

**Dr Charles Gheorghiev\***, **Dr Philippe Arvers\*\***, **Pr Franck de Montleau\*\*\***, **Pr Geneviève Fidelle\*\*\*\***

\* Assistant des hôpitaux des armées, Service de psychiatrie, Hôpital d'instruction des armées Percy, 101, avenue Henri Barbusse, F-92140 Clamart. Courriel : charlesgheorghiev@orange.fr

\*\* Chercheur, Centre de recherche du Service de santé des armées, Grenoble, France

\*\*\* Chef de service de psychiatrie, Hôpital d'instruction des armées Percy, Clamart, France

\*\*\*\* Chef de service de psychiatrie, Hôpital d'instruction des armées Legouest, Metz, France

Reçu octobre 2007, accepté décembre 2007

# Questionnaire CAST

## Validation en milieu militaire

### Résumé

Le questionnaire CAST, outil spécifiquement dédié au repérage des consommations problématiques de cannabis, a été récemment validé en population générale (1). Notre étude visait à enrichir ces données en population spécifique, la population militaire, abordée ici sous l'angle de demandes quant à l'aptitude des personnels. Sa méthodologie a fait appel à un autoquestionnaire incluant le CAST et à un entretien psychiatrique conclu par le renseignement d'une fiche de recueil médical permettant de préciser l'éventuelle addiction au cannabis et les principaux déterminants de son usage. Les qualités psychométriques du CAST ont été confirmées, tant sur le plan de sa consistance interne que de sa spécificité et de sa sensibilité, avec la définition d'un seuil de consommation à risque à partir d'un score de trois. Les données obtenues de prévalence de la consommation de cannabis complètent les résultats des précédentes études réalisées en milieu militaire, sans qu'il n'ait été possible de les corrélérer à d'éventuels facteurs de risque psychopathologiques ou environnementaux. La dimension médico-militaire d'une consommation de cannabis a pu être objectivée, loin des attitudes passionnelles que cette dernière peut susciter parfois dans un milieu à la vie fortement réglementée.

### Mots-clés

Cannabis – Repérage – Psychométrie – Abus – Dépendance.

La très nette augmentation des consommations de cannabis ces dix dernières années en France et en Europe expose à un développement notable de leurs conséquences en termes de santé publique, tout particulièrement chez l'adulte jeune. Le dépistage et l'autoévaluation d'une consommation régulière de cannabis ont été peu étudiés dans cette

### Summary

#### Validation of the CAST questionnaire in the military setting

The CAST questionnaire, a tool specifically devoted to the detection of problem cannabis use, has recently been validated in the general population (1). This study was designed to confirm these findings in a specific, military population, in the context of personnel aptitude assessment. This study was based on a self-administered questionnaire including the CAST and a psychiatric interview and completion of a medical record form designed to assess possible cannabis dependence and the main determinants of cannabis use. The psychometric qualities of the CAST were confirmed in terms of its internal consistency and specificity and sensitivity, with the definition of a cut-off for high-risk cannabis use beyond a score of three. The cannabis use prevalence data obtained completed the results of previous studies conducted in a military setting, but they could not be correlated with any psychopathological or environmental risk factors. The medico-military dimension of cannabis use was demonstrated, free from the emotional reactions that this substance use can sometimes trigger in a setting governed by strict rules.

### Key words

Cannabis – Screening – Psychometrics – Abuse – Dependence.

population, malgré leur intérêt dans la mise en place d'une prise en charge précoce et d'une orientation adaptée. Une étude récente menée par un groupe international franco-phonie (1) a fait la synthèse des différents outils disponibles en français pour le repérage et l'évaluation de la consommation de substances psychoactives (SPA). Elle a distingué

les outils de repérage, destinés aux intervenants de première ligne avec pour objectif le dépistage d'une population à risque pour laquelle une intervention, quelle qu'en soit sa nature, est souhaitable. Les outils d'évaluation, plus complexes et de passation plus longue, permettent une investigation plus approfondie de ces consommations problématiques. Ces instruments ont fait l'objet de niveaux de validation variables.

