Consommation de cannabis dans les armées françaises : actualités épidémiologiques et comparaison avec la population générale

S. Moroge, F. Paul, C. Milan, M. Pilard.

Service de psychiatrie, Hôpital d'instruction des armées Laveran, BP 60149 – 13384 Marseille Cedex 13.

Article reçu le 14 avril 2012, accepté le 4 mai 2012.

Résumé

Le cannabis est la substance illicite la plus consommées en France. Les armées françaises sont majoritairement composées d'hommes jeunes et peu diplômés, autant de facteurs de risque pour la consommation de cannabis. Ainsi, on retrouve 8,2 % de consommateurs réguliers de cannabis dans l'enquête réalisée au sein de l'armée de Terre, 3,9 % dans l'enquête réalisée dans la Marine et 1 % dans l'armée de l'Air. Ces chiffres sont proches de ceux de la population générale puisqu'en 2010, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé estimait que 2,8 % de la population des 18-64 ans consommait régulièrement cette substance. L'usage du cannabis prend un relief particulier dans les armées de par la nécessité opérationnelle attendue de tout soldat et par les risques spécifiques liées à la possession et l'utilisation de l'armement. S'il existe des divergences de consommation entre les différentes armées, la forte prévalence de cette substance psycho-active doit être connue des praticiens pour une meilleure information des personnels militaires et la mise en place de stratégies de prévention, de dépistage et de soins efficaces.

Mots-clés : Cannabis. Épidémiologie. Facteur de risque. Personnel militaire.

Abstract

CANNABIS IN THE FRENCH ARMED FORCES: EPIDEMIOLOGIC NEWS AND COMPARISON WITH THE GENERAL POPULATION

Cannabis is the most consumed illicit substance in France. The French Armed Forces are largely made up of young men who have little education, so many risk factors for cannabis use. Using this substance so related to work accidents and road accidents takes a particular significance in the Armed Forces because of the expected necessary operational fitness in any soldier. If there are different consumptions in the different Services, the high prevalence of this psychoactive substance shall be known by any practitioners to better inform military personnel and have more effective prevention strategies, screening and care .

Keywords: Cannabis. Epidemiology. Military personnel. Risk factor.

Introduction

En France, des enquêtes de santé publique incluant une collecte de données sur les consommations de substances licites et illicites sont régulièrement menées par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). Par ailleurs, l'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT) est responsables d'enquêtes sur les consommations de drogues dans la population des jeunes à la fois au niveau national et européen (1). Tous ces résultats indiquent que la consommation de cannabis en France, particulièrement chez les jeunes est devenu un problème de santé publique (2). Pourtant, il existe peu d'enquêtes réalisées chez les militaires de l'armée française. Des études anciennes et non publiées, réalisées durant la conscription, notaient

S. MOROGE, médecin. F. PAUL, médecin principal, praticien certifié. C. MILAN, interne des Hôpitaux des armées. M. PILARD, médecin chef des services, professeur agrégé du Val-de-Grâce.

Correspondance : S. MOROGE, Service de psychiatrie, Hôpital d'instruction des armées Laveran, BP 60149 – 13384 Marseille Cedex 13.

E-mail : sophie.moroge@yahoo.fr

que la consommation des jeunes recrues reflétait les résultats de la population générale. Désormais, l'armée française est composée de soldats professionnels, majoritairement des hommes jeunes et peu diplômés, notamment chez les Engagés volontaires de l'armée de Terre (EVAT), autant de facteurs de risque pour la consommation d'alcool et de cannabis. Dans ce contexte, le comportement de ces militaires face aux drogues licites et illicites prend un intérêt particulier, notamment pour mettre en place des programmes de prévention et de prise en charge adaptés (3).

La consommation de substances psycho-actives dans les armées est ancienne, avec pour conséquence un intérêt de la part du corps médical au dépistage de ces usagers, tant dans une perspective de soins que de prévention et d'expertise. Si le cannabis a été introduit en Europe au XIX^{e} siècle par les soldats de Bonaparte, sa consommation est restée longtemps confidentielle en France avant de diffuser plus largement dans les années 1950 (4). Dans les années 1960, les soldats américains ont été victimes de l'usage du cannabis pendant la guerre du Vietnam où la consommation était simplifiée par la proximité géographique des zones de production, l'ennemi ayant intérêt à faciliter l'approvisionnement d'une substance diminuant la réactivité des soldats. L'armée est régulièrement engagée dans des opérations à risque et doit avoir une capacité opérationnelle maximale car la vie des militaires peut être mise en jeu. Il faut donc, qu'au-delà d'une formation et d'un entrainement adaptés, les militaires bénéficient de conditions physiques et psychiques irréprochables. Parmi les éléments susceptibles d'amoindrir les capacités opérationnelles, la consommation de substances psycho-actives demeure une problématique actuelle de par son altération des fonctions cognitives des combattants.

La consommation de cannabis dans les armées : intérêt de la question

Que ce soit sur le plan collectif de la part du commandement, ou sur le plan individuel de la part des médecins et dans une optique de soins, il existe diverses raisons pour lesquelles l'étude du cannabis dans les armées suscite un intérêt (5). Les premières tiennent à des arguments épidémiologiques : le cannabis est en effet la substance illicite la plus consommée en France, la France étant, elle-même, un des pays européens les plus consommateurs. La forte diffusion du cannabis sur le plan national est une réalité à laquelle l'institution militaire ne saurait échapper, l'armée apparaissant comme une collectivité composée de soldats qui s'inscrivent dans l'actualité de leur temps. Cette réalité est d'autant plus perceptible que les caractéristiques sociodémographiques de l'armée actuelle recouvrent les principaux facteurs de risque de consommation de cannabis : le sexe masculin, l'âge jeune et le faible niveau d'étude.

