



Directeur d'enseignement  
Professeur Jean-Marc SOULAT



Directeur d'enseignement  
Professeur Éric GALAM

## **DIPLOME INTER-UNIVERSITAIRE SOIGNER LES SOIGNANTS**

Mémoire de fin de DIU

Présenté et soutenu publiquement le 8 novembre 2018

Par le Docteur Bénédicte JULLIAN

### **PROFIL ET CIRCONSTANCES DE L'ACCES AUX SOINS SPECIALISES DE PATIENT-MEDECINS SOUFFRANT D'ADDICTION.**

*A propos d'une série de 11 cas de patient-médecins vus dans le service  
d'addictologie clinique du CHU de Toulouse.*

Membres du jury :

- Professeur Éric GALAM
- Professeur Jean-Marc SOULAT
- Docteur Jacques MORALI
- Docteur Jean-Jacques ORMIERES

**PROFIL ET CIRCONSTANCES DE L'ACCES AUX SOINS SPECIALISES DE PATIENT-MEDECINS SOUFFRANT D'ADDICTION.**

Bénédicte JULLIAN

**RESUME : Introduction :** La prévalence du trouble lié à l'usage de substances dans la population des médecins est mal connue. Quelques études parmi les étudiants et les internes suggèrent une fréquence plus élevée qu'en population générale. Quel est le profil des médecins qui consultent pour cette problématique, quels sont les éventuels freins à l'accès aux soins ? **Méthode :** Nous avons analysé de façon rétrospective les dossiers de 11 patients-médecins rencontrés par le service d'addictologie du CHU de Purpan. **Résultats :** Les médecins étaient majoritairement des hommes (9/11), âgés en moyenne de 59 ans. Le motif du recours au soin était le plus souvent un trouble lié à l'usage d'alcool (8/11), pour 2 patients il s'agissait d'opiacés, un dernier consommait des psychostimulants. Huit patients avaient déjà consommé sur leur lieu de travail, autant n'avaient jamais consulté en addictologie. Neuf patients présentaient une comorbidité psychiatrique mais seulement 5 d'entre eux avaient déjà consulté pour ce motif. Sept patients s'étaient déjà auto-médiqués par des psychotropes. Les freins à l'accès aux soins retrouvés étaient : la crainte d'être stigmatisé, un déni des troubles contaminant l'entourage familial et professionnel, une méconnaissance du dispositif de soin addictologique et des inquiétudes concernant la confidentialité. **Conclusion :** Cette série de cas apporte des éléments concrets illustrant un retard aux soins addictologiques chez cette population particulière et éclaire sur certaines comorbidités associées. On peut s'interroger sur la pertinence de proposer un dispositif de soin adapté qui permettrait d'espérer un recours plus précoce à l'addictologie et ainsi une diminution de l'impact somatique et socio-professionnel des conduites addictives.

**Mots-clés : addiction – santé des médecins – soins aux soignants -**

**PROFILE AND CIRCUMSTANCES OF ACCESS TO SPECIALIZED CARE OF PATIENT-DOCTORS WITH ADDICTION.**

**ABSTRACT : Introduction :** The prevalence of substance use disorder in the physician population is poorly understood. Some studies among students and physician suggest a higher frequency than in the general population. What is the profile of the doctors who consult for this problem, what are the possible obstacles to access to care ? **Method :** We retrospectively analyzed the records of 11 patient-physicians met by the addiction service of Purpan University Hospital. **Results :** Physicians were mostly men (9/11), with an average age of 59 years. The reason of the consultation was most often an alcohol use disorder (8/11), for 2 patients it was an opioid use disorder, one last consumed psychostimulants. Eight patients had already consumed at their workplace, as many had never consulted an addictologist. Nine patients had psychiatric comorbidity, but only five of them had previously consulted for this reason. Seven patients had already self-medicated with psychotropic drugs. The barriers to require to care were : fear of being stigmatized, denial of the disorders contaminating the family and professional environment, a deficiency of knowledge about addiction care system and they were concerned by confidentiality. **Conclusion :** This series of cases provides concrete evidence of a delay to require addiction care in this particular population and informed about associated comorbidities. Proposing an adapted care device may be interesting in order to hope for an earlier access of addictology and thus a reduction in the somatic and professional impact of substance use disorders.

**Keywords : addiction - physician health - caregiver care -**

## DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

*« Comme c'est souvent le cas en médecine, ce qui est vrai pour les patients est difficile à appliquer pour soi-même. Il y a beaucoup de réticence à admettre une forme de vulnérabilité. »*

*Dr Sandra Roman, médecin-conseil au Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ).*

### **INTRODUCTION**

La problématique du médecin en état de vulnérabilité est un sujet sensible. Aujourd'hui encore cette profession souffre de représentations liées à des aspects culturels et sociétaux. Le médecin jouit en effet d'une image d'invulnérabilité liée à ses compétences et à ses capacités supposées d'auto-soin. L'évolution de la société et notamment l'accessibilité de l'information médicale pour le grand public entraînent un niveau d'exigence supplémentaire pour le médecin qui se doit en permanence d'actualiser ses connaissances afin de délivrer une qualité de soin irréprochable.

L'amélioration de l'état de santé général de la population, l'augmentation de l'espérance de vie ainsi que l'accessibilité des soins amènent une diminution de la tolérance de la société vis-à-vis de la maladie. Le médecin représente ainsi le garant du maintien d'un capital santé qui serait dû à tout un chacun au regard des progrès de la recherche biomédicale. Cette idéalisation de la médecine fait oublier qu'il ne s'agit pas d'une science et que tout risque n'est pas prédictible. Malgré un investissement important et de hautes exigences professionnelles, le médecin n'a pas le pouvoir de tout maîtriser sur la santé de ses patients. Il peut parfois être éprouvé de façon importante dans l'estime qu'il a de lui, sa confiance en ses compétences et sa capacité à résister au stress lors de situations de dommages imprévisibles ou d'aléas médicaux. Situations au cours desquelles s'ajoute la crainte d'un retentissement judiciaire ou ordinal. De ce fait le médecin doit, au cours de sa carrière, développer d'importantes capacités de résilience pour surmonter les événements difficiles et douloureux, gérer la surcharge émotionnelle en plus d'une amplitude de travail importante.

Ainsi certains traits de personnalités qui peuvent se révéler être un atout sur le plan professionnel comme un investissement important dans son travail, la réalisation de sa tâche de façon consciencieuse et méticuleuse, de hautes exigences individuelles, la nécessité de ne pas faillir afin de pouvoir répondre aux besoins de ses patients, peuvent engendrer une vulnérabilité au plan physique et psychique. Guidé par des valeurs humanistes, le médecin a tendance à être peu attentif à son propre état de santé, priorisant la continuité de ses soins auprès des patients.

Se trouver en situation de vulnérabilité reste stigmatisant pour le médecin, qui est peu coutumier de la demande d'aide lorsque c'est de lui qu'il s'agit. Les représentations véhiculées par la notion de burn-out ou d'épuisement professionnel tendent à s'améliorer mais restent connotées négativement eu égard aux maintiens des compétences du médecin qui en est atteint.

Il en est de même pour les conduites addictives qui dans la population générale restent associées à des représentations négatives à type de faiblesse, manque de volonté, déchéance... On peut aisément imaginer que le médecin qui en souffre puisse souffrir d'un vécu de culpabilité et de stigmatisation intense et péjoratif. Cependant le fait d'être médecin ne protège pas vis à vis de ce risque.

Contrairement à d'autres professions à hauts risques (à l'image des pilotes de ligne) où des stratégies de dépistage et de prise en charge des conduites addictives sont bien structurées. En ce qui concerne la population des médecins, il n'existe pas, en France, de procédure particulière de dépistage, ni de dispositif de prise en charge destiné spécifiquement aux médecins souffrant de troubles addictifs.

## DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

Dans le cadre de notre activité d'addictologie au CHU de Toulouse, nous avons été amenés à rencontrer 11 patients-médecins souffrant de troubles addictifs. Nous nous sommes interrogés sur la trajectoire de consommation de ces patients ainsi que sur les principaux freins à l'accès aux soins. L'hypothèse de cette recherche est que les patients médecins souffrant d'addiction consultent tardivement en addictologie. Cette étude se propose donc de décrire le parcours de consommation et les circonstances de l'accès aux soins spécialisés chez des patients-médecins souffrant d'addiction.

