

# Prise en charge de l'addiction chez les professionnels de santé en milieu d'anesthésie-réanimation



## Points clés

1. Les professionnels travaillant en anesthésie-réanimation sont, comme les autres soignants, exposés au risque de conduites addictives
2. Si l'alcool est la substance la plus fréquemment en cause, cette population est aussi particulièrement exposée aux addictions aux « médicaments » (BZD, hypnotiques, opiacés, etc.)
3. Toute toxicomanie expose à un risque vital et nuit à la qualité des soins administrés au patient
4. Le déni est une caractéristique comportementale essentielle des sujets concernés et de leur entourage
5. Un professionnel de santé souffrant d'addiction ne doit pas être pris en charge par son entourage professionnel
6. Un médecin addictologue spécialisé dans la prise en charge des professionnels de santé est référencé sur le site de la SFAR, et peut être contacté en toute confidentialité pour un avis et/ou une prise en charge
7. Les soignants concernés par le risque d'addiction doivent en effet être adressés vers des centres spécialisés où ils seront pris en charge confidentiellement dans l'objectif d'une réinsertion sociale et professionnelle.

**L'usage « abusif »** d'une substance correspond à une consommation qui provoque une modification physique, psychologique, émotionnelle ou une nuisance sociale et conduit à une incapacité pour l'individu concerné.

**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.

Un à 5 % des médecins anesthésistes réanimateurs en exercice ou en formation seraient concernés par l'abus ou la dépendance aux substances psycho-actives.

**L'addiction** en milieu professionnel se caractérise par une bonne insertion sociale. Le diagnostic est donc tardif : le délai écoulé entre le début de la toxicomanie et son identification est souvent de plusieurs années. La découverte est souvent fortuite à l'occasion de procédures routinières de contrôle de stocks médicamenteux, du fait de l'arrivée de nouveaux membres au sein d'une équipe, ou à l'occasion d'un accident. La prise en charge est difficile mais toujours possible. Elle se heurte au déni du professionnel de santé lui-même et, souvent, à celui de son entourage familial et même professionnel. L'alcool, consommé seul ou en association, est la principale substance concernée (plus de la moitié des cas). La particularité des professionnels d'anesthésie réanimation est l'usage des opiacés et des agents anesthésiques en général. Cet usage répété conduit à une accoutumance. Toutes les substances, malgré l'accoutumance, font courir un risque vital en raison du risque d'un surdosage, d'une erreur médicamenteuse.

**Le risque de suicide** est connu pour être plus élevé en cas d'addiction. Un professionnel de santé souffrant d'addiction fait courir des risques à lui-même et aux patients dont il a la charge.

## **Quelle conduite l'entourage d'un professionnel de santé victime d'addiction doit-il adopter ?**

Deux raisonnements erronés retiennent l'entourage professionnel confronté à un cas d'addiction chez un membre de l'équipe soignante (« conspiration du silence ») :

- la crainte de se livrer à un acte de délation, de stigmatiser un collègue,
- la tentation de protéger le sujet concerné souvent couplée avec une minimisation des faits.

Ce point de vue peut mettre en danger directement le sujet et, indirectement, les patients dont il a la charge. **Faire preuve de responsabilité c'est donc révéler l'addiction** du collègue pour aboutir à une prise en charge médicale par des spécialistes compétents.

Laisser travailler un soignant qui n'est plus à même d'exercer son métier peut avoir de lourdes conséquences pour les patients et les équipes soignantes et engager leur responsabilité.

Il importe de protéger le professionnel de lui-même, car son addiction, d'une part, met sa vie en danger et, d'autre part, lui porte un préjudice considérable qui peut compromettre définitivement son avenir professionnel. Enfin, elle l'expose à un risque judiciaire.

