Étude de l'usage problématique (usage abusif et dépendance) du cannabis dans les unités de l'armée de Terre en région Nord-Est

M. Berry[a], Y. Auxéméry[a], G. Fidelle[b], M.-A. Creach-Juzan[c], P. Arvers[d].

a Service de psychiatrie, HIA Legouest, BP 90001 – 57077 Metz Cedex 3.
b Chefferie, HIA Percy, BP 406 – 92141 Clamart Cedex.
c Service de Maladies digestives, HIA Legouest, BP 90001 – 57077 Metz Cedex 3.
d Institut de recherche biomédicale des armées, CRSSA, 24 avenue des Maquis du Grésivaudan – 38702 La Tronche Cedex.

Article reçu le 7 juin 2012, accepté le 24 juin 2013.

Résumé

Depuis quelques années, l'armée française a mis en place des moyens de lutte contre l'utilisation de substances psycho-actives. Notre étude porte sur les militaires des régiments de l'armée de terre en région Nord Est venant passer leur visite systématique annuelle. Du premier juin au 31 août 2008, nous leur avons proposé des questionnaires à questions fermées sur l'usage du cannabis et d'autres substances psycho-actives. Les résultats retrouvent un taux d'usagers problématiques (usage abusif et dépendance) de 8,25% principalement parmi les jeunes hommes, militaires du rang célibataires, et sans enfant. Ces usagers problématiques ressentent une perte de contrôle dans 32 % des cas ; ils éprouvent des difficultés d'arrêt de la consommation pour 40 % d'entre eux. La poly consommation est présente chez 28 % des sujets consommateurs. Enfin, la consommation des usagers problématiques est augmentée de 25 % au cours des missions intérieures et de 16 % lors des opérations extérieures. Les principales raisons évoquées sont l'ennui (63 %) et l'éloignement familial (58 %). Ces résultats nous permettent d'envisager une politique de prévention plus ciblée sur ce type de conduites de consommation dans le contexte opérationnel actuel varié. Nous proposons finalement un mémento à la disposition des médecins d'unité.

Mots-clés : Armée. Cannabis. Conduites addictives. Missions militaires. Substances psychoactives.

Abstract

STUDY OF CANNABIS ABUSE (DRUG ABBUSE OR DEPENDENCE) AMONG THE ARMED FORCES OF THE NORTH EAST OF FRANCE .

For some years, the French Army chose to legislate against the use of psychoactive substances. Our study concerns the servicemen of the regiments of the Armed Forces of the North East of France during their annual medical check up. From June first to August 31st, 2008, we gave the servicemen questionnaires featuring closed questions on their use of cannabis and other psychoactive substances. The results showed a rate of abuse of 8,25 %, mainly among single and childless young men. Cannabis users feel a loss of control in 32 % of the cases. The perspective of missing cannabis yields feelings of anxiety for 33 % of them. Forty per cent find it difficult to stop using cannabis. Twenty eight per cent use more than one substance. Finally, the consumption of the cannabis users is increased by 25 % during home missions and by 16 % during outside operations. The main reasons are boredom (63 %) and home sickness (58 %). These results enable us to devise a prevention policy more targeted at this type of drug abuse in the varied current operational context. Finally we propose an index form for unit doctors.

Keywords: Army. Addiction disorders. Cannabis. Military deployment. Psychoactice substances.

M. BERRY, médecin des armées. Y. AUXÉMÉRY, médecin des armées. G. FIDELLE, médecin en chef. M.-A. CREACH-JUZAN, médecin principal. P. Arvers, médecin en chef.
Correspondance : Y. AUXÉMÉRY, médecin des armées, Service de psychiatrie, HIA Legouest, BP 90001 – 57077 Metz Cedex 3.
E-mail : yann.auxemery@hotmail.fr

État des lieux

Pour s'adapter à la géopolitique moderne et optimiser leurs capacités opérationnelles, les armées françaises sont en mutation depuis la sortie du Livre blanc de la

