiques de l'alcoolisme.

#### 1.5.2.1. Facteurs socio-culturels et économiques.

C'est l'ensemble des influences qui font pression sur l'individu en tant qu'il appartient à un milieu, à une société. Cette appartenance est subordonnée à l'observance de moeurs ou

de cultures lui prescrites et lui impose certaines conceptions religieuses, métaphysiques ou morales [22,66,73].

L'individu et l'alcool se trouvent alors liés dans une société qui les comprend tous. "Le vin est senti par la nation française comme un bien qui lui est propre (...). Croire au vin est un acte collectif contraignant" [11,106]. Ici quelqu'un n'y croirait pas sans qu'il soit qualifié d'asocial ou d'antisocial par une société qui ne le comprendrait plus au sens intellectuel et spatial du terme. Paradoxalement, l'alcoolique est considéré comme asocial ou antisocial. Voilà, l'individu "englué" dans une société alcoolisée, alcoolique probablement, dont il doit être en résonance empathique. "L'alcoolisme est une maladie sociale autant qu'individuelle" [38,80].

Par facteurs économiques, on comprend les éléments de la production, de la distribution d'alcool (sa consommation est proportionnelle à sa disponibilité [11,19,66]) en même temps que les pressions exercées sur l'individu ou le groupe par différentes conditions socio-économiques (consommation accrue avec les professions agricoles et celles avec un travail pénible, par exemple) [11,19,66,88].

#### 1.5.2.2. Facteurs constitutionnels.

C'est l'ensemble des facteurs ou prédispositions, typiques ou non, somatiques et biologiques, innés et/ou acquis, qui modifient ou augmentent la vulnérabilité d'un individu à l'alcool [11,66]. Ainsi, sa tolérance varie avec le sexe, l'âge, l'équipement enzymatique de l'individu de même qu'avec les lésions de ce dernier comme les maladies chroniques, les gastrectomies, l'épilepsie, etc [66].

Qu'en est-il de l'hérédité ? Les individus sont inégaux face au risque alcool; de plus, nombre d'enquêtes démontrent une augmentation de la morbidité dans les ascendants et descendants des sujets alcooliques [11]. Malgré cela et les assertions de

personnes ayant fait autorité comme ARISTOTE ("Les femmes qui boivent portent des enfants semblables à elles") ou MOREL ("Les dégénérés créent des buveurs et les buveurs créent des dégénérés, cercle vicieux que l'alcool entretient") ainsi que les adages populaires ("tel père tel fils"), il faut remarquer que familial n'est pas synonyme d'héréditaire. Néanmoins, si on a plus de psychopathes dans les familles alcooliques, c'est que l'alcoolisme est lui-même une " psychopathie familiale" [19,38]. De toutes manières, beaucoup de travaux (BROUSEAU, DESHAIES, AMARK, ...) invalident la théorie hérédopathologique de l'alcoolisme [19].

En définitive, la question demeure entière: Si l'on admet que l'alcool est un facteur dégénératif, est-il effet ou cause de la dégénérescence ? Les prédispositions génétiques existent-elles ? [30,95].

Enfin, on a corrélié les biotypes à l'alcoolisme. Ainsi, le type picnique a été rattaché aux alcooliques chroniques et le type longiligne dysplasique, aux alcooliques délirants [38].

#### 1.5.2.3. Appétence .[38]

De tous temps, l'homme a manifesté un goût constant et général pour l'alcool (LEWIN). Les boissons alcoolisées ont primé sur les autres pour la valeur hédonique et "dionysiaque" de l'alcool. En effet, à côté de la "satisfaction orale" qu'il procure, l'alcool est un "incisif moral", source d'un prestige mythique.

#### 1.5.2.4. Autres facteurs.

Ce sont les facteurs psychologiques, la dépendance, la tolérance, la perte de contrôle, l'incapacité de s'abstenir et le besoin obsédant. Ils seront étudiés dans le chapitre suivant.

## II. ASPECTS PSYCHIATRIQUES DE L'ALCOOLISME.

### 2.1. Facteurs psychologiques de l'alcoolisme.

#### 2.1.1. Personnalité alcoolique ?

D'abord, que faut-il comprendre par personnalité? La personnalité serait l'amalgame qui intègre l'innéité et la constitution d'un individu et son modelage par le milieu (matériel et humain), et déterminant son mode d'être et d'entrer en relation avec le monde qui l'entoure. C'est la singularité, l'originalité et l'unicité de l'homme [40].

Ensuite, qu'est-ce qu'une personnalité normale ou pathologique? "On retiendra que la normalité psychologique (de la personnalité) n'existe pas et qu'elle n'est le plus souvent qu'un état provisoire, instable, d'équilibre du fonctionnement mental qui, s'il est soumis aux frustrations, épreuves et changements, peut se trouver compromis, se fracturer peut-être mais saura s'en relever; à côté d'elle, il est des organisations pathologiques de la personnalité qui ne se réfèrent pas à une valeur étalon de norme ou de santé mais traduisent la souffrance et l'inconfort de leur équipement affectif et émotionnel dans la précarité de leur adaptation, dans leur instabilité, dans leur moindre degré de liberté de fonctionnement, dans le surcoût qu'elles payent enfin à l'orientation et au maintien de modes relationnels inadéquats" [32,40].

Qu'en est-il de la personnalité alcoolique enfin? Des considérations intuitives feraient penser qu'il y a un profil psychologique alcoolique univoque mais de nombreux auteurs, à la recherche de cette personnalité, ne l'ont pas trouvée. Il n'y en a pas au sens strict [11,19,66]. Il y aurait par contre une "constellation de symptômes" qui renvoient à d'autres entités nosographiques psychiatriques [19,66].

Enfin, il reste à réfléchir sur le numéro d'un jésuite, chanteur alcoolique et guéri comme repris par BARRUCAND: "Ce qui m'a fait boire, c'est la fricaillerie, les cons, les décorés,

c'est mon inadaptation congénitale à la saloperie du monde. Je voulais changer le monde et j'ai sombré dans l'alcool. Aujourd'hui, j'ai compris que c'est en me changeant moi-même que je suis parvenu à me libérer de l'alcool".[11]

### **2.1.2. Alcoolisme symptomatique [11,12,39].**

Il s'agit d'un alcoolisme sur un terrain anxio ou maniaco-dépressif. Ici l'état anxieux détermine un alcoolisme chronique (alcool = tranquillisant) et les états maniaques ou dépressifs s'accompagnent de raptus alcooliques.

Au cours de la manie, l'individu boit pour accentuer son euphorie et accroître son expansivité générale tandis qu'au cours de la dépression, il boit pour oublier sa douleur morale et dépasser son effondrement général.

A côté des syndromes anxio et maniaco-dépressifs, les structures hystériques et psychopathiques sont particulièrement prédisposées à l'alcoolisme.

### **2.2. Effets pharmacologiques de l'alcool sur le SNC.**

Dans un premier temps, l'ingestion d'alcool s'accompagne d'une exaltation de l'humeur (réduction de la tension psychique et anxiolyse) et d'une levée des inhibitions (oubli des normes et des interdits sociaux jusque-là introjetés).

A cette phase, on note une atteinte des fonctions supérieures du cortex cérébral notamment l'attention, le jugement, la compréhension [11,47].

Le second temps est caractérisé par un dysfonctionnement neuro-psychique qui comprend les troubles sus-évoqués mais aggravés. On note, à cette phase, une réduction de l'acuité visuelle qui évolue vers une diplopie et un syndrome d'incoordination motrice qui fait place à un syndrome cérébelleux complet.

Enfin, l'intoxication alcoolique chronique est marquée par des atrophies cérébrales durables manifestées par le syndrome amnésique de KORSAKOFF, l'encéphalopathie de GAYET-WERNICKE, etc. Au cours de ces affections, il existe essentiellement une avitaminose B [11,49,87].

### **2.3. Concepts opérationnels [19].**

Ils rendent compte de la nature et du degré de besoin que l'alcoolique a pour son toxique.

#### **1) Dépendance.**

- physique: état d'inconfort produit par la privation d'alcool chez un alcoolique chronique soulagé par la prise de celui-ci ou d'une drogue ayant les mêmes effets (assuétude, "addiction");

- physique et psychologique: insatisfaction non spécifique faisant naître un désir pour les effets de l'alcool (accoutumance, "habituatation").

#### **2) Tolérance.**

Résistance acquise par l'usage répété d'alcool qui engendre le besoin de recourir à des quantités croissantes d'alcool afin d'obtenir les mêmes effets.

#### **3) Perte de contrôle.**

Incapacité pour un buveur d'arrêter de boire lorsqu'il a déjà consommé une certaine quantité d'alcool (KELLER).

#### **4) Incapacité de s'abstenir.**

Impossibilité, pour un alcoolique, de passer une journée ou deux sans boire, même s'il est capable de s'en tenir aux quantités désirées lorsqu'il boit (JELLINEK).

#### **5) Besoin obsédant.**

Manifestation de la dépendance physique par un désir ardent et accablant de recourir à l'alcool ou d'obtenir des effets semblables à ceux qu'il produit (HARDENES in JELLINEK). On parle aussi de besoin impérieux, de désir ardent, de "craving".

#### **2.4. Clinique psychiatrique de l'alcoolisme.**

Notre description se base sur la classification internationale des maladies de l'OMS (CIM 10, 1993) qui distingue un certain nombre de formes psychiatriques.

##### **1) Intoxication aiguë [60,64,81].**

C'est un état transitoire secondaire à la prise d'alcool, caractérisé par des perturbations de la conscience, des fonctions cognitives, de la perception, de l'affect et du comportement, ou d'autres fonctions et réponses psycho-physiologiques. On lui distingue 3 phases: une première avec excitation, une deuxième avec ébriété et enfin, une troisième phase comateuse.

##### **2) Utilisation nocive pour la santé [36,53,81].**

C'est un mode de consommation d'alcool qui est préjudiciable à la santé physique (cirrhose alcoolique), psychique (dépression) et sociale (sociopathie). Le consommateur dépasse le seuil sociologique de tolérance.

##### **3) Syndrome de dépendance [4,19,38,81].**

C'est un ensemble de signes comportementaux, cognitifs et physiologiques où l'utilisation de l'alcool est à l'origine d'un désinvestissement progressif des autres activités. Sa caractéristique essentielle est un désir incoercible, parfois compulsif.

##### **4) Syndrome de sevrage [22,49,81].**

Il s'agit d'un ensemble de symptômes, diversement groupés avec une gravité variable, qui surviennent au sevrage complet ou non d'alcool longtemps consommé, de façon répétée et massive. Il peut se compliquer de convulsions.

