



**HAL**  
open science

# Usage problématique du cannabis dans les unités de l'armée de terre région Nord-Est : approches épidémiologique et clinique de ce mésusage et enseignements utiles pour le médecin d'unité

Morgane Berry

## ► To cite this version:

Morgane Berry. Usage problématique du cannabis dans les unités de l'armée de terre région Nord-Est : approches épidémiologique et clinique de ce mésusage et enseignements utiles pour le médecin d'unité. Sciences du Vivant [q-bio]. 2010. hal-01732165

**HAL Id: hal-01732165**

**<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732165v1>**

Submitted on 14 Mar 2018

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : [ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

---

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Année 2010

N° .....

**USAGE PROBLÉMATIQUE DU CANNABIS  
DANS LES UNITÉS DE L'ARMÉE DE TERRE  
RÉGION NORD-EST**

**Approches épidémiologique et clinique de ce mésusage  
et enseignements utiles pour le médecin d'unité.**

THÈSE

Pour obtenir le grade de  
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 28 avril 2010  
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

BERRY Morgane

Née le 31 mars 1982 à Chambray-les-Tours (37)

Élève de l'École d'Application du Service de Santé des Armées du Val de Grâce – PARIS

Examineurs de la thèse :

Monsieur le Professeur SCHWAN Raymund	PRÉSIDENT
Monsieur le Professeur LAMBERT Henri	Juge
Monsieur le Professeur PAILLE François	Juge
Madame le Professeur FIDELLE Geneviève	Juge et Directeur de thèse
Monsieur le Docteur DI PATRIZIO Paolo	Juge



UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1  
**FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY**

-----  
**Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE**

**Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE**

**Vice Doyen Recherche : Professeur Jean-Louis GUEANT**

**Vice Doyen Pédagogie : Professeur Annick BARBAUD**

**Vice Doyen Campus : Professeur Marie-Christine BÉNÉ**

**Assesseurs :**

du 1<sup>er</sup> Cycle :

**M. Christophe NEMOS**

du 2<sup>ème</sup> Cycle :

**M. le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI**

du 3<sup>ème</sup> Cycle :

**M. le Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT**

Filières professionnalisées :

**M. le Professeur Christophe CHOSEROT**

Prospective :

**M. le Professeur Laurent BRESLER**

FMC/EPP :

**M. le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN**

**DOYENS HONORAIRES**

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

**PROFESSEURS HONORAIRES**

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY  
Jean BEUREY - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET  
Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE  
Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ  
Jean-Bernard DUREUX - Gabriel FAIVRE – Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH  
Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ  
Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET – Christian JANOT  
Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE  
Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX  
Jean-Pierre MALLIE - Pierre MATHIEU - Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre NABET  
Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN  
Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL - Jean PREVOT  
Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Paul SADOUL  
Daniel SCHMITT - Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT  
Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT – Paul VERT - Colette VIDAILHET  
Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS  
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

**42<sup>ème</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Anatomie)**

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cytologie et histologie)**

Professeur Bernard FOLIGUET

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)**

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

-----

**43<sup>ème</sup> Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)**

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)**

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER  
Professeur René ANXIONNAT

-----

**44<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)**

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Physiologie*)**

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUUEL – Professeur Christian BEYAERT

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Biologie Cellulaire*)**

Professeur Ali DALLLOUL

**4<sup>ème</sup> sous-section : (*Nutrition*)**

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT

-----

**45<sup>ème</sup> Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)**

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIIEWSKI

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)**

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

-----

**46<sup>ème</sup> Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)**

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Médecine et santé au travail*)**

Professeur Christophe PARIS

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)**

Professeur Henry COUDANE

**4<sup>ème</sup> sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)**

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

-----

**47<sup>ème</sup> Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)**

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)**

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Immunologie*)**

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

**4<sup>ème</sup> sous-section : (*Génétique*)**

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48<sup>ème</sup> Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,  
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence*)**

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ  
Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Réanimation médicale ; médecine d'urgence*)**

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT  
Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)**

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

**4<sup>ème</sup> sous-section : (*Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie*)**

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

-----

**49<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,  
HANDICAP et RÉÉDUCATION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Neurologie*)**

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI  
Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Neurochirurgie*)**

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE  
Professeur Thierry CIVIT

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)**

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

**4<sup>ème</sup> sous-section : (*Pédopsychiatrie ; addictologie*)**

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

**5<sup>ème</sup> sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)**

Professeur Jean PAYSANT

-----

**50<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE  
PLASTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Rhumatologie*)**

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)**

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD  
Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Dermato-vénérologie*)**

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

**4<sup>ème</sup> sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)**

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

-----

**51<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Pneumologie ; addictologie*)**

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Cardiologie*)**

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL  
Professeur Christian De CHILLOU

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)**

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT - Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACÉ

**4<sup>ème</sup> sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)**

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

**52<sup>ème</sup> Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)**

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Chirurgie digestive*)**

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Néphrologie*)**

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

**4<sup>ème</sup> sous-section : (*Urologie*)**

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

-----

**53<sup>ème</sup> Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie*)**

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Chirurgie générale*)**

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

-----

**54<sup>ème</sup> Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Pédiatrie*)**

Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER

Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Chirurgie infantile*)**

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*)**

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

**4<sup>ème</sup> sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale*)**

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

-----

**55<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)**

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Ophthalmologie*)**

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)**

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS**

**64<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

**42<sup>ème</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Anatomie*)**

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Cytologie et histologie*)**

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)**

Docteur Béatrice MARIE

**43<sup>ème</sup> Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)**

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER  
Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)**

Docteur Damien MANDRY

-----

**44<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)**

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT  
Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND  
Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Physiologie*)**

Docteur Nicole LEMAU de TALANCE

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Biologie Cellulaire*)**

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

**4<sup>ème</sup> sous-section : (*Nutrition*)**

Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

-----

**45<sup>ème</sup> Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)**

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)**

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

-----

**46<sup>ème</sup> Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)**

Docteur Alexis HAUTEMANIERE – Docteur Frédérique CLAUDOT

**3<sup>ème</sup> sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)**

Docteur Laurent MÂRTRILLE

**4<sup>ère</sup> sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)**

Docteur Pierre GILLOIS – Docteur Nicolas JAY

-----

**47<sup>ème</sup> Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)**

Docteur François SCHOONEMAN

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*)**

Docteur Lina BOLOTINE

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Immunologie*)**

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

**4<sup>ème</sup> sous-section : (*Génétique*)**

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

-----

**48<sup>ème</sup> Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)**

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

**4<sup>ème</sup> sous-section : (*Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie*)**

Docteur Patrick ROSSIGNOL

**50<sup>ème</sup> Section : RHUMATOLOGIE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Rhumatologie*)**

Docteur Anne-Christine RAT

-----

**54<sup>ème</sup> Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,**

**ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**5<sup>ème</sup> sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)**

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES**

**5<sup>ème</sup> section : SCIENCES ÉCONOMIE GÉNÉRALE**

Monsieur Vincent LHUILLIER

-----

**40<sup>ème</sup> section : SCIENCES DU MÉDICAMENT**

Monsieur Jean-François COLLIN

-----

**60<sup>ème</sup> section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVIL**

Monsieur Alain DURAND

-----

**61<sup>ème</sup> section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL**

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

**64<sup>ème</sup> section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

-----

**65<sup>ème</sup> section : BIOLOGIE CELLULAIRE**

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY  
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS  
Madame Natalia DE ISLA – Monsieur Pierre TANKOSIC

-----

**66<sup>ème</sup> section : PHYSIOLOGIE**

Monsieur Nguyen TRAN

-----

**67<sup>ème</sup> section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE**

Madame Nadine MUSSE

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS**

**Médecine Générale**

Professeur associé Alain AUBREGE

Professeur associé Francis RAPHAEL

Docteur Jean-Marc BOIVIN

Docteur Jean-Louis ADAM

Docteur Elisabeth STEYER

## PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY - Professeur Michel BOULANGE  
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean FLOQUET - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ  
Professeur Simone GILGENKRANTZ – Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN  
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS – - Professeur Guy PETIET  
Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL  
Professeur Jacques ROLAND - - Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT  
Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

=====

## DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)  
*Université de Stanford, Californie (U.S.A)*  
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)  
*Université Catholique, Louvain (Belgique)*  
Professeur Charles A. BERRY (1982)  
*Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)*  
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)  
*Brown University, Providence (U.S.A)*  
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)  
*Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)*  
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)  
*Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)*  
Harry J. BUNCKE (1989)  
*Université de Californie, San Francisco (U.S.A)*  
Professeur Daniel G. BICHET (2001)  
*Université de Montréal (Canada)*  
Professeur Brian BURCHELL (2007)  
*Université de Dundee (Royaume Uni)*

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)  
*Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)*  
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)  
*Université de Pennsylvanie (U.S.A)*  
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)  
*Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)*  
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)  
*Université d'Helsinki (FINLANDE)*  
Professeur James STEICHEN (1997)  
*Université d'Indianapolis (U.S.A)*  
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)  
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des  
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*  
  
Professeur Marc LEVENSTON (2005)  
*Institute of Technology, Atlanta (U.S.A)*

# ÉCOLE DU VAL DE GRÂCE

## À Monsieur le Médecin Général Inspecteur Maurice VERGOS

Directeur de l'École du Val de Grâce

Professeur Agrégé du Val de Grâce

Officier de la Légion d'Honneur

Officier de l'Ordre National du Mérite

Récompense pour travaux scientifiques et techniques – échelon vermeil

Médaille d'honneur du Service de Santé des Armées

## À Monsieur le Médecin Général Jean-Didier CAVALLO

Directeur adjoint de l'École du Val de Grâce

Professeur Agrégé du Val de Grâce

Chevalier de la Légion d'Honneur

Officier de l'Ordre National du Mérite

Récompenses pour travaux scientifiques et techniques – échelon argent

Médaille d'honneur du Service de Santé des Armées

## **À notre Président**

### **Monsieur le Professeur Raymund SCHWAN**

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Professeur à l'université de Nancy I Henri Poincaré

Service de psychiatrie et psychologie clinique - Centre Hospitalier Universitaire Jeanne d'Arc

---

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de juger ce travail et de présider ce jury.

Veillez trouver ici l'expression de notre considération et de nos remerciements.

## À nos juges

### **Monsieur le Professeur Henri LAMBERT**

Professeur Émérite de Réanimation médicale

Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Professeur Honoraire à l'université de Nancy I, Henri Poincaré

---

Nous vous remercions de l'attention que vous avez bien voulu porter à ce travail.

C'est un honneur que ce travail soit jugé par vos soins. Soyez assurés de notre profonde reconnaissance.

### **Monsieur le Professeur François PAILLE**

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Professeur à l'université Nancy I Henri Poincaré

---

Nous sommes honorés de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à ce travail.

Soyez assurés de tous nos remerciements.

### **Monsieur le Docteur Paolo DI PATRIZIO**

Maître de conférences associé

Faculté de médecine de Nancy 1 – Département de Médecine Générale

---

Votre présence dans ce jury témoigne de l'intérêt et du soutien que vous portez à la démarche pédagogique.

Nous vous sommes reconnaissants d'avoir apporté la dernière pierre à cet édifice qui symbolise le début de notre carrière.

## **À notre directeur de thèse**

### **Madame le Professeur Geneviève FIDELLE**

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce

Chevalier de la Légion d'Honneur

Chevalier de l'Ordre National du Mérite

Récompenses pour travaux scientifiques et techniques – échelon bronze

Chef de Service de psychiatrie et psychologie clinique

de l'Hôpital d'Instruction des Armées Legouest de Metz

---

Ce travail est le vôtre.

Votre disponibilité, vos conseils et vos connaissances ont été plus que profitables à l'élaboration de ce travail.

Nous espérons que cette thèse sera un remerciement suffisant au soutien et à la confiance sans cesse renouvelée dont vous avez fait preuve à notre égard.

## À nos Maîtres

Au Médecin en Chef Philippe ARVERS, Médecin épidémiologiste et addictologue

Institut de Recherche Biomédicale des Armées de Grenoble,

Pour son aide précieuse sur cette étude épidémiologique.

Soyez assuré de tout notre respect et de notre profonde gratitude.

-----

À tous les médecins d'Unités de l'Armée de Terre pour leur participation active et sans qui ce travail n'aurait pas pu être réalisé.

Qu'ils soient assurés de nos sincères remerciements.

-----

À Monsieur le Médecin Général Inspecteur - Directeur de la D.R.S.S.A. Région Nord Est

Pour avoir permis la diffusion des questionnaires dans l'ensemble des Centres Médicaux d'Unités de la Région Nord-Est.

-----

À Monsieur le Médecin Général Inspecteur GUELAIN - Ancien Général de Santé Navale,

Et à Monsieur le Médecin Général THOMAS - Ancien Commandant en Second de Santé Navale,

Pour votre implication sans faille dans notre formation de futurs médecins, pour votre bonne humeur et votre motivation contagieuse.

-----

Aux Anciens de Santé Navale, à la famille 19 (82, 89, 91) et à ceux qui nous ont accueillis, soutenus et avec qui nous avons appréciés de travailler durant ces études médico-militaires

-----

À nos parents,

Recevez par ce modeste travail un des témoignages de toutes les valeurs que vous avez voulues nous transmettre. Merci pour votre soutien constant, votre amour et votre compréhension. Merci d'avoir relevé toutes les coquilles parsemées dans ce travail et d'avoir eu la patience de le lire.

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'expérience de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré parmi les hommes.

Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

## SERMENT MÉDICAL

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état et leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

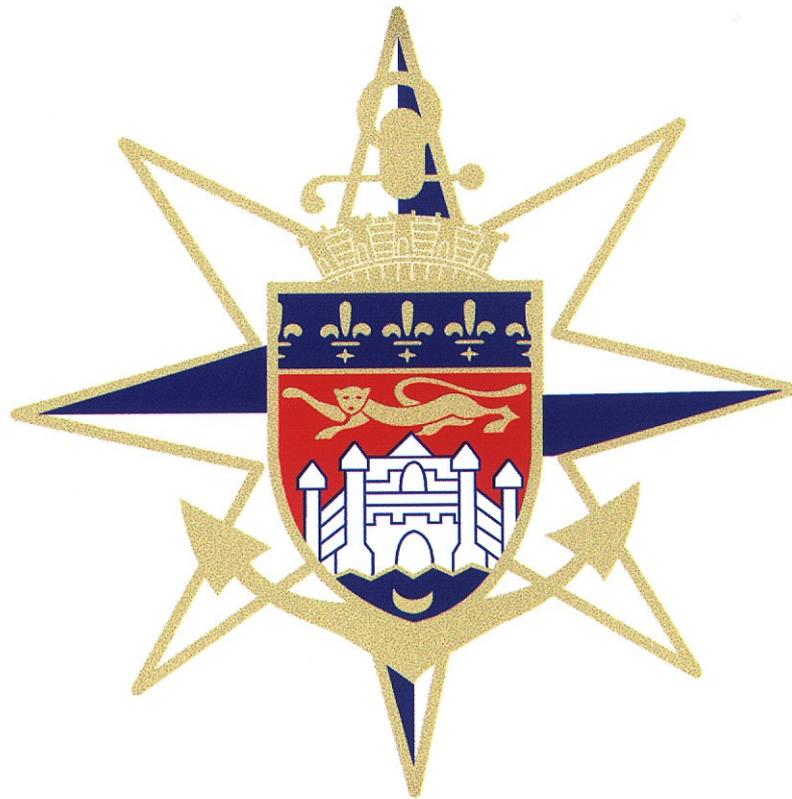
Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

*Mari transve mare hominibus semper prodesse*



*Sur mer et au-delà des mers Toujours au service des hommes.*

# TABLE DES MATIÈRES :

I – INTRODUCTION	23
1. INTÉRÊT DE L'ÉTUDE	24
2. LES GRANDS ENJEUX ACTUELS DE L'ARMÉE DE TERRE – LE LIVRE BLANC DE LA DÉFENSE ET DE LA SÉCURITÉ NATIONALE	25
3. APTITUDE ET SUBSTANCES PSYCHOACTIVES	27
3.1 De l'incompatibilité de l'usage de substances psychoactives en milieu militaire	27
3.2 Aptitude et expertise par le médecin d'unité	29
3.3 Influence des consommations de substances psychoactives sur l'aptitude à servir	33
4. ÉTAT DES CONNAISSANCES A PROPOS DU CANNABIS	36
4.1 Épidémiologie de la consommation de cannabis	36
4.2 Épidémiologie de la consommation de cannabis en milieu de travail	41
4.3 Épidémiologie de la consommation de cannabis dans l'Armée française	41
5. RETENTISSEMENTS SUR LA SANTÉ	43
5.1 Les signes d'imprégnation cannabique	43
5.2 Les risques aigus de la consommation de cannabis	43
5.3 Les risques liés à l'usage chronique de cannabis	44
5.4 Les risques sur la santé mentale dus à l'usage de cannabis	45

6. QUESTIONNEMENTS LÉGAUX	46
II – MÉTHODOLOGIE	47
1. POPULATION ÉTUDIÉE	48
2. L'AUTOQUESTIONNAIRE ANONYME	49
3. MÉTHODES D'ANALYSES	51
III – RÉSULTATS	52
1. RETOUR DE QUESTIONNAIRES	53
2. DESCRIPTION DE LA POPULATION ÉTUDIÉE	54
3. DESCRIPTION DE LA POPULATION PRÉSENTANT UN MÉSUSAGE DE CANNABIS	55
3.1. Critères retrouvés	55
3.2. Profil de réponses au CAST	56
3.3. Profil de réponses à la deuxième partie du questionnaire sur les mésusages	61
3.4. Profil de réponses pour les consommations sur le terrain	62
3.5. Consommation d'autres substances psychoactives (hors cannabis et alcool)	62
IV – DISCUSSION	64
1. VALIDATION DU QUESTIONNAIRE	65
2. LES DONNÉES SOCIOBIOGRAPHIQUES	67

3. ANALYSE DU MÉSUSAGE	68
3.1. Analyse des réponses au questionnaire CAST	68
3.2. Conséquences de l'usage problématique de cannabis sur les troubles associés ?	70
4. LES MODIFICATIONS DE CONSOMMATION LORS DES MISSIONS	73
4.1. Que nous montrent les précédentes études sur les missions ?	73
4.2. Que retrouve notre étude sur cette modification de consommation ?	74
4.3. Ce que nous pouvons en conclure sur les raisons qui font augmenter la consommation en mission	75
5. L'UTILISATION ASSOCIÉE D'AUTRES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES (HORS CANNABIS ET ALCOOL)	78
6. QUELS ENSEIGNEMENTS NOUS APPORTE CETTE ÉTUDE ?	79
V – CONCLUSION	81
ANNEXES	86
BIBLIOGRAPHIE	133

## LISTE DES DOCUMENTS EN ANNEXE :

- ANNEXE n°1 : Index des termes et abréviations employés dans le document 87
- ANNEXE n°2 : Illustration du *Cannabis sativa* publiée par Franz Eugen Koehler dans *Koehlers Medizinisch-Pflanzen in naturgetreuen Abbildungen und kurz erläuterten Texte*, Gera, Allemagne, 1883-1914 89
- ANNEXE n°3 : Les différentes formes de cannabis ; *images de la gendarmerie nationale* 90
- ANNEXE n°4 : Rappels du DSM IV concernant l'abus et la dépendance 91
- ANNEXE n°5 : INSTRUCTION N° 5549/DEF/CAB relative aux dépistages de la toxicomanie et de la consommation excessive d'alcool applicables aux militaires. 93
- ANNEXE n°6 : Rappels de la loi 99
- ANNEXE n°7 : Liste des 29 centres médicaux d'unité de la Région Terre Nord Est et le nombre de VSA réalisées en leur sein 102
- ANNEXE n°8 : Questionnaire 103
- ANNEXE n°9 : Document Excel (extrait) 106
- ANNEXE n°10 : Retour des questionnaires 107
- ANNEXE n°11 : Réponses de la population étudiée : Caractéristiques de la population étudiée 108

- ANNEXE n°12 : Réponses de la population étudiée : Réponses au CAST 109
  
- ANNEXE n°13 : Réponses de la population étudiée : Réponses aux questions du mésusage 111
  
- ANNEXE n°14 : Réponses de la population étudiée : Réponses pour les polyconsommations 112
  
- ANNEXE n°15 : Réponses de la population ayant un mésusage de cannabis : Caractéristiques de la population usagère problématique de cannabis 114
  
- ANNEXE n°16 : Réponses de la population ayant un mésusage de cannabis : Réponses au CAST 115
  
- ANNEXE n°17 : Réponses de la population ayant un mésusage de cannabis : Réponses aux questions du mésusage 122
  
- ANNEXE n°18 : Réponses de la population ayant un mésusage de cannabis : Les modifications de consommation sur le terrain 127
  
- ANNEXE n°19 : Réponses de la population ayant un mésusage de cannabis : Réponses pour les polyconsommations 128
  
- ANNEXE n°20 : Proposition de fiche à l'usage du médecin généraliste 130

# I – INTRODUCTION

## 1. INTÉRÊT DE L'ÉTUDE

L'Armée française a décidé de légiférer sur la consommation de cannabis face à deux évidences. La première concerne la recrudescence et la banalisation de la consommation de cannabis dans la population générale. La seconde s'appuie sur les chiffres de cette consommation retrouvés dans les études lancées dans les différents Corps de l'Armée française [1], [2].

Ce besoin s'est fait davantage ressentir du fait de la professionnalisation des militaires français avec pour conséquence une diminution du nombre de militaires et du contexte international actuel.

L'objectif de cette thèse est d'aider le médecin militaire dans sa tâche de sélection, de soin et de prévention en mettant en évidence quelques troubles des conduites spécifiques aux militaires ayant un mésusage de cannabis. Nous parlerons bien ici d'un mésusage de cannabis et non pas d'une consommation qui a déjà été étudiée. Il s'agit d'aller plus loin que les précédentes études en replaçant le mésusage dans le contexte actuel et selon les spécificités de la population étudiée.

Après quelques rappels épidémiologiques, les dernières données sur le cannabis et ses répercussions sur la santé sont détaillées. Puis, quelques principes légaux élémentaires sont énumérés. Nous avons dans un premier temps précisé les méthodes employées pour la réalisation et l'exploitation de l'étude menée. Nous en avons ensuite exposé les résultats, lesquels sont discutés puis mis en perspective avec les résultats préexistants ainsi qu'avec les politiques de dépistage et de prévention actuellement mis en œuvre au sein de l'Armée de Terre française.

## 2. LES GRANDS ENJEUX ACTUELS DE L'ARMÉE DE TERRE – LE LIVRE BLANC DE LA DÉFENSE ET DE LA SÉCURITÉ NATIONALE

L'Armée se professionnalise. Elle est en refonte complète avec la sortie récente du Livre Blanc pour la Défense Nationale. Le Médecin en Chef Eric Darré nous en donne les grandes lignes [3].

1/ Le monde a profondément changé, notamment sous l'effet de la mondialisation. Il n'est pas nécessairement plus dangereux mais il est devenu plus instable, plus imprévisible. Les pays du monde sont devenus interdépendants du fait, entre autre, de la rapidité de circulation de l'information.

2/ Il est nécessaire de prendre en compte l'ensemble des risques et des menaces dans une stratégie de Sécurité Nationale qui implique non seulement la défense mais aussi la sécurité intérieure du pays, la diplomatie et la politique économique.

3/ Cette stratégie de Sécurité Nationale s'articule autour de cinq fonctions dont les forces de défense et de sécurité doivent avoir la maîtrise. Les deux premières sont la connaissance et l'anticipation afin de réduire l'incertitude qui caractérise la mondialisation. La troisième concerne la protection de la population et du territoire face aux nouvelles vulnérabilités et aux crises de grande ampleur. La dissuasion, entre autre nucléaire, reste le fondement essentiel de la stratégie nationale et de l'indépendance de la France. En dernier lieu, les capacités de prévention et d'intervention doivent être concentrées sur un axe géographique prioritaire (l'axe Méditerranée/Golfe arabo-persique/Océan indien), zone d'intérêt géopolitique, tout en gardant une attention sur l'ouest de l'Afrique, la bande sahélienne et la zone Antilles-Guyane.

4/ La France ne se vit plus au singulier. Il faut aussi y inclure la dimension européenne. Il convient de renforcer les capacités d'action militaire de l'Union Européenne (UE) pour qu'elle devienne un acteur majeur de la gestion des crises et de la sécurité internationale. Rappelons que 21 des 26 membres de l'OTAN appartiennent à l'UE.

5/ Pour accéder à ces objectifs, l'Armée doit moderniser et rendre accessible les équipements les plus utilisés en opérations extérieures. De nouveaux programmes, en particulier

dans le domaine de la connaissance-anticipation, doivent être lancés.

6/ Afin d'atteindre de nouvelles cibles opérationnelles, le Gouvernement a envisagé un nouveau format des forces armées et de leurs capacités de projection (Terre, Air, Marine) tout en maintenant l'effort financier de la France pour sa défense.

7/ Dans le même but, il est dans l'intérêt de la France et de l'UE d'harmoniser leurs efforts en matière d'industrie de défense afin de diminuer les coûts et d'augmenter la maîtrise des capacités technologiques.

8/ Il convient de réorganiser les pouvoirs publics pour tenir compte de cette nouvelle stratégie de Sécurité Nationale. Il est important de donner aux personnels civils ou militaires le plus haut degré de professionnalisme dans tous les domaines. Il faut rechercher l'adhésion de la Nation par des actions de formation et d'information (JAPD [Journée d'Appel Pour la Défense] et Service Civique obligatoire entre autre).

Ainsi, le Livre Blanc de la Défense et de la Sécurité Nationale, après examen du contexte géopolitique, climatique et économique actuel, a pour objectif de préparer la lutte contre six grands scénarii que nous pouvons présenter succinctement ainsi :

- 1) Attaques informatiques majeures.
- 2) Menaces ou conflits pouvant impliquer l'Alliance Atlantique.
- 3) Pandémies massives à forte létalité.
- 4) Catastrophes naturelles ou technologiques de très grande ampleur.
- 5) Crises possibles dans un département ou une collectivité d'outre-mer (DOM-COM).
- 6) Engagement de la France dans un conflit régional majeur.

Dans ce cadre, il apparaît évident que les personnels devant participer à la stratégie de la Défense et de la Sécurité Nationale doivent être sélectionnés pour leur aptitude à l'adaptation et leur capacité à tenir un emploi exposé au risque. Il s'agit de professions où la consommation de substances psychoactives ne peut avoir de place.

### 3. APTITUDE ET SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

#### 3.1 De l'incompatibilité de l'usage de substances psychoactives en milieu militaire [4]

##### - *Un groupe*

L'Armée est un groupe social, issu de la Nation. Ce groupe adhère à des valeurs de référence telles le haut respect de la discipline et de la hiérarchie mais aussi le sacrifice du soldat.

Parmi les hommes qui constituent ce groupe social particulier, nous repérons deux grandes populations : les militaires sous contrat et les militaires de carrière.

Les militaires sous contrat représentent une population jeune, âgée globalement de moins de 35 ans. Cette population est la plus concernée par l'usage de substances psychoactives illicites dont le cannabis représente la substance la plus consommée. Les motivations de l'engagement sont variables. Le contexte socio-économique actuel pousse certains jeunes gens, dont un nombre croissant de filles, à vouloir faire carrière dans une institution obéissant à un cadre strict. Mais il existe aussi une certaine idéalisation des métiers des armes. Malgré tout, les contrats sont relativement courts, cinq ans au maximum, plus ou moins facilement renouvelables, marquant une certaine précarité de l'emploi pour la plupart d'entre eux. Par ailleurs, les militaires sous contrat participent souvent aux missions extérieures, dont l'engagement en Afghanistan représente de nos jours le paradigme. Certains d'entre eux vont être sollicités presque chaque année par un séjour de quatre à six mois. Pour cette population, la question de l'adaptation à l'emploi se pose soit dès le début du parcours professionnel, les troubles de l'adaptation atteignant leur paroxysme lors des deux premières années d'engagement, soit au cours des opérations extérieures. Ces troubles correspondent souvent à un point de rupture, celui entre les idéaux de départ et la réalité du terrain. Plus rarement, ils correspondent à la révélation d'un trouble psychiatrique sous-jacent passé inaperçu au moment de l'incorporation. La consommation de cannabis s'inscrit dans ce contexte. Le militaire débute assez rarement l'usage de cannabis à l'Armée. Le plus souvent, il était déjà consommateur avant son engagement, mais les potentielles difficultés d'adaptation sont un risque majeur d'augmentation de cette consommation de cannabis. Le cannabis est alors le plus souvent pris à visée d'anxiolyse, même si

c'est parfois dans un contexte festif, en groupe, après le travail. Il peut s'agir d'usages occasionnels mais forcément à risque par retentissement sur l'exécution du service et par les probables sanctions disciplinaires, parfois même judiciaires. L'usage continu est davantage révélateur d'un trouble psychiatrique (comme par exemple un trouble grave de la personnalité ou le déclenchement d'une psychose). Il est plus volontiers solitaire.

Les militaires de carrière représentent une population globalement plus âgée, entrant dans la tranche des 30-59 ans. La sécurité de l'emploi est ici optimale mais la carrière peut être marquée par les aléas des mutations, des changements de grade et de degré de responsabilités. Le contexte socio-familial est aussi différent avec une plus grande proportion de sujets mariés ou divorcés et ayant des enfants à charge. Au plan psychologique, il s'agit souvent de troubles psychiatriques représentés en grande partie par les troubles de l'humeur, ou parfois par une évolution psychotique chronique, vécue à bas bruit, entrecoupée parfois de paroxysmes bruyants, comme dans le cas d'une psychose paranoïaque. La consommation de cannabis existe mais elle devient de plus en plus rare au fil des ans, pour être exceptionnelle au-delà des 40 ans, laissant la place plus volontiers au tabac et surtout à l'alcool.

