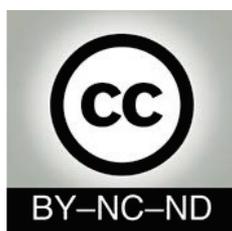




<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

THÈSE

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
D.E.S . de médecine générale**

**Etude d'approche du lien entre trouble de stress post traumatique et
conduites addictives avec et sans substances en population
militaire française**

Présentée et soutenue publique ment

Le 5 septembre 2019

par

Marine NIEDDA

Née le 3 juillet 1992 à Marignane (Bouches-du-Rhône)

Elève de l'Ecole du Val-de-Grâce

Ancienne élève de l'Ecole de Santé des Armées de Lyon-Bron

Composition du jury :

Monsieur le Professeur D'AMATO Thierry	Président de Jury
Madame le Professeur FLORI Marie	Assesseur
Madame le médecin en chef DAUDIN Marianne	Assesseur et Directrice de thèse
Monsieur le médecin en chef BOISSY Jean- Marc	Assesseur

THÈSE

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
D.E.S . de médecine générale**

**Etude d'approche du lien entre trouble de stress post traumatique et
conduites addictives avec et sans substances en population
militaire française**

Présentée et soutenue publique ment

Le 5 septembre 2019

par

Marine NIEDDA

Née le 3 juillet 1992 à Marignane (Bouches-du-Rhône)

Elève de l'Ecole du Val-de-Grâce

Ancienne élève de l'Ecole de Santé des Armées de Lyon-Bron

Composition du jury :

Monsieur le Professeur D'AMATO Thierry	Président de Jury
Madame le Professeur FLORI Marie	Assesseur
Madame le médecin en chef DAUDIN Marianne	Assesseur et Directrice de thèse
Monsieur le médecin en chef BOISSY Jean- Marc	Assesseur

2018-2019

Président de l'Université

Frédéric FLEURY

Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales

Pierre COCHAT

Directeur Général des Services

Damien VERHAEGUE

SECTEUR SANTE

UFR DE MEDECINE LYON EST

Doyen : Gilles RODE

UFR DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE
LYON SUD - CHARLES MERIEUX

Doyen : Carole BURILLON

INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES
ET BIOLOGIQUES (ISPB)

Directeur : Christine VINCIGUERRA

UFR D'ODONTOLOGIE

Doyen : Dominique SEUX

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE
READAPTATION (ISTR)

Directeur : Xavier PERROT

DEPARTEMENT DE FORMATION ET CENTRE
DE RECHERCHE EN BIOLOGIE HUMAINE

Directeur : Anne-Marie SCHOTT

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIE

UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIES

Directeur : Fabien DE MARCHI

UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES
ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS)

Directeur : Yannick VANPOULLE

POLYTECH LYON

Directeur : Emmanuel PERRIN

I.U.T. LYON 1

Directeur : Christophe VITON

INSTITUT DES SCIENCES FINANCIERES
ET ASSURANCES (ISFA)

Directeur : Nicolas LEBOISNE

OBSERVATOIRE DE LYON

Directeur : Isabelle DANIEL

ECOLE SUPERIEUR DU PROFESSORAT
ET DE L'EDUCATION (ESPE)

Directeur Alain MOUGNIOTTE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle)

ADHAM Mustapha	Chirurgie Digestive
BONNEFOY Marc	Médecine Interne, option Gériatrie
BERGERET Alain	Médecine et Santé du Travail
BROUSSOLLE Emmanuel	Neurologie
BURILLON-LEYNAUD Carole	Ophthalmologie
CHIDIAC Christian	Maladies infectieuses ; Tropicales
FLOURIE Bernard	Gastroentérologie ; Hépatologie
FOUQUE Denis	Néphrologie
GEORGIEFF Nicolas	Pédopsychiatrie
GILLY François-Noël	Chirurgie générale
GLEHEN Olivier	Chirurgie Générale
GOLFIER François	Gynécologie Obstétrique ; gynécologie médicale
GUEUGNIAUD Pierre-Yves	Anesthésiologie et Réanimation urgence
LAVILLE Martine	Nutrition - Endocrinologie
LAVILLE Maurice	Thérapeutique - Néphrologie
LINA Gérard	Bactériologie
MALICIER Daniel	Médecine Légale et Droit de la santé
MION François	Physiologie
MORNEX Françoise	Cancérologie ; Radiothérapie
MOURIQUAND Pierre	Chirurgie infantile
NICOLAS Jean-François	Immunologie
PIRIOU Vincent	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
RODRIGUEZ-LAFRASSE Claire	Biochimie et Biologie moléculaire
SALLES Gilles	Hématologie ; Transfusion
SIMON Chantal	Nutrition
THIVOLET Charles	Endocrinologie et Maladies métaboliques
THOMAS Luc	Dermato – Vénérologie
TRILLET-LENOIR Véronique	Cancérologie ; Radiothérapie
VALETTE Pierre Jean	Radiologie et imagerie médicale
VIGHETTO Alain	Neurologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

ALLAOUCHICHE Bernard	Anesthésie-Réanimation Urgence
ANDRE Patrice	Bactériologie – Virologie
BERARD Frédéric	Immunologie
BONNEFOY- CUDRAZ Eric	Cardiologie
BOULETREAU Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CERUSE Philippe	O.R.L
CHAPET Olivier	Cancérologie, radiothérapie
DES PORTES DE LA FOSSE Vincent	Pédiatrie
DORET Muriel	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
FARHAT Fadi	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
FESSY Michel-Henri	Anatomie – Chirurgie Ortho
FEUGIER Patrick	Chirurgie Vasculaire
FRANCK Nicolas	Psychiatrie Adultes
FREYER Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
GIAMMARILE Francesco	Biophysique et Médecine nucléaire
JOUANNEAU Emmanuel	Neurochirurgie
KASSAI KOUPI Behrouz	Pharmacologie Fondamentale, Clinique
LANTELME Pierre	Cardiologie
LEBECQUE Serge	Biologie Cellulaire
LIFANTE Jean-Christophe	Chirurgie Générale

LONG Anne
LUAUTE Jacques
PAPAREL Philippe
PEYRON François
PICAUD Jean-Charles
POUTEIL-NOBLE Claire
PRACROS J. Pierre
RIOUFFOL Gilles
RUFFION Alain
SALLE Bruno
SANLAVILLE Damien
SAURIN Jean-Christophe
SERVIEN Elvire
SEVE Pascal
THOBOIS Stéphane
TRONC François

Médecine vasculaire
Médecine physique et Réadaptation
Urologie
Parasitologie et Mycologie
Pédiatrie
Néphrologie
Radiologie et Imagerie médicale
Cardiologie
Urologie
Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
Génétique
Hépatogastroentérologie
Chirurgie Orthopédique
Médecine Interne, Gériatrie
Neurologie
Chirurgie thoracique et cardio

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

BARREY Cédric
BELOT Alexandre
BOHE Julien
BREVET-QUINZIN Marie
CHO Tae-hee
HOTEL Franck
COTTE Eddy
COURAND Pierre-Yves
COURAUD Sébastien
DALLE Stéphane
DEVOUASSOUX Gilles
DISSE Emmanuel
DUPUIS Olivier
FRANCO Patricia
GHESQUIERES Hervé
GILLET Pierre-Germain
HAUMONT Thierry
LASSET Christine
LEGA Jean-Christophe
LEGER FALANDRY Claire
LUSTIG Sébastien
MOJALLAL Alain-Ali
NANCEY Stéphane
PASSOT Guillaume
PIALAT Jean-Baptiste
REIX Philippe
ROUSSET Pascal
TAZAROURTE Karim
THAI-VAN Hung
TRAVERSE-GLEHEN Alexandra
TRINGALI Stéphane
VOLA Marco
WALLON Martine
WALTER Thomas
YOU Benoît

Neurochirurgie
Pédiatrie
Réanimation urgence
Anatomie et cytologie pathologiques
Neurologie
Chirurgie Infantile
Chirurgie générale
Cardiologie
Pneumologie
Dermatologie
Pneumologie
Endocrinologie diabète et maladies métaboliques
Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
Physiologie - Pédiatrie
Hématologie
Biologie Cell.
Chirurgie Infantile
Epidémiologie., éco. Santé
Thérapeutique – Médecine Interne
Médecine interne, gériatrie
Chirurgie. Orthopédique,
Chirurgie. Plastique.,
Gastro Entérologie
Chirurgie Générale
Radiologie et Imagerie médicale
Pédiatrie -
Radiologie imagerie médicale
Médecine Urgence
Physiologies - ORL
Anatomie et cytologie pathologiques
O.R.L.
Chirurgie thoracique cardiologie vasculaire
Parasitologie mycologie
Gastroentérologie – Hépatologie
Cancérologie

PROFESSEUR ASSOCIE sur Contingent National

PIERRE Bernard

Cardiologie

PROFESSEURS - MEDECINE GENERALE (2^{ème} Classe)

BOUSSAGEON Rémy
ERPELDINGER Sylvie

PROFESSEUR ASSOCIE - MEDECINE GENERALE

DUPRAZ Christian
PERDRIX Corinne

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Hors Classe)

ARDAIL Dominique	Biochimie et Biologie moléculaire
CALLET-BAUCHU Evelyne	Hématologie ; Transfusion
DIJOURD Frédérique	Anatomie et Cytologie pathologiques
LORNAGE-SANTAMARIA Jacqueline	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
MASSIGNON Denis	Hématologie – Transfusion
RABODONIRINA Meja	Parasitologie et Mycologie
VAN GANSE Eric	Pharmacologie Fondamentale, Clinique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

BRUNEL SCHOLTES Caroline	Bactériologie virologie ; Hygiène hospitalière.
COURY LUCAS Fabienne	Rhumatologie
DECAUSSIN-PETRUCCI Myriam	Anatomie et cytologie pathologiques
DESESTRET Virginie	Cytologie – Histologie
FRIGGERI Arnaud	Anesthésiologie
DUMITRESCU BORNE Oana	Bactériologie Virologie
GISCARD D'ESTAING Sandrine	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
LOPEZ Jonathan	Biochimie Biologie Moléculaire
MAUDUIT Claire	Cytologie – Histologie
MILLAT Gilles	Biochimie et Biologie moléculaire
PERROT Xavier	Physiologie - Neurologie
PONCET Delphine	Biochimie, Biologie cellulaire
RASIGADE Jean-Philippe	Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière
NOSBAUM ép ROSSIGNOL Audrey	Immunologie
SUJOBERT Pierre	Hématologie - Transfusion
VALOUR Florent	Mal infect.
VUILLEROT Carole	Médecine Physique Réadaptation

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

BOLZE Pierre-Adrien	Gynécologie Obstétrique
DEMILY Caroline	Psy-Adultes
HALFON DOMENECH Carine	Pédiatrie
JAMILLOUX Yvan	Médecine Interne - Gériatrie
KOPPE Laetitia	Néphrologie
PETER DEREK	Physiologie - Neurologie
PUTOUX DETRE Audrey	Génétique
RAMIERE Christophe	Bactériologie-virologie
SKANJETI Andréa	Biophysique. Médecine nucléaire.
SUBTIL Fabien	Bio statistiques
VISTE Anthony	Anatomie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES – MEDECINE GENERALE

SUPPER Irène

PROFESSEURS EMERITES

Les Professeurs émérites peuvent participer à des jurys de thèse ou d'habilitation. Ils ne peuvent pas être président du jury.

ANNAT Guy	Physiologie
BERLAND Michel	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
CAILLOT Jean Louis	Chirurgie générale
CARRET Jean-Paul	Chirurgie Orthopédique
ECOCHARD René	Bio-statistiques
FLANDROIS Jean-Pierre	Bactériologie – Virologie; Hygiène hospitalière
DUBOIS Jean-Pierre	Médecine générale
LLORCA Guy	Thérapeutique
MATILLON Yves	Epidémiologie, Economie Santé et Prévention
PACHECO Yves	Pneumologie
PEIX Jean-Louis	Chirurgie Générale
SAMARUT Jacques	Biochimie et Biologie moléculaire
TEBIB Jacques	Rhumatologie

REMERCIEMENTS

A L'ÉCOLE DU VAL-DE-GRÂCE

A Monsieur le médecin général Humbert BOISSEAUX

Directeur de l'École du Val-de-Grâce
Professeur agrégé du Val-de-Grâce
Chevalier de la Légion d'honneur
Officier dans l'Ordre National du Mérite
Chevalier de l'Ordre des Palmes académiques

A Madame le médecin-chef des services hors classe

Catherine CRÉACH nom d'usage THIOLET

Directrice-adjointe de l'École du Val-de-Grâce
Professeur agrégé du Val-de-Grâce
Chevalier de la Légion d'honneur
Officier dans l'Ordre National du Mérite

A NOS MEMBRES DU JURY

A Monsieur le Professeur D'AMATO Thierry

Professeur des Universités de psychiatrie

Chef de service de psychiatrie générale adulte au Centre Hospitalier le Vinatier

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury et nous vous en remercions. Veuillez recevoir à travers cette thèse l'assurance de notre profond respect.

A Madame le Professeur FLORI Marie

Professeur des Universités de médecine générale

Directrice du Collège Universitaire de Médecine Générale

Votre intérêt pour notre travail et votre présence au sein de ce jury nous honore. Veuillez trouver ici l'expression de nos remerciements.

A Madame le Médecin en Chef DAUDIN Marianne

Professeur agrégé du Val du Grace

Chef de service de psychiatrie de l'Hôpital d'Instruction des Armées Desgenettes

Je vous remercie de m'avoir accompagnée tout au long de ce travail de thèse. Votre écoute, votre bienveillance et vos conseils ont été des aides précieuses. Je vous remercie également de m'avoir fait découvrir l'addictologie que je compte bien pratiquer au fil de ma carrière de médecin des forces.

A Monsieur le Médecin en Chef BOISSY Jean Marc

Praticien certifié en médecine d'armée

Je te remercie grandement de ta bienveillance et de ton soutien au cours de mon semestre en médecine des forces. Je suis touchée par l'attention que tu portes à nouveau au travail de thèse que nous avons réalisé.

A NOS COLLABORATEURS

A Madame le Médecin en Chef Catherine VERRET

Praticien certifié de Santé publique et médecine sociale à l'Institut de recherche biomédicale des armées

Nous vous remercions pour le soutien méthodologique que vous nous avez apporté.

A Madame MARTIN Solenne,

Biostatisticienne au Bureau Recherche et Innovation, à la Direction de la formation, de la recherche et de l'innovation du Val de Grâce

Nous vous remercions pour le soutien que vous nous avez apporté en acceptant de réaliser l'ensemble des analyses statistiques. Nous vous en sommes très reconnaissants.

A Madame le médecin DAVID Anaïs

Assistante spécialiste des hôpitaux des armées

Service de psychiatrie de l'hôpital d'instruction des armées Percy

Nous vous remercions grandement de votre disponibilité, de votre aide et de votre collaboration au cours de cette étude que vous aviez initiée.

A Madame le médecin PILATI Natacha

Médecin des armées

Nous vous remercions de votre collaboration, votre aide et votre disponibilité au cours de cette étude.

A l'ensemble des services de psychiatrie des Hôpitaux des Instructions des armées Percy, Begin, Robert Picqué et Desgenettes.

Nous vous remercions pour votre aide et votre grande collaboration à ce travail de thèse.

A TOUS LES SERVICES QUI M'ONT ACCUEILLIE

Aux médecins, infirmiers et aides-soignants du service des urgences Desgenettes

Merci de m'avoir fait passer le cap du tout premier semestre d'interne grâce à votre bienveillance et votre patience !

Aux médecins, infirmiers aides-soignantes du service de cardio-gastro entérologie

Merci de m'avoir aussi bien intégré dans l'équipe et de m'avoir autant chouchoutée !

Aux médecins, infirmiers ,aux san et psychologue de la 80eme antenne médicale de Lyon

Merci d'avoir conforté mon projet d'être médecin des forces. Merci d'avoir répondu à toutes mes « petites questions » et d'avoir partagé autant de bons souvenirs sur le terrain !

Aux médecins, infirmiers et aides-soignants du service de psychiatrie

Merci de m'avoir autant soutenu sur ce travail de thèse ! Merci pour votre gentillesse et votre bonne humeur!

Vous avez partagé vos expériences et votre savoir.

Je vous remercie de votre patience et de votre enseignement.

A Mon Père,

qui a toujours été là pour me soutenir et me pousser au bout des projets que j'ai menés. Merci d'avoir cru en moi et d'avoir fait la personne que je suis aujourd'hui. Ton courage et ton humanité sont des vertus que tu m'as transmises et je t'en remercie. Tu nous as élevés avec maman de manière remarquable et tu peux en être fier. Tu m'as aussi appris qu'il fallait toujours se battre pour réussir et qu'un jour la roue tournerait. Je crois que ce jour est arrivé.

A toi Simon,

mon amoureux, merci d'écouter encore à ce jour la 38ème mille fois mon introduction pour « savoir si c'est bien ! ». Ton amour, ta patience et ton soutien font de ma vie une bulle de bonheur (sans oublier ton humour !). Ta sagesse et tes conseils me rendent meilleure et ta présence dans les moments les plus durs a su m'apaiser.

A mes frères, Sébastien et Florent,

mes deux petits frères qui ont rendu mon enfance bien plus joyeuse. Merci de m'avoir soutenue pendant toutes ces études et pour tous les autres moments compliqués. Vous êtes aujourd'hui deux jeunes adultes qui ont des cœurs d'or. Je serai toujours là pour vous.

A mes grands-parents, à Mémé Angèle, ma marraine, mon oncle et mes cousines

Votre bienveillance et votre amour m'ont poussé à aller toujours plus loin. Vous n'avez cessé de m'encourager, de me soutenir, de vous inquiéter aussi ! En espérant vous rendre fiers ! Je vous aime !

A ma Lulau,

ma meilleure amie que je ne pourrais jamais remplacer. Ma vie à la Boîte aurait été bien différente sans toi ! A tous nos fous rires, à nos craquages en révision, à nos virées en Twingo (souvent direction Mcdo... !). Merci pour ta présence à mes côtés dans tous les bons et mauvais moments depuis ces 9 dernières années !!

A mes Lyonnaises, Laura « ma binôme », et Soso sur qui je peux toujours compter (même à 23h à 1 mois de l'ECN !),

merci pour votre bonne humeur et votre soutien à toute épreuve, A notre belle amitié et à tous ces bons souvenirs partagés !

A tous mes amis de la Boîte, Berengère, Pierre, Xavier, Arnaud, Thibaut, Louis, Mélanie, Steffy, Stacy, Camille, Manon, Marin, Briec, JB, Miary et Mathieu, Céline

A tous nos souvenirs à la Boate, merci pour le soutien et l'entraide pendant nos années de médecine !

A toutes les Springs,

Annick, Minou, Anaëlle, Andréa, Mathilde, Charlotte, MAC, Candide, Hélène, Momo, Claire et Barbie, une belle équipe de copines ! A tous nos Week end à Die autour d'un bon verre de clairette mais surtout à nos belles victoires à Palaiseau ! Vive les Springs et vive Lolo !

A Louise,

qui a été un pilier pendant mon premier semestre en service ! A nos petits dej et nos comptes rendus en musique !

A tous mes co internes : Elisa, Quentin, Diane

Cet internat n'aurait pas été le même sans vous ! A tous nos bons moments ! Je vous souhaite le meilleur pour la suite !

Et pour finir tout particulièrement à toi Maman chérie,

Sans toi je n'aurais jamais été médecin. Tu m'as transmis le courage et la force de faire face aux obstacles. Merci de m'avoir montré l'importance de profiter pleinement de la vie. J'ai eu énormément de chance que la vie m'ait offerte une maman aussi aimante et aussi bienveillante. Ta présence me manque aujourd'hui ! Je t'aime

A nos blessés

Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont 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.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas
à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je
perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et
méprisé si j'y manque.

○...ALLEZ OU LA PATRIE ET L'HUMANITE ○
VOUS APPELLENT SOYEZ Y TOUJOURS
PRETS A SERVIR L'UNE ET L'AUTRE ET S'IL
LE FAUT SACHEZ IMITER CEUX DE VOS
GENEREUX COMPAGNONS QUI AU MEME POSTE
SONT MORTS MARTYRS DE CE DEVOUEMENT
INTREPIDE ET MAGNANIME
QUI EST LE VERITABLE ACTE DE FOI
DES HOMMES DE NOTRE ETAT.

BARON PERCY

CHIRURGIEN EN CHEF DE LA GRANDE ARMÉE
○ AUX CHIRURGIENS SOUS-AIDES. 1811 ○

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	23
1 ^{ère} PARTIE : DEFINITION.....	25
1) <u>TROUBLE DE STRESS POST TRAUMATIQUE</u>	25
a) <u>Evolution des idées et définition</u>	25
b) <u>Données épidémiologiques</u>	28
2) <u>TROUBLE DE L'USAGE</u>	30
a) <u>Définition</u>	30
b) <u>Les substances psychoactives</u>	32
(a) <u>Tabac</u>	32
(b) <u>Alcool</u>	33
(c) <u>Cannabis</u>	34
(d) <u>Cocaïne</u>	36
(e) <u>Héroïne</u>	37
(f) <u>Psychotropes</u>	38
c) <u>Les addictions comportementales</u>	39
2 ^{ème} PARTIE : DONNEES DE LA LITTERATURE.....	41
1) <u>TROUBLE DE STRESS POST TRAUMATIQUE ET TABAC</u>	41
a) <u>Données épidémiologiques</u>	41
b) <u>Origines et conséquences cliniques</u>	42
c) <u>Hypothèses étiologiques</u>	43
2) <u>TROUBLE DE STRESS POST TRAUMATIQUE ET ALCOOL</u>	44
a) <u>Données épidémiologiques</u>	44
b) <u>Origines et conséquences cliniques</u>	46
c) <u>Hypothèses étiologiques</u>	47
3) <u>TROUBLE DE STRESS POST TRAUMATIQUE ET CANNABIS</u>	47
a) <u>Données épidémiologiques</u>	47
b) <u>Origines et conséquences cliniques</u>	49
c) <u>Hypothèses étiologiques</u>	50

4) <u>TROUBLE DE STRESS POST TRAUMATIQUE ET COCAINE</u>	51
5) <u>TROUBLE DE STRESS POST TRAUMATIQUE ET OPIACES</u>	52
a) <i>Héroïne</i>	52
b) <i>Autres opiacés et opioïdes</i>	53
6) <u>TROUBLE DE STRESS POST TRAUMATIQUE ET PSYCHOTROPES</u>	54
7) <u>TROUBLE DE STRESS POST TRAUMATIQUE ET ADDICTIONS</u> <u>COMPORTEMENTALES</u>	54
3 ^{ème} PARTIE : MATERIELS ET METHODE.....	56
1) <u>TYPE D'ETUDE</u>	56
2) <u>OBJECTIFS DE L'ETUDE</u>	56
a) <i>Objectif principal</i>	56
b) <i>Objectifs secondaires</i>	56
3) <u>CONCEPTION DE LA RECHERCHE</u>	57
4) <u>POPULATION</u>	58
a) <i>Critères d'inclusion</i>	58
b) <i>Critères d'exclusion</i>	58
c) <i>Information au patient</i>	59
5) <u>CRITERES D'EVALUATION</u>	59
a) <i>Critères d'évaluation principaux</i>	59
(a) <i>Trouble de stress post traumatique</i>	59
(b) <i>Tabac</i>	59
(c) <i>Alcool</i>	60
(d) <i>Cannabis</i>	60
b) <i>Critères d'évaluation secondaires</i>	60
6) <u>DEROULEMENT DE L'ETUDE</u>	61
a) <i>Sélection</i>	61
b) <i>Inclusion</i>	61

c) <i>Suivi et prise en charge</i>	62
d) <i>Fin de l'étude</i>	62
7) <u>VARIABLES MESUREES ET METHODE DE MESURE</u>	62
8) <u>ASPECTS STATISTIQUES</u>	63
a) <i>Calcul du nombre de sujets nécessaires</i>	63
b) <i>Méthode statistique</i>	63
9) <u>CRITERES D'ARRET DE L'ETUDE</u>	64
a) <i>Critère d'arrêt de l'étude par un sujet qui y participe</i>	64
b) <i>Arrêt de l'étude par le promoteur</i>	64
c) <i>Arrêt de l'étude par l'investigateur</i>	65
 4 ^{ème} PARTIE : RESULTATS DE L'ETUDE.....	66
1) <u>RESULTATS DE L'HOPITAL D'INSTRUCTION DES ARMEES DES GENETTES (LYON)</u>	66
a) <i>Description de la population</i>	66
(a) <i>Données sociodémographiques</i>	66
(b) <i>Suivi médical</i>	68
b) <i>Evènements traumatisants et trouble de stress post traumatique</i>	70
c) <i>Consommation de substances psychoactives</i>	72
(a) <i>Consommation de tabac</i>	72
(b) <i>Consommation d'alcool</i>	75
(c) <i>Consommation de cannabis</i>	81
(d) <i>Autres substances psychoactives</i>	85
d) <i>Addictions sans substance</i>	85
(a) <i>Jeux vidéo</i>	85
(b) <i>Jeux d'argent et de hasard</i>	85
(c) <i>Conduites à risque</i>	85
(d) <i>Sexe</i>	85

2) <u>RESULTATS NATIONAUX : ANALYSE GLOBALE (HOPITAUX d'INSCRIPTION DES ARMEES PERCY, BEGIN, ROBERT PICQUE ET DES GENETTES)</u>	86
a) <u>Description de la population</u>	86
(a) <i>Données sociodémographiques</i>	86
(b) <i>Suivi médical</i>	88
b) <u>Evènements traumatisants et trouble de stress post traumatique</u>	90
c) <u>Consommation de substances psychoactives</u>	92
(a) <i>Consommation de tabac</i>	92
(b) <i>Consommation d'alcool</i>	97
(c) <i>Consommation de cannabis</i>	103
(d) <i>Autres substances psychoactives</i>	109
d) <u>Addictions sans substance</u>	109
(a) <i>Jeux vidéo</i>	109
(b) <i>Jeux d'argent et de hasard</i>	110
(c) <i>Conduites à risque</i>	110
(d) <i>Sexe</i>	110
 5 ^{ème} PARTIE : DISCUSSION.....	112
1) <u>POPULATION D'ETUDE</u>	112
2) <u>EVENEMENTS A POTENTIEL TRAUMATIQUE</u>	114
3) <u>CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES</u>	115
a) <u>Tabac</u>	115
b) <u>Alcool</u>	117
c) <u>Cannabis</u>	118
d) <u>Autres substances psychoactives</u>	120
4) <u>ADDICTIONS SANS SUBSTANCE</u>	120
5) <u>LIMITES DE L'ETUDE</u>	121
6) <u>PERSPECTIVES</u>	122
 CONCLUSION.....	124

LISTE DES ABREVIATIONS	126
LISTE DES ILLUSTRATIONS.....	127
<u>LISTE DES TABLEAUX</u>	127
<u>LISTE DES FIGURES</u>	129
BIBLIOPGRAPHIE.....	130
ANNEXE.....	138
<u>ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE LIE BET</u>	138
<u>ANNEXE 2 : ACCORD DU COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES SUD EST IV DU 3 AVRIL 2017</u>	139
<u>ANNEXE 3 : ACCORD DU COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES SUD EST IV DU 16 JANVIER 2018</u>	141
<u>ANNEXE 4 : QUESTIONNAIRE DE L'ETUDE AVEC FEUILLET ADDITIONNEL</u> ..	142

INTRODUCTION

Le contexte géopolitique actuel conduit les troupes armées à être engagées sur de nombreux théâtres d'opération, à la fois en Afrique et au Moyen Orient, mais également, depuis les attentats qui ont touché la France en 2015, sur le territoire français dans le cadre de l'opération Sentinelle. La multiplication des opérations extérieures (OPEX) expose les militaires à des événements potentiellement violents, dont ils peuvent être les acteurs, les cibles ou les témoins. Ce type d'évènement augmente par conséquent le risque d'apparition de troubles psychiques, tel que le trouble de stress post traumatique (TSPT). Les derniers travaux portant sur les rapatriements sanitaires des théâtres d'opérations de 2013 à 2016 mettent en évidence que les rapatriements pour motifs psychiatriques sont la 2^{ème} cause de rapatriements sanitaires derrière les motifs orthopédiques, avec une prévalence de 24 %. Parmi ces troubles psychiques, on retrouve un quart de troubles psychiques post-traumatiques, des troubles de stress aigus et des troubles de stress post-traumatiques déclenchés à la faveur d'un nouvel évènement venant rappeler un évènement précédent, parfois survenu sur un autre théâtre d'opération quelques années avant. [1]

L'intensité du conflit en Afghanistan a incité le Service de Santé des Armées (SSA) à optimiser les modalités de dépistage et de prise en charge du TSPT chez les militaires français. Une étude de 2009 de X .Berry a permis de valider l'utilisation de la Post Traumatic checkList Scale (PCLS) au sein des antennes médicales militaires pour le dépistage du TSPT en population militaire après le retour d'OPEX (utilisation systématique à l'occasion d'une visite médicale dans les trois mois au retour de la mission). [2] Cette étude a permis d'intégrer ce dépistage systématique au retour d'OPEX dans le premier plan d'action « Troubles psychiques post traumatiques dans les armées » 2010-2012. [3]

Un second plan d'action a été mené en 2013-2015, mettant en évidence le médecin des forces comme la pierre angulaire de la chaîne santé. En effet, il est essentiel de sensibiliser et de former les soignants du SSA aux troubles psychiques post-traumatiques mais également de repérer et d'accompagner les militaires en souffrance et leur famille. [4]

Un troisième plan d'action a été mis en œuvre, dans la lignée des deux précédents. Il insiste sur « la reconnaissance, la réhabilitation psychosociale et la reconversion

professionnelle des militaires souffrant d'un syndrome psychotraumatique ». [5] Un quatrième est aujourd'hui en cours de rédaction.

Par ailleurs, au travers de la littérature internationale et notamment américaine, nous repérons que le TSPT est associée à d'autres comorbidités : dépressions, risque suicidaire mais aussi trouble de l'usage de substances. [6 ; 7]

Cependant, les pratiques addictives associées au TSPT n'ont pas été à ce jour étudiées en population militaire française. Il nous paraissait important de monter une étude afin d'avoir un premier aperçu de la consommation de substances psychoactives et des comportements addictifs au sein d'une population de soldats présentant un TSPT. Les militaires sont pour la plupart des sujets jeunes, population vulnérable par rapport à la consommation de tabac, d'alcool et de cannabis, à la poly consommation de substances psychoactives, avec ce que cela peut engendrer en terme de complications somatiques et de retentissement sur l'environnement familial, social ou professionnel. Les TSPT représentent aujourd'hui 90 % des Congés Longue Durée pour Maladie (CLDM) liés aux OPEX et 24 % des CLDM dans l'armée de terre, soit un retentissement important sur l'activité professionnelle, selon les chiffres fournis par l'Inspection du Service de Santé des Armées (les CLDM sont des congés de la position de non activité délivrés par périodes de 6 mois).

L'objectif principal de l'étude que nous avons menée était donc de décrire les consommations de tabac, d'alcool et de cannabis et de manière secondaire les autres substances illicites (cocaïne, héroïne, psychotropes détournés de leur usage médical), ainsi que les comportements addictifs (jeux d'argent et de hasard, jeux vidéo, conduites à risque, sexe) au sein d'une population de militaires français souffrant de TSPT et pris en charge dans quatre Hôpitaux d'Instruction des Armées situés en France métropolitaine, entre 2017 et 2018.

Après avoir défini chaque notion et chaque substance étudiées, nous détaillerons les dernières données épidémiologiques retrouvées dans la littérature scientifique. Nous expliquerons le protocole d'étude et annoncerons les résultats. Enfin, une discussion permettra de mettre en avant des pistes de réflexions à partir de l'étude menée.

1^{ère} PARTIE : DEFINITIONS

1) TROUBLE DE STRESS POST TRAUMATIQUE

a) Evolution des idées et définitions

Au I^{er} siècle avant JC, Lucrèce dans *Rerum Natura* décrivait des rêves traumatiques de bataille chez les généraux. Des siècles plus tard, Oppenheim en 1884 emploie le terme de névrose traumatique à la suite de catastrophes ferroviaires, entité autonome qui provoque chez la victime une réaction psychique intense, dite « d'effroi ».

Ce sont également les guerres qui ont donné lieu aux travaux fondamentaux sur le traumatisme psychique. Durant les guerres napoléoniennes, les médecins de la grande Armée, Larrey, Desgenettes et Percy, décrivent des réactions de combat aiguës, comme le « *syndrome du vent du boulet* ». Un officier présent à la bataille d'Eylau, lorsqu'un boulet vient lui arracher sa coiffe, reste en état de stupeur, figé sur place avec un blocage des fonctions motrices.

Nous citerons également la 1^{ère} guerre mondiale durant laquelle la violence des combats engendre frayeur et effroi. Des descriptions sont faites de combattants hébétés, hagards, souffrant de troubles confuso-stuporeux, décrits sous le nom d'« *hypnose des batailles* » ou « *obusite* », l'ambiguïté de ce terme traduisant une incertitude quant à la nature physique ou psychique des troubles observés chez les soldats qui ne portent aucune blessure évidente. Ce sont surtout les pertes psychiques qui ont vraiment permis de prendre en considération ces troubles. De l'expérience de cette guerre, nous retiendrons les fondements théoriques apportés par Freud sur la névrose traumatique et la découverte de la psychiatrie de l'avant, en définissant le traumatisme psychique comme étant « *toute excitation externe assez forte pour faire effraction dans la vie psychique du sujet* ». [8]

Un psychiatre américain Thomas Salmon a permis de faire évoluer la psychiatrie de l'avant en temps de guerre à la fin de la Grande Guerre en 1917. Observateur sur le front, il émit 5 grands principes de prise en charge des blessés psychiques : immédiateté, proximité, espérance de guérison, simplicité et centralité. En effet, il mit en place un système de prise en charge des soldats traumatisés en structurant une organisation hiérarchisée au plus près des

blessés. Il proposa de les recueillir dans un avant-poste médical afin de les rassurer et de les calmer. Si le patient ne présentait aucune amélioration au bout d'une semaine, il était évacué dans un hôpital sur le camp de base afin de pouvoir s'éloigner de l'angoisse du front.

On retrouvera cette même organisation pendant la seconde guerre mondiale en 1943, avec la mise en place par les médecins alliés d'une circulaire appelée BRADLEY permettant de traiter sur place pendant une semaine les blessés psychiques et d'évacuer ceux pour lesquels la prise en charge n'était pas suffisante. [9]

À la fin de la 2^{ème} guerre mondiale sont découvertes l'horreur et la déshumanisation des camps de concentration, dont les rescapés souffrent de troubles psychiques post-traumatiques, décrits parfois sous le terme de « *syndrome des déportés* ».

Les Américains ont retrouvé l'actualité de cette clinique à l'occasion des troubles psychiatriques observés chez les vétérans du Vietnam, ce qui a permis de formaliser l'entité état de stress post-traumatique dans la 3^{ème} édition du DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) en 1980 par l'APA (American Psychiatric Association) dans la catégorie des troubles anxieux. L'état de stress post-traumatique est alors défini comme la réponse clinique à « *un événement psychologiquement traumatique, généralement hors du commun (catastrophes naturelles ou causées accidentellement ou intentionnellement par les hommes)* ». [10]

Aujourd'hui, les TSPT sont devenus une entité à part dans le DSM 5, associés aux troubles de l'adaptation, mettant par là-même en avant l'aspect événementiel de ce type de trouble. La définition actuelle du trouble de stress post-traumatique par le DSM 5 repose sur une exposition à un événement traumatique, événement au cours duquel « *le sujet a pu être menacé de mort, trouver la mort, subir des violences graves ou des violences sexuelles directement ou en étant le témoin. Il est également reconnu comme fait traumatique le visionnage répété d'images violentes lorsque cela est réalisé dans le cadre professionnel* ».

Sur le plan symptomatique, il est alors associé à cet événement les éléments cliniques suivants :

- Un syndrome de répétition, qui comporte des reviviscences, des cauchemars traumatiques et des flash-backs reproduisant à l'identique la scène traumatique, accompagnés d'une réaction neurovégétative importante.

- Un syndrome d'évitement, qui est un ensemble de stratégies que le patient met en œuvre afin de pas être confronté à des lieux, des personnes ou même des situations qui lui rappelleraient l'évènement traumatique.
- Une hyperactivation neurovégétative qui regroupe des altérations du sommeil, une irritabilité et un état d'hypervigilance, le plus souvent accompagnés de troubles mnésiques et de troubles de la concentration.
- Une altération négative des cognitions et de l'humeur qui regroupe amnésie dissociative, distorsion cognitive à propos de la cause ou de la conséquence des événements traumatisants, état émotionnel négatif, réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités, sentiments de détachement et incapacité persistante de ressentir des émotions positives.

Ces symptômes doivent évoluer depuis plus d'un mois après l'évènement traumatisant pour pouvoir correspondre à un TSPT. En dessous de ce seuil, on parle de trouble de stress aigu. De plus, on parle de manifestation retardée si « *l'ensemble de ces critères de diagnostic n'est présent que six mois après l'évènement (bien que l'apparition et la manifestation de certains symptômes puissent être immédiates et que tous les critères ne soient pas satisfaits dans l'immédiat)* ». [11]

Pour évaluer de manière standardisée le trouble de stress post-traumatique, on utilise l'auto questionnaire PCLS (Post traumatic disorder CheckList Scale), créée en 1993 par Weathers et validé en France en 2003 par Cottraux J. Ce questionnaire comporte 17 questions toutes cotées de 1 à 5 selon une intensité croissante. Les différents items sont regroupés selon les symptômes étudiés : symptômes d'intrusion (questions 1 à 5), d'évitement (questions 6 à 12) et d'hyperactivation neurovégétative (questions 13 à 17). Un résultat supérieur à 44 confirme un diagnostic de TSPT avec une sensibilité de 97 % et une spécificité de 87 %. Le seuil de positivité indique une orientation en milieu spécialisé, où le diagnostic sera confirmé cliniquement par un spécialiste permettant alors de mettre en place une prise en charge psychiatrique personnalisée.

b) Données épidémiologiques

Le trouble de stress post traumatique est une pathologie encore peu étudiée en France.