**5) Syndrome de sevrage avec délirium [64,81].**

C'est le syndrome sus-évoqué qui est compliqué de délirium. Ce dernier étant un état confuso-onirique avec syndrome neurologique (tremblement, incoordination, etc.) et des signes généraux (hyperthermie, déshydratation, etc.).

**6) Troubles psychotiques [81].**

Ces troubles surviennent durant ou dans les 48 heures suivant la prise d'alcool. Le tableau est dominé par des hallucinations intenses, une distorsion des perceptions, des idées délirantes ou de référence, des perturbations psychomotrices et des affects anormaux.

**7) Syndrome amnésique [60,81].**

Il est essentiellement marqué par des troubles de la mémoire récente ("oubli à mesure") avec souvent des perturbations de la perception du temps et de la chronologie des événements (désorientation) et enfin, une fabulation intense (compensation). Il est compris dans le syndrome psychopolynévritique de KORSAKOFF.

**8) Troubles résiduels et troubles psychotiques de survenue tardive [81].**

Ce sont des troubles (des cognitions, des affects, etc.) induits par l'alcool et persistant au-delà de la période où celui-ci a des effets directs.

**9) Autres troubles mentaux et comportementaux [81].**

Ce sont les autres tableaux spécifiques dus à l'alcool.

**10) Troubles mentaux et comportementaux non spécifiques [81].**

Ce sont des tableaux associés à l'alcool.

DEUXIEME PARTIE :  
MATERIEL ET METHODE

## I. MATERIEL.

Notre étude a porté sur 38 alcooliques hospitalisés pour des troubles neuropsychiatriques au CNPK (48 avaient été hospitalisés pendant la période de l'étude). Ces malades avaient consulté pour un problème d'alcoolisme ou il s'avérait par la suite que leurs troubles étaient liés à cet abus.

## II. METHODE.

Il s'agissait d'une étude prospective sur une période de 14 mois (le août 1992 au 31 octobre 1993).

Pour chaque malade, nous avons établi 2 modèles de fiche d'enquête en kirundi et en français. L'entretien s'engageait dans une langue véhiculaire qui déterminait le choix de l'un des deux questionnaires. Nous avons privilégié, avec la critique qui s'imposait, l'information fournie par le malade. Voici les modèles de fiche d'enquête:

1) En kirundi:

### UGUTOHOZA INDWARA ZITERWA N'INZOGA.

#### I. Ibiraba nyene kubazwa:

- Izina: Iritazirano:
- Igitsina: umugabo: umugore:
- Imyaka y'amavuka:
- Aho aba: Komine/porovensi:  
Karatiye/igisagara:
- Ivyerekeye ukwubaka urugo:
  - \* ntarubaka :
  - \* yarubatse:
  - \* yarapfakaye:
  - \* yarahukanye:
  - \* ntabana n'uwo babiranye:
- Igitigiri c'abana biwe:

- Aho yagejeje amashure:
  - \* ntazi gusoma n'ukwandika:
  - \* yize amashure mato mato:
  - \* yize amashure yisumbuye canke y'imyuga:
  - \* yize amashure kaminuza:
- Igihugu akukira:
- Akazi akora/umwuga wiwe:

## II. Ivyerekeye abo bibana mu rugo:

- Agira kangahe mu bo bivukana ?:
- Igitigiri c'abo bivukana:
- Mu rugo: hari umugore umwe:                    canke (m)uraharits(w)e:
- Se : aba i muhira:                    ntaba i muhira:                    ntakiriho:
- Nyina : aba i muhira:                    ntaba i muhira:                    ntakiriho:
- Igitunze umuryango/urugo:
  - \* uburimyi:
  - \* urudandaza/iyindi myuga:
  - \* umushahara:
  - \* ikindi, c'igiki ?:
- Nyene kubazwa yoba afasha gute mu bitunze umuryango ?
  - haba na mba:                    ukubayabaye:                    muri vyose:
- Hari ingorane mu rugo yabananiye gutorera inyishu ?:

## III. Ibiraba imigenzo n'imibano:

- idini nyene kubazwa arimwo:
  - \* n'umukirisu w'umugatorika:
  - \* n'umukirisu w'umuporoti :
  - \* n'umu(y)isaramu:
  - \* iyindi dini, iyihe ?:
- Ukurikirana gute ivy'idini yawe ?
  - haba na mba:                    rimwe na rimwe:                    cane:
- Hari ingorane woba ufise mu kazi ?
  - ego:                    oya:

ni waba uzifise, ni nk'izihe ?:

- Uronse akanya, winezereza gute ?:

#### IV. Ivyerekeye ukunywa inzoga:

- Wewe ubiravye, ubona unywa inzoga gute ?

nta na rimwe: gake rwose: rwose:

nta nyishu y'ico kibazo:

- ubwoko bw'inzoga unywa cane cane ni:

\* urwarwa:

\* ibiyeri (Pirimusi /Amus(i)teri):

\* "wisiki" canke umuvinyu:

\* ubundi bwoko, nk'ubuhe ?:

- Watanguye kunywa inzoga umaze imyaka ingaha ?:

- Uhora unywa inzoga mu gitondo ?

ego: oya: ahandi uyinywa ni ryari ?:

- kenshi na kenshi uyinywa:

uri wenyene: uri kumwe n'abandi:

nta nyishu yico kibazo:

- Mbe uyironse uyinywera he ?:

- Ku bwawe, wibaza igituma abantu banywa inzoga ari igiki ?:

- Wewe ubwawe hari ingorane zituruka ku nzoga woba ufise ? ego:

oya: ziriho, ni nk'izihe ?

#### V. Ivyerekeye ukwivuza indwara zo mu mutwe:

- Ingorane zigeze canke ziri mu muryango:

\* ukuborerwa:

\* indwara zo mu mutwe:

\* abakoresha cane imiti y'indwara zo mu mutwe:

\* uwiyahuye/uwagerageje kwiyahura:



- Niveau de scolarité:
  - \* non alphabétisé:
  - \* primaire:
  - \* secondaire/technique:
  - \* supérieur:
- Nationalité:
- Profession:

## II. Constellation familiale.

- Rang dans la fratrie:
- Nombre de frères et soeurs:
- Famille:            Monogamique:            Polygamique:
- Père:    Présent:            Absent:            Décédé:
- Mère:    Présente:            Absente:            Décédée:
- Ressources familiales, Nature:
  - \* agricole:
  - \* commerciale/artisanale:
  - \* salaire:
  - \* autre réponse (à préciser):
- Contribution du sujet aux ressources familiales
  - Nulle:    Moyenne:    Principale:
- Quel est le problème familial pour lequel vous n'avez pas trouvé de solution ?

## III. Eléments socio-culturels.

- Religion:    \* Chrétien catholique:
  - protestant:
  - \* Musulman:
  - \* Autre (à préciser):
- Pratique religieuse:
  - Nulle:    Irrégulière:    Régulière:
- Avez-vous un problème professionnel ?
  - Oui:    non:
  - Si oui, lequel ? :

- Quels sont vos loisirs ?:

#### IV. Consommation de l'alcool.

- Combien de fois buvez-vous de l'alcool?

\* jamais:

\* rarement:

\* souvent:

\* sans réponse:

- Alcool principalement consommé

\* vin de banane:

\* bière (Amstel, Primus):

\* Liqueurs, vins:

\* Autres (à préciser):

- Age de début (ans):

- Buvez-vous de l'alcool le matin ?

oui: non:

et/ou quand ?:

- Avec qui le prenez-vous généralement?

Seul: en groupe: sans réponse:

- Où le consommez-vous ?:

- Pourquoi, selon vous, les gens prennent-ils de l'alcool ?

- Avez-vous personnellement un problème avec l'alcool ?

oui: non:

Si oui, lequel ?:

#### V. Services psychiatriques.

- Antécédents familiaux:

\* alcoolisme:

\* troubles psychiatriques:

\* usage prolongé de psychotropes:

\* suicide et tentative:

- \* Problèmes judiciaires:
- \* autres (à préciser):
- Antécédents psychiatriques du malade:  
oui:      non:
- Demande actuelle:
  - \* individuelle:
  - \* provoquée par la famille:
  - \* provoquée par un service sanitaire:
  - \* provoquée par les pouvoirs publics:
  - \* autres (à préciser):
- Motif de consultation:
  
- Diagnostic psychiatrique actuel (CIM 10).

---

Commentaires sur le sujet et/ou sur l'enquête.

TROISIEME PARTIE :  
R E S U L T A T S

## I. IDENTIFICATION DES MALADES.

## 1.1. Le sexe.

Tableau I: Répartition des malades par sexe.

Sexe	Effectifs	%
Féminin	5	13,2
Masculin	33	86,8
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>100</b>

## 1.2. L'âge.

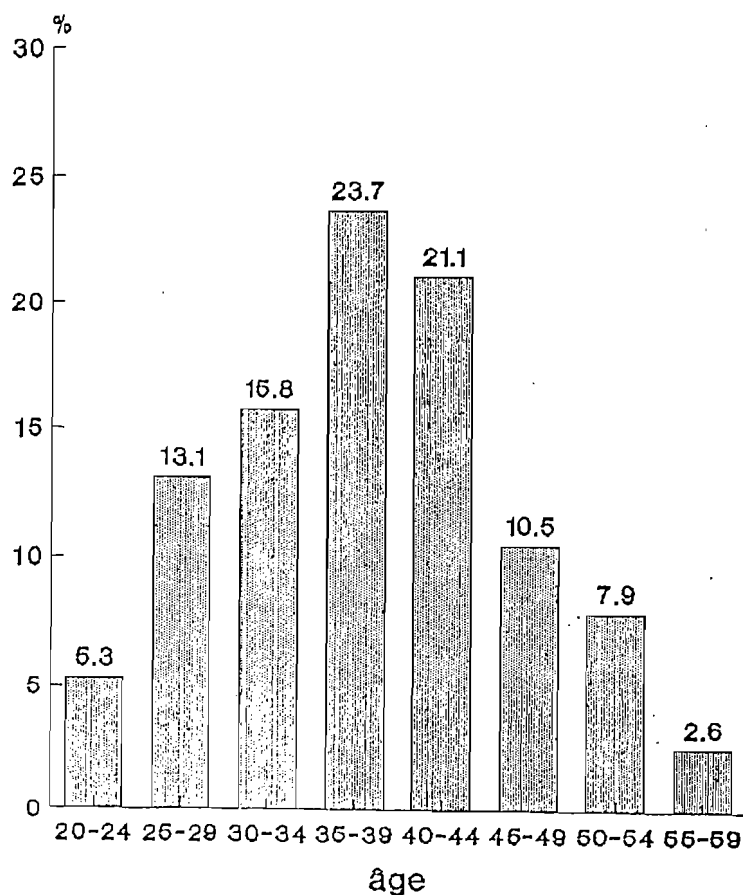


Figure 1: Répartition des malades par âge.  
 Les extrêmes: 20 ans et 57ans.  
 L'âge moyen: 38,1 ans.