Les résultats permettront d'améliorer le niveau de connaissance du profil de ces patients et de leur parcours de consommation mais également d'identifier les freins potentiels à l'accès aux soins. L'objectif à terme est de dégager des pistes d'amélioration du dispositif de repérage et de prise en charge addictologique pour ces patients.

### CONTEXTE

#### **Epidémiologie**

La prévalence des conduites addictives parmi la population des médecins reste une donnée mal connue.(1) Certaines études en France, notamment menées auprès des étudiants en médecine, suggèrent une surreprésentation des troubles liés à l'usage de substances par rapport à la population générale. D'autres données de la littérature internationale, au contraire, estiment la prévalence des addictions chez les médecins similaire à celle de la population générale.

En tout état de cause, ces études souffrent de biais dont il est difficile de s'affranchir. Les méthodes de recueil des données ne permettent pas de tenir compte d'omissions ou de minimisation des consommations dans un souci de confidentialité. Les troubles liés à l'usage de substances ont également la particularité d'être associés à un déni relativement durable avant une prise de conscience de la pathologie. La littérature admet que la prévalence est au moins identique à celle de la population générale avec des variabilités en fonction des spécialités. (2) Ainsi la prévalence estimée chez les médecins du trouble lié à l'usage de substances est de 10 à 15%.(3)

Concernant l'alcool, une étude publiée en 2015 et menée auprès de plus de 7000 médecins américains montrait que 12,9 % des hommes et 21,4 % des femmes présentaient les critères diagnostiques d'abus ou de dépendance. (4) Deux études allemande récentes, portant sur près de 1000 médecins, montraient des consommations à risque d'alcool chez 23% à 25 % des médecins.(5)(6)

En France, la prévalence des troubles liés à l'usage de substances psychoactives chez les médecins est peu documentée. Chez les étudiants en médecine, 2 études montrent une sur-représentation des conduites addictives. Un auto-questionnaire renseigné par près de 200 étudiants de 2<sup>ème</sup> année montrait des consommations d'alcool excessives chez 22% des hommes et 35% des femmes, le tabagisme concernait 16% des étudiants et l'usage de cannabis 15%.(7) Un risque supérieur pourrait être retrouvé dans certaines spécialités, comme le décrit une étude menée auprès de plus de 2000 internes de toutes spécialités. Les résultats mettaient en évidence que les internes en psychiatrie étaient plus affectés par de troubles psychiques ou addictifs.(8) Une enquête réalisée auprès de plus de 200 médecins généralistes de la Vienne dans le cadre d'une thèse de médecine retrouvait en 2003 : 16,9 % d'usagers quotidiens d'alcool et 14,5% de tabagisme parmi les médecins interrogés.(9)

#### **Facteurs de risques**

La littérature reconnaît des facteurs de risques partagés avec la population générale classiquement retrouvés dans l'installation d'un trouble lié à l'usage de substances : les antécédents familiaux de consommation, les troubles de personnalité, la recherche de sensations fortes, les troubles psychiatriques et notamment les maladies bipolaires, le sexe masculin.(10)

D'autres seraient plus spécifiquement retrouvés dans la population des médecins addicts comme les antécédents d'automédication à visée antalgique, un niveau de stress important rencontré dans le cadre du travail, un nombre d'heures travaillées élevé par semaine, une accessibilité simplifiée aux substances et aux produits et le fait de consommer plus de 1 paquet de cigarettes par jour (11).

Certaines spécialités médicales, notamment l'anesthésie qui présenteraient un risque 2,7 fois supérieur au reste de la population médicale mais également la médecine d'urgence et la psychiatrie seraient plus exposées à présenter des conduites addictives et constituent un sous-groupe qui mérite une attention particulière. (12)(13)(14)

## DIU SOIGNER LES SOIGNANTS



Facteurs de risques généraux d'addiction

- sexe masculin
- antécédents familiaux
- comorbidité psychiatrique
- troubles de personnalité
- douleurs chroniques
- accessibilité du produit



Facteurs de risques spécifiques

- tabagisme important
- haut niveau de stress
- heures de travail hebdomadaire élevé
- spécialités : anesthésie, psychiatrie, médecine d'urgences
- automédication
- épuisement professionnel

### Retentissement

Depuis plusieurs années, l'intérêt pour la souffrance des soignants est croissant. Le syndrome d'épuisement professionnel fait l'objet d'une prise en charge mieux structurée. De nombreuses études ont permis d'en décrire les facteurs de risques, tant au niveau individuel que professionnel. L'usage de substance psychoactives est intimement lié à cette problématique, puisque sa fréquence est notablement plus élevée chez les médecins souffrant d'épuisement professionnel.(15)(16)

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins a mené récemment 2 études de grande ampleur sur les déterminants de santé des étudiants en médecine et des médecins (cohorte incluant : les médecins généralistes, les médecins du travail, les psychiatres, les anesthésistes-réanimateurs et les gynécologues-obstétriciens). Les résultats ont permis de mettre en évidence des facteurs de vulnérabilité et des symptômes de souffrance psychique dans cette population. Concernant l'enquête menée auprès des médecins sur un échantillon de 11 000 personnes constituées à 60,3 % de femmes d'un âge moyen de 47,9 ans, 13% présentaient les 3 symptômes clés de l'épuisement professionnel. Ces symptômes étaient plus souvent retrouvés chez les salariés que chez les libéraux pour toutes les spécialités autres que la médecine générale. Parmi eux on retrouve également une surreprésentation des conduites addictives : concernant l'usage quotidien d'alcool, 6% au lieu de 4,2 % pour l'ensemble de la cohorte et pour le tabagisme 12% au lieu de 9 %. (17)

Les métiers du soin sont reconnus comme des métiers particulièrement exposés aux risques psychosociaux. Une certaine fragilité et des facteurs de vulnérabilité peuvent être retrouvés à titre individuel mais également environnementaux ainsi : une charge de travail hebdomadaire supérieure à 48h par exemple est associée à la perception d'un état altéré de santé chez les médecins. (17)

La population médicale est également une population plus à risque suicidaire que la population générale : pour les hommes, le risque relatif serait de 1,41 et de 2,27 pour les femmes d'après une récente méta-analyse. (18) Il est important de garder à l'esprit que l'abus de substances est fréquemment associé à des comorbidités psycho-pathologiques et constitue un facteur de risque de passage à l'acte suicidaire.(19) Le sur-risque suicidaire lié à l'abus de substance a également été démontré chez les médecins.(20)

La prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel et la prévention du suicide dans le milieu médical sont des priorités de santé publique.

### **Un recours aux soins tardifs**

La population des médecins est connue pour consulter tardivement souvent de façon informelle (« consultations de couloir ») et être coutumier de l'auto-prescription. En France, près de 80% des médecins n'avaient pas de médecin traitant. Pour sensibiliser à cette problématique une campagne visant à « prendre soin de ceux qui soignent » et intitulée « Dis doc, t'as ton doc ? » a été menée par le ministère des solidarités et de la santé.(21)

L'étude du syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins a permis de mettre en lumière les difficultés pour le patient-médecin à accéder à des soins spécialisés. Un retard à l'accès aux soins est constaté notamment en ce qui concerne les problématiques potentiellement stigmatisantes. Les barrières sont liées à la crainte du non-respect du secret professionnel, à la difficulté de fréquenter des lieux des soins où le patient médecin pourrait être amené à croiser des confrères ou des patients mais également liés à des contraintes d'ordre professionnelles pour libérer du temps à ses propres soins. Il existe également des barrières culturelles, une majorité des médecins décrivant un sentiment « d'embarras » à l'idée de consulter un confrère.(22)

Les principaux obstacles à l'accès aux soins qui concernent la santé mentale, s'avéraient être dans une étude menée chez des étudiants en médecine américains la confidentialité pour 37% d'entre eux et la crainte d'une stigmatisation pouvant entraîner des répercussions sur leur carrière pour 23% d'entre eux.(23)

La culpabilité de s'arrêter de travailler pour des problèmes de santé est fréquemment retrouvée, la difficulté à se faire remplacer ou le souci de ne pas « abandonner » ses patients incite fréquemment les professionnels de santé à continuer de travailler malgré un état de santé dégradé. La difficulté à s'arrêter de travailler en cas de maladie semble également influencée par la présence de valeurs morales et une certaine difficulté à évaluer la compatibilité entre son état de santé et une pratique clinique sécuritaire et de qualité.(24)

### **Programmes de soins destinés aux médecins addicts**

Les préoccupations autour de la santé des médecins sont anciennes, notamment en ce qui concerne leur santé mentale et les problématiques liées à l'usage de substances, comme en témoigne un document d'orientation publié en 1973 aux Etats-Unis dans le JAMA sur le médecin malade.(25) En filigrane se posait la question de la compatibilité entre souffrir de troubles psychique ou addictifs et l'exigence éthique et déontologique de délivrer des soins de qualité en toute sécurité. Il insistait déjà sur les enjeux de proposer un traitement adapté et d'accompagner le médecin dans une réadaptation professionnelle afin qu'il puisse poursuivre son exercice en toute sécurité.

