

# THÈSE

## POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement par

**Marine DELTOUR**

Le 20 octobre 2020

**Consommation de substances psychoactives par les médecins en France en 2020  
et étude de l'intérêt de proposer une consultation d'addictologie dédiée**

Directeur de thèse : Dr Bénédicte JULLIAN

### JURY :

<b>Monsieur le Professeur Nicolas FRANCHITTO</b>	<b>Président</b>
<b>Monsieur le Professeur Jean-Marc SOULAT</b>	<b>Assesseur</b>
<b>Madame le Docteur Julie DUPOUY</b>	<b>Assesseur</b>
<b>Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU</b>	<b>Assesseur</b>
<b>Madame le Docteur Bénédicte JULLIAN</b>	<b>Assesseur</b>



TABLEAU du PERSONNEL HU  
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier  
au 1<sup>er</sup> septembre 2019  
Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHALMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Doyen Honoraire	M. LAZORTES Yves	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET-SJAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PONTONNER Georges
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CAHLIZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. RICHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Robert
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Michel
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. SJC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. VRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges		
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette		
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline		
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean		
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel		
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.		
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri		
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean		
Professeur Honoraire	M. ESQUIERRE J.P.		
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel		
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean		
Professeur Honoraire	M. FURNAL Gérard		
Professeur Honoraire	M. FOURNE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FORTANER Gilles		
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques		
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		
Professeur Honoraire	M. GERALD Gilles		
Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques		
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis		
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD-CHALMEIL Bernard		
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean		
Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis		
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves		
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques		
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche		
Professeur Honoraire	M. LARENG Louis		
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy		
Professeur Honoraire	M. LAZORTES Franck		
Professeur Honoraire	M. LAZORTES Yves		
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul		
Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François		
Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude		
Professeur Honoraire		Professeur Adier Jean-Louis	
		Professeur ALBAREDE Jean-Louis	
		Professeur ARBUS Louis	
		Professeur ARLET Philippe	
		Professeur ARLET-SJAU Elisabeth	
		Professeur BOCCALON Henri	
		Professeur BOUTAULT Franck	
		Professeur BONEU Bernard	
		Professeur CARATERO Claude	
		Professeur CHAMONTIN Bernard	
		Professeur CHAP Hugues	
		Professeur CONTE Jean	
		Professeur COSTAGLIOLA Michel	
		Professeur DABERNAT Henri	
		Professeur FRAYSSE Bernard	
		Professeur DELISLE Marie-Bernadette	
		Professeur GUIRAUD-CHALMEIL Bernard	
		Professeur JOFFRE Francis	
		Professeur LAGARRIGUE Jacques	
		Professeur LARENG Louis	
		Professeur LAURENT Guy	
		Professeur LAZORTES Yves	
		Professeur MAGNAVAL Jean-François	
		Professeur MANELFE Claude	
		Professeur MASSIP Patrice	
		Professeur MAZIERES Bernard	
		Professeur MOSCOVICI Jacques	
		Professeur MURAT	
		Professeur ROQUES-LATRILLE Christian	
		Professeur SALVAYRE Robert	
		Professeur SARRAMON Jean-Pierre	
		Professeur SIMON Jacques	

Professeurs Emerites

# FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

## P.U. - P.H.

### Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entérologie
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAUAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-entérologie
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-entérologie

**P.U. Médecine générale**

M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

**Professeur Associé de Médecine Générale**

Mme IRI-DELAHAYE Motoko

## P.U. - P.H.

### 2ème classe

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

**P.U. Médecine générale**

M. MESTHÉ Pierre

**Professeur Associé Médecine générale**

M. ABITTEBOUL Yves

M. POUTRAIN Jean-Christophe

**Professeur Associé en Bactériologie-Hygiène**

Mme MALAUAUD Sandra

# FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

## P.U. - P.H.

### Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophtalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

#### Professeur Associé de Médecine Générale

M. STILLMUNKES André

## P.U. - P.H.

### 2ème classe

M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

#### P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

#### Professeur Associé de Médecine Générale

M. BOYER Pierre

**FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN**  
**37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex**

**M.C.U. - P.H.**

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophtalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurore	Hématologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TRUDEL Stéphanie	Biochimie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

**M.C.U. Médecine générale**

M. BRILLAC Thierry  
Mme DUPOUY Julie

**M.C.A. Médecine Générale**

Mme FREYENS Anne  
M. CHICOULAA Bruno  
Mme PUECH Marielle

**FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL**  
**133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex**

**M.C.U. - P.H**

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'adultes

**M.C.U. Médecine générale**

M. BISMUTH Michel

**M.C.A. Médecine Générale**

M. BIREBENT Jordan  
Mme BOURGEOIS Odile  
Mme BOUSSIER Nathalie  
Mme LATROUS Leila

## Remerciements

**Aux membres du Jury,**

**Au Président du jury, Monsieur le Professeur Nicolas Franchitto, chef du service d'addictologie du CHU de Toulouse,**

**Vous m'avez fait le grand honneur d'accepter d'être le président du jury de cette thèse,**

**Merci pour vos conseils et votre accompagnement tout au long de ce travail,**

**C'est dans votre service que j'ai découvert l'addictologie,**

**Veillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon respect,**

**A monsieur le Professeur Jean-Marc Soulat, chef du service des maladies professionnelles et environnementales du CHU de Toulouse,**

**Vous vous êtes engagé dans le soin aux soignants avec la création du DIU « soigner les soignants »,**

**Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger ce travail, je suis honorée de vous voir siéger dans ce jury,**

**A madame le Docteur Julie Dupouy, maître de conférence des universités en médecine générale, praticien ambulatoire en médecine générale,**

**Vous enseignez l'addictologie au sein du département universitaire de médecine générale de Toulouse,**

**Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger ce travail, je suis honorée de vous voir siéger dans ce jury,**

**A madame le Docteur Birgitte Escourrou, vous avez dirigé pendant ma formation le département universitaire de médecine générale et vous vous êtes engagée pour aider et accompagner les internes en médecine générale,**

**Vous avez su m'apporter l'aide dont j'avais besoin en fin de parcours,**

**Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger ce travail, je suis honorée de vous voir siéger dans ce jury, et pour tout cela je vous remercie,**

**A madame le Docteur Bénédicte Jullian, praticien hospitalier dans le service d'addictologie du CHU de Toulouse,**

**Merci de m'avoir proposé ce sujet et de m'avoir dirigée tout au long de ce travail sur ce sujet qui te tient à cœur,**

**Tu as su te rendre disponible lorsqu'il le fallait, et ce en dépit de ton emploi du temps déjà chargé,**

**Merci pour ta bienveillance et ton accompagnement tout au long de ce travail,**

**A madame le Docteur Fanny Pelissier, je ne vous remercierais jamais assez pour l'aide et les éclairages que vous avez apportés sur le traitement et l'interprétation des données,**

**Sans vous ce travail ne serait pas ce qu'il est,**

**Merci pour la rapidité et la clarté de vos réponses.**

**Aux médecins et soignants qui ont accompagné mon parcours,**

**A toute l'équipe médicale des urgences de Montauban, et particulièrement au Dr Fauroux et au Dr Ducuing, vous m'avez accompagnée lors de mes premiers pas aux urgences,**

**A l'ensemble de l'équipe soignante du service de gériatrie de l'hôpital de Castres et aux Dr Cufi, Costes, Lefort et Dardenne, j'ai découvert avec vous la gériatrie mais surtout l'importance d'une équipe soudée dans les moments difficiles,**

**Aux Dr Morin et Puech, j'ai fait mes premiers pas en médecine ambulatoire avec vous,**

**Aux Dr Nekrouf et Hébrard, vous m'avez fait découvrir la médecine rurale sur l'Aubrac dans toute sa splendeur, votre accueil et votre accompagnement m'ont marquée durablement,**

**Aux équipes soignantes de la maison d'arrêt de Seysses et du centre de détention de Muret, aux Dr Blanc, Grill et Nicolle, j'ai découvert avec vous l'univers carcéral, la juste distance avec le patient, et la nécessité de rigueur dans mon travail,**

**A toute l'équipe soignante d'addictologie du CHU et particulièrement à Josiane et Dominique pour l'accompagnement lors des premiers pas parfois maladroits en addictologie,**

**Au Dr Fabié pour ton accompagnement lors de la fin de mon internat,**

**Au Dr Couradet, pour l'accompagnement sur la fin de l'internat, mais surtout pour l'accueil, l'écoute, les échanges, la confiance qui est restée malgré les moments difficiles et tout le reste...**

**Au Dr Boissier, pour les échanges qui m'ont fait progresser, pour la confiance accordée,**

**A ma famille et mes proches,**

**A mes parents, Jean-Luc et Véronique pour m'avoir soutenue tout au long de mes études, A ma grande sœur, Fanny, qui a été présente lorsqu'il le fallait et toujours disponible malgré son travail et sa petite famille,**

**A mes neveux, Lucas et Clément qui grandissent trop vite,**

**A ma marraine Sylvaine qui a toujours laissé la porte ouverte s'il y avait besoin,**

**A Bonne Maman, qui résiste à tout même au SARS cov 2,**

**A Pauline C., Maryline, Noëlie, Marlène, les copines de lycée, pour les moments passés à refaire le monde en mangeant des bonnes choses,**

**A Emma, tu as accompagné toute la première partie de mes études, je n'aurais pas réussi à bachoter pour l'ECN sans toi, les Alpes sont trop loin de Toulouse...**

**Aux co-internes de Castres et Decazeville qui sont devenus plus que des co-internes, Luce, Paul, Damien, Pauline D., Leila et Marine-Charlotte, vous m'avez supportée 6 mois et encore plus après, mais on ne se voit pas assez souvent à mon goût !**

## Table des matières

<i>Liste des abréviations</i>	9
<b>1. Introduction</b>	10
<b>2. Matériel et Méthode</b>	14
<b>3. Résultats</b>	16
3.1. Caractéristiques démographiques des répondants	16
3.2. Consommation de substances psychoactives (SPA) et consultation d'addictologie	18
3.3. Consommation d'alcool	19
3.4. Consommation de tabac	23
3.5. Utilisation de la cigarette électronique	25
3.6. Consommation de café	26
3.7. Consommation de cannabis	26
3.8. Consommation de médicaments psychotropes	28
3.9. Consommation de SPA dites « récréatives » (SPR)	30
3.10. Consommation de SPA au travail	31
3.11. Attentes et freins vis-à-vis d'une consultation d'addictologie dédiée aux soignants	32
<b>4. Discussion</b>	34
<b>5. Conclusion</b>	39
<i>Bibliographie</i>	40
<i>Table des illustrations</i>	46
<i>Annexes</i>	47

## Liste des abréviations

API : alcoolisation ponctuelle importante

AUDIT : Alcohol Use Disorders Identification Test

AUDIT-C : Alcohol Use Disorders Identification Test Court

CAARUD : Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues

CHG : Centre Hospitalier Général

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

GHB : acide 4-hydroxybutanoïque

HAS : Haute autorité de santé

3MMC : 3-méthylméthcathinone

MDMA : 3,4-méthyl énedioxy méthamphétamine (Ecstasy)

OFDT : Office Français des Drogues et des Toxicomanies

PAIMM : Programme d'aide individualisé aux médecins malades

SFA : Société Française d'Alcoologie

SPA : substance psychoactive

SPR : substance psychoactive dite « récréative »

## 1. Introduction

L'état de santé des professionnels du soin est un sujet de préoccupation croissante. La souffrance au travail des soignants fait l'objet d'une attention particulière comme en témoigne la hausse récente des études sur ce sujet. Le métier de soignant est fortement exposé sur le plan de la gestion des émotions, de l'empathie et requiert des capacités des résiliences particulières pour faire face à des situations complexes et souvent éprouvantes. Dans sa recommandation de 2017 sur l'épuisement professionnel, la Haute Autorité de Santé souligne le risque élevé parmi les soignants et statue que « les soignants nécessitent une prise en charge spécifique via un réseau de soin adapté » (1). L'épuisement professionnel peut s'accompagner de stratégies adaptatives dommageables à la fois sur la qualité du travail mais surtout sur la santé globale du professionnel. Une méta-analyse récente a montré un lien entre le burn-out et la consommation excessive d'alcool, plus précisément concernant la sous-dimension de l'épuisement émotionnel (2). Au Brésil, une étude portant sur 510 professionnels de santé exerçant dans un hôpital universitaire, retrouvait une surreprésentation des alcoolisations aiguës par rapport à la population générale et une association de ces consommations avec notamment la charge de travail hebdomadaire (3). Cependant la consommation de substances psychoactives dans cette population reste un sujet tabou du fait de sa perception par les soignants eux-mêmes mais aussi par la perception du public, pour qui le soignant reste un référent en termes d'hygiène de vie et de santé.