L'étude du cannabis dans les armées suscite également un intérêt dans sa confrontation à la loi. En effet, le cannabis est une substance psycho-active classée comme stupéfiant et dont l'usage est interdit, conformément à la loi du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses (6). L'instruction ministérielle du 19 avril 2007 relative aux dépistages de la toxicomanie et de la consommation excessive d'alcool applicables aux militaires rappelle l'incompatibilité entre la consommation de stupéfiants et la fonction militaire, de par l'altération des facultés mentales et physiques induites pouvant nuire à la bonne exécution du service et à la sécurité du personnel, ainsi que sa sévère répression : « aucune infraction à la législation sur les stupéfiants n'est admise au sein du ministère de la Défense » (7).

Épidémiologie

Les chiffres en population générale

Les chiffres de l'OFDT datant de 2005 (8) et ceux de l'INPES datant de 2010 (9) montrent que le cannabis est de loin la drogue illicite la plus consommée et la plus disponible en France. Parmi les personnes âgées de 15 à 64 ans, un tiers déclarent en avoir déjà consommé au cours de leur vie et quatre sur dix disent s'en être déjà vu proposer, ce qui porte la part de la population ayant été en contact avec la substance de l'une ou l'autre de ces manières à près de 46 %. Cette expérimentation est davantage le fait des hommes que des femmes (41 % contre 25 %).

En 2010, on estime à 13,4 millions le nombre de sujets expérimentateurs (au moins un usage au cours de la vie), dont 3,8 millions d'usagers occasionnels (au moins un usage dans l'année), 1,2 million d'usagers réguliers (au moins dix consommations de cannabis dans le mois) dont 550 000 usagers quotidiens. Comme pour les autres drogues illicites, les hommes sont proportionnellement nettement plus souvent consommateurs de cannabis que les femmes, la différence étant d'autant plus importante que l'on observe des niveaux d'usage élevés. Le détail montre en effet (tab. I) que l'usage actuel (dans les 12 derniers mois) concerne 8 % des 18-64 ans (11 % des hommes et 5 % des femmes), l'usage au cours du mois concerne 4,8 % (7,3 % des hommes et 2,5 % des femmes), l'usage régulier 2,8 % (4,3 % vs 1,3 %) et enfin l'usage quotidien 1,3 % (2 % vs 0,5 %). Les usages se raréfient très vite avec l'âge des personnes qui augmente, montrant que si le cannabis est un produit « jeune » parce qu'il se diffuse parmi les générations les moins âgées, son usage est le plus souvent, jusqu'à ces dernières années, abandonné lors du passage à la vie adulte. En effet, ces usages touchent particulièrement les jeunes générations : 18 % des garçons et 9 % des filles de 18-25 ans sont des usagers récents (au cours du dernier mois), 9 % et 4 % respectivement sont des usagers réguliers (au moins dix fois au cours des trente derniers jours).

Même si l'expérimentation est passée de 29 % à 33 % pour l'ensemble des tranches d'âge entre 2005 et 2010, la consommation de cannabis s'avère stable. En effet, la légère hausse observée est mécanique, liée à un effet de « stock » des générations anciennes de fumeurs, dans la mesure où les autres formes d'usage apparaissent stables.

Tableau I. Profils de consommation de cannabis dans la population générale et dans les armées.

	Expérimentation de cannabis	Consommation récente de cannabis (dans le mois)	Consommation régulière de cannabis ≥(≥ 10 prises/ mois)	Test de dépistage urinaire au THC positif
Population générale (18-64 ans) (a)	33 %	4,8 %	2,8 %	-
Population générale à 17 ans (b)	41,5 %	22,4 %	6,5 %	
Armée de Terre (c)	52,6 %	20,7 %	8,2 %	16,9 %
Marine (d) *Dont ALAVIA*	46,7 % *34,8 %*	12,7 % *4,9 %*	3,9 % *1,1 %*	14,3 % *5,3 %*
Armée de l'Air (e)	38,1 %	6,4 %	1 %	4,7 %

(a) enquête menée par l'Inpes en 2010 – (b) enquête ESCAPAD menée en 2011 – (c) enquête menée par le Département d'épidémiologie et de santé publique (DESP) en 2009 – (d) enquête menée par le Département d'épidémiologie et de santé publique (DESP) en 2005 – (e) enquête menée par le Département d'épidémiologie et de santé publique (DESP) en 2007.

La proportion d'individus ayant expérimenté le cannabis est maximale entre 26 et 34 ans chez les hommes (64 %), et diminue ensuite pour atteindre 13 % entre 55 et 64 ans. Chez les femmes, la proportion d'expérimentatrices de cannabis se situe autour de 40 % entre 18 et 34 ans pour diminuer à 7 % entre 55 et 64 ans. La consommation actuelle de cannabis concerne surtout les plus jeunes (23 % pour les 18-25 ans), elle diminue ensuite avec l'âge et est quasiment nulle à 55-64 ans.

