

Besoins de prévention des militaires d'active. Les risques liés à l'alcool en milieu militaire.

F. de Montleau.

Service de psychiatrie, Hôpital d'instruction des armées Percy, BP 406 – 92141 Clamart Cedex.

Introduction.

La réflexion sur la prévention des troubles de la consommation d'alcool en milieu militaire conduit à s'interroger sur les grandes tendances qui traversent actuellement la société française. Jusqu'à l'année 2007, une hausse significative de la consommation régulière d'alcool était constatée chez les jeunes de la classe d'âge de 17 ans – jusqu'à 2008 où est constatée pour la première fois une baisse de cette consommation – tandis que celle-ci baissait dans la population générale. Malgré cette inversion de tendance, plus proche de la stabilisation que d'un infléchissement net, l'alcool demeure une préoccupation majeure de santé publique par les complications médicales induites – aiguës et chroniques, somatiques et psychiatriques – le coût social et économique qu'elle fait peser sur la collectivité et la précocité de son expérimentation lors de l'adolescence. Addiction aux mécanismes physiopathologiques complexes, elle présente dans ses différentes modalités d'expression des prévalences élevées. Phénomène social ancré dans nos cultures, elle est l'objet de controverses, d'attitudes diverses et souvent ambivalentes. Ces dernières n'épargnent pas notre milieu militaire, malgré une prise de conscience déjà ancienne de la part du Commandement quant aux risques que fait peser un mésusage sur l'efficacité opérationnelle des forces. Depuis longtemps, le Service de santé des armées a fait sien cette préoccupation et une réflexion alcoologique s'est développée dans ses rangs, abordant les domaines de la clinique, de la psychopathologie, de la thérapeutique, de l'expertise et de la prévention. Il n'empêche que dans les armées, la consommation d'alcool reste supérieure à celle de la population générale. Ainsi, dans la Marine nationale (1) et l'armée de Terre (2), le pourcentage de buveurs dépendants était respectivement de 13,1 % et 15,7 % contre 9 % dans la population générale. En opération extérieure, 21 % des militaires ont tendance à augmenter leur consommation (3). Les militaires poursuivent en fait, en les amplifiant, des

comportements déjà acquis à leur entrée dans l'institution. Indépendamment des risques individuels concernant la santé, les problèmes plus spécifiques que génère la consommation pathologique d'alcool par les militaires se déclinent en termes de sécurité individuelle et collective, de retentissement sur la mission – en particulier dans les contextes opérationnels – d'aptitudes spécifiques allant du maniement des armes individuelles au pilotage d'aéronef en passant par le service de systèmes d'armes complexes.

La prévention de la consommation pathologique d'alcool constitue un axe essentiel des politiques de santé publique en France. Plusieurs organismes y apportent leur concours : la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), organisme qui coordonne de l'action gouvernementale entre autres domaines relatifs aux autres addictions de la prévention, la prise en charge sanitaire et sociale, la répression, la formation, la communication, la recherche et les échanges internationaux liés aux drogues et à la toxicomanie, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), groupement d'intérêt public qui produit des informations provenant des scientifiquement validées sur les substances licites comme illicites et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) qui réalise des actions met en œuvre des actions de santé publique relatives à la prévention et à l'éducation pour la santé.

Il est maintenant acquis que la construction d'un dispositif de prévention concernant les consommations problématiques d'alcool doit résulter d'une approche intégrant éducation et contrôle. Dans les armées, Nous verrons que l'approche éducative en matière de prévention des conduites d'alcoolisation, nécessaire pour toutes classes d'âge, est apparue tout particulièrement pertinente en terme d'efficacité au regard du jeune âge de d'une population « cible » : celle des engagés volontaires. Cependant, les mesures visant à favoriser un contrôle de l'usage de l'alcool en milieu militaire – notamment pour certaines situations à risque – sont également appelées à trouver leur place dans une stratégie préventive.

F. DE MONTLEAU, médecin en chef, professeur agrégé du Val-de-Grâce;

Correspondance : F. DE MONTLEAU, Service de psychiatrie, Hôpital d'instruction des armées PERCY, BP 406 – 92141 Clamart Cedex.

Quelques éléments d'histoire de l'alcoolologie dans les armées.

Longtemps, l'intempérance alcoolique du soldat fut stigmatisée comme une conduite déviante, déviance individuelle et regrettable du bon usage des boissons alcoolisées. Toute l'équivoque de l'usage de l'alcool dans les armées, s'accompagnant d'une attitude permissive de la part du commandement, s'est jouée dès les origines dans l'usage de l'eau de vie. Elle est distribuée dans les bivouacs, elle est supposée contribuer à lutter contre le froid. Absorbée avant la bataille, elle doit stimuler l'ardeur dans la bataille. B. Lafont repère le moment d'une modification de la perception des phénomènes de mésusage après la défaite de 1870 alors que l'armée, dans le contexte d'un recrutement par conscription, se voit confier une mission d'être le « fer de lance » de l'éducation sanitaire de la nation (4). C'est dans ce mouvement que s'institue la prise de conscience de la question de l'alcoolisme dans l'armée. Des dispositions prévoient des sanctions disciplinaires spéciales. Des mesures antialcooliques se développent : suppression des distributions réglementaires de boissons alcoolisées, surveillance des cantines. Les médecins s'engagent dans des activités pédagogiques et éducatives, tant auprès des recrues que des cadres. Des méthodes modernes utilisant la communication visuelle, l'affichage, sont mises en œuvre. La ligue nationale contre l'alcoolisme crée des « secteurs antialcooliques » dans certaines unités. Cette mobilisation permet une diminution notable de l'alcoolisme dans les armées à partir de 1906 et jusqu'à la Grande Guerre. L'évolution de la consommation d'alcool dans les armées est intimement liée aux évolutions qui se produisent dans la société. Après le rétablissement du privilège des bouilleurs de cru, la France est dans l'après-guerre au premier rang des nations consommatrices d'alcool. On note alors une recrudescence considérable de l'alcoolisme en milieu militaire. Dans la mobilisation constante du service de santé vis-à-vis de cette question, un événement fait date : il s'agit du premier colloque international « Alcoolologie et forces armées » qui se tient à Libourne et prend la mesure, notamment, des difficultés dans le domaine de la prévention. C'est à la suite de ce colloque que le Directeur central du Service de santé des armées décide de créer un Comité médical central d'études sur l'alcoolisme dans les armées qui se réunit à partir de 1981 et va contribuer à définir une doctrine en matière d'alcoolologie dans les armées (5). Ses missions sont diverses, comme susciter des études, sensibiliser les médecins et favoriser la mise au point et la diffusion de moyens d'éducation sanitaire. Cette action aboutit en 1986 à la sortie d'un film animé, « Publi-santé », intégré dans une stratégie globale de prévention (6). Il part du principe que l'éducation pour la santé ne doit pas se satisfaire de la juxtaposition d'interdits, le « préventologue » ne devant pas apparaître sous les traits d'un « rabat-joie » interdictif et prohibitionniste sous peine de voir sa crédibilité compromise. Il s'agit donc de faciliter une « promotion » de la santé privilégiant la modération, la liberté de choix et la maîtrise de soi. Destinée plus particulièrement à l'adulte jeune, cette action vise une prophylaxie des conduites d'alcoolisation

