ÉNONCÉ DE PRINCIPE DE L'APC

Le traitement du médecin souffrant de maladie mentale

Michael F Myers, MD, FRCPC

Cet énoncé de principe, préparé en collaboration avec la Commission des normes professionnelles, a été approuvé le 4 octobre 1996 par le Conseil d'administration de l'Asssociation des psychiatres du Canada

Introduction

Un médecin peut agir à titre de collègue, de spécialiste consultant ou de médecin traitant envers un confrère atteint de maladie mentale. Reconnaissant que le médecin peut, comme tout autre membre de notre société, souffrir de maladie mentale, cet article explique divers aspects de traitement et formule certaines recommandations, en insistant principalement sur le rôle du clinicien en tant que médecin traitant.

L'Association des psychiatres du Canada (APC) s'est engagée à veiller à ce que tout médecin souffrant de maladie mentale reçoive des soins à la fois complets et compatissants. Cela signifie reconnaître les symptômes de la maladie, en faire un diagnostic précoce, appliquer le meilleur traitement possible dans un climat de confidentialité, encourager le médecin à reprendre sa pratique dès qu'il est rétabli, défendre les intérêts du médecin, l'aider à surmonter le stigmate de la maladie mentale et encourager la recherche dans ce domaine. Compte tenu du lien étroit entre la maladie mentale et la compétence à bien pratiquer la médecine, l'APC tient à collaborer étroitement avec les collèges provinciaux chargés d'émettre des licences de médecine et des associations médicales pour promouvoir l'éducation, encourager les ententes mutuelles et rechercher des solutions équitables (à la fois en préservant l'autonomie du médecin et en retirant le permis d'exercice) afin de protéger les clients de ce médecin.

D'énormes progrès ont été faits depuis la parution, en 1984, du premier énoncé de principe sur le médecin souffrant de troubles mentaux (1) : nous comprenons mieux nos collègues atteints de maladie mentale et disposons de nouvelles façons de les soigner. Les données sur l'incidence (2,3), la démographie actuelle des médecins (4–6), les facteurs de stress (7,8), la nosologie (9), les interventions (10–12) et les études sur les conséquences (13) ont affiné l'exactitude de nos diagnostics et ouvert la porte à de nouvelles approches thérapeutiques. Une mise à jour de l'énoncé de position de l'APC sur le médecin éprouvant des problèmes de santé mentale s'imposait, compte tenu des multiples facteurs de stress dans la vie des médecins (14), du nombre accru d'enquêtes et de poursuites judiciaires relatives aux licences de médecine (15,16), du climat actuel de notre société de consommation axé sur la responsabilisation du médecin en matière de comportement professionnel et de pratique sécuritaire (17, 18) et du ton démoralisant d'un grand nombre de médecins (19).

Définition

Par médecin souffrant d'incapacité, on entend un médecin incapable de pratiquer la médecine de façon raisonnablement compétente et sécuritaire à cause de ses troubles physiques ou psychologiques, y compris (mais non de façon exclusive) des problèmes liés au vieillissement, à l'alcoolisme ou à la pharmacodépendance (20). Un médecin peut souffrir de maladie mentale sans que ses capacités professionnelles en soient pour autant

Adresse postale : D^{r} MF Myers, Department of Psychiatry, St Paul's Hospital, 1081 Burrard Street, Vancouver BC V6Z 1Y6

© Copyright 1997. L'Association des psychiatres du Canada. Toute reproduction, citation ou paraphrase de ces sommaires, intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, sans l'autorisation écrite de l'APC est interdite. Les commentaires des membres à ce sujet sont bienvenus et seront soumis au conseil ou comité compétent de l'APC. Prière d'adresser toute correspondance ou demande de copies à l'Association des psychiatres du Canada : téléphone : 613-234-2815; télécopieur : 613-234-9857; courrier électronique : cpa@medical.org. Référence 1997-36F.

perturbées. En d'autres mots, son état dépressif, ses problèmes alimentaires, son alcoolisme et ses troubles obsessifs-compulsifs ne se sont pas aggravés au point d'influencer son jugement clinique, sa compétence, son comportement ou la sécurité de ses patients. L'évaluation des troubles du médecin présentant des symptômes de maladie s'avère un des principaux éléments d'une investigation approfondie aux fins de diagnostic, et ce tant au moment de la rencontre initiale que durant tout le traitement. Lorsqu'un psychiatre diagnostique une perte de capacités chez un confrère, ou que tout l'incite à croire que tel est le cas, il est de son devoir de faire en sorte que ce dernier cesse d'exercer la médecine.