La relation entre position économique et sociale, niveau d'instruction et usage est complexe. Les personnes sans emploi, ou avec un cursus scolaire court ou difficile, présentent des niveaux d'usage généralement supérieurs à celles dont les positions sociales ou le statut professionnel sont plus favorables. Par ailleurs, et contrairement à une idée reçue, les étudiants ne sont pas plus souvent consommateurs de cannabis que les personnes du même âge exerçant un emploi. Plus globalement, l'élévation du niveau de formation scolaire apparaît associée positivement à l'expérimentation, mais négativement à l'usage régulier. Intensité de la sociabilité et consommations de cannabis sont également fortement liées, comme le montre la corrélation entre fréquence des contacts amicaux et usage de cannabis à l'adolescence. Par comparaison, le milieu social familial semble n'être que peu associé à la fréquence d'usage, ce qui contredit l'idée répandue que le cannabis serait plus consommé dans les milieux populaires ou défavorisés.

Depuis le début des années 1990, l'expérimentation de cannabis a connu une hausse très nette, surtout du fait des jeunes générations, mais ce mouvement semble s'être récemment arrêté. En revanche, la population des usagers commence à vieillir, même si les usages sont encore délaissés au-delà d'un certain âge.

Selon l'enquête ESCAPAD 2011 (10) visant à estimer la consommation des produits psycho-actifs à 17 ans (tab. I), la consommation de cannabis poursuit la décroissance amorcée depuis 2002 quelles que soient les fréquences d'usages. Les baisses observées apparaissent néanmoins moins prononcées que celles mesurées entre 2005 et 2008. Globalement stable, l'expérimentation de cannabis est en léger recul en particulier chez les garçons (44 % vs 46,3 % en 2008, $p < 0,001$) alors qu'elle est orientée à la hausse parmi les filles (38,9 % vs 37,9 %), sans que cette augmentation ne soit statistiquement significative. Cette stagnation de la diffusion du cannabis intervient après une baisse qui avait été particulièrement forte entre 2005 et 2008. Concernant les usages dans l'année ou dans le dernier mois, ils sont à la baisse, dans la continuité de ce qui est observé depuis 2002 (respectivement 34,6 % et 22,4 % contre 35,9 % et 24,7 % en 2008). En particulier, la baisse de l'usage régulier de cannabis se confirme (6,5 % vs 7,3 % en 2008, $p < 0,001$) et ce pour les deux sexes, cette baisse est cependant moindre que celle mesurée entre 2005 et 2008. Finalement parmi ces usages plus fréquents, seul l'usage quotidien reste stable avec 3 % des adolescents de 17 ans concernés.

Les chiffres dans les armées

Cannabis dans l'armée de Terre

En 2007, l'enquête consommation et santé (11) visait à évaluer les conduites addictives dans les unités métropolitaines de l'armée de Terre en interrogeant près de 1 000 personnes appartenant à différentes unités.

La consommation de cannabis chez les personnels de l'armée de Terre (tab. I) pouvait se résumer de la façon suivante selon les classes définies par l'OFDT : une expérimentation au moins une fois au cours de la vie était retrouvée chez 52,6 % des personnels, une consommation au moins une fois dans l'année écoulée chez 26,7 % des militaires, une consommation récente (au moins une fois dans le mois) chez 20,7 % d'entre eux, une consommation régulière de cannabis (10 fois par mois) chez 8,2 % et une consommation quotidienne chez 3,2 % des personnels.

Si l'on considère ces classes de façon exclusive, 25,9 % des personnels (IC : 22,5-29,2 %) ont été expérimentateurs uniquement, 5,9 % des militaires (IC : 4,3-7,5 %) ont consommé dans l'année mais pas récemment, 12,2 % d'entre eux (IC : 9,5-14,9 %) ont consommé récemment mais sont des consommateurs occasionnels, 4,9 % (IC : 3,5-6,4 %) ont consommé régulièrement mais pas quotidiennement, et 3,2 % (IC : 2,0-4,3 %) sont des consommateurs au quotidien.

Le test de dépistage du cannabis a pu être pratiqué pour 99,5 % des personnels. Il était positif pour 16,9 % (IC : 13,5-20,2 %) d'entre eux. Cependant, 2,6 % (IC : 1,3-3,9 %) des personnels ayant déclaré ne pas avoir consommé de cannabis dans le mois ont été dépistés « positif » avec la bandelette urinaire. Parmi les personnels ayant déclaré avoir consommé au moins une fois dans le mois, quel que soit le rythme, 70,8 % (IC : 63,2-78,5 %) ont été testés positifs.

Une étude de 2011 (12) a permis de distinguer trois profils de consommateurs de substances psycho-actives.

Les « non-consommateurs » étaient majoritairement des femmes et/ou des officiers. Les « polyconsommateurs » consommaient du cannabis de façon occasionnelle avec peu de dépendance, étaient dépendant à l'alcool avec des ivresses répétées et une consommation de type « binge-drinking » (plus de huit verres d'alcool consommés par occasion), présentaient un tabagisme actif avec addiction au tabac ; ils étaient âgés de 18 à 25 ans, récemment recrutés en tant que soldats et n'avaient pas d'enfants. Les « consommateurs anciens et modérés » incluaient les anciens fumeurs, les buveurs occasionnels qui ne présentaient pas d'ivresse, les expérimentateurs de cannabis n'ayant pas de consommation active ; c'était des sous-officiers, des hommes célibataires âgés de 30 ans ou plus, ayant des enfants et au moins 10 ans de service.