aiguë et des risques qui en découlent. Des discussions en petit groupe doivent suivre la diffusion du film. Par ailleurs, des psychiatres militaires vont développer une réflexion sur la relation entre l'engagement en milieu militaire et le développement d'un trouble des conduites alcooliques. Du temps de la conscription, on s'est interrogé sur le caractère facilitateur du développement de mésusages d'alcool du service national. L'influence de celui-ci dans ce domaine n'a jamais été démontrée (7). Les jeunes appelés avaient le plus souvent commencé à boire dans l'adolescence et découvert, avant l'appel sous les drapeaux, l'euphorie de l'ivresse et ses aléas. F. Lebigot s'est interrogé, dans une perspective psychodynamique, sur les liens entre l'alcoolique et l'armée. Il parle d'un « malentendu » (8). Le choix d'une carrière militaire se fait, chez le futur alcoolique, et selon le modèle qu'il propose, à partir de sa conviction qu'il trouvera dans ce milieu une satisfaction à ses aspirations profondes à la justice et à la fraternité. Pendant les premières années, tout se passe bien, en apparence. Il n'y a pas de soldat plus dévoué à ses chefs, plus zélé dans ses missions. Inévitablement viendra le moment de la désillusion. Se sentant trahi, il entrera en conflit avec l'institution. L'aggravation de l'alcoolodépendance, si aucune médiation n'est appelée, aboutira à l'exclusion dans une déchéance très marquée de sentiments de honte et d'indignité (9) Lebigot repère à l'origine de cette trajectoire de l'alcoolique, dominée par le besoin de complétude et les sacrifices destinés à capter l'amour du chef, l'échec de la métaphore paternelle. Pour cet auteur, c'est en repérant mieux les éléments de cette problématique tragique que le thérapeute améliore ses chances d'intéresser l'alcoolique à son sauvetage (10). M. Bazot indique par ailleurs que l'action du psychiatre militaire est favorisée par le caractère structuré du milieu, la fréquence des visites systématiques et aussi par sa double fonction de médecin traitant et médecin expert qui permet d'articuler le soin aux questions de l'aptitude (11). Dans une étude sur la relation thérapeutique avec l'alcoolique, C. Barrois met en exergue ce qu'il nomme « dénégation » comme obstacle le plus important à l'établissement d'une relation thérapeutique (12). Tout l'enjeu est alors de susciter une demande. J.-D. Favre établit une synthèse des méthodes thérapeutiques de l'addiction à l'alcool (13). Il note que les thérapeutiques proposés aux patients alcoolodépendants, chimiothérapies et psychothérapies, sont d'une efficacité limitée et qu'aucune d'entre elles, utilisée seule, n'a fait la preuve de sa supériorité.

Les différentes modalités de la consommation d'alcool.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a préconisé des seuils maximum de consommation au-delà desquels une consommation peut être considérée comme pathologique (on considère le verre comme une quantité de boisson alcoolisée contenant 10 gr d'alcool éthylique) :

- l'usage ponctuel ne doit pas dépasser 4 verres par occasion ;
- la consommation par semaine ne doit pas dépasser :

- pour un homme 21 verres par semaine (3 verres par jour),
- pour une femme 14 verres par semaine (2 verres par jour);
- pas de consommation au moins un jour par semaine.

Ces seuils préconisés présentent l'avantage de fournir une référence permettant d'évaluer une consommation même si la vulnérabilité individuelle face à l'alcool est très différente selon les individus.

On parle de non usage lorsqu'un sujet ne consomme pas d'alcool.

L'usage simple désigne une consommation ne dépassant pas les seuils OMS, qu'elle soit acceptée socialement ou non, qu'elle soit occasionnelle, périodique ou régulière. De plus, il ne doit pas y avoir de complication somatique ni psychique et la consommation doit se faire en dehors de situations à risque.

L'usage à risque prend en compte la vulnérabilité individuelle (âge, sexe, grossesse), les circonstances (conduite d'engins, poste à risque) et le contexte légal.

L'usage nocif désigne une consommation préjudiciable pour la santé, l'existence de complications somatiques et/ou de troubles psychologiques, avec des conséquences sociales négatives. Mais il n'y a pas de dépendance.

L'usage avec dépendance implique le désir puissant ou compulsif à consommer, une difficulté à contrôler l'utilisation de la substance, un syndrome de sevrage physiologique à l'arrêt, une tolérance aux effets de la substance, mais aussi l'abandon progressif des sources de plaisir ou d'intérêt, l'augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets et enfin, la poursuite de la consommation malgré les conséquences nocives.

Les complications de la consommation d'alcool sont nombreuses et il ne saurait être question ici d'être exhaustif :

Les ivresses résultent de l'intoxication aiguë. Relevant toutes du mésusage, elles peuvent être associées aussi bien à l'usage qu'au mésusage.

Les manifestations de sevrage s'expriment sur les versants somatique, psychique et comportemental. Elles apparaissent à l'arrêt brutal de la consommation du sujet alcoolodépendant.

Les complications somatiques, psychiques et sociales de la dépendance.

Les données épidémiologiques.

Une baisse des niveaux de consommation d'alcool dans la population générale.

L'expertise collective de l'INSERM réalisée en 2003 ; « Alcool, dommages sociaux, abus et dépendance » indique que la consommation globale d'alcool a diminué en France de près de 40 % en quarante ans. Cela est dû à une diminution importante de la consommation de vin, qui reste néanmoins la boisson alcoolisée la plus consommée. Malgré cette diminution, la France est toujours en tête des pays européens pour la mortalité prématurée masculine liée à l'alcool. Dans notre pays, on estime à cinq millions le nombre de personnes qui

ont un problème avec l'alcool et à deux millions celles qui en sont dépendantes.

Dans le baromètre santé 2005 qui cherche à appréhender les « comportements de santé » dans l'objectif de la mise en œuvre d'une politique de santé publique cohérente et efficace, S. Legleye et F. Beck (14) signalent une baisse sensible de la consommation d'alcool dans la population générale. Cependant, l'alcool reste la substance psychoactive la plus consommée en France. En effet, parmi les personnes de 12 à 75 ans, seulement 8,4 % déclarent n'avoir jamais bu de boissons alcoolisées au cours des douze derniers mois, 13,7 % ont bu de l'alcool tous les jours et 32,7 % au moins une fois par semaine. La prise quotidienne d'alcool est presque trois fois plus fréquente parmi les hommes que parmi les femmes (20,3 % vs 7,3 %) et touche plus les générations âgées (42 % des 65-75 ans) que les trentenaires et les plus jeunes. L'alcool le plus couramment consommé chez les 12-75 ans est le vin avec 77,1 % d'entre eux qui déclarent en avoir bu au cours de l'année, devant les spiritueux (56,1 %) et la bière (53,1 %). Ces deux derniers types de boissons ont la préférence des jeunes, alors que c'est le vin qui domine chez les plus âgés.

En ce qui concerne l'ivresse et les usages à risques, 14,4 % des 12-75 ans, déclarent avoir connu au moins un épisode d'ivresse au cours des douze derniers mois (21,6 % des hommes vs 7,5 % des femmes) et 13,8 % des hommes et 5 % des femmes présentent un risque d'usage problématique d'alcool, surtout entre 45 et 54 ans. Un tiers de la population interrogée présente une consommation supérieure aux recommandations de l'OMS qui est de 21 verres par semaine pour les hommes et de 14 pour les femmes.

Cette enquête montre aussi que les modes de consommation varient de façon significative suivant le statut scolaire et professionnel. Les élèves et les étudiants boivent moins que les actifs du même âge, tandis que le chômage est associé à des usages plus fréquents et plus souvent à risques. Par contre, la retraite ne modifie pas notablement les habitudes entre 60 et 65 ans.

Parmi les grandes catégories d'actifs occupant un emploi, les modes de consommation sont relativement homogènes : on distingue les agriculteurs exploitants, dont les niveaux de consommation quotidienne ou à risque sont très élevés ; les artisans, commerçants, cadres supérieurs et ouvriers, ont un profil intermédiaire ; enfin les professions intermédiaires et les employés ont des niveaux d'usages nettement inférieurs à sexe et âge comparable. Cependant il existe des différences au sein d'une même catégorie sociale suivant les types de métiers.