Il est extrêmement dangereux de ne pas reconnaître ni traiter les troubles de santé mentale d'un médecin, compte tenu du potentiel de danger (21) que cette situation représente. Les patients de ce dernier risquent, en effet, de recevoir des soins médiocres, dégradants, désuets, psychologiquement traumatisants et même médicalement dangereux; des soins ou une absence de soins pouvant même leur coûter la vie. Les étudiants et les résidents sous sa surveillance courent le risque d'être mal dirigés, harcelés et maltraités (22–24) et de devenir, à leur tour, de piètres modèles de comportement professionnel s'ils sont appelés à enseigner plus tard. Les proches de ce médecin risquent de se sentir négligés ou abandonnés et de ressentir de la confusion, de la honte et du découragement (25). Les répercussions de la maladie se manifestent aussi de bien des façons sur la vie même du médecin : insatisfaction professionnelle, tristesse profonde, absentéisme, complications médicales et psychiatriques secondaires, perte de prestige, stagnation de sa carrière, plaintes à son sujet auprès du collège des médecins et chirurgiens de sa province, et sentiment d'humiliation. Il risque même de mourir prématurément, parce que sa maladie n'aura pas été diagnostiquée ou qu'il n'aura pas reçu les soins nécessaires, ou encore à cause de complications d'ordre médical ou d'un suicide.

Médecins atteints de troubles de santé mentale à la suite d'abus d'alcool et d'autres drogues

On estime qu'au Canada et aux États-Unis, de 7% à 10% et de 10% à 12% des médecins souffrent de troubles de santé mentale (26, 27). De ce nombre, 75% auraient une dépendance à l'alcool ou à d'autres drogues. Au Canada, ce sont les médecins spécialistes en toxicomanie qui sont les plus compétents pour reconnaître, diagnostiquer et traiter ces médecins, de même que pour offrir une formation dans ce domaine. De plus, toutes les provinces ont établi des comités (ou leurs équivalents) pour leur venir en aide; ces comités ont l'autorité requise pour mener des enquêtes lorsque des plaintes sont déposées par des personnes que l'état du médecin inquiète ou affecte (membres du personnel, collègues, proches ou amis), ainsi que pour instaurer et recommander différentes activités : évaluations, interventions, programmes de désintoxication et de traitement en établissement, programmes en 12 étapes, groupes Caduceus, échantillonnage sélectif de l'urine et counseling en toxicomanie. Ces comités travaillent également en étroite collaboration avec la direction des collèges provinciaux en ce qui a trait au permis d'exercice.

Tous les médecins éprouvant des problèmes reliés à l'abus d'alcool ou d'autres drogues devraient être soumis à un examen psychiatrique complet. Les psychiatres généralistes qui soignent ces médecins devraient tenter d'obtenir de l'aide et des conseils auprès de leur collègues ou de spécialistes afin d'être en mesure d'effectuer les meilleures évaluations et les meilleurs traitements possibles.

Dans un nombre indéterminé de cas, on remarque un diagnostic mixte (ou comorbidité), telle la pharmacodépendance accompagnée de dépression grave, de maladie bipolaire, de troubles de panique ou de troubles obsessifs-compulsifs (28). De telles maladies exigent un traitement adéquat, ce qui peut s'avérer difficile au point de vue psychopharmacologique à cause du problème sous-jacent de toxicomanie (29). Le psychiatre et le médecin spécialisé en toxicomanie doivent donc travailler en étroite collaboration et dans un respect mutuel, sinon le traitement risque d'échouer.