### 1.3. L'origine.

Tableau II: Répartition des malades par province.

Province	Effectifs	%
Bujumbura	21	55,3
Bururi	4	10,5
Cibitoke	4	10,5
Gitega	3	7,9
Muramvya	3	7,9
Bubanza	2	5,3
Cankuzo	1	2,6
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>100</b>

Tableau III: Répartition des malades dans la mairie de Bujumbura.

Localité	Effectifs	%
Bwiza	4	21,0
Ngagara	3	15,8
Buyenzi	2	10,5
Kamenge	2	10,5
Kanyosha	2	10,5
Rohero	2	10,5
Cibitoke	1	5,3
Musaga	1	5,3
Mutakura	1	5,3
Nyakabiga	1	5,3
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>100</b>

### 1.4. La nationalité.

Tableau IV: Répartition des malades par nationalité.

Nationalité	Effectifs	%
Burundaise	33	86,8
Rwandaise	5	13,2
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>100</b>

## II. SITUATION PERSONNELLE DES MALADES.

### 2.1. Situation matrimoniale.

#### 2.1.1. L'état civil.

Tableau V: Répartition des malades selon l'état civil.

Etat civil	Effectifs	%
Marié	19	50
Célibataire	14	36,8
Séparé	3	7,9
Veuf	2	5,3
Divorcé	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>100</b>

#### 2.1.2. Le nombre d'enfants à charge.

13 malades, soit 34,2% n'ont pas d'enfants à charge, 25 soit 65,8% en ont au moins un.

Le nombre moyen d'enfants à charge est de 5,24 par malade. Celui qui en a le moins a 1 enfant, et le plus, 8.

### 2.2. Niveau de scolarité.

Tableau VI: Répartition des malades par niveau de scolarité.

Scolarité	Effectifs	%
Non alphabétisé	5	13,2
Primaire	16	42,1
Secondaire/technique	11	28,9
Supérieur	6	15,8
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>100</b>

### 2.3. Profession.

#### 2.3.1. Tableau VII: Répartition des malades par catégorie professionnelle.

Catégorie	Effectifs	%
Fonctionnaires	16	42,1
Artisans/commerçants	10	26,1
Cultivateurs/éleveurs	4	10,5
Elève	1	2,6
Sans profession	7	18,5
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>100</b>

#### 2.3.2. Tableau VIII: Répartition des fonctionnaire par type de profession.

Profession	Effectifs	%
Enseignants	3	18,8
Militaires	3	18,8
Techniciens	4	25
Agents	5	31,2
Médecin	1	6,2
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>100</b>

#### 2.3.3. Problèmes professionnels.

#### Tableau IX: Liaison Problème-Alcool par les malades.

Problèmes	Effectifs	%
Liés à l'alcool	2	5,3
Autres Problèmes	14	36,8
Sans profession	7	18,4
Sans problèmes	15	39,5
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>100</b>

## 2.4. Religion.

### 2.4.1. L'appartenance religieuse.

Tableau X: Répartition des malades par religion.

Religion	Effectifs	%
Christianisme		
* catholique	31	81,6
* protestant	4	10,5
Islam	1	2,6
Sans	2	5,3
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>100</b>

35 malades sont 92,1% sont chrétiens.

## 2.4.2. Tableau XI: Pratique religieuse.

Pratique	<u>nulle</u>		<u>irrégulière</u>		<u>régulière</u>	
	n	%	n	%	n	%
catholiques(31)	6	19,3	10	32,2	15	48,3
Protestants(4)	1	25	1	25	2	50
Musulman(1)	1	100	-	-	-	-
Sans(2)	2	100	-	-	-	-
<b>TOTAL(38)</b>	<b>10</b>	<b>26,3</b>	<b>11</b>	<b>28,9</b>	<b>17</b>	<b>44,7</b>

n: effectifs

## 2.5. Loisirs.

Tableaux XII: Répartition des malades par loisir.

Loisirs	Effectifs	%
Boire au bistrot	15	39,5
Boire et autres	7	18,4
Sports	5	13,1
Autres loisirs	9	23,7
Indéterminés	2	5,3
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>100</b>

22 malades soit 57,9% expriment le loisir de boire.

### III. SITUATION FAMILIALE DES MALADES.

#### 3.1. Situation des parents.

##### 3.1.1. Présence des parents dans la famille.

Tableau XIII: Parents des malades de la série.

Parents	Effectifs	%
Les 2 présents	12	31,6
Un présent	16	42,1
Les 2 absents	10	26,3
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>100</b>

Tableau XIV: Parents des célibataires.

Parents	Effectifs	%
Les 2 présents	9	64,3
Un présent	4	28,6
Les 2 absents	1	7,1
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

##### 3.1.2. Structure de la parenté.

Tableau XV: Mono(poly)gamie; parent unique.

Famille	Effectifs	%
Monogamique	31	81,6
Polygamique	6	15,8
Parent unique	1	2,6
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>100</b>

## 3.2. Fratrie.

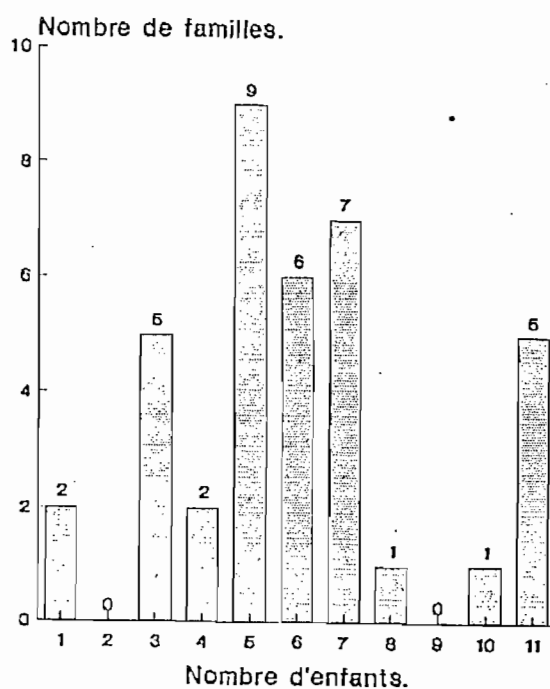


Figure 2: Importance de la fratrie.  
 Le nombre moyen d'enfants par famille: 6  
 Les extrêmes: 1 et 11 enfants/famille.

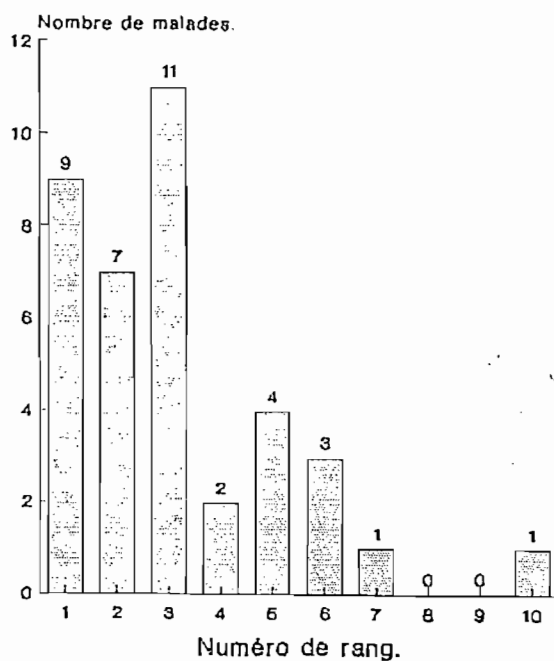


Figure 3: Rang dans la fratrie.  
 Le rang moyen: 3.1, allant de 1 à 10.

## 3.3. Ressources familiales.

Tableau XVI: Importance relative des ressources familiales.

Nature	Effectifs	%
Agriculture/élevage	26	51,0
Salaires	12	23,5
Commerce/artisanat	11	21,6
Location de maison	2	3,9
<b>TOTAL</b>	<b>51</b>	<b>100</b>

Tableau XVII: Contribution des malades aux ressources familiales selon le statut matrimonial.

Contribution	<u>nulle</u>		<u>moyenne</u>		<u>principale</u>	
	n	%	n	%	n	%
Mariés(19)	1	5,2	7	36,8	11	57,8
Célibataires(14)	5	35,7	7	50	2	14,2
Séparés(3)	2	66,6	1	33,3	-	-
Veufs(2)	-	-	-	-	2	100
<b>TOTAL(38)</b>	<b>8</b>	<b>21,0</b>	<b>15</b>	<b>39,4</b>	<b>15</b>	<b>39,4</b>

n: effectifs

## 3.4. Problèmes familiaux.

Tableau XVIII: Fréquences relatives des problèmes familiaux.

Problèmes	Effectifs	%
Conflits conjugaux	4	9,8
Problèmes financiers	7	17,0
Conflits fonciers	4	9,8
Ethylisme	5	12,2
Autres	12	29,3
Sans problèmes	9	21,9
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

29 malades soit 76,3% ont au moins un problème familial; 9 soit 23,7% n'en ont pas.

Tableau XIX: Problèmes familiaux par statut matrimonial.

Problèmes	Mariés(19)		célibat(14)		veufs(2)		séparés(3)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Conjugaux	4	21,0	-	-	-	-	-	-
Financiers	5	26,3	2	14,2	-	-	-	-
Fonciers	1	5,2	3	21,4	-	-	-	-
Ethylisme	2	10,5	2	14,2	1	50	-	-
Autres	6	31,5	4	28,5	-	-	2	66,6
Sans problèmes	2	10,5	5	35,7	1	50	1	33,3

n: effectif

17 soit 89,5% des mariés ont au moins un problème; 2 soit 10,5% n'en ont pas.

## IV. ALCOOLISATION DES MALADES.

## 4.1. Motivation de la prise d'alcool.

Tableau XX: Fréquence de la prise d'alcool.

	Effectifs	%
Jamais	1	2,6
Rarement	12	31,6
Souvent	25	65,8
Sans réponse	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>100</b>

37 malades soit 97,4% consomment de l'alcool; 1 malade soit 2,6% n'en consomme pas.

Tableau XXI: Motifs de la prise d'alcool.

