

NOVEMBRE 1984

NUMERO 3

**BULLETIN
DE LIAISON
DU C.N.D.T.**

CENTRE NATIONAL DE DOCUMENTATION SUR LES TOXICOMANIES -
UNIVERSITE LYON II - Av. P. MENDES FRANCE, 69500 BRON
Tél. (7) 800 66 50

Documentation OFDT



OFDT003751

VIOLENCE ET ALCOOL

Dr V. BÄHLER* et Dr C. PRICAM**

* Psychiatre, médecin chef de service adjoint,

**Psychiatre, médecin chef de clinique au Département de Psychiatrie de Genève (Directeur Professeur G. GARRONE), Institutions Universitaires de Psychiatrie, Centre Docteur H. Revilliod, 5, Route des Acacias, 1227 GENEVE (Suisse).

A partir d'un cas clinique et des travaux de recherche américains sociologique de Robin Room et psychologique d'Alan R. Lang, nous discuterons du lien complexe alcool-violence pour en dégager les questions et les hypothèses principales.

S'agit-il d'une violence induite pharmacologiquement par l'alcool seul chez l'être humain ?

Ou d'une violence particulière de l'alcoolisé, révélée seulement par l'alcool comme elle aurait pu l'être par d'autres substances ou circonstances ?

Ou encore de l'expression d'une violence humaine fondamentale qui trouve difficilement dans notre société des voies d'expression plus constructives ?

Notre pratique avec ces patients dénommés alcooliques nous expose quotidiennement à la violence sous ses différents visages.

Elle est surtout chez nos patients violence sur eux-mêmes, violence émotionnelle de leur rage débordante souvent mise en actes : alcoolisations, accidents, ruptures de traitement, tentatives de suicide. Chez certains, la violence est toute tournée sur eux-mêmes : violence silencieuse et éclatante de leurs alcoolisations aux conséquences finalement mortelles, violence de leur suicide sans que nous ayons pu percevoir à notre égard une demande et établir une alliance thérapeutique.

Pour d'autres, la violence est amenée dans la relation thérapeutique. Chez ceux-là, la demande à notre égard est massive, de l'ordre du "paradis perdu" et la déception de cet espoir illimité éveille des sentiments violents de solitude et d'abandon, et de rage impuissante quasi meurtrière à l'égard du soignant.

Comment recevoir cette violence, la contenir, qu'en faire ? Tel est l'enjeu thérapeutique qu'illustrera notre cas clinique. Et que faire aussi des contre-attitudes violentes, rejetantes, qu'ils évoquent chez le soignant envahi de désespoir et d'impuissance ?

Dans la première partie de notre travail, nous allons présenter quelques réflexions sur le lien alcool-violence à partir d'un cas clinique.

Mademoiselle X, patiente de 37 ans, présente un problème d'alcoolisations répétées depuis plus de dix ans. Elle est prise en charge sur le plan psychiatrique depuis 4 ans et suivie depuis 2 ans et demi dans notre Centre spécialisé dans le traitement des patients alcooliques. Son cas paraît bien illustrer un certain type de rapport existant entre consommation d'alcool et comportement violent, dans ce cas particulier d'une violence dirigée essentiellement contre elle-même.

L'histoire de notre patiente révèle une situation existentielle problématique et ceci dès l'enfance, son passé familial est en effet chargé sur le plan affectif. Aînée de 5 enfants, Mlle X assiste à 6 ans et demi à la disparition de sa mère. Cette mère, qu'elle n'a jamais revue, vivrait internée depuis cette époque en milieu psychiatrique, sans que la patiente ait reçu, à ses dires, d'explications claires de sa famille.

Le père, ébéniste, est décrit comme froid, autoritaire et la patiente est convaincue qu'il est malade sur le plan psychiatrique, à cause de comportements bizarres existant de longue date (par exemple s'habillerait avec

des vêtements de femme, s'isolant à d'autres moments pour écrire des textes incompréhensibles pour l'entourage) et un médecin de famille aurait évoqué le diagnostic de schizophrénie. Une soeur jumelle aurait présenté des épisodes dépressifs ces dernières années. Mlle X est élevée par une tante paternelle qu'elle n'aime pas. Elle traverse cependant son enfance et effectue sa scolarité sans problème manifeste. Elle s'occupe beaucoup de ses frères et soeurs plus jeunes, en compagnie de sa soeur jumelle avec laquelle elle décrit une relation très fusionnelle. Les deux soeurs se séparent vers l'âge de 17 ans. La jumelle quitte la famille pour se marier alors que la patiente reste à la maison pour s'occuper de ses frères et soeurs. Elle apprend ultérieurement le métier d'infirmière assistante. Elle travaille un an et demi dans cette profession, puis décide d'aller vivre en Angleterre pour se libérer de l'emprise de sa famille. Elle passe quatre années dans ce pays, où elle noue une relation durable avec un ami plus âgé, la seule relation affective durable que l'on connaisse dans l'histoire de la patiente. C'est à cette époque, alors qu'elle est âgée d'environ 27 ans, que débutent les alcoolisations, en réaction à des conflits avec son ami, à un avortement mal vécu (Mlle X renonce à son enfant parce que son ami n'en veut pas). La patiente doit aussi affronter des difficultés professionnelles (elle ne peut travailler dans sa profession en Angleterre et, pour gagner sa vie, elle fait une formation de secrétaire, métier qu'elle n'aime pas). Elle revient en Suisse après 4 ans à l'étranger et vit toujours avec son ami, dans une ville éloignée de sa famille, travaillant comme secrétaire. Insatisfaite tant de son métier que de la relation avec son ami, elle s'alcoolise de plus en plus et présente, à 31 ans, une hépatite alcoolique qui l'amène à consulter un médecin interniste. Celui-ci entreprend un traitement de disulfirame puis prescrit des médicaments antidépresseurs. Le traitement dure deux ans et est interrompu par une tentative de suicide avec ses médicaments antidépresseurs, suite à une rupture définitive avec son ami. Mlle X est alors adressée à la clinique psychiatrique; c'est le début d'une longue prise en charge psychiatrique, à l'âge de 33 ans.