La littérature s'accorde sur une prévalence de l'usage de substances psychoactives (SPA) chez les médecins au moins égale à celle de la population générale.(4). Même si les études se sont multipliées ces dernières années avec une préoccupation particulière pour les jeunes médecins et les internes, la majorité des études de grande ampleur se concentraient uniquement sur la consommation d'alcool. En France, une enquête du conseil de l'ordre des médecins auprès des étudiants en médecine et des jeunes médecins, en 2016, montrait des consommations d'alcool régulières et quotidiennes supérieures aux chiffres retrouvés en population générale à la même époque (5)(6), avec 33% des répondants consommant de l'alcool de façon quotidienne ou plusieurs fois par semaine. Dans cette même enquête, on trouvait 14% de fumeurs quotidiens ou réguliers et 4% des médecins et étudiants en médecine consommant des psychotropes quotidiennement. Une étude longitudinale montrait parmi les étudiants en médecine de l'université de Rouen, une majoration des comportements d'alcoolisation aiguë chez les étudiants en santé entre 2007 et 2015(7). On retrouve des thèses explorant les consommations chez les médecins généralistes : Cezynski, en 2014 (8), trouve 16% de fumeurs (8% de

quotidiens, 8% occasionnels) ; 37,% de médecins généraliste ayant une consommation d'alcool à risque ponctuelle, 3,3% ayant une consommation d'alcool à risque chronique et 22% de médecins ayant expérimenté le cannabis dont 2% en faisant usage au moment de l'étude. En 2016, Rhabi (9) trouve 11,4% de fumeurs de tabac parmi les médecins généralistes libéraux. En 2019, Martin (10), trouvait 12,2% de consommation d'alcool à risque chez des médecins franciliens. Les anesthésistes-réanimateurs se sont aussi saisis de la question en France avec une vaste enquête en 2005 (11), qui trouvait : 6,5 % d'abus ou de dépendance à l'alcool, 22,7% de fumeurs, 2,6% de dépendants au cannabis et 4,5% de mésusage de médicaments psychotropes.

Les données internationales sont discordantes. On retrouve des prévalences des troubles de l'usage de l'alcool allant de 10,6% chez les soignants Brésiliens (3) à 40% chez les psychiatres allemands (12). Une vaste étude trouvait 18,3% d'abus ou de dépendance à l'alcool et 3,2% de trouble de l'usage des autres substances chez les médecins danois en 2016 (13). De manière empirique, on estime que 10 à 15 % des médecins développeront un trouble de l'usage de l'alcool au cours de leur vie (14).

Concernant les préoccupations vis à vis de leur santé, toutes pathologies confondues, lorsque l'on interroge les médecins ayant un suivi médical régulier, ceux-ci rapportent une négligence initiale de leurs symptômes à laquelle s'associe un retard de soins avec souvent une entrée brutale dans la maladie et une prise en charge médicale initiale intensive (15–17). Cette négligence peut aussi être liée à une surcharge de travail administratif diminuant le temps consacré à la vie personnelle et à soi (16). Paradoxalement la négligence est aussi reliée à une anxiété accrue pour leur santé et de la panique au moment du diagnostic (17). On rapporte également, pour certains, une peur de déranger les confrères, retardant les soins (18).

Une étude américaine de 2019 (19), interrogeant les internes et les jeunes médecins, retrouve que parmi ceux qui prennent un traitement chronique 38% n'ont pas un suivi médical régulier.

Les pathologies psychiatriques, la douleur chronique, les addictions étaient encore perçus comme des pathologies stigmatisantes, nécessitant un niveau de confidentialité plus élevée par les médecins américains en 2014 (18). Cette stigmatisation des pathologies psychiques pourrait contribuer à repousser d'autant plus l'initiation d'une démarche de soin chez les médecins en souffrance. C'est pourquoi, nous pensons qu'il est nécessaire de parler des addictions chez les médecins et de disposer de plus de données sur la consommation de SPA par ceux-ci. Ainsi nous pourrions développer des stratégies de prévention primaire et secondaire adaptées aux problématiques des médecins.

La stigmatisation perçue de souffrir d'une addiction quand on est un professionnel de santé est majorée par rapport à la population générale. Le sentiment de culpabilité est important de la part du consommateur soignant. L'accès aux soins peut se heurter à une certaine tolérance de ce comportement par l'entourage soignant ou familial. En effet le soignant, quel que soit son statut,

véhicule des représentations inconscientes, lui attribuant des connaissances et une capacité à prendre seul, soin de lui et de sa santé. Outre les risques sur une moindre qualité des soins dispensés, les conséquences potentielles en termes d'erreur médicale, les répercussions physiques, psychiques, sociales et familiales de l'usage de substance chez les soignants sont préoccupantes. En raison de leur maladie et de leur déni de celle-ci, les médecins présentant des troubles de l'usage des substances peuvent minimiser les consommations de leurs patients entraînant une absence de prise en charge spécifique (20). Il est connu que beaucoup de professionnels de santé s'automédiquent (21,22), ce qui est encore un frein à l'accès aux soins qui se surajoute à la crainte liée au respect de la confidentialité (23). En 2005, les anesthésistes-réanimateurs français étaient 70% à avoir déjà été confrontés à un confrère ayant un trouble de l'usage de substances mais seuls 44% en avaient fait part à leur hiérarchie ou à l'administration (11). Une étude danoise en 2016 retrouvait que chez les médecins ayant des troubles d'usage de substances, plus de 75% n'estimaient pas nécessaire de consulter et qu'ils se tourneraient vers des proches ou des professionnels pour demander de l'aide plutôt que vers des collègues ou l'ordre (13).

Le coût en termes d'absentéisme est important pour les institutions directement en lien avec un retard à la consultation spécialisée. De plus, les moyens de prendre en charge ces usagers dans le réseau de soin souffrent de défaillances notamment du fait de la rareté de structures adaptées à ce profil de patient. Pour faciliter l'accès aux soins, de nombreux pays ont fait le choix de proposer un dispositif dédié. Une étude qualitative menée au Royaume-Uni interrogeait le ressenti de médecins ayant eu recours à un programme de soin addictologique spécialisé, l'intérêt repéré de telles structures était en particulier le respect de l'anonymat et de la confidentialité. (24)

L'enjeu primordial est de donner confiance aux soignants envers les équipes spécialisées pour favoriser la prise en charge précoce et réduire le retentissement personnel et professionnel du trouble lié à l'usage de substances chez les médecins. Une étude rétrospective sur le programme PAIMM Barcelonais montrait que dans le cadre d'un recours aux soins volontaires, les hospitalisations étaient moins fréquentes et les durées de soins plus courtes, quelle que soit la problématique abordée (25). Les « physicians health plans » sont les structures de soins spécialisées américaines qui sont celles qui ont été formalisées le plus tôt dans les années 80. Une plus vaste étude portant sur les addictions des médecins pris en charge a étudié en 1987 les problématiques addictologiques des 1000 premiers médecins soignés, on retrouvait : 66% de troubles liés à l'alcool et 24% de troubles liés à l'usage d'opiacés ou de benzodiazépines (26). Le programme d'aide aux médecins du Québec, dans son rapport sur la santé des médecins en 2015, note, concernant les abus de substances que « les conséquences sur leur capacité à travailler peuvent dissuader les médecins de demander de l'aide. Ces individus se retrouvent alors seuls

avec leur problème, souvent en déni de leur situation, entourés de collègues qui préfèrent fermer les yeux, n'osant pas aborder la question avec eux ou qui le font tardivement. Pourtant, avec un plan de traitement rigoureux et un programme de suivi à long terme, le pronostic quant au rétablissement de ces médecins est excellent. »(14)

Dans l'hypothèse où la prévalence de troubles liés à l'usage de substances chez les médecins serait équivalente à la population générale, l'évaluation des programmes de soins destinés aux médecins réalisés aux États-Unis a montré une réussite des soins spécialisés supérieure à la population générale comprenant un succès dans le retour au poste de travail pour 75 à 85% des médecins avec une meilleure qualité de vie. (27,28). Malgré l'efficacité démontrée de ce type de prise en charge, il n'existe à l'heure actuelle aucun dispositif similaire en France et aucune étude n'a interrogé les médecins sur leur perception d'une telle consultation d'addictologie qui s'adapterait à leurs besoins.

L'objectif principal de notre étude était de déterminer la fréquence de consommation de substances psychoactives chez les médecins en France en 2020.

Les objectifs secondaires étaient :

- d'évaluer la sévérité de l'usage d'alcool via le score de l'AUDIT-C
- d'évaluer la sévérité de l'usage de tabac via le test de Fagerström simplifié
- de comparer la fréquence des consommations de SPA dans différents sous-groupes : selon la tranche d'âge, le sexe, le statut familial, la spécialité et le mode d'exercice.
- de déterminer les freins principaux à consulter en addictologie
- de déterminer l'intérêt perçu par les médecins de développer une consultation spécialisée en addictologie destinée aux soignants et de dégager quels seraient les critères prioritaires de son organisation.

## 2. Matériel et Méthode

La littérature est pauvre concernant la prévalence de l'usage des SPA parmi les médecins, notamment en France. Nous avons donc décidé de faire une étude de prévalence de la consommation de substances psychoactives chez les médecins en France en 2020. Nous avons choisi de les interroger également sur leurs attentes concernant une consultation dédiée d'addictologie.

Nous avons donc choisi de réaliser un auto-questionnaire en ligne (voir Annexe 1) via le logiciel SphinxOnline© du 15/04/2020 au 15/07/2020. Ce questionnaire a été diffusé via le mailing d'associations, via les réseaux sociaux des différentes spécialités et via les carnets d'adresses personnels des investigateurs.

Le questionnaire interrogeait dans un premier temps les données démographiques des répondants : âge, sexe, profession, spécialité, type d'exercice, situation familiale, ancienneté, département d'exercice.

Nous avons ensuite interrogé les consommations d'alcool. Le trouble de l'usage de l'alcool a été évalué de façon identique à la pratique quotidienne par le questionnaire AUDIT Court (AUDIT-C), dont l'utilisation large est recommandée par l'HAS (voir Annexe 2). Un score audit supérieur ou égal à 3 pour les femmes ou supérieur ou égal à 4 pour les hommes et inférieur à 10 signifiait une consommation à risque pour la santé ; un score supérieur ou égal à 10 signifiait une alcoolodépendance, chez les deux sexes selon les recommandations de la Société Française d'alcoologie (SFA) (29).