Cannabis dans la Marine

En 2005, l'enquête consommation et santé (13) visait à évaluer les conduites addictives dans les unités opérationnelles de la Marine en interrogeant près de 1 600 marins appartenant à différentes unités opérationnelles de la Marine. L'âge moyen de la première expérimentation était de 17 ans sur l'ensemble de l'échantillon.

La prévalence de consommation était estimée (tab. I) à 46,7 % pour les expérimentateurs de cannabis (IC : 42,9-50,5 %), 20,4 % pour les personnes ayant consommé dans les douze derniers mois (IC : 17,3-23,5 %), 12,7 % pour les personnes ayant consommé au moins une fois dans le dernier mois (IC : 8,9-16,6 %), 8,8 % pour les consommateurs occasionnels de cannabis (IC : 5,8-11,8 %), 3,9 % pour les consommateurs réguliers de cannabis (IC : 2,3-5,6 %), 14,3 % pour les tests urinaires positifs à la recherche des dérivées du cannabis (IC : 10,4-18,2 %).

Parmi les dix facteurs retenus dans le modèle logistique comme pouvant le mieux expliquer la consommation de cannabis, trois facteurs sont étroitement liés à cette consommation et pourraient faire l'objet de la définition d'une population visée par une action de prévention. Ces trois facteurs sont : une consommation concomitante de tabac, un niveau d'étude inférieur au bac et un lien au service de type « contrat court ».

Cannabis dans l'armée de l'Air

En 2009, l'enquête consommation et santé (14) visait à évaluer les conduites addictives dans les unités métropolitaines de l'armée de l'Air en interrogeant près de 1 000 personnes appartenant à différentes unités.

Parmi les 994 militaires inclus ayant répondu à la question (tab. I), 38,1 % (IC : 34,1-42,1 %) avaient consommé au moins une fois dans leur vie du cannabis. L'âge moyen de la première consommation de cannabis était de 17,9 ans (IC : 17,4-18,4) (médiane : 17 ans ; extrêmes : 11 à 50 ans). Plus de 26 % (IC : 24,0-29,9 %) des militaires avaient réalisé au cours de leur vie l'association « cannabis + alcool » et seulement 1,1 % (IC : 0,4-1,8 %) l'association « cannabis + champignons hallucinogènes ».

Au total, 6,4 % (IC : 3,6-9,1 %) des militaires avaient une consommation récente de cannabis (consommation au moins une fois dans le mois), 1 % (IC : 0,1-1,9 %) avaient une consommation régulière (consommation de cannabis au moins dix fois par mois), 4,7 % (IC 2,9-6,5 %) des militaires avaient un test de dépistage urinaire du cannabis positif

L'enquête a tenté de dégager sept profils comportementaux types dont celui Militaires « *fumeurs de cannabis* ». La plupart des militaires consommant du cannabis étaient dépendants (95 %). Cette consommation était souvent associée à une consommation de tabac et d'alcool. Ces militaires avaient plus tendance à avoir une consommation d'alcool aiguë excessive qu'une consommation d'alcool à risque pour la santé. Quasiment aucun de ces sujets n'était militaire de carrière mais la plupart étaient des aviateurs de moins de 30 ans et ayant moins de 10 ans d'expérience. Les militaires de cette catégorie avaient moins tendance à avoir des horaires normaux.

Une bonne concordance entre les déclarations de consommation de cannabis et le test de dépistage a été constatée dans cette étude comme dans les enquêtes réalisées dans les autres armées. Les militaires déclarant n'avoir pas consommé de cannabis dans les 30 jours précédents étaient pratiquement toujours négatifs au test de dépistage (99,2 %).

Discussion

Les différences de consommation entre Marine, armée de terre et armée de l'Air s'expliquent majoritairement par un profil sociodémographique (tab. II) qui diffère selon les armées. En effet, les aviateurs représentaient 20 % de l'échantillon de l'enquête « armée de l'Air » alors que les hommes d'équipage représentaient 31 % de la population dans l'enquête « Marine » et que les militaires du rang représentaient 59 % de l'enquête « armée de

Tableau II. Caractéristiques socio-démographiques dans les enquêtes menées par le département d'épidémiologie et de santé publique (DESP) en 2005 pour la Marine, en 2007 pour l'armée de Terre et en 2009 pour l'armée de l'Air.

	Armée de Terre	Marine	Armée de l'Air
Sexe :			
Homme	89,1 %	97 %	79,4 %
Femme	10,9 %	3 %	20,6 %
Grade :			
Militaire du rang	58,7 %	30,8 % (équipage)	20 % (aviateur)
Sous-officier	35,1 %	60,9 % (officier marinier)	69,1 %
Officier	6,2 %	8,3 %	10,9 %
Niveau d'étude :			
Inférieur au baccalauréat	59,6 %	41,4 %	34 %
Baccalauréat	30,5 %	40,6 %	45,7 %
Supérieur au baccalauréat	9,9 %	18 %	20,2 %
Âge moyen [Intervalle de Confiance à 95 %]	29 ans [24 - 34]	27,7 ans [27,4 - 28]	35,3 ans [34 - 36,7]

Terre ». En parallèle, seuls 34 % des personnels de l'armée de l'Air avaient un niveau d'études inférieur au bac alors qu'ils étaient 41 % dans la Marine en 2005 et 60 % dans l'armée de Terre en 2006. Le grade et le niveau d'étude ont tous les deux été identifiés comme très associés à la consommation de cannabis dans les trois études.