### - *Une mission*

Les missions intérieures sont variées au quotidien et dépendent de l'Arme d'appartenance mais aussi de la fonction spécifique de chacun au niveau de son unité. Il existe néanmoins des postes à risque comme par exemple les troupes aéroportées de l'Armée de Terre, les pilotes de chasse dans l'Armée de l'Air, les sous-marinières travaillant dans les sous-marins nucléaires lanceurs d'engins. Bien d'autres postes à risque pourraient ainsi être déclinés.

Les missions extérieures représentent un autre aspect du travail du militaire. Elles sont répétitives, surtout pour les militaires sous contrat. Elles sont relativement longues, de quatre à six mois actuellement pour l'Afghanistan. Elles sont caractérisées par des contraintes particulières, différentes de celles rencontrées sur le territoire français.

Le bon déroulement des différentes missions, que ce soit en métropole ou à l'extérieur, repose sur l'unité fonctionnelle qu'est le groupe. Ce dernier fonctionne à partir d'une équation simple : une fonction et une mission. Seule la cohésion permet au groupe d'être efficace. Sans cette cohésion, il ne peut y avoir de capacité opérationnelle valable. Cette unité fonctionnelle est constituée par peu d'individus. Chacun a une fonction différente mais toutes ces fonctions sont hautement complémentaires. Les personnes appartenant à un même groupe ne s'imitent pas mais

concourent à un même résultat : réussir la mission à partir d'objectifs et de moyens donnés par le chef. Une cohésion faible avec une chute de l'idéal et du sens de la mission est un facteur majeur de désorganisation et de l'apparition de troubles tant individuels que collectifs. La capacité opérationnelle peut être mise à mal. Pour réussir, le groupe a besoin de pouvoir compter sur son chef, d'œuvrer pour des objectifs clairs avec des moyens suffisants et d'obtenir une certaine reconnaissance de sa valeur [4].

- *Un matériel de plus en plus performant*

Les matériels utilisés sont de plus en plus sophistiqués. Ils nécessitent de la part des militaires qui les utilisent une formation technique de qualité. Leur emploi impose une vigilance maximale, excluant de ce fait tout problème psychologique. Or les troubles attentionnels et comportementaux dus à la prise de substances psychoactives, telles le cannabis hallucinogène reconnu, ne peuvent que nuire à la sécurité de tous et au bon déroulement de la mission. Les conséquences peuvent en être délétères.

### **3.2 Aptitude et expertise par le médecin d'unité**

Le médecin d'unité joue un rôle majeur. Il doit rester avant tout dans une dynamique de soins car toute addiction est sous-tendue par une souffrance psychique et parfois physique importante. Mais il a aussi un rôle de conseiller du Commandement. Il doit organiser des actions de prévention et d'éducation sanitaire. Il est enfin un expert donnant à certains moments précis son avis sur l'aptitude à servir des militaires.

En fonction de ses connaissances sur la santé du militaire, le médecin militaire détermine une aptitude à servir. Pour cela, il dispose de textes précis et de sa logique fondée sur l'art médical. L'objectif final est que le militaire apte ait les capacités essentielles à sa fonction, c'est-à-dire :

- les capacités spécifiques à un poste précis,
- une constance de ses capacités dans le temps,
- et surtout une capacité particulière à faire face à des évolutions peu prévisibles et nécessitant une adaptation rapide et pertinente des événements.

Les difficultés principales que rencontre le médecin sont la dissimulation des pathologies par le militaire qui souhaite garder son aptitude et le respect absolu du secret médical vis-à-vis du Commandement quant au diagnostic médical motivant la décision d'aptitude.

« Intervenir sur les conduites addictives en milieu de travail se situe à la croisée de problématiques multiples : sécurité des salariés, des tiers et de l'entreprise, protection de l'emploi au premier plan mais aussi, respect de la vie privée pour les salariés, respect du secret médical pour les médecins du travail et promotion de la santé enfin. » [5]

- **Le SIGYCOP [6]**

Les données recueillies au cours d'un examen médical effectué dans l'optique de l'appréciation ou de la détermination d'une aptitude sont exprimées par la formule dite « profil médical ». Ce profil est défini par sept sigles (ou rubriques) auxquels peuvent être attribués un certain nombre de coefficients.

*Tableau n°1 : Les sept sigles qui définissent le profil médical et leur signification :*

S	Ceinture scapulaire et membres supérieurs
I	Ceinture pelvienne et membres inférieurs
G	État général
Y	Yeux et vision (sens chromatique exclu)
C	Sens chromatique
O	Oreilles et audition
P	Psychisme

L'éventail de ces coefficients (1 à 6) couvre les différents degrés allant de la normalité qui traduit l'aptitude sans restriction (1) jusqu'à l'affection grave ou l'impotence fonctionnelle majeure qui commande l'inaptitude totale (5 ou 6).

Le sigle P du psychisme est coté de 0 à 5 et ne possède pas de coefficient temporaire contrairement aux autres sigles.

Tableau n°2 : Signification des coefficients pour le sigle P

P0	<p><b>Le coefficient 0</b> indique l'aptitude initiale à l'engagement.</p> <p>Il est attribué de manière temporaire en vue d'une évaluation dynamique de l'aptitude à l'épreuve du service.</p>
P1	<p><b>Le coefficient 1</b> indique un niveau intellectuel satisfaisant, l'absence de trouble psychopathologique cliniquement décelable, ainsi que les bonnes conditions de l'adaptation à la vie militaire. Il confirme l'aptitude sans restriction à tous types d'emploi.</p>
P2	<p><b>Le coefficient 2</b> indique la survenue, au cours du service actif, de troubles mineurs de l'adaptation ou de difficultés d'ordre psycho-social et conjoncturel qui nécessitent de manière temporaire une limitation de l'aptitude à servir ou à l'emploi.</p>
P3	<p><b>Le coefficient 3</b> indique la présence actuelle de manifestations symptomatiques ou de troubles répétés de l'adaptation incompatibles temporairement avec l'exécution du service.</p>
P4	<p><b>Le coefficient 4</b> indique la présence actuelle et prolongée de troubles de la personnalité et de l'adaptation définitivement incompatibles avec la poursuite du service.</p>
P5	<p><b>Le coefficient 5</b> indique la présence d'une pathologie psychiatrique avérée et évolutive incompatible avec l'engagement ou la poursuite du service</p>

De ce fait, les résultats d'un bilan médical se trouvent transposés en niveaux qui permettent d'émettre un avis sur l'aptitude du personnel à servir ou l'aptitude à l'emploi, à partir de critères ou normes définis par le Commandement.

- **Termes essentiels [7] (annexe n°4)**

Le terme « usage » correspond à un usage socialement admis pour lequel il est noté une absence de complication physique, psychologique ou sociale.

Le terme « mésusage » répond à des dommages induits. Sous cette rubrique sont classés :

- L'usage à risque qui se décline :
  - o selon le produit : un usage, même occasionnel, peut induire rapidement une dépendance (tabac, cocaïne) ou des complications (hyperthermie maligne sous ecstasy par exemple).
  - o selon la vulnérabilité individuelle : âge, sexe, grossesse, ...
  - o selon les circonstances : conduite automobile, poste à risque, ...
  - o selon le mode de consommation : complications infectieuses, ...
  - o selon le contexte légal.
- L'usage nocif (ou abus) correspond déjà à des dommages mais il demeure une absence de dépendance. Et pourtant, la consommation du produit est préjudiciable pour la santé du fait de troubles physiques et/ou psychologiques. Elle provoque la désapprobation d'autrui. Les conséquences sociales sont négatives.
- L'usage avec dépendance correspond à une perte de contrôle de l'utilisation de la substance. Le sujet ressent un désir puissant ou compulsif à consommer, appelé *craving*. Le sevrage brusque et non médicalisé peut donner lieu à un état de manque physiologique et parfois également psychologique. Il existe un effet de tolérance aux effets de la substance, imposant une augmentation progressive des doses pour obtenir les mêmes effets. Le sujet abandonne petit à petit toutes ses sources de plaisir ou d'intérêt et augmente le temps passé à se procurer la substance, à la consommer ou à récupérer de ses effets. Le sujet va poursuivre sa consommation malgré des conséquences nocives.

***Quoi qu'il en soit, il n'est jamais trop tard pour agir.***

Tout le long de cette étude, nous retiendrons le terme de mésusage ou d'usage problématique pour l'usage nocif et l'usage avec dépendance.

### **3.3 Influence des consommations de substances psychoactives sur l'aptitude à servir**

Selon l'article 436 de l'Instruction 2100 relative à l'aptitude médicale à servir des militaires, datant de 2003 [6], les troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives correspondent à un classement P allant de 3 à 5 selon la gravité. Ce coefficient signe une inaptitude temporaire ou définitive à servir.

Quant à l'article 20 du statut général des militaires datant de 2005, il stipule que "nul ne peut être militaire (...) s'il ne présente les aptitudes exigées pour l'exercice de la fonction" [8].

#### ***- L'organisation du dépistage***

Avant d'accéder à leur poste, les militaires ont été sélectionnés dans l'objectif de déterminer une aptitude « à servir en tous lieux et sans restriction ». Ils se destinent en effet à des emplois comportant des contraintes particulières décrites plus haut.

Dans l'Instruction n°5549 du 19 avril 2007 relative aux dépistages de la toxicomanie et de la consommation excessive d'alcool applicables aux militaires, l'Armée a choisi d'organiser un dépistage des usages problématiques de substances psychoactives [9]. Ce texte, dont le détail est donné en annexe n°5, détermine les modalités de ce dépistage qui peut être ordonné par le Commandement ou organisé par le médecin d'unité. Dans tous les cas, le militaire sait qu'il peut être soumis à ce dépistage. Il est informé que c'est dans son intérêt autant que pour la sécurité de tous. Ce même texte précise les sanctions à envisager. Ici, nous ne parlerons que du côté médical du dépistage et de l'aptitude qui en découle.

Concernant l'influence des consommations de substances sur l'aptitude à servir, nous pouvons schématiquement opposer la sélection initiale et l'aptitude en cours de service.

#### ***- Lors de la sélection initiale***

Elle représente une étape très importante qui obéit à la « loi du tout ou rien ». L'aptitude n'est pas modulable.

Lors de la demande d'engagement [10], le candidat à l'engagement est prévenu par le CSO (Centre de Sélection et d'Orientation) qu'un dépistage de substances psychoactives aura lieu lors de la visite d'incorporation. Cette information doit intervenir au moins un mois avant. Le

candidat signe une « mise en garde contre l'usage, la détention, le trafic ou la cession de stupéfiants et contre la consommation excessive d'alcool ».

Dans les CSO, la consommation de cannabis est recherchée de façon systématique. Des questionnaires centrés sur la personnalité et l'anamnèse sont remis aux candidats. Des dosages urinaires systématiques sont envisagés après information des sujets pour certains emplois. En cas de situation ambiguë, nous avons recours à un psychiatre militaire consultant régional. Ainsi, le médecin obtient une idée de la consommation du futur engagé, de son type d'usage et des conséquences familiales et sociales de cet usage.

Il prend alors une décision (souvent après avis auprès d'un confrère psychiatre militaire) :

- Usage simple : rappel de la loi, avertissement et période d'essai de six mois.
- Usage à risque : inaptitude de six mois.
- Usage nocif : inaptitude de un an.
- Dépendance : inaptitude définitive.

### - *L'aptitude en cours de service*

Elle se module en fonction du sujet, c'est-à-dire de son statut, de son ancienneté et surtout, de sa fonction et de sa notation.

Les médecins d'unité sont en première ligne pour identifier les consommations abusives et les dépendances. Ils peuvent y être confrontés dans des contextes d'urgence, de consultations, de VSA, de problèmes disciplinaires ou de contextes opérationnels. À chacune de ces occasions, l'entretien médical s'efforce de rechercher des signes de souffrance psychologique, organique et biologique pouvant l'orienter. La survenue de comportements asociaux, la multiplication des accidents de la route ou du sport, des troubles de l'appétit sont des signes pouvant exprimer une toxicomanie [11].

Un avis spécialisé auprès d'un consultant de psychiatrie peut être demandé. Plusieurs problèmes peuvent se poser dont celui de la dépendance, cause d'inaptitude, chaque cas devant être étudié en particulier. Par ailleurs, l'inaptitude à certaines missions ou activités en raison d'une consommation occasionnelle est une question également difficile.

À ce stade de la carrière, l'avis du Commandement sur les qualités et l'adaptation du sujet à son emploi est une aide précieuse pour la décision médico-militaire.

Schématiquement, il y aura :

- Usage simple : pas d'inaptitude, rappel de la loi.
- Usage à risque ou nocif : restriction d'aptitude envers les postes à risque et les missions extérieures. En cas de persistance, il sera demandé un avis psychiatrique pour envisager un réengagement ou un changement statutaire.
- Dépendance : inaptitude qui sera temporisée en fonction du stade de la carrière, des modalités d'emploi et de l'évolution sous traitement. Dans tous les cas, le sujet est mis en congé longue durée pendant sa période de traitement.

En situation d'urgence (abus intense, syndrome de sevrage), les mêmes questions se posent quant à l'aptitude. En mission extérieure, un rapatriement sanitaire peut être décidé mais le médecin reste en dehors de toute décision disciplinaire. Quel que soit la position du Commandement, le médecin doit procurer les soins nécessaires au militaire. Ce dernier sera orienté vers un hôpital d'instruction des armées français pour une consultation ou même une hospitalisation. Là encore, les soins seront la priorité, les questions d'aptitude se posant au cas par cas dans un deuxième temps.

## 4. ÉTAT DES CONNAISSANCES À PROPOS DU CANNABIS

### 4.1 Épidémiologie de la consommation de cannabis

#### - *Consommation de cannabis en population générale*

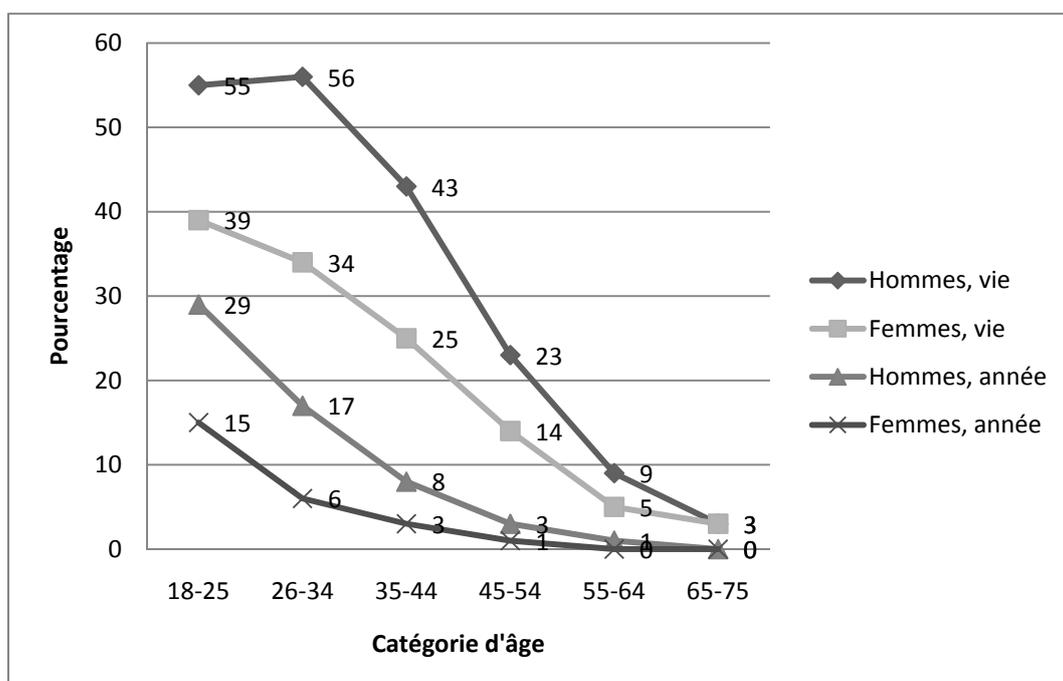
Le cannabis est la drogue illicite la plus disponible et la plus consommée en France.

- Parmi la population adulte, données de l'étude nationale « Baromètre santé 2005 » de l'INPES [12]

Cette étude nationale, la plus récente datant de 2005, porte sur une population adulte.

Elle met en évidence une augmentation de l'usage du cannabis dans les dernières décennies. Entre 2000 et 2005, la consommation régulière (plus de 10 fois par mois) dans la population française pour la tranche d'âge 15-34 ans, est passée de 3,8 à 5,9%.

Figure n°1 - Proportions de consommateurs de cannabis au cours de la vie et de l'année, suivant l'âge et le sexe :



Source : Baromètre santé 2005, INPES, exploit. OFDT

En 2005, parmi les 18-75 ans, 27% avaient expérimenté au moins une fois dans leur vie le cannabis. Dans cette même population, 9% avaient consommé dans les 12 derniers mois et 4% dans les 30 derniers jours. Si nous nous penchons sur la population des 18-25 ans, il est retrouvé 14% d'usage sur les 30 derniers jours. Plus inquiétant, 9% de cette population a un usage régulier et 4%, un usage quotidien (les pourcentages se recourent). Le cannabis reste surtout consommé par les populations jeunes et un net infléchissement de la consommation est noté après 35 ans.

En ce qui concerne les autres substances psychoactives illicites, la consommation demeure marginale. Nous avons 9% des 12-75 ans qui ont consommé du cannabis dans les 12 derniers mois contre moins de 1% pour l'ensemble des autres substances illicites.

Tableau n°3 - Usages au cours de l'année de substances psychoactives illicites autres que le cannabis suivant l'âge des personnes interrogées (en %)

	Ensemble <i>n=23746</i>	18-25 ans <i>n=4065</i>	26-44 ans <i>n=10679</i>	45-64 ans <i>n=9002</i>	hommes <i>n=11624</i>	femmes <i>n=12122</i>
Poppers	0,6	1,7	0,5	0,1	0,8	0,3
Cocaïne	0,6	1,5	0,7	0,1	0,9	0,3
Ectasy	0,5	1,4	0,5	0,0	0,7	0,2
Champignons hallucinogènes	0,3	0,8	0,3	0,0	0,4	0,1
Amphétamines	0,2	0,3	0,1	0,1	0,2	0,1
Colles et solvants	0,1	0,5	0,1	0,0	0,2	0,1
LSD	0,1	0,4	0,1	0,0	0,2	0,0
Héroïne	0,1	0,4	0,1	0,0	0,2	0,1

Source : Baromètre santé 2005, INPES, exploit. OFDT

- Parmi les adolescents âgés de 17 ans : étude « ESCAPAD – 2008 » [13]

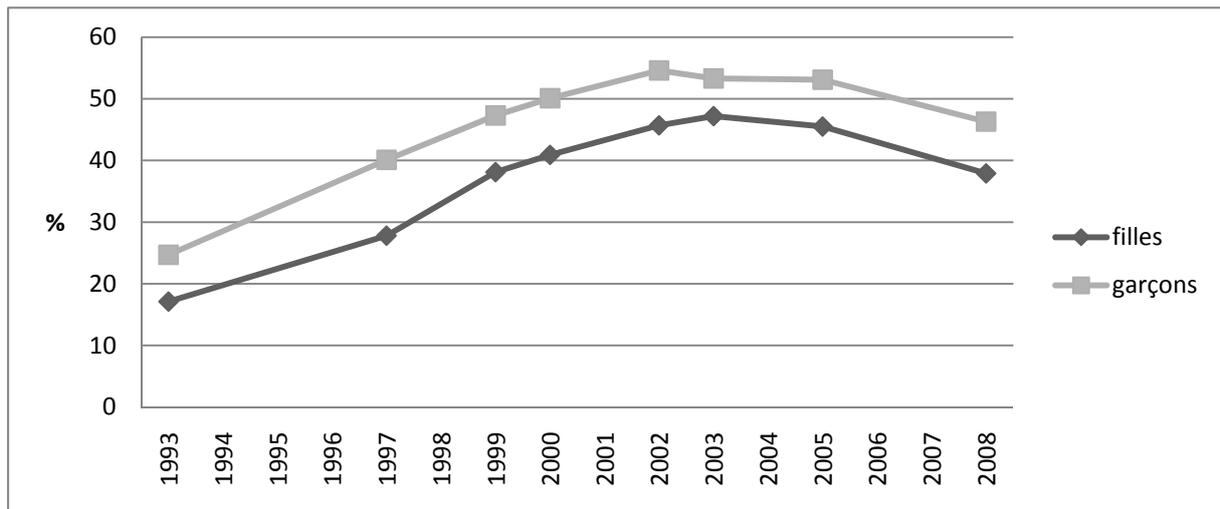
Depuis huit ans, l'OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies) organise en partenariat avec la Direction du Service National une enquête statistique nationale auprès des adolescents âgés en moyenne de 17 ans : ESCAPAD.

Cette enquête se déroule lors de la JAPD. Elle se concentre sur la santé, les usages de substances psychoactives (licites et illicites) ainsi que sur les modes de vie de cette partie de la

population. Elle complète le dispositif d'observation des usages de substances psychoactives en population adulte (Baromètre santé).

La sixième enquête ESCAPAD, réalisée en 2008, retrouve une diminution de la consommation de cannabis parmi les adolescents âgés de 17 ans depuis 2005.

Figure n 2 : Usage au cours de la vie de cannabis parmi les 17 ans. Évolutions depuis 1993



	1993	1997	1999	2000	2002	2003	2005	2008
Ensemble	21,0	34,1	42,8	45,6	50,2	50,3	49,4	42,2

Sources : INSERM 1993 ; ESPAD 1999 ; INSERM-OFDT-MENRT ;  
 ESCAPAD 2000-2002-2003-2005-2008 ; OFDT

Tout comme l'expérimentation du tabac, celle du cannabis est en baisse depuis 2003, après un pic observé en 2002. Ce premier usage de cannabis se situe aux alentours de 15 ans (15,1 ans pour les garçons et 15,3 ans pour les filles). Les âges moyens d'expérimentation de tabac et de cannabis s'élèvent pour la première fois depuis huit ans, signant probablement une modification des comportements.

Les non consommateurs arguent en premier lieu un manque d'intérêt pour ces substances et en deuxième lieu une crainte pour leur santé.

Malheureusement, cette enquête met également en évidence une augmentation des niveaux de diffusion de la cocaïne, des amphétamines, du crack, de l'héroïne et du GHB (acide gamma hydro butyrique), même si ces comportementaux restent marginaux.

Les adolescents qui consomment le plus viennent de milieux sociaux favorisés. D'autres ont connu un parcours scolaire marqué par des échecs.

Cette enquête montre que les dispositifs d'information et d'aide à la réduction de la consommation de cannabis mis en place par les pouvoirs publics [14] ne sont que rarement utilisés par les adolescents de 17 ans.

- *Motivations et perception*

Il est de plus en plus difficile de caractériser l'usage de cannabis tant son utilisation est répandue dans toutes les catégories socioprofessionnelles.

Habitus : parmi les consommateurs réguliers (plus de 10 fois par semaine) dans la population des 15-29 ans [15], 2% ne fument pas en semaine, 71.9% fument de 1 à 4 joints par jour et 91.2 % sont des fumeurs quotidiens. Tous augmentent leur consommation en fin de semaine. Parmi les usagers à risque, il est arrivé à 71.1% de conduire sous l'effet du cannabis. 65.5% se plaignent de problème de mémoire. 42% ont eu des problèmes avec les forces de l'ordre.

Perception de la dangerosité : parmi les consommateurs réguliers (plus de 10 fois par semaine) dans la population des 15-29 ans [15], 22.6% des sondés considèrent que la consommation de cannabis n'est jamais dangereuse.

Tableau n°4 : Perception de la dangerosité de plusieurs produits psychoactifs par des consommateurs réguliers de cannabis en France, en 2004

	N	Dès qu'on essaie	De temps en temps	Tous les jours	5 fois et plus par jour	Jamais
Héroïne	1613	71,6	16,7	8,9	2,6	0,1
Cocaïne	1613	55,8	24,2	15,9	3,7	0,4
Ecstasy	1616	48,7	27,4	18,4	4,3	1,2
Champignons hallucinogènes	1607	41,0	26,2	21,1	5,4	6,3
Tabac	1617	25,0	12,4	24,9	34,4	3,3
Alcool	1613	9,0	15,6	48,4	24,7	1,9
Cannabis	1608	7,3	9,7	29,0	31,4	22,6

Données et exploitation TREND/OFD

Comparés aux autres substances psychoactives, le tabac, l'alcool et le cannabis ne sont dangereux que s'ils sont consommés de manière quotidienne tandis que les autres substances illicites le sont dès la première utilisation. Le cannabis est même considéré comme moins dangereux que l'alcool et le tabac.

Globalement le cannabis apparaît comme une substance vécue positivement par les usagers. Il est « dangereusement » banalisé dans son usage.

Effets recherchés ou ressentis : parmi les consommateurs réguliers (plus de 10 fois par semaine) dans la population des 15-29 ans [15].

Les trois causes de consommation les plus fréquentes sont de tonalité conviviale : « se relaxer », « partager », « faire la fête ». Les trois suivantes sont plus problématiques : « par habitude », « dormir », « se défoncer ». La multiplicité des réponses traduit la diversité d'usage.

Tableau n°5 - Motifs de consommation de cannabis parmi des consommateurs réguliers de cannabis en France en 2004

	Répondants	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
	N	%	%	%	%
Se relaxer	1630	2.5	19.6	50.1	27.9
Partager	1626	6.1	20.1	50.3	23.5
Faire la fête	1621	11.5	24.0	41.5	23.0
Par habitude	1609	26.4	27.8	32.1	13.6
Dormir	1622	31.9	32.5	24.5	11.2
Se défoncer	1625	34.4	35.0	21.6	9.0
Réfléchir	1618	40.8	34.9	18.8	5.6
Diminuer l'angoisse	1619	42.2	35.5	16.0	6.2
Se désinhiber	1618	58.2	28.0	10.1	3.7
Se soigner	1612	75.9	17.9	4.3	1.9
Gestion d'autres produits	1574	76.4	17.0	5.0	1.7

Données et exploitation TREND/OFD

## 4.2 Épidémiologie de la consommation de cannabis en milieu de travail

Les études pratiquées montrent que le cannabis est la substance psychoactive la plus fréquemment retrouvée tout particulièrement chez les personnes affectées un poste de sécurité [16].

Par exemple, pour les travailleurs de la Loire, 16,6 % sont consommateurs de psychotropes (majoritairement des femmes), 10,2 % sont consommateurs de cannabis (majoritairement des hommes) et 8 % des sujets consommateurs d'alcool ont un test DETA positif [17].

Tableau n°6 : Prévalence des cas positifs pour chaque substance étudiée sur 1000 chauffeurs routiers [18]

	Pourcentage d'échantillons positifs	Pourcentage d'échantillons positifs (confirmation par méthode chromatographique)
Opiacés	4.1	4.1
Cannabis	8.6	8.5
Métabolites de la cocaïne	0.1	0.1
Amphétamines	0.4	0.3
Buprénorphine	2.2	1.8
Méthadone	0.5	0.5
Benzodiazépine	0.4	0.4
Éthanol	4.0	-

## 4.3 Épidémiologie de la consommation de cannabis dans l'Armée française

Quelques études portant sur la consommation de substances psychoactives ont déjà été menées dans le milieu militaire.

Une première enquête transversale a été réalisée entre 1999 et 2002 sur les engagés volontaires de l'Armée de Terre et de l'Air en poste outre-mer [19]. Parmi les 1025 engagés sondés, 44% avaient expérimenté le cannabis, 11,5% avaient consommé du cannabis dans les 30 jours précédents le questionnaire et 9,1% avaient un contrôle urinaire positif.

Une deuxième étude datant de 2002 a eu pour cible un régiment de l'Armée de Terre et a permis d'observer de manière concomitante des dossiers médicaux et des questionnaires [20]. Parmi les 976 personnes étudiées, la prévalence de la consommation de cannabis était proche de celle observée en population générale [12], en particulier pour les 18-25 ans. Pour les sujets plus âgés, les prévalences mesurées dans l'étude sont un peu moins importantes qu'en population générale. La prévalence de la consommation diminue fortement entre la fin de l'adolescence en population générale et les 18-25 ans de l'étude. Par ailleurs, les résultats témoignent, comme en population générale, d'un « effet âge » lié à cette substance, d'une plus faible consommation des femmes par rapport aux hommes et d'une banalisation de cet usage depuis 10 ans.

Tableau n°7 : Consommations de cannabis, en 2002, en fonction de l'âge.

		Tranche d'âge	18-25	26-34	35-44	45-54
<b>Dossier médical</b>	<b>Effectif par tranche</b>		<b>362</b> <b>(47%)</b>	<b>283</b> <b>(36,5%)</b>	<b>102</b> <b>(13%)</b>	<b>26</b> <b>(3%)</b>
	<b>Sexe féminin</b>		10%	8.8%	7%	0
	<b>Données manquantes</b>		39(10,7%)	36(12,7%)	19(18,6%)	2(7,6%)
	<b>Nombre de consommateurs de cannabis</b>		52(16%)	9(3,6%)	0	0
<b>Questionnaire</b>	<b>Effectif par tranche</b>		<b>188(45%)</b>	<b>134(32%)</b>	<b>56(13,4%)</b>	<b>11(2,6%)</b>
	<b>Nombre de prises de cannabis/sem. (Questionnaire)</b>		16.6 (ET=19)	3 (ET=2.58)	8	/

La troisième et plus récente enquête transversale sur les conduites addictives au sein de l'Armée de Terre a été réalisée en 2007 [1]. Sur l'échantillon de 990 sujets dont 89,1% de sexe masculin, 52,6% avaient expérimenté le cannabis pour la première fois à un âge moyen de 16 ans. La consommation de cannabis dans les 30 derniers jours s'élevait à 20,7% avec une prévalence d'usage régulier à 8,2%. 16,9% des tests urinaires sont revenus positifs pour le cannabis.

## 5. RETENTISSEMENTS SUR LA SANTÉ [21], [22]

### 5.1 Les signes d'imprégnation cannabique

Une consommation de cannabis peut être à l'origine de signes physiques, sociaux ou médicaux [23].