Pour le tabac, le test de Fagerström simplifié (voir Annexe 3), qui est l'évaluation de référence, a été utilisé ; un score compris entre 0 et 2 signifiait l'absence de dépendance, entre 2 et 3 dépendance modérée et entre 4 et 6 une dépendance forte au tabac.

Ont aussi été explorées les co-consommations comme le café, le cannabis, l'usage de la cigarette électronique et la consommation de médicaments psychotropes. Et pour une exhaustivité du repérage des consommations, l'étude a été élargie à la consommation de substances psychoactives, considérées comme récréatives parmi lesquelles la MDMA, l'ecstasy, la cocaïne, et l'héroïne. Pour ces deux dernières catégories, nous nous limitons à interroger la fréquence de consommation. Nous avons également interrogé la consommation de substances autre que le café ou le tabac sur le lieu de travail.

Pour évaluer l'intérêt d'une consultation d'addictologie pour les médecins, nous avons recherché les antécédents de consultation concernant la consommation de SPA et qui était la personne consultée entre un addictologue, un psychiatre, un médecin généraliste, un psychologue ou un autre professionnel. Nous avons interrogé la perception de l'utilité d'une telle consultation. Et nous avons aussi questionné les principaux freins à un suivi addictologique d'après les répondants, avec la liste des propositions suivantes :

- Aucune idée
- Crainte du non-respect du secret médical
- Les soignants se traitent seuls
- Pas besoin de consulter tant que pas de problème
- Crainte de la perte d'emploi ou de déclassement professionnel
- Peu de connaissance de l'organisation d'un suivi addictologique
- Crainte d'être stigmatisé
- Crainte d'être jugé
- Le déni

Nous leur demandions ensuite un classement des modalités de la consultation dédiée de la plus importante à la moins importante parmi :

- confidentialité / anonymat,
- lieu neutre et discret,
- indépendance du service de médecine du travail et d'addictologie,
- amplitudes horaires élargies,
- soignant formés aux soins aux soignants,
- prise de rendez-vous facilitée.

Les données ont été extraites sous un format de fichier Excel<sup>®</sup>. Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel StataCorp STATA<sup>®</sup>, version 16.0. Les pourcentages ont été rapportés avec une précision d'un chiffre après la virgule. Pour la comparaison de variables qualitatives, ont été utilisés, soit le test du Chi2 (quand les effectifs théoriques étaient supérieurs à 5), soit le test exact de Fischer (quand les effectifs théoriques étaient inférieurs à 5), avec un risque d'erreur de première espèce ( $\alpha$ ) fixé à 5%.

### 3. Résultats

#### 3.1. Caractéristiques démographiques des répondants

1093 médecins ont répondu au questionnaire. Les caractéristiques des répondants figurent dans le Tableau 1.

Tableau 1 : Caractéristiques démographiques des répondants

<b><u>Âge (ans)</u></b>	<b><u>N (%)</u></b>
26-35	369 (33,7%)
36-45	317 (29,0%)
46-55	213 (19,4%)
56-65	175 (16,0%)
>65	19 (1,7%)
<b><u>Sexe</u></b>	<b><u>N (%)</u></b>
Hommes	401 (36,6%)
Femmes	692 (63,3%)
Sex ratio	0,57
<b><u>Spécialité médicale</u></b>	<b><u>N (%)</u></b>
Chirurgien (Chir)	53 (4,8%)
Addictologue (Addicto)	55 (5,0%)
Anesthésiste-Réanimateur (AR)	326 (29,8%)
Généraliste (Gen)	293 (26,8%)
Psychiatre (Psy)	93 (8,5%)
Urgentiste (Urg)	56 (5,1%)
Médecin du travail (Travail)	12 (1,1%)
Spécialité médicale (Spés)	205 (18,7%)
<b><u>Mode d'exercice</u></b>	<b><u>N (%)</u></b>
CHU	331 (30,2%)
CHG	293 (26,8%)
CSAPA-CARUUD	32 (2,9%)
Cabinet libéral	267 (24,4%)
Clinique ou établissement privé	169 (15,4%)
Autre	83 (7,5%)

<b><u>Région</u></b>	<b><u>N (%)</u></b>
<i>Auvergne Rhône Alpes</i>	94 (8.9%)
<i>Bourgogne Franche Comté</i>	19 (1.8%)
<i>Bretagne</i>	87 (8.2%)
<i>Centre Val de Loire</i>	13 (1.2%)
<i>Corse</i>	8 (0.7%)
<i>DOM</i>	14 (1.3%)
<i>Grand Est</i>	84 (7.9%)
<i>Hauts de France</i>	40 (3.8%)
<i>Ile de France</i>	129 (12.2%)
<i>Normandie</i>	11 (1.0%)
<i>Nouvelle Aquitaine</i>	62 (5.8%)
<i>Occitanie</i>	407 (38.6%)
<i>PACA</i>	44 (4.1%)
<i>Pays de la Loire</i>	42 (3.9%)
<b><u>Situation Familiale</u></b>	<b><u>N(%)</u></b>
<i>Seul</i>	148 (13,5%)
<i>Seul avec enfants</i>	37 (3,3%)
<i>En couple</i>	272 (24,9%)
<i>En couple avec enfants</i>	567 (52,0%)
<i>Avec enfant, situation conjugale non connue</i>	66 (6,0%)

## *Consommation de substances psychoactives (SPA) et consultation d'addictologie*

La consommation de substances psychoactives par les médecins est décrite dans le tableau 2.

*Tableau 2 : Consommations de SPA par les médecins*

<b><u>Consommation</u></b>	<b><u>Oui N (%)</u></b>	<b><u>Non N (%)</u></b>
Alcool	921(84,2%)	172 (15,7%)
<i>Consommation non à risque</i>	348 (N=921 ; 37,7%)	
<i>Consommation à risque</i>	569 (N=921 ; 61,7%)	
<i>Alcoolodépendance</i>	4 (N=921 ; 0,4%)	
Tabac	105 (9,1%)	988 (90,3%)
Cigarette électronique	47 (4,3%)	1046 (95,7%)
Café	737 (67,4%)	356 (32,5%)
Cannabis	61 (5,5%)	1032 (94,4%)
Substances psychoactives « récréatives »	35 (3,2%)	1058 (96,8%)
Médicaments Psychotropes	229 (21,0%)	864 (79,0%)

On trouvait un antécédent de consultation concernant la consommation de SPA chez 29 (2,6%) répondants. Les professionnels consultés étaient dans l'ordre décroissant : addictologue (14 (48,2% des professionnels consultés), psychiatre (10 (34,4%)), psychologue (7 (10,3%)), généraliste ou autre professionnel (3(10,3%) pour chacune des 2 catégories)). Les médecins qui pensaient avoir besoin d'une consultation d'addictologie étaient 103 (9,4%). Si une consultation dédiée existait, 624 (57,0%) médecins y auraient recours pour eux ou un proche, 469 (42,9%) non.

*Tableau 3 : Consultation d'addictologie et consommations de SPA*

	<b><u>Oui</u></b>	<b><u>Non</u></b>
Antécédent de consultation en addictologie	29 (2,6%)	1024 (97,3%)
Besoin de consultation d'addictologie	103 (9,4%)	990 (90,5%)
Utiliserait ou recommanderait une consultation dédiée	624 (57,0%)	469 (42,9%)

### 3.2. Consommation d'alcool

L'alcool était consommé par 921 répondants (84,2%). On trouvait une consommation d'alcool non à risque (AUDIT-C inférieur à 3 pour les femmes et 4 pour les hommes) chez 348 (37,7%) des consommateurs. Les consommateurs à risque (AUDIT-C compris entre 3 et 10 pour les femmes et 4 et 10 pour les hommes) étaient 569 (61,7%) des consommateurs. Il y avait 4 (0,4%) consommateurs avec un AUDIT-C supérieur à 10, soit une alcoolodépendance.

Concernant la répartition des répondants selon leur AUDIT-C et leurs caractéristiques démographique voir Tableau 3. Nous retrouvions une proportion de consommateurs à risque plus importante chez les moins de 45 ans ( $p < 0,005$ ), parmi les femmes ( $p < 0,01$ ), les praticiens exerçant depuis moins de 5 ans ( $p < 0,005$ ) et chez ceux n'ayant pas d'enfants ( $p < 0,01$ ). Une part plus importante d'antécédent de consultation d'addictologie était retrouvée parmi les médecins qui présentaient une consommation plus à risque ( $p < 0,05$ ), on trouvait une plus grande proportion de médecins pensant avoir besoin d'une consultation parmi les médecins qui présentaient une consommation plus à risque ( $p < 0,001$ ).

Tableau 4 : Score AUDIT-C selon les caractéristiques démographiques

Score AUDIT	Pas de risque AUDIT <3 pour les femmes ; <4 pour les hommes	Consommation à risque AUDIT entre 3 et 10 pour les femmes entre 4 et 10 pour les hommes	AD AUDIT > 10	p
<b>Age</b>				
26-35	97 (30.5%)	220 (69.1%)	1 (0.3%)	<0.005
36-45	102 (38.3%)	163 (61.2%)	1 (0.3%)	
46-55	80 (45.7%)	95 (54.2%)	0	
56-65	62 (42.7%)	82 (56.5%)	1 (0.6%)	
>65	7 (41.1%)	9 (52.9%)	1 (5.8%)	
<b>Sexe</b>				
Hommes	141 (40.8%)	200 (57.9%)	4 (1.1%)	<0.01
Femmes	207 (35.9%)	369 (64.0%)	0	

<b>Spécialité</b>					
Spécialités chirurgicales	13 (28.8%)	32 (71.1%)	0		
Addictologie	23 (45.1%)	28 (54.9%)	0		
Anesthésie-Réanimation	91 (32.7%)	185 (66.5%)	2 (0.7%)		
Médecine générale	100 (40.8%)	144 (58.7%)	1 (0.4%)		NS
Psychiatre	27 (35.5%)	49 (64.4%)	0		
Médecin d'urgence	19 (45.2%)	23 (54.7%)	0		
Médecine du Travail	5 (50.0%)	5 (50.0%)	0		
Spécialités médicales	70 (40.2%)	103 (59.2%)	1 (0.5%)		
<b>Durée exercice</b>					
<2 ans	24 (30.0%)	56 (70.0%)	0		
2-5 ans	48 (26.6%)	131 (72.7%)	1 (0.5%)		<0.005
>5 ans	275 (41.7%)	380 (57.7%)	3 (0.4%)		
<b>Mode d'exercice</b>					
CHU	103 (35.6%)	184 (63.6%)	2 (0.6%)		NS
CHG	93 (38.4%)	149 (61.5%)	0		NS
CSAPA/CARUUD	9 (33.3%)	18 (66.6%)	0		NS
Cabinet libéral	86 (38.9%)	134 (60.6%)	1 (0.4%)		NS
Clinique privée	54 (37.2%)	89 (61.3%)	2 (1.3%)		NS
<b>Situation familiale</b>					
Célibataire	49 (32.8%)	98 (65.7%)	2 (1.3%)		NS
En couple	271 (37.9%)	442 (61.8%)	2 (0.2%)		
Sans enfant	102 (29.7%)	237 (69.1%)	4 (1.1%)		<0.001
Avec enfants	245 (42.5%)	331 (57.4%)	0		
<b>Besoin de consultation d'addictologie</b>					
Non	335 (40.5%)	491 (59.3%)	1 (0.1%)		<0.001
Oui	13 (13.8%)	78 (82.9%)	3 (3.1%)		
<b>Consultation antérieure</b>					
Non	343 (38.3%)	548 (61.3%)	3 (0.3%)		
Oui	5 (18.5%)	21 (77.7%)	1 (3.7%)		<0.05

Concernant les alcoolisations ponctuelles importantes (API), consommation de plus de six verres lors de la même occasion : 474 (43,3% des répondants) en avaient eu au cours de l'année passée. On trouvait des API mensuelles chez 160 médecins (14,6%). La part d'API fréquentes (au moins une fois par mois) était plus importante chez les 26-35 ans et les plus de 65 ans ( $p < 0,001$ ), chez les hommes ( $p < 0,001$ ), chez les chirurgiens ( $p < 0,05$ ), chez les médecins exerçant depuis plus de 5 ans ( $p < 0,05$ ), chez les célibataires ( $p < 0,05$ ) et chez ceux sans enfant ( $p < 0,001$ ). Ceux exerçant en CHG présentaient une proportion d'API mensuelles plus faible que ceux ayant d'autres modes d'exercice ( $p < 0,05$ ).