Dans les trois armées, les déterminants d'un test de dépistage urinaire du cannabis positif étaient entre autres, un âge plus jeune et une consommation excessive d'alcool. Les comparaisons des enquêtes réalisées dans l'armée de l'Air et dans la Marine ont montré que les prévalences des principales addictions (tabac, l'alcool et cannabis) de l'armée de l'Air étaient proches de celles du commandement organique de la force aéronautique navale de la Marine (ALAVIA) qui a été considéré comme se rapprochant le plus de l'armée de l'Air en terme de caractéristiques « métiers » (tab. I).

L'étude de la population militaire française, toutes armées confondues montre que plus de la moitié de cette population a déjà expérimenté l'usage du cannabis, avec une majorité de soldats chez les expérimentateurs et une minorité d'officiers. L'enquête ESCAPAD réalisée en France auprès des jeunes lors des Journées d'appel à la défense (JAPD) montrait en 2005 une prévalence de l'expérimentation du cannabis de 50 % à l'âge de 17 ans. D'autres études (15) faisaient état d'une prévalence d'expérimentation de 45 % pour la classe d'âge 18-44 ans. Que ce soit dans cette classe d'âge et même dès 17 ans, on retrouve des chiffres d'expérimentation comparable entre la population générale et la population militaire.

L'OFDT retrouvait une prévalence de l'usage de cannabis dans l'année de 12,8 % chez les 18-44 ans alors qu'elle était de 26,7 % dans la population de l'enquête « armée de Terre ». Dans la population militaire, tous armes confondues, 31,3 % des soldats avaient consommé du cannabis au moins dans le mois précédent l'étude alors que moins de 2 % des officiers déclaraient une consommation récente. Aucun de ces derniers ne se disait consommateur régulier alors que 13,3 % des soldats admettaient être des fumeurs réguliers de cannabis avec 4,9 % de consommateurs quotidiens (3). Chez les étudiants de la région PACA (16), population comparable aux soldats engagés volontaires type « contrat court » pour le critère de l'âge, 6,4 % déclaraient un usage régulier (au moins dix fois dans le mois précédent l'enquête) du cannabis (10,4 % des garçons et 3,6 % des filles). L'usage régulier chez les personnes réalisant des études supérieures est donc bien moins répandu que dans la population des militaires du rang.

La consommation de cannabis dans l'armée semble donc suivre la tendance observée en population générale : elle est principalement le fait de sujets masculins, jeunes, ayant un faible niveau d'éducation et est fréquemment associée à la consommation d'alcool (17). La première expérimentation survenant jeune, en moyenne vers 16 ans (3), elle implique que la consommation de cannabis précède généralement l'incorporation.

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) estime que 11 % des entreprises françaises sont confrontées au problème posé par les usagers de cannabis (18), avec un intérêt accru pour le dépistage qui se heurte à des tensions éthiques, confronté au délicat problème de la frontière entre le droit au respect de la vie privée et les impératifs de la vie professionnelle. Cette consommation s'avère particulièrement problématique dans les armées car les contraintes et les exigences liées à la spécificité des missions des militaires témoignent d'une incompatibilité d'association entre consommation de cannabis et statut militaire. Plus que dans n'importe quelle autre entreprise, la nécessité pour les personnels militaires, de ne consommer aucun produit risquant d'altérer leurs capacités psychiques ou physique fait consensus, le métier de militaire exigeant à la foi maîtrise de soi et capacité permanente d'évaluation du danger.

La potentielle dangerosité de l'usage de cannabis par des militaires est spécifiquement liée à la disponibilité et l'utilisation d'armes, avec un risque de trouble aigue des conduites en lien avec une ivresse cannabique : l'utilisation détournée (geste suicidaire, comportement hétéro-agressif) ou inappropriée (manipulation hasardeuse) de l'armement peut avoir des répercussions désastreuses. La dangerosité existe d'autre part du fait du retentissement cognitif d'un usage prolongé de cannabis, source de troubles de l'attention et de la vigilance, qui peut poser problème lors de la manipulation de matériels sensibles, dangereux et très couteux. L'étude « Stupéfiants et accidents mortels de la circulation routière » (SAM) (19) réalisée en population générale souligne la majoration du risque accidentel par la consommation de cannabis. Cette consommation contre-indique notamment la conduite de véhicules, qui plus est opérationnelles, en raison du sur-risque d'accident, comme en témoignent les résultats de cette étude qui révèle que les conducteurs sous l'influence de cannabis ont un risque relatif estimé à 1,8 d'être responsables d'un accident mortel, ce risque s'élevant à 14 en cas d'association cannabis-alcool.

Le risque de développer des complications psychiatriques est une comorbidité bien connue en association avec la consommation de cannabis. Cette comorbidité prend un relief particulier dans la population militaire, qui, au-delà d'une mise en danger individuelle, peut également mettre en péril la sécurité du groupe lors de la confrontation à un environnement hostile ou menacer la bonne conduite d'une mission opérationnelle. Dans la population de personnes venant consulter dans une lieu dédié à la prise en charge des usagers de cannabis, on retrouve en moyenne qu'un usager sur deux (48 %) présente au moins un trouble de l'humeur et plus de la moitié (55 %) au moins un trouble anxieux dans les douze derniers mois (20). De plus, des études épidémiologiques indiquent que les individus présentant un trouble lié à l'utilisation d'une substance ont entre 2,6 et 10,8 fois plus de risque de développer un état de stress post-traumatique que les autre, en population civile comme chez les vétérans de l'armée (21). À l'inverse, l'initiation au cannabis ou le renforcement d'une consommation déjà régulière, pourra être favorisé par les circonstances opérationnelles de par les dimensions de contraintes matérielles et affectives, d'ennui ou de stress qu'elles impliquent.