Défense nationale en 2008 (1, 2). Les conflits militaires changent et s'internationalisent comme en témoigne la présence simultanée sur un même théâtre opérationnel d'armées issues des cinq continents. La lutte contre le terrorisme et le maintien de la paix dans le monde sont les missions les plus fréquentes mais la sûreté du territoire avec, entre autre, le plan Vigipirate est également une mission prépondérante. Les matériels évoluent pour se sophistiquer toujours plus. Toutes ces mutations nécessaires dynamisent les armées françaises. Elles sont parfois source de stress pour ses personnels. Mais la population militaire est entraînée à faire face à des stress variés, particulièrement en contexte opérationnel. La cohésion du groupe et l'efficience de chacun sont essentielles à la réussite des opérations. Les militaires sont sélectionnés et entraînés pour leurs forces physiques et psychiques dans l'optique d'optimiser leurs capacités d'adaptation (3). Le médecin d'unité joue un rôle majeur dans le domaine de la sélection et de l'orientation des personnels militaires. Il organise régulièrement des actions de prévention et d'éducation sanitaire au profit des militaires, de leur famille et des personnels civils de la Défense. La prévention contre l'usage de substances psychoactives licites et illicites est l'une de ses préoccupations sanitaires. Le cannabis étant la drogue illicite la plus disponible et la plus consommée en France, nous avons fait le choix de cibler notre étude sur cette substance. La dernière enquête transversale sur les conduites addictives au sein de l'armée de Terre a été réalisée en 2007 (4). Sur les 990 sujets interrogés, la consommation de cannabis dans les 30 derniers jours s'élevait à plus de 20 %.

La lutte contre l'usage du cannabis est un problème de santé publique tant en population civile qu'en population militaire. La consommation de cannabis a des répercussions sur la santé : risque d'accidents augmenté (5), troubles cognitifs (6), attaques de panique (7), dépendance (8), fréquente polyconsommation d'autres substances psychoactives (9), échec socioprofessionnel (10), troubles de la reproduction et néoplasies. En milieu militaire, la consommation cannabique risque de compromettre dangereusement les capacités opérationnelles. Du fait des problèmes judiciaires encourus dès le milieu civil auxquels s'ajoute, en milieu militaire, le danger de maniement de systèmes d'armes sous l'emprise d'un tel stupéfiant, toute consommation de cannabis, même très occasionnelle, est considérée comme étant « à risque ». L'Instruction n° 5549 de 2007 organise un dépistage de la toxicomanie et de la consommation excessive d'alcool qui peut être ordonné par le Commandement garant de la sécurité des hommes et de la mission (11). Le dépistage médical est très encadré et reste marqué par un impératif de confidentialité. L'objectif de ce travail est d'aider les médecins militaires dans leurs missions d'évaluation de l'aptitude, de soins et de prévention en mettant en évidence les particularités cliniques spécifiques aux militaires présentant une consommation de cannabis dont le typage n'est pas toujours aisé. L'usage abusif peut être défini par l'usage malgré des complications physiques, relationnelles ou professionnelles, mais sans atteindre un niveau de dépendance. La dépendance est caractérisée par l'apparition d'une tolérance doublée d'un syndrome de sevrage à l'arrêt du produit. Le sujet est alors incapable d'arrêter ses consommations malgré la conscience des effets délétères du produit sur son existence.

Méthodologie

Nous avons réalisé une étude épidémiologique quantitative grâce à un questionnaire d'auto-évaluation anonyme de la consommation de cannabis. Notre étude s'est déroulée dans l'ensemble des 29 centres médicaux d'unité des régiments de l'armée de Rerre en région Nord-Est du 1er juin 2008 au 31 août 2008. Les critères d'inclusion sont les suivants : être un militaire venant passer sa Visite systématique annuelle (VSA) et être volontaire pour répondre au questionnaire. La taille préalablement calculée de l'échantillon devait correspondre à un effectif minimum de 3 000 personnels, l'échantillonnage se faisant naturellement puisque tous les militaires sont statutairement soumis à la VSA. Le questionnaire retenu devait être suffisamment bref pour favoriser son acceptation. Nous avons choisi le *Cannabis Abuse Screening Test* ou CAST (12) (tab. I). Cet outil a été validé tant en population générale que militaire. Les qualités psychométriques du CAST ont été confirmées sur le plan de sa consistance interne, de sa spécificité et de sa sensibilité, avec la définition d'un seuil de consommation problématique (usage abusif ou dépendance) à partir d'un score de trois (13). Les questionnaires collectés anonymement par les médecins d'unité ont été analysés par l'investigateur de l'étude en partenariat avec l'Institut de recherche biomédicale des armées (IRBA) grâce au logiciel SPSS *(Statistical Package for the Social Sciences)*.