Tableau 5 : API et caractéristiques démographiques

Consommation alcool >6 verres même occasion	Moins d'une fois par mois	≥une fois par mois	p
<b>Age</b>			
26-35	245 (77.0%)	73 (22.9%)	<0.001
36-45	222 (83.4%)	44 (16.5%)	
46-55	151 (86.2%)	24 (13.7%)	
56-65	132 (91.0%)	13 (8.9%)	
>65	11 (64.7%)	6 (35.2%)	
<b>Sexe</b>			
Hommes	254 (73.6%)	91 (26.3%)	<0.001
Femmes	507 (88.0%)	69 (11.9%)	
<b>Spécialité</b>			
Spécialités chirurgicales	33 (73.3%)	12 (26.6%)	<0.05
Addictologie	40 (78.4%)	11 (21.5%)	
Anesthésie-Réanimation	224 (80.5%)	54 (19.4%)	
Médecine générale	198 (80.8%)	47 (19.1%)	
Psychiatrie	64 (84.2%)	12 (15.7%)	
Médecine d'urgence	34 (80.9%)	8 (19.0%)	
Médecine du travail	9 (90.0%)	1 (10.0%)	
Spécialités médicales	159 (91.3%)	15 (8.6%)	
<b>Durée exercice</b>			
<2 ans	65 (81.2%)	15 (18.7%)	<0.001
2-5 ans	131 (72.7%)	49 (27.2%)	
>5 ans	563 (85.5%)	95 (14.4%)	

<b>Mode d'exercice</b>				
	CHU	232 (80.2%)	57 (19.7%)	NS
	CHG	213 (88.0%)	29 (11.9%)	<0.05
	CSAPA/CARUUD	21 (77.7%)	6 (22.2%)	NS
	Cabinet libéral	179 (81.0%)	42 (19.0%)	NS
	Clinique privée	116 (80.0%)	29 (20.0%)	NS
<b>Situation familiale</b>				
	Célibataire	114 (76.5%)	35 (23.4%)	<0.05
	En couple	597 (83.5%)	118 (16.5%)	
	Sans enfant	263 (76.6%)	80 (23.3%)	<0.001
	Avec enfants	496 (86.1%)	80 (13.8%)	

### 3.3. Consommation de tabac

Le tabac était consommé par 105 médecins (9,1%). On trouvait une dépendance faible (score de Fagerström simplifié 0-1) chez 72 médecins (68,5% des fumeurs) ; une dépendance modérée (score de Fagerström 2-3) chez 26 médecins (24,7% des fumeurs) ; et une dépendance forte au tabac (score de Fagerström 4-6) chez 7 médecins (6,6% des fumeurs).

La part de dépendance forte était plus importante chez les hommes ( $p < 0,05$ ). La part de médecins exerçant en CHU était plus importante parmi ceux qui avaient une faible dépendance au tabac ( Fagerström 0-1) ( $p < 0,01$ ).

Tableau 6 : Score de Fagerström et caractéristiques démographiques

Score FAGERSTROM	0-1	2-3	4-6	p
<b>Age</b>				
26-35	27 (71.0%)	10 (26.3%)	1 (2.6%)	NS
36-45	24 (72.7%)	7 (21.2%)	2 (6.0%)	
46-55	11 (68.7%)	3 (18.7%)	2 (12.5%)	
56-65	6 (42.8%)	6 (42.8%)	2 (14.2%)	
>65	4 (100.0%)	0	0	
<b>Sexe</b>				
Hommes	27 (58.7%)	13 (28.2%)	6 (13.0%)	<0.05
Femmes	45 (76.2%)	13 (22.0%)	1 (1.6%)	
<b>Spécialité</b>				
Spécialités chirurgicales	5 (83.3%)	1 (16.6%)	0	NS
Addictologie	2 (66.6%)	0	1 (33.3%)	
Anesthésie-Réanimation	21 (63.6%)	9 (27.2%)	3 (9.0%)	
Médecine générale	14 (53.8%)	9 (34.6%)	3 (11.5%)	
Psychiatrie	7 (77.7%)	2 (22.2%)	0	
Médecine d'urgence	9 (75.0%)	3 (25.0%)	0	
Médecine du Travail	1 (50.0%)	1 (7.1%)	0	
Spécialités médicales	13 (18.0%)	1 (7.1%)	0	
<b>Durée exercice</b>				
<2 ans	6 (75.0%)	1 (12.5%)	1 (12.5%)	NS
2-5 ans	14 (66.6%)	7 (33.3%)	0	
>5 ans	52 (68.4%)	18 (23.6%)	6 (7.8%)	

<b>Mode d'exercice</b>					
	CHU	30 (88.2%)	3 (8.8%)	1 (2.9%)	<0.01
	CHG	16 (53.3%)	10 (33.3%)	4 (13.3%)	NS
	CSAPA/CARUUD	0	0	0	-
	Cabinet libéral	16 (61.5%)	8 (30.7%)	2 (7.6%)	NS
	Clinique privée	10 (66.6%)	5 (33.3%)	0	NS
<b>Situation familiale</b>					
	Célibataire	16 (57.1%)	10 (35.7%)	2 (7.1%)	NS
	En couple	49 (73.1%)	13 (19.4%)	5 (7.4%)	
	Sans enfant	29 (63.0%)	13 (28.2%)	4 (8.7%)	NS
	Avec enfants	43 (72.8%)	13 (22.0%)	3 (5.0%)	
<b>Besoin de consultation d'addictologie</b>					
	Non	51 (69.8%)	17 (23.2%)	5 (6.8%)	
	Oui	21 (65.6%)	9 (28.1%)	2 (6.2%)	NS
<b>Consultation antérieure</b>					
	Non	68 (69.3%)	24 (24.4%)	6 (6.1%)	
	Oui	4 (57.1%)	2 (28.5%)	1 (14.2%)	NS

### 3.4. Utilisation de la cigarette électronique

La cigarette électronique était utilisée par 47 répondants (4,3%). Elle était utilisée comme moyen de substitution par 41 médecins (87,2% des utilisateurs). Elle était utilisée de manière exclusive par 31 médecins, son utilisation était associée au tabac pour 12 médecins et elle était associée à d'autres moyens de substitution par 4 médecins.

La cigarette électronique était plus utilisée par les hommes ( $p < 0,05$ ).

Tableau 7 : Utilisation de la cigarette électronique et caractéristiques démographiques

<b>Cigarette électronique</b>	<b>Non</b>	<b>Oui</b>	<b>p</b>
<b>Age</b>			
26-35	360 (97.6%)	9 (2.4%)	NS
36-45	299 (94.3%)	18 (5.6%)	
46-55	201 (94.3%)	12 (5.6%)	
56-65	169 (96.5%)	6 (3.4%)	
>65	17 (89.4%)	2 (3.4%)	
<b>Sexe</b>			
Hommes	376 (93.7%)	25 (6.2%)	<0.05
Femmes	670 (96.8%)	22 (3.1%)	
<b>Spécialité</b>			
Spécialités chirurgicales	51 (96.2%)	2 (3.7%)	NS
Addictologie	52 (94.5%)	3 (5.4%)	
Anesthésie-Réanimation	309 (94.7%)	17 (5.2%)	
Médecine générale	284 (96.9%)	9 (3.0%)	
Psychiatrie	87 (96.9%)	6 (6.4%)	
Médecine d'urgence	53 (94.6%)	3 (5.3%)	
Médecine du Travail	12 (100.0%)	0	
Spécialités médicales	198 (96.5%)	7 (3.4%)	
<b>Durée exercice</b>			
<2 ans	97 (97.0%)	3 (3.0%)	NS
2-5 ans	192 (97.4%)	5 (2.5%)	
>5 ans	753 (95.0%)	39 (4.9%)	
<b>Mode d'exercice</b>			
CHU	315 (95.1%)	16 (4.8%)	NS
CHG	284 (96.9%)	9 (3.0%)	NS
CSAPA/CARUUD	31 (96.8%)	1 (3.1%)	NS
Cabinet libéral	259 (97.0%)	8 (3.0%)	NS
Clinique privée	159 (94.0%)	10 (5.9%)	NS

Situation familiale				
	Célibataire	175 (94.5%)	10 (5.4%)	NS
	En couple	807 (96.1%)	32 (3.8%)	
	Sans enfant	401 (95.4%)	19 (4.5%)	NS
	Avec enfants	642 (95.8%)	28 (4.1%)	

### 3.5. Consommation de café

Le café était consommé par 737 (67,4%) médecins au travail. La consommation de café et la consommation de tabac étaient liées pour 83 médecins ( $p < 0,01$ ).

### 3.6. Consommation de cannabis

Le cannabis était consommé par 61 répondants (5,5%). Sur la dernière année : 8 (13,1%) n'en avaient pas consommé, 27 (44,2%) avaient consommé moins d'une fois par mois, 5 (8,2%) une fois par mois, 5 (8,2%) 2 à 3 fois par mois, 6 (9,8%) au moins une fois par semaine et 10 (16,3%) plus de 4 fois par semaine.

La part de consommateur était plus importante chez les 26-35 ans ( $p < 0,005$ ), chez les hommes ( $p < 0,005$ ), chez les praticiens exerçant depuis moins de 2 ans ( $p < 0,05$ ), chez ceux n'ayant pas d'enfant ( $p < 0,05$ ).

La part de consommateurs de cannabis était plus importante chez les médecins ayant déjà consulté concernant leur consommation de SPA ( $p < 0,05$ ).

Tableau 8 : Cannabis et données démographiques

Consommation cannabis		Non	Oui	p
<b>Age</b>	26-35	339 (91.8%)	30 (8.1%)	<0.005
	36-45	295 (93.0%)	22 (6.9%)	
	46-55	206 (96.7%)	7 (3.2%)	
	56-65	173 (98.8%)	2 (1.1%)	
	>65	19 (100.0%)	0	
<b>Sexe</b>	Hommes	367 (91.5%)	34 (8.4%)	<0.005
	Femmes	665 (96.1%)	27 (3.9%)	

<b>Spécialité</b>				
	Spécialité chirurgicale	52 (98.1%)	1 (1.8%)	
	Addictologie	52 (94.5%)	3 (5.4%)	
	Anesthésie-Réanimation	309 (94.7%)	17 (5.2%)	
	Médecin générale	274 (93.5%)	19 (6.4%)	NS
	Psychiatrie	88 (94.6%)	5 (5.3%)	
	Médecine d'urgence	49 (87.5%)	7 (12.5%)	
	Médecine du Travail	12 (100.0%)	0	
	Spécialités médicales	196 (95.6%)	9 (4.3%)	
<b>Durée exercice</b>				
	<2 ans	88 (88.0%)	12 (12.0%)	
	2-5 ans	185 (93.9%)	12 (6.0%)	<0.05
	>5 ans	755 (95.3%)	37 (4.6%)	
<b>Mode d'exercice</b>				
	CHU	309 (93.3%)	22 (6.6%)	NS
	CHG	277 (94.5%)	16 (5.4%)	NS
	CSAPA/CARUUD	30 (93.7%)	2 (6.2%)	NS
	Cabinet libéral	250 (93.6%)	17 (6.3%)	NS
	Clinique privée	163 (96.4%)	6 (3.5%)	NS
<b>Situation familiale</b>				
	Célibataire	170 (91.8%)	15 (8.1%)	NS
	En couple	797 (94.9%)	42 (5.0%)	
	Sans enfant	388 (92.3%)	32 (7.6%)	<0.05
	Avec enfants	641 (95.6%)	29 (4.3%)	
<b>Besoin de consultation d'addictologie</b>				
	Non	939 (94.8%)	51 (5.1%)	NS
	Oui	93 (90.2%)	10 (9.7%)	
<b>Consultation antérieure</b>				
	Non	1008 (94.7%)	56 (5.2%)	<0.05
	Oui	24 (82.7%)	5 (17.2%)	

### 3.7. Consommation de médicaments psychotropes

Parmi les répondants on trouvait 468 (42,8%) médecins avec des troubles du sommeil en lien avec le travail. Les médicaments psychotropes étaient consommés par 229 médecins (21,0%). La répartition des consommations de psychotropes est décrite dans le Tableau 9.

