



## Le médecin souffrant de maladie mentale: questions d'évaluation, de traitement et de défense des intérêts

Michael F. Myers, MD, DLFAPA, DFCPA<sup>1</sup>; Alison Freeland, BSc, MD, FRCP(C), FCPA<sup>2</sup>

*Le présent énoncé de principe a été révisé intégralement en collaboration avec le Comité des normes professionnelles et de la pratique de l'Association des psychiatres du Canada (APC) et a été approuvé aux fins de réédition par le conseil d'administration de l'APC, le 8 avril 2019. L'énoncé de principe original<sup>1</sup>, désormais un document de référence historique, a été initialement approuvé par le conseil d'administration le 4 octobre 1996.*

### Introduction

L'une des responsabilités fondamentales de la profession médicale est l'engagement à veiller à sa propre santé et à soutenir ses pairs<sup>2</sup>. Cela comporte des obligations: accorder de la valeur à sa santé et son bien-être personnel, préconiser une culture de la formation et de la pratique qui soutient les collègues dans le besoin et leur répond efficacement, responsabiliser les médecins à chercher de l'aide pour améliorer leur bien-être physique, mental et social, et soutenir les changements visant à éliminer les obstacles individuels et systémiques à la santé et au bien-être des médecins. En outre, l'importance de ces mesures sur les résultats des soins de santé des patients a été clairement énoncée dans le quadruple objectif mis de

l'avant par l'Institute for Healthcare Improvement (IHI)<sup>3</sup> qui veut faire progresser l'expérience des patients et optimiser le rendement du système de santé. L'IHI a ajouté le but d'améliorer la vie au travail des professionnels de la santé, en abordant entre autres l'épuisement professionnel et en favorisant la joie au travail, ce qui serait la clé pour améliorer les résultats pour les patients.

De concert avec ces objectifs, l'Association des psychiatres du Canada (APC) s'est engagée à ce que les médecins souffrant de maladie mentale reçoivent des soins complets et compatissants. Cela signifie faire en sorte que les normes de confidentialité, l'identification de la maladie, le diagnostic précoce, le traitement fondé sur

<sup>1</sup> Professeur, psychiatrie clinique, vice-président sortant, éducation et directeur de la formation, SUNY Downstate Medical Center, Brooklyn, New York; membre du conseil consultatif, Comité pour la santé des médecins, Medical Society of the State of New York; ancien président, Association des psychiatres du Canada.

<sup>2</sup> Vice-présidente, qualité, éducation et relations avec les patients, Trillium Health Partners, Mississauga, Ontario; doyenne associée, éducation médicale (régionale), faculté de médecine, Université de Toronto; professeure agrégée, département de psychiatrie, Université de Toronto, Toronto, Ontario.

© Association des psychiatres du Canada 2019, Tous droits réservés. Le présent document ne peut être reproduit intégralement ou en partie sans l'autorisation écrite de l'APC. Les observations des membres seront bien accueillies et seront présentées au conseil ou comité approprié de l'APC. Prière d'adresser toute correspondance ou demande d'exemplaires au Président, Association des psychiatres du Canada au 141, avenue Laurier Ouest, bureau 701, Ottawa ON K1P 5J3; téléphone: 613-234-2815; télécopieur: 613-234-9857; courriel. Email: president@cpa-apc.org. N° de référence 2019-60.

**Citation suggérée:** Myers MF, Freeland A. Le médecin souffrant de maladie mentale : questions d'évaluation, de traitement et de défense des intérêts. Can J Psychiatry. 2019;64(ISS):PP—PP.

**Note:** L'Association des psychiatres du Canada a comme politique de réviser chaque énoncé de principe, déclaration de politique et guide de pratique clinique tous les cinq ans après la publication ou la dernière révision des documents. Tout document qui a été publié plus de cinq ans auparavant et dans lequel il n'est pas mentionné explicitement qu'il a été révisé ou conservé à titre de document officiel de l'APC, soit révisé ou tel que publié à l'origine, doit être considéré comme un document de référence historique uniquement.

des données probantes, la réhabilitation et le rétablissement, qui sont essentiels à tout bon traitement psychiatrique, soient appliqués également aux médecins et nuancés pour répondre à leurs besoins particuliers. Compte tenu du lien étroit entre le bien-être du médecin et la compétence à bien exercer la médecine, l'APC prend la position suivante:

1. Il faut qu'au sein de la communauté des soins de santé l'accent soit mis constamment sur l'amélioration du bien-être des médecins et du bien-être en général.
2. Les organisations qui encadrent la formation, la pratique, le permis d'exercice et l'accréditation des médecins créent des processus afin d'éduquer, de soutenir et de défendre la santé mentale pour les médecins.
3. Un plaidoyer continu fait la promotion de l'équité et de l'équilibre entre préserver l'autonomie et la confidentialité des médecins, et restreindre le permis d'exercice si nécessaire, afin de ne pas léser leurs patients.
4. Il y a des possibilités permanentes de recherche et d'éducation liées à l'élaboration d'approches fondées sur des données probantes pour le traitement des médecins souffrant de maladie mentale.

