



Comprendre l'alcoolisme

L'URGENCE EN CLINIQUE ALCOOLOGIQUE



Dessin : in revue *Synapse* n°84 mars 1992.

**"puisque aujourd'hui
il est décidé"**

D'après *l'Alcool : Alibis et Solitudes*, J. Morenon et J. Rainaut. ed. Seli Arslan, PARIS.

Texte abrégé, niveau de lecture : public intéressé.

Vers [le texte intégral](#) paru dans la revue "*alcoologie*", Volume 19, n°4. Décembre 1997, p. 413, sous le titre :

L'expression du Sujet alcoolo dépendant par l'émotion et par le discours.

[1° du rire et des larmes](#)

[2° la communication émotive](#)

[3° la multiplicité des jeux de langage](#)

[4° le redressement du discours](#)

[5° une hiérarchie à l'intérieur du message](#)

[6° la clinique](#)

[7° l'urgence](#)

[8° un autre aménagement du circuit de parole](#)

[9° Que faire...](#)

[10° Observations cliniques](#)

La dépendance alcoolique est un excellent observatoire des phénomènes de communication entre les êtres. Et si les sciences du langage nous aident à comprendre pourquoi nos patients ont tant de mal à parler de leur alcoolisme, cette affection constitue, en retour, pour la linguistique, une véritable expérimentation humaine. A côté des perturbations de la parole, nous allons évoquer ici le rôle de l'expression émotive dans les entretiens cliniques. Gaie, triste ou anxieuse, l'émotion possède la curieuse faculté de **libérer le discours**. Ces trois phénomènes peuvent surgir au cours des consultations :

- la tendance à **plaisanter** sur l'alcool et sur soi-même ;
- à l'inverse, une vague émotionnelle allant jusqu'aux **larmes** ;
- la dramatisation de l'**urgence**.

Leur étude présente à nos yeux un intérêt clinique et théorique considérable.

° *Du rire et des larmes*

Lors d'un premier entretien, et malgré la gravité de la situation, il n'est pas rare de voir le patient accompagner ses propos d'un sourire, comme s'il voulait obtenir une complicité moqueuse ou nous amuser de ses exploits éthyliques. **Sous le signe du risible**, la démesure devient-elle une prouesse ? Ce phénomène peut être assez tenace, même si, comme il convient, on prend garde de lui donner écho.

A l'inverse, on voit parfois des **larmes**, le plus souvent féminines. Mais on voit aussi des hommes entamer une confession pesante et réfléchie, puis « craquer » au cours d'une consultation à laquelle ils s'étaient souvent longuement préparés. Rires et larmes traduisent les réactions émotives qui parcourent l'être. Mais chacun sait que rires et larmes se communiquent entre les personnes. Il s'agit d'une **communication directe** de l'émotion qui, évidemment, n'utilise pas la parole.

On sait la grande importance des réactions de cet ordre :

- pour les êtres sans langage d'abord ; les animaux ne rient ni ne pleurent mais la communication émotive domine de nombreux aspects de leur comportement : sexuel, ludique, nutritionnel, sécuritaire, etc. ;

- pour les humains ensuite, parce qu'il est dans l'expérience de chacun que nous ne communiquons pas, entre nous, uniquement par la parole mais aussi par le joie, la peine, la tristesse...

° *La communication émotive*

Rires ou pleurs, en effet, rendent visibles certains états d'âme mais ils ne sont pas des signes linguistiques. **Ils ne disent pas pourquoi** la personne rit ou pleure. Rire et pleurer sont des indices qui ne sont des « *signes* » que pour celui qui les perçoit et non pour celui qui les émet : ils sont des actes non intentionnels. Lorsque les rires ou les larmes sont feints, c'est à dire intentionnels, leur sens est profondément modifié. Rires et larmes nous font connaître, malgré elle, que telle ou telle personne est triste ou gaie. Mais ils possèdent aussi un pouvoir supplémentaire : **ils nous transmettent l'humeur** dont ils témoignent. Ils s'infiltrent "*par contagion dans l'être du destinataire*". On le sait, le rire est communicatif ; la tristesse affecte l'autre même quand il n'en connaît pas la cause. Ce type de communication ne s'énonce pas et ne se reçoit pas comme un discours. Nous sommes dans un système relationnel qui provoque la **transformation émotionnelle et intime de celui qui le reçoit**, selon le cas, le rendant gai ou triste.