La part des consommateurs de psychotropes était plus importante chez les célibataires par rapport à ceux en couple ( $p < 0,05$ ). La consommation de psychotrope était différente selon la spécialité ( $p < 0,005$ ), avec une plus grande proportion de consommateurs chez les médecins du travail, les psychiatres et les addictologues et les plus faibles proportions de consommateurs chez les anesthésistes et les spécialités médicales. Les consommateurs de médicaments psychotropes étaient plus nombreux à avoir déjà consulté concernant la consommation de SPA ( $p < 0,001$ ) et à ressentir le besoin de consulter concernant leur consommation de SPA ( $p < 0,001$ ).

Tableau 9 : Répartition des classes de médicaments psychotropes consommés

Psychotropes	N (% des consommateurs)
Benzodiazépines	139 (60.6%)
Somnifères	76 (33.1%)
Antidépresseurs-anxiolytiques	53 (23.1%)
Opiacés	18 (7.8%)
Autres	23 (10.0%)

Tableau 10 : Consommation de médicaments psychotropes et données démographiques

Consommation de médicaments Psychotropes	Non	Oui	p
<b>Age</b>			NS
26-35	301 (81.5%)	68 (18.4%)	
36-45	243 (76.6%)	74 (23.3%)	
46-55	167 (78.4%)	46 (21.6%)	
56-65	137 (78.2%)	38 (21.7%)	
>65	16 (84.2%)	3 (15.7%)	
<b>Sexe</b>			NS
Hommes	321 (80.0%)	80 (19.9%)	
Femmes	543 (78.4%)	149 (21.5%)	

<b>Spécialité</b>				
	Spécialités chirurgicales	42 (79.2%)	11 (20.7%)	<0.005
	Addictologie	39 (70.9%)	16 (29.0%)	
	Anesthésie-Réanimation	277 (84.9%)	49 (15.0%)	
	Médecine générale	221 (75.4%)	72 (24.5%)	
	Psychiatrie	63 (67.7%)	30 (32.2%)	
	Médecine d'urgence	41 (73.2%)	15 (26.7%)	
	Médecine du Travail	8 (66.6%)	4 (33.3%)	
	Spécialités médicales	173 (84.3%)	32 (15.6%)	
<b>Durée exercice</b>				
	<2 ans	83 (83.0%)	17 (17.0%)	NS
	2-5 ans	158 (80.2%)	39 (19.8%)	
	>5 ans	619 (78.1%)	173 (21.8%)	
<b>Mode d'exercice</b>				
	CHU	273 (82.4%)	58 (17.5%)	NS
	CHG	239 (81.5%)	54 (18.4%)	NS
	CSAPA/CARUUD	25 (78.1%)	7 (21.8%)	NS
	Cabinet libéral	202 (75.6%)	65 (24.3%)	NS
	Clinique privée	127 (75.1%)	42 (24.8%)	NS
<b>Situation familiale</b>				
	Célibataire	134 (72.4%)	51 (27.5%)	<0.05
	En couple	671 (79.9%)	168 (20.0%)	
	Sans enfant	323 (76.9%)	97 (23.1%)	NS
	Avec enfants	538 (80.3%)	132 (19.7%)	
<b>Besoin consultation d'addictologie</b>				
	Non	799 (80.7%)	191 (19.2%)	<0.001
	Oui	65 (63.1%)	38 (36.8%)	
<b>Consultation antérieure</b>				
	Non	849 (79.7%)	215 (20.2%)	<0.001
	Oui	15 (51.7%)	14 (48.2%)	

### 3.8. Consommation de SPA dites « récréatives » (SPR)

Les médecins consommant des SPR étaient 35 (3,2%). Les médecins consommant de la cocaïne étaient 13, ceux consommant de la MDMA étaient 21, ceux consommant d'autres substances étaient 14, on ne retrouvait pas de consommateurs d'héroïne, de GHB et de 3MMC.

Parmi ces consommateurs, ceux qui n'avaient pas consommé dans l'année passée étaient 2 (5,7%), ceux qui avaient consommé 1 fois par mois ou moins étaient 25 (71,4%), ceux qui avaient consommé 2 à 4 fois par mois étaient 4 (11,4%), un médecin consommait 2 à 3 fois par semaine 1 (2,8%) et ceux qui consommaient plus de 4 fois par semaine étaient 3 (8,5%).

On trouvait une différence statistiquement significative de consommation selon l'âge ( $p < 0,005$ ), le sexe ( $p < 0,05$ ), la durée d'exercice ( $p > 0,001$ ) et le fait d'avoir ou non des enfants ( $p < 0,001$ ).

Tableau 11 : Consommation de SPR et données démographiques

Conso SPR	Non	Oui	p
<b>Age</b>			
26-35	346 (93.7%)	23 (6.2%)	<0.005
36-45	309 (97.4%)	8 (2.5%)	
46-55	209 (98.1%)	4 (1.8%)	
56-65	175 (100.0%)	0	
>65	19 (100.0%)	0	
<b>Sexe</b>			
Hommes	382 (95.2%)	19 (4.7%)	<0.05
Femmes	676 (97.6%)	16 (2.3%)	
<b>Spécialité</b>			
Chirurgie	52 (98.1%)	1 (1.8%)	NS
Addictologue	51 (92.7%)	4 (7.2%)	
Anesthésistes - Réanimateurs	316 (96.9%)	10 (3.0%)	
Généraliste	281 (95.9%)	12 (4.1%)	
Psychiatres	92 (98.9%)	1 (1.0%)	
Urgentistes	52 (92.8%)	4 (7.1%)	
Médecine du Travail	12 (100.0%)	0	
Spécialités médicales	202 (98.5%)	3 (1.4%)	
<b>Durée exercice</b>			
<2 ans	88 (88.0%)	12 (12.0%)	<0.001
2-5 ans	188 (95.4%)	9 (4.5%)	
>5 ans	778 (98.2%)	14 (1.7%)	

<b>Mode d'exercice</b>				
	CHU	317 (95.7%)	14 (4.2%)	NS
	CHG	283 (96.5%)	10 (3.4%)	NS
	CSAPA/CARUUD	30 (93.7%)	2 (6.2%)	NS
	Cabinet libéral	257 (96.2%)	10 (3.7%)	NS
	Clinique privée	167 (98.8%)	2 (1.1%)	NS
<b>Situation familiale</b>				
	Célibataire	176 (95.1%)	9 (4.8%)	NS
	En couple	813 (96.9%)	26 (3.1%)	
	Sans enfant	393 (93.5%)	27 (6.4%)	<0.001
	Avec enfants	662 (98.8%)	8 (1.1%)	
<b>Besoin de consultation en addictologie</b>				
	Non	960 (96.9%)	30 (3.0%)	NS
	Oui	98 (95.1%)	5 (4.8%)	
<b>Consultations antérieure</b>				
	Non	1031 (96.9%)	33 (3.1%)	
	Oui	27 (93.1%)	2 (6.9%)	NS

### 3.9. Consommation de SPA au travail

Les médecins ayant déjà consommé des SPA autres que le café ou le tabac au travail étaient 36 (3,2%) et 3 médecins (0,2%) ne souhaitaient pas répondre à cette question. Les substances consommées sur le lieu de travail étaient dans l'ordre : l'alcool (n=22 ; 61,1%) ; les médicaments psychotropes (n=12 ; 33,3%) ; le cannabis (n=3 ; 8,3%) ; les autres substances (n=2 ; 5,5%).

### 3.10. Attentes et freins vis-à-vis d'une consultation d'addictologie dédiée aux soignants

Le frein à une consultation dédiée le plus rapporté, était le déni (750 réponses (68,8%)). Il était suivi par la crainte d'être jugé (602 (55,2%)) ; les soignants se traitent seuls (593 (54,4%)) ; la crainte d'être stigmatisé (466 (42,7%)) ; la crainte du non-respect du secret médical (502 (46,0%)) ; le peu de connaissance sur l'organisation d'un suivi addictologique (203 (18,6%)) ; la crainte de la perte d'emploi ou de déclassement (173 (15,8%)) ; pas besoin de consulter tant que pas de problème (148 (13,5%)) ; et une absence d'idée concernant les freins à la consultation pour 66 (6,3%) des répondants.

Tableau 12: Freins à une consultation dédiée

<b>Freins à une consultation dédié</b>	<b>N (%)</b>
Aucune idée	69 (6.3%)
Crainte du non-respect du secret médical	502 (46.0%)
Les soignants se traitent seul	593 (54.4%)
Pas besoin de consulter tant que pas de problème	148 (13.5%)
Crainte perte emploi/déclassement	173 (15.8%)
Peu de connaissance organisation du suivi addictologique	203 (18.6%)
Crainte d'être stigmatisé	466 (42.7%)
Crainte d'être jugé	602 (55.2%)
Le déni	750 (68.8%)
<b>Total réponses</b>	<b>1090</b>

Sur les modalités préférées d'une consultation d'addictologie dédiée aux soignants, elles étaient classées comme la plus importante, par ordre décroissant : confidentialité anonymat (729 répondants l'ayant classée comme modalité la plus importante) ; lieu neutre et discret (299) ; indépendance du service (272) ; amplitudes horaires larges (247) ; soignants formés aux soins aux soignants (237) ; prise de rendez-vous facilitée (213).

Tableau 13 : Modalités préférées pour une consultation dédiée

<b>Modalités</b>	<b>N</b>	<b>1 (le + important)</b>	<b>6 (le – important)</b>
Confidentialité/anonymat	1080	729 (67.5%)	158 (14.6%)
Lieu neutre et discret	1075	299 (27.8%)	149 (13.8%)
Indépendance du service	1077	272 (25.2%)	200 (18.5%)
Amplitude horaires	1079	247 (22.8%)	132 (12.2%)
Soignants formés aux soins aux soignants	1074	237 (22.0%)	141 (13.1%)
Prise de RDV facilitée	1077	213 (19.7%)	209 (19.4%)

## 4. Discussion

L'objectif principal de notre étude était de mieux connaître les consommations de SPA chez les médecins en France en 2020, on trouvait comme première substance psychoactive consommée par les médecins interrogés : l'alcool : 84,2% de consommateurs. Ce chiffre était similaire à la population générale : 86% des 18-75 ans ayant consommé de l'alcool dans l'année précédente en 2017, chiffres OFDT (30). La consommation de médicaments psychotropes est la deuxième, avec une consommation par 21,0% des répondants. Puis le tabac, 9,1% de fumeurs, contre 27% de fumeurs quotidiens en population générale en France en 2017(OFDT). Puis viennent dans l'ordre, le cannabis consommé par 5,5% des médecins interrogés et les SPR consommées par 3,2% des médecins interrogés.