D'un point de vue de santé publique, l'évolution des usages de l'alcool est orientée de façon satisfaisante vers la baisse. La consommation quotidienne a nettement chuté entre 2000 et 2005 sur la tranche d'âge 15-75 ans, passant de 20,3 % à 14,4 %, mais les ivresses et la consommation problématique sont restées stables. De plus, les bénéfices sont inégalement répartis dans la population et certaines catégories sociales comme les chômeurs ou les catégories les plus défavorisées ont moins profité de ces modifications de comportement. Le statut face à l'emploi et les inégalités économiques

continuent de peser lourdement sur les comportements de santé et notamment les consommations d'alcool.

La cartographie des consommations de substances psychoactives (SPA) en France est complexe à établir. La consommation d'alcool se situe premier rang des addictions, devant respectivement celles de tabac, de médicaments psychotropes et de cannabis, bien devant les autres toxiques illicites (héroïne, cocaïne, ecstasy, etc.) (fig. 1, 2 d'après OFDT. Drogues et dépendances données essentielles, 2005).

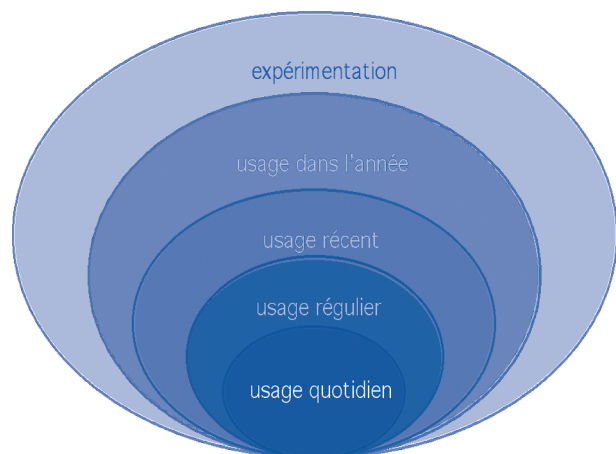


Figure 1. Les catégories d'usage.

Fréquence des consommations	Alcool	Tabac	Médicaments psychotropes	Cannabis	Héroïne	Cocaïne	Ecstasy
Expérimentations (au moins 1/vie)	44 M	37 M	-	11 M	0,4 M	1 M	0,5 M
Dans l'année (au moins 1/année)	42 M	16 M	8,9 M	4,2 M	-	0,2 M	0,2 M
Réguliers (10 usages ou +/30 jours)	13 M	-	3,8 M	0,85 M	-	-	-
Quotidiens	8 M	13 M	2,4 M	0,45 M	-	-	-

Figure 2. Estimation du nombre d'usagers d'alcool et autres SPA.

La consommation d'alcool des jeunes.

Des études réalisées sur la population des jeunes français âgés de dix-sept ans qui se présentent aux journées d'appel de la défense ont permis de décrire le mode de consommation de substances psycho-actives dans cette classe d'âge en France. Ces études, nommées ESCAPAD sont le résultat d'enquêtes réalisées lors de la journée de préparation à la défense. Elles nous renseignent sur une population qui englobe celle des futurs « jeunes engagés », dans laquelle l'évolution de la consommation d'alcool est actuellement plus préoccupante que celle des autres produits. La population militaire est une partie intégrante du tissu social français et le baromètre de santé 2005 nous apporte des indications sur les comportements liés à l'alcool de la population générale en fonction du sexe, de la classe d'âge et du niveau socioprofessionnel. Elle met en évidence une diminution globale des niveaux de consommation.

La consommation régulière d'alcool dans la classe d'âge des 17 ans a connu une hausse constante durant ces dix dernières années. Depuis 2008 et 2009 une tendance à la stabilisation, voire une légère diminution (fig. 3).

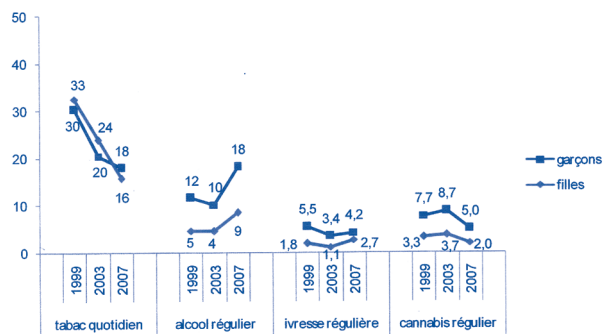


Figure 3. Consommations des jeunes. ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs). Évolution entre 1999 et 2007 de l'usage régulier de tabac (≥ 1 cg/j), d'alcool (10 usages/mois), de cannabis (≥ 10 usages/mois) par sexe et à 16 ans.

Un article de la revue *Tendances* (15) décrit les évolutions de l'usage de substances psychoactives chez les jeunes au travers des premiers résultats de l'enquête *European School Survey Project on Alcohol and Other Drug* (ESPAD) pour l'année 2007.

La consommation de produits psycho-actifs à l'adolescence fait en effet l'objet d'une attention particulière de la part des pouvoirs publics et des acteurs de santé et de prévention. C'est pendant cette période qu'ont lieu les premières expériences de prise de produits licites ou non, et que peuvent s'installer des habitudes de consommation régulière. L'OFDT a progressivement mis en place un dispositif d'observation des consommations de produits psycho-actifs à l'adolescence qui comprend aujourd'hui trois enquêtes dont deux se déroulent dans un cadre international : l'enquête *Health Behaviour in School-Aged Children* (HBSC), soutenue par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (16) cible les élèves de 11, 13 et 15 ans ; l'enquête *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* (ESPAD), initiée par le Conseil de l'Europe et le *Swedish Council for information on Alcohol and Other Drugs*, concerne les élèves de 16 ans ; enfin l'enquête ESCAPAD, contrairement aux deux premières enquêtes, déborde le milieu scolaire et couvre plus spécifiquement les adolescents français de 17 ans (17). Ces trois enquêtes ont pour objectif d'étudier d'une part la fréquence et l'évolution des usages tout au long de l'adolescence et, d'autre part, la transformation des comportements des différentes générations étudiées sur la dernière décennie. L'évolution des usages des différents produits psycho-actifs est appréciée de façon comparative.

Ces études indiquent que parmi les jeunes français âgés de 16 ans, les expérimentations et les consommations régulières de tabac et de cannabis sont en nette diminution par rapport aux années précédentes. La baisse de la consommation quotidienne de tabac est continue sur la période 1999-2007 (18), mais celle du cannabis n'est visible qu'entre 2003 et 2007. A contrario, la consommation d'alcool régulière (au mois 10 épisodes de consommation sur les 30 derniers jours) est significativement en hausse entre 1999 et 2007. Ce comportement touche plus fortement la population masculine : en 2007, 18 % de garçons ont une consommation d'alcool régulière contre 9 % pour les

filles. Par contre, le taux d'ivresses régulières (au moins 10 ivresses au cours des 12 derniers mois), reste stable à 3,7 % en 1999 et 3,5 % en 2007, avec une représentation masculine et féminine presque équilibrée. L'enquête nous permet ainsi de relativiser la diffusion du mode de consommation massive, de type *binge drinking*, (au moins cinq verres en une seule occasion) qui apparaît bien moins répandue que la consommation régulière d'alcool. Parmi les substances psycho-actives utilisées, l'alcool est de loin le produit le plus diffusé et 88 % des élèves de 16 ans ont déjà bu de l'alcool au cours de leur vie.

S'agissant des usages réguliers, les consommations d'alcool (au moins trois consommations d'alcool dans la semaine pour les adultes, au moins dix par mois pour les adolescents) et de tabac se détachent par l'importance de leur prévalence du cannabis qui arrive en troisième position. On peut également constater que le taux de prévalence de l'usage régulier d'alcool augmente avec l'âge, à l'inverse de celui du tabac et du cannabis. (fig. 4, d'après OFDT. Drogues et dépendances données essentielles, 2005).