Une étude de prévalence a été menée en France métropolitaine entre 1999 et 2003 portant sur 36000 personnes (*Santé Mentale en Population Générale*) : la prévalence instantanée (au cours du dernier mois écoulé) du TSPT était de 0,7 % en population générale avec une répartition de 45 % d'hommes et 55 % de femmes. [12] Selon l'étude européenne *ESEMed* de 2003, il était estimé qu'en France, la prévalence sur la vie entière de TSPT était de 3,9 % et de 2,2 % au cours des 12 derniers mois. [12]

A l'échelle européenne, on retrouve une prévalence de TSPT chronique de 1,9 % tandis que 30,2 % de la population générale européenne ont été confrontés à des événements traumatiques. [13]

Selon ces études, les femmes ont deux fois plus de risque de développer un TSPT, tandis que les hommes sont deux fois plus exposés à des événements traumatisants, ce qui explique un équilibre du sex ratio. [12 ; 13]

Les études américaines mettent en avant des taux de TSPT bien plus importants qu'en France ou dans le reste de l'Europe. En effet, d'après the National Comorbidity Survey en 1995, on retrouve une prévalence au cours de la vie de 7,8 % de la population générale (5 % des hommes et 10,4 % des femmes). Ces données étaient proches de celles d'autres cohortes comme celles menées par Breslau (6 % des hommes et 11,3 % des femmes) et par Resnick (12,3 % des femmes) à la même époque. [14] Plus récemment, the National Institute of Mental Health décrit que 6,8 % de la population générale américaine souffraient ou souffriraient de TSPT au cours de leur vie (5,2 % des femmes et 1,8 % des hommes). [12 ; 15]

D'après une revue de plusieurs études américaines, A.Jolly retrace dans le *Journal International de victimologie*, que 16,3 % à 89,6 % des sujets américains reconnaissent avoir fait l'expérience d'au moins un événement traumatique au cours de leur vie. On retrouve selon le sexe des événements particuliers : les hommes ont plus souvent été victimes de préjudice grave, d'une agression physique ou d'un combat militaire tandis que les femmes ont plus souvent été soumises à des agressions sexuelles dont le viol ou d'abus ou de négligence durant l'enfance. [16] De plus, le risque d'être confronté à des événements traumatiques décroît avec l'âge. [16]

Le trouble de stress post traumatique est donc une pathologie qui peut toucher un nombre de personnes non négligeable, mais peut surtout toucher des populations dites « à risque ». Une enquête de santé publique a été menée après les attentats du 13 novembre 2015 en France. La prévalence de TSPT varie de 3,5 % pour les sapeur pompiers de Paris à 9,9 % pour les forces de l'ordre selon l'intensité de l'exposition et la non préparation aux événements traumatisants, proportion plus élevée qu'en population générale. [17]

Ces données montrent que certaines professions sont plus à risque d'être confrontées à des traumatismes psychiques comme par exemple les militaires, déployés à la fois sur le territoire français mais aussi à l'étranger.

La population militaire française est tout comme la population civile peu étudiée, sans grande étude de prévalence portant sur le TSPT menée.

On compte plus de 200 soldats français victimes de TSPT chaque année. 12 % des militaires déployés en RCA depuis décembre 2013 serait atteint de ce trouble. [18] En 2012, d'après l'INSERM, on évaluait à 10 % la prévalence approximative de militaires français qui souffraient de TSPT au retour d'Afghanistan. [19] D'après les recueils du Centre d'Epidémiologie et de Santé Publique des Armées, 1599 cas de TSPT ont été déclarés entre 2010 et 2015. [20]

Une étude exploratoire sur deux régiments français retrouvait une prévalence de 1,7 %. [21] De plus, le bulletin de rétro-information de la surveillance épidémiologique des unités du secteur sud métropole, outre-mer et OPEX de mars 2011 a mis en avant que 6 % d'une unité déployée en Afghanistan avait présenté un TSPT : 50 % de ces troubles avaient été repérés au cours de la visite systématique annuelle (visite médicale annuelle en antenne médicale). [22]

Les prévalences sont également plus élevées chez les militaires américains qu'en population générale. En effet, les nombreuses études retrouvent des prévalences comprises entre 4 % et 17 %. [23] Une méta analyse menée par L.A. Hines a mis en évidence une prévalence moyenne de 12,9 % chez une population de militaires déployés en Irak et de 7,1 % chez une population de soldats ayant combattu en Afghanistan. L'Army et les Marines sont des sous-groupes de militaires qui ont une prévalence plus élevée de TSPT (prévalence égale à 10 %). [23]

Devant cette proportion importante de TSPT, la littérature internationale et a minima française ont recherché les pathologies associées à ce trouble. Les conduites addictives sont la seconde comorbidité associée au TSPT, après la dépression. [6]

En effet les études mettent en évidence que 60 % des personnes présentant un TSPT souffrent conjointement de trouble de l'usage de substance. [26] On retrouve également selon les cohortes que 89 à 95 % des personnes qui consomment des substances psychoactives ont vécu des événements traumatisants. [6 ; 25] De plus, 20 à 60 % des personnes présentant une addiction ont un diagnostic positif de TSPT. [24 ; 25 ; 26]

2) **TROUBLE DE L'USAGE**

a) Définition

Goodman en 1990 définissait le terme d'addiction comme un « *processus par lequel un comportement, pouvant permettre à la fois une production de plaisir et d'écarter ou d'atténuer une sensation de malaise interne qui est employé d'une façon caractérisée par l'impossibilité répétée de contrôler ce comportement et sa poursuite en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives* ». [27]

La notion de processus addictif permet ainsi de rendre compte d'un mécanisme commun à l'ensemble des différentes conduites addictives, mais aussi du passage d'une addiction à une autre.

L'addiction naît de la rencontre d'un individu avec un produit dans un contexte environnemental particulier. [28] Elle s'inscrit dans l'histoire de la personne selon un rythme variable. Les premières consommations contrôlées procurent du plaisir (*liking*) mais sont rapidement suivies d'une diminution progressive des effets positifs ressentis. Conjointement, la place de l'objet addictif est toujours plus importante dans la vie du sujet par le biais d'un comportement automatique (*learning*) : la recherche vaine de l'effet initial entraîne des conséquences émotionnelles négatives (*wanting*) et le sujet perd le contrôle de ses consommations engendrant envie irrépressible et anxiété du manque. [29 ; 30] Le cycle du comportement addictif peut comporter également des périodes d'arrêt puis de rechute. Ce présent processus étant une voie commune à l'ensemble des comportements addictifs, le

passage d'une addiction à une autre n'est pas rare et la poly consommation peut être alors constatée.

Le mécanisme neurobiologique des conduites addictives s'explique par l'action directe de la substance psychoactive sur les voies de la récompense, en faisant disparaître la satiété et l'apaisement, laissant apparaître un seuil toujours plus élevé de désir. [28]

Dans la dernière version du DSM 5, les termes d'abus, d'usage nocif et de dépendance du DSM 4 et de la CIM 10 sont regroupés sous un terme généraliste de « trouble de l'usage ». On passe d'une approche dite « catégorielle », celle du DSM 4, à une approche dite « dimensionnelle » de l'addiction, permettant de rendre compte d'un continuum entre les différents niveaux de sévérité (consommation non pathologique, usage à risque, addiction légère, modérée, sévère) et de légitimer des soins gradués allant de l'intervention brève à une prise en charge médico psychosociale. Cette nouvelle classification du DSM 5 est finalement plus proche d'une réalité clinique, permettant ainsi de légitimer des objectifs thérapeutiques allant de la simple réduction à l'abstinence. [30]

On abandonne également progressivement le terme de toxicomanie faisant référence selon les représentations aux sujets consommateurs de drogues illicites et minimisant de ce fait la dangerosité des produits licites tels que l'alcool.

On peut définir aujourd'hui deux grands types d'addiction : les conduites addictives avec substance psychoactive, considérant le tabac, l'alcool, le cannabis, les opiacés, les hallucinogènes, mais aussi toutes les drogues dites « émergentes », et les conduites addictives dites sans substance, faisant référence aux comportements addictifs tels que le jeu pathologique (seule entité reconnue dans le DSM 5) et par extension les conduites sexuelles ou le sport par exemple. La définition de Goodman permet de caractériser ce type d'addiction, sans substance. Sur le plan clinique, il est nécessaire pour identifier un trouble de l'usage de mettre en évidence des symptômes comportementaux, envahissant les activités quotidiennes, mettant au second plan les besoins primaires ou les activités sociales comme la vie professionnelle ou familiale. Ces manifestations symptomatiques regroupent la perte de contrôle, l'impossibilité croissante de réduire ou d'arrêter les comportements addictifs et le *craving*, concept relativement récent du DSM 5, qui se définit comme une envie irrépressible de réaliser les comportements addictifs. L'ensemble de ces symptômes doit avoir un retentissement durable sur le plan social, avec des conséquences telles qu'une séparation affective, un isolement, voire une marginalisation.

Nous détaillerons ici les différentes substances psychoactives qui seront étudiées au cours de notre étude : tabac, alcool, cannabis, cocaïne, héroïne et autres opiacés, psychotropes détournés de l'usage médical contrôlé. Nous étudierons aussi les addictions comportementales tels que le jeu pathologique.

b) Les substances psychoactives

(a) *Tabac*

Historiquement, le tabac a été découvert et ramené sur le sol européen par Christophe Colomb lors de la découverte des Amériques. Les indiens en fumaient pour soulager toute sorte de maux en enroulant de longues feuilles d'une plante appelée *petum*. Quelques centaines d'années plus tard, en 1843, la première cigarette voit le jour sur le sol français, mais c'est seulement en 1926 que la consommation de tabac se popularise en raison de l'industrialisation en masse de sa production. Aujourd'hui, la France compte plus de 15 millions de fumeurs, plaçant le tabac comme première substance psychoactive addictive, en faisant ainsi la première cause de mortalité évitable, avec 73 000 morts/an. [31]

Le tabac est commercialisé sous plusieurs formes : il peut être fumé par le moyen de cigarettes, cigarrillos, cigares, pipes et narguilés, mais peut également être chiqué, forme moins populaire sur notre territoire.

La composition de la cigarette, longtemps gardée secrète par les industriels, compte plus de 4000 produits chimiques hautement toxiques et cancérigènes. La combustion du tabac produit alors des goudrons, des gaz toxiques comme le monoxyde de carbone et des métaux lourds (cadmium, mercure, plomb, ...), inhalés par le fumeur lui-même mais aussi par son entourage. Mais la substance responsable du phénomène addictif est la nicotine, phénomène observé dès les premières semaines d'exposition et pour une très faible consommation. L'inhalation de la fumée est favorisée par l'ammoniac, permettant d'inhaler sans toux associée. La nicotine en revanche n'est pas considérée à ce jour comme un produit cancérigène.

La dépendance à la nicotine, et par extension au tabac, est quantifiée cliniquement à l'interrogatoire, éventuellement à l'aide d'un test appelé FAGERSTRÖM, mis au point en 1978. Un score de 3-4 définit une dépendance dite faible, de 5-6 une dépendance modérée et

7-10 une dépendance forte. Nous utiliserons ce test au cours de notre étude afin de quantifier la consommation de tabac des patients interrogés.

Depuis le début des années 2000, la cigarette électronique a fait son apparition dans le commerce, favorisant l'inhalation essentiellement de la nicotine, ce qui a pour bénéfice de limiter au maximum le reste de produits nocifs potentiellement cancérigènes. Ce dernier format ne sera pas étudié dans le cadre de notre étude car nous ne disposons pas d'outil standardisé à ce jour pour quantifier la consommation de nicotine via ce dispositif.

(b) Alcool

L'alcool est une forme liquide d'éthanol qui est contenu dans diverses boissons à des taux plus ou moins élevés, ayant été obtenu par distillation des jus sucrés fermentés. Lorsque la boisson est ingérée, la substance alcoolisée est très rapidement digérée par le foie et traverse alors la barrière sanguine, phénomène responsable des effets physico psychiques.

Consommées en collectivité ou seul, les boissons alcoolisées peuvent avoir des effets qui diffèrent selon le pourcentage d'alcool contenu dans le présent liquide.

En effet à des taux faibles, l'alcool provoque rapidement une désinhibition, une sensation de détente ou encore une facilité au lâcher-prise. A des doses plus élevées, il mène à l'état d'ivresse qui s'accompagne de perte de vigilance, de diminution des réflexes, de trouble de la marche, ébrièuse voire une perte de conscience et un coma éthylique, ce qui en fait la gravité.

Sur le plan psychique, l'alcool présente des propriétés psycho stimulantes et addictives fortes. En effet, lors de son arrêt brutal, sans aide médicale, le sujet peut présenter un syndrome de sevrage, potentiellement mortel, quantifié par exemple par le score de Cushman qui permet de mettre en évidence des signes de gravité, support à la gestion du sevrage.

A long terme, il est responsable de pathologies hépatiques telles que la cirrhose ou le carcinome hépatocellulaire, mais aussi de néoplasies des voies aérodigestives. Enfin des troubles cardiovasculaires peuvent être retrouvés tels que la cardiomyopathie dilatée.

Contrairement aux autres substances psychoactives, l'alcool étant une substance licite, les experts d'organismes de santé publique tel que Santé Publique France et l'Institut National

contre le Cancer proposent un nouveau seuil au-dessous duquel on parle d'un usage simple : ne pas consommer plus de 10 verres standards par semaine et pas plus de 2 verres standards par jour pour les hommes et les femmes, avec au moins un jour par semaine sans alcool, selon le dernier rapport de Santé publique France. [32] Cette nouvelle norme a été diffusé au cours d'un communiqué de presse publié en février 2019, avec la mise en place d'une campagne destinée aux professionnels de santé afin de sensibiliser ces derniers aux nouveaux seuils de consommation d'alcool. [33]

Afin de quantifier et de qualifier un trouble de l'usage lié à l'alcool, on peut citer le questionnaire AUDIT qui est un outil de repérage et de dépistage. Composé de 10 questions, cet auto-questionnaire mesure l'intensité de la consommation du sujet ainsi que les conséquences qu'elle engendre sur le plan personnel et social. Un score supérieur ou égal à 8 chez l'homme et à 7 chez la femme est synonyme de mésusage. Un score supérieur à 12 chez l'homme et 11 chez la femme met en avant une possible dépendance alcoolique. Nous utiliserons ce questionnaire au cours de notre étude afin d'évaluer la consommation d'alcool des patients.

(c) Cannabis

Déjà utilisé par nos anciens préhistoriques, le cannabis, appelé également chanvre, est une plante contenant du delta 4 tétrahydrocannabinol (THC), substance psychoactive et principalement responsable de l'effet neurobiologique.

Considérée comme la première drogue illicite la plus consommée au sein de la population générale française et européenne, elle peut se présenter sous diverses formes :

- L'herbe, qui est généralement fumée par le biais d'une cigarette roulée avec du tabac, appelé populairement « joint » ;
- L'huile, qui est consommée à l'aide d'une pipe simple ou à eau, comme le narghilé ;
- La résine, résultat de feuilles écrasées ayant macéré dans l'alcool, qui peut être ingérée sous forme de gâteau, « space cake », ou sous forme de préparation à infusion.

Les effets recherchés les plus courants sont une détente profonde, une désinhibition ou encore une syntonie. Ils apparaissent après une durée variable selon les habitudes plus ou moins

régulières du consommateur : il faut par exemple compter 15 à 20 minutes pour qu'un fumeur régulier ressente les premières sensations.

Les effets secondaires peuvent apparaître dès la première prise : perte de vigilance, troubles de la mémoire et de la concentration, difficulté à réaliser des tâches complexes, troubles de la coordination motrice. Ils peuvent dans le cadre d'un usage quotidien avoir des effets néfastes sur la vie sociale, avec un isolement, une perte d'emploi ou encore des difficultés relationnelles avec ses proches.

Sur le plan psychiatrique, l'usage régulier de cannabis peut :

- Précipiter l'entrée dans la schizophrénie chez des sujets vulnérables. Ce risque est modulé par la précocité des consommations, la nature du cannabis consommé (titrage en THC) et la présence d'antécédents familiaux de psychose.
- Altérer l'évolution de la schizophrénie parmi ceux qui l'ont déjà développée : aggravation des symptômes productifs, augmentation du nombre d'épisodes et du nombre d'hospitalisations.

Il est également mis en évidence le fait que la consommation de cannabis soit souvent associée à une poly consommation de substances psychoactives. Un patient présentant un antécédent de consommation cannabique a un risque 7 fois plus élevé de consommer un jour des substances psychostimulantes. [34] Le trouble de l'usage du cannabis est de plus retrouvé chez des personnes ayant des conduites d'alcoolisation. [35 ; 36]

De plus, le cannabis est souvent en cause dans les accidents de la voie publique avec environ 170-190 décès par an à la fin des années 2000, en lien avec un allongement du temps de réaction et d'une incoordination motrice d'après l'étude SAM. [37]

Le sevrage, s'il est débuté, peut se manifester par de l'irritabilité, des troubles du sommeil, ainsi qu'un craving intense.

Il existe un outil de repérage appelé CAST (Cannabis Abuse Screening Test). Deux réponses positives à ce questionnaire doivent interroger le sujet sur un trouble de l'usage. Nous utiliserons ce questionnaire dans notre étude afin de décrire la consommation de cannabis des patients interrogés.

Sur le plan législatif, le cannabis est considéré comme étant un stupéfiant et par conséquent est condamnable par la loi. Une personne détenant du cannabis encourt une peine d'un an de prison et 3750 euros d'amende. Dans les armées, les personnels peuvent être soumis

à des tests de dépistage par le commandement : la consommation de cannabis peut alors être punie de « *sanctions disciplinaires ou professionnelles pour violation des règles de la discipline militaire* », comme indiqué dans l'Instruction Ministérielle du 10 juin 2008 relative aux dépistages de la toxicomanie et de la consommation excessive d'alcool applicables aux militaires. [38] L'intérêt du commandement est d'avoir dans ses rangs des militaires en bonne santé. En cas de dépistage positif au cannabis, dans la plupart des cas, le commandement oriente dans un premier temps le militaire vers le médecin des forces pour permettre au soldat d'accéder à un prise en charge médicale avant toute sanction disciplinaire.

L'usage de cannabis à visée médicale est actuellement au cœur d'un débat national. Il est aujourd'hui légalisé chez nos voisins allemands, hollandais, au Canada et dans 30 états des Etats Unis. [39]

(d) *Cocaïne*

La cocaïne est une substance dérivée des feuilles de cocaier, plus couramment appelé coca, obtenue après manipulation chimique en vue de deux formes de consommation : en pate base appelée aussi *basuco* et en poudre de couleur blanche à jaunâtre, appelée chlorhydrate de cocaïne.

Les consommateurs peuvent alors l'utiliser par voie inhalée, en la sniffant, qui est le mode le plus courant. Le sujet peut aussi se l'injecter par voie intraveineuse, seule ou en association à d'autres drogues comme l'héroïne (*speedball*). Elle peut être également ingérée sous forme de « parachute » (poudre de cocaïne enveloppée dans du papier à cigarettes et gobée) ou diluée dans une boisson.

Un dernier mode de consommation est répandu via le *crack* ou le *free base* ; il permet de consommer la cocaïne en la fumant grâce à l'adjonction de bicarbonate de soude ou d'ammoniaque.

L'effet recherché réside dans la diminution de la fatigue et donne à l'utilisateur une sensation de toute puissance intellectuelle et physique. Il facilite la communication avec autrui et l'exaltation de l'humeur.

A l'issue des effets recherchés apparaît une phase appelée descente ou « *crash* », prononcée et désagréable, avec sensation de fatigue et état dépressif marqué.

La cocaïne est connue pour être un psychostimulant qui rend dépendant tout individu qui en consomme ; à son arrêt, elle délivre des effets de manque physique mais aussi psychique par l'expression d'un craving important.

Les effets néfastes de cette consommation donnent lieu à faible dose à une absence d'appétit ou de sommeil, des troubles du rythme cardiaque, des douleurs thoraciques mais aussi des troubles de l'humeur et de l'anxiété. A forte dose et au cours d'un usage régulier, peuvent s'ajouter des troubles à type d'idées délirantes, de thématique mégalomane, persécutive, paranoïa et hallucinations sensitives, ainsi que des tremblements.

Il n'existe pas à ce jour de questionnaire standardisé permettant de dépister ou de quantifier un trouble de l'usage lié à la cocaïne.

Dans notre étude, nous étudierons la consommation de cocaïne par une question exploratoire.

(e) Héroïne

Connue depuis l'Antiquité sous la forme originelle de l'opium, l'héroïne est une substance semi synthétique obtenue à partir de la modification du suc de pavot. Drogue considérée comme « drogue dure », sa consommation est illicite en France. De la famille des opiacés, l'héroïne est un dérivé de la morphine, consommée initialement pour ses vertus antalgiques et apaisantes. L'héroïne est proche de substances naturellement présentes dans le corps tels que les endorphines.

Elle se présente sous forme de poudre blanche, mais peut être aussi de couleur brune après adjonction d'autres substances impures hautement toxiques. Le sujet la consomme de trois manières différentes : l'insufflation en « sniffant », l'injection intraveineuse pour laquelle l'effet apparaît en moins d'une minute et commence à s'atténuer au bout de trois heures et enfin l'inhalation grâce à la vapeur ou la fumée.

Les effets recherchés de l'héroïne sont dose et fréquence dépendants. En effet, la substance procure un bien-être psychique par le biais d'une détente intense, diminuant ainsi

anxiété et stress quotidien, permettant de conférer au sujet confiance en soi. Elle permet sur le plan physique de diminuer les maux de toute nature.

Cependant les effets néfastes de l'héroïne résident dans un premier temps dans la forte dépendance psychique et physique. L'héroïne se substituant à la production naturelle des endorphines, l'arrêt de sa consommation entraîne un taux faible d'hormones naturelles dans le corps et l'effet de manque se fait alors ressentir par des manifestations physiques telles que fortes douleurs, tachycardie, rhinorrhée, larmoiement, troubles digestifs, s'associant alors à des troubles de l'humeur et de l'anxiété.

De plus, une consommation régulière entraîne des effets secondaires tels que des troubles du cycle circadien, des troubles de l'alimentation, un syndrome sec, une somnolence après consommation.

Des politiques de santé publique ont été établies depuis 1996 en France pour lutter contre la consommation d'héroïne ; il existe des médicaments dit de substitution comme la méthadone.

Il n'existe pas de questionnaire standardisé pour la consommation d'héroïne ; cependant elle peut être dépistée lors d'un interrogatoire bien mené au cours d'une consultation de soin ou de prévention. De plus, un examen clinique rigoureux permet également de rechercher des lésions de points d'injection. En cas de suspicion clinique, un screening toxicologique peut être réalisé.

Nous étudierons simplement au cours de notre travail la consommation d'héroïne par le biais d'une question exploratoire.

(f) Psychotropes

Les médicaments psychotropes, non opioïdes, sont des molécules psychoactives qui ont pour fonction d'agir selon le produit sur l'activité cérébrale, en modulant certaines substances neuromédiatrices endogènes qui peuvent être altérées dans certaines pathologies, notamment psychiatriques. Elles regroupent 6 grandes catégories de médicaments : les anxiolytiques, les antidépresseurs, les hypnotiques, les antipsychotiques, les régulateurs de l'humeur et les psychostimulants.

La prise de ces médicaments est régie par une prescription médicale dans un cadre pathologique particulier. Ils sont donc utilisés à visée thérapeutique, mais peuvent être détournés par une automédication. Présentant des effets neurobiologiques, ils peuvent alors faire l'objet d'un mésusage ou d'un risque de trouble de l'usage de la part de certaines personnes présentant déjà une dépendance. En effet, les anxiolytiques, par le biais de benzodiazépines qui présentent un potentiel addictif fort, peuvent être utilisés pour diminuer un manque en lien avec une autre substance psychoactive.

La majorité des psychotropes présentent des effets secondaires similaires. En effet, il faut citer prioritairement une diminution de la vigilance qui peut être responsable d'accidents de la route lorsque la conduite est réalisée conjointement avec la prise de ce type de molécule.

Il est nécessaire néanmoins de souligner que la consommation de psychotropes est dans la majorité des cas non problématique et ne relève pas de trouble de l'usage.

Il n'existe pas de questionnaire standardisé permettant de dépister un trouble de l'usage des psychotropes. Nous étudierons dans notre cohorte ce type de consommation à titre exploratoire.

c) Les addictions comportementales

Les addictions sans substance ou appelées également comportementales sont une entité psycho pathologique qui trouve une de ses premières parutions en 1953 dans la « Théorie Psychanalytique des Névroses » de Otto Fénichel. En effet, ce dernier décrit ce type d'addictions comme « *étant des mécanismes et des symptômes de toxicomanies pouvant se présenter également en dehors de l'emploi de toutes drogues* ».

De nos jours, nous pouvons donner comme définition aux addictions sans substance un comportement résultant d'un processus interactionnel entre un individu et un objet externe ou une activité banale, qui conduit à une expérience sur laquelle se développe une dépendance principalement psychologique en raison des effets plaisants qu'elle procure et des fonctions qu'elle remplit d'après les critères de Goodman. Cette dépendance, qui se traduit par la répétition de la conduite, la perte de contrôle, la centration et le besoin de cette conduite, peut entraîner des conséquences négatives pour la personne et son entourage.

Il est cependant difficile de classer nosologiquement toutes les pratiques addictives comportementales et il est reconnu uniquement dans le DSM 5 le jeu pathologique.

En effet pour les autres comportements tel que l'achat compulsif, le sport et les pratiques sexuelles intenses, il n'existe à ce jour aucun consensus de référence ni de critère positif suffisant pour en établir un diagnostic de conduites addictives.

Il est nécessaire de rappeler que l'on retrouve des comorbidités psychiatriques chez 50 à 75 % des personnes souffrant d'addictions comportementales. [40] De plus, elle impliquent une origine bio psycho sociale mettant en jeu une vulnérabilité génétique estimée entre 40 et 60 % et certains troubles de la personnalité marqués par des traits d'impulsivité . [40]

On peut utiliser le questionnaire LIE BET pour questionner les comportements vis-à-vis des jeux d'argent et de hasard. [annexe 1] Il ne pose pas de diagnostic de certitude mais oriente vers la présence ou non d'un problème de jeux. Ce type de conduite sera étudié uniquement de manière exploratoire dans notre cohorte.

2^{ème} PARTIE : DONNEES DE LA LITTERATURE

1) TROUBLE DE STRESS POST TRAUMATIQUE ET TABAC

a) Données épidémiologiques

Le tabac, première substance psychoactive licite responsable d'addiction, est très étudié en France mais aussi dans le reste du monde.

Les autorités de santé publique ont depuis ces dix dernières années mis l'accent sur la prévention des risques et conséquences de la consommation tabagique : elle est considérée comme la première cause de décès évitables avec 73 000 morts par an en France, [31] (430 000 morts aux USA [41]).

Les dernières données actualisées concernant la prévalence de la consommation de tabac en population générale en France métropolitaine sont retracées dans le baromètre santé 2017. Il est retrouvé 26,8 % de fumeurs quotidiens (dont 29,8 % pour les hommes et 24,2 % chez les femmes) parmi les 18-75 ans, avec une tendance à la baisse de 2,5 points par rapport à 2016, déjà significativement stable depuis 2010: cela représente environ 1,4 millions de fumeurs. [42] Nos confrères américains retrouvent quant à eux environ 24 % de la population générale âgée de plus de 18 ans ayant consommé du tabac au cours du dernier mois, ce qui représente environ 1/5 de la population générale. [43]

L'étude ESCAPAD conclue à une consommation quotidienne évaluée à 25,1 % chez les jeunes de 17 ans avec un taux de 59 % d'expérimentation, proportion en baisse par rapport à 2014. [44]

En comparant les données civiles à celles en population militaire, la consommation tabagique est plus importante chez les soldats français. En effet, selon une étude de 2009 de A.Mayet, il est retrouvé sur l'ensemble des armées une prévalence de 48 % d'usage actuel de tabac, et d'autant plus dans l'armée de terre (53,7 % des soldats pour lequel on retrouvait une association significative avec OR=2,1). [45] Ce phénomène n'est pas limité à la France, et les études américaines portant sur ce sujet sur la population outre atlantique mènent aux mêmes conclusions. En effet, The National Academy Of Science montre un taux de consommateurs de

tabac dans la population militaire américaine avoisinant une proportion de 30 % chez les soldats d'active et 22 % chez les vétérans. [34 ; 46]

Les études internationales qui s'intéressent au lien entre dépendance nicotinique et TSPT dressent un bilan alarmant. Les dernières données montrent que les patients présentant un trouble de stress post traumatique consomment plus de tabac. En effet, une méta analyse américaine de 2018 conclue à une prévalence comprise entre 27,1 % et 45 % de fumeurs de cigarettes dans cette population, tendance au moins deux fois plus importante qu'en population générale américaine. [47]

Il a également été observé dans les études américaines un taux de fumeurs de 50 % plus élevé dans les cohortes de soldats partant en opération extérieure en Irak et en Afghanistan en comparaison à un groupe de soldats non déployés [46], jusqu'à 66 % de fumeurs chez les vétérans selon une étude de Fu et al de 2006. [47]

b) Origines et conséquences cliniques

La clinique psycho traumatique pourrait être proportionnelle à l'intensité de l'addiction tabagique. Des vétérans déployés en Irak et Afghanistan, qui présentaient une intensité importante sur le plan symptomatique de leur TSPT, avaient un risque plus important de consommer davantage de cigarettes que ceux qui avait une intensité plus faible de ce trouble (OR de 1,63). [41] De plus, ils seraient plus dépendants à la nicotine que ceux qui ne présenteraient pas ce trouble psychiatrique. [47]

Cette co présence retentirait à la fois sur la difficulté de sevrage mais aussi sur la guérison du TPST. En effet, les personnes souffrant de TSPT ont plus de difficultés à arrêter toute consommation tabagique. 50 % des personnes indemnes de cette pathologie psycho traumatique réussissent à se libérer de la dépendance nicotinique tandis que seul 23 % des personnes atteintes du TSPT se sèvent de toute consommation. [41] Une des raisons de cet échec résiderait dans les effets d'une abstinence débutante qui induit parfois anxiété, frustration et troubles de la mémoire. Cela renforcerait les symptômes du TPST et le risque de rechute serait d'autant plus important sur cette période. Toutefois, un sevrage durable permettrait d'obtenir une diminution des sensations internes désagréables. [41]

Sur le plan clinique, les personnes atteintes de TSPT fument afin de ressentir un sentiment de relaxation en apaisant une anxiété constante et d'améliorer les fonctions cognitives supérieures telles que la concentration, l'attention et la mémoire. [41 ; 47]

c) Hypothèses étiologiques

Les hypothèses étiologiques de l'association trouble de stress post-traumatique et dépendance tabagique sont à ce jour mal connues.

Tout d'abord, il est mis en avant selon des premières études cliniques, la présence de facteurs de vulnérabilité communs sur le plan individuel qui favoriserait la co présence de ces deux troubles. En effet, les deux entités cliniques auraient une voie commune de réponse au stress par leurs effets sur les fonctions supérieures incluant la notion de récompense vis-à-vis du stress, de la régulation des émotions et de l'impulsivité. [41]

D'après une étude canadienne de 2009, il est décrit une notion de stress passif pour lequel la personne ne peut ni lutter contre l'événement traumatique ni le fuir : il concerne le trouble de stress post traumatique. Dans ce cas précis, il y aurait une activation du système sympathique médulllosurrénalien avec production d'ACTH, hormone pouvant être stimulée par la nicotine. Des consommations répétées de tabac augmenteraient de facto la concentration plasmatique de corticostérone et engendreraient une diminution de la sensibilité des récepteurs nicotiques. Ce dernier niveau de la cascade pourrait être à l'origine d'une consommation toujours plus forte du tabac lors de l'évènement traumatique. [48]

En ce qui concerne la population militaire, la consommation élevée de tabac peut être en partie expliquée par les contraintes du milieu militaire, avec une réduction du stress par la consommation de tabac. Les jeunes engagés sont également des sujets plus sensibles à l'initiation tabagique. [45 ; 49]

Pour finir, la dépendance au tabac peut précéder ou faire suite à un trouble de stress post-traumatique. Une étude portant sur des anciens combattants américains ayant servi au Viêtnam, non dépendants à la nicotine mais développant un trouble de stress post traumatique, montre qu'ils étaient plus enclins à présenter une addiction au tabac avec un OR =1,73. [41] A une échelle nationale, on retrouverait 20 % des personnes présentant une dépendance nicotinique qui rempliraient les critères de TSPT. [47] Sur cette même étude, les vétérans qui

étaient dépendants à la nicotine présentaient au cours de leur vie un risque plus important de développer un trouble de stress post traumatique avec OR= 2,24. [41]

2) TROUBLE DE STRESS POST TRAUMATIQUE ET ALCOOL

a) Données épidémiologiques

L'alcool est la substance psychoactive la plus consommée par les français. En effet, objet de sociabilisation et fortement ancré dans les pratiques culturelles en France, il est la deuxième cause de mortalité évitable après le tabac. En vente libre, sa consommation est licite pour les personnes majeures ; il est responsable de plus de 49000 morts/an en France, toutes causes confondues (cirrhose, cancer oropharyngé, accident de la route...). [50]

D'après le dernier baromètre santé alcool de 2014 concernant la part des 18-75 ans, 86 % des français déclarent avoir bu des substances alcoolisées au cours des derniers mois, avec 5,5 verres bus en moyenne par semaine, proportion qui est relativement stable depuis 2010. 50 % de cette même cohorte consomment au moins un fois par semaine et un dixième quotidiennement. Il est important de noter que la proportion des consommateurs quotidiens décroît ; elle est passée de 11 % (2010) à 10 % (2014), tendance constante depuis ces dix dernières années, mais concernant préférentiellement les plus de 65 ans. [51 ; 52]

Malgré une consommation quotidienne décroissante, la recherche de l'ivresse de manière ponctuelle est en hausse constante. En effet, une alcoolisation ponctuelle importante (API), correspondant à plus de 6 verres par occasion, concerne au cours de l'année 38 % des 15-75 ans, c'est-à-dire 2 points de plus qu'en 2010, en particulier chez les femmes (24 % en 2014 contre 21 % en 2010). Cette tendance s'atténue cependant avec l'âge. [52] De plus, il existe une augmentation importante de ces API chez les 18-25 ans entre 2005 et 2010, avec un accroissement significatif des consommations quasi hebdomadaires s'élevant à 40 % en 2014 (versus 36 % en 2010, avec 51 % des hommes et 30 % des femmes). On constate également une féminisation de la consommation d'alcool, surtout lorsque ces dernières sont étudiantes. [52]

Les adolescents français âgés de 17 ans ont été eux aussi interrogés sur l'initiation à la consommation de boissons alcoolisées via l'étude ESCAPAD 2017. Seul 14,3% de cette

cohorte n'avaient jamais bu d'alcool au cours de leur vie. Concernant la prise quotidienne d'alcool, elle est en net recul depuis 2012 avec une baisse de 4 points passant de 12,3 % à 8,4% en 2017, consommation principalement masculine (12 % contre 4,6 % des filles). Cependant, nous retrouvons chez ces adolescents un comportement semblable à celui de leurs aînés concernant l'alcoolisation ponctuelle importante. 66,5 % des adolescents déclarent avoir bu une boisson alcoolisée lors du dernier mois au cours d'un week-end dans un contexte festif, avec principalement des amis mais aussi parfois en présence des parents (29,8 %). Les pratiques solitaires s'avèrent cependant rares. [44]

En ce qui concerne la population militaire, la consommation d'alcool peut y être banalisée, parfois valorisée comme source de détente et de convivialité chez les soldats. En 2009, on notait au cours d'une étude globale dans les armées françaises, que 48,2 % des militaires présentaient un usage régulier d'alcool. 21 % avaient présenté une ivresse au cours du dernier mois et 14 % présentaient un trouble de l'usage, proportion plus élevée qu'en population générale. [45] En analyse multivariée, l'usage régulier était sensiblement plus importante dans l'armée de terre avec OR =0,7, touchant principalement les hommes (OR= 4,8), consommant conjointement du tabac. L'ivresse ponctuelle a aussi été étudiée et contrairement au précédent mode de consommation, ce sont les marins et les pompiers qui sont plus enclins présenter ce type de consommation. [45]

Outre atlantique, nos confrères américains constatent que 15 à 20 % des militaires présentent un trouble de l'usage d'alcool. [53] Une cohorte portant sur des militaires ayant été déployés en Irak ou en Afghanistan mettait en évidence que 18 à 35 % d'entre eux souffraient d'un mésusage d'alcool. [53]

Certaines études se sont intéressées à la consommation d'alcool chez les militaires souffrant de trouble de stress post-traumatique : plusieurs revues de la littérature mettent en avant un lien entre TSPT et dépendance à l'alcool. [54 ; 55 ; 56] Selon une des premières études menée à la fin des années 1980 par la National Vietnam Veterans, il a été retrouvé que parmi les vétérans souffrant de TSPT, 22 % d'entre eux présentaient un trouble de l'usage et 75 % en ont présenté ou en présenteront un au cours de leur vie. [53] Plus récemment, il a été mis en évidence que 50 % des National Guard Infantry déployés en Irak et en Afghanistan qui présentaient un TSPT, souffraient également d'une dépendance à l'alcool. [54] D'après une étude de Seal, les militaires ayant été déployé en Irak ou Afghanistan et présentant un TSPT ont 4 fois plus de risque de développer un trouble de l'usage d'alcool, en comparaison

à la population militaire indemne de TSPT. [55] En effet, 41 à 79 % des sujets présentant un TSPT souffrent de manière concomitante d'un mésusage d'alcool selon différentes études. [55]

b) Origines et conséquences cliniques

Les troubles de l'usage d'alcool sont connus pour avoir des conséquences néfastes sur le plan psychologique, physique mais aussi familial et professionnel. Selon une étude de 2018 de Gilpin, les militaires qui ont été confrontés à des scènes de combat seraient plus enclins à présenter un mésusage d'alcool et présenteraient plus souvent des conséquences négatives engendrées par la consommation d'alcool, en comparaison à des personnes n'ayant pas été témoins de scènes violentes. [54] Selon certaines études, les sujets souffrant de TSPT et de trouble de l'usage d'alcool présenteraient une altération des fonctions cognitives supérieures telles que les fonctions exécutives, la mémoire, et les fonctions d'apprentissages. [57]

L'alcool est souvent utilisé en « auto médication », à visée anxiolytique, afin de tenter de réguler les affects négatifs tels que l'anxiété ou la dépression, souvent à court terme. [56 ; 58] Il peut également être utilisé par certains patients pour tenter de réguler des symptômes de la clinique psychotraumatique, tels que l'hypervigilance, les troubles du sommeil ou les reviviscences traumatiques. [25] Cependant, il est retrouvé une exacerbation des symptômes du TSPT lors de la répétition d'intoxications alcoolique et en début de sevrage. [56] De plus, les patients présentant une co-présence de TPST et de trouble de l'usage d'alcool présenteraient plus souvent un trouble de la personnalité et seraient plus sensibles à l'anxiété et au craving lors de l'évocation ou la reviviscence du traumatisme vécu, par rapport à une population souffrant de mésusage isolé. [56]

D'après une étude de 2006, l'abstinence constatée et maintenue permettrait de retrouver une diminution des symptômes du TSPT dès les premières 48h, symptômes qui seraient nettement améliorés au bout d'un mois. [59]

Sur le plan thérapeutique, les patients présentant un TSPT associé à un trouble de l'usage d'alcool sont plus souvent hospitalisés pour la prise en charge de ces deux pathologies. [57]

c) Les hypothèses étiologiques

Quelques études tendent à expliquer les hypothèses étiologiques concernant la comorbidité TSPT et trouble de l'usage d'alcool. Tout d'abord, il n'est pas évident d'établir un ordre d'apparition de ces deux pathologies. Pour certains auteurs, le TSPT précède le trouble de l'usage. [60] Toutefois, d'après une étude menée par L'Epidemiology Catchment Area, les consommateurs d'alcool sont 2 fois plus à risque de vivre une expérience traumatique et 3 fois plus à risque de développer un TSPT. [59]

Il semblerait qu'il existe également une voie commune sur le plan biologique qui pourrait expliquer la présence simultanée de ces comorbidités. Une des hypothèses retenues fait référence à la présence d'une vulnérabilité. Les personnes souffrant du « couple » TSPT-trouble de l'usage présenteraient une sensibilité accrue à présenter des émotions négatives et seraient plus sujets à prendre des risques sous l'action d'une motivation impulsive. [58]

3) TROUBLE DE STRESS POST TRAUMATIQUE ET CANNABIS

a) Données épidémiologiques

Le cannabis, substance psychoactive illicite en France, n'en est pas moins consommée : elle est reconnue comme étant la plus utilisée des substances psycho actives (SPA) interdites par la loi sur le territoire français, pays européen le plus consommateur. L'étude de l'OFDT de 2014 a réalisé un état des lieux de l'ensemble de la population. 42 % des 18-65 ans déclaraient avoir consommé du cannabis au cours de leur vie, avec une expérimentation qui est largement prononcée chez les 24-34 ans. [36 ; 61] Il est retrouvé que 11 % des français présentent un usage actuel de cannabis et 3 % en font un usage régulier (c'est-à-dire plus de 10 fois sur les 30 derniers jours), tendance à la hausse depuis 2010, qui était alors de 2,2 %. Toutefois, la proportion de personnes présentant un mésusage reste stable avec 21 % parmi les usagers actuels. [61] De plus, il est constaté que les consommations déclinent à partir de 30 ans. [35 ; 36 ; 61]

Les jeunes adolescents, identifiés comme une population à risque, ont été eux aussi interrogés sur leurs consommations. En 2017, 4 adolescents sur 10 âgés de 17 ans déclaraient avoir déjà consommé du cannabis au cours de leur vie. Cela représente environ 39,1 % de la jeune cohorte, donnée la plus basse depuis le début de l'enquête ESCAPAD (initialement à 50 % en 2002) avec un âge moyen d'initiation de 15,3 ans. L'usage régulier recule lui aussi de 2 points, passant de 9,2 % à 7,2 % en 2017. [44] Il est important de noter que la consommation régulière est une tendance masculine, et d'autant plus que la fréquence est élevée. [35 ; 36 ; 44] Parmi les nombreuses études portant sur les facteurs de risque de dépendance au cannabis, on retrouve parmi ceux les plus cités, la précocité de la consommation, l'existence de difficultés scolaires ainsi que des antécédents de délinquance, de maltraitance ou d'abus sexuels dans l'enfance. Il a également été retrouvé une vulnérabilité héréditaire estimée entre 50 et 59 % selon les études. [35]

A plus grande échelle, les chiffres retrouvés outre atlantique témoignent d'une augmentation importante du nombre de consommateurs sur les 10 dernières années : en 2013 10 % des américains déclaraient avoir consommé du cannabis (contre 4 % en 2002). Plus récemment, on estimait une prévalence de 13 % de consommateurs de cannabis sur l'année écoulée. [62] L'étude National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions met en avant une prévalence de la dépendance cannabique équivalente à 1,3% sur la vie entière. [35]

Il est important pour notre travail de comparer ces résultats en milieu civil à la population militaire.