**Le déni est constant** et fait partie intégrante de la maladie, il est donc illusoire d'attendre des aveux. Il faut recueillir des éléments tangibles afin d'étayer la suspicion d'addiction :

**Des modifications progressives et convergentes du comportement** permettent de l'évoquer, parmi lesquelles :

- des changements d'humeur fréquents (dépression, anxiété, euphorie).
- des conflits avec les autres partenaires professionnels
- une altération de l'apparence physique une détérioration de l'hygiène et un négligé dans la tenue (tardifs)

**Au plan professionnel, les perturbations sont :**

- des erreurs fréquentes de prescription
- des défauts dans la continuité de la prise en charge des patients
- les absences de ponctualité et de régularité dans l'exercice professionnel
- les absences répétées et inexplicables, un manque de fiabilité
- 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
- les absences réitérées aux appels de garde,
- des demandes réitérées de remplacement
- les allégations de problèmes de santé multiples, personnels ou familiaux.

**Le détournement, à son profit, d'agents anesthésiques normalement administrés aux patients** (narcotiques ou opioïdes) caractérise la toxicomanie du professionnel de bloc. En témoignent :

- des négligences répétées de reports 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,
- le fait que les patients du professionnel aient régulièrement une discordance entre la prescription d'analgésique et la douleur attendue.

**La confrontation du professionnel soignant avec les faits** doit se faire en même temps qu'une proposition thérapeutique de prise en charge en milieu adapté (centre d'addictologie).

Le but est d'amener le toxicomane à un entretien formalisé permettant d'aboutir à une prise en charge personnelle et institutionnelle. Cette prise en charge mobilisera plusieurs personnes référentes dans l'établissement (i.e. responsable de l'équipe, médecin du travail, président de CME, chef de service ou de pôle, psychiatre.) Au cours de l'entretien conduit avec empathie, bienveillance et fermeté, on doit :

- ne pas se laisser abuser par le déni et les mécanismes de rationalisation
- apporter des éléments de preuve de l'addiction et des manques professionnels
- proposer immédiatement un arrêt du travail et une prise en charge médicale en donnant les coordonnées d'un centre ou d'un médecin spécialisé auprès duquel un contact ou un avis a été pris au préalable
- la prise en charge doit garantir les règles de confidentialité (par exemple dans une autre ville)
- en cas de refus de soins d'un médecin, faire intervenir d'autres instances (Direction, Conseil de l'Ordre des Médecins) pour restreindre et limiter la pratique jusqu'à ce que la situation soit clarifiée.

**Un médecin addictologue spécialisé dans la prise en charge des professionnels de santé** peut être contacté en toute confidentialité pour un avis, pour soi-même ou pour un tiers, et/ou pour une prise en charge (coordonnées affichées sur le site de la SFAR)

Des informations complémentaires sont disponibles sur le site [www.sfar.org](http://www.sfar.org)

## **Bibliographie**

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 Rea* 2005 ;24(5) 471-479

Mion G, Libert N, Journois D. Burnout-associated factors in anesthesia and intensive care medicine. 2009 survey of the French Society of anesthesiology and intensive care. *Ann Fr Anesth Reanim* 2013;32(3):175-188

Bonnet F, Mion G, Libert N, Petitjeans F, Journois D. Conduites addictives chez les professionnels de santé. Springer. Vol. Enjeux éthiques en réanimation. Paris: Springer Paris; 2010.

Gold MS, Frost-Pineda K, Melker RJ. Physician Suicide and Drug Abuse. *Am J Psychiatry*. juill 2005;162(7):1390-1390.

Rosenberg M. Drug abuse in anesthesia training programs: a survey : 1970 through 1980. *JAMA*1980;250:922-5

Bryson EO, Silverstein JH. Addiction and Substance Abuse in Anesthesiology: *Anesthesiology*. Nov 2008;109(5):905-17.

Samuelson ST, Bryson EO. The impaired anesthesiologist : what you should know about substance abuse. *Can J Anesth Can Anesth*. févr 2017;64(2):219-35.