Concernant le repérage spécifique des consommations problématiques de cannabis, le questionnaire CAST (*Cannabis abuse screening test*) est en pratique le plus souvent utilisé, comme dans le contexte du récent dispositif des consultations cannabis (2) où son usage est prévalent par rapport aux autres autoquestionnaires, ainsi qu'en milieu militaire où il a été utilisé dans les dernières études épidémiologiques (3, 4). Ce questionnaire a été construit à partir des questions de l'enquête épidémiologique ESCAPAD qui interrogeaient six modalités d'usage ou conséquences de la consommation de cannabis, en faisant référence à la vie entière du sujet ; il décrit en effet en six questions les principaux éléments liés à l'utilisation de cannabis, en évoquant le registre comportemental (comme les usages non festifs, solitaires et matinaux), le registre mental (problème mnésique), social (remarques de l'entourage), ainsi que des signes de dépendance (perte de contrôle de la consommation) ou d'abus (divers problèmes liés à l'usage de cannabis). Les questions sont présentées dans l'annexe 1. Les modalités de réponse étaient initialement au nombre de cinq (jamais, rarement, de temps en temps, assez souvent, très souvent) pour être simplifiées parfois en mode binaire (oui/non), un score supérieur ou égal à trois réponses positives étant retenu comme le seuil d'une consommation problématique ou à haut risque.

### Annexe 1. – Questionnaire CAST

Au cours de votre vie :

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

Ce questionnaire a été développé en 2002 par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies à partir de la littérature existante (5) devant le faible caractère opérationnel des tests disponibles. Il a été testé et validé dans une enquête en 2003 en population scolaire et étudiante (6) par rapport au questionnaire POSIT (*Problem oriented screening instrument for teenagers*). Sa sensibilité était de 93 % et sa spécificité de 81 %, apparaissant ainsi comme un instrument de repérage performant tant par ses qualités de discrimination que par sa faisabilité, avec une passation rapide et simple. Il existe trois autres outils de repérage de la consommation de cannabis validés en langue française, le questionnaire québécois DEP-ADO (Dépistage de la consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents) qui évalue simultanément toutes les consommations de substances illicites (7), le MINI (*Mini international neuropsychiatric interview*) qui s'inspire des critères américains du DSM-IV (8) et le CUDIT (*Cannabis use disorders identification test*), déclinaison d'un test originellement dédié à l'alcool utilisé en Suisse (9).

L'objectif principal de ce travail était d'étudier et de valider le CAST comme outil de repérage des consommations de cannabis à risque regroupant l'usage nocif (abus) et l'usage avec dépendance en population spécifique : la population militaire. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer la prévalence de la consommation de cannabis, d'appréhender ses rapports avec des éléments sociobiographiques, cliniques et étiopathogéniques, et d'estimer son incidence professionnelle en termes d'aptitude. Il s'agit d'aider les médecins d'unité dans l'approche des patients consommateurs de SPA, ici le cannabis, en ouvrant la perspective de raccourcir le délai d'orientation et de prise en charge de ces usagers avant l'apparition d'éventuelles complications.

## Matériels et méthodes

### Population de l'étude

La population source était constituée de l'ensemble des militaires, toutes armées confondues, quels que soient leur affectation, leur grade et leur fonction, adressés en consultation psychiatrique pour une décision médico-militaire. Cette étude s'est déroulée sur deux sites hospitaliers : les Hôpitaux d'instruction des armées (HIA) Percy, à Clamart, et Legouest, à Metz. La période d'inclusion des sujets s'est étendue du 1<sup>er</sup> janvier 2006 au 31 mars 2007, permettant le recrutement d'un total de 509 patients. Le cadre de cette consultation était celui d'une expertise psychiatrique demandée par les médecins généralistes appartenant à

l'unité dont dépendaient les patients. Si les motivations de ces consultations étaient variées, elles avaient toutes comme dénominateur commun l'appréciation de l'aptitude du personnel à servir et des décisions médico-administratives qui en découlaient.

