

---

## Addiction and the anaesthesia resident

---

William J. Farley MD

As anaesthetists, we are frequently called upon to provide our services to chemically dependent individuals. Often they are highly intoxicated, uncooperative, incontinent, and crude. The chemicals they have been abusing range from alcohol, heroin, cocaine and marijuana to LSD, peyote, PCP, and a wide range of other intoxicating substances. As a result of our exposure to such individuals, beginning in medical school and continuing through our residency and practice, many of us have formed strong negative images of the addict. Terms used to describe such individuals often include "skid row bum," "junkie," "pot-head," etc. Thus, when one of our colleagues becomes afflicted, we are incredulous, stunned, and often engage in massive denial. Addiction isn't supposed to happen to physicians.

The purpose of this paper is to discuss the reality of addiction in anaesthetists, with particular focus on opiate addiction in anaesthesia residents. In the author's experience, residents appear to be a particularly vulnerable group to develop this condition.

Although debate still goes on, most authorities working in the field of addiction medicine, consider addiction or chemical dependency to be a disease. It is a multifaceted disease, with genetic, biochemical, psychological and environmental components. Addiction may be defined as the use of a mood-altering chemical, characterized by compulsion, loss of control, and continued use of the chemical in spite of adverse consequences.

In terms of the incidence of addiction in anaesthesia residents, there have been very few studies. At the present time, the American Society of Anesthesiology is sponsoring a study of all the United States Anesthesia Training Programs. Many aspects of addiction are being looked at, but one is the incidence of addiction in residents. The study is nearing completion and preliminary findings, as reported by Dr. William Arnold, Chairman of the ASA Committee on Occupational Health of Operating Room Personnel, indicate that each year 0.7% of residents will develop the disease. Thus, in any given three-year residency program the incidence is 2.1%.

Of the last 500 physicians treated by the author, 60 were anaesthetists (12%). In the United States, anaesthetists make up 3.6% of the physician population. Of the 60 anaesthetists, 45 were residents (75%), or in the first two years of practice.

Factors that play a role in addiction in anaesthesia residents include:

- 1 Ready availability.
- 2 Occupational stress.
- 3 Experimentation.
- 4 Physical or emotional pain.
- 5 A sense of invincibility. Particularly prevalent in physicians and allows us to believe that we can take a drug which we know is addicting and not become addicted to it.
- 6 Low self-esteem. (Addicted anaesthetists find that fentanyl or sufentanyl is a wonderful way of obtaining self-esteem, albeit temporary.)

### *Drugs of choice*

Although most addicted physicians use more than one drug, they can usually identify one particular drug which is their "drug of choice." Of the 60 anaesthetists the author has treated, 54 (90%) have had either fentanyl or sufentanyl as the primary drug. Alcohol, meperidene, morphine, cocaine, marijuana and benzodiazepines follow in that order.

### *Route of administration*

The usual route of administration for narcotic-addicted anaesthetists is intravenous. Many state that their initial exposure was by squirting some of the narcotic into their mouths or nasal cavities. After three or four episodes of this, they no longer experienced the desired result and began to inject intravenously.

### *Doses of drugs used*

Tolerance to fentanyl and sufentanyl builds rapidly. As a result, large doses are injected before detection occurs. The usual dose of fentanyl single bolus is 4 to 10 ml *iv*, often repeated three to four times per day. We have had some anaesthetists entering treatment who are able to tolerate a single bolus of 50 ml fentanyl and continue to work. The usual dose of sufentanyl is 1 to 2 ml.