A l'hôpital, on pose le diagnostic d'état dépressif avec alcoolisme secondaire. On propose un traitement de soutien -hospitalier puis ambulatoire- associé à une médication antidépressive et à une cure de disulfirame. Le traitement est toutefois mis en échec par des périodes répétitives d'alcoolisations massives qui nécessitent plusieurs réhospitalisations (les hospitalisations durent en tout 6 mois sur une période d'un an). On assiste parallèlement à une dégradation de l'état physique de la patiente (fonctions hépatiques perturbées, gastrite érosive, obésité, polytraumatismes secondaires à des chutes sous alcool). Mlle X voit aussi sa situation sociale se dégrader : elle n'a plus d'activité professionnelle et doit recourir aux prestations de l'assistance sociale. Les alcoolisations massives reprennent dès qu'elle n'est plus dans le cadre strict de la clinique psychiatrique. Dans ce dernier, en revanche, elle apparaît comme bien adaptée, ne pose pas de problème et n'exprime pas de souffrance psychologique particulière.

L'alcoolisme paraissant être au premier plan du tableau clinique, la patiente est adressée à notre Centre un an et demi après sa première hospitalisation en clinique psychiatrique. Nous avons alors avec elle, pendant un mois, une série d'entretiens d'évaluation. Les entretiens nous amènent à l'hypothèse diagnostique de personnalité narcissique fonctionnant comme une organisation limite (borderline) et nous proposons à Mlle X une psychothérapie à long terme -ce qu'elle accepte-. Le début du trai-

tement se déroule sans problème; la patiente arrive à quitter la clinique psychiatrique et à s'adapter à la vie extérieure sans difficulté majeure. Cependant, au deuxième mois de la prise en charge, à la veille d'une séparation d'avec ses thérapeutes, Mlle X présente un état de crise soudain, caractérisé par une angoisse importante associée à des alcoolisations massives. Cette crise n'est que le prototype de nombreuses crises ultérieures qui vont surgir au cours du traitement, qui dure depuis 2 ans et demi. Ces crises ne vont pouvoir être vécues dans le cadre de la seule psychothérapie et vont nous amener à lui proposer un séjour prolongé à notre Centre thérapeutique de jour et parfois de courtes hospitalisations à temps complet à la clinique psychiatrique.

Notre propos sera maintenant de parler plus en détail de notre essai de compréhension du sens de ces crises répétitives, compréhension tirée de nos observations dans la relation psychothérapeutique.

Nous discuterons notamment du rapport existant entre alcool et violence, dans ce cas particulier la violence étant surtout dirigée contre la patiente elle-même.

Nous avons été étonnés, dans la période initiale du traitement avec cette patiente, de constater qu'en dehors des périodes de crise, elle ne consommait pas d'alcool et ne se montrait pas agressive, ni dans ses actes ni dans ses propos. Elle nous est apparue plutôt comme une personne de contact agréable, sociable, semblant relativement bien adaptée, tant dans sa vie que dans les entretiens. Elle n'exprimait pas de difficultés psychologiques particulières, sauf, peut-être, un vague sentiment d'inhibition de sa vie affective, un sentiment de vide intérieur. Elle exprimait cependant une appréhension vive de subir de nouvelles crises d'angoisse dans le futur, de reprendre une consommation massive d'alcool et de présenter des comportements violents incontrôlables. Ces crises arriveraient, selon elle, comme des coups de tonnerre dans un ciel bleu, se produiraient de manière imprévisible et sans qu'il y ait de relation avec un événement déclenchant dans sa vie intérieure ou extérieure. Cette conception que la patiente a de ses crises a cependant rapidement été mise en question par nos observations. En effet, les crises nous paraissent toujours se produire en relation avec des circonstances existentielles particulières, jamais sans elles. Ces circonstances nous sont apparues schématiquement de deux types :

- a. Les séparations d'avec les soignants, qui éveillent chez la patiente des sentiments aigus d'abandon avec angoisse, impuissance, colère et rage intenses.
- b. Des situations où la patiente est confrontée à des épreuves de réalité, par exemple lors d'un déménagement, à l'occasion de démarches pour trouver un travail, de négociations avec l'entourage, de contacts conflictuels avec sa famille. Ces situations font émerger des sentiments d'impuissance, de dévalorisation, d'incapacité totale, accompagnés de colère et de rage. Toute cette gamme de sentiments est le plus souvent projetée sur ses soignants ou sur les personnes de son entourage.

C'est dans ces deux types de circonstances -jamais en dehors- que la patiente s'alcoolise massivement et présente un comportement violent dirigé contre elle-même le plus souvent : elle s'enferme chez elle plusieurs jours sans se nourrir, elle se promène en état d'ébriété sur la voie pu-

blique, fait de nombreuses chutes avec polytraumatismes et plusieurs tentamens médicamenteux l'amènent aux urgences à l'hôpital. Plus rarement, la patiente adopte un comportement hétéroagressif sous forme de crises clastiques. Enfin, depuis quelques mois, elle s'est mise à exprimer verbalement sa colère contre ses thérapeutes, ce qu'elle ne faisait jamais auparavant, mais cette agressivité verbale est aussi tournée contre elle-même : elle prend souvent la forme de menaces de ne plus prendre soin d'elle-même, voire de se suicider. Fait intéressant, cette agressivité verbale récente à notre égard s'est manifestée sans que la patiente ait consommé d'alcool, dans le cadre d'une hospitalisation à la clinique psychiatrique. Tant cette dernière situation que les observations qui précèdent nous ont amenés à penser que l'alcool à lui seul ne semblait pas constituer la cause des mouvements agressifs de la patiente. L'alcool nous paraît certes faciliter l'expression de ses sentiments agressifs, sous forme de comportements violents, auto-agressifs ou hétéroagressifs, mais seulement lorsque de tels sentiments ont été réveillés par des circonstances particulières, ressenties comme très frustrantes par la patiente.

Ceci nous amène à parler de la personnalité de Mlle X et des prédispositions qui pourraient exister chez elle, qui la rendraient particulièrement vulnérable à certaines circonstances et incapable de faire face à des affects intérieurs agressifs autrement que par des comportements violents.