### **Recueil des données**

L'enquête comportait successivement une information préalable des sujets sur le protocole de recherche, la passation d'un autoquestionnaire anonyme et un entretien psychiatrique conclu par le renseignement d'un questionnaire médical, également anonyme. L'autoquestionnaire comprenait quatre parties, en prenant en compte les principaux éléments sociobiographiques (âge, sexe, vie familiale, niveau d'études), la situation militaire de l'intéressé(e) (année d'engagement, armée d'origine, catégorie de personnel, statut militaire), le questionnaire CAST dans sa version initiale incluant cinq modalités de réponse à chacune des six questions du test, et l'évaluation de la fréquence de consommation de drogues illicites au cours des 30 derniers jours. Le questionnaire médical comprenait cinq parties : la précision du motif de la consultation d'aptitude, des éléments cliniques (antécédents psychiatriques, symptomatologie psychiatrique, l'existence de troubles de la personnalité ou de troubles des conduites autres que les conduites addictives), l'évaluation des conduites addictives (cannabis et autres SPA), des éléments étiopathogéniques (facteurs familiaux, professionnels et socioculturels) et les conséquences de la consommation de cannabis sur l'aptitude. L'évaluation des conduites addictives a fait appel aux critères typologiques du DSM-IV-TR (10) pour la description des troubles liés à l'utilisation d'une substance en termes d'abus et de dépendance, pour dans un second temps permettre la catégorisation de la consommation en quatre entités cliniques : non-usage, usage simple, abus et dépendance.

### **Analyse statistique**

La saisie informatique des questionnaires a été réalisée par la société Data-Services, en procédant à une double saisie manuelle et une vérification des données. L'exploitation statistique des données a été réalisée au Centre de recherche du Service de santé des armées à Grenoble, en faisant appel au logiciel d'analyse STATA® dans sa neuvième version. La validation interne du questionnaire CAST a été effectuée à l'aide du test  $\alpha$  de Cronbach afin d'évaluer son homogénéité et par analyse factorielle confirmatoire. La

validation externe a été effectuée en prenant les critères du DSM-IV-TR comme référence : les sensibilité et spécificité ont été calculées, tout comme les valeurs prédictives positive et négative. Nous avons utilisé également la ROC-analyse afin de calculer les valeurs seuils du CAST permettant de catégoriser au mieux la consommation de cannabis d'un sujet en dépistant les usages problématiques. L'analyse du questionnaire CAST s'est faite conformément à celle retenue dans la littérature, en regroupant les deux premières modalités, assimilées à une réponse négative pour les deux premières questions, alors que seule la première modalité a été assimilée à une réponse négative pour les quatre autres questions, les autres modalités (rarement, de temps en temps, assez souvent, très souvent) étant considérées comme une réponse positive. Concernant l'évaluation de la consommation récente des drogues illicites, un regroupement en trois catégories d'usage a été réalisé : absence d'usage récent, usage occasionnel (entre un et neuf usages dans les 30 derniers jours) et usage régulier (plus de dix usages dans les 30 derniers jours).

## **Résultats**

### **Description de l'échantillon**

La population étudiée était composée de 509 patients, recrutés sur deux sites hospitaliers : l'HIA Percy (31,4 % de l'effectif) et l'HIA Legouest (68,6 %). Cette étude a été acceptée par une grande majorité des patients (98,8 %), soit 503 sujets au total. L'échantillon était composé de 432 hommes et 76 femmes ; la moyenne d'âge était de 24,8 ans ( $\pm$  0,2). Il s'agissait le plus souvent de personnes vivant seules (63,1 %), sans enfant (79,4 %). Concernant le niveau d'étude, près d'un sujet sur deux avait un niveau CAP ou BEP (48,3 %), et 38,5 % des sujets avaient un niveau supérieur ou égal au baccalauréat. Sur le plan militaire, la grande majorité des sujets provenait de l'Armée de terre (84,5 %), ainsi que de la Gendarmerie (8,5 %) et de l'Armée de l'air (6 %). Les sujets étaient le plus souvent des militaires du rang (79 %), avec un statut sous contrat (89,9 %) (tableau I).

### **Évaluation des conduites addictives**

La typologie de l'usage de cannabis au sein de notre population a été la suivante : la proportion de non-usagers était de 69,2 %, l'usage simple était estimé à 21,6 %, alors que l'abus concernait 7,8 % des sujets et la dépendance 1,4 %.