° *La multiplicité des jeux de langage*

Le linguiste **Roman Jakobson** s'attarde sur ces modes de communication qui sont distincts du langage parlé. Il remarque aussi que paroles et communication émotive ne sont pas condamnées à s'exclure ; elles peuvent s'associer et se combiner. Il ajoute : « *si l'on analyse le langage du point de vue de l'information qu'il véhicule, on n'a pas le droit de restreindre la notion d'information à l'aspect cognitif du langage* ». Mises à part les émotions totalement feintes, la faculté nous est donnée de **privilégier l'un ou l'autre** mode de communication, linguistique ou émotionnel. Ainsi, est-il courant que l'intention d'informer se déplace vers le rire ; ainsi procède le malade alcoolique lorsqu'il cherche une connivence amusée. Du même coup le rapport entre les personnes se modifie. Dans la plaisanterie, l'effet recherché et l'effet produit, bien que créés par le moyen du langage, **se situent tous deux hors du langage**.

° *Le redressement du discours*

La psychologie de cette affection vérifie cet ensemble de faits. Exprimer des sentiments opposés, larmes ou rires prennent des significations concordantes. Tous deux modifient les règles de l'échange : ils introduisent, dans la consultation, **un rapport extralinguistique**. Survient alors un phénomène inattendu : dans l'humour ou dans les larmes, la vérité du discours est retrouvée, la « *mauvaise foi* » n'est plus de mise. Ce n'est plus : "*je n'ai jamais exagéré* "

mais "j'en suis à deux litres de Whisky". Ce n'est plus "deux canons" mais "il me faut deux cubitainers, plus deux packs de bière". Autant d'"aveux" que le médecin ne demandera pas mais dont le patient a besoin de se libérer.

Une question se pose alors : comment ce recours à l'émotion peut-il annuler, chez ces malades, les blocage de la parole ? Comment peut-il suspendre cette pudeur qui empêche "l'aveu" ? La réponse paraît tenir à deux phénomènes étroitement liés et assez complexes que nous allons tenter d'expliquer :

- un **remaniement de la hiérarchie à l'intérieur du message** au détriment du langage informatif,
- le **remaniement concomitant de la réalité**.

° *Une hiérarchie à l'intérieur du message*

La plaisanterie, en transformant le style de l'échange verbal, modifie l'intention du discours. Le motif de parler emprunte le thème de l'alcool **mais n'est plus l'alcool**. Le rang privilégié n'appartient plus à la simple information : celle-ci est le support d'une autre réalité : s'amuser de paroles... Le phénomène est banal : l'humour, la plaisanterie qui parcourent la vie courante sont souvent des "*tours de passe-passe*". En effet, celui qui s'exprime en plaisantant, n'en informe pas moins son interlocuteur.

Ainsi s'exprime-t-on souvent de cette façon pour faire entendre la vérité, ou une certaine vérité. C'est d'ailleurs **la manière la plus courante de parler de sexe**, ou d'autres sujets inconvenants ou intimes. Le même avatar affecte les rapports de l'homme avec l'alcool, dans les rivages du **non symbolisé** : en tous lieux, et non seulement dans ces moments, l'alcool, l'alcoolisme et l'alcoolique sont sujets de plaisanterie.

Parole et communication émotive peuvent donc coexister ou se renforcer l'une l'autre, sous condition que la personne qui parle s'attache à subordonner convenablement les différents domaines de la réalité. Jakobson remarque : « *la diversité (...) réside non pas dans le monopole de l'une ou l'autre fonction, mais dans les différences de hiérarchie entre celles-ci* ». Plus encore, elle permet la coexistence de fonctions humaines que l'on sait mutuellement exclusives. En effet, si le langage informatif, voué au code, ressortit à l'ordre de la similarité, la communication émotionnelle est l'exemple même d'une relation antagoniste de contiguïté...

Dans le jeu, la plaisanterie ou l'humour, la parole perd sa vocation première de communiquer du sens ou de transmettre une information. Le motif principal du

discours est de faire rire. **Le contenu informatif est réduit au rang d'accessoire** destiné à provoquer ce rire. Mais dans cet usage détourné, l'information, sous jacente, demeure accessible. La satire fait grand usage de ces procédés, et c'est bien ce que l'on va chercher quand on va voir une comédie : peut importe le sujet, le spectateur veut rire.