A notre avis, Mlle X présente un désordre affectif profond : elle maintient activement à l'écart de son champ de conscience, ce qui pourrait être une forme active de clivage, les affects désagréables pour elle, avant tout l'impuissance et la honte, la colère et la rage. Ces affects non intégrés paraissent surgir avec une grande intensité, balayant sa façade de normalité bien adaptée, dans des situations existentielles insupportables pour elle. L'alcool, s'il permet une expression violente de son agressivité, paraît cependant maintenir une absence d'intégration des affects agressifs. En effet, lorsque les thérapeutes confrontent la patiente, après coup, avec ses actes ou ses menaces verbales violentes, elle présente le plus souvent une amnésie. De plus, elle ne semble pas motivée à reprendre ses actes ou ses paroles à son compte, mais présente plutôt un désir de ne pas en assumer la responsabilité. Même si elle arrive actuellement à reconnaître que ses crises de violence se produisent en réaction à des circonstances de sa vie, elle continue à penser que la violence en elle est incontrôlable, parce qu'elle serait due à l'alcool ou à une maladie psychique héritée de sa famille. Ou encore, elle présente sa violence comme un symptôme analogue à celui d'une affection somatique, pour laquelle le médecin serait seul compétent et responsable.

En résumé, nous aimerions formuler l'hypothèse suivante quant aux relations existant, dans ce cas particulier, entre violence et alcool. Nous pensons que nous avons affaire à un système complexe de causalité multiple. En schématisant, nous dirions que notre patiente présente un potentiel agressif important, mais latent, non intégré dans sa personnalité consciente. Ce potentiel agressif est activé par des événements de vie insupportables pour elle. Mais l'observation de cette patiente nous fait aussi penser qu'une telle personnalité, avec une violence latente, a tendance à se mettre dans des situations de vie qui permettent ou justifient sa violence. La consommation d'alcool faciliterait (pour des raisons biologiques, psychologiques, culturelles) l'expression de l'agressivité sous

forme comportementale violente, agissant à l'instar d'un catalyseur dans une réaction chimique en cours, mais ne causant pas la réaction à lui seul. Nos observations récentes chez cette patiente montrent en effet que son agressivité peut aussi s'exprimer sous forme violente sans alcool.

Nous aimerions ajouter que l'alcool, catalyseur éventuel de comportements violents, est aussi agent d'une violence, dirigée contre la patiente qui l'absorbe. L'alcool est agent de violence contre son corps, en raison de sa toxicité et des traumatismes qu'elle subit lors d'états d'ivresse. L'alcool est violence contre son statut relationnel et social, en raison du rejet que l'étiquette d'alcoolisme a entraîné de la part de l'entourage (famille, amis, travail). L'alcool est employé comme violence contre son traitement, car la rechute alcoolique en balaye à chaque fois les acquis.

Ces attaques répétées contre les thérapeutes et le traitement éveillent inévitablement une agressivité chez les soignants, des envies de répression ou de rejet. Il peut être difficile pour les thérapeutes de ne pas mettre en actes leurs contre-attitudes agressives et rejetantes.

Nous aimerions terminer par quelques remarques concernant le traitement de cette patiente. Nous pensons qu'un traitement qui viserait uniquement l'abstinence n'aurait pas d'effet à long terme sur ses comportements violents et ceci en raison des prédispositions latentes à la violence qui existent en elle. Le but de notre traitement est donc de lui permettre d'élaborer son agressivité et sa violence dans la relation thérapeutique, de l'aider à lui donner un sens et à en prendre la responsabilité, enfin qu'elle découvre des voies moins destructrices pour gérer et intégrer cette agressivité. Nous sommes conscients que de confronter la patiente avec sa violence comporte des risques, surtout celui de son suicide dont elle nous menace périodiquement. Nous aurions pu éviter cette confrontation et nous contenter uniquement de fournir à la patiente un cadre de soutien visant à limiter la portée de ses actes violents. Mais nous pensons que le risque avec cette dernière attitude serait d'aider surtout la patiente à devenir une invalide, sur le plan psychiatrique comme sur le plan social.

T A B L E A U

RELATION ENTRE COMPORTEMENT VIOLENT ET

EVENEMENT DE VIE
PERSONNALITE
ALCOOLISATION

EVENEMENT DE VIE



PERSONNALITE AVEC VIOLENCE LATENTE

ALCOOLISATION

COMPORTEMENT VIOLENT

Dans la seconde partie de notre travail, nous présenterons maintenant une étude sociologique de Robin Room sur "Alcool et Crime" (2).

Dans la pensée américaine, c'est au 19ème siècle, dans le cadre de l'idéologie de la tempérance, que le lien alcool et crime devient sûr et certain et l'alcool considéré comme précondition quasi nécessaire du crime. Au début du 20ème siècle apparaît une explication "scientifique" physiologique de ce lien alcool-crime : l'alcool paralyse les centres inhibiteurs du cerveau, abolissant ainsi la capacité de se contrôler.

Si le mouvement de la tempérance avait stimulé quelques études sur le rôle de l'alcool dans le crime, pendant les années de la prohibition (1919-1933) et les années qui suivirent son abrogation, les études furent peu nombreuses et les nouveaux apports théoriques rares jusqu'aux études de Wolfgang en 1956 et 1958.

Par ailleurs, jusqu'à ces toutes dernières années, la littérature sur l'alcool et le comportement criminel a tourné principalement autour d'un ensemble de théories tacites de la relation alcool-crime, dérivée de la pensée de l'époque de la tempérance. Cette relation est centrée sur ce que Pernanen, en 1976, a appelé la "théorie de la désinhibition" : l'effet désinhibiteur de l'alcool expliquerait les crimes qui lui sont associés. Dans cette théorie, l'alcool désinhibe pharmacologiquement le comportement en supprimant les actions inhibitrices des centres supérieurs du cerveau.

Dans cette revue ne seront discutés que les crimes commis sous alcool mais non pas les délits spécifiquement liés à l'alcool comme l'ivresse publique, l'ivresse au volant, la production et vente illégales d'alcool.