**Tableau I** : Récapitulatif de la description des données sociodémographiques

Variable	Effectif	Pourcentage ou moyenne
Sexe :		
- homme	432	85,0 %
- femme	76	15,0 %
Âge	508	24,8 ans (± 0,2)
Statut matrimonial :		
- célibataire	315	63,1 %
- en couple	184	36,9 %
Enfants à charge :		
- oui	105	20,6 %
- non	404	79,4 %
Niveau d'études :		
- brevet/fin d'études 1 <sup>er</sup> cycle	65	13,2 %
- CAP/BEP	237	48,3 %
- baccalauréat / fin d'études 2 <sup>ème</sup> cycle	143	29,1 %
- études supérieures	46	9,4 %
Temps de service	482	4,8 ans (± 0,2)
Armée :		
- Terre	420	84,5 %
- Gendarmerie	42	8,5 %
- Air	30	6,0 %
- Marine	4	0,8 %
- autres	1	0,2 %
Catégorie des personnels :		
- officier	392	79 %
- sous-officier	95	19,2 %
- militaire du rang	9	1,8 %
Statut militaire :		
- sous contrat	443	89,9 %
- carrière	50	10,1 %

**Tableau II** : Résultats du questionnaire CAST

Score du CAST	Effectif	Pourcentage
0 à 2	372	73,1 %
3	37	7,3 %
≥ 4	70	13,8 %
Non-réponse	30	5,9 %

Le questionnaire CAST a été bien accepté, avec un taux de non-réponse à ses six questions inférieur à 6 %. Plus de 73 % des sujets avait un score inférieur à deux, un peu plus de 7 % un score de trois et près de 14 % un score supérieur ou égal à quatre (tableau II). Concernant la fréquence de l'usage de substances illicites au cours des 30 derniers jours, il a été observé un usage occasionnel de cannabis chez 14,8 % des sujets, et un usage régulier dans 5,7 % des cas. La consommation déclarée des autres SPA illicites a été minoritaire par rapport à celle du cannabis, inférieure à 7 % de l'effectif toutes substances confondues. Près de 40 % des patients ne consommaient ni alcool ni tabac ; l'abus d'alcool concernait 11,1 % des sujets, pour une dépendance alcoolique estimée à 1,7 % de la population source. Une dépendance tabagique était retrouvée chez 35,5 % des sujets.

## Facteurs étiopathogéniques

Une comorbidité psychiatrique était fréquemment associée, sous la forme d'antécédents psychiatriques observés chez plus de 30 % des patients, où dominaient troubles anxieux (29,6 %) et troubles de l'humeur (25,8 %). Des troubles de la personnalité ont été retrouvés chez plus d'un tiers des sujets : une personnalité dépendante surtout (47 %), ainsi qu'une personnalité *borderline* (11,9 %) ou une personnalité évitante (11,4 %). Une symptomatologie psychiatrique était associée dans un tiers des cas, principalement un trouble anxieux généralisé (49,4 %) ou un trouble dépressif (28,2 %). D'autres troubles des conduites étaient présents chez 11,6 % des sujets : une conduite suicidaire le plus souvent (41,4 %) ou un acte de délinquance (24,1 %). Au plan étiopathogénique, un facteur professionnel a été retrouvé chez 14,5 % des sujets, sous le mode d'une rupture avec l'institution évoquée au travers des notions de désengagement et de trouble de l'adaptation ; le contexte opérationnel sous la forme d'une opération extérieure était rarement mis en avant (moins de 2 % de l'effectif). Un facteur familial était observé chez 13,4 % des sujets chez lesquels dominait une dimension affective avec les notions de conflits familiaux, de ruptures (éloignement, séparation, décès d'un proche) ou d'un sentiment de carence affective ; un facteur socioculturel était rarement impliqué (1,8 % des sujets).

## Aspects médico-militaires

Le motif de consultation était le plus souvent une demande d'aptitude spécifique (77,4 %), plus rarement un trouble psychiatrique ou un trouble de la personnalité (11,2 %). La consommation de cannabis en elle-même n'était que rarement à l'origine d'une demande de consultation (4,2 %), tout comme celle des autres SPA (3,4 %). Les conséquences de la consommation de cannabis sur l'aptitude s'exprimaient en termes de restriction d'aptitude dans 7,4 % des cas, et d'inaptitude définitive chez 8,7 % des sujets. Ces décisions ont été corrélées le plus souvent à un usage de cannabis avec abus, retrouvé dans plus de 40 % des cas.