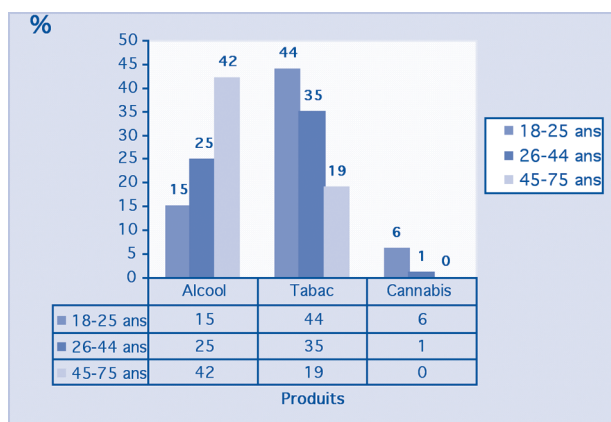


Figure 4. Fréquence des usages réguliers par âge.

Le phénomène de polyconsommation, c'est-à-dire de l'association de plusieurs substances psychoactives, est particulièrement fréquent. Les données montrent une consommation d'alcool associée à une ou plusieurs autres SPA (tabac et/ou cannabis) pour 11,4 % de la population des 18-44 ans ; 12,5 % dans la population des garçons de 17 ans et 4,5 % dans la population des filles de 17 ans (fig. 5 : Enquête Baromètre santé 2000, INPES exploitation OFDT 2003, OFDT).

Usage répété d'au moins 2 des 3 produits :

- Alcool : au moins 3 usages au cours de la dernière semaine ;
- Tabac : consommation quotidienne au cours des 30 derniers jours ;
- Cannabis : au moins 10 usages au cours de l'année écoulée.

Usage régulier d'au moins 2 des 3 produits :

- Alcool ou cannabis : au moins 10 usages au cours des 30 derniers jours ;

Polyconsommation en %	Répétée 18-44 ans en 2000	Régulière 17 ans en 2003	
		Filles	Garçons
Alcool-tabac	9,6	3,0	6,8
Tabac-cannabis	3,4	4,4	7,0
Alcool-tabac-cannabis	1,7	1,4	4,9
Alcool-cannabis	0,4	0,1	0,8
Total	15,1	8,9	19,6

Figure 5. Les polyconsommations.

- Tabac : consommation quotidienne au cours des 30 derniers jours.

Les particularités régionales de la consommation d'alcool.

La réalisation d'un Atlas régional des consommations d'alcool en 2005 (19) a permis une meilleure appréhension de la place de l'alcool sur le territoire. De véritables particularités régionales se dégagent dans les modes d'alcoolisation et les produits vers lesquels vont les préférences des jeunes et des adultes.

On constate à l'adolescence des disparités régionales importantes. La consommation d'alcool et les ivresses apparaissent nettement plus fréquentes sur une large partie de l'ouest du pays. La Bretagne se démarque des autres régions de la façade ouest par sa fréquence particulièrement élevée d'ivresses aiguës. Un ensemble de régions allant du Nord-Pas-de-Calais au Centre, incluant la Picardie, la Haute-Normandie et l'Île-de-France, présente au contraire une sous-consommation prononcée et l'Île de France se singularise par une sous-consommation extrêmement marquée. Le choix des boissons alcoolisées par les jeunes présente des spécificités culturelles locales qui ne coïncident pas forcément avec celles observées chez leurs aînés. Dans les évolutions observées entre 2002-2003 et 2005, il existe une baisse de consommation dans les régions à fort niveau d'usage comme les Pays de la Loire et la Bretagne et des hausses de consommation dans les régions à faible niveau comme le Nord-Pas-de-Calais et la Picardie. On a donc une tendance au resserrement des comportements dans les différentes régions par rapport à la moyenne nationale.

Cependant, lorsqu'on considère la consommation d'alcool à l'âge adulte, l'Ouest de la France n'apparaît pas marqué par une consommation plus fréquente et on note même une sous-consommation en Basse Normandie et dans les Pays de la Loire. En revanche les consommations importantes ponctuelles et les ivresses alcooliques y sont plus répandues qu'ailleurs. L'Île-de-France se singularise encore ici par sa consommation plus réduite et ses ivresses plus rares. Malgré ces variations régionales, la répartition des buveurs problématiques se révèle particulièrement homogène sur le territoire. À l'âge adulte la carte des préférences pour les boissons apparaît plus conforme aux attentes que celle observée à l'adolescence. Le vin est plus consommé dans le Sud et dans les Pays de la Loire. La bière domine dans le Nord et l'Est.

Les études de prévalence en milieu militaire.

Le colloque sous le patronage du « Haut comité d'étude et d'information sur l'alcoolisme » a marqué la naissance de l'alcoologie dans les armées.

Au cours du colloque « Alcoologie et Forces armées » qui s'est déroulé en 1980, une étude effectuée à partir de 107 observations de patients militaires présentant un mésusage de l'alcool a eu pour objectif d'identifier les facteurs susceptibles de favoriser l'alcoolisme en milieu militaire (20). Cette étude a fait ressortir l'importance des facteurs professionnels dans le déterminisme des troubles des conduites alcooliques. Au premier rang de ces facteurs, on retrouve l'effet d'entraînement, c'est-à-dire la réponse aux sollicitations des camarades. Les situations qui ont été identifiées comme favorisant le développement d'un mésusage sont les séjours outre-mer, la disponibilité de l'alcool détaxé, la « fréquence des pots », l'isolement géographique ou affectif et les déceptions professionnelles. Parmi les patients, 60 % avaient séjourné Outre-mer ; 60 % avaient occupé une fonction sédentaire pendant la majeure partie de leur temps de service ; 50 % avaient des emplois à responsabilité faible ou inexistante ; 18 % étaient considérés comme ayant des responsabilités élevées ; 78 % logeaient en milieu militaire et 50 % indiquaient n'avoir aucun pôle d'intérêt quant à leurs loisirs. Des facteurs familiaux étaient également signalés : une mésentente conjugale et les ruptures favorisaient la survenue d'un mésusage de l'alcool.

Trois études récentes menées dans l'Armée de Terre, dans la Marine nationale et auprès d'engagés volontaires stationnés hors métropole vont montrer une certaine proximité dans les prévalences des différents modes de consommation d'alcool (tab. I) et dans les facteurs de risque identifiés.

Dans la Marine nationale, Dia et Queyriaux (1) dans un rapport établi en 2006 sur l'analyse des consommations d'alcool ont montré que la prévalence des sujets dépendants à l'alcool – estimée par un score supérieur ou

égal à 2 au test DETA (test rapide de dépistage des personnes à risque pour l'alcool) – était de 13,1 % contre 9 % dans la population générale (baromètre santé 2005). Seulement 6,2 % des marins déclaraient une consommation quotidienne. La proportion de personnes ayant une consommation à risque selon les critères de l'OMS était de 14,4 %.

La survenue d'au moins une ivresse annuelle était déclarée par 56,1 % des militaires (11,6 % avaient plusieurs ivresses par mois, 44,5 % entre une par mois et une par an) et 43,9 % déclaraient moins d'une ivresse par an. Au total, 16,77 % des militaires n'avaient jamais été ivres.

Les deux tiers des militaires de la marine avaient déclaré un âge inférieur à 15 ans lors de leur première prise d'alcool et 5 % un âge inférieur à 10 ans. En termes d'évolution de la consommation, 38,9 % des marins déclaraient une augmentation de leur consommation d'alcool dans la marine, 51,4 % n'avaient pas modifié leur consommation et 9,7 % avaient diminué leur consommation.

