

**A PROPOS DE LA FAMILLE "D" :**

**MEDECINE GENERALE ET MALADIE ALCOOLIQUE :**

**UNE THERAPIE FAMILIALE ?**

Dr Jean-Luc GALLAIS \*

Depuis plusieurs années, l'intérêt porté par les institutions médico-sociales aux phénomènes d'alcoolisation et leurs conséquences a été croissant.

Dans le domaine de la santé, le développement des techniques médicales n'a pas donné les résultats espérés par ceux qui situent le registre bio-technologique comme l'axe primordial de l'approche des problèmes de santé individuelle et collective.

Dans tous les pays à haut niveau de vie, le constat est le même : morbidité et mortalité sont le plus souvent liées à des conduites à risques (mortalité par accidents de la circulation, suicides, usages excessifs des toxiques légaux comme l'alcool et le tabac).

Les progrès médicaux n'ont pas été de pair avec les modifications souhaitées des habitudes des individus. Mais, la complexité des situations qui mènent à ces comportements ne doit pas donner lieu à des schémas simplistes, tant sur le plan explicatif que sur le plan des "solutions" possibles.

La maladie alcoolique est celle qui est à la fois la plus répandue, et celle qui donne lieu au plus de commentaires sur la nécessité d'intervenir tout en doutant des résultats de ces interventions. Les médecins généralistes intervenants-clés dans le système de santé français sont les témoins actifs de ses manifestations et ils sont de façon répétitive au contact direct de cette réalité.

Quelle peut être la place du médecin généraliste dans l'approche diagnostique et thérapeutique des problèmes d'alcoolisation ?

\* jean luc GALLAIS médecin généraliste

5 rue de Dr Pesqué 93300 AUBERVILLIERS

**Mots-clés:** médecine générale - maladie alcoolique - thérapie familiale

Le médecin généraliste est-il un élément indispensable, important ou accessoire ?

Au travers de la description et de l'analyse du suivi d'une famille, dans laquelle "le phénomène alcool" est présent, qui recourt au même médecin généraliste pour différents motifs, il sera montré et démontré l'un des aspects du fonctionnement habituel de la discipline médecine générale avec les intrications de demandes explicites et implicites venant des membres d'une famille, les démarches qui intègrent le facteur temps comme essentiel, le rôle du généraliste dans l'équilibre de la constellation familiale.

La forme chronologique est celle qui a été retenue pour décrire la succession des demandes de chacun des membres de la famille D. Toutes ces données sont issues à la fois des dossiers médicaux respectifs de chacun d'eux et de ma "mémoire de médecin traitant".

Ce travail rétrospectif n'est donc que le reflet partiel des contacts avec le groupe familial car de nombreux autres contacts ont eu lieu (échanges téléphoniques, actes faits sans dossier, contacts directs avec d'autres intervenants sociaux ou médicaux).

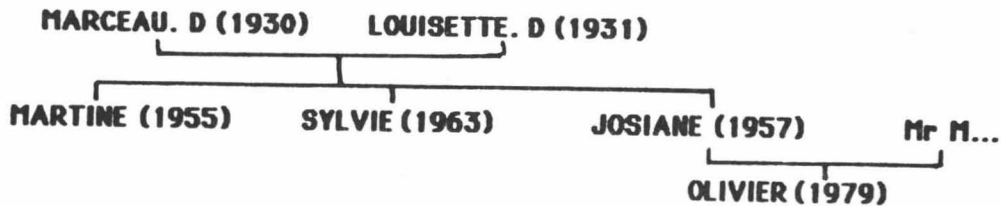
chaque acte aurait pu être développé, mais l'objet de ce travail n'est pas de décrire acte par acte la demande et les réponses faites, mais de repérer les rencontres et interactions médecin généraliste - membre de la famille et certaines des interactions des patients entre eux.

Tout commence, pour notre cheminement commun, en 1978.

**Juin 1978** : Madame Louise D, vient demander le renouvellement d'une prescription d'anti-dépresseur faite depuis plusieurs années par son psychiatre. C'est l'occasion de découvrir une situation familiale dans laquelle le problème de l'alcoolisation du mari est présentée comme élément essentiel. Face à une situation vécue comme sans issue, une notion positive est introduite et Madame D apprend qu'il est possible d'aborder la situation de son mari et de tenter de le soigner. Une possibilité de rencontre avec son époux est évoquée, ainsi que l'existence d'une association d'anciens buveurs, "Vie libre".