### *Acquisition of the narcotic*

Since tolerance builds rapidly, large doses of narcotics are

---

Perspectives Health Program, Hampton, Virginia.

required to meet the tolerance level. Desperate means of deception are needed to acquire the necessary dose. Following are some techniques that have been reported by addicted anaesthetists:

- 1 Signing out a narcotic at the beginning of a case and recording its administration on the anaesthetic record. In reality, the patient is only given a small amount, if any, of the narcotic and is kept asleep with an inhalational agent or noncontrolled intravenous agents, such as butorphanol or nalbuphine. The unused narcotic is then pocketed for personal use.
- 2 The addicted anaesthetists will often relieve a colleague for coffee or lunch, and in the process exchange syringes. They will pocket the syringe containing fentanyl or sufentanil, and leave in its place a syringe containing butorphanol or nalbuphine, but with a fentanyl or sufentanil label on the syringe.
- 3 We have had anaesthetists enter treatment who have tampered with the narcotic ampules. Small holes have been drilled with a diamond drill into the bottom of ampules and the solution withdrawn, replaced with saline or water and the tiny hole filled with glue.
- 4 Anaesthetists' working in the open heart rooms have ready access to large volumes of fentanyl and sufentanil.
- 5 For many anaesthetists, the commonest method of procurement of the narcotic is that they work in a department which has virtually no system of accountability. In the author's travels, he has found this to be a fairly common phenomenon. In many hospitals in the United States, the accountability system is so lax that what you do with your leftover narcotics at the end of the day is your business.

#### *Identification of the impaired anaesthetist*

Identification is not easy. Rarely are the addicted anaesthetists found injecting themselves. There are two major factors that contribute to this difficulty in identification:

- 1 It is extremely unlikely that the addicted anaesthetist will come forward and ask for help:
  - (a) because he/she believes that if they tell someone of their problem, what they are really telling them is they are weak-willed, morally bankrupt, evil, crazy, or at the very least just plain stupid. No one likes to admit these deficiencies about themselves, least of all a physician.
  - (b) they fear that if they tell a colleague they are addicted, they might lose their jobs or even worse, their licenses.

As a result of these two factors, they quietly continue to use the drugs in desperation.

- 2 The other reason is the conspiracy of silence. This

occurs often, when peers, nurses, family members, etc., are suspicious that someone is using drugs, but for a variety of reasons, don't want to get involved. The major symptom or sign of addiction is the compulsive, irrational, irresponsible, inappropriate and continued use of the drug as it destroys his or her life. The dynamic that underlies this phenomenon is denial. Denial is present in virtually every addicted physician. We are supposed to be the healers – not addicts. The denial is also often present in spouses and peers.

#### *Signs that might lead one to suspect that a colleague has a problem with addiction*

- 1 Unusual changes in behaviour, wide mood swings, periods of depression, anger and irritability, alternating with periods of euphoria.
- 2 Addicts sign out increasing quantities of narcotics as their tolerance increases.
- 3 They also sign out narcotics in inappropriately high doses for the operation being performed.
- 4 Charting becomes increasingly sloppy.
- 5 Addicts like to work alone in order to use anaesthetic techniques without narcotics, falsify records and divert drugs for personal use.
- 6 They refuse lunch and coffee relief.
- 7 They frequently relieve others.
- 8 They volunteer for extra cases, often where large amounts of narcotics are available, i.e., cardiac surgery.
- 9 They volunteer frequently for extra call.
- 10 They are often at the hospital when off duty, staying close to their drug supply to prevent withdrawal.
- 11 Addicts make frequent requests for bathroom relief. This is usually where they inject the drugs.
- 12 They are often difficult to find between cases, taking short naps after using.
- 13 Addicted anaesthesia personnel may insist on administering narcotics personally in the recovery room.
- 14 An addict's patient may come into the recovery room, complaining of pain out of proportion to the amount of narcotic charted on the anaesthesia record.
- 15 Addicts may wear long sleeved gowns to hide needle tracks and to combat the subjective feeling of cold they experience when using narcotics.
- 16 Narcotic addicts often have pin-point pupils.
- 17 They may display evidence of withdrawal, especially diaphoresis and tremors.
- 18 Weight loss and pale skin are common.
- 19 Undetected addicts are found comatose.
- 20 Undetected addicts are found dead.