## Validation du questionnaire CAST

La consistance interne du questionnaire CAST a été évaluée par le test de Cronbach, avec un coefficient  $\alpha$  estimé à 0,87. À partir du diagnostic DSM-IV-TR, les patients ont été répartis en deux groupes : un premier groupe dont la typologie de la consommation de cannabis renvoyait au

non-usage et à l'usage simple, et un second groupe caractérisé par un usage de cannabis de type abus ou dépendance. En fonction du score au CAST, ils ont été répartis en deux groupes également : un groupe dont le score était compris entre zéro et deux et un groupe dont le score était supérieur ou égal à trois (tableau III). La sensibilité du test était égale à 84,8 % et la spécificité à 85,1 % ; la valeur prédictive positive était estimée à 37,1 %, la valeur prédictive négative à 98,2 % et la valeur globale du test à 85,4 %. La ROC-analyse a permis d'affiner ces résultats : avec un score au CAST supérieur ou égal à trois, la sensibilité atteignait 86,7 % et la spécificité 84,6 %. L'aire sous la courbe était égale à 0,91. En ayant étudié les valeurs du CAST en fonction du diagnostic DSM-IV-TR permettant une catégorisation de l'usage de cannabis, il a été observé des corrélations entre types d'usage et scores au CAST (tableau IV), avec  $p < 10^{-6}$  au test de Kruskal-Wallis. Une interaction significative entre les scores au CAST et la fréquence de la consommation récente de cannabis avec  $p < 10^{-6}$  au test de Kruskal-Wallis a été retrouvée (tableau V). En revanche, il n'a pas été noté d'interaction significative entre le score au CAST et l'existence ou non d'une comorbidité psychiatrique ou d'autres facteurs étiopathogéniques.

**Tableau III** : Typologie de la consommation de cannabis et scores au CAST

Score au CAST	Consommation de cannabis	
	Non-usage Usage simple	Abus Dépendance
0 à 2	388	7
≥ 3	66	39

**Tableau IV** : Scores au CAST et catégorisation de l'usage de cannabis

Catégorisation	CAST	
	Valeur moyenne (± 2 écarts à la moyenne)	Valeur médiane
Non-usage	0,3 ± 0,1	0,0
Usage simple	2,7 ± 0,3	3,0
Abus	4,0 ± 0,5	4,0
Dépendance	4,6 ± 1,0	4,0

**Tableau V** : Scores au CAST et consommation récente de cannabis

Consommation	CAST	
	Valeur moyenne (± 2 écarts à la moyenne)	Valeur médiane
Absence d'usage récent	0,6 ± 0,1	0,0
Usage occasionnel	3,0 ± 0,4	3,0
Usage régulier	4,5 ± 0,5	5,0

## Discussion

### Représentativité de l'échantillon

L'échantillon de population étudiée représentait la population militaire dans sa tranche d'âge la plus fréquente, celle des jeunes engagés (tableau I) ; son profil était en effet celui d'un sujet jeune, de sexe masculin, célibataire sans enfant, appartenant principalement à l'Armée de terre et à la catégorie des militaires du rang, avec un lien contractuel au service et dont l'ancienneté était inférieure à cinq ans de service. Le recrutement des sujets, bien que sur deux sites hospitaliers, provenait principalement de l'HIA Legouest à Metz, ce qui pouvait être imputable à la plus forte concentration de régiments dans la région militaire de rattachement de cet hôpital et, par là même, d'une activité d'expertise plus soutenue. La représentativité de la population source était discutable de par le biais de recrutement des sujets, avec ce filtre de la demande d'avis psychiatrique pour décision médico-militaire comme critère d'inclusion dans l'étude, renvoyant ainsi à une population spécifique : celle qui, pour une raison non quantifiée ici, posait la question de son aptitude au service, donc avec l'existence de troubles de nature variable, mais avec pour point commun un retentissement socioprofessionnel. Les conduites addictives en règle générale, et la consommation de cannabis en particulier, ne semblaient pas poser de problème de cet ordre, l'usage de cannabis ayant représenté moins de 4,2 % des demandes de consultation.

