

Conduites addictives chez les professionnels de santé

Francis Bonnet

Francis.bonnet@tnn.aphp.fr

*Hôpital Tenon, Assistance Publique, Hôpitaux de Paris, Université Pierre & Marie Curie.
Département d'Anesthésie-Réanimation, hôpital Tenon, 4 rue de la Chine 75970 Paris cedex 20.*

POINTS ESSENTIELS

- Les professionnels de santé travaillant en anesthésie réanimation et médecine d'urgence sont particulièrement exposés au risque de conduites addictives.
- L'alcool est la substance addictogène la plus fréquemment en cause.
- La toxicomanie utilisant des agents anesthésiques expose à un risque vital et nuit à la qualité des soins administrés au patient.
- Le déni est une caractéristique comportementale essentielle des sujets concernés et de leur entourage.
- Un professionnel de santé souffrant d'addiction ne doit pas être pris en charge par son entourage professionnel.
- Les soignants concernés par le risque d'addiction doivent être adressés vers des centres spécialisés où ils seront au mieux pris en charge dans le but d'une réinsertion sociale et professionnelle.

Les professionnels de santé exercent des métiers caractérisés par l'existence de contraintes et de stress liés aux conditions de travail. Ces caractéristiques existent également dans d'autres milieux professionnels hors du domaine de la santé et sont intimement liées aux conditions de travail et à son organisation. Un certain nombre de médecins ou d'autres professionnels de santé sont susceptibles de développer des conduites addictives dont l'objet est de pouvoir surmonter leurs difficultés professionnelles. Même si des facteurs personnels peuvent rendre compte de ces conduites, l'environnement professionnel joue en effet un rôle important (1-3). Par ailleurs le milieu de l'anesthésie-réanimation et de médecine d'urgence se caractérise par l'opportunité unique de disposer et d'utiliser des substances psychoactives hautement toxicomanogènes. L'exposition quotidienne aux substances toxicomanogènes fait courir un risque particulier aux professionnels travaillant dans ces milieux et concernés par la toxicomanie et pose des problèmes pour leur réinsertion professionnelle lorsque la toxicomanie est avérée.

La toxicomanie aux drogues illicites est vécue à juste titre comme un problème dramatique, mais son évocation a tendance à masquer le fait qu'elle ne représente qu'une proportion très faible des dépendances chimiques qui incluent, bien entendu, les drogues licites que sont le tabac et l'alcool, mais aussi les antidépresseurs ou les sédatifs. Une des caractéristiques importantes de la toxémie en milieu professionnel, outre son lien avec les conditions de travail, est la bonne insertion sociale des sujets qui en sont affectés. De ce fait, le diagnostic est souvent très tardif dans l'évolution de la toxicomanie et la prise en charge n'en est que plus difficile d'autant qu'elle se heurte, comme nous le verrons au déni du patient lui-même et souvent à celui de son entourage familial et même professionnel.

PRÉVALENCE DE LA TOXICOMANIE CHEZ LES SOIGNANTS

Plusieurs enquêtes effectuées dans les pays anglo-saxons ont permis d'apprécier l'importance du phénomène. La littérature anglo-saxonne permet d'estimer que 1 à 3 % des médecins anesthésistes en exercice seraient concernés par l'abus ou la dépendance aux substances psychoactives (4-6). Ce chiffre serait plus élevé chez les résidents en anesthésie-réanimation pouvant atteindre jusqu'à 5 % (1,7,8). En France une enquête nationale menée en 2001(décembre) a retrouvé 1,5% de sujets pouvant être considérés en état d'abus ou de dépendance vis-à-vis de substances illicites (9). Ils ne représentaient que 15% de l'ensemble des sujets touchés en situation d'addiction, mais en revanche près de 60% des cas concernaient l'alcool. Ce type de résultat n'est d'ailleurs pas une spécificité nationale, l'alcool étant la principale substance addictogène qu'elle soit consommée seule ou en association à d'autres substances. L'addiction n'est cependant pas une spécificité du milieu de l'anesthésie réanimation et des urgences à l'inverse de ce qui a pu être suggéré (2) et même si elle revêt certaines caractéristiques spécifiques à ce milieu. La particularité toxicologique du milieu anesthésique est probablement l'usage des opiacés par voie intraveineuse et des agents anesthésique en général (10-12). Cet usage répété conduit à une accoutumance de telle sorte que les quantités détournées des patients et auto-administrées augmentent avec le temps. Les usagers de substances psychoactives consomment régulièrement plusieurs types de substances dont l'une d'entre elles est prédominante. Les substances consommées sont, outre les opiacés, les benzodiazépines, les neuroleptiques, le protoxyde d'azote, la kétamine et même le propofol. Toutes ces substances, malgré les effets de l'accoutumance, font courir un risque vital aux toxicomanes, notamment en raison du risque d'un surdosage ou d'une erreur médicamenteuse (par exemple : injection de curares).