° *La clinique*

En alcoologie, l'humour se glisse, insolite, dans une ambiance parfois dramatique. Le patient décrit sa démesure en empruntant ces images que la malice populaire impute aux alcooliques et dont elle s'amuse. Cette attitude paraît démentir la réalité tragique des événements (de façon parfois révoltante pour les proches). Elle remplit cependant le rôle qu'on vient de lui décrire : **elle permet de parler**. Elle permet d'exposer les faits dans leur réalité. Les patients, entre eux, ne l'oublient pas et en usent fréquemment.

Plaisanterie, moquerie ou humour ne sont pas les seuls support émotifs entre les interlocuteurs : ils n'en sont qu'un aspect. L'affliction, l'humiliation et les larmes transforment le réel de la même manière et atteignent le même but.

° *L'urgence*

Ces réflexions nous introduisent vers le scénario autrement important qui se déroule sous le signe de l'urgence. Nous n'avons pas en vue ici les urgences médicales tels un coma hépatique, ni les troubles de l'alcoolisme aigu. Nous pensons à ce soudain empressement avec lequel certains patients, très longtemps attentistes, **deviennent brusquement demandeurs de soins**. Leur revendication d'urgence vaut certes pour un appel au secours. Mais quel est le sens de cet appel qui proclame un état à ce point insupportable ? L'entourage se ressent mobilisé. Il participe à la recherche d'un lieu de soin pour une cure si longtemps différé et qui, en cet instant, aux yeux de tous, ne peut plus attendre "*puisque aujourd'hui il est décidé*". La précipitation mobilise aussi le médecin traitant, qui ne peut faire mieux qu'y participer.

° *Un autre aménagement du circuit de parole*

A ce moment, un phénomène essentiel entre en jeu : la parole, **en se faisant appel au secours** ne se contente pas d'introduire une information dans l'entretien. Elle est aveu de souffrance, tel un cri, dont la force émotionnelle **exerce une emprise sur celui qui le reçoit**. Le véritable enjeu apparaît lorsque l'appel au

secours rencontre le savoir médical (qui se doit d'apprécier autrement l'urgence) alors que le patient ne cesse d'exiger une hospitalisation rapide : "*Ca ne peut plus durer, je ne peux pas attendre encore un mois, vous n'avez pas une place avant... ?*" Le tout assorti de critiques vis-à-vis d'un établissement qui, à différer l'admission, ne remplit pas son rôle et manque à ses devoirs.

Cet « *appel au secours* », relayé par l'entourage, exige des soignants une réponse improvisée. Mais la médecine a justement pour mission d'**éviter toute improvisation**. Le médecin, face à l'urgence, ne saurait se laisser diriger par l'émotion. Son rôle est d'évaluer la réalité sous le regard de la science. Voilà qui est inacceptable pour le patient : **par l'aveu de la souffrance et l'urgence d'être soulagé, celui-ci refuse de réduire la parole à une visée informative**. La parole cesse d'être un échange entre des protagonistes installés dans leurs rôles respectifs.

Malgré certaines apparences, le sujet ne cherche pas, dans ce premier mouvement, à «avouer» ce qu'il cachait jusqu'alors. Cet empressement traduit d'abord le besoin de changer le registre des faits, de plonger dans l'émotionnel afin de contourner, de cette manière « *le fonctionnement cloisonné* » des rôles respectifs. Cette dramatisation, cette charge émotive, sont indispensables à toute communication sur ses abus indicibles. **L'émotion ainsi créée remplit le même rôle que le rire ou les pleurs**. L'enjeu de la parole, pour le malade alcoolique, est d'une telle importance qu'il nous impose de recevoir cet appel, même s'il brise les règles de l'échange.

Cette parole a besoin d'être entendue et en ce point réside probablement la véritable urgence. L'appel au secours est toujours un moyen efficace pour remanier la hiérarchie à l'intérieur du message, seule voie pour sortir d'un emmurement linguistique insupportable au patient, comme à son entourage.

Que le recours aux soins se fasse ou non dans la hâte, on ne doit pas perdre de vue le véritable mobile. Le clinicien se doit d'utiliser cette circonstance pour libérer un discours qui veut être entendu, pour nouer le dialogue jusque là impossible. L'admission hospitalière est facultative, mais **la souffrance est authentique**. Elle l'est à la mesure d'une exclusion linguistique qui accule le sujet à la dépression.