Cet énoncé de principe présente quelques enjeux actuels de la santé mentale des médecins, en ce qui a trait au bien-être, à la prévention, au diagnostic, à la stigmatisation, et à l'exhaustivité des approches de traitement, en plus d'offrir une sélection de références pertinentes aux cliniciens qui traitent ces patients. Grâce à une sensibilisation accrue, les initiatives de défense des intérêts entreprises par des cliniciens et des organismes de santé mentale au nom des médecins du Canada sont plus susceptibles de réussir.

## 1) Bien-être des médecins

Constatant un manque de clarté et d'uniformité conceptuelle dans la définition et la mesure du bien-être des médecins, Brady et coll.<sup>4</sup> ont proposé ce qui suit: le bien-être du médecin est défini par la qualité de vie, qui comprend l'absence de mal-être et la présence de bien-être positif physique, mental et intégré, éprouvé en lien avec des activités et des environnements qui permettent au médecin de développer pleinement son potentiel, tant dans le domaine personnel que professionnel.

À l'échelle nationale, l'Association médicale canadienne (AMC) prône la santé et le bien-être des médecins durant

leur cycle de vie au moyen du leadership et de la défense des intérêts, et sous l'angle des responsabilités partagées – de « l'individuel » au « systémique » – en insistant particulièrement sur les initiatives au niveau du système<sup>5</sup>. L'AMC énumère une série de facteurs qui peuvent contribuer à troubler le bien-être et amener la maladie chez les médecins: des milieux de travail perturbateurs, une autonomie restreinte, de lourdes charges de travail, de longues heures et de la fatigue, des atteintes à la conciliation travail-vie privée, des problèmes financiers, des attentes élevées, de la stigmatisation, et les influences au sein de la culture médicale<sup>5</sup>.

Le besoin d'une approche de santé publique pour faire prospérer et assurer le bien-être des médecins a été clairement exprimé<sup>6</sup>. Le domaine de la prévention primaire examine l'environnement de la formation et du milieu de travail; la prévention secondaire désigne les personnes à risque et la reconnaissance précoce de celles-ci; la prévention tertiaire définit le traitement de santé mentale, en améliorant l'accès aux professionnels et aux programmes dédiés de traitement de santé mentale.

## 2) Incapacité chez les médecins

Un médecin peut souffrir de maladie mentale sans que ses capacités professionnelles soient pour autant perturbées. Les médecins ont une obligation éthique de maintenir leur capacité de dispenser des soins aux patients de manière sécuritaire et sont considérés être des « médecins souffrant d'incapacité » lorsqu'ils n'arrivent pas à le faire en raison d'un trouble physique et mental, ou d'une blessure<sup>7</sup>. Déterminer si un médecin est incapable ou non exige du médecin traitant d'évaluer et de diagnostiquer la maladie, et de déterminer l'effet de la maladie sur la compétence à pratiquer. En outre, des pratiques juridiques et réglementaires traitent la distinction entre capable et incapable comme si elle était binaire et pourtant, les symptômes de la maladie et leur effet sur le fonctionnement professionnel existent sur un spectre<sup>8</sup>. Les comportements qui devraient constituer un avertissement, comme la négligence de la pratique ou de la documentation, les changements inexplicables des relations avec les autres, de l'apparence, de l'horaire de travail, et de la qualité du travail peuvent s'aggraver. Ils peuvent devenir des transgressions de limites, des actions contraires à l'éthique ou illégales, et des fautes médicales.

Les psychiatres ayant les connaissances et l'expérience<sup>8</sup> requises peuvent se faire demander de mener une évaluation de l'aptitude à exercer ou de l'aptitude au travail d'un médecin. Ces évaluations sont indépendantes et ne peuvent être effectuées par le psychiatre traitant ou

tout psychiatre qui peut être en conflit d'intérêts avec la personne. Des lignes directrices et des ressources documentaires sont offerts<sup>9,10</sup> afin d'assurer une évaluation complète, sensible et juste.