Ces dernières années, entre 1976 et 1982, sont parues plusieurs revues majeures de la littérature sur l'alcool et le comportement criminel. Elles offrent un tableau exhaustif des résultats empiriques dans ce domaine, réexaminent les présupposés théoriques et formulent des orientations théoriques nouvelles pour la recherche ultérieure.

Dans la plupart de ces études, le cadre de référence est l'événement criminel et les résultats centrés sur le pourcentage d'événements criminels dans lequel l'alcool est présent. Mais il n'y a guère d'études dans la direction opposée, pourcentage d'événements d'alcoolisation dans lequel il y a crime, ou d'études avec groupe contrôle. De plus, ces études n'apportent aucune lumière sur les processus potentiels liant alcool et crime.

Il est généralement admis que l'alcool est plus souvent présent dans les crimes contre la personne que dans les crimes contre la propriété et plus souvent dans les crimes sérieux que dans les crimes triviaux. Les études basées sur les rapports de police vont dans ce sens mais pas les enquêtes faites auprès des criminels (enquête nationale dans les prisons 1974 : 50 % alcoolisés, 20/30 % fortement alcoolisés, quel que soit le type de crime). De ces études, il ressort que le criminel était alcoolisé dans une proportion relativement élevée des événements sérieux lorsqu'il a été arrêté, mais il n'apparaît qu'une faible tendance, sujette à exceptions, que l'alcoolisation soit plus fréquente dans les crimes contre la personne que dans les crimes contre la propriété.

Aux USA, les fortes alcoolisations et le comportement criminel ont une distribution selon le sexe et l'âge très similaire (fortes alcoolisations : hommes surtout, pic début vingtaine; crime : 80/90 % d'hommes, pic crime grave début de la vingtaine). Cette coïncidence ne signifie pas une relation causale systématique, les deux phénomènes pouvant tout aussi bien s'expliquer chacun indépendamment par d'autres facteurs.

Des études comparatives ont montré des différences notables entre les pays et les ethnies dans la fréquence et les modes d'alcoolisation "lourds" ("heavy drinking"), ainsi que dans les problèmes en relation avec l'alcool. On constate notamment des différences dans l'explosivité des modes de boire et dans les conséquences sociales associées (exemple : Finlande, Amérique du Sud, style de boire explosif et taux d'homicides comparativement plus élevé; Finlande : alcool présent dans 60/75 % des crimes, c'est-à-dire 10/15 % de plus que dans les autres pays).

La mise en lumière par la littérature empirique de différences culturelles importantes quant à l'association de l'alcoolisation et du comportement violent converge avec une critique débutante des sciences sociales quant à la théorie de la désinhibition de la relation alcool-crime. Les nombreuses évidences anthropologiques et autres évidences de très grandes variations entre différentes cultures et contextes dans le comportement alcoolique suggèrent que le lien entre l'alcoolisation et la violence est au moins autant affaire d'attente culturelle que de pharmacologie.

Si l'on se tourne maintenant vers la littérature empirique sur la relation entre alcoolisme comme état de fait et carrière criminelle, les revues récentes s'accordent à y reconnaître une corrélation grossièrement positive. La fréquence des problèmes alcool est en effet plus élevée dans les prisons que dans la population générale et les alcooliques chroniques ont plus d'événements criminels au cours de leur vie. Mais ces études s'arrêtent le plus souvent à l'établissement de l'association alcool-crime, n'investiguent ni les caractéristiques de l'événement criminel ni d'autres problèmes existentiels que l'alcool. Aucune attention n'est portée aux contributions potentielles de facteurs situationnels ou socioculturels. De plus, les résultats dépendent largement de l'échantillon de populations d'alcooliques étudiés. Ainsi une étude suédoise a montré de grandes divergences du taux de crimes pour trois sous-groupes d'alcooliques : entrées volontaires dans un hôpital psychiatrique 11 %, hospitalisations pour séquelles psychiatriques aiguës ou symptômes de sevrage 42 %, vagabonds assistés sans domicile 77 %; la proportion des crimes violents étant respectivement de 0,10 et 27 %. Comme cette étude le suggère, seule une minorité des alcooliques impliqués dans le système criminel judiciaire ont commis des crimes sérieux. Une étude américaine sur 186 alcooliques a montré que sur 3078 arrestations 77 % l'avaient été pour ivresse publique et que seul un tiers avait une histoire criminelle grave. Certains auteurs pensent que la littérature épidémiologique et clinique parle en faveur d'un sous-groupe psychiatrique spécialement perturbé d'alcooliques à tendances violentes. Une anomalie antérieure de la personnalité aurait conduit à la fois au comportement violent et à l'alcoolisme.

Les crimes sérieux sont souvent commis au tout début des carrières criminelles et sont suivis d'une longue carrière de délits de boisson, ce qui a fait dire à un auteur qu'il pourrait s'agir de carrières criminelles manquées. Un autre auteur conclut que s'il y a relation

causale entre une histoire criminelle et l'alcoolisme, alors l'enchaînement temporel des comportements suggère que c'est le crime qui cause l'alcoolisme chronique et non le contraire.

Par ailleurs, la tendance actuelle du système judiciaire à envoyer les accusés alcooliques en traitement, tendance qui s'appuie en partie du moins sur la croyance culturelle du pouvoir criminogène de l'alcool, produira probablement des populations d'alcooliques traités plus jeunes et plus criminels et diminuera la prévalence d'alcooliques à problèmes dans la population des prisons.

Quelques auteurs reconnaissent l'importance des circonstances dans lesquelles le crime est commis, si l'on veut comprendre la nature du lien alcool et crime. Ils ont étudié le contexte de l'événement criminel et la place de l'alcool mais ces études sont encore très peu nombreuses à ce jour. Une minorité substantielle des crimes a lieu dans les bars et dans leurs environs. Par ailleurs, il est connu depuis longtemps que l'homicide est un crime particulièrement personnel (étude 1972 : 73 % des homicides commis contre des membres de la famille, des amis, des voisins ou des connaissances). Mais si l'on veut interpréter les résultats des rapports de police, il faut retenir les résultats de Pernanen (1981) : les incidents violents sont plus souvent rapportés lorsque l'attaquant et la victime sont des étrangers et lorsque l'attaquant et non la victime est alcoolisé. De ces études, il ressort que l'alcool semble ajouter un excès de violence à des situations déjà potentiellement homicides. De plus, les homicides avec alcool sont plus fréquemment précipités par la victime, la victime ayant été la première à commencer l'interaction ou à recourir à la violence physique (Wolfgang 1958).