Tableau I. Cannabis Abuse Screening Test (CAST)d'après S. Legleye et L. Karila 2007.

Répondre par OUI ou par NON :
1 - Avez-vous déjà fumé du cannabis **avant midi** ?
2 - Avez-vous déjà fumé du cannabis **lorsque vous étiez seul(e)** ?
3 - Avez-vous déjà eu **des problèmes de mémoire** à cause de votre consommation de cannabis ?
4 - **Des amis ou des membres de votre famille** vous ont-ils déjà dit que vous devriez **réduire** votre consommation sans y arriver ?
5 - Avez-vous déjà essayé de **réduire** ou d'**arrêter** votre consommation de cannabis **sans y arriver** ?
6 - Avez-vous déjà eu des **problèmes** à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, crise d'angoisse, mauvais résultat à l'école...) ?

Résultats

Parmi les 29 centres médicaux des armées, 5961 VSA ont été réalisées pendant la période étudiée et 2 205 questionnaires sont revenus, soit un pourcentage de réponse de 37 %. Si nous considérons que seuls 15 questionnaires avaient été envoyés et qu'il était à

la charge du centre de faire davantage de copies, la participation est très bonne avec une médiane de 50 questionnaires retournés par centre. Les usagers présentant une consommation problématique de cannabis (CAST ≥3) représentent 171 militaires, soit 8,2 % de l'ensemble de la population. Le « portrait type » est celui d'un jeune homme célibataire, âgé de 23 ans, correspondant à la catégorie des engagés volontaires (tab. II). La distribution des réponses aux différentes questions du CAST fait apparaître une diminution des réponses positives parallèlement à la progression de la passation du questionnaire. Ainsi la seconde question fait apparaître le plus de réponses positives alors que le dernier item comptabilise le plus de réponses négatives (fig. 1). Dans notre étude, 4,25 % de l'ensemble de la population déclare modifier sa consommation de cannabis en mission. Les principales causes évoquées pour expliquer le différentiel sont l'ennui et l'éloignement familial (fig. 2).

Tableau II. Profil sociodémographique des usagers.

Sexe	Âge moyen	Statut marital	Niveau scolaire	Statut militaire
Hommes 90,6%	23,36 ans	37,4% en couple	Brevet des collèges 13,5%,	EVAT 88,3%,
		62,6% célibataire	CAP/BEP 58,5%,	Sous officiers 10,5%,
Femmes 9,4%	médiane à 23 ans	Moyenne de 0,23 enfant	Baccalauréat 22,2%	
			Études sup 5,8%.	Officiers 1,2%

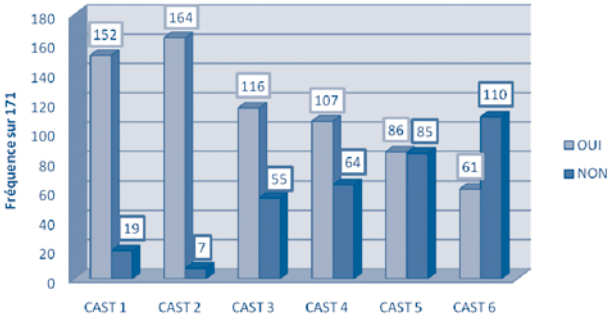


Figure 1. Détails des réponses au questionnaire CAST.