Depuis, notamment aux Etats-Unis, se sont structurés des programmes spécifiques d'aide aux médecins. Ces programmes (PHP : Physician Health Program) proposent une prise en charge globale pluridisciplinaire aux médecins qui se retrouvent en situation de vulnérabilité ou de difficulté, notamment au niveau psychique, l'objectif étant d'accompagner le médecin malade vers une réhabilitation psycho-sociale et notamment un maintien dans l'emploi. Plusieurs axes sont développés : la santé mentale, l'addiction et également le soutien aux familles des médecins en souffrance.(26)

Plusieurs pays ont depuis suivi cette initiative. C'est le cas notamment du Canada avec le PAMQ (Programme d'Aide aux Médecins Québécois), de l'Espagne avec le PAIMM (Programme d'Aide aux Médecins Malades) mais également dans d'autres pays anglo-saxons tels que le Royaume Unis ou l'Australie. .(27)

## DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

Tous ces programmes ont en commun le fait d'être structurés et de garantir la confidentialité des soins. En ce qui concerne les soins en addictologie les programmes anglo-saxons proposent un accompagnement médico-psycho-social rapproché avec un suivi durable pour permettre la prise en charge de la rechute. Ces programmes ont fait la preuve de leur efficacité et ont permis à la grande majorité des médecins qui y ont eu recours de retrouver un état de santé satisfaisant et compatible avec le maintien d'une activité professionnelle de qualité. (28)

Les programmes reposent sur un principe de contractualisation du soin déterminant les modalités de la prise en charge : les soins peuvent être hospitaliers ou ambulatoires assortis d'un suivi régulier et de dépistages aléatoires des consommations de substances pendant 5 ans.

Parmi les points forts de ces programmes de soins destinés aux médecins addicts américains, étaient retrouvés : l'intérêt des contrôles fréquents et aléatoires des consommations, une évaluation approfondie et globale centrée sur le patient, à l'image de ce qui est recommandé de façon générale en addictologie, une prise en charge psychothérapeutique avec des outils de thérapie cognitive et comportementale (TCC) et d'entretien motivationnel (EM), l'éducation thérapeutique centrée sur la gestion de la rechute et également le programme de rétablissement en douze étapes.(29) (figure 1)



Figure 1

*Bases structurelles des programmes de soins dédiés aux médecins addicts  
PHP (Physician Health Program)*

Parmi les facteurs liés à l'efficacité des programmes, on retrouvait la durée et la fréquence du suivi, le recours à des groupes d'entraide ou des groupes de soutien par les pairs, une prise en charge spécifique dédiée aux familles et à l'entourage et surtout la nécessité d'offrir des soins pluridisciplinaires avec une prise en charge médico-psycho-sociale centrée sur le patient.(30)

Une étude canadienne décrivait l'évolution à 5 ans du début de la prise en charge de médecins souffrant d'addiction : 71% de patients n'avaient pas présenté de rechute et 14% avaient poursuivi les soins après la prise en charge d'un épisode de rechute. L'observance était excellente puisque 85%

## DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

des patients avaient par ailleurs réalisé l'intégralité du programme.(31) A l'issue de ce suivi : 71% des patients pris en charge étaient toujours actifs professionnellement.(32)

En France, il n'existe que peu de structure de soins spécifiquement dédiés à ces patients-médecins par opposition aux pays anglo-saxons qui ont développé des programmes de soins adaptés, proposant une prise en charge globale et axée sur la réhabilitation professionnelle. (33)

Parmi les enjeux de cet accès aux soins on retrouve la qualité du dépistage et la précocité de la prise en charge. En effet certains facteurs fréquemment retrouvés dans la population médicale comme des hautes exigences qualitatives au niveau professionnel peuvent être corrélés à une plus grande capacité à nier les problématiques individuelles. Ainsi ce qui pourrait être un facteur qualitatif au niveau professionnel peut se révéler un facteur de vulnérabilité au niveau personnel.(34) (35)

Contrairement à d'autres pays, où le signalement auprès des autorités compétente d'un médecin se trouvant en situation de vulnérabilité et susceptible de compromettre la qualité des soins ou la sécurité des patients est codifiée. En France, pour le moment seul un devoir d'ingérence est précisé par le code de déontologie, dans les commentaires de l'article 56, (article R.4127-56 du code de la santé publique), « Tout médecin qui a connaissance des difficultés d'un confrère doit s'en ouvrir à lui, lui proposer son aide et le convaincre de se rapprocher du conseil départemental qui, de façon confidentielle, peut enclencher plusieurs niveaux d'aide et d'assistance. Si ce processus n'aboutit pas et que la gravité de la situation qu'il lui appartient d'apprécier en conscience l'exige et sous réserve qu'il ne soit pas médicalement en charge du confrère, il doit aviser ce confrère qu'il informera le Président du conseil départemental. Celui-ci, dans la plus stricte confidentialité, prendra toutes dispositions utiles. » (36)

Nous n'avons pas retrouvé d'étude en France, ayant analysé le profil, les circonstances et les freins à l'accès aux soins en addictologie chez les patients-médecins.

## **MATERIEL ET METHODE**

### **Objectifs**

Notre objectif principal était de décrire le profil des patients-médecins ayant consulté en addictologie au CHU de Toulouse entre Mai 2014 et Décembre 2017.

Secondairement nous souhaitons décrire les circonstances de l'accès aux soins addictologiques chez ces patients et les freins éventuels associés.

### **Méthode**

Il s'agit d'une étude rétrospective observationnelle uni-centrique transversale et descriptive.

### **Population**

Il s'agit d'une série de 11 cas de patients.

Pour intégrer l'étude les patients devaient :

- Etre médecin actif ou retraité
- Avoir été reçu par le service d'addictologie du CHU de Toulouse entre mai 2014 et décembre 2017
- Dans les 12 mois précédent la consultation, avoir présenté un trouble lié à l'usage de substance (tel que décrit dans le DSM-5) (*figure 2*)

Le recrutement était fait par voie rétrospective via le dossier médical informatisé. L'extraction des données était possible directement à partir du dossier sans créer de base de données supplémentaire. Les données de l'étude étaient introduites dans un tableur excel après anonymisation.

### **Critères de jugement**

Le critère de jugement principal était la description des caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, spécialité médicale et mode d'exercice), des comorbidités psychiatriques associées, la description des consommations et de la sévérité du trouble lié à l'usage de substances à partir des critères DSM-5. Ainsi que la durée du suivi.

Les critères de jugement secondaires étaient : la description des circonstances de l'accès aux soins addictologiques, le retentissement des consommations (somatique et professionnel) et les principaux freins à l'accès aux soins retrouvés.

## DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

Critères diagnostiques du trouble lié à l'usage de substance d'après le **DSM-5** : exemple de l'alcool :

<b>CRITÈRES DIAGNOSTIQUES</b>		<b>Troubles de l'usage d'alcool</b>
		<b>Présence de :</b> - 2 à 3 critères : <b>Trouble léger</b> - 4 à 5 critères : <b>Troubles modérés</b> - 6 critères ou plus : <b>Troubles sévères</b>
<b>1</b>	Consommation prolongée et plus importante que prévu	X
<b>2</b>	Désir persistant et efforts infructueux pour réduire ou arrêter la consommation d'alcool	X
<b>3</b>	Temps considérable consacré à chercher de l'alcool, à en boire ou à se remettre de ses effets	X
<b>4</b>	Craving* ou un fort désir de consommation d'alcool	X
<b>5</b>	Problèmes sociaux/ interpersonnels liés à l'abus d'alcool	X
<b>6</b>	Consommation d'alcool malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de l'alcool	X
<b>7</b>	Nombreuses activités, familiales, sociales, professionnelles ou de loisir, abandonnées ou réduites à cause de l'alcool	X
<b>8</b>	Consommation d'alcool dans des situations à risque (conduite automobile ou manipulation de machines)	X
<b>9</b>	Consommation de l'alcool poursuivie malgré la connaissance des problèmes physiques ou psychologiques persistants et récurrents, dus à l'alcool	X
<b>10</b>	Tolérance définie par l'un des symptômes suivants : 1. Besoin d'une quantité d'alcool notablement plus forte pour atteindre l'intoxication(ivresse) ou effet désiré 1. Un effet notablement diminué pour une quantité d'alcool inchangée	X
<b>11</b>	Syndrome de sevrage	X

Figure 2

## RESULTATS

### Données socio-démographiques :

#### **Personnelles :**

Parmi les 11 patients inclus, 2 seulement étaient des femmes. La moyenne d'âge était de 59 ans. Dix patients sur 11 étaient mariés et 7 avaient des enfants. (figure 3)

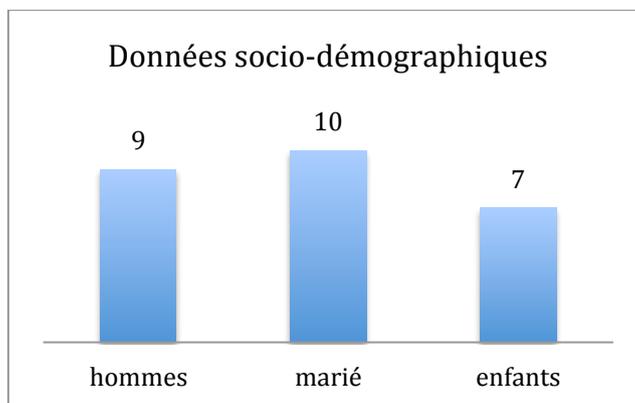


Figure 3

#### **Professionnelles :**

Concernant leur activité professionnelle : 5 étaient médecins généralistes, 3 gériatres, 1 obstétricien, 1 cardiologue et 1 médecin conseil à la sécurité sociale. (figure 4)

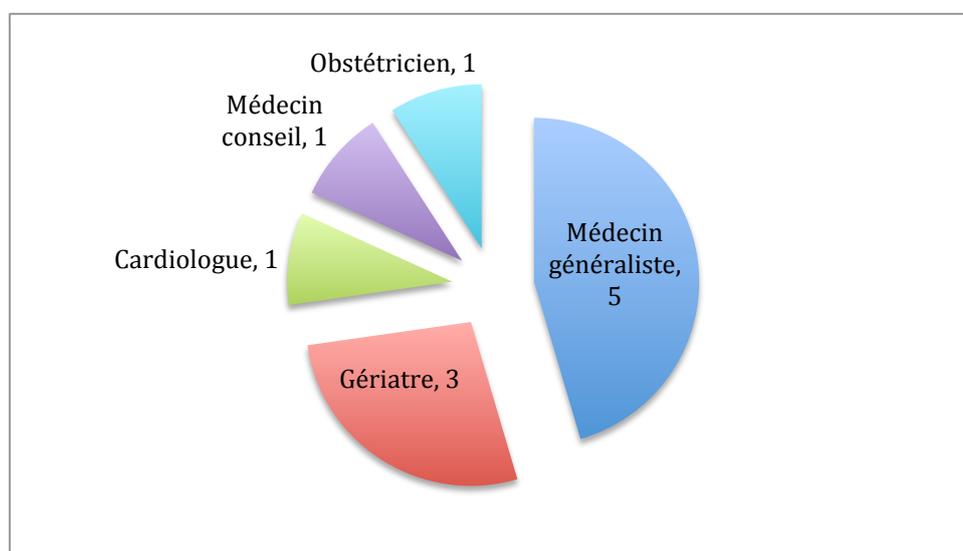


Figure 4

Deux patients étaient retraités au moment du début de la prise en charge. Deux étaient en arrêt de travail. Un en recherche de poste. Un peu plus de la moitié (6/11) exerçaient ou avaient exercé une activité salariée.

**Données addictologiques et psychiatriques : (figure 6)**

**Trajectoire de consommations**

La majorité des patients avaient consommé plus de dix années avant de recourir aux soins (9/11). La problématique principale présentée par les patients était un trouble lié à l'usage de l'alcool (8/11). Un tabagisme était associé pour seulement deux patients.

Le trouble lié à l'usage de substances était systématiquement d'intensité modérée à sévère. Concernant l'alcool, il était sévère dans 3 cas sur 8, modéré dans les 5 autres. Les autres problématiques ayant motivé le recours aux soins étaient l'usage d'opiacés pour 2 patients, l'usage de cocaïne et Nouveaux Produits de Synthèse (NPS) pour un 3<sup>ème</sup>. (figure 5)

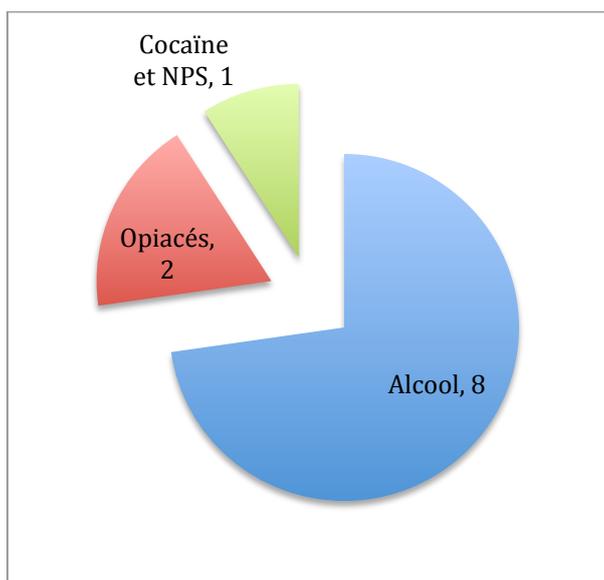


Figure 5

Chez certains patients on retrouvait des facteurs traumatiques en lien avec une aggravation du trouble lié à l'usage de substance. Il s'agissait dans certains cas d'évènements de vie familiaux : pour 1 patient la répétition de deuils précoces, pour 1 autre la naissance d'un deuxième enfant et pour un 3<sup>ème</sup> la survenue d'un accident de la route grave.

Chez 2 patients, on retrouvait des facteurs en lien avec l'activité professionnelle, l'un d'entre eux déclenchés par la prise de retraite et pour l'autre le vécu d'un traumatisme dans le cadre professionnel. Nous n'avions pas ce type d'information pour 2 patients sur 11.

**Ancienneté des consommations**

Elles variaient de 1 à 30 années, selon l'âge du patient et le produit consommé. En moyenne la durée d'exposition à l'alcool avant le 1<sup>er</sup> contact avec le service était de 16,5 ans. La moyenne était légèrement plus basse si en incluant toutes les substance : 13,9 ans.

**Circonstances de l'accès aux soins**

Pour 5 patients sur 11, la 1<sup>ère</sup> rencontre a eu lieu dans un contexte d'urgence :

- Pour 1 patient il s'agissait d'une hospitalisation en service de soin continu pour la prise en charge de complications liées au sevrage d'alcool. (chute de vélo sur crise convulsive)
- Pour 1 patiente, il s'agit d'une intoxication éthylique aigue.

## DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

- Un 3<sup>ème</sup> patient a été vu en réanimation où il était pris en charge pour une overdose secondaire à la consommation d'héroïne sur son lieu de travail
- Une patiente est venue consulter avec une demande d'hospitalisation par son mari suite à la répétition d'intoxications médicamenteuses volontaires graves, non médicalisées et associées à une majoration de consommation de produits psychotropes et morphiniques.
- Un dernier venait consulter adressé par la consultation de neurologie pour des troubles mnésiques mettant en jeu sa capacité d'exercer.

Pour les 6 autres patients : les consultations étaient programmées dans le cadre de l'activité de consultation externe du service.

### Antécédents de soins addictologiques

Seulement 2 avaient déjà consulté en addictologie. Les 2 avaient effectué des tentatives de sevrage et de prise en charge ambulatoire, une seule avait encore un suivi en cours.

### Comorbidité psychiatrique

En ce qui concerne les antécédents psychiatriques : en ce qui concerne la comorbidité psychiatrique a été retrouvée chez 9 patients sur 11. Il s'agissait pour la grande majorité de troubles anxieux et de syndrome dépressif : un trouble anxieux caractérisé était retrouvé chez 6 patients, un trouble de l'humeur a été retrouvé chez 7 patients, 2 seulement avaient un diagnostic de bipolarité confirmée, 1 patiente présentait un tableau d'anorexie mentale sévère. Parmi ces 9 patients, seulement 5 avaient déjà consulté en psychiatrie alors que 4 avaient déjà réalisé des tentatives de suicide.

On retrouvait la notion d'automédication par psychotrope chez 7 patients sur 11.

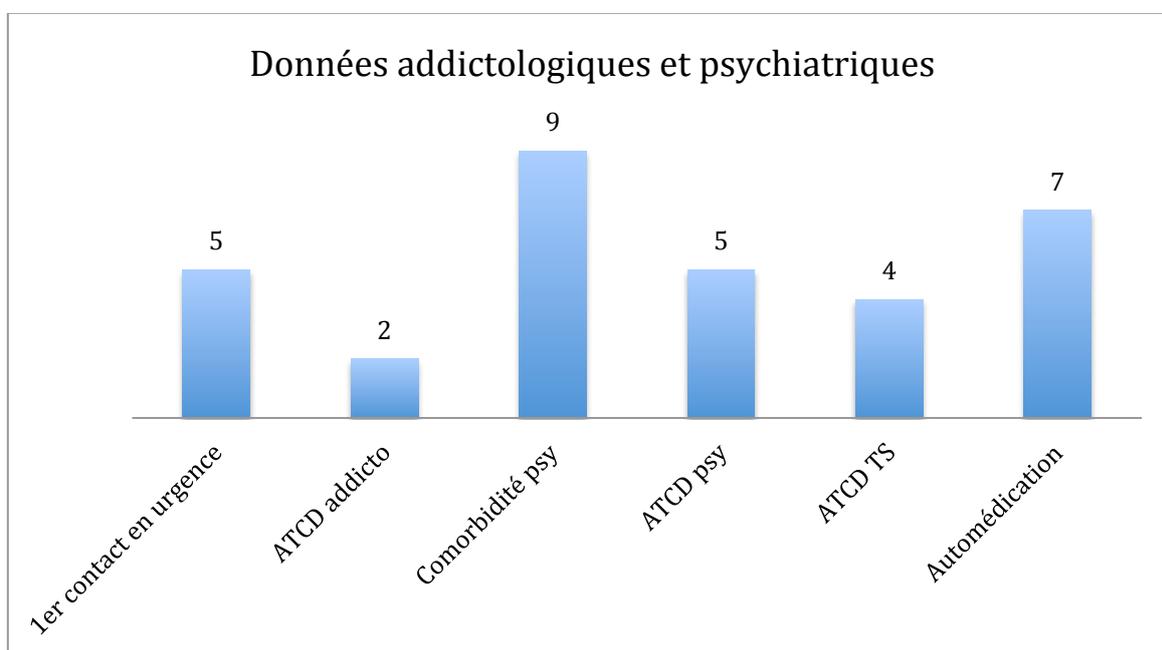


Figure 6

### Conséquences somatiques liées aux consommations (tableau 1)

Au total, 8 patients rapportaient des complications somatiques survenues en lien avec leurs consommations.

## DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

Sur les 8 patients pris en charge pour des consommations d'alcool, 5 avaient un retentissement somatique de cette exposition. Le stade le plus sévère était un diagnostic de cirrhose avec plusieurs épisodes de décompensation, 3 patients présentaient une stéatose hépatique sous surveillance. Un avait présenté plusieurs épisodes de pancréatite aiguë et était désormais porteur d'un diabète insulino-requérant, probablement en lien avec ces épisodes de pancréatite. Un avait présenté plusieurs épisodes à type d'hépatite alcoolique aiguë ayant nécessité des hospitalisations et enfin 2 souffraient de troubles neurologiques liés à l'alcool : une neuropathie périphérique associée à des troubles de la marche d'intensité sévère pour l'un et des troubles cognitifs avec notamment une altération sur le plan mnésique pour l'autre.

Les autres principales complications somatiques étaient la survenue d'épisodes de troubles de la conscience dans des contextes d'intoxication aiguë. Chez 3 patients il s'agissait du motif de recours aux soins : deux intoxications éthyliques aiguës et un surdosage aux opiacés.

<b>Complications somatiques</b>	<b>8/11</b>
Stéatose, cirrhose, HAA, PA (OH)	6/8
Troubles neurologiques en lien avec l'OH	2/8
Surdosage grave (tout produit)	4
Complications de sevrage	1
Aucune	3

*Tableau 1*

### **Conséquences professionnelles liées aux consommations (tableau 2)**

La majorité des patients (8/11) rapportaient soit des consommations de substances sur leur lieu de travail, soit avoir pratiqué sous l'influence de substances. Autant avaient souffert de répercussions professionnelles secondaires à leur trouble addictif.

Deux patients décrivaient un nomadisme important suite à différentes difficultés rencontrées dans le cadre du travail. Un se trouvait en situation d'errance suite à de nombreuses difficultés rencontrées sur les différents lieux où il avait exercé, en lien avec sa problématique addictive. Un a été contraint d'interrompre son activité prématurément en lien avec les conséquences physiques et psychiques de son addiction. Un seul rapportait des conséquences ordinales secondaires à son trouble.

Aucun n'avait sollicité une association d'entraide avant le recours aux soins.

<b>Retentissement professionnel</b>	<b>9 / 11</b>
Activité sous influence de produits	6
Asthénie, dysthymie, anxiété	4
<b>Interruption d'activité professionnelle :</b>	<b>7 patients</b>
- Suspension de l'activité par l'ordre	1
- Interruption d'activité prématurée	1
- Arrêts de travail répétés	3
- Activité libérale discontinuée	2

*Tableau 2*

### Durée du suivi

Seulement 2 patients n'ont eu qu'un seul contact avec le service : l'un a été hospitalisé en psychiatrie de façon durable à l'issue de la première consultation, le second bénéficiait d'un suivi externe en milieu associatif. Pour les autres patients, le nombre de consultations variait de 4 à plus de 30. Les suivis les plus brefs ont été le cas d'un patient qui s'est sevré rapidement, lié à des complications somatiques invalidantes et un autre qui a nécessité plusieurs hospitalisations en urgence avant d'accéder à des soins qui ont pu avoir lieu en milieu associatif (par soucis d'anonymat).

Six patients sur 11 bénéficiaient d'un traitement addictolytique au décours de la prise en charge : 4 pour la prise en charge d'un trouble lié à l'alcool et 2 traitement de substitution aux opiacés.

A ce jour, 6 patients sur 11 sont toujours en cours de suivi. L'ancienneté des suivis était en moyenne de 2 ans au moment du recueil de données.

Pour les 5 patients dont le suivi était interrompu :

- 2 patients étaient sevrés de leur consommation,
- 1 était toujours hospitalisé,
- 2 étaient perdus de vue.

### Freins à l'accès aux soins (figure7)

Les principales barrières à l'accès aux soins rapportées étaient une problématique liée à la confidentialité (6 patients sur 11), la méconnaissance du dispositif de soins addictologiques et de la pathologie en elle-même (4 patients), une part de déni des troubles lié à la crainte d'être stigmatisé pour 7 patients sur 11.