### Prévalence de l'usage de cannabis et CAST

L'évaluation de la prévalence de la consommation de cannabis et des autres s'est appuyée, à la différence des deux dernières études en milieu militaire (3, 4) sur la consommation récente déclarée par les sujets, sans recours à un test de dépistage urinaire, dans la mesure où ces études avaient pu montrer une excellente concordance entre consommations de cannabis déclarée et mesurée. Dans notre population, le non-usage de cannabis était de 69,2 %, l'usage simple était estimé à 21,6 %, alors que l'abus de cannabis concernait 7,8 % des sujets et la dépendance 1,4 %. L'usage récent de cannabis concernait 20,5 % des sujets, réparti entre un usage occasionnel dans 14,8 % des cas, et un usage régulier pour 5,7 %. Ces chiffres étaient proches de ceux observés dans la dernière étude faite au sein de l'Armée de terre en 2007 (4), avec une consommation de cannabis dans le dernier mois estimée à 20,7 %, une prévalence de l'usage occasionnel estimée à 12,4 % et celle de l'usage régulier à 8,2 % de la population. Ils étaient toutefois supé-

rieurs à ceux retrouvés dans l'étude réalisée au sein de la Marine (3) où l'usage occasionnel concernait 8,8 % des sujets et l'usage régulier 3,9 %, alors que les études antérieures menées au sein des armées retrouvaient un usage récent de cannabis compris entre 10 et 20 % des sujets. Les résultats du CAST (tableau II), avec plus de 21,1 % de sujets ayant obtenu un score supérieur ou égal à trois, score considéré comme le seuil d'une consommation problématique de cannabis, étaient voisins de ceux observés dans la Marine nationale (3) avec 23,8 % de l'effectif au-delà de ce seuil.

La prévalence de l'usage problématique de cannabis telle qu'elle peut être estimée par le questionnaire CAST est apparue dans notre étude proche de la prévalence de l'usage récent de cannabis (consommation dans les 30 derniers jours), respectivement 21,1 % versus 20,5 %. Elle était toutefois nettement supérieure à la prévalence de l'usage avec abus ou avec dépendance (9,2 % de notre population) telle qu'elle a pu être évaluée au cours des entretiens psychiatriques selon les critères du DSM-IV-TR. L'approche clinique de la typologie de l'usage de cannabis est apparue ici plus restrictive dans la définition des usages problématiques que l'outil standardisé du CAST ; ce dernier semble permettre un repérage plus large de sujets à risque dans une population donnée, qui plus est avec une grande facilité d'utilisation et une rapidité de passation, ce qui rend compte de sa très bonne acceptabilité, ici plus de 94 % des sujets. L'usage des autres substances illicites était rare par rapport au cannabis, alors que l'alcool et le tabac étaient les deux autres principales SPA consommées dans notre échantillon avec le cannabis.

### ***Un terrain sous-jacent ?***

Dans une tentative d'appréhender les éventuels facteurs étiopathogéniques associés à ces conduites de consommation de SPA, il a été observé au sein de notre population une prévalence de troubles psychiatriques au sens large dans un tiers des cas : antécédents psychiatriques chez plus de 30 % des sujets où dominaient troubles thymiques et troubles anxieux, troubles de la personnalité dans 37 % des cas, au premier rang desquels se trouvait une personnalité dépendante ; une symptomatologie psychiatrique dans plus du tiers des cas à type d'anxiété généralisée et de dépression. Il n'a toutefois pas été possible de corrélérer la consommation de cannabis à ces potentiels facteurs de risque, avec l'absence d'interaction significative avec les scores du CAST ; la faiblesse de notre effectif ne permettait pas de conclure sur le plan statistique.

En dehors de ces éléments psychiatriques, les autres facteurs étiopathogéniques étaient impliqués dans moins de 15 % des cas. Un facteur professionnel était retrouvé le plus fréquemment, dans sa dimension de rupture avec l'institution militaire ; le contexte opérationnel sous la forme d'une opération extérieure était rarement mis en avant (moins de 2 % de l'effectif). L'étude récente menée au sein de la Marine nationale (3) n'avait pas objectivé d'effet significatif des missions opérationnelles sur la consommation de cannabis, mettant plutôt en avant un contrat de courte durée comme facteur de risque professionnel. Un facteur familial était observé dans 13 % des cas, où dominait une dimension affective sur le mode de conflits familiaux, de ruptures (éloignement, séparation, décès d'un proche) ou d'un sentiment de carence affective.