La contribution du psychiatre généraliste au traitement du médecin souffrant de toxicomanie peut se révéler inestimable de bien d'autres façons : il peut offrir une aide psychothérapique lorsque le médecin souffre de traumatismes et de conflits infantiles irrésolus; il peut aider à résoudre les difficultés conjugales par une thérapie de couple (30, 31); il peut offrir ou recommander une thérapie à toute la famille, à la lumière du principe que la toxicomanie est une «maladie familiale»; il peut, de plus, offrir du soutien aux stagiaires des écoles de médecine ou aux résidents aux prises avec la pharmacodépendance, ou intervenir en leur faveur; il peut assumer un rôle de liaison dans le milieu de travail du médecin malade en agissant comme consultant auprès de l'administration de l'hôpital, de la direction de la clinique, du programme ou de l'organisme de réglementation professionnelle; enfin, il peut jouer un «rôle de pompier» et rendre la vie du médecin plus facile en combattant les préjugés, en offrant des sessions de sensibilisation au problème au personnel sur place, en se montrant rassurant et en veillant au respect de la confidentialité et de la vie privée des personnes en cause.

Médecins souffrant de troubles psychiatriques d'origine non organique

Les médecins ne sont nullement immunisés contre les maladies psychiatriques qui affectent le genre humain. Parmi les plus communes de ces maladies, on remarque les troubles de l'humeur (troubles dépressifs majeurs, dysthymie et troubles bipolaires de l'humeur), les troubles obsessifs-compulsifs, de panique, de stress post-traumatique, de l'alimentation, d'adaptation, de la personnalité, ainsi que d'autres problèmes catalogués dans le *Manuel diagnostique et statistique des maladies mentales* et qui peuvent devenir le point principal du traitement (telles des difficultés conjugales, professionnelles ou scolaires) (9). Chacun de ces problèmes peut être suffisamment aigu ou avoir été ignoré assez longtemps pour rendre le médecin inapte à exercer sa profession.

Bien que l'incidence actuelle de la dépression chez les médecins ne soit pas connue, certaines études ont révélé qu'entre un quart et un tiers des médecins résidents souffrent, à un moment donné de leur formation, d'une dépression clinique (32, 33). La dépression est plus courante chez les femmes (34), y compris les femmes médecins. Des études menées auprès de la population en général révèlent une augmentation des cas de dépression. Le nombre de médecins qui se prescrivent des antidépresseurs demeure inconnu.

Pour bien comprendre la dépression d'un médecin et organiser un plan de traitement adéquat, il faut absolument procéder à une évaluation biopsychosociale complète. À cause des préjugés reliés à la dépression, bon nombre de médecins tardent ou hésitent à demander de l'aide (35). Ils se sentent incompétents, indignes et honteux. Certains d'entre eux ne se rendent pas compte qu'ils souffrent de dépression ou en sous-estiment l'importance. D'autres dissimulent leurs intentions ou projets suicidaires par crainte d'une hospitalisation ou d'une révocation temporaire de leur permis de pratiquer la médecine. C'est parfois pour cette raison que les médecins s'autoprescrivent des médicaments et attendent de se sentir un peu mieux pour consulter leur médecin de famille ou un psychiatre en vue d'une thérapie complémentaire.

Différer un traitement peut être dangereux. Dans certains cas, les symptômes existent depuis des semaines, des mois, voire des années. Ces médecins peuvent accuser des signes de malnutrition, manquer de sommeil, être désespérés ou en proie à des hallucinations : ils ont besoin d'un traitement immédiat et parfois énergique. D'autres peuvent entretenir des idées suicidaires pendant longtemps et accumuler, à cette fin, des échantillons de médicaments dans leur domicile. Les médecins les plus à risque sont les anesthésistes, les intensivistes et ceux qui ont facilement accès aux drogues administrées par voie intraveineuse. On doit donc soigneusement les évaluer pour déceler toute tendance ou tout plan suicidaire. Comme certains médecins sont déjà très malades lorsqu'ils se décident à appeler à l'aide, et qu'ils se sentent profondément incompétents, coupables et terrifiés, il est impératif de les rencontrer sans tarder, de préférence le jour même.