- **Les signes physiques** classiques sont une rougeur des yeux (et non une dilatation des pupilles), une somnolence et une fatigue chronique. Un usage de cannabis peut être évoqué face à un adolescent ou à un adulte jeune qui « traîne sa savate » à longueur de journée, qui s'isole dans des lieux où règne une odeur spécifique et qui utilise un matériel caractéristique (papier cigarette dont l'emballage est écorné pour réaliser des filtres, cigarettes vidées de leur tabac, ...)
- **Les signes « sociaux »** ont une réelle pertinence : appartenance à un groupe de consommateurs assez convivial et solidaire alors que les contacts avec le monde des adultes (de la hiérarchie) se réduisent. Les gros consommateurs qui fréquentent l'école (qui sont en formation) voient souvent un net décrochage de leurs résultats.
- **Les signes médicaux** de présence de cannabis dans l'organisme se dosent dans les urines et non dans le sang. Après consommation, le THC (tétrahydrocannabinol) passe très brièvement dans le sang pour se concentrer ensuite dans les tissus, surtout gras. Son élimination se fait alors lentement dans les urines. Le dosage urinaire de THC est le seul moyen de détection efficace. Ce dosage reste positif assez longtemps après l'usage (deux à trois jours pour une consommation occasionnelle et plusieurs semaines pour une consommation quotidienne).

### 5.2 Les risques aigus de la consommation de cannabis

Il n'est pas décrit de surdose de THC, mais la dose létale est estimée entre 15 et 70 grammes [24]. En moyenne, il y a 9 milligrammes de THC par joint.

Le cannabis est significativement lié à une augmentation du risque d'être responsable d'un accident mortel de la route [25]. Sur 6766 conducteurs responsables d'accidents, 8,8% avaient consommé du cannabis alors qu'ils n'étaient que 2,8% sur les 3006 conducteurs non impliqués dans un accident. L'Odds ratio est de 3,32 (2,63-4,18). Cette augmentation s'explique par une

baisse du temps de réaction, une atteinte de la coordination motrice et des troubles de l'attention secondaire à une consommation récente de cannabis [26].

Par accélération du rythme cardiaque et modification de la tension artérielle, le cannabis provoquerait des infarctus du myocarde dans une population plus jeune que la norme [27]. Il n'a pas été retrouvé d'études concernant les accidents vasculaires cérébraux (AVC), mais il a été observé de nombreux cas de jeunes ayant une forte consommation et faisant des AVC [28].

### 5.3 Les risques liés à l'usage chronique de cannabis

Parmi les consommateurs réguliers (plus de 10 fois par semaine) dans la population des 15-29 ans [15], selon l'utilisation du profil de santé de Duke et par rapport à la population générale des 20-25 ans en 2000 (Baromètre santé), les scores en relation avec la santé sont particulièrement dégradés. Les consommateurs réguliers ont globalement -6.9 points sur 100 pour la santé générale, -9.2 pour la santé perçue et -8.8 pour la santé sociale.

Les risques de l'utilisation chronique de cannabis sont très proches des risques liés au tabagisme chronique. Les plus importants à nommer sont les cancers broncho-pulmonaires [29] et les maladies respiratoires chroniques comme les bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO) [30].

En dehors des risques pulmonaires, les adolescents utilisateurs réguliers présentent une diminution des performances scolaires sans pour autant que nous puissions déterminer si le cannabis en est cause ou conséquence [31]. Une atteinte substantielle des fonctions cognitives chez les utilisateurs réguliers d'au moins 10 ans par comparaison à leurs fonctions cognitives avant consommation est mise en évidence [32].

La reproduction est perturbée tant chez les femmes que chez les hommes. Une augmentation de l'infertilité [33], des kystes ovariens chez la femme [34] et des troubles de la spermatogénèse chez l'homme sont constatés [35].

Durant la grossesse, les effets du cannabis sur d'éventuelles malformations sont difficiles à interpréter car l'utilisation d'autres substances psychoactives, la dénutrition et la génétique n'ont pas été prises en compte dans les études retrouvées [36]. Il semble exister un retard de croissance intra-utéro (RCIU) chez les enfants de femmes fumant pendant la grossesse [37], [38]. Des troubles du comportement auraient été retrouvés chez les enfants de femmes ayant consommé de manière régulière du cannabis pendant leur grossesse [39].

## 5.4 Les risques sur la santé mentale dus à l'usage de cannabis

Le risque de dépendance au cannabis est de 9%. Il est multiplié par 6 si la consommation a débuté à l'adolescence, mais reste inférieur au risque de dépendance aux autres substances psychoactives, nicotine incluse [40].

L'utilisation d'autres substances psychoactives illicites apparaîtrait plus fréquente dans la population adolescente consommant du cannabis, signant ainsi la difficile question de la polyconsommation chez les jeunes [41].

Les symptômes anxieux à type d'attaque de panique sont parmi les plus fréquemment décrits chez les consommateurs de cannabis [42] en particulier lors des premières consommations.

Quelques cas de psychose cannabique sont évoqués. Ils sont difficiles à différencier des distorsions perceptives de l'intoxication cannabique [42].

Les personnes atteintes de troubles psychotiques, dont la schizophrénie, ont un usage plus fréquent de cannabis. De nombreuses études tendent à prouver que l'usage de cannabis favorise la survenue plus précoce des troubles psychotiques et, par la suite, une moins bonne observance du traitement. Mais, la distinction reste incertaine entre un trouble psychotique induit par le cannabis et une consommation de cannabis consécutive à un trouble psychotique débutant. Nous ne pouvons considérer pour le moment le cannabis que comme un facteur de risque supplémentaire de vulnérabilité [43], [44], [45].

La fréquence d'usage du cannabis est plus élevée dans la population des personnes atteintes de troubles dépressifs et anxieux. La consommation de cannabis au cours de l'adolescence augmente le risque de survenue d'un syndrome anxiodépressif [46]. Cependant, aucun biais de confusion n'ayant ajusté les chiffres, la relation reste non prouvée même si elle est fréquemment retrouvée [47].

## 6. QUESTIONNEMENTS LÉGAUX (annexe n°6)

Le cannabis est une drogue illicite en France au même titre que la cocaïne, l'héroïne et toutes les autres substances psychoactives en dehors du tabac et de l'alcool, lesquels sont licites mais à usage contrôlé. Son utilisation, sa possession et sa revente sont punies tant dans le milieu du travail [48] que dans la vie quotidienne [49], [50], [51].

Devant la recrudescence de l'utilisation de ces substances et devant l'amélioration des techniques de détection, le décret n° 2002-642 du 11 juillet 2003 modifie le Code pénal, le Code de procédure pénal et le Code de la route. La conséquence législative en est que la seule présence d'un métabolite d'une substance psychoactive entraîne une pénalisation, alors qu'auparavant, il fallait être sous l'emprise d'une telle substance.

Cependant, il faut garder à l'esprit un principe que la MILDT (Mission interministérielle de lutte contre la drogue et les toxicomanies) a mis en évidence dans son dossier sur les conduites addictives en milieu professionnel : « intervenir sur les conduites addictives en milieu de travail se situe à la croisée de problématiques multiples : sécurité des salariés, des tiers et de l'entreprise, protection de l'emploi au premier plan mais aussi, respect de la vie privée pour les salariés, respect du secret médical pour les médecins du travail et promotion de la santé enfin. » [5], [52].

# II – MÉTHODOLOGIE

## 1. POPULATION ÉTUDIÉE

Nous avons réalisé une étude quantitative par « questionnaire d'autoévaluation de la consommation de cannabis » auprès des militaires de l'Armée de Terre Région Nord-Est. Elle s'est déroulée dans l'ensemble des 29 centres médicaux d'unités des régiments de l'Armée de Terre Région Nord-Est (liste en annexe n°7) pendant trois mois, du 1<sup>er</sup> juin 2008 au 31 août 2008.

Un échantillon de 15 questionnaires avait été adressé aux 29 centres par l'intermédiaire de la Direction Régionale du Service de Santé des Armées (DRSSA) Nord-Est. Il était à leur charge de réaliser plus d'exemplaires.

Les critères d'inclusion étaient les suivants : être un militaire venant à sa VSA et être volontaire pour répondre au questionnaire.

En ce qui concerne la taille de l'échantillon, l'effectif envisagé était de 3000 personnels, l'échantillonnage se faisant naturellement, tous les militaires étant statutairement soumis à une VSA.

Les paramètres de la population incluait de façon large tout militaire venant passer sa VSA quel que soit son sexe, son âge, ou son grade.

## 2. L'AUTOQUESTIONNAIRE ANONYME

Les critères de choix pour la réalisation de ce questionnaire sont basés sur la logique. Il fallait un questionnaire suffisamment court pour que les personnes le terminent et simple pour être compris de la majorité.

Le questionnaire (exemple en annexe n°8) abordait :

- Les caractéristiques sociodémographiques de la personne.
- Les consommations autres que le cannabis pour évaluer une potentielle polyconsommation de substances psychoactives.
- Des items de mésusage (CAST, perception d'effets indésirables, culpabilité, impossibilité d'arrêter) dont le détail est précisé plus bas.
- Les consommations lors des sorties sur le terrain et sur les théâtres d'opérations extérieures ainsi que leurs raisons.

Le questionnaire CAST (Cannabis Abuse Screening Test) constituait la base de notre étude. C'est le seul questionnaire validé pour évaluer la consommation du cannabis en milieu militaire [53]. Il a été également validé en 2003 dans une enquête en population scolaire et étudiante par rapport au questionnaire POSIT [54].

Les réponses aux items du CAST ont été codées de deux manières différentes :

- Une forme longue avec un codage à cinq modalités de jamais à souvent (jamais = 0, rarement = 1, de temps en temps = 2, assez souvent = 3, très souvent = 4). Un score de CAST pouvant varier de 0 (« jamais » pour les cinq critères) à 24 (« très souvent » pour les cinq critères) a été obtenu en additionnant les réponses données.
- Une forme courte binaire avec un codage en OUI/NON qui a été retenue dans un souci de clarté pour classer les mésusages. Le score du CAST pouvait alors s'étaler de 0 à 6. Un score supérieur ou égal à 3 signifiait que l'utilisateur était un usager problématique.

La deuxième partie des mésusages comprenait cinq questions que nous avons adaptées d'autres questionnaires sur les consommations de substances psychoactives :

- « Avez-vous déjà pensé que votre consommation de cannabis échappait à votre contrôle ? » extraite du POSIT.
- « Est-ce que la perspective de manquer de cannabis vous a rendu anxieux ou inquiet ? » adaptée des critères de dépendance du DSM-IV.
- « Combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir consommé du cannabis ? » extraite de l'AUDIT.
- « À quel point trouveriez-vous difficile d'arrêter de fumer du cannabis ? » extraite de l'AUDIT.

### 3. MÉTHODES D'ANALYSE

Les personnes enquêtées avaient répondu à un questionnaire à questions fermées de trois pages qui leur était remis lors de leur arrivée au centre médical d'unité pour leur VSA. Les personnes sondées étaient préalablement informées par oral et par écrit de l'anonymat de ces questionnaires. Ils leur étaient demandés de répondre en toute honnêteté dans un lieu calme (si possible éviter la salle d'attente) et de remettre le questionnaire dans une boîte prévue à cet effet. Cependant, dans chaque régiment, l'organisation a été laissée à la discrétion du médecin chef.

Les questionnaires sont revenus au service de psychiatrie de l'hôpital d'instruction des Armées de Legouest par voie de courrier militaire avec accusé réception dont un double était adressé à la DRSSA pour comptabilisation.

Les questionnaires ont été centralisés et ont fait l'objet d'une saisie simple sur le logiciel Excel version 2007 en codage 0-1 voir de 0 à 4 pour certaines questions (exemple en annexe n°9).

Les données ainsi obtenues ont été analysées par le logiciel SPSS (logiciel de statistiques) avec l'aide du Docteur Philippe Arvers, chercheur au Centre de recherche du Service de Santé des Armées (CRSSA) à Grenoble, ainsi que sur logiciel Excel version 2007 pour certaines données.

# III – RÉSULTATS

## 1. RETOUR DE QUESTIONNAIRES

Le questionnaire a été envoyé en 15 exemplaires aux 29 Centres Médicaux d'Unité de la Région Terre Nord Est (détail en annexe n°7). Chaque centre a retourné en moyenne 74 questionnaires (médiane à 50 avec un minimum à 5 et un maximum à 251). Trois régiments avaient renvoyé moins de 15 questionnaires.

Pendant la période d'étude, nous avons réceptionné 2205 questionnaires. Parmi eux, 4,8% (105 questionnaires) étaient revenus incomplets et 1,2% (28 questionnaires) étaient inexploitable pour cause de données aberrantes.

Plus en détail, les parties non répondues étaient (annexe n°11) :

- de 0,4% à 1,8% n'avaient pas répondu à la partie étude de population,
- 0,2% n'avaient pas répondu complètement au CAST,
- 0,8% n'avaient pas répondu complètement aux questions concernant la consommation d'autres substances psychoactives,
- de 0,4 à 1,1% n'avaient pas répondu aux questions concernant les usages problématiques,
- et 1,1% n'avaient pas répondu aux questions concernant la consommation en sortie terrain et en opérations extérieures.

Nous avons donc réalisé l'analyse de 2072 questionnaires (détails en annexe n°10).

## 2. DESCRIPTION DE LA POPULATION ÉTUDIÉE

Dans la population étudiée, nous avons retrouvé les caractéristiques de population suivantes :

- Sexe : 84,59% d'hommes et 15,41% de femmes.
- Âge moyen : 27,59 ans (médiane à 26 ans) avec un âge minimal de 16 ans et maximal de 60 ans.
- Statut marital : 52,03% en couple et 47,97% de célibataires.
- Famille : 32,30% avaient des enfants et 67,70% n'avaient pas d'enfant (avec une moyenne de 0,57 enfant par militaire).
- Niveau de scolarité :
  - o Niveau brevet des collèges : 7,79%,
  - o Niveau CAP/BEP : 42,98%,
  - o Niveau baccalauréat : 36,35%,
  - o Études supérieures : 12,89%.
- Statut militaire :

<ul style="list-style-type: none"><li>o EVAT (Engagés Volontaires de l'Armée de Terre) : 66,96%,</li><li>o Sous officiers : 27,67%,</li><li>o Officiers : 5,37%.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>o Sous contrat : 81,64%,</li><li>o De carrière : 17,25%,</li><li>o Dans la réserve : 1,10%.</li></ul>
--	---

  - o Année d'engagement : en moyenne 2000 (médiane à 2003) avec une minimale à 1964 et une maximale à 2008.

Parmi cette population, certains militaires avaient répondu positivement à au moins une question du CAST sans pour autant être classables dans les consommateurs problématiques. Le détail de ces réponses se trouve en annexe n°12. Il en va de même pour les consommations d'autres substances psychoactives (annexe n°14) et pour les modifications de consommation en mission (annexe n°13).

### 3. DESCRIPTION DE LA POPULATION PRÉSENTANT UN MÉSUSAGE DE CANNABIS

#### 3.1. Critères retrouvés

La population ayant un mésusage de cannabis répondait aux critères suivants (annexe n°15) :

- Sexe : 90,64% d'hommes et 9,36% de femmes.
- Âge moyen : 23,36 ans (médiane à 23 ans), avec un âge minimal de 18 ans et maximal de 41 ans.
- Statut marital : 37,43% en couple et 62,57% de célibataires.
- Famille : 16,96% avaient des enfants et 83,04% n'en avaient pas (avec une moyenne de 0,23 enfant par usager problématique).
- Niveau scolaire :
  - o Niveau brevet des collèges : 13,45%,
  - o Niveau CAP/BEP : 58,48%,
  - o Niveau baccalauréat : 22,22%,
  - o Études supérieures : 5,85%.
- Statut militaire :

<ul style="list-style-type: none"><li>o EVAT : 88,30%,</li><li>o Sous officiers : 10,53%,</li><li>o Officiers : 1,17% %.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>o Sous contrat : 97,08%,</li><li>o De carrière : 2,92%,</li><li>o Dans la réserve : 0%.</li></ul>
--	---

  - o Année d'engagement : en moyenne, 2004 (médiane à 2005) avec une minimale à 1991 et une maximale à 2008.

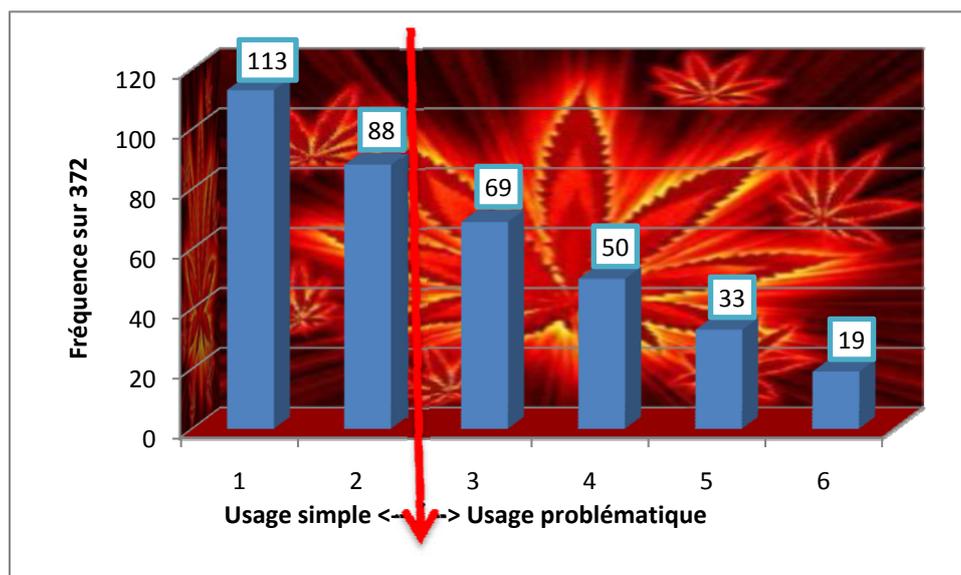
### 3.2. Profil de réponses au CAST

L'étude des questionnaires a permis de détecter 202 usagers problématiques de cannabis (CAST>2) sur 2205 questionnaires soit 9,16% des militaires répondants. Au vu uniquement des questionnaires valides, il y avait 171 usagers problématiques (CAST>2) sur 2072, soit 8,25%. Plus précisément, le détail du résultat du score du CAST montrait (annexe n°16) :

Tableau n°8 : Résultats du score du CAST en fréquence sur les 2072 questionnaires valides

SCORE	Nombres de militaires pour chaque score sur 2072	Pourcentages
0	1700	91,75%
1	113	
2	88	
3	69	8,28%
4	50	
5	33	
6	19	

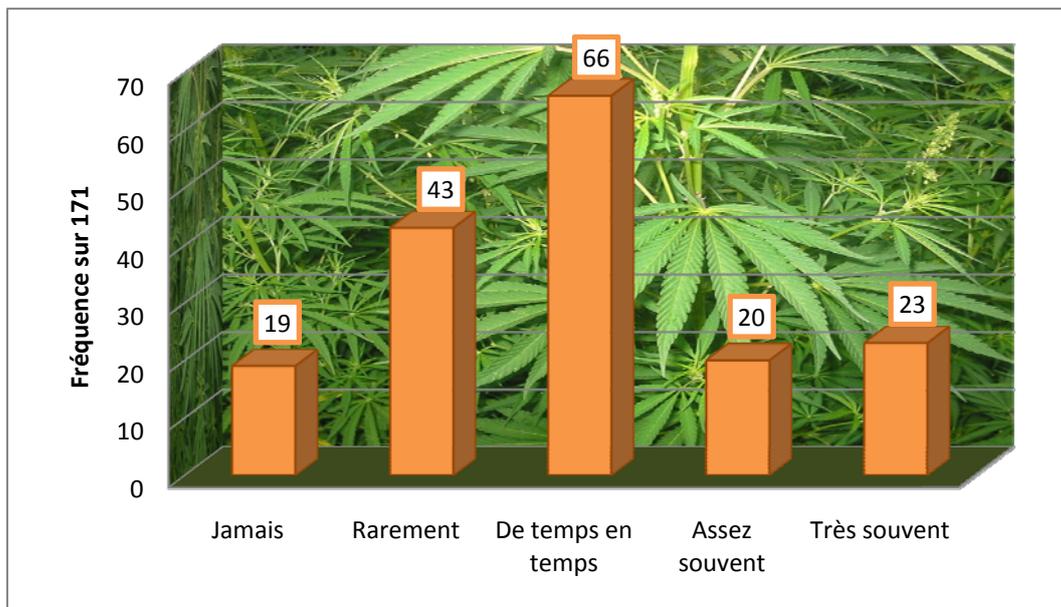
Figure n°3 : Résultats du score du CAST en fréquence sur les 2072 questionnaires valides



Parmi les 171 usagers présentant un mésusage (CAST>2), une lecture plus précise du profil de réponse trouvait les résultats suivants :

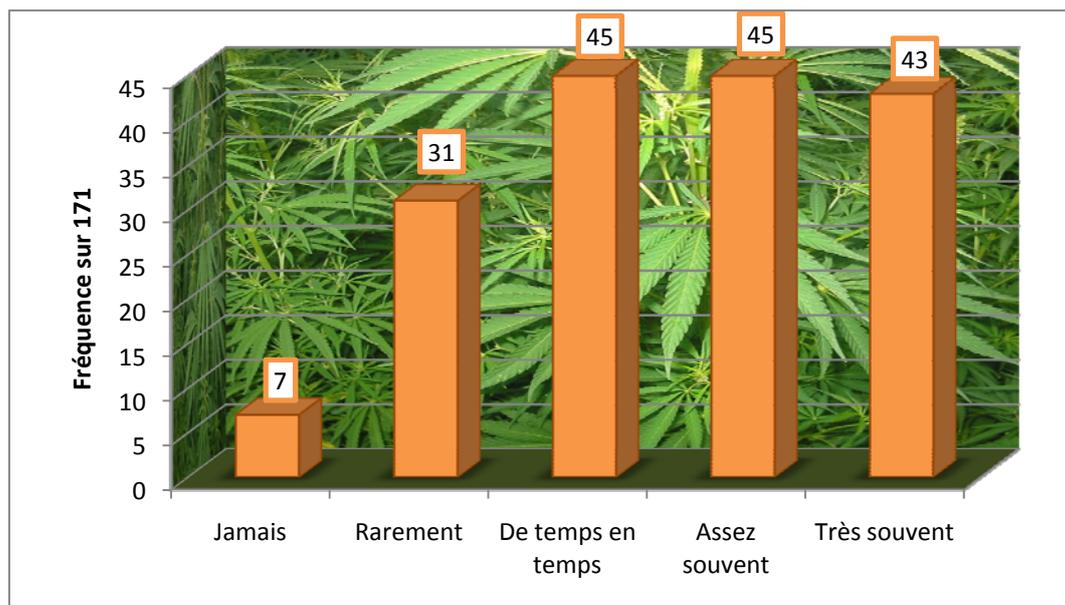
- À la question « Avez-vous déjà consommé du cannabis avant midi ? » = CAST 1

Figure n°4 : Fréquence des réponses des usagers problématiques pour la première question du CAST



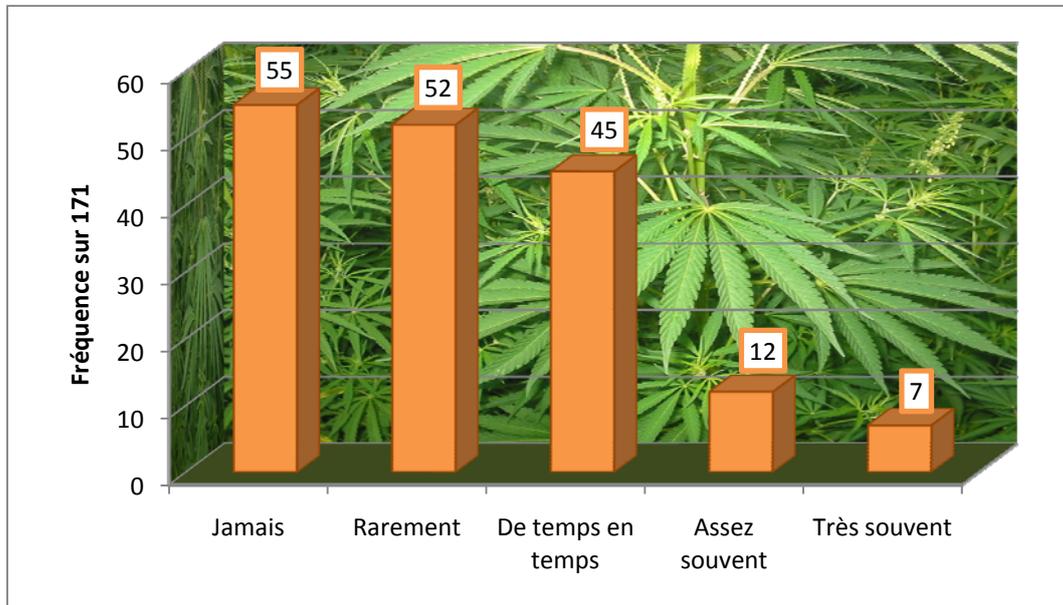
- À la question « Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul ? » = CAST 2

Figure n°5 : Fréquence des réponses des usagers problématiques pour la deuxième question du CAST



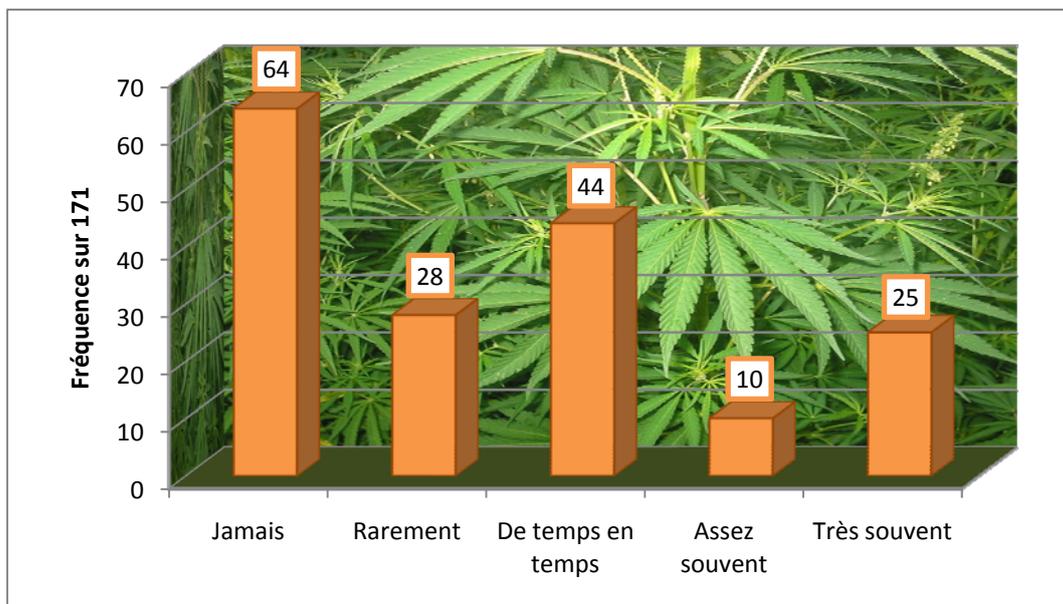
- À la question « Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire lorsque vous fumiez du cannabis ? » = CAST 3

Figure n°6 : Fréquence des réponses des usagers problématiques pour la troisième question du CAST



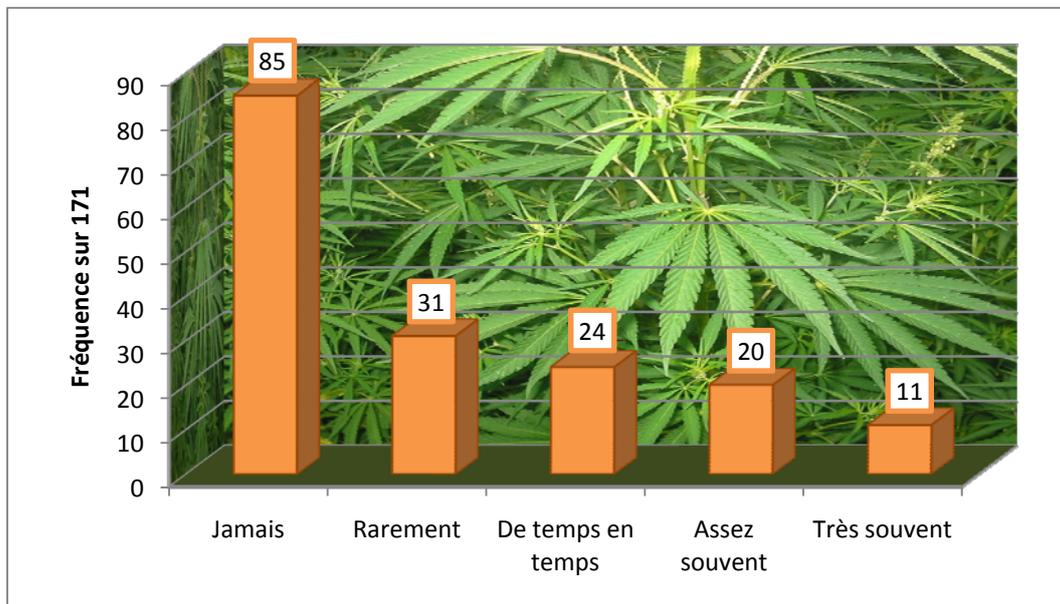
- À la question « Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ? » = CAST 4

Figure n°7 : Fréquence des réponses des usagers problématiques pour la quatrième question du CAST