Les forces de cette étude étaient le nombre de répondants, le fait d'avoir interrogé toutes les spécialités médicales et d'explorer l'ensemble des consommations de SPA et une bonne évaluation des attentes vis-à-vis d'une consultation dédiée aux soignants. Notre enquête permettait de parler et d'ouvrir un espace de dialogue sur les consommations de substances psychoactives et le trouble d'usage des substances par les médecins. Il nous semblait primordial de parler de ce sujet, qui reste sensible, pour pouvoir mieux prendre en charge les médecins en difficulté ou malades. Les principaux biais retenus dans les études sont relatifs à un faible taux de réponse aux auto-questionnaires, en lien avec la problématique de la confidentialité, nous avons diffusé une vidéo pédagogique explicative sur le caractère anonyme de notre enquête afin d'espérer majorer le taux de participation.

Les faiblesses étaient la faible représentativité de l'échantillon, le biais de recrutement (auto-questionnaire en ligne) et une évaluation superficielle des troubles des usages. On peut penser que la majorité des répondants étaient des professionnels qui sont déjà sensibilisés à la problématique. La proportion d'anesthésistes qui a répondu (29,8%), est bien supérieure à la proportion réelle des anesthésistes dans le corps médical, sachant qu'il s'agit de la profession la plus sensibilisée au sujet et depuis le plus longtemps. En effet dès 2005, une grande étude était menée chez les anesthésistes concernant les addictions (11) et le Collège Français D'Anesthésie Réanimation a mis en place un numéro d'aide aux professionnels et une fiche de recommandations pour les professionnels souffrant d'addiction (31). Le réseau SMART (Santé du Médecin Anesthésiste Réanimateur au Travail) mène également des actions de prévention et de sensibilisation sur les addictions pour les anesthésistes-réanimateurs (32). Par ailleurs, les répondants étaient majoritairement des femmes (63,3%), jeunes (62,7% de 25-45 ans) alors que

les inscrits au tableau de l'Ordre en 2018 étaient majoritairement masculins (47% de médecins femmes en activité régulière) et avaient une moyenne d'âge de 50,8 ans. La jeunesse des répondants peut montrer une sensibilisation et un intérêt plus importants de la jeune génération de médecins pour les problématiques addictives. Cette génération ayant reçu une formation à l'addictologie dans le socle commun du 2eme cycle des études médicales. L'âge des répondants peut aussi s'expliquer par la diffusion du questionnaire via les réseaux sociaux.

Les principaux résultats concernant la consommation d'alcool étaient une consommation d'alcool problématique chez 61,7% des consommateurs et une alcoolodépendance chez 0,4% des consommateurs en utilisant la référence française pour interpréter l'AUDIT-C. Ces chiffres étaient nettement supérieurs aux autres données, françaises et étrangères. La comparaison est cependant difficile : en effet concernant les données françaises : une thèse de 2019 de Martin Camille (10) retrouvait 12,6% de consommation à risque chez des médecins généralistes parisiens mais en utilisant l'AUDIT et non pas sa version courte et en 2005 Beaujouan, sur une étude concernant uniquement les anesthésistes, en utilisant également l'AUDIT, montrait 6,5% d'abus ou de dépendance. La littérature européenne trouvait 25 à 40% de consommations à risque pour la santé (33)(34)(35) en Suisse et en Allemagne. La cohorte danoise de 2016 retrouvait 18,3 % d'abus ou de dépendance à l'alcool (13). En 2015, Oreskovich (36) retrouve 15,3% de consommations à risque d'alcool chez les médecins américains. Nos chiffres Le problème qui se posait concerne les seuils retenus dans chaque pays pour interpréter l'AUDIT-C, et les résultats obtenus. En 2016, Wurst (37) estimait qu'il était nécessaire de corriger les résultats obtenus selon la spécificité et la sensibilité de l'AUDIT-C ou de l'AUDIT dans le pays concerné, au risque sinon de surestimer la prévalence du trouble de l'usage de l'alcool chez les médecins. Concernant les API, les chiffres étaient plus semblables aux données déjà connues : nous retrouvons 14,6 % des répondants ayant des API mensuelles, Martin (10) en trouvait 12,2% chez les médecins franciliens. O'Keeffe (38), dans une étude de 2019 chez les médecins irlandais, retrouvait 10% d'API hebdomadaire tout comme dans notre série. Par rapport à la population générale : en 2017 l'OFDT rapportait des API dans l'année précédente chez 35% des adultes interrogés (30) contre 43,4% dans notre série, on peut cependant se demander si le chiffre dans notre série n'est pas surestimé en raison de la répartition de l'âge des répondant avec une majorité de répondants de moins de 45 ans chez qui ce type de consommation est plus fréquent. Concernant les facteurs de risques à une consommation plus importante on retrouve comme dans les autres études : l'âge, le célibat et l'absence d'enfants (37-39). Nous trouvons une consommation d'alcool plus à risque chez les femmes. Le fait de retrouver plus de consommation à risque chez les femmes, avait déjà été retrouvé en 2015 chez les médecins américains (36), avec 12,9% de consommations à risque chez les hommes contre 21,4% chez les femmes. Cependant d'autres études trouvaient des données inverses avec un risque plus

important chez les hommes (13,37,40). Cette donnée nous montre qu'il ne faut pas négliger les actions de prévention envers les femmes concernant la consommation d'alcool.

Nous trouvons un risque plus important d'API chez les hommes tout comme Joos en 2013 chez les médecins spécialistes belges (40). Il y avait une forte proportion d'API notamment chez les hommes de moins de 45 ans sans enfants, il serait sûrement bénéfique de faire plus d'éducation et de préventions concernant les conséquences possibles de ces API multiples sur la santé.

Notre questionnaire retrouvait une consommation de tabac chez 9,1% des répondants, avec des scores de Fagerström faibles comprise entre 0 et 1 pour la majorité (68,5%) des répondants. Cette donnée va dans le même sens que des données étrangères : O'Keeffe (2019) chez les médecins irlandais : 9,4% de fumeurs mais majoritairement occasionnels avec seulement 2,5% de fumeurs quotidiens (38). La consommation de tabac parmi les médecins est difficile à estimer, les chiffres sont très variables : une revue de la littérature (41) concernant la prévalence du tabagisme chez les médecins de 1974 à 2004 trouvait des chiffres allant de 3% de fumeurs chez les médecins et dentistes américains en 1994 (42) à 48% en chez les grecs (43). Les chiffres étaient discordants même lorsque l'on regarde les données existantes pour un même pays.

Les médecins ayant répondu au questionnaire utilisaient plus la cigarette électronique que la population générale en 2017 (chiffres OFDT) (30) : 4,3% contre 2,7%. Elle était un moyen de substitution pour 87,2% des médecins l'utilisant ce qui montre que la cigarette électronique a été admise par certains médecins comme un bon moyen de substitution pour le sevrage tabagique.

Les médecins ayant consommé du cannabis étaient 5,5% (4,5% ayant consommé dans l'année), chiffre nettement inférieur à la consommation de la population générale : 45% d'expérimentateurs chez les français de 18 à 64 ans dont 11% ont consommé dans la dernière année. Les chiffres internationaux sur la consommation de cannabis par les médecins sont rares et discordants : Hughes (4) 2% aux USA en 1991 ; 22,2% de consommateurs chez les étudiants en médecine grecs en 2018 (43). En France on retrouvait une prévalence à 2,6% de consommateurs chez les anesthésistes (11). Les consommateurs de cannabis avaient plus d'antécédents de consultation d'addictologie que le reste des répondants, cependant il n'y avait pas de différence significative de besoin ressenti de consultation entre les consommateurs de cannabis et les autres.

Nous trouvons une consommation de médicaments psychotropes chez 21,0% des répondants ce qui est qui est équivalent aux 21% des Français de plus de 15 ans ayant eu des médicaments psychotropes remboursés dans l'année en 2017 (44). Mais nous avons uniquement interrogé sur la consommation et nous n'avons pas cherché à différencier une consommation sur prescription, d'un éventuel mésusage. Beaujouan (11) trouvait une utilisation de médicaments psychotropes chez 13,4% des anesthésistes avec 4,5% de mésusage ; nous retrouvons des chiffre similaires

chez les anesthésistes avec 15,0% de consommateurs de médicaments psychotropes, ce qui amène à se poser la question de la même proportion de mésusage (1/3), en 2020, chez les médecins interrogés.

La consommation de SPR concerne 3,2% des répondants avec majoritairement la cocaïne et la MDMA surtout par des hommes jeunes, sans enfants, avec une consommation mensuelle ou inférieure au cours de l'année précédente pour 71,4% des consommateurs, évoquant une consommation festive sans accoutumance. D'ailleurs, les consommateurs de SPR ne ressentaient pas un besoin plus important de consultation d'addictologie ni n'avait plus consulté à ce sujet que le reste des médecins interrogés, ce qui pourrait nous indiquer qu'ils ne considèrent pas leur consommation comme problématique.

Les médecins ayant déjà consulté concernant leur consommation de SPA étaient 2,6%, alors que 9,4% pensaient avoir besoin d'une telle consultation, ce qui confirme qu'il existe des freins à la consultation qui retardent la prise en charge. Les principales barrières à l'accès au soin en addictologie, pour les médecins, sont le déni, la peur de la stigmatisation, les comorbidités psychiatriques, le manque de connaissance sur ces pathologies et la peur des conséquences professionnelles, sociales, personnelles et économiques (45). Les médecins que nous avons interrogés mentionnent, pour plus de 60% d'entre eux, le déni de la maladie comme frein à la consultation, suivi pour plus de 50 % par le fait que les soignants se soignent seuls et la crainte d'être jugé : ces 3 principaux freins à la consultation mettent en lumière la nécessité de mieux former l'ensemble des médecins à prise en charge actuelle en addictologie et à mieux informer sur les stratégies de réductions des risques en addictologie. La mise en place d'une consultation spécialisée d'addictologie pour les soignants, qui serait indépendante des services de médecine du travail et des instances ordinales, permettrait la prise en charge de façon anonyme et sécurisante pour les consultants, en effet il s'agit de la modalité la plus importante pour 25,2% des répondants. Un des objectifs d'une telle consultation serait l'accès au soin plus précoce des médecins sachant que celui-ci est tardif quelle que soit la pathologie (15,17,18). Les répondants qui auraient recours à une consultation dédiée pour eux ou pour un proche étaient 57,0% ce qui montre un intérêt majoritaire pour ce type de structure. De plus parmi les médecins ayant déjà consulté concernant leurs consommations de SPA plus des 3/4 (82,6%) ont eu recours à un addictologue ou à un psychiatre, ce qui montre le besoin d'une prise en charge spécialisée.

Les attentes vis-à-vis des modalités d'une consultation dédiée font ressortir en tout premier point d'importance la garantie de l'anonymat et de la confidentialité, une prise en charge mettant en avant la garantie d'anonymat fait penser à la démarche du PAIMM barcelonais. Il a montré que la mise en place de soins libres garantissant l'anonymat et sans information systématique des

instances telles que l'Ordre ,si il n'y a pas de mise en danger (personnelle ou professionnelle), permet une entrée dans le soins plus précoce et donc moins de complications (46). On sait en plus grâce à l'ancienneté des programmes de prise en charge américains que les médecins répondent mieux à une prise en charge adaptée en addictologie que la population générale (47,48). La nécessité d'offrir des soins adaptés aux spécificités liées à la profession médicale en France a déjà été affirmée par le CNOM en 2008 (49) et l'HAS (1) mais il n'existe pas à notre connaissance sur le territoire français de consultation dédiée aux médecins, garantissant l'anonymat et une prise en charge spécifique, pour l'instant chaque cas est traité individuellement selon le carnet d'adresse du professionnel consulté et avec l'appui des associations d'aide à la prise en charge des professionnels en souffrance existant sur le territoire.