Une méta analyse publiée en 2012 a été menée au sein des trois armées en France (armée de terre, armée de l'air et marine nationale). Il a été constaté que 38,1 % (armée de l'air) à 52,6 % (armée de terre) des personnels avaient consommé du cannabis au moins une fois dans leur vie, tandis 1 % (armée de l'air) à 8,2 % (armée de terre) des militaires inclus étaient usagers quotidiens, proportion bien plus importante qu'en population générale civile française. [36] De cette étude, un profil de consommation a pu être mis en avant : homme jeune, sans alliance maritale et sans enfant, faiblement gradé et avec un niveau d'étude faible. [36 ; 63 ; 64] De plus, il a été constaté que les consommateurs avaient également une tendance à une consommation excessive d'alcool. [36]

En comparant la littérature américaine à nos études françaises, il est nécessaire de mettre en avant la légalisation du cannabis dans 30 états des Etats-Unis, lui reconnaissant un effet

médical et médicinale licite. Les vétérans américains, ayant déjà présenté une consommation abusive lors de la guerre du Vietnam de par sa facilité d'accès, sont à ce jour environ 9 % à avoir consommé du cannabis dans l'année en cours tandis que 41 % en font un usage à des fins médicales, proportion deux fois plus élevée qu'en population générale (environ 17 % d'usage médical en population générale). [62]

Là encore, se dégagent deux profils particuliers : d'une part des vétérans célibataires, sans emploi, souffrant d'une dépendance au tabac ou à l'alcool, qui usent de cannabis illicite, tandis que d'autres anciens combattants en présentent une utilisation légale, moins à risque de polyaddiction en tout genre. [62] La consommation de cannabis est plus élevée dans la population militaire souffrant de stress post-traumatique aux Etats Unis, et ce en particulier dans les Etats américains qui ont légalisés la substance. [62] En effet, l'emploi de cannabis est reconnue dans les indications de traitement de trouble de stress post traumatique dans la plupart des Etats qui ont légalisé la substance (par exemple Floride, Louisiane, Connecticut, Arizona). [65]

b) Origines et conséquences cliniques

Dans cette population à risque de patients porteurs d'un trouble de stress post-traumatique, le cannabis peut être utilisé comme moyen pour faire face et lutter contre la sévérité des symptômes (trouble du sommeil, fréquence des cauchemars, hypervigilance..). D'après une étude de Greer, il est constaté une diminution de 75 % des symptômes psychotraumatiques détaillées par la CAPS (Clinician-Administered PTSD Scale) sous cannabis médical dans un échantillon de 80 vétérans au Nouveau Mexique (USA). [63] De plus, il a été retrouvé que le trouble de stress post-traumatique était associée à un réactivité émotionnelle subjective plus grande à un traumatisme. Le cannabis permettrait de diminuer ce type d'émotions négatives. [34] Le sommeil est très souvent altéré par la présence de cauchemars et d'hypervigilance constante : une étude américaine de 2014 a retrouvé que les personnes présentant un trouble de stress post-traumatique d'intensité sévère recevant de manière légale une prescription de cannabis présenteraient une amélioration de leurs troubles du sommeil. [66]

c) Hypothèses étiologiques

La comorbidité TSPT et trouble de l'usage du cannabis serait expliquée biologiquement par la présence d'une densité importante de récepteurs cannabinoïdes se trouvant dans l'amygdale cérébrale. L'ingestion de delta 9 THC, agoniste sélectif de ces récepteurs, permettrait de diminuer l'activité de l'amygdale, responsable de la libération de médiateurs en réponse au stress et à l'anxiété. Cela permettrait alors aux personnes souffrant de trouble de stress post-traumatique d'abaisser un seuil permanent de stress et donc de soulager ces émotions ressenties comme négatives. De plus, Fraser, dans une étude de 2009, a mis en évidence une piste concernant la nabilone, cannabinoïde de synthèse, qui serait en cause dans la cessation de cauchemars ou du moins une diminution de ces derniers chez des personnes souffrant de trouble de stress post-traumatique. [34]

D'après des études épidémiologiques, il est retrouvé que les sujets présentant un trouble de l'usage de cannabis ont 2,6 à 10,8 fois plus de risque de développer un trouble de stress post-traumatique par rapport à la population générale, civils ou militaires confondus. En effet, ces patients se mettraient plus souvent en situation de danger, et de ce fait, face à des situations à potentiel traumatique. Cependant, l'ordre d'apparition n'est pas unidirectionnel. En effet, des études américaines énoncent que les personnes souffrant de TSPT ont 3 fois plus de risque de développer un trouble de l'usage du cannabis. [7 ; 67] De plus, le TSPT peut être un facteur précipitant de trouble de l'usage de cannabis chez des jeunes adultes, indépendamment d'une vulnérabilité ou d'un contexte familial défavorable. [7]

Selon une étude de K.Bohnet, 1 consommateur sous surveillance médicale sur 4 présente un trouble de stress post traumatique. [67]

Enfin, les militaires sont largement déployés au sein des missions opérationnelles extérieures pouvant être source de stress et d'ennui conduisant les soldats à être plus sensibles à une initiation cannabique mais aussi à une intensification de cette consommation si déjà existante. [68]

4) TROUBLE DE STRESS POST TRAUMATIQUE ET COCAÏNE

La cocaïne est la seconde SPA illicite consommée en France. On retrouve une proportion de 5,6 % en 2014 parmi les 18-64 ans ayant déjà consommé de cocaïne, proportion qui a été multipliée par 4 sur les 20 dernières années. On retrouve toutefois une tendance quasi stable de 1,1 % chez les personnes qui utilisent de la cocaïne au cours de l'année, proportion deux à trois fois plus importante chez les hommes que chez les femmes. [61] Chez les jeunes âgés de 17 ans, le taux d'expérimentation a considérablement augmenté, passant de 0,9 % en 2000 à 3,2 % en 2014, souvent retrouvé dans un contexte de polyaddiction antérieure au tabac, à l'alcool et au cannabis. [69]

Aux Etats-Unis, il a été recensé en 2017 que 16,3 % des américains auraient consommé de la cocaïne au cours de leur vie et 0,9 % en auraient consommé au cours du dernier mois (1,2 % chez les hommes et 0,5 % chez les femmes). [43]

Au sein de la population militaire française, l'étude de prévalence de 2009 retrouvait des proportions plus élevées qu'en recueil civil : 2,7 % contre 0,9 % déclaraient avoir consommé de la cocaïne au cours de l'année. La consommation au cours du dernier mois était toutefois inférieure à 1 %. [45 ; 61] Aux Etats-Unis, 0,9 % des militaires rapportaient avoir consommé de la cocaïne au cours de l'année passée. [70]

La littérature essentiellement américaine a mis en évidence une association forte entre cocaïne et trouble de stress post-traumatique. En effet, sur une étude préliminaire associant trouble de stress post-traumatique et cocaïne, 21 % des personnes ayant ce trouble de l'usage présentaient également un trouble de stress post-traumatique, donnée retrouvée sur une seconde étude de Najavik. [71 ; 72] De plus, 42,9 % de personnes présentant une dépendance vis-à-vis de la cocaïne présenteraient un trouble de stress post-traumatique au cours de leur vie, proportion six fois plus importante qu'en population générale, évaluée à 7,8 %. [72]

D'après plusieurs études, l'utilisation de la cocaïne chez les sujets présentant un TSPT pourrait entraîner des conséquences particulièrement néfastes sur les manifestations psychotraumatiques. Par ses propriétés psychostimulantes, la cocaïne est souvent utilisée pour intensifier une hypervigilance, permettant d'être plus alerte face aux possibles menaces et de se sentir de ce fait en sécurité. [26 ; 73] Elle permettrait également d'améliorer les capacités de tolérer un certain contexte social. [26] Cependant, l'utilisation de cocaïne aurait également un

effet délétère sur les symptômes du stress post traumatique de manière générale. [25 ; 73] En effet, elle intensifierait les symptômes intrusifs mais aussi les symptômes d'évitement. [73] Une étude de Back de 2006 retrouvait que plus la consommation de cocaïne augmente, plus les symptômes du TSPT s'aggravent. [25 ; 74] 86 % des personnes présentant les deux comorbidités déclaraient avoir une aggravation du TSPT lors de l'augmentation de la consommation psychostimulante d'après une étude de 1997 de Likewise et al. [25]

Cependant l'ordre d'apparition des troubles n'est pas toujours si évident. Selon certaines études, on retrouve dans 57 à 69 % des cas la présence de traumatismes antérieurs à la prise de substance. [25 ; 71]

5) TROUBLE DE STRESS POST TRAUMATIQUE ET OPIACES

a) Héroïne

L'héroïne reste une SPA très peu consommée en population générale en France. D'après l'OFDT, la prévalence de l'expérimentation de l'héroïne est estimée à 1,5% chez les 18-64 ans (2,5 % parmi les hommes vs 0,6 % parmi les femmes) avec un usage actuel qui reste très rare, évalué à 0,2 %. [61]

Certaines études retrouvent une proportion importante de TSPT chez les patients en cours de traitement pour trouble de l'usage à l'héroïne, avec une prévalence vie entière de 14 à 29 % et 20 à 31 % en prévalence ponctuelle. [75]

Nous n'avons pas de donnée épidémiologique en population militaire française, au sein de laquelle la consommation d'héroïne apparaît marginale. Cependant, la littérature américaine retrouverait que 0,8 % des militaires de l'Army déclaraient avoir consommé de l'héroïne sans trouble de l'usage associé. [70]

Cependant nous n'avons pas d'étude portant sur la prévalence de consommateurs d'héroïne au sein de la population militaire française ou américaine souffrant de trouble de stress post traumatique.

Darnell and Charney ont mis en avant dans une étude de 1996 une tendance à consommer de l'héroïne chez les patients souffrant de stress post-traumatique afin de pouvoir moduler les

symptômes d'hypervigilance mais aussi de diminuer l'expression des reviviscences traumatiques. [25] De plus, une étude de 2009 met en évidence un lien entre l'intensité de cette hypervigilance et la dépendance à l'héroïne, utilisée afin de soulager cette symptomatologie. [25]

b) Autres opiacés et opioïdes

Contrairement à l'héroïne, la littérature s'est intéressée plus spécifiquement au traitement opiacé. Grand fléau du 21^{ème} siècle aux Etats-Unis, la prescription d'opiacés est largement inappropriée, avec une dépendance équivalente à 2,1 % de la population générale nord-américaine. [76] La dépendance et le mésusage d'opioïdes aux USA surpassent toutes les autres drogues illicites à l'exception du cannabis. [77] Concernant la population militaire américaine, il a été retrouvé selon le Département of Defense service member rose que 1 à 10 % des militaires d'active présentaient un trouble de l'usage vis-à-vis des opiacés entre 2002 et 2008 avec une augmentation de 700 % depuis 2007. [77]

Smith and al en 2014 montrent que le diagnostic de TSPT est associée à un taux plus élevé d'usage d'opioïdes dans l'année, et ce essentiellement chez les femmes. [78]

De plus, une étude de 2014 met en avant que les personnes qui présentent une dépendance aux opioïdes ont 28 fois plus de risque d'avoir été diagnostiquées pour un TSPT antérieurement au trouble de l'usage. [77]

Asmundon et Katz ont constaté une association forte entre douleur chronique et TSPT : en effet, 30 % de la population générale adulte américaine souffrent à la fois de TSPT et de douleur chronique, et ce jusqu'à 50-80 % chez les vétérans de guerre. En 2012, l'équipe de Bilevicius constate que la prévalence de trouble de l'usage d'opioïdes est plus élevée chez les personnes qui présentent un TSPT et des douleurs chroniques conjointes, en comparaison à ceux qui souffrent de TSPT isolé. Il avance l'hypothèse suivante : la présence de douleurs chroniques musculosquelettiques exacerbent la clinique psychotraumatique et le mésusage d'opioïde serait utilisé à visée d'automédication sur les symptômes de TSPT. [79]

6) TROUBLE DE STRESS POST TRAUMATIQUE ET PSYCHOTROPES

La France est un des pays européens les plus consommateurs de psychotropes.

En 2010, 18 % des 18-75 ans avait déclaré la prise de cette catégorie de médicaments au cours des 12 derniers mois, dont 10 % des psychotropes s'avéraient être des anxiolytiques. Cette tendance est en hausse depuis 2005, avec une prédominance féminine (23 % contre 13 % chez les hommes). Cette consommation est d'autant plus importante que l'âge augmente. [80]

D'après une étude de 2007, il a été étudié via les remboursements de la Caisse Nationale Militaire de la Sécurité Sociale (CNMSS) la proportion de psychotrope prescrits chez les militaires français d'active. Il est alors retrouvé que 8,6 % des soldats avaient bénéficié d'un remboursement pour un traitement psychotrope avec une tendance féminine (15,6 % de femmes contre 7,43 % des hommes). Parmi cette proportion, 6,7 % étaient en ALD. [81]

Nous n'avons pas de donnée concernant le trouble d'usage de psychotrope en population générale et militaire française.

7) TROUBLE DE STRESS POST TRAUMATIQUE ET ADDICTIONS COMPORTEMENTALES

Les addictions comportementales sont très peu étudiées et nous retrouvons peu de données épidémiologiques.

Quelques articles abordent le jeu pathologique. Selon une note de l'Observatoire des jeux (ODJ) d'avril 2015 portant sur les jeux d'argent et de hasard en France, il est rapporté qu'au cours de l'année 2010 la prévalence du jeu pathologique est estimé à 0,4% de la population générale tandis que 1,3 % sont des joueurs problématiques. [82]

En 2014, 74 % des français de 15 à 75 ans déclarent avoir déjà joué au cours de leur vie et 56,2% ont joué au moins une fois au cours de l'année. [82]

L'étude ESCAPAD de 2011 a interrogé les adolescents sur les jeux d'argent pathologiques. 44 % de jeunes de 17 ans ont déjà joué au cours de leur vie et 39 % au cours de la dernière

année. De plus la littérature démontre une prévalence de jeux pathologiques plus importante chez l'adolescent que chez l'adulte. [82]

Quelques articles ont essayé de mettre en évidence un possible lien entre TSPT et jeu pathologique. Une étude de Roberts et al de 2017 a recueilli une cohorte de 3025 anglais, parmi lesquels 8,1% présentaient un tendance au jeu pathologique. On retrouvait chez ces derniers une association statistiquement significative à des événements traumatisants dans l'enfance ou l'adolescence (attaque personnelle, violences interpersonnelles au sein du foyer, violence au travail...). Les patients verraient dans le jeu un refuge pour faire face aux émotions négatives en lien avec le traumatisme. [83]

De plus, dans plusieurs cohortes, on retrouve un taux plus élevé de TSPT chez les personnes présentant une addiction au jeu pathologique (entre 17 et 41 % selon les études). Les études épidémiologiques correspondantes ont démontré également que les individus jouant de manière abusive aux jeux d'argent et de hasard ont plus de risque de développer un TSPT que les personnes ne jouant pas. [84 ; 85] Cependant dans une étude de Grubbs de 2018, celle-ci ne retrouve pas de différence statistiquement significative entre les personnes souffrant de TSPT et celle n'en souffrant pas. [84]

En ce qui concerne la population militaire, il est retrouvé que 0,13 % des vétérans présenteraient un trouble lié aux jeux d'argent et de hasard. Cependant cette proportion semble être critiquée par les auteurs car sous-estimée selon ces derniers. [85]

Nous avons très peu de données concernant les autres addictions comportementales et notamment les dépendances sexuelles.

Une seule étude a été menée aux USA, retrouvant alors une prévalence comprise entre 3 et 6 % de la population nord-américaine. En France, le Centre Médical de Marmottant à Paris a accueilli 75 patients entre 2005 et 2009 parmi lesquels 53 présentaient une addiction sexuelle. 13 % d'entre eux auraient alors un usage excessif à d'autres substances ou d'autres comportements addictifs tels que le jeu d'argent ou les jeux vidéo. [86]

3^{ème} PARTIE : MATERIELS ET METHODE

1) TYPE D'ETUDE

L'étude menée est une étude observationnelle transversale multicentrique réalisée par le biais d'un auto questionnaire anonymisé. Elle a été réalisée successivement au sein de 4 services de psychiatrie, de l'Hôpital d'Instruction des Armées (HIA) Percy à Clamart (92), de l'HIA Bégin à Saint-Mandé (94) au cours de l'année 2017, puis de l'HIA Robert Picqué à Bordeaux et de l'HIA Desgenettes à Lyon en 2018.

2) OBJECTIFS DE L'ETUDE

a) Objectif principal

L'objectif principal de cette étude est de décrire les consommations de tabac, d'alcool et de cannabis, isolées ou associées, chez un groupe de militaires souffrant d'un trouble de stress post-traumatique, suivis en psychiatrie dans les HIA Percy, Bégin, Robert Picqué et Desgenettes.

b) Objectifs secondaires

Cette étude vise également plusieurs objectifs secondaires :

- étudier le lien entre la sévérité des consommations de tabac, d'alcool et de cannabis et la clinique psychotraumatique ;
- étudier l'association entre la nature de l'événement traumatique et les consommations de tabac, d'alcool et de cannabis ;
- décrire l'influence des consommations de tabac, d'alcool et de cannabis sur la clinique psychotraumatique ;
- explorer les autres consommations de substances psychoactives (cocaïne, opiacés, autres substances) et les addictions sans substance (jeux d'argent, jeux vidéo, conduites

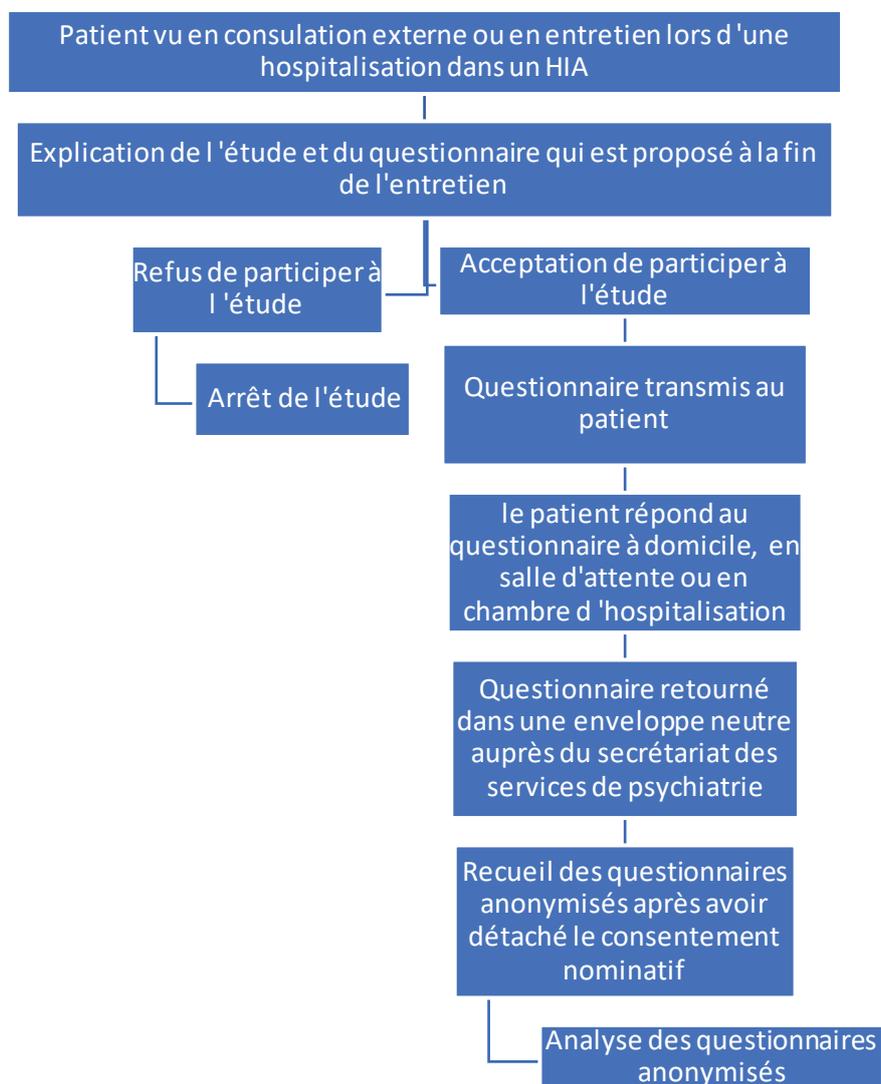
à risque) dans cette même population.

3) CONCEPTION DE LA RECHERCHE

L'étude réalisée est une enquête observationnelle descriptive transversale.

Elle a été réalisée en deux phases, la première en 2017 sur les HIA Percy et Bégin avec accord du Comité de Protection des Personnes Sud Est IV du 3 avril 2017. [annexe 2]

L'accord du Comité de Protection des Personnes Sud Est IV a été obtenu le 16 janvier 2018 pour l'extension de l'étude aux HIA Robert Picqué et Desgenettes. [annexe 3]



4) POPULATION

a) Critères d'inclusion

Les patients volontaires pour participer à l'étude doivent présenter les critères suivants :

- être majeur ;
- être militaire d'active ou retraité ;
- être affilié ou ayant droit d'un régime de sécurité sociale ;
- avoir reçu une information éclairée sur l'étude par son psychiatre référent ;
- avoir donné son consentement écrit pour participer à l'étude ; le recueil est ensuite archivé ;
- être suivi en psychiatrie (consultation ou hospitalisation) à l'HIA Percy, l'HIA Bégin, l'HIA Robert Picqué ou l'HIA Desgenettes ;
- présenter un trouble de stress post-traumatique diagnostiqué par le psychiatre référent.

b) Critères d'exclusion

Pour pouvoir participer à l'étude, les patients volontaires ne doivent pas présenter les critères suivants :

- être mineur ;
- être incapable majeur ou sous mesure de protection judiciaire (sauvegarde de justice, curatelle, tutelle) ;
- avoir une symptomatologie psychiatrique décompensée au moment de l'étude ne permettant pas de répondre au questionnaire ;
- ne jamais avoir été militaire ;
- avoir refusé de participer à l'étude proposée.

c) Information au patient

Lors d'une consultation de suivi dans un HIA ou lors d'une hospitalisation en psychiatrie durant la période de l'étude, les patients recevaient une information orale sur l'étude par leur psychiatre référent. Une notice d'information écrite leur était également remise, avec la copie de leur consentement signé par le psychiatre référent et le patient.

5) CRITÈRES D'ÉVALUATION

a) Critères d'évaluation principaux

(a) Trouble de stress post-traumatique

Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) est évalué par le psychiatre référent, qui en a fait un diagnostic clinique puisqu'il fait partie des critères d'inclusion ; il est également évalué par le biais de la Posttraumatic stress disorder Checklist Scale (PCLS). Un score supérieur à 44 permet un diagnostic de TSPT avec une sensibilité de 97 % et une spécificité de 87 %.

Le premier événement traumatisant vécu comme étant le facteur déclenchant du trouble de stress post traumatique est recherché par le biais d'une question ouverte. Il en est de même pour de potentiels événements à caractère traumatique secondaires ayant pu avoir eu un impact sur la clinique post traumatique, selon le patient.

(b) Tabac

Le tabagisme est étudié grâce au test de Fagerström. Le score obtenu nous renseigne sur l'existence ou non d'une dépendance tabagique et sur son intensité.

- Un score entre 7 et 10 correspond à une dépendance forte ;
- Un score de 5 à 6 correspond à une dépendance moyenne ;
- Un score de 3 à 4 correspond à une dépendance faible ;
- Un score de 0 à 2 signe une absence de dépendance à la nicotine.

Il était étudié la consommation tabagique actuelle et antérieure au traumatisme, les modifications éventuelles depuis l'apparition de la clinique psychotraumatique ainsi que la volonté de sevrage du patient.

(c) Alcool

Les consommations d'alcool sont évaluées à partir du questionnaire Alcohol Use Disorder Test (AUDIT). Un score supérieur à 12 chez l'homme et 11 chez la femme signe l'existence d'une dépendance à l'alcool.

Un score supérieur ou égal à 8 chez l'homme, 7 chez la femme, est en faveur d'un mésusage.

Il était étudié la consommation actuelle et antérieure au traumatisme, les modifications éventuelles depuis l'apparition de la clinique psycho traumatique et la volonté de sevrage du patient.

(d) Cannabis

Les consommations de cannabis sont évaluées par le questionnaire Cannabis Abuse Screening Test (CAST). A partir de ce test sont définies plusieurs populations :

- Les usagers sans risque de dépendance, avec un score inférieur à 3 ;
- Les usagers avec un risque faible de dépendance pour un score de 3 (compris) à 7 ;
- Les usagers avec un risque élevé de dépendance pour un score supérieur ou égal à 7.

b) Critères d'évaluation secondaires

Les objectifs secondaires sont évalués à partir du questionnaire, qui comprend une partie biométrique et médico professionnelle : âge, statut marital, nombre d'enfants, année d'appartenance, nombre d'opérations extérieures (OPEX), congé longue durée pour maladie, prise de psychotropes.

La nature de l'événement traumatique est également explorée à travers une description libre faite par le patient.

Des questions exploratoires concernant les consommations d'autres substances psychoactives que le tabac, l'alcool et le cannabis sont posées, et l'existence

d'addictions sans substance est également recherchée.

6) DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE

a) Sélection

Tout patient militaire présentant un trouble de stress post-traumatique hospitalisé ou suivi en consultation à l'HIA Percy, l'HIA Bégin, l'HIA Robert Picqué et l'HIA Desgenettes est sélectionné pour participer à l'étude.

b) Inclusion

L'inclusion est réalisée dans les services de psychiatrie des HIA Percy, Bégin, Robert Picqué et Desgenettes. Les inclusions se sont déroulées :

- du 2 mai au 31 juillet 2017 à l'HIA Percy,
- du 21 juin au 31 juillet 2017 à l'HIA Bégin,
- de mars à mai 2018 à l'HIA Robert Picqué,
- du 3 mars 2018 au 31 septembre 2018 à l'HIA Desgenettes.

L'investigateur vérifie les critères d'inclusion et d'exclusion avant de proposer l'étude au patient. Une information complète est donnée par l'investigateur au patient au moment d'une consultation externe ou d'un entretien lors d'une hospitalisation. Une information écrite est également délivrée au patient. La non opposition à sa participation est demandée au patient, tracée par écrit et consignée dans son dossier médical par la suite. Un double lui est également remis, avec les coordonnées du service de psychiatrie de l'HIA référent.

La durée de participation à l'étude pour un patient est d'environ 30 minutes (temps de passation du questionnaire).

Le patient peut participer simultanément à une autre étude.

c) Suivi et prise en charge

Il n'est pas nécessaire de réaliser un suivi pour cette étude, dans la mesure où le patient inclus est déjà suivi et continue à voir son psychiatre indépendamment de l'étude. Sa participation ne modifie en rien sa prise en charge et n'a aucune conséquence, notamment en termes d'aptitude chez les patients militaires d'active, ce qui leur est bien précisé au moment de l'inclusion dans l'étude.

d) Fin de l'étude

Elle est prononcée lors de la fin de participation du dernier participant, c'est-à-dire le 31 septembre 2018.

7) VARIABLES MESURÉES ET MÉTHODE DE MESURE

Les données recueillies par les questionnaires sont transcrites dans le logiciel EpiData 3.1 afin d'en faire l'analyse.

Les informations recueillies dans le cadre de cette étude sont les suivantes :

- Données socio-démographiques ;
- Traitement médicamenteux ;
- Nature de l'événement traumatique ;
- Intensité de la clinique psychotraumatique évaluée par la PCLS ;
- Consommation actuelle de tabac quantifiée par le test de Fagerström ;
- Estimation de la consommation de tabac avant l'événement traumatique ;
- Impact de l'événement traumatique sur les consommations de tabac ;
- Impact des consommations de tabac sur la clinique psychotraumatique ;
- Volonté d'arrêt des consommations de tabac ;
- Consommation actuelle d'alcool quantifiée par le questionnaire AUDIT ;
- Estimation de la consommation d'alcool avant l'événement traumatique ;
- Impact de l'événement traumatique sur les consommations d'alcool ;
- Impact des consommations d'alcool sur la clinique psychotraumatique ;
- Volonté d'arrêt des consommations d'alcool ;
- Consommation actuelle de cannabis quantifiée par le questionnaire CAST ;

- Estimation de la consommation de cannabis avant l'événement traumatique ;
- Impact de l'événement traumatique sur les consommations de cannabis ;
- Impact des consommations de cannabis sur la clinique psychotraumatique ;
- Volonté d'arrêt des consommations de cannabis ;
- Consommation actuelle d'autres substances (cocaïne, opiacés, MDMA, produits de synthèse, etc) ;
- Addictions sans substance (addiction aux jeux vidéo, aux jeux d'argent, sexuelle, prises de risque répétées).

8) ASPECTS STATISTIQUES

a) Calcul du nombre de sujets nécessaires

Les données de la littérature retrouvent une prévalence de trouble de l'usage tabagique estimée entre 27,1 % à 66 % chez une population de personnes souffrant de TSPT.

La prévalence du trouble de l'usage de l'alcool chez des militaires présentant un TSPT est comprise entre 22 et 50 %.

Enfin, la prévalence de cannabis en population militaire américaine souffrant de TSPT est variable selon le cadre de prise de cette substance : en effet, on retrouve environ 9 % des vétérans qui consomment du cannabis de manière illégale tandis que 41 % consomment du cannabis sous prescription médicale.

Pour estimer une fréquence de 20 % avec une précision de 8 %, avec un seuil α à 5 % et une puissance à 80 %, il est nécessaire d'inclure 96 sujets. Au total, 133 patients ont été inclus dans cette étude quantitative.

b) Méthode statistique

Les variables sociodémographiques sont décrites avec des proportions pour les variables qualitatives ou des moyennes et écart type ou médiane et intervalle interquartile pour les variables quantitatives.

Les consommations à risque sont décrites selon les mêmes modalités.

Les consommateurs sont comparés aux non consommateurs selon les variables sociodémographiques, l'intensité du stress post traumatique (score PCLS) ainsi que de la nature

de l'événement traumatisant à l'aide d'une régression logistique univariée en utilisant des tests de Student ou de Mann Withney si les conditions d'application n'étaient pas vérifiées pour les variables quantitatives et des tests de Chi² ou test exact de Fisher si les conditions d'application n'étaient pas vérifiées pour les variables qualitatives.

La nature des événements traumatisants a été par la suite analysée en fonction des différentes conduites addictives en utilisant des tests de Chi² ou test exact de Fisher selon les conditions de validité.

Un modèle de régression logistique multivariée est mis en œuvre à partir des variables associées en analyse univariée avec une significativité fixé à moins de 20 % ($p < 0,20$) selon une procédure pas à pas descendante jusqu'à l'obtention d'un modèle significatif à 5 % ($p < 0,005$).

Les logiciels utilisés sont le LOGICIEL Rstudio 3,5.2 pour le data management et recodage et le LOGICIEL R pour les premières analyses descriptives des variables socio démographiques. STAT12.0 a été utilisé pour les analyses des événements et des consommations ainsi que pour la régression logistique.

Nous avons bénéficié d'un soutien statistique de Madame MARTIN Solenne du Bureau Recherche et Innovation de la Direction de la formation, de la recherche et de l'innovation (DFRI), du Val de Grâce (Paris).

9) CRITÈRES D'ARRÊT DE L'ÉTUDE

a) Critère d'arrêt de l'étude pour un sujet qui y participe

La recherche étant une étude transversale observationnelle, une seule mesure est réalisée chez les patients volontaires. Ainsi, il n'est pas possible de définir de critère d'arrêt pour un sujet participant en dehors du patient retirant son consentement lors de l'administration du questionnaire ou de la passation de l'entretien.

b) Arrêt de l'étude par le promoteur

Le promoteur peut arrêter l'étude à tout moment, pour les raisons suivantes :

- Incapacité de l'investigateur à inclure les sujets selon le calendrier prévu ;
- Absence de consentement signé ;
- Violations majeures au protocole ;

- Données incomplètes ou erronées ;

Le promoteur établit une déclaration de fin d'essai dans un délai de 90 jours suivant la fin de la recherche.

c) Arrêt de l'étude par l'investigateur

En cas d'événement indésirable jugé sévère par l'investigateur et pouvant mettre en jeu la santé des sujets, l'investigateur peut arrêter l'étude en accord avec le promoteur. La recherche est arrêtée en cas de décompensation psychiatrique dans les suites de la passation du questionnaire pour au moins 10 patients.

4^{ème} PARTIE : RESULTATS DE L'ETUDE

1) RESULTATS DE L'HOPITAL D'INSTRUCTION DES ARMEES DESGENETTES (LYON)

a) Description de la population

(a) *Données sociodémographiques*

Au total, 38 patients ont été inclus : 84,2 % de l'échantillon sont des hommes (soit 32 patients). L'âge moyen de l'échantillon est de 34 ans (âge minimum 25 ans -âge maximum 50 ans, écart type 7,7).

La plupart des patients inclus sont en couple (44,7 %) ou mariés (26,3%). 68,4 % (26 patients) sont en situation de célibat géographique. La plupart d'entre eux ont au moins un enfant (47,4 % des cas).

Sur le plan professionnel, les militaires sont majoritairement issus de l'armée de terre (76,3 %) suivi par la gendarmerie (7,9 %) et le service de santé des armées (7,9 %) puis par la marine nationale (5,3 %) et l'armée de l'air (2,6 %). La plupart des patients inclus sont militaires du rang (71,1 %) et sous-officiers (26,3 %) tandis que les officiers sont peu représentés (2,6 %). Le statut de carrière est bien moins représenté que le statut d'engagé volontaire (21,1 % contre 76,3 %). La durée d'engagement est pour la moitié supérieure à 10 ans (50 %), années au cours desquelles les militaires ont réalisé au moins une opération extérieure (OPEX) pour la quasi globalité de l'échantillon (97,1 %). Le nombre de missions varie entre 0 et 25 OPEX déclarées dans la cohorte. 9 patients (23,7 %) ont réalisé une seule mission.

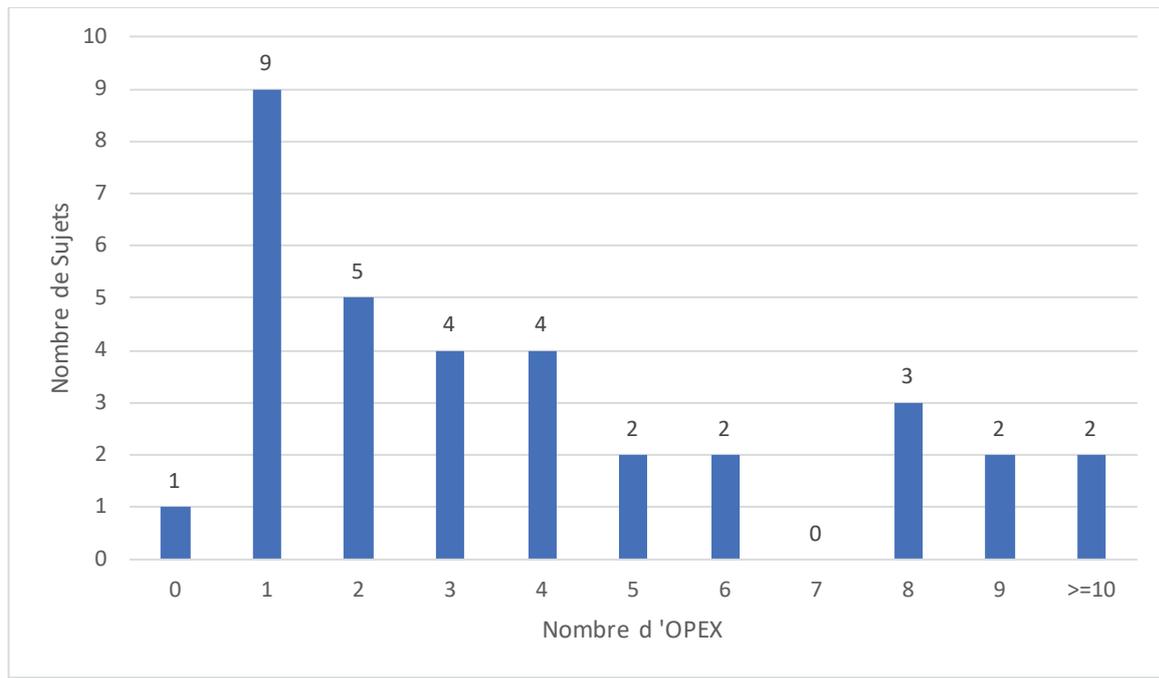
La plupart des participants ont un niveau scolaire équivalent au lycée (78,9 %). Seuls 5 patients ont un niveau supérieur au secondaire et 3 ont fréquenté uniquement le collège.