Médecins souffrant de troubles psychiatriques d'origine organique

Toutes les maladies qui influent sur le système nerveux central et qui entraînent des changements au plan de la connaissance, de l'humeur, de la mémoire ou du comportement diminuent nécessairement la qualité du jugement professionnel du médecin. Citons, à titre d'exemple, la perte de capacités causée par l'alcool ou d'autres drogues (médicaments ou drogues illicites), l'organicité associée aux tentatives de suicide au moyen, notamment, d'une surdose de drogues ou par inhalation de monoxyde de carbone, un déséquilibre métabolique, des délires occasionnés par un certain nombre de maladies d'ordre médical ainsi que de la démence associée à la maladie d'Alzheimer, des troubles vasculaires, la maladie de Parkinson, des traumatismes crâniens et des infections à VIH (36).

Le cas d'un médecin âgé qui pourrait être atteint de démence et qui exerce seul et uniquement dans son cabinet, sans être rattaché à un hôpital, peut poser des problèmes. À moins qu'une plainte ne soit portée contre lui, ses symptômes peuvent passer inaperçus, tels que la perte de mémoire, des erreurs, des retards injustifiés, des manquements procéduriers, une mauvaise tenue de dossiers médicaux, des changements d'humeur ainsi qu'un langage et un comportement déplacés (le médecin ayant «dépassé les bornes»). Les principaux collèges des médecins et chirurgiens disposent actuellement de mécanismes d'examen par les pairs qui évaluent le travail des médecins qui ont franchi un certain âge (37).

Les médecins qui présentent des symptômes de déficience d'origine organique doivent subir un examen psychiatrique poussé de même qu'un minutieux examen de leur état mental. Il est essentiel de recueillir de la documentation complémentaire. Il faudrait aussi obtenir une consultation auprès d'un neurologue, qui fera passer les tests diagnostiques nécessaires, et auprès d'un neuropsychologue, qui effectuera des tests psychométriques. Un médecin, dont le travail se situe à un niveau intellectuel assez élevé, peut se sentir menacé ou humilié par l'imposition de tests cognitifs. C'est pourquoi il faut aborder ce sujet avec délicatesse et lui expliquer que, sans ces tests, l'examen ne sera pas complet – et ce afin de protéger ses patients contre tout dommage commis par inadvertance et d'éviter qu'on ne porte atteinte à l'intégrité professionnelle du médecin lui-même (par exemple, que des plaintes soient

déposées au collège de sa province, qu'on l'accuse d'enfreindre les normes ou qu'on engage des poursuites contre lui). Un médecin dont les troubles mentaux d'origine organique sont accompagnés de délire paranoïde doit recevoir les mêmes soins que n'importe quel autre patient, c'est-à-dire l'administration de neuroleptiques allant, au besoin, jusqu'à l'hospitalisation involontaire.

Médecins infectés par le VIH

On doit traiter toute personne atteinte d'une infection à VIH avec compassion et dans le respect absolu des droits, de la vie privée et du secret professionnel (38). Compte tenu du devoir professionnel du médecin de ne jamais faire de tort à ses patients, il faut prévoir des directives applicables dans les cas où le médecin infecté par le VIH soit incapable d'accomplir certains actes médicaux à cause de sa maladie. Selon des données cliniques, l'infection par le VIH n'est pas transmissible par simple contact. Tout médecin atteint d'une maladie contagieuse à diffusion hématogène pouvant faire craindre pour la santé de ses patients devrait être tenu de : 1) consulter un collègue ayant la compétence requise pour le traiter, et 2) consulter un groupe d'experts désignés en ce qui a trait à la nécessité de modifier la portée et les techniques de l'exercice de sa profession et à l'obligation de prendre toute autre précaution indiquée pour protéger le public du risque lié au fait qu'il continue d'exercer malgré sa maladie (39).