Cette participation déclenchante de la victime est en relation avec un phénomène plus général : l'association de l'alcoolisation chez l'attaquant et chez la victime dans les crimes interpersonnels. Pour les homicides, viols et attaques incluant des connaissances ou amis, l'attaquant et la victime sont aussi fréquemment alcoolisés l'un que l'autre. Quand il s'agit d'étrangers, la victime est plus souvent alcoolisée que l'attaquant. Les résultats de Pernanen suggèrent que dans la violence non rapportée à la police il y a moins d'attaquants alcoolisés mais certainement pas moins de victimes alcoolisées. Cette association alcoolisation de la victime et crime d'exploitation ne surprend guère. Cependant, l'alcool comme facteur victimogénique a été peu étudié, la littérature victimologique étant orientée vers une sympathie et une assistance de la victime.

Nous arrivons finalement à la question épineuse de la causalité : l'alcool cause-t-il le crime ? La réponse de l'auteur est "cela dépend de ce que vous entendez !". Tout d'abord, toute connexion causale doit être vue comme conditionnelle : l'alcoolisation en combinaison avec d'autres facteurs peut résulter dans l'apparition d'un crime. Le test opérationnel d'une telle causalité conditionnelle devient : le crime n'aurait-il pas eu lieu si l'alcool n'avait été présent dans la situation ?

En ce qui concerne le pouvoir victimogénique de l'alcool, il est probable que la réponse est oui. L'ivresse affecte en effet le choix des victimes de vols.

En ce qui concerne le pouvoir criminogène de l'alcool, il semble exister des circonstances anecdotiques dans lesquelles la réponse pourrait être

oui, par exemple dans le cas de l'alcoolique qui use de violence pour se procurer de l'alcool ou pour échapper à l'arrestation.

Mais le plus souvent, lorsque cette question de la causalité de l'alcool est soulevée, celui qui la pose a dans l'esprit une version de la théorie de la désinhibition comme lien entre alcool et crime.

Pernanen (1976) a mis en lumière la diversité des connexions théoriques possibles entre alcool et crime et conclu qu'aucune théorie ou modèle unique ne sera capable de donner une explication pour la totalité des associations statistiquement observées entre alcool et crime; ceci notamment parce que le sens et les implications des concepts "utilisation d'alcool", "crime", "comportement criminel" et "déviance" sont si multiples.

Souvent, la question de la causalité est définie en termes d'un lien biologique : est-ce que l'alcool rend pharmacologiquement l'être humain vil, vicieux et violent ? A cette question, les évidences des différentes lignes de recherches suggèrent que la réponse est non. Pharmacologiquement, certainement, l'alcool rend l'être humain gauche, maladroit et le fait se sentir différent, mais il semble bien que c'est la culture et les circonstances qui déterminent quels sens et implications cette manière de se sentir différent aura. Les résultats suggérant un lien socio-culturel plutôt que pharmacologique sont très controversés aux Etats-Unis en raison de l'hégémonie du modèle médical dans les problèmes d'alcool et le retour fréquent de la pensée psychiatrique américaine à un modèle somatique. Nous y insistons, un lien socio-culturel n'est pas moins réel qu'un lien pharmacologique : pour paraphraser le dicton sociologique classique, des effets que l'on croit réels sont réels dans leurs conséquences. Or, pendant plus d'un siècle, les Américains ont fortement cru, ont agi et réagi sur la base de la croyance que l'alcool a le pouvoir de faire agir quelqu'un de manière violente, voire criminelle.

Nous allons maintenant aborder les points principaux d'un travail de Alan R. Lang (1981) intitulé "Boire et Désinhibition : Contributions de la Recherche Psychologique"* (1).

L'observation simple montre que la consommation aiguë d'alcool par les humains est souvent accompagnée de changements comportementaux chez le consommateur. Mais, une analyse descriptive et explicative de cette association fait alors apparaître la complexité extrême de la connexion spécifique entre le fait de boire et la désinhibition. Dans cette étude le terme "boire" est utilisé lorsque le sujet pense ingérer une boisson alcoolisée, qu'il ingère réellement de l'alcool ou non. Le terme "désinhibition" est utilisé dans son sens descriptif, c'est-à-dire en référence à l'exhibition par l'individu de comportements qui sortent des normes et valeurs dirigeant ordinairement ses actions.

Dans l'examen de la relation alcool-comportement, différentes approches ont été proposées : -l'approche biomédicale centrée sur les effets physiologiques, -l'approche psychologique centrée sur les caractéristiques de la personnalité, -l'approche sociale centrée sur l'influence du groupe, -l'approche de psychologie sociale intégrant les deux tendances

*Drinking and Disinhibition : Contributions from Psychological Research.

précédentes. Lang propose une approche intégrée biopsychosociale dans une approche pluridisciplinaire des problèmes humains.

Une compréhension globale du lien boire-désinhibition nécessite la prise en compte de l'agent alcool, du sujet qui l'absorbe et du contexte sociosituationnel dans lequel se déroule l'acte de boire.

Le but de ce travail est de souligner certaines contributions de la psychologie expérimentale, approche qui offre notamment des moyens de déterminer si oui ou non l'alcool, à lui seul, est en relation causale avec le comportement des buveurs. L'accent est mis dans cette revue sur des études employant un modèle expérimental en "placebo balancé" ("balanced placebo design") qui permet un examen à la fois séparé et interactif des effets psychologiques et pharmacologiques du boire sur le comportement. Il y sera essentiellement question de l'expression désinhibée de comportements agressifs, sexuels et autres comportements à implications sociales directes importantes. La psychologie permet aussi d'essayer d'expliquer comment certaines différences individuelles non pathologiques, par exemple le sexe et l'expérience de boire, peuvent influencer les croyances au sujet du boire ainsi que ses effets réels.