L'analyse des déterminants de la dépendance à l'alcool a montré que trois facteurs étaient liés à cette dépendance : le sexe masculin, le jeune âge et la dépendance au tabac.

L'analyse des déterminants d'une consommation quotidienne moyenne d'alcool élevée a mis en évidence six facteurs : le sexe masculin, le contexte opérationnel, le célibat, la durée de la mission nombre de jours de missions (avec une augmentation de 1,3 de la consommation entre 91 et 140 jours de mission), une coaddiction cannabis, tabac).

Le problème des comportements sexuels à risque, en particulier lors des escales en zone de forte prévalence du VIH, mérite également d'être signalé, comme le montrent les taux élevés des déclarations d'infections sexuellement transmissibles et d'expositions sexuelles au VIH survenus sous l'emprise de l'alcool signalés à la surveillance épidémiologique des armées.

Dans les unités de l'armée de Terre, Marimoutou et Queyriaux ont conduit sur 2006-2007 une enquête similaire (2). En terme de prévalence on retrouve dans

Tableau I. Tableau récapitulatif.

	Enquête Armée de Terre (2006 – 2007) concernant 990 personnels de plusieurs unités opérationnelles en métropole *	Enquête Marine nationale (2006) pour évaluer les conduites addictives dans les unités opérationnelles de la Marine **	Etude (2004) concernant les conduites addictives chez les engagés volontaires hors de métropole **
Non usage	9,5 %	6,1 %	9,5 %
Consommation à risque	18,7 %	14,4 %	NA
Entre 1 ivresse/mois et 1 ivresse/an	58,2 %	5,6 %	51 %
Alcool-dépendance	15,7 %	13,1 %	19,2 %
Usage de cannabis	16,1 %	NA	NA

*Évaluation des conduites addictives dans les unités métropolitaines de l'Armée de terre – DESP Marseille et Paris.
 ** Enquête pour évaluer les conduites addictives dans les unités opérationnelles de la Marine – Rapport d'analyse sur la consommation d'alcool – Doc. N°399/IMTSSA/DESP/06.
 *** Conduites addictives chez les engagés volontaires des armées françaises hors de métropole, Mancini J, Meynard.

les unités de l'armée de Terre 9,5 % de personnes abstinentes, 18,7% de militaires ayant une consommation moyenne estimée à risque, 60 % de consommations excessives et/ou plus d'une ivresse par mois et enfin 15,7 % de personnes dépendantes avec un score DETA supérieur à 2.

Les alcools les plus consommés étaient la bière et les apéritifs. Une consommation à risque pour la santé était retrouvée chez 18,7 % des militaires. L'âge de la première consommation se situait pour 5,2 % avant l'âge de 10 ans, pour 27,4 % entre 10 et 15 ans.

En ce qui concerne les antécédents d'ivresse aiguë, 44,5 % des militaires déclaraient n'avoir jamais été ivres au cours des 12 derniers mois, 34,9 % l'avaient été moins d'une fois par mois et 9,9 % plus d'une fois par mois.

On retrouvait une augmentation de la consommation chez 29,8 % des militaires en OPEX contre 14,4 % qui y avaient diminué leur consommation.

Parmi les militaires ayant une consommation d'alcool à risque pour la santé : 21,1 % avaient diminué leur consommation pendant les OPEX, 33,8 % ne l'avaient pas modifiée et 45,1 % l'avaient augmentée. Les consommateurs excessifs étaient donc plus susceptibles de modifier et surtout d'augmenter leur consommation durant les missions opérationnelles.

Les facteurs indépendamment associés avec une consommation à risque sont les suivants : le sexe masculin (risque relatif, RR = 5), le statut de militaire du rang (RR = 1,8) facteur très lié à un plus jeune âge et un niveau d'éducation plus faible, un âge inférieur à 15 ans lors de la première consommation d'alcool (RR = 2,5) et l'addiction au cannabis (marqueur d'une consommation au moins récente de cannabis : RR = 2,7).

Les militaires maintiennent en fait des comportements déjà acquis avant leur entrée dans l'institution. Une première consommation d'alcool précoce favorise les comportements ultérieurs à risque non seulement vis-à-vis de l'alcool mais également vis-à-vis de l'addiction au cannabis.

Un élément qui ressort de cette enquête est que les militaires de l'armée de terre diffèrent peu de la population générale du même âge en matière de consommation d'alcool et de cannabis.

Les consommations aiguës excessives d'alcool sont associées à un âge plus jeune avec un gradient de risque allant de 1,8 fois plus de risque pour les 18-25 ans à 1,5 pour les 26-35 ans comparé aux plus de 35 ans ; au sexe masculin, les hommes ayant cinq fois plus de risque de consommation aiguë excessive que les femmes ; à un âge plus jeune lors de la première consommation d'alcool ; à la dépendance au tabac et au cannabis qui multipliaient le risque respectivement par 1,8 et 4. Ces dernières associations illustrent bien la fréquence de l'association des comportements à risque et des dépendances.

Les militaires du rang des armées stationnées hors de métropole ont fait l'objet d'une autre étude, conduite par Mancini, Meynard et al en 2004 (3). Il a été mis en évidence que 9,8 % des engagés volontaires ne consommaient jamais d'alcool, 19,6 % moins d'une fois par semaine, 30,7 % au moins une fois par semaine, 25,7 % trois à cinq fois par semaine et 14,3 % tous

les jours. La consommation hebdomadaire était plus fréquente dans les armées que dans la population générale (70 % contre 47-65 %). L'âge moyen de la première prise d'alcool était supérieur à 15 ans. Environ 47,7 % des engagés déclaraient au moins une ivresse depuis le début de leur séjour, 51 % déclaraient plusieurs ivresses dans l'année (21,6 % en population générale) et 19,2 % étaient des buveurs déclarant une dépendance contre 9 % à 17 % en population générale. La bière est plus souvent consommée que le vin par rapport à la population générale.

Les résultats montraient qu'un stationnement ultramarin entraînait une augmentation de la consommation d'alcool pour 21 % des sujets. Ce sont les buveurs problématiques qui déclaraient le plus fréquemment une augmentation de la consommation hors territoire métropolitain et un plus jeune âge de début de consommation. Ils avaient plus souvent des ivresses que les autres militaires. Chez eux, la consommation de tabac était plus importante et les expérimentations de cannabis et de drogues illicites étaient plus fréquentes. La dépendance croisée tabac-alcool était retrouvée chez 6,4 % des usagers d'alcool et 41,8 % chez les sujets à consommation problématique. L'inactivité était plus fréquente chez les sujets ayant une co-dépendance avant l'entrée à l'armée. Parmi les facteurs statistiquement liés à la dépendance à l'alcool, seul l'âge de début peut faire l'objet de mesures de dépistage. Les auteurs recommandent pour la prévention des conduites d'alcoolisation une lutte contre l'alcool détaxé en opérations extérieures et des actions en amont lors de l'incorporation.

Consommation d'alcool et accidents de la voie publique.

Le lien entre consommation d'alcool et accidentalité routière est certainement celui qui apparaît le plus nettement dans les travaux internationaux. En France, l'accidentalité routière représente la première cause de mortalité chez les 15-24 ans. Ainsi, la diminution du « taux légal » d'alcoolémie maximale au volant réduit la fréquence des accidents quelque soit le taux (21). En Australie, la diminution du « taux légal » de 0,8 gr/l à 0,5 gr/l a permis une diminution du nombre d'accidents de 8 % à 18 % selon les régions (22). Un autre travail a montré que l'introduction de tests aléatoires d'alcoolémie avait entraîné une diminution de 20 % des accidents de la voie publique (23). En revanche, la valorisation de la conduite automobile par un conducteur resté sobre, « le capitaine de soirée », semble donner des résultats encourageants bien qu'aucune évaluation n'ait été réalisée jusqu'à ce jour.

