

Séminaire conjoint Alcoologie – Sociologie  
Département de sociologie de l'université de Poitiers  
GRESO - CIPAT  
3<sup>e</sup> année - « L'alcool en corps »

**L'alcool à corps perdu**  
**Effets de l'alcool sur le corps : penser les soins, panser les plaies ?**  
Olivier Kandel

En lisant le programme des séminaires de cette année : l'alcool en corps (encore) j'entrevois ce que l'on pourrait attendre de moi. Le médecin, le médecin généraliste a en effet quelques liens avec le corps. On m'invite à parler des effets de l'alcool sur ce corps. On me propose même des mots : penser et panser. Le regard croisé des intervenants tout au long de cette année, borde, contraint mon exposé. Je dois me résigner, consentir à rester dans la représentation que l'on se fait de ma fonction. Je suis un médecin des organes, un médecin de la carcasse.

Je vais vous faire un cours de médecine, comme j'en ai appris, du temps où il existait encore un enseignement ex-cathedra. Je vais donc vous parler de l'hépatite alcoolique, de la cirrhose et de la pancréatite. Vous parler de la polynévrite, de la cardiomyopathie, sans omettre, c'est si important le syndrome d'alcoolisation fœtale. Nous évoquerons bien entendu les cancers induits par l'alcool, l'encéphalopathie de Gayet Wernicke et le syndrome de Korsakoff, bien que cela déborde sur le terrain de mes confrères psychiatres. Nous terminerons plus légèrement avec les effets de l'alcool sur la sexualité...

Et puis non. A corps défendant je revendique à corps et à cris le droit de vous épargner cette délectation impudique de regarder ces plaies qui touchent l'autre. Tout est sur Internet. En trois clics on accède facilement au factuel. Michel Serres le souligne très bien : « *Que transmettre ? nous dit-il. Le savoir ? Le voilà, partout sur la Toile, disponible, objectivé. Quand je rentre dans un amphi, précise-t-il, je me pose la question : quelle est la probabilité pour que mes étudiants aient déjà tapé sur Wikipedia le sujet de mon cours ? C'est ce que j'appelle la présomption de compétence. Avant, j'entrais avec la quasi-certitude que mes étudiants ne savaient rien de la discipline que j'allais leur enseigner : il y avait alors présomption d'incompétence* ».

Alors pourrais-je vous parler de ces plaies, de leurs maux, aider à *réfléchir les savoirs* comme dit Michel Serres ?

Oserais-je vous provoquer en disant d'abord que ce savoir sur la maladie, ses multiples troubles, ses complications, n'est pas franchement opérant.

- L'expérience montre qu'il sensibilise peu le patient. Evoquer avec lui tous ces (ses) risques ne fait pas souvent levier suffisant pour induire un changement de comportement. La peur n'est qu'affaire d'anticipation et c'est peut-être pour cela qu'elle opère mal dans l'aujourd'hui. Dresser le noir tableau des dangers qu'encourt l'alcoolique alimente en général sa honte, son pessimisme et sa résignation.
- De la même manière, enseigner, informer le public sur les risques organiques de la consommation d'alcool ne fait qu'accentuer l'incompréhension de cet autre qui souffre. On le comprend encore moins : « *mais il est inconscient, maintenant avec cette cirrhose en plus* ».
- Quant au médecin, il est certes dans son rôle en dépistant ces maux et maladies de l'alcoolique, mais avec un écueil. Celui de ne prendre en charge que l'aspect organique. Obnubilé par la dangerosité du trouble et l'idée qu'il se fait de sa fonction apostolique, chère à Balint, il se concentre sur la *maladie sans la personne*. Il mesure, quantifie, prévoit, puis ordonne, ne tenant pas toujours compte du temps du patient.

On me demande de penser le soin. Affaire pas banale car le soin est de plus en plus standardisé, « protocolisé », contraint par des recommandations, au demeurant souvent discutables. Le soin est impensable, puisqu'envisagé dans le factuel de l'agir. On parle de plan de soin, de démarche de soin et l'on s'échange entre soignants, pendant les transmissions, ces fameuses « trans' », une longue litanie immuable de constantes (pouls, saturation, fréquence et consistance des selles et autre température...). Il m'arrive de demander : mais sinon comment va le patient ?