Une des faiblesses de cette approche psychologique expérimentale réside dans son contexte artificiel, contrôlant ainsi de nombreux facteurs qui varient librement dans l'environnement naturel. Il se pourrait alors que soient exclues des variables qui sont conditionnelles ou interactives avec l'effet du boire sur le comportement.

Pour examiner la variable indépendante "boire", deux ensembles de facteurs doivent être attentivement examinés : -1. La nature exacte de l'administration d'alcool (aspects quantitatif et qualitatif). -2. Les croyances ou attentes du sujet quant à la nature de ce qu'il reçoit. Pour le premier point, Lang rappelle la nécessité d'une mesure directe de l'alcoolémie, l'importance du choix du niveau d'alcoolémie testé (action pharmacologique biphasique de l'alcool, stimulant jusqu'à 0,4 O/00 et dépressif au-delà), l'importance du facteur temps, en combien de temps une alcoolémie donnée a été atteinte et combien de temps elle a été maintenue, et l'importance du type de préparation utilisé (présence de congénères). Pour le deuxième point, Lang rappelle que si la substance active alcool a sans aucun doute des effets sur le comportement, son rôle n'est pas aussi important qu'on a bien voulu le penser. La littérature contemporaine sur alcool et comportement humain montre de plus en plus que de nombreuses variables peuvent influencer la manière dont le boire va affecter le comportement humain. A côté des facteurs situationnels, le facteur probablement le plus important quant aux conséquences comportementales de l'alcoolisation réside dans les effets que le sujet attend de son alcoolisation ("expectancies"). Depuis longtemps, les chercheurs dans le domaine de l'alcool et d'autres drogues ont reconnu ces effets non pharmacologiques, ce pouvoir potentiel des croyances à troubler les évaluations pharmacologiques et ont tenté de contrôler ces effets d'attente. Les méthodes en aveugle simple ("single blind" procedure) et en double aveugle ("double blind" procedure) ne permettent pas d'isoler les effets de la substance et les effets d'attente, si bien que la possibilité que l'attente seule exerce un effet sur le comportement reste inexplorée. Une méthode expérimentale a ainsi été développée dans la recherche sur les drogues dans les années 60 par Ross et coll., la méthode utilisant le système du "placebo balancé". Ce système permet de faire varier séparément dans la

même expérience la substance active et les attentes. Ces auteurs avaient réalisé qu'une telle séparation claire entre les effets d'attente ou psychologiques et les effets de la substance ou pharmacologiques nécessite la manipulation indépendante des instructions données au sujet (attente de substance active ou de placebo) et de la substance active administrée (reçoit la substance active ou le placebo).

Ainsi, quatre combinaisons sont possibles selon que le sujet :

- Attend de la drogue/reçoit de la drogue (condition active),
- Attend de la drogue/ne reçoit pas de drogue (placebo),
- N'attend pas de drogue/ne reçoit pas de drogue (contrôle),
- N'attend pas de drogue/reçoit de la drogue (antiplacebo).

Le point critique de cette méthode appliquée à l'alcool est d'arriver à déguiser le goût de l'alcool pour que le groupe clé "antiplacebo" ait une valeur pertinente. Pour cela, il est indispensable que le groupe qui n'attend pas d'alcool, mais en reçoit, ne puisse le détecter.

Marlatt et coll. (1973) ont découvert qu'un mélange de cinq parts de tonique et d'une part de vodka ne peut être distingué du tonique seul et c'est ce mélange qui sera utilisé dans la plupart des études.

Marlatt (1973) a initialement appliqué cette méthode à la perte de contrôle chez les alcooliques. Le résultat stupéfiant fut que les alcooliques buvaient beaucoup plus quand ils pensaient que leur boisson contenait de l'alcool, quel que soit son contenu réel. Ces résultats mettaient fortement en question le modèle de l'alcoolisme-maladie, qui postulait une perte de contrôle physiologique, déclenchée par l'introduction d'alcool dans le corps. Dans cette expérience, l'attente du sujet apparaissait comme le déterminant crucial quant à la perte de contrôle.

Après cette expérience, cette méthode a été appliquée pour évaluer la part des effets physiologiques dans les comportements désinhibés de consommateurs non-alcooliques et vérifier si elle n'avait pas aussi été surestimée. Avant de commenter ces expériences, Lang rappelle que, si la consommation aiguë d'alcool affecte, en effet, toute une série de réponses et de comportements humains, il s'agit de bien séparer deux ordres de facteurs. D'une part, les symptômes physiologiques, les altérations de performance qui sont identiques chez des sujets qui ont la même expérience de boire, quel que soit le contexte, et pour une alcoolémie donnée. D'autre part, il y a des facteurs liés à l'alcoolisation plus significatifs sur le plan social qui sont hautement variables à la fois chez le même individu, entre les individus et selon les contextes. Il peut s'agir de changements internes ou expérientiels, par exemple une humeur altérée, et de changements plus externes ou interpersonnels, par exemple une sociabilité altérée. Ces changements-là sont très probablement moins dépendants d'une action pharmacologique directe, ce que suggère notamment leur variabilité, et les attentes cognitives développées à travers les expériences d'apprentissage social y jouent probablement un plus grand rôle. En plus des facteurs psychologiques, les contextes physiques et sociaux situationnels pourraient avoir des effets indépendants puissants, conditionnels ou interactifs, sur l'association boire-comportement.

Ces dernières années, la méthode du "placebo balancé" a été appliquée à la recherche alcool-comportement dans un effort pour séparer les effets

physiologiques de l'alcool des nombreux autres facteurs qui pourraient contribuer à l'association si fréquente du boire avec de nombreux comportements humains importants.

Les études exposées dans la suite de ce travail concernent l'agression, la sexualité et la sociabilité, puisque ce sont ces comportements qui viennent les premiers à l'esprit lorsqu'on parle de désinhibition liée à l'alcool. Nous nous limiterons volontairement à l'agression vu le temps limité qui nous est imparti.