Tableau 1 : Données sociodémographiques de l'échantillon de patients pris en charge sur l'HIA Desgenettes (HIAD)

Effectif n : nombre de patient concerné

Variable		Effectif n	Pourcentage de l'échantillon (%)
Sexe	Homme	32	84,2
	Femme	4	10,5
Situation	Célibataire	8	21,1
	En couple	17	44,7
	Marié	10	26,3
	Divorcé	3	7,9
Célibat géographique	Oui	26	68,4
	Non	7	18,4
Nombre d'enfants	0	16	10,5
	1	4	26,3
	2	10	15,8
	≥3	6	5,3
Statut	Engagé	29	76,3
	De carrière	8	21,1
	Retraité	1	2,6
Grade	Militaire du rang	27	71,1
	Sous-officier	10	26,3
	Officier	1	2,6
Arme	Terre	29	76,3
	Air	1	2,6
	Marine	2	5,3
	Gendarmerie	3	7,9
	SSA	3	7,9
	Autre	0	0
Duré d'engagement	10 à 20 ans	10	26,3
	Moins de 10 ans	14	36,8
	Plus de 20 ans	9	23,7
Etudes	Collège	3	7,9
	Lycée	30	78,9
	Etudes supérieures	5	13,2

Figure 1 : Nombre d'OPEX réalisées au sein de l'échantillon de patients pris en charge sur l'HIA Desgenettes



(b) Suivi médical

Le suivi médical spécialisé réalisé au sein de l'HIAD est initié depuis moins de 5 ans pour 92 % des patients. Seuls deux patients ont un suivi antérieur ayant débuté en 2012.

30 patients suivis sont en congé maladie ce qui représente 78,9 % de l'échantillon parmi lesquels 27 d'entre eux sont placés en congé longue durée pour maladie (CLDM), soit 71,1 % de l'échantillon global. Concernant la durée du congé, 7 patients sont placés depuis moins de 6 mois en CLDM tandis que 5 sujets le sont depuis plus de 3 ans.

73,7 % des patients déclarent recevoir un traitement médicamenteux : 6 patients énoncent alors la difficulté à suivre correctement la prescription médicale.

Trois classes thérapeutiques sont le plus souvent prescrites: les antidépresseurs (57,1 %), les neuroleptiques (50,5 %) et les anxiolytiques (35,7 %). Toutefois 12 patients n'ont pas précisé la nature de leur traitement.

Tableau 2 : Données concernant le suivi médical des patients suivis à l'HIAD

Effectif n : nombre de patients concernés

Variable		Effectif n	Pourcentage de l'échantillon (%)
Nombre d'années de suivi	0	3	7,9
	1	7	18,4
	2	11	28,9
	3	7	18,4
	4	3	7,9
	5	4	10,5
	>5	2	5,3
En arrêt maladie	non	8	21,1
	oui	30	78,9
En CLDM	non	7	18,4
	oui	27	71,1
Période de CLDM	1 ^{ère} période	7	25,9
	2/3 ^{ème} période	9	33,3
	4/5 ^{ème} période	6	22,2
	> 6 ^{ème} période	5	18,5
Traitement médicamenteux	non	9	23,7
	oui	28	73,7
Observance	non	6	15,8
	oui	24	63,2

Tableau 3 : Données concernant les différentes catégories de traitements médicamenteux

Effectif n : nombre de patients concernés

Anxiolytique : prescription d'hydroxyzine ou bien mention de la notion « d'anxiolytique » dans le questionnaire.

Sans précision : pas de traitement mentionné par le patient alors même qu'il précise en prendre un.

Traitement	Effectif n	Pourcentage de l'échantillon (%)
Antidépresseur	16	57,1
Neuroleptique	14	50,5
Benzodiazépine	7	25,0
Hypnotique	4	14,3
Anxiolytique	10	35,7
Sans précision	12	42,9

b) Evènements traumatiques et trouble de stress post-traumatique

Les patients inclus dans cette étude ont des scores PCLS concordant avec le diagnostic de trouble de stress post traumatique réalisé par les spécialistes.

En effet, les 38 sujets ayant répondu au questionnaire ont un score supérieur à 44 à la PCLS. 60,5 % des patients présentent un score supérieur ou égal à 61. La valeur maximale retrouvée est égale à 79.

Les patients ont la liberté dans le questionnaire de rapporter le ou les évènements considérés par eux comme traumatiques, et étant le facteur déclenchant de leur pathologie. 37 sujets rapportent avoir vécu un événement traumatique sur le plan psychique en mission opérationnelle. Un seul individu ne donne pas de précision concernant l'évènement traumatique. La nature du traumatisme est très souvent en lien avec la confrontation à la mort (risque de mort personnelle imminente, décès d'un camarade sous les yeux de l'intéressé, suicide d'un collègue en service, vision de cadavres, génocide) dans 48,6 % des cas. 12 individus (32,4 % de la cohorte) rapportent également des actions de feu (tirs, explosion d'un engin explosif improvisé (IED), mission de déminage) comme étant déclencheurs du trouble du stress post traumatique. Il est également décrit des évènements autres comme étant potentiellement traumatiques: séquestration, catastrophe naturelle ainsi que visionnage d'images violentes.

Les personnes incluses ont la possibilité de rapporter un second évènement traumatique. Seules 19 personnes ont identifié un évènement secondaire ayant favorisé la clinique psychotraumatique. 11 (57,9 %) des sujets rapportent un lien avec une mission opérationnelle, 7 (36,8 %) patients décrivent un évènement survenu hors contexte opérationnel et 1 seul individu ne donne pas d'information supplémentaire. 42,1 % des sujets rapportent avoir été en confrontation directe avec la mort (risque de mort personnelle, vision de cadavres, vision d'une personne suicidée, personnes calcinées, meurtre) et seuls 2 individus énoncent une action de feu. 47,3 % des personnes concernées décrivent des événements de nature autre, tels que les attentats sur le territoire français ou des événements de nature non traumatique, tels qu'une mauvaise prise en compte par le commandement au retour d'OPEX.

On note un pic des événements traumatiques en 2014.

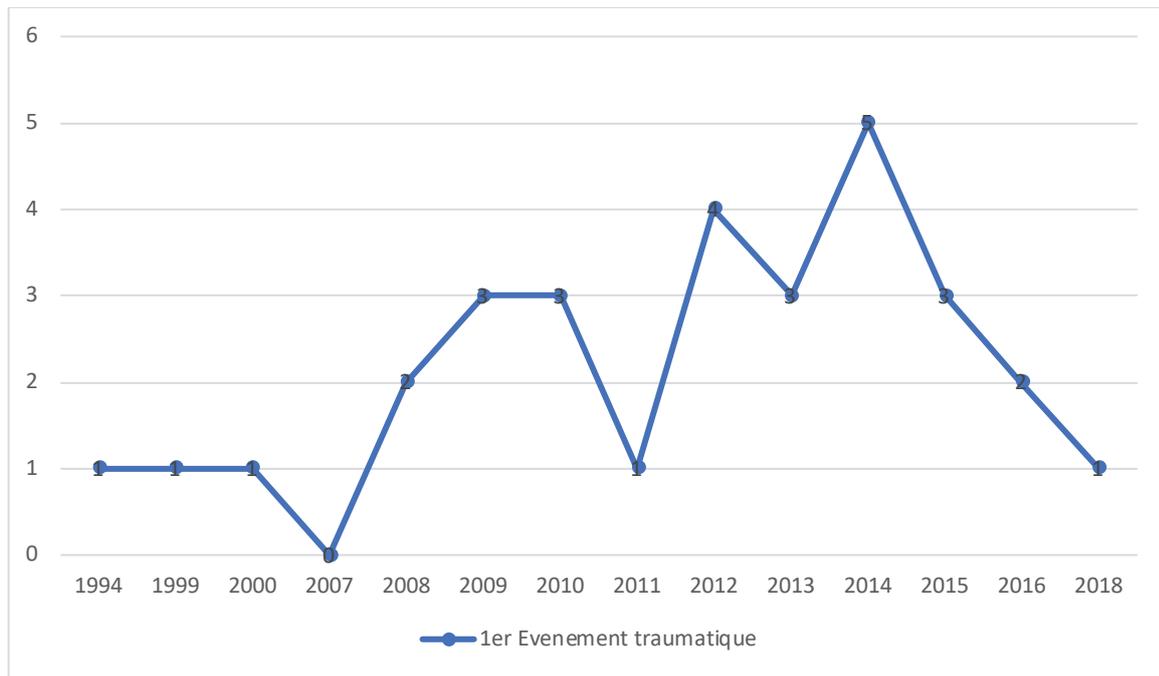
Tableau 4 : Données concernant les scores PCLS de l'échantillon de patients suivis sur l'HIAD

Effectif n : nombre de patients concernés

Seuil de diagnostic TSPT : > 44

Score PCLS	Effectif n	Pourcentage de l'échantillon (%)
<44	0	0
45-50	7	18,4
51-60	8	21
61-70	15	39,5
>70	8	21

Figure 2 : Répartition des premiers événements traumatisants en fonction des années dans l'échantillon de patients suivis sur l'HIA Desgenettes



c) Consommation de substances psychoactives

(a) Consommation de tabac

34 sujets ont expérimenté la consommation tabagique au cours de leur vie, ce qui représente 89,47 % de l'échantillon, avec un âge moyen d'initiation de 16,94 ans (âge minimum 11 ans, âge maximum 25 ans, écart type 3,24). Selon les résultats du questionnaire, la prévalence actuelle de cette consommation est de 58,82 % (20 patients affirmaient consommer du tabac au cours de l'étude).

Les scores obtenus au test de Fagerström mettent en évidence une proportion majoritaire de personnes dépendantes à la nicotine (65 % de cette population). 40 % des individus présentent une dépendance faible tandis que 25 % sont considérés comme dépendants d'intensité moyenne. L'échantillon ne contient pas d'individu avec une forte dépendance.

Tableau 5 : Score au test de Fagerström (évaluation de la dépendance à la nicotine)

0-2 : absence de dépendance

3-4 : dépendance faible

5-6 : dépendance moyenne

7-10 : dépendance forte

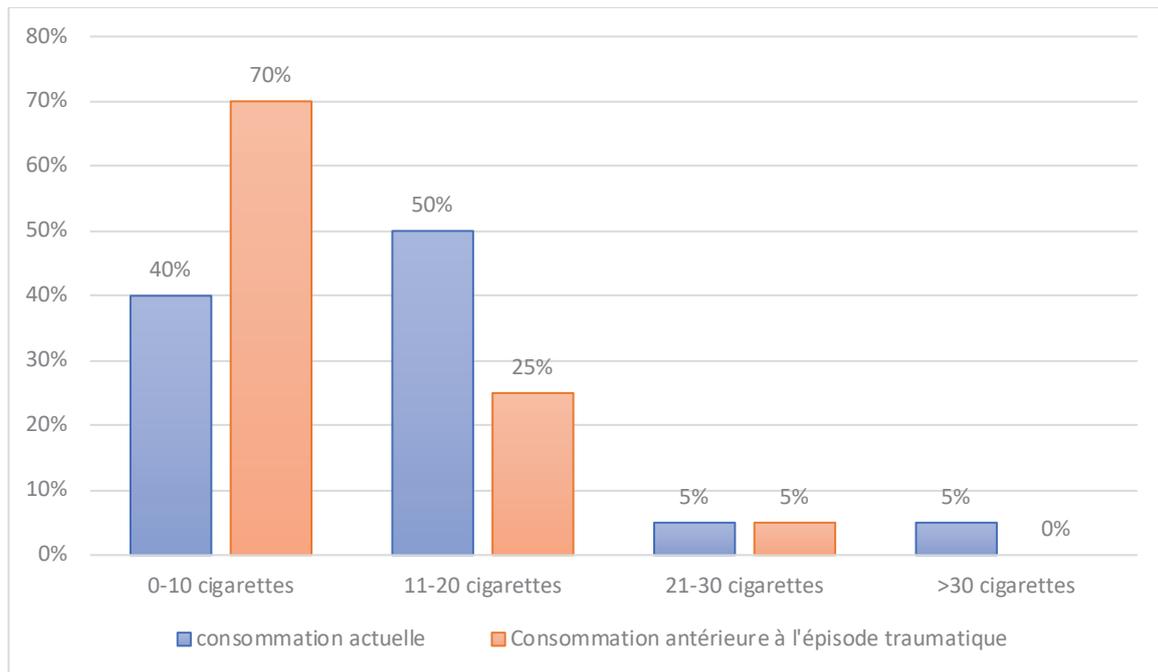
Effectif n : nombre de patients concernés

Score de Fagerström	Effectif n	Pourcentage des fumeurs (%)
<i>Absence de dépendance</i>	7	3
<i>Dépendance faible</i>	8	4
<i>Dépendance modérée</i>	5	25
<i>Dépendance forte</i>	0	0

Il est intéressant d'explorer l'impact éventuel de l'évènement traumatique sur les habitudes de cette population. En effet, 57,89 % des personnes (22 patients) indiquent un changement dans leur consommation de tabac depuis l'évènement traumatisant. Parmi ces 22 personnes, 18 (soient 81,82 %) répondent avoir augmenté leur consommation de tabac tandis que 3 (13,64 %) constatent une tendance inverse. Un individu ne décrit pas de changement.

En comparant le nombre de cigarettes consommées avant l'évènement traumatisant et actuellement, on observe que 9 patients ont augmenté significativement leur consommation au cours de la journée depuis l'évènement traumatique, tandis que 2 ont diminué leur pratique addictive.

Figure 3 : Comparaison entre consommation de tabac avant l'événement traumatique et consommation actuelle



Concernant la clinique psychotraumatique, 11 patients (soit 55 %) évoquent un soulagement des symptômes par la consommation de tabac. Toutefois un individu décrit que fumer provoque une aggravation de sa symptomatologie. 6 sujets ressentent un effet neutre. Seules 2 personnes expriment explicitement leur sensation en décrivant un sentiment de paix et de détente après que ces derniers aient consommé du tabac.

Lorsque le questionnaire aborde la question du sevrage, 70 % de la cohorte fumeuse exprime le souhait d'arrêter de consommer.

Lorsque l'on s'intéresse aux comparaisons des moyennes des scores de PCLS en fonction de la sévérité de la dépendance, la puissance statistique ne nous permet pas de conclure à une corrélation directe entre ces deux variables ($p=0,1187$).

La faible taille de l'échantillon ne permet pas de retrouver d'association statistiquement significative entre la consommation de tabac et les données sociodémographiques.

Concernant les événements traumatiques, les actions de feu sont associées de manière significative à la modification de la consommation de tabac, que cela soit dans l'augmentation et la diminution du tabac ($p=0,018$ et $p=0,027$).

Tableau 6 : Comparaison des moyennes PCLS en fonction de l'intensité de dépendance nicotinique

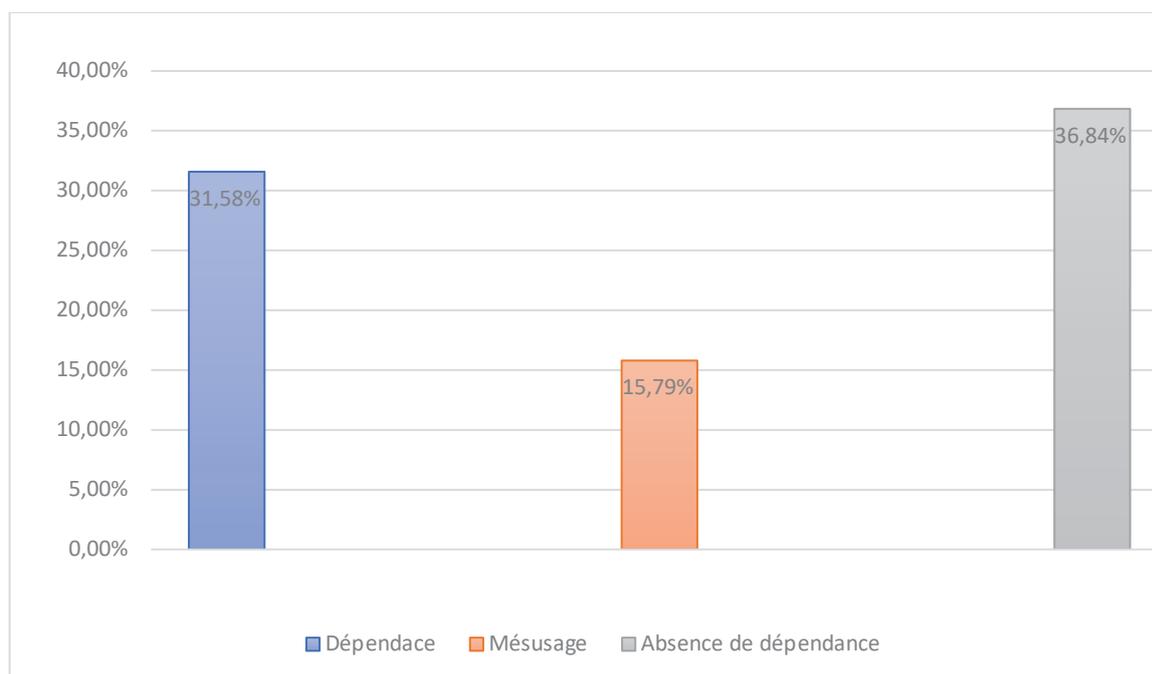
	Moyenne PCLS	Valeur minimale	Valeur maximale	Ecart type
Pas de dépendance	57,29	46	75	11,86
Dépendance faible	61,5	54	74	7,13
Dépendance modérée	68,6	65	78	5,37

(b) Consommation d'alcool

Sur les 38 patients interrogés, 89,48 % (34 personnes) déclarent consommer de l'alcool en quantité variable. Plus la moitié d'entre eux (20 sujets soient 52,63 %) consomment une boisson alcoolisée au moins 3 fois par semaine. Seules 4 personnes ne décrivent aucune consommation.

Sur l'ensemble des personnes interrogées, nous retrouvons que 47,37 % d'entre elles présentent un trouble de l'usage d'alcool : 31,58 % (12 personnes) présentent une dépendance et 15,79 % (6 patients) en font un mésusage. 2 patients n'avaient pas répondu de manière précise au questionnaire (manque de données pour catégoriser leur niveau de dépendance).

Tableau 7 : Données concernant les résultats de l'échantillon de patients suivis sur l'HIAD au questionnaire AUDIT



Concernant l'évolution de leur consommation, 24 patients décrivent un changement dans leur pratiques depuis l'évènement traumatisant, soit 63,16 % de l'ensemble de la cohorte : 20 individus déclarent une augmentation de leur consommation, tandis que 3 décrivent une tendance inverse. Un sujet ne constate pas de modification. Sur les 34 sujets qui consomment actuellement, 30 d'entre eux rapportent le nombre de verres pris par semaine au moment du questionnaire : 9 consomment plus de 10 verres/semaine avec un maximum de 50 unités pour un de ces individus. 11 personnes déclarent boire moins de 2 verres par semaine. En comparant la quantité d'alcool consommée (quantifiée en nombre de verres par semaine) au moment de la réalisation du questionnaire et celle consommée avant l'évènement traumatique, on retrouve que 5 patients ne consomment pas d'alcool antérieurement, avec une prise actuelle de 20 verres par semaine pour l'un d'entre eux. Pour 15 patients sur 34 personnes consommatrices, on note un accroissement du nombre de verres bus par semaine depuis l'évènement traumatique

Concernant la clinique psychotraumatique, la majorité de la cohorte (19 individus) déclarent que la prise d'alcool procure un soulagement, tandis que 4 considèrent que la consommation alcoolique aggrave leurs symptômes. 7 sujets ne décrivent aucun effet. Certains patients décrivent librement leur impression : apaisement, automédication, meilleure qualité de sommeil.

Lorsque l'on évoque la question du sevrage, 41,18 % des participants souhaitent un arrêt de cette pratique addictive.

De plus, en corrélant le niveau de dépendance obtenu au questionnaire AUDIT et le niveau de sévérité de la clinique psycho traumatique, on ne peut conclure à une corrélation directe entre ces deux variables ($p=0,2738$).

Tableau 8 : Comparaison des moyennes du score PCLS en fonction de l'intensité du trouble de l'usage d'alcool

	Moyenne PCLS	Valeur minimale	Valeur maximale	Ecart-type
Pas de dépendance	60,31	46	77	9,23
Mésusage	61,33	48	79	12,89
Dépendance	66,33	56	78	7,73

Les patients qui consomment plus de 3 fois par semaine sont de manière significative issus de l'armée de terre ($p=0,005$) et sont dans 95 % des cas en arrêt maladie ($p=0,02$).

Concernant les événements traumatiques, les actions de feu sont liées de manière significative à la consommation d'alcool ($p=0,018$).

Tableau 9 : Consommations de tabac et d'alcool en fonction des variables sociodémographiques

		Consommateur de tabac		P	Consommateur d'alcool			P
		Non	Oui		Peu/pas	2 à 4 fois/mois	>3fois par semaine	
Sexe	Homme	11 (78,57 %)	19 (100 %)	0,067	7 (87,50 %)	9 (90 %)	16 (88,89 %)	1
	Femme	3 (21,43 %)	0 (0 %)		1 (12,50 %)	1 (10 %)	2 (11,11 %)	
Situation	Célibataire	1 (7,14 %)	6 (30 %)	0,102	0 (0 %)	3 (30 %)	5 (25 %)	0,448
	En couple	8 (57,14 %)	8 (40 %)		5 (62,50 %)	3 (30 %)	9 (45 %)	
	Marié	5 (37,71 %)	3 (15 %)		2 (25 %)	4 (40 %)	4 (20 %)	
	Divorcé	0 (0 %)	3 (15 %)		1 (12,5 %)	0 (0 %)	2 (10 %)	
Célibat géographique	Oui	4 (28,57 %)	1 (6,67 %)	0,169	1 (14,29 %)	2 (25 %)	4 (22,2 %)	1
	Non	10 (71,43 %)	14 (93,33 %)		6 (85,71 %)	6 (75 %)	14 (77,78 %)	
Statut	Engagé	11 (78,57 %)	16 (80 %)	1	6 (75 %)	6 (60 %)	17 (85 %)	0,174
	De carrière	3 (21,43 %)	3 (15 %)		1 (12,5 %)	4 (40 %)	3 (15 %)	
	Retraité	0 (0 %)	1 (5 %)		1 (12,5 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	
Grade	Militaire du rang	8 (57,14 %)	17 (85 %)	0,116	6 (75 %)	5 (50 %)	16 (80 %)	0,140
	Sous-officier	6 (42,86 %)	3 (15 %)		1 (12,50 %)	5 (50 %)	4 (20 %)	
	Officier	0 (0 %)	0 (0 %)		1 (12,50 %)	0 (0 %)	0(0 %)	
Arme	Terre	10 (71,43 %)	15 (75 %)	0,410	8 (100 %)	5 (50 %)	16 (80 %)	0,05
	Air	1 (7,14 %)	0 (0 %)		0 (0 %)	1 (10 %)	0 (0 %)	
	Marine	1 (7,14 %)	1 (5 %)		0 (0 %)	0 (0 %)	2 (10 %)	
	Gendarmerie	2 (14,29 %)	1 (5 %)		0 (0 %)	1 (10 %)	2 (10 %)	
	SSA	0 (0 %)	3 (15 %)		0 (0 %)	3 (30 %)	0 (0 %)	
	Autre (tu peux retirer l'autre 0 non ?)	0 (0 %)	0 (0 %)		0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	
Durée d'engagement	10 à 20 ans	3 (25 %)	7 (38,89 %)	0,445	1 (16,67 %)	2 (20 %)	7 (41,18 %)	0,349
	Moins de 10 ans	7 (58,33 %)	6 (33,33 %)		4 (66,67 %)	3 (30 %)	7 (41,18 %)	
	Plus de 20 ans	2 (16,67 %)	5 (27,78 %)		1 (16,67 %)	5 (50 %)	3 (17,65 %)	
Niveau d'études	Collège	0 (0 %)	3 (15 %)	0,460	1 (12,50 %)	0 (0 %)	2 (10 %)	0,60
	Lycée	12 (85,71 %)	15 (75 %)		5 (62,5 %)	9 (90 %)	10 (80 %)	
	Études supérieures	2 (14,29 %)	2 (10 %)		2 (25 %)	1 (10 %)	2 (10 %)	
Arrêt maladie	Non	1 (7,14 %)	5 (25 %)	0,364	3 (37,50 %)	4 (40 %)	1 (5 %)	0,021
	Oui	13 (92,86 %)	15 (75 %)		5 (62,50 %)	6 (60 %)	19 (95 %)	
CLDM	Non	0(0 %)	5 (27,78 %)	0,058	1 (16,67 %)	3 (33,33 %)	3 (15,79 %)	0,533
	Oui	13 (100 %)	13 (72,22 %)		5 (83,33 %)	6 (66,67 %)	16 (84,21 %)	
Médicament	Non	2 (14,29 %)	5 (26,32 %)	0,670	4 (50 %)	2 (20 %)	3 (15,79 %)	0,208
	Oui	12 (85,71 %)	14 (73,68 %)		4 (50 %)	8 (80 %)	16(84,21 %)	

Tableau 10 : Description de la consommation de tabac selon le type d'événement traumatique

		Évènement mission										Évènement hors mission						Évènement autre				
		N		Évènement en lien avec des actions de feu				P	Évènement en lien avec une confrontation avec la mort		P	Non		Oui		P	Non		Oui		P	
				Non	Oui	Non	Oui		Non	Oui		Non	Oui	Non	Oui		Non	Oui				
Consommation au cours de la vie	Non	38		3 (11,54 %)	1 (8,33 %)	1	2 (10 %)	2 (11,11 %)	1	4 (10,53 %)	4 (10,5 %)	3 (12 %)	1 (7,69 %)									
	Oui			23 (88,46%)	11 (91,67 %)		18 (90 %)	16 (88,89 %)		34 (89,47 %)	34 (89,5 %)	22 (88 %)	12 (92,41 %)									
Consommation actuelle après événement traumatisant	Augmentation	Non			0 (0 %)	3 (33,33 %)	0,017	1 (7,69 %)	2 (22,22 %)	0,553	3 (13,64 %)	0 (0 %)	3 (18,75 %)	0 (0 %)							0,736	
		Oui	22		13 (100 %)	5 (55,56 %)		11 (84,62 %)	7 (77,78 %)		18 (81,82 %)	0 (0 %)	12 (75 %)	6 (100 %)								
	Diminution	Non			9 (69,23 %)	2 (22,22 %)	0,026	5 (38,46 %)	6 (66,67 %)	0,593	11 (50 %)	0 (0 %)	8 (50 %)	3 (50 %)								
		Oui			0 (0 %)	3 (33,33 %)		2 (15,38 %)	1 (1,11 %)		3 (13,64 %)	0 (0 %)	3 (18,75 %)	0 (0 %)								0,814
Score de Fagerström	Pas de dépendance	20		2 (16,67 %)	5 (62,5 %)		5 (41,67 %)	2 (25 %)		7 (35 %)	0 (0 %)	6 (42,86 %)	1 (16,67 %)								0,570	
	Dépendance faible			6 (50 %)	2 (25 %)	0,187	4 (33,33 %)	4 (50 %)	0,844	8 (40 %)	0 (0 %)	5 (35,71 %)	3 (50 %)									
Dépendance moyenne				4 (33,33 %)	1 (12,50 %)		3 (25 %)	2 (25 %)		5 (25 %)	0 (0 %)	3 (21,43 %)	2 (33,33 %)									

Tableau 11 : Description de la consommation d'alcool selon le type d'événement traumatique

	N	Événement mission						Événement hors mission				Événement autre	
		Événement en lien avec une action de feu		P	Événement en lien avec une confrontation avec la mort		P	Non	Oui	P	Non	Oui	P
		Non	Oui		Non	Oui							
Consommation au cours de la vie	Peu/pas	38	2 (7,69 %)	6 (50 %)	0,018	5 (25 %)	3 (16,67 %)	0,282	8 (21,05 %)	0	7 (28 %)	1 (7,65 %)	0,282
	2-4fois par mois		8 (30,77 %)	2 (16,67 %)		3 (15 %)	7 (38,89 %)		10 (26,32 %)	0	7 (28 %)	3 (23,08 %)	
	>3 fois par semaine		16 (61,54 %)	4 (33,33 %)		12 (60 %)	8 (44,4 %)		20 (52,63 %)	0	11 (44 %)	9 (69,23 %)	
Consommation actuelle depuis événement traumatisant	Augmentation	24	2 (11,11 %)	0 (0 %)	0,712	1 (8,33 %)	1 (8,33 %)	0,727	2 (8,33 %)	0	1 (6,25 %)	1 (12,5 %)	1
	Diminution	24	15 (83,33 %)	5 (83,33 %)		9 (75 %)	11 (91,67 %)		20 (83,33 %)	0	13 (81,25 %)	7 (87,5 %)	
Score total audit	Pas de dépendance	31	11 (61,11 %)	3 (50 %)	1	5 (41,67 %)	9 (75 %)	0,360	14 (58,33 %)	0	10 (62,5 %)	4 (50 %)	0,825
	Mésusage		2 (11,11 %)	1 (16,67 %)		2 (16,67 %)	1 (8,33 %)		3 (12,50 %)	0	2 (12,5 %)	1 (16,50 %)	
	Pas de dépendance	31	10 (43,48 %)	3 (37,50 %)	0,266	7 (46,67 %)	6 (35,50 %)	0,266	12 (38,71 %)	0	7 (36,84 %)	6 (50 %)	0,892
	Dépendance		4 (17,39 %)	2 (25 %)		1 (6,67 %)	5 (31,25 %)		6 (19,35 %)	0	4 (21,05 %)	2 (16,67 %)	
			9 (39,13 %)	3 (37,50 %)		7 (46,67 %)	5 (31,25 %)		13 (41,94 %)	0	8 (42,11 %)	4 (33,33 %)	

(c) *Consommation de cannabis*

21 patients (soient 55,26 %) sur l'ensemble de l'échantillon déclarent avoir déjà consommé du cannabis au cours de leur vie. L'âge moyen d'expérimentation est de 18,38 (écart type de 4,45, âge minimum de 11 ans et âge maximal de 30 ans).

Il est intéressant de savoir si l'évènement traumatique peut avoir eu un impact sur la consommation de cannabis. En effet, 42,86 % des personnes (9 patients) ayant consommé du cannabis au cours de leur vie indiquent un changement depuis l'évènement traumatisant. 8 d'entre eux (88,89 %) décrivent une augmentation de cette consommation et un individu ne répond pas à la question. Aucun sujet ne constate une diminution de la consommation ou une absence d'effet.

7 personnes consomment actuellement du cannabis, parmi lesquelles 6 (soient 85,72 %) avaient ont un score supérieur ou égal à 2 au questionnaire CAST, ce qui indique un potentiel trouble de l'usage de cannabis. De plus, lorsque l'on s'intéresse à la comparaison de la quantité de cannabis consommée par semaine avant et après le traumatisme psychique, nous retrouvons que :

- 5 patients (71,43 %) ne consommaient pas de cannabis avant le traumatisme,
- 1 individu décrit une augmentation massive de prise de cannabis depuis le traumatisme, passant de 1 fois par semaine à 20 fois par semaine.

Concernant la clinique psychotraumatique, 6 patients sur l'ensemble des sujets consommant actuellement du cannabis, déclarent ressentir un soulagement de leurs symptômes (soient 85,71 %). Aucun ne décrit une aggravation des symptômes par la consommation.

4 patients sur les 7 consommateurs actuels (soient 57,14 %) souhaitent arrêter leur prise de cannabis.

La sévérité du TSPT n'est pas corrélée de manière significative à l'existence d'une consommation de cannabis ($p=0,171$).

La taille trop faible de l'échantillon ne permet pas de décrire une association statistiquement significative entre les données sociodémographique et la consommation de cannabis. Il en est de même pour la description des événements traumatiques.

Tableau 12 : Données concernant les résultats de l'échantillon de patients suivis sur l'HIAD au questionnaire CAST

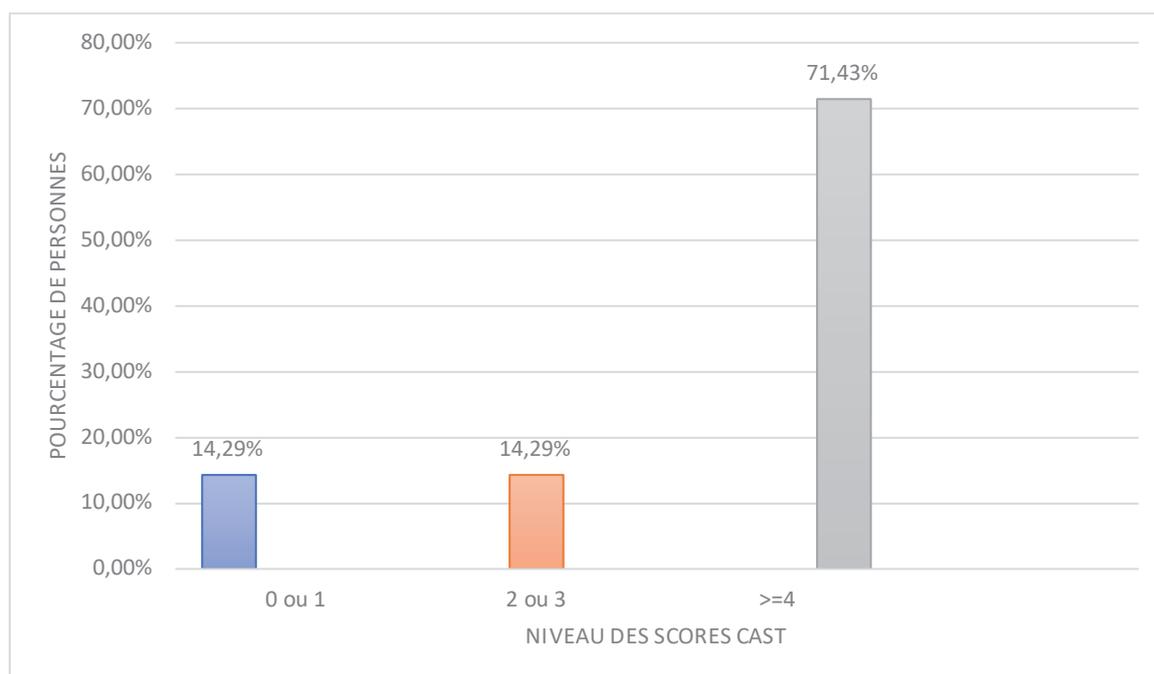


Tableau 13 : Comparaison des moyennes des scores PCLS en fonction de la consommation de cannabis

		Moyenne PCLS	Ecart type	Valeur minimale	Valeur maximale	P
Cannabis	Non	59,94	9,9267	46	78	0,171
	Oui	65,71	8,518	52	75	

Tableau 14 : Consommation de cannabis en fonction des variables sociodémographiques

		Cannabis		P
		Non	Oui	
Sexe	Homme	14 (87,50 %)	7 (100 %)	1
	Femme	2 (12,50 %)	0 (0 %)	
Situation	Célibataire	5 (29,41 %)	2 (28,57 %)	0,910
	En couple	7 (41,18 %)	4 (57,14 %)	
	Marié	3 (17,65 %)	0 (0 %)	
	Divorcé	2 (11,76 %)	1 (14,29 %)	
Célibat géographique	Non	10 (76,9 %)	4 (66,67 %)	1
	Oui	3 (23,08 %)	2 (33,33 %)	
Statut	Engagé	15 (88,24 %)	7 (100 %)	1
	De carrière	1 (5,88 %)	0 (0 %)	
	Retraité	1 (5,88 %)	0 (0 %)	
Grade	Militaire du rang	16 (94,12 %)	6 (85,71 %)	0,507
	Sous-officier	1 (5,88 %)	1 (14,29 %)	
	Officier	0 (0 %)	0 (0 %)	
Arme	Terre	4 (82,35 %)	7 (100 %)	1
	Air	0 (0 %)	0 (0 %)	
	Marine	1 (5,88 %)	0 (0 %)	
	Gendarmerie	0 (0 %)	0 (0 %)	
	SSA	2 (11,76 %)	0 (0 %)	
Durée d'engagement	10 à 20 ans	4 (28,57 %)	3 (42,86 %)	0,254
	Moins de 10 ans	5 (35,71 %)	4 (57,14 %)	
	Plus de 20 ans	5 (35,71 %)	0 (0 %)	
Niveau d'études	Collège	2 (11,76 %)	1 (14,29 %)	1
	Lycée	14 (82,35 %)	6 (85,71 %)	
	Etudes supérieures	1 (5,88 %)	0 (0 %)	
Arrêt maladie	Non	5 (29,41 %)	0 (0 %)	0,272
	Oui	12 (70,59 %)	7 (100 %)	
CLDM	Non	3 (23,08 %)	1 (14,29 %)	1
	Oui	10 (76,82 %)	6 (85,71 %)	
Médicament	Non	5 (31,25 %)	1 (14,29 %)	0,621
	Oui	11 (68,75 %)	6 (85,71 %)	

Tableau 15 : Description de la consommation de cannabis selon le type d'événement traumatique

N		Evènement mission										Evènement hors mission				Evènement autre	
		Evènement en lien avec une action de feu		P	Evènement en lien avec une confrontation avec la mort		P	Non	Oui	Non	Oui	P	Non	Oui	P	Non	Oui
Consommation au cours de la vie	Non	24	13 (7 6,47 %)		4 (57,14 %)	0,374											
	Oui		4 (23,53 %)	3 (42,86 %)		4 (26,67 %)	3 (33,33 %)		7 (29,17 %)	0 (0 %)	5 (33,33 %)	2 (22,22 %)					
Consommation actuelle, après l'événement	Augmentation	Non	9	0 (0 %)	0 (0 %)	1	0 (0 %)	0 (0 %)	0,444	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1				
		Oui		4 (80 %)	4 (100 %)		5 (100 %)	3 (75 %)		8 (88,96 %)	0 (0 %)	6 (85,71 %)	2 (100 %)				
	Diminution	Non	9	3 (60 %)	1 (25 %)	0,524	2 (40 %)	2 (50 %)	1	4 (44,44 %)	0 (0 %)	3 (42,86 %)	1 (50 %)	1			
		Oui		0 (0 %)	0 (0 %)		0 (0 %)	0 (0 %)		0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)				
Score CAST	0 ou 1	7	1 (25 %)	0 (0 %)	1	0 (0 %)	1 (33,33 %)	1	1 (14,29 %)	0 (0 %)	1 (20 %)	0 (0 %)	1				
	2 ou 3		0 (0 %)	1 (33,33 %)		1 (25 %)	0 (0 %)		1 (14,29 %)	0 (0 %)	1 (20 %)	0 (0 %)					
	>=4		3 (75 %)	2 (66,67 %)		3 (75 %)	2 (66,67 %)		5 (71,43 %)	0 (0 %)	3 (60 %)	2 (100 %)					

(d) Autres substances psychoactives

Cocaïne

4 individus (soient 10,53 %) déclarent avoir déjà consommé de la cocaïne au moins de manière occasionnelle, parmi lesquels 1 sujet énonce en prendre 3 fois par semaine. Seules 2 personnes n'ont pas répondu à la question.