Discussion des résultats

Validation du questionnaire

La validation interne du CAST est réalisée grâce au test de Cronbach mesuré à 0,86 pour cette étude, ce qui signifie une bonne cohérence de ce questionnaire. Mais cette étude présente un biais de sélection. Les militaires du rang sont particulièrement surreprésentés ($p< 0,01$) par rapport à ce qui a été constaté sur l'ensemble des VSA passées dans les centres médicaux. Il en ressort que la

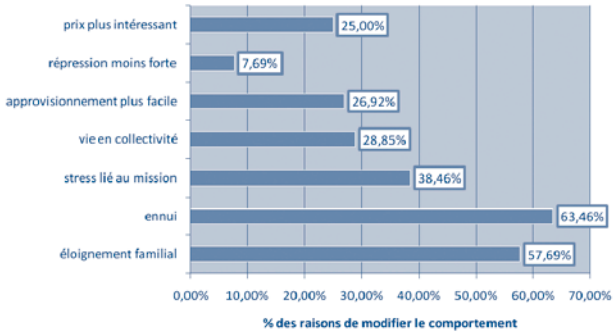


Figure 2. Détails des causes données par les sujets à leur augmentation de consommation cannabique en mission.

diffusion des questionnaires est moins évidente au niveau des sous-officiers et des officiers. Un tel biais de sélection est récurrent dans les études réalisées en population militaire (4, 14).

Le profil des usagers problématiques

On note que 171 militaires (8,2 %) sont des usagers problématiques (CAST ≥ 3). L'étude réalisée dans la Marine (14) retrouvait approximativement 6 % de consommateurs présentant un mésusage et l'étude conduite dans l'armée de Terre en retrouvait 5,9 % (4). La population consommatrice est jeune (23 ans en moyenne), de sexe masculin, célibataire et sans enfant (coefficient de corrélation à -0,13). Plus le niveau d'étude est bas, plus le score moyen du CAST est élevé. L'étude analytique des items du questionnaire retrouve davantage de réponses positives pour les deux premières questions ayant attrait à la consommation de cannabis. On note 90 % de réponses positives à la question « Avez-vous déjà consommé du cannabis avant midi ? » et 95 % à celle « Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul ? ». Les pourcentages sont plus modestes pour les troubles cognitifs de mémorisation, le jugement des proches, l'échec de l'arrêt ou de la réduction des consommations. Nous avons analysé dans un deuxième temps les réponses critiques que les sujets déclarant un usage problématique portent sur leur propre consommation (fig. 3).

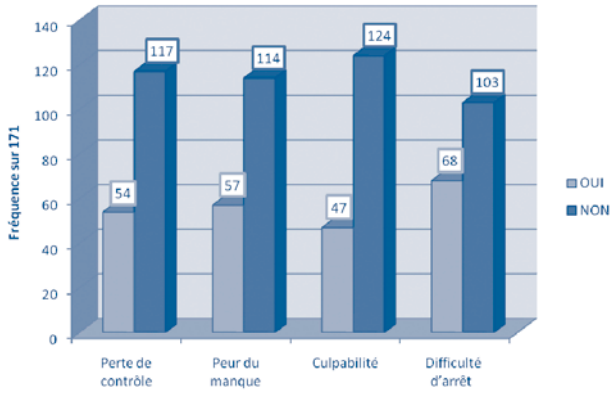


Figure 3. Détails des réponses que les sujets portent sur leur consommation problématique.

Près d'un tiers des sujets affirme perdre le contrôle de leur consommation de cannabis. La même proportion de cette population éprouve une crainte du manque, tandis que 40% des répondants évoquent des difficultés à envisager l'arrêt. Pour ces trois dimensions (perte du contrôle, peur du manque et difficulté à arrêter), le taux de réponses positives s'accroît lorsque le score du CAST augmente, à la question « Combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir fumé du cannabis ? », une telle corrélation n'est pas retrouvée. *A contrario*, le sentiment de culpabilité obtient le plus faible pourcentage chez les sujets présentant un usage problématique et le plus haut chez les usagers « simples ».