Toujours est-il, tout de même, que le corps blessé, malade, échoue, vient se mettre à l'abri chez le médecin. C'est alors le quatrième mot de ce sujet que je discuterais : plaie. Le patricien doit identifier cette plaie, la désigner pour donner l'occasion au patient de la penser différemment, de la regarder comme objet possible d'une souffrance moins charnelle. Cet étiquetage fait par le médecin, ces mots sur les maux, pour reconnaître, pour se reconnaître, comme disait Paul Ricœur. « Je voudrais savoir à quoi je ressemble » me disait un patient. Alors oui, il s'agit bien entre autre, d'une question de reconnaissance. Reconnaissance personnelle pour le patient et reconnaissance de l'autre pour le médecin. Le corps, par l'image qu'il donne à voir et à ressentir, est un des piliers de la relation confidentielle qui s'établie entre le soignant et le « malade ».

Le médecin, le médecin généraliste en particulier, est tout autant le médecin des organes que de la personne. Il oscille entre le modèle biomédical (organique, physique, prouvé...), le *hard* dirait-on aujourd'hui où le mal est envisager comme venant de l'extérieur, et le modèle holiste (fonctionnel, psychologique...), disons le *soft*, où le trouble résulterait d'une rupture d'équilibre. Le médecin alterne entre une vision exogène de la maladie, le patient

subissant, et un regard plus endogène, le patient au cœur de son histoire pouvant s'approprier sa plainte. Cette dualité historique, soulignée par Laplantine, n'est pas discriminante. Il serait faux de penser qu'un modèle vaut mieux qu'un autre. Il n'y a pas de frontières étanches entre ces deux façons de voir, et le médecin est amené selon les circonstances à privilégier l'une ou l'autre des approches. La position du généraliste dans le système de santé (premier recours) et l'image qu'on se fait de son rôle (biomédical), lui permet, à partir de la plainte physique, du symptôme, de l'organe, de laisser exprimer plus largement la souffrance du patient pour entrer plus en relation avec lui, dans une prise en compte disons alors, globale.

Cette dualité est à mettre en miroir d'une autre dualité. Celle qui opposerait le paradigme structuraliste au paradigme cognitiviste, comme dit Francis Wolff. Opposition entre un regard où l'homme serait déterminé par ses conditions sociales ou familiales, gouverné par l'inconscient, dépendant de son histoire, de sa culture... et un regard où l'homme serait soumis à l'évolution des espèces, déterminé par ses gènes et la neuroscience....

On voit que le soin n'est pas aisé à penser et qu'il nécessite pour ce faire, d'aller ailleurs, voir ce qu'il se dit de la maladie et du malade. Sortir du débat égocentré médico-médical, pour écouter les points de vue décentrés des sciences humaines. Nos points de vue et conceptions de la maladie et de leur prise en charge évoluent en fonction des époques. Mirko Grmek avec son concept de pathocénose nous dit même qu'une maladie dans une population donnée et à une époque donnée dépend de sa place au sein des autres maladies. Il en va ainsi de l'alcoolisme ou l'on voit bien que le soin se conçoit différemment en fonction du jugement porté dans l'histoire sur ce trouble. L'alcoolisme a été successivement vécu comme un vice, une maladie, un comportement... Quant au corps, Rafael Mandressi, nous dit que son originalité est d'être à la croisée de l'enveloppe individuelle et de l'expérience sociale.

Chez les patients alcooliques, le corps d'une part, donne à voir et d'autre part, est souffrance.

### **Le corps visible**

La consommation régulière de boissons alcoolisées en excès modifie l'enveloppe corporelle. On parle de stigmates d'alcoolisme, de signes d'imprégnation alcoolique devant l'érythrose du visage, la couperose, les angiomes stellaires, l'hypertrophie des parotides, le rhynophima, les jambes fluettes, le ventre proéminent... Ces marques, ne dit-on pas « il est marqué », pèsent sur le regard que porte le patient sur lui-même. « Je n'ose plus me regarder » disent certains. D'autres évoquent l'application qu'ils prennent le matin à cacher ce corps : « c'est humiliant cette séance de mine en boîte tous les matins » dit une femme en parlant de fond de teint et autre poudre à visage. On porte des vêtements amples pour masquer les maigreurs, on s'apprête pour donner le change ou l'on tente de dissimuler ce corps par une attitude plus « passe partout ». Il arrive parfois que le patient refuse l'évidence ou se persuade de l'efficacité

de ses stratagèmes. Il est alors surpris, restant coi, lorsque le médecin lui dit qu'il voit bien sur son visage qu'il est alcoolique. Quelques patients, généralement des hommes, assument, dans un affichage bravache, un, je cite : « look d'alcool » en se référant souvent à Gainsbourg. On voit que ces modifications visibles du corps oscillent entre ne plus se reconnaître et se reconnaître autre. Cette image corporelle pouvant en quelque sorte jouer un effet de transfiguration scellant l'avant « lorsque je n'étais pas alcoolique » et l'après, rendant maintenant plus difficile le retour en arrière ou la perspective d'une vie sans alcool.