Parmi les autres modalités les plus importantes pour les répondants, on trouvait consultation dans un lieu neutre et discret et dans un service indépendant de la médecine du travail ce qui va dans le sens de la création de structures de prise en charge adaptées indépendantes et formées à accueillir les médecins. L'indépendance de la structure de soins par rapport au service de médecine du travail est à rapporter à la crainte de la perte d'emploi ou du déclassement professionnel qui était mentionné comme un frein à la consultation par 15% des répondants.

La mise en place d'une consultation d'addictologie dédiée aux médecins, qui garantirait l'anonymat des consultants, dans un lieu neutre et discret et indépendant du service de médecine du travail permettrait à certains médecins en demande d'accéder au soin, en diminuant les freins à la consultation.

## 5. Conclusion

Parmi les 1093 répondants, 82,4% consommaient de l'alcool, dans ces consommateurs ceux ayant une consommation à risque étaient 61,7%. En deuxième substance la plus consommée, on retrouvait les médicaments psychotropes, avec 21% des répondants concernés. La consommation de tabac, de cannabis, et de substances psychoactives « récréatives » était moins répandue qu'en population générale. Peu de médecins avaient déjà consulté un professionnel à ce sujet (2,6%) alors que 9,4% d'entre eux pensaient avoir besoin d'une consultation d'addictologie. Les principaux freins à la consultation retrouvés parmi les médecins sont le déni, la crainte d'être jugé et la peur du non-respect du secret médical. Concernant une consultation dédiée les médecins pensaient que le plus important serait une garantie de confidentialité et d'anonymat, dans un lieu neutre et discret, indépendant de la médecine du travail. Si une telle consultation dédiée spécialisée existait, 57% des répondants qui y auraient recours ou la recommanderaient à un confrère. Les résultats de notre étude plaident en faveur du développement de structures de soins spécialisées dédiées aux soignants comme il en existe déjà à l'étranger (Barcelone, Québec, USA). L'existence de troubles de l'usage de substances psychoactives chez les médecins ne doit pas être négligée en raison de leurs conséquences potentielles au plan professionnel et personnel. Des structures de soin dédiées permettraient un accès facilité aux soins pour les médecins en souffrance. Nos données ne montrent qu'un aperçu des consommations de substances psychoactives par le corps médical, d'autres études, avec des échantillons plus représentatifs et explorant plus en détail les comportements de consommation des soignants devraient être menées.

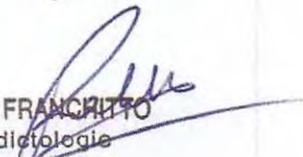
Toulouse le 29/09/2020

Vu permis d'imprimer  
Le Doyen de la Faculté  
de médecine Rangueil  
Elie SERRATY



*W le Président  
d'juris*

Professeur Nicolas FRANCRITTO  
Service d'Addictologie  
CHU PURPAN - TSA 40031  
31059 TOULOUSE CEDEX 9  
Tél. 05 67 69 16 42



## Bibliographie

1. HAS. Fiche mémo : Repérage et prise en charge clinique du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout. 2017 mars p. 5.
2. Kemperman RL. Burnout and Alcohol consumption: A Meta-Analysis. :23.
3. Tobias JSP, da Silva DLF, Ferreira PAM, da Silva AAM, Ribeiro RS, Ferreira ASP. Alcohol use and associated factors among physicians and nurses in northeast Brazil. *Alcohol*. 2019;75:105-12.
4. Hughes PH, Conard SE, Baldwin DC, Storr CL, Sheehan DV. Resident physician substance use in the United States. *JAMA*. 24 avr 1991;265(16):2069-73.
5. Souffrance des soignants : les propositions de l'Ordre des médecins [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 22 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/souffrance-soignants-propositions-lordre-medecins>
6. Bissonnier C, Boetsch D. LA SANTÉ DES ÉTUDIANTS ET JEUNES MÉDECINS. 2016 p. 99.
7. Tavoracci MP, Delay J, Grigioni S, Déchelotte P, Ladner J. Changes and specificities in health behaviors among healthcare students over an 8-year period. *PLoS ONE*. 2018;13(3):e0194188.
8. Cezynski C. Les consommations de substances psychoactives chez les médecins généralistes libéraux français: étude de prévalence et comparaison aux données de la population générale [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2014.
9. Rabhi A. Prévalence du tabagisme des médecins généralistes libéraux dans le département de l'Eure: état des lieux et enquête

quantitative [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen Normandie; 2016.

10. Martin C. La consommation d'alcool chez les médecins [Thèse d'exercice]. [France]: Sorbonne université (Paris). Faculté de médecine; 2019.

11. Beaujouan L, Czernichow S, Pourriat J-L, Bonnet F. Prévalence et facteurs de risque de l'addiction aux substances psychoactives en milieu anesthésique : résultats de l'enquête nationale. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. 1 mai 2005;24(5):471-9.

12. Braun M, Freudenmann RW, Schönfeldt-Lecuona C, Beschoner P. Burnout, Depression und Substanzgebrauch bei Ärzten - Ein Überblick zur derzeitigen Datenlage in Deutschland. *psychoneuro*. févr 2007;33(1/2):19-22.

13. Srensen JK, Pedersen AF, Vedsted P, Bruun NH, Christensen B. Substance Use Disorders Among Danish Physicians: An Explorative Study of the Professional Socialization and Management of Colleagues With Substance Use Disorders. *J Addict Med*. août 2016;10(4):248-54.

14. Prévost C, Roman, Sandra. La santé des médecins, état des connaissances et approches préventives. 2015 p. 37.

15. Brunie B. Le médecin-patient et sa santé: quelles différences perçoit-il entre sa prise en charge et celle de ses patients?: enquête qualitative auprès de médecins généralistes d'Indre-et-Loire [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Tours. UFR de médecine; 2013.

16. Tafani D. Pourquoi les médecins libéraux ne se soignent-ils pas?: Quels sont les freins à la prise en charge adéquate des problèmes de santé des médecins généralistes?: enquête qualitative réalisée auprès de 21 médecins généralistes en Corse [Thèse d'exercice]. [France]:

Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2017.

17. Mauger C. Quand le médecin tombe malade: vécu de quatorze médecins face à leur pathologie chronique organique [Thèse d'exercice]. [France]: Université Bretagne Loire; 2016.

18. George S, Hanson J, Jackson JL. Physician, heal thyself: a qualitative study of physician health behaviors. *Acad Psychiatry*. févr 2014;38(1):19-25.

19. Rangel EL, Castillo-Angeles M, Kisat M, Kamine TH, Askari R. Lack of Routine Healthcare among Resident Physicians in New England. *J Am Coll Surg*. 23 nov 2019;

20. Miller NS, Sheppard LM, Colenda CC, Magen J. Why physicians are unprepared to treat patients who have alcohol- and drug-related disorders. *Acad Med*. mai 2001;76(5):410-8.

21. Montgomery AJ, Bradley C, Rochfort A, Panagopoulou E. A review of self-medication in physicians and medical students. *Occup Med (Lond)*. oct 2011;61(7):490-7.

22. Barros ARR, Griep RH, Rotenberg L. Self-medication among nursing workers from public hospitals. *Rev Lat Am Enfermagem*. déc 2009;17(6):1015-22.

23. Kay M, Mitchell G, Clavarino A, Doust J. Doctors as patients: a systematic review of doctors' health access and the barriers they experience. *Br J Gen Pract*. juill 2008;58(552):501-8.

24. Brooks SK, Gerada C, Chalder T. The specific needs of doctors with mental health problems: qualitative analysis of doctor-patients' experiences with the Practitioner Health Programme. *J Ment Health*. avr 2017;26(2):161-6.

25. Braquehais M, Valero S, Matali J, Bel M, Montejo J, Nasillo V, et

- al. Promoting voluntary help-seeking among doctors with mental disorders. *International journal of occupational medicine and environmental health*. 1 juin 2014;27:435-43.
26. Talbott GD, Gallegos KV, Wilson PO, Porter TL. The Medical Association of Georgia's Impaired Physicians Program. Review of the first 1000 physicians: analysis of specialty. *JAMA*. 5 juin 1987;257(21):2927-30.
27. O'Connor PG, Spickard A. Physician impairment by substance abuse. *Med Clin North Am*. juill 1997;81(4):1037-52.
28. McLellan AT, Skipper GS, Campbell M, DuPont RL. Five year outcomes in a cohort study of physicians treated for substance use disorders in the United States. *BMJ*. 4 nov 2008;337:a2038.
29. Aubin PH-J, Gillet C, Rigaud A. Mésusage de l'alcool dépistage, diagnostic et traitement. *Alcoologie Addictologie*. 2015;37(1):5–84.
30. Office Français des Drogues et Toxicomanies. Drogues, chiffres clés 8ème édition. c2019[En ligne]. [cité 1 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/drogues-chiffres-cles/drogues-chiffres-cles-8eme-edition-2019/>
31. Société Française d'Anesthésie Réanimation. Fiches pratiques à télécharger [En ligne].[cité 13 sept 2020]. Disponible sur: <https://sfar.org/sante-au-travail-smart/fiches-pratiques-a-telecharger/>
32. Olivier. Santé au Travail - SMART [Internet]. CFAR. [cité 2 oct 2019]. Disponible sur: <https://cfar.org/sante-au-travail-smart/>
33. Voigt K, Tworok S, Mittag D, Göbel A, Voigt R, Klewer J, et al. Consumption of alcohol, cigarettes and illegal substances among physicians and medical students in Brandenburg and Saxony (Germany). *BMC Health Serv Res*. 3 déc 2009;9:219.

34. Sebo P, Bouvier Gallacchi M, Goehring C, Künzi B, Bovier PA. Use of tobacco and alcohol by Swiss primary care physicians: a cross-sectional survey. *BMC Public Health*. 12 janv 2007;7:5.
35. Braun M, Schönfeldt-Lecuona C, Kessler H, Beck J, Beschoner P, Freudenmann RW. Burnout, Depression und Substanzgebrauch bei deutschen Psychiatern und Nervenärzten. *Nervenheilkunde*. 2008;27(9):800-4.
36. Oreskovich MR, Shanafelt T, Dyrbye LN, Tan L, Sotile W, Satele D, et al. The prevalence of substance use disorders in American physicians. *Am J Addict*. janv 2015;24(1):30-8.
37. Wurst FM, Rumpf H-J, Skipper GE, Allen JP, Kunz I, Beschoner P, et al. Estimating the prevalence of drinking problems among physicians. *Gen Hosp Psychiatry*. oct 2013;35(5):561-4.
38. O' Keeffe A, Hayes B, Prihodova L. « Do as we say, not as we do? » the lifestyle behaviours of hospital doctors working in Ireland: a national cross-sectional study. *BMC Public Health*. 11 févr 2019;19(1):179.
39. Pförringer D, Mayer R, Meisinger C, Freuer D, Eyer F. Health, risk behaviour and consumption of addictive substances among physicians - results of an online survey. *J Occup Med Toxicol* [Internet]. 23 août 2018 [cité 21 avr 2020];13. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6107952/>
40. Joos L, Glazemakers I, Dom G. Alcohol use and hazardous drinking among medical specialists. *Eur Addict Res*. 2013;19(2):89-97.
41. Smith DR, Leggat PA. An international review of tobacco smoking in the medical profession: 1974–2004. *BMC Public Health*. déc 2007;7(1):115.