Modifications de la consommation lors des missions OPINT et OPEX

Dans cette étude, moins de 5 % de la population déclarent modifier sa consommation de cannabis en mission. Par comparaison, l'étude de Mancini en 2004 retrouvait la même évolution toutes substances illicites confondues chez 1,3 % des sujets (15). Le pourcentage est encore plus important chez ceux qui présentent un mésusage de cannabis pour atteindre 30,4 %. Les changements de consommation ont davantage lieu en opération intérieure (OPINT sur le territoire français) qu'en opération extérieure (OPEX). Cette sur-consommation de substances psycho-actives peut être explicitée comme une réaction similaire à deux situations pourtant opposées quoique réunies par un éloignement du mode de vie habituel. Un ennui de la mission du fait d'un manque d'action peut induire la recherche d'activités récréatives d'une part, et la consommation de substances peut être un moyen de lutter contre le stress opérationnel et la rusticité des moyens d'existence d'autre part. Certains militaires allèguent une initiation des consommations de substances psycho-actives en opération extérieure. Un trouble psychique en lien avec de tels produits est régulièrement la cause d'une évacuation sanitaire vers la métropole. Le plus fréquemment, l'OPEX majore ou découvre du fait de la promiscuité des mésusages latents ou antérieurs non connus. De surcroît, dans certains contextes opérationnels, la consommation de substances est un indice insidieux mais précoce d'un relâchement des comportements et d'une faillite débutante du sens moral qu'il conviendra de repérer à temps. Enfin pour mémoire, il est utile de rappeler que lors de certains conflits, l'une des parties en présence fournissait abondamment l'autre en drogues incapacitantes en vue de semer la zizanie au sein des lignes ennemies.

L'utilisation associée à d'autres substances psycho-actives (héroïne, cocaïne, amphétamines…)

La consommation d'autres substances psycho-actives (hors alcool) reste l'exception dans la population étudiée (1,79 %). En revanche, cette polyconsommation est significativement plus importante chez les sujets qui souffrent d'un usage problématique cannabique (28,07 % des usagers problématiques). Plus le score de CAST augmente, plus la consommation d'autres substances psycho-actives s'accroît.

Conclusion

Notre étude retrouve un taux d'usage problématique de 8,25 % principalement parmi les jeunes hommes militaires du rang, célibataires et sans enfant. La plupart arrêteront probablement d'eux-mêmes leur consommation à l'occasion d'un mariage, de la naissance d'un enfant ou tout simplement de la maturité avec l'avancée en âge. Or depuis 2000, le type de contrat signé par les militaires du rang est de courte durée ce qui nécessite une prise en charge rapide et efficace en cas de consommation de substances. La motivation de ces jeunes à rester dans l'Institution au terme de leur premier contrat peut être un point d'accroche pour le sevrage. Dans le cas où ils désirent finalement quitter les armées, il est utile d'évoquer la question de la reconversion, les emplois civils n'étant pas davantage compatibles avec la consommation de cannabis (reconversion comme chauffeur PL, métiers du bâtiment). Quel que soit le niveau scolaire, il est nécessaire d'adapter le discours médical pour rester pragmatique. Les problèmes médico-légaux, professionnels, sociaux, mais aussi les troubles cognitifs (troubles de la mémoire) semblent être autant de points d'appel intéressants pour initier une réflexion. De surcroît, nous avons démontré que les usagers à risque, ou même dépendants, décrivent une perte de contrôle dans un tiers des cas. Une proportion non négligeable de militaires augmente sa consommation cannabique en mission. Elle est augmentée chez 25 % des usagers problématiques au cours des missions intérieures et chez 16 % lors des opérations extérieures. Les principales raisons évoquées sont l'ennui (63 %) et l'éloignement familial (58 %). Enfin, il est nécessaire de ne pas négliger la polyconsommation qui sévit chez 28 % des sujets souffrant d'usage nocif de cannabis, reflétant une banalisation de l'usage des substances psycho-actives en population générale.