### 3) Épuisement professionnel

Bien que l'épuisement professionnel ne fasse pas partie de la liste des diagnostics du DSM-5, la 10<sup>e</sup> édition de la Classification internationale des maladies<sup>11</sup> en fait mention. En raison de sa prévalence élevée (environ 50 pour cent des médecins), c'est une entité qui peut déclencher une visite à un professionnel de la santé. Il a d'abord été défini dans les années 1970 par Freudenberg<sup>12</sup>. Il comprend les trois éléments suivants: l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et la diminution du sentiment d'accomplissement personnel chez les professionnels de sciences humaines<sup>13</sup>. Il est plus fréquent lorsque le stress lié au travail est élevé et que l'autonomie (ou l'influence) est faible. L'épuisement professionnel a beaucoup été étudié chez les étudiants en médecine, les résidents et les médecins au-delà de leurs années de formation<sup>14-16</sup>. Les études explorant les différences de prévalence entre les sexes ne sont pas concluantes<sup>17</sup>. D'autres études varient à déterminer quelles spécialités ont les taux les plus élevés, à l'exception des soins de première ligne dont les taux sont invariablement élevés<sup>17</sup>. L'épuisement professionnel comporte des aspects physiologiques, comportementaux, psychologiques, spirituels et cliniques<sup>18</sup>. Il prend racine en milieu de travail et à ce titre, contrairement à la dépression, c'est un syndrome professionnel.

L'épuisement professionnel semble être moins sujet à la stigmatisation que la dépression. Les médecins sont plus enclins à parler ouvertement d'être aux prises avec l'épuisement professionnel, alors qu'ils révèlent rarement souffrir de dépression. Toutefois, comme la dépression, l'épuisement professionnel a d'importantes répercussions : une augmentation d'erreurs autodéclarées, de l'attrition et de la rotation du personnel au travail, de la perte d'empathie envers les patients. Une réduction de la satisfaction et de l'observance du traitement chez les patients peuvent aussi être observés<sup>16</sup>. Il est également lié au suicide dans certaines études<sup>19</sup>.

On estime que l'épuisement professionnel est distinct de la dépression<sup>20</sup>, mais il y a beaucoup de chevauchement des symptômes et des comportements en milieu de travail. Il est souvent comorbide avec les troubles d'utilisation de substances, les troubles anxieux, le trouble de stress post-traumatique (TSPT) et les difficultés relationnelles. Poser le ou les diagnostics appropriés est impératif parce que les

traitements sont différents. Il existe de nombreux exemples de médecins qui ont conclu à tort à un épuisement professionnel, qui ont quitté leur emploi ou ont suivi une formation dans une autre spécialité ou encore ont délaissé la médecine complètement pour se rendre compte qu'ils se sentaient encore malheureux, amorphes ou fatigués à cause d'un trouble de l'humeur non détecté.

Il ne semble pas y avoir présentement de données probantes qui soutiennent des lignes directrices spécifiques pour traiter l'épuisement professionnel. Étant donné ses fondements complexes et ses multiples facteurs contributifs, les cliniciens adoptent une approche individualisée du traitement qui comprend le counselling en matière de bien-être, la psychoéducation, les stratégies de gestion du stress, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), la surveillance de l'apparition de troubles liées à l'usage de substances et d'une maladie mentale. Les stratégies de prévention, notamment l'enseignement du bien-être au médecin dans le cadre du programme d'études de la formation médicale et du perfectionnement professionnel continu sont de plus en plus prévalentes. Il faudra plus de recherche pour déterminer l'effet de ces stratégies sur la santé mentale globale du médecin.

### 4) Troubles anxieux et de l'humeur

Bien qu'elles soient des entités cliniques distinctes, la dépression et l'anxiété sont communes et souvent comorbides chez les médecins<sup>21</sup>. Durant la formation, les taux de dépression augmentent substantiellement<sup>22,23</sup>. La prévalence de la dépression ou des symptômes dépressifs chez les étudiants en médecine a été estimée à 27,2 pour cent dans une étude de méta-analyse<sup>24</sup>, et à 28,8 pour cent dans une étude semblable chez les résidents<sup>25</sup>. Les médecins en début de carrière déclarent des taux plus élevés d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et d'épuisement professionnel que leurs pairs<sup>14</sup>. Un récent sondage de l'AMC a conclu que sur 3 médecins, 1 avait un résultat positif au dépistage de la dépression<sup>26</sup>. La recherche sur les troubles anxieux chez les médecins est moins solide et elle est compliquée par différents instruments d'évaluation, mais au moins une étude plus ancienne menée auprès d'étudiants en médecine signale des taux plus élevés de traits anxieux et de symptômes d'anxiété comparativement à la population générale<sup>23</sup>.

Tous les médecins qui présentent des troubles anxieux et/ou dépressifs nécessitent une évaluation approfondie, y compris l'utilisation d'échelles d'évaluation des symptômes. Les facteurs psychosociaux contributifs

doivent être soigneusement recherchés. Il faut s'appliquer à comprendre certaines des pressions qui incombent spécifiquement aux médecins, dont les enjeux propres aux systèmes de santé qui influent sur le sentiment d'autonomie personnelle du médecin dans la façon de pratiquer. Les systèmes de santé sont de plus en plus directifs au chapitre de la prestation des soins, et les changements de la perception et de la valeur de l'étendue de la pratique des médecins sont des facteurs complexes à prendre en compte dans les traitements et les soins qui leur sont dispensés.