Opiacés

5,26 % de l'échantillon déclarent consommer des substances considérées comme étant des opiacés. Parmi les molécules citées, on retrouve une prise de CONTRAMAL délivrée sur prescription médicale à raison de 4 fois par semaine et une consommation d'héroïne chez le second sujet.

d) Addictions sans substance

(a) Jeux vidéo

13,16 % des personnes déclarent avoir une utilisation problématique des jeux vidéo. En effet, 60 % de ces derniers jouent plus de 5h/jour.

(b) Jeux de hasard et d'argent

2 individus (5,26 %) évoquent avoir une utilisation problématique concernant les jeux d'argent, avec des sommes mises comprises entre 50 et 200 euros.

(c) Conduites à risque

13,16 % des personnes considèrent avoir besoin de réaliser des sports ou loisirs, au cours desquelles ils peuvent se mettre en danger. Parmi les activités citées, on retrouve la conduite automobile, l'alpinisme énoncé à deux reprises, ou encore la boxe et la musculation.

(d) Sexe

28,95 % des patients considèrent avoir un comportement sexuel excessif qu'il est difficile de maîtriser.

2) RESULTATS NATIONAUX : ANALYSE GLOBALE (HOPTAUX D'INSTRUCTION DES ARMEES PERCY, BEGIN, ROBERT PICQUE ET DESGENETTES)

a) Description de la population

(a) Données sociodémographiques

Au total, l'inclusion globale des 4 sites des HIA Percy, Bégin, Robert Picqué et Desgenettes a permis de créer un échantillon de 133 patients. La majorité d'entre eux sont des hommes (87,2 % soient 116 sujets). L'âge moyen est de 35,3 ans (+/- 7,6 ; âge minimal 22 ans, âge maximal 58 ans). 66,3 % des patients de la cohorte sont en couple (36,5 %) ou mariés (30,1 %), 30 vivent en célibat géographique (22,5 %). 66,7 % des patients sont parents d'au moins un enfant.

Sur le plan professionnel, 56,4 % de la cohorte (75 patients) sont des militaires du rang, tandis que 36,1 % sont des sous-officiers (48) ; seuls 6 patients interrogés sont des officiers. Le statut engagé volontaire est majoritairement représenté avec une proportion de 66,2 %, pour un statut de carrière 3 fois moins représenté (27,1 %).

Ces militaires sont majoritairement issus de l'armée de terre (78,2 %) puis en proportion bien moindre de l'armée de l'air (7,5 %) et la gendarmerie (6,6 %). 4 des sujets appartiennent au service de santé des armées (3 %). La durée l'engagement est comprise entre 10 et 20 ans dans 42,1 % des cas. 88,7 % des sujets (118) ont réalisé au moins une OPEX .10,5 % des sujets ont participé à plus de 10 opérations extérieures avec un nombre maximal estimé à 30 OPEX.

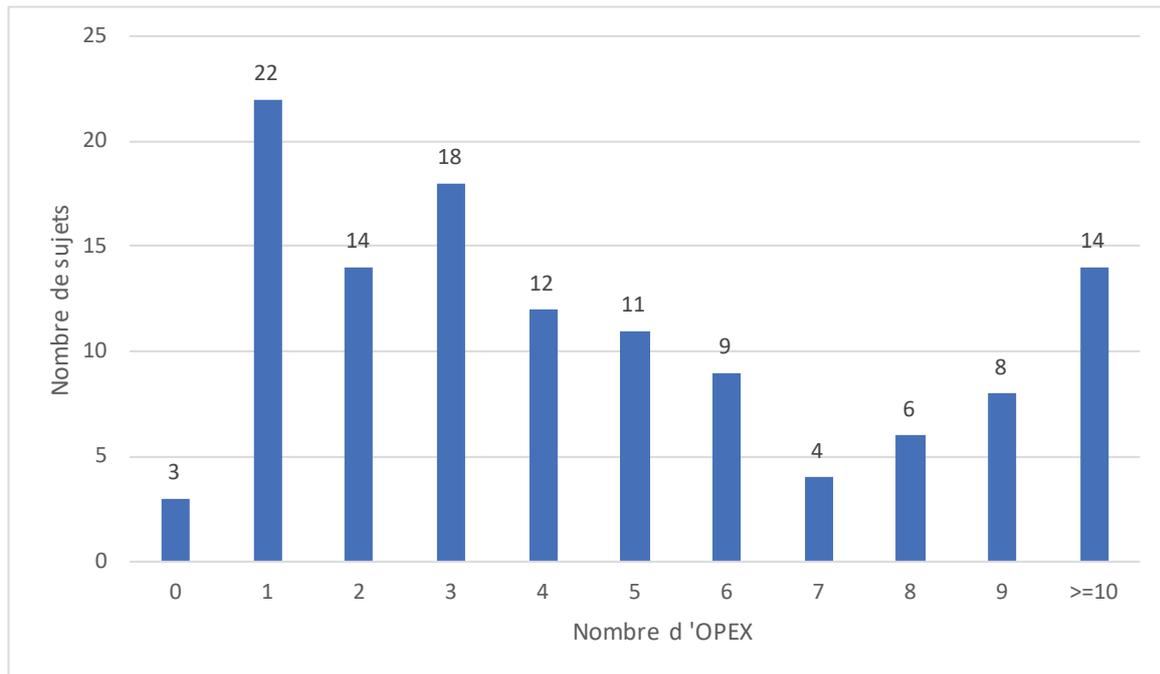
Concernant le niveau d'études, 69,2 % des personnes incluses ont fréquenté le lycée, tandis que seuls 23 des sujets ont un niveau supérieur au secondaire (17,3 %) et 17 n'ont pas poursuivi plus loin que le collège (12,8 %).

Tableau 16 : Données sociodémographiques de l'échantillon global (N=133)

Effectif n : nombre de patient concerné

Variable		Effectif n	Pourcentage de l'échantillon (%)
Sexe	Homme	116	87,2
	Femme	10	7,5
Situation	Célibataire	26	19,5
	En couple	49	36,8
	Marié	40	30,1
	Divorcé	18	13,5
Célibat géographique	Oui	30	22,5
	Non	88	66,2
Nombre d'enfants	0	36	27,1
	1	27	20,3
	2	40	30,1
	≥3	23	17,3
Statut	Engagé	88	66,2
	De carrière	36	27,1
	Retraité	5	3,7
Grade	Militaire du rang	75	56,4
	Sous-officier	48	36,1
	Officier	6	4,5
Arme	Terre	104	78,2
	Air	10	7,5
	Marine	3	2,3
	Gendarmerie	9	6,6
	SSA	4	3
	Autre	2	1,5
Durée d'engagement	10 à 20 ans	56	42,1
	Moins de 10 ans	28	21
	Plus de 20 ans	36	27,1

Figure 4 : Données concernant le nombre d'OPEX effectuées par l'échantillon global



(b) Suivi médical

Les patients inclus dans l'étude sont suivis par une équipe spécialisée depuis moins de 5 dans 84,9 % des cas. Cependant 16 patients (12 %) ont un suivi antérieur, dont un est suivi depuis 16 ans.

101 personnes sont en arrêt maladie ce qui représente 75,9 % de l'échantillon. 64,7 % des sujets ont été placés en congé longue durée pour maladie, parmi lesquels 24 (18,1 % de l'échantillon global) sont en CLDM depuis plus de 3 ans.

108 personnes (81,2 %) déclarent être sous traitement médicamenteux : deux classes de psychotropes sont largement représentées. On peut citer les antidépresseurs (60,2 %) et les neuroleptiques (44,4 %), suivis de loin par les anxiolytiques (28,7 %). Dans 28,7 % de cas, les patients prenant des médicaments n'expriment pas explicitement la nature de leur traitement.

Tableau 17 : Données concernant le suivi médical de l'échantillon global (N =133)

Effectif n : nombre de patients concernés

Variable		Effectif n	Pourcentage de l'échantillon (%)
Nombre d'années de suivi	0	3	2,3
	1	26	19,5
	2	29	21,8
	3	24	18
	4	19	14,3
	5	15	11,3
	>5	16	12
En arrêt maladie	non	32	24,1
	oui	101	75,9
En CLDM	non	40	30
	oui	86	64,7
Période de CLDM	1 ^{ère} période	23	17,3
	2/3 ^{ème} période	22	16,5
	4/5 ^{ème} période	16	12
	>6 ^{ème} période	24	18,1
Traitement médicamenteux	non	24	18
	oui	108	81,2
Observance	non	19	14,3
	oui	91	68,4

Tableau 18 : Données concernant les différentes catégories de traitements médicamenteux déclarés par l'échantillon global

Effectif n : nombre de patients concernés

Anxiolytique : prescription d'hydroxyzine ou bien mention de la notion «d'anxiolytique» dans le questionnaire.

Sans précision : pas de traitement mentionné par le patient alors même qu'il précise en prendre un.

Traitement	Effectif n	Pourcentage de l'échantillon (%)
Antidépresseur	65	60,2
Neuroleptique	48	44,4
Benzodiazépine	14	13
Hypnotique	14	13
Anxiolytique	31	28,7
Sans précision	31	28,7

b) Evénements traumatisants et trouble de stress post-traumatique

7 personnes au moment de la réalisation de l'étude présentaient une PCLS < 44, ce qui peut être le reflet d'une éventuelle amélioration clinique de ces derniers. Toutefois chez 93,2 % des sujets, le diagnostic porté par les spécialistes est cohérent avec les scores PCLS retenus. Seules 2 sur 133 personnes qui ont rempli le questionnaire n'ont pu être classées devant des données manquantes. Le score maximal retenu est de 81 chez un des patients inclus.

Ayant exprimé librement l'événement traumatisant, 87,2 % des patients (116) déclarent avoir été confrontés à ce type d'évènement lors d'une mission opérationnelle. 8 personnes ne donnent pas d'élément explicite concernant la nature de l'évènement. Parmi ces éléments traumatisants opérationnels, plus de la moitié de la cohorte (51,7 %) décrivent avoir été confrontés directement à la mort (risque de mort personnelle, mort d'un camarade, vision de cadavre, génocide) et 38,8 % avoir été témoins ou acteurs d'une action de feu (tir, explosion de mine ou d'engin explosif improvisé (IED), attentat en mission). Il est toutefois intéressant de noter la présence de deux événements de nature autre : 2 personnes énoncent avoir été victime d'agression sexuelle en mission pour l'une d'entre elle et hors mission pour l'autre.

Des pics d'évènements ont été recensés en 2010 et 2013.

74 personnes décrivent un événement secondaire étant responsable de leur clinique psycho traumatique. 51,3 % déclarent avoir été confrontés à nouveau à un évènement

traumatique en mission opérationnelle. Cependant le taux d'événement hors mission s'avère plus beaucoup plus élevé pour ce second événement avec une prévalence égale à 41,9 %.

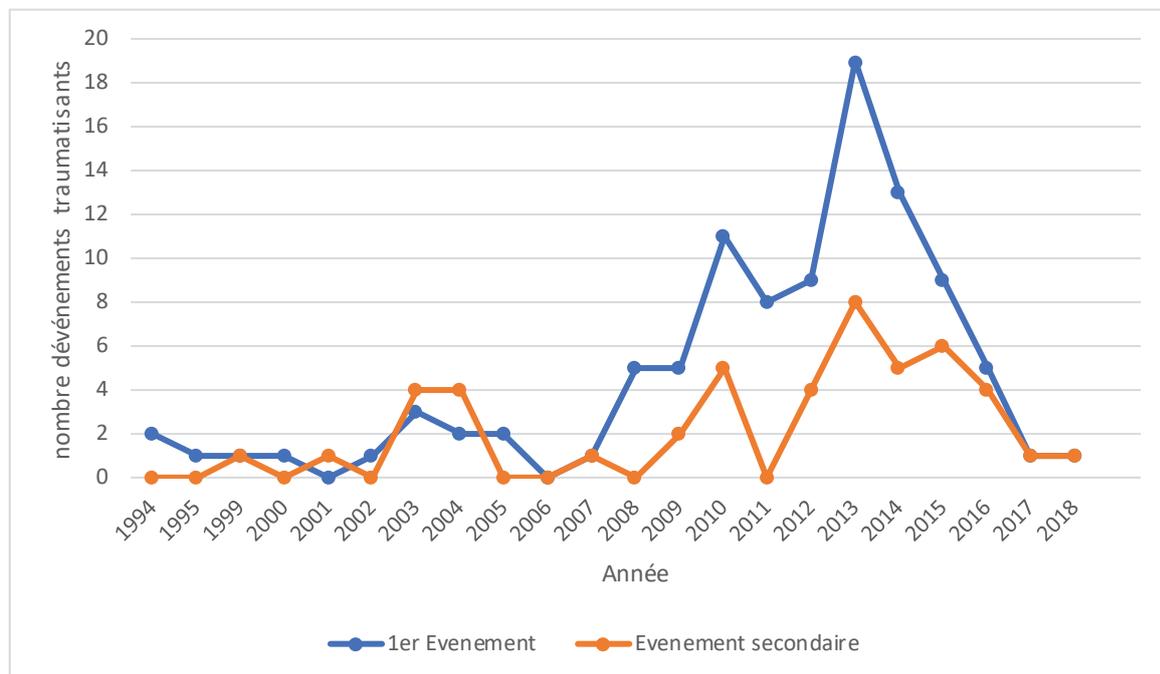
On retrouve à nouveau un pic des événements en 2013.

Tableau 19 : Données recueillies concernant les scores PCLS de l'échantillon global

Seuil de diagnostic TSPT : > 44

Score PCLS	Effectif n	Pourcentage de l'échantillon (%)
<44	7	5,3
45-50	15	11,5
51-60	32	24,4
61-70	44	33,6
>70	33	25,2

Figure 5 : Répartition des événements traumatisants en fonction des années pour l'échantillon global



c) Consommation de substances psychoactives

(a) *Consommation de tabac*

85,61 % de la population globale (13 personnes) de l'étude ont déjà expérimenté au cours de leur vie la consommation tabagique avec un âge moyen d'initiation de 16,34 ans (+/- 3,18 ; âge minimal 9 ans – âge maximal 30 ans).

La prévalence actuelle de cette consommation est de 51,3 % (ce qui correspond à 68 sujets). Nous retrouvons de manière significative que les patients célibataires sont plus enclins à consommer du tabac ($p=0,022$). De plus les personnes ayant le statut d'engagé sont plus susceptible de fumer ($p= 0,06$) et ont des grades de militaire du rang ($p=0,025$).

Les scores obtenus au test de Fagerström mettent en évidence une proportion majoritaire de personnes (60,29 % de cette population) dépendantes à la nicotine. 33,82 % des individus présentent une dépendance faible tandis que 20,59 % sont considérés comme dépendants d'intensité moyenne et 5,88 % d'intensité forte.

Tableau 20 : Score au test de Fagerström, pour évaluer la dépendance à la nicotine

0-2 : pas de dépendance

3-4 : dépendance faible

5-6 : dépendance moyenne

7-10 : dépendance forte

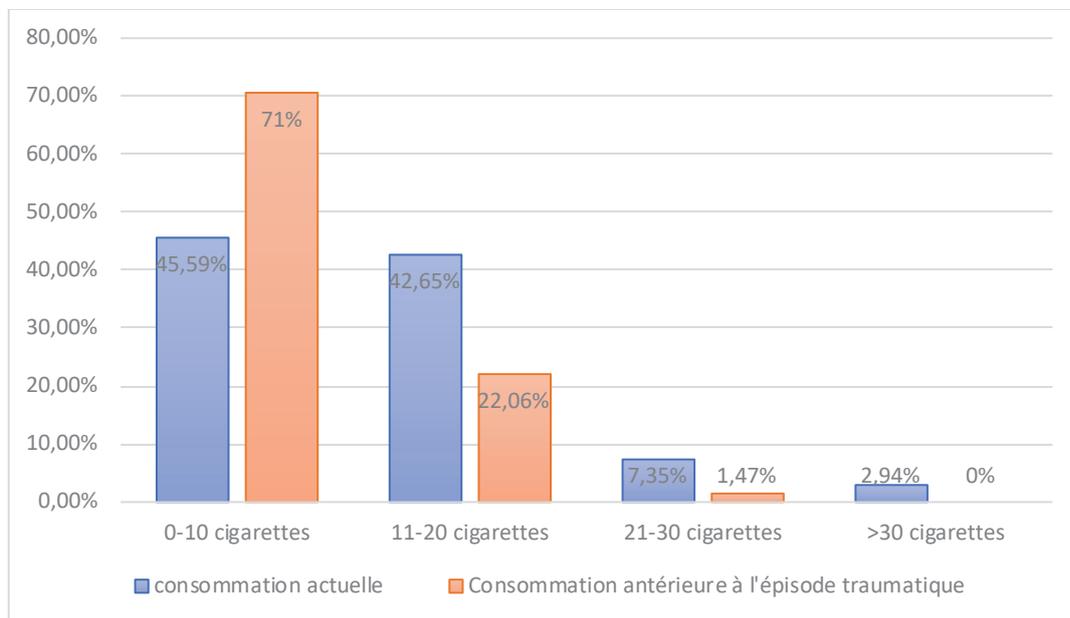
Effectif n : nombre de patients concernés

Score de Fagerström	Effectif n	Pourcentage des fumeurs (%)
<i>Absence de dépendance</i>	27	39,71
<i>Dépendance faible</i>	23	33,82
<i>Dépendance modérée</i>	14	20,59
<i>Dépendance forte</i>	4	5,88

Concernant l'impact sur la clinique psychotraumatique de cette consommation, 68 sujets décrivent une modification des habitudes tabagiques. 60 personnes (88,24 %) déclarent avoir augmenté leur pratique tandis que seuls 5 (7,35 %) énoncent une tendance inverse. 2 individus ont répondu positivement aux deux variables.

En comparant le nombre de cigarettes consommées avant l'événement traumatisant et actuellement, on observe une augmentation globale sur l'ensemble de l'échantillon de cette variable.

Figure 6 : Comparaison entre consommation de tabac avant événement traumatisant et consommation actuelle



Concernant la clinique psychotraumatique, 37 patients évoquent un soulagement de symptômes par la consommation de nicotine. Toutefois 3 individus décrivent que fumer provoque une aggravation de leur symptomatologie. Les personnes répondant au questionnaire ont la liberté de décrire l'effet ressenti : apaisement des pensées et effet anxiolytique sont à plusieurs reprises cités. Un individu décrit une addiction à satisfaire sans lien avec le TSPT. A contrario, une personne exprime qu'elle ressent une augmentation de l'anxiété dans un premier temps lorsqu'elle consomme du tabac.

Lorsqu'une question aborde le sevrage, 66,18 % de la cohorte actuellement fumeuse exprime le souhait d'arrêter de consommer. 2 sujets ne s'expriment pas sur cette question.

L'analyse des données concernant les événements traumatiques permet de mettre en évidence de manière significative que 57 % des personnes qui ont été témoins d'action de feu

ne présentent pas de dépendance nicotinique ($p=0,011$). Nous n'avons pas d'autres événements statistiquement significatifs.

Lorsque l'on s'intéresse aux comparaisons des moyennes des scores de PCLS en fonction de la sévérité de la dépendance, on trouve des données statistiquement significatives ($p=0,001$) : le groupe présentant un score de 5 à 6 au test de Fagerström a une moyenne des scores PCLS supérieure (69,71) au groupe ayant obtenu 3-4 à ce même test, qui elle-même est supérieure (62,7) au groupe n'ayant pas dépendance nicotinique (59,88). Toutefois le groupe ayant un résultat supérieur à 7 au test de Fagerström présente une moyenne des scores PCLS inférieure à l'ensemble des autres groupes (46,25) ($p=0,0011$).

La sévérité du TSPT n'est pas corrélée de manière significative au fait de consommer ou non du tabac ($p=0,9964$).

Au cours des régressions logistiques bivariées, nous retrouvons que plusieurs variables sont liées de manière significative au tabac au seuil de 20 % : l'âge, le nombre d'enfant, le statut, le grade, le célibat géographique ainsi que l'événement traumatisant de type action de combat.

A partir de ces variables, la régression logistique multivariée permet de mettre en évidence un lien statistique entre le tabac et trois variables distinctes. En effet, la consommation de tabac semble être expliquée par le fait d'être militaire du rang au lieu de sous-officier ou officier, de vivre en vie maritale (marié ou vie en couple) par rapport au fait de vivre seul (célibataire, divorcé). De plus, elle est liée de manière significative au fait de ne pas avoir vécu d'évènement lié à une action de feu.

Tableau 21 : Comparaison des moyennes PCLS en fonction de l'intensité de la dépendance nicotinique

	Moyenne PCLS	Valeur minimale	Valeur maximale	Ecart-Type	P
Pas de dépendance	59,88	37	78	11,87	0,001
Dépendance faible	62,70	42	79	8,55	
Dépendance modérée	69,71	59	81	6,28	
Forte dépendance	46,25	24	60	16,13	

Tableau 22 : Comparaison des moyennes obtenues à l'échelle PCLS en fonction de la consommation de tabac (p=0,9964)

Tabac	Moyenne PCLS	Ecart type
Non	62,08	11,013
Oui	62,09	11,529

Tableau 23 : Significativité de la régression logistique bivariée des variables explicatives du tabac au seuil de 20 %

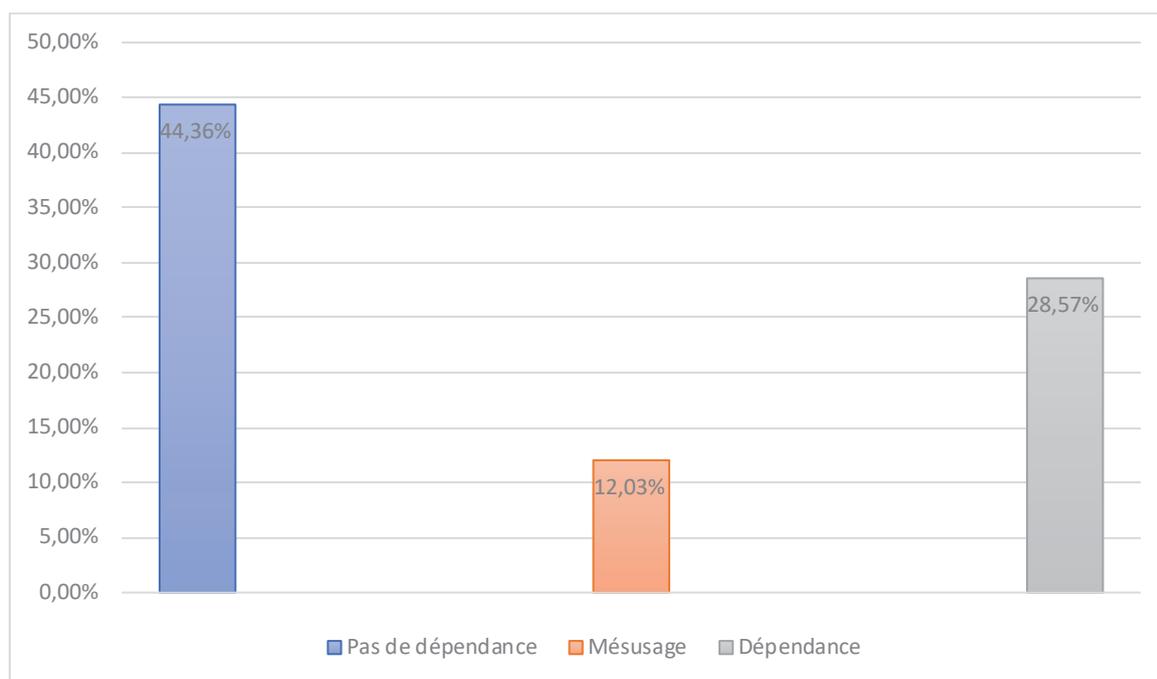
Variable	P value
Sexe	0,241
Age	0,0320
Nombre d'enfants	0,1947
Situation	0,9256
Statut	0,1302
Grade	0,0501
Célibat géographique	0,1288
Nombre d'OPEX	0,5485
Etudes	0,5686
Nombre d'années de suivi	0,4660
Arrêt maladie	0,9487
CLDM	0,8707
Médicament	0,3395
PCLS	0,9628
Evènement en lien avec une confrontation avec la mort	0,5701
Evènement en lien avec des actions de feu	0,0323
Evènement autre	0,4682

(b) Consommation d'alcool

Sur l'ensemble des patients interrogés, 89,46 % (119 personnes) déclarent consommer de l'alcool actuellement, toute quantité confondue. 25,56 % des individus consomment toutefois des boissons alcoolisées plus de 4 fois par semaine. Seuls 13 ne décrivent aucune consommation.

On retrouve que 40,6 % de l'ensemble de l'échantillon présente un trouble de l'usage : 28,57 % présentent une dépendance alcoolique et 12,03 % de la cohorte en font un mésusage. Nous ne mettons pas en évidence d'autre élément statistiquement significatif pour décrire cette population sur le plan sociodémographique.

Figure 7 : Données concernant les résultats au questionnaire AUDIT de l'échantillon global



Lorsque l'on s'intéresse à l'évolution de la consommation d'alcool, 76 patients décrivent un changement dans leur pratique depuis l'épisode traumatisant : 55 individus (72,37 %) déclarent une augmentation de leur consommation, tandis que 18 (23,69 %) décrivent une tendance inverse. Un individu répond positivement aux deux variables. 111 individus parmi les 119 consommateurs indiquent le nombre de verres bus par semaine lors de la réalisation du questionnaire et avant l'événement traumatisant. 39,49 % de ces individus déclarent consommer actuellement moins de 2 verres pas semaine tandis que 19,32 % en consomment

plus de 10 verres par semaine, dont un patient déclare boire jusqu'à 80 verres d'alcool par semaine. En comparant cette consommation à celle antérieure au traumatisme psychique, on remarque une augmentation globale du nombre de verres bus par semaine : un individu déclare avoir vu changer son habitude en passant de 0 à 20 verres par semaine. Un second sujet décrit être passé de 10 verres par semaine à plus de 80 verres par semaine.

Concernant la clinique psychotraumatique, 50 sujets déclarent que la prise de boissons alcoolisées procure un soulagement, tandis que 23 considèrent que la consommation alcoolique aggrave leurs symptômes. 44 sujets ne décrivent aucun effet. Certains patients ont décrit librement leur impression : apaisement des pensées, mais aussi automédication, meilleure qualité de sommeil. Il est également énoncé une aggravation des ruminations, une plus grande sensibilité aux pleurs et une majoration des pulsions agressives sous l'emprise d'alcool.

En ce qui concerne le sevrage, 56,50 % des individus ne souhaitent pas réaliser de sevrage.

En corrélant le niveau de dépendance obtenu au questionnaire AUDIT et le niveau de sévérité de la clinique psycho traumatique, on retrouve que le groupe présentant une dépendance alcoolique a une moyenne au score PCLS supérieure (66,056) aux deux autres groupes comportant le mésusage et l'usage simple, cependant ces données ne sont pas significativement significative ($p=0,158$).

Au cours des régressions logistiques bivariées, nous retrouvons que plusieurs variables sont liées de manière significative à la consommation d'alcool au seuil de 20 % : le nombre d'OPEX, la mise en arrêt maladie, la prise de médicament, la confrontation à la mort et à des actions de feu. Cependant nous ne retrouvons pas de variable liée significativement avec la consommation d'alcool lors des régressions logistiques multivariées.

Tableau 24 : Comparaison des moyennes du score PCLS en fonction de l'intensité du trouble de l'usage d'alcool

	Moyenne PCLS	Valeur minimale	Valeur maximale	Ecart- Type	P
Pas de dépendance	60,07	22	81	8,98	0,158
Mésusage	62,63	45	79	12,04	
Dépendance	64,70	44	78	12,44	

Tableau 25 : Significativité de la régression logistique bivariée des variables explicatives de la consommation d'alcool au seuil 20 %

Variable	Significativité
Sexe	0,4660
Age	0,9718
Nombre d'enfant	0,9948
Situation	0,5530
Statut	0,8831
Grade	0,7965
Célibat géographique	0,6573
Nombre d'OPEX	0,1243
Etudes	0,4653
Nombre d'années de suivi	0,5394
Arrêt maladie	0,1580
CLDM	0,2170
Médicament	0,1319
PCLS	0,3902
Evènement en lien avec la confontation avec la mort	0,1534
Evènement en lien avec des actions de feu	0,0827
Evènement autre	0,5955

Tableau 26 : Consommation de tabac et d'alcool en fonction des variables sociodémographiques concernant l'échantillon global

		Consommateur de tabac		P	Consommateur d'alcool			P
		Non	Oui		Peu/pas	2 à 4 fois/mois	>3fois par sem	
Sexe	Homme	43 (89 %)	61 (93,85 %)	0,408	27 (90 %)	40 (93,02 %)	48 (92,31 %)	0,839
	Femme	5 (10,42 %)	4 (6,1 5%)		3 (10 %)	3 (6,98 %)	4 (7,69 %)	
Situation	Célibataire	4 (8 %)	20 (20,41 %)	0,022	5 (16,67 %)	13 (28,84 %)	8 (14,01 %)	0,188
	En couple	21 (42 %)	25 (36,76%)		10 (33,33%)	16 (35,56 %)	22 (38,60 %)	
	Marié	18 (36 %)	14 (20,59 %)		7 (23,33 %)	13 (28,89 %)	20 (35,09 %)	
	Divorcé	7 (14 %)	9 (13,24 %)		8 (26,67 %)	3 (6,67 %)	7 (12,28 %)	
Célibat géographique	Oui	32 (69,57 %)	46 (77,97 %)	0,328	21 (80,77 %)	28 (68,29 %)	38 (76 %)	0,491
	Non	14 (30,43 %)	13 (22,03 %)		5 (19,23 %)	13 (31,71 %)	12 (24 %)	
Statut	Engagé	27 (57,45 %)	54 (80,6 %)	0,006	21 (70 %)	29 (67,44 %)	38 (69,09 %)	0,896
	De carrière	19 (40,43 %)	10 (14,93 %)		7 (23,33 %)	13 (30,23 %)	15 (27,27 %)	
	Retraité	1 (2,13 %)	3 (4,48 %)		2 (6,67 %)	1 (2,33 %)	2 (3,64 %)	
Grade	Militaire du rang	22 (47,83 %)	48 (70,59 %)	0,025	17 (58,02 %)	23 (53,49 %)	35 (62,5 %)	0,335
	Sous-officier	20 (43,48 %)	19 (27,94 %)		9 (31,03 %)	19 (44,19 %)	20 (35,71 %)	
	Officier	4 (8,70 %)	1 (1,47 %)		3 (10,34 %)	1 (2,33 %)	1 (1,75 %)	
Arme	Terre	34 (69,39 %)	58 (85,29 %)	0,158	24 (80 %)	33 (75 %)	46 (80,7 %)	0,439
	Air	6 (12,24 %)	2 (2,94 %)		2 (6,67 %)	3 (6,82 %)	5 (8,77 %)	
	Marine	2 (4,08 %)	1 (1,47 %)		1 (3,33 %)	0 (0 %)	2 (3,51 %)	
	Gendarmerie	5 (10,20 %)	3 (4,41 %)		3 (10 %)	3 (6,82 %)	3 (5,26 %)	
	SSA	1 (2,04 %)	3 (4,41 %)		0 (0 %)	4 (9,09 %)	0 (0 %)	
	Autre	1 (2,04 %)	1 (1,47 %)		0 (0 %)	1 (2,27 %)	1 (1,75 %)	
Durée d'engagement	10 à 20 ans	18 (39,13 %)	34 (54,84 %)	0,151	14 (51,85 %)	17 (40,48 %)	25 (50 %)	0,824
	Moins de 10 ans	11 (23,91 %)	15 (24,19 %)		6 (22,22 %)	10 (23,81 %)	12 (24 %)	
	Plus de 20 ans	17 (36,96 %)	13 (20,97 %)		7 (25,93 %)	15 (35,71 %)	13 (26 %)	
Niveau d'études	Collège	5 (10,20 %)	11 (16,18 %)	0,607	5 (16,67 %)	8 (17,78 %)	4 (7,02 %)	0,507
	Lycée	35 (71,43 %)	47 (69,12 %)		20 (66,67 %)	30 (66,67 %)	42 (73,68 %)	
	Etudes supérieures	9 (18,37 %)	10 (14,71 %)		5 (16,67 %)	7 (15,56 %)	11 (19,30 %)	
Arrêt maladie	Non	13 (26 %)	13 (19,12 %)	0,373	10 (33,33 %)	11 (24,44 %)	10 (17,54 %)	0,251
	Oui	37 (74 %)	55 (80,88 %)		20 (66,67 %)	34 (75,56 %)	47 (82,46 %)	
CLDM	Non	14 (29,79 %)	20 (30,30 %)	0,953	9 (33,33 %)	17 (38,64 %)	13 (24,07 %)	0,291
	Oui	33 (70,21 %)	46 (69,70 %)		18 (66,67 %)	27 (61,36 %)	41 (75,93 %)	
Médicament	Non	9 (18 %)	13 (19,40 %)	0,848	7 (23,33 %)	9 (20 %)	8 (14,29 %)	0,549
	Oui	41 (82 %)	54 (80,6 %)		23 (76,67 %)	36 (80 %)	48 (85,71 %)	

Tableau 27 : Description de la consommation de tabac selon le type d'événement traumatique

		Événement et mission										Événement hors mission				Événement autre	
		Événement en lien avec des actions		Événement en lien avec une confrontation avec la mort		Non		Oui		Non		Oui		Non		Oui	
		Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
Consommation au cours de la vie	Non	14 (16,09 %)	5 (11,11 %)	9 (12,5 %)	10 (16,67 %)	19 (14,84 %)	0 (0 %)	0,440	0,497	15 (14,71 %)	4 (13,33 %)	1	1	1	1	1	1
	Oui	73 (83,91 %)	40 (84,89 %)	63 (87,50 %)	50 (83,33 %)	109 (85,16 %)	4 (100 %)			87 (85,29 %)	26 (86,67 %)						
Consommation actuelle après événement traumatisant	Augmentation	Non	1 (2,5 %)	4 (14,29 %)	3 (8,11 %)	2 (6,45 %)	5 (7,69 %)	0 (0 %)	1	1	4 (7,02 %)	1 (9,09 %)	1	1	1	1	1
		Oui	39 (97,19 %)	23 (82,14 %)	33 (89,19 %)	29 (93,55 %)	59 (90,77 %)	3 (100 %)	0,067		52 (91,28 %)	10 (90,91 %)					
	Diminution	Non	32 (80 %)	18 (64,29 %)	25 (67,57 %)	25 (80,65 %)	47 (72,31 %)	3 (100 %)	0,517	1	43 (75,44 %)	7 (63,64 %)	1	1	1	1	1
		Oui	2 (5 %)	5 (17,86 %)	5 (13,51 %)	2 (6,45 %)	7 (10,77 %)	0 (0 %)	0,202		6 (10,53 %)	1 (9,09 %)					
Score de Fagerström	Pas de dépendance	Non	12 (28,57 %)	15 (57,69 %)	13 (34,21 %)	14 (46,67 %)	25 (39,06 %)	2 (50 %)	0,736	1	24 (44,44 %)	3 (21,43 %)	0,744	0,744	0,744	0,744	0,744
		Oui	17 (40,48 %)	6 (23,08 %)	14 (36,84 %)	9 (30 %)	21 (32,81 %)	2 (50 %)			16 (29,63 %)	7 (50 %)					
	Dépendance faible	Non	12 (28,57 %)	2 (7,69 %)	8 (21,05 %)	6 (20 %)	14 (21,88 %)	0 (0 %)	0,011	0,736	10 (18,52 %)	4 (28,57 %)	0,744	0,744	0,744	0,744	0,744
		Oui	1 (2,38 %)	3 (11,54 %)	3 (7,89 %)	1 (3,33 %)	4 (6,25 %)	0 (0 %)			4 (7,41 %)	0 (0 %)					

Tableau 28 : Description de la consommation d'alcool selon le type d'événement traumatique

		Evénement mission										Evénement hors mission				Evénement autre			
		Evénement en lien avec des actions de feu		En lien avec une confrontation à la mort		Non		Oui		Non		Oui		Non		Oui		Non	
		Non	Oui	P	Non	OUI	P	Non	OUI	P	Non	Oui	P	Non	Oui	P	Non	Oui	P
Consommation au cours de la vie	N	Peu/pas		132	18 (20,45%)	12 (27,27%)	0,323	19 (26,39%)	11 (18,33%)	0,530	28 (21,88%)	2 (50%)	0,210	21 (20,59%)	9 (30%)	0,465			
		2-4fois par mois			28 (31,87%)	18 (38,64%)		24 (33,33%)	21 (35%)		45 (35,16%)	0 (0%)		37 (36,27%)	8 (26,67%)				
		>3 fois par semaine			42 (47,73%)	15 (34,64%)		29 (40,28%)	28 (46,67%)		55 (42,97%)	2 (50%)		44 (43,14%)	13 (43,33%)				
Consommation actuelle après événement traumatisant	N	Augmentation		76	14 (26,92%)	4 (16,67%)	0,453	10 (26,32%)	8 (21,05%)	0,381	18 (23,68%)	0 (0%)		13 (22,03%)	5 (29,41%)	0,849			
		Diminution			37 (71,15%)	19 (79,17%)		26 (68,42%)	30 (78,95%)		56 (73,68%)	0 (0%)		44 (74,58%)	12 (70,59%)				
		Non			32 (61,54%)	15 (62,50%)	0,773	21 (55,26%)	26 (68,42%)	0,561	47 (61,84%)	0 (0%)		38 (64,42%)	9 (52,94%)	0,568			
		Oui			14 (26,92%)	5 (20,93%)		11 (28,95%)	8 (21,05%)		19 (25%)	0 (0%)		14 (23,73%)	5 (29,41%)				
Score total AUDIT	N	Pas de trouble de l'usage		110	39 (52,70%)	17 (47,22%)	0,798	32 (55,17%)	24 (36,54%)	0,586	53 (49,53%)	3 (100%)	0,389	43 (50,59%)	13 (52%)	0,586			
		Méusage				11 (14,86%)	5 (13,89%)		7 (12,01%)	9 (17,31%)		16 (14,95%)	0 (0%)		11 (12,94%)	5 (20%)			
		Dépendance				24 (32,43%)	14 (38,69%)		19 (32,76%)	19 (36,54%)		38 (35,51%)	0 (0%)		31 (36,47%)	7 (28%)			

(c) Consommation de cannabis

74 patients (soient 55,64 %) de l'ensemble de l'échantillon déclarent avoir déjà consommé du cannabis au cours de leur vie. Cependant seuls 21 patients consomment actuellement du cannabis (soient 15,79 % de l'échantillon).