Ce moment était à la fois un temps d'information et un temps d'ouverture. A cette consultation, va succéder un enchaînement des demandes et surtout des demandeurs.

### **Famille D**



Le tableau n°1 résume les différents contacts avec Madame Louissette D, Monsieur Marceau D son mari, Mademoiselle Sylvie D et Olivier D le petit fils. De juin 1978 à avril 1985, le nombre de contacts directs avec la famille D a été de 55 pour Marceau D, 32 pour Louissette, 8 et 4 pour Sylvie et Olivier qui ne sont plus dans le champ des consultants.

**Au total, plus de CENT CONTACTS avec le même médecin généraliste pour le groupe familial.**

Au devant de la scène, les motifs de consultations les plus divers pour lesquels apparaissent le ou les **motifs explicites**, les **motifs implicites** et le **mode allusif** fréquemment utilisé par les consultants (et le médecin) dès que la connaissance et la confiance réciproque médecin généraliste - patient permet d'évoquer des événements ou des situations connues sans avoir recours à une verbalisation stricto-sensus.

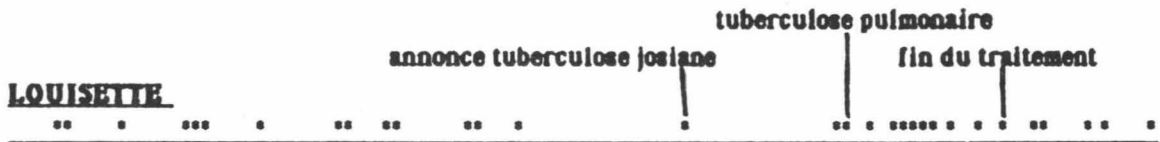
Pour la famille D, quelque soit la formulation des demandes, **le fond commun du problème est le trouble familial**, le conflit conjugal et les tensions parents-enfants, tous les événements qui apparaissent sont le plus souvent directement ou indirectement liés à l'alcoolisation du mari et père.

Tout intervenant ponctuel extérieur au système ne peut comprendre les liens, les cheminements de la communication dans le groupe et à l'extérieur du groupe. Chaque acte fait par le médecin généraliste ne peut être dissocié des précédents et les décisions prises avec les membres du groupe intègrent la projection dans l'avenir faite à ce moment.

**Tableau n°1: trajectoires de la FAMILLE D ( contacts MG)**



1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985
Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y



1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985
Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y



1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985
Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y



chaque point = représente une consultation

Il s'agit d'une TACTIQUE (les moyens mis en oeuvre) et d'une STRATEGIE (les buts à atteindre) TEMPORELLE.

L'étude d'une séquence des interventions médicales met en évidence le fonctionnement général face et avec la famille D (tableau 2). La lecture des deux tableaux 1 et 2 visualise deux types de phénomènes :

A) l'alternance des demandes entre les parties présentes avec une répétition des demandes de la femme, puis du mari, avec le constat du mouvement de balance. Quand l'un va bien, l'autre va mal, et vice versa.

B) les liens de cause à effet entre un évènement médical, social, conjugal et l'apparition dans le champ d'activité du médecin généraliste, de l'un ou l'autre des membres de la famille D.

Le premier aspect pose le problème de la relation privilégiée que l'un et l'autre des patients souhaitent avoir le médecin traitant, en essayant souvent en période de conflit d'en faire un allié contre l'autre.

Cette réalité bien connue et constatée par les médecins traitants amène souvent à introduire dans le champ des intervenants d'autres professionnels pour ne pas être pris entre des demandes conflictuelles et contradictoires. A titre d'exemple, Sylvie pour qui je suis surtout le médecin du père avec qui elle est en conflit, sera adressée à une conseillère conjugale afin de diversifier les lieux de parole possibles.

Monsieur et Madame D utilisent eux-mêmes cette réalité en diversifiant selon les cas leurs interlocuteurs. Mais, l'existence d'un médecin traitant comme lieu de référence va permettre de conserver une unité et un sens à des demandes médicalisées qui prises "au pied de la lettre" aboutiraient souvent à une aggravation des situations comme nous le verrons ensuite.