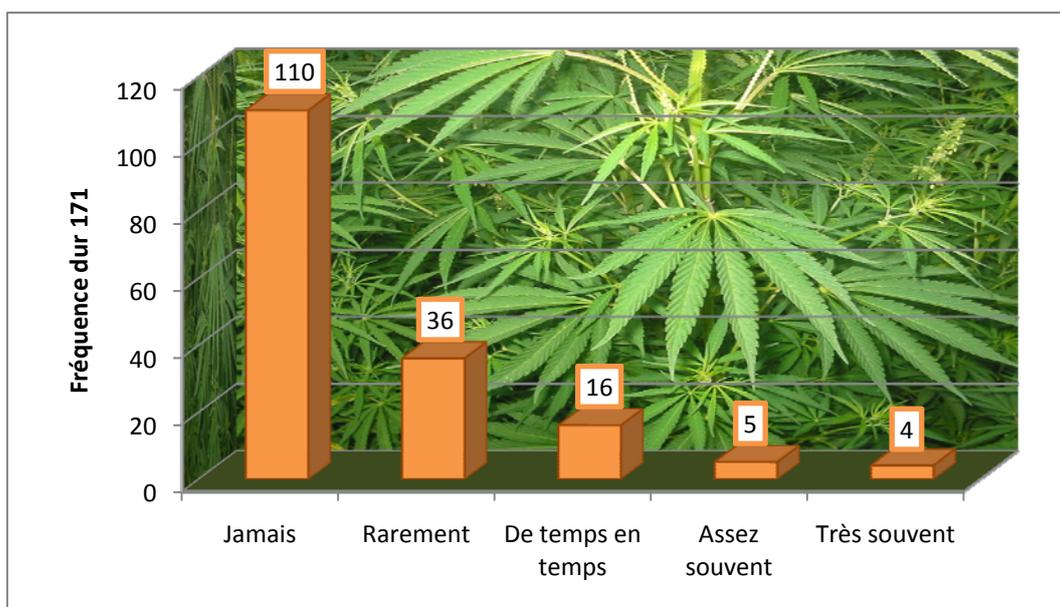
- À la question « Avez-vous déjà essayé de réduire ou arrêter votre consommation de cannabis sans y arriver ? » = CAST 5

Figure n°8 : Fréquence des réponses des usagers problématiques pour la cinquième question du CAST



- À la question « Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis ? » = CAST 6

Figure n°9 : Fréquence des réponses des usagers problématiques pour la sixième question du CAST



En résumé, avec le profil de réponse en mode « OUI-NON » qui a permis de déterminer si un usager avait un mésusage ou non, nous obtenons le graphique suivant :

Figure n°10 : Fréquence des réponses des usagers problématiques au questionnaire CAST

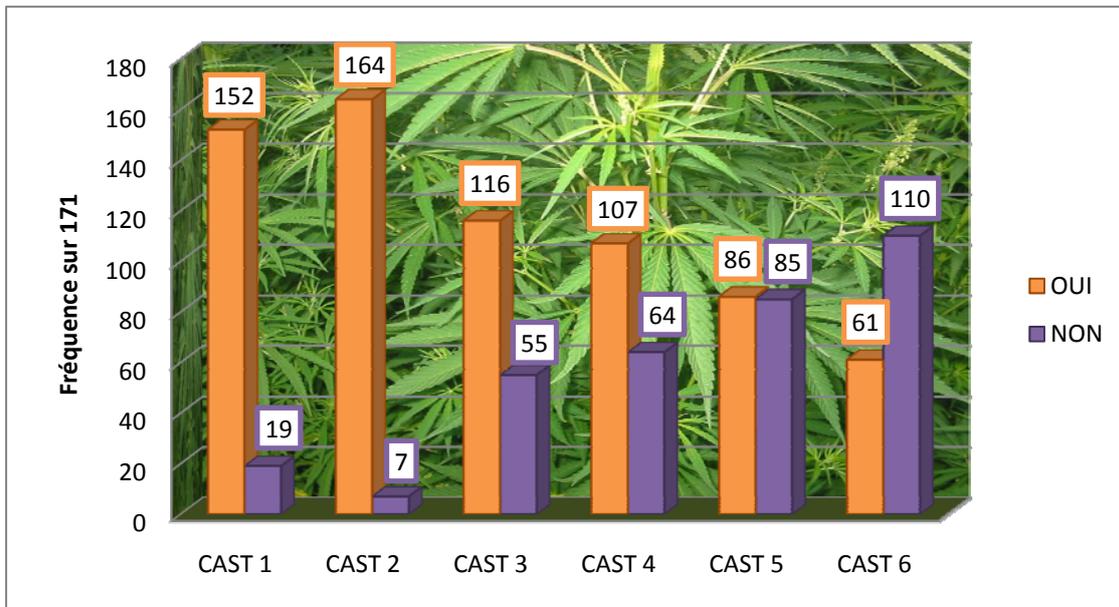


Tableau n°9 : Pourcentage des réponses chez les usagers problématiques pour chaque item du CAST

	Pourcentage parmi les usagers problématiques
CAST 1	88,89%
CAST 2	95,91%
CAST 3	67,84%
CAST 4	62,57%
CAST 5	50,29%
CAST 6	35,67%

### 3.3. Profil de réponses à la deuxième partie du questionnaire sur les mésusages

La deuxième partie du questionnaire concernait les troubles des conduites associées au mésusage de cannabis (le détail se trouve en annexe n°17).

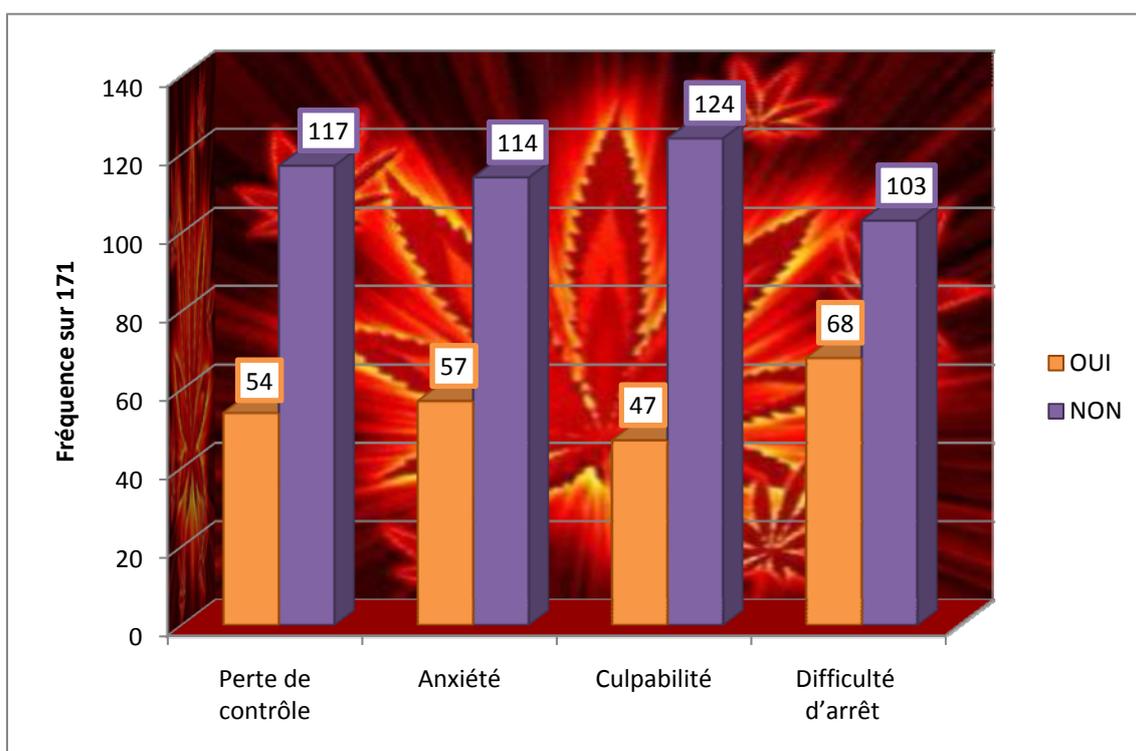
À la question « Avez-vous déjà pensé que votre consommation de cannabis échappait à votre contrôle ? », 54 personnes avaient répondu positivement, soit 31,58%.

À la question « Est-ce que la perspective de manquer de cannabis vous a rendu anxieux ou inquiet ? », 57 personnes avaient répondu positivement, soit 33,33%.

À la question « Combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir consommé du cannabis ? », 47 personnes avaient répondu positivement soit 27,48%.

À la question « À quel point trouveriez-vous difficile d'arrêter de fumer du cannabis ? », 68 personnes avaient répondu positivement soit 39,77%. Plus en détail, 60,23% trouvaient l'arrêt facile, 26,90% assez difficile, 8,19% très difficile et 4,68% impossible.

Figure n°11 : Fréquence des troubles des conduites associées chez les usagers problématiques de cannabis

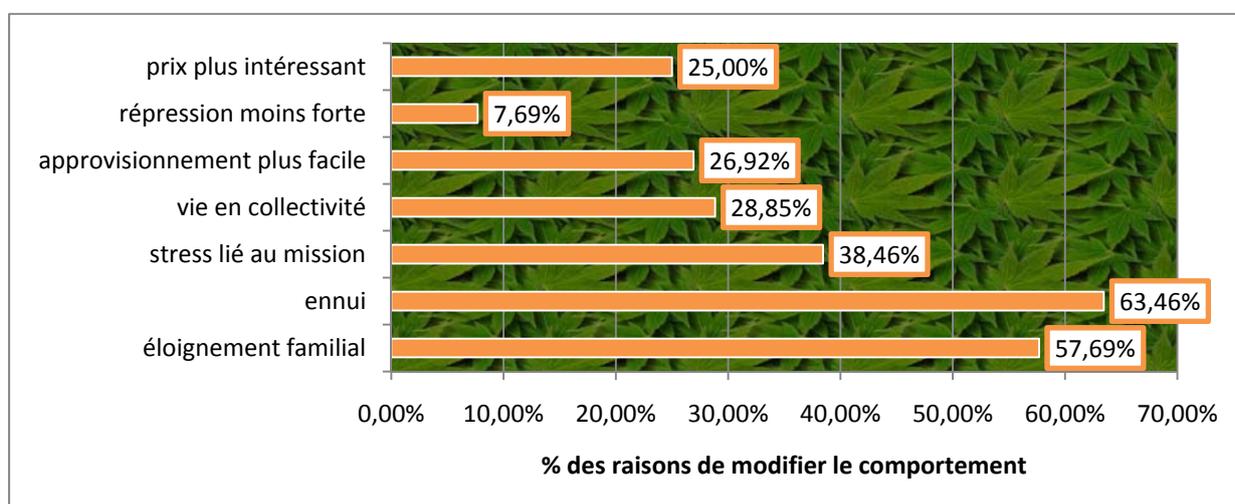


### 3.4. Profil de réponses pour les consommations sur le terrain

Sur le terrain, en opérations extérieures ou en France lors des manœuvres, 88 personnels avouaient augmenter leur consommation. Parmi eux, 52 personnels présentaient un mésusage (annexe n°18), 43 (25,15% des usagers problématiques) modifiaient leur consommation lors des missions intérieures et 28 (16,36% des usagers problématiques) lors des opérations extérieures.

Parmi ces 52 personnels, voici les raisons données parmi les sept proposées (plusieurs réponses possibles) :

Figure n°12 : Pourcentage pour chaque item des raisons de la modification des comportements sur le terrain  
(La somme des pourcentages peut dépasser 100 car plusieurs réponses étaient possibles)



### 3.5. Consommation d'autres substances psychoactives (hors cannabis et alcool)

L'étude avait mis en évidence 82 consommateurs de substances psychoactives (hors cannabis et alcool) dont 48 parmi les consommateurs présentant un mésusage de cannabis (annexe n°19). Parmi ces 48 consommateurs, 33 (19,28%) consommaient plus d'une drogue en plus du mésusage de cannabis.

Figure n°13 : Pourcentage du nombre de substances psychoactives consommées (hors cannabis et alcool) chez les usagers problématiques de cannabis.

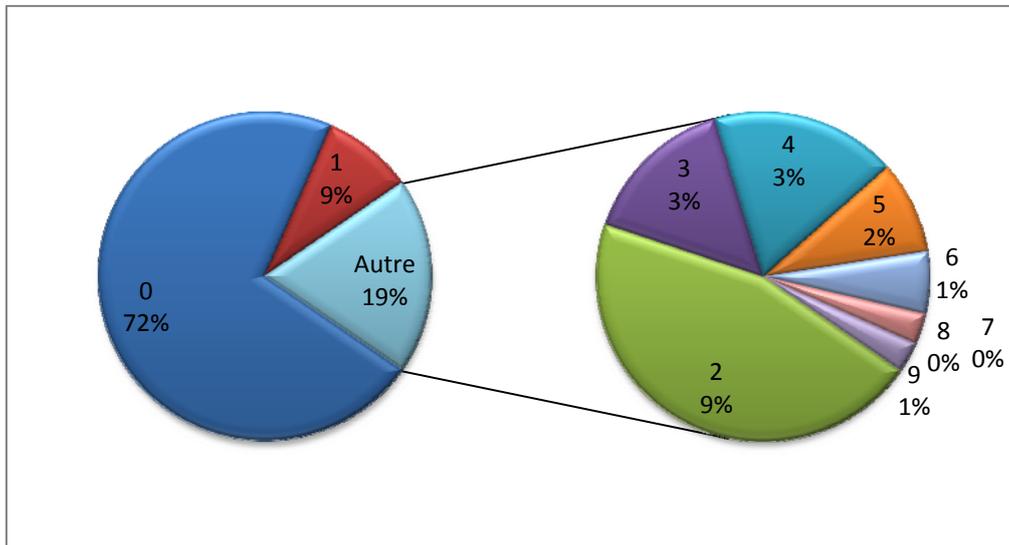
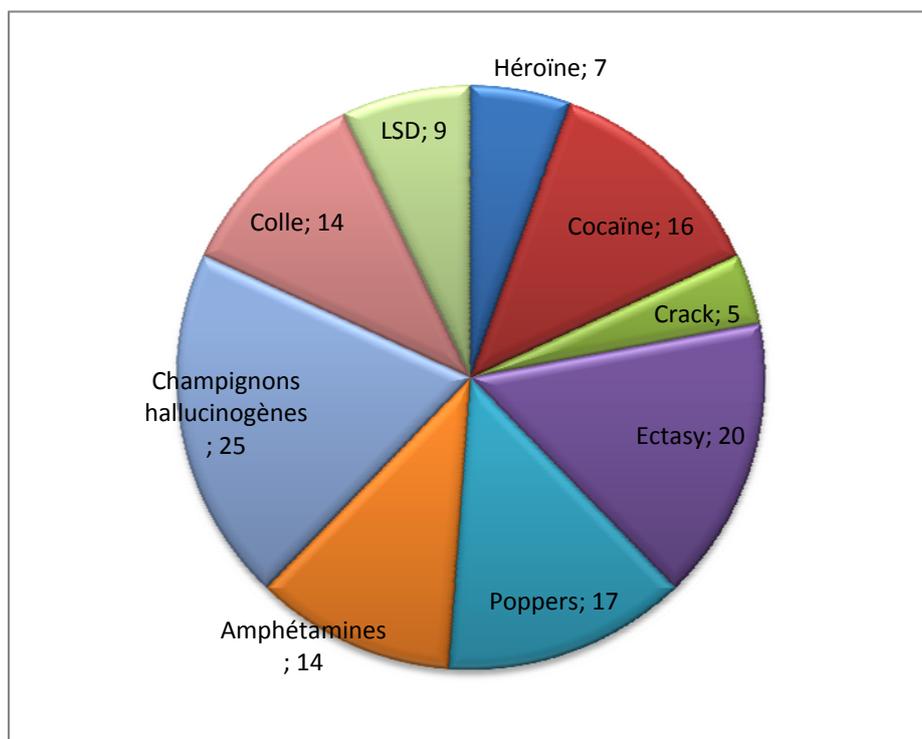


Figure n°14 : Fréquence de la consommation d'autres substances psychoactives chez les usagers problématiques de cannabis (plusieurs réponses possibles).



# IV – DISCUSSION

## 1. VALIDATION DU QUESTIONNAIRE

Parmi les 29 Centres Médicaux d'Unité de l'Armée de Terre Région Nord-Est (liste en annexe n°7), 5961 VSA ont été réalisées pendant la période étudiée (1<sup>er</sup> juin 2008 au 31 août 2008).

2205 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 à 50 questionnaires retournés par centre (maximale à 251, minimale à 5 et moyenne à 73,66). Seuls trois centres avaient renvoyé moins de 15 questionnaires.

Les EVAT sont particulièrement surreprésentés ( $p < 0,01$ ) par rapport à ce qui a été constaté sur l'ensemble des VSA passées dans les Centres Médicaux d'Unité. Il en ressort que la diffusion des questionnaires s'est moins bien réalisée au sein des sous-officiers et des officiers. De tels effets avaient déjà été mis en évidence dans les différentes études réalisées au sein des Armées [1], [2]. Nous nous retrouvons donc face à un biais de sélection.

Tableau n°10 : Comparaison de la population étudiée par rapport à la population ayant passé sa VSA :

Catégorie	Ensemble des VSA		Questionnaire de l'étude	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
Officiers	578	9,70%	123	5,68%
Sous officiers	2183	36,62%	570	26,30%
EVAT	3200	53,68%	1474	68,02%
Total	5961	100%	2167	100%
Non renseignés	/	/	38	

Chiffres fournis par la DRSSA Nord Est pour la période du 01 juin 2008 au 01 septembre 2008

Toutefois, les médecins d'unités nous ont relatés quelques difficultés dans les modalités de passage du questionnaire. En effet, le remplissage du questionnaire se faisait le plus souvent dans une salle d'attente plus ou moins bondée, ce qui a certainement posé quelques soucis vis-à-vis de la perception de l'anonymat par le répondeur.

Le questionnaire semble cependant avoir été plutôt bien accepté au vu du taux de non réponse assez faible de 6%.

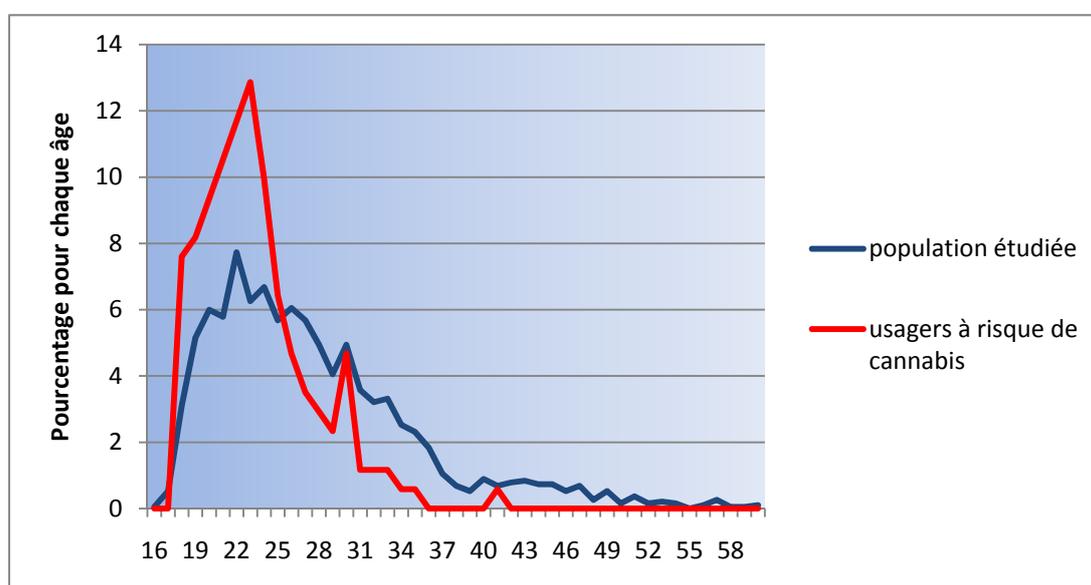
Pour la validation interne du CAST, le test de Cronbach est mesuré à 0,86 pour cette étude. Aucune amélioration n'est observée lorsque nous retirons l'un des items. Il est habituellement estimé qu'un coefficient supérieur ou égal à 0,80 correspond à une bonne cohérence du questionnaire. Par comparaison, ce même indice était de 0,83 pour l'étude de la Marine [2] et de 0,80 pour l'étude de l'Armée de Terre [1]. Il était de 0,81 dans l'étude visant à valider ce même questionnaire en population générale par rapport au POSIT [54]. Les réponses au questionnaire CAST sont donc cohérentes entre elles, ce qui tend à prouver que les réponses ne sont pas biaisées et que le questionnaire sur le cannabis passe bien, même dans l'armée.

## 2. LES DONNÉES SOCIOBIOGRAPHIQUES

Pour déterminer un profil sociobiographique des usagers problématiques de cannabis, nous comparons les réponses à la première partie du questionnaire avec la valeur moyenne du CAST pour chaque catégorie de données. Le test utilisé est celui de Kruskal-Wallis ( $p < 10^{-6}$ ).

Nous observons que la population consommatrice est plutôt jeune. Le score du CAST diminue fortement avec l'âge avec un coefficient de corrélation de  $-0,23$ . Ceci tend à confirmer les données retrouvées en population générale [12].

Figure n°15 : comparaison entre l'âge de la population étudiée et l'âge des usagers problématiques



Il s'agit plutôt de personnes de sexe masculin avec un score moyen de CAST de 0,50 pour les hommes contre 0,30 pour les femmes. Les usagers problématiques sont plus fréquemment célibataires (0,59 contre 0,36) et sans enfant (coefficient de corrélation à  $-0,13$ ).

Plus le niveau d'étude est bas, plus le score moyen du CAST est élevé. Il est de 0,75 pour le niveau brevet, 0,58 pour le niveau CAP/BEP, 0,32 pour le niveau baccalauréat et de 0,29 pour ceux qui ont fait des études supérieures.

La moyenne du score est également plus élevée chez les EVAT (0,60) que chez les sous-officiers (0,21) et les officiers (0,14). Dans ce cadre, il ne faut pas oublier que la catégorie des EVAT est particulièrement surreprésentée par rapport aux deux autres.

### 3. ANALYSE DU MÉSUSAGE

#### 3.1. Analyse des réponses au questionnaire CAST

Dans un souci de clarté, nous avons encodé le questionnaire CAST en mode OUI/NON pour déterminer la population des usagers problématiques.

##### *- Score du CAST*

372 CAST sont revenus avec un score au moins égal à 1. Parmi eux, 171 militaires répondeurs, soit 8,2% de l'ensemble de la population sont des usagers problématiques (CAST>2).

Par comparaison, l'étude de la Marine en 2005 [2] retrouvait sur 1504 sujets une consommation de cannabis dans le dernier mois à 12,7 %, avec une prévalence de l'usage occasionnel à 8,8% et celle de l'usage régulier à 3,9%. Un score de CAST supérieur à 2 était retrouvé chez près de 40% des consommateurs occasionnels et 70% des consommateurs réguliers. Cette étude retrouve approximativement 6% de consommateurs présentant un mésusage.

De son côté, dans l'étude de l'Armée de Terre sur 990 sujets [1], la consommation de cannabis dans le dernier mois s'élevait à 20,7 %, avec une prévalence de l'usage occasionnel estimée à 12,4 % et celle de l'usage régulier à 8,2 %. Concernant les résultats du CAST, il était supérieur à 2 chez plus de 54% des usagers récents et 68% des usagers réguliers. Le mésusage (CAST>2) était de 5,9%.

Ce chiffre était de 9,2% pour l'étude de Gheorgiev sur un échantillon de 509 patients militaires des HIA (hôpitaux d'instruction des Armées) en 2007 [53].

##### *- Analyse par items*

C'est pour les deux premières questions, qui font référence à la consommation de cannabis, qu'il y a le plus de réponses positives, respectivement 88,89% pour la première question et 95,91% pour la deuxième question parmi les consommateurs présentant un mésusage (versus

12,26% et 13,95% pour l'échantillon), soit plus de 10% de l'échantillon étudié. Ces deux premières questions sont également les plus corrélées entre elles par l'indice de Cronbach. Pour les questions suivantes, qui font référence aux problèmes de mémoire et aux conséquences psychosociales de la consommation de cannabis, nous retrouvons des réponses positives dans 67,84% pour la troisième question et 35,67% pour la quatrième question parmi les consommateurs présentant un mésusage (versus 6,85 et 3,28% sur l'échantillon). La dernière question est la moins bien corrélée aux autres. Cette prépondérance de réponses positives aux deux premières questions est retrouvée dans toutes les études précédentes [1], [2]. Par exemple, dans son étude, Gheorgiev retrouvait 31% et 29,5% soit près d'un tiers de l'échantillon étudié pour les deux premières questions et de 10 à 16,1% pour les suivantes [53].

### **- Critique**

Deux critiques peuvent être émises sur le sujet des réponses au questionnaire CAST malgré son indice de Cronbach élevé.

La première critique concerne les 31 questionnaires positifs pour le mésusage qui étaient incomplets, ce qui représente 1,5% de la population. Ces questionnaires, inexploitable par essence, font monter la proportion de consommateurs présentant un mésusage à 9,1% si nous les prenons en compte.

La deuxième critique pose un doute sur la sincérité des réponses concernant la consommation de cannabis, en raison de la décision médico-militaire qui pourrait en résulter (restriction d'aptitude plus ou moins sévère) ce malgré la règle de l'anonymat clairement exposée. Dans l'étude effectuée au sein de l'Armée de Terre [1], un dépistage urinaire était associé à l'autoquestionnaire : parmi les 713 sujets qui ont déclaré n'avoir pas consommé de cannabis au cours des 30 derniers jours, ils dénombraient 13 sujets (soit 1,8%) ayant un test urinaire positif au cannabis. Et celle de la Marine [2] retrouvait une consommation de cannabis dans le dernier mois s'élevant à 12,7 % avec 14,3 % des tests urinaires revenus positifs pour le cannabis. Dans cette dernière étude, une bonne concordance entre consommation déclarée et mesurée (coefficient de concordance de 95 %, coefficient Kappa évalué à 0,68) était admise. Il ne nous a pas semblé utile, dans ces circonstances, de réaliser à notre tour un test urinaire chez tous les personnels questionnés, test qui aurait eu un coût pour un apport faible d'informations dans le cadre d'un questionnaire anonyme. De surcroît, il a été prouvé à maintes reprises, y compris au sein de

l'Armée, que ces tests n'étaient pas fiables et nécessitaient l'emploi d'une technique de confirmation en cas de dépistage positif [55].

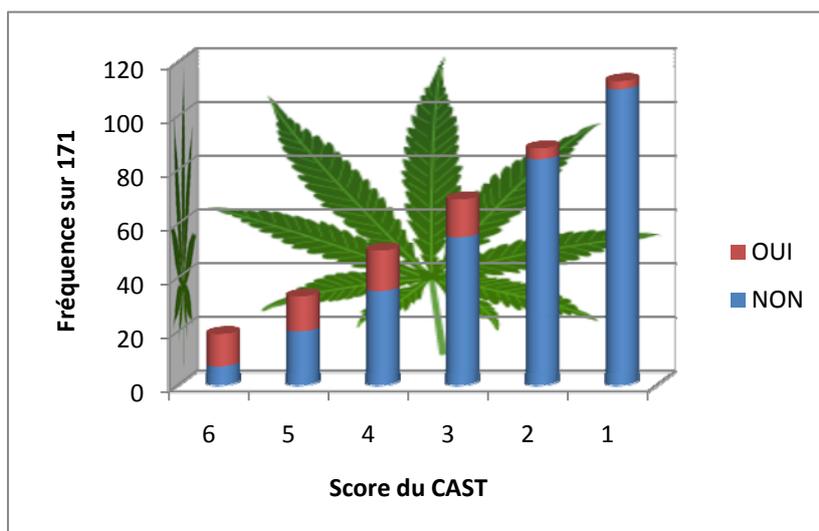
En conclusion, puisque nos chiffres sont comparables à ceux trouvés dans les précédentes études, nous pouvons les prendre en compte et continuer l'analyse de cette étude pour aborder la question des troubles des conduites associées.

### 3.2. Conséquences de l'usage problématique de cannabis sur les troubles associés ?

*- À la question « Avez-vous déjà pensé que votre consommation de cannabis échappait à votre contrôle ? »*

31,58% des usagers problématiques jugent perdre le contrôle sur leur consommation de cannabis, soit près d'un tiers de cette population. Si nous observons une corrélation entre le score du CAST et la perte de contrôle, il apparaît que plus le score est élevé, plus la personne ressent une perte de la gestion de sa consommation de cannabis, la proportion atteignant 63% pour un score à 6 (19 personnes concernées).