Pour illustrer notre propos par un outil qui se veut utile dans la pratique quotidienne, nous présentons en annexe un mémento reprenant les points cardinaux abordés dans ce travail.

Remerciements : les auteurs adressent leurs remerciements aux médecins d'unités qui ont bien voulu participer à cette étude, laquelle n'aurait pu voir le jour sans leurs aides et critiques précieuses.

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

Mémento face à l'usage de cannabis

INTERVENTION COLLECTIVE :

J'INFORME

- Attention aux images véhiculées de banalisation, surtout parmi la population jeune
- Dangers pour la santé :
  - Risque accru d'accidents de la voie publique
  - Mise en danger de soi, du groupe et de la mission
- Informations sur la durée d'action d'un « joint » de cannabis
- Rappel de la loi :
  - La loi sur la conduite automobile
  - La règlementation militaire

INTERVENTION INDIVIDUELLE :

JE DÉPISTE parce que le patient :

- Présente des signes d'ivresse cannabique
- Présente des signes d'usage régulier (syndrome amotivationnel)
- Souhaite une aptitude à un emploi particulier

J'ÉVALUE

- Typage de la consommation (solitaire, festive, à visée anxiolytique, polyconsommation, autres conduites à risque).
- Consommation en missions intérieures ou en opérations extérieures.

CAST au cours des 12 derniers mois

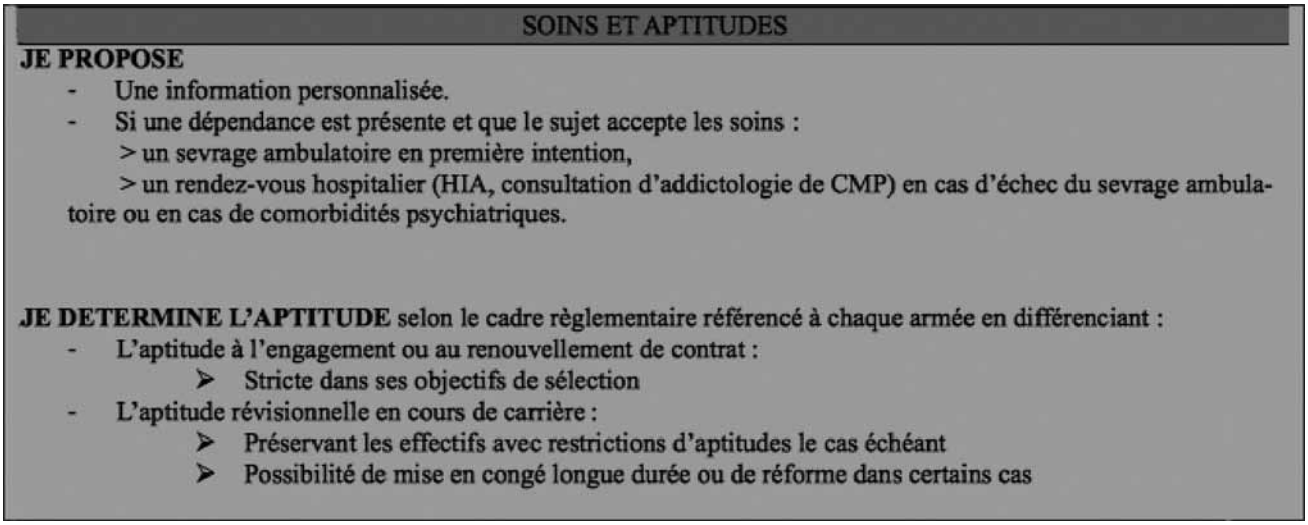
	OUI	NON
☒ Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?	I	I
☒ Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul ?	I	I
☒ Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumiez du cannabis ?	I	I
☒ Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?	I	I
☒ Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y arriver ?	I	I
☒ Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis ?	I	I

>>>>>Un score supérieur ou égal à trois définit un usage problématique

JE RECHERCHE

- **Le syndrome de dépendance physique** (tolérance / syndrome de manque) et de dépendance psychique (perte de contrôle) au cannabis.