L'usage de substances psychostimulantes existe également chez d'autres spécialistes ayant un mode de fonctionnement bien différent, par exemple les médecins généralistes. Le choix des substances concernées est éventuellement différent encore que l'alcool soit la première substance concernée dans tous les cas de figure. Dans ces cas, c'est l'isolement professionnel qui est mis en avant comme

principale source de difficultés pouvant initier l'addiction. La comparaison avec la population générale est encore plus difficile si tenté qu'elle est un sens. Cependant on retrouve dans certains milieux professionnels la prise de tranquillisants ou à l'inverse de substances psychostimulantes telles que la cocaïne en lien plus ou moins direct avec les conditions de travail (désir de rester performant, de faire face à des échéances ou au contraire de se soustraire à un stress professionnel).

Si les milieux de l'anesthésie réanimation et de la médecine d'urgence ont un taux de toxicomanie comparable aux autres, les conséquences de l'usage de substances peut avoir des conséquences parfois plus dramatiques. Ainsi le taux de suicide est deux fois plus important au cours de la vie professionnelle chez les médecins anesthésistes qu'il ne l'est chez les internistes nord-américains même si les chiffres ne représentent heureusement qu'une minorité (respectivement 1% et 2%) des causes de décès dans la population professionnellement active (10).

ADDICTION ET MODIFICATIONS COMPORTEMENTALES AU TRAVAIL

L'usage « abusif » d'une substance (« substance abuse ») correspond à une consommation qui provoque une modification physique, psychologique, émotionnelle ou une nuisance sociale et conduit à une incapacité pour l'individu concerné, mais n'implique pas la recherche compulsive. Il peut constituer une étape préliminaire. L'usage préalable, à visée récréative, de substances psychostimulantes est ainsi plus fréquent dans la population des médecins devenus toxicomanes que dans la population médicale de référence (1-3). La dépendance est caractérisée par une recherche ou une consommation compulsive de la ou des substances concernées, par un usage croissant et une tolérance aux produits et par l'apparition d'un ensemble de troubles et symptômes lors de l'arrêt de la consommation.

La toxicomanie s'associe à des troubles du comportement dont l'amplification au fil du temps conduit un jour ou l'autre au diagnostic. Cependant le déni est pratiquement constant chez les toxicomanes et fait partie intégrante de la symptomatologie, il est donc illusoire d'attendre des aveux pour établir le diagnostic. Des modifications progressives du comportement permettent d'évoquer le problème, parmi lesquels les changements d'humeur (dépression, anxiété, euphorie) fréquents, les absences répétées et inexplicables, les sorties fréquentes de salle d'opération en cours d'anesthésie, une préférence marquée pour l'exercice solitaire, la présence nocturne à l'hôpital en dehors des périodes de garde et à l'inverse des absences réitérées aux appels de garde, enfin des allégations de problèmes de santé multiples, personnels ou familiaux. Ces troubles du comportement sont en partie la conséquence de la recherche compulsive et de la consommation des substances concernées, mais traduisent également une altération progressive de la personnalité. Les modifications de comportement observées chez les sujets toxicomanes sont en partie partagées par les sujets souffrant de syndrome d'épuisement au travail (burn out) qui représente probablement l'un des facteurs de risque d'addiction. Les

toxicomanes utilisant les agents anesthésiques détournent à leur profit les produits normalement administrés aux patients. En témoignent notamment, des négligences répétées quant au relevé de l'information normalement reportée sur les feuilles d'anesthésie, le fait que les patients présentent des douleurs excessives ou inhabituelles en postopératoire ou des signes de réveil au cours de l'anesthésie, ou le fait que ces patients aient une prescription d'analgésique sans commune mesure avec la douleur attendue. Malgré la réitération de ces comportements, le délai écoulé entre le début de la toxicomanie et son identification est souvent de plusieurs années et la découverte est souvent fortuite soit à l'occasion de procédures routinières de contrôle des stocks médicamenteux soit, et surtout, du fait de l'arrivée de nouveaux membres au sein d'une équipe anciennement constituée.

Le risque de décès chez les toxicomanes aux agents intraveineux est estimé à 10 à 15 % sur 5 à 10 ans, ce qui est considérable. Les décès peuvent être liés à une overdose accidentelle ou volontaire (4). Le taux de suicide est en effet plus élevé chez les médecins toxicomanes (13, 14). Il est encore plus élevé en cas de récurrence.

QUELLE CONDUITE L'ENTOURAGE D'UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ VICTIME D'ADDICTION DOIT-IL ADOPTER ?