La prévalence de la maladie bipolaire chez les médecins comparativement à la population générale n'est pas claire. Tel qu'il en est le cas pour l'âge de présentation dans la population générale, le trouble bipolaire I peut apparaître sous la forme d'un épisode maniaque chez un étudiant en médecine ou un résident. Ceci entraîne habituellement un retard dans l'achèvement de la formation. Un diagnostic ultérieur de trouble bipolaire I ou II chez un médecin ayant des antécédents de trouble dépressif majeur se rencontre aussi cliniquement, et peut être difficile à différencier d'un trouble de l'humeur dû à une autre affection médicale ou encore d'un trouble de l'humeur induit par une substance ou d'un diagnostic comorbide distinct de l'usage de substance. Une fois le diagnostic posé, la récurrence de la manie est répandue, et une étude indique un taux de récurrence de 36 pour cent chez les médecins bipolaires inscrits dans un programme de surveillance des milieux de travail professionnels canadiens<sup>27</sup>.

## 5) Troubles liés à une substance

Les taux des troubles liés à une substance chez les médecins sont d'environ 15 pour cent comparé à 13 pour cent dans le grand public<sup>28</sup>. Les médecins sont plus susceptibles de faire mauvais usage des médicaments prescrits que les non-médecins, habituellement en s'auto-médicamentant à l'aide de leur propres ordonnances<sup>29</sup>. Même si l'alcool demeure la substance la plus fréquemment abusée par les médecins, l'abus d'autres drogues (tant brevetées qu'illicites) varie selon l'âge, le stade de la formation ou de la pratique médicale, l'accessibilité et le domaine de la médecine. En raison de la longue durée du problème d'alcool ou de l'utilisation de drogues avant qu'un diagnostic ne soit posé, la tendance peut commencer à la faculté de médecine ou durant la résidence. Les étudiants traitent alors leur stress, leur épuisement professionnel, leur anxiété ou leur dépression à l'aide d'alcool, de médicaments prescrits ou de drogues. L'excuse classique est de rationaliser leur consommation en évoquant une norme sociétale ou

simplement un moyen de s'adapter à une période difficile de leur évolution professionnelle comme médecin. Malgré l'éducation et les connaissances des stagiaires au sujet des fondements génétiques et psychologiques des troubles familiaux de l'utilisation de substances, bon nombre d'entre eux ne peuvent pas saisir leur propre vulnérabilité et ils en ignorent les signaux d'alarme avant-coureurs.

Le traitement médicamenteux du trouble de l'usage de l'alcool (TUA) est désormais une pratique fondée sur des données probantes. Les patients souffrant d'un TUA dont le but est de réduire la consommation d'alcool ou de parvenir à l'abstinence devraient se faire offrir un agent contre l'état de manque comme la naltrexone ou l'acamprosate. Bien qu'aucune recherche ne porte spécifiquement sur les résultats de l'usage de ces médicaments chez les médecins, leur bénéfice a été établi pour la population générale, on devrait donc envisager l'utilisation pour traiter les patients médecins.

À l'instar de la population générale, les troubles de l'usage de substances accompagnent souvent des maladies mentales. Il est essentiel de procéder à une évaluation minutieuse s'assurer que les troubles comorbides soient détectés et traités.

## 6) Trouble de stress post-traumatique (TSPT)

Le TSPT est non seulement diagnostiqué plus couramment aujourd'hui que par le passé, mais il y a aussi un plus grand nombre de publications à ce sujet dans la littérature sur la santé des médecins<sup>30-34</sup>. Il semblerait que les médecins aient été l'objet de traumatismes depuis des décennies, mais que ceux-ci n'aient pas été reconnus ni même acceptés comme étant légitimes, sous prétexte d'une présomption sociétale voulant que les professionnels de la santé soient formés à être insensibles aux agressions physiques et psychologiques qui surviennent dans le travail clinique<sup>35</sup>. On comprend mieux maintenant l'impact de l'exposition à un traumatisme chez les professionnels de la santé. Les chirurgiens traumatologues, les chirurgiens oeuvrant auprès des grands brûlés, les médecins urgentologues, les spécialistes des soins intensifs, et les psychiatres y sont particulièrement vulnérables, mais en fait, aucune discipline de la médecine n'y est immunisée, surtout quand il s'agit d'un traumatisme par personne interposée (soi-disant de deuxième victime)<sup>36</sup>. En outre, étudiants en médecine<sup>37,38</sup> et résidents<sup>39</sup> peuvent être traumatisés non seulement par le travail clinique qu'ils effectuent, mais par leurs professeurs<sup>40</sup>. Le TSPT peut être comorbide

avec un usage d'alcool symptomatique et un autre abus de drogue chez les médecins, et il est souvent négligé, alors que les médecins se débattent avec leur rétablissement. Il n'est souvent alors abordé que lorsque le traitement est déjà bien avancé ou que l'abstinence est atteinte<sup>41</sup>.