With powerful narcotics, these workplace symptoms can appear very quickly, in a matter of weeks. Even when

several signs are noted, the observer should neither automatically assume a colleague is chemically dependent nor confront the suspected addict directly.

*What to do when suspicion is aroused*

In the United States, all 50 State Medical Societies have impaired physicians' programs. Also, many hospitals have established impaired physicians' programs. If a colleague is suspected, it is best to report that colleague to the department chairman. He or she, in turn, should report the case in a confidential manner either to the State Impaired Physician's Program or to the local hospital's program. These programs have physicians who are trained in the art of identification and intervention, and they will come and investigate the case and decide whether the evidence warrants a formal intervention. If an intervention does take place, it must be done with care, concern, and firmness. Usually, the patient is then referred to a treatment centre for a full course of treatment, or at the very least for a four-day intensive evaluation by experts in addiction medicine.

*Can or should the treated anaesthetists return to the operating room?*

This is a very controversial issue. It is not easy for a person addicted to narcotics to return to a job in which each day he must handle and inject into others the very drug to which he is addicted. When he has a headache, is tired or feels a lot of stress, he knows where there is instant relief. In the author's experience, the relapse rate in anaesthesia residents returning to the specialty is relatively high compared with other medical disciplines. Having said this, it should be noted that many anaesthetists addicted to narcotics have successfully returned to the specialty. Factors that seem to play a role in their success are:

- 1 They have gone through a reputable and extended treatment program.
- 2 They are well motivated.
- 3 They are honest.
- 4 This is their first treatment.
- 5 Their family has become involved in the treatment process and is supportive.
- 6 They are returning to a caring, supportive and compassionate department.
- 7 They have signed a tightly monitored aftercare contract of at least two years duration with the treatment program, their hospital and their state or provincial Medical Society's Impaired Physician's Program. Key elements of this contract are:
  - (a) They agree to submit to random, observed urine drug screens on a frequent basis. When these drug screens are ordered, fentanyl and sufentanil must be

- asked for specifically, as they are difficult to detect.
- (b) The recovering anaesthetists must agree to attend self-help groups, such as Alcohol Anonymous or Narcotics Anonymous on a regular basis, i.e., at least three times per week.
- (c) They agree to attend group therapy on a weekly basis for a minimum of one year.
- (d) They agree to take the oral opiate receptor blocker, naltrexone, for a minimum of six months. This will be administered to them orally by a senior member of the department every Monday, Wednesday and Friday.
- (e) They are allowed to ease back into the job slowly. This would include no nights or weekends on call for three months and no handling of narcotics for three months.
- (f) In severe cases, it might require them taking six months to a year away from the operating room and working in another area of the department or hospital in which they do not have to handle narcotics.
- (g) They have a primary care physician, knowledgeable about addiction, who can look after them and prescribe for them when they are ill. Addicted physicians get into trouble when they prescribe for themselves.
- (h) They will have assigned a physician monitor to them, who is knowledgeable in addiction medicine and who will meet with them regularly to: (a) offer support; (b) ascertain if the recovering physician is indeed meeting all the recovery-oriented requirements necessary for ongoing sobriety as specified in the contract.

**Summary**

Addiction to narcotics appears to be a problem in the specialty of anaesthesia and particularly in anaesthesia residents. In 1992, this problem is perceived to be a treatable disease for which there is help and there is hope. None of us are immune to this disease. One of the key features of this disease is that the person who is afflicted cannot reach out for help. Thus, it is our responsibility as caring, concerned, and hopefully compassionate colleagues to reach out to them. With proper intervention, treatment, support of family, colleagues and department, and with a tightly monitored aftercare contract, addicted anaesthetists can successfully return to the specialty.