Des données récentes qui ne prennent pas en compte la notion d'une conduite sous l'emprise de l'alcool fournissent cependant des résultats forts inquiétants relatifs à la population masculine militaire. La mortalité serait globalement plus élevée de 60 % par rapport aux civils. Dans ce même travail, le décès par accident de la circulation serait multiplié par 3,8 pour les

17-19 ans et d'un facteur 1,6 pour les 20-24 ans (24). Vraisemblablement, l'alcool explique pour une grande part cette surmortalité.

Consommations d'alcool en milieu du travail.

La consommation d'alcool est profondément ancrée dans les usages sociaux. Cette habitude se retrouve également dans le milieu du travail. Le milieu professionnel est un facteur qui favorise la consommation d'alcool, voire la légitime par différents temps sociaux comme les « pots ». Aujourd'hui tout particulièrement, l'augmentation de la charge mentale, du stress, de la nécessité d'excellence, quel que soit le poste de travail, font utiliser l'alcool comme un « anti-stress » (25). Descombey a particulièrement étudié les rythmes en travail posté : les postes de sécurité qui nécessitent une vigilance extrême ainsi que les postes avec une activité répétitive comme le tri postal (26). Dans ces contextes, il souligne le rôle de l'alcoolisation à la fois comme stratégie individuelle de défense, afin de faire face aux aspects dépressifs latents et patents, et comme stratégie collective de défense visant à resserrer les liens du groupe. Il peut être difficile de ne pas consommer d'alcool dans un milieu du travail qui tend souvent à exclure le non-consommateur. Les accidents et les incidents liés à l'alcoolisation sont importants dans le cadre de la vie professionnelle : problèmes de sécurité, diminution des performances, absentéisme, maladies liées à l'alcoolisation chronique et accidents du travail. L'alcool est ainsi directement responsable de 10 % à 20 % des accidents du travail en France, selon l'Association nationale de prévention de l'alcoolisme en 2000-2001.

Consommations d'alcool et violence.

L'existence d'une relation entre l'alcool et la violence est fondée sur la fréquence de la consommation d'alcool chez des auteurs d'actes violents et/ou sexuels, ainsi que sur la répétition de ce type d'actes chez des malades de l'alcool. Cependant l'hypothèse d'une relation causale n'a jamais été réellement démontrée et il semble certain que cette relation n'est pas systématique, et ne concernerait que certains individus en certaines circonstances. De nombreuses revues de la littérature en témoignent (27, 28, 29).

Lors d'actes violents, l'alcool favoriserait dans certains cas l'expression agressive, son action se combinant avec de nombreux facteurs psychiatriques et sociologiques. Il faut donc envisager l'agression alcoolisée comme un processus intégrant les interactions entre la personne, la situation et les effets de l'alcool (30). Quelques résultats doivent être soulignés. Le quart des victimes de violences assurent que l'agresseur avait bu de l'alcool. L'alcoolisation de l'agresseur est plus fréquente dans les agressions sexuelles.

En outre, le Rapport mondial sur la violence et la santé de l'OMS (2002) : reconnaît l'alcool comme facteur situationnel important pour 25 % des suicides.

Une étude portant sur 514 affaires poursuivies en correctionnelles pour des agressions ayant entraîné une ITT de plus de huit jours constate un antécédent de mésusage de l'alcool dans 18 % des cas et une alcoolisation au moment des faits dans 30 % des cas (31).

En milieu militaire, une étude rétrospective a été menée concernant les comportements agressifs (conduites auto et hétéro-agressives) portant sur 79 militaires français de l'IFOR rapatriés sanitaires pour raisons psychiatriques depuis l'ex-Yougoslavie. La moitié des conduites agressives décrites avaient impliqué le recours à une arme (arme de dotation, baïonnette, grenade). Ont été agies en état d'alcoolisation 30 % des conduites auto-agressives et 80 % des conduites hétéro-agressives (32).

Consommation d'alcool et suicide.

Les liens entre le suicide et l'alcool sont multiples. Le mésusage d'alcool entraîne un risque plus élevé de tentative de suicide ou de suicide. Dans une étude menée sur des conscrits norvégiens, Rossow et al (33) ont montré qu'une consommation nocive d'alcool exposait plus aux tentatives de suicide (RR = 27,1). Un travail suédois par Sjogren et al a retrouvé une consommation excessive ou une dépendance à l'alcool dans 36 % des morts par suicide parmi 23 132 cas de morts « non naturelle » (34).

L'alcool par son rôle désinhibiteur favorise la réalisation du geste lors des crises suicidaires : Staikowski l'ont particulièrement bien mis en évidence à partir de l'étude de 727 patients examinés aux urgences sur une année calendaire dans les suites d'une tentative de suicide médicamenteuse, 35 % à 60 % ont consommé de l'alcool au moment du passage à l'acte (35). Enfin, la consommation d'alcool augmente la gravité du geste suicidaire, même en cas d'intentionnalité modérée.

Les facteurs de risque identifiables.

Parmi les facteurs individuels, on retient :

– des facteurs génétiques et biologiques, Marc Schuckit a montré le poids de la résistance à l'alcool dans le risque de dépendance (36) ainsi que la forte corrélation entre la résistance aux effets de l'alcool et le risque de présenter des symptômes d'abus ou de dépendance à l'alcool (37) ;

– la précocité de l'expérimentation qui est associée à un risque plus élevé d'abus ou de dépendance, de troubles psychiatriques associés plus sévères et plus fréquents, d'antécédents familiaux et de troubles du comportement dans l'enfance plus nombreux (38) ;

– le sexe masculin ;

– la dépendance au tabac et/ou au cannabis ;

– des facteurs psychologiques et psychopathologiques au premier rang desquels la recherche de sensations : la quantité d'alcool consommée par les garçons est corrélée aux facteurs « recherche de danger et d'aventure » et « désinhibition » et, chez les filles, au seul facteur « désinhibition » (39). La recherche de sensations

est l'un des facteurs favorisants essentiels des premières alcoolisations, notamment chez les sujets les plus jeunes (40).

Parmi les facteurs sociaux, on insiste sur :

- la disponibilité du produit et son contrôle ;
- les diverses régulations sociales que sont l'usage festif et social, la pression des « pairs » ;
- l'usage thérapeutique, les cultures et phénomènes de subculture ;
- les changements sociaux et les événements de vie.

Outre le sexe masculin, la précocité de l'âge à la première consommation et la dépendance au tabac et au cannabis, les études en milieu militaire mettent en évidence des facteurs de risque spécifiques avec la mise en situation opérationnelle et le stationnement ultramarin.

La prévention : une approche intégrant éducation et contrôle.

Si l'on constate que la consommation globale d'alcool a diminué en France de près de 40 % en quarante ans, des études récentes dans la population des adolescents nous indiquent que le problème lié à l'alcool est d'actualité dans un groupe d'âge qui représente le vivier de recrutement de jeunes engagés. Ces données incitent à une mobilisation en matière de prévention des problèmes liés à l'alcool et notamment en prenant pour cible cette catégorie de personnels. Ces jeunes engagés présenteront plus de risques de développer une addiction s'ils ont déjà acquis l'habitude d'une consommation d'alcool avant leur entrée dans l'armée. Une intervention médicale précoce est souhaitable avant le développement d'une alcoolodépendance ou de complications liées à l'alcoolisation.

L'approche éducative en matière de prévention des conduites d'alcoolisation, nécessaire pour toutes classes d'âge, apparaît tout particulièrement pertinente en terme d'efficacité au regard du jeune âge de cette population « cible » des engagés volontaires. Cependant, les mesures visant à favoriser un contrôle de l'usage de l'alcool en milieu militaire et notamment pour certaines situations à risque trouvent aussi leur place dans une stratégie préventive. La restriction de l'accessibilité, des mesures collectives agissant sur les conditions de vente et la consommation y trouvent une place de choix.