	Effectifs	%
Soucis	20	30,3
Soif	15	22,8
Envie	13	19,7
Groupe	10	15,2
Ennui	3	4,5
Tout	3	4,5
Sans	2	3,0
<b>TOTAL</b>	<b>66</b>	<b>100</b>

## 4.2. Ancienneté de la consommation d'alcool.

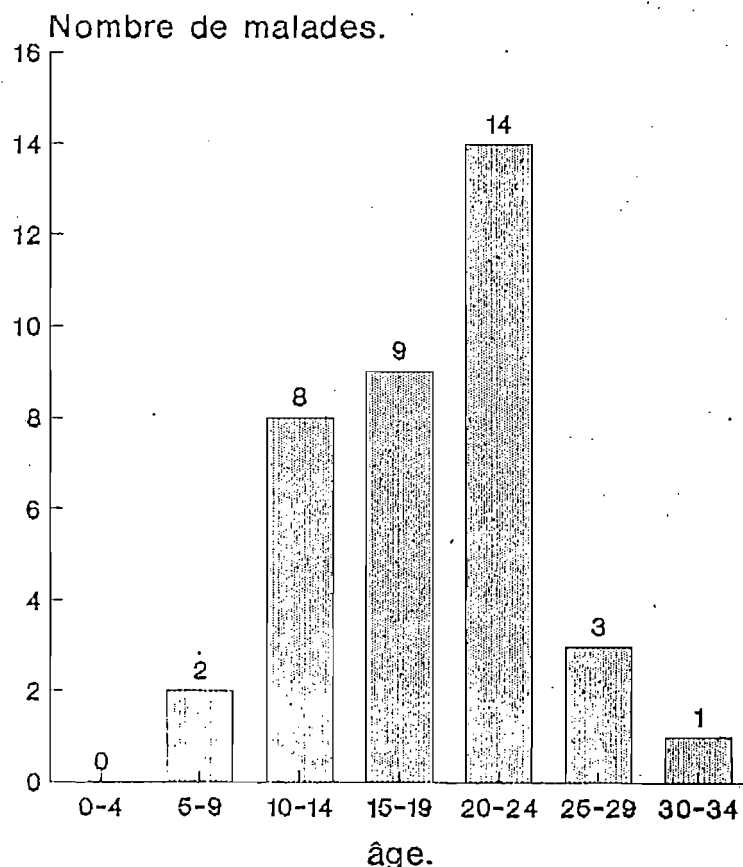


Figure 4: Age de début par tranches quinquénales.  
 Nous rappelons qu'un malade ne boit pas.  
 Age moyen de début : 20,5 ans.  
 Extrêmes: 7 et 33 ans

Durée de consommation d'alcool:  
 - Durée moyenne : 16,7 ans.  
 - Extrêmes: 3 et 36 ans.

## 4.3. Temps et lieux de consommation d'alcool.

Tableau XXII: Horaire de prise d'alcool.

	Effectifs	%
Dès le matin	21	56,8
Après-midi	11	29,7
Le soir	5	13,5
<b>TOTAL</b>	<b>37</b>	<b>100</b>

Tableau XXIII: Mode de consommation d'alcool.

Consommation	Effectifs	%
Solitaire	14	37,8
En groupe	23	62,2
<b>TOTAL</b>	<b>37</b>	<b>100</b>

Tableau XXIV: Lieux de consommation d'alcool.

	Effectifs	%
Domicile	15	31,2
Bistrot	30	62,5
Milieu professionnel	2	4,2
Ailleurs	1	2,1
<b>TOTAL</b>	<b>48</b>	<b>100</b>

#### 4.4. Boissons consommées.

Tableaux XXV: Types de boissons consommées.

Boissons	Effectifs	%
Amstel/Primus	36	62,1
Vin de banane	12	20,7
Bière de sorgho	5	8,6
Liqueurs/vins	4	6,9
Fanta	1	1,7
<b>TOTAL</b>	<b>58</b>	<b>100</b>

#### 4.5. Problèmes liés à la consommation d'alcool.

Tableau XXVI: Genres de problèmes liés à l'alcool.

	Effectif	%
Troubles de comportement	10	22,2
Problèmes de santé	16	35,6
Dépenses excessives	3	6,7
Problèmes professionnels	2	4,4
Pas de problèmes	13	28,9
Sans réponse	1	2,2
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>100</b>

14 malades soit 37,8% n'auraient pas de problèmes liés à l'alcool; 23 soit 62,2% des malades en ont, au moins un.

#### V. ASPECTS MENTAUX DE L'ALCOOLISME.

##### 5.1. Motifs de consultation.

Tableau XXVII: Initiation de la demande.

Demande	Effectifs	%
Familiale	25	65,8
Individuelle	9	23,7
Par un service sanitaire	3	7,9
Par des collègues	1	2,6
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>100</b>

Tableau XXVIII: Motifs de consultation.

Motifs	Effectifs	%
Symptômes psychiatriques	38	86,4
" neurologiques	2	4,5
" médicaux	4	9,1
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

Tableau XXIX: Symptomatologie psychiatrique.

	Effectifs	%
Troubles de comportement	19	50
Insomnie	5	13,1
Hallucinations	4	10,6
Consommation excessive	4	10,6
Délire	3	7,9
Phobie	1	2,6
Cénestopathies du crâne	2	5,2
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>100</b>

## 5.2. Antécédents.

Tableau XXX: Antécédents familiaux.

Antécédents	Effectifs	%
Alcoolisme	22	38,6
Troubles psychiatriques	19	33,3
Problèmes judiciaires	9	15,8
Transplantation	1	1,8
Sans antécédents	6	10,5
<b>TOTAL</b>	<b>57</b>	<b>100</b>

32 malades soit 84,2% ont des antécédents familiaux; 6 soit 15,8% n'en ont pas.

Tableau XXXI: Antécédents personnels psychiatriques.

Antécédents	Effectifs	%
Oui	24	63,2
Non	14	36,8
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>100</b>

## 5.3. Formes cliniques

Tableau XXXII: Diagnostic clinique CIM 10 [81].

Code	Effectif	%
F 10.7	22	57,9
F 10.9	5	13,2
F 10.6	4	10,5
F 10.4	4	10,5
F 10.2	2	5,3
F 10.1	1	2,6
TOTAL	38	100

N.B.: F10.1: utilisation nocive pour la santé;  
 F10.2: Syndrome de dépendance;  
 F10.4: Syndrome de sevrage avec délirium;  
 F10.6: Syndrome amnésique;  
 F10.7: Troubles résiduels et troubles psychotiques de survenue tardive;  
 F10.9: Troubles mentaux et comportementaux non spécifiques.

Q U A T R I E M E P A R T I E :  
A N A L Y S E E T C O M M E N T A I R E S

## I. IDENTIFICATION DES MALADES.

### 1.1. Le sexe.

Dans notre série, 5 de nos malades, soit 13,2% étaient de sexe féminin et 33, soit 86,3%, de sexe masculin (Tableau I). L'alcoolisme est plusieurs fois (3 à 4) plus important chez l'homme que chez la femme [82,91,109]. Il apparaît que notre résultat, même plus élevé (6 à 7 fois dans notre série), est conforme à la littérature.

Il s'expliquerait par les faits que:

- le monde dionysiaque est un monde masculin, boire est un signe de virilité, un privilège de l'homme [11,56,82,102] tandis que la femme qui voudrait boire est acculée à la clandestinité dans un alcoolisme culpabilisé et honteux [56,82];
- dans l'alcoolisme féminin, il y a prédominance de facteurs psychonévrotiques et organiques [11,46,56]. Dans notre enquête, nous avons noté ces facteurs comme une sexualité pauvre et problématique dans un veuvage, une séparation, une mésentente conjugale, un célibat prolongé,...

### 1.2. L'âge.

L'âge moyen de nos malades est de 38 ans (Figure 1). Celui-ci concorde sensiblement et s'explique par l'âge de début moyen de 20,5 ans (Figure 4) avec une durée moyenne d'intoxication de 16,7 ans.

SOYKA M. et COLL., sur une série de 53 malades admis en psychiatrie pour alcoolisme, trouvent le même âge moyen [100]. L'alcoolisme est une affection de l'adulte plus que du jeune ou du vieux [11,93,108]. L'âge de début est de 7 ans pour MUSONI [74], 10-12 ans pour PARQUET Ph.J. et COLL. et ZOURBAS J. [84,109], 12-13 ans pour LANTUM N. [61], 12-18 ans pour LAQUEILLE X. [62].

Nous remarquons que cet âge est variable suivant les séries. Le nôtre est assez supérieur. ROUSSAUX J.P. et COLL. signalent que certains alcooliques étaient des êtres hypermoraux, longtemps très sobres avant de tomber dans leur pathologie [93]. Quant à l'âge de survenue de l'alcoolisme psychiatrique, nos résultats confirment la littérature.

### 1.3. L'origine.

Nous constatons que 79% de nos malades, soit une grande majorité, sont de Bujumbura (nette prédominance: 55,3%) et des provinces avoisinantes (Bururi, Muramvya, Bubanza). Les provinces éloignées n'en fournissent pas (Tableau II).

NDIKUBAGENZI J., étudiant les céphalées psychogènes au CNPK, met en évidence la même répartition [77]. Ceci traduirait un problème d'accessibilité ainsi qu'un manque d'information sur la prise en charge de l'alcoolisme au CNPK pour une partie importante de la population.

Toutes les localités de Bujumbura sont représentées globalement. Bwiza et Ngagara apparaissent plus fréquemment (Tableau III). L'hypothèse sus-évoquée est confirmée en quelque sorte. En outre, même si dans les milieux défavorisés (Bwiza, Ngagara?), les conséquences de l'alcoolisme sont beaucoup plus précoces, celui-ci est aussi "réel" mais moins repéré dans les milieux aisés et protecteurs (Kiriri, par exemple) [11,35,90,91].

### 1.4. La nationalité.

Dans notre enquête, nous avons noté une nette prédominance de la nationalité burundaise (86,8% de nos malades) avec la seule nationalité rwandaise pour les expatriés (13,2% de nos malades)(Tableau IV).

NDIKUBAGENZI J., dans son étude des céphalées psychogènes, trouve la même prédominance (76,25% des cas) mais la nationalité rwandaise n'est ni aussi importante (8% des cas), ni la seule pour la population expatriée (Zaire : 15,18% des cas) [77].

Cette prédominance résulterait du fait que la population générale est essentiellement burundaise. Par ailleurs, on sait que le niveau d'intégration sociale joue un rôle dans les conduites alcooliques [91] mais ce résultat n'attire que l'attention sur la population expatriée, spécialement rwandaise.

## II. SITUATION PERSONNELLE DES MALADES.

### 2.1. Situation matrimoniale.

#### 2.1.1. L'état civil.

Dans notre travail, 50% de nos malades sont des mariés, 36,8%, des célibataires et le reste (13,2%), des séparés et des veufs. (Tableau V)

SOYKA M. et COLL., étudiant les hallucinoses alcooliques, notent une prédominance des célibataires (41,5% des cas) [100]. IHEZUE U.H. et COLL., étudiant les admissions en psychiatrie, constatent que 67% concernent des célibataires [58].