Le développement des techniques de thérapie familiale systémiques montre que la mise en commun et le travail sur les tensions, conflits, sont une des approches possibles des crises des couples, des groupes familiaux.

Le fait de faire exprimer et d'aider à la compréhension des problèmes en facilite la résolution.

**Tableau n°2**

**Quelques EVENEMENTS et MOTIFS de demandes médicales**

juin 78	<i>louisette</i>	demande de laroxyl
août 78	<b>marceau</b>	infection pulmonaire
septembre 78	<i>louisette</i>	ambivalence départ
octobre 78	<b>marceau</b>	"contrat" sur le problème d'alcool
janvier 79	<b>marceau</b>	plaie de la main- accord Esperal"
février 79	<i>louisette</i>	"elle n'y croyait plus"
février 79	<i>sylvie</i>	angoisses - "mon père a arrêté Esperal"
Mars 79	<b>marceau</b>	sevrage - contact "vie libre"
juillet 79	<i>sylvie</i>	douleurs abdominales- son père reboit
juillet 79	<b>marceau</b>	rechute - retour à la maison de sa fille Josiane enceinte
décembre 79	<i>sylvie</i>	battue - sa soeur va avoir un appartement
février 80	<i>louisette</i>	"situation de plus en plus compliquée"
mars 80	<i>sylvie</i>	hospitalisation pour "malaise"
avril 80	<b>marceau</b>	hospitalisation pour tuberculose
novembre 80	<b>marceau</b>	retour sanatorium
novembre 80	<i>louisette</i>	depression
mai 81	<i>sylvie</i>	annonce son désir de quitter la maison
juillet 81	<b>marceau</b>	départ de sa femme
novembre 81	<b>marceau</b>	suicidaire, ré-alcoolisation, sevrage
mars 82	<i>louisette</i>	tuberculose de Josiane
juin 82	<b>marceau</b>	retour de sa femme

Donner un sens aux évènements, expliquer la fonction des attitudes des uns et des autres, verbaliser les conflits pour ne plus avoir à les vivre, c'est l'une des voies d'un **choix thérapeutique explicite**.

Ce choix suppose un désir et les moyens de ce désir. Mais l'économie psychique de chaque individu et du groupe ne permet pas, le plus souvent, une décision de cet ordre.

L'analyse du fonctionnement quotidien et la pratique de la médecine générale permet de poser comme hypothèse que les caractéristiques mêmes du fonctionnement du médecin généraliste dans le temps, au sein, à côté et avec le groupe familial, fait du médecin un acteur permanent de **thérapie familiale implicite**.

Un système, le groupe familial, se définit comme un ensemble de personnalités ayant en commun des relations dépendantes ou autonomes, chacun des membres du groupe ayant une dynamique propre et étant soumis aux évènements extérieurs et intérieurs au système.

La pratique de la médecine générale montre que c'est au moment des déséquilibres et de perturbations du ou des systèmes que les demandes médicalisées sont faites. L'objectif n'est pas forcément un retour à un équilibre théorique idéal, parfait, mais un retour à un état antérieur stable qui souvent s'avère être, à un moment donné, "le moins mauvais état possible".

C'est ainsi que dans ce rôle de compensation, d'équilibre, les évènements du registre médical sont souvent les réponses immédiates ou différées, intriquées, polymorphes, multiples mais qui **ont toujours un sens et une fonction de préservation** de celui qui est concerné. **Il est indispensable de se souvenir que les symptômes ont le plus souvent un sens et que la maladie a une fonction.**

Le médecin généraliste formé à l'exercice de sa discipline aura donc à aider les consultants à gérer des demandes claires, des demandes restées inconscientes chez le patient (et le médecin), des demandes pour lesquelles un accord tacite entre médecin et malade fait que l'attention semble focalisée sur un objet donné, mais l'essentiel du travail se fait sur un autre registre.