À l'instar de la population générale, les médecins peuvent être traumatisés par des stressors non cliniques qui surviennent dans leur vie personnelle<sup>32,33</sup>. Des traumatismes de l'enfance ou de l'adolescence non résolus (sous forme d'abus physique, sexuel, ou d'intimidation) peuvent se réactiver chez le médecin adulte, soit par un traumatisme non clinique ou par des expériences en milieu de travail. Le fait de s'assurer d'une anamnèse détaillée des antécédents traumatiques éclairera la compréhension des facteurs contributifs au TSPT. Ceci optimisera par conséquent le plan de traitement pour y remédier. Malgré une compréhension plus poussée des traumatismes adultes (dont le harcèlement sexuel, l'agression et la violence conjugale) et une plus grande exposition à ces concepts dans le cadre des programmes d'études de la formation médicale, il demeure souvent difficile pour les hommes et femmes médecins de divulguer qu'ils sont ou ont été victimisés en raison du sentiment de honte et de faible estime de soi associé à ces événements.

## 7) Trouble cognitif léger

La question du déclin cognitif chez les médecins vieillissants demande un examen minutieux. La présence d'un trouble cognitif léger (TCL) peut entraver la capacité du médecin actif d'admettre qu'il n'est plus capable de pratiquer en toute sécurité. À ce titre, la reconnaissance de ce problème par les collègues et les organismes de réglementation est essentielle pour faire en sorte que les évaluations appropriées s'effectuent, afin de protéger les patients et le médecin<sup>42</sup>. Un dépistage spécialisé, une évaluation, une planification, une réhabilitation et un suivi sont nécessaires pour déterminer si et comment le médecin souffrant d'un trouble cognitif léger peut continuer à exercer avec des restrictions de durée d'exercice et, potentiellement, avec des limites imposées à l'étendue de la pratique<sup>43</sup>.

## 8) Comportement perturbateur du médecin

Le professionnalisme et la collégialité étant maintenant considérés comme des compétences nécessaires à tout médecin en exercice, le comportement perturbateur chez des médecins attire de plus en plus l'attention. Les processus d'identification et de signalement de ces

comportements constituent désormais un pilier de la plupart des organismes de réglementation, comme par exemple, Le Collège des médecins et chirurgiens de l'Ontario<sup>44</sup>.

Tout médecin qui présente un profil de comportement perturbateur nécessite une évaluation complète pour faire en sorte de bien détecter la présence contributive d'une maladie mentale ou d'un trouble lié à des substances, car médecins-patients peuvent se faire étiqueter trop rapidement du qualificatif de « personnalité difficile », ce qui fait négliger les maladies nécessitant un traitement. Reynolds<sup>45</sup> exhorte à la prudence quand il s'agit de cataloguer les médecins, en particulier si le comportement perturbateur est situationnel et qu'il est ni envahissant, ni profond ou résistant au changement.

Le traitement fructueux d'un médecin perturbateur est ancré dans une compréhension systémique des forces qui contribuent à ses comportements, dont toute maladie mentale, et à leur amélioration<sup>46</sup>.

## 9) Le médecin suicidaire

On estime qu'entre 300 et 400 médecins meurent par suicide chaque année aux États-Unis. Au Canada, les taux n'ont pas été systématiquement mesurés. Les hommes médecins ont des taux légèrement plus élevés que les hommes en général. Les taux des femmes médecins sont 3 à 4 fois plus élevés que ceux des autres femmes<sup>47,48</sup>. De 85 à 90 pour cent des personnes qui meurent par suicide ont vécu avec une maladie mentale. Cela s'applique également aux médecins mais dans une étude qualitative par entrevues auprès de familles dont un membre médecin est décédé par suicide, environ 10 à 15 pour cent des personnes décédées n'ont reçu aucun traitement<sup>49</sup>.

Il est établi que le fait de traiter des cliniciens porte à se méfier de faire des exceptions ou de traiter le médecin différemment des autres patients qui présentent des idées suicidaires. Il y a souvent une réticence accrue à hospitaliser involontairement un collègue contre son gré dans un milieu hospitalier pour sa sécurité, ce qui peut augmenter le risque de suicide. Pour les médecins patients dans cette situation, il importe encore plus d'aborder directement avec eux les appréhensions qu'ils peuvent avoir au sujet de l'impact éventuel sur leur permis et leur capacité d'exercice.