42. Brink SG, Gottlieb NH, McLeroy KR, Wisotzky M, Burdine JN. A community view of smoking cessation counseling in the practices of physicians and dentists. *Public Health Rep.* 1994;109(1):135-42.
43. Papazisis G, Tsakiridis I, Siafis S. Nonmedical Use of Prescription Drugs among Medical Students and the Relationship With Illicit Drug, Tobacco, and Alcohol Use: Substance Abuse: Research and Treatment [En ligne]. 19 sept 2018 [cité 2 sept 2020]; Disponible sur: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1178221818802298>
44. OFDT. Médicaments psychotropes - Synthèse des connaissances [En ligne]. [cité 1 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/medicaments-psychotropes/#conso>
45. Vayr F, Herin F, Jullian B, Soulat JM, Franchitto N. Barriers to seeking help for physicians with substance use disorder: A review. *Drug Alcohol Depend.* 01 2019;199:116-21.
46. Mingote-Adan JC, Garrote-Díaz JM, Romero-Agüit S. La experiencia del Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) de la Organización Médica Colegial en España. *Medicina Clínica.* avr 2019;152(8):324-8.
47. Herrington RE, Benzer DG, Jacobson GR, Hawkins MK. Treating substance-use disorders among physicians. *JAMA.* 23 avr 1982;247(16):2253-7.
48. Bohigian GM, Bondurant R, Croughan J. The impaired and disruptive physician: the Missouri Physicians' Health Program--an update (1995-2002). *J Addict Dis.* 2005;24(1):13-23.
49. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Le médecin malade [En ligne]. c2008 [cité 1 mars 2017]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/le-medecin-malade-746>

## Table des illustrations

Tableau 1 : Caractéristiques démographiques des répondants .....	16
Tableau 2 : Consultation d'addictologie et consommations.....	18
Tableau 3 : Score AUDIT-C selon les caractéristiques démographiques.....	19
Tableau 4 : API et caractéristiques démographiques .....	21
Tableau 5 : Score de Fagerström et caractéristiques démographiques .....	23
Tableau 6 : Utilisation de la cigarette électronique et caractéristiques démographiques .....	25
Tableau 7 : Cannabis et données démographiques .....	26
Tableau 8 : Répartition des classes de médicaments psychotropes consommés .....	28
Tableau 9 : Consommation de médicaments psychotropes et données démographiques.....	28
Tableau 10 : Consommation de SPR et données démographiques.....	30
Tableau 11: Freins à une consultation dédiée .....	32
Tableau 12 : Modalités préférées pour une consultation dédiée.....	33

# Annexes

## Annexe 1 : trame du questionnaire

1. Données générales
  - a. Vous avez : 18-25/26-35/36-45/46-55/56-65
  - b. Vous êtes : homme / femme
  - c. Situation familiale ? seul/ en couple/ avec enfants
  - d. Profession ?
    - d'. médecin : Addictologue / Anesthésiste-réanimateur/médecin du travail/ médecin généraliste/ psychiatre/ urgentiste/ autre spécialité
  - e. Mode d'exercice ? CHU/CHG/Clinique-établissement privé/CSAPA-CARUUD/cabinet libéral/ Autre
  - f. Département d'exercice
2. Certaines consommations risquent d'aggraver les formes de Covid 19, cela vous inquiète-il ,cela a-t-il entraîné une modification de vos consommations ? Non (pas de consommation) / non (pas d'inquiétude) /oui (sans modification consommation) / oui avec modification consommations)
3. Consommation de tabac
  - a. Quotidien ? Oui/non
  - b. Durée consommation? chiffre mois/années
  - c. Type ? manufacturées /roulées
  - d. Nombre de cigarettes /jour ? 0-10/11-20/21-30/31 ou plus
  - e. Temps entre réveil et 1ere cigarette ? <5min/6-30min/31min-1h/>1h
4. E-cigarette
  - a. Oui/non
  - b. Durée consommation ? chiffre mois/années
  - c. Dosage ? chiffre mg
  - d. Quantité de liquide journalière ? <1ml/2-4/4-6/>6 ml / ne sait pas
  - e. Utilisé comme moyen de substitution ? oui/non
  - f. Utilisation exclusive ? oui/ non + tabac/ non+ autres substituts
  - g. Impact Covid sur conso ? augmentation / stable /diminué
5. Consommation cannabis
  - a. Oui/non
  - b. Consommation sur la dernière année ? > 4/semaine / 1/mois / au – 1/semaine / 2-3/mois /< 1/mois / aucune
  - c. Impact covid sur conso ? stable / augmenté / diminué
6. Consommation de café sur lieu de travail
  - a. Oui /non
  - b. Nombre de tasses / jour
  - c. Impact covid ? stable /augmenté/ diminué
7. Consommation alcool ?
  - a. Oui/non
  - b. Au cours de la dernière année : 1/mois ou moins / 2-4/mois / 2-3/semaine / >4 :semaine / aucune
  - c. Nombres de verres sur une journée de consommation ? 1-2 / 3-4 / 5-6 / 7-9 /> 10
  - d. Au cours d'une occasion de consommation combien de fois vous arrive-t-il de consommer plus de 6 verres ? jamais / <1/mois / 1 /semaine / tous les jours ou presque
  - e. Impact crise sur consommations ? stable/ augmenté/ diminué
  - f. Apéritifs virtuels ? oui/ non + fréquence ?

8. Psychotropes
  - a. Troubles du sommeil en lien avec travail avant la crise ? oui/ non
  - b. Au cours des &é derniers mois prise de psychotropes ? oui/non
  - c. Lequels ? BZD / somnifères/ antidépresseurs-anxiolytiques / opiacés / autres
  - d. Impact crise sur les conso ? stable / augmenté / diminué
9. Autres substances ?
  - a. Oui/non
  - b. Cocaine/ héroïne / MDMA / GHB / 3MMC/ autres
  - c. 12 derniers mois à quelle fréquence ? jamais / 1/mois ou moins / 2-4 /mois /2-3/semaine />4/semaine
  - d. Impact crise sur consommations ? stable/ augmenté / diminué
10. Consommation de substances autre que tabac / café sur lieu de travail ?
  - a. oui/non / ne se prononce pas
  - b. lesquelles ? Alcool/ cannabis / médicaments / autres / ne souhaite pas répondre
11. Consultation d'un professionnel de santé concernant consommations ?
  - a. Oui/non
  - b. Qui ? addictologue/ psychiatre / MG / psychologue / autre
12. Pensez vous que consulter un professionnel en addictologie pourrait vous être utile ?  
oui/non
13. Recours aux plateformes d'aide téléphonique covid ? Oui/ non
14. Si consultation dédié sur CHU recours perso ou conseil à collègue ? oui/non
15. Modalités de la consultation ?
16. Estimation utilité consultation dédiée ?
17. Selon vous pourquoi les soignants ne consultent pas ?
18. Utilité enquête ?
19. Gène sur question ? non / il y a des questions où je n'ai pas répondu / questions trop intrusives / sujet trop sensible pour répondre par écrit

Le questionnaire AUDIT-C

**1. À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?**

- (0) Jamais
- (1) 1 fois par moi ou moins
- (2) 2 à 4 fois par mois
- (3) 2 à 3 fois par semaine
- (4) Au moins 4 fois par semaine

**2. Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?**

- (0) 1 ou 2
- (1) 3 ou 4
- (2) 5 ou 6
- (3) 7 à 9
- (4) 10 ou plus

**3. Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standard ou plus ?**

- (0) Jamais
- (1) Moins d'une fois par mois
- (2) Une fois par mois
- (3) Une fois par semaine
- (4) Tous les jours ou presque

Un score  $\geq 3$  chez la femme et  $\geq 4$  chez l'homme doit faire évoquer un mésusage.

Un score  $\geq 10$  dans les deux sexes doit faire évoquer une dépendance.

## Annexe 3 : Test de Fagerström simplifié

Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence »

---

### Test de Fagerström simplifié en deux questions

1. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

10 ou moins	0
11 à 20	1
21 à 30	2
31 ou plus	3
2. Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?

Moins de 5 minutes	3
6 à 30 minutes	2
31 à 60 minutes	1
Après plus d'1 heure	0

Interprétation selon les auteurs :

- 0-1 : pas de dépendance ;
- 2-3 : dépendance modérée ;
- 4-5-6 : dépendance forte.

AUTEUR : Marine DELTOUR

TITRE : Consommation de substances psychoactives par les médecins en France en 2020 et étude de l'intérêt de proposer une consultation d'addictologie dédiée

DIRECTEUR DE THÈSE : Docteur Bénédicte JULLIAN

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : 20 octobre 2020, Faculté de médecine de Rangueil, Toulouse

---

Résumé en français

**Introduction :** Les données existantes sur la consommation de substances psychoactives chez les médecins sont pauvres. L'objectif de notre étude était évaluer les consommations de substances psychoactives par les médecins en France en 2020 et l'intérêt de la création d'une consultation d'addictologie dédiée.

**Matériel et méthode :** Via un auto-questionnaire en ligne, nous avons exploré les consommations de substances psychoactives ; et les freins et les attentes vis-à-vis d'une consultation dédiée.

**Résultats :** Parmi les 1093 répondants, les consommateurs d'alcool étaient 84.2% dont 61,7% avaient une consommation à risque. Les médicaments psychotropes étaient la deuxième substance consommée avec 21.0% de consommateurs. Les médecins pensant avoir besoin d'une consultation étaient 9.4%, ceux ayant déjà consulté : 2.6%. Les principaux freins à la consultation étaient le déni, la crainte d'être jugé et la peur de la rupture du secret médical. Si une consultation d'addictologie dédiée existait, 57% y auraient recours pour eux ou un proche.

**Discussion :** Malgré des consommations comparables à la population générale, les freins à la consultation retrouvés plaident pour la création de structures de soins dédiées permettant un accès au soin pour les médecins en demande. D'autres études devraient être menées pour mieux connaître les comportements de consommation des soignants.

---

Titre et résumé en anglais : Substance use by physicians in France in 2020 and study of the interest of making a dedicated addictology consultation

**Introduction:** The existing data on consumption of psychoactive substances among physicians are poor. The objective of our study was to assess the consumption of psychoactive substances by physicians in France in 2020 and the value of creating a dedicated addictology consultation.

**Material and method:** Via an online self-questionnaire, we explored the consumption of psychoactive substances; and the barriers and expectations for a dedicated consultation.

**Results:** Among the 1093 respondents, alcohol users were 84.2% of which 61.7% had a risk consumption. Psychotropic drugs were the second substance consumed with 21.0% of users. Doctors who thought they needed a consultation were 9.4%, those who had already seen: 2.6%. The main obstacles to consultation were denial, fear of being tried and fear of breach of medical confidentiality. If a dedicated addictology consultation existed, 57% would use it for themselves or a loved one.

**Discussion:** Despite consumption comparable to the general population, the barriers to consultation found plead for the creation of dedicated care structures allowing access to care for doctors in demand. Other studies should be carried out to better understand the consumption behaviors of caregivers.

---

**Mots-Clés :** substances psychoactives ; addiction ; alcool ; tabac ; cigarette électronique ; cannabis ; psychotropes ; substances psychoactives récréatives ; santé des médecins ; freins à la consultation

**Keywords:** psychoactive substances; substance use ; alcohol; tobacco; electronic cigarette ; cannabis; psychotropic drugs; recreational psychoactive substances; physicians' health; obstacles to consultation

---

**Discipline administrative :** MEDECINE GENERALE

---