LEMPERIERE Th. et COLL. indiquent que la fréquence des hospitalisations pour maladies mentales est moins importante chez les sujets mariés que chez les séparés, les divorcés et les célibataires [64].

BOURGEOIS M. précise que le veuvage, le deuil (séparation) augmente la consommation d'alcool (et l'alcoolisme) [23].

Le cas de l'alcoolisme semble particulier. En effet, il constitue "un consensus familial implicite" pour masquer les problèmes profonds de la famille ou du couple (conjugopathie) [56,72,91,93]. Nous rappelons que 76,3% de nos malades sont issus

de familles à problèmes et 89,5%, des couples à conflits (Tableaux XVIII, XIX). En outre, le problème se complexifie par un impact transgénérationnel: une femme de père alcoolique et de mère autoritaire (et moralisante) de ce fait, elle-même abstinent, conduirait son mari à l'alcoolisme par une attitude compréhensive, longtemps tolérante [72,93]. Ainsi nos résultats trouveraient leur explication dans ces axes.

### 2.1.2. Le nombre d'enfants à charge.

La majorité de nos malades, soit 25 (65,8%), ont au moins un enfant à charge; le nombre moyen de ces enfants est 5 à 6. Ceux qui n'en ont pas sont essentiellement des célibataires.

La question posée est celle du vécu actuel et du pronostic de l'avenir de ces enfants. En effet, l'enfant accumule lui aussi les souffrances de la "conjugopathie alcoolique" du fait qu'il est souvent considéré par le parent alcoolique comme un objet salvateur, se trouvant ainsi parentifié. De plus, il participe à la dynamique familiale qui tourne autour de "l'alcool de papa ou de maman" faisant naître un conflit de loyalisme puisqu'il s'allie à l'un des parents avec un sentiment de culpabilité dû au rôle parental aliéné à l'autre [11,56,104].

Enfin, les enfants des parents alcooliques semblent, dans leur avenir, plus particulièrement exposés aux toxicomanies dont l'alcoolisme [91,97].

### 2.2. Niveau de scolarité.

Notre échantillon comptait 16 malades, soit 42,1%, ayant été à l'école primaire, 11 malades, soit 28,9%, au secondaire/technique, 6 malades, soit 15,8%, au supérieur, 5 malades, soit 13,2%, n'avaient pas été à l'école. (Tableau VI)

SOYKA M. et COLL. notent dans leur série: 64,2% de malades ayant achevé la scolarité primaire, 13,2% le niveau d'études moyen et 7,5%, le baccalauréat [100].

OUVRY O., étudiant la consommation d'alcool par les lycéens, trouve que 16% des lycéens boivent du vin ou de la bière ou les deux, tous les jours et 3% plusieurs fois par jour [82].

REYNAUD M. précise que les établissements d'enseignement professionnel sont plus touchés que les cycles longs [91].

Ainsi, nos résultats concordent avec ceux d'autres auteurs. Il y a, en effet, un rapport inverse entre l'alcoolisme et le niveau de scolarité. Le fait est aussi que l'école est un autre milieu touché. Enfin, le chiffre des non alphabétisés paraît peu important. Ceci s'expliquerait par l'échantillon de la capitale (Tableaux II, III) qui est généralement instruit (Tableau VII).

### 2.3. Profession et problèmes professionnels.

7 malades soit 18,5% étaient sans profession. 31 malades restants, soit 81,5%, en avaient. Une majorité, soit 68,4%, était constituée de fonctionnaires, commerçants et artisans. Parmi les fonctionnaires, nous avons noté des enseignants, des militaires, un médecin, ... (Tableaux VII, VIII). Nous avons constaté également la fréquence des problèmes professionnels : seuls 15 malades, soit 39,5%, n'en signalaient pas - le manque de profession étant un problème professionnel. Enfin, ces problèmes sont rarement rattachés à l'alcool (5,3%) (Tableau IX).

Des problèmes professionnels sont constamment rapportés chez l'alcoolique [11,66,91,107]. Le chômage et le manque d'emploi sont fréquemment rencontrés chez l'alcoolique : 35,8% dans la série de SOYKA M. et COLL. [100]. Ils seraient autant une cause qu'une conséquence de l'alcoolisme et de la psychopathologie y relative [11,34]. Les professions exposées sont, selon les auteurs, celles avec un travail pénible, de force, moins qualifiées ou alors déqualifiées, marquées de désintérêt et d'ennui [11,55,91]. Néanmoins, à l'alcoolisme de misère d'antan et de problèmes professionnels, il s'est greffé un alcoolisme d'aisance et de confort professionnels. Dans l'alcoolisme actuel

baigne la "belle unanimité professionnelle"; l'alcool y jouant un rôle complexe mais constant [59,90,102]

Nos résultats ressemblent à ceux de la littérature: chômage, tonalité ardue des professions (enseignants, militaires), problèmes professionnels, représentativité de toutes les catégories socio-professionnelles. Enfin, une dénégation, classique chez l'alcoolique [60,89], n'est pas à exclure pour les "sans problèmes" et ceux qui ne les lient pas à l'alcool.

#### 2.4. Religion.

Nous avons enregistré 35 malades chrétiens soit 92,1% des cas: 31 (81,6%) catholiques et 4 (10,5%) protestants. Un malade (2,6%) était musulman. Deux malades (5,3%) n'avaient pas de religion.

Les malades chrétiens restaient généralement pratiquants mais le musulman y avait renoncé (Tableaux X et XI). Ce dernier, âgé de 47 ans, avait débuté la consommation d'alcool à 33 ans, il buvait seul, "près" de chez lui.

L'alcool délimite par une excellente frontière le monde sacré (des enfants et des femmes, des maisons, des églises et des mosquées) et le monde profane (des adultes et des hommes, des cafés, des interdits et des libertés) [37,71]. C'est pourquoi l'alcoolisme est variable suivant la religion.

L'alcool constitue une drogue traditionnelle du monde chrétien, qui lui affecte un rôle symbolique: le vin (rouge?) remplace le sang du Christ. Par contre, il est prohibé dans le monde musulman, où sa consommation scelle le rejet des valeurs et inscrit le sujet dans la marginalité [11,37,50,76,91]. DOUKI S. et COLL. précisent que l'alcoolisme musulman est tardif, fondamentalement masculin, délimité dans l'espace (en dehors des lieux sacrés et des domiciles privés) et dans le temps (quotidien, vespéral, après les heures de travail) [37].

Nous rappelons que la majorité de la population burundaise est chrétienne. Ainsi, la littérature explique-t-elle nos résultats.

### 2.5. Loisirs.

Il est ressorti de notre enquête que "boire au bistrot" était le loisir prédominant : 15 malades soit 39,5%. Le loisir de boire a été exprimé par 22 malades soit 57,9% (Tableau XII).

La littérature confirme cette propension authentifiée, légitimée vers la prise d'alcool: même pour les gens "normaux", il est "bien fou qui n'aime pas boire, car le vin nous remplit d'une voluptueuse ivresse..." [65]. Le temps des vacances, temps de loisirs, est aussi celui de la suralcoolisation, le gros buveur représentant la norme, le sobre l'exception. Le premier (comme l'alcoolique) se réclame de cette norme: Mes loisirs ? : "Je bois (comme tout le monde)" [41,46,91].

### III. SITUATION FAMILIALE DES MALADES.

#### 3.1. La situation des parents.

Dans la série, 12 malades, soit 31,6%, avaient les 2 parents vivants et présents dans leur famille. Ce pourcentage passait à 64,3% pour les célibataires. Ailleurs, un ou les 2 parents étaient absents (abandon, décès,...) (Tableaux XIII, XIV). La plupart des familles étaient monogamiques: 81,6% (Tableau XV).

Les familles des alcooliques sont en général déséquilibrées, désorganisées, désintégréées [72,91,104]. Et la carence affective (absence, décès de parents...) prédispose à l'alcoolisme [45].

Nous estimons que la situation parentale des familles de nos malades est habituelle (normale). En effet, la plupart de ces familles sont monogamiques et les parents sont souvent présents dans celles des célibataires. Le taux de présence parentale global (31,6%) paraît bas du fait que nos malades sont assez âgés (mariage, décès de parents,...autonomie).

#### 3.2. La fratrie.

Nous avons trouvé une moyenne de 6 enfants par famille (Figure 2). Le rang moyen de nos malades était de 3,1; 2 modes ont été notés (1e et 3e enfants) ainsi qu'un décroissement vers le cadet (Figure 3).

Dans la fratrie, et en rapport à la position dans celle-ci, on acquiert des rôles interactionnels et un profil de personnalité qui fondent les conduites quotidiennes de la vie, et l'alcoolisme en est une [72,103]. D'où l'influence de la fratrie dans l'alcoolisme.

L'indice général de fécondité du Burundi est de 6,8 enfants par femme [15].

Pour MALKA R. et COLL., le 4e enfant serait particulièrement touché [66].

SOYKA M. et COLL. trouvent une atteinte prédominante au cadet (32,1% des malades), puis à l'aîné (22,6% des malades) [100].

Nous retenons que la taille de la fratrie de nos malades correspond à la moyenne générale. Les premiers enfants seraient plus vulnérables, mais des études ultérieures devraient le réévaluer.

### 3.3. Les ressources familiales.

Notre enquête a montré que les principales ressources familiales étaient agricoles : 51,0% (Tableau XVI). Nous avons vu, par ailleurs, que la plupart de nos malades étaient des fonctionnaires, commerçants ou artisans (Tableau VII).

En outre, nous avons noté que les mariés et les veufs estimaient leur contribution aux ressources familiales moyenne (36,8% pour les mariés) ou principale (57,8% pour les mariés et 100% pour les veufs). 50% des célibataires l'estimaient moyenne (Tableau XVII).

De nombreux auteurs signalent plutôt un décrochage, un désinvestissement et même une spoliation de la richesse familiale par l'alcoolique [50,64,89].

Ces résultats paraissent contradictoires. En effet, des fonctionnaires, commerçants ou artisans, en plus alcooliques, ne sauraient avoir leur contribution principale dans des ressources essentiellement agricoles. Ces résultats traduiraient une dénégarion de l'alcoolisme par une tentative de récupération de responsabilité avec expropriation du "produit intérieur" familial.

### 3.4. Les problèmes familiaux.

29 malades, soit 76,3%, avaient au moins un problème familial non résolu jusque-là. 9 autres n'en avaient pas. Une prédominance des problèmes financiers a été notée (17,0%) (Tableau XVIII). 17 malades mariés, soit 89,5%, des mariés en avaient au moins un. 2 n'en ont pas signalés. Ces problèmes étaient notamment financiers, conjugaux et d'éthylisme (Tableau XIX).