Quant à la compétence clinique du médecin, il est tout à fait injustifié de restreindre son privilège d'exercice du seul fait qu'il a contracté le VIH : il faut, pour cela, des preuves qu'il y a perte de capacités. Dans le cas d'un médecin séropositif qui demeure tout à fait compétent et en pleine possession de ses capacités, il serait discriminatoire de limiter son droit d'exercice, d'hospitaliser ses patients ou d'avoir accès à des programmes de formation professionnelle.

Le médecin vivant avec le VIH/sida a droit au même traitement que toute autre personne. L'APC offre divers documents de référence : 1) une bande-vidéo, intitulée *Apprendre à soigner : une introduction à la psychiatrie de la maladie due au VIH*, où on décrit les plans de traitement pharmacologique et psychothérapeutique pour les malades aux prises avec des troubles d'anxiété, d'adaptation ou de l'humeur, un syndrome délirant, un délire aigu, de la démence ou vivant une situation de deuil; 2) un énoncé de principe sur le VIH et le sida (40); 3) une publication intitulée *Le VIH et la psychiatrie : manuel de formation et de référence* (41); et 4) le *Répertoire des conseillers / mentors : infection à VIH et psychiatrie* (42), où sont répertoriés les psychiatres canadiens prêts à aider tout collègue désirant obtenir de l'aide pour ses malades, y compris des médecins atteints du VIH.

Recommandations

1) Tout médecin qui présente des symptômes de maladie mentale devrait être évalué sans tarder, de préférence par un psychiatre qui n'est ni un ami ni un collègue (directives inédites du *British Columbia Physician Support Program*). Quand cela n'est pas possible, par exemple dans une petite communauté, on demandera à un des médecins de la localité de dispenser les soins immédiats en attendant d'obtenir une consultation «à distance» auprès d'un psychiatre d'une localité avoisinante (et peut-être aussi planifier que ce dernier assure le suivi du cas).

2) Le psychiatre doit être conscient que l'évaluation et le traitement d'un médecin-patient revêtent des caractéristiques particulières. En effet, un médecin atteint de maladie mentale a tendance à nier, minimiser et rationaliser ses symptômes et ses agissements. Un psychiatre atteint de maladie mentale peut se sentir comme un imposteur, indigne d'exercer sa profession. Il se peut aussi que des sentiments de culpabilité et de honte viennent déformer l'image. Le succès du traitement risque d'être compromis si le malade est réticent à donner sa permission (ou si le psychiatre hésite à faire des démarches) pour obtenir des renseignements connexes auprès des membres de la famille du malade ou d'autres spécialistes de la santé. Une complicité entre le médecin-patient et le psychiatre peut alors s'établir par inadvertance, entraînant un diagnostic incomplet et un plan de traitement inadéquat.

3) Une évaluation biopsychosociale complète, faite avec empathie, devrait mettre en évidence les éléments suivants : les antécédents des troubles psychiatriques, traités ou non; les antécédents familiaux de maladie mentale; une anamnèse complète, indiquant notamment si le patient a un médecin de famille qu'il consulte de façon officielle (par opposition aux consultations de corridor et aux consultations téléphoniques auprès de spécialistes); tous les antécédents en matière de consommation d'alcool et d'autres drogues; les questions de suicide et d'homicide; une évaluation du comportement au travail, à la maison et dans la communauté; des questions relatives à l'éthique et au comportement professionnel du médecin auprès de ses patients.

4) Un psychiatre qui soigne un collègue ne doit jamais se laisser influencer par le statut professionnel de ce dernier, et son jugement critique ne doit pas en être affecté. Autrement dit, si le médecin est gravement malade et que son état requiert l'hospitalisation (volontaire ou forcée) ou qu'on doive traiter sa pharmacodépendance en établissement, il doit être hospitalisé. Dans le passé, trop de médecins ont vu leur maladie s'aggraver au point où ils se sont fait du mal (allant jusqu'au suicide) ou ont fait du mal à d'autres personnes, alors qu'ils avaient eux-mêmes be-

soin de protection. Le collège des médecins et chirurgiens de la province du médecin malade doit être prévenu de l'état de ce dernier, en vertu du *Medical Practitioners' Act* (loi sur les médecins). Afin de protéger la vie privée du médecin, le psychiatre traitant ne devrait pas faire admettre son patient dans un hôpital auquel ce dernier est rattaché. En offrant de la formation au personnel infirmier et auxiliaire sur la façon de traiter un médecin hospitalisé, on pourra atténuer l'anxiété ainsi que les risques de passage à l'acte et aider le personnel à agir à la fois avec compassion et fermeté.