La fréquente association violence criminelle et alcoolisation a soulevé la question d'un lien causal possible entre l'alcoolisation et des manifestations désinhibées d'agressivité. Dans les nombreuses études d'expérimentation psychologique, moyen important d'investiguer la causalité du comportement humain, l'auteur cite Pernanen (1976) qui relève dans une revue extensive de cette littérature jusqu'en 1975 que le parti pris théorique est le plus souvent physiologique (théorie énergétique et théorie désinhibitrice) : l'alcool facilite l'agression par une action pharmacologique directe, de loin non vérifiée actuellement.

Des positions théoriques moins populaires interprètent la relation alcool-agression en termes d'apprentissage social. De ce point de vue les normes culturelles concernant les comportements exhibés par des sujets alcoolisés sont apprises et pourraient être spécifiques des caractéristiques personnelles de l'individu (sexe, race, statut socio-économique, ...) et varier selon le contexte (contexte physique ou situation sociale). Un aspect particulièrement important de cet apprentissage social pourrait être que le fait de boire permet à l'individu d'échapper pour un temps ("time out") aux règles guidant habituellement son comportement social. De plus, un aspect qui renforce cette possibilité d'échapper aux règles sociales est que l'alcool fournit une excuse pour des actions extraordinaires effectuées sous alcool, un moyen de désaveu de la déviance.

L'auteur cite les expériences sur alcool et agression de Boyatzis et coll. (1974, 1975) et Taylor et coll. (1975) qui ont montré que les sujets sous alcool étaient plus agressifs que les sujets qui n'étaient pas sous alcool et leurs résultats suggèrent une relation positive linéaire entre la dose d'alcool et l'agression. Ils émettent des hypothèses explicatives physiologiques, que Lang met en question.

Lang et coll. (1975) pensent en effet que les résultats de Boyatzis et Taylor ne sauraient démontrer une relation physiologiquement médiatisée entre alcool et agression puisque les facteurs d'attente n'ont pas été contrôlés dans leurs expériences. Lang et coll., tenants d'une approche d'apprentissage social, suggèrent que c'est la tolérance culturelle à l'égard de l'agression désinhibée chez des sujets supposés alcoolisés qui a produit le lien alcool-agression et ceci en vertu d'une utilité psychologique plutôt qu'en vertu d'un quelconque effet pharmacologique. Ils ont examiné cette hypothèse en appliquant pour la première fois la méthode du "placebo balancé" à l'étude des effets désinhibiteurs de l'alcool.

96 buveurs sociaux lourds de sexe masculin ont été testés, la moitié des sujets croyant boire de l'alcool et l'autre moitié croyant boire du tonique seul. Dans chacun de ces deux groupes, la moitié recevait réellement de l'alcool (1 0/00), alors que l'autre moitié n'en recevait

pas. Après avoir reçu leur boisson, la moitié des sujets ont été provoqués, alors que l'autre moitié des sujets étaient soumis à une interaction neutre. L'agression a été estimée par l'intensité et la durée des chocs que les sujets croyaient donner à des partenaires simulés. Les résultats montrent clairement que l'agression est en relation uniquement avec l'attente d'alcool. Les sujets qui pensaient avoir reçu de l'alcool étaient plus agressifs que ceux qui pensaient n'en avoir pas reçu, quel que soit le contenu réel de leur boisson. La provocation avait un effet significatif sur l'agression et l'augmentait, mais sans interaction avec le type de boisson.

Dans une étude similaire, Marlatt et coll. (1975) ont investigué les effets de la provocation et de la vengeance sur la consommation ultérieure d'alcool. Il apparaît que la consommation d'alcool chez des hommes et des femmes buveurs sociaux lourds peut être augmentée en provoquant de la colère chez eux, mais seulement s'ils n'ont pas de moyens d'agresser leur agresseur. Ceux qui pouvaient donner des chocs avant de s'alcooliser consommaient significativement moins d'alcool. Il se pourrait que parfois des individus se mettent à boire lorsqu'ils ne disposent pas de moyen alternatif de gérer leur colère. Si alors une possibilité d'agresser se présente, il se pourrait qu'ils la saisissent mais ne seraient alors que coïncidemment intoxiqués à ce moment-là.

Prises ensemble, ces deux études suggèrent que le lien alcool-désinhibition de l'agressivité serait plus affaire de psychologie et de circonstances que de physiologie.

Lang mentionne ensuite les résultats de sondages qui reflètent bien la force des croyances quant à l'effet de l'alcool sur l'agression dans la culture américaine. De telles croyances jouent certainement un rôle central dans les effets d'attente observés dans les expériences alcool-désinhibition. Les résultats de ces sondages démontrent la généralité des attentes de la population générale quant à une relation causale entre alcool et agression. Les gens semblent particulièrement certains que les hommes forts buveurs vont être agressifs et tendent à excuser plus facilement l'agression chez eux que chez d'autres.

Dans sa conclusion sur alcool et agression, Lang pense qu'il devrait être évident, sans examen de la littérature scientifique, que l'alcool ne peut jamais être la seule cause de n'importe quel cas d'un comportement aussi complexe que l'agression humaine. Beaucoup d'agression a lieu sans l'aide de l'alcool et beaucoup d'alcoolisations ne sont pas accompagnées d'agression. Il reste alors la possibilité que l'alcool modifie la réponse agressive via une interaction avec la personne et sa situation. Si la psychologie expérimentale peut actuellement traiter valablement de la variable alcool, elle ne peut guère contrôler les facteurs de prédisposition et les facteurs situationnels. Fait regrettable car pour un comportement socialement significatif et instable comme l'agression, il est fort probable que les effets spécifiques de l'alcool sont de peu de signification. Le pouvoir démontré du simple effet d'attente dans les expériences citées va bien dans ce sens. Mais, si ces résultats parlent en faveur de l'hypothèse qu'alcool et agression sont liés uniquement par la croyance culturelle, tous les points sont loin d'être clairs. Et même si cette hypothèse était juste, la tâche de découvrir comment, pourquoi, où, quand et chez qui cette croyance opère resterait entière. Nous connaissons peu de choses, par exemple, sur alcool et agression chez les femmes ou d'autres populations spéciales, les effets

de doses sont souvent ignorés et peu d'études ont varié les variables situationnelles même les plus simples qui pourraient changer massivement les effets de l'alcoolisation. Que l'on adhère à un modèle biologique, psychologique ou social, il reste encore beaucoup à faire.