La politique de contrôle des boissons alcoolisées : cadre légal et réglementaire.

En France, la politique générale de prévention oscille entre interdire et promouvoir. C'est ainsi que le dispositif concernant la sécurité routière comprend l'institution d'un taux légal d'alcoolémie maximale de 0,5 gr/l (Art L234-1 du code de la route) ainsi qu'une autorisation des contrôles d'alcoolémie, même en l'absence d'infraction (Art. L234-1 à 234-9 du code de la route).

La loi du 10 janvier 1991 (Loi Évin) interdit quant à elle la publicité dans la presse pour la jeunesse, la distribution aux mineurs d'objets ou de supports promouvant l'alcool,

la vente, la distribution ou l'introduction sur des établissements sportifs.

La loi du 23 juin 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (Loi HPST) dans son titre III, Prévention et santé publique, édicte l'interdiction de vente aux mineurs, l'interdiction de la vente au forfait, la limitation de la vente dans les points de carburant, la possibilité pour les maires d'interdire la vente durant des plages horaires déterminées. Elle préconise également l'extension des « Happy hours » aux boissons non alcoolisées.

Dans les armées existe un cadre réglementaire. Le règlement de discipline générale fait mention explicite à l'alcool à deux reprises concernant la conduite sous l'empire d'un état alcoolique et l'introduction ou la détention sans autorisation à l'intérieur d'une enceinte militaire des boissons alcoolisées, toutes deux sanctionnables. Un véritable tournant est réalisé avec l'avis du Conseil d'État du 26 octobre 2006 relatif au dépistage de la toxicomanie au sein des armées. Celui-ci stipule que « le métier de militaire, quelle que soit la fonction occupée, constitue en soi un métier à risque, ce qui a des implications en matière de dépistage à l'initiative du commandement. » Il ouvre donc la voie à un dépistage généralisé jusque là réservé de façon systématique aux seuls gendarmes et personnels navigants. L'Instruction ministérielle du 19 avril 2007 relative aux dépistages de la toxicomanie et de la consommation excessive d'alcool prend en compte l'avis du Conseil d'État et aborde la question des addictions aux substances psycho-actives licites ou illicites dans une perspective répressive, introduisant le principe d'une tolérance « zéro ». Le Commandement se voit préciser un rôle accru dans le repérage et le dépistage de ces conduites.

Quels objectifs assigner à une politique de prévention de l'alcool dans les armées ?

Il va s'agir de :

- promouvoir une démarche de santé ;
- prévenir l'initialisation de la consommation ;
- prévenir l'usage nocif et la dépendance ;
- réduire les risques et notamment ceux spécifiques au milieu militaire ;
- modifier les représentations sociales.

Afin de tendre vers ces objectifs, dix recommandations sont émises.

Elles concernent l'éducation sanitaire, la réduction du risque d'accident, la réduction du risque en OPEX et le dépistage des consommations pathologiques.

Recommandation 1 :

Construire des campagnes d'éducation sanitaire à destination des jeunes engagés

Ces campagnes doivent impérativement lier information sur l'alcool à celle concernant le tabac, les drogues illicites – dont le cannabis – et les comportements

sexuels à risque, sans que l'une ne soit relativisée par rapport aux autres. Le message y gagnera en pertinence.

Recommandation 2 :

Des campagnes sanitaires conduites sur le long terme
Il s'agira d'éviter les campagnes « massues » sans lendemain en prévoyant sur fond continu informatif des impulsions régulières qui renouvellent la forme du message et son impact.

Cette répétition est rendue nécessaire par la volatilité de la population cible des jeunes engagés (70 à 80 % ne renouvellent pas leur contrat au-delà de 5 ans).

Recommandation 3 :

Former les personnels du Service de santé

Les médecins d'unité, infirmiers et brancardiers secouristes bénéficieront de formations continues régulièrement dispensées sur le thème plus général des conduites addictives.

Ils seront mieux formés à la formation à l'aide de stages de communication.

Recommandation 4 :

Implication du Commandement et des cadres comme acteurs des séances d'éducation sanitaire (Préparation, participation aux échanges).

Les cadres officiers et sous-officiers, les présidents de catégorie et les officiers environnements humains constituent des courroies de transmission indispensable à cette éducation sanitaire.

Recommandation 5 :

Privilégier l'approche informative

En abordant les risques accidentels ou la sécurité du groupe plutôt que les conséquences à distance sur la santé individuelle, peu porteuses.

On évitera les messages à connotation morale ou se fondant sur la peur.

Recommandation 6 :

Utilisation et créations d'outils pédagogiques visuels et audiovisuels

Les productions INPES, celles de la MILDT seront davantage utilisées mais on ne saurait négliger l'intérêt de vidéos à contenu en rapport avec le milieu militaire, son environnement technique, ses valeurs collectives. Celles-ci restent à réaliser.

Des *flyers* informatifs et d'aspect attractif seront conçus et mis à disposition au niveau de chaque unité élémentaire et service médical d'unité.

Recommandation 7 :

Concernant les situations à risques spécifiques d'accident (conduite automobile, pilotage d'aéronef, service de systèmes d'armes, etc.)

Attitude clairement interdiction avec contrôles aléatoires et récurrents par et à l'initiative du commandement.

Pour la conduite automobile, valorisation de la conduite automobile par un conducteur resté sobre, le « capitaine de soirée ».

Recommandation 8 :

Institution d'une politique unique et harmonisation des pratiques concernant les lieux de consommation en OPEX accompagnées d'une véritable politique en faveur du *welfare*.

Positionnement clair du Commandement et des directives s'appliquant à toutes les OPEX, quelle que soit l'armée ou l'arme,

Identification par le Commandement de l'ensemble de ces lieux de consommation,

Etablissement d'horaires règlementaires et régularité des contrôles ; interdiction des bars clandestins,

Encadrement des ventes des boissons alcoolisées, consommation sur place et interdiction des ventes promotionnelles d'alcool,

Favoriser l'offre de boissons non alcoolisées, par exemple par une politique tarifaire avantageuse,

Construire une véritable politique de *welfare* en favorisant le bien être du soldat sur sa base logistique incluant loisirs, distractions, accès facilité aux moyens de communication, etc.

Recommandation 9 :

Dépistage précoce des jeunes engagés

Au cours du passage au Centre de sélection et orientation lors de la visite d'aptitude initiale et lors de la visite d'incorporation et durant la période probatoire, une évaluation systématique de la relation à l'alcool sera effectuée. L'utilisation du questionnaire de remplissage rapide DETA (4 questions) aidera au dépistage d'une consommation excessive d'alcool.

(À remplir par le patient)			
Cocher les cases correspondantes :		Oui	Non
1 - Avez-vous déjà ressenti le besoin de			
Diminuer votre consommation d'alcool ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2 - Votre Entourage vous a-t-il déjà fait des remarques			
au sujet de votre consommation excessive d'alcool ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3 - Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez Trop ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4 - Avez-vous déjà eu besoin d'Alcool dès le matin			
pour vous sentir en forme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Interprétation :			
Deux réponses positives (ou plus) à ces questions sont évocatrices d'une consommation nocive.			

Questionnaire DETA.

Recommandation 10 :

Le dépistage en cours de carrière, toute catégorie de personnels

Lors de la visite médicale annuelle d'aptitude, une évaluation systématique de la relation à l'alcool sera effectuée. A côté de la biologie dont on connaît le caractère peu fiable, on utilisera le questionnaire AUDIT (dix questions) visant à diagnostiquer et différencier une consommation à problème d'une dépendance.

Cotation de 0 (jamais) à 4 (maximum)

- Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?
- Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?
- Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?
- 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 ?
- 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 ?
- 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 ?
- Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?
- 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 ?
- Avez-vous été blessé ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu ?
- 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 ?