Un professionnel de santé souffrant d'addiction fait courir des risques à lui-même, mais aussi aux patients dont il a la charge et de plus il peut être amené à interférer avec le bon fonctionnement de l'organisation des soins. Plusieurs problèmes éthiques peuvent être soulevés.

Le premier problème est l'identification et la révélation de l'addiction. Deux raisonnements erronés retiennent l'entourage professionnel confronté à un cas d'addiction parmi les membres d'une équipe médicale : la crainte de se livrer à un acte de délation, de stigmatiser un collègue et la volonté de prendre sous sa coupe le sujet concerné souvent couplée avec une minimisation des faits. On aboutit ainsi à une « conspiration du silence ». Cette démarche peut mettre en danger non seulement le sujet concerné, mais aussi indirectement les patients dont il a la charge. Faire preuve de responsabilité vis-à-vis des personnes concernées c'est donc au contraire révéler l'addiction pour aboutir à une prise en charge médicale par des spécialistes compétents. Par ailleurs laisser travailler un soignant qui n'est plus à même d'exercer son métier peut dans certaines conditions porter un lourd préjudice aux patients et engage donc la responsabilité des équipes soignantes. Enfin, il importe de protéger le toxicomane lui-même, car son addiction met sa vie en danger comme évoqué plus haut et lui porte d'autre part un préjudice considérable qui peut compromettre définitivement son avenir professionnel, enfin elle l'expose à un risque judiciaire.

Le déni faisant partie de la maladie, il importe de recueillir des preuves formelles de l'addiction avant d'affirmer le diagnostic. La confrontation du toxicomane avec les

faits devrait se faire en même temps qu'une proposition thérapeutique de prise en charge en milieu adapté. En France des réseaux se développent notamment à l'initiative des psychiatres en charge des centres d'addictologie qui sont amenés à prendre en charge ce type de patients. Dans certains pays (Canada, Catalogne) la prise en charge est institutionnalisée grâce aux Plans d'Aide aux Médecins malades dans lesquels sont impliquées les organisations ordinaires. En France on peut citer par exemple la mission FIDES de l'Assistance publique Hôpitaux de Paris (service d'addictologie de l'hôpital Paul Brousse). Les programmes de soins qui s'adressent spécifiquement aux médecins sont basés sur la confidentialité et sur de véritables contrats thérapeutiques ayant pour objectif la réinsertion des sujets concernés dans un milieu professionnel. Ces programmes mettent en avant leurs succès en matière de traitement de la toxicomanie avec des résultats favorables atteignant 80 % des cas. Cependant, dans les milieux les plus exposés (anesthésie) la réinsertion professionnelle dans le milieu initial ne concerne, au mieux, que la moitié des sujets traités et ce pourcentage chute à 30 % lorsqu'il s'agit d'usagers d'opiacés par voie intraveineuse. De plus ce qui est qualifié de réinsertion professionnelle se traduit souvent en pratique par une éviction du bloc opératoire, du travail en garde ou du travail en réanimation (15). Chez les résidents le taux d'échec est encore plus élevé puisque deux sur trois rechutent après leur réinsertion en anesthésie et que dans un quart des cas cette rechute aboutirait au décès par suicide (8). L'intérêt du « dépistage » précoce des internes ou des résidents avant leur entrée définitive dans la vie professionnelle est donc évident. On peut estimer que toutes les possibilités de réorientation vers des postes ou des professions moins exposés doivent être explorées au cours ou au décours du traitement des sujets concernés.

PRÉVENTION DES ADDICTIONS CHEZ LES PERSONNELS SOIGNANTS

Toutes les politiques coercitives, visant à un contrôle drastique de la délivrance des agents anesthésiques et des substances addictogènes sont parfaitement justifiées dans le cadre de procédures d'assurance - qualité, mais n'ont probablement que très peu d'impact sur la possibilité pour les toxicomanes de se procurer ces mêmes agents (16,17). De plus il faut rappeler que les addictions sont pluri médicamenteuses et que l'alcool a une place prépondérante ce qui rend vain toute tentative d'éviction des produits toxicomanogènes.

Les causes de l'addiction étant multiples, les facteurs liés au parcours personnel de chaque individu sont bien évidemment au-delà des mesures de prévention collective. Le fait que la prévalence soit plus élevée chez les internes et résidents a soulevé la question d'un possible choix de spécialités à risque, déterminé par l'accès facile aux substances psycho-active (2). Cette hypothèse est peu crédible et ne concernerait probablement, si elle était vérifiée, que quelques cas isolés. Il est à l'inverse possible que les conditions de travail et l'environnement favorisent l'évolution vers la toxicomanie de certains internes (18). On pourrait ainsi suggérer que, dès le début de leur internat, alors qu'une réorientation professionnelle est plus facilement

envisageable, les internes en anesthésie, réanimation, médecine urgence ou psychiatrie aient un entretien systématique avec leur coordinateur d'enseignement, pour évaluer leur adaptation au milieu et les difficultés qui pourraient éventuellement en découler. D'une façon plus générale, si l'on admet que des facteurs liés aux conditions de travail peuvent favoriser la toxicomanie, toutes les initiatives visant à baisser le niveau des pressions et des contraintes sont bienvenues notamment celles qui visent à réduire les conditions d'exercice dans l'isolement (cf. chapitre sur le burn out).