C'est ainsi que les patients viennent presque toujours pour un symptôme donné, et ce sera le cas de chacun des membres de la famille D, mais dès que **l'espace est laissé suffisamment libre et quand le moment est opportun, une ou des explications surgissent.**

Ce sont celles du patient qui explique à sa manière (c'est-à-dire la bonne pour lui) le "pourquoi" et le "comment" de la situation

**Mais la caractéristique de cette stratégie est de se dérouler au deuxième plan.** Le premier plan, lui est plus bruyant, plus somatique, plus technique. Les problèmes sont intriqués dans tous ces événements et le médecin généraliste, par nature, n'a pas à privilégier un organe ou une fonction, et il le fait d'autant plus facilement qu'il n'est pas un "spécialiste" d'un organe, d'une fonction ou d'une technique d'investigation.

C'est l'individu qui pose problème et pas, un ou plusieurs organes, même si de façon transitoire un état pathologique précis peut nécessiter tout l'investissement énergétique du médecin et du malade.

**Le management simultané** de registres médicaux, psychologiques et sociaux va se faire, avec le patient, et les effets compensateurs souhaités pour le retour à l'équilibre antérieur seront recherchés dans un ou plusieurs domaines selon les possibilités existantes.

A titre d'exemple, sur les rencontres médicales avec Monsieur D, la liste partielle des thèmes permet de retrouver la variété habituelle des motifs de consultations en médecine générale.

**Quelques motifs de consultations et problèmes traités chez Monsieur Marceau D**

- infection pulmonaire
- artérite
- polynévrite
- planification investigations diagnostiques (bronchoscopie, etc...)
- organisation hospitalisation
- névrite optique rétro-bulbaire
- dépressions
- contacts avec le secteur social pour conservation des droits
- plaies
- certificat pour la justice
- tuberculose pulmonaire
- suites de gastrectomie
- troubles sexuels



- problèmes de mise en invalidité
- sinusites
- troubles caractériels violents
- kinésithérapie respiratoire
- bilan respiratoire et surveillance spécifique
- etc... etc...

Tout cela explique "les malentendus" dans tous les sens du mot, existants dans de nombreux discours médicaux quand il est affirmé que 40 % des malades en médecine générale sont "des fonctionnels", c'est-à-dire "qu'ils n'ont rien".

L'analyse de la trajectoire de la famille D a comme caractéristique son extrême pseudo-banalité pour tout médecin praticien exerçant en un lieu donné et au sein d'une population donnée depuis un certain temps.

L'approche systématique exprimée et partiellement développée ici, est en pratique réalisée sans que la nécessité d'une verbalisation, d'une explication soit nécessaire. **Le concept est sous-jacent à la pratique, et c'est cette manière qui est opérationnelle et non le concept.** Pourtant, la place de ce soutien psychothérapique apparaît dès que l'on demande aux praticiens d'étudier leur pratique ou simplement de l'estimer.

Dans le cadre d'une étude sur la logique de la prescription ou de la non-prescription médicamenteuse en médecine générale (3) faite par la Société Française de Médecine Générale, les médecins ont noté que dans 55 % des cas, leurs prescriptions, qu'elle qu'en soit la nature, étaient accompagnées d'un soutien psychologique.

Par ailleurs, malgré des modes d'expressions médicalisés, les médecins généralistes ne sont pas "dupes" de la réalité qu'ils sont amenés à traiter.

- dans la recherche pluridisciplinaire sur la sémiologie utilisée pour les malades classés comme déprimés en médecine générale (4) ; l'étude faite montrait que 18 % des séances de médecine générale concernaient des problèmes psychiatriques (la Dépression représentant à elle-seule 7,3 % des cas)

- dans "les médecins généralistes face aux troubles mentaux" (5) étude INSERM, la moyenne estimée de la part des troubles mentaux dans leur clientèle était de 22 % (un médecin sur cinq considérant que cette moyenne était supérieure ou égale à 30 %)

- dans l'étude SOFRES sur les Généralistes et le secteur psychiatrique (6) les MG considéraient que 28 % des patients qui venaient les consulter avaient des problèmes de nature psychiatrique, qu'ils en soient ou non conscients eux-mêmes.

Toutes ces données vont dans le même sens, celui d'une place considérable des troubles de nature psychologique dans l'exercice de la médecine praticienne, mais aussi le fait que le médecin répond lui-même à ces demandes.

Dans l'étude INSERM, les médecins dans 80 % des cas affirment que le médecin généraliste est le mieux placé pour répondre aux problèmes psycho-affectifs (dans 12 % la réponse est négative et dans 8 % elle est positive et négative). L'enquête SOFRES précise également que parmi les patients présentant des problèmes psychiatriques, 11 % seront adressés à un confrère psychiatre pour suivi).