Interprétation :

Un total supérieur à 9 évoque une consommation nocive d'alcool

Un total supérieur à 13 évoque une dépendance

Questionnaire AUDIT.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Enquête Consommations et Santé – Enquête pour évaluer les conduites addictives dans les unités opérationnelles de la Marine – Rapport d'analyse sur la consommation d'alcool - Dia A, Queyriaux B et al. Doc. N° 399/IMTSSA/DESP/06.
2. Enquête Consommations et Santé - Évaluation des conduites addictives dans les unités métropolitaines de l'armée de Terre. Marimoutou C, Queyriaux B et al. Doc. N° 417/IMTSSA/DESP/07.
3. Conduites addictives chez les engagés volontaires des armées françaises hors de métropole, Mancini J, Meynard JB et al. *Alcoologie et Addictologie*, 2004; 26(3):205-13.
4. Lafont B. La naissance de la question de l'alcoolisme dans l'armée. *Médecine et Armée*, 1989; 17(1): 7-11.
5. Doury P, Girier L, Hiltenbrand C, Fromantin M. Le Comité central d'études sur l'alcoolisme dans les armées. *Médecine et Armées*, 1989; 17(1): 43-5.
6. Bazot M, Constant A, Fromantin M, Doury P, Favre J-D, Force L, Goyffon M. « Publi-santé » : une campagne de prévention des conduites d'alcoolisation excessive chez l'adulte jeune. *Médecin et Armées*, 1989, 17(1): 59-67.
7. Bazot M, Ortolan J-M, Solignac G, Schweitzer J-L, Delance C. L'alcoolisation à l'âge du service national. *Bulletin de la Société française d'alcoologie*, 1982; n° 4.
8. Lebigot F. L'alcoolique et l'armée : le malentendu. *Alcoologie* 1995; 17(4):315-9.
9. Lebigot F, Leret S. Avatars de la honte chez l'alcoolique. *Alcoologie*, 1990; 3: 109-13.
10. Lebigot F, Payen A. Réflexions à propos du traitement et de la réinsertion de l'alcoolique militaire. *Médecine et Armées*, 1989; 17(1):77-80.
11. Bazot M, Force L. L'alcool, l'alcoolique et le psychiatre en milieu militaire. *L'information psychiatrique*, 1985; 61(8):1069-76.
12. Barrois C. La relation thérapeutique avec l'alcoolique. *Confrontations psychiatriques*, 1972 8: 159-78.
13. Favre J-D, Fidelle G, de Montleau F, Payen A. Addiction à l'alcool : méthodes thérapeutiques, in *Addictions : quels soins ?* Masson, 1997.
14. Legleye S, Beck F. Alcool : une baisse sensible des niveaux de consommation. *Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé*. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 2005.
15. Legleye S, Spilka S, Le Nézet C, Hassler C, Choquet M. Alcool, tabac et cannabis à 16 ans. *Tendances, OFDT-INSERM*. Janvier 1999, n° 64.
16. Legleye S et al. « Tabac, alcool et cannabis pendant la primo adolescence. Résultats de l'enquête HSBC 2006 ». *Tendances* 2008; 59: 6.
17. Legleye S. Drogues à l'adolescence en 2005 – Niveaux, contextes d'usage et évolution à 17 ans en France – Résultats de la cinquième enquête nationale ESCAPAD; 2007 – OFDT - St Denis : 77.
18. Choquet M et al. « Les substances psychoactives chez les collégiens et lycéens : consommations en 2003 et évolution depuis dix ans », *Tendances* 2004 :35: 6.
19. Beck F, Legleye S, Le Nézet O, Spilka S. Atlas régional des consommations d'alcool 2005. Données INES/OFDT. Saint-Denis : INEPS, collection Etudes santé territoires, 2008 : 336 p.
20. Roué R, Larroque P, le Barbu M, Favre J.-D, Mansour C, Cristau P. Causes et motivations de l'alcoolisme en milieu militaire. *Alcoologie et Forces Armées*. La documentation française, Paris, 1981.
21. Jonah B, Mann R, Macdonald S, Stoduto G, Bondy S, Skaikh A. The effects of lowering legal blood alcohol limits : a review. In : *Proceedings of the 15 th international conference on alcohol, drugs and traffic safety*. Stockholm, 2000 (www.icadts.com).
22. Henstridge J, Homel R, Mackay P. The long-term effects of random breath testing in four Australian states : a time serie analysis. Canberra Australia : Federal Office of road Safety 1997.
23. McKnight AJ, Voas RB. Prevention of alcohol-related road crashes. In : Heather N, Peters TJ, stockwell T, Eds. *International handbook of alcohol dependence and problems*. Chichester : John Wiley and Sons, 2001 : 741-70.
24. BEH de novembre 2009 (DESP Marseille et Paris, Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès, Inserm-CépiDc).
25. Zins M et al. Predictors of change in alcohol consumption among Frechmen of the Gazel study cohort. *Addiction* 1999; 94 : 385-95.
26. Descombey JP, Actes du colloque "L'alcool et le travail". Arcachon, 12 mai 2000.
27. Collins JJ. Suggested explanatory frameworks to clarify the alcohol use/violence relationship. *Contemp Drug Problems* 1988 ; 15 : 107-21.
28. Lipsey MW, Wilson DB, Cohen MA, Derzon JH. Is there a causal relationship between alcohol use and violence ? A synthesis of evidence. In : *Recent developments in alcoholism*. Galanter M ed, Plenum Press, New York 1997 : 245-82.
29. Martin SE, Bachman R. The relationship of alcohol to injury in assault cases. *Recent Dev Alcohol* 1997; 13 : 41-56.
30. Graham K, West P, Wells S. Evaluating theories of alcohol-related aggression using observations of young adults in bars. *Addiction* 2000; 95 : 847-63.
31. Perez-Diaz C, Huré M-S. Violences, alcool et santé mentale. *Alcoologie et addictologie*, 2006; 28(4) : 39-48.

32. De Montleau F. Conduites agressives pathologiques dans une force de maintien de la paix : aspects épidémiologiques, cliniques, psychopathologiques et thérapeutiques. Mémoire pour le Diplôme d'Études Spécialisées de Psychiatrie, Faculté de Kremlin-Bicêtre, Université Paris-Sud, 1998.
33. Rossow I, Romelsjo A, Leifman H. Alcohol abuse and suicidal behaviour in young and middle age men; differentiating between attempted and completed suicide. *Addiction*, 1999; 94(8):199-207.
34. Sjogren H, Eriksson A, Ahlm K. Role of alcohol in unnatural deaths: a study of all death in Sweden. *Alcohol Clin Exp Res*, 2000; 24(7): 1050-6.
35. Stailkowski F, Uzan D, Grillon N, Pelvieri F, Hafi A, Michard F. Intoxications médicamenteuses volontaires reçues dans un service d'accueil des urgences. *Presse Med*, 1995; 24(28): 1296-300.
36. Schuckit MA, Smith TL. An 8-year follow-up of 450 sons of alcoholic and control subjects. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 202-10.
37. Schuckit MA. Biological, physiological and environmental predictors of the alcoholism risk: a longitudinal study. *J Stud Alcohol* 1998; 59: 485-94.
38. Prescott CA, Kendler KS. Age of first drink and risk of alcoholism: a non causal association. *Alcohol Clin Exp Res* 1999; 23: 101-7.
39. Zuckerman M. Vulnerability to psychopathology. A biopsychosocial model. Chapter 6: Substance abuse and dependence and pathological gambling disorders. American psychological association, Washington 1999: 255-317.
40. -Adès J, Conduites de dépendance et recherche de sensations. In: Dépendance et conduites de dépendance. Bailly D, Vénisse J-L, Editions Masson, Paris, 1995: 147-66.



MC F. De Montleau. © F. Teste.