5) Pour le traitement d'un médecin aux prises avec des troubles de comportement d'ordre juridique, sexuel ou déontologique, il faudrait prévoir la participation de médecins spécialisés, notamment en psychiatrie médico-légale ou en déontologie. Il serait bon aussi d'établir un plan de traitement plus complet, spécialisé et pluridisciplinaire, dépassant les compétences du psychiatre généraliste.

6) La réadaptation d'un médecin exige que le psychiatre traitant ait acquis la compétence nécessaire pour juger quand son patient souffre d'invalidité totale ou partielle et quand il est apte à reprendre sa pratique. Il est vrai que le travail peut avoir des effets thérapeutiques, sauf si le médecin n'est pas encore guéri ou si son travail le met à risque d'une rechute. Par contre, ce n'est guère mieux de dorloter le médecin, ni de lui administrer un traitement qui n'est pas assez énergique : le malade risquerait de perdre confiance en sa capacité de reprendre la pratique de la médecine, même avec une formation médicale continue et des cours de perfectionnement. Le psychiatre traitant doit aussi être conscient que certains médecins-patients iront jusqu'à prétendre souffrir de certains troubles ou simuler une maladie s'ils sont à la recherche de drogues ou d'une compensation financière, ou s'ils font face à des accusations criminelles. Dans de tels cas, il est tout indiqué d'aller chercher l'avis d'un autre psychiatre ou d'un conseiller en réadaptation.

7) Le psychiatre traitant doit exhorter le médecin-patient à se trouver un médecin de famille le plus vite possible. Conscient des difficultés que cela représente pour son patient, le psychiatre doit être prêt à l'aider à trouver un omnipraticien qui lui inspire à la fois respect et confiance et qui accepte volontiers de traiter ses confrères.

8) Le respect du secret professionnel revêt une importance capitale dans le traitement d'un médecin. N'oublions pas que ce dernier aura été témoin de divulgation de renseignements confidentiels depuis ses années comme étudiant en médecine. Le psychiatre traitant doit s'attendre à répondre à une foule de questions de la part de son patient, à savoir ce qui sera consigné au dossier et ce qui ne le sera pas; qui sera autorisé à consulter le dossier; si les dossiers sont gardés sous clé; si un parent ou un proche du psychiatre (qui connaît le patient ou des membres de sa famille) travaille au cabinet de ce dernier ou est responsable de la facturation; les renseignements que contiennent les rapports rédigés à l'intention des compagnies d'assurances (le psychiatre ne doit, en aucun cas, remettre une photocopie du dossier clinique d'un patient à une compagnie d'assurances); quelles données sont informatisées, et lesquelles ne le sont pas; si un rapport de la consultation sera envoyé au médecin qui a recommandé cette consultation (à moins que le médecin-patient ne soit venu de son propre chef); et, enfin, la nature des rapports qu'entretient le psychiatre traitant avec le collège des médecins et chirurgiens de la province. Le psychiatre doit éviter de se placer dans une situation de conflits d'intérêts en traitant, par exemple, une personne qui est sous sa supervision, en évaluant les troubles psychiatriques d'un de ses employés ou en traitant à la fois le plaignant et l'accusé d'une cause relative à un bris de respect des frontières d'une relation entre un médecin et son patient (43). Un médecin qui décide de lui-même de consulter un psychiatre et qui n'a aucun problème avec le collège des médecins et chirurgiens de sa province n'aura pas la même sorte de relation avec le psychiatre que celui qui a maille à partir avec le collège. Dans un cas comme celui-là, la relation du psychiatre et du médecin-patient s'inscrit dans un contexte disciplinaire et le psychiatre a alors une plus grande responsabilité envers le public que dans le premier cas (44). De plus, on s'attend à ce que le psychiatre prête assistance au collège en fournissant des renseignements sur le diagnostic, des rapports de suivi, des évaluations de la stabilité post-thérapeutique du malade de même que son opinion sur la nécessité d'un suivi permanent.