Ainsi, quelle que soit la situation du consultant qui a recours au MG, ou qui refuse toutes autres approches, le médecin généraliste se retrouve volontairement et parfois même involontairement, personnellement impliqué dans une aide, un soutien psychologique de degrés variables suivant les patients et les médecins.

L'approche systémique de cette psychothérapie est indéniable, et **elle répond aux mécanismes propres à la discipline médecine générale** dans laquelle le temps et les multi-facteurs s'intriquent (7).

Le terme de thérapie familiale est utilisé quand, de façon stricte, un ou le plus souvent des psychothérapeutes réunissent des représentants d'au moins deux générations d'une famille en difficulté, pour travailler, en un lieu défini sur les problèmes existants, en situant de façon nette les problèmes dans le registre psychologique. On peut donc, à juste titre, se demander si le terme de thérapie familiale du généraliste n'est pas abusif et inapproprié par rapport à la définition habituellement reconnue.

La place du MG, face, au sein, à côté de la famille en crise lui permet-elle la neutralité revendiquée par les psychothérapeutes ?

Ou bien cette place par les implications qu'elle suppose et par le caractère actif du généraliste n'est-elle pas thérapeutique à cause de ces particularités ?

Au travers des quelques cent contacts médecin généraliste - famille D, les prétextes médicaux ou administratifs ont été utiles aux patients comme au médecin.

Selon les possibilités du moment des membres de la famille et de "son" médecin de famille, les **registres explicites, implicites, allusifs ont été le fond commun d'une prise en charge globale.**

Il n'y a pas de hiérarchisation dans les outils employés qui peuvent être la façon d'utiliser la durée de validité d'une ordonnance ou d'un arrêt de travail, la prescription d'une investigation dont le résultat permettra de refaire le point, la demande d'avis ou de prise en charge conjointe ou non par un autre professionnel du champ médical ou social.

En pratique, la seule question qui se pose est : face à une situation précise, en fonction des éléments en présence, quelle est ou quelles sont les réponses les plus adaptées à un moment donné ?

Cependant, cette question ne se pose pas de manière isolée, ponctuelle, mais au contraire au travers d'une notion d'actions à court, moyen et long terme qui fait que la perception de la stratégie sous-jacente n'apparaît pas forcément évidente à un témoin extérieur qui ne connaît pas la médecine générale.

La découverte ou la re-découverte des fondements de la pratique généraliste, au travers de la mise en évidence de sa théorie professionnelle permet de donner un éclairage autre à une affirmation souvent entendue : le médecin généraliste doit être plus que les autres psychologue.

Au delà des mots qui reflètent toujours une réalité, c'est une des fonctions de l'omnipraticien qui est posée.

**Personne ne peut faire l'économie de cette interrogation qui pose le problème de la nature même d'une part importante des demandes de santé et de la façon d'y répondre.** Les réponses à proposer doivent tenir compte de ce qui est possible, de ce qui est souhaitable, et surtout de ce qui s'avère en fait réalisable en tenant compte de l'économie psychique des soignés et des soignants.

Si on retient que la notion de prévalence sur toute la vie de l'ensemble des troubles psychiatriques tournerait autour de 30 % (8) et que dans cet équilibre, fragile chez certains, le médecin généraliste a un rôle essentiel dans le retour à l'équilibre, ou la non aggravation, on peut poser l'approche thérapeutique systémique familiale comme l'un des modes d'action de base de la médecine générale.

L'analyse de la situation de la famille D s'est avérée révélatrice d'un problème dans lequel l'alcoolisation de l'un des membres de la constellation familiale était et reste, une maladie et un symptôme (9).

Elle comporte, en plus des difficultés habituelles, des conflits familiaux, des particularités allant de la non demande de soins initiale de Monsieur D, à toutes les complications d'une affection ayant évolué dans le temps, en passant par tous les degrés d'intolérance médicale, sociale, familiale (10).

Pourtant, le recul de plusieurs années permet, a posteriori, une approche de l'intervention médicale d'un médecin généraliste au sein d'une famille. Ce témoignage n'est qu'une longue séquence (1978-1985) d'une relation thérapeutique qui se poursuit.