Si l'usage de cannabis en milieu militaire pose la question des modalités de la mise en place du soin, il doit

également s'envisager dans une dimension « expertale ». Le métier de médecin militaire implique de fait une double fonction de soignant et d'expert, cette double valence pouvant être à l'origine de tensions éthiques de plus en plus souvent décrites. Cette mission d'expertise consiste à évaluer l'aptitude des sujets, en cernant un pronostic d'adaptation au milieu militaire en fonction d'une norme fixée par le commandement au travers de textes réglementaires. Pour cette mission « expertale », le médecin des armées est mandaté par le commandement, la légitimité de son action trouvant sa source dans l'article 20 de la loi du 24 mars 2005, qui énonce que « nul ne peut être militaire, s'il ne présente les aptitudes exigées pour l'exercice de la fonction » (22). Dans ce contexte, la recherche d'éventuelles conduites addictives fait pleinement partie de l'évaluation du sujet lors des visites d'expertises. Cette expertise doit être envisagée dans une optique dynamique, allant de la phase initiale de sélection de candidats à l'engagement jusqu'à la vérification périodique de l'aptitude des personnels à l'occasion des visites systématiques annuelles. Si les usages problématiques (usage nocif, dépendance) sont une cause stricte d'inaptitude à l'engagement selon les textes réglementaires, ils imposeront en cours de carrière un aménagement du poste de travail, des restrictions d'emplois, l'éviction de postes à risques, voire une inaptitude dans certains cas (5). Dans tous les cas, il a lieu de bien distinguer les modalités et les incidences du dépistage en fonction de l'autorité qui réalise le contrôle : si les dépistages de cannabis demandés par le commandement sont réalisées par la Gendarmerie nationale et ont pour conséquence une sanction disciplinaire, ceux réalisés par le Service de santé ont pour conséquence une inaptitude et demeurent couverts par le secret médical (18). Compte tenu de la valeur prédictive positive imparfaite des tests de dépistage qui génèrent un nombre important de faux positifs, liés notamment à des réactions croisées comme c'est le cas avec l'acide niflumique (Nifluril®), tout test de dépistage positif doit donner lieu à une analyse de confirmation (23). Comme le rappelle Lecompte dans son article (24), « du fait de la variabilité et la complexité de la cinétique du THC, les habitudes de consommation d'un sujet ne peuvent en effet être appréciées au regard d'une concentration urinaire en THCCOOH ». La décision d'aptitude doit reposer sur l'évaluation de la gravité de la conduite addictive effectuée grâce aux éléments recueillis au cours d'un entretien.

Conclusion

La diffusion et la banalisation de la consommation de cannabis chez l'adulte jeune en France ne pouvait épargner le milieu militaire, et ce malgré la professionnalisation des armées et la sélection des personnels. L'intérêt actuel des pouvoirs publics pour cette consommation trouve un écho tout particulier dans l'institution militaire : la fréquence d'usage de cette substance, la répression légale de sa consommation en tant que produit classé comme stupéfiant, sa dangerosité potentielle en lien avec les spécificités de la fonction militaire, en sont les traits les plus notables. Pour lutter contre cette consommation dangereuse notamment par des aspects spécifiques pour la population militaire, quatre actions sont à mener conjointement. Si le volet répressif reste du domaine exclusif du commandement, le dépistage, la prévention et les soins sont l'apanage du médecin qui doit bien connaitre les facteurs de risques associés au cannabis afin d'affiner les stratégies à mettre en place.

Les auteurs ne déclarent pas de conflits d'intérêts concernant les données présentées dans cet article.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Costes JM, Beck F, Legleye S, Palle C. Épidémiologie des usages du cannabis. Revue du Praticien 2005;55:17-22.
2. Mission interministérielle de lutte contre la drogue et les toxicomanies: Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et la toxicomanie. Paris : La documentation française ;2008.
3. Marimoutou C, Queyriaux B, Michel M, Verret C, Haus-Cheymol R, Mayet A, et al. Survey of alcohol, tobacco and cannabis use in the Franch Army. Journal of Addictive diseases 2010,29:98-106.
4. Yvorel JJ. Pour une histoire du cannabis. Alcoologie et Addictologie 2006;28:107-12.
5. Gheorghiev C, Arvers P, de Montleau F, Fidelle G, Queyriaux B, Verret C. Le cannabis dans les armées : entre passé et actualité. Annales Médico-Psychologiques 2009;167:429-36.
6. Loi N° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage de substances vénéneuses, JO du 2 janvier 1971.
7. Instruction ministérielle du 19 avril 2007 relative aux dépistages de la toxicomanie et de la consommation excessive d'alcool applicables aux militaires.
8. Beck F, Legleye S, Spilka S. Polyconsommation de substances psycho-actives (alcool, tabac et cannabis) dans la population générale française en 2005. La Presse médicale 2008;37:207-15.
9. Beck F, Guignard F, Richard JB, Tovar ML, Spilka S. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010. Baromètre santé 2010, OFDT, INPES, juin 2011.
10. Spilka S, Le Nézet O, Tovar ML. Estimation 2011 des consommations de produits psycho-actifs à 17 ans. OFDT, novembre 2011.
11. Marimoutou C, Queyriaux B, Michel R, Haus-Cheymol R, Deparis X, Speigel A, et al. Enquête consommation et santé : évaluation des conduites addictives dans les unités métropolitaines de l'armée de Terre. Document N° 247/IMTSSA/DESP/07.
12. Rigod V, Pilard M, Paul F, Deparis X, Marimoutou C. Alcohol and cannabis consumption in the French Army: determination of consumers profiles to focus on prevention and care. Military medecine 2011;176,6:1.
13. Queyriaux B, Ollivier L, Michel R, Verret C, Matras-Maslin V, Martinez D, et al. Enquête consommation et santé : enquête pour évaluer les conduites addictives dans les unités opérationnelles de la Marine. Document N° 675/IMTSSA/DESP/05.
14. Migliani R, Haus-Cheymol R, Esvan M, Queyriaux B, Marimoutou C, Texier G, et al. Enquête consommation et santé : évaluation des conduites addictives dans les bases métropolitaines de l'armée de l'Air. Document N° 88/EVDG/DESPN du 16 février 2009.
15. Données nationales - Séries statistiques. Consulté en février 2012. [http://www.ofdt.fr/BDD_len/seristat]
16. Facteurs socio-démographiques et économiques associés aux usages de tabac, alcool et de cannabis chez les étudiants en première année d'université en région PACA, 2005-2006. BEH;2009;6:53-6