# L'accoutumance et le résident d'anesthésie

William J. Farley MD

Comme anesthésistes, nous devons souvent prodiguer des services à des individus sous dépendance chimique. Souvent leur niveau d'intoxication est élevé, ils ne coopèrent pas, sont incontinents et grossiers. Les substances utilisées comprennent l'alcool, l'héroïne, la cocaïne, la marijuana et peuvent comprendre le LSD, le peyote, le PCP et un large éventail d'autres stupéfiants. Cette exposition à de tels individus, qui commence à l'école de médecine et se prolonge pendant la résidence et la pratique, conduit à adopter une attitude négative vis-à-vis le drogué. On décrit ces personnes sous plusieurs qualificatifs qui vont comprendre junkie, tête-brûlée, etc. Dès lors, lorsqu'un de nos propres collègues devient touché personnellement, nous demeurons incrédules, abasourdis, et préférons nier la situation. L'accoutumance n'est pas supposée se produire chez les médecins.

L'objectif de cette présentation est de présenter la réalité de l'accoutumance chez l'anesthésiste, en mettant l'accent sur la narcomanie chez les résidents d'anesthésie. L'expérience de l'auteur montre que les résidents semblent être particulièrement vulnérables à cette affliction.

Même si le débat continue, la plupart des experts qui travaillent dans le champ de l'accoutumance chez les médecins considèrent l'accoutumance ou la dépendance chimique comme une maladie. Il s'agit d'une maladie multiforme, avec des composantes génétiques, biochimiques, psychologiques et environnementales. L'accoutumance peut être définie comme l'utilisation de substances qui modifient l'humeur, caractérisée par la compulsion, la perte de contrôle, et l'usage continu de la substance en dépit des conséquences néfastes.

Lorsque l'on pense à l'incidence de l'accoutumance chez les résidents d'anesthésie, il y a eu très peu d'études faites dans le passé. À moment-ci, la Société Américaine des Anesthésistes supporte une étude dans tous les programmes de formation aux États-Unis. Plusieurs aspects de l'accoutumance ont été évalués et un de ceux-ci concerne l'incidence de l'accoutumance chez les résidents. Cette étude est presque complétée et les résultats préliminaires, tels que rapportés par le docteur William Arnold, président du comité de l'ASA sur la santé au travail chez le personnel de salle d'opération, indique que chaque année 0,7% des résidents seront affligés par cette maladie. Ainsi pour chaque programme de résidence de trois ans, l'incidence est de 2,1%.

Parmi les 500 derniers médecins traités par l'auteur,

60 étaient des anesthésistes (12%). Aux États-Unis, les anesthésistes constituent 3,6% de la population des médecins. Parmi les 60 anesthésistes mentionnés, 45 étaient des résidents (75%), ou pratiquaient depuis moins de deux ans.

Les facteurs qui jouent un rôle dans l'accoutumance chez les résidents d'anesthésie comprennent :

- 1 La disponibilité des substances.
- 2 Le stress occupationnel.
- 3 Le goût d'expérimenter.
- 4 La douleur physique ou émotionnelle.
- 5 Une sensation d'invincibilité (particulièrement prévalente chez les médecins ; ceci nous fait penser que nous pouvons absorber une substance que nous savons être accoutumante et croire à notre invincibilité).
- 6 bas niveau d'estime de soi. (Les anesthésistes trouvent que le fentanyl et le sufentanil sont des façons faciles d'obtenir une meilleure estime de soi, même sur une base temporaire).

## *Substances choisies*

Même si la plupart des médecins affectés vont utiliser plus d'une substance, ils vont habituellement en identifier une qui sera leur substance de premier choix. Des 60 derniers anesthésistes, l'auteur en a traité 54 (90%) qui considéraient le fentanyl ou le sufentanil comme leur substance de premier choix. L'alcool, la mépéridine, la morphine, la cocaïne, la marijuana et les benzodiazépines suivent dans l'ordre.

## *Voies d'administrations*

La route d'administration habituelle chez les narcomanes anesthésistes est la voie intraveineuse. Plusieurs mentionnent que leur première exposition s'est faite en envoyant une partie du narcotique dans leur bouche ou leur muqueuse nasale. Après trois ou quatre épisodes par ces voies d'administration, ils n'expérimentaient plus le résultat désiré et ont commencé à s'administrer les narcotiques par voie intraveineuse.