Que se passe-t-il ?

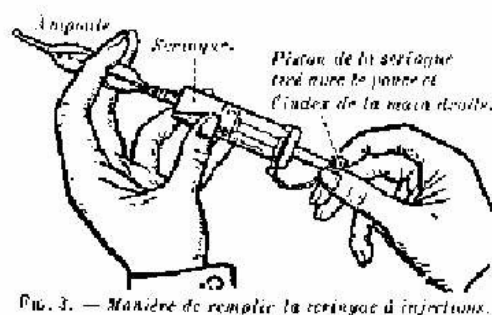
Le patient est réduit au silence parce son acte de boire ne correspond plus au protocole social (plus de rapport de signifié à signifiant). Ici intervient l'effet correcteur de la dramatisation : elle va réaménager le circuit de parole. « Je bois » peut se dire parce qu'il devient le signifiant (ou substance communiquée) de

cet autre signifié indiqué plus haut : un affect appartenant à une réalité empirique (et qui constitue la substance communicante). Par la dramatisation émotive, créé de toute pièce, l'alcool entre spontanément dans le jeu de la communication. Cette mutation interne au langage va donner un motif de parler de l'alcool, mais qui n'est pas l'alcool. Pour plus de détails, voir le [texte développé](#).

° *Que faire ?*

Comment prendre en compte la détresse du patient, redoublée par celle de l'entourage ? La petite cohorte qui l'accompagne redoute de se voir imposer la rigueur médicale, ou un formalisme hospitalier venant ruiner les espoirs entrevus avec ce revirement inespéré du patient. Faut-il concéder l'admission sous le signe d'une urgence aux allures factices ou faut-il la différer ? La question se pose parce qu'un fait inattendu a été vérifié par plus d'un clinicien : le patient admis sans délai et sur sa demande, comme il le réclame, **trop souvent abandonne les soins** et quitte le service dans les jours qui suivent. Doit-on voir ici un motif de différer l'hospitalisation ? Assurément pas, car là n'est pas la véritable alternative.

Le patient qui abandonne la cure prématurément n'y aura pas trouvé ce qui lui était nécessaire et qu'il cherche : des paroles aptes à le rétablir dans son être. Le véritable problème était la dépression dans laquelle l'a placé l'exclusion linguistique. Nous aurons prodigué les soins physiques les plus indiqués et les plus nécessaires. Mais, dans le silence, l'essentiel n'est pas atteint. **Hospitalisé ou non, le patient a d'abord besoin de mots.**



En d'autres termes, on peut dire qu'une hospitalisation qui, de cette manière, « *tourne court finit ainsi parce que sans élaboration préalable, ou consécutive.* » En pratique, sur le terrain, la plupart des intervenants nourrissent le discours en respectant les non-dits. Ils suivent en cela l'expérience de ceux qui savent (les anciens buveurs). C'est, selon nous, dans cette rencontre que se détermine le destin du patient.

Observations cliniques

CAS N° 1 - M. F., a été un homme très actif, habitué aux responsabilités, aux longs déplacements... et à tous les alcools du pays. Agé de 53 ans, père d'un enfant, il estime former un bon couple avec son épouse, qui est loin de soupçonner l'importance de ses abus. Par contre, son alcoolisme lui a fait perdre son emploi. Il se présente seul et signale facilement qu'il a toujours beaucoup bu. Son allure est très dépressive. Il a d'ailleurs réalisé une tentative de suicide. L'entretien a les caractères d'une confession grave et difficile. Il insiste sur le fait qu'il boit en cachette, que ça ne peut plus continuer, que tous les efforts entrepris pour arrêter demeurent vains, que la cure est urgente, très urgente, vue l'énormité de sa consommation. Il faut l'hospitaliser aujourd'hui, il le souhaite, il s'y attend et le pense nécessaire... Il ne cesse d'énumérer les quantités bues, les diverses boissons absorbées aux divers moments de la journée, Puis cette confiance est interrompue par un flot de larmes. Ce long monologue devient peu à peu un dialogue. L'aspect du patient change rapidement, il risque une petite plaisanterie sur lui-même puis souligne l'intérêt de ce qu'il vient d'entendre (qui pour l'essentiel n'était qu'une autre manière d'exprimer ce qu'il avait dit lui-même...). L'admission est renvoyée à quinzaine après qu'il eut remarqué : « *je vais beaucoup mieux, ça m'a fait beaucoup de bien* ». Le délai d'admission ne fut pas discuté un instant. Ce patient fut ponctuel au rendez-vous d'hospitalisation et respecta le contrat jusqu'à son terme.