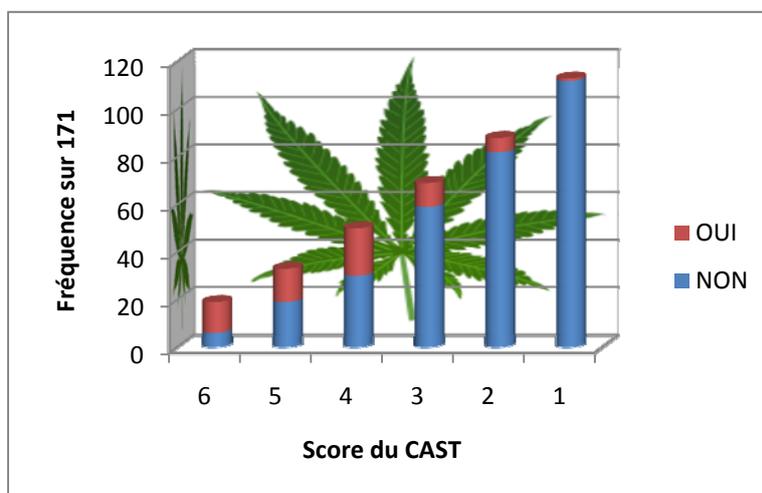
Figure n°16 : Perte de contrôle ressentie par l'usager problématique en fonction du score du CAST



- À la question « Est-ce que la perspective de manquer de cannabis vous a rendu anxieux ou inquiet ? »

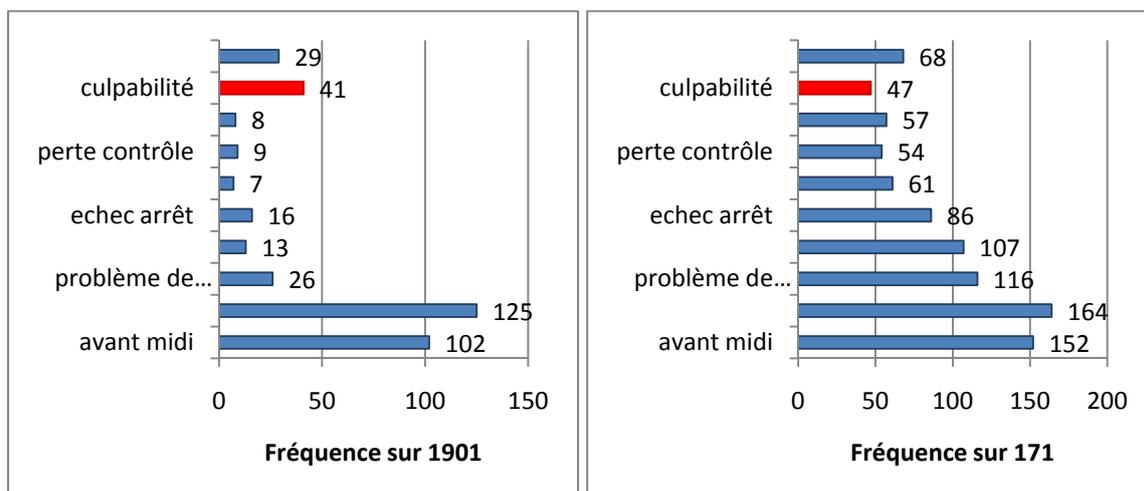
33,33% des usagers problématiques de cannabis éprouvent la crainte de manquer de cannabis et plus de 10% en ressentent fréquemment de l'anxiété. À nouveau pour cette question, il y a une corrélation entre le score du CAST élevé et la sensation d'anxiété face au manque. Ainsi, 13 des 19 personnes ayant un CAST à 6 répondent positivement à cette question.

Figure n°17 : Anxiété face au manque ressentie par l'usager problématique en fonction du score du CAST



- À la question « Combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir fumé du cannabis ? »

Figure n°18 : Comparaison de la fréquence des réponses dans la population étudiée par rapport à la population usagère problématique



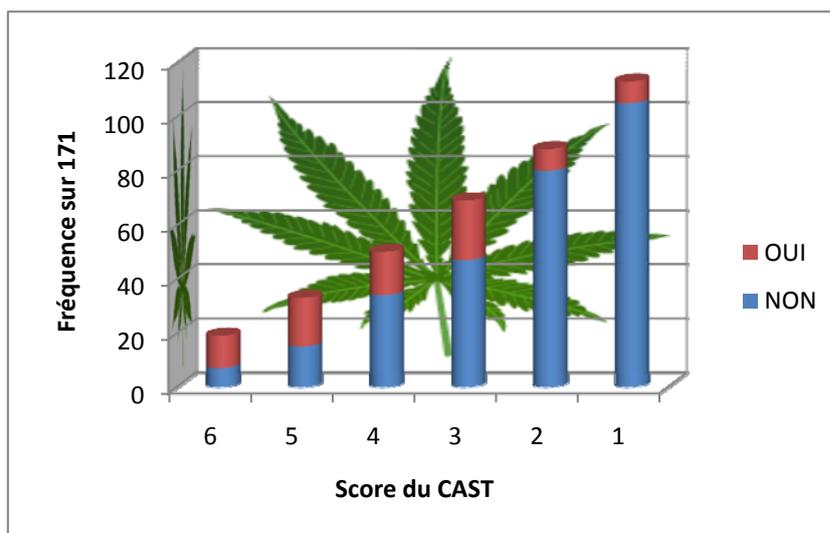
18,71% des consommateurs présentant un mésusage répondent quelques fois, 7,60% souvent et 1,17% (2 personnes) souvent. La culpabilité ne représente que 27,5% des consommateurs problématiques. En revanche, sur l'ensemble de la population étudiée, qui ne présente pas de mésusage, la culpabilité obtient le plus haut pourcentage (même s'il reste modeste) 2,16% (soit 41 sujets). Il apparaît que les usagers problématiques de cannabis ne considèrent pas leur consommation comme un problème. Comme montré dans la figure comparative ci-dessus, tous les items voient leur fréquence augmenter exceptée celle de la culpabilité (les deux premières questions du CAST sont connues quant à elle pour faire cet effet).

***- Aux questions en rapport avec l'arrêt de la consommation :***

50,29% soit 86 usagers problématiques avouent un échec lors d'une (ou plusieurs) tentative(s) d'arrêt de la consommation de cannabis.

Seuls 39,77% soit 68 usagers problématiques disent ressentir des difficultés s'ils devaient envisager l'arrêt de cette consommation. Cependant, le sentiment de difficulté à stopper une consommation est plus important en proportion quand le score du CAST augmente. Cela laisse supposer la prise de conscience d'une certaine dépendance.

*Figure n°19 : Difficultés ressenties à arrêter une consommation de cannabis chez les usagers problématiques en fonction du score du CAST*



## 4. LES MODIFICATIONS DE CONSOMMATION LORS DES MISSIONS

### 4.1. Que nous montrent les précédentes études sur les missions ?

Dans son article de 2004 sur les conduites addictives chez les engagés volontaires hors métropole, Mancini [19] démontrait une hausse de la consommation de substances psychoactives (tabac, alcool, cannabis, amphétamines, cocaïne, ...) plus fréquente chez les sujets présentant des signes de dépendance lors des séjours outre-mer. Le séjour outre-mer était associé à une augmentation de la consommation de tabac chez 43,9% des engagés, d'alcool chez 21,8% et des substances psychotropes illicites chez 1,3%. Les raisons de cette augmentation de consommation n'étaient pas étudiées, tout comme leur caractère transitoire ou non.

Il n'existe pas d'autres études sur les modifications de consommation de substances psychoactives illicites lors des missions qu'elles soient sur le territoire français ou sur les théâtres d'opération extérieure.

En revanche, quelques études consacrées aux vétérans du Vietnam ont été menées dans le cadre de la comorbidité entre ESPT (état de stress post traumatique) et substances psychoactives. Dans leur article Fidelle et al [56] développent quelques unes de ces études. La conclusion en est que l'ESPT est souvent antérieur à la dépendance à une substance psychoactive. Néanmoins, l'ESPT aggrave cette consommation plus qu'il ne l'initie. En fait, le sujet en proie à l'angoisse majeure de la répétition du traumatisme va chercher un moyen de calmer cette angoisse. Il aura naturellement recours à toute substance déjà expérimentée avant l'événement traumatique et dont il sait qu'elle lui apportera, au moins momentanément, un apaisement. Mais ce qui n'était pas de l'ordre de la dépendance avant le Trauma, le devient par la suite comme complication directe de l'ESPT. Quant au mésusage de substances illicites, il faciliterait la survenue d'ESPT en raison d'une prise de risque plus importante (jusqu'à 5,06 fois plus de risque de se retrouver dans une situation potentiellement traumatisante).

De ces études, nous pouvons conclure que la consommation de substances illicites est augmentée en mission. Or les troubles attentionnels et comportementaux dus à la prise de

substances psychoactives, telles le cannabis, hallucinogène reconnu, ne peuvent que nuire à la sécurité de tous et au bon déroulement de la mission. Les conséquences peuvent en être délétères. Cet état de fait pose de nombreux problèmes tant vis-à-vis de la réalisation de la mission que du coût engendré. En effet, le patient sera rapatrié sanitaire vers la France en cas d'intoxication dépistée, de psychose aiguë, d'état de stress aigu entre autres.

#### **4.2. Que retrouve notre étude sur cette modification de consommation ?**

Dans notre étude, il existe peu de modifications de consommation avouées lors des missions (4,25% de l'ensemble de la population) ce qui reste plus important que pour l'étude de 2004 (1,3% toutes substances illicites confondues) [19].

Toutefois, un pourcentage non négligeable (30,41%) d'utilisateurs problématiques modifie sa consommation en mission. Les modifications se font davantage en opération intérieure (sur le territoire français) qu'en opération extérieure.

Les principales causes évoquées par ceux qui modifient leur consommation de cannabis sont l'ennui à 53,41% et l'éloignement familial à 48,86%. Les autres pourcentages sont beaucoup moins élevés (de 36,36 à 5,68%).

Si nous comparons les réponses à la moyenne du score de CAST avec le test de Kruskal-Wallis, nous obtenons une différence significative (une prédominance chez les utilisateurs problématiques) pour les raisons suivantes :

- l'ennui est le plus souvent évoqué chez ceux qui ont un score moyen de CAST plus élevé ( $p=0,008$ ),
- un approvisionnement plus facile ( $p=0,013$ ),
- le prix différent de la métropole, plus bas ( $p=0,012$ ),
- la différence n'est pas significative pour les autres raisons proposées.

### **4.3. Ce que nous pouvons en conclure sur les raisons qui font augmenter la consommation en mission**

Il n'y a pas de chiffres antérieurs pour comparer ces résultats, ni pour les affirmer. Étant donné qu'ils concernent une petite part de la population étudiée (88 personnels soit 4,25%), rien ne prouve réellement l'association trouvée. En observant les résultats retrouvés aux items d'étiologie et en réalisant quelques recherches sur les facteurs de risque des troubles psychiques en opération [57], nous pouvons tout de même conclure.

#### ***- Sur l'éloignement familial et la vie en collectivité***

En mission, qu'elle soit en métropole ou sur les théâtres d'opérations extérieures, les conditions de vie sont particulières [57]. Le militaire quel que soit son grade doit faire face à une plus grande promiscuité, un manque d'intimité. Les repères affectifs tout comme sociaux sont bouleversés. Dans le cadre des missions extérieures, les conditions climatiques sont parfois rudes et rapidement variables dans le temps. L'ensemble de ces points peuvent confiner à des attitudes volontiers régressives, des prises de risque inconsidérées (au combat, dans le cadre de la sexualité, dans la consommation de substances illicites, ...).

Dans notre questionnaire, l'éloignement familial qui est une donnée constante dans toutes les missions (à de très rares exceptions près) obtient un pourcentage élevé. En revanche, la vie en collectivité, et par conséquent une certaine promiscuité, n'apparaît pas être une cause principale, même si elle relativement fréquemment retrouvée (36%). Elle ne semble pas ressentie comme une cause d'augmentation de la consommation.

#### ***- Sur l'ennui***

L'ennui est souvent évoqué en mission. Il est inhérent à l'attente qui fait partie du métier. Cet item est celui qui se détache le plus dans cette étude tant par son pourcentage le plus élevé que par son rattachement envisageable au score de CAST.

Ce pourcentage peut s'expliquer par le caractère particulier de certaines missions.

Nous retrouvons une augmentation des consommations plus fréquentes pour les missions intérieures que pour les missions extérieures. Pour apporter un élément d'explication sur ce fait,

nous pouvons décrire le plan « Vigipirate », mission intérieure la plus fréquente depuis 2001. Le militaire est réquisitionné sur une période de trois semaines pour réaliser des rondes de huit heures dans les hauts lieux des grandes villes. Lorsqu'il rentre au casernement le soir, il se retrouve dans un lieu impersonnel et collectif après avoir passé une journée à réaliser un travail peu valorisant, monotone et exténuant. Il aura donc probablement tendance à rechercher l'évasion. Devant la disponibilité hélas réelle du cannabis dans les grandes villes, il pourra être amené à consommer alors même que le lendemain, il reprend ses rondes avec son arme.

Les missions extérieures sont plus variées et possèdent chacune leurs défauts et leurs qualités. Ainsi, les missions d'interposition ou de maintien de la paix se sont beaucoup développées ces dernières décennies. Les caractéristiques d'environnement de telles situations sont, à des degrés divers, particulières. Les troupes se retrouvent dans une ambiance hostile mais sans conflit ouvert avec des impératifs opérationnels qui sont plus défensifs qu'offensifs. Elles sont le plus souvent placées en situation d'attente sur une position statique (un camp statique). Les périodes d'inactivité propices aux dérives sont fréquentes et le sentiment d'ennui (d'inutilité) est exacerbé par l'absence d'échéance définie pour la mission et la rareté de l'information [4].

Depuis 2001, un nouveau type de mission est apparu. Il s'agit des missions à caractère anti-terroriste. Ces dernières sont des missions à la frontière entre la situation de conflit déclaré et la situation d'attente inquiète.

#### **- Sur le stress**

Dans ce nouveau type de mission qui n'existait plus depuis 1962, la question de la mort intervient souvent. Il peut s'agir de la mort que le militaire peut recevoir dans cette dimension sacrificielle pour la patrie qui caractérise son engagement, même si le sujet en a une conscience parfois relative. Mais il ne faut pas oublier la mort qu'il peut être amené à donner dans les conditions d'exercice de son métier. Par ailleurs, il peut, dans certaines circonstances opérationnelles, s'agir de la mort particulièrement atroce lors de la découverte de charniers ou de visions de guerre effroyables, surtout lorsqu'elles concernent la population civile et plus particulièrement les enfants [57].

Du côté des missions intérieures, la mort n'épargne pas les militaires, en particuliers les gendarmes et les sapeurs pompiers. Elle apparaît sous forme de mort violente par suicide ou par accidents de la voie publique.

Le militaire peut donc être confronté à des événements traumatiques tout au long de sa carrière et plus particulièrement lors des missions, ce qui pose dans notre cas un double problème. D'une part, il a été prouvé que le mésusage de substances psychoactives faciliterait la survenue d'ESPT. D'autre part, nos militaires avouent augmenter leur consommation de cannabis en mission pour 31% d'entre eux du fait du stress. Il est vrai que ce chiffre n'a pas été considéré comme élevé par rapport aux autres raisons données mais nous ne pouvons pas nier la fréquence de cette étiologie.

***- Sur l'approvisionnement et le coût***

L'approvisionnement facilité tout comme le moindre coût sont essentiellement corrélés à la mission. Ces chiffres ressortent peu dans notre étude.

***- Sur la répression***

La répression est la raison la moins fréquemment associée. Elle semble être toujours présente que ce soit au régiment, lors des missions intérieures ou sur les théâtres d'opérations extérieures. Trois personnes avaient même écrit sur leur questionnaire que la répression était plutôt plus importante lors des missions et pouvait être un frein à leur consommation.

En conclusion, une nouvelle étude plus approfondie serait nécessaire pour conclure de manière définitive mais nous ne pouvons pas nier la prépondérance des réponses aux deux premiers items. Les usagers problématiques consomment probablement plus lorsqu'ils sont en mission surtout du fait de l'ennui.

## 5. L'UTILISATION ASSOCIÉE D'AUTRES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES (HORS CANNABIS ET ALCOOL)

La consommation d'autres substances psychoactives (hors alcool et cannabis) reste l'exception dans la population étudiée (1,79%).

En revanche, cette polyconsommation est significativement plus importante chez ceux qui ont aussi un mésusage de cannabis (28,07% des usagers problématiques).

L'héroïne et le crack restent marginaux avec une proportion de 4,09% (7) et 2,92% (5) parmi les consommateurs problématiques. Pour les autres substances psychoactives (cocaïne, poppers, amphétamines et colles), les proportions se situent aux alentours de 8 à 9%. L'ecstasy atteint 11,70% (20) et les champignons hallucinogènes 14,62% (25) des usagers problématiques.

Plus le score de CAST augmente, plus il y a consommation d'autres drogues (coefficient de corrélation du Rho de Spearman à 0,4). Il existe une relation entre degré de mésusage de cannabis et consommation d'autres substances psychoactives. Plus un sujet consomme du cannabis, plus il est candidat à une polyconsommation (substances prises en alternance par effet de glissement de l'une à l'autre, ou simultanément, le plus souvent à effet de potentialisation des substances entre elles), marquant ici les effets délétères de toute addiction.

## 6. QUELS ENSEIGNEMENTS NOUS APPORTE CETTE ÉTUDE ?

Tout en ne se sentant pas coupables d'une consommation, certains militaires usagers de cannabis ressentent tout de même des problèmes (légaux, sociaux, professionnels, psychiques, ...) qui peuvent les amener à demander de l'aide. Dans le contexte d'une décision médico-militaire, il peut leur apparaître difficile de réaliser cette demande auprès du médecin d'unité. Cependant, c'est ce dernier qui est le plus à même de les comprendre et de les gérer au long cours. Il peut organiser un soutien supplémentaire lors des missions pour ceux qui ressentent le besoin de modifier leur consommation. C'est lui qui sera le plus souvent présent pour réaliser un renforcement positif.

L'objectif de la prévention est principalement l'information. Le médecin doit savoir simplifier son discours, l'adapter aux différents groupes rencontrés. Il est nécessaire de diffuser l'information à un milieu homogène.

Le but en est de réduire le nombre des nouveaux consommateurs mais aussi de repérer et d'inviter les consommateurs actuels à un suivi. En ce sens, nous rejoignons totalement les objectifs édictés par la MILDT :

- Diminuer le nombre de nouveaux consommateurs.
- Soigner et sevrer les consommateurs dépendants.
- Réduire les conséquences graves des substances psychoactives tant que l'arrêt n'est pas acquis.

Les outils utilisables sont :

- le conseil simple,
- le rappel simple de la loi,
- l'action sur la sécurité : véhicules, port d'arme, ...,
- la modification des images véhiculées, surtout parmi la population jeune,
- l'entretien motivationnel, et
- les tests de dépistages (questionnaires, tests urinaires, ...)

Actuellement, la prévention se résume à un cours d'une heure fait aux EVAT lors de leur incorporation. Elle est faite dans d'assez mauvaises conditions, noyée au milieu de nombreuses

autres informations d'ordre médical alors même que les auditeurs sont souvent épuisés par une formation intensive et un manque de sommeil. La plupart somnolent pendant le cours. Dans tous les cas, ils ne sont pas dans de bonnes conditions pour entendre, pour écouter ce que le médecin leur dit.

Est-ce parce que le médecin ne sait pas organiser cette information ? Est-ce parce que le Commandement n'offre pas d'autre opportunité ? Est-ce parce que le jeune EVAT a d'autres choses « plus importantes » à apprendre ? La réponse ne peut pas être donnée ici.

L'aboutissement de tout cela est qu'en 2010 le dépistage ne se fait que de manière répressive à travers les dépistages urinaires. Ces dépistages sont organisés soit par le Commandement, soit par le médecin d'unité.

Dans le cadre du dépistage réalisé par le médecin d'unité, une aptitude en découle. Il est de la responsabilité du médecin d'évaluer l'importance de la consommation et d'informer l'utilisateur des risques pour sa santé, des possibilités d'aide à l'arrêt, et de proposer un nouveau contrôle trois mois plus tard pour revoir l'aptitude. En cas d'échec, le médecin d'unité a l'opportunité d'orienter le contrevenant vers un psychiatre militaire pour une prise en charge de l'addiction avant tout et une décision d'aptitude le cas échéant. Dans ces cas là, le Commandement ne sera en aucun cas mis au courant de la consommation de substance(s).

Si c'est le Commandement qui réalise le dépistage, en cas de positivité, une punition sera demandée. Le Commandement se doit d'orienter le militaire vers le Centre Médical d'Unité afin que les aides nécessaires à l'arrêt de la consommation soient mises en place.

# V – CONCLUSION

Notre étude retrouve un taux de mésusage de 8,25% principalement parmi les jeunes hommes, militaire du rang, célibataires et sans enfant.

Le profil dépeint dans cette thèse à propos des consommateurs présentant un mésusage de cannabis montre des personnels jeunes et célibataires car la plupart arrêtent d'eux-mêmes leur consommation dans certaines situations (mariage, âge>35ans, enfants). Le problème est que depuis 2000, le type de contrat passé avec les militaires est un contrat court. Il est donc important de ne pas attendre « que ça leur passe ». Il s'agit plus fréquemment d'EVAT au contrat court dont la motivation à rester dans l'armée peut être un point important d'accroche pour un début de sevrage. Dans le cas où ils désirent quitter l'institution, il est utile d'évoquer la question de la reconversion, les emplois civils n'étant pas davantage compatibles avec la consommation de cannabis. Quel que soit le niveau scolaire, il est nécessaire d'adapter le discours à leur compréhension et de rester pragmatique. Il ne sert à rien de les culpabiliser sur leur consommation car la culpabilité est plutôt l'apanage du consommateur occasionnel. En revanche, les problèmes légaux, professionnels, sociaux mais aussi les troubles cognitifs (troubles de la mémoire) semblent être autant de points d'appels intéressants pour notre population. Nous pouvons tenter de leur faire prendre conscience de ce qu'ils manquent en allant chercher leur cannabis (véritable « autosabotage » par effet de centration exclusive sur la substance), ainsi que de leurs troubles de mémoire, des problèmes qu'ils ont déjà eus, de ceux qu'ils risquent d'avoir mais aussi de la perte de contrôle qu'ils ont sur eux même.

Parmi ces usagers, certaines conduites sont modifiées. Le type de consommation semble plutôt solitaire, débutant avant midi. Les usagers problématiques ressentent une perte de contrôle à 32%. La perspective de manquer de cannabis provoque une anxiété chez 33%. Ils éprouvent des difficultés d'arrêt de la consommation pour 40%.

Une proportion non négligeable augmente sa consommation 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%). La prévention ne s'arrête donc pas aux portes du régiment. Ces résultats nous permettent d'envisager une politique de prévention plus ciblée sur ce type de conduites de consommation dans le contexte opérationnel militaire actuel.

Il est nécessaire de ne pas oublier les autres consommations de substances psychoactives. La polyconsommation est présente chez 28% des mésusagers. Le médecin ira facilement chercher la consommation d'alcool mais cette thèse montre bien que d'autres substances psychoactives

sont en train de se banaliser, en particulier dans la population des usagers problématiques de cannabis.

En conclusion, il semble important de renforcer l'enseignement de l'addictologie auprès des médecins d'unités (création d'un DIU au sein de l'École du Val de Grâce) mais aussi d'enseigner aux médecins d'unité la façon d'informer les militaires (il est simple de dire, « je vais simplifier mon discours », il est beaucoup plus ardu de le faire !)

Nous pourrions proposer une sorte de memento qui pourrait prendre cette forme (annexe n°20), à chacun ensuite de s'approprier cette fiche et de la modifier en fonction du contexte :

### INTERVENTION COLLECTIVE :

#### J'INFORME :

Quelques diapositives courtes et simples

Objectif : Réduire le nombre de nouveaux consommateurs.

- Attention aux images véhiculées, surtout parmi la population jeune.
- Dangers pour la santé :
  - o Risque accru d'AVP, d'ESPT, ...,
  - o Mise en danger de soi, du groupe et de la mission.
- D'où, action sur la sécurité : véhicules, port d'armes, ...
- Quelques informations sur la durée d'action d'un joint de cannabis.
- Rappel de la loi :
  - o Les substances psychoactives illicites sont interdites,
  - o La loi sur la conduite automobile et l'alcool et/ou le cannabis.

**INTERVENTION INDIVIDUELLE :****JE DÉPISTE** parce que :

- Le patient apparaît suspect.
- Aptitude à un emploi particulier.
- Le patient évoque le sujet.

**J'ÉVALUE**

CAST

*Au cours des 12 derniers mois*

	OUI	NON
• Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumiez du cannabis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Avez-vous déjà essayé de réduire ou arrêter votre consommation de cannabis sans y arriver ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**JE RECHERCHE :**

- Des troubles psychiatriques (ESPT, Trauma, dépression, trouble de l'adaptation, ...),
- Perte de contrôle,
- Peur de manquer de cannabis,
- Difficulté à arrêter le cannabis,
- Perception de la dangerosité,
- Stress,

- Consommation en missions intérieures ou en opération extérieure,
- Raison de la consommation,
- D'autres substances psychoactives *Au cours des 30 derniers jours, avez-vous pris ?*

	NON	OCCASIONNEL (0 à 9 fois)	REGULIER (10 fois et plus)
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Héroïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poppers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amphétamines, speed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Champignons hallucinogènes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Produits à inhaler, sniffer (colle, solvants)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L.S.D. (acides, buvard)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Etc ...

Avec ces données, j'informe et je vois si je suis dans la capacité d'aider ou si l'avis d'un psychiatre militaire est nécessaire.

# ANNEXES

## ANNEXE n°1

### INDEX des termes et abréviations

#### employés dans le document :

- \* **AUDIT** : questionnaire de dépendance à l'alcool.
- \* **AVC** : accident vasculaire cérébral.
- \* **Baromètre santé** : dispositif d'observation des usages de substances psychoactives en population adulte.
- \* **BPCO** : bronchopneumopathie chronique obstructive.
- \* **Carrière** : militaire engagés jusqu'à la retraite (en moyenne pour 25 ans).
- \* **CAST** : Cannabis abuse screening test.
- \* **CSO** : Centre de Sélection et d'Orientation.
- \* **DCSSA** : Direction Centrale du Service de Santé des Armées.
- \* **DETA** : questionnaire de dépendance à l'alcool.
- \* **DRSSA** : Direction Régionale du Service de Santé des Armées.
- \* **DSM-IV** : Diagnostic and Statistical Manual - Revision 4 ; outil de classification qui représente le résultat actuel des efforts poursuivis depuis une trentaine d'années aux États-Unis pour définir de plus en plus précisément les troubles mentaux.
- \* **ESCAPAD** : enquête statistique nationale organisée auprès des adolescents âgés en moyenne de 17 ans par l'OFDT et la Direction du Service National qui se concentre sur la santé, les usages de substances psychoactives (licites et illicites) ainsi que sur les modes de vie de cette partie de la population.
- \* **ESPT** : État de stress post traumatique.
- \* **EVAT** : Engagés volontaires de l'Armée de Terre ; *synonyme* : militaire du rang
- \* **GHB** : acide gamma hydro butyrique ou drogue du violeur
- \* **HIA** : Hôpital d'instruction des Armées.
- \* **JAPD** : Journée d'Appel Pour la Défense.
- \* **MILDT** : Mission interministérielle de la lutte contre les drogues et les toxicomanies.

- \* **OFDT**: Observatoire français des drogues et des toxicomanies.
- \* **OMS**: Organisation Mondiale pour la Santé.
- \* **Opération extérieure (Opex)**: mission réalisée par le militaire en dehors du territoire français pour une durée de 2 à 6 mois.
- \* **Opération intérieure (Opint)**: mission réalisée par un militaire sur le territoire français.
- \* **OTAN**: Organisation du traité de l'Atlantique Nord
- \* **POSIT**: Problem oriented screening instrument for teenagers ; autre questionnaire de dépistage de la consommation de cannabis.
- \* **Profil de santé de DUKE**: Indicateur qui fournit un profil de santé permettant la mesure de la qualité de vie en rapport avec la santé. Il se présente sous la forme d'un questionnaire auto-administré de 17 questions auxquelles le sujet est invité à répondre. Les réponses sont regroupées sous 10 dimensions : physique, mentale, sociale, générale, santé perçue, estime de soi, anxiété, dépression, douleur, incapacité. Pour chaque sujet est obtenu un score compris entre 0 et 100 pour chaque dimension. Ce pourcentage correspond au degré de santé que perçoit le sujet dans le domaine de chacune des dimensions.
- \* **RCIU**: retard de croissance intra-utéro.
- \* **Sous contrat**: militaire engagé pour 5 ans, renouvelable jusqu'à 11. Il s'agit de la forme d'engagement la plus fréquente depuis la professionnalisation des armées en particulier chez les EVAT.
- \* **SYGICOP**: sigle des aptitudes.
- \* **THC**: tétrahydrocannabinol ; substance contenue dans le cannabis qui a une action psychotrope entre autre.
- \* **UE**: Union Européenne.
- \* **VSA**: visite systématique annuelle.

ANNEXE n°2

Illustration du *Cannabis sativa* publiée par Franz Eugen Koehler dans  
*Koehlers Medizinal-Pflanzen in naturgetreuen Abbildungen und kurz  
erläuterndem Texte*, Gera, Allemagne, 1883-1914



## ANNEXE n°3

### Les différentes formes de cannabis - *Images de la gendarmerie nationale*



HERBE



RÉSINE



HUILE

## ANNEXE n°4

### Rappels du DSM-IV concernant l'abus et la dépendance [7]

#### CRITÈRES DE LA DÉPENDANCE SELON DSM-IV

La dépendance est un mode d'utilisation inapproprié d'une substance, entraînant une détresse ou un dysfonctionnement cliniquement significatif, comme en témoignent **trois (ou plus)** des manifestations suivantes, survenant à n'importe quel moment **sur la même période de douze mois** :

1. tolérance, définie par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :

- besoin de quantités nettement majorées de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré ;
- effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance.

2. comme en témoigne l'une ou l'autre des manifestations suivantes :

- syndrome de sevrage caractéristique de la substance ;
- la même substance (ou une substance apparentée) est prise dans le but de soulager ou d'éviter les symptômes de sevrage.

3. substance souvent prise en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que ce que la personne avait envisagé

4. désir persistant ou efforts infructueux pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance ;

5. temps considérable passé à faire le nécessaire pour se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets ;

6. d'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison de l'utilisation de la substance ;

7. poursuite de l'utilisation de la substance malgré la connaissance de l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par la substance.

#### **Préciser :**

Avec dépendance physique : signes de tolérance ou de sevrage (item 1 ou 2 présents) ;

Sans dépendance physique : pas de signes de tolérance ou de sevrage (item 1 ou 2 absents).

## CRITÈRES DE L'ABUS DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES SELON DSM-IV

A – Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisée par **la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois.**

1. Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison (par exemple, absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de la substance, absences, exclusions temporaires ou définitives de l'école, négligence des enfants ou des tâches ménagères).
2. Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (par exemple, lors de la conduite d'une voiture ou en faisant fonctionner une machine alors qu'on est sous l'influence d'une substance).
3. Problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance (par exemple, arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation de la substance).
4. Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (par exemple disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication, bagarres).

B – Les symptômes n'ont jamais atteint, pour cette classe de substance, les critères de la dépendance à une substance.