## *Doses utilisées*

La tolérance au fentanyl et au sufentanil apparaît rapidement. Il en résulte une administration de doses importantes avant que l'on détecte la situation. La dose habituelle de fentanyl est un bolus de 4 à 10 ml intraveineux répété souvent trois ou quatre fois par jour. Nous avons même

constaté que certains anesthésistes admis en traitement étaient capables de tolérer des bolus simples de 50 ml de fentanyl et continuer à travailler. La dose habituelle de sufentanil est de 1 à 2 ml.

#### *Acquisition du narcotique*

Puisque la tolérance croît rapidement, des doses importantes de narcotiques sont nécessaires pour dépasser le niveau de tolérance. Des moyens détournés et désespérés sont nécessaires pour se procurer la dose nécessaire. Voici quelques techniques qui ont été mentionnées par les anesthésistes narcomanes :

- 1 Enregistrement par signature d'un narcotique au début d'une intervention et inscription de l'administration sur la feuille d'anesthésie. En fait, le patient reçoit seulement une petite quantité du narcotique, s'il en reçoit, et demeure endormi avec des agents d'inhalation ou des agents intraveineux non soumis aux contrôles tels le butorphanol ou la nalbuphine. La portion non utilisée de narcotique est conservée pour usage personnel.
- 2 L'anesthésiste affecté va souvent relever un collègue pour le café ou un repas, et fera l'échange des seringues. Il va empocher la seringue contenant le fentanyl ou le sufentanil et laisser à la place une seringue qui contiendra du butorphanol ou de la nalbuphine, mais avec une étiquette de fentanyl ou sufentanil sur la seringue.
- 3 Certains anesthésistes admis en traitement ont trafiqué les ampoules de narcotiques. Ils ont percé de petits trous avec une mèche à diamant dans le fond des ampoules, ont retiré la solution, l'ont remplacé avec du salin ou de l'eau et fermé le trou avec de la colle.
- 4 Les anesthésistes qui travaillent en chirurgie cardiaque ont accès à des volumes importants de fentanyl et de sufentanil.
- 5 Pour plusieurs anesthésistes la façon la plus courante de se procurer des narcotiques origine du fait qu'ils travaillent dans des départements où il n'y a pas de système de vérification. Les nombreuses visites de l'auteur ont montré que ceci est un phénomène courant. Dans plusieurs hôpitaux aux États-Unis, le système de comptabilité est tellement relâché que ce que vous faites avec vos narcotiques résiduels à la fin de la journée est votre affaire.

#### *Identification de l'anesthésiste impliqué*

Elle n'est pas facile. On surprend très rarement les narcomanes anesthésistes en train de s'injecter eux-mêmes. Il y a deux facteurs principaux qui contribuent à cette difficulté d'identification :

- 1 Il est fort peu probable que l'anesthésiste impliqué demandera de l'aide par lui-même :
  - a) Parce qu'il ou elle croit que s'ils font part de ce pro-

blème à quelqu'un, on considérera qu'ils font preuve en réalité de manque de volonté, sont devenus amoraux, méchants, fous ou à tout le moins simplement stupides. Personne n'aime admettre ses torts, encore moins un médecin.

- b) Ils craignent que s'ils mentionnent à un de leurs collègues qu'ils souffrent d'accoutumance, ils peuvent perdre leur emploi et pire encore leur permis.

Il résulte de ces deux facteurs qu'ils continuent tranquillement leur narcomanie.

- 2 L'autre raison est la conspiration du silence. Ceci se produit souvent lorsque les pairs, les infirmières, les membres de la famille, etc., soupçonnent que quelqu'un utilise des substances contrôlées, mais pour une variété de raisons, ne veulent pas s'impliquer. Le symptôme le plus important de l'accoutumance est l'utilisation compulsive, irrationnelle, irresponsable, inappropriée de ces substances alors qu'elle détruit la vie de la personne affectée. La dynamique qui sous-tend ce phénomène est la négation. Ce déni est présent chez à peu près tous les médecins affectés. Nous sommes supposé être des guérisseurs, et non des narcomanes. La négation est souvent présente chez les conjoints et les pairs.