Deux patients ont demandé à ce qu'il n'y ait pas de trace dans leur dossier médical, c'était également la raison pour laquelle 2 patients ont choisi d'aller consulter dans le milieu associatif par souci d'anonymat. Pour les 2 patients souffrant de troubles liés à l'usage d'opiacés, on a pu constater de fortes réticences à la mise en place d'un traitement substitutif pour cette même raison.

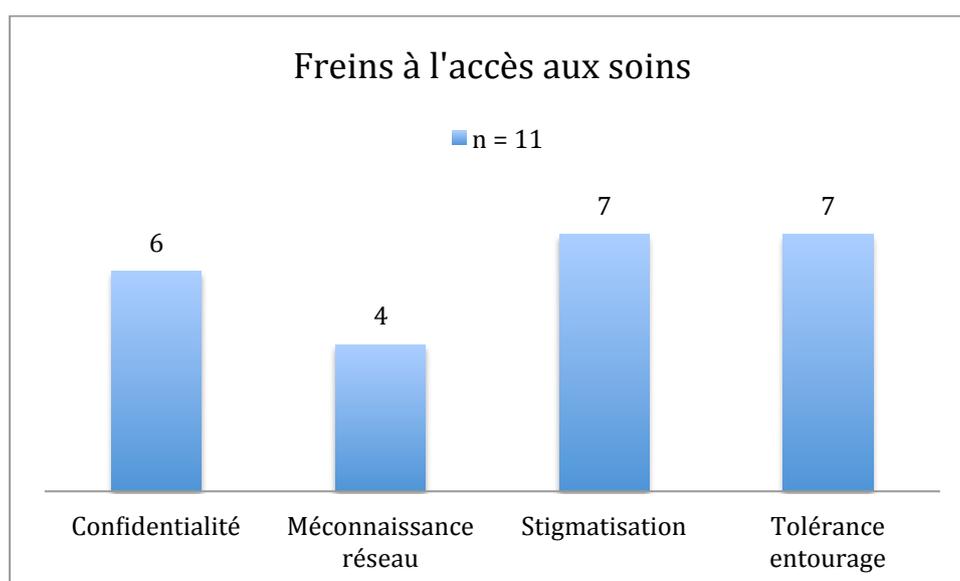


Figure 7

## DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

Pour 7 patients, on retrouvait des éléments évoquant une forte tolérance de la part de l'entourage, qu'il soit professionnel ou familial, concernant leurs conduites addictives.

Pour ceux ayant un traitement addictolytique dans le cadre d'un trouble lié à l'usage d'alcool, 2/4 ont fait le choix de fréquenter une pharmacie éloignée de leur domicile ou de leur lieu de travail.

La plupart des patients avaient consulté à proximité de leur domicile, 3 avaient choisi délibérément de s'en éloigner par souci de confidentialité. Les 6 patients qui ont pu s'exprimer sur ce sujet ne rapportaient pas de difficulté à se rendre disponible dans le cadre de leur activité professionnelle pour consulter (cependant, 2 d'entre eux étaient en arrêt de travail et 2 autres retraités) mais certaines données étaient manquantes (3) et 2 patients exprimaient des difficultés à se libérer pour venir consulter.

### **DISCUSSION**

#### **Limites**

Les limites de notre étude sont marquées par le faible effectif de notre série, le caractère mono centrique et le lieu de recrutement des patients. En effet il s'agit d'un recrutement exclusif au sein du CHU qui laisse présager plusieurs biais : on peut supposer qu'il s'agit de patients plus sévèrement atteints par leur problématique comme en démontre le recrutement dans les services d'urgences. Le fait de consulter dans un hôpital universitaire peut être un facteur qualitatif pour certains professionnels, qui peut majorer la motivation à venir consulter mais cela peut également être un frein lié à la confidentialité (risque de croiser des patients ou confrères connus).

Il s'agissait par ailleurs d'une étude rétrospective sur dossier, souffrant de données manquantes, en particulier on peut regretter l'absence d'évaluation de l'épuisement professionnel.

#### **Intérêts**

Les points forts de notre étude sont le caractère original et inédit. A notre connaissance il n'existe pas d'autres séries de cas portant sur cette problématique en France. Cette étude nous permet de mieux appréhender les particularités de cette population de patients-médecins d'un point de vue sociodémographique mais également addictologique ou psychiatrique.

#### **Population**

D'un point de vue sociodémographique notre population est comparable aux populations étudiées dans les études anglo-saxonne, portant sur l'évaluation des programmes de soin addictologiques pour les médecins, à savoir une majorité de patients « hommes » avec une moyenne d'âge supérieure à 50 ans, avec pour la plupart un maintien de l'insertion familiale et professionnelle. (31) La répartition en fonction des spécialités est assez peu indicative puisqu'il y a une moitié de médecins généralistes qui équivaut approximativement au ratio de médecins généralistes parmi la population des médecins en France.

#### **Freins et retard au recours aux soins**

Concernant la problématique addictive en elle-même il est intéressant de relever la durée d'exposition aux consommations avant l'accès aux soins, qui fréquemment se faisait dans un contexte d'urgence.

Les freins identifiés dans notre étude concordent avec ceux évoqués par la littérature. Ils sont de plusieurs ordres : liés à la maladie en elle-même : stigmatisation, déni... mais également au statut de médecin : représentations culturelles, craintes concernant la confidentialité. (37)

Un autre niveau apparaît, celui du « déni » de l'entourage qu'il soit familial ou professionnel. En effet, pour la plupart des situations, on retrouvait dans l'histoire clinique un haut niveau de tolérance vis à vis des consommations et des troubles du comportement secondaires.

Les situations où le cas de déni était particulièrement significatif auprès de l'entourage était les cas où le conjoint également médecin prenait en charge les situations d'urgence sur le plan somatique. Dans un cas il s'agissait de surveillance de surdosage en benzodiazépines et en alcool à domicile. Le recours aux urgences n'a pas pu être possible par un souci de confidentialité. Le mari de la patiente argumentait ses compétences de médecin (gastro-entérologue) pour contrôler et gérer ce type de situation. Les conséquences étaient cependant extrêmement dommageables, puisque la plupart du temps les situations de coma survenaient dans le milieu familial, en présence des enfants de la

## DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

famille. A titre d'illustration, ce même conjoint présentait au décours de la 1<sup>ère</sup> consultation une vidéo où l'on voyait sa femme inconsciente sur le canapé du salon avec leur fils aîné âgé de 7 ans, tentant de réveiller sa mère en la stimulant et mimant les gestes de massage cardiaque. On ne peut qu'être frappé par le décalage entre ce type de situation et le niveau supposé d'urgence à un recours aux soins.

Autre illustration de ces cas de déni par l'entourage : un autre patient qui présentait des alcoolisations pathologiques à répétition. Sa femme, également médecin généraliste, le jugeant inapte à s'occuper de leurs 2 jeunes enfants, , avait pris des dispositions auprès du Conseil de l'Ordre pour se faire exempter de garde afin d'éviter d'avoir à laisser son mari seul au domicile. Lors de survenues d'intoxications éthyliques aiguës avec trouble de la conscience, elle se contentait de surveiller l'absence de survenue d'hypoglycémie puisque son mari était diabétique. Cette situation durait depuis 9 ans, lorsque le suivi à démarré dans le service. Là encore on peut s'interroger sur le degré de rétention de comportements pathologiques dans le huis-clos du domicile sous prétexte que le compagnon médecin saura pallier en cas d'urgence vitale.

Pour les deux patients que précédemment cités, les troubles avaient commencé au décours du premier cycle d'études médicales et n'avaient pas pu être repérés ni pris en charge plus précocement.

Cette problématique illustre la nécessité de pouvoir sensibiliser les proches, pairs aidants et confrères de proximité à une meilleure connaissance de la problématique addictive pour ainsi faciliter un accompagnement vers les soins.