## ANNEXE n°5

### INSTRUCTION N° 5549/DEF/CAB

#### **relative aux dépistages de la toxicomanie et de la consommation excessive d'alcool applicables aux militaires.**

*Du 19 avril 2007*

N O R D E F D 0 7 5 0 7 4 9 J

---

#### *Références :*

Loi n° 2005-270 du 24 mars 2005 (JO n° 72 du 26 mars 2005, texte n° 1 ; BOC, 2005, p.2534. ; BOEM 300.1) modifiée

Décret n° 81-60 du 16 janvier 1981 (BOC, p. 358 et son erratum du 27 novembre 1984 (BOC, p. 6792). ; BOEM 111.2.4.1, 620-1.1, 726.2.1) modifié

Décret n° 91-685 du 14 juillet 1991 (BOC, p. 2545. ; BOEM 110.3.1.3, 620-0.1.1)

Décret n° 2004-534 du 14 juin 2004 (JO du 15 juin 2004, p. 10624 ; BOC, 2004, p. 3729. ; BOEM 621-2.2.1) modifié

Décret n° 2005-796 du 15 juillet 2005 (JO n° 165 du 17 juillet 2005, texte n° 9 ; BOC, 2005, p. 4738. ; BOEM 144.1, 300.6.1.1)

Avis du Conseil d'Etat n° 373.397 du 26 octobre 2006 (n.i. BO)

*Classement dans l'édition méthodique :* BOEM 300.6.1.3.1, 620-0.3.3, 620-1.5.

*Référence de publication :* BOC N°16 du 6 juillet 2007, texte 3.

---

#### Préambule

La consommation abusive de boissons alcoolisées ou l'usage, même occasionnel, de substances ou plantes classées comme stupéfiants altèrent les facultés mentales et physiques et nuisent à la bonne exécution du service ainsi qu'à la sécurité du personnel.

Un tel comportement ne peut être admis pour les militaires, appelés à évoluer dans un environnement potentiellement hostile où la maîtrise de soi et la capacité permanente d'évaluation du danger sont indispensables.

Les sujétions particulières de la fonction militaire(1) interdisent aux forces armées de recruter ou de conserver dans leurs rangs un personnel dont le comportement irait à l'encontre des règles de la discipline générale militaire et de l'aptitude à exercer le métier des armes.

Ces sujétions permettent de soumettre l'ensemble des militaires(2), en tout temps et en tout lieu, au dépistage des consommations de stupéfiants et de médicaments détournés de leur usage ainsi que des abus d'alcool.

Ce dépistage peut être réalisé dans deux cadres distincts :

- le dépistage effectué par l'autorité militaire, susceptible d'entraîner des sanctions disciplinaires;
- le dépistage effectué par le service de santé des armées, susceptible d'entraîner une inaptitude médicale.

La présente instruction ne traite pas des éventuelles prises en charge thérapeutiques auxquelles ces consommations et ces abus peuvent donner lieu, que ce soit en urgence ou sur le long terme.

## 1. LE DÉPISTAGE PAR L'AUTORITÉ MILITAIRE

### 1.1. Le rôle du commandement

Le commandement détient, en matière de lutte contre la consommation de stupéfiants ou de médicaments détournés de leur usage et la consommation excessive d'alcool, un rôle à la fois préventif et répressif.

Il doit en permanence informer et sensibiliser le personnel dont il a la responsabilité sur les dangers encourus en ce domaine. Il mettra en oeuvre, autant que de besoin, les procédures disciplinaires appropriées.

La constatation de l'ivresse, qu'elle soit due à l'alcool ou à un produit stupéfiant, relève de l'appréciation du commandement. Elle peut être sanctionnée pour violation des règles de la discipline générale militaire, sans qu'il soit nécessaire d'en obtenir confirmation médicale.

## 1.2. Lutte contre les conduites toxicophiles

Le dépistage par l'autorité militaire est ordonné sur la constatation d'un comportement anormal, tel que l'ivresse manifeste. Il est réalisé au moyen des tests de dépistage mis à sa disposition. Aucun militaire relevant de l'autorité technique du service de santé des armées ne doit y participer.

L'autorité militaire est autorisée à contrôler l'imprégnation alcoolique ou l'emprise de substances psychoactives et à en tirer les conséquences disciplinaires appropriées. Les substances qui peuvent donner lieu à un tel dépistage sont les substances mentionnées à l'article L. 3421-1 du code de la santé publique et notamment le cannabis, les opiacés, les amphétamines et leurs dérivés, la cocaïne et ses dérivés, l'acide lysergique diéthylamide (LSD) et l'acide gamma hydroxybutyrique (GHB ou gamma-OH).

Se soustraire aux tests de dépistage est passible de sanction disciplinaire(3).

Même en l'absence de dépistage, les militaires suspectés par leur comportement ou à la suite de la survenue d'un événement anormal d'être sous l'emprise de l'alcool ou de substance psychoactive doivent être provisoirement écartés de leurs fonctions et faire l'objet de mesures conservatoires adaptées.

Aucune infraction à la législation sur les stupéfiants n'est admise au sein du ministère de la défense. Pour mener des actions de contrôle en matière de détention de drogue, le commandement s'attache le concours de la gendarmerie nationale ou de toute autorité compétente dans ce domaine. Des poursuites judiciaires seront, s'il y a lieu, menées.

## 2. LE DÉPISTAGE PAR LE SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES

### 2.1. Le rôle du service de santé des armées

Le service de santé des armées est responsable de l'évaluation de l'aptitude médicale. A ce titre, il peut pratiquer des dépistages de la consommation excessive d'alcool et de la toxicomanie.

Les dépistages sont effectués par un médecin des armées ou sous son contrôle. Les résultats sont couverts par le secret professionnel et ne peuvent être communiqués à l'autorité militaire que sous la forme d'une appréciation en termes d'aptitude ou d'inaptitude.

Leurs résultats ne peuvent, par eux-mêmes, entraîner une décision d'inaptitude et doivent être individuellement appréciés par un médecin des armées.

Ces dépistages doivent faire l'objet d'une information préalable rappelant en particulier l'incompatibilité des conduites addictives à l'alcool ou aux stupéfiants avec la fonction militaire. Un document attestant de l'information reçue à ce sujet sera signé par tout candidat à l'engagement.

Les substances qui peuvent donner lieu à un dépistage en raison de leurs conséquences sur l'aptitude à servir des militaires sont celles citées au paragraphe 1.2.

### 2.2. Les différents modes de dépistage

#### 2.2.1. *Le dépistage systématique*

Ce dépistage est effectué :

- à l'occasion de l'une des visites médicales pratiquées avant l'engagement définitif ou la signature du contrat ;
- lors des visites d'aptitude périodiques des militaires occupant certains emplois.

Les candidats au recrutement sont informés, au moins un mois avant sa mise en oeuvre, de l'existence de ce dépistage.

Les emplois et les fonctions faisant l'objet d'un dépistage systématique de la toxicomanie sont mentionnés dans les textes relatifs aux critères d'aptitude.

### ***2.2.2. Le dépistage ciblé***

Le dépistage ciblé touche, à la demande du commandant de la formation administrative, les militaires temporairement affectés à des fonctions nécessitant une surveillance renforcée ou dont le prochain emploi comporte la réalisation d'un dépistage systématique.

Il vise également tout militaire dont le comportement général suscite un doute sérieux quant à sa capacité à occuper son poste en raison d'un possible usage de drogue ou d'alcool. Il est alors pratiqué à l'initiative du médecin-chef de la formation administrative. Il peut faire suite à une demande de vérification de l'aptitude par le commandant de cette formation, notamment en cas de dépistage positif par l'autorité militaire.

### ***2.2.3. Le dépistage aléatoire***

Essentiellement dissuasif, son rôle est de rappeler que l'usage de stupéfiants est, par nature, en contradiction avec une aptitude à servir en qualité de militaire.

Demandé au directeur régional du service de santé des armées par l'autorité militaire dont relève le commandant de la formation concernée, ce dépistage aléatoire est réalisé par le service médical de la formation administrative.

L'aptitude des militaires dont le dépistage s'est révélé positif est appréciée par un médecin des armées. Le résultat global est anonyme. Il est communiqué au commandant de la formation administrative ainsi qu'à l'autorité militaire à l'initiative du dépistage.

## **2.3. Les conséquences du dépistage médical**

Il revient aux médecins des armées d'évaluer le niveau de gravité d'une consommation excessive d'alcool ou de l'usage de stupéfiants, puis d'émettre un avis sur une éventuelle inaptitude.

Une consommation d'alcool ou de drogue détectée au recrutement peut entraîner l'ajournement du candidat à l'engagement ou le renouvellement de la période probatoire. Dans ce dernier cas, un second dépistage est pratiqué avant l'engagement définitif.

Au cours de la carrière ou du contrat, le résultat d'un dépistage peut entraîner une inaptitude à l'emploi ou au service, notamment en cas de conduite addictive.

Les médecins des armées sont fondés à prononcer l'inaptitude temporaire de tout militaire qui refuserait le dépistage d'une consommation de produits stupéfiants ou d'alcool.

### 3. DISPOSITION FINALE

Les modalités d'application de la présente instruction seront fixées par les états-majors, directions et services.

*Le ministre de la défense,*

Michèle ALLIOT-MARIE

---

(1) "Nul ne peut être militaire (...) s'il ne présente les aptitudes exigées pour l'exercice de la fonction" (article 20 du statut général des militaires).

(2) Avis du Conseil d'Etat n° 373.397 du 26 novembre 2006 relatif au dépistage de la toxicomanie au sein des armées.

(3) CE, Ass, 17 Fev 95, M.Hardouin, Req. n° 107.766.

## ANNEXE n°6

### Rappels de la loi

#### CODE DU TRAVAIL

- le Code du travail article L-230-3 : « [...] conformément aux instructions donnés par l'employeur [...], il incombe à chaque salarié de prendre soin, en fonction de sa formation et selon ses possibilités, de sa sécurité et de sa santé ainsi que de celle des autres personnes concernées du fait de ses actes ou omissions au travail »

#### CODE DE DÉONTOLOGIE MÉDICALE

- article 95 Code de déontologie médicale : « [...] il [le médecin] doit toujours agir en priorité dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité au sein des entreprises ou des collectives où il exerce »

#### CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

- Article L5132-7 : « Les plantes, substances ou préparations vénéneuses sont classées comme stupéfiants ou comme psychotropes ou sont inscrites sur les listes I et II par arrêté du ministre chargé de la santé pris sur proposition du directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. »

- Article L3421-1 Modifié par Loi n°2007-297 du 5 mars 2007 – art. 48 JORF 7 mars 2007 : « L'usage illicite de l'une des substances ou plantes classées comme stupéfiants est puni d'un an d'emprisonnement et de 3750 euros d'amende.

Les personnes coupables de ce délit encourent également, à titre de peine complémentaire, l'obligation d'accomplir un stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants, selon les modalités fixées à l'article 131-35-1 du code pénal.

Si l'infraction est commise dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions par une personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public, ou par le personnel d'une entreprise de transport terrestre, maritime ou aérien, de marchandises ou de voyageurs exerçant des fonctions mettant en cause la sécurité du transport dont la liste est fixée par décret en Conseil d'Etat, les peines sont portées à cinq ans d'emprisonnement et à 75 000 euros d'amende. Pour l'application du présent alinéa, sont assimilés au personnel d'une entreprise de transport les travailleurs mis à la disposition de l'entreprise de transport par une entreprise extérieure. »

## CODE PÉNAL

- Article 222-37 Modifié par Ordonnance n°2000-916 du 19 septembre 2000 – art. 3 (V) JORFR 22 septembre 2000 en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2002 : « Le transport, la détention, l'offre, la cession, l'acquisition ou l'emploi illicites de stupéfiants sont punis de dix ans d'emprisonnement et de 7500000 euros d'amende

Est puni des mêmes peines le fait de faciliter, par quelque moyen que ce soit, l'usage illicite de stupéfiants, de se faire délivrer des stupéfiants au moyen d'ordonnances fictives ou de complaisance, ou de délivrer des stupéfiants sur la présentation de telles ordonnances en connaissant leur caractère fictif ou complaisant.

Les deux premiers alinéas de l'article 132-23 relatif à la période de sûreté sont applicables aux infractions prévues par le présent article.»

- Article 222-39 Modifié par Loi n°2007-297 du 5 mars 2007 – art. 48 JORF 7 mars 2007 : «La cession ou l'offre illicites de stupéfiants à une personne en vue de sa consommation personnelle sont punies de cinq ans d'emprisonnement et de 75000 euros d'amende.

La peine d'emprisonnement est portée à dix ans lorsque les stupéfiants sont offerts ou cédés, dans les conditions définies à l'alinéa précédent, à des mineurs ou dans des établissements d'enseignement ou d'éducation ou dans les locaux de l'administration, ainsi que, lors des entrées ou sorties des élèves ou du public ou dans un temps très voisin de celles-ci, aux abords de ces établissements ou locaux.

Les deux premiers alinéas de l'article 132-23 relatif à la période de sûreté sont applicables à l'infraction prévue par l'alinéa précédent.

- Article 222-41 : « Constituent des stupéfiants au sens des dispositions de la présente section les substances ou plantes classées comme stupéfiants en application de l'article L. 5132-7 du code de la santé publique »

## ANNEXE n°7

### Liste des 29 centres médicaux d'unité de la Région Terre Nord Est

#### et le nombre de VSA réalisées en leur sein

Centre médical d'unité de :	Ville
3e RG	Charleville Mézière
501-503 RC	Mourmelon
40e RA	Suippes
61e RA	Chaumont
6e RMat	Besançon
54e RT	Haguenau
44e RT	Mutzig
1er RG	Illkirch
152e RI	Colmar
BCS BFA	Mullheim
110e RI	Donaueschingen
3e RH	Immendingen
16e BC	Saarburg / Allemagne
2e RG	Metz
1er RMed	Metz
4e GEH	Montigny les Metz
40e RT	Thionville
1er RHC	Phalsbourg
1er RI	Sarrebourg
13e RDP	Dieuze
1er RTir	Epinal
53e RT	Luneville
516e RTRN	Toul
8e RA	Commercy
1er-2e RC	Thierville sur Meuse
3e RHC	Etain
511e RTRN	Auxonne
Lycée militaire (cadres uniquement)	Autun
SEA (service des essences des armées)	

Nombre total de VSA réalisées sur la période étudiée :

<b>Nombre de VSA</b>	<b>5961</b>	<b>100%</b>
<b>Officiers</b>	578	9,70%
<b>Sous officiers</b>	2183	36,62%
<b>EVAT</b>	3200	53,68%

*Chiffres collectés auprès la DRSSA pour la période du 01 juin 2008 au 01 septembre 2008.*

# ANNEXE n°8

## Questionnaire

QUESTIONNAIRE ANONYME ET CONFIDENTIEL

### QUESTIONNAIRE D'AUTO-ÉVALUATION DE LA CONSOMMATION DE CANNABIS

Âge :            |\_|\_| ans

Sexe :            Masculin       Féminin

**Vie familiale :**

- En couple .....
- Seul .....
- Avez-vous des enfants ? ..... oui       non
- Si oui, combien : |\_|\_|

**Niveau d'étude :**

- Brevet ou fin d'études 1<sup>er</sup> cycle du secondaire .....
- CAP ou BEP .....
- Bac ou fin d'études 2<sup>ème</sup> cycle du secondaire .....
- Études supérieures .....

**Situation militaire :**

- Année de l'engagement :            |\_|\_|\_|
- Catégorie :
  - o EVAT .....
  - o Sous-officier .....
  - o Officier .....
- Statut militaire :
  - o Sous contrat .....
  - o Carrière .....



QUESTIONNAIRE ANONYME ET CONFIDENTIEL

**Au cours des 12 derniers mois :**

	jamais	rarement	de temps en temps	assez souvent	très souvent
Avez-vous déjà fumé du cannabis <b>avant midi</b> ?	<input type="checkbox"/>				
Avez-vous déjà fumé du cannabis <b>lorsque vous étiez seul</b> ?	<input type="checkbox"/>				
Avez-vous déjà eu <b>des problèmes de mémoire</b> quand vous fumiez du cannabis ?	<input type="checkbox"/>				
<b>Des amis ou des membres de votre famille</b> vous ont-ils déjà dit que vous devriez <b>réduire</b> votre consommation de cannabis ?	<input type="checkbox"/>				
Avez-vous déjà essayé de réduire ou arrêter votre consommation de cannabis <b>sans y arriver</b> ?	<input type="checkbox"/>				
Avez-vous déjà eu des <b>problèmes à cause de votre consommation de cannabis</b> ?	<input type="checkbox"/>				

**Au cours des 30 derniers jours, avez-vous pris ?**  
(une seule croix par ligne)

	NON	OCCASIONNEL (0 à 9 fois)	REGULIER (10 fois et plus)
Héroïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ectasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poppers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amphétamines, speed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Champignons hallucinogènes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Produits à inhaler, sniffer (colle, solvants)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L.S.D. (acides, buvard)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



QUESTIONNAIRE ANONYME ET CONFIDENTIEL

Repensez à votre consommation de cannabis AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS (si vous en avez consommé durant cette période) (Cochez une seule case par ligne)

	jamais ou presque jamais	quelques fois	souvent	toujours ou presque toujours
Avez-vous déjà pensé que votre consommation de cannabis échappait à votre contrôle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-ce que la perspective de manquer de cannabis vous a rendu anxieux ou inquiet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir consommé du cannabis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
À quel point trouveriez-vous difficile d'arrêter de fumer du cannabis ?	pas difficile <input type="checkbox"/>	assez difficile <input type="checkbox"/>	très difficile <input type="checkbox"/>	impossible <input type="checkbox"/>

Votre consommation de cannabis augmente-t-elle lorsque vous êtes :

- en sortie terrain ? ..... oui  non
- en opération extérieure ? ..... oui  non

Si **oui** à une de ces 2 dernières questions, pourquoi ? (plusieurs réponses possibles)

- éloignement familial .....
- ennui .....
- stress lié aux missions .....
- vie en collectivité .....
- approvisionnement plus facile .....
- répression moins forte .....
- prix différent de la métropole .....

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION



# ANNEXE n°9

## Document Excel (extrait)

	V1	V2	V3	V4	V5	V6	V7	V8	V9	V10	V11	V12	V13	V14	V15	V16	V17	V18	V19	V20	V21	V22	V23	V24	V25	V26	V27	V28	V29	V30	V31	V32	V33	V34	V35	V36	V37	V38	V39	
patient	00001	0	16	1	2	2	0		2 2008	1		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
patient	00002	0	17	1	2	2	0		3 2008	1		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
patient	00003	0	17	1	2	2	0		3 2008	1		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
patient	00004	0	17	1	1	2	0		2 2008	1		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
patient	00005	0	17	1	2	2	0		2 2008	1		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
patient	00006	0	17	1	2	2	0		2 2008	1		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
patient	00007	0	17	1	2	2	0		2 2008	1		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
patient	00008	0	17	1	2	2	0		2 2008	1		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
patient	00009	0	17	2	2	2	0		1 2008	1		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
patient	00010	0	17	2	2	2	0		1 2008	1	réserve		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
patient	00011	0	17	2	2	2	0		3 2008	1	réserve		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
patient	00012	0	18	2	2	2	0		3 2008	1		1	4	4	2	2	0	0	1	0	0	1	2	0	2	2	0	0	2	3	1	1	1	1	1	1	1	2	1	
patient	00013	0	18	1	2	2	0		2 2008	1	vdad		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
patient	00014	0	18	1	2	2	0		1 2007	1		1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
patient	00015	0	18	1	1	2	0		3 2008	1		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
patient	00016	0	18	1	2	2	0		2 2008	1		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
patient	00017	0	18	1	1	2	0		2 2008	1		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
patient	00018	0	18	1	2	2	0		2 2007	1		1	1	2	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
patient	00019	0	18	1	2	2	0		4 2007	1		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
patient	00020	0	18	1	2	2	0		3 2008	1		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
patient	00021	0	18	2	2	2	0		2 2008	1		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
patient	00022	0	18	1	2	2	0		2 2008	1		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
patient	00023	0	18	1	2	2	0		1 2008	1		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
patient	00024	0	18	1	2	2	0		1 2008	1		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
patient	00025	0	18	1	2	2	0		1 2007	1		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
patient	00026	0	18	1	2	2	0		2 2003	1		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
patient	00027	0	18	1	2	2	0		1 2008	1		1	2	2	1	2	3	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	1	2	1	2	2	1	2	1
patient	00028	0	18	1	2	2	0		2 2008	1		1	2	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
patient	00029	0	18	1	2	2	0		3 2007	1		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
patient	00030	0	18	1	2	2	0		3 2007	1		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
patient	00031	0	18	2	2	2	0		3 2007	1		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
patient	00032	0	18	1	2	2	0		3 2007	1		1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
patient	00033	0	18	1	2	2	0		2 2008	1		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
patient	00034	0	18	1	2	2	0		3 2008	1		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
patient	00035	0	18	1	2	2	0		2 2007	1		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
patient	00036	0	18	1	2	2	0		2 2008	1		1	2	3	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
patient	00037	0	18	1	2	2	0		2 2008	1		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
patient	00038	0	18	1	2	2	0		2 2008	1		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
patient	00039	0	18	1	2	2	0		1 2008	1		1	3	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
patient	00040	0	18	1	2	2	0		2 2008	1		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
patient	00041	0	18	1	2	2	0		2 2008	1		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
patient	00042	0	18	1	2	2	0		4 2008	1		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
patient	00043	0	18	1	2	2	0		1 2007	1		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
patient	00044	0	18	1	2	2	0		1 2008	1		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
patient	00045	0	18	2	1	2	0		2 2008	1		1	2	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
patient	00046	0	18	1	2	2	0		2 2008	1		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	2	1	1	2	2

## ANNEXE n°10

### Retour des questionnaires

15 questionnaires envoyés via la DRSSA aux 29 Centres Médicaux d'Unité de la Région Terre Nord Est, soit un envoi de 435 questionnaires.

2205 questionnaires sont revenus.

- Moyenne par centre : 76.03 questionnaires
- Médiane à 50 questionnaires
- Minimale à 5 ; Maximale à 251
- 3 centres ont rendus moins de 15 questionnaires.

105 questionnaires incomplets

28 questionnaires mal répondus ou aberrants

- soit 133 questionnaires inexploitable ; 6.03% de non répondus dont le détail suit :
- |                             |                                   |
|-----------------------------|-----------------------------------|
| - Sexe : 0.4%               | - Héroïne : 0.8%                  |
| - Vie familiale : 0.5%      | - Cocaïne : 0.8%                  |
| - Enfants : 0.5%            | - Crack : 0.8%                    |
| - Niveau d'étude : 1.1%     | - Ecstasy : 0.8%                  |
| - Catégorie : 1.8%          | - Poppers : 0.8%                  |
| - Statut : 1.7%             | - Amphétamines : 0.8%             |
| - CAST 1 : 0%               | - Hallucinogènes : 0.8%           |
| - CAST 2 : 0%               | - Substances inhalées : 0.8%      |
| - CAST 3 : 0.2%             | - LSD : 0.8%                      |
| - CAST 4 : 0.2%             | - Sortie terrain : 1.2 %          |
| - CAST 5 : 0.3%             | - Opération extérieure : 1.1 %    |
| - CAST 6 : 0.2%             | - Eloignement familial : 1.1%     |
| - Perte contrôle : 0.4%     | - Ennui : 1.1%                    |
| - Anxiété-inquiétude : 0.5% | - Stress : 1.1%                   |
| - Culpabilité : 0.9%        | - Collectivité : 1.1%             |
| - Difficulté arrêt : 1.1%   | - Approvisionnement facile : 1.1% |
|                             | - Répression moins forte : 1.1%   |
|                             | - Prix différent : 1.1%           |

## ANNEXE n°11

### Réponses de la population étudiée

#### CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION ÉTUDIÉE

##### Age :

- Moyenne : 27.59 ans
- Médiane : 26 ans
- Minimale : 16 ans
- Maximale : 60 ans

##### Sexe :

	Fréquence	Pour cent
Masculin	1608	84,59%
Féminin	293	15,41%
total	1901	100%

##### Famille :

	Fréquence	Pour cent
Célibataire	912	47,97%
Couple	989	52,03%
Total	1901	100%

	Fréquence	Pour cent
Oui	614	32,30%
Non	1287	67,70%
Total	1901	100%

0,57 enfants par militaire

##### Niveau d'étude :

	Fréquence	Pour cent
Brevet / niv 1° cycle	148	7,79%
BEP / CAP	817	42,98%
Bac / niv 2° cycle	691	36,35%
Etudes supérieures	245	12,89%
Total	1901	100%

##### Année d'engagement :

- Moyenne : 2000
- Médiane : 2003
- Minimale : 1964
- Maximale : 2008

##### Catégorie :

	Fréquence	Pour cent
EVAT	1273	66,96%
Sous officiers	526	27,67%
Officiers	102	5,37%
Total	1901	100%

##### Statut :

	Fréquence	Pour cent
Sous contrat	1552	81,64%
Carrière	328	17,25%
Réserviste	21	1,10%
Total	1901	100%

## ANNEXE n°12

### Réponses de la population étudiée

#### RÉPONSES AU CAST

##### CAST 1 :

	Fréquence	Pour cent
Jamais	1799	94,63%
Rarement	65	3,42%
De temps en temps	27	1,42%
Assez souvent	6	0,32%
Très souvent	4	0,21%
Total	1901	100%

##### CAST 2 :

	Fréquence	Pour cent
Jamais	1776	93,42%
Rarement	86	4,52%
De temps en temps	25	1,32%
Assez souvent	7	0,37%
Très souvent	7	0,37%
Total	1901	100%

##### CAST 3 :

	Fréquence	Pour cent
Jamais	1875	98,63%
Rarement	21	1,10%
De temps en temps	5	0,26%
Assez souvent	0	0,00%
Très souvent	0	0,00%
Total	1901	100%

##### CAST 4 :

	Fréquence	Pour cent
Jamais	1888	99,32%
Rarement	6	0,32%
De temps en temps	4	0,21%
Assez souvent	2	0,11%
Très souvent	1	0,05%
Total	1901	100%

##### CAST 5 :

	Fréquence	Pour cent
Jamais	1885	99,16%
Rarement	4	0,21%
De temps en temps	5	0,26%
Assez souvent	2	0,11%
Très souvent	5	0,26%
Total	1901	100%

##### CAST 6 :

	Fréquence	Pour cent
Jamais	1894	99,63%
Rarement	5	0,26%
De temps en temps	0	0,00%
Assez souvent	1	0,05%
Très souvent	1	0,05%
Total	1901	100%

**Récapitulatif du CAST en OUI/NON :**

	OUI		NON		
	Fréquence	Pour cent	Fréquence	Pour cent	
<b>CAST 1</b>	102	5,37%	1799	94,63%	1901 / 100%
<b>CAST 2</b>	125	6,58%	1776	93,42%	1901 / 100%
<b>CAST 3</b>	26	1,37%	1875	98,63%	1901 / 100%
<b>CAST 4</b>	13	0,68%	1888	99,32%	1901 / 100%
<b>CAST 5</b>	16	0,84%	1885	99,16%	1901 / 100%
<b>CAST 6</b>	7	0,37%	1894	99,63%	1901 / 100%

## ANNEXE n°13

### Réponses de la population étudiée

#### RÉPONSES AUX QUESTIONS DU MÉSUSAGE

##### Perte de contrôle :

	Fréquence	Pour cent
Jamais	1892	99,53%
Quelque fois	7	0,37%
Souvent	0	0,00%
Toujours	2	0,11%
Total	1901	100%

##### Peur du manque :

	Fréquence	Pour cent
Jamais	1893	99,58%
Quelque fois	5	0,26%
Souvent	1	0,05%
Toujours	2	0,11%
Total	1901	100%

##### Culpabilité :

	Fréquence	Pour cent
Jamais	1860	97,84%
Quelque fois	28	1,47%
Souvent	8	0,42%
Toujours	4	0,21%
Total	1901	100%

##### Difficulté d'arrêt :

	Fréquence	Pour cent
Pas difficile	1872	98,47%
Assez difficile	22	1,16%
Très difficile	3	0,16%
Impossible	4	0,21%
Total	1901	100%

#### Récapitulatif OUI/NON :

	OUI		NON		
	Fréquence	Pour cent	Fréquence	Pour cent	
<b>Perte de contrôle</b>	9	0,47%	1892	99,53%	1901 / 100%
<b>Peur du manque</b>	8	0,42%	1893	99,58%	1901 / 100%
<b>Culpabilité</b>	41	2,16%	1860	97,84%	1901 / 100%
<b>Difficulté d'arrêt</b>	29	1,53%	1872	98,47%	1901 / 100%