## 10) Programmes de santé des médecins

Les cliniciens peuvent se voir référer, par un programme provincial de santé des médecins, un médecin souffrant de



maladie mentale et/ou de toxicomanies afin de l'évaluer et/ou de le traiter. Ces programmes sont conçus spécifiquement pour répondre aux besoins des médecins, quand la maladie ou la toxicomanie a une incidence sur leur vie professionnelle, causant des problèmes avec les collègues, les superviseurs ou les patients et les familles. Avec la coopération du médecin concerné, le programme de santé des médecins élabore un plan de traitement qu'il supervise et surveille sous forme de contrat avec le médecin. Ce contrat, qui peut être valide plusieurs années, peut exiger des dépistages urinaires ou d'autres analyses, la fréquentation des Alcoolistes Anonymes ou des Narcotiques Anonymes ou d'autres activités de soutien par les pairs, un suivi psychiatrique régulier, un traitement selon l'indication, et une surveillance au lieu de travail qui fait souvent appel aux administrateurs médicaux de l'hôpital et aux départements de ressources humaines. Les psychiatres et autres cliniciens qui acceptent de participer à ce type de contrat de traitement devraient s'assurer que leur participation est clairement définie et que toute obligation de faire état de leurs progrès est bien comprise. Les résultats à long terme des médecins qui sont sous la surveillance des programmes de santé des médecins continuent d'être très bons<sup>50,51</sup>.

## 11) Stigmatisation

La stigmatisation internalisée ou ressentie est répandue chez les médecins qui se sentent embarrassés d'avoir une maladie mentale, ceci peut se manifester de bien des façons dans la relation thérapeutique. Premièrement, les médecins qui se sentent honteux d'avoir une maladie mentale seront inhibés et moins coopératifs. Ils peuvent être mal à l'aise de révéler des parties importantes de leurs antécédents personnels et familiaux qu'ils perçoivent comme étant honteux. De plus, la peur de la déclaration obligatoire aux organismes de réglementation et de l'effet que cela peut avoir sur leur pratique clinique peut entraîner une minimisation des symptômes. Par conséquent, le clinicien traitant n'a peut-être pas un portrait véridique de la complexité et de la gravité de la maladie. Deuxièmement, même les médecins-patients bien intentionnés peuvent être moins observants au traitement en raison des horaires cliniques chargés, et craindre une perte de revenu lorsqu'ils doivent s'absenter d'une pratique rémunérée à l'acte. Troisièmement, ces patients peuvent être à risque de terminer leur traitement prématurément, étant donné les pressions du travail clinique et le désir de se sentir bien à nouveau. Une variante de ceci s'applique aux médecins-patients temporairement absents du travail, qui présentent leurs

symptômes sous un meilleur jour qu'ils ne le sont en réalité afin d'obtenir un bilan de santé en règle et de retourner au travail dès que possible. Enfin, pour entamer le traitement, il faut être au courant de l'auto-administration de médicaments, car elle est commune et vraisemblablement sous-déclarée<sup>52</sup>.

Il semble qu'avec le temps, la stigmatisation préoccupe davantage la profession médicale. Il y a maintenant de nombreux récits touchants, portant sur la maladie mentale écrits à la première personne par des étudiants en médecine, des résidents et des médecins, offerts dans des publications médicales et générales<sup>53-62</sup>. Ces récits ont ouvert la voie à une conversation plus ouverte au sujet de la maladie mentale chez les médecins, et contribuent à réduire le sentiment d'isolement et la souffrance que certains éprouvent, et espérons-le, à en encourager d'autres à chercher de l'aide.

## Conclusion

Le bien-être des médecins canadiens est un impératif national qui nous concerne tous. L'APC maintient son engagement à faire progresser la santé mentale des médecins, et à soutenir l'éducation et la recherche afin d'élaborer des pratiques exemplaires propres aux médecins, pour traiter la maladie mentale et les troubles liés à une substance. Nous espérons que les conseils et les recommandations offerts aux présentes permettront d'aller plus loin dans la réduction de la morbidité – et de la mortalité – chez les médecins d'aujourd'hui.

## Bibliographie

1. Myers MF. Le traitement du médecin souffrant de maladie mentale. Énoncé de principe de l'APC. *Can J Psychiatry*. 1997;42(6):1-6 Encart.
2. Association médicale canadienne (AMC). Code d'éthique et de professionnalisme de l'AMC. [Internet]Ottawa (ON): AMC; 2018. À l'adresse: <https://policybase.cma.ca/fr/viewer?file=%2fdocuments%2fPolicypdf%2fPD19-03f.pdf#phrase=false>
3. Feeley D. The triple aim or the quadruple aim? Four points to help set your strategy. [Internet]. Boston (MA): Institute for Healthcare Improvement; 2017 Nov 28. Available from: <http://www.ihf.org/communities/blogs/the-triple-aim-or-the-quadruple-aim-four-points-to-help-set-your-strategy>.
4. Brady KJS, Trockel MT, Khan CT, et al. What do we mean by physician wellness? A systematic review of its definition and measurement. *Acad Psychiatry*. 2018;42:94-108.
5. Association médicale canadienne (AMC). Le rôle de l'AMC dans la santé et le bien-être des médecins. À l'adresse: <https://www.cma.ca/fr/sante-et-bien-etre-des-medecins>
6. Chaukos D, Vestal HS, Bernstein CA, et al. An ounce of prevention: a public health approach to improving physician well-being. *Acad Psychiatry*. 2018;42:150-154.