17. Choquet M, Morin D, Hassler C, Ledoux S. Is alcohol, tobacco and cannabis use as well as polydrug use increasing in France? Addictive Behaviors 2008;33:122-33.
18. Giroux J-N. Travail et sécurité : la problématique de la consommation des produits stupéfiants sur les lieux de travail. Médecine et Armées 2011;39:415-22.
19. Laumon B, Gadegbeku B, Martin JL. Stupéfiants et accidents mortels (projet SAM): analyse épidémiologique. OFDT, avril 2011.
20. Guillem E, Pelissolo A, Vorspan F, Bouchez-Arbabzadeh S, Lépine JP. Facteurs sociodémographiques, conduites addictives et comorbidité psychiatrique des usagers de cannabis vus en consultation spécialisée. Encéphale 2009;35:226-33.
21. Lavoie V Langlois R, Simoneau H, Guay S. État de stress post-traumatique et troubles liés à l'utilisation d'une substance : interrelations et modèles thérapeutiques intégrés. Journal de thérapie comportementale et cognitive 2008;18:92-7.
22. Loi N° 2005-270 du 24 mars 2005 portant statut général des militaires (NOR : DEFX0400144L).
23. Renard C, Paris J-F, Delaune D, Huart B, Oliviez J-F, Chianea D, et al. Dépistage urinaire d'une consommation de drogues illicites (cannabis, cocaïne et opiacés): bilan de l'année 2007 pour le personnel navigant. Médecine et armées 2009;37:297-306.
24. Lecompte Y, Salle S, Roussel O, Hervé S, Messines O, Perrin M. Influence du seuil de confirmation lors du dépistage urinaire de l'usage du cannabis: à propos de cinq années de dépistages réalisés au sein de la Gendarmerie nationale. Médecine et Armées 2011;39:403-14.

RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS 2013

GÉNÉRALITÉS

Le manuscrit proposé pour parution dans « Médecine et Armées », relate un travail original et spécifique à la médecine dans les armées (pratique médico-militaire, fait médical, chirurgical, pharmaceutique, vétérinaire, historique, médico-administratif, épidémiologique…).

PRÉSENTATION DU MANUSCRIT

• Le manuscrit est fourni :
– soit sur support numérique adressé par voie postale ;
– soit adressé par E-mail (Internet, Intranet, Lotus).
• Le manuscrit est rédigé :
– en langue française (sauf exception après accord de la rédaction) ;
– maximum 32 000 caractères ;
– en double interlignage en Times new roman corps 12 ;
– marge gauche ;
– paginé.
• La première page :
– le titre précis et concis sans abréviation, en lettres ;
– le nom du ou/et des auteurs (six maximum), précédé des initiales du prénom (avec un point et un trait d'union pour les prénoms composés) ;
– du grade, du titre et de l'adresse affectation de tous les auteurs et co-auteurs ;
– le nom, l'adresse ; les coordonnées téléphoniques et E-mail du destinataire des correspondances et épreuves à corriger.
• La deuxième page :
– le titre en français ;
– le titre en anglais ;
– le résumé en français (15 lignes maximum sans abréviation, ni référence) ;
– quatre à cinq mots-clés, classés par ordre alphabétique et séparés d'un point ;
– le résumé en anglais, précédé du titre et des mots-clés répertoriés.
• Le texte débute à la troisième page :
– est concis, précis et les évènements passés sont décrits au passé composé ;
– les abréviations sont en nombre limité et exclus du titre et des résumés et sont explicites lors du premier emploi ; le terme entier est précédé de l'abréviation et mise entre parenthèses sans point de séparation lors de la première apparition dans le texte ;
– les renvois en bas de page ne sont pas acceptés ;
– la terminologie est respectée (symbole, unité, nombre écrit en chiffres SAUF inférieur à dix-sept, ou lorsqu'il commence une phrase ou lors d'énumérations fréquentes dans le texte, médicaments) ;
– la présentation est au carré (texte justifié), sans gras ni mot souligné et selon le plan suivant :

CHAPITRE.