9) Il faudrait que, dans toutes les provinces, des psychiatres siègent aux comités voués au bien-être des médecins, ou du moins y agissent comme conseillers. Cela non seulement stimulerait le respect intercollégial à l'égard des intervenants en toxicomanie, mais aiderait les médecins atteints de maladie mentale à recevoir des soins complets plus rapidement, soit en leur offrant une consultation ou en les dirigeant vers une personne-ressource de leur communauté. Cette aide doit aussi s'étendre aux membres de la famille du médecin présentant des symptômes : il arrive trop souvent à ces derniers de se sentir mis à l'écart, déconcertés et effrayés.

10) On devrait organiser des groupes de soutien, à l'échelle provinciale, pour les psychiatres qui traitent des médecins. Il s'agit d'un travail ultra-spécialisé, qui évolue constamment et qui peut parfois devenir très intense et complexe (par exemple, un médecin-patient qui sèmerait la discorde au sein de l'équipe traitante, serait d'humeur procédurière ou se suiciderait).

11) L'APC s'est engagée à promouvoir la recherche sur les médecins souffrant de troubles de santé mentale, et ce par l'entremise de ses différents conseils et sections, de son assemblée générale annuelle et de ses publications. Les médecins atteints de maladie mentale plutôt que physique et dont les capacités ne sont aucunement affaiblies ne devraient pas faire l'objet de discrimination de la part des collèges provinciaux des médecins et chirurgiens (c'est-à-dire les organismes de réglementation professionnelle), ni de la part des hôpitaux, des écoles de médecine ou autres établissements qui recrutent des médecins.