### Derniers éléments connus

#### **Marceau 7 janvier 1985 :**

Il a pris rendez-vous pour une "sinusite" traînante. Visiblement, son état général se modifie depuis qu'il a repris une consommation de bière réduite, mais qu'il ne supporte plus. Il parle de Sylvie, de Martine qui réside en très lointaine banlieue, de son gendre "qui est un con", de sa petite fille qu'il voit peu à cause de cela. Nous reparlons de son intolérance à l'alcool et nous prévoyons un bilan biologique. Prescription de TAO 500\* et de Rhinathiol\*

#### **Marceau 4 février 1985 :**

Comme prévu, il revient avec son bilan sanguin qui confirme la clinique.

- taux de protombine 100 %
- transaminases 14
- VGM à 111
- Gamma GT à 194

Nous reparlons de la bière, et du "passage à l'orange des clignotants". Il dit "à l'orange après le verre". Quand au "rouge", cela fait longtemps en effet qu'il a renoncé au vin. Fin de consultation sur ordonnance de Foldine\* et un rendez vous prévu dans 3 mois ou avant si besoin.

**Louissette 11 mars 1985 :**

Elle est venue à l'occasion d'une bronchite persistante malgré une automédication par Trophires\* et Doliprane\*. C'est l'occasion d'apprendre que sa fille sylvie travaille, qu'elle est enceinte et que la famille D a été très inquiète. En effet, au moment des examens pratiqués au cours de la grossesse, le médecin consulté dans la ville de la banlieue parisienne où elle habite depuis un an, a évoqué la possibilité d'une rubéole et d'une I.V.G. La panique familiale vient de cesser car la suite des investigations n'a pas confirmé cette hypothèse. La consultation s'achève sur une prescription de TAO 500\*, la poursuite du Trophires, et le conseil de reprendre dans l'avenir une kinésithérapie respiratoire (antécédent de thoracotomie). A noter que Madame D ne demande pas de prescription d'anxiolytique comme elle l'avait fait précédemment à sa dernière consultation en décembre 1984.

Il ne s'agit pas de la simple expression du vécu particulier d'un médecin, mais de l'analyse de la réalité de l'exercice d'un médecin généraliste utilisant une technique de prise en charge des problèmes de santé qui lui sont soumis. **Cette technique illustre les règles de fonctionnement de la médecine générale dans ses stratégies et tactiques spécifiques, en particulier dans le domaine mal connu de l'aide psychologique et du travail psychothérapeutique quotidiens.**

**à suivre.....a suivre.....à suivre.....à suivre.....à suivre...**

**Bibliographie :**

- (1) S. PAS MORE "le rôle stabilisateur du médecin généraliste"  
Documents de recherche en Médecine Générale - SFMG  
n°2 1982
- (2) Etude de la logique de la prescription en médecine  
générale - SFMG-SNIP doc personnelle
- (3) M. REMY - A. TATOSSIAN "une nouvelle approche de  
l'éthylisme : l'approche événementielle de l'éthylisme"  
L'inter Courrier - laboratoire Specia n°13- mars 1985
- (4) "Recherche sur la sémiologie utilisée pour les malades  
classés comme déprimés en médecine générale" - tome  
1 - SFMG - 1983
- (5) P. AIACH - A. COLVEZ - D.CEBE "les médecins généralistes  
face aux troubles mentaux" INSERM Unité 164-1982
- (6) A. SARRAUTE "les généralistes jugent le secteur psy-  
chiatrique "Tribune médicale" 18 février 1984.
- (7) G.ERRIAU "théorie des systèmes et médecine générale"  
-l'interaction en médecine et en psychiatrie" - Atelier  
Alpha Bleu - 1982
- (8) F.ROUILLON-J.ADES "mise au point psychiatrie" - Panorama  
du médecin n°2046 - 26 février 1985
- (9) J. AURION- P.MAYOU "l'approche de la personnalité et  
des mécanismes cybernétiques menant à l'alcoolisme  
chronique" revue de la Société Française d'alcoologie  
tome 6 n°5 1984
- (10) J.MARRONCLE - P.FAIVRE - N.BOREAU - JL GALLAIS  
"l'amour à boire : l'alcoolisme et le couple" les  
Editions Ouvrières 1984