Ici, nous rappelons la littérature où semblent s'inscrire nos résultats: la sociopathie (conjugopathie) alcoolique est l'av eu, l'expression tacite - tue mais agie - des problèmes des familles d'alcooliques qui sont généralement déséquilibrées, désintégrées, éclatées [13,25,86,67,93].

Les problèmes financiers sont classiques [64,89]. Les conflits conjugaux avec perturbation de la sexualité sont habituels : la sexualité des alcooliques est souvent pauvre et problématique, avec souvent des sentiments de jalousie morbide [11,56,72,93,105]. Les familles d'alcooliques sont des familles à problèmes.

## IV. ALCOOLISATION DES MALADES.

### 4.1. Motivation de la prise d'alcool.

Dans notre série, 37 malades, soit 97,4%, ont avoué consommer l'alcool, 25, soit 65,8%, ont même dit qu'ils le faisaient souvent (Tableau XX). Divers motifs sont invoqués au rang desquels: les soucis (30,3%), la soif (22,8%), l'envie (19,7%), le groupe (15,2%) (Tableau XXI).

En général, les alcooliques avouent consommer plus ou moins beaucoup d'alcool [41,46,91]. En effet, quand on a soif, alors on prend une boisson (plus ou moins, ou non alcoolisée). Quant aux motifs de boire, force est de remarquer que: l'alcool n'est pas seulement un liquide pour notre corps (eau primaire pour une soif primaire), c'est aussi un "briseur de soucis", dispensateur de consolations diverses (anxiolytique et antidépresseur contre

l'ennui, les soucis, la dépression) et un breuvage des "grandes heures" (envie, plaisir, loisir, ...groupes) [11,17,18,25,27,68,83].

Nous retenons surtout que nos malades consommeraient l'alcool pour dissiper les soucis, fait à connotation plutôt morbide.

#### 4.2. Temps et lieux de consommation d'alcool.

Notre étude révèle que 21 malades, soit 56,8%, consommaient l'alcool dès le matin et 14 malades, soit 37,8%, de façon solitaire (Tableaux XXII, XXIII). L'alcool était pris préférentiellement au bistrot (62,5%) puis à domicile (31,2%); les autres endroits, notamment professionnels, étaient peu représentés (Tableau XXIV).

Les interrelations étroites entre les troubles névrotiques ou de l'humeur pouvant être à l'origine de la consommation matinale ou solitaire d'alcool sont connues. En effet, "on boit pour regagner sur le plan du plaisir ce que l'on perd sur celui de l'existence" et l'alcool est un "incisif moral" [1,11,26,27,91,94]. SICOT C. dépiste l'alcoolisme avéré par le fait de boire le matin [98]. Le fait de boire au bistrot, salon des pauvres et des riches ou "assommoir" où le buveur "s'achève", est régulièrement rapporté [31,46]. En cela, notre série est sans particularité. Néanmoins, l'alcoolisme de nos malades, du matin et dans la solitude, confirme son caractère pathologique.

#### 4.3. Boissons consommées.

La boisson la plus consommée était l'Amstel ou la Primus (62,1%), suivie par le vin de banane (20,7%). Ainsi, 6 fois sur 10, nos malades choisissaient l'Amstel ou la Primus; et celle-ci était 3 fois plus préférée au vin de banane. Les autres boissons étaient la bière de sorgho, les vins et les liqueurs. Un malade, niant la prise d'alcool, a dit qu'il consommait des Fanta (Tableau XXV).

La seule boisson alcoolisée industrielle produite au pays est la bière: la Primus et l'Amstel. Le vin de banane et la bière de sorgho sont les bières artisanales les plus importantes. A côté de celles-ci, le "rutuku" et le "mukororajipo" sont des boissons impropres, des milieux relativement délinquants. Il y a également le "compi-compi" et l'"umungazi".

Les populations paysannes (ou à revenu bas) consomment la bière artisanale et les citadins (à revenu moyen), la bière industrielle. Les uns et les autres en abusent [44,74,79].

Notre population était essentiellement citadine (Tableaux II,III) ou à revenu moyen (Tableau VII), ce qui explique nos résultats. La tonalité délictuelle et impropre de certaines boissons artisanales expliquerait qu'elles n'aient pas été citées.

#### 4.4. Problèmes liés à la consommation d'alcool.

14 malades, soit 37,8%, n'ont pas signalé de problèmes liés à la consommation d'alcool. Le reste, 23 malades, soit 62,2%, en avaient. Parmi les problèmes cités, venaient en premier lieu des problèmes de santé comme des vomissements, l'insomnie, un sentiment de persécution, ... (35,6%), puis des troubles de comportement comme l'irritabilité, l'agressivité, ... les bagarres (22,2%). Des dépenses excessives et des problèmes professionnels ont été également signalés (Tableau XXVI).

En dehors des phases d'ivresse ou d'accidents particuliers, les alcooliques récusent toute intervention qui conduirait à arrêter de boire [6]. Ils refusent de lier leurs problèmes à l'alcool.

Il est connu qu'avant et pendant le "nauffrage psychique et/ou physique", l'alcool altère le contrôle de l'émotion et des comportements [6,26,92]. De même, des problèmes de santé aussi divers que le psoriasis [85], les myocardopathies [52], la pneumococcie [101], ... et, bien sûr, les troubles gastroentérologiques ("la bouche et la vie"?) et neuro-

psychiatriques ponctuent le curriculum de l'alcoolique [2,3,7,14,16,20,63,105].

Il nous semble que nos malades taisent leurs problèmes d'alcool pour qu'on ne leur interdise pas de boire; la prédominance des problèmes de santé traduirait plutôt une plus grande préoccupation actuelle comme certains auteurs le soulignent [54].

## V. ASPECTS MENTAUX DE L'ALCOOLISME.

### 5.1. Motifs de consultation.

Dans notre série, il prédominait des demandes familiales (25 malades, soit 65,8%), suivies des demandes individuelles (9 malades, soit 23,7%). 3 malades, soit 7,9%, avaient été adressés par un service de santé et 1 malade, soit 2,6%, par des collègues (Tableau XXVII).

Dans les motifs de consultation, une symptomatologie psychiatrique a été prédominante (86,4%). Elle était assez évocatrice: troubles de comportement (50%), insomnie (13,1%), consommation excessive d'alcool (10,6%), ... (Tableaux XXVIII, XXIX).

BAVOUX R. et COLL. notent que, dans 95% des cas, la première démarche est faite par des tiers: institutionnels (hôpitaux), familiaux (famille élargie) et sociaux (amis) [13]. "L'alcoolique ne vient jamais seul", "les drogués ne se livrent pas", affirment d'autres auteurs. En effet, l'alcoolique ne souffre pas de son mal, il s'en réjouit même, ... sauf parfois, s'il est en manque. Ce n'est pas lui mais un tiers, la famille, qui initie la demande [28,71,75,93,96].

Pour MOUNGUENGUI F., les familles, les communautés et les pouvoirs publics doivent, naturellement, se joindre à la volonté du toxicomane (alcoolique) à s'en sortir [70].

ARCHAMBAULT J.C. et MOUREN P. trouvent que même les médecins ne s'intéressent pas assez aux alcooliques [6,71].

La grande fréquence des demandes familiales témoigne du caractère malin, c'est-à-dire invasif de l'alcoolisme: un membre de la famille au moins, un peu trop excédé, désigne l'alcoolique, qu'il force à consulter. Celle des demandes individuelles traduirait l'indifférence ou la tolérance des autres tiers (médecins, amis, pouvoirs publics,...). La prédominance d'une symptomatologie psychiatrique s'explique par la sélection de nos malades.

## 5.2. Antécédents.

Dans notre étude, 32 malades, soit 84,2%, avaient des antécédents familiaux où l'alcoolisme prédominait (38,6%) avec d'autres troubles mentaux (33,3%). D'autres problèmes ont été notés (17,6%). 6 malades, soit 15,8%, n'en avaient pas. Des antécédents personnels psychiatriques ont été retrouvés chez 24 malades, soit 63,2%. 14 malades, soit 36,8%, n'en avaient pas (Tableaux XXX, XXXI).

Dans la famille d'alcooliques, l'alcool aurait une fonction homéostatique: l'imprégnation éthylique permettrait chez les uns d'exprimer l'agressivité sans danger, chez d'autres de soulager les tensions intrafamiliales. L'alcoolisme, abus de potion, marque cette famille comme un constant antécédent [57,72,91,93]. En outre, l'alcoolisme, comme la pathologie mentale, pose un problème d'hérédité: il y a un mythe pseudo-scientifique parfait qui a infiltré l'opinion mais en fait, du fond des sujets marqués de cet antécédent, une production fantasmatique peut être à l'origine de leur trouble [30,51,95]. Quelque part, l'alcoolisme est lié à la pathologie mentale, d'où les autres antécédents mentaux [38,60].

Nous retenons que, dans la majorité des cas, des antécédents familiaux ou personnels, mentaux ou généraux, sont retrouvés.

### 5.3. Formes cliniques.

La plupart de nos malades avaient des troubles résiduels ou psychotiques de survenue tardive: 22 malades, soit 57,9%. Seulement 2 malades, soit 5,3%, avaient un syndrome de dépendance et 1 malade, soit 2,6, une utilisation nocive pour la santé. Les autres formes cliniques étaient des troubles mentaux non spécifiques, un syndrome de sevrage avec délirium (Tableau XXXII).

Ces résultats montrent que les malades consultent souvent pour des troubles durables (résiduels), d'allure franchement psychiatrique (psychotiques, amnésiques, ...). Les autres formes semblent moins préoccupantes autant pour les malades que pour les familles et les autres [6,42,70,71].

C I N Q U I E M E P A R T I E :  
C O N C L U S I O N S  
E T  
R E C O M M E N D A T I O N S

## CONCLUSIONS & RECOMMANDATIONS.

L'alcoolisme concerne tout le monde, mais certaines personnes sont plus touchées que d'autres. Ce travail nous a permis d'identifier un groupe atteint ainsi que certains facteurs sociaux, personnels ou familiaux associés à cette sociopathie. Les circonstances de demande thérapeutique ont également été mises en évidence. Ainsi nous a-t-il été possible d'envisager quelques recommandations de lutte anti-alcoolique.

L'étude fait apparaître que nos malades sont des adultes jeunes, de sexe masculin, burundais, chrétiens et originaires de Bujumbura et des provinces avoisinantes. Il s'en dégage, par ailleurs, qu'ils sont issus de familles d'aspect physique habituel (monogamiques, 6 enfants en moyenne avec une présence parentale régulière), mais à problèmes multiples, notamment financiers, conjugaux, fonciers, ... et d'alcoolisme comme tel. En plus, ils ont pour la plupart beaucoup d'enfants à charge (5 à 6 enfants) posant ainsi le problème du vécu actuel mais aussi du pronostic de l'avenir de ces derniers.