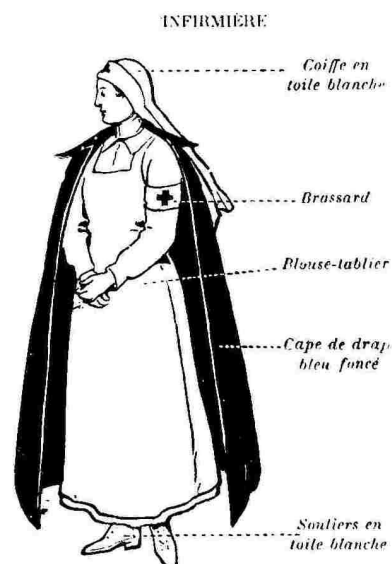
CAS N° 2 - M. C., âgé de 25 ans, est adonné à la bière et au pastis. On note aussi quelques recours épisodiques au cannabis. Il signale les tremblements du matin avec une baisse de la vue. Ce jeune homme, RMIste, est inactif depuis un an. Son amie vit habituellement assez loin. Il habite maintenant chez sa mère. L'entretien se fait sous le double signe de la culpabilité militante et de la totale sincérité : il boit trop, depuis trop longtemps, perd tous ses emplois, est un malheur pour les siens, il faut le soigner d'urgence. Il a apporté des affaires personnelles en vue d'une hospitalisation le jour même, ce qui ne pouvait faire aucun doute, vu son état. Mais aucun lit n'était immédiatement disponible. Il s'insurge, se veut persuasif, puis se répand en critiques et rompt l'entretien. La mère prend le relais, accompagnée de l'amie, sûres, toutes deux, devant un tel cas, de fléchir le médecin et obtenir l'hospitalisation. Les deux femmes nous expliquent que ça ne peut plus durer à la maison, que ça va mal tourner, que l'une endure le pire, que l'autre va le quitter, mais surtout : "*il est décidé aujourd'hui ; il faut faire quelque chose*". Elles nous montrent un mot de son médecin qui souligne l'urgence, précise que le délai de la consultation était déjà mal supporté par le garçon qui ne voulait pas attendre si longtemps et qu'il serait bon de le garder le jour même dans le service. En fait, selon un scénario

fréquent, ce médecin avait téléphoné le matin même, à la demande de la famille, pour insister sur la décision de soins, inespérée, et le contexte d'impatience. Il fut possible de différer l'admission d'un autre postulant afin de dégager un lit pour admettre ce client empressé. Dans ce "remue-ménage", nous n'avons pas eu davantage de temps à consacrer à l'entretien mais la revendication principale était satisfaite. Durant les 48 premières heures, tout se passa bien, mais, sans explication, il quitta le service le troisième jour.

A nos yeux, il n'est pas douteux que, dans de telles situations cliniques, il y a méprise sur la portée psychologique des soins physiques. Plus que nécessaires, ces soins ne remplacent pas la nécessité d'un abord psychothérapeutique spécifique. L'examen du cas, après coup, nous a montré qu'aucun contact réel, autre que corporel, n'avait été établi. Le déficit de mots est apparu manifeste. Au-delà des facteurs de personnalité, ce jeune homme, selon ses moyens et son style, semble avoir multiplié les tentatives compensatrices pour entrer en dialogue avec des gens d'expérience, patients ou soignants. La réponse lui fut donnée en termes de médecine physique et elle avait largement manqué ce but.

Bibliographie :

Schneider M, Endiguer. In : Habib C, directeur de la publication. **La pudeur, la réserve et le trouble**. Paris : Éditions Autrement. Série Morales n°9.



L'expérience vécue d'un ancien buveur : lisez [l'histoire de Denis](#) ou celle de [Jacques](#).

[Retour à l'Index](#)

Site créé le 02 août-1997. - Dr J. Morenon, 8 rue des tanneurs, F-04500 [RIEZ](#)

Emplacement du Fichier :

<http://jean.morenon.fr/PDF/urgence.pdf>