#### *Signes qui permettent de soupçonner qu'un collègue a des problèmes d'accoutumance*

- 1 Changement inhabituel du comportement, humeur très variable, périodes de dépression, colère et irritabilité, alternant avec des périodes d'euphorie.
- 2 Les narcomanes enregistrent des quantités de plus en plus grandes de narcotiques à mesure que leur tolérance augmente.
- 3 Ils enregistrent aussi des narcotiques en quantité beaucoup trop importante pour les interventions en cours.
- 4 L'inscription des données devient de plus en plus incomplète.
- 5 Les narcomanes préfèrent travailler seuls, dans le but d'utiliser des techniques sans narcotiques, falsifier les dossiers et détourner les substances pour leur usage personnel.
- 6 Ils refusent les remplacements pour les repas et le café.
- 7 Ils vont souvent remplacer les autres.
- 8 Ils vont se porter volontaires pour des cas supplémentaires, où de grandes quantités de narcotiques sont disponibles, i.e., chirurgie cardiaque.
- 9 Ils sont volontaires pour des gardes supplémentaires.
- 10 Ils sont souvent à l'hôpital lorsqu'ils ne sont pas en devoir, demeurant ainsi près de leur ressource d'approvisionnement pour prévenir le sevrage.
- 11 Ils font de fréquents arrêts à la chambre de bain ; c'est l'endroit où ils s'injectent habituellement les drogues.

- 12 Ils sont souvent difficiles à trouver entre les cas, puisqu'ils se reposent après les injections.
- 13 Ils peuvent insister pour administrer eux-mêmes les narcotiques en salle de réveil.
- 14 Les patients des narcomanes peuvent arriver en salle de réveil, et se plaindre hors de proportion avec la quantité de narcotiques inscrite sur leur dossier anesthésique.
- 15 Les narcomanes peuvent vêtir des blouses à manches longues pour cacher les traces d'aiguilles, et pour combattre l'impression subjective de froid qu'ils expérimentent lorsqu'ils utilisent des narcotiques.
- 16 Les narcomanes ont souvent des pupilles très serrées.
- 17 Ils peuvent faire montre de sevrage, surtout de diaphorèse ou de tremblements.
- 18 La perte de poids et la pâleur sont courants.
- 19 Les narcomanes non décelés sont souvent trouvés comateux.
- 20 Les narcomanes non détectés sont trouvés morts.

Avec des narcotiques puissants, ces symptômes présents au travail peuvent apparaître très rapidement, en l'espace de quelques semaines. Même si plusieurs signes sont pris en note, l'observateur ne devrait pas assumer automatiquement qu'un collègue est narcodépendant ou encore confronter directement le suspect.

#### *Que faire lorsqu'il y a soupçon*

Aux États-Unis les 50 sociétés médicales d'État ont des programmes pour les médecins handicapés. Aussi, plusieurs hôpitaux ont de tels programmes. Si on soupçonne un collègue, il est préférable de le mentionner au directeur de département. Il ou elle devra rapporter le cas de manière confidentielle, soit au programme d'État ou au programme de l'hôpital pour médecins handicapés. Ces programmes ont des médecins entraînés dans l'art d'identifier et d'intervenir; ils viendront et évalueront le cas et décideront si des indices méritent une intervention formelle. Si une intervention doit prendre place, elle doit être faite avec soin, empathie et fermeté. Habituellement le patient est référé à un centre de traitement pour un traitement complet ou à tout le moins à une période d'évaluation intensive de quatre jours par des experts en narcomanie.