Une forte sensibilisation ou mobilisation des professionnels de santé autour du problème de l'addiction chez les soignants est nécessaire, car elle pourrait amener à un dépistage plus efficace des sujets concernés et à une prise en charge plus précoce et mieux adaptée (19). Les sujets concernés ne constituent qu'une part des médecins malades souffrant notamment d'affection psychiatriques et qui posent des problèmes très voisins notamment en ce qui concerne leurs modalités d'exercice. Le développement de programmes de prise en charge permettant un accès direct confidentiel et assurant non seulement le soin des patients, mais aussi leur réinsertion sociale devrait se développer.

RÉFÉRENCES

- 1 Lutsky HM, Hopwood M, Abram SE, Jacobson GR, Haddox JD, Kampine JP. Psychoactive substance use among american anesthesiologists: a 30 year retrospective study. *Can J Anaesth* 1993 ;40 :915-21
- 2 Lutsky HM, Abram SE, Cerletty JM, Hoffman RG, Kampine JP. Use of psychoactive substances in three medical specialties: anaesthesia, medicine and surgery. *Can J Anaesth* 1994;41:561-7
- 3 McAuliffe WE. Nontherapeutic opiate addiction in health professionals: a new form of impairment. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1984;10:1-22
- 4 Ward CF, Ward GC, Saidman LJ. Drug abuse in anesthesia training programs: a survey 1970 through 1980. *JAMA* 1983;250:922-5
- 5 Farley WJ. Addiction and the anaesthesia resident. *Can J Anaesth* 1992;39:R11-R17
- 6 Menk EJ, Baumgarten K, Kingsley CP, Culling RD, Middaugh R. Success of reentry into anesthesiology training programs by residents with a history of substance abuse. *JAMA* 1990;263:3060-2
- 7 Lutsky I, Abram SE, Jacobson GR, Hopwood M, Kampine JP. Substance abuse by anesthesiology residents. *J Acad Med* 1991;66:164-6

- 8 Baldwin DC, Hughes PH, Conard SE, Storr CL, Sheehan DV. Substance abuse among senior medical students. A survey of 23 medical schools. JAMA 1991;265:2074-8
- 9 Beaujouan L, Czernichow S, Pourriat JL, Bonnet F. Prévalence et facteurs de risque de l'addiction aux substances psychoactives en milieu anesthésique : résultat de l'enquête nationale. Ann Fr Anesth Réanim 2005;24 :471-9
- 10 Alexander BH, Checkoway H, Nagahama SI, Domino KB. Cause-specific mortality risks of anesthesiologists. Anesthesiology. 2000; 93:922-30.
- 11 Hughes PH, Storr CL, Brandenburg NA, Baldwin DC, Anthony JC, Sheehan DV. Physician substance use by medical specialties. J Addict Dis 1999;18:23-37
- 12 Paris RT, Canavan DI. Physician substance abuse impairment: anesthesiologists vs other specialties. J Addict Dis 1999;18:1-7
- 13 Gravenstein JS, Kory WP, Marks RG. Drug abuse by anesthesia personnel. Anesth Analg 1983;62:467-72
- 14 Crawshaw R, Bruce RA, Eraker PL, Greenbaum M, Lindemann JE, Schmidt DE. An epidemic of suicide among physicians on probation. JAMA 1980;243:1915-7
- 15 Lecky JH, Aukburg SJ, Conahan TJ III, Geer RT, Ominsky AJ, Gross J, et al. A departmental policy addressing chemical substance abuse. Anesthesiology 1986;65:414-7
- 16 Klein RL, Stevens WC, Kingston HGC. Controlled substance dispensing and accountability in the United States anesthesiology residency programs. Anesthesiology 1992;77:806-11
- 17 Schmidt KA, Schlesinger MD. A reliable accounting system for controlled substances in the operating room. Anesthesiology 1993;78:184-90
- 18 Rosenberg M. Drug abuse in anesthesia training programs: a survey : 1970 through 1980. JAMA 1980;250:922-5
- 19 Robb N. University acknowledges special risks introduces drug program for anesthesiologists. Can Med Assoc J 1995;153:449-52