### ***Cannabis et aptitude***

Les rapports entre la consommation de cannabis et le milieu militaire ont été ici étudiés par le retentissement professionnel d'une telle consommation en termes d'appréciation de l'aptitude au service des usagers de cannabis. Cette consommation représentait moins de 5 % des demandes de consultation pour décision médico-militaire ; elle a également été rarement à l'origine d'une restriction d'aptitude, qu'elle ait été partielle ou totale avec inaptitude définitive au service, mesures mises en place dans moins de 10 % des cas chacune. La corrélation de ces décisions d'inaptitude avec la typologie de l'usage de cannabis a révélé la grande fréquence de l'abus de cannabis (plus de 40 % des décisions d'inaptitude partielle ou totale), devant celle de la dépendance à ce produit (10 % de ces mêmes décisions). Ce résultat est à mettre en relation avec la conception de l'expertise psychiatrique au sein de l'institution militaire, où la détermination de l'aptitude, comme le recommandent les textes réglementaires (11), est l'aboutissement d'une démarche clinique dont la richesse ne saurait se réduire à une simple évaluation nosologique descriptive ; l'expression comportementale de troubles des conduites, comme les conduites addictives, est en effet à resituer dans son contexte psychopathologique avec l'appréciation du fonctionnement global du sujet pour guider la décision d'aptitude.

### ***Validation du CAST***

L'objectif principal de notre étude était la validation du CAST comme outil de repérage des consommations problématiques de cannabis en population militaire. La consistance interne du test était bonne avec un coefficient  $\alpha$  estimé

à 0,87 (test de Cronbach), alors que la sensibilité du test était évaluée à 84,8 % et la spécificité à 85,1 %. Une étude récente visant à valider le CAST en population générale (6) a retrouvé une consistance interne assez proche (0,81), une sensibilité encore supérieure et une spécificité comparable (respectivement 93 % et 81 %); ces résultats étaient observés pour un groupe de patients présentant un score élevé au POSIT (facteur A supérieur ou égal à sept). La définition d'un seuil de consommation de cannabis à risque à partir du score obtenu au CAST est intéressante en pratique pour le dépistage et l'orientation de ces sujets. Un score supérieur ou égal à trois est apparu dans notre étude le plus pertinent sur le plan statistique, permettant le meilleur compromis entre spécificité et sensibilité du test, comme l'exprimaient les résultats de la ROC-analyse.

Une corrélation entre résultats au CAST et typologie de l'usage de cannabis a pu être faite (tableau IV), mettant en évidence, d'une part, que son usage simple correspondait à un score médian de trois et, d'autre part, que l'abus et la dépendance au cannabis correspondaient tous deux à une valeur médiane de quatre. Ces résultats vont dans le sens de l'étude précédemment décrite (6) qui a privilégié la définition de trois niveaux de risque, faible (score inférieur ou égal à deux), modéré (score égal à trois), et élevé (score supérieur ou égal à quatre). Cette quantification du niveau de risque semble adaptée en population générale, qui plus est dans les centres de santé dédiés à la prise en charge des addictions; une simplification de l'interprétation des résultats du CAST avec la définition d'un seuil unique de consommation de cannabis à risque est légitime en population militaire. Elle pourrait en effet améliorer l'efficacité et l'acceptabilité du test par les intervenants de terrain, dont le rôle de dépistage trouvera un relais dans la démarche d'évaluation des conduites addictives auprès de spécialistes hospitaliers.