#### *Est-ce que l'anesthésiste traité peut ou devrait retourner en salle d'opération ?*

Ceci est un sujet très controversé. Il est loin d'être facile pour une personne habituée aux narcotiques de retourner faire un travail où chaque jour il doit manipuler ou injecter à d'autres personnes les substances mêmes auxquelles il est accoutumé. Lorsqu'ils ont des maux de tête, sont fatigués ou subissent un stress important, ils savent où trouver le soulagement immédiat. Dans l'expérience de

l'auteur, le taux de rechûte chez les résidents qui retournent en formation est relativement élevé comparé aux autres disciplines médicales. Ceci dit, il faut noter que plusieurs anesthésistes narcomanes sont retournés avec succès dans leur spécialité. Les facteurs qui semblent jouer un rôle dans ce succès sont :

- 1 Ils se sont inscrits et ont subi avec succès un traitement prolongé dans un programme bien établi.
- 2 Ils sont bien motivés.
- 3 Ils sont honnêtes.
- 4 C'est leur premier traitement.
- 5 Leur famille s'est impliquée dans le traitement et les supporte.
- 6 Ils retournent dans un département qui les supporte, prend soin d'eux et les comprend.
- 7 Ils ont signé un contrat de soins prolongés étroitement encadré d'au moins deux ans avec le programme de traitement de leur hôpital, leur État ou le programme médical de support de leur société. Les éléments principaux de ce contrat sont :
  - a) Ils acceptent de se soumettre à des prélèvements d'urine fréquents et déterminés au hasard pour détecter les substances. Lorsque ces dépistages sont commandés, il faut rechercher le fentanyl et le sufentanil puisqu'ils sont difficiles à détecter.
  - b) Les anesthésistes en convalescence doivent accepter de s'inscrire à des groupes de support, tels que les alcooliques anonymes ou les narcomanes anonymes, sur une base régulière, c'est-à-dire au moins trois fois par semaine.
  - c) Ils acceptent de prendre part à de la thérapie de groupe sur une base hebdomadaire pour un minimum d'un an.
  - d) Ils acceptent de prendre le bloqueur des récepteurs d'opiacés, la naltrexone, pour un minimum d'au moins six mois. Cette substance leur sera administrée par voie orale par un membre sénior du département tous les lundis, mercredis ou vendredis.
  - e) On leur permet de retourner au travail de façon progressive. Ceci devrait comprendre l'exemption des gardes la nuit et les fins de semaines pour trois mois et aucune manipulation de narcotiques pour trois mois.
  - f) Dans les cas sévères, on peut exiger une absence de six mois à un an de la salle d'opération et de travailler dans d'autres secteurs du département et de l'hôpital où ils n'ont pas accès aux narcotiques.
  - g) Ils ont un médecin personnel, familier avec la narcomanie, qui peut prendre soin d'eux et leur prescrire des médicaments s'ils sont malades. Les narcomanes médecins tombent en difficulté quand ils prescrivent pour eux-mêmes.
  - h) Ils se font assigner un médecin surveillant, familier

avec la narcomanie et qui les rencontrera sur une base régulière pour: a) leur offrir du support; b) s'assurer que le médecin en convalescence respecte toutes les exigences nécessaires à la récupération pour qu'il recouvre sa sobriété tel que spécifié dans le contrat.

### **Résumé**

L'accoutumance aux narcotiques semble être un problème en anesthésie, en particulier chez les résidents. En 1992, ce problème est perçu comme une maladie curable pour laquelle il y a de l'aide et de l'espoir. Aucun d'entre nous n'est à l'abri de cette maladie. Une des caractéristiques de cette maladie est que la personne touchée ne peut pas demander de l'aide. Dès lors, c'est notre responsabilité comme collègues attentifs, inquiets et possiblement empathiques d'aider ces collègues handicapés. Avec une intervention appropriée, un traitement, le support de la famille et des collègues du département, et avec un contrat de suivi surveillé attentivement, les anesthésistes drogués peuvent réussir à retourner en pratique.