7. American Medical Association (AMA). Chapter 9: Opinions on professional self-regulation. In: AMA code of medical ethics and opinions of the AMA's Council on Ethical and Judicial Affairs. Chicago (IL): AMA; 2016.
8. Gunter TD. Physician impairment and safety to practice medicine. In: Brower KJ, Riba MB, editors. Physician mental health and well-being. Switzerland: Springer; 2017. pp. 107-127.
9. American Psychiatric Association Council on Psychiatry and the Law, & Corresponding Committee on Physician Health, Illness and Impairment. Resource document guidelines for psychiatric "fitness for duty" evaluations of physicians. American Psychiatric Association; 2004.
10. Anfang SA, Wall BW. Psychiatric fitness-for-duty evaluations. *Psychiatric Clinics North America*. 2006;29(3):675-693.
11. Organisation mondiale de la santé (OMS). Classification internationale des maladies. 10e édition. Genève: OMS; 2016. À l'adresse: <https://icd.who.int/browse10/2008/fr#/Z73.0>.
12. Freudenberger HJ. Staff burn-out. *J of Social Issues*. 1974;30(1):159-165.
13. Maslach C. Burnout: the cost of caring. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1982.
14. Dyrbye LN, West CP, Satele D, et al. Burnout among US medical students, residents, and early career physicians relative to the general US population. *Acad Med*. 2014;89(3):1-9.
15. Dyrbye LN, Shanafelt TD. A narrative review on burnout experienced by medical students and residents. *Med Educ*. 2015;50:132-149.
16. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Int Med*. 2012;172(18):1377-1385.
17. Eckleberry-Hunt J, Kirkpatrick H, Hunt RB. Physician burnout and wellness. In: Brower KJ, Riba MB, editors. Physician mental health and well-being. Switzerland: Springer; 2017. p. 3-32.
18. Grosch WN, Olsen DC. When helping starts to hurt: a new look at burnout among psychotherapists. New York (NY): WW Norton & Co.; 1994.
19. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet*. 2009;374(9702):1714-1721.
20. Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*. 2016;15(2):103-111.
21. Baker K, Warren R, Abelson JL, et al. Physician mental health: depression and anxiety. In: Brower KJ, Riba MB, editors. Physician mental health and well-being. Switzerland: Springer; 2017. p. 131-150.
22. Brazeau CM, Shanafelt T, Durning SJ, et al. Distress among matriculating medical students relative to the general population. *Acad Med*. 2014;89:1520-1525.
23. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among US and Canadian medical students. *Acad Med*. 2006;81:354-373.
24. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, et al. Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students. *JAMA*. 2016;316(21):2214-2236.
25. Mata DA, Ramos MA, Bansal N, et al. Prevalence of depression and depressive symptoms among resident physicians: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2015;314(22):2373-2383.
26. Association médicale canadienne (AMC). Sondage national de l'AMC sur la santé des médecins – Un instantané national. [Internet]. Ottawa (ON): AMC; 2018. À l'adresse: <https://www.cma.ca/sites/default/files/2018-11/nph-survey-f.pdf>.
27. Albuquerque J, Deshauer D. Manic and hypomanic states. In: Brower KJ, Riba MB, editors. Physician mental health and well-being. Switzerland: Springer; 2017. p 151-175.
28. Oreskovich MR, Shanafelt T, Dyrbye LN, et al. The prevalence of substance use disorders in American physicians. *Am J Addictions*. 2015;24:30-38.
29. Boyd JW. Substance use and addictive behaviors among physicians. In: Brower KJ, Riba MB, editors. Physician mental health and well-being. Switzerland: Springer; 2017. p. 177-193.
30. Joseph B, Pandit V, Hadeed G, et al. Unveiling posttraumatic stress disorder in trauma surgeons: a national survey. *J Trauma Acute Care Surg* 2014;77(1):148-154.
31. Thompson CV, Naumann DN, Fellows JL, et al. Post-traumatic stress disorder amongst surgical trainees: an unrecognized risk? *Surgeon*. 2017;15(3):123-130.
32. Hughes LS. You can't hide the bridges. *Ann Fam Med*. 2015;13(2):181-183.
33. Myers MF. You can't hide the bridges. Invited Commentary. *Ann Fam Med*. 2015;13(2):184.
34. Sansbury BS, Graves K, Scott W. Managing traumatic stress responses among clinicians: individual and organizational tools for self-care. *Trauma*. 2015;17(2):114-122.
35. Cobb C. 'Tough forensic guy' John Bradford opens up about his PTSD. *Ottawa Citizen*. 2013 Nov 10.
36. Pearlman LA, MacIain PS. Vicarious traumatization: an empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology: Research and Practice*. 1995;26(6):558-565.
37. Heru A, Gagne G, Strong D. Medical student mistreatment results in symptoms of posttraumatic stress. *Acad Psychiatry*. 2009;33:302-306.
38. Al-Mateen CS, Linker JA, Damle N, et al. Vicarious traumatization and coping in medical students: a pilot study. *Acad Psychiatry*. 2015;39:90-93.
39. Klamen DL, Grossman LS, Kopacz D. Posttraumatic stress disorder symptoms in resident physicians related to their internship. *Acad Psychiatry*. 1995;19:142-149.
40. Myers MF: The support and welfare of the student. In: Gask L, Coskun B, Baron D, editors. *Teaching Psychiatry*. London (UK): John Wiley & Sons; 2011.
41. Myers MF, Gabbard GO. The physician as patient: a clinical handbook for mental health professionals. Washington (DC): American Psychiatric Publishing, Inc.; 2008. P. 72.
42. Adler RG, Constantinou C. Knowing – or not knowing – when to stop: cognitive decline in ageing doctors. *Med J Aust*. 2008;189(11-12):622-624.
43. Soonsawat A, Tanaka G, Lammando MA, et al. Cognitively impaired physicians: how do we detect them? How do we assist them? *Am J Geriatric Psychiatry*. 2018;26(6):631-640.
44. College of Physicians and Surgeons of Ontario (CPSO). Guidebook for managing disruptive physician behaviour. [Internet]. Toronto (ON): CPSO; 2008. Available from: [https://www.cpso.on.ca/CPSO/media/uploadedfiles/policies/policies/Disruptive\\_Behaviour\\_Guidebook.pdf](https://www.cpso.on.ca/CPSO/media/uploadedfiles/policies/policies/Disruptive_Behaviour_Guidebook.pdf).