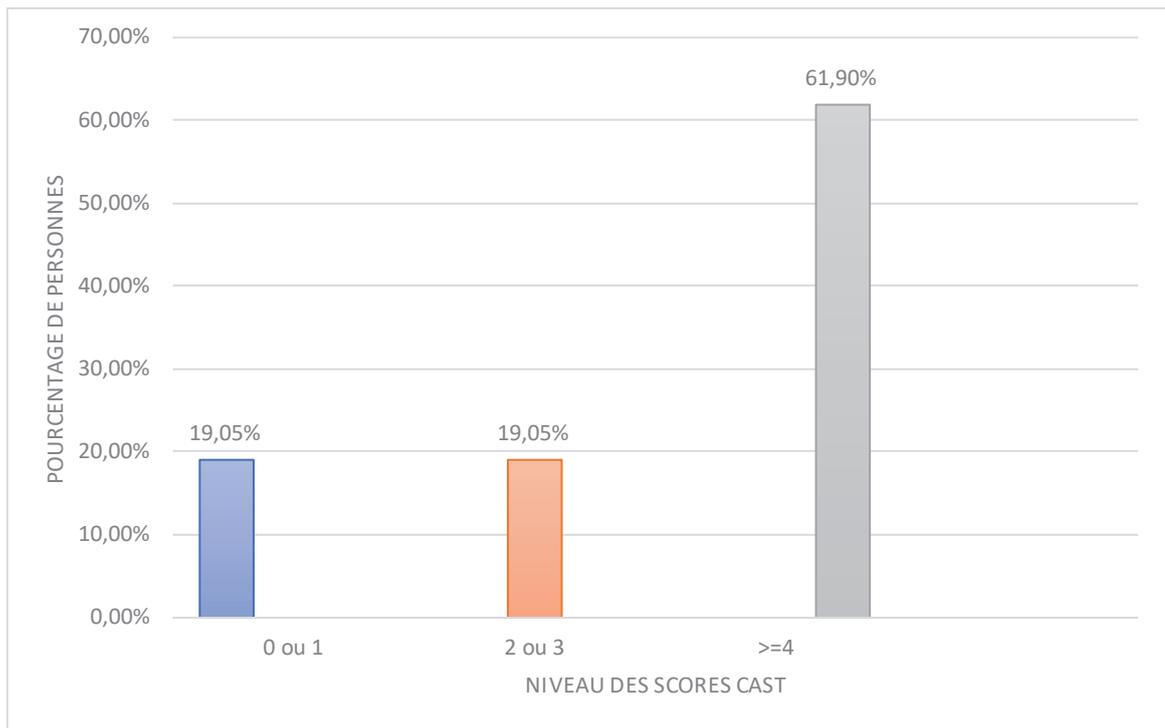
L'âge moyen d'expérimentation est de 17,34 (écart type de 3,91) avec un âge minimum de 9 ans et un âge maximal de 33 ans.

Il est intéressant de savoir si l'évènement traumatique a eu un impact sur les habitudes de consommation de cette population. En effet, 18,05 %, soient 24 des personnes ayant eu une consommation de cannabis au cours de leur vie, indiquent un changement depuis l'évènement traumatisant. 18 d'entre eux (75 %) décrivent une augmentation de cette dernière ; 20,83 % constatent une diminution de la consommation. Un individu ne répond pas à la question.

Parmi les 21 personnes consommant actuellement du cannabis, 17 d'entre eux (soient 80,95 %) ont un score supérieur ou égal à 2 au questionnaire CAST, ce qui indique un risque de trouble de l'usage de cannabis. De plus, lorsque l'on s'intéresse à la comparaison de la quantité consommée par semaine de cannabis avant et après le traumatisme psychique, nous retrouvons que :

- 7 d'entre eux (33,33 %) ne consommaient pas de cannabis avant le traumatisme,
- 2 individus décrivent une augmentation massive de la prise de cannabis depuis le traumatisme avec une prise de cannabis estimée à 20 fois par semaine,
- 4 ont complètement arrêté de fumer du cannabis, passant de 20 prises par semaine à plus aucune consommation,
- 3 ont augmenté leur consommation,
- les 4 derniers déclarent finalement ne pas en fumer (ni avant ni après le traumatisme) ou ne répondent pas à la question.

Figure 8 : Données concernant les résultats au questionnaire CAST de l'échantillon global



Concernant la clinique psycho traumatique, 16 patients déclarent ressentir un soulagement de leurs symptômes après avoir consommé du cannabis (soit 76,19 %). 4 patients (soient 19,05%) décrivent une aggravation de leur ressenti. Lorsqu'ils décrivent librement leur ressenti, les patients disent utiliser le cannabis à visée anxiolytique (dans 14,28 % des cas) ou festive (4,76 %).

6 patients sur les 21 consommateurs actuels (soient 19 %) souhaiteraient arrêter leur prise de cannabis.

La sévérité du TSPT n'est pas corrélé de manière significative à la présence de consommation de cannabis ($p=0,1591$).

On retrouve de manière statistiquement significative que les militaires du rang sont plus nombreux à consommer par rapport aux sous-officier et officier ($p=0,025$). De la même manière, les personnes ayant une durée d'engagement comprise entre 10 et 20 ans sont plus nombreuses à consommer contrairement à des durées d'engagement inférieures à 10 ans ou supérieur à 20 ans ($p=0,020$).

On ne retrouve pas d'association significative entre la consommation de cannabis et les différents événements traumatisants étudiés.

Tableau 29 : Comparaison des moyennes du score PCLS en fonction de la consommation de cannabis

		Moyenne PCLS	Ecart type	Valeur minimale	Valeur maximale	P
Cannabis	Non	61,10	10,73	36	81	0,1591
	Oui	64,66	7,03	52	77	

Tableau 30 : Comparaison des moyennes du score PCLS en fonction de l'intensité du trouble de l'usage de cannabis

	Moyenne PCLS	Ecart type	Valeur minimale	Valeur maximale	P
0 ou 1	67	8,287	56	76	0,2891
2 ou 3	68,5	9,036	58	77	
>=4	62,8	5,847	52	74	

Au cours des régressions logistiques bivariées, nous retrouvons que plusieurs variables sont liées de manière significative à la consommation de cannabis au seuil de 20 % : l'âge, le grade et le célibat géographique. Cependant nous ne retrouvons pas de variable liée significativement avec la consommation de cannabis lors des régressions logistiques multivariées.

Tableau 31 : Significativité de la régression logistique bivariée des variables explicatives de la consommation de cannabis

Variable	Significativité
Sexe	NA
Age	0,1278
Nombre d'enfant	0,3192
Situation	0,2802
Statut	NA
Grade	0,0899
Célibat géographique	0,1475
Nombre d'OPEX	0,7974
Etudes	NA
Nombre d'années de suivi	0,4390
Arret maladie	0,4386
CLDM	0,3245
Médicament	0,3340
PCLS	0,4455
Evènement en lien avec une confrontation avec la mort	0,8918
Evènement en lien avec des actions de feu	0,2802
Evènement autres	0,9810

Tableau 32 : Consommation de cannabis en fonction des variables sociodémographiques concernant l'échantillon global

		Cannabis		P
		Non	Oui	
Sexe	Homme	56 (91,80 %)	21 (100 %)	0,321
	Femme	5 (8,20 %)	0 (0 %)	
Situation	Célibataire	14 (21,88 %)	9 (42,86 %)	0,320
	En couple	24 (37,5 %)	7 (33,33 %)	
	Marié	16 (25 %)	3 (14,29 %)	
	Divorcé	25 (10 %)	2 (9,52 %)	
Célibat géographique	Non	43 (78,18 %)	10 (55,56 %)	0,062
	Oui	12 (21,82 %)	8 (44,44 %)	
Statut	Engagé	46 (73,02 %)	20 (100 %)	0,025
	De carrière	15 (23,81 %)	0 (0 %)	
	Retraité	2 (3,14 %)	0 (0 %)	
Grade	Militaire du rang	39 (69,93 %)	18 (85,71 %)	0,169
	Sous-officier	19 (31,15 %)	3 (14,29 %)	
	Officier	3 (4,92 %)	0 (0 %)	
Arme	Terre	49 (77,78 %)	21 (100 %)	0,597
	Air	5 (7,94 %)	0 (0 %)	
	Marine	2 (3,17 %)	0 (0 %)	
	Gendarmerie	2 (3,17 %)	0 (0 %)	
	SSA	2 (3,17 %)	0 (0 %)	
	Autre	0 (0 %)	0 (0 %)	
Durée d'engagement	10 à 20 ans	31 (53,45 %)	12 (63,16 %)	0,020
	Moins de 10 ans	12 (20,69 %)	7 (36,84 %)	
	Plus de 20 ans	15 (25,86 %)	0 (0 %)	
Niveau d'études	Collège	10 (15,63 %)	3 (14,29 %)	0,061
	Lycée	41 (64,06 %)	18 (85,71 %)	
	Etudes supérieures	13 (20,31 %)	0 (0 %)	
Arrêt maladie	Non	15 (23,44 %)	1 (4,76 %)	0,104
	Oui	49 (76,56 %)	20 (95,24 %)	
CLDM	Non	19 (32,76 %)	4 (19,05 %)	0,276
	Oui	39 (67,24 %)	17 (80,95 %)	
Médicament	Non	13 (20,63 %)	3 (14,29 %)	0,750
	Oui	50 (79,37 %)	18 (85,71 %)	

Tableau 33 : Description de la consommation de cannabis selon l'événement traumatique

Cannabis		Evénement mission										Evénement hors mission			Evénement autre		
		N	Evénement en lien avec des actions de feu		P	Evénement en lien avec une confrontation avec la mort		P	Non	Oui	P	Non	Oui	P	Non	Oui	P
			Non	Oui		Non	Oui										
Consommation au cours de la vie	Non	85	45 (78,95%)	19 (67,86%)	0,265	38 (77,55%)	26 (72,22%)	0,574	62 (75,61%)	2 (66,67%)	1	46 (74,19%)	18 (78,26%)	0,699			
	Oui		12 (21,05%)	9 (32,14%)		11 (22,45%)	10 (27,78%)		20 (24,39%)	15 (33,33%)		16 (25,81%)	5 (21,74%)				
Consommation actuelle, après l'événement	Augmentation	24	2 (14,29%)	3 (30%)	0,777	3 (23,08%)	2 (18,18%)	0,805	5 (21,74%)	0 (0%)	1	4 (21,05%)	1 (20%)	1			
	Diminution	24	11 (78,57%)	7 (70%)		10 (76,92%)	8 (72,73%)		17 (73,91%)	1 (100%)		14 (73,68%)	4 (80%)				
Score CAST	0 ou 1	24	8 (57,14%)	2 (20%)	0,235	5 (38,46%)	5 (45,45%)	1	9 (39,13%)	1 (100%)	1	8 (42,11%)	2 (40%)	1			
	2 ou 3		2 (14,29%)	3 (30%)		3 (23,08%)	2 (18,18%)		5 (21,74%)	0 (0%)		4 (21,05%)	1 (20%)				
	>=4	21	2 (16,67%)	2 (22,12%)	0,842	0 (0%)	4 (40%)	0,087	4 (20%)	0 (0%)	0,381	4 (25%)	0 (0%)	0,775			
			3 (25%)	1 (11,11%)		3 (27,27%)	1 (10%)		3 (15%)	1 (100%)		3 (18,75%)	1 (20%)				
			7 (58,33%)	6 (66,67%)		8 (72,73%)	5 (50%)		13 (65%)	0 (0%)		9 (56,25%)	4 (80%)				

(d) Autres substances psychoactives

Cocaïne

11 individus (soient 8,27 %) ont déclaré avoir déjà consommé de la cocaïne au moins de manière occasionnelle, parmi lesquels 4 sujets énoncent en prendre plus de 2 fois par semaine avec un maximum de 6 fois par semaine pour un patient. Seules 8 personnes n'ont pas répondu à la question.

Opiacés

4,51 % des personnes ont déclaré consommer des substances considérées comme étant des opiacés. Parmi les molécules citées, on retrouve des opiacés délivrés sur prescription médicale tels que la morphine, le Contramal ou la Lamaline avec un maximum de 28 fois par semaine pour un individu. Il est intéressant de citer un sujet consommant de l'héroïne au moment de la réalisation de l'étude.

Autres consommations

4 sujets énoncent d'autres substances non citées dans le questionnaire.

Trois sujets avaient rapporté l'usage d'autres substances psychoactives : tous consommaient du MDMA, deux d'entre eux du LSD, un patient consommait en plus de l'Ectasy et de la Kétamine.

Parmi ces derniers, un individu rapportait également des troubles du comportement alimentaire.

d) Addictions sans substance

(a) Jeux vidéo

13,53 % des personnes déclarent avoir une utilisation problématique des jeux vidéo avec une moyenne de 4,29 heures passées devant les écrans par jour. De plus 22,23 % des personnes concernées passaient plus de 6 heures par jour à jouer aux jeux vidéo.

(b) Jeux de hasard et d'argent

3,01 % des patients évoquent avoir une utilisation problématique concernant les jeux d'argent, avec des sommes mises comprises entre 20 et 200 euros.

(c) Conduites à risque

32,33 % des personnes considèrent pratiquer des sports ou des loisirs pouvant les mettre en danger. Parmi les activités citées, on peut retrouver la conduite automobile, l'alpinisme, l'escalade, le footing et le fitness, les sports de combat, la musculation, ainsi que le parachutisme et le parapente.

(d) Sexe

23,31 % des personnes considèrent avoir un comportement sexuel excessif qu'il est difficile pour eux de maîtriser. On retrouve de manière significative un besoin de sexualité plus important chez les patients en couple ou mariés ($p=0,046$).

Nous ne retrouvons pas d'association statistiquement significative entre l'ensemble des conduites addictives sans substance et les autres données sociodémographiques. Les analyses portant sur les événements traumatiques chez ces individus présentant des addictions comportementales tels que le sexe ou les conduites à risque ne montrent pas de corrélation significative du fait du faible échantillon. Les conduites à risque et le besoin de sexe ne sont pas corrélés de manière significative à un PCLS > à 44.

Tableau 34 : Comparaison entre conduites à risque et besoin de sexe en fonction des données sociodémographiques parmi l'échantillon global

		Besoin de sexe		P	Conduites à risque		P
		Non	Oui		Non	Oui	
Sexe	Homme	78 (91,76 %)	27 (90 %)	0,768	67 (89,33 %)	39 (95,12 %)	0,288
	Femme	7 (8,24 %)	3 (10 %)		8 (10,67 %)	2 (4,88 %)	
Situation	Célibataire	20 (22,22 %)	5 (16,13 %)	0,046	15 (18,75 %)	9 (20,93 %)	0,958
	En couple	25 (27,78 %)	17 (54,84 %)		29 (36,25 %)	14 (32,56 %)	
	Marié	29 (32,22 %)	7 (22,58 %)		25 (31,25 %)	13 (30,23 %)	
	Divorcé	16 (17,79 %)	2 (6,45 %)		11 (13,75 %)	7 (16,28 %)	
Célibat géographique	Oui	58 (72,50 %)	23 (79,31 %)	0,472	54 (77,14 %)	29 (72,5 %)	0,586
	Non	22 (27,50 %)	6 (20,69 %)		16 (22,86 %)	11 (27,5 %)	
Statut	Engagé	53 (61,63 %)	26 (83,87 %)	0,07	51 (67,11 %)	29 (67,44 %)	0,975
	De carrière	29 (33,72 %)	4 (12,90 %)		22 (28,95 %)	12 (27,91 %)	
	Retraité	4 (4,65 %)	1 (3,23 %)		3 (3,95 %)	2 (4,65 %)	
Grade	Militaire du rang	47 (54,65 %)	20 (64,52 %)	0,606	47 (61,04 %)	21 (50 %)	0,453
	Sous-officier	34 (39,53 %)	10 (32,26 %)		27 (35,06 %)	18 (42,86 %)	
	Officier	5 (5,81 %)	1 (3,23 %)		3 (3,90 %)	3 (7,14 %)	
Niveau d'études	Collège	10 (11,11 %)	5 (16,67 %)	0,244	9 (11,25 %)	6 (14,29 %)	0,440
	Lycée	63 (70 %)	23 (76,67 %)		60 (75 %)	27 (64,29 %)	
	Etudes supérieures	17 (18,89 %)	2 (6,67 %)		11 (13,75 %)	9 (21,43 %)	
Arrêt maladie	Non	22 (24,44 %)	7 (22,58 %)	0,834	21 (26,25 %)	10 (23,26 %)	0,715
	Oui	68 (75,56 %)	24 (77,42 %)		59 (73,75 %)	33 (76,74 %)	
CLDM	Non	28 (33,73 %)	8 (25,81 %)	0,48	26 (34,21 %)	13 (32,50 %)	0,853
	Oui	55 (66,27 %)	23 (74,19 %)		50 (65,79 %)	27 (67,5 %)	
Médicament	Non	15 (16,67 %)	6 (19,35 %)	0,733	15 (18,99 %)	6 (13,95 %)	0,482
	Oui	75 (83,33 %)	25 (80,65 %)		64 (81,01 %)	37 (86,05 %)	

5^{ème} PARTIE : DISCUSSION

1) POPULATION D'ETUDE

Nous avons inclus 133 patients, au-delà des 96 sujets nécessaires calculés au moment de la construction du protocole pour obtenir des résultats statistiquement significatifs.

L'étude présente une population principalement masculine avec une proportion de 87,2 % d'hommes. Les femmes représentent environ 7,5 % de l'échantillon global, part moins importante qu'en population militaire générale. En effet, elles représentent 15,5 % des individus dans l'armée soit 32012 individus : elles sont d'autant moins à servir au sein de l'armée de terre avec un taux de 11,36 % en 2015. [88] Par ailleurs, 6,7 % des militaires déployés en OPEX sont des personnels féminins, proportion proche du taux d'inclusion de ces dernières dans l'étude. [87]

78,2 % des participants sont issus de l'armée de terre, taux plus élevé qu'en population militaire globale. En effet 55,5 % de l'ensemble des militaires sont engagés au sein de régiments de l'armée de terre. [88] Cela reflète l'engagement important de ces derniers sur les théâtres d'opération extérieure. Le reste des autres armées est peu représenté, ce qui peut en parti s'expliquer par la faible présence d'unités, notamment celles de la marine nationale, à proximité des HIA qui ont participé à l'inclusion des patients, mais aussi par le fait que les autres armées sont moins sollicitées et exposées en mission opérationnelle.

Le jeune âge de la population étudiée avec une moyenne de 35,3 ans est représentatif de la population militaire générale (âge moyen 33,1 ans). [88] En effet l'armée fait appel dans son recrutement à une population de jeunes adultes en bonne santé et présentant une forme physique et psychique compatible avec le déploiement sur les théâtres d'opération.

Les officiers sont peu représentés dans la cohorte, contrairement aux militaires du rang (54,6 %) et sous-officiers (36,1 %), qui représentent plus de la moitié de l'échantillon. Cela est cohérent avec l'organisation pyramidale des armées (beaucoup de militaires du rang commandés par des sous-officiers, eux-mêmes commandés par des officiers), mais aussi avec l'organisation des théâtres d'opération : les soldats issus du rang sont bien plus exposés à la violence et aux actions de combat, et par conséquent à des événements à potentiel traumatique, ce qui explique leur part prépondérante dans la cohorte. De plus, le statut d'engagé est plus

important (66,2 %): les militaires du rang sont systématiquement sous contrat tandis que la plupart de sous-officiers et officiers sont de carrière, expliquant la représentativité moindre du statut de carrière. La majorité des personnes avaient un contrat d'engagement compris entre 10 et 20 ans, reflet d'une professionnalisation des armées depuis la loi du 28 octobre 1997 portant sur l'arrêt du service national militaire. [89]

97,5 % des patients avaient participé à des OPEX, parmi lesquels plus de 72 % avaient été déployés sur au moins 2 théâtres d'opération extérieure. La multiplication des missions, avec la participation répétée des militaires aux OPEX est en effet un facteur favorisant la confrontation à des événements à potentiel traumatique.

Les patients sont en grande majorité tous suivis par une équipe spécialisée en psychiatrie depuis moins de 5 ans. Ceci peut se justifier par la mise en place de plans d'action successifs de la Direction Centrale du Service de Santé des Armées depuis 2010 [3 ; 4 ; 5] de sensibilisation et de dépistage des troubles psychiques post-traumatiques, en particulier au retour d'OPEX au cours de visites médicales, qui ont lieu de façon systématique trois mois après le retour en France. De plus, on note depuis 2013 une intensification de la présence militaire en opération dans la lutte contre le terrorisme notamment lors des opérations SERVALL (au Mali), SANGARIS (en République Centre Africaine), CHAMMAL (en Irak) et BARKHANE (bande sahélo-saharienne).

Trois quarts des patients étaient en arrêt maladie parmi lesquels plus de la moitié étaient en CLDM, reflétant un retentissement important pour ces derniers sur le plan professionnel. En effet le métier de militaire est un métier de contraintes particulières et peut exposer à des nouvelles situations à caractère traumatique si l'intéressé est maintenu dans son emploi sans restriction d'aptitude. Cependant, il est retrouvé dans cette population étudiée via ce questionnaire, des scores PCLS très supérieurs à 44, parmi lesquels une proportion de 58,8 % des sujets a un score PCLS supérieur à 60. Nous faisons l'hypothèse que les sujets pris en charge en HIA ont le plus souvent une symptomatologie invalidante, avec un retentissement majeur sur l'aptitude à l'emploi, ce qui n'est sans doute pas le cas des patients militaires atteints de TSPT non suivi à l'hôpital, peut-être moins symptomatiques ou présentant une évolution favorable de leur trouble et alors maintenus à leur poste avec un suivi organisé par le médecin des forces.

La part importante de sujets bénéficiant d'une prescription de psychotropes peut également être mis en lien avec une symptomatologie invalidante et par conséquent contraignant les

patients à des inaptitudes d'emploi du fait de l'intensité de leurs symptômes mais aussi de la prise de ces médicaments.

2) EVENEMENTS A POTENTIEL TRAUMATIQUE

La plupart des événements à potentiel traumatique à l'origine du TSPT se sont produits en mission opérationnelle : la moitié des patients font référence à une confrontation directe à la mort (mort d'un camarade, vision de cadavre ou de restes humains, risque pour leur propre vie) et une partie non négligeable (38,8 % de la population étudiée) ont vécu un événement en lien avec une action de feu (IED, tir, attentats en mission). Ces deux types d'événements ne sont pas associés de manière significative aux différentes addictions (alcool et cannabis). En revanche, la consommation de tabac est liée de manière significative au fait de ne pas avoir été confronté à un événement en lien avec une action de feu. De plus, un travail de master encadré par le Centre d'Epidémiologie et de Santé Publique des Armées (CESPA) met en évidence que l'événement « donner la mort » était davantage corrélé de manière significative à des conduites addictives [90], ce qui n'est pas retrouvé dans cette étude.

Les patients avaient la possibilité de décrire un second événement qui aurait pu être vécu comme traumatisant, survenu après le premier fait traumatique. Ce second épisode est survenu dans la moitié des cas en dehors d'un contexte opérationnel, proportion bien plus importante que le premier événement à l'origine du TSPT. On peut alors se questionner sur une vulnérabilité accrue du sujet vis-à-vis des événements secondaires traumatisants, qui feraient resurgir un traumatisme antérieur ou intensifieraient une clinique psychotraumatique.

De plus, l'autre moitié des événements secondaires à potentiel traumatique se sont déroulés en mission. La confrontation répétée à des faits traumatisants qui peuvent potentialiser le risque de développer un TSPT paraît être un facteur essentiel à prendre en compte. Il paraît donc important d'être vigilant vis-à-vis d'une première exposition, afin de protéger ces patients vulnérables, par le biais par exemple de restriction d'emploi, comme une inaptitude à repartir en opération extérieure.

Il est constaté deux pics d'incidence dans la répartition des premiers événements traumatisants : un premier en 2010, qui pourrait être corrélé à une intensification du déploiement des soldats français en Afghanistan [91] mais également de façon conjointe à la

mise en place du premier plan d'action « troubles psychiques post-traumatiques dans les armées » (2010-2012). [3] Un second pic a lieu en 2013, qui pourrait être corrélé à l'engagement des troupes françaises au Mali (opération SERVAL).

3) CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

a) Tabac

La prévalence de la consommation actuelle de tabac dans l'échantillon étudié est de 51,3 %. Ce résultat est comparable à ce qui est retrouvé dans littérature scientifique américaine en population civile, dans des échantillons d'individus souffrant de TSPT : 27,1 % à 47 % sont des fumeurs de cigarettes. On compte également jusqu'à 66 % de fumeurs de tabac chez les vétérans américains. [47]

Lorsque l'on s'intéresse aux résultats du Test de Fagerström, 60,29 % des sujets présentent une dépendance nicotinique d'intensité variable. Cette proportion est 3 fois plus élevée qu'en population militaire générale française, estimée à 14,7 % (écart type de 13,2-16,4). [45] Cette tendance permet de mettre en évidence l'importance de rechercher une addiction tabagique, notamment chez ces patients présentant un TSPT, afin de proposer des aides d'arrêt tabagique voir a minima de mener une politique de réduction des risques, ce qui est peut-être sous-estimé par le corps médical actuellement, tant par les médecins généralistes que par les psychiatres. Dans l'échantillon étudié, la sévérité du TSPT était corrélée de manière significative à l'intensité de la dépendance nicotinique. En effet, le groupe ayant une dépendance modérée à la nicotine avait une moyenne de score PCLS supérieure au groupe présentant une dépendance faible, lui-même ayant une moyenne de score PCLS supérieure au groupe ne souffrant pas de dépendance. Toutefois, le groupe avec une dépendance forte était associée à une moyenne de score PCLS inférieure au groupe non dépendant, ce qui peut probablement s'interpréter par le faible effectif dans cette section. (n=4)

51,13 % de la cohorte déclarent avoir modifié leur habitude de consommation depuis l'évènement traumatisant. La grande majorité (88,24 %) décrit une augmentation de la consommation de tabac, ce que l'on retrouve également lors de la comparaison entre le nombre de cigarettes fumées avant et après l'évènement traumatique. Malgré cette proportion très

importante, il n'y a pas d'association significative entre la modification de consommation et les événements traumatisants toute nature confondue.

La consommation tabagique provoque dans la moitié des cas un soulagement des symptômes de TSPT. Le tabac est alors décrit par les patients comme ayant des vertus apaisantes et relaxantes, phénomènes concordant avec la littérature scientifique. [41 ; 47] 3 décrivent toutefois une aggravation des symptômes lors de cette consommation, ce qui montre une possible divergence des effets que cette substance psychoactive peut induire dans cette population, et qui ne permettrait plus de ressentir à même dose un apaisement perçu initialement.

66,18 % des fumeurs sont désireux d'arrêter cette consommation tabagique, ce qui démontre que les patients restent soucieux de l'impact que peut avoir la cigarette sur leur santé. Cependant aucun n'a déclaré avoir un traitement de substitution nicotinique. Cela peut être expliqué par le manque de connaissance des patients mais aussi des praticiens vis-à-vis des aides pharmaceutiques disponibles pour permettre une décroissance de la consommation tabagique mais aussi par une possible ambivalence de la part des sujets, voir des médecins. En effet, l'arrêt du tabac peut induire anxiété et frustration en début de sevrage [41], ce qui peut être redouté par certains patients et praticiens.

Cette étude a mis en avant une association significative en analyse multivariée entre tabac, grade et vie maritale. En effet, les militaires du rang, qui présentent le plus souvent un niveau scolaire équivalent à celui du lycée, sont plus à risque de fumer du tabac par rapport aux sous-officiers et officiers. Cette association est cohérente avec les études françaises. Le baromètre santé de 2017 retrouve une diminution de la prévalence de tabac quotidien lorsque le niveau d'étude augmente.[42] Une étude de 2001 mettait également en avant que les militaires du rang avaient plus de risque de fumer contrairement aux grades supérieurs. [45]

L'autre association significative est celle de la consommation de tabac à la vie maritale. Les patients qui étaient en couple ou mariés ont tendance à plus fumer que les sujets célibataires ou divorcés. Cette donnée est contradictoire avec l'étude de A. Mayet en population militaire, qui mettait en avant que le célibat était un facteur de risque de consommation tabagique. [45]

b) Alcool

Presque 90 % de l'échantillon déclarent avoir bu de l'alcool au cours de leur vie. Ce résultat est similaire aux données du baromètre santé de 2014 comptant 86 % d'expérimentation en population générale française. [52]

La prévalence du trouble de l'usage est de 40,6 % dans cette étude, toute sévérité confondue. Ce chiffre est bien supérieur au trouble de l'usage que l'on peut rencontrer en population militaire générale qui est de 14 %. [45] Toutefois, ce sont des données similaires aux études américaines qui portent sur les militaires souffrant de TSPT. Selon les cohortes, les prévalences varient de 10 à 36 % et peuvent aller jusqu'à 50 % chez les membres de la National Guard Infantry déployés en Irak et Afghanistan. [53 ; 54 ; 92] Cette prévalence est préoccupante. Il est de plus possible que les résultats recueillis dans cette étude soient sous-estimés, avec un biais de sous déclaration de certains patients, ayant tendance à minimiser leur consommation du fait d'une potentielle stigmatisation de la consommation d'alcool : quelques sujets ont d'ailleurs décrit une consommation essentiellement le week-end et n'ont pas détaillé d'autre prise d'alcool dans le reste du questionnaire.

La modification de la consommation est constatée dans la moitié de la cohorte étudiée (57,14 %) : 72,37 % décrivent une augmentation de la prise d'alcool depuis l'événement traumatisant, ce qui est constaté également par l'augmentation du nombre de verre bus depuis l'événement traumatique. On remarque une augmentation massive chez un patient qui ne consommait pas d'alcool avant le fait traumatique et qui boit actuellement plus de 20 verres par semaine. Cette tendance peut s'expliquer par l'effet apaisant que certains patients peuvent ressentir, ce qui est mis en avant par 50 patients de l'étude. Cet effet est également décrit dans les études mettant en avant l'usage à visée d'automédication pour calmer et faire face aux émotions négatives engendrées par le TSPT. [56 ; 58]

Toutefois, on constate dans le recueil une part non négligeable de personnes qui ont diminué leur consommation d'alcool depuis l'événement traumatique, cette proportion étant bien plus importante que celle constatée pour le tabac. En parallèle, 23 personnes décrivent une aggravation de leurs symptômes avec la consommation d'alcool, tels que les ruminations et les pulsions agressives. Cette volonté de diminution peut s'expliquer par la présence de ces émotions négatives engendrées par l'alcool, surajoutées à la symptomatologie du TSPT.

58,77 % des patients qui consomment de l'alcool seraient désireux d'arrêter toute consommation. Ce chiffre est moins élevé que celui du tabac. Cependant, les sujets n'ont pas mentionné la prise de traitement d'aide au sevrage ou au maintien de l'arrêt de la consommation. De plus, le sevrage alcoolique peut générer dans un premier temps de l'anxiété, ce qui pourrait dissuader certains sujets d'arrêter toute prise de substance. Pour finir, l'alcool étant un élément parfois perçu comme facteur de sociabilisation dans les armées, on peut formuler également l'hypothèse que l'arrêt de boissons alcoolisées ou du moins sa diminution pourrait sembler plus difficile pour les patients militaires, qui se représenteraient la consommation alcoolique comme un moment de partage et camaraderie.

De manière isolée, l'échantillon pris en charge sur le site lyonnais permettait de mettre en avant que la consommation d'alcool était plus faible de manière significative lorsque les patients avaient été au centre d'action de feu. Cette constatation n'est cependant pas retrouvée dans la cohorte globale, effet qui a probablement été lissé par la taille plus importante de l'échantillon.

Cette étude ne retrouve pas d'association significative entre la consommation d'alcool et les événements traumatisants, ni avec les données sociodémographiques. Cela est en contradiction avec une étude réalisée en population militaire française, qui avait pu constater que la prise d'alcool était corrélée de manière statistiquement significative au personnel masculin, ayant un grade de militaire du rang et vivant seul (célibat géographique, célibataire ou divorcé). [45] Cette étude ne montre pas cette association peut-être à cause d'un effectif trop faible.

c) Cannabis

Plus de la moitié des patients de l'échantillon ont déjà consommé du cannabis au cours de leur vie (55,64 %). Ces données sont relativement similaires au taux d'expérimentation en population générale française qui avoisine les 42 %, essentiellement dans la tranche d'âge 24-34 ans. [36 ; 61]

15,79 % consomment actuellement du cannabis. Il s'agit d'un taux relativement élevé lorsque l'on connaît les contraintes d'aptitude pour exercer le métier de militaire. Toutefois, la grande majorité de notre échantillon est en arrêt maladie et les personnes qui ont repris le travail

sont le plus souvent soumises à des restrictions d'emploi, qui portent par exemple sur le port de l'arme ou les départs en mission. Cependant, il est bien supérieur à la prévalence de consommation de cannabis dans les armées, qui compte une proportion variant de 1 à 8,2 % des militaires selon les armées. [68] La prévalence retrouvée dans l'étude apparaît un peu plus élevée par rapport aux prévalences retrouvées dans la littérature américaine chez les vétérans. [62] Nous pouvons de plus supposer une sous-déclaration de la part des patients ayant répondu au questionnaire. En effet, nous n'avons pu compter que 21 personnes déclarant consommer actuellement du cannabis. Cependant, quelques sujets ont répondu de manière discordante et incomplète à la partie du questionnaire faisant référence au CAST alors qu'ils avaient déclaré une absence de consommation actuelle.

Lorsque l'on évoque la question de la modification de prise de cannabis depuis l'événement traumatique, seul 18,05 % de l'échantillon global évoque une modification des habitudes, parmi lesquels une très grande majorité (75 %) tend à augmenter la prise et seul 5 % décrivent une diminution de la consommation.

Parmi les 21 consommateurs actuels, 80,95 % présenteraient d'après le questionnaire CAST un trouble de l'usage, avec un début de consommation pour 7 d'entre eux depuis l'événement traumatisant. 76,19 % de ces personnes déclarent un soulagement des symptômes du TSPT et utilisent le cannabis à visée anxiolytique. 4 décrivent une aggravation de la clinique psychotraumatique par la consommation de cannabis. Cet effet apaisant est cohérent avec la description de certaines études américaines portant sur la diminution des symptômes psychotraumatiques et des troubles du sommeil avec la consommation de cannabis. [34 ; 63 ; 66] Il est d'ailleurs important de rappeler qu'aux Etats-Unis le cannabis médical est légalisé dans certains états avec une des indications retenue qui est le trouble de stress post traumatique. [62 ; 65]

Presque la moitié des consommateurs souhaiteraient se sevrer de leur prise de cannabis. Cette proportion est non négligeable et il est important pour les praticiens de questionner la prise de cette substance psychoactive, afin de pouvoir proposer des aides au sevrage cannabinique.

A noter que dans les armées, la consommation de substances psychoactives illicites telles que le cannabis peut parfois être « traitée » uniquement du côté du commandement, avec des sanctions disciplinaires engendrées par cette consommation, là où il est important de rappeler la nécessité d'une orientation médicale dans ces situations.

Notre étude retrouve de manière significative que les militaires du rang consomment plus de cannabis que les sous-officiers ou officiers. Cela a déjà été énoncé dans une étude française retrouvant que les jeunes soldats sans alliance maritale et sans enfant, faiblement gradés et avec un niveau d'étude faible, avaient plus de risque de consommer du cannabis. [63 ; 64] Cependant nous n'avons pas retrouvé d'association statistiquement significative lors des analyses multivariées, probablement du fait d'un effectif d'inclusion trop faible.

d) Autres substances psychoactives

Les autres substances déclarées sont très peu consommées par l'ensemble de l'échantillon.

On retrouvait que 3 % consommaient de la cocaïne au moment de l'étude, ce qui est légèrement supérieur au taux national retrouvé en population française. [61] De plus, la consommation d'opiacés semblait être bien encadrée par une prescription médicale. Cependant le questionnaire ne permet pas de décrire de manière détaillée les modalités de prises ou les indications de prescription des opiacés. Il est important également de rappeler que les militaires font l'objet d'un dépistage systématique de substances psychoactives au moment de leur engagement (cannabis, cocaïne, opiacés), puis de façon systématique ou inopinée au cours de leur carrière en fonction de leur spécialité. Cela peut sans doute expliquer la faible prévalence de ces substances retrouvée dans cet échantillon.

4) ADDICTIONS SANS SUBSTANCE

L'échantillon se caractérise par une part non négligeable de personnes déclarant avoir un besoin de participer à des activités à risque (32,33 %). On peut par conséquent se poser la question de rechercher de façon systématique ces comportements pouvant mettre la vie du sujet en danger, a fortiori dans une population exerçant un métier dit « à risque ».

De plus, la cohorte a permis de mettre en avant de manière significative un besoin accru en sexualité chez les personnes qui sont en couple ou mariées.

Ces données méritent d'être plus explorées, par exemple par le biais d'une autre étude qui permettrait de caractériser plus spécifiquement ces comportements. Il sera essentiel de mener pour l'ensemble des comportements addictifs sans substance une étude plus approfondie. En

effet, le questionnaire tel qu'il a été conçu ne permettait pas d'avoir une exploration globale de ces troubles.

5) LIMITES DE L'ETUDE

Cette étude, si elle permet de décrire mieux les conduites addictives d'une population de militaires présentant un TSPT, présente toutefois quelques limites. L'échantillon a été constitué à partir de patients suivis en consultation ou en hospitalisation en service de psychiatrie d'un HIA. Comme le montre l'ensemble des scores PCLS, les patients sont très symptomatiques et nécessitent des prises en charge spécialisées inscrites dans la durée. Nous n'avons pas étudié la population suivie en antenne médicale, avec pour la plupart des militaires encore inscrits dans leur emploi, avec des symptômes probablement moins bruyants et suivi par le médecin des forces. De plus, certains patients échappent à la prise en charge médicale en milieu militaire et font le choix de se faire suivre en milieu civil, soucieux de l'impact que pourrait avoir ce trouble sur leur carrière ou bien souhaitant rompre avec l'institution militaire. Les résultats obtenus sont par conséquent difficilement généralisables à l'ensemble du personnel militaire français qui souffre de TSPT, mais constituent un premier aperçu des conduites addictives associées, avec et sans substance.