Références

1. Arboleda-Florez J. The mentally ill physician: the position of the Canadian Psychiatric Association. Can J Psychiatry 1984;29:55–9.
2. Lloyd S, Streiner D, Shannon S. Burnout, depression, life and job satisfaction among Canadian emergency physicians. J Emerg Med 1994;12:559–65.
3. Sutherland VJ, Cooper CL. Identifying distress among general practitioners: predictors of psychological ill-health and job satisfaction. Soc Sci Med 1993;37:575–81.
4. Brown JB. Female family doctors: their work and well-being. Fam Med 1992;24:591–5.
5. Brooke D, Edwards G, Taylor C. Addiction as an occupational hazard: 144 doctors with drug and alcohol problems. British Journal of Addiction 1991;86:1011–6.
6. Ferris LE, Mackinnon SE, Mizgala CL, McNeill I. Do Canadian female surgeons feel discriminated against as women? Can Med Assoc J 1996;154:21–7.
7. Grant D. US report on violence in the medical workplace may hold lessons for Canadian MDs. Can Med Assoc J 1995;153:1651–2.
8. Lamberg L. Sleepworking: health professionals make more errors on night shifts. American Medical News 1995;November 6:11–3.
9. Robb N. University acknowledges special risks, introduces drug program for anesthetists. Can Med Assoc J 1995;153:449–52.
10. Donaldson LJ. Sick doctors. BMJ 1994;309:557–8.
11. Fleming MF. Physician impairment: options for intervention. Am Fam Physician 1994;50:41–4.
12. Galanter M, Talbott D, Gallegos K, Rubenstone E. Combined Alcoholics Anonymous and professional care for addicted physicians. Am J Psychiatry 1990;147:64–8.
13. Myers MF. Practising medicine in Canada: what's happening to us and our families? British Columbia Medical Journal 1995;37:409–12.
14. Hickson GB, Clayton EW, Entman SS, Miller CS, Githens PB, Whetten-Goldstein K, and others. Obstetricians' prior malpractice experience and patients' satisfaction with care. JAMA 1994;272:1583–7.
15. St-Amand J. Medicolegal nightmare: a tragic case, a needless trial. Can Med Assoc J 1993;148:806–9.
16. Bok S. Impaired physicians: what should patients know? Camb Q Healthc Ethics 1993;2:331–40.
17. Gramelspacher GP, Miles SH, Cassel CK. When the doctor has AIDS. J Infect Dis 1990;162:534–7.
18. 43% of MD's consider leaving medicine. British Columbia Health Care News 1994;5:1.
19. Federation of State Medical Boards. A guide to the essentials of a modern medical practice act. 7th ed. Fort Worth (TX): Federation of State Medical Boards; 1994.
20. Myers MF. The psychiatrist's role in the management of impaired colleagues. Directions in Psychiatry 1995;15:1–8.
21. Moscarello R, Margittai KJ, Rossi MF. Differences in abuse reported by female and male Canadian medical students. Can Med Assoc J 1994; 150:357–63.
22. Cook DJ, Liutkus JF, Risdon CL, Griffith LE, Guyatt GH, Walter SD. Residents' experiences of abuse, discrimination, and sexual harassment during residency training. Can Med Assoc J 1996;154:1657–65.
23. Myers MF. Abuse of residents: it's time to take action. Can Med Assoc J 1996;154:1705–8.
24. Myers MF. Fighting stigma: how to help the doctor's family. In: Fink PJ, Tasman A, editors. Stigma and mental illness. Washington (DC): American Psychiatric Press; 1992. p 139–50.
25. Talbott GD, Gallegos KV, Wilson PO, Porter TL. The Medical Association of Georgia's Impaired Physicians' Program: review of the first 1000 physicians. JAMA 1987;257:2927–30.
26. Brewster J. Prevalence of alcohol and other drug problems among physicians. JAMA 1987;255:1913–20.
27. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. JAMA 1990;264:2511–8.
28. el-Guebaly N. Substance use disorders and mental illness: the relevance of comorbidity. Can J Psychiatry 1995;40:2–3.
29. Myers MF. Doctors' marriages: a look at the problems and their solutions. 2nd ed. New York: Plenum; 1994.
30. Gabbard GO, Menninger RW. Medical marriages. Washington (DC): American Psychiatric Press; 1988.
31. Reuben DB. Depressive symptoms in medical house officers. Arch Intern Med 1985;145:286–8.
32. Hsu K, Marshall V. Prevalence of depression and distress in a large sample of Canadian interns, residents, and fellows. Am J Psychiatry 1987;144:1561–6.
33. Wolk SI, Weissman MM. Women and depression: an update. In: Oldham JM, Riba MB, editors. Review of psychiatry, volume 14. Washington (DC): American Psychiatric Press; 1995. p 227–59.
34. Myers MF. Physicians living with depression [videotape]. The Committee on Physician Health, Illness, and Impairment of the American Psychiatric Association, sponsor. Washington (DC): American Psychiatric Press; 1996.
35. Rzepkowski N. Report from an HIV-positive physician. Semin Neurol 1992;12:141–6.
36. Office Medical Practice Peer Review. College of Physicians and Surgeons of British Columbia policy manual. 1995.
37. Commission on AIDS. Interim guidelines regarding psychiatrists who are HIV infected. Am J Psychiatry 1991;148:822.
38. Communicable diseases in physicians. College Quarterly. College of Physicians and Surgeons 1994;6(Fall):5.
39. Peterkin A, Chuang H, Etkin M, Fitzpatrick S, DeRoche P, Lefèbrve A, and others. HIV disease. Can J Psychiatry 1996;41:595.
40. Brouillette M-J, Citron K, editors. HIV & psychiatry: a training and resource manual. Ottawa: Canadian Psychiatric Association; 1997.
41. Canadian Psychiatric Association Working Group on HIV Disease and Psychiatry. Consultant/Mentor directory: HIV disease and psychiatry. Ottawa: Canadian Psychiatric Association; 1995.
42. Gabbard GO, Nadelson C. Professional boundaries in the physician-patient relationship. JAMA 1995;273:1445–9.
43. Walzer RS, Miltimore S. Mandated supervision, monitoring, and therapy of disciplined health care professionals. J Leg Med 1993;14:565–96.