45. Reynolds NT. Disruptive physician behavior: use and misuse of the label. *J of Medical Regulation*. 2012;98(1):8-19.
46. Rosenstein A. Disruptive and unprofessional behaviors. In: Brower KJ, Riba MB, editors. *Physician mental health and well-being*. Switzerland: Springer; 2017. p 61-85.
47. Schernhammer ES, Colditz GA. Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). *Am J Psychiatry*. 2004;161(12):2295-2302.
48. T'Sarumi OO, Ashraf A, Tanwar D, et al. Physician suicide: a silent epidemic. Poster presented at: American Psychiatric Association Annual Meeting; 2018 May 5-9; New York, NY.
49. Myers MF. *Why physicians die by suicide: lessons learned from their families and others who cared*. New York (NY): Michael F Myers; 2017.
50. Dupont RL, McLellan AT, White WL, et al. Setting the standard for recovery: physicians' health programs. *J Subst Abuse Treat*. 2009; 36:159-171.
51. McLellan AT, Skipper GS, Campbell M, et al. Five year outcomes in a cohort study of physicians treated for substance abuse disorders in the United States. *BMJ*. 2008;337:a2038.
52. Vogel L. Physician suicide still shrouded in secrecy. *CMAJ*. 2016; 188(17-18):1213.
53. Leslie Q. Take a look at me now. A piece of my mind. *JAMA*. 2015; 313(2):137-138.
54. Miles SH. A challenge to licensing boards: the stigma of mental illness. *JAMA*. 1998;280:865.
55. Baxter EA. Personal accounts: the turn of the tide. *Psychiatr Serv*. 1998;49(10):1297-1298.
56. Miller KL. Fighting stigma begins at home. Letter-to-the-editor. *Psychiatr News*. 2015;50(16).
57. Hill AB. Breaking the stigma – a physician's perspective on self-care and recovery. *NEJM*. 2017;376:1103-1105.
58. Gupta R. I solemnly share. A piece of my mind. *JAMA*. 2018; 319(6):549-550.
59. Weinstein MS. Out of the straitjacket. *NEJM*. 2018;378:793-795.
60. Kirkey S. Wounded healers. *National Post*. <http://nationalpost.com/features/wounded-healers>.
61. Morris N. Why doctors are leery about seeking mental health care for themselves. *Washington Post*. January 7, 2017.
62. Charbonneau M. Identité, humanité, générativité. Discours de la présidente présenté à: 57<sup>e</sup> congrès annuel de l'Association des psychiatres du Canada; 2007 nov. 15-18; Montréal, Canada.