## ANNEXE n°14

### Réponses de la population étudiée

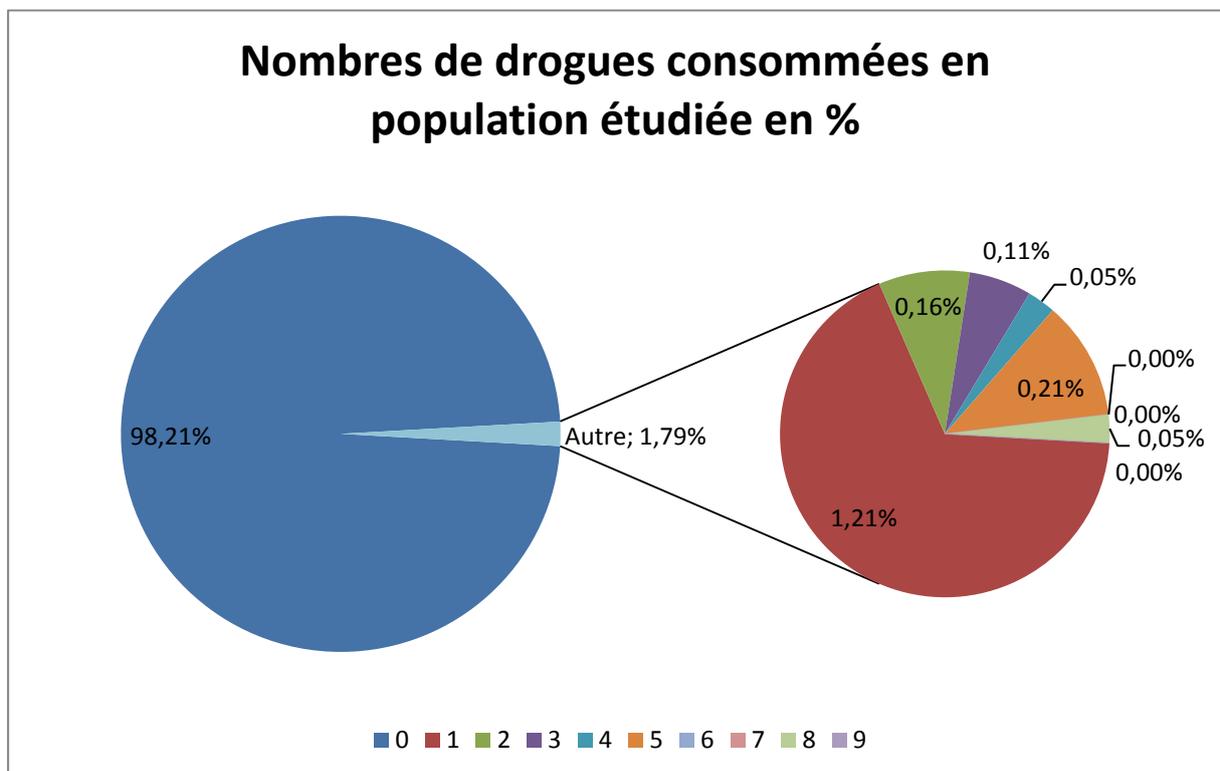
#### RÉPONSES POUR LES POLYCONSOMMATIONS :

- 82 polyconsommateurs (3,96%)
- Dont 34 dans la population étudiée (1,79%)

	OUI		NON		
	Fréquence	Pour cent	Fréquence	Pour cent	
<b>Héroïne</b>	2	0,11%	1899	99,89%	1901 / 100%
<b>Cocaïne</b>	10	0,53%	1891	99,47%	1901 / 100%
<b>Crack</b>	3	0,16%	1898	99,84%	1901 / 100%
<b>Ectasy</b>	6	0,32%	1895	99,68%	1901 / 100%
<b>Poppers</b>	14	0,74%	1887	99,26%	1901 / 100%
<b>Amphétamines</b>	9	0,47%	1892	99,53%	1901 / 100%
<b>Champignons hallucinogènes</b>	8	0,42%	1893	99,58%	1901 / 100%
<b>Colle</b>	9	0,47%	1892	99,53%	1901 / 100%
<b>LSD</b>	6	0,32%	1895	99,68%	1901 / 100%

**Nombres de drogues illicites consommées hors cannabis :**

	Fréquence	Pour cent
0	1867	98,21%
1	23	1,21%
2	3	0,16%
3	2	0,11%
4	1	0,05%
5	4	0,21%
6	0	0,00%
7	0	0,00%
8	1	0,05%
9	0	0,00%
	1901	100%



## ANNEXE n°15

### Réponses de la population ayant un mésusage de cannabis

#### CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION USAGÈRE PROBLÉMATIQUE DE CANNABIS

##### Mésusage :

- 372 CAST avec au moins une réponse positive
- 171 CAST >2
- 8,25% de la population étudiée

##### Age :

- Moyenne : 23,36 ans
- Médiane : 23 ans
- Minimale : 18 ans
- Maximale : 41 ans

##### Sexe :

	Fréquence	Pour cent
Masculin	155	90,64%
Féminin	16	9,36%
Total	171	100%

##### Famille :

	Fréquence	Pour cent
Célibataire	107	62,57%
Couple	64	37,43%
Total	171	100%

	Fréquence	Pour cent
Oui	29	16,96%
Non	142	83,04%
Total	171	100%

0,23 enfants par militaire

##### Niveau d'étude :

	Fréquence	Pour cent
Brevet / niv 1° cycle	23	13,45%
BEP / CAP	100	58,48%
Bac / niv 2° cycle	38	22,22%
Etudes supérieures	10	5,85%
Total	171	100%

##### Année d'engagement :

- Moyenne : 2004,36
- Médiane : 2005
- Minimale : 1991
- Maximale : 2008

##### Catégorie :

	Fréquence	Pour cent
EVAT	151	88,30%
Sous officiers	18	10,53%
Officiers	2	1,17%
Total	171	100%

##### Statut :

	Fréquence	Pour cent
Sous contrat	166	97,08%
Carrière	5	2,92%
Réserviste	0	0,00%
Total	171	100%

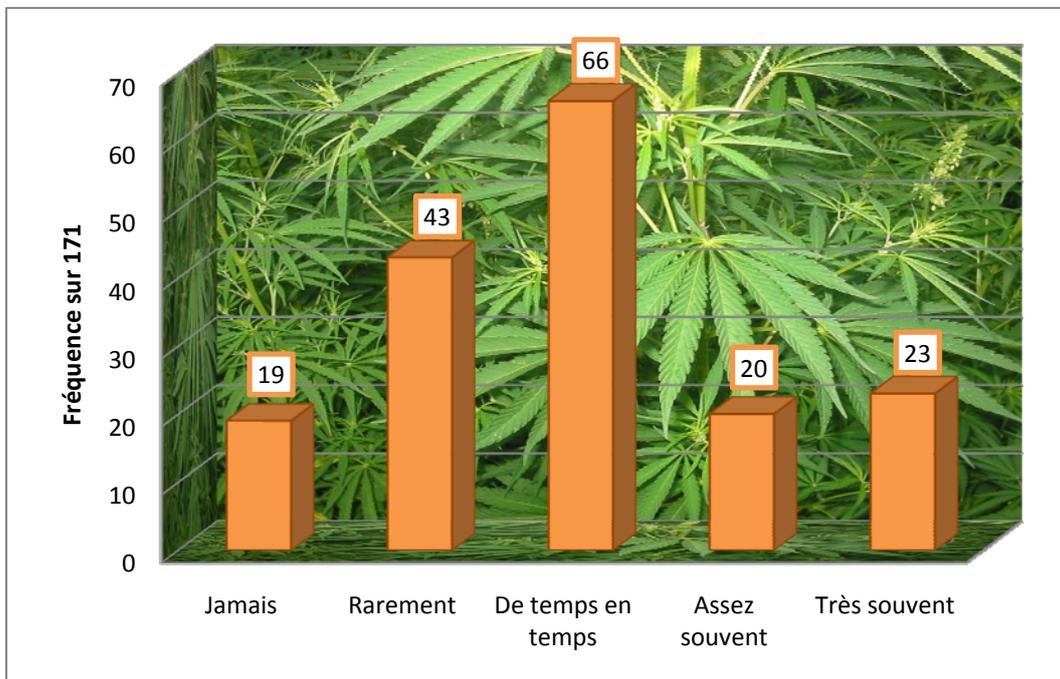
## ANNEXE n°16

### Réponses de la population ayant un mésusage de cannabis

#### RÉPONSES AU CAST

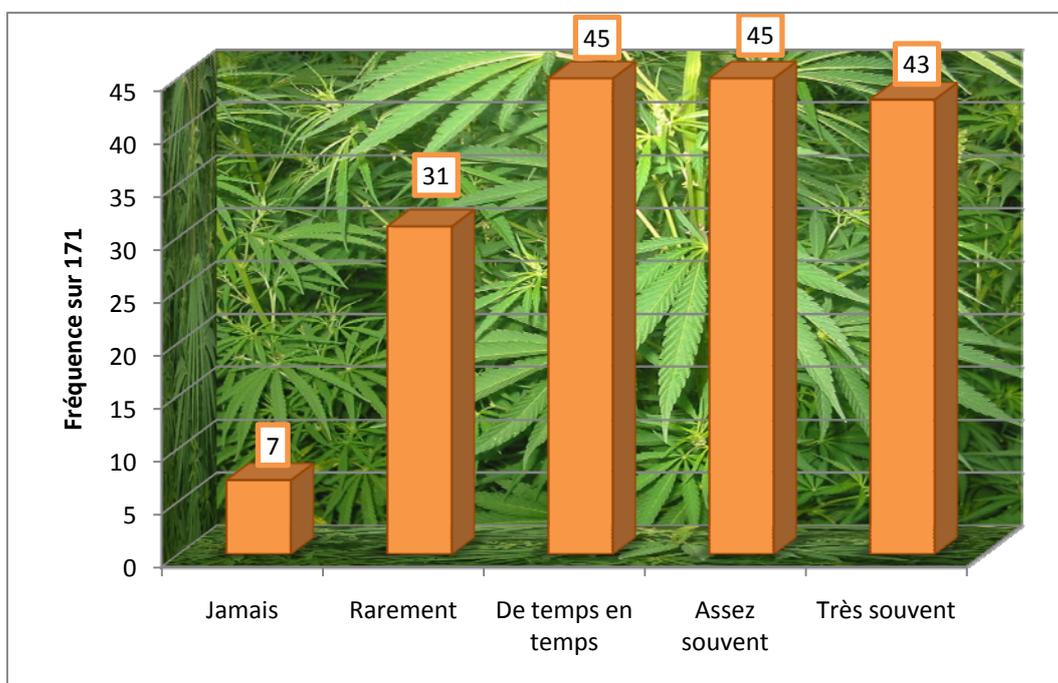
CAST 1 : Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?

	Fréquence	Pour cent
Jamais	19	11,11%
Rarement	43	25,15%
De temps en temps	66	38,60%
Assez souvent	20	11,70%
Très souvent	23	13,45%
Total	171	100%



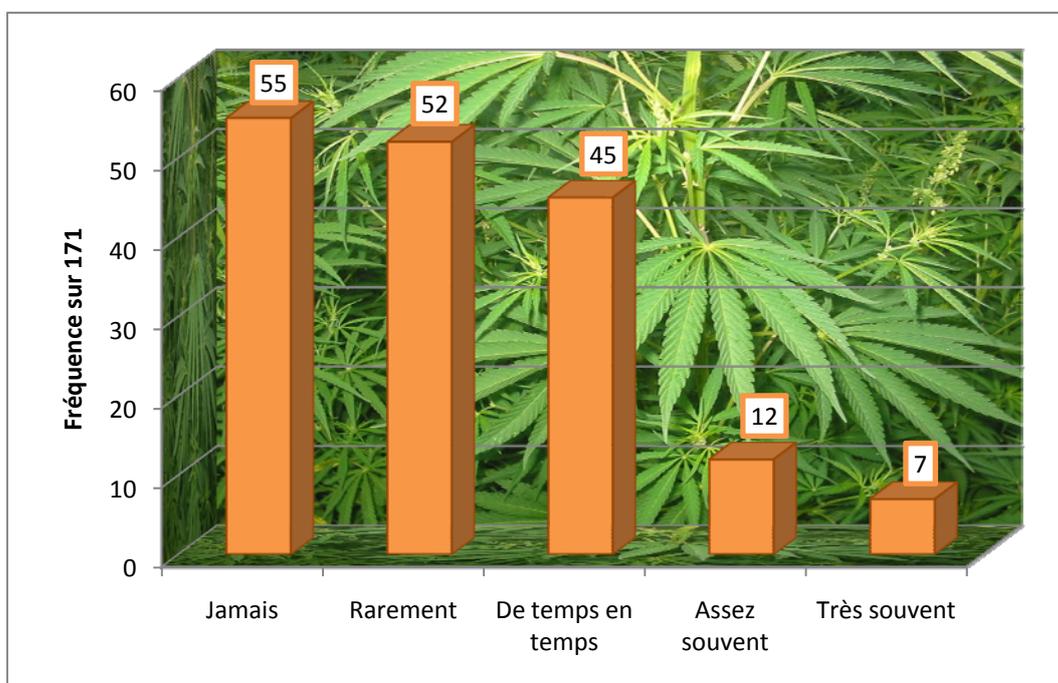
**CAST 2 : Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul ?**

	Fréquence	Pour cent
Jamais	7	4,09%
Rarement	31	18,13%
De temps en temps	45	26,32%
Assez souvent	45	26,32%
Très souvent	43	25,15%
Total	171	100%



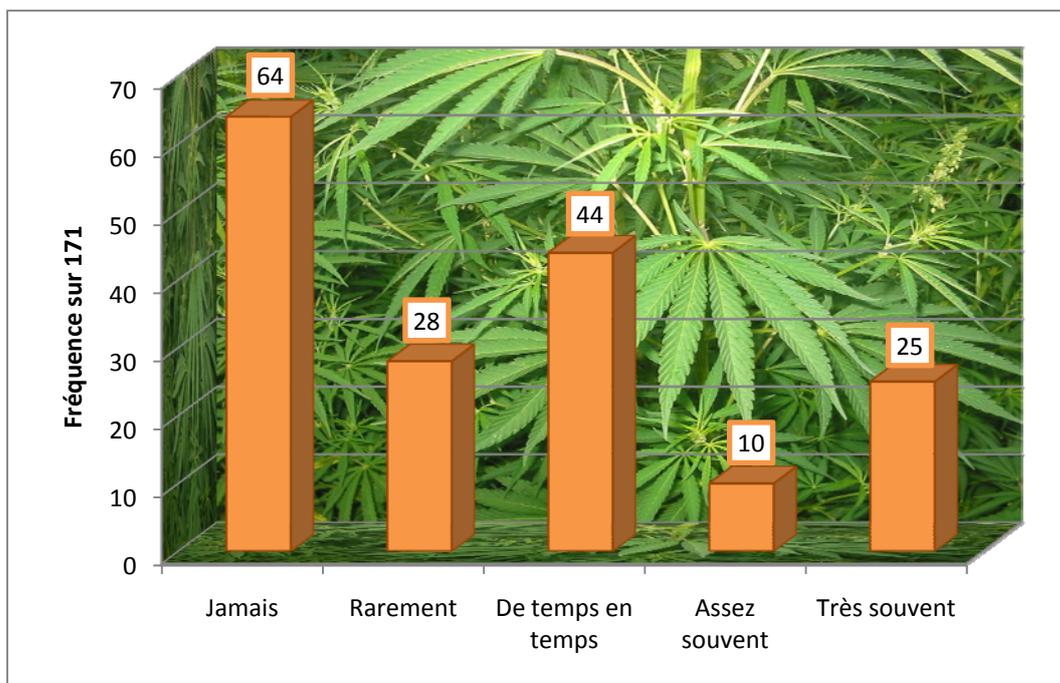
**CAST 3 : Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumiez du cannabis ?**

	Fréquence	Pour cent
Jamais	55	32,16%
Rarement	52	30,41%
De temps en temps	45	26,32%
Assez souvent	12	7,02%
Très souvent	7	4,09%
Total	171	100%



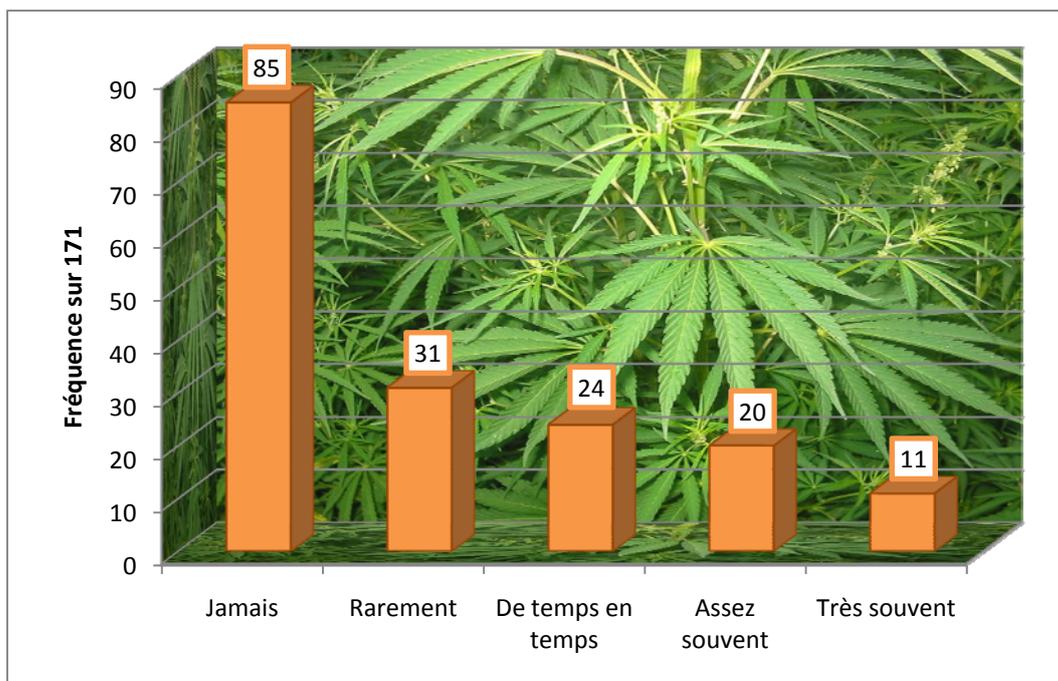
**CAST 4 : Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?**

	Fréquence	Pour cent
Jamais	64	37,43%
Rarement	28	16,37%
De temps en temps	44	25,73%
Assez souvent	10	5,85%
Très souvent	25	14,62%
Total	171	100%



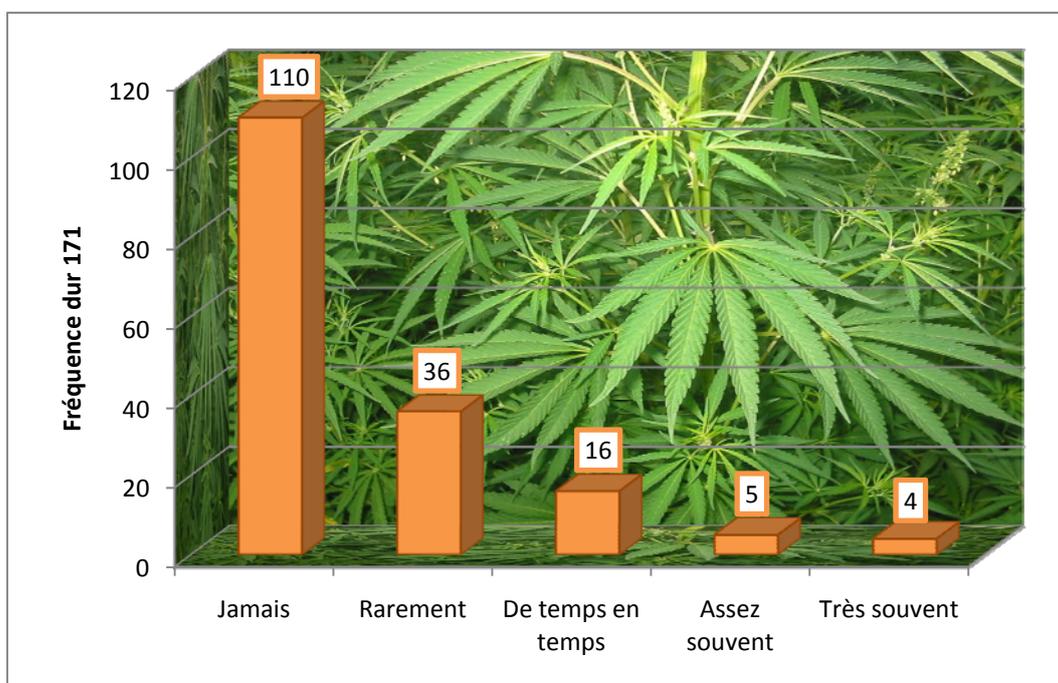
**CAST 5 : Avez-vous déjà essayé de réduire ou arrêter votre consommation de cannabis sans y arriver ?**

	Fréquence	Pour cent
Jamais	85	49,71%
Rarement	31	18,13%
De temps en temps	24	14,04%
Assez souvent	20	11,70%
Très souvent	11	6,43%
Total	171	100%



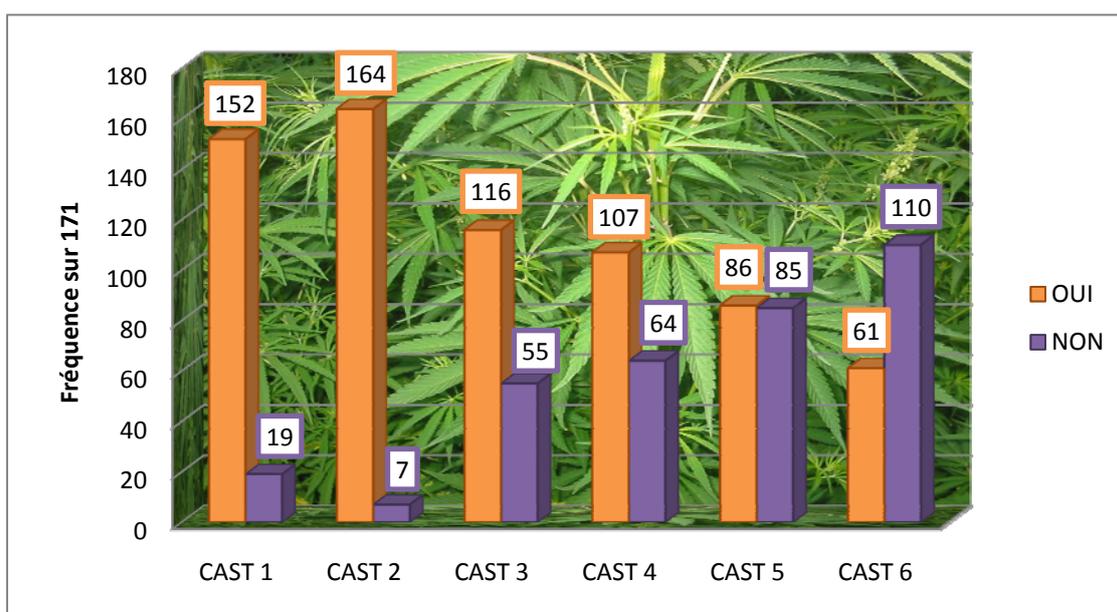
**CAST 6 : Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis ?**

	Fréquence	Pour cent
Jamais	110	64,33%
Rarement	36	21,05%
De temps en temps	16	9,36%
Assez souvent	5	2,92%
Très souvent	4	2,34%
Total	171	100%



### Récapitulatif du CAST en OUI/NON :

	OUI		NON		
	Fréquence	Pour cent	Fréquence	Pour cent	
<b>CAST 1</b>	152	88,89%	19	11,11%	171 / 100%
<b>CAST 2</b>	164	95,91%	7	4,09%	171 / 100%
<b>CAST 3</b>	116	67,84%	55	32,16%	171 / 100%
<b>CAST 4</b>	107	62,57%	64	37,43%	171 / 100%
<b>CAST 5</b>	86	50,29%	85	49,71%	171 / 100%
<b>CAST 6</b>	61	35,67%	110	64,33%	171 / 100%



## ANNEXE n°17

### Réponses de la population ayant un mésusage de cannabis

#### RÉPONSES AUX QUESTIONS DU MÉSUSAGE

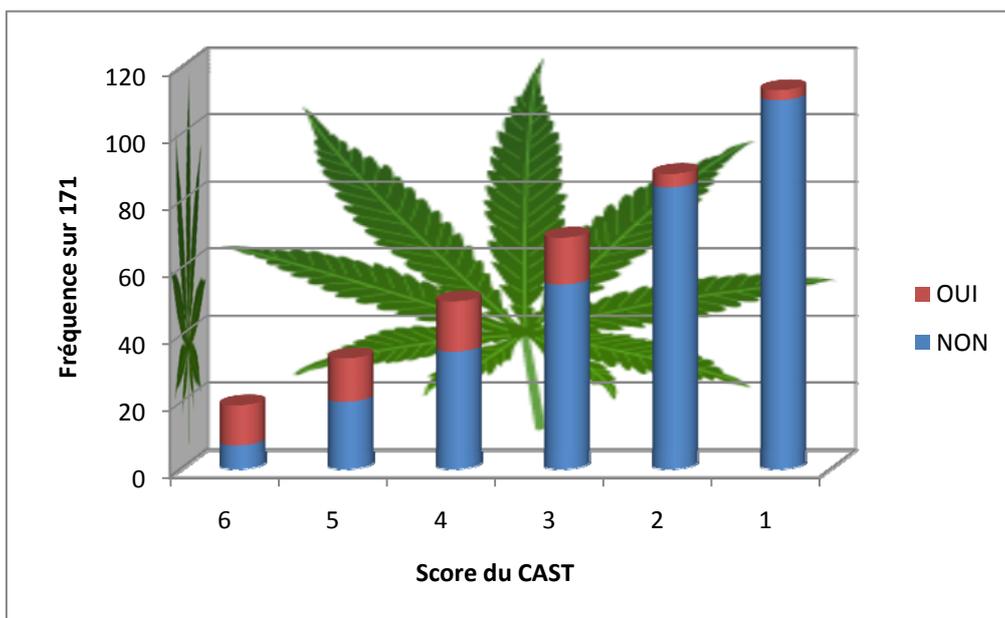
##### Perte de contrôle :

« Avez-vous déjà pensé que votre  
consommation de cannabis échappait à  
votre contrôle ? »

	Fréquence	Pour cent
Jamais	117	68,42%
Quelque fois	43	25,15%
Souvent	8	4,68%
Toujours	3	1,75%
Total	171	100%

##### Perte de contrôle en fonction du CAST :

CAST	NON	OUI	Pour cent
6	7	12	63,16%
5	20	13	39,39%
4	35	15	30,00%
3	55	14	20,29%
2	84	4	4,55%
1	110	3	2,65%
0	1698	2	0,12%
Total	2009	63	3,04%



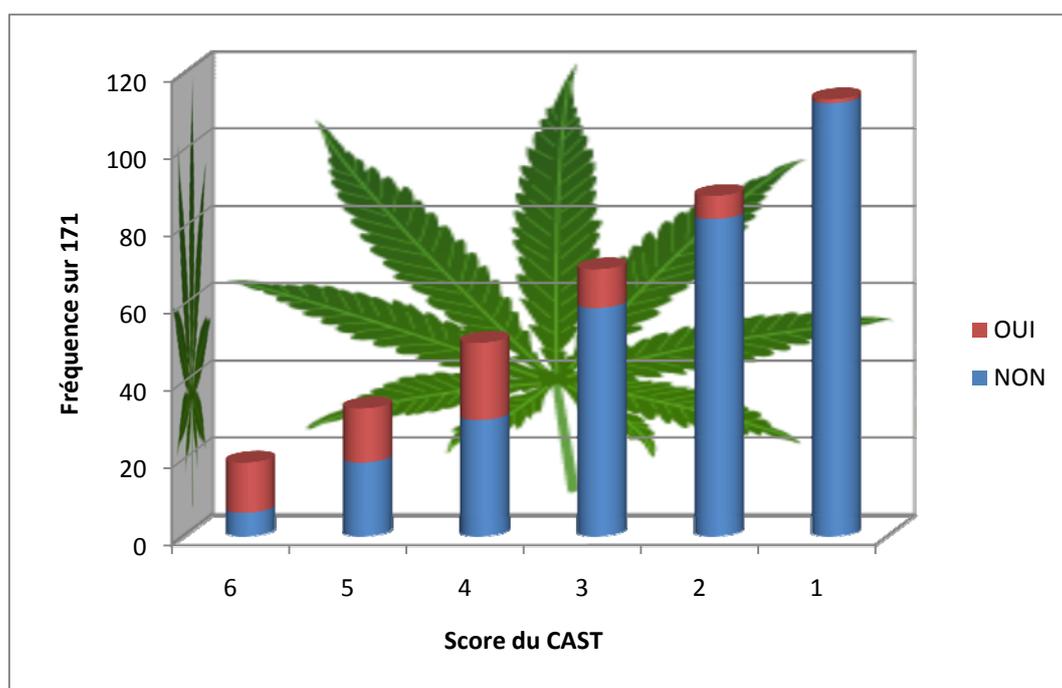
**Peur du manque :**

« Est-ce que la perspective de manquer de cannabis vous a rendu anxieux ou inquiet ? »

	Fréquence	Pour cent
Jamais	114	66,67%
Quelque fois	39	22,81%
Souvent	15	8,77%
Toujours	3	1,75%
Total	171	100%

**Peur du manque en fonction du CAST :**

CAST	NON	OUI	Pour cent
6	6	13	68,42%
5	19	14	42,42%
4	30	20	40,00%
3	59	10	14,49%
2	82	6	6,82%
1	112	1	0,88%
0	1699	1	0,06%
Total	2007	65	3,14%



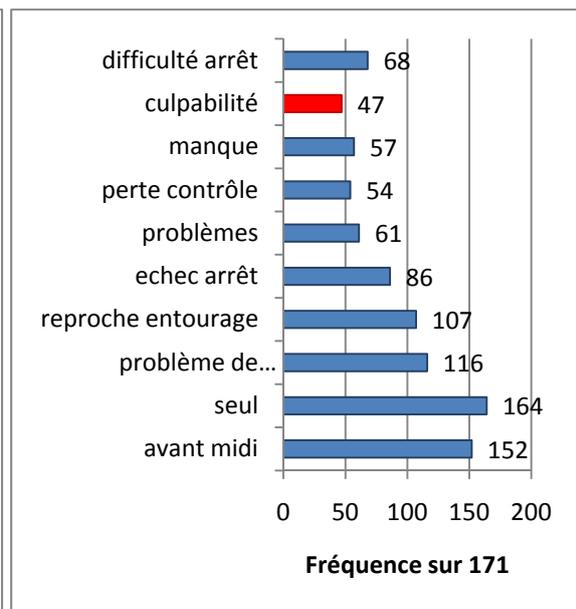
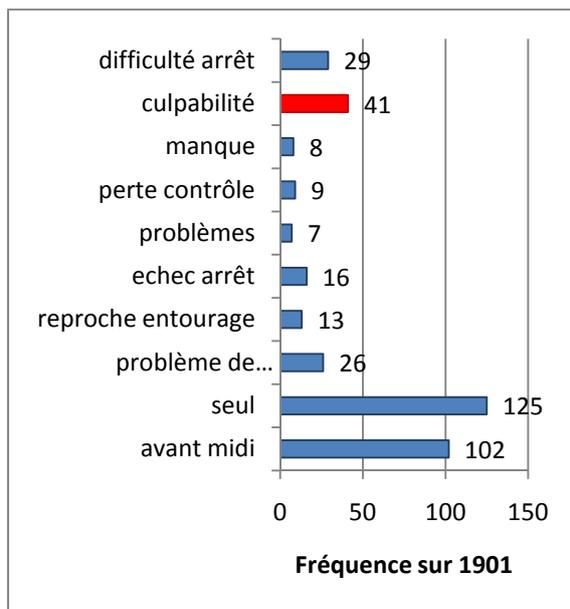
**Culpabilité :**

« Combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir fumé du cannabis ? »

	Fréquence	Pour cent
Jamais	124	72,51%
Quelque fois	32	18,71%
Souvent	13	7,60%
Toujours	2	1,17%
Total	171	100%

**Culpabilité en fonction du CAST :**

CAST	NON	OUI	Pour cent
6	12	7	36,84%
5	18	15	45,45%
4	37	13	26,00%
3	57	12	17,39%
2	75	13	14,77%
1	97	16	14,16%
0	1688	12	0,71%
Total	1984	88	4,25%



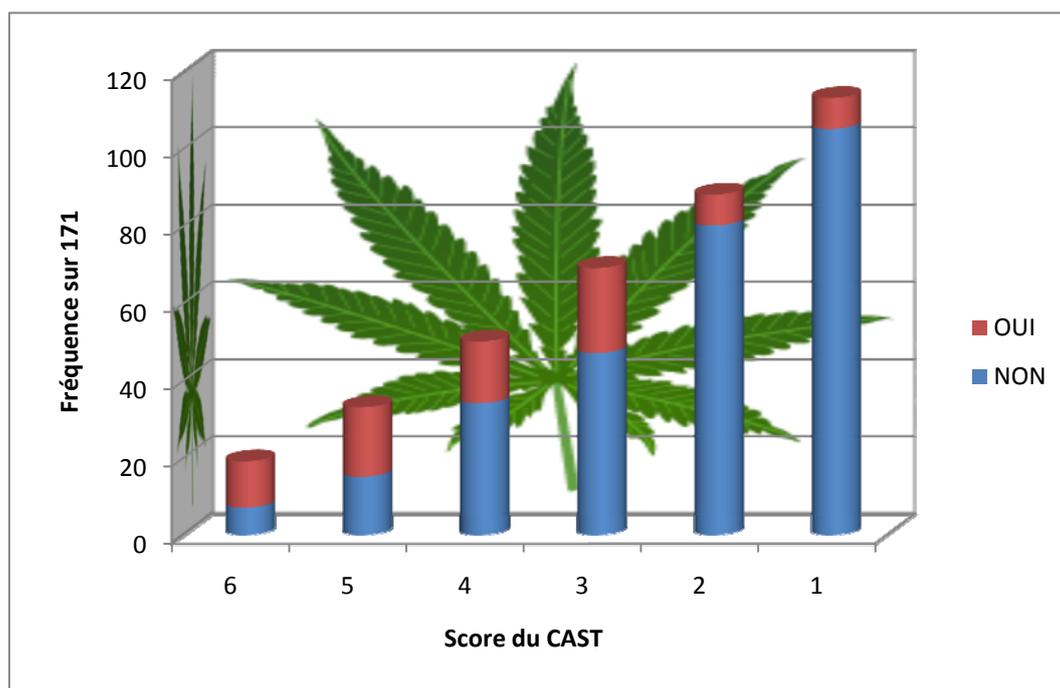
**Difficulté d'arrêt :**

« A quel point trouveriez-vous difficile d'arrêter de consommer du cannabis ? »

	Fréquence	Pour cent
Pas difficile	103	60,23%
Assez difficile	46	26,90%
Très difficile	14	8,19%
Impossible	8	4,68%
Total	171	100%

**Difficulté d'arrêt en fonction du CAST :**

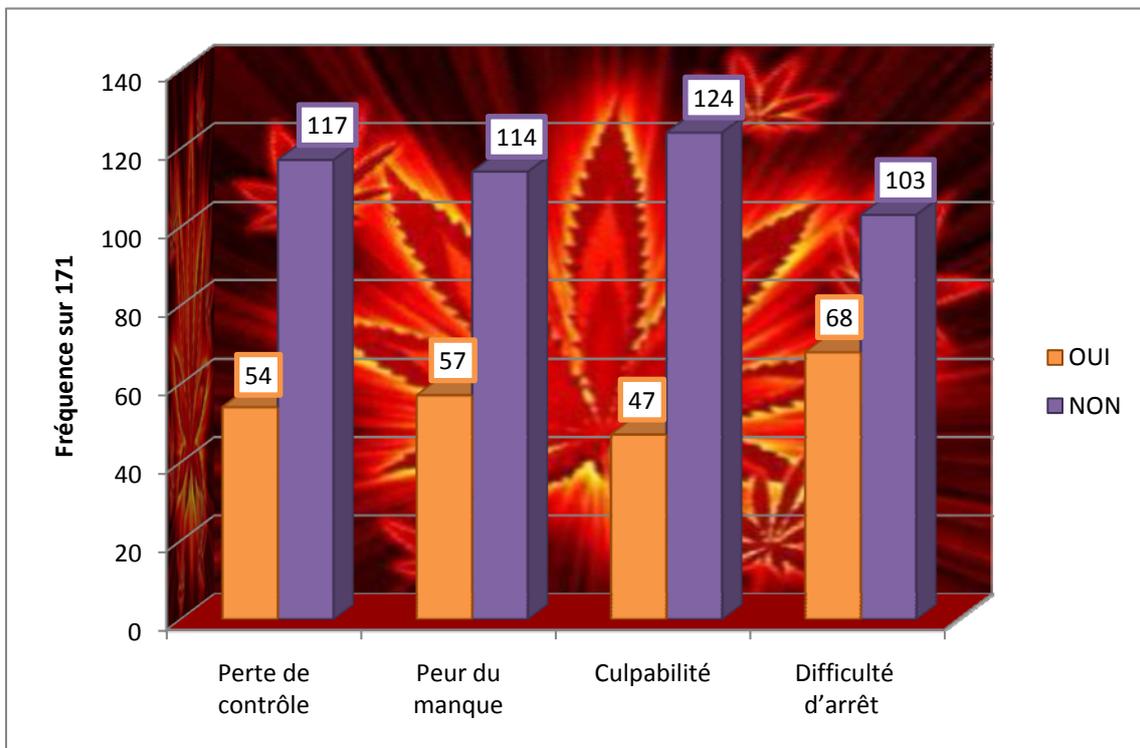
CAST	NON	OUI	Pour cent
6	7	12	63,16%
5	15	18	54,55%
4	34	16	32,00%
3	47	22	31,88%
2	80	8	9,09%
1	105	8	7,08%
0	1700	13	0,76%
Total	1988	97	4,68%



CAST	6	5	4	3	2	1	0
Difficulté d'arrêt	63,16%	54,55%	32,00%	31,88%	9,09%	7,08%	0,76%
Echec arrêt	100,00%	63,64%	46,00%	33,33%	18,18%	0,00%	0,00%

**Récapitulatif OUI/NON :**

	OUI		NON		
	Fréquence	Pour cent	Fréquence	Pour cent	
<b>Perte de contrôle</b>	54	31,58%	117	68,42%	171 / 100%
<b>Peur du manque</b>	57	33,33%	114	66,67%	171 / 100%
<b>Culpabilité</b>	47	27,49%	124	72,51%	171 / 100%
<b>Difficulté d'arrêt</b>	68	39,77%	103	60,23%	171 / 100%



## ANNEXE n°18

### Réponses de la population ayant un mésusage de cannabis

#### LES MODIFICATIONS DE CONSOMMATION SUR LE TERRAIN

	Ensemble	Usagers problématiques
	88 personnels soit 4,25%	52 personnels soit 30,41% des usagers problématiques
Opérations intérieures	76 personnels	43 (25,15% des usagers problématiques)
Opérations extérieures	39 personnels	28 (16,36% des usagers problématiques)

Eloignement familial	43 - 48,86% de ceux qui modifient leur consommation	30 (17,54 % des usagers problématiques) - 57,69% de ceux qui modifient leur consommation
Ennui	47 - 53,41% de ceux qui modifient leur consommation	33 (19,30% des usagers problématiques) - 63,46% de ceux qui modifient leur consommation
Stress lié aux missions	28 - 31,82% de ceux qui modifient leur consommation	20 (11,70% des usagers problématiques) - 38,46% de ceux qui modifient leur consommation
Vie en collectivité	32 - 36,36% de ceux qui modifient leur consommation	15 (8,77% des usagers problématiques) - 28,85% de ceux qui modifient leur consommation
Approvisionnement plus facile	17 - 19,32% de ceux qui modifient leur consommation	14 (8,19% des usagers problématiques) - 26,92% de ceux qui modifient leur consommation
Répression moins forte	5 - 5,68% de ceux qui modifient leur consommation	4 (2,34% des usagers problématiques) - 7,69% de ceux qui modifient leur consommation
Prix différent de la métropole	14 - 15,91% de ceux qui modifient leur consommation	13 (7,60% des usagers problématiques) - 25,00% de ceux qui modifient leur consommation

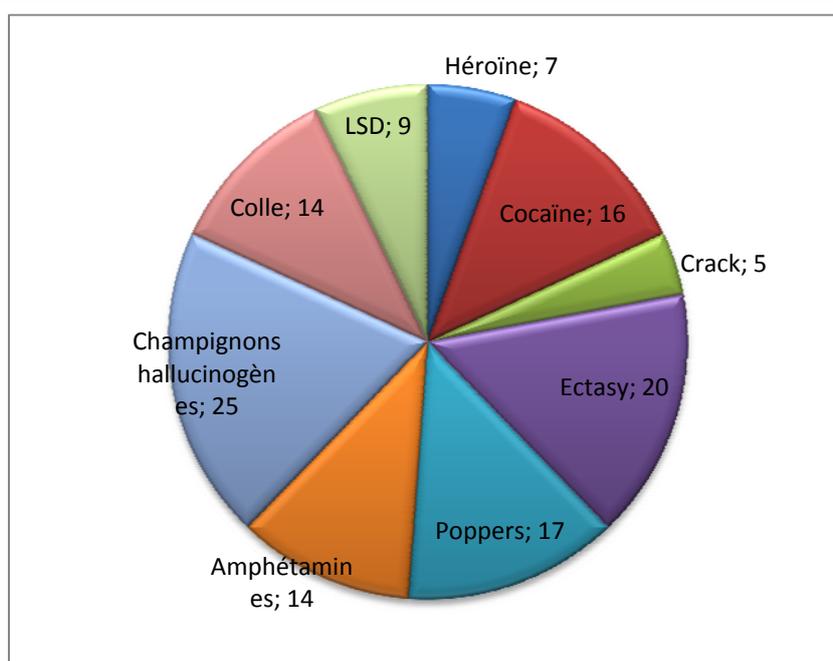
## ANNEXE n°19

### Réponses de la population ayant un mésusage de cannabis

#### RÉPONSES POUR LES POLYCONSOMMATIONS :

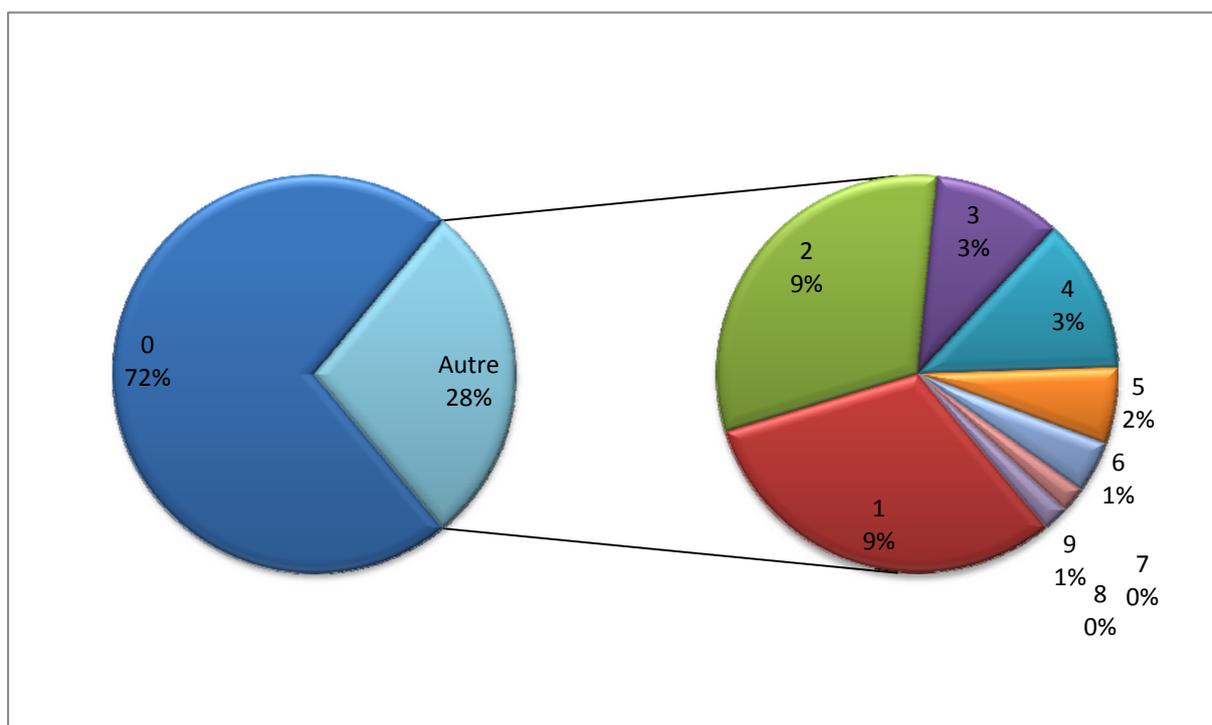
- 82 polyconsommateurs (3,96% sur les 2072)
- Dont 48 parmi les usagers problématiques de cannabis (28,07% des usagers problématiques)

	OUI		NON		
	Fréquence	Pour cent	Fréquence	Pour cent	
<b>Héroïne</b>	7	4,09%	164	95,91%	171 / 100%
<b>Cocaïne</b>	16	9,36%	155	90,64%	171 / 100%
<b>Crack</b>	5	2,92%	166	97,08%	171 / 100%
<b>Ectasy</b>	20	11,70%	151	88,30%	171 / 100%
<b>Poppers</b>	17	9,94%	154	90,06%	171 / 100%
<b>Amphétamines</b>	14	8,19%	157	91,81%	171 / 100%
<b>Champignons hallucinogènes</b>	25	14,62%	146	85,38%	171 / 100%
<b>Colle</b>	14	8,19%	157	91,81%	171 / 100%
<b>LSD</b>	9	5,26%	162	94,74%	171 / 100%



**Nombres de drogues illicites consommées hors cannabis :**

	Fréquence	Pour cent
0	123	71,90%
1	15	8,77%
2	15	8,77%
3	5	2,92%
4	6	3,51%
5	3	1,75%
6	2	1,17%
7	1	0,58%
8	0	0%
9	1	0,58%
	<b>171</b>	<b>100%</b>



## ANNEXE n°20

### Proposition de fiche à l'usage des médecins d'unité

#### LA CONSOMMATION DE CANNABIS DANS LES RÉGIMENTS DE L'ARMÉE DE TERRE



#### PETIT GUIDE À L'USAGE DU MÉDECIN D'UNITÉ

##### INTERVENTION COLLECTIVE :

**J'INFORME :** Quelques diapositives courtes et simples

Réduire le nombre de nouveaux consommateurs.

- Attention aux images véhiculées, surtout parmi la population jeune
- Dangers pour la santé
  - o Risque accru d'AVP et d'ESPT
  - o Mise en danger de soi, du groupe et de la mission
- D'où, action sur la sécurité : véhicules, port d'armes, ...
- Quelques informations sur la durée d'action d'un joint de cannabis
- Rappel de la loi :
  - o Les substances psychoactives illicites sont interdites
  - o La loi sur la conduite automobile et l'alcool et/ou le cannabis

## INTERVENTION INDIVIDUELLE :

### JE DÉPISTE parce que :

- Le patient apparaît suspect
- Aptitude à un emploi particulier
- Le patient évoque le sujet

### J'ÉVALUE

CAST

*Au cours des 12 derniers mois*

	OUI	NON
• Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumiez du cannabis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Avez-vous déjà essayé de réduire ou arrêter votre consommation de cannabis sans y arriver ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### JE RECHERCHE :

- Des troubles psychiatriques (ESPT, Trauma, dépression, trouble de l'adaptation, ...)
- Perte de contrôle
- Peur de manquer de cannabis
- Difficulté à arrêter le cannabis
- Perception de la dangerosité
- Stress
- Consommation en missions intérieures ou en opération extérieure
- Raison de la consommation

- D'autres substances psychoactives

*Au cours des 30 derniers jours, avez-vous pris ?*

	<b>NON</b>	<b>OCCASIONNEL</b> <b>(0 à 9 fois)</b>	<b>REGULIER</b> <b>(10 fois et plus)</b>
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Héroïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poppers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amphétamines, speed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Champignons hallucinogènes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Produits à inhaler, sniffer (colle, solvants)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L.S.D. (acides, buvard)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Etc ...

Avec ces données, j'informe et je vois si je suis dans la capacité d'aider ou si un avis psychiatrique est nécessaire.

# **RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

1. 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
2. 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
3. Darré E. Fiche relative au Livre Blanc : Défense et Sécurité Nationale, courrier, bureau étude et pilotage de la DCSSA
4. Briole G et Lafont B. Le médecin d'unité en opération : aspect psychologique. Enseignement médical. École d'Application du Service de Santé des Armées du Val de Grâce 1996 ; 55p
5. Parquet P-J (Prés), Conduites addictives et milieu professionnel, Paris, MILDT, 2006, 23p
6. Instruction n° 2100/DEF/DCSSA/AST/AME du 1<sup>er</sup> octobre 2003 relative à l'aptitude médicale à servir, (BOC N°21 du 6 juin 2008, texte 3) modifié
7. American Psychiatric Association (APA). (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV-TR. Washington, DC
8. Loi n° 2005-270 du 24 mars 2005 portant sur le statut général des militaires (JO n° 72 du 26 mars 2005, texte n° 1 ; BOC, 2005, p.2534 ; BOEM 300.1) modifiée
9. 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)
10. Instruction N° 655 /DEF/EMAT/PRH/PP modifiant l'instruction n° 812/DEF/EMAT/PRH/EG/SO/MDR du 6 mai 2004 relative aux normes médicales d'aptitude applicables au personnel militaire de l'armée de terre (BOC n°26 du 11 juillet 2008)
11. Arvers, P., Facteurs prédictifs de la consommation de drogues illicites chez l'adulte jeune. Travaux scientifiques des chercheurs du Service de Santé des Armées 1998 ; 19 : 175-6

12. Beck F., Legleye S., Spilka S., Briffault X., Gautier A. et al. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2005. Exploitation des données de Baromètre santé 2005 relatives aux pratiques d'usage de substances psychoactives en population adulte, *Tendances* 2006 ; 48 : 6p
13. Legleye S., Spilka S., Le Nézet O., et al. Les drogues à 17 ans : Résultats de l'enquête ESCAPAD 2008, *Tendances* 2009 juin ; 66 : 6p
14. Circulaire DGS/DHOS/DGAS n° 2004-464 du 23 septembre 2004 relative à la mise en place de consultations destinées aux jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives et leur famille (BO n°2004-42)
15. Bello P.Y., Plancke L., Cagni G., Delile J-M., Escots S. et al. Les usagers fréquents de cannabis, éléments descriptifs, France, 2004. *BEH* 2005 ; 20:89
16. Haguenoer JM, Hannotiaux MH, Lahaye-Roussel MC, Fontaine B, Legrand PM et al. Prévalence des comportements toxicophiles en milieu professionnel : une étude dans la région Nord-Pas-de-Calais. *Bull. du conseil départ. Du Nord de l'Ordre des médecins* 1997, 80 : 11-5
17. Orset C, Sarazin M et Cabal C. Les conduites addictives en milieu professionnel : Enquête de prévalence par questionnaire chez 1406 salariés de la Loire ; étude en fonction du poste de travail. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement* 2007 février ; 68 (1) : 5-19
18. Labat L, Fontaine B, Delzenne C, Doublet A, Marek M.C et al. Prevalence of psychoactive substances in truck drivers in the Nord-Pas-de-Calais region (France). *Forensic Science International* 2008 ; 174 : 90-4
19. Mancini J., Meynard J.B., Michel M., Ollivier L., Spiegel A. et al. Conduites addictives chez les engagés volontaires des Armées françaises hors de métropole. *Alcool Addictol* 2004 ; 26 : 205-13
20. Vautier V. Consommation de tabac, d'alcool et de cannabis en population spéciale : enquête épidémiologique dans un régiment de l'Armée de Terre [thèse]. Bordeaux (Fr) : Université de Bordeaux II ; 2003
21. Costes JM (Dir). Cannabis, données essentielles, Saint Denis, OFDT, 2007 : 232p
22. Hall W et Degenhardt L. Adverse health effects of non-medical cannabis use, *Lancet* 2009 oct ; 374 : 1383-91
23. Palazzolo J et Roure L. Le cannabis : du plaisir au risque. Tout comprendre pour mieux prendre en charge. Ed. Med-line, 2005 ; 250p

24. Gable RS. Comparison of acute lethal toxicity of commonly abused psychoactive substances, *Addiction* 2004 ; 99 : 686-96
25. 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
26. Solowij N. Cannabis and cognitive functioning, Cambridge, UK : Cambridge University Press, 1998
27. Aryana A, Williams M.A. Marijuana as a trigger of cardiovascular events: speculation or scientific certainty ?. *International Journal of Cardiology* 2007 ; 118 (2) : p.141-144
28. Herning R.I, Better W.E, Tate K et Cadet J.L. Marijuana abusers are at increased risk for stroke. Preliminary evidence from cerebrovascular perfusion data. *Annals of the New York Academy of Sciences* 2001 ; 939 : p.413-5
29. Tashkin DP. Effects of cannabis on the respiratory system. In : Kalant H, Corrigall W, Hall WD et Smart R. *The health effects of cannabis*. Toronto : Centre of Addiction and Mental Health 1999 : 311-45
30. Tetrault JM, Crothers K, Moore BA, Mehra R, Concato J et Fiellin DA. Effects of marijuana smoking on pulmonary function and respiratory complications : a systematic review. *Arch Intern Med* 2007 ; 167 : 221-8
31. Lynskey M et Hall W. The effects of adolescent cannabis use on educational attainment : a review. *Addiction* 2000 ; 95 : 1621-30
32. Block RI, O'Leary DS, Hichwa RD, Augustinack J.C, Boles Ponto L.L et al. Effects of frequent marijuana use on memory-related regional cerebral blood flow. *Pharmacol Biochem Behav* 2002 ; 72 : 237-50
33. Mueller B.A, Daling J.R, Weiss N.S et Moore D.E. Recreational drug use and the risk of primary infertility, *Epidemiology* 1990 ; 1 : 195-200
34. Holt V.L, Cushing-Haugen K.L et Daling J.R. Risk of functional ovarian cyst: effects of smoking and marijuana use according to body mass index, *American Journal of Epidemiology* 2005 ; 161 : 520-5
35. Hembree W.C et al. Changes in human spermatozoa associated with high dose marihuana smoking, *Advances in the Biosciences* 1991 ; 80 : 67-78
36. Eyler FD et Behnke M. Early development of infants exposed to drugs prenatally. *Clin Perinatol* 1999 ; 26 : 107-50
37. Fergusson DM, Horwood LJ et Northstone K. Maternal use of cannabis and pregnancy outcome. *Br J Obstet Gynaecol* 2002 ; 109 : 21-7

38. English D, Hulse G, Milne E, Holman C et Bower C. Maternal cannabis use and birth weight : a meta-analysis. *Addiction* 1997 ; 92 : 1553-60
39. Huizink AC et Mulder EJ. Maternal smoking, drinking or cannabis use during pregnancy and neurobehavioral and cognitive functioning in human offspring. *Neurosci Biobehav Rev* 2006 ; 30 : 24-41
40. Anthony JC. *The epidemiology of cannabis dependence : its nature, consequences and treatment*, Cambridge, UK : Cambridge University Press, 2006 : 58-105
41. Kandel DB. *Stages and pathways of drug involvement : examining the gateway hypothesis*. New York : Cambridge University Press, 2002
42. Castle D et Murray R. *Marijuana and madness. Psychiatry and neurobiology*, Cambridge, Cambridge University Press, 2004 : 218 p
43. Van Os J, Bak M, Hanssen M, Bijl RV, De Graaf R et Verdoux H. Cannabis use and psychosis : a longitudinal population-based study. *Am J Epidemiol* 2002 ; 156 : 319-27
44. Henquet C, Krabbendam L, Spauwen J, Kaplan C, Lieb R et al. Prospective cohort study of cannabis use, predisposition for psychosis, and psychotic symptoms in young people. *BMJ* 2004 ; 330 : 11
45. Fergusson DM, Horwood LJ et Swain-Campbell NR. Cannabis dependence and psychotic symptoms in young people. *Psychol Med* 2003 ; 33 : 15-21
46. Patton G, Coffey C, Carlin J, Degenhardt L, Lynskey M et Hall W. Cannabis use and mental health in young people : cohort study. *BMJ* 2002 ; 325 : 1195-8
47. Moore TH, Zammit S et Lingford-Hughes A. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes : a systematic review. *Lancet* 2007 ; 370 : 319-28
48. Article L-230-3 du Code du travail crée par loi n° 91-1414 du 31 décembre 1991 – art.1 (JOFR 7 janvier 1992)
49. Article 222-37 du Code pénal Modifié par Ordonnance n°2000-916 du 19 septembre 2000 – art. 3 (V) (JORFR 22 septembre 2000)
50. Article 222-39 du Code pénal Modifié par Loi n°2007-297 du 5 mars 2007 – art. 48 (JORF 7 mars 2007)
51. Article 222-41 du code pénal
52. Code de déontologie médicale article 95
53. Gheorghiev C, Arvers P, de Montleau F et Fidelle G. Questionnaire CAST : Validation en milieu militaire. *Alcoologie et addictologie* 2008 ; 30(3) : 261-8

54. Legleye S., Karila L., Beck F., et Reynaud M. Validation of the CAST, a Cannabis Abuse Screening Test, in general population, *Journal of Substance Use* 2007 Aug ; 12 (4) : 233-42
55. Renard C., Paris J.-F., Delaune D., Huart B., Oliviez J.-F. 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 armée* 2009 Oct ; 37(4) : 297-302
56. Fidelle G, De Kergunic TS et Auxéméry Y. Addictions et trauma : données épidémiologiques et cliniques. *Stress et trauma* 2009 ; 9 (1) : 45-54
57. De Montleau F, Favre JD, Moraud C et Lassagne M. Facteurs de risque des troubles psychiques survenant dans les forces armées en opérations extérieures. *Ann Med-Psychol* 1998 ; 156 (7) : 460-71

THÈSE DE MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2010

BERRY (Morgane)

**USAGE PROBLÉMATIQUE DU CANNABIS DANS LES UNITÉS DE L'ARMÉE DE TERRE RÉGION NORD-EST**

**Approches épidémiologique et clinique de ce mésusage et enseignements utiles pour le médecin d'unité.**

**RÉSUMÉ DE LA THÈSE :**

Depuis quelques années, l'Armée française a choisi de légiférer contre l'utilisation de substances psychoactives en son sein. Ces mesures sont devenues nécessaires devant les études montrant une consommation dans l'Armée. Nous envisageons de créer des outils pour aider le médecin d'unité dans sa politique de prévention, de dépistage et d'aide au sevrage. Notre étude porte les militaires des régiments de l'Armée de Terre 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 de cannabis et des autres substances psychoactives. Nous avons compulsé les résultats qui retrouvent un taux de mésusage de 8,25% principalement parmi les jeunes hommes militaires du rang célibataires et sans enfant. Parmi ces usagers, certaines conduites sont modifiées. Les usagers problématiques ressentent une perte de contrôle dans 32% des cas. La perspective de manquer de cannabis provoque une anxiété chez 33%. Ils éprouvent des difficultés d'arrêt de la consommation pour 40%. La polyconsommation est présente chez 28% des mésusagers. Enfin, la consommation 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%). 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 et particulier.

**CANNABIS MISUSE IN THE UNITS OF THE LAND FRENCH FORCES NORTHEAST REGION**

**Epidemiological and clinical approaches of this misuse and useful teachings for the military doctor.**

**SUMMARY :**

Since some years, French Army chooses to legislate against psychoactive substances consumption. It becomes necessary because of studies pointing at consumption in the French Army. We intend to create tools to help the military doctor in its policy of prevention, screening and help to the weaning. Our study is about the soldier of the regiments of the Land forces Region northeast coming in the medical center to their annual examination. Between the first June and 31 August 2008, we proposed them questionnaires with closed questions on the usage of cannabis and other psychoactive substances (PAS). The result is we have a rate of 8,25% misuse mainly among young men bachelor without children who are simple soldier. Among these users, some behaviors are modified. Misusers feel lost of control to 32%. Prospect of lack cannabis distresses 33%. They feel difficulties of stop consumption for 40%. The associate consumption of other PAS is finding by 28%. At last, we develop consumption during missions. 25% of misusers increase consumption during missions in France, they are 16% during foreign missions. The main evoked reasons are boredom (63%) and family remoteness (58%). With these results, we can envisage a specific prevention with peculiar characteristic of operational missions.

**MOTS CLEFS :**

- Cannabis
- Substances psychoactives
- Armée
- Conduites addictives
- Missions militaires

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex