



HAL
open science

Usage et mésusage du cannabis chez les candidats à l'engagement au régiment du service militaire adapté de Nouvelle Calédonie

Mélanie Fau

► **To cite this version:**

Mélanie Fau. Usage et mésusage du cannabis chez les candidats à l'engagement au régiment du service militaire adapté de Nouvelle Calédonie. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02974208

HAL Id: dumas-02974208

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02974208v1>

Submitted on 21 Oct 2020

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

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

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
Spécialité Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement le 30 septembre 2020
à Bordeaux

Par FAU Mélanie

Élève de l'École du Val-de-Grâce

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

Ancienne élève de l'École du Service de Santé des Armées de Bordeaux

Né le 03/05/90 à Toulon (83)

**USAGE ET MESUSAGE DU CANNABIS CHEZ LES CANDIDATS À
L'ENGAGEMENT AU REGIMENT DU SERVICE MILITAIRE ADAPTE
DE NOUVELLE CALEDONIE**

Directeurs de thèse :

Monsieur le Docteur Vincent HUBERT

Jury :

Monsieur le Professeur Bruno FONTAINE : Président

Monsieur le Professeur Philippe CASTERA : Juge

Monsieur le Professeur Luc AIGLE : Juge

Monsieur le Docteur Gilles THOMAS : Juge

Madame le Docteur Cécile GALLEYRAND : Juge



**MINISTÈRE
DES ARMÉES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



ÉCOLE DU VAL DE GRÂCE

À Monsieur le médecin général Éric-Marie KAISER

Directeur de l'École du Val-de-Grâce

Professeur agrégé du Val-de-Grâce

Officier de l'ordre national de la Légion d'honneur

Commandeur de l'ordre national du Mérite

Chevalier de l'ordre des Palmes académiques

REMERCIEMENTS

À notre directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Vincent HUBERT

Responsable de la 34^{ème} antenne médicale du 4^{ème} CMA

Vous nous avez fait l'honneur de guider ce travail. Sans votre patience, sans votre bienveillance et sans votre disponibilité, cette thèse n'aurait jamais vu le jour.

Nous ne saurions trop vous remercier de nous avoir assisté à chaque étape de ce travail.

Nous vous remercions de la confiance que vous nous avez accordé et nous espérons avoir à travailler avec vous sur de nouveaux travaux d'études.

À Monsieur le Président du jury,

Monsieur le Professeur Bruno FONTAINE

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la présidence de notre jury de thèse. Nous vous remercions pour votre confiance et l'intérêt que vous avez porté à notre travail. Nous vous prions d'accepter l'assurance de notre profonde gratitude.

Aux membres de notre jury,

Monsieur le Professeur Philippe CASTERA

Vous nous faites l'honneur de siéger dans ce jury, veuillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements et de notre profond respect.

Monsieur le Professeur Luc AIGLE

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail. Nous vous remercions pour votre disponibilité et votre confiance. Nous vous exprimons notre profonde gratitude.

Monsieur le Docteur Gilles THOMAS

Nous vous remercions de votre soutien et de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à ce travail. Soyez assuré de notre profonde et sincère reconnaissance

Madame le Docteur Cécile GALLEYRAND

Nous vous remercions de votre soutien et de la bienveillance que vous avez toujours fait preuve envers nous. Nous vous exprimons nos sincères remerciements pour ce semestre passé à vos côtés et pour votre disponibilité.

À Madame Carole FORFAIT, je vous remercie pour votre aide précieuse concernant l'analyse de données et vos conseils experts en Santé Publique.

Au Docteur Yann BARGUIL, je vous remercie pour votre contribution à l'élaboration de ce travail en nous ayant permis d'étoffer l'état des lieux concernant la Nouvelle-Calédonie.

À Monsieur le Chef de Corps du Régiment du Service Militaire Adapté de Nouvelle-Calédonie, Je vous remercie de nous avoir autorisé à mener notre étude au sein de votre régiment. Tous nos respects pour la mission qui vous incombe.

À l'Adjudant-chef PAGANON Frédérique et l'Adjudant-chef PIERRE Yannick qui ont permis la réalisation de l'étude en ayant distribué les questionnaires et aidé les volontaires à l'engagement à les remplir. Sans eux ce travail n'existerait pas.

À Monsieur le Médecin en Chef Stéphane TRAVERS, d'avoir été le rapporteur de ce travail. Votre réactivité, votre gentillesse et votre bienveillance ont été une source de réconfort dans ces derniers moments riches, au combien stressants.

À mes amis d'écoles : Claire, Nanou, Flo, Léo, Bobo, Flo, Quentin ... et tous ceux que j'oublie. Merci pour ces années à Bordeaux et à Lyon. Que de souvenirs inoubliables.

À mes amis : Doudou, Marie, Yanic, Martin. A ces années d'internats passées ensemble. Ne resterons que les bons moments et les barbecues « tranquilles » qui dureraient jusqu'au lendemain. Merci d'avoir été là, sans vous l'aventure aurait été beaucoup plus longue.

À mes co-internes et maintenant amis : Thibaut mon co-interne préféré, merci d'avoir été à mes côtés pour cette traversée du désert. Margot, ton sourire et ton petit accent chantant était mon rayon

de soleil. Nicolas et Yann, la Bat team. Merci de m'avoir accompagné dans mon premier puis second sujet de thèse. Vos conseils auront été très précieux.

À mes maîtres de stage : aux Séniors des Urgences de l'HIARP pour m'avoir encadré lors de mon premier semestre ; aux séniors de Médecine interne pour l'apprentissage de la rigueur intellectuelle ; au Médecin Chef et les médecins adjoints de Balma, pour m'avoir appris mon métier, m'avoir fait confiance et pour votre bienveillance ; aux Chefs du service de gynécologie-obstétrique et de pédiatrie du CHG de Libourne, pour ces connaissances acquises ; aux séniors de Santé Voyage pour m'avoir donné la passion de la vaccination ; au Médecin Chef et aux adjoints de Cazaux, pour m'avoir accompagné dans la dernière ligne droite.

À Monsieur le Médecin en Chef RAINGEVAL, mes collègues médecins adjoints, Fred, Chacha et Malika, et à l'équipe de l'AEMI de Nancy. Je vous remercie infiniment pour votre accueil, chaleureux et sans jugement au sein de l'antenne. Merci de m'avoir accompagnée dans cette reprise professionnelle mouvementée et de m'avoir laissé du temps pour avancer sur ce travail.

Baptiste, mon petit frérout. Que ma vie aurait été triste sans toi. Qui aurait-je pu embêter et chatouiller, à qui aurais-je pu piquer des billets au Monopoly, ou encore déguiser. Merci d'être mon complice, surtout pour faire des bêtises, et de l'être encore plus aujourd'hui. Je t'aime fort.

Papa. Ton absence est la chose la plus cruelle et la plus douloureuse qui m'ait été donné de vivre jusqu'à présent. Ton sourire et tes yeux remplis de fierté et de leurs fidèles compagnes, les larmes de joie, vont terriblement me manquer le jour de la soutenance. Cette thèse est pour toi. J'espère qu'elle te plaît. Je t'aime à jamais.

Maman. Je ne remercierai jamais assez de m'avoir toujours soutenue et accompagnée dans tous mes projets, même les plus fous. Être étudiant en médecine est difficile, mais être la Maman de celui-ci est éprouvant. Je sais que ces 12 dernières années ont été chargées d'angoisses et d'inquiétudes. Merci de n'avoir posé la question "et ta thèse" qu'une fois sur les 10000 fois qu'elle te traversait l'esprit. Merci pour la relecture de dernière minute. Merci d'avoir subi tout ça pour moi. Merci d'être celle que tu es. Je t'aime Maman

Marceau, Adélie, mes enfants. Vous êtes les êtres qui me sont le plus cher au monde. Sachez que vous pourrez toujours compter sur moi. Je vous aime, à l'infini et plus encore.

Vincent, mon chéri de Namour. Merci d'être à mes côtés au quotidien. J'ai la chance incroyable de vivre avec quelqu'un sur qui je peux compter et qui est là pour moi en toutes circonstances. Tu es un homme et un père exceptionnel, patient, bienveillant et aimant. Tu m'as soutenu de manière inconditionnelle pendant ces années difficiles. Tu as toujours su me faire rire et trouver les mots pour me rassurer. Je n'ai pas assez de mots pour dire tout ce que je ressens pour toi, restons simple... Je t'aime mon amour.

À la Nouvelle-Calédonie. Tu m'as accueilli enfant avec mes parents et m'as vu grandir. Puis, tu m'as de nouveau accueilli, cette fois avec ma famille. Tu m'as alors fait grandir, me retrouver. Tu as accueilli mon père pour sa dernière demeure. Puis tu m'as permis d'avancer en accueillant mon deuxième enfant. Et pour finir, voilà que tu me remets sur les rails professionnels avec cette thèse. Tu feras a jamais partie de ma vie, de ma famille. Merci.

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

PLAN

REMERCIEMENTS	4
SERMENT MEDICAL	9
PLAN	10
LISTE DES ABREVIATIONS	13
LISTE DES FIGURES	14
LISTE DES TABLEAUX	15
LISTE DES ANNEXES	16
INTRODUCTION	17
PREMIÈRE PARTIE : CONNAISSANCES GÉNÉRALES	19
1 LA NOUVELLE-CALÉDONIE ET LE PEUPLE CALÉDONIEN	19
1.1 <i>Géographie</i>	19
1.1.1 La Nouvelle-Calédonie dans le monde et dans le pacifique	19
1.1.1.1 Les îles	19
1.1.1.2 Le lagon	20
1.1.2 Le climat	21
1.2 <i>Histoire contemporaine</i>	21
1.2.1 Période précoloniale (< 1850)	21
1.2.2 De la période coloniale à la seconde Guerre Mondiale	22
1.2.2.1 Colonisation de peuplement	22
1.2.2.2 La Première et la Seconde Guerre Mondiale	23
1.2.3 De l'après-guerre aux Évènements	23
1.2.3.1 L'après-guerre	23
1.2.3.2 Les Évènements	24
1.2.4 Des accords de Matignon-Oudinot à la consultation du 4 novembre 2018	25
1.2.4.1 Les accords de Matignon-Oudinot	25
1.2.4.2 L'accord de Nouméa	25
1.2.4.3 Consultation du 4 novembre 2018	26
1.3 <i>Population et principaux groupes ethniques</i>	26
1.3.1 Données démographiques et répartition de la population	26
1.3.2 Groupes ethniques	27
1.4 <i>Institutions et infrastructures</i>	28
1.4.1 Institutions gouvernementales spécifiques	28
1.4.1.1 Le Congrès, première institution de la Nouvelle-Calédonie	28
1.4.1.2 Le Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie	29
1.4.2 Institutions coutumières	29
1.4.2.1 Le Sénat coutumier	30
1.4.2.2 Les conseils coutumiers	31
1.4.2.3 Signes identitaires	31
1.4.3 Système de santé	32
1.4.3.1 Offre de soin générale	32
1.4.3.2 Offre de soin psychiatrique et addictologique	33
2 LE CANNABIS ET LA NOUVELLE-CALÉDONIE	34
2.1 <i>Connaissances générales</i>	34
2.1.1 Notions de bases en botanique	34
2.1.2 Formes consommées	36

2.1.3	Mécanisme d'action et signes cliniques	36
2.1.3.1	Pharmacocinétique et métabolisme.....	36
2.1.3.2	Le système cannabinoïde.....	38
2.1.3.3	Effets psychiques et somatiques	39
2.1.4	Usage thérapeutique.....	41
2.2	<i>Cadre légal et réglementation militaire</i>	42
2.3	<i>Le cannabis sur le territoire</i>	43
3	LE SERVICE MILITAIRE ADAPTÉ ET LE RSMA-NC.....	44
3.1	<i>Historique du RSMA-NC</i>	44
3.2	<i>Missions du SMA</i>	45
3.3	<i>Présentation du RSMA-NC(58)</i>	45
3.4	<i>Politique de dépistage des stupéfiants au RSMA-NC</i>	48
DEUXIÈME PARTIE : MATÉRIEL ET MÉTHODE.....		50
1	TYPE D'ÉTUDE	50
2	POPULATION.....	50
2.1	<i>Population étudiée</i>	50
2.2	<i>Critères d'inclusion</i>	50
2.3	<i>Critères d'exclusion</i>	50
3	OBJECTIFS :	50
3.1	<i>Objectif principal</i>	50
3.2	<i>Objectifs secondaires</i>	50
4	DÉROULEMENT DE LA RECHERCHE	51
4.1	<i>Schéma de la recherche</i>	51
4.2	<i>Type de recueil et diffusion</i>	51
4.3	<i>Données démographiques</i>	52
4.4	<i>Consommation de cannabis</i>	52
4.5	<i>Consommations associées</i>	53
4.6	<i>Connaissance de DECLIC</i>	53
5	GESTION DES DONNÉES	53
TROISIÈME PARTIE : RÉSULTATS.....		55
1	DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES.....	55
1.1	<i>Age et sexe</i>	55
1.2	<i>Provenance et zone d'habitation</i>	55
1.3	<i>Appartenance ethnique</i>	56
1.4	<i>Niveau scolaire et emploi</i>	56
2	OBJECTIF PRINCIPAL.....	57
2.1	<i>Consommation : proportion et modalités</i>	57
2.1.1	Taux d'initiation.....	57
2.1.2	Consommation actuelle	59
2.1.3	Consommation par sexe.....	60
2.1.4	Consommation par province	60
2.1.5	Tentatives d'arrêt	61
2.1.6	L'exposition	61
2.1.7	Le score au test CAST	62
3	OBJECTIFS SECONDAIRES.....	62
3.1	<i>Consommations associées</i>	62
3.2	<i>Facteurs de risque de consommation</i>	64
3.2.1	Facteurs de risque d'être initié au cannabis.....	64
3.2.2	Facteurs de risque d'être consommateur de cannabis	65

3.2.3	Facteurs de risque d’avoir un test urinaire positif.....	67
QUATRIÈME PARTIE : DISCUSSION	69	
1	DISCUSSION DES PRINCIPAUX RÉSULTATS.....	69
1.1	<i>Description démographique</i>	69
1.2	<i>Description de la consommation de cannabis chez les candidats à l’engagement</i>	70
1.2.1	Consommation actuelle	70
1.2.2	Le mésusage et résultats du test CAST	71
2	DISCUSSION DES RÉSULTATS SECONDAIRES	72
2.1	<i>Comparaison à la population générale calédonienne</i>	73
2.1.1	Taux d’initiation.....	73
2.1.2	Consommation actuelle	74
2.1.3	Consommation par sexe.....	74
2.1.4	Consommation par provinces	74
2.1.5	Tentatives d’arrêt.....	75
2.1.6	L’exposition	76
2.2	<i>Comparaison aux autres armées françaises.....</i>	76
2.3	<i>Mettre en évidence des facteurs de risque d’usage du cannabis</i>	77
2.3.1	Facteurs de risques d’être initié au cannabis	77
2.3.2	Facteur de risque d’être consommateur de cannabis et/ou d’avoir un test urinaire positif.....	79
2.4	<i>Décrire les autres consommations chez les volontaires à l’engagement.</i>	80
2.4.1	Consommation d’alcool.....	81
2.4.2	Consommation de tabac	82
2.4.3	Comparaison de la polyconsommation avec la métropole et la Nouvelle-Calédonie	82
3	VALIDITÉ DE L’ÉTUDE	84
3.1	<i>Les biais</i>	84
3.1.1	Le biais déclaratif.....	84
3.1.2	Le biais de volontariat	85
3.2	<i>Les points forts</i>	85
CONCLUSION	86	
RÉFÉRENCES	89	
ANNEXES.....	94	
	<i>Annexe I : Exemple de fiche de formation au RSMA-NC pour la filière transport logistique</i>	94
	<i>Annexe II : Questionnaire de l’étude.....</i>	95
	<i>Annexe III : Lettre d’information distribuée aux candidats</i>	98
	<i>Annexe IV : Fréquence de consommation de cannabis chez les candidats au RSMA-NC en fonction des variables étudiées.....</i>	99
	<i>Annexe V : Facteurs de risque d’être consommateur de cannabis. Analyse univariée.....</i>	100
	<i>Annexe VI : Facteurs de risque d’avoir un test urinaire positif. Analyse univariée</i>	101
UNITÉ DE RECHERCHE	1023	

LISTE DES ABREVIATIONS

AA	:	Auxiliaire d'Autonomie
AEB	:	Agent d'Entretien du Bâtiment
ADR-AC	:	Agent de Restauration Aide Cuisinier
APA	:	Agent Polyvalent Agricole
APEH	:	Agent Polyvalent en Établissement Hôtelier
APS	:	Agent de Prévention et de Sécurité
ASPQ	:	Agent de Sécurité Privé Qualifié
ASS-NC	:	Agence Sanitaire et Sociale de Nouvelle-Calédonie
CAST	:	Cannabis Abuse Screening Test
CHN	:	Centre Hospitalier du Nord
COMSMA	:	Commandement du Service Militaire Adapté
CHT	:	Centre Hospitalier Territorial
ESC	:	Équipier Sécurité Civile
FLNKS	:	Front de Libération Nationale Kanak et Socialiste
MACCAR	:	Maçon Carreleur
MCE	:	Métier de la construction et de l'entretien
MDT	:	Métiers de la Terre
MEA	:	Mécanicien Automobile
METSQUD	:	Métallier Soudeur
MTL	:	Métiers des Transports et de la Logistique
MTP	:	Métiers des Travaux publics
MSI	:	Métiers du Secteur Industriel
NC	:	Nouvelle Calédonie
OTEM	:	Opérateur Tombereau et d'Engins Miniers
OFDT	:	Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
PEB-PLAQ	:	Peintre En Bâtiment – Plaquiste
(S)PL	:	(Super) Poids Lourd
PP2/4M	:	Période Probatoire à 2 ou 4 Mois
PSN	:	Pôle Sanitaire du Nord
RAEAAD	:	Remobilisation et Accompagnement à l'Emploi Agent Administratif
RPCR	:	Rassemblement pour la Calédonie dans la République
RSMA-NC	:	Régiment du Service Militaire Adapté de Nouvelle Calédonie
SPV	:	Sapeur-Pompier volontaire
SSIAP	:	Service de Sécurité Incendie et d'Assistance à Personne
TC	:	Transport en Commun
THC	:	δ-9-tétrahydro-cannabinol
TPS	:	Travaux Paysagers Sylviculture
VDSMA	:	Volontaire Du Service Militaire Adapté
VKP	:	Voh – Koné – Pouembout
VL	:	Véhicule Léger
VS/VT	:	Volontaire Stagiaire / Technicien
ZEE	:	Zone Économique Exclusive

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : carte générale des îles et récifs de la Nouvelle Calédonie (IGN)

Figure 2 : le récif lenticulaire d'Oundjo (collection personnelle)

Figure 3 : Résultats définitifs de la consultation du 4 novembre 2018 (elections-nc.fr)

Figure 4 : organisation coutumière de la Nouvelle-Calédonie (ISEE)

Figure 5 : le double drapeau de la Nouvelle-Calédonie, Français (à gauche) et du FLNKS (à droite) (Les Nouvelles Calédoniennes)

Figure 6 : Cannabis sativa indica (gauche) et Cannabis sativa sativa (droite) (Leafly)

Figure 7 : jeune mélanésien posant avec ses plants de cannabis (Calédosphère)

Figure 8 : drapeau du Régiment du service militaire adapté de Nouvelle Calédonie (RSMA-NC)

Figure 9 : les filières de formation au RSMA-NC en 2019

Figure 10 : chantier pour la création d'un point de vue à l'ancienne mine de Tiébaghi par la section MDT, site historique du Nord de la Nouvelle Calédonie – RSMA-NC

Figure 11 : Fréquence de consommation de cannabis chez les candidats à l'engagement au RSMA-NC

Figure 12: résultats du test de dépistage au cannabis chez les candidats à l'engagement au RSMA-NC selon leur consommation déclarée

Figure 13 : taux de connaissance du dispositif DECLIC selon la consommation de cannabis

Figure 14 : Score au test CAST selon la fréquence des usages

Figure 15 : Répartition des entreprises par province. EIOM

Figure 16 : Evolution des niveaux d'usage de cannabis entre 1992 et 2017, parmi les 18-64 ans (en %) - Source OFDT

Figure 17 : Comparaison de la polyconsommation régulière de tabac, d'alcool et de cannabis entre la population métropolitaine et les candidats à l'engagement au RASM-NC

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Population des différentes communautés d'appartenance de Nouvelle-Calédonie en 2009 et 2014 (ISEE)

Tableau 2 : Pathologies liées à une utilisation régulière et chronique du cannabis

Tableau 3 : Origine géographique des candidats à l'engagement au RSMA-NC

Tableau 4 : Zone d'habitation des candidats à l'engagement au RSMA-NC

Tableau 5 : Appartenance ethnique des candidats à l'engagement au RSMA-NC

Tableau 6 : Niveau scolaire des candidats à l'engagement au RSMA-NC

Tableau 7 : Emploi actuel lors de la visite médicale des candidats à l'engagement au RSMA-NC

Tableau 8 : Initiation au cannabis des candidats au RSMA-NC selon les variables étudiées

Tableau 9 : Consommation de cannabis déclarée chez les candidats à l'engagement au RSMA-NC en fonction du sexe

Tableau 10 : Consommation d'alcool chez les candidats à l'engagement au RSMA-NC

Tableau 11 : Consommation de tabac chez les candidats à l'engagement au RSMA-NC

Tableau 12 : Facteurs de risque d'initiation

Tableau 13 : Facteurs de risque de consommation de cannabis

Tableau 14 : Facteurs de risque de test urinaire positif

LISTE DES ANNEXES

Annexe I : Exemple de fiche de formation au RSMA-NC pour la filière transport logistique

Annexe II : Questionnaire de l'étude

Annexe III : Lettre d'information distribuée aux candidats

Annexe IV : Fréquence de consommation de cannabis chez les candidats au RSMA-NC en fonction des variables étudiées

Annexe V : Facteurs de risque d'être consommateur de cannabis. Analyse univariée

Annexe VI : Facteurs de risque d'avoir un test urinaire positif. Analyse univariée

INTRODUCTION

La Nouvelle-Calédonie est une collectivité sui generis située dans le pacifique sud, à 17.000km de la métropole. De taille équivalente à deux fois celle de la Corse, elle est peu densément peuplée avec près de 300 000 habitants répartis sur le territoire dont près des deux tiers dans la région de Nouméa (capitale). Grâce à son climat tropical (humide et ensoleillé), elle offre un terrain propice à la culture du cannabis en particulier sur certaines zones du territoire (Houailou, Canala, Pouébo, Hienghène, Ile-des-Pins).

L'offre importante de cannabis va de pair avec une forte consommation, supérieure à celle de la métropole(1-3) : 56% des Calédoniens ont déjà consommé du cannabis dans leur vie contre 42% en métropole chez les 18-64 ans. La prévalence de l'usage quotidien est deux fois supérieure en NC qu'en métropole (4.5% contre 2% en métropole).

Malgré l'image favorable dont bénéficie le cannabis et la banalisation de sa consommation (4), elle représente un problème de santé publique car elle est à l'origine de complications neuropsychiques, somatiques et que son lien avec l'accidentologie routière est bien prouvé (5-8). C'est d'ailleurs pour cela que le terme de « pandémie cannabique » est utilisé pour décrire le développement de son usage (9).

Les différentes études montrent une large prédominance de la consommation dans la tranche d'âge 15-25 ans approximativement (adolescent et jeune adulte). Il est également prouvé que les personnes de faible niveau socio-éducatif sont plus à risque de consommer du cannabis, ainsi que d'en avoir un usage à risque ou une dépendance. Or, c'est exactement cette population qui est visée par le Régiment du Service Militaire Adapté de Nouvelle Calédonie (RSMA-NC) : les jeunes de 18 à 26 ans, éloignés de l'emploi, pour la plupart issus de tribus et/ou rapidement déscolarisés.

Il existe peu de données concernant le cannabis en Nouvelle-Calédonie, en particulier dans la population jeune, et sur les complications liées à son usage sur le territoire alors même que sa concentration en tétrahydrocannabinol (THC) est réputée élevée (10).

Cette étude par questionnaire a voulu s'intéresser aux jeunes volontaires qui souhaitent intégrer le RSMA-NC, en les interrogeant sur leur consommation, ainsi qu'en étudiant plus précisément les modalités de celle-ci. L'objectif de cette étude était donc de dresser un état des lieux de l'usage et du mésusage du cannabis chez les candidats à l'engagement au RSMA-NC. Secondairement, nous avons comparé nos résultats avec ceux d'autres populations dont la population générale et les militaires des autres armées (Armée de Terre, Marine, Armée de l'air). Un des objectifs secondaires était de retrouver des facteurs de risque liés à la consommation de cannabis. Finalement, afin de dresser un tableau plus complet des addictions dans notre population, nous avons étudié leurs consommations associées.

Dans une première partie, nous présenterons la Nouvelle Calédonie et ses habitants, puis nous décrirons le cannabis, ses usages et sa réglementation pour enfin présenter le Régiment du Service Militaire Adapté et ses missions.

Ensuite, l'étude et ses résultats seront détaillés dans une deuxième et troisième partie pour terminer par la discussion des résultats au regard des connaissances actuelles et de la littérature existante.

PREMIÈRE PARTIE : CONNAISSANCES GÉNÉRALES

1 La Nouvelle-Calédonie et le peuple Calédonien

1.1 Géographie

1.1.1 La Nouvelle-Calédonie dans le monde et dans le pacifique (11,12)

1.1.1.1 Les îles

La Nouvelle Calédonie est un ensemble d'îles de l'océan Pacifique sud, située dans la mer de Corail, en Mélanésie et en Océanie lointaine (Figure 1). Située entre l'Australie, la Nouvelle Zélande et le Vanuatu, elle se trouve à environ 17 000km de la métropole

Elle couvre une superficie totale de 18 575km² et sa zone économique exclusive (ZEE) s'étend sur 1 422 543km² soit 13% de la ZEE française (la deuxième plus importante du territoire français).

La Nouvelle-Calédonie comprend différentes îles :

- La principale, appelée la « Grande Terre », s'étend sur une longueur d'approximativement 400km par 40 à 65km de large.
- Les îles Bélep au Nord-Ouest de la Grande Terre : réparties en trois îles dont la plus grande, l'île d'Art, est la seule habitée.
- L'île des Pins au sud-est : représente la limite Sud du lagon Néo-Calédonien à une cinquantaine de kilomètres de la pointe sud-est de la Grande Terre.
- Les îles Loyauté (Ouvéa, Lifou, Tiga, Maré) : situées à une centaine de kilomètres à l'Est de la Grande Terre, en mer de Corail.

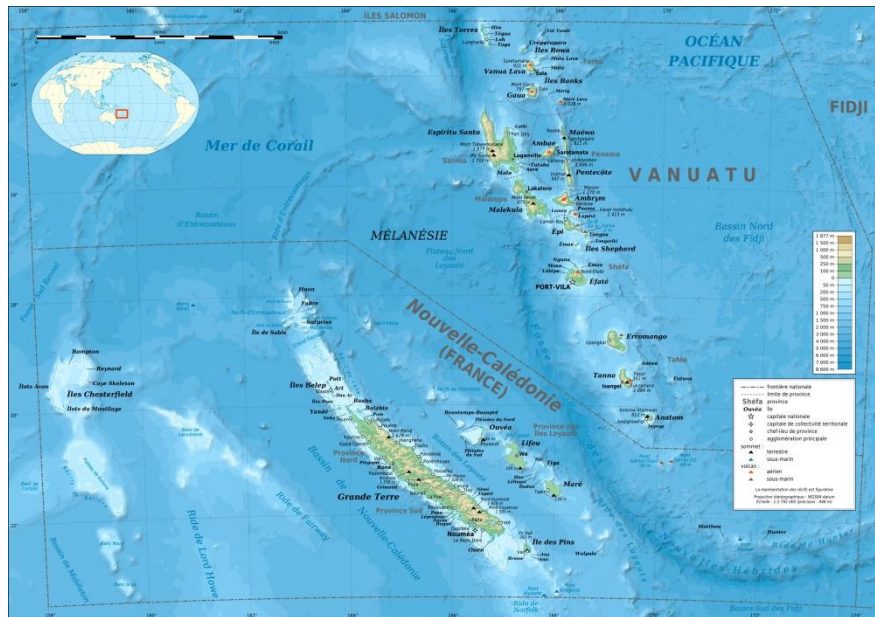


Figure 1 : carte générale des îles et récifs de la Nouvelle Calédonie (IGN)

Nous ne détaillerons pas l'ensemble des îlots, archipels et récifs situés en mer de Corail et dans l'Océan Pacifique qui appartiennent à la Nouvelle Calédonie. Ils sont nombreux, à fleur d'eau et inhabités.

1.1.1.2 Le lagon (13,14)



Figure 2 : le récif lenticulaire d'Oundjo (collection personnelle)

La Grande Terre est bordée d'un lagon d'une surface de 24 000km², ceinturé d'une barrière de corail située entre 2 et 50km de la côte. La température des eaux varie entre 22 et 30°C. C'est un des trois plus vastes systèmes récifaux au monde où l'on trouve la plus grande diversité de coraux et de poissons au monde. Le lagon de Nouvelle-Calédonie (Figure 2) abrite des écosystèmes intacts peuplés d'une biodiversité marine rare qui offre un habitat pour certaines espèces marines emblématiques ou en danger comme les tortues, les baleines ou les dugongs.

Depuis 2008, une grande partie du lagon a été inscrit au patrimoine mondial de l'UNESCO (UNESCO). Il est actuellement réputé comme le plus beau lagon au monde.

1.1.2 Le climat

La Nouvelle-Calédonie jouit d'un climat tropical, tempéré par l'influence océanique. Elle est soumise périodiquement aux phénomènes El Niño et la Niña avec des vents dominants à l'est et au sud-est. L'année est divisée en 2 saisons, séparées par deux inter-saisons :

- L'été austral (saison chaude et humide ou saison des cyclones) : de mi-novembre à mi-avril, caractérisé par des températures maximales de 28 à 32°C et un fort taux d'humidité. À cette période de l'année, de nombreux cyclones ou dépressions tropicales se succèdent pouvant parfois être violents. Nous citons ainsi le cyclone de catégorie 4 « Erica » (13 et 14 mars 2003), avec un vent moyen sur 1 minutes de 215km/h avec des rafales à 320km/h.
- Une première inter-saison de mi-avril à mi-mai, avec une diminution des dépressions et des températures.
- L'hiver austral (saison fraîche) : de mi-mai à mi-septembre, les températures se rafraichissent (oscillant entre 15 et 25°C), la pluviométrie faiblie également.
- La deuxième inter-saison de mi-septembre à mi-novembre, période d'influence de l'anticyclone de l'île de Pâques qui est à son maximum : cela se traduit par des températures qui remontent, des alizés largement dominants et une très faible pluviométrie. C'est par conséquent une période particulièrement marquée par les « feux de brousse » et incendies.

1.2 Histoire contemporaine (15)

1.2.1 Période précoloniale (< 1850)

Le 4 septembre 1774, l'aspirant COLNETT aperçoit une nouvelle terre. Cette île sera nommée *New Caledonia* par le capitaine du navire britannique, James COOK. Par la suite, nombre d'explorateurs lui succèdent : LA PÉROUSE, BRUNI d'ENTRECASTEAUX qui baptise de nombreux lieux maritimes, DUMONT D'URVILLE qui découvre les Îles Loyautés... Les relations restent très superficielles. Les navires de « découvreurs » ne restent au mouillage que quelques jours voire quelques heures.

À partir de 1797, les missionnaires anglais de la *London Missionary Society* décident de christianiser le pacifique. À la fin des années 1840, les missionnaires protestants se tournent vers les Îles Loyauté.

Suite à la prise de possession de la Nouvelle-Calédonie par la France en 1853, seuls les missionnaires catholiques sont autorisés à s'installer sur la Grande Terre. Cette stratégie missiologique explique que cette dernière soit encore majoritairement catholique de nos jours.

1.2.2 De la période coloniale à la seconde Guerre Mondiale

1.2.2.1 Colonisation de peuplement

L'empire de Napoléon III cherche une nouvelle terre pour y établir une colonie pénitentiaire et cherche à renforcer sa présence dans le Pacifique (où l'Angleterre possède déjà l'Australie et la Nouvelle-Zélande). Ainsi, le 24 septembre 1853, le contre-amiral FEBVRIER-DESPOINTES organise à Balade la cérémonie officielle de prise de possession en présence des chefs locaux et missionnaires.

En 1854, le site de Nouméa est choisi comme chef-lieu de cette nouvelle colonie, nommé Port-de-France. En 1867, les tribus sont créées et les terres tribales constituées en « réserves » sont déclarées « inaliénables et incommutables », permettant ainsi de libérer des terres pour la colonisation libre puis pénale.

En 1863, la Nouvelle-Calédonie est désignée colonie pénitentiaire pour les condamnés aux travaux forcés. Les « bagnards » seront plus de 20000 hommes et 250 femmes.

L'objectif de cette colonisation pénale est de peupler la colonie et donner une chance de réhabilitation aux condamnés. En cas de bonne conduite, des terrains de 4 à 5 hectares sont attribués aux forçats. Les bagnards libérés qui s'installent, sont à l'origine de la plus grande partie du peuplement de la brousse calédonienne, dont les descendants, les broussards, sont plus connus sous le terme de « caldoches ».

Le dernier convoi aura lieu en 1897, et les derniers centres pénitentiaires fermeront en 1922 et 1931. La Nouvelle-Calédonie n'est alors plus terre de bagne.

1.2.2.2 La Première et la Seconde Guerre Mondiale

Quatre contingents de volontaires calédoniens rejoignent la métropole entre 1915 et 1917. Les 1006 soldats d'origine européenne et 1107 soldats d'origine kanak intègrent le bataillon du Pacifique. Quatre cent cinquante-six d'entre eux tombent aux champs d'honneur.

Durant la Seconde Guerre Mondiale, un nombre important de volontaires s'engage dans le corps expéditionnaire du Pacifique. Les Calédoniens aux côtés des Tahitiens et Néo-Hébridais constituent le bataillon du Pacifique, qui s'illustre à Bir-Hakein, à Monte-Cassino et participe à la libération de la France.

La Nouvelle-Calédonie devient le « porte-avion arrière » immobile et insubmersible des Alliés en Mélanésie. Les forces armées Américaines, Australiennes et Néo-Zélandaises s'y installent afin de contrer l'avancée Japonaise dans le Pacifique. Le temps de présence des GI's américains est perçu comme une période d'abondance. Ils goudronnent les routes et apportent avec eux le whisky, les jeeps, le jazz et les machines agricoles.

1.2.3 De l'après-guerre aux Évènements

1.2.3.1 L'après-guerre

En 1945, le statut de l'indigénat est supprimé, tous les habitants de Nouvelle-Calédonie deviennent citoyens français. Puis, le 2 octobre 1946, la Nouvelle-Calédonie n'est plus une colonie mais devient Territoire d'Outre-Mer (TOM). La Nouvelle-Calédonie reste autonome sur le plan fiscal et budgétaire. Parallèlement, une monnaie forte est créée, le franc pacifique (CFP), et le désenclavement, avec les lignes maritimes régulières puis aériennes, permet le développement économique.

Le début du boom minier en 1967 entraîne un afflux de capitaux à Nouméa. Mais en 1975, la fin de la guerre du Vietnam et la chute des cours du dollar, entraînent une crise du Nickel. Cette période de récession économique verra émerger une revendication indépendantiste. L'Union Calédonienne prend alors position pour l'indépendance et en fait son objectif principal.

1.2.3.2 Les Évènements

Le 19 septembre 1981 le secrétaire général de l'Union Calédonienne, Pierre DUCLERQ est assassiné, entraînant deux jours plus tard les premières altercations. Le 6 janvier 1983, la gendarmerie de Touho est attaquée. Puis le 10 janvier, lors d'une opération de maintien de l'ordre, deux gendarmes mobiles sont tués et six personnes blessées.

Lors des élections territoriales de novembre 1984, le secrétaire général de l'Union calédonienne, Eloi MACHORO, détruit l'urne de la mairie de Canala à coups de hache. Suite à ces élections, Jean-Marie TJIBAOU crée le Front de Libération National Kanak et Socialiste (FLNKS), dont les militants intensifient l'activisme.

Le 5 décembre 1984, sept loyalistes tuent dix mélanésiens indépendantistes. En réponse, le loyaliste Jean Marie SANGARNE est assassiné le 10 décembre. Puis, le 11 janvier 1985, c'est un broussard, Yves TUAL, qui est abattu sur sa propriété. À ce moment Eloi MACHORO, en marche vers la côte ouest avec une trentaine de militants armés, trouve la mort lors de l'intervention du GIGN.

Dans ce contexte de tension, un référendum d'autodétermination est organisé en septembre 1987. Le « Oui » à la France obtient 98% des votes avec seulement 59% de participation suite au boycott actif des indépendantistes, non concertés dans l'élaboration de cette consultation. Jean-Marie TJIBAOU décrète le boycott actif des élections régionales calédoniennes et du premier tour de l'élection présidentielle du 24 avril 1988, appelant à « organiser des résistances par tous les moyens ».

À Ouvéa, le 22 avril 1988, des indépendantistes et membres du FLNKS attaquent la gendarmerie de Fayaoué. Quatre gendarmes meurent et un cinquième est grièvement blessé. Après avoir vidé l'armurerie, le premier groupe avec onze otages part vers le sud, mené par Chanel KAPOERI, qui se rend deux jours plus tard. Un second groupe, mené par Alphonse DIANO, se réfugie dans une grotte sacrée dans le nord de l'île avec seize otages. La mort de quatre gendarmes ne permet pas à l'État d'être laxiste et les revendications d'Alphonse DIANO sont impossibles à honorer. Le FLNKS, quant à lui, reste muet au risque de voir la situation se détériorer. Finalement le 5 mai 1988, l'opération Victor

permet la libération des seize otages, mais coûte la vie à dix-neuf militants indépendantistes et deux militaires.

L'affaire d'Ouvéa fut le déclencheur d'une paix espérée, évitant la guerre civile devenue imminente, et permettant aux acteurs politiques de renouer le dialogue et de trouver des solutions acceptables pour tous.

1.2.4 Des accords de Matignon-Oudinot à la consultation du 4 novembre 2018

1.2.4.1 Les accords de Matignon-Oudinot

Le 26 juin 1988, les accords de MATIGNON sont signés par l'État, le FLNKS et le RPCR (parti loyaliste) et approuvés par référendum le 6 novembre 1988. Cet accord prévoit un nouveau statut du Territoire, instituant trois provinces et huit aires coutumières. Un référendum d'autodétermination est prévu en 1998. Les accords de OUDINOT finalisent les négociations, ayant pour objectif la restructuration de la vie politique et le rééquilibrage économique, social et culturel du territoire, notamment en faveur du monde mélanésien.

1.2.4.2 L'accord de Nouméa

L'accord de Nouméa, négocié suite aux accords de Matignon-Oudinot, est signé le 5 mai 1998. Le référendum d'autodétermination prévu dans l'année est repoussé au terme d'une période de vingt ans. Lors de cette période, un transfert progressif de compétences de l'État français au profit de la Nouvelle-Calédonie est convenu, à l'exception des compétences régaliennes (la défense, la sécurité, la justice, la monnaie et les affaires étrangères) qui ne seront transférées qu'en cas d'accès à la pleine souveraineté. À l'issue, un référendum d'autodétermination est prévu. En cas de vote négatif, le Congrès peut demander l'organisation de deux nouveaux référendums dans les deux et quatre ans après le premier.

L'accord reconnaît l'autonomie des provinces au profit de la Nouvelle-Calédonie, disposant d'un gouvernement collégial, d'un congrès et d'un sénat coutumier, consulté pour tous les points afférents

à l'identité kanak. La reconnaissance d'une « citoyenneté de Nouvelle-Calédonie » amène la constitution d'un corps électoral restreint pour les élections provinciales et les référendums d'autodéterminations.

1.2.4.3 Consultation du 4 novembre 2018

Deuxième référendum portant sur l'autodétermination après celui de 1987, celui de 2018 est marqué par une forte participation (81,01%) des votants, et la courte victoire du « Non » (56,67%).

La question retenue est : « Voulez-vous que la Nouvelle-Calédonie accède à la pleine souveraineté et devienne indépendante ? »

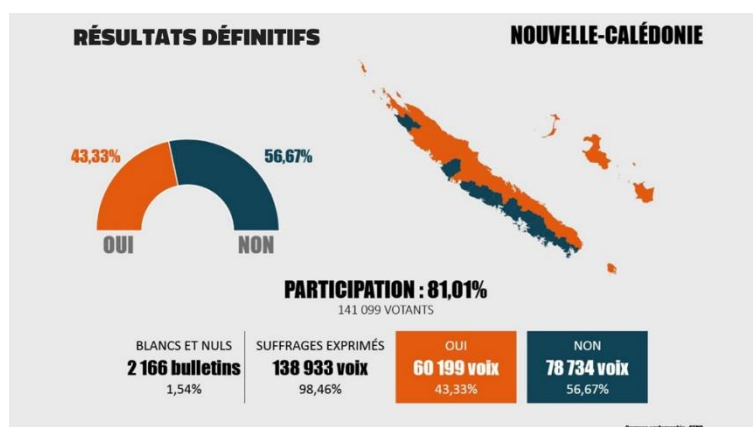


Figure 3 : Résultats définitifs de la consultation du 4 novembre 2018 (elections-nc.fr)

Terre de contraste, les résultats par communes renouvellent le constat d'une fracture territoriale et sociologique forte. Nouméa et la province Sud concentrant le vote « Non », le reste de la Grande Terre et des Îles Loyautés représentant majoritairement le vote « Oui » (Figure 3).

Parallèlement, la courte victoire du « Non » ne permettant pas l'annulation des deuxième et troisième référendums espérés par les anti-indépendantistes, le deuxième référendum d'autodétermination est demandé par la majorité des membres du Congrès et aura lieu le 4 octobre 2020.

1.3 Population et principaux groupes ethniques

1.3.1 Données démographiques et répartition de la population(16,17)

La Nouvelle Calédonie compte 271 407 habitants (en 2019), répartis sur trois provinces. Il s'agit d'une des îles du Pacifique dont la croissance de la population est la plus dynamique :

- La province Sud : la plus peuplée et la plus dense (près de 200 000 habitants), composée d'un peu moins de la moitié Sud de la Grande Terre et de l'île de Pins. Son chef-lieu est Nouméa.
- La province Nord : la plus étendue et la moins densément peuplée (approx. 50 500 habitants pour une densité de 5.3 hab./km². Le chef-lieu est à Koné, sur la côte Ouest, commune la plus peuplée de la province (9222 habitants en 2019).
- Enfin, la province des Iles Loyauté dont le centre administratif est à Wé (Lifou). La population est estimée à environ 18 300 habitants pour une superficie de 1 981km².

1.3.2 Groupes ethniques

Tableau 1: Population des différentes communautés d'appartenance de Nouvelle-Calédonie en 2009 et 2014 (ISEE)

Communauté d'appartenance	2009		2014	
	Effectif	%	Effectif	%
Européenne	71 721	29,2	73 199	27,1
Indonésienne	3 985	1,6	3 859	1,4
Kanak	99 078	40,3	104 958	39,1
Ni-Vanuatu	2 327	0,9	2 568	1,0
Tahitienne	4 985	2,0	5 608	2,1
Vietnamienne	2 357	1,0	2 506	0,9
Wallisienne, Futunienne	21 262	8,7	21 926	8,2
Autre asiatique	1 857	0,8	1 177	0,4
Autre	2 566	1,0	3 428	1,3
Plusieurs communautés	20 398	8,3	23 007	8,6
"Calédonienne"	12 177	5,0	19 927	7,4
Non déclarée	2 867	1,2	6 604	2,5
Ensemble	245 580	100,0	268 767	100,0

« Calédonienne » pour près de 10% de la population qui ne se retrouve pas dans les modalités qui étaient proposées.

Les Kanaks sont majoritaires en province Nord (environ 70%) et îles Loyautés (94%), alors qu'ils ne représentent que 26% en province Sud. Cela s'explique par la présence d'une forte communauté européenne (environ 33%) et Polynésienne (près de 15%) à Nouméa et Grand Nouméa en lien avec la présence du bassin d'emploi largement développé dans cette zone.

La population en Nouvelle-Calédonie est pluriethnique. On compte plus de 8 communautés d'appartenance : Kanak, Calédonien, Européen, Tahitien, Indonésien, etc. ...

Lors du recensement de 2014 (absence de données concernant celui de 2019), plus de la moitié de la population était représentée par les Kanaks et les Européens (respectivement 39.1% et 27.1% - Tableau 1). Près d'un habitant sur dix se déclare métis ou appartenir à plusieurs communautés. Également, on voit apparaître une communauté

1.4 Institutions et infrastructures

1.4.1 Institutions gouvernementales spécifiques

Créées suite aux accords de Nouméa, ces institutions rentrent pleinement dans le cadre de la « collectivité *sui generi* ». Elles participent à l'autonomisation du territoire en prenant en compte ses spécificités par rapport à la métropole. Leur existence et leurs missions sont définies par la loi organique de la Nouvelle-Calédonie (18).

1.4.1.1 Le Congrès, première institution de la Nouvelle-Calédonie(19,20)

« Le Congrès est l'assemblée délibérante de la Nouvelle Calédonie qui détient le pouvoir législatif ; il comprend cinquante-quatre membres dont sept membres de l'assemblée de la province des îles Loyauté, quinze de la province Nord et trente-deux de l'assemblée de la province Sud » - Article 62 de la loi organique

Son rôle est d'élire et de contrôler le gouvernement de la Nouvelle Calédonie. Il vote son budget, ainsi que les délibérations et les lois du pays qui lui sont soumises. C'est également le congrès qui est habilité à prendre en charge les transferts de compétences de la France vers le territoire, de même que l'adoption de signes identitaires prévus par l'accord de Nouméa. Il partage aussi l'initiative des textes avec le gouvernement.

Le Congrès n'est pas une assemblée permanente qui se réunit en continu. Elle fonctionne selon le régime des sessions et intersessions. Durant ces périodes, le congrès se réunit en séances publiques. On y trouve 13 commissions intérieures avec des domaines de compétence précis qui sont en charge d'examiner les projets ou propositions avant d'être proposés en séance publique.

Le président du Congrès, choisi parmi ses membres, est élu pour un an. Depuis le 23 juillet 2020, c'est Rock WAMYTAN (UC-FLNKS) qui préside le Congrès. Par ailleurs, le Congrès compte 54 membres qui portent le titre de « Conseillers de la Nouvelle-Calédonie ». Ils sont issus des assemblées de chaque

province et sont élus pour 5 ans par un corps électoral restreint composé des électeurs satisfaisant aux conditions prévues par l'article 188 de la loi organique.

1.4.1.2 Le Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie(21,22)

« L'exécutif de la Nouvelle-Calédonie est le gouvernement. Il est élu par le Congrès et est responsable devant lui. » - Article 108 de la loi organique

Il s'agit d'un gouvernement collégial, les principales forces politiques représentées au Congrès y sont présentes et doivent s'entendre pour la gestion de la Nouvelle Calédonie. Ainsi dans tous les domaines, les décisions ne peuvent être prises qu'à la majorité de ses membres.

Le gouvernement est élu pour 5 ans, par un scrutin de listes à la représentation proportionnelle, ces listes étant présentées par les groupes du Congrès. Il compte de 5 à 11 membres selon la loi, chacun d'eux ayant la charge d'un ou plusieurs secteurs de l'administration, qu'il doit « animer ou contrôler ». Les membres du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie ne peuvent prétendre ni au statut ni au titre de « ministre ».

Depuis le 28 juin 2019, le gouvernement Calédonien est présidé par Thierry Santa (Rassemblement).

1.4.2 Institutions coutumières

La société kanak est structurée autour d'une organisation coutumière propre. Le clan est la base de cette organisation, ceux-ci se réunissent en tribus, au sein de districts coutumiers (Figure 4). Eux-mêmes regroupés en aires coutumières (4,23). Le territoire est découpé en huit aires coutumières comme prévu par les accords de Matignon de 1988 et dont le fonctionnement institutionnel est prévu par la loi organique de la Nouvelle-Calédonie.

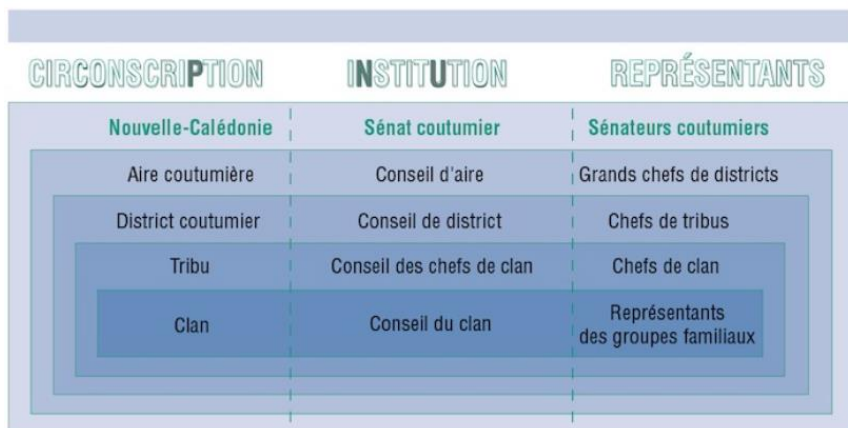


Figure 4 : organisation coutumière de la Nouvelle-Calédonie (ISEE)

1.4.2.1 Le Sénat coutumier(24,25)

« Le sénat coutumier est composé de seize membres désignés par chaque conseil coutumier, selon les usages reconnus par la coutume, à raison de deux représentants par aire coutumière de la Nouvelle-Calédonie. » - Article 137 de la loi organique

Il est l'interlocuteur kanak institutionnel unique, qui remplace le conseil consultatif coutumier depuis 1999. Cette assemblée est composée de seize représentants, à raison de deux par aire coutumière.

Le Sénat coutumier est l'instance consultative pour tout ce qui est en lien avec la coutume kanak. Il est obligatoirement consulté sur les projets de loi du pays et délibérations intéressants l'identité kanak (signes identitaires, statut civil coutumier, terres coutumières, etc. ...). C'est aussi une force de proposition : à son initiative, il peut saisir les institutions locales et leur formuler des propositions intéressant leur domaine de compétence.

La présidence est tournante entre les aires coutumières chaque année. Le président est donc désigné annuellement entre les deux sénateurs représentant l'aire concernée. Pour les années 2019-2020, c'est l'aire Nengone (Maré) qui doit exercer la présidence tournante.

1.4.2.2 Les conseils coutumiers(24)

Chaque aire coutumière est représentée par un conseil coutumier, qui comme le Sénat coutumier, a un rôle consultatif. Ses membres sont désignés selon les règles propres à chaque aire coutumière, sous le contrôle du conseil des Anciens, généralement pour un mandat de 3 ans.

1.4.2.3 Signes identitaires(26,27)

« La Nouvelle-Calédonie détermine librement les signes identitaires permettant de marquer sa personnalité aux côtés de l'emblème national et des signes de la République. Elle peut décider de modifier son nom. » - Article 1.5 de la loi organique

Ce sont les différents symboles représentant la Nouvelle-Calédonie, prévus par les accords de Nouméa. Au nombre de cinq, ils comprennent :

- Le nom du pays
- Son drapeau
- Sa devise
- Son hymne
- Le graphisme des billets de banque

À cette heure, seuls trois signes ont été officiellement adopté depuis le 18 août 2010 : l'hymne « Soyons unis, devenons frères », la devise « Terre de parole, Terre de partage » et la graphie des billets. Les autres symboles sont un sujet de controverse, qui ne font pas l'unanimité entre indépendantistes et non indépendantistes.

Suite à la proposition en février 2010 du député Pierre Frogier, un double drapeau flotte devant les Institutions de Nouvelle-Calédonie : le drapeau français, à l'instar des institutions métropolitaines, et le drapeau « Kanaky » du FLNKS (Figure 5). Ce statu quo ne satisfait pas tout le monde et ne répond pas aux attentes des Calédoniens sur le devenir du pays. Le « Collectif pour un drapeau commun » milite depuis 2010 pour l'ouverture d'un débat.



Figure 5 : le double drapeau de la Nouvelle-Calédonie, Français (à gauche) et du FLNKS (à droite) (Les Nouvelles Calédoniennes)

Quant à la question du nom, aucune réflexion n'a été entamée. Les indépendantistes militent pour prendre l'appellation « Kanaky ». Sur le même modèle que le double drapeau, le camp des « accordistes » évoquait la possibilité d'un double terme du type « Kanaky-Nouvelle-Calédonie ».

1.4.3 Système de santé

1.4.3.1 Offre de soin générale

Le système de santé local est relativement complet et de niveau équivalent à la France. Si la capitale est très bien desservie, le reste du territoire est beaucoup plus disparate avec des éloignements pouvant dépasser les trois heures jusqu'à l'hôpital le plus proche.

Les soins primaires sont assurés en majorité par les médecins généralistes travaillant en dispensaires (équivalent de maison de santé). On y retrouve 2 ou 3 médecins par commune (certains travaillant sur plusieurs communes en assurant des permanences dans la semaine), des infirmiers, dentiste, sage-femme (+/- psychologue et autre personnel médical). Des consultations spécialisées (cardiologue, ORL, audioprothésiste, neurologue, diabétologue, etc.) ont lieu généralement une fois par mois.

On compte par ailleurs cinq centres hospitaliers répartis en trois établissements publics :

- Le centre hospitalier territorial (CHT) Médipôle dont l'établissement principal est à Koutio (banlieue de Nouméa), il est le descendant de l'Hopital Gaston BOURRET, hôpital militaire qui a fermé en 2014. C'est la plus grande structure de santé du territoire qui comprend toutes les spécialités classiques et gère les évacuations sanitaires vers l'étranger en cas de prise en charge « sur-spécialisée ». Elle gère donc le bassin de population de Nouméa/Grand Nouméa et de toute le province Sud.
- Le Centre Hospitalier du Nord est chargé des soins de premier recours de la Province Nord. Il compte trois établissements :
 - o Le Pôle Sanitaire du Nord (PSN) à Koné : hôpital de proximité ouvert en novembre 2018, il assure la prise en charge des patients de la zone VKP (Voh-Koné-Pouembout) et de la côte Ouest de la Province Nord.
 - o L'hôpital Paula THAVOAVIANON à Koumac. Ancien hôpital principal de la province Nord, il a été remplacé par le précédent. Actuellement, cette structure de santé se rapproche plus du dispensaire que de l'hôpital, elle dessert tout le grand Nord (Kaala-Gomen, Koumac, Poum, Ouegoa +/- Pouebo)
 - o L'hôpital Raymond NEBAYES à Poindimié, structure légèrement inférieure en capacité que le PSN, qui dessert toute la côte Est de Hienghène à Canala.

1.4.3.2 Offre de soin psychiatrique et addictologique

Sur la presqu'île de Nouville (Nouméa) se trouve le Centre Hospitalier Spécialisé Albert BOUSQUET (CHS), composé de trois services médicaux : la gériatrie clinique, la pédopsychiatrie et la psychiatrie générale. Il représente avec ses 130 lits l'unique centre pour les hospitalisations de soins psychiatriques et d'addictologie. Un centre médico-psychologie se situe dans Nouméa et assure la prise en charge extrahospitalière (28).

L'offre du soin sur le territoire est complétée par 3 antennes médico-psychologiques à Koné, Koumac et Poindimié, assurant une activité de consultation et de suivi. En dehors de ces sites, les consultations psychologiques et psychiatriques sont assurées de manière hebdomadaire ou mensuelle au sein des dispensaires des communes éloignées des centres hospitaliers.

Le Dispositif DECLIC (29) est une association gouvernementale sous le contrôle de l'ASS-NC (Agence Sanitaire et Sociale de Nouvelle Calédonie) dont la mission est d'accueillir les jeunes consommateurs occasionnels ou réguliers d'alcool, cannabis, tabac et/ou autres substances psychoactives afin de les conseiller, les suivre et les aider dans la prise en charge de ces consommations. On y retrouve un ensemble de professionnels formés en addictologie (animateurs, infirmiers formés en addictologie, psychologues), qui travaillent en lien avec le CHS et les équipes de psychiatrie en cas d'addiction nécessitant un niveau de soins plus important. Toutefois, ce recours dans le parcours de soins des personnes souffrant d'addiction est mal connu et n'est pas valorisé. On ne retrouve presque aucune communication de la part des autorités sanitaires concernant DECLIC.

2 Le cannabis et la Nouvelle-Calédonie

2.1 Connaissances générales

Le cannabis est l'une des premières plantes cultivées par l'homme du fait de sa robustesse et de son adaptation aux différents climats. C'est la substance illicite la plus consommée en France, la plus accessible et la plus banalisée.

2.1.1 Notions de bases en botanique(30–32)

Le cannabis (ou chanvre) appartient, selon la classification APG III de 2009, à l'ordre des *Rosales*, famille des *Cannabaceae*, qui comprend deux genres : *Cannabis* (le chanvre) et *Humulus* (le Houblon). Bien que les avis divergent entre botanistes, la majorité considère qu'il n'existe qu'une seule espèce de Cannabis, le *Cannabis Sativa*. Cultivé depuis l'antiquité, il est devenu subcosmopolite, s'adaptant aux terrains et aux climats les plus divers en modifiant sa biologie et ses propriétés selon qu'il soit en pays tempéré ou en zone tropicale. Cette caractéristique permet de distinguer deux variétés

principales (Figure 6) : *Cannabis sativa sativa* (chanvre textile), *Cannabis sativa indica* (chanvre « indien » ou « récréatif »).



Figure 6 : *Cannabis sativa indica* (gauche) et *Cannabis sativa sativa* (droite) (Leafly)

Dans les pays tempérés, le chanvre produit des tiges longues, riches en fibres et pauvres en substance psycho-active, pouvant atteindre 1 à 3 mètres, jusqu'à 6 mètres dans des conditions idéales. Les cultures de *Cannabis sativa ssp sativa* ou « cannebières » étaient nombreuses en France, pour la confection de cordages (pour la marine), de draps ou de fils.

Dans les pays chauds, ou dans de bonnes conditions de culture, la plante s'adapte en évoluant vers une variété plus petite et trapue. Pauvre en fibres, elle produit une résine (dans le but d'éviter la dessiccation), présente en abondance dans les feuilles et les sommités florales. Cette résine est riche en substance psycho-active, particulièrement pour la variété *Cannabis sativa ssp indica*.

Le cannabis est une plante herbacée annuelle. Elle présente une tige dressée, plus ou moins ramifiée selon la variété, et des feuilles alternes, palmées de 3 à 9 folioles. Plante dioïque, elle présente des pieds sexués, soit mâle et soit femelle. La résine est produite par des poils glandulaires, nombreux au niveau des sommités florales, se terminant par une tête globuleuse où s'accumule la résine. Les fleurs femelles, une fois fécondées par le pollen des fleurs mâles, produisent une graine, le chènevis, quasiment dépourvue de δ -9-tétrahydro-cannabinol (THC). En empêchant la fécondation par la destruction des plants mâles, les fleurs femelles poursuivent leur maturation en produisant alors des taux importants de THC qui peut varier entre 5 et 20%(33).

2.1.2 Formes consommées

Les plus communes sont :

- L'herbe, autrement nommée « marijuana » est le mélange séché de sommités florales et de feuilles, éventuellement de tiges en proportions variables, le tout grossièrement haché, dont l'aspect ressemble à celle du thé. Elle est le plus souvent mélangée au tabac et roulées en cigarettes ou « joints ». Un joint typique contient entre 0.5 et 1g de cannabis à taux variable de THC.
- Le Haschich (résine de cannabis) est une poudre brunâtre obtenue par battage manuel et tamisage des feuilles et de sommités florales sèches. Le produit résultant est comprimé pour former des barrettes. Le produit final se présente sous forme d'un solide mou de couleur brune-noire, fumé seul ou mélangé au tabac.
- Plus marginal, on retrouve également les huiles de cannabis ou huile de haschich. Elle est extraite par macération de la résine dans de l'alcool à 90° puis évaporation du solvant. Les taux de THC peuvent atteindre 30 à 60%. Elles sont alors déposées sur du papier à cigarette ou imprégnées dans du tabac puis fumées.

Depuis le début des années 2000, la teneur moyenne en THC de l'herbe et de la résine est en augmentation constante. Celle de la résine de cannabis a presque triplé en quinze ans, pour atteindre 27 % en 2018 (6,5% en 2000). Le taux maximal de THC relevé dans de la résine de cannabis est de 73% en 2018 (SINTES : Système d'identification national des toxiques et substances). Le taux de THC de l'herbe a, elle aussi, augmenté pour atteindre une moyenne de 10 à 11 % en 2018 (4,7% en 2000). (34)

2.1.3 Mécanisme d'action et signes cliniques (6,30–39)

2.1.3.1 Pharmacocinétique et métabolisme

Lors de sa consommation par inhalation, 18 à 50% du THC présent dans la fumée est absorbé par le fumeur et passe dans le sang. Le pic plasmatique a généralement lieu en 7 à 10 minutes après le

début de l'inhalation, contre 1 à 2 h, voire 6h en cas d'administration orale. Ce pic plasmatique et les effets ressentis sont dépendants de la dose consommée (relation dose-dépendante).

Le THC étant très lipophile (hydrophobe), il va rapidement se fixer dans les tissus de l'organisme riches en lipides, notamment au niveau du cerveau. Cette fixation tissulaire se traduit par une décroissance très rapide de sa concentration sanguine, alors que les effets psycho-actifs persistent 45mn à 2h30 après une consommation isolée.

Le THC est dégradé au niveau hépatique par métabolisme oxydatif complexe via le cytochrome P450. Plus de 100 métabolites du THC sont connus à ce jour, dont les deux principaux sont :

- Le 11-hydroxy- Δ -9-tétrahydrocannabinol (11-OH- Δ -9-THC), psycho actif majeur mais dont la durée de vie est très brève. Le 11-OH- Δ -9-THC subit à son tour une oxydation en 11-nor-9-carboxy- Δ -9-tétrahydrocannabinol (Δ -9-THC-COOH), dépourvu d'effets psychotropes
- Et le 8- β -hydroxy- Δ -9- tétrahydrocannabinol (8-OH- Δ -9-THC), dont le potentiel psychoactif est négligeable, est métabolisé ensuite en 8- β ,11-dihydroxy- Δ -9-tétrahydrocannabinol et le 8- α -hydroxy- Δ -9-tétrahydrocannabinol, non psychoactifs.

L'élimination de ces métabolites se fait par voie fécale pour 30 à 65% avec un cycle entéro-hépatique, par voie urinaire pour 15 à 30% avec filtration rénale et réabsorption, et par voie sudorale. La forte fixation tissulaire du THC explique une élimination urinaire lente, la moitié de la dose étant toujours présente 2 à 3 jours après la consommation. Suivant les quantités consommées, la fréquence de consommation et le métabolisme du sujet, la vitesse d'élimination des cannabinoïdes est très variable. Ainsi, les fumeurs réguliers sont capables de métaboliser plus rapidement le THC que les sujets consommant pour la première fois. En revanche, des concentrations urinaires significatives peuvent être retrouvées jusqu'à 27 jours chez de gros consommateurs, contre 14 pour une consommation isolée.(39)

2.1.3.2 Le système cannabinoïde

Les effets du cannabis sont liés à la présence de deux types de récepteurs aux cannabinoïdes endogènes :

- Le récepteur CB1, retrouvé principalement au niveau du système nerveux central où il est l'un des plus abondants. Sa présence privilégiée au niveau de l'hippocampe, du cortex frontal, du cervelet et des noyaux gris centraux et notamment du striatum explique les effets du cannabis sur la mémoire, les fonctions cognitives, les perceptions sensorielles et la coordination motrice. Il est retrouvé en plus faible quantité au niveau d'organes périphériques tels que, le cœur, les glandes surrénales, les poumons ou l'appareil génito-urinaire (reins, utérus, ovaire, placenta, prostate, testicules).
- Le récepteur CB2, absent du système nerveux central, est quant à lui essentiellement présent à la surface des cellules du système immunitaire (leucocytes, lymphocytes B et T, macrophages, cellules immunitaires non-activées) suggérant un rôle sur l'immunité cellulaire.

L'absence de récepteurs cannabinoïdes au niveau du tronc cérébral explique l'absence de dose létale (*overdose*) des dérivés du cannabis, par l'absence d'inhibition des centres médullaires du contrôle cardiovasculaire et respiratoire.(30,31)

L'activation des récepteurs CB1 et CB2 agit sur trois voies de signalisation intracellulaire :

- Une inhibition de l'adénylate cyclase par la protéine G inhibitrice à laquelle les récepteurs sont couplés. Cela se traduit par une inhibition de la messagerie de l'adénosine monophosphate cyclique (AMPC) responsable d'une diminution de la transmission de l'influx nerveux synaptique (CB1) et de l'atténuation des fonctions immunitaires (CB2) ;
- Une inhibition des canaux calciques et une stimulation des canaux potassiques, provoquant une diminution de la libération des neurotransmetteurs au niveau des synapses et une diminution de la transmission synaptique, donc une inhibition de l'excitabilité neuronale ;

- Une activation des AMP kinases impliquées dans la régulation de l'expression des gènes et de la synthèse protéique.

2.1.3.3 Effets psychiques et somatiques

Parmi les effets liés à sa consommation, l'ivresse cannabique est la plus souvent décrite. Elle se manifeste sous forme d'un effet plaisant d'ivresse légère, euphorique et onirogène associée à une somnolence. L'effet est bref et habituellement sans conséquence, c'est principalement celui-ci qui est recherché par les usagers. Les autres effets sur le psychisme d'une consommation isolée sont(6,30,33,39,40) :

- Des modifications de la perception du temps et des distances ;
- Des perturbations sensorielles représentées par une perception exacerbée des sons et surtout des modifications de la vision
- Une diminution de la vigilance associée à une sédation pouvant aller jusqu'à la somnolence voire l'endormissement ;
- Des troubles thymiques et dissociatifs avec euphorie, anxiété, agressivité, dépersonnalisation avec disparition des inhibitions, indifférence vis-à-vis de l'environnement et conscience accrue du soi ;
- Des hallucinations et délires possibles notamment avec des produits hautement concentrés en cannabinoïde ;
- Une diminution des performances intellectuelles, motrices et cognitives
- Des perturbations de la mémoire immédiate, pouvant persister après plusieurs jours d'abstinence ;
- Des crises d'angoisse aiguë, voire de véritables attaques de panique.

La consommation régulière peut, quant à elle, provoquer :

- Un syndrome amotivationnel
- Des syndromes de désorganisation de la pensée

- Une augmentation du risque de développer ou d'aggraver une schizophrénie

L'effet indésirable aigu principal du cannabis est le « *bad trip* ». Il se manifeste par un malaise physique (nausées, vomissements) et/ou psychologique. Il peut se caractériser par une angoisse intense, voire une sensation de mort imminente, des tremblements, sueurs froides, des difficultés à respirer, des palpitations, des hallucinations désagréables, une confusion. Il s'agit d'un état psychotique et anxieux, dont le risque augmente si le sujet est dans de mauvaises conditions psychologiques, fatigué, qu'il associe avec d'autres consommations (alcool) et avec le nombre de joints fumés.(31)

Sur le plan somatique, on peut retrouver un ensemble de signes non spécifiques : une hyperhémie conjonctivale, une augmentation de l'appétit, une tachycardie, une hypotension orthostatique, une sécheresse de la bouche et une démarche ébrieuse.

Comme précisé précédemment, le cannabis ne donne pas lieu à décès pas surdose (« *overdose* »). Le risque de mort violente est lié aux accidents de la route et aux suicides.

Lors d'un usage chronique, il a été prouvé que la consommation de cannabis était un facteur favorisant de plusieurs pathologies (tableau 2, liste non exhaustive). Plusieurs de ces pathologies sont aussi liées

Tableau 2 : Pathologies liées à une utilisation régulière et chronique du cannabis

<p><i>Risque cardio vasculaire :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Infarctus du myocarde[†] - Accident vasculaire cérébral* - Artérite des membres inférieurs et ischémie aigue[†]
<p><i>Risque pulmonaire :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Bronchite pulmonaire chronique obstructive[†] - Pneumothorax spontané
<p><i>Risque néoplasique :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Cancer broncho-pulmonaire[†] - Cancer des voies aéro-digestives supérieures (VADS) ^{†*} - Cancer de la vessie - Cancer de la prostate, du testicule* et du col utérin
<p><i>Risque psychique :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Syndrome amotivationnel - Schizophrénie (développement ou aggravation) - Syndrome psychotiforme (désorganisation de la pensée) - Risque suicidaire - Psychose cannabinique (rare)
<p><i>Risque endocrinien et sur la reproduction :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Hypofertilité par hypospermie chez l'homme - Retard de croissance intra utérin[†] - Risque d'accouchement prématuré* - Risque de malformations congénitales* - Troubles cognitifs chez l'enfant*

[†] présence d'un cofacteur

* lien non démontré

à la consommation concomitante de tabac, d'alcool et d'autres substances. Pour certaines, le lien entre cannabis et pathologie est encore discuter.

2.1.4 Usage thérapeutique

L'utilité médicale du cannabis est un sujet récurrent, tant du côté de la communauté scientifique que des pouvoirs politiques. C'est également un « alibi » pour les consommateurs et les défenseurs de la légalisation du cannabis, pour justifier son innocuité car utilisé en tant que « remède ». Bien que toujours considéré illégal dans de nombreux pays comme la France, la Grèce ou la Suède, de nombreux autres pays ont reconnu un large potentiel thérapeutique à cette substance dont le Canada, l'Allemagne, les Pays-Bas, 13 états de Etats-Unis, etc.

Les principaux cannabinoïdes thérapeutiques sont : le dronabinol (THC synthétique) ; le levonantradol (analogue synthétique du précédent) ; le nabilone (cannabinoïde synthétique dérivé du THC) ; le nabiximols SATIVEX® (mélange de THC et de canabidiol extrait de plant) seul traitement possédant une AMM en France depuis 2014 dont l'indication est « la spasticité dans la sclérose en plaques après échec des autres thérapeutiques » ; et le ECP002A (extrait pur >98% de Δ -9-THC naturel). En dehors des formes qu'on pourrait qualifier de « pharmaceutiques », la consommation de cannabis fumé ou ingéré est également utilisée à des fins thérapeutiques avec une difficulté majeure de standardisation des doses.

Les méta analyses récentes (41,42) concernant l'efficacité du cannabis à usage thérapeutique apportent des preuves raisonnables de l'efficacité des cannabinoïdes sur les nausées et vomissements liés à une chimiothérapie. Les preuves sont plus faibles pour l'amélioration des spasticités liées à la sclérose en plaque et il n'est pas certain qu'ils améliorent les douleurs. À contrario, les effets indésirables sont fréquents (étourdissements, sédation, confusion, état dissociatif). Il est à noter que la qualité méthodologique des études sur l'efficacité des cannabinoïdes médicaux est globalement jugée faible et ne permet donc pas de conclure formellement. D'autres essais cliniques doivent donc être conduits à ce sujet pour clore le débat.

Le Dr Franjo GROTENHERMEN a publié un livre en 2009 traitant de l'usage du cannabis en médecine (40) et se voulant être un guide pratique des applications médicales du cannabis et du THC, autant sous forme médicamenteuse que consommé fumé ou ingéré. Bien qu'ouvertement orienté, cet ouvrage apporte une lecture complémentaire sur l'usage du cannabis, même s'il prend en référence d'autres ouvrages dont la rigueur médicale a été mise en doute (43).

2.2 Cadre légal et réglementation militaire (37,44-49)

Le cannabis est un produit classé stupéfiant et son usage est interdit conformément à la loi du 31 décembre 1970 dont les dispositions ont été intégrées dans le code pénal et le code de la santé publique. En acheter, en consommer, en détenir, en donner, en revendre, en cultiver, en transporter ou conduire après avoir consommé sont autant d'infractions à la loi, passibles de sanctions lourdes(50).

Depuis la loi du 3 février 2003, toute personne ayant conduit après usage du cannabis est passible d'une peine de 2 ans d'emprisonnement et de 4500€ d'amende (51). Le cadre légal comporte différents niveaux de sanctions allant du rappel à la loi à une peine d'emprisonnement ou une injonction thérapeutique.

Le projet de loi de programmation pour la justice 2018-2022, prévoit la contraventionnalisation du délit d'usage de stupéfiants. Le montant de l'amende forfaitaire minorée est de 250€, celui de l'amende majorée est de 600€. Ces nouvelles dispositions n'empêchent ni les poursuites judiciaires ni les peines de prison.

Sur le plan militaire l'article 20 du statut général des militaires précise que « nul ne peut être militaire (...) s'il ne présente les aptitudes exigées pour l'exercice de la fonction ». Or, la consommation de stupéfiants est assimilée à des «troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives », classant l'intéressé de P 3 à 5 selon l'arrêté du 20 décembre 2012 modifié en 2018 (49). L'évaluation de la consommation de cannabis étant exclusivement basée sur les déclarations du candidat, la détermination de l'aptitude à l'engagement reste délicate et examinateur dépendant.

Le profil d'aptitude minimum pour intégrer le SMA (52) étant le suivant :

S	I	G	Y	C	O	P
3	3	4	5	5	4(*)	2

(*) Seuls les candidats classés de O=1 à O=3 seront déclarés apte au tir.

Les candidats consommateurs et donc classés P3 à 5 ne répondent pas au minimum d'aptitude réglementaire.

2.3 Le cannabis sur le territoire(30)

Le cannabis a été introduit récemment en Nouvelle- Calédonie. Il n'y a pas de preuves fiables permettant de dater son introduction mais des estimations peuvent être réalisées en fonction des récits des « vieux » (terme respectueux pour désigner les anciens dans les tribus Kanak). Ainsi certains anciens de tribu évoquent les années 1940-50 avec la présence des Américains durant la Seconde Guerre Mondiale et d'autres plutôt les années 1960-70 avec la période « Hippie ».

Aujourd'hui, la culture du cannabis en Nouvelle-Calédonie est omniprésente (Figure 7). Les zones géographiques les plus représentées sont Houaïlou et plus largement la côte Est (Canala, Kouaoua, Thio), l'île des Pins et le grand Nouméa (Païta, Dumbéa, Mont Dore, Nouméa).



Figure 7 : jeune mélanésien posant avec ses plants de cannabis (Calédosphère)

Le taux moyen connu en THC est de 3.5% (échantillons de saisie par la gendarmerie nationale entre 2004 et 2007). Toutefois, les écarts varient de 0 à 13.8%, avec tout de même plus de 25% des échantillons ayant un taux > 8% et un peu moins de 10% dépassant une teneur >10% en THC.

Il semble que, même si la côte Est présente la production la plus importante de cannabis, ce n'est pas celle qui détient la palme en concentration de THC. En effet, les Monts Dzumac et le Grand Nouméa

produisent un cannabis beaucoup plus concentré, en moyenne de 7.4%, pouvant atteindre jusqu'à 13% de THC.

Le cannabis néo-calédonien, en particulier celui à « haut dosage » représente un réel danger pour la population. Sa consommation est banalisée, considérée comme une drogue « douce » et les messages préventifs sont insuffisants au regard de l'ampleur du phénomène. Il n'est pas rare que les parents ou la famille fument devant leurs enfants. La banalisation du cannabis est d'ailleurs flagrante sur les réseaux sociaux où il est possible de trouver sans mal des groupes calédoniens de partage sur le cannabis.

La production du cannabis s'amplifie avec les années jusqu'à développer une économie parallèle qui fait vivre des familles, voire des tribus entières(53). Selon des estimations, le chiffre d'affaire du marché noir autour du cannabis avoisinerait le milliard de francs pacifiques (environ 630 millions d'euros).

3 Le Service Militaire Adapté et le RSMA-NC (54–58)

Le Service Militaire Adapté est un dispositif d'insertion socio-professionnelle français visant les jeunes des Outre-mer âgés de 18 à 25 ans éloignés de l'emploi, créé en 1961 aux Antilles par Michel Debré (premier ministre) sur l'idée originale du Général Jean NEMO. Le SMA comprend 8 unités : 7 régiments situés à la Martinique, Guadeloupe, Guyane, Réunion, Mayotte, Nouvelle Calédonie et Polynésie Française, ainsi qu'un détachement à Périgueux en Métropole. En 2019, le SMA a accueilli 5787 jeunes volontaires stagiaires parmi lesquels 76% ont été insérés.

3.1 Historique du RSMA-NC

Au lendemain des événements de 1984-85, le Détachement du Service militaire adapté est créé en 1986 en Nouvelle-Calédonie à Koumac. Les autorités politiques locales et métropolitaines souhaitaient créer un centre de formation professionnelle en Province Nord. En ce temps, il est composé d'un état-major et d'une compagnie de formation professionnelle. Une deuxième compagnie de formation professionnelle est créée en 1992 sur le site de Koné et en 1996, le DSMA prend

l'appellation de Groupement du Service militaire adapté de Nouvelle-Calédonie (GSMA-NC). Le choix des deux sites éloignés de la capitale marque la volonté de l'État à participer au développement économique du territoire et au rééquilibrage entre la Province Nord et la Province Sud. Avec l'augmentation du nombre de bénéficiaires dans le cadre du plan SMA 6000, le GSMA-NC devient alors le Régiment du SMA de Nouvelle-Calédonie (RSMA-NC) et reçoit, à ce titre, son drapeau (Figure 8).



Figure 8 : drapeau du Régiment du service militaire adapté de Nouvelle Calédonie (RSMA-

3.2 Missions du SMA

Loin de la vocation première d'un régiment de combattants, il s'agit d'un dispositif militaire de formation socio-professionnelle. Ses missions sont fixées officiellement par l'arrêté du 30 septembre 1991 (59) :

- Dispenser aux appelés la formation militaire, civique et morale nécessaire à tout combattant ;
- Les préparer à une meilleure insertion dans la vie active lors de leur retour à la vie civile, par une formation professionnelle adaptée ;
- Les faire participer à la mise en valeur des départements, territoires et collectivités territoriales d'outre-mer ;
- L'exécution des plans de défense, des plans de protections, des plans de secours et des plans d'aide au service public.

3.3 Présentation du RSMA-NC(58)

En 2019, le RSMA de Nouvelle Calédonie compte 6 pôles de formation pour 20 filières différentes (Figure 9 : les filières de formation au RSMA-NC en 2019), dont 7 sont qualifiantes (titre V, permis

particuliers ou qualifications professionnelles spécifiques) répartis sur 3 sites :

- Koumac, le site principal : où se trouve l'état-major, la compagnie de Commandement de Logistique et d'Instruction (CCLI) et la 1^{ère} compagnie. Les pôles de formation sont ceux : des métiers de la terre, de la sécurité, de la restauration, de la santé et des services et la section Transport et Logistique. Environ 500 stagiaires à l'année, ainsi qu'une centaine de cadres y sont présents.
- Koné, la 2^{ème} compagnie : environ 150 stagiaires sont formés à l'année, aux métiers du secteur industriel et du bâtiment grâce à une vingtaine de cadres.
- Nouméa avec la « Maison du SMA » : point de contact majeur pour les candidats à l'engagement. Ne présentant pas de filières de formation, elle joue un rôle primordial dans le recrutement et l'insertion des stagiaires (proximité du bassin de population et d'emploi) et dans la création et l'entretien du réseau partenaire.

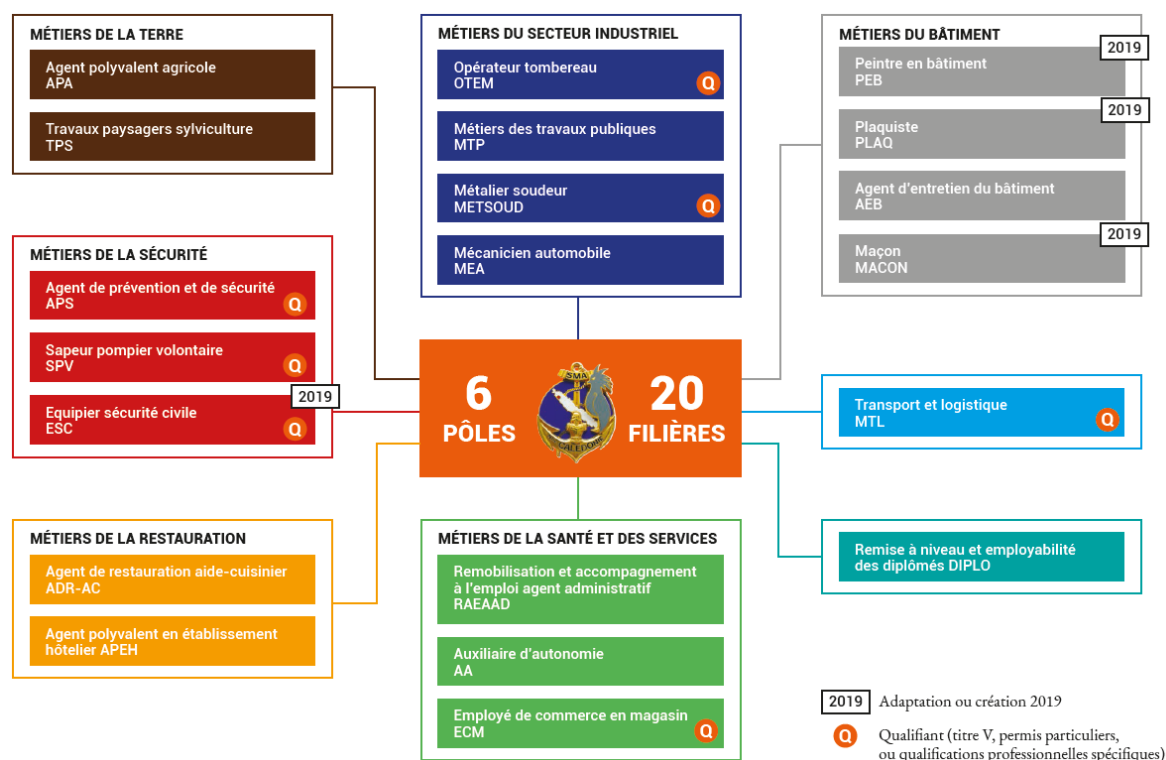


Figure 9 : les filières de formation au RSMA-NC en 2019

En plus de leur formation professionnelle, les stagiaires sont formés au code de la route et passent le permis de conduire, point clé de l'insertion. Le taux de réussite au permis B est de 84.6%.

Chaque année, ce sont environ 1100 à 1200 candidats à l'engagement au RSMA-NC qui sont convoqués pour un taux d'incorporation d'approximativement 43%. En 2018, Près de 500 volontaires stagiaires ont alors bénéficié d'une formation. Un exemple de fiche de formation se trouve en Annexes I. À l'issue de leur formation de 6 à 12 mois, le taux d'insertion des volontaires, c'est-à-dire ceux qui ont décroché un contrat ou une poursuite de formation, est de 78.15%. 53% de ces volontaires bénéficient d'une insertion durable, ce qui signifie qu'ils signent un contrat à durée indéterminée (CDI) ou un contrat à durée déterminée de plus de 6 mois (CDD).



Figure 10 : chantier pour la création d'un point de vue à l'ancienne mine de Tiébaghi par la section MDT, site historique du Nord de la Nouvelle Calédonie – RSMA-NC

Le RSMA-NC est un acteur local majeur reconnu et apprécié. Dans le cadre de la formation des stagiaires, les filières réalisent des chantiers pédagogiques au profit de la communauté (principalement au sein des tribus locales). On peut citer pour l'année 2018, la création et l'aménagement d'une aire de repos à Kaala-Gomen pour la MSI et la MTP, la création d'une cantine pour la tribu de Nétéa à Poya pour la MCE, et bien d'autres (Figure 10). L'insertion des stagiaires, les stages à leur profit et les chantiers d'application ne seraient pas possible si le régiment n'était pas inclus au sein d'un réseau dense et solide de partenaires locaux. Le réseau dénombre plus

de 60 partenaires principaux sur le territoire, parmi lesquels des organismes gouvernementaux, les autres forces armées de la Nouvelle-Calédonie, des partenaires privés, etc.

Afin de répondre aux objectifs qui lui sont fixés, le RSMA-NC est contraint de s'adapter à la réalité du marché de l'emploi et de la demande locale qui évolue perpétuellement. Ainsi, le régiment prend part à un conseil de perfectionnement avec le Haut-Commissariat de la République, des représentants

des institutions calédoniennes et des principaux partenaires. L'objectif de ce conseil est de faire un point de situation de l'année écoulée puis de présenter les projets pour l'année à venir et de le faire valider par les autorités civiles. Ce conseil illustre l'implication du RSMA-NC dans la vie de la Nouvelle Calédonie. C'est dans ce contexte que la décision de la création d'une troisième compagnie a été entérinée entre le gouvernement calédonien et les autorités militaires (COMSMA, Ministère des Outre-Mer et des Armées), sur un troisième site, Bourail, étendant ainsi l'emprise géographique et le nombre de filières de formation – et donc de bénéficiaires – du RSMA-NC. Le 27 juillet 2020, la 3ème compagnie du RSMA-NC, composée de 80 volontaires supplémentaires, s'est vue remettre son fanion de compagnie.

La formation générale, qu'elle soit militaire ou professionnelle, dispensée au RSMA-NC est une véritable plus-value apportée aux jeunes calédoniens qui en bénéficient. Elle est unanimement reconnue en Nouvelle-Calédonie mais représente un investissement de l'État français et du gouvernement calédonien de l'ordre de 4.560.000 XPF (38 210€) par stagiaire. Les résultats des SMA sont donc surveillés de près par l'ensemble des investisseurs.

3.4 Politique de dépistage des stupéfiants au RSMA-NC

Conformément aux directives ministérielles (41,42,44), le dépistage de l'usage des stupéfiants chez les candidats à l'engagement au RSMA-NC débute dès leur sélection médicale. Ainsi, tout candidat à l'engagement peut faire l'objet d'un dépistage. Les candidats sont préalablement informés de ce dépistage et signent une « mise en garde contre l'usage, la détention, le trafic ou la cession de stupéfiants et contre la consommation excessive d'alcool ».

Un test de dépistage du cannabis positif à la sélection initiale entraîne un rappel des conséquences médicales et légales, ainsi qu'une inaptitude temporaire de 2 mois à l'engagement. Le candidat est également sommé de consulter DECLIC afin de faire un point sur ses consommations et l'accompagner dans l'arrêt grâce à une équipe spécialisée en addictologie. Pour prouver leur passage à la consultation spécialisée, les candidats reçoivent un certificat de visite qu'ils transmettent au service médical du

RSMA-NC, ce qui (sous réserve de la réalisation des autres soins demandés) les rend apte à incorporer le RSMA-NC.

Seules les filières « sensibles » du RSMA sont soumises à un contrôle plus strict et exigent un test négatif avant même d'incorporer le SMA. Il s'agit de filières impliquant la conduite de transports en commun, d'engins de chantier ou d'engins lourds comme les filières OTEM, Transport/Logistique, ou impliquant la sécurité des personnes (Sapeur-pompier volontaire, agent de sécurité) ou bien nécessitant l'exemplarité du candidat (volontaire technicien)

À l'incorporation, un nouveau test de dépistage est réalisé. En cas de test positif, le volontaire se voit allonger sa période probatoire de 2 à 4 mois (PP4M). A la moitié de cette période probatoire, le volontaire est de nouveau testé pour suivre sa consommation. S'il est de nouveau positif, les conséquences sur son aptitude sont rappelées et un accompagnement renforcé est proposé (psychologue en particulier, nouveau rendez-vous DECLIC si besoin).

Enfin, le dernier test du processus d'incorporation est réalisé à la fin de la période probatoire. En cas de PP4M et si celui-ci est encore positif, l'inaptitude définitive à servir est décidée, conformément à l'arrêté du 20 décembre 2012 (index 364 : Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives, P = 3 à 5, inapte à l'engagement).

L'avis médical étant un avis technique auprès du commandement, c'est ce dernier qui décide de l'avenir du volontaire au sein du RSMA-NC (maintien au poste ou rupture de contrat).

En cours de contrat, chaque demande d'aptitude est motif à la réalisation d'un test de dépistage du cannabis : aptitude au permis de conduire (VL, PL, SPL, TC, etc.), aptitude à des formations spécifiques, aptitudes SSIAP (service de sécurité incendie et d'assistance à personne), ASPQ, etc. Un dépistage positif en cours de carrière entraîne automatiquement l'inaptitude aux permis de conduire, à la conduite de véhicule et à la formation sollicitée. Les autres aptitudes et conduites à tenir sont en fonction du volontaire, de son mode de consommation, des complications liées, les décisions se faisant au cas par cas.

DEUXIÈME PARTIE : MATÉRIEL ET MÉTHODE

1 Type d'étude

Il s'agissait d'une étude observationnelle descriptive multicentrique par questionnaires anonymes.

2 Population

2.1 Population étudiée

La population étudiée était les volontaires à l'engagement au RSMA-NC passant une visite médicale d'aptitude initiale sur les sites de Nouméa, Koné et Koumac entre le 01/01/2019 et le 31/06/2019.

2.2 Critères d'inclusion

Étaient inclus toutes les personnes se présentant à la visite médicale de sélection initiale en qualité de candidat VDSMA (VS ou VT).

2.3 Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion étaient :

- Le refus de participation à l'étude
- Les aptitudes autres que les sélections initiales
- Les aptitudes à l'engagement autres qu'au RSMA-NC (forces armées, réserve opérationnelle ou gendarmerie)

3 Objectifs :

3.1 Objectif principal

L'objectif de l'étude était de décrire la proportion de consommateurs de cannabis et les modalités de consommation des volontaires à l'engagement au RSMA-NC.

3.2 Objectifs secondaires

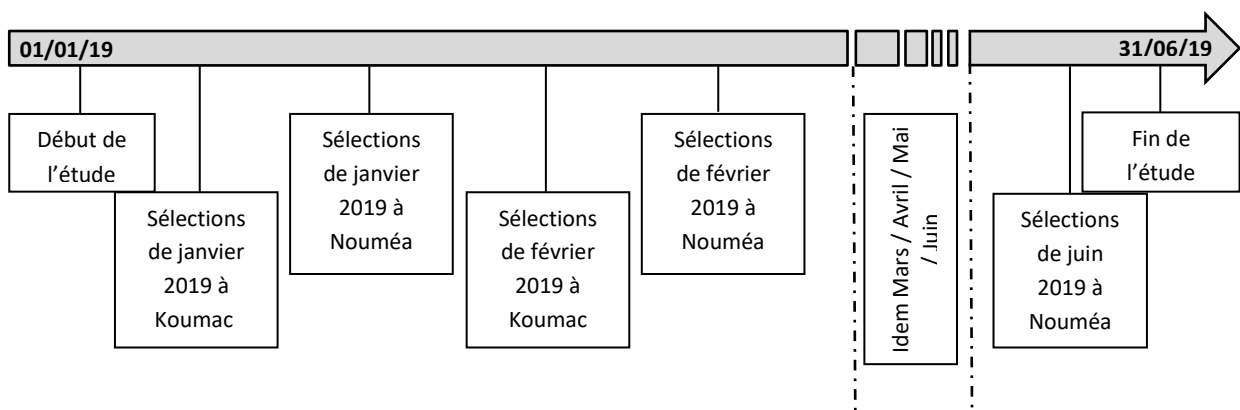
Les objectifs secondaires étaient :

- Comparaison à la population générale calédonienne et aux autres armées
- Mettre en évidence des facteurs de risque d'usage du cannabis
- Décrire les autres consommations chez les volontaires à l'engagement.

4 Déroulement de la recherche

L'étude s'est déroulée lors des différentes phases de sélection des candidats à l'engagement au RSMA-NC, sur les sites de Nouméa, Koné et Koumac entre le 01/01/19 et 31/06/19.

4.1 Schéma de la recherche



4.2 Type de recueil et diffusion

Il s'agissait de questionnaires anonymes (Annexes II) distribués à l'issue de la visite médicale d'aptitude initiale après avoir statué sur l'aptitude à l'engagement. Ce questionnaire était rempli par le candidat avec l'aide d'un personnel de santé afin de répondre aux questions et préciser certaines questions si besoin.

Une information orale et écrite (Annexes III) était préalablement donnée à l'ensemble des candidats. Le consentement du candidat à participer à l'étude était recherché oralement, en face à face, avec le médecin réalisant la visite médicale.

Le travail de recherche suivant, en accord avec le Décret n° 2017-884 du 9 mai 2017 modifiant certaines dispositions réglementaires relatives aux recherches impliquant la personne humaine, ne nécessitait pas de recours à un comité de protection des personnes. L'étude répondant à la

méthodologie de référence MR-004 de la CNIL, une déclaration de conformité à la méthodologie de référence (récépissé n° 2210304 v 0) et le dépôt du dossier à l'INDS ont été préalablement faits.

4.3 Données démographiques

Les données suivantes étaient recherchées :

- Sexe : homme/femme
- Age
- Zone d'habitation : province sud / province nord / province des îles loyauté / Wallis et Futuna / Autre (précisez)
- Domiciliation : Tribu / Ville / Squat / Autre (précisez)
- Communauté d'appartenance : kanak / caldoche / wallisien-futunien / polynésien / européen / autre (précisez)
- Niveau d'étude : brevet / CAP / bac professionnel / bac général / enseignement supérieur
- Travail : CDI / CDD / Contrats non déclarés / Sans
- Travail des parents : père (actif / sans emploi) ; mère (active / sans emploi)

4.4 Consommation de cannabis

Concernant la consommation de cannabis, les données suivantes étaient recherchées :

- Expérimentation du cannabis : oui / non
- Consommation actuelle de cannabis : non / oui ; rarement (moins de 1 fois par mois) / de temps en temps (plus de 2 fois par mois) / tous les week-ends / tous les jours (et combien)
- L'effet recherché par la consommation de cannabis : pour se détendre / pour stimuler ses sens / pour se soulager ou oublier ses souffrances / pour favoriser la communication / pour éviter le manque
- Une tentative d'arrêt du cannabis dans l'année (oui/non)
- La consommation de cannabis par l'entourage : parents (oui/non), entourage proche (oui/non)
- Le résultat du test de dépistage du cannabis : positif/négatif

- Score au questionnaire CAST

4.5 Consommations associées

Les consommations suivantes étaient recherchées :

- Consommation d'alcool : rarement ou jamais (< 2 fois par mois) / occasionnellement (< 4 fois par semaine) / tous les week-ends (> 6 verres) / tous les jours
- Consommation de cigarette : non / oui (<3/j) / oui (entre 4 et 6/j) / oui (entre 7 et 10/j) / oui (>10/j)
- Consommation d'autres stupéfiants (kava, « clochettes » /datura, cocaïne, ecstasy, etc. ...) : oui / non

4.6 Connaissance de DECLIC

Une question supplémentaire recherchait la connaissance de l'existence du dispositif DECLIC et son éventuel recours (non connu / connu mais non consulté / connu et consulté).

5 Gestion des données

Conformément au Décret n° 2017-884 du 9 mai 2017 modifiant certaines dispositions réglementaires relatives aux recherches impliquant la personne humaine, une déclaration de conformité à la méthodologie de référence (récépissé n° 2210304 v 0) et le dépôt du dossier à l'INDS ont été réalisés.

L'ensemble des questionnaires papiers étaient informatisés dans une base de données Excel®. Le traitement des données était réalisé via ce logiciel et à l'aide du logiciel R®.

En cas de distribution normale, les données quantitatives ont été exprimées sous forme de moyenne assorties de leurs écarts types et comparées entre elles par un test t de Student. En cas de distribution non normale, elles ont été exprimées sous forme de médianes assorties de leurs interquartiles [25-75] et comparées entre elles par un test de Mann-Withney. Les données qualitatives ont été exprimées sous forme de pourcentage avec calcul des Odds Ratio et des valeurs de p

(comparées entre elles par un test du Chi² ou test exact de Fisher lorsque l'effectif était inférieur ou égal à 5). Une différence était considérée comme significative si la valeur du p était inférieure à 0.05.

TROISIÈME PARTIE : RÉSULTATS

À la fin de la période de distribution, sur 407 candidats s'étant présentés pour un engagement au RSMA-NC, 371 questionnaires ont été récoltés (1 session de sélection n'ayant pas été interrogée) dont 346 ont été inclus à l'étude (16 refus, 9 non exploitables). Le taux de participation a donc été de **87,2%**.

1 Données démographiques

1.1 Age et sexe

L'âge des personnes interrogées était de 18 à 25 ans, ce qui correspond aux limites d'âge pour intégrer le RSMA. Par ailleurs, 65.3% des candidats étaient des hommes et 34.7% des femmes. La moyenne d'âge de l'échantillon était de 20.8 ans. Elle était de 20.7 ans [19-22] pour les hommes et de 21 ans [19-23] pour les femmes.

1.2 Provenance et zone d'habitation

La répartition de la provenance des candidats est détaillée dans le tableau 3. Ainsi, 48.8% des candidats étaient originaires de la Province nord, 24.3% de la Province sud, 24.3% de la Province des îles Loyauté (Ouvéa, Lifou et Maré) et 2.6% d'ailleurs (essentiellement Wallis et Futuna, Vanuatu et Polynésie Française).

Tableau 3 : Origine géographique des candidats à l'engagement au RSMA-NC

	Global (%)	Hommes (%)	Femmes (%)
Province nord	169 (48,8%)	107 (47,3%)	62 (51,7%)
Province sud	84 (24,3%)	50 (22,1%)	34 (28,3%)
Lifou	30 (8,7%)	26 (11,5%)	4 (3,3%)
Maré	33 (9,5%)	25 (11,1%)	8 (6,7%)
Ouvéa	21 (6,1%)	12 (5,3%)	9 (7,5%)
Wallis et Futuna	3 (0,9%)	2 (0,9%)	1 (0,8%)
Autre	6 (1,7%)	4 (1,8%)	2 (1,7%)

$p = 0.371$

Concernant la zone d'habitation (tableau 4), 61% des candidats venaient de tribu, 35.8% de zone urbaine et 1.7% de squat.

Tableau 4 : Zone d'habitation des candidats à l'engagement au RSMA-NC

	Global (%)	Hommes (%)	Femmes (%)
Tribu	211 (61,0%)	133 (58,8%)	78 (65,0%)
Ville	124 (35,8%)	88 (38,9%)	36 (30,0%)
Squat	6 (1,7%)	3 (1,3%)	3 (2,5%)
Autre	5 (1,4%)	2 (0,9%)	3 (2,5%)

$p = 0.883$

1.3 Appartenance ethnique

85% des candidats se sentaient appartenir à la communauté Kanak, 3.2% à la communauté Caldoche, 7.8% se définissaient comme « métis », 1.2% étaient d'origine européenne et 3% d'autres îles du Pacifique (Wallis et Futuna, Polynésie Française et Vanuatu (tableau 5)

Tableau 5 : Appartenance ethnique des candidats à l'engagement au RSMA-NC

	Global (%)	Hommes (%)	Femmes (%)
Kanaks	294 (85,0%)	186 (82,3%)	108 (90,0%)
Caldoches	11 (3,2%)	7 (3,1%)	4 (3,3%)
Métis	27 (7,8%)	22 (9,7%)	5 (4,2%)
Européens	4 (1,2%)	3 (1,3%)	1 (0,8%)
Polynésiens	3 (0,9%)	3 (1,3%)	0 (0,0%)
WF	3 (0,9%)	2 (0,9%)	1 (0,8%)
Autres	4 (1,2%)	3 (1,3%)	1 (0,8%)

$p = 0.197$

1.4 Niveau scolaire et emploi

Dans l'ensemble, les candidats arrêtent leur scolarité précocement (tableau 6) avec 48.6% des candidats ayant un niveau inférieur ou égal au brevet. 26.3% ont poursuivi jusqu'au CAP, 19.9% jusqu'au bac pro, 2,6% au bac général et seulement 2,6% au-delà. On note une différence non significative ($p= 0.219$) de niveau scolaire entre hommes et femmes, celles-ci ayant un niveau sensiblement plus élevé.

Tableau 6 : Niveau scolaire des candidats à l'engagement au RSMA-NC

	Global (%)	Hommes (%)	Femmes (%)
Pas de diplôme	91 (26,3%)	69 (30,5%)	22 (18,3%)
Brevet	77 (22,3%)	44 (19,5%)	33 (27,5%)
CAP	91 (26,3%)	62 (27,4%)	29 (24,2%)
Bac pro	69 (19,9%)	41 (18,1%)	28 (23,3%)
Bac général	9 (2,6%)	6 (2,7%)	3 (2,5%)
Études sup	9 (2,6%)	4 (1,8%)	5 (4,2%)

$p = 0.219$

Concernant l'emploi (tableau 7), 72.3% des candidats déclaraient ne pas avoir de travail le jour de la visite médicale. 17.3% déclaraient qu'ils réalisaient des contrats non déclarés (travail avec la famille, service type jardinage, débroussaillage, etc.), 7.8% signalaient qu'ils travaillent en contrat à durée déterminée (CDD - généralement pour une durée inférieure ou égale à 3 mois) et 2.6% étaient titulaire d'un contrat à durée indéterminée (CDI).

Tableau 7 : Emploi actuel lors de la visite médicale des candidats à l'engagement au RSMA-NC

	Global (%)	Hommes (%)	Femmes (%)
Aucun	250 (72,3%)	162 (71,7%)	88 (73,3%)
"Petits contrats non déclarés"	60 (17,3%)	45 (19,9%)	15 (12,5%)
CDD	27 (7,8%)	15 (6,6%)	12 (10,0%)
CDI	9 (2,6%)	4 (1,8%)	5 (4,2%)

$p = 0.771$

On note qu'il n'existait pas de différence significative entre les groupes hommes et femmes.

2 Objectif principal

2.1 Consommation : proportion et modalités

2.1.1 Taux d'initiation

Le taux d'initiation (consommation au moins une fois dans leur vie) des candidats était de 85.5% avec des différences significatives selon le travail des parents, la consommation dans l'entourage, et la consommation d'alcool et de tabac (tableau 8).

Tableau 8 : Initiation au cannabis des candidats au RSMA-NC selon les variables étudiées

	Non initié (53)	Initié (302)	OR	p
Sexe				
F	17 (32%)	106 (35%)	Référence	
H	36 (68%)	196 (65%)	0,88 [0,46-1,62]	0,67
Province d'habitation				
PI	18 (34%)	73 (24%)	Référence	
PN	21 (40%)	150 (50%)	1,76 [0,87-3,52]	0,14*
PS	12 (23%)	73 (24%)	1,49 [0,67-3,41]	0,42
Autre	2 (4%)	6 (2%)	0,71 [0,14-5,73]	0,66
Type d'habitation				
Ville	19 (36%)	110 (36%)	Référence	
Tribu	31 (58%)	183 (61%)	1,02 [0,54-1,89]	0,95
Squat	2 (4%)	5 (2%)	0,42 [0,08-3,43]	0,32
NR	1 (2%)	4 (1%)	0,63 [0,08-17,9]	0,75
Ethnie				
Kanak	42 (79%)	260 (86%)	6,13 [0,62-60,2]	0,10*
Calédonien	2 (4%)	9 (3%)	3,94 [0,25-62,7]	0,52
Métis	5 (9%)	23 (8%)	4,31 [0,38-50,3]	0,20*
Européen	2 (4%)	2 (1%)	Référence	
Polynésien/Wallisien-Futunien	1 (2%)	5 (2%)	4,03 [0,38-50,3]	0,50
Autre	1 (2%)	3 (1%)	2,53 [0,12-115,8]	1,0
Études				
Bac général/études supérieures	2 (4%)	16 (5%)	1,72 [0,41-12,9]	0,73
Bac professionnel	13 (25%)	57 (19%)	Référence	
Brevet	11 (21%)	68 (23%)	1,40 [0,58-3,46]	0,51
CAP	17 (32%)	78 (26%)	1,05 [0,46-2,34]	1,00
Pas d'études	10 (19%)	83 (27%)	1,88 [0,77-4,74]	0,18*
Travail				
Pas de travail	36 (68%)	222 (74%)	2,18 [0,80-5,36]	0,15*
Travail non déclaré	9 (17%)	52 (17%)	2,01 [0,63-6,25]	0,24
CDD	7 (13%)	20 (7%)	Référence	
CDI	1 (2%)	8 (3%)	2,49 [0,34-71,1]	0,65
Travail père				
Non	26 (49%)	95 (31%)	Référence	
Oui	22 (42%)	167 (55%)	2,07 [1,11-3,89]	0,02**
NR	5 (9%)	40 (13%)	2,13 [0,81-6,79]	0,13*
Travail mère				
Non	36 (68%)	129 (43%)	Référence	
Oui	17 (32%)	153 (51%)	2,49 [1,35-4,76]	0,003**
NR	0 (0%)	20 (7%)	-	
Parent consommateur				
Non	46 (87%)	263 (87%)	Référence	
Oui	4 (8%)	33 (11%)	1,40 [0,52-4,97]	0,63
NR	3 (6%)	6 (2%)	0,34 [0,08-1,77]	0,15*
Entourage consommateur				
Non	12 (23%)	22 (7%)	Référence	
Oui	38 (72%)	274 (91%)	3,93 [1,74-8,53]	0,001**
NR	3 (6%)	6 (2%)	1,07 [0,23-6,17]	1,00
Consommation alcool				
Rare	26 (49%)	103 (34%)	Référence	
Occasionnelle	20 (38%)	167 (55%)	2,01 [1,12-4,01]	0,02**
Tous les jours ou WE	4 (8%)	26 (9%)	1,59 [0,55-5,91]	0,45
NR	3 (6%)	6 (2%)	0,50 [0,12-2,63]	0,40
Consommation tabac				
Pas de consommation	25 (47%)	47 (16%)	Référence	
1-2/jour	12 (23%)	75 (25%)	3,28 [1,52-7,40]	<0,01**
3-5/jour	7 (13%)	107 (35%)	7,92 [3,33-21,3]	<0,01**
6-9/ jour	5 (9%)	50 (17%)	5,14 [1,94-16,6]	<0,01**
≥10/jour	1 (2%)	17 (6%)	7,90 [1,47-198,0]	0,02**
NR	3 (6%)	6 (2%)	1,04 [0,25-5,59]	1,0
Consommation de stupéfiant				
Non	50 (94%)	286 (95%)	Référence	
Oui	0	10 (3%)	-	
NR	3 (6%)	6 (2%)	-	
On cumul NR et Oui pour calculer l'OR				
Oui ou NR	3 (6%)	16 (5%)	0,90 [0,28-4,14]	1,0

* variable dont l'effet non significatif mais pour lesquels $p < 0,20$

** variable dont l'effet est significatif ($p < 0,05$)

2.1.2 Consommation actuelle

La fréquence de la consommation déclarée par les candidats à l'engagement au RSMA-NC est présentée Figure 11. Sur l'ensemble des candidats retenus, 24.3% déclaraient consommer récemment (plus de 2 fois par mois) du cannabis dont 8.1% quotidiennement.

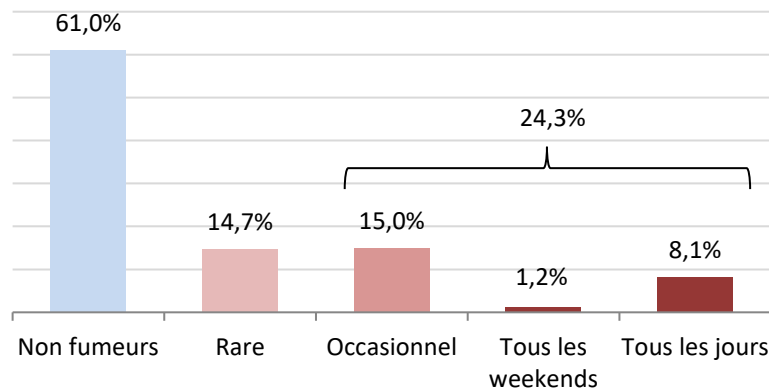


Figure 11 : Fréquence de consommation de cannabis chez les candidats à l'engagement au RSMA-NC

Dans les faits, 29.2% des candidats à l'engagement au RSMA-NC avaient un test de dépistage au cannabis positif le jour de la visite médicale de sélection. Le résultat du test de dépistage est globalement cohérent avec la consommation déclarée ; seuls 7 personnes (3.3%) avaient un test positif alors qu'ils déclaraient être non-fumeurs (Figure 12).

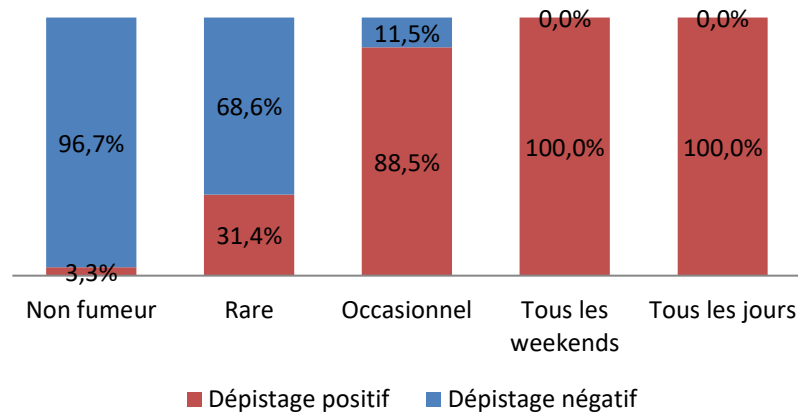


Figure 12: résultats du test de dépistage au cannabis chez les candidats à l'engagement au RSMA-NC selon leur consommation déclarée

2.1.3 Consommation par sexe

Sur les candidats interrogés, la fréquence de consommation récente de cannabis déclarée ne montre pas de différence significative entre les hommes et les femmes, avec respectivement une consommation de 27,9% et 17,5%. Cette différence reste non significative, quelle que soit la fréquence de la consommation (tableau 9).

Tableau 9 : Consommation de cannabis déclarée chez les candidats à l'engagement au RSMA-NC en fonction du sexe

	n	Nulle (%)	Rare (%)	Occasionnelle (%)	Tous les WE (%)	Tous les jours (%)	<i>p</i>
Sexe							
Hommes	226	133 (58,8%)	30 (13,3%)	39 (17,3%)	4 (1,8%)	20 (8,8%)	0,421
Femmes	120	78 (65,0%)	21 (17,5%)	13 (10,8%)	0 (0,0%)	8 (6,7%)	

2.1.4 Consommation par province

La consommation actuelle selon les provinces est sensiblement équivalente, et est distribuée ainsi (tableau 10) :

- En province Nord : 20,7 %
- En province Sud : 27,4%
- En province des Îles Loyauté : 28,6%
- Autre provenance : 22,2 %

Contrairement au taux d'initiation, la tendance de différence de consommation entre province n'est pas retrouvée, quelle que soit la fréquence de consommation. La différence reste non significative en précisant île par île au sein de la province des Îles Loyautés.

Tableau 10 : Consommation de cannabis déclarée chez les candidats à l'engagement au RSMA-NC en fonction de leur provenance

	n	Nulle (%)	Rare (%)	Occasionnelle (%)	Tous les WE (%)	Tous les jours (%)	<i>p</i>
Global	346	211 (61,0%)	51 (14,7%)	52 (15,0%)	4 (1,2%)	28 (8,1%)	
Provenance							
PN	169	103 (60,9%)	31 (18,3%)	20 (11,8%)	2 (1,2%)	13 (7,7%)	0,48
PS	84	50 (59,5%)	11 (13,1%)	14 (16,7%)	1 (1,2%)	8 (9,5%)	
PIL	84	52 (61,9%)	8 (9,5%)	17 (20,3)	0 (0,0%)	7 (8,3%)	
Autre	9	6 (66,7%)	1 (11,1%)	1 (11,1%)	1 (11,1%)	0 (0,0%)	

2.1.5 Tentatives d'arrêt

Le manque important de réponse à la question concernant les tentatives de sevrage dans l'année ne nous ont pas permis de pouvoir exploiter les résultats de cette question.

La connaissance du dispositif DECLIC dans la population d'étude est assez faible. 61.8% des personnes interrogées ne connaissaient pas le dispositif. Un quart le connaissait mais n'y avait jamais eu recours et 12.4% avait déjà consulté. Toutefois, les consommateurs réguliers voire quotidiens connaissent plus souvent DECLIC (avec ou sans consultation) (Figure 13), il existe d'ailleurs une différence significative nette avec $p < 0.0005$.