Un autre indicateur d'une consommation potentiellement à risque de cannabis pourrait être l'usage récent, dans les 30 derniers jours, de cannabis. On a pu observer une corrélation entre l'usage récent occasionnel de cannabis (entre un et neuf usages dans le mois précédent) et une valeur médiane du CAST de trois (tableau V), alors que ce score passait à cinq en cas d'usage régulier. Dans l'étude menée au sein de la Marine nationale (4), près de 40 % des consommateurs occasionnels et 70 % des consommateurs réguliers avaient un score au CAST supérieur ou égal à trois. L'appréciation de l'usage récent de cannabis pourrait ainsi être associée au questionnaire CAST dans le cadre d'une démarche de repérage des consommations à risque, même si ces résultats méritent d'être confirmés.

L'amélioration des caractéristiques psychométriques du CAST, et plus particulièrement de sa spécificité, pourrait également être permise par la restriction de la période à laquelle il fait référence, en privilégiant les 12 derniers mois, voire le dernier mois, au lieu de la vie entière du sujet. Cette nuance n'aurait eu que peu d'incidence dans notre étude qui concernait essentiellement des sujets jeunes, mais trouverait toute sa pertinence dans une population plus âgée chez laquelle une consommation de cannabis ancienne, datant notamment de l'adolescence, ne serait plus d'actualité.

## Conclusion

Le questionnaire CAST est apparu dans notre étude comme un outil de repérage performant par ses qualités de discrimination et sa faisabilité, avec une passation rapide et simple, facilitant son acceptabilité. Son utilisation par les médecins d'unité semble pertinente par l'aide que ce questionnaire peut apporter dans l'approche des patients consommateurs de cannabis, à condition qu'il s'inscrive dans une dynamique de soins en favorisant la rencontre d'un sujet parfois en rupture avec son environnement. Il pourrait participer à la sensibilisation à la fois des acteurs de terrain et des usagers en apportant une dimension objective et rationnelle à un phénomène qui suscite souvent plus d'attitudes défensives qu'une approche scientifique, en éloignant la possibilité d'engager une démarche de soins. ■

## Références bibliographiques

- 1 - Groupe francophone de travail sur le repérage des consommations à risque et dangereuses de substances psychoactives chez les adolescents et les jeunes. Substances psychoactives chez les jeunes : outils de repérage et d'évaluation des consommations disponibles en français. *Alcoologie et Addictologie* 2007 ; 29 (2) : 131-141.
- 2 - Obradovic I. Premier bilan des "consultations cannabis". *Tendances* 2006 ; 50 : 1-6.
- 3 - Queriaux B, Ollivier L, Michel R, Verret C, Matras-Maslin V, Martinez D et al. Rapport d'analyse sur la consommation du cannabis dans la Marine. Document n° 675/IMTSSA/DESP/05.
- 4 - Marimoutou C, Queriaux B, Haus-Cheymol R, Spiegel A, Boutin JP. Résultats préliminaires de l'enquête d'évaluation des conduites addictives dans les unités métropolitaines de l'Armée de terre. Document n° 247/IMTSSA/DESP/07.
- 5 - Reynaud M. Usage nocif de substances psychoactives : identification des usages à risques ; outils de repérage ; conduites à tenir. Paris : Documentation française, 2002.
- 6 - Legleye S, Karila L, Beck F, Reynaud M. Validation of the CAST, a Cannabis abuse screening test in general population. *Journal of Substance Use* 2007 ; 12 (4) : 233-242.
- 7 - Bernard M, Bolognini M, Plancherel B, Chinet L, Laget J, Stephan P et al. French validity of two substance-use screening tests among adolescents : a comparison of the CRAFFT and DEP-ADO. *Journal of Substance Use* 2005 ; 10 (6) : 385-395.
- 8 - Lecrubier Y, Sheehan DV, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Harnett-Sheehan K et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview : reliability and validity according to the CIDI. *Eur Psychiat* 1997 ; 12 (5) : 224-231.
- 9 - Adamson SJ, Sellman JD. A prototype screening instrument for cannabis use disorder: the Cannabis Use Disorders Identification Test (CUDIT) in an alcohol-dependent clinical sample. *Drug Alcohol Rev* 2003 ; 22 (3) : 309-315.
- 10 - American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition, text revision. Washington : American Psychiatric Association, 2000.
- 11 - Instruction n° 2100/DEF/DCSSA/AST/AME du 1<sup>er</sup> octobre 2003 relative à la détermination de l'aptitude médicale à servir (NOR : DEFE0352636J).