Cette étude explore les comorbidités addictives dans un groupe de sujets souffrant de TSPT. Cependant, le questionnaire n'a pas exploré la présence ou l'absence d'autres troubles psychiques tels que la dépression, dont on sait que la comorbidité avec le TSPT approche les 50 % [6 ; 93], ou les troubles de la personnalité, qui pourraient également influencer la consommation de substance psychoactives et les comportements addictifs.

Enfin, le présent questionnaire n'est pas suffisant pour étudier de manière complète et appropriée les autres consommations addictives tels que la cocaïne et les opiacés mais également les addictions sans substance. Il sera alors utile de poursuivre la recherche avec une étude qualitative déjà prévue et accordée par le CPP.

6) PERSPECTIVES

L'ensemble des données met en avant des chiffres de prévalence concernant le tabac et l'alcool concordants avec les études internationales.

La partie des résultats portant sur le cannabis donne un premier aperçu, qu'il faut relativiser compte tenu du petit effectif de consommateurs actuels de cannabis (inférieur à 30). Il serait alors intéressant de poursuivre cette étude en augmentant le nombre de personnes à inclure afin de pouvoir recueillir des éléments significatifs.

Cette étude permet une première exploration des liens entre TSPT et conduites addictives. Les modifications de consommation tabagique tendent à s'exprimer par l'augmentation du nombre de cigarettes fumées après l'évènement traumatique, tendance équivalente pour l'alcool même si cela semble moins marqué avec des patients décrivant une aggravation de la clinique psychotraumatique par la consommation de boissons alcoolisées. Il est donc nécessaire de souligner l'importance de la prise en charge conjointe du TSPT et du trouble d'usage. En effet, une étude portant sur l'arrêt du tabac déclare la nécessité d'intégrer le sevrage tabagique, à l'aide si nécessaire de traitements de substitution, dans la prise en charge du TSPT, permettant de maintenir une abstinence au cours de la prise en charge du trouble psychotraumatique. [41] Il a été démontré également que le sevrage alcoolique avec une abstinence durable permettait de diminuer les symptômes du TSPT. [59] Pour cela, il est pertinent de sensibiliser d'avantage les médecins généralistes des forces, les psychiatres militaires mais également les infirmiers militaires aux conduites addictives par le biais de formations ou de diplômes universitaires afin de pouvoir proposer et assurer les sevrages auprès de personnels militaires et ce d'autant plus, chez les sujets présentant des TSPT.

Il est difficile de pouvoir conclure sur l'ordre d'apparition du TSPT et du trouble de l'usage. En effet, la plupart de l'échantillon consommait des substances psychoactives avant l'évènement traumatique, même si ce dernier paraît être à l'origine d'une augmentation de la consommation tabagique ou alcoolique. Cela se rapproche des études démontrant que les personnels usant de substances psychoactives, par l'effet qu'elles induisent, se confronteraient d'avantage à des situations dangereuses. [47 ; 48 ; 59] Toutefois, il est difficile de pouvoir appliquer cela à la population de l'échantillon, avec des sujets pour lesquels, le départ en opération extérieure constitue dans la quasi-totalité des cas, un lieu de potentielle exposition à des évènements traumatisants. Par contre il est intéressant de se questionner sur la recherche de

prises de risque chez certains militaires déjà consommateurs de substances, qui pourraient avoir des motivations à l'engagement pour certaines pathologies, avec la recherche plus ou moins consciente de situations dangereuses.

La poursuite d'actions de sensibilisation et d'information concernant le TSPT auprès des militaires et du commandement est un axe qu'il est important de soutenir dans le temps. Cela pourrait s'élargir à des actions de sensibilisation des militaires aux conduites addictives.

Pour finir, il serait nécessaire de poursuivre cette étude dans un cadre élargi et notamment au sein des antennes médicales pour une meilleure représentativité. Une étude qualitative est également prévue afin de pouvoir exploiter de manière plus précise les objectifs secondaires de l'étude, à savoir explorer essentiellement les autres consommations de substance (cocaïne, opiacés, et autres substances) et les addictions comportementales.

CONCLUSION

Cette étude a permis de mettre en lumière pour la première fois dans la littérature scientifique la consommation de substances psychoactives au sein d'une population de militaires français souffrant de TSPT.

En effet, les militaires sont confrontés à des événements potentiellement traumatisants au cours des différentes missions opérationnelles auxquelles ils participent et sont susceptibles par conséquent de développer un TSPT. Il est primordial de dépister ce trouble mais également les pathologies qui y sont associées telles que les conduites addictives, seconde comorbidité constatée après les troubles dépressifs.

D'après cette étude, la confrontation à des événements traumatiques engendrant un TSPT semble influencer les habitudes de consommation qui tendent vers une augmentation de prise de tabac, d'alcool et de cannabis de manière générale, avec toutes les conséquences que cela engendre sur le plan de la santé. La consommation de tabac est corrélée de manière significative au grade de militaire du rang comparé aux sous-officiers et officiers ainsi qu'au statut marital (vivant en couple ou marié). Nous ne retrouvons pas d'autre association significative pour les consommations d'alcool et de cannabis. Toutefois, cela permet de mettre en avant la nécessité de systématiser chez les patients qui souffrent de TSPT le dépistage de la consommation de substances psychoactives licites ou illicites, qui sont parfois reléguées au second plan après la clinique psychotraumatique parfois plus bruyante.

De plus, il est intéressant de mettre en avant que la plupart des patients de cette étude, soucieux de leur santé, désirent se sevrer des substances malgré une appréhension parfois importante vis-à-vis de l'arrêt du produit. Possible période d'intensification des symptômes du TSPT, le début du sevrage mérite d'être encadré par une équipe médicale afin de favoriser les chances d'arrêt dans les meilleures conditions possibles.

Il ne fait pas oublier également que le tabac, l'alcool et le cannabis engendrent des effets somatiques délétères à court, moyen et long terme : leur consommation doit par conséquent être dépistées afin de ne pas méconnaître une complication propre à la substance.

Sensibiliser les médecins et infirmiers des forces afin qu'ils puissent mener des actions de prévention mais également proposer des soins adaptés est donc une priorité. Il est primordial de poursuivre les formations portant sur le TSPT auprès des médecins militaires et personnels paramédicaux mais également de la renforcer par le biais d'informations sur les addictions et

leur prise en charge. Pour cela, il est nécessaire de poursuivre la formation de la chaîne santé au sein des HIA par des spécialistes, mais également de promouvoir les diplômes universitaires et les capacités d'addictologie afin que les praticiens soient toujours plus à l'aise quant à la prise en charge des militaires présentant conjointement un traumatisme psychique et un trouble de l'usage.

Pour finir, il sera intéressant de poursuivre notre travail par une étude qualitative afin de pouvoir explorer de manière plus détaillée le vécu des patients vis-à-vis de l'événement traumatique mais également vis-à-vis des substances psychoactives.

LISTE DES ABREVIATIONS

AUDIT :	Alcohol Use Disorders Test
APA :	American Psychiatric Association
API :	Alcoolisation Ponctuelle importante
CAPS :	Clinician-Administered PTSD Scale
CAST :	Cannabis Abuse Screening Test
CLDM :	Congé de Longue Durée pour Maladie
CNMSS :	Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale
CPP :	Comité de Protection des Personnes
DSM :	Diagnostic and Statistical Manual of Mental
HIA :	Hôpital d'Instruction des Armées
HIAD :	Hôpital d'Instruction des Armées Desgenettes
IED :	Improvised Explore Device (en français : engin explosif improvisé)
INPES :	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
ODJ :	Observatoire Des Jeux
OFDT :	Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
OPEX :	Opérations Extérieures
PCLS :	Posttraumatic stress disorder Checklist Scale
SPA :	Substance PsychoActive
SSA :	Service de Santé des Armées
THC :	Delta-9-TetraHydroCannabinol
TSPT :	Trouble de Stress Post Traumatique

LISTE DES ILLUSTRATIONS

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Données sociodémographiques de l'échantillon de patients pris en charge sur l'HIA Desgenettes (HIAD)

Tableau 2 : Données concernant le suivi médical des patients suivis à l'HIAD

Tableau 3 : Données concernant les différentes catégories de traitements médicamenteux

Tableau 4 : Données concernant les scores PCLS de l'échantillon de patients suivis sur l'HIAD

Tableau 5 : Score au test de Fagerström (évaluation de la dépendance à la nicotine)

Tableau 6 : Comparaison des moyennes PCLS en fonction de l'intensité de la dépendance nicotinique

Tableau 7 : Données concernant les résultats de l'échantillon des patients suivis sur l'HIAD au questionnaire AUDIT

Tableau 8 : Comparaison des moyennes du score PCLS en fonction de l'intensité du trouble de l'usage d'alcool

Tableau 9 : Consommation de tabac et d'alcool en fonction des variables sociodémographiques

Tableau 10 : Description de la consommation de tabac selon le type d'événement traumatique

Tableau 11 : Description de la consommation d'alcool selon le type d'événement traumatique

Tableau 12 : Données concernant les résultats de l'échantillon de patients suivis l'HIAD au questionnaire CAST

Tableau 13 : Comparaison des moyennes des scores PCLS en fonction de la consommation de cannabis

Tableau 14 : Consommation de cannabis en fonction des données sociodémographiques

Tableau 15 : Description de la consommation de cannabis selon le type d'événement traumatique

Tableau 16 : Données sociodémographiques de l'échantillon global (N=133)

Tableau 17 : Données concernant le suivi médical de l'échantillon global (N=133)

Tableau 18 : Données concernant les différentes catégories de traitements médicamenteux déclarés par l'échantillon global

Tableau 19 : Données recueillies concernant les scores PCLS de l'échantillon global

Tableau 20 : Score au test de Fagerström pour évaluer la dépendance à la nicotine

Tableau 21 : Comparaison des moyennes PCLS en fonction de l'intensité de la dépendance nicotinique

Tableau 22 : Comparaison des moyennes obtenues à l'échelle PCLS en fonction de la consommation de tabac (p=0,9964)

Tableau 23 : Significativité de la régression logistique bivariée des variables explicatives du tabac au seuil 20 %

Tableau 24 : Comparaison des moyennes du score PCLS en fonction de l'intensité du trouble de l'usage d'alcool

Tableau 25 : Significativité de la régression logistique bivariée des variables explicatives de la consommation d'alcool au seuil 20 %

Tableau 26 : Consommation du tabac et d'alcool en fonction des variables sociodémographiques concernant l'échantillon global

Tableau 27 : Description de la consommation de tabac selon l'événement traumatique

Tableau 28 : Description de la consommation d'alcool selon de l'événement traumatique

Tableau 29 : Comparaison des moyennes des scores PCLS en fonction de la consommation de cannabis

Tableau 30 : Comparaison des moyennes des scores PCLS en fonction du trouble de l'usage de cannabis

Tableau 31 : Significativité de la régression logistique bivariée des variables explicatives de la consommation de cannabis

Tableau 32 : Consommation de cannabis en fonction des variables sociodémographiques concernant l'échantillon global

Tableau 33 : Description de la consommation de cannabis selon l'événement traumatique

Tableau 34 : Comparaison entre conduite à risque et besoin de sexe en fonction des données sociodémographiques parmi l'échantillon global.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Nombre d'OPEX réalisées au sein de l'échantillon pris en charge sur l'HIA Desgenettes

Figure 2 : Répartition des premiers événements traumatisants en fonction des années dans l'échantillon de patients suivis sur l'HIA Desgenettes

Figure 3 : Comparaison entre consommation de tabac avant l'événement traumatisant et consommation actuelle

Figure 4 : Données concernant le nombre d'OPEX effectuées pour l'échantillon global

Figure 5 : Répartition des événements traumatisants en fonction des années pour l'échantillon global

Figure 6 : Comparaison entre consommation de tabac avant l'événement traumatisant et consommation actuelle

Figure 7 : Données concernant les résultats au questionnaire AUDIT pour l'échantillon global

Figure 8 : Données concernant les résultats au questionnaire CAST de l'échantillon global

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Lairie A. Epidémiologie des évacuations aériennes médicalisées de faible priorité dans les forces armées et formations rattachées pour cause médicopsychologique de 2013 à 2016 . thèse d'exercice de médecine générale, sous la direction de Cocquemot K. Paris. Université Paris XI. 2018. 88p.
- [2] Berry X, Marimoutou C, Pommier de Santi V, Rabatel E, Deparis X, Paul F. Etats de stress post traumatique au retour d'Afghanistan. *Stress et trauma*. 2011;11(3);75-84.
- [3] Service de Santé des Armées, Ministère de la défense et des anciens combattants. Plan d'action « Troubles psychiques post traumatiques dans les armées 2011-2012 ». mars 2011.
- [4] Service de Santé des Armées, Ministère de la défense. Plan d'action « Troubles psychiques post traumatiques dans les forces armées 2013-2015 ». déc 2013
- [5] Service de Santé des Armées, Ministère de la defense. Plan d'action « Prise en charge et suivi du blessé psychique dans les forces armées 2016-2018 ». déc 2015
- [6] Lecigne M, Tapia G. Trouble de stress post-traumatique et trouble lié à l'usage de substances illicites : le rôle médiateur des schémas précoces inadaptés. *Pratiques Psychologiques*. déc 2016;22(4):417-30.
- [7] Cornelius JR, Kirisci L, Reynolds M, Clark DB, Hayes J, Tarter R. PTSD contributes to teen and young adult cannabis use disorders. *Addictive Behaviors*. févr 2010;35(2):91-4.
- [8] Ceruti G. Intérêt d'une prise en charge psychologique et/ou pharmacologique précoce en prévention secondaire de l'état de stress post-traumatique. Thèse d'exercice de médecine, sous la direction de Jover. Nice. Université Nice Sophia Antipolis. 2016;78.
- [9] Granier C, de Montleau F. La prise en charge des états de stress aigu dans l'armée française. *La lettre du Psychiatre*. mai- juin 2016;9(3);86-91
- [10] American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-3*. 1980.
- [11] American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Fifth Edition*. 2014.
- [12] Vaiva G, Jehel L, Cottencin O, Ducrocq F, Duchet C, Omnes C, et al. Prévalence des troubles psychotraumatiques en France métropolitaine. *L'Encéphale*. déc 2008;34(6):577-83.
- [13] Ducrocq F. Le psychotrauma en chiffres. *Stress et Trauma*. 2009;9(4);199-200.
- [14] Kessler RC. Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*. 1 déc 1995;52(12):1048.

- [15] National Institute Of Mental Health. Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) [Internet]. 2017 [consulté le 6 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/post-traumatic-stress-disorder-ptsd.shtml>
- [16] Jolly A. Epidémiologie des PTSD. *Journal International de Victimologie*. 2003;2(1).
- [17] Motreff Y, Pirard P, Baubet T, Groupe 13 novembre, Chauvin P, Vandertorren S. Enquête de santé publique post attentats du 13 novembre 2015 (ESPA 13 novembre) : premiers résultats concernant les intervenants. *BEH* 38-39. Juin 2018;756-761
- [18] Martinez L-M. Stress post-traumatique : Enjeu majeur de la politique de santé des armées [Internet]. GMPA. Oct 2018 [consulté le 30 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.gmpa.fr/conseils-et-prevention/dossiers/stress-post-traumatique-enjeu-majeur-de-la-politique-de-sante-des-armees-14-10-2018>
- [19] Colin A. Syndrome post traumatique du militaire, élément de contexte et de réflexion stratégique. Fiche Irsem n°20. Sept 2012;7.
- [20] CESPA, Troubles psychiques en relation avec un événement traumatisant, résultats de la surveillance épidémiologique des armées. 2012-2014.
- [21] Vallet D, Arvers P. Etude exploratoire sur l'état de stress post-traumatique dans deux unités opérationnelles de l'armée de terre. Dimension humaine dans le cadre d'opérations militaires – Stratégies des chefs militaires pour gérer le stress et le soutien psychologique. 2006 ;8p.
- [22] Irba, Antenne Marseille, Institut de médecine tropicale du service de santé des armées, Département d'épidémiologie et de santé publique sud. Troubles psychiques en relation avec un événement traumatisant dans un régiment de l'armée de Terre déployé en Afghanistan. Bilan 9 mois après le retour. Bulletin de rétro-information de la surveillance épidémiologique des unités du secteur sud métropole, outre-mer et OPEX. Mars 2011;5.
- [23] Hines LA, Sundin J, Rona RJ, FFPH, Wessely S, FMedSci, et al. Posttraumatic Stress Disorder Post Iraq and Afghanistan: Prevalence Among Military Subgroups. *La revue canadienne de psychiatrie*. sept 2014;59(9):468-79.
- [24] Daudin M, Rondier J-P. Traumatisme de guerre, conduites addictives : une illustration du concept lacanien de jouissance. *L'information psychiatrique*. 31 juill 2014;90(6):471-6.
- [25] Tull MT, Gratz KL, Aklın WM, Lejuez CW. A Preliminary Examination of the Relationships between Posttraumatic Stress Symptoms and Crack/Cocaine, Heroin, and Alcohol Dependence. *J Anxiety Disord*. janv 2010;24(1):55-62.
- [26] Waldrop AE, Back SE, Verduin ML, Brady KT. Triggers for cocaine and alcohol use in the presence and absence of posttraumatic stress disorder. *Addictive Behaviors*. mars 2007;32(3):634-9.

- [27] Collège national des universités en psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, Collège universitaire national des enseignements en addictologie. Module six addictologie. Référentiel de psychiatrie et d'addictologie 2^{ème} édition. 2016;388-393.
- [28] Cottecin O. Conduites addictives : historiques, définition, concepts. Support de cours de PCEM1. Lille. Université de Lille. 8 p.
- [29] Rozaire C, Landreat MG, Grall-Bronnec M, Rocher B, Vénisse J-L. Qu'est-ce que l'addiction ? Archives de politique criminelle. 2009;n° 31(1):9-23.
- [30] Reynaud M. Comprendre les addictions : l'état de l'art in Karila L, Aubin H-J, Benyamina A. Traité d'addictologie 2^{ème} édition. Paris : Lavoisier. 2016;3-28.
- [31] Association National de prévention en alcoologie et addictologie. Tabac, 73.000 morts par an en France [Internet]. [consulté le 7 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.anpaa.asso.fr/lanpaa/actualites/tabac/278-tabac-73000-morts-france>
- [32] Santé publique France, Institut national du cancer. Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017;152. Disponible à partir de l'URL : www.santepubliquefrance.fr
- [33] Santé publique France. Alcool et santé : Santé publique France s'engage dans une stratégie de réduction des risques. Saint-Maurice. Février 2019;1.
- [34] Tull MT, McDermott MJ, Gratz KL. Marijuana dependence moderates the effect of posttraumatic stress disorder on trauma cue reactivity in substance dependent patients. Drug and Alcohol Dependence. févr 2016;159:219-26.
- [35] Dervaux A, Laqueille X. Cannabis : usage et dépendance. La Presse Médicale. déc 2012;41(12):1233-40.
- [36] Moroge S, Paul F, Milan C, Pilard M. Consommation de cannabis dans les armées françaises : actualités épidémiologiques et comparaison avec la population générale. Médecine et armées. Mai 2012;40(5):447-453.
- [37] Observatoire français des drogues et toxicomanies. Etude « stupéfiants et accidents mortels de la circulation routière » : éléments de conclusion [Internet]. Saint Denis la Plaine. Octobre 2005. [consulté le 7 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/SAM1.pdf>
- [38] Ministère de la défense. Instruction n° 2405/DEF/CEMAA/C/PERS relative aux dépistages de la toxicomanie et de la consommation excessive d'alcool applicables aux militaires. Bulletin officiel des armées. 10 juin 2008;13.
- [39] Cannabis médical. In: Wikipédia [Internet]. 2019 [consulté le 10 mars 2019]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Cannabis_m%C3%A9dical&oldid=155494112

- [40] Collège national des universités en psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, Collège universitaire national des enseignements en addictologie. Item 77. Référentiel de psychiatrie et d'addictologie 2^{ème} édition. 2016;471-482
- [41] Kelly MM, Jensen KP, Sofuoglu M. Co-occurring tobacco use and posttraumatic stress disorder: Smoking cessation treatment implications. *The American Journal on Addictions*. 1 déc 2015;24(8):695-704.
- [42] Pasquereau A, Andler A, Guignard G, Richard JB, Arwidson P, Nguyen-Thanh V ; le groupe Baromètre santé 2017. La consommation de tabac en France : premiers résultats du Baromètre santé 2017. *Bull Epidémiol Hebd*. 2018;(14-15):265-73. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/14-15/2018_14-15_1.html
- [43] Center for Behavioral Health Statistics and Quality. 2017 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, 2018;2871
- [44] Spilka S, Le Nézet O, Janssen E, Brissot A, Philippon A, Shah J, Chyderiotis S. Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2017. *Observatoire français des drogues et des toxicomanies*. Saint Denis la Plaine. 2018;8.
- [45] Mayet A, Marimoutou C, Haus-Cheymol R, Verret C, Ollivier L, Berger F, et al. État des lieux des conduites addictives dans les armées françaises : une méta-analyse des enquêtes de prévalence conduites entre 2005 et 2009. *Médecine et armées*. 2005;10.
- [46] Combating Tobacco Use in Military and Veteran Populations. *Military Medicine*. janv 2015;180(1):1-3.
- [47] Pericot-Valverde I, Elliott RJ, Miller ME, Tidey JW, Gaalema DE. Posttraumatic stress disorder and tobacco use: A systematic review and meta-analysis. *Addictive Behaviors*. sept 2018;84:238-47.
- [48] Khazaal Y, Cornuz J, Zullino D. Les troubles anxieux sont-ils associés à un tabagisme particulier ? : Stress-anxiété et tabagisme. *Santé mentale au Québec*. 2004;29(1):73.
- [49] Mayet A, Marimoutou C, Esvan M, Verret C, Haus-Cheymol R, Michel R, et al. Is serving in the armed forces associated with tobacco or cannabis initiation? A study of onset sequences before and after joining the French armed forces. *Addictive Behaviors*. sept 2013;38(9):2437-44.
- [50] Santé publique France. Alcool.[internet]. 2016. [consulté le 7 juin 2019]. Disponible sur <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/alcool/index.asp>.
- [51] Observatoire française des drogues et des toxicomanies. Baromètre santé-alcool.Saint Maurice. 2018; 3.
- [52] Richard J-B, Palle C, Guignard R, Nguyen V, Beck F, Arwidson P. La consommation d'alcool en France en 2014;6.

- [53] De La Rosa GM, Delaney EM, Webb-Murphy JA, Johnston SL. Interactive effects of stress and individual differences on alcohol use and posttraumatic stress disorder among personnel deployed to Guantanamo Bay. *Addictive Behaviors*. nov 2015;50:128-34.
- [54] Gilpin NW, Weiner JL. Neurobiology of comorbid post-traumatic stress disorder and alcohol-use disorder. *Genes, Brain and Behavior*. 1 janv 2017;16(1):15-43.
- [55] Simons JS, Simons RM, O'Brien C, Stoltenberg SF, Keith JA, Hudson JA. PTSD, alcohol dependence, and conduct problems: Distinct pathways via lability and disinhibition. *Addictive Behaviors*. janv 2017;64:185-93.
- [56] Sannibale C, Teesson M, Creamer M, Sitharthan T, Bryant RA, Sutherland K, et al. Randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for comorbid post-traumatic stress disorder and alcohol use disorders. *Addiction*. 1 août 2013;108(8):1397-410.
- [57] Heinz AJ, Pennington DL, Cohen N, Schmeling B, Lasher BA, Schrodek E, et al. Relations Between Cognitive Functioning and Alcohol Use, Craving, and Post-Traumatic Stress: An Examination Among Trauma-Exposed Military Veterans With Alcohol Use Disorder. *Military Medicine*. juill 2016;181(7):663-71.
- [58] Read JP, Merrill JE, Griffin MJ, Bachrach RL, Khan SN. Posttraumatic Stress Symptoms and Alcohol Problems: Self-Medication or Trait Vulnerability? *The American Journal on Addictions*. 1 mars 2014;23(2):108-16.
- [59] Coffey SF, Schumacher JA, Brady KT, Dansky Cotton B. Changes in PTSD symptomatology during acute and protracted alcohol and cocaine abstinence. *Drug Alcohol Depend*. 16 mars 2007;87(0):241-8.
- [60] Mustillo SA, Kysar-Moon A, Douglas SR, Hargraves R, Wadsworth SM, Fraine M, et al. Overview of Depression, Post-Traumatic Stress Disorder, and Alcohol Misuse Among Active Duty Service Members Returning From Iraq and Afghanistan, Self-Report and Diagnosis. *Military Medicine*. avr 2015;180(4):419-27.
- [61] Beck F, Richard J-B, Guignard R, Le Nézet O, Spilka S. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014. *Observatoire français des drogues et des toxicomanies*. Saint Denis la Plaine. 2015;8.
- [62] Davis AK, Lin LA, Ilgen MA, Bohnert KM. Recent cannabis use among Veterans in the United States: Results from a national sample. *Addictive Behaviors*. janv 2018;76:223-8.
- [63] Johnson MJ, Pierce JD, Mavandadi S, Klaus J, Defelice D, Ingram E, et al. Mental health symptom severity in cannabis using and non-using Veterans with probable PTSD. *Journal of Affective Disorders*. janv 2016;190:439-42.
- [64] Rigod V, Pilard M, Paul F, Deparis X, Marimoutou C. Alcohol and Cannabis Consumption in the French Army: Determination of Consumer Profiles to Focus on Prevention and Care. *Military Medicine*. juill 2011;176(7):805-10.

- [65] 33 Legal Medical Marijuana States and DC - Medical Marijuana in ProCon.org [Internet].2019 [consulté le 22 mai 2019]. Disponible sur: <https://medicalmarijuana.procon.org/view.resource.php?resourceID=000881>
- [66] Bonn-Miller MO, Babson KA, Vandrey R. Using cannabis to help you sleep: Heightened frequency of medical cannabis use among those with PTSD. *Drug and Alcohol Dependence*. mars 2014;136:162-5
- [67] Bohnert KM, Perron BE, Ashrafioun L, Kleinberg F, Jannausch M, Ilgen M. Positive posttraumatic stress disorder screens among first-time medical cannabis patients: Prevalence and association with other substance use. *Addictive Behaviors*. 1 oct 2014;39(10):1414-7.
- [68] Gheorghiev C, Arvers P, De Montleau F, Fidelle G. Le cannabis dans les armées : entre passé et actualité. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*. août 2009;167(6):429.
- [69] Céline B, François B, Stanislas S. Physical and psychosocial factors associated with psychostimulant use in a nationally representative sample of French adolescents: Specificities of cocaine, amphetamine, and ecstasy use. *Addictive Behaviors*. mai 2019;92:208-24
- [70] Larson MJ, Mohr BA, Jeffery DD, Adams RS, Williams TV. Predictors of Positive Illicit Drug Tests After OEF/OIF Deployment Among Army Enlisted Service Members. *Military Medicine*. avr 2016;181(4):334-42.
- [71] Brady KT, Dansky BS, Sonne SC, Saladin ME. Posttraumatic Stress Disorder and Cocaine Dependence: Order of Onset. *The American Journal on Addictions*. 1 avr 1998;7(2):128-35.
- [72] Back S, Dansky BS, Coffey SF, Saladin ME, Sonne S, Brady KT. Cocaine Dependence with and without Posttraumatic Stress Disorder: A Comparison of Substance Use, Trauma History and Psychiatric Comorbidity. *The American Journal on Addictions*. 1 janv 2000;9(1):51-62.
- [73] Dworkin ER, Wanklyn S, Stasiewicz PR, Coffey SF. PTSD symptom presentation among people with alcohol and drug use disorders: Comparisons by substance of abuse. *Addictive Behaviors*. janv 2018;76:188-94.
- [74] Back SE, Brady KT, Jaanimägi U, Jackson JL. Cocaine dependence and PTSD: A pilot study of symptom interplay and treatment preferences. *Addictive Behaviors*. févr 2006;31(2):351-4.
- [75] Evridiki P, Antonis F, Georgios K, Evangelia K. Co morbidity of Post-Traumatic-Stress Disorders and Substance Use Disorder. *Health science journal*. 2011;5(2):11.
- [76] Hassan AN, Foll BL, Intiaz S, Rehm J. The effect of post-traumatic stress disorder on the risk of developing prescription opioid use disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III. *Drug and Alcohol Dependence*. oct 2017;179:260-6.

- [77] Dabbs C, Watkins EY, Fink DS, Eick-Cost A, Millikan AM. Opiate-Related Dependence/Abuse and PTSD Exposure Among the Active-Component U.S. Military, 2001 to 2008. *Military Medicine*. août 2014;179(8):885-90.
- [78] Smith KZ, Smith PH, Cercone SA, McKee SA, Homish GG. Past year non-medical opioid use and abuse and PTSD diagnosis: Interactions with sex and associations with symptom clusters. *Addictive Behaviors*. juill 2016;58:167-74.
- [79] Bilevicius E, Sommer JL, Asmundson GJG, El-Gabalawy R. Posttraumatic stress disorder and chronic pain are associated with opioid use disorder: Results from a 2012-2013 American nationally representative survey. *Drug and Alcohol Dependence*. juill 2018;188:119-25.
- [80] Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Médicaments psychotropes - Synthèse des connaissances. [Internet]. 2019 [consulté le 8 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/medicaments-psychotropes/>
- [81] Desjeux G, Aspar A-M, Colonna-d'Istria E, Raude D, Birioukoff M, Balaire C, et al. Consommation de médicaments psychotropes chez les militaires d'active en 2005. *L'Encéphale*. juin 2009;35(3):249-55.
- [82] Costes J-M, Eroukmanoff V, Richard J-B, Tovar M-L. Les jeux d'argent et de hasard en France en 2014. *Les notes de l'observations des jeux*. 2015;9.
- [83] Roberts A, Sharman S, Coid J, Murphy R, Bowden-Jones H, Cowlshaw S, et al. Gambling and negative life events in a nationally representative sample of UK men. *Addictive Behaviors*. déc 2017;75:95-102.
- [84] Grubbs JB, Chapman H, Shepherd KA. Post-traumatic stress and gambling related cognitions: analyses in inpatient and online samples. *Addictive Behaviors*. févr 2019;89:128-35.
- [85] Ronzitti S, Kraus SW, Decker SE, Ashrafioun L. Clinical characteristics of veterans with gambling disorders seeking pain treatment. *Addictive Behaviors*. août 2019;95:160-5.
- [86] Institut fédératif des addictions comportementales. Les dépendances sexuelles et affectives. [Internet]. 2018 [consulté le 8 juin 2019]. Disponible sur: <http://www.ifac-addictions.fr/les-dependances-sexuelles.html>
- [87] Ministère de la défense. Les femmes dans l'armée. [internet]. 2016. [consulté le 7 juin 2019] disponible sur : <https://www.defense.gouv.fr/content/download/487432/7798345/version/1/file/Les+femmes+dans+larmee+francaise-diptyque.pdf>
- [88] Ministère des armées. Les chiffres clés de la défense. Juillet 2018;36.
- [89] Ministère des armées. Fin du service militaire : premiers pas il y a 20 ans [Internet]. Février 2016 [consulté le 31 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.defense.gouv.fr/re/actualites/articles/fin-du-service-militaire-premiers-pas-il-y-a-20-ans>

- [90] Ismael W. Troubles psychiques en relation avec un événement traumatisant dans les armées : facteurs associés aux conduites addictives et à la prise en charge psychiatrique avant la déclaration. Mémoire de master de santé publique société et développement. Sous la direction de Marimoutou C. Marseille. Université Aix-Marseille. Année 2013-2014;47p.
- [91] Forces françaises en Afghanistan. In: Wikipédia [Internet]. 2019 [consulté le 5 juin 2019]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Forces_fran%C3%A7aises_en_Afghanistan&oldid=159561618
- [92] Herrold AA, Pape TL-B, Li X, Jordan N. Association Between Alcohol Craving and Health-Related Quality of Life Among Veterans With Co-occurring Conditions. *Military Medicine*. juill 2017;182(7):e1712-7.
- [93] Campbell DG, Felker BL, Liu C-F, Yano EM, Kirchner JE, Chan D, et al. Prevalence of Depression–PTSD Comorbidity: Implications for Clinical Practice Guidelines and Primary Care-based Interventions. *J Gen Intern Med*. juin 2007;22(6):711-8.

ANNEXE

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE LIE BET

Les questions suivantes concernent votre comportement face aux jeux de hasard et d'argent.

1 - Avez-vous déjà dû mentir à des personnes proches concernant votre comportement relatif aux jeux d'argent ?

- Oui
- Non

2 - Avez-vous déjà senti le besoin de miser toujours plus d'argent ?

- Oui
- Non

→ 1 réponse positive interroge sur un possible problème vis-à-vis des jeux d'argent et de hasard.

ANNEXE 2 : ACCORD DU COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES
SUD EST IV DU 3 AVRIL 2017

Comité de Protection des Personnes SUD-EST IV

Centre Léon Bérard – 28 rue Laennec – 69373 LYON CEDEX 08

Président : Dr. David PEROL
Vice-président : Mme Pascale CHIFFE-COSTANZO
Secrétaire général : Dr. Daniel ESPINOUSE

Madame Margot BERLINE
Institut de Recherche Biomédicale des Armées
Division Innovation et valorisation des
Activités scientifiques
Bureau de Gestion de la Recherche Clinique
1 Place Général Valérie André
BP 73
91223 BRETIGNY SUR ORGE CEDEX

Lyon, le 3 avril 2017

N° CPP : 17/025

Réf. de la délibération : A 17-119

N° ID RCB : 2017-A00627-46

Typologie de l'étude : Projet de recherche mentionnée au 3° de l'article L.1121-1 du CSP

Protocole n° 2017PPRC06

Date de réception : 28 mars 2017

Promoteur : Direction Centrale du Service de Santé des Armées (DCSSA)

Investigateur coordinateur : MCS Franck DE TERRASSON DE MONTLEAU

Titre de l'étude :

"Etude d'approche du lien entre état de stress post-traumatique et conduites addictives avec et sans substances".

Formulaire de demande d'autorisation du 24 mars 2017;

Protocole, version 1.0 du 3 mars 2017;

Résumé, version 1.0 du 3 mars 2017;

Note d'information et formulaire de non-opposition, version 1.0 du 3 mars 2017;

Méthodologie de référence MR003;

Liste des investigateurs, version 1.0 du 3 mars 2017 ;

Le Comité a examiné les informations relatives à ce projet au cours de sa séance en comité restreint du 3 avril 2017.

Membres présents à la séance :

- Cat. 1 (Recherche biomédicale) :
Dr. D. PEROL (T); Mme M. MONTANGE (T); Dr. P. CONY-MAKHOUL (S);
Mme N. FALETTE (S); Mme R. MARAVAL-GAGET (S); Dr. A. BERTRAND (S);
- Cat. 4 (Infirmier) :
Mme H. MADJOT (S);
- Cat. 8 ("Juridique") : Mme M.A. EUDELIN (T);

Secrétariat : Odette MARITAZ
☎ 04 78 78 27 61 - 📠 04 78 78 28 58
E-mail : odette.maritaz@lyon.uscancer.fr

1/3
N° CPP : 17/025
A 17-119

1/3

Le Comité a adopté la délibération suivante :

AVIS FAVORABLE

C'est une étude qui porte sur 100 patients majeurs, militaires (en activité ou à la retraite), suivis pour stress post traumatique en service psychiatrie de l'HIA de Clamart ou de l'HIA de Saint Mandé.

L'objectif principal est de décrire les consommations de tabac, d'alcool et de cannabis, isolées ou associées, chez un groupe de militaires souffrant d'un trouble de stress post-traumatique.

Les objectifs secondaires sont d'étudier 1) le lien entre la sévérité de ces consommations et la clinique psycho-traumatique; 2) l'association entre la nature de l'évènement traumatique et les diverses consommations.

C'est une étude en 2 étapes :

1. Une étude quantitative : recrutement des patients (100) par un psychiatre pour répondre à un questionnaire (non identifiant) d'environ 20 minutes ;
2. Une étude qualitative : recrutement des 20 premiers patients de la première étude qui accepteront d'être recontactés à distance pour réaliser un entretien de 2 heures afin d'explorer leur vécu au moment des consommations de substances.

La balance bénéfice/risques est favorable. Le bénéfice est la prise de conscience de l'addiction; le risque (exceptionnel) est une décompensation psychiatrique, liée à l'évocation de souvenirs traumatisants.

La note d'information est à revoir / modifier sur les 5 premiers paragraphes (le reste de la note d'information pourra être maintenu).

- **Paragraphe 1 - (...).** Cette pathologie peut être invalidante tant sur le plan professionnel que personnel. La pratique médicale nous montre que ce trouble se complique régulièrement avec l'apparition d'autres troubles, notamment par la consommation de substances (...). Des complications peuvent alors apparaître, comme une aggravation de l'état post-traumatique du patient (...).

Fusion des paragraphes 2, 3, 4 et 5 :

- **Nouveau paragraphe 2** - Dans un premier temps, un questionnaire vous sera remis. Il permettra de faire un état des lieux des consommations de substances de patients suivis pour un état de stress post-traumatique et de rendre compte de la proportion de patients concernés. Il permettra également d'étudier le lien qui pourrait exister entre consommation de substances et état psycho-traumatique.

Ce questionnaire est libre et entièrement anonyme. Il est important que vous y répondiez de la manière la plus fidèle possible. Il n'y a pas de meilleure réponse possible. Cette étude n'implique pas la réalisation de visites ou d'exams supplémentaires, vous n'aurez qu'à répondre au questionnaire joint à ce document.

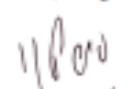
- **Nouveau paragraphe 3** - Dans un second temps, vous pourrez participer à un entretien médical si vous le souhaitez, étant précisé que seules les 20 premières personnes ayant accepté de se prêter à cet entretien seront retenues. Cet entretien sera réalisé dans le cadre d'une étude qualitative pour étudier votre ressenti au moment de la consommation de substances (tabac, alcool, cannabis ou autre). Nous tenterons de rendre compte par la suite de ce qui est vécu par les patients au moment de leurs consommations.

Vous êtes libre d'accepter de répondre au questionnaire sans être tenu de participer à l'entretien. Il consistera en un entretien enregistré, réalisé avec un médecin de la direction centrale de santé des armées.