En ce qui concerne leurs professions, toutes les catégories professionnelles sont touchées avec une atteinte remarquable de celles à travail réputé ardu ou pénible (armée, enseignement). Ces malades ont beaucoup de problèmes professionnels.

Quant à la consommation d'alcool, elle débute tardivement (20 ans) et reste longtemps tolérée (16 ans). La boisson la plus consommée est l'Amstel ou la Primus. Si cette consommation semble normale au bistrot, à domicile et en groupes amicaux, elle porte néanmoins des stigmates morbides: consommation solitaire, matinale, pour dissiper les soucis et l'ennui, ... et la poursuite de l'intoxication malgré les problèmes personnels, familiaux et professionnels qui en découlent.

En outre, l'examen psychiatrique trouve, en plus de ceux déjà cités, des indices pathologiques d'orientation diagnostique.

En effet, l'anamnèse révèle que la plupart de ces malades ont des antécédents, personnels ou familiaux, d'alcoolisme ou de troubles psychiatriques. Ils consultent pour une symptomatologie évocatrice (troubles de comportement, insomnie, excès d'alcool, ...) mais au stade de troubles graves, durables, c'est-à-dire très préoccupants autant pour le malade que pour sa famille. La demande thérapeutique émane souvent de cette dernière, d'où la question d'indifférence, de tolérance ou de manque de sensibilisation sur l'alcoolisme en tant que maladie.

En définitive, il faut retenir que nos malades sont des adultes jeunes, de toutes catégories socio-professionnelles. De plus, l'alcoolisme est associé à beaucoup de conflits familiaux et de problèmes professionnels. Enfin, malgré une ambiance générale d'alcoolisation et faute de diagnostic précoce, seules les formes graves sont prises en charge.

Au terme de cette étude et à la lumière de ces conclusions, il nous importe de formuler des recommandations afin de réduire la morbidité et d'améliorer le pronostic de la sociopathie alcoolique:

- 1°) Dépister et traiter précocement les cas;
- 2°) Créer des centres spécialisés ou simplement assurer une sensibilisation et une formation spécifique du personnel médical et paramédical;
- 3°) Décentraliser les activités du CNPK qui, en plus d'une prise en charge spécialisée, nous semble indiqué pour la mise en oeuvre de la recommandation sus-énoncée;
- 4°) Organiser des campagnes de lutte contre l'alcoolisme (slogans, journées sans alcool, conférences, presses écrite et parlée, ...);

- 5°) Modifier les structures socio-économiques dans le sens de la diminution de la production et du degré d'alcool des boissons alcoolisées et en assurer le contrôle dans la distribution;
- 6°) Assurer la promotion des boissons non alcoolisées (jus, limonades,...);
- 7°) Lutter contre la misère sociale et promouvoir les activités de loisirs. Ici comme en 5°) et 6°), les pouvoirs publics sont particulièrement interpellés.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.

1. ADES J.; Alcool, anxiété, benzodiazépines et dépendance; Synapse, octobre 1989, n° spécial: 5-9.
2. ADES J., LEJOYEUX M.; Complications psychiatriques et l'alcoolisme; Rev. Prat. (Paris), 1991, 41, 22: 2259-2263.
3. ADES J., LEJOYEUX M.; Urgences psychiatriques dans l'alcoolisation aiguë; Rev. Prat. (Paris), 1993, 43, 16: 2060-2063.
4. ALONSO-FERNANDEZ F.; Alcool-dépendance; Psychologie Médicale, 1986, 18, 2: 199-202.
5. AMANE F.; Prise en charge des alcooliques à l'hôpital général. "Bilan de la mise en place d'une structure multidisciplinaire au CHG de Dreux à propos des 31 premiers recrutés en Septembre 89"; Thèse , Tours, 1990.
6. ARCHAMBAULT J.C.; Sur les chemins de l'alcoologie; Synapse, juin 1992, n° 87: 2-3.
7. AUBIN H.J., BARRUCAND D., AUZEPY P.; Syndrome de sevrage alcoolique et délirium tremens. Leur traitement; Rev. Prat. (Paris), 1993, 43, 16: 2064-2065.
8. AUZEPY P.; Métabolisme lipidique et protidique; Rev. Prat. (Paris), 1985, 35, 55: 3371.
9. AUZEPY P.; Pour la pratique...; Rev. Prat. (Paris), 1993, 43, 16: 2085-2087.
10. BARANCIRA S.; Possession par les esprits BAGANZA et rituel thérapeutique du KUBANDWA au Burundi; Bujumbura, 1990.
11. BARRUCAND D.; Alcoologie; RIOM-Laboratoires-CERN, Nancy, 1984.
12. BATTOUM H., MOUSSAOUI D., TOUHAMI M.; L'Alcoolisme périodique: une autre dépression masquée; Psychologie Médicale, 1986, 18, 2: 273-274.
13. BAVOUX R., ROBERT A.; L'alcool, défi ou défaite. L'alcoolique et sa famille. Approche systémique; Soins Psychiatrie, n° 38, décembre 1983: 37-40.
14. BERAUD C., FLEURY B.; La bouche et la vie: Les risques et les limites de l'abstinence alcoolique; Gastroenterol Clin Biol, 1984, 8: 699-701.

15. BIDOU J.E, NDAYIRUKIYE S., NDAYISHIMIYE J.P., et COLL.; Géographie du Burundi; Hatier, Paris, 1991.
16. BILLY I., LEJONC J.L.; Grandes complications somatiques de l'alcoolisation aiguë; Rev. Prat. (Paris), 1993, 43, 16: 2047-2051.
17. BOISET B.; Retour de l'alcoolique dans la cité; Soins Psychiatrie, n° 125, mars 1991: 21-22.
18. BOISMARE F., DAOUST M.; Neuromédiateurs et alcoolisme ; Gazette Médicale, 1984, 91, n° 9: 58-59.
19. BOUDREAU A., CHALOULT L., MARCOUX G., et COLL.; L'alcoolisme ; Encycl. Méd. Chir., Paris, Psychiatrie, 5-1976 37 398 A 10.
20. BOUGET J.; Crises convulsives de l'alcoolique en situation d'urgence; Rev. Prat. (Paris), 1993, 43, 16: 2052-2055.
21. BOURHIS A.; Conséquences anatomo-cliniques de l'alcoolisme chronique sur le système nerveux périphérique (à propos de 9 observations); Thèse, Brest, 1990.
22. BOURGEOIS M.; Aspects psychologiques des toxicomanies; Psychologie Médicale, 1986, 18, 2: 223-225.
23. BOURGEOIS M.; Deuil, veuvage et psychopathologie; Société médico-psychologique, 25 mai 1992: 678-685.
24. BUISSON J.; Alcoolisme; Rev. Prat. (Paris), 1993, 43, 10: 1307-1310.
25. CABANEL L.; Le jeu de l'alcoolique d'après et après BATESON; Soins Psychiatrie, n° 104/105, Juin-Juillet 1989: 21-25.
26. CHEBILI S.; Alcoolisme et psychopathologie; Synapse, mai 1990, n° 66: 44-49.
27. CHEVREL B.; Alcoolisme et sérotonine; M.C.D., 1989, 18, 403: 197-198.
28. CLAVREUL J.; La parole de l'alcoolique; La psychanalyse, 5, 1959: 257-280.
29. COLONNA L.; Psychiatrie; Cahier de l'infirmière, Masson, Paris, 1980.

30. COUZIGOU P., FLEURY B., SCHOULLER L. et COLL.; Alcoolisme et complications somatiques de la consommation excessive d'alcool. Les prédispositions génétiques existent-elles?; Rev. Prat. (Paris), 1992, 42, 10: 1264-1267.
31. CRAPLET M.; Les bistrots dans la ville ou l'alcool dans les bétons des HLM; Synapse, février 1986; n° 20: 52-58.
32. DAGOGNET F.; Le normal et le pathologique; Prospective & Santé, n°48, hiver 1986/87: 7-10.
33. DANIEL C., "De l'alcoolisme à l'alcoologie". A propos d'une enquête rétrospective d'évaluation des soins du CHAA d'Orléans en 1985; Thèse, Tours, 1986.
34. DEJOURS C.; Psychopathologie du travail, du chômage et de la retraite; Soins Psychiatrie, n°52, février 1985: 7-12.
35. DEHAENE P., BLUN A.; Le syndrome d'alcoolisme foetal. Embyfotopathie évitable; Le Concours Médical, 12.12.1992, 14, 39: 3641-3646.
36. DOFFOEL M.; Cirrhose alcoolique; Rev. Prat. (Paris), 1993, 43, 7: 893-895.
37. DOUKI S., HACHEMI Z., AMMAR S., et COLL.; Alcoolisme interdit; Psychologie Médicale, 1986, 18, 2: 211-214.
38. EY H.; Manuel de psychiatrie; 5è éd., Masson, Paris, 1978.
39. FACY F., CHOQUET M., RALAM BONDRAINNY H., et COLL.; Association alcool-drogue chez des jeunes scolaire et des toxicomanes; Psychologie Médicale, 1986, 18, 2: 255-259.
40. FELINE A.; Personnalités normales. Personnalités pathologiques; Rev. Prat. (Paris), 1986, 36, 12: 51-54.
41. FERNANDEZ-ZOILA A.; Temps de travail-temps de vivre: Les loisirs comme anti-polluants de l'esprit; Soins Psychiatrie, n° 52, février 1985: 25-29.
42. FERREY G.; Rôle et modalités de la prise en charge psychiatrique dans le traitement des alcoolismes à complications somatiques graves, vus en hôpital général; Psychologie Médicale, 1986, 18, 2: 251-253.
43. FOUQUET P.; Alcoologie: Histoire de l'alcool; La Presse Médicale, n° 42, 29.11.1986: 2121.

44. GAHUNGU B., NGENDANIYEYEZU P.; L'alcoolisme au BURUNDI: causes, conséquences et moyens de prévention; Mémoire, Bujumbura, 1987.
45. GAY C.; Conduites toxicomaniaques; Soins Psychiatrie, n° 11, Septembre 1981: 29-32.
46. GODARD J.; Epidémiologie de l'alcoolisme; Rev. Prat. (Paris), 1980, 30, 17: 2419-2422.
47. GOUAZE A.; L'examen neurologique et ses bases anatomiques; Expansion scientifique française, Paris, 1983.
48. GRANT M.; Lutte contre l'alcoolisme; OMS, Publications régionales, série européenne, n° 18, 1987..
49. GUEIFI J.D.; Psychiatrie de l'adulte; Ellipse, Paris, 1988.
50. GUEYE M.; Les toxicomanies dans le contexte africain, Semaine de formation des personnels administratifs responsables de la politique de lutte contre les drogues; Yaoundé, 1990: 34-37.
51. GUYOTAT J., MARIE-CARDINE M., ROBERT J.M.; La dépression est-elle héréditaire ? "Mythe et fantôme"; Lyon Médical, 1985, 253, 3: 73-83.
52. HAISSAGUERRE M., FLEURY B., GUEGUEN A., et COLL.; Mortalité des myocardiopathies dilatées en fonction de la poursuite de l'alcoolisation; La Presse Médicale, 8 avril 1989, 18, n° 14: 711-714.
53. HCEIA; Dictionnaire d'alcoologie; La Documentation Française, Paris, 1987.
54. HOUTAUD A., GUEGUEN R.; Opinions relatives aux boissons alcooliques et non alcooliques chez des jeunes gens et chez des adultes; 32è Colloque international sur la prévention et le traitement de l'alcoolisme; Budapest, 1986.
55. HUEZ D., DEMIGNEUX G.; Une expérience de prévention de l'alcoolisme en milieu de travail; Revue de Méd. de Tours, 1984, T. 18, n° 21: 150-158.
56. HUSSON M.; Alcoolisme de la femme; Revue de Méd. de Tours, 1991, T. 25, n° 8/9: 367-370.
57. HUSSON M.; Prise en charge du malade alcoolique; Revue de Méd. de Tours, 1991, n° 8/9: 371-374.

58. IHEZUE U.H., MWAKUBY B.A.N., OKONKWO K.O.; Admissions and readmissions into a psychiatric hospital in Nigeria. A study of demographic and clinical correlates; Psychopath. Afr., 1993, XXX, 1: 105-110.
59. JEUDY E., LEBIGOT F.; L'alcoolique, son travail et la subjectivité de l'époque; Revue de psychiatrie, vol. 149, n° 7, 1991: 593-597.
60. KOUPERNIK C., GAIDAMOUR C., SCHNEIDER J.J.; Psychologie. Psychiatrie; 2èd; Flammarion, Paris, 1977.
61. LANTUM W.; L'abus des drogues au Cameroun, Semaine de formation des personnels administratifs responsables de la politique de lutte contre les drogues; Yaoundé, 1990: 138-146.
62. LAQUEILLE X.; Les complications psychiatriques des toxicomanies; Soins Psychiatrie, n° 94/95, août-septembre 1981: 21-24.
63. LAURENT B., GARNIER P.; Urgences neurologiques dans l'alcoolisation aiguë; Rev. Prat. (Paris), 1993, 43, 16: 2056-2059.
64. LEMPERIERE T., FELINE A.; Psychiatrie de l'adulte; Masson, Paris, 1981.
65. MALIGNAC G.; Le vin dans la littérature greco-romaine; 31è Colloque international sur la prévention et le traitement de l'alcoolisme; Rome, 1985.
66. MALKA R., FOUQUET P., VACHONFRANCE G.; Alcoologie; 2è éd., Masson, Paris, 1986.
67. MALKA R.; Problèmes nosologiques et classifications de l'alcoolopathies; Psychologie Médicale, 1986, 18, 2: 203-206.
68. MAURILLE M.; La thérapeutique de l'alcoolisme. Groupe de parole; Soins Psychiatrie, n° 124, février 1991: 27-31.
69. MOREL B.; Traité de dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine; Paris, 1852.

70. MOUNGUENGUI F.; Trafic et usage illicite des drogues au Gabon, Semaine de formation des personnels administratifs responsables de la politique de lutte contre les drogues; Yaoundé, 1990: 147-152.
71. MOUREN P.; Réflexion sur la drogue; Psychologie Médicale, 1987, 19, 10: 1839-1840.
72. MUDENDE J.; Triangulation dans le recours à l'alcool et détriangulation selon la théorie bowenienne; Louvain-La-Neuve, 1991.
73. MURPHY H.B.M.; Toxicomanie et culture; Confrontations psychiatriques, n° 28, 1987: 123-145.
74. MUSONI P.; Contribution à l'étude de l'alcoolisation du jeune Murundi: Enquête effectuée dans 9 écoles primaires et secondaires de Bujumbura et Ngozi; Thèse, Bujumbura, 1989.
75. NAHAS G.; La toxicomanie, une maladie de la neurotransmission; Psychologie Médicale, 1987, 19, 10: 1843-1845.
76. NAHAS G., TROUVE R. et COLL.; Toxicomanie. Pharmacodépendance; Masson, Paris, 1988.
77. NDIKUBAGENZI J.; Etude des céphalées psycho-gènes en milieu scolaire et universitaire au Burundi; Thèse, Bujumbura, 1991.
78. NZEYIMANA J.P.; La bière dans la vie des Burundi. Des années 1930 à nos jours. Le cas de la région Bukeye-Muramvya; Mémoire, Bujumbura, 1992.
79. OEDT; Inventaire des sources d'informations sur le phénomène des drogues en Afrique Centrale; Bruxelles, 1993.
80. OLIE J.P., BEN DHIA C.; Psychopathie et toxicomanie; Psychologie Médicale, 1986, 18, 2: 227-229.
81. OMS; Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement; Masson, Paris, 1993.
82. OUVRY O.; Conduites d'addiction chez l'adolescent. Alcool, drogues, médicaments psychotropes; Soins Psychiatrie, n° 73, novembre 1986: 17-22.
83. PAILLE F., GILLET C., PIROLLET P.; Physiopathologie de l'alcoolisation aiguë et du sevrage alcoolique; Rev. Prat. (Paris), 1993, 43, 16: 2035-2041.

84. PARQUET P.J., BAILLY D., LEJEUNE D., et COLL.; Problèmes posés par l'alcoolisation chez les adolescents; Annales de Pédiatrie, vol.33, n° 8, octobre 1986: 653-660.
85. PENSO D.E.; Psoriasis et alcool. Un lien de cause à effet; Le Concours Médical, 16.1.1993,115,02: 85-87.
86. PEREZ GOMEZ A.; Situation en Amérique du Sud, Semaine de formation des personnels administratifs responsables de la politique de lutte contre les drogues; Yaoundé, 1990: 104-113.
87. POTEL C., TONZE M.D., BARON D.; Intoxication éthylique aiguë; Rev. Prat. (Paris), 1993,43,16: 2043-2045.
88. PRUNET J.L., HAVET J.M., DENIS J., et COLL.; Suicide et alcool. Augmentation actuelle de la fréquence en fonction de la crise socio-économique en Champagne Ardennes; Psychologie Médicale, 1985,17,12: 1847-1848.
89. RAAB A., SARDA A.; Comment vivre avec l'alcoolique; Josette Lyon, Paris, 1988.
90. RAUZY A.; "L'Assommoir" et les débuts de la lutte antialcoolique; Psychologie Médicale, 1986,18,10: 1557-1560.
91. REYNAUD M.; Les toxicomanies; Maloine, Paris, 1984.
92. RICHOU A.; Alcool et dangérosité; Soins Psychiatrie, n° 133, novembre 1991: 24-26.
93. ROUSSAUX J.P., DERELY M.; Alcoolisme & toxicomanie; De Boeck Wesmael, Bruxelles, 1989.
94. ROY A.C., LAMPARSKI D., DEJONG J., et COLL.; Characteristics of alcoholics who attempted suicide; Am J. Psychiatry, 1990,147: 761-765.
95. SAN DIEGO; La résistance à l'alcool: prédisposition à l'alcoolisme ?; Act. Méd. Inter. Psychiatrie, n° 12, juin 1985: 267.
96. SARDA A., RAAB A.; Réflexion sur l'information donnée aux malades alcooliques au cours de leur traitement; Psychologie Médicale, 1986,18,2: 263-264.
97. SCHULSINGER et COLL.; Etude prospective des sujets à haut risque d'alcoolisme : données de base; Act. Méd. Inter. Psychiatrie (2), n° 37, novembre 1986: 925.

98. SICOT C.; De quels moyens dispose-t-on pour reconnaître les buveurs excessifs.; Le Concours Médical, 17.04.1993,115,15: 1241-1242.
99. SOURNIA J.C.; Histoire de l'alcoolisme; La Presse Médicale, n° 3, 31.1.1987: 131.
100. SOYKA M., DURST P.; Les hallucinoses alcooliques. Une contribution à l'étiologie à l'évolution et au traitement; J. Psychiat. biol. et therap., n° 35, 1989: 5-10.
101. STROBEL M., ERTLEN P., MARIE-SAINT-GERMAIN E. et COLL.; Alcoolisme et pneumococcie grave. A propos d'un cas de purpura fulminans à streptococcus pneumoniae; La Revue de médecine interne, janvier 1993, T.XIV, 1: 46-48.
102. THEBAUD E.; L'alcool et ses effets, Cours de formation en Afrique francophone sur l'abus des drogues; ICAA/CIPAT.
103. TOMAN W.; Constellations fraternelles et structures familiales; ESF, Paris, 1987.
104. TONNELIER H., ALAMEDA A.; La prévention de la toxicomanie chez les enfants: Il n'y a pas d'action spécifique mais les familles à risque doivent être repérées; La Revue du Praticien - Médecine générale, Tome 6, n° 184, 20 Juillet 1992: 1538-1540.
105. TORDJMAN G.; Expérimentation portant sur cent alcooliques masculins atteints de dysfonctions sexuelles; Soins Psychiatrie, n° 43, mai 1984: 30-32.
106. VENON C.; Le médecin et les images de l'alcool ou une tentative de création de modes nouvelles en milieu professionnel; Psychologie Médicale, 1986,18,10: 1565-1567.
107. WIOT E.; L'alcoolisme dans le milieu du travail. Comment y faire face ? ; Certificat optionnel d'alcoologie, Nancy, 1987.
108. ZARNITSKY C., DARAGON A., LE LOET X.; Retentissement osseux de l'intoxication alcoolique; La Presse Médicale, 20 mai 1989, 18, n° 20: 1005-1006.
109. ZOURBAS J., COUTURIER C.; Alcoolisme et jeunesse; Rev. Prat. (Paris), 1980,30,37: 2449-2452.

## SERMENT DE GENEVE.

Au moment d'être admis au nombre des membres de la profession médicale, je prends l'engagement solennel de consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je garderai à mes maîtres le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

J'exercerai mon art avec conscience et dignité.

Je maintiendrai dans toute la mesure de mes moyens l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Je ne permettrai pas que les considérations de religion, de race, de parti ou de classes sociales viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine, dès la conception.

Même sous menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Je fais ces promesses solennellement, librement, sur l'honneur.