Lang, dans la fin de son travail, résume ses résultats et en discute les interprétations possibles.

Cette revue montre clairement qu'une connexion entre alcool et désinhibition peut être démontrée empiriquement. L'alcool a été impliqué de manière causale dans l'augmentation de l'agressivité, la réponse sexuelle, la sociabilité et même le rire et le manger. L'importance de l'action pharmacologique directe de l'alcool sur ces comportements a cependant été fortement mise en doute, du moins aux concentrations faibles à modérées utilisées dans la majorité de ces expériences.

La découverte principale, surtout chez les hommes, est que la désinhibition de comportements agressifs, sexuels et sociaux est un produit de l'attente, le sujet pense avoir consommé une boisson alcoolisée, indépendamment du contenu réel de la boisson.

Par ailleurs, il semble que certaines prédispositions psychologiques (par exemple la culpabilité sexuelle) peuvent interagir avec les attentes pour aider à prédire la désinhibition chez certains individus.

Par contre, les effets d'attente n'ont aucun impact sur la performance des tâches cognitives ou motrices pour lesquelles les expériences montrent que l'alcool diminue toujours la performance.

Les théories biologiques spécifiques, à l'exception des performances motrices et cognitives, ont manifestement confondu corrélation et causalité.

Les théories biopsychologiques sont centrées les unes sur les déficits cognitifs et les autres sur les facteurs cognitifs dans les émotions. Ces théories ne permettant pas d'intégrer de manière satisfaisante les effets d'attente observés.

Lang en vient finalement aux théories d'apprentissage psychologique et social, auxquelles il adhère. De ce point de vue les individus ne persistent pas dans des comportements qui n'ont pas une fonction utile pour eux. Ainsi, le comportement est analysé en termes de ses antécédents et de ses conséquences, les cognitions jouant un rôle médiateur. La question est alors, quelle est la fonction de l'alcool quant aux résultats des études précitées ?

Un aspect potentiellement renforçateur de l'alcoolisation dans notre culture est qu'elle altère les réactions de l'entourage à l'égard du comportement du sujet alcoolisé. L'entourage tend à être plus tolérant vis-à-vis de la déviance de l'alcoolisé, raisonnant que la compétence et le contrôle comportemental sont perturbés à l'instar des processus sensorimoteurs et cognitifs. Par conséquent, il est attribué au sujet alcoolisé moins de responsabilité personnelle pour ses actions. En fait, l'individu devient plus libre parce que l'entourage est plus enclin à pardonner ses transgressions en attribuant la cause à l'alcool et non à l'homme. La plupart des comportements désinhibés discutés impliquant un certain plaisir intrinsèque (sexualité notamment), une explication pour les effets d'attente observés apparaît. L'individu s'attend à ce

que son comportement autocomplaisant soit excusé à cause de son alcool.

Dans la même ligne d'argumentation Jones et Berglas (1978) ont émis l'idée que les gens boivent parfois parce qu'ils ont des craintes quant à leur capacité de performance ou leur adéquation à s'engager dans certains comportements sociaux. L'alcoolisation serait une stratégie "d'autohandicap" qui permet au sujet d'attribuer un résultat négatif à l'alcool et d'éprouver une grande satisfaction en cas d'issue positive, puisqu'il a accompli la performance à moins de 100 % de sa capacité.

Mais pourquoi les gens ne sont-ils pas toujours alcoolisés et pourquoi y a-t-il des différences individuelles dans le lien alcool-désinhibition ? D'une part, dans une société hautement pluraliste comme la nôtre, on ne peut jamais être sûr jusqu'à quel point les gens vont souscrire à l'excuse "il était alcoolisé". D'autre part, l'alcool diminue réellement la compétence à de nombreux niveaux. C'est en raison de ces effets négatifs qu'il n'y a pas d'effets d'attente dans les performances cognitives et motrices.

Quant aux différences interindividuelles dans les effets attente-désinhibition, il n'y a qu'à considérer la grande variabilité des valeurs morales et des capacités de faire face aux problèmes de la vie pour entrevoir comment une "excuse-attribution" à l'alcool peut être plus ou moins utile ou désirable selon l'individu. Les différences intra-individuelles, d'autre part, sont probablement un produit de facteurs contextuels.

Nous ne voulons pas dire que le lien alcool-désinhibition est voulu, voire planifié par son utilisateur. Il est cependant probable que les mécanismes décrits (modèles, renforcements, associations) favorisent l'apprentissage d'un certain nombre de comportements désinhibés sous alcool, qui deviennent acquis et se produisent alors de manière conditionnée. Nous y insistons, ces réactions apprises associées à l'alcool sont tout aussi réelles et automatiques que des réactions physiologiques. Il ne s'agit pas de nier le rôle de la physiologie, mais il nous paraît raisonnable au vu de l'évidence de suggérer que l'action pharmacologique de l'alcool entraîne simplement des altérations de l'état de conscience. Par contre, le sens attribué à ces changements d'états de conscience est avant tout affaire d'attentes apprises, de prédispositions individuelles et de contexte physique et situationnel. L'auteur adhère ainsi à une perspective biopsychosociale.

En guise de conclusion, nous aimerions simplement énoncer quelques constatations. Cette réflexion sur alcool et violence a clairement mis en lumière l'extrême complexité du lien entre le sujet et son alcool. De toute évidence, il est actuellement encore donné trop d'importance à l'action pharmacologique de l'alcool. Les nombreuses variables humaines du sujet qui boit -facteurs de prédisposition, psychologiques, culturels- et les facteurs situationnels ont été largement sous-estimés.

B I B L I O G R A P H I E

1. LANG Alan R. : Drinking and Disinhibition : Contributions from Psychological Research. Department of Psychology, Florida State University. Travail présenté à l'Université de Berkeley, Californie, février 1981. A paraître dans Psychological Research.

2. ROOM Robin : "Alcohol and Crime : Alcohol and Criminal Behavior and Events". In : Sanford Kadish et al., eds., Encyclopedia of Crime and Justice. New York : Macmillan. A paraître.