Ce corps visible blessé est aussi média dans ce qu'il donne à voir à l'autre. On pense à ce que dit Bourdieu sur l'image du corps comme marqueur social. Il est progressivement reconnu, démasqué mais souvent tu. On voit bien, mais on ne dit pas. On en parle en aparté, jamais devant lui. On reconnaît sans reconnaître. On peut se demander si cette non-reconnaissance croisée, celle du patient qui ne veut pas voir ou cache et celle de l'entourage qui n'ose pas dire, ne brouille pas un peu plus le lien déjà altéré. L'enveloppe physique de ce corps souffrant ou, sujet et entourage savent, sans reconnaître, agit comme une glace sans tain renforçant doute, incompréhension et suspicion.

### **Le corps invisible**

On le sait, la consommation régulière de boissons alcoolisées en excès est aussi délétère pour l'organisme. Le corps devient malade, tout aussi déroutant pour le patient. Plus possible de ne pas voir, car on ressent, la contrainte de corps prend le pas sur le corps défendant. Le médecin doit alerter, faire le lien causal entre le trouble et son origine le plus tôt possible. On pense en premier aux plaintes et signes avant-coureur et somme toute banaux : l'asthénie, la fatigue et l'hypertension artérielle. Deux symptômes très fréquents en consultation et dont pourtant les médecins évoquent trop rarement l'hypothèse de la consommation d'alcool. Ils sont habitués à prescrire un médicament pour la tension artérielle plutôt que d'évoquer simplement la question de la consommation d'alcool ? L'intrusion d'une pathologie peut être parfois un levier de changement pour le patient. Le corps faisant effet d'alerte, de ligne rouge à ne pas dépasser. La survenue d'une cirrhose du foie et son implication en espérance de vie, amènent certains à prendre des décisions soudaines, inimaginables jusqu'alors. Pour d'autres, le corps reste un étranger qui trahit. Ceci pouvant aller jusqu'à une séparation de corps : « Mais pourquoi j'ai mal aux jambes ? Ne faudrait-il pas faire une prise de sang ? Parait qu'il faut doser les PSA ? ». Ce refus de l'évidence peut aller jusqu'à l'anosognosie, le patient semblant ne pas avoir conscience de son trouble : « mais non je n'ai pas de problème, je marche très bien, d'ailleurs... ». Le corps étranger. Pour certains autres, le corps délabré est bien présent, brinquebalé au quotidien et offert au médecin, sans plainte, dans une résignation soumise : « Que pouvez-vous y faire, c'est l'alcool, j'ai vu mon père s'éteindre de la cette façon ». Le corps compagnon de l'indicible, témoin d'une séparation inenvisageable.

Que devient le corps pour les patients qui se sont soignés ? Il reprend souvent sa place. Comme tous les autres patients, les gens consultent alors de loin en loin, pour les raisons habituelles qui amènent chez le médecin. Progressivement le sujet de l'alcool et de son soin s'estompent pour ne plus être évoqué, dans une sorte de droit à l'oubli. Mais pour certains le corps se rappelle, fait soudain résurgence. Vécu alors comme une injustice culpabilisante : « je savais bien qu'un jour mon histoire me retrouverait » disait un patient découvrant un cancer du larynx après 17 ans d'abstinence. En général, beaucoup de patients éprouvent une sensation euphorique, jubilatoire, d'avoir un corps. Ils parlent de réconciliation, d'harmonie, comme s'ils cessaient de porter un regard pour basculer dans un simple réel charnel. Qu'en dire ? Je ne sais et me garderais bien ici de toute interprétation incompétente. J'imagine que ces patients pourraient me dire : Maintenant mon corps est peut être une facette du miroir de ce que je suis et non image floutée par mon alcoolisme.

Voilà le regard parcellaire d'un soignant, fait d'un mélange d'observations médicales concrètes et d'analyses subjectives pas toujours très étayées. Cette réflexion sur le corps, biaisée par l'alcool, nous invite plus largement à penser la difficulté qu'a l'homme à consentir à penser, à vivre « en chair et en os ». A faire corps en somme. Peut-être pourrait-on avoir comme objectif de soin, non plus de se voir ou donner à voir, mais de s'apercevoir, percevoir pour peut-être se reconnaître.

Poitiers le 4 février 2014