ANNEXE 3 : ACCORD DU COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES
SUD EST IV DU 16 JANVIER 2018

Comité de Protection des Personnes SUD-EST IV

Président : Dr. David PEROL
Vice-président : Mme Pascale CHIFFE-COSTANZO
Secrétaire général : Dr. Daniel ESPINOSE

AVIS FAVORABLE MODIFICATION(S) SUBSTANTIELLE(S)				
Recherche non interventionnelle catégorie 3° L1121-1 du Code de Santé Publique				
Identifiants	ID-RCB : 2017-A00627-46	CPP : 17/025		
	Avis complémentaire N°1	Modification substantielle : 1		
Titre	Etude d'approche du lien entre état de stress post-traumatique et conduites addictives avec et sans substances			
Investigateur coordonnateur	MP Marianne DAUDIN, HIA Desgenettes, Lyon (69)			
Promoteur	Direction Centrale du Service de Santé des Armées (DCSSA)	Réf. Promoteur : 2017PPRC06		
Demandeur (préciser si différent)	Jacques MATHIEU, Bureau politique de la recherche DCSSA 01 41 93 26 87 / 01 60 84 21 / 61 / jacques.mathieu@intradef.gouv.fr			
Date réception	21/12/2018			
Documents	Protocole, version 2 du 20 décembre 2017 Résumé du protocole, version 2 du 20 décembre 2017 Document d'information, version 2 du 20 décembre 2017 Liste des investigateurs, version 2 du 20 décembre 2017			
Avis précédent(s)	Avis favorable : 3 avril 2017 Prorogation(s) : / Avis complémentaire(s) : /			
Séance	16 janvier 2018	Délibération : A18-013		
Membres présents	TITULAIRES		SUPPLEANTS	
	PREMIER COLLEGE		DEUXIEME COLLEGE	
	1. Recherche impliquant la personne humaine			
	Mme M.MONTANGE	/	1. Ethique : /	
	Dr PEROL		2. Psychologue : /	
	2. Médecin généraliste		3. Travailleur social : /	
	Dr MLE GAL		4. Juridique	
	3. Pharmacie hospitalier : /		5. Représentants d'associations agréées selon art. L1114-1 CSP	
	4. Infirmier		Dr D.AZOULAY	
	Mr G.DUZYCK		Mme C.FAIRY	
<small>Art. R.1123-11 CSP : " Pour être valables, les délibérations du comité requièrent la présence de sept membres au moins, dont au moins trois appartenant au premier collège mentionné à l'article R.1123-11 comprenant au moins une personne qualifiée en raison de sa compétence en matière de biostatistique ou d'épidémiologie y compris lorsque le premier parti aux débats au moyen d'une conférence téléphonique ou audiovisuelle, et trois appartenant au deuxième collège comprenant au moins un représentant des associations agréées conformément aux dispositions de l'article L. 1114-1. Conjointement à l'art. R.1123-3, les personnes qui ne sont pas indépendantes de promoteur et de l'investigateur de la recherche ne participent pas à la délibération consensuelle.</small>				
Motivation	- Changement d'investigateur et de centre coordonnateur : MCS Franck DE TERRASSON DE MONTLEAU, HIA Clamart (92) est remplacé par MP Marianne DAUDIN, psychiatre chef du service de psychiatrie, HIA Desgenettes, Lyon (69) - Mise à jour de la liste des investigateurs (ajouter 2 lieux de recherche : HIA Desgenettes, Lyon et HIA Robert Picqué, Bordeaux) et adaptation de la note d'information en conséquence - Augmenter le nombre de patients à inclure (120 au lieu de 100) pour atteindre la puissance nécessaire lors de l'analyse aux vues du faible nombre de consommateurs de cannabis déclarés (14% contre 20% initialement prévus) et en conséquence augmenter la durée du recrutement, et donc de la recherche, de 13 mois (durée totale = 18 mois)			
Remarque(s)/ Demande de modification(s) mineure(s)	A corriger : - Nombre de patients dans le résumé (protocole page 7 et résumé page 3) : 400 120 - Note d'information : la version transmise ne tient pas compte des modifications qui avaient été apportées dans la version 1.1 du 20/04/2017 transmise le 02/05/2017 en réponse aux remarques du comité.			
CPP SUD-EST IV Adresse postale : Centre Léon Béraud 28, rue Laennec - 69373 Lyon Cedex 08 Courriel : cpps4@lyon.univcancer.fr Secrétariat : sauf le mercredi Tél. : 04 78 78 27 61 / Fax 04 78 78 28 58 Merci de rappeler la référence CPP du dossier dans toutes vos correspondances		Date (j/m/année) et signature : 16/01/2018  Dr. David PEROL, Président de séance		

ANNEXE 4 : QUESTIONNAIRE DE L'ETUDE AVEC FEUILLET
ADDITIONNEL

Numéro du questionnaire :

**Note d'information pour le patient (A CONSERVER)
Version 1.1 du 20/04/2017**

Madame, Monsieur,

L'état de stress post-traumatique est une pathologie apparaissant dans les suites d'un événement traumatique. Cette pathologie peut être invalidante tant sur le plan professionnel que personnel. La pratique clinique nous montre que ce trouble se complique régulièrement avec l'apparition d'autres troubles, notamment par la consommation de substances. Souvent, ces consommations sont sous-évaluées car non explorées par le praticien ou non évoquées par le patient. Des complications peuvent alors apparaître, comme une aggravation de l'état de stress post-traumatique du patient, ou encore une évolution des consommations vers une perte de contrôle, des préjudices physiques, professionnels ou familiaux.

Dans un premier temps, un questionnaire vous sera remis. Il permettra de faire un état des lieux des consommations de substances de patients suivis pour un état de stress post-traumatique et de rendre compte de la proportion de patients concernés. Il permettra également d'étudier le lien qui pourrait exister entre consommation de substances et état psycho-traumatique.

Ce questionnaire est libre et entièrement anonyme. Il est important que vous y répondiez de la manière la plus fidèle possible. Il n'y a pas de meilleure réponse possible. Cette étude n'implique pas la réalisation de visites ou d'examens supplémentaires, vous n'aurez qu'à répondre au questionnaire joint à ce document.

Dans un second temps, vous pourrez participer à un entretien médical si vous le souhaitez, étant précisé que seules les 20 premières personnes ayant accepté de se prêter à cet entretien seront retenues. Cet entretien sera réalisé dans le cadre d'une étude qualitative pour étudier votre ressenti au moment de la consommation de substances (tabac, alcool, cannabis ou autre). Nous tenterons de rendre compte par la suite de ce qui est vécu par les patients au moment de leurs consommations.

Vous êtes libre d'accepter de répondre au questionnaire sans être tenu de participer à l'entretien. Il consistera en un entretien enregistré, réalisé avec un médecin du service de santé des armées.

Pour les deux parties de l'étude, votre participation est facultative et sera sans conséquence en termes d'aptitude et de prise en charge médicale. Les renseignements médicaux alors recueillis seront conservés, sauf opposition de votre part.

Le bénéfice de cette étude peut être une prise de conscience du caractère problématique de la consommation d'une substance ou d'un comportement, avec possibilité de vous en ouvrir par la suite à votre médecin si vous le désirez.

Dans le cadre de l'étude à laquelle l'HIA Percy/l'HIA Bégin/l'HIA Desgenettes/l'HIA Robert Picqué vous propose de participer, un traitement de vos données personnelles va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard de l'objectif de cette dernière qui vous a été présenté. A cette fin, les données médicales vous concernant et les données relatives à vos habitudes de vie seront transmises au promoteur de la recherche ou aux personnes agissant sur son compte, en France ou à l'étranger. Ces données seront identifiées par un numéro de code. Ces données pourront également dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé françaises ou étrangères, à d'autres entités des HIA Percy, Bégin, Desgenettes et Robert Piqué.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée à l'exception de ses articles 23 à 26, 32 et 38), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de ces données, droit à faire valoir auprès d'Anaïs David (Dr.david.ssa@hotmail.com). Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées. Vous pouvez également accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L1111-7 du Code de la Santé Publique. Ces droits s'exercent auprès du médecin qui vous suit dans le cadre de la recherche et qui connaît votre identité.

Vous pouvez demander les résultats liés à votre questionnaire. Pour ce faire, vous devrez communiquer à la personne contactée (Anaïs David, Dr.david.ssa@hotmail.com) le numéro écrit sur cette notice, en en-tête, nous pourrons alors vous transmettre les éléments demandés. Les résultats de cette étude seront affichés dans le service de psychiatrie de l'HIA Percy/HIA Bégin/l'HIA Desgenettes/l'HIA Robert Picqué lorsqu'ils seront disponibles.

Dans ce questionnaire nous évaluons vos consommations de tabac, d'alcool et de cannabis, ainsi que d'éventuels comportements problématiques. Si vous souhaitez des informations ou une aide concernant ces éléments vous pouvez en parler à votre médecin (généraliste ou psychiatre). Ces sites pourront également vous aider :

- Tabac : Tabac info service sur www.tabac-info-service.fr ou au 3989 ;
- Cannabis : www.drogues-info-service.fr ou au 0 800 23 13 13 ;
- Alcool : www.alcool-info-service.fr ou au 0 980 980 930 ;

Cette étude a reçu l'avis favorable du Comité de Protection des Personnes Sud-Est IV le 03 avril 2017, avec modification de protocole acceptée par le même organisme le 16 janvier 2018 (ajout de centres recruteurs).

Vous remerciant par avance de la confiance que vous nous témoignez, nous restons à votre disposition au 01.41.46.64.25 pour tout renseignement complémentaire concernant cette étude.

IHA DAVID Anaïs

Formulaire de non opposition du patient
Version 1.1 du 20/04/2017

Je soussigné(e) M./Mme (Nom, Prénom)
Certifie que le Docteur m'a proposé de participer à
une recherche organisée par la Direction Centrale du Service de Santé des Armées sur l'Etude
d'approche du lien entre état de stress post traumatique et conduites addictives avec substances.

Il m'a précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser. Cela ne changera pas la qualité de ma prise
en charge dont je bénéficie dans le cadre de mon traitement.

J'ai reçu et j'ai bien compris les informations suivantes :

- le but de cette recherche est de faire un état des lieux des consommations de
substances auprès de patients suivis pour un état de stress post-traumatique
- un questionnaire me sera proposé dans le cadre de cette étude

**Je ne m'oppose pas à ma participation à cette recherche dans les conditions précisées dans
la note d'information.**

Je conserve tous mes droits garantis par la loi. Si je le désire, je serai libre à tout moment d'arrêter
ma participation, sans conséquence pour ma prise en charge ou mon aptitude. J'en informerai
alors le Docteur

J'accepte que les données enregistrées à l'occasion de cette recherche puissent faire l'objet d'un
traitement automatisé par le promoteur pour son compte. J'ai bien noté que le droit d'accès prévu
par la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (article 39)
s'exerce à tout moment auprès du médecin qui me suit dans le cadre de la recherche et qui connaît
mon identité. Je pourrai exercer mon droit de rectification et d'opposition auprès de ce même
médecin qui contactera le promoteur de la recherche.

Je pourrai à tout moment demander toutes informations complémentaires au Dr
..... en appelant le : 01.41.46.62.91 (HIA Percy)/
01.43.98.54.40 (HIA Bégin)/04.72.36.61.37 (HIA Desgenettes)/05.56.84.70.78 (HIA Robert
Picqué).

Fait à Clamart/Saint Mandé/Lyon/Villenave d'Ornon, en deux exemplaires dont un est remis à
l'intéressé(e)

Nom et prénom du médecin

Nom et prénom du patient

.....

.....

le/...../201...

le/...../201...

Signature du médecin

Signature du patient précédée de la mention

« Lu et approuvé »

Je soussigné(e) M./Mme (Nom, Prénom)
Déclare avoir été bien informé(e) sur l'étude qualitative d'exploration du vécu au moment de la consommation de substances, étude qui sera réalisée dans un second temps.

J'accepte de participer à cette étude dans les conditions précisées ci-dessus et donc d'être recontactée par le responsable de l'étude. Pour ce faire, je transmets librement un numéro de téléphone sur lequel je peux être recontacté:

Fait à Clamart/Saint Mandé/Lyon/Villenave d'Ornon, en deux exemplaires dont un est remis à l'intéressé(e).

Nom et prénom du médecin.....
.....

Date :

Signature du médecin :

Nom et prénom du patient.....
.....

Date :

Signature du patient :

Note d'information pour le patient (EXEMPLAIRE MEDICAL)
Version 1.1 du 20/04/2017

Madame, Monsieur,

L'état de stress post-traumatique est une pathologie apparaissant dans les suites d'un événement traumatique. Cette pathologie peut être invalidante tant sur le plan professionnel que personnel. La pratique clinique nous montre que ce trouble se complique régulièrement avec l'apparition d'autres troubles, notamment par la consommation de substances. Souvent, ces consommations sont sous-évaluées car non explorées par le praticien ou non évoquées par le patient. Des complications peuvent alors apparaître, comme une aggravation de l'état de stress post-traumatique du patient, ou encore une évolution des consommations vers une perte de contrôle, des préjudices physiques, professionnels ou familiaux.

Dans un premier temps, un questionnaire vous sera remis. Il permettra de faire un état des lieux des consommations de substances de patients suivis pour un état de stress post-traumatique et de rendre compte de la proportion de patients concernés. Il permettra également d'étudier le lien qui pourrait exister entre consommation de substances et état psycho-traumatique.

Ce questionnaire est libre et entièrement anonyme. Il est important que vous y répondiez de la manière la plus fidèle possible. Il n'y a pas de meilleure réponse possible. Cette étude n'implique pas la réalisation de visites ou d'examens supplémentaires, vous n'aurez qu'à répondre au questionnaire joint à ce document.

Dans un second temps, vous pourrez participer à un entretien médical si vous le souhaitez, étant précisé que seules les 20 premières personnes ayant accepté de se prêter à cet entretien seront retenues. Cet entretien sera réalisé dans le cadre d'une étude qualitative pour étudier votre ressenti au moment de la consommation de substances (tabac, alcool, cannabis ou autre). Nous tenterons de rendre compte par la suite de ce qui est vécu par les patients au moment de leurs consommations.

Vous êtes libre d'accepter de répondre au questionnaire sans être tenu de participer à l'entretien. Il consistera en un entretien enregistré, réalisé avec un médecin du service de santé des armées.

Pour les deux parties de l'étude, votre participation est facultative et sera sans conséquence en termes d'aptitude et de prise en charge médicale. Les renseignements médicaux alors recueillis seront conservés, sauf opposition de votre part.

Le bénéfice de cette étude peut être une prise de conscience du caractère problématique de la consommation d'une substance ou d'un comportement, avec possibilité de vous en ouvrir par la suite à votre médecin si vous le désirez.

PARAPHE DU PATIENT :

Dans le cadre de l'étude à laquelle l'HIA Percy/l'HIA Bégin/l'HIA Desgenettes/l'HIA Robert Picqué vous propose de participer, un traitement de vos données personnelles va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard de

l'objectif de cette dernière qui vous a été présenté. A cette fin, les données médicales vous concernant et les données relatives à vos habitudes de vie seront transmises au promoteur de la recherche ou aux personnes agissant sur son compte, en France ou à l'étranger. Ces données seront identifiées par un numéro de code. Ces données pourront également dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé françaises ou étrangères, à d'autres entités des HIA Percy, Bégin, Desgenettes et Robert Piqué.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée à l'exception de ses articles 23 à 26, 32 et 38,) vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de ces données, droit à faire valoir auprès d'Anaïs David (Dr.david.ssa@hotmail.com). Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées. Vous pouvez également accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L1111-7 du Code de la Santé Publique. Ces droits s'exercent auprès du médecin qui vous suit dans le cadre de la recherche et qui connaît votre identité.

Vous pouvez demander les résultats liés à votre questionnaire. Pour ce faire, vous devrez communiquer à la personne contactée (Anaïs David, Dr.david.ssa@hotmail.com) le numéro écrit sur cette notice, en en-tête, nous pourrons alors vous transmettre les éléments demandés. Les résultats de cette étude seront affichés dans le service de psychiatrie de l'HIA Percy/HIA Bégin/HIA Desgenettes/HIA Robert Picqué lorsqu'ils seront disponibles.

Dans ce questionnaire nous évaluons vos consommations de tabac, d'alcool et de cannabis, ainsi que d'éventuels comportements problématiques. Si vous souhaitez des informations ou une aide concernant ces éléments vous pouvez en parler à votre médecin (généraliste ou psychiatre). Ces sites pourront également vous aider :

- Tabac : Tabac info service sur www.tabac-info-service.fr ou au 3989 ;
- Cannabis : www.drogues-info-service.fr ou au 0 800 23 13 13 ;
- Alcool : www.alcool-info-service.fr ou au 0 980 980 930 ;

Cette étude a reçu l'avis favorable du Comité de Protection des Personnes Sud-Est IV le 03 avril 2017, avec modification de protocole acceptée par le même organisme le 16 janvier 2018 (ajout de centres recruteurs).

Vous remerciant par avance de la confiance que vous nous témoignez, nous restons à votre disposition au 01.41.46.64.25 pour tout renseignement complémentaire concernant cette étude.

IHA DAVID Anaï
PARAPHE DU PATIENT :

Formulaire de non opposition du patient
Version 1.1 du 20/04/2017

Je soussigné(e) M./Mme (Nom, Prénom)
Certifie que le Docteur m'a proposé de participer à
une recherche organisée par la Direction Centrale du Service de Santé des Armées sur l'Etude
d'approche du lien entre état de stress post traumatique et conduites addictives avec substances.

Il m'a précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser. Cela ne changera pas la qualité de ma prise
en charge dont je bénéficie dans le cadre de mon traitement.

J'ai reçu et j'ai bien compris les informations suivantes :

- le but de cette recherche est de faire un état des lieux des consommations de substances auprès de patients suivis pour un état de stress post-traumatique
- un questionnaire me sera proposé dans le cadre de cette étude

Je ne m'oppose pas à ma participation à cette recherche dans les conditions précisées dans la note d'information.

Je conserve tous mes droits garantis par la loi. Si je le désire, je serai libre à tout moment d'arrêter ma participation, sans conséquence pour ma prise en charge ou mon aptitude. J'en informerai alors le Docteur

J'accepte que les données enregistrées à l'occasion de cette recherche puissent faire l'objet d'un traitement automatisé par le promoteur pour son compte. J'ai bien noté que le droit d'accès prévu par la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (article 39) s'exerce à tout moment auprès du médecin qui me suit dans le cadre de la recherche et qui connaît mon identité. Je pourrai exercer mon droit de rectification et d'opposition auprès de ce même médecin qui contactera le promoteur de la recherche.

Je pourrai à tout moment demander toutes informations complémentaires au Dr en appelant le: 01.41.46.62.91 (HIA Percy)/01.43.98.54.40 (HIA Bégin)/04.72.36.61.37 (HIA Desgenettes)/05.56.84.70.78 (HIA Robert Picqué).

Fait à Clamart/Saint Mandé/Lyon/Villenave d'Ornon, en deux exemplaires dont un est remis à l'intéressé(e)

Nom et prénom du médecin

Nom et prénom du patient

.....

.....

le/...../201...

le/...../201...

Signature du médecin

Signature du patient précédée de la mention

« Lu et approuvé »

Je soussigné(e) M./Mme (Nom, Prénom)
Déclare avoir été bien informé(e) sur l'étude qualitative d'exploration du vécu au moment de la consommation de substances, étude qui sera réalisée dans un second temps.

J'accepte de participer à cette étude dans les conditions précisées ci-dessus et donc d'être recontactée par le responsable de l'étude. Pour ce faire, je transmets librement un numéro de téléphone sur lequel je peux être recontacté:

Fait à Clamart/Saint Mandé/Lyon/Villenave d'Ornon, en deux exemplaires dont un est remis à l'intéressé(e).

Nom et prénom du médecin.....
.....

Date :
Signature du médecin :

Nom et prénom du patient.....
.....

Date :
Signature du patient :

Numéro du questionnaire :

**QUESTIONNAIRE D'APPROCHE DU LIEN ENTRE ETAT DE STRESS POST
TRAUMATIQUE ET CONDUITES ADDICTIVES AVEC ET SANS SUBSTANCE**

• **Vous êtes :**

1. Sexe : Masculin / Féminin.

2. Age : ans.

3. Situation familiale :

Célibataire / En couple / Marié(e) / Divorcé(e) / Veuf(ve).

4. Nombre d'enfants :

5. Situation militaire:

- Statut actuel : Engagé(e) / De carrière / Retraité(e)
- Grade : Militaire du rang / Sous-officier / Officier
- Célibataire géographique : Oui / Non
- Arme d'appartenance :
 - Armée de Terre / Armée de l'Air / Marine
 - Gendarmerie / Service de Santé des Armées / Autre (préciser) :
 - Année d'engagement dans l'armée:
 - Nombre d'OPEX réalisées depuis le début de votre engagement (excluant les MCD):

6. Quel est votre niveau d'études ?

Collège / Lycée / études supérieures

7. En quelle année le suivi psychiatrique de l'état de stress post traumatique a-t-il débuté ? :

8.a. Etes-vous placé(e) en arrêt maladie ? Oui / Non.

8.b. Etes-vous placé(e) en congé de longue durée pour maladie (CLDM) ?

Oui (en quelle période êtes-vous actuellement ? :) / Non

9. Prenez-vous un traitement médicamenteux ? Oui / Non.

Si oui, lequel :

10. Si vous prenez un traitement médicamenteux, arrivez-vous à respecter dans la durée les prescriptions de votre médecin ? Oui / Non.

• **Evènement(s) stressant(s) et conséquences :**

11. Quel événement identifiez-vous comme étant à l'origine de votre état de stress post-traumatique (décrivez-le et datez-le) ?

.....
.....
.....

12. Estimez-vous qu'un ou plusieurs autres évènements chargés de violence ont contribué à votre état (décrivez-le(s) et datez-le(s)) ?

.....

 Veuillez trouver ci-dessous une liste de problèmes et de symptômes fréquemment décrits à la suite d'événements stressants. Veuillez lire chaque problème puis cocher la case à droite pour indiquer à quel point vous avez été perturbé(e) par ce problème dans le mois qui vient de s'écouler :

	Pas du tout	Un peu	Parfois	Souvent	Très souvent
1. Etre perturbé(e) par des souvenirs, des pensées ou des images en relation avec cet événement de vie stressant.					
2. Etre perturbé(e) par des rêves répétés en relation avec cet événement.					
3. Brusquement agir ou sentir comme si l'épisode stressant se reproduisait (comme si vous étiez en train de le revivre).					
4. Se sentir très bouleversé(e) lorsque quelque chose vous rappelle l'épisode stressant.					
5. Avoir des réactions physiques, par exemple battements de cœur, difficultés à respirer, sueurs lorsque quelque chose vous a rappelé l'épisode stressant.					
6. Eviter de penser ou de parler de votre épisode stressant ou éviter des sentiments qui sont en relation avec lui.					
7. Eviter des activités ou des situations parce qu'elles vous rappellent votre épisode stressant.					
8. Avoir des difficultés à se souvenir de parties importantes de l'expérience stressante.					
9. Perte d'intérêt dans les activités qui habituellement vous faisaient plaisir.					
10. Se sentir distant(e) ou coupé(e) des autres personnes.					
11. Se sentir émotionnellement anesthésié(e) ou être incapable d'avoir des sentiments d'amour pour ceux qui sont proches de vous.					
12. Se sentir comme si votre avenir était en quelque sorte raccourci.					

13. Avoir des difficultés pour vous endormir ou rester endormi(e).					
14. Se sentir irritable ou avoir des bouffées de colère.					
15. Avoir des difficultés à vous concentrer.					
16. Etre en état de super-alarme, sur la défensive ou sur vos gardes.					
17. Se sentir énervé(e) ou sursauter facilement.					

- **Consommations de substances :**

A. Le tabac

A-1. Avez-vous déjà consommé du tabac au cours de votre vie ? Oui / Non
Si votre réponse est non, passez directement à la partie B du questionnaire.

A-2. Consommez-vous actuellement du tabac ? Oui / Non

A-3. A quel âge avez-vous fumé votre première cigarette? ans

A-4. Veuillez compléter le tableau suivant en cochant dans la colonne de droite la case correspondant au comportement qui vous décrit le plus fidèlement actuellement. Si vous ne consommez pas actuellement, passez directement à la question A-6.

Combien de temps après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?	Dans les 5 premières minutes	
	Entre 6 et 30 minutes	
	Entre 31 et 60 minutes	
	Après 60 minutes	
Trouvez-vous difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?	Oui	
	Non	
A quelle cigarette de la journée renoncerez-vous le plus difficilement ?	La première le matin	
	N'importe quelle autre	
Fumez-vous à un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi ?	Oui	
	Non	
Fumez-vous lorsque vous êtes malade, au point de rester au lit toute la journée ?	Oui	
	Non	

A-5. Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?cigarettes.

A-6. Avez-vous l'impression que votre consommation de tabac ait changé depuis que vous avez vécu le ou les événements stressants évoqués plus haut ?

Oui / Non

Si votre réponse est oui, pouvez-vous préciser si votre consommation a :

- augmenté : Oui / Non
- diminué : Oui / Non

A-7. Combien de cigarettes fumiez-vous en moyenne par jour avant cet événement stressant?cigarettes.

A-8. Si vous aviez arrêté de fumer, avez vous repris après cet événement ?

Oui / Non

A-9. Avez-vous l'impression que cette consommation :

- soulage vos symptômes d'état de stress post-traumatique ? Oui / Non
- aggrave vos symptômes d'état de stress post-traumatique ? Oui / Non
- n'a pas d'effet sur vos symptômes d'état de stress post-traumatique ? Oui / Non
- autre impression (texte libre) :

A-10. Souhaitez-vous arrêter votre consommation de tabac ?

Oui / Non

B. L'alcool (bière, vin, cidre, alcool fort, apéritif ...)

B-1. Veuillez compléter le tableau suivant en cochant dans la colonne de droite la case correspondant au comportement qui vous décrit le plus fidèlement actuellement.

1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?	Jamais	
	Une fois par mois ou moins	
	2 à 4 fois par mois	
	2 à 3 fois par semaine	
	Au moins 4 fois par semaine	
<u>Si votre réponse à la question 1 est « Jamais », vous pouvez passer directement à la partie C du questionnaire.</u>		
2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?	1 ou 2	
	3 ou 4	
	5 ou 6	
	7 ou 8	
	10 ou plus	
3. A quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?	Jamais	
	Moins d'une fois par mois	
	Une fois par mois	
	Une fois par semaine	
	Tous les jours ou presque	

4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?	Jamais	
	Moins d'une fois par mois	
	Une fois par mois	
	Une fois par semaine	
	Tous les jours ou presque	
5. Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?	Jamais	
	Moins d'une fois par mois	
	Une fois par mois	
	Une fois par semaine	
	Tous les jours ou presque	
6. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?	Jamais	
	Moins d'une fois par mois	
	Une fois par mois	
	Une fois par semaine	
	Tous les jours ou presque	
7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?	Jamais	
	Moins d'une fois par mois	
	Une fois par mois	
	Une fois par semaine	
	Tous les jours ou presque	
8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?	Jamais	
	Moins d'une fois par mois	
	Une fois par mois	
	Une fois par semaine	
	Tous les jours ou presque	
9. Avez-vous été blessé(e) ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu ?	Non	
	Oui, mais pas au cours de l'année écoulée	
	Oui, au cours de l'année	
10. Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?	Non	
	Oui, mais pas au cours de l'année écoulée	
	Oui, au cours de l'année	

B-2. Combien de verres d'alcool consommez-vous en moyenne par semaine ? verres.

B-3. Avez-vous l'impression que votre consommation d'alcool ait changé depuis que vous avez vécu les événements stressants évoqués plus haut ?

Oui / Non

Si votre réponse est oui, pouvez-vous préciser si votre consommation a :

- augmenté : Oui / Non
- diminué : Oui / Non

B-4. Combien de verres d'alcool consommiez-vous en moyenne par semaine avant cet événement ?
..... verres.

B-5. Avez-vous l'impression que cette consommation :

- soulage vos symptômes d'état de stress post-traumatique ? Oui / Non
- aggrave vos symptômes d'état de stress post-traumatique ? Oui / Non
- n'a pas d'effet sur vos symptômes d'état de stress post-traumatique ? Oui / Non
- autre impression (texte libre) :

B-6. Souhaitez-vous diminuer, voire arrêter, votre consommation actuelle d'alcool ?

Oui / Non

C. Le cannabis

C-1. Avez-vous déjà consommé du cannabis au cours de votre vie ?

Oui / Non

Si votre réponse est négative, passez à la partie D du questionnaire.

C-2. Consommez-vous actuellement du cannabis, même de manière occasionnelle ?

Oui / Non

C-3. A quel âge avez-vous consommé du cannabis pour la première fois ? ans.

C-4. Veuillez compléter le tableau suivant en entourant la réponse correspondant au comportement qui vous décrit le plus fidèlement actuellement.

Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?	Oui	Non
Avez-vous déjà fumé lorsque vous étiez seul ?	Oui	Non
Avez-vous déjà eu des troubles de mémoire quand vous fumiez du cannabis ?	Oui	Non
Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?	Oui	Non
Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y parvenir ?	Oui	Non

Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultat à l'école..) ?	Oui	Non
---	-----	-----

C-5. Combien de fois par semaine consommez-vous du cannabis actuellement ? fois.

C-6. Avez-vous l'impression que votre consommation de cannabis ait changé depuis que vous avez vécu les événements stressants évoqués plus haut ?

Oui / Non

Si votre réponse est oui, pouvez-vous préciser si votre consommation a:

- augmenté : Oui / Non

- diminué : Oui / Non

C-7. Combien de fois par semaine consommiez-vous du cannabis avant cet événement stressant évoqué plus haut ? fois.

C-8. Si vous aviez réussi à arrêter de fumer du cannabis, avez-vous repris après cet événement ?

Oui / Non

C-9. Avez-vous l'impression que cette consommation :

- soulage vos symptômes d'état de stress post-traumatique ? Oui / Non

- aggrave vos symptômes d'état de stress post-traumatique ? Oui / Non

- n'a pas d'effet sur vos symptômes d'état de stress post-traumatique ? Oui / Non

- autre(s) impression(s) (texte libre) :

C-10. Souhaitez-vous arrêter votre consommation de cannabis? Oui / Non

D. Autres substances

D-1. Consommez-vous de la cocaïne, même de manière occasionnelle ? Oui / Non

D-2. Si votre réponse à la question D-1 est oui, combien de fois par semaine consommez-vous en moyenne ? fois.

D-3. Consommez-vous des opiacés (héroïne, morphine, etc.), même de manière occasionnelle ?

Oui / Non Si oui, précisez la substance :

D-4. Si votre réponse à la question D-3 est oui, combien de fois par semaine en consommez-vous en moyenne ? fois.

D-5. Consommez-vous d'autres substances, même de manière occasionnelle (cannabinoïdes de synthèse, ecstasy, MDMA, autres...) ? Si oui précisez le nom de la substance et la fréquence (par semaine) à laquelle vous en consommez :

.....

E. Les comportements

E-1. Estimez-vous que vous avez une utilisation problématique des jeux vidéo ? Oui / Non

E-2. Si votre réponse est oui à la question E-1, combien d'heure par jour jouez vous en moyenne ? heures

E-3. Estimez-vous que vous jouez beaucoup aux jeux d'argent (casino, jeux de grattage, courses ...) et que ce comportement est problématique ?
Oui / Non.

E-4. Si votre réponse est oui à la question E-3, quelle somme d'argent dépensez-vous en moyenne par semaine pour ces jeux ? €.

E-5. Pratiquez-vous un sport ou une activité à risques (ex : parachutisme, course automobile, escalade, plongée, etc.) ?
Oui / Non
Si oui, précisez :

E-6. Avez-vous absolument besoin de pratiquer ce sport ou cette activité mentionné à la question E-5 pour vous sentir bien ?
Oui / Non

E-7. Si vous ne pouvez vous livrer à l'activité mentionnée à la question E-5, cela a-t-il des conséquences sur votre état de santé ?
Oui / Non

E-8. Avez-vous l'impression d'avoir un besoin de sexualité fréquent, que vous ne parvenez pas à maîtriser, et que ce comportement persiste malgré des conséquences négatives (souffrance personnelle ou de votre conjoint(e), complications physiques, ...)?
Oui / Non

Merci de votre participation.

ANNEXE :feuille additionnelle

Le questionnaire que vous allez remplir sert à étudier le lien entre les troubles psychiques post-traumatiques et les conduites addictives avec ou sans substance, comme expliqué dans les documents transmis avec le questionnaire. L'étude étant menée sur 3 HIA , voici les coordonnées de la personne qui est chargée d'étudier les résultats sur le site de l'HIA Desgenettes. Vous pouvez la contacter en cas de questions ou si vous avez changé d'avis concernant votre questionnaire, à l'adresse mail marine.niedda54@gmail.com (IHA NIEDDA Marine, interne en médecine générale, Hôpital d'Instruction des Armées Desgenettes).

En vous remerciant de votre participation.



Nom, prénom du candidat : NIEDDA Marine

CONCLUSIONS

Cette étude a permis de mettre en lumière pour la première fois dans la littérature scientifique la consommation de substances psychoactives au sein d'une population de militaires français souffrant de TSPT.

En effet, les militaires sont confrontés à des événements potentiellement traumatisants au cours des différentes missions opérationnelles auxquelles ils participent et sont susceptibles par conséquent de développer un TSPT. Il est primordial de dépister ce trouble mais également les pathologies qui y sont associées telles que les conduites addictives, seconde comorbidité constatée après les troubles dépressifs.

D'après cette étude, la confrontation à des événements traumatiques engendrant un TSPT semble influencer les habitudes de consommation qui tendent vers une augmentation de prise de tabac, d'alcool et de cannabis de manière générale, avec toutes les conséquences que cela engendre sur le plan de la santé. La consommation de tabac est corrélée de manière significative au grade de militaire du rang comparé aux sous-officiers et officiers ainsi qu'au statut marital (vivant en couple ou marié). Nous ne retrouvons pas d'autre association significative pour les consommations d'alcool et de cannabis. Toutefois, cela permet de mettre en avant la nécessité de systématiser chez les patients qui souffrent de TSPT le dépistage de la consommation de substances psychoactives licites ou illicites, qui sont parfois reléguées au second plan après la clinique psychotraumatique parfois plus bruyante.

De plus, il est intéressant de mettre en avant que la plupart des patients de cette étude, soucieux de leur santé, désirent se sevrer des substances malgré une appréhension parfois importante vis-à-vis de l'arrêt du produit. Possible période d'intensification des symptômes du TSPT, le début du sevrage mérite d'être encadré par une équipe médicale afin de favoriser les chances d'arrêt dans les meilleures conditions possibles.

Il ne fait pas oublier également que le tabac, l'alcool et le cannabis engendrent des effets somatiques délétères à court, moyen et long terme : leur consommation doit par conséquent être dépistées afin de ne pas méconnaître une complication propre à la substance.

Sensibiliser les médecins et infirmiers des forces afin qu'ils puissent mener des actions de prévention mais également proposer des soins adaptés est donc une priorité. Il est primordial de poursuivre les formations portant sur le TSPT auprès des médecins militaires et personnels paramédicaux mais également de la renforcer par le biais d'informations sur les addictions et leur prise en charge. Pour cela, il est nécessaire de poursuivre la formation de la chaîne santé au sein des HIA par des spécialistes, mais également de promouvoir les diplômes universitaires et les capacités d'addictologie afin que les praticiens soient toujours plus à l'aise quant à la prise en charge des militaires présentant conjointement un traumatisme psychique et un trouble de l'usage.

Pour finir, il sera intéressant de poursuivre notre travail par une étude qualitative afin de pouvoir explorer de manière plus détaillée le vécu des patients vis-à-vis de l'événement traumatique mais également vis-à-vis des substances psychoactives.

Le Président de jury,
Nom et Prénom
Signature

d ANATO Thérèse


VU,
Le Doyen de la Faculté de Médecine
et de Maïeutique Lyon-Sud Charles Mérieux




Professeur Carole BURILLON

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le 09/07/2019

Interne des Hôpitaux NIEDDA Marine

Etude d'approche du lien entre trouble de stress post traumatique et conduites addictives avec et sans substances en population militaire française

Résumé

Introduction : La multiplication des opérations extérieures expose les militaires à des événements potentiellement violents, majorant le risque d'apparition de troubles psychiques tel que le trouble de stress post traumatique. La littérature scientifique met en avant la présence de comorbidité du trouble de stress post traumatique telles que la dépression mais également les conduites addictives. Cependant, il n'existe pas de données actuellement sur les conduites addictives et les habitudes de consommation chez les militaires français souffrant de trouble de stress post traumatique. Notre étude permet de faire un premier état des lieux des addictions avec ou sans substances dans cette population cible.

Matériels et Méthode : Nous avons réalisé une étude descriptive transversale multicentrique reposant sur un auto questionnaire anonymisé standardisé (Fagerström, AUDIT, CAST) proposé aux patients militaire suivis en consultation ou en hospitalisation pour un trouble de stress post traumatique entre 2017 et 2018 dans quatre Hôpitaux d'Instruction des Armées : Bégin, Percy, Robert Picqué et Desgenettes. Le critère de jugement principal était de décrire la consommation de tabac, d'alcool et de cannabis isolée ou associée dans cette population.

Résultats : Au total 133 patients ont répondu à notre étude. La consommation de tabac était importante au sein de l'échantillon (51,3%) avec une augmentation de cette dernière chez 88,24% depuis l'événement traumatique. De plus, la consommation de tabac était corrélée de manière significative en analysé multivarié au fait d'être militaire du rang ainsi que le fait de vivre maritalement. En ce qui concerne la consommation d'alcool, notre étude met en avant une augmentation chez 72,37% des patients depuis le traumatisme psychique vécu. La consommation de cannabis est toutefois non négligeable avec 15,79% des patients ayant déclaré en prendre régulièrement. Parmi ces derniers, 12 individus sur 21 ont augmenté leur pratique addictive depuis l'évènement traumatique.

Conclusion : Notre étude montre une augmentation non négligeable de la prévalence des consommations de tabac, d'alcool et de cannabis chez des patients militaires souffrant de trouble de stress post traumatique suivi au sein des Hôpitaux d'Instruction des Armées. En effet, cela nous indique la nécessité de dépister de manière systématique les troubles de l'usage de substances psychoactives lors du diagnostic et du suivi de ce trouble psychique, pouvant alors compliquer la prise en charge. A ce jour, il semble pertinent de poursuivre les formations à destination des praticiens des armées afin d'être sensibilisé à ces comorbidités et de mener une prise en charge adaptée.

Mots Clés : Conduites addictives, trouble de l'usage, addiction, trouble de stress post traumatique, armée, militaire, hôpitaux d'instruction des armées, tabac, alcool, cannabis.

Discipline Thèse d'exercice, Médecine Générale, année 2019

Intitulé et adresse : Université Claude Bernard Lyon
Faculté de Médecine et de Maieutique Lyon Sud-Charles Mérieux
165, chemins du petite Revoyet- BP12
69921 OULLINS Cedex

Jury **Président** Monsieur le Professeur D'AMATO Thierry
Membres Madame le Professeur FLORI Marie
Madame le médecin en chef DAUDIN Marianne
Monsieur le médecin en chef BOISSY Jean- Marc