Section.

Paragraphe.

Sous paragraphe.

– alinéa ;
- sous-alinéa,
• puce.

Illustrations.

– sont en nombre limité avec leur légende ;
– numérotées en chiffres arabes (pour les graphiques et photographies) ;
– sont appelés précisément dans le texte, placées ente parenthèses par ordre d'apparition ;
– les photos fournies respectent l'anonymat des patients et sous format JPEG avec l'accord du propriétaire et/ou le copyright.

Tableaux.

– sont en nombre limité avec leur légende ;
– numérotés en chiffres romain ;
– sont appelés précisément dans le texte, placés entre parenthèses par ordre d'apparition ;
– doivent se suffirent à eux même sans que l'on doive se référer au texte.

Les médicaments.

– apparaissent sous leur nom commun (DCI), la première lettre étant une minuscule ;
– sous leur nom de spécialité, la première lettre est alors en majuscule, suivie d'un ®.

Les remerciements et les déclarations de conflits d'intérêt.

– sont placés en fin de texte
– l'absence de conflit d'intérêt doit être mentionnée sous la forme : « les auteurs ne déclarent pas de conflit d'intérêt concernant les données présentées dans cet article ».

Références bibliographiques.

– elles sont numérotées en chiffre arabe placés entre parenthèses (dans le texte, les tableaux et les figures) dans l'ordre d'apparition ;
– les chiffres sont séparés par une virgule, mais au-delà de deux chiffres successifs seuls les deux extrêmes sont présentés et séparés par un trait d'union.

Corps des références bibliographiques selon la convention de Vancouver.

Elles figurent en fin d'article. Strictement limitées aux travaux mentionnés dans le texte et comportent :

- à propos d'un article extrait de revue :

• noms des auteurs (six maximum) en minuscules accentuées (première lettre en capitale accentuée) suivis des initiales des prénoms sans point suivi de la mention « et al » si plus de six ;
• titre intégral dans la langue de publication (caractères latins) et d'un point ;
• titre de la revue (intégrale ou abrégé),
• année de parution, éventuellement série,
• numéro des premières et dernière pages, abrégée au plus petit chiffre explicite séparés par un trait d'union et point final, sans espace ;

Exemple : 1. Lvovschi V, Aubrun F, Bonnet P, Bouchara A, Bendahou M, Humbert B, et al. Intravenous morphine titration to treat severe pain in the ED. Am J Emerg Med 2008;26:676-82.

- à propos d'un livre :

• noms des auteurs (six maximum) en minuscules accentuées (première lettre en capitale accentuée) suivis des initiales des prénoms sans point suivi de la mention « et al » si plus de six,
• titre intégral dans la langue de publication (caractères latins) et d'un point,
• ville de l'éditeur puis deux points,
• éditeur suivi d'un point virgule,
• année de parution ;

– à propos d'un chapitre extrait d'un livre :

• noms des auteurs (six maximum) en minuscules accentuées (première lettre en capitale accentuée) suivis des initiales des prénoms sans point suivi de la mention « et al » si plus de six,
• titre du chapitre et point,
• puis « in : » suivi du ou des noms et initiales des prénoms du ou des coordinateurs suivis de « ed » ou « eds » et d'un point,
• titre du livre et point,
• ville : maison d'édition et point-virgule,
• année d'édition et point,
• numéros de la première page et de la dernière abrégée au plus petit chiffre explicite séparés par un trait d'union et point final, sans espace ;

– à propos d'une thèse :

• noms de l'auteur en minuscules accentuées (première lettre en capitale accentuée) suivis des initiales,
• titre de la thèse,
• ville suivie de deux points et de l'université puis d'un point virgule,
•année de la thèse et nombre de pages et point final.

– à propos de documents électroniques :

• noms de l'auteur si possible,
• titre du document,
• lien internet,
• date de consultation.

Comité de lecture.

Les articles sont soumis anonymement pour approbation à la lecture de deux lecteurs membres du comité ou de deux lecteurs choisis pour leur compétence en la matière. Le comité de lecture se réserve le droit de demander un complément de bibliographie. Les textes, publiés ou non, ne sont pas retournés à l'auteur.

Correction des épreuves.

L'auteur recevra avant publication, les épreuves sous format PDF soit par mail, soit imprimées de l'article pour approbation finale. Le retour dans les huit jours est impératif soit par mail ou papier. Passé ce délai, le texte sera publié tel quel sous la responsabilité de son auteur.

Obligations légales.

Les manuscrits originaux ne doivent avoir fait l'objet d'aucune publication antérieure, ni être en cours de publication dans une autre revue. Les opinions, exprimées dans les articles ou reproduites dans les analyses, n'engagent que leurs auteurs, notamment pour les médicaments. Les règles concernant l'exercice du droit d'expression dans les armées doivent être observées, particulièrement lorsqu'il s'agit d'informations nominatives ou protégées. En outre, le respect des dispositions de la loi N° 2006-961 du 1er août 2006, relative à la propriété littéraire et artistique, s'impose.

Toute correspondance doit être adressée à : M. le rédacteur en chef, secrétariat « Médecine et Armées »
1, place Alphonse Laveran, 75230 Paris Cedex 05 – Tél. : 01 40 51 47 44 – Fax : 01 40 51 51 76 – Email : medarmees@hiavdg.org