- **Des troubles psychiatriques comorbides :**
- Etat de stress post-traumatique (reviviscences, hypervigilance, stratégies d'évitement).
- Episode dépressif caractérisé (tristesse pathologique, anhédonie, ralentissement psycho-moteur, inappétence alimentaire).
- Troubles anxieux : crise d'angoisse aiguë, trouble panique, trouble de l'adaptation.
- Trouble délirant induit ou majoré par le cannabis.
- Consommation d'autres substances psychoactives (Tabac, alcool, héroïne, cocaïne, amphétamines, produits dopants…).



SOINS ET APTITUDES

JE PROPOSE

- Une information personnalisée.
- Si une dépendance est présente et que le sujet accepte les soins :
  > un sevrage ambulatoire en première intention,
  > un rendez-vous hospitalier (HIA, consultation d'addictologie de CMP) en cas d'échec du sevrage ambulatoire ou en cas de comorbidités psychiatriques.

JE DETERMINE L'APTITUDE selon le cadre règlementaire référencé à chaque armée en différenciant :

- L'aptitude à l'engagement ou au renouvellement de contrat :
  - Stricte dans ses objectifs de sélection
- L'aptitude révisionnelle en cours de carrière :
  - Préservant les effectifs avec restrictions d'aptitudes le cas échéant
  - Possibilité de mise en congé longue durée ou de réforme dans certains cas

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Livre blanc de la Défense et de la Sécurité nationale. Odile Jacob : Paris, 2008.
2. Darré É. Fiche relative au Livre Blanc : Défense et Sécurité nationale, courrier, bureau étude et pilotage de la DCSSA.
3. Instruction n° 2100/DEF/DCSSA/AST/AME du 1er octobre 2003 relative à l'aptitude médicale à servir, (BOC n°21 du 6 juin 2008, texte 3) modifié.
4. Marimoutou C, Queriaux B, Michel M, Haus-Cheymol R, Deparis X, 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.
5. Laumon B, et al. Stupéfiants et accidents mortels de la circulation routière (projet SAM) : synthèse des principaux résultats, Saint Denis, OFDT, INSERM, INRETS, CEESAR, LAB PSA, 2005 : 39p.
6. Solowij N. Cannabis and cognitive functioning, Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1998.
7. Castle D, Murray R. Marijuana and madness. Psychiatry and neurobiology, Cambridge, Cambridge University Press, 2004: 218 p.
8. Anthony JC. The epidemiology of cannabis dependence: its nature, consequences and treatment, Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2006: 58-105.
9. Kandel DB. Stages and pathways of drug involvement: examining the gateway hypothesis. New York: Cambridge University Press, 2002.
10. Palazzolo J, Roure L. Le cannabis : du plaisir au risque. Tout comprendre pour mieux prendre en charge. Ed. Med-line, 2005: 250p.
11. Instruction n° 5549/DEF/CAB du 19 avril 2007 relative aux dépistages de la toxicomanie et de la consommation excessive d'alcool applicables aux militaires (BOC n°16 du 6 juillet 2007, texte 3).
12. Legleye S, Karila L, Beck F, Reynaud M. Validation of the CAST, a Cannabis Abuse Screening Test in general population. Journal of Substance Use 2007;12:233-42.
13. Gheorghiev C, Arvers P, de Montleau F, Fidelle G. Questionnaire CAST. Validation en milieu militaire. Alcoologie et Addictologie 2008 ; 30: 261-8.
14. Boutin JP, Queyriaux B, Ollivier L. Enquête Consommations et santé : enquête d'évaluation des conduites addictives dans les unités opérationnelles de la Marine. Rapport préliminaire. Départements d'épidémiologie et de santé publique de l'institut de médecine tropicale du Service de santé des armées et de l'École d'application du Service de santé des armées ; 2005. Rapport n° 366/IMTSSA/DESP/05.
15. Mancini J, Meynard JB, Michel M, Ollivier L, Spiegel A, et al. Conduites addictives chez les engagés volontaires des Armées françaises hors de métropole. Alcoologie Addictologie 2004; 26: 205-13.