On constate également un important taux de retentissement somatique des consommations. La plupart du temps des manifestations physiques secondaires aux conduites addictives avaient précédé de plusieurs mois ou plusieurs années le recours et l'inscription dans des soins spécialisés. On peut s'interroger sur l'impact de ce retentissement dans la motivation aux soins, là encore une part de déni peut expliquer des rationalisations concernant les causes de ces comorbidités.

De la même façon on repérait dans cette population une fréquence élevée de comorbidités psychiatriques. Pour autant seuls la moitié des patients souffrant de troubles psychiatriques avait déjà consulté. Une majorité cependant avait pratiqué l'automédication psychotrope. Il est difficile de faire la part des choses entre des symptômes secondaires aux conduites addictives ou au retentissement de celles-ci et la présence sous-jacente de pathologies psychiatriques constituées, voire de « dual disorders ». En effet l'effectif est trop faible et la durée de suivi trop brève pour certains patients pour avoir des éléments plus concrets sur cette problématique.

Cette fréquence élevée rappelle l'intérêt de pouvoir proposer à ces patients une évaluation et une prise en charge globale et pluridisciplinaire.

En effet au moment de l'accès aux soins, les dommages sont déjà conséquents. Par la suite, on peut remarquer que la plupart des patients étudiés ont entrepris une démarche de soin. Le point crucial reste celui du repérage de ces patients par les pairs ou l'entourage, afin de favoriser un recours aux soins plus précoce. Une meilleure connaissance de la maladie, du retentissement et surtout des modalités possible de soin pourrait également favoriser un recours moins tardif.

### **Perspectives**

Une meilleure connaissance des caractéristiques cliniques de ces patients-médecins peut nous permettre d'identifier plus précisément les besoins spécifiques de cette population particulière et de soutenir le développement de structures de soins spécialisés en addictologie comme il en existe dans de nombreux pays européens ainsi qu'aux États-Unis, au Canada et en Australie. Une étude qualitative menée au Royaume-Uni interrogeait le ressenti de médecins ayant eu recours à un programme spécialisé, l'intérêt repéré de telles structures était en particulier le respect de l'anonymat et de la confidentialité. (38)

L'enjeu est de favoriser le dépistage et la prise en charge précoce de façon à réduire le retentissement personnel et professionnel du trouble lié à l'usage de substances. La majorité des programmes de soins aux médecins sont basés sur le volontariat. Une étude rétrospective sur le programme PAIMM Barcelonais montrait que dans le cadre d'un recours aux soins volontaires, les hospitalisations étaient moins fréquentes et les durée de soins plus courtes, quelle que soit la problématique abordée.(39)

Quand bien même la prévalence de troubles liés à l'usage de substances chez les médecins ne serait pas plus élevée qu'en population générale l'évaluation des programmes de soins destinés aux médecins réalisés aux Etats-Unis ont démontré que les médecins avaient un taux d'efficacité des soins supérieurs à la population générale avec notamment un succès de réhabilitation professionnelle important. 75 à 85% des médecins retournaient à leur exercice professionnel avec une meilleure qualité de vie (40).

Malgré l'efficacité démontrée de ce type de prise en charge, il n'existe à l'heure actuelle aucun dispositif similaire en France.

Il convient cependant de mesurer l'impact de ce type de programme en l'absence de prise en compte des aspects organisationnels dus à l'exercice de la profession comme le rappelle Carriéri et al. dans son article « Care under pressure ».(41) Il convient également d'adapter le programme de soin en fonction du trouble présenté par le patient L'incapacité passagère liée à des évènements intercurrents, personnels ou professionnels, pouvant conduire à un syndrome d'épuisement professionnel, n'impliquera pas la même prise en charge et la même durée de soin qu'un trouble psychiatrique constitué requérant une prise en charge aux long cours comme toute maladie chronique.(42)

Ainsi, élaborer un programme de soin adapté et développer des outils spécifiquement dédiés à la prise en charge de l'addiction chez les soignants nous paraîtrait utile. Fort des constats de cette étude et de l'évaluation des programmes existants à l'étranger, il conviendrait d'associer plusieurs disciplines et de coordonner les acteurs de terrain déjà engagés dans le soutien et l'entraide auprès de confrères en difficulté. La synergie des compétences en psychiatrie, en addictologie et en médecine du travail permettrait de construire un parcours de soin coordonné.

Imaginer une consultation spécialisée, rassemblant des professionnels formés en un lieu neutre et permettant de délivrer des soins dans le respect de la confidentialité avec possibilité de respect l'anonymat des patients nous paraîtrait une piste intéressante pour espérer améliorer l'accès aux soins de ces soignants. Un tel dispositif pourrait proposer initialement une évaluation globale et pluridisciplinaire (médico-psycho-sociale). Ensuite les professionnels sensibilisés à la problématique du soin aux soignants et formés en addictologie pourraient accompagner le patient dans l'élaboration d'un parcours de soin coordonné et contractualisé avec lui. Différentes modalités de ressources, suivis ou accompagnement pourraient être envisagées, le patient restant au centre du dispositif. Des outils tels qu'un audit réflexif pourrait être utilisé comme support d'auto-évaluation pour explorer les différentes dimensions du fonctionnement du médecin : organisation et épanouissement au travail,

## DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

vie familiale et affective, santé... permettant au patient de dégager des objectifs pour la prise en charge.

La prise en charge pourrait proposer plusieurs types de ressources comme un programme d'éducation thérapeutique avec des outils d'auto-soin adaptés (gestion du stress, supervision, organisation au travail, management), un soutien destiné aux pairs souhaitant accompagner un confrère à consulter, une attention particulière nécessiterait d'être accordée à l'accompagnement des proches ou des familles selon les souhaits du patient

La mise en œuvre d'actions de sensibilisation et de prévention pourraient également participer à réduire les représentations négative des soignants sur l'addiction et faciliter une posture de soutien vis à vis de pairs en difficulté, à l'image du soignant veilleur ou pair-aidant. Ce type de démarche s'inscrit dans les missions de l'addictologie universitaire, qui vise à améliorer la culture addictologique des soignants, permettant ainsi un meilleur repérage des conduites addictives à l'hôpital. A travers l'enseignement et la formation, à l'image de ce qui peut exister pour les patients experts, le patient-soignant « veilleur » pourrait faciliter l'accompagnement des patients ou confrères dans une démarche de soins. Cette transmission de compétence et de savoir pourrait avoir lieu dans le cadre d'un programme éducation thérapeutique ou d'une formation universitaire dédiée.

## CONCLUSION

*« Si je prends soin de l'autre en me négligeant moi-même, j'entretiens la négligence et non le soin. »  
Thomas d'Ansembourg*

Prendre soin de soi ne remet pas en cause les valeurs humanistes et altruistes de la profession médicale. L'intérêt croissant du grand public pour le bien-être, le développement personnel, l'épanouissement individuel et le respect des besoins fondamentaux ne devraient pas exclure les médecins qui pour préserver leur aptitude à prendre soin des autres doivent apprendre à prendre soin d'eux même. On peut imaginer que l'impact de cette acceptation puisse favoriser la crédibilité des discours « santé » du médecin à l'attention de ses patients : la transmission de compétences par l'exemple.

Cette étude nous apporte des éclairages sur le profil d'une population mal connue et ses besoins spécifiques en matière de soins addictologiques. A l'image des programmes de soins existants à l'étranger, ayant fait la preuve de leur intérêt et de leur efficacité, il pourrait être intéressant de proposer un dispositif de soin ad'hoc : tenant compte des particularités de cette population et s'efforçant de s'affranchir des principaux freins à l'accès aux soins identifiés.

Ce type d'initiative serait en accord avec la stratégie nationale qui vise à améliorer la qualité de vie au travail des professionnels de santé, présentée fin 2016, elle avait pour objectif : « prendre soin de ceux qui nous soignent ». Faisant de la préservation du capital santé, la prévention des risques liés à l'environnement de travail et la possibilité de proposer des soins adaptés aux professionnels de santé des priorités de santé publique.

**REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :**

1. Brewster JM. Prevalence of Alcohol and Other Drug Problems Among Physicians. JAMA. 11 avr 1986;255(14):1913-20.
2. Hughes PH, Conard SE, Baldwin DC, Storr CL, Sheehan DV. Resident Physician Substance Use in the United States. JAMA. 24 avr 1991;265(16):2069-73.
3. McCall SV. Chemically dependent health professionals. West J Med. janv 2001;174(1):50-4.
4. Oreskovich MR, Shanafelt T, Dyrbye LN, Tan L, Sotile W, Satele D, et al. The prevalence of substance use disorders in American physicians. Am J Addict. 1 janv 2015;24(1):30-8.
5. Pfürringer D, Mayer R, Meisinger C, Freuer D, Eyer F. Health, risk behaviour and consumption of addictive substances among physicians - results of an online survey. J Occup Med Toxicol. 23 août 2018;13(1):27.
6. Voigt K, Twork S, Mittag D, Göbel A, Voigt R, Klewer J, et al. Consumption of alcohol, cigarettes and illegal substances among physicians and medical students in Brandenburg and Saxony (Germany). BMC Health Serv Res. 3 déc 2009;9(1):219.
7. Vaysse B, Gignon M, Zerkly S, Ganry O. Alcool, tabac, cannabis, anxiété et dépression des étudiants en 2e année de médecine. Repérer pour agir. Santé Publique. 5 déc 2014;Vol. 26(5):613-20.
8. Fond G, Bourbon A, Micoulaud-Franchi J-A, Auquier P, Boyer L, Lançon C. Psychiatry: A discipline at specific risk of mental health issues and addictive behavior? Results from the national BOURBON study. J Affect Disord. 1 oct 2018;238:534-8.
9. NougerF. Les médecins généralistes et leur santé ou « Docteur comment prenez-vous en charge votre santé ? ». Enquête sur les médecins généralistes libéraux installés dans le département de la Vienne. Thèse Med: Poitiers; 2004.
10. McAuliffe WE, Santangelo S, Magnuson BE, Sobol BA, Rohman MM, Weissman J. Risk Factors of Drug Impairment in Random Samples of Physicians and Medical Students. Int J Addict. 1 janv 1987;22(9):825-41.
11. Cicala RS. Substance abuse among physicians: what you need to know. Hosp Physician. 2003;39(7):39-46.
12. Sende J, Jbeili C, Schwahn S, Khalid M, Asaph J, Romano H, et al. Facteurs de stress et conséquences du stress en médecine d'urgence : enquête nationale. Ann Fr Médecine Urgence. 1 juill 2012;2(4):224-31.
13. Prévalence et facteurs de risque de l'addiction aux substances psychoactives en milieu anesthésique : résultats de l'enquête nationale. Ann Fr Anesth Réanimation. 1 mai 2005;24(5):471-9.
14. The identification and management of substance use disorders in anesthesiologists | SpringerLink [Internet]. [cité 13 oct 2018]. Disponible sur: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12630-016-0775-y>
15. Cathébras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes. Presse Médicale. 1 déc 2004;33(22):1569-74.
16. Jackson ER, Shanafelt TD, Hasan O, Satele DV, Dyrbye LN. Burnout and Alcohol Abuse/Dependence Among U.S. Medical Students. Acad Med J Assoc Am Med Coll. 2016;91(9):1251-6.
17. La santé des médecins : un enjeu majeur de santé publique [Internet]. [cité 3 oct 2018].

- [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom\\_rapport\\_sante\\_des\\_medecins.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_rapport_sante_des_medecins.pdf)
18. Suicide Rates Among Physicians: A Quantitative and Gender Assessment (Meta-Analysis) | American Journal of Psychiatry [Internet]. [cité 28 sept 2018]. Disponible sur: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.161.12.2295>
  19. Schneider B. Substance Use Disorders and Risk for Completed Suicide. Arch Suicide Res. 15 oct 2009;13(4):303-16.
  20. Gold MS, Frost-Pineda K, Melker RJ. Physician Suicide and Drug Abuse. Am J Psychiatry. 1 juill 2005;162(7):1390-1390.
  21. DICOM\_Anne.G. Dis doc, t'as ton doc? Une campagne pour prendre soin de ceux qui soignent [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2017 [cité 14 oct 2018]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/dis-doc-t-as-ton-doc-une-campagne-pour-prendre-soin-de-ceux-qui-soignent>
  22. Kay M, Mitchell G, Clavarino A, Doust J. Doctors as patients: a systematic review of doctors' health access and the barriers they experience. Br J Gen Pr. 1 juill 2008;58(552):501-8.
  23. Jennifer Tjia Md M, Md JLG, Phd JAS. Factors Associated With Undertreatment of Medical Student Depression. J Am Coll Health. 1 mars 2005;53(5):219-24.
  24. Reasons Why Physicians and Advanced Practice Clinicians Work While Sick: A Mixed-Methods Analysis | Cardiology | JAMA Pediatrics | JAMA Network [Internet]. [cité 13 oct 2018]. Disponible sur: <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2344551>
  25. Association AM. The sick physician. Impairment by psychiatric disorders, including alcoholism and drug dependence. Jama. 1973;223(6):684-687.
  26. Roland W. Gray, M.D., Physicians-health-program-an-international-movement [Internet]. [cité 5 oct 2018]. Disponible sur: <https://e-tmf.org/app/uploads/2016/03/physicians-health-program-an-international-movement-pub-apr-2006.pdf>
  27. Braquehais MD, Tresidder A, DuPont RL. Service provision to physicians with mental health and addiction problems. Curr Opin Psychiatry. juill 2015;28(4):324.
  28. McLellan AT, Skipper GS, Campbell M, DuPont RL. Five year outcomes in a cohort study of physicians treated for substance use disorders in the United States. BMJ. 4 nov 2008;337:a2038.
  29. M.D RLD, M.D GES. Six Lessons from State Physician Health Programs to Promote Long-Term Recovery. J Psychoactive Drugs. 1 janv 2012;44(1):72-8.
  30. Kaufmann M. Physician substance abuse and addiction. Ont Med Rev. 2002;1:43.
  31. Brewster JM, Kaufmann IM, Hutchison S, MacWilliam C. Characteristics and outcomes of doctors in a substance dependence monitoring programme in Canada: prospective descriptive study. BMJ. 3 nov 2008;337:a2098.
  32. DuPont RL, McLellan AT, Carr G, Gendel M, Skipper GE. How are addicted physicians treated? A national survey of physician health programs. J Subst Abuse Treat. 1 juill 2009;37(1):1-7.
  33. Yellowlees PM, Campbell MD, Rose JS, Burke Parish M, Ferrer D, Scher LM, et al. Psychiatrists With Substance Use Disorders: Positive Treatment Outcomes From Physician Health Programs. Psychiatr Serv. 31 oct 2014;65(12):1492-5.
  34. Boisaubin EV, Levine RE. Identifying and Assisting the Impaired Physician. Am J Med Sci. 1 juill 2001;322(1):31-6.
  35. Berge KH, Seppala MD, Schipper AM. Chemical Dependency and the Physician. Mayo Clin Proc. 1 juill 2009;84(7):625-31.

36. Article 56 - Confraternité | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 14 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-56-confraternite-280>
37. Julie Carme LM. La santé du médecin généraliste : étude qualitative des freins à l'accès aux soins.
38. Brooks SK, Gerada C, Chalder T. The specific needs of doctors with mental health problems: qualitative analysis of doctor-patients' experiences with the Practitioner Health Programme. *J Ment Health*. 4 mars 2017;26(2):161-6.
39. Braquehais M, Valero S, Matalí J, Bel M, Montejo J, Nasillo V, et al. Promoting voluntary help-seeking among doctors with mental disorders. *Int J Occup Med Environ Health*. 2014;27(3):435-443.
40. O'Connor PG, Spickard A. Physician impairment by substance abuse. *Med Clin North Am*. 1 juill 1997;81(4):1037-52.
41. Carrieri D, Briscoe S, Jackson M, Mattick K, Papoutsi C, Pearson M, et al. 'Care Under Pressure': a realist review of interventions to tackle doctors' mental ill-health and its impacts on the clinical workforce and patient care. *BMJ Open*. 1 févr 2018;8(2):e021273.
42. Lenzer J. Physician health programs under fire. *BMJ*. 30 juin 2016;353:i3568.