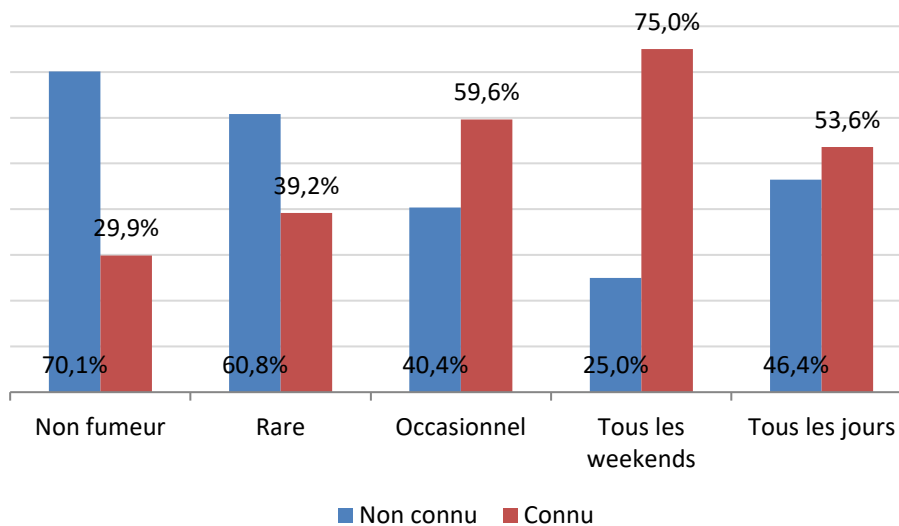


Figure 13 : taux de connaissance du dispositif DECLIC selon la consommation de cannabis

2.1.6 L'exposition

Concernant la consommation familiale et des proches, 10.7% des candidats déclaraient qu'au moins un des deux parents était consommateur de cannabis et 90.2% que leur entourage proche (amis, famille, cousins) consommait du cannabis. La consommation familiale et des proches n'entraîne pas de différence significative ni sur la consommation déclarée, ni sur le test de dépistage au cannabis, ni sur le résultat au questionnaire CAST.

2.1.7 Le score au test CAST

La Figure 14 illustre le score CAST obtenu le jour de la visite en fonction de la consommation de cannabis déclarée.

Parmi les candidats à l'engagement au RSMA, ceux qui déclarent ne pas consommer ou ne consommer que rarement du cannabis, ont un score modal de « 0 », soit respectivement 65,5% et 24,5% des candidats.

Parmi ceux qui déclarent consommer occasionnellement (plus de 2 fois par mois mais pas tous les jours), ou quotidiennement, le score modal est de « 11-12 », soit respectivement 26% et 32% des candidats des séries respectives.

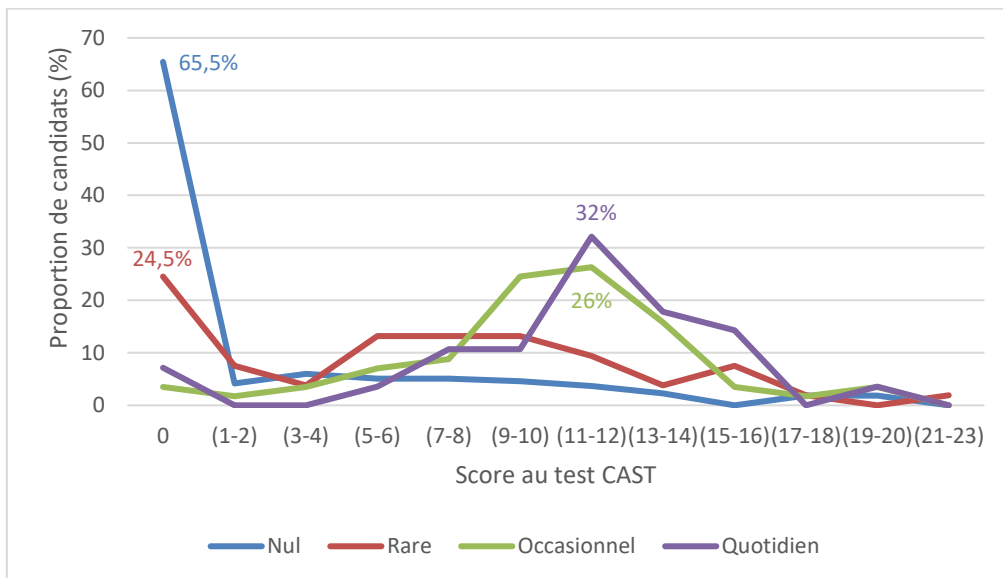


Figure 14 : Score au test CAST selon la fréquence des usages

3 Objectifs secondaires

3.1 Consommations associées

Le tableau 10 présente la consommation d'alcool des candidats à l'engagement au RSMA-NC. Celle-ci reste rare ou occasionnelle dans plus de 91% des cas. Seul 8.7% de l'effectif déclare boire de l'alcool tous les weekends voire tous les jours (n=1)

Tableau 10 : Consommation d'alcool chez les candidats à l'engagement au RSMA-NC

	Alcool					
	n	Jamais ou rare (%)	Occasionnel (%)	Tous les Week-ends (%)	Tous les jours (%)	
Global	346	129 (37,3%)	187 (54,0%)	29 (8,4%)	1 (0,3%)	
Cannabis						
Non-fumeurs	211	88 (41,7%)	109 (51,7%)	14 (6,6%)	0 (0,0%)	
Rare	51	22 (43,1%)	25 (49,0%)	4 (7,8%)	0 (0,0%)	
Occasionnel	52	13 (25,0%)	34 (65,4%)	5 (9,6%)	0 (0,0%)	
WE/TLJ	32	6 (18,8%)	19 (59,4%)	6 (18,8%)	1 (3,1%)	
Test THC						
Test +	101	27 (26,7%)	62 (61,4%)	11 (10,9%)	1 (1,0%)	
Test -	245	102 (41,6%)	125 (51,0%)	18 (7,3%)	0 (0,0%)	

La consommation de cigarette est quant à elle beaucoup plus importante (tableau 11) : le taux de fumeurs (usage quotidien quel que soit son importance), est de près de 80%. On remarque que 93% des fumeurs ont une faible consommation, inférieure à 10 cigarettes par jour. Nous constatons que les consommateurs réguliers de cannabis fument également le tabac.

Tableau 11 : Consommation de tabac chez les candidats à l'engagement au RSMA-NC

	Tabac					
	n	Nulle (%)	<3/jour (%)	<6/jours (%)	<10/jours (%)	>10/jours (%)
Global	346	72 (20,8%)	87 (25,1%)	114 (32,9%)	55 (15,9%)	18 (5,2%)
Cannabis						
Non-fumeurs	211	64 (30,3%)	48 (22,7%)	61 (28,9%)	28 (13,3%)	10 (4,7%)
Rare	51	6 (11,8%)	16 (31,4%)	18 (35,3%)	6 (11,8%)	5 (9,8%)
Occasionnel	52	2 (3,8%)	14 (26,9%)	23 (44,2%)	12 (23,1%)	1 (1,9%)
WE/TLJ	32	0 (0,0%)	9 (28,1%)	12 (37,5%)	9 (28,1%)	2 (6,3%)
Test THC						
Test +	101	4 (4,0%)	30 (29,7%)	42 (41,6%)	21 (20,8%)	4 (4,0%)
Test -	245	68 (27,8%)	57 (23,3%)	72 (29,4%)	34 (13,9%)	14 (5,7%)

Enfin, l'usage d'autres stupéfiants reste très marginal car seul 10 (2,9%) des candidats interrogés déclaraient avoir recours à d'autres stupéfiants. Pour 8 sur 10 d'entre eux, il s'agissait de Kava, une préparation à base de racine consommée traditionnellement dans les « Nakamals » (Bar à Kava), dans

les îles du Pacifique, en particulier au Vanuatu et à Wallis et Futuna pour ce qui concerne notre population d'étude. Seuls 2 candidats déclaraient consommer d'autres drogues comme la cocaïne ou bien la pratique de l'inhalation d'essence ou de paracétamol.

3.2 Facteurs de risque de consommation

3.2.1 Facteurs de risque d'être initié au cannabis

Tout d'abord, les facteurs de risque ont été étudiés en analyse univariée, avec calcul des Odds Ratio et les valeurs de p (test Chi2 ou test de Fisher quand les effectifs étaient inférieurs à 5). Les résultats de l'analyse univariée sont décrits dans le Tableau 8 : Initiation au cannabis des candidats au RSMA-NC selon les variables étudiées.

Afin de réaliser un modèle multivarié, ont été conservées les variables pour lesquelles il y a au moins une modalité avec un effet significatif ($p < 0,05$) :

- Le travail du père
- Le travail de la mère
- La consommation dans l'entourage
- La consommation d'alcool
- La consommation de tabac

Les variables pour lesquelles il n'y a pas de modalités avec un effet significatif mais conservées dans le modèle multivarié ($p < 0,20$) étaient :

- La province d'habitation
- L'ethnie
- Les études
- Le travail

Dans le modèle multivarié final, toutes choses étant égales par ailleurs, seules les variables avec un effet significatif ont été conservées tout en ayant le meilleur modèle.

Tableau 12 : Facteurs de risque d'initiation

	OR brut [IC]	OR ajusté [IC]
Travail de la mère		
Non	Référence	Référence
Oui	2,49 [1,35-4,76]	2,29 [1,19-4,55]
NR	-	-
Entourage consommateur		
Non	Référence	Référence
Oui	3,39 [1,74-8,53]	4,59 [1,87-11,12]
NR	1,07 [0,23-6,17]	3,93 [0,75-24,13]
Consommation de tabac		
Aucune	Référence	Référence
1-2/jour	3,28 [1,52-7,40]	3,95 [1,76-9,37]
3-5/jour	7,92 [3,33-21,3]	7,76 [3,19-21,31]
6-9/jour	5,14 [1,94-16,6]	4,46 [1,62-14,54]
≥10/jours	7,90 [1,47-198,0]	11,0 [1,90-211,3]
NR	1,04 [0,25-5,59]	NA

Toutes choses étant égales par ailleurs, la côte est 2 fois plus importante d'être initiée au cannabis pour ceux dont la mère travaille que ceux dont la mère ne travaille pas. Il en est de même pour ceux dont une personne de l'entourage consomme avec une côte 4 fois plus importante. La côte est jusqu'à 11 fois plus importante pour les candidats présentant une consommation de cigarettes supérieure ou égale à dix par jour (tableau 12).

Les résultats montrent donc un effet significatif du travail de la mère, d'avoir quelqu'un qui consomme du cannabis dans son entourage et d'être consommateur de tabac, sur l'initiation au cannabis des candidats à l'engagement.

3.2.2 Facteurs de risque d'être consommateur de cannabis

À partir de la variable concernant la fréquence de consommation de cannabis, une variable binaire a été déterminée :

- Ceux qui consomment (rare, occasionnellement, le week-end, tous les jours)
- Ceux qui ne consomment pas, même s'ils ont été initiés (« Nul »).

Les variables pour lesquelles il y a au moins une modalité avec un effet significatif ($p < 0,05$) retenues dans le modèle multivarié (Annexes V) étaient :

- La consommation d'alcool
- La consommation de tabac
- La consommation de stupéfiant

Les variables pour lesquelles il n'y a pas de modalités avec un effet significatif mais retenues dans le modèle multivarié ($p < 0,20$) étaient :

- Le sexe
- Le travail
- Le travail de la mère

Dans le modèle multivarié final, toutes choses étant égales par ailleurs, seules les variables avec un effet significatif ont été conservées tout en ayant le meilleur modèle.

Tableau 13 : Facteurs de risque de consommation de cannabis

	OR brut [IC]	OR ajusté [IC]
Consommation tabac		
Pas de consommation	Référence	Référence
1-2/jour	6,34 [2,82-15,9]	6,40 [2,86-15,89]
3-5/jour	6,79 [3,12-16,6]	6,54 [3,00-15,92]
6-9/ jour	7,49 [3,13-19,8]	7,16 [2,99-18,80]
≥10/jour	6,19 [1,86-21,3]	5,90 [1,78-20,09]
NR	3,96 [0,68-19,2]	4,00 [0,74-18,70]
Consommation de stupéfiants		
Non	Référence	Référence
Oui	6,21 [1,49-45,8]	4,83 [1,18-32,50]
NR	0,84 [0,17-3,37]	

Toutes choses étant égales par ailleurs, la cote est 6 fois plus importante chez les consommateurs de tabac que chez les non-fumeurs, de consommer du cannabis. Elle est quasiment 5 fois plus importante chez les consommateurs de stupéfiants (kava considéré comme stupéfiant) (tableau 13).

Ainsi, les facteurs de risque en multivarié de consommer du cannabis chez les candidats au RSMA-NC étaient le fait de consommer du tabac et de consommer des stupéfiants.

3.2.3 Facteurs de risque d'avoir un test urinaire positif

La variable test était la variable à expliquer. Cette variable a pu être remplie pour 346 personnes (9 n'ont pas eu de test), dont 101 personnes avec un résultat positif

Les variables pour lesquelles il y a au moins une modalité avec un effet significatif ($p < 0,05$) retenues dans le modèle multivarié (Annexes VI) étaient :

- Le sexe
- La consommation d'alcool
- La consommation de tabac
- La consommation de stupéfiants
- Le score CAST total

Les variables pour lesquelles il n'y a pas de modalités avec un effet significatif mais conservées dans le modèle multivarié ($p < 0,20$) étaient :

- Le travail
- Le travail du père (pour les données manquantes)

Dans le modèle multivarié final, toutes choses étant égales par ailleurs, seules les variables avec un effet significatif ont été conservées tout en ayant le meilleur modèle.

Tableau 14 : Facteurs de risque de test urinaire positif

	OR brut [IC]	OR ajusté [IC]
Consommation tabac		
Pas de consommation	Référence	Référence
1-2/jour	8,57 [3,13-30,94]	8,31 [2,98-29,7]
3-5/jour	9,51 [3,58-33,7]	8,35 [3,08-29,3]
6-9/ jour	10,0 [3,46-37,5]	7,69 [2,57-28,7]
≥10/jour	4,74 [0,96-23,4]	3,21 [0,62-16,2]
Consommation de stupéfiants		
Non	Référence	Référence
Oui	9,83 [2,35-72,6]	9,91 [2,25-69,7]
Score CAST total		
0	Référence	Référence
1-5	1,21 [0,41-3,11]	0,93 [0,29-2,58]
≥6	3,84 [2,27-6,65]	3,65 [2,09-6,51]
NR	2,77 [0,77-8,87]	3,01 [0,82-10,3]

Toutes autres choses étant égales par ailleurs, la côte est jusqu'à 8 fois plus importante chez les consommateurs de tabac d'avoir un test urinaire positif, par rapport aux non-fumeurs. Elle est quasiment 10 fois plus importante chez les consommateurs de stupéfiants. Les candidats présentant un score CAST total supérieur à 6 présentent une côte 3 fois plus importante que ceux dont le score total est égal à 0 (tableau 14).

Les facteurs de risque en multivarié d'avoir un test urinaire positif étaient le fait de consommer du tabac, de consommer des stupéfiants (kava considéré comme stupéfiant), et d'avoir un score CAST total supérieur ou égal à 6.

QUATRIÈME PARTIE : DISCUSSION

1 Discussion des principaux résultats

1.1 Description démographique

La population étudiée comprenait un tiers de femmes (34,7%) pour deux tiers d'hommes (65,3%), en cohérence avec les chiffres officiels du SMA, toutes régions confondues(56).

Le fait que près de 3 candidats sur 4 étaient originaires de la Province Nord (48,8%) et de la Province des Îles Loyauté (24,3%), peut s'expliquer pas la mission inhérente au SMA : insérer des jeunes en difficulté, éloignés de l'emploi.

En effet, le bassin professionnel de Nouvelle-Calédonie se situe principalement en province Sud, tous secteurs confondus. Seulement 20% des entreprises sont établies en Provinces Nord et 7% dans les Îles Loyauté (Figure 17 : Comparaison de la polyconsommation régulière de tabac, d'alcool et de cannabis entre la population métropolitaine et les candidats à l'engagement au RASM-NC). Seul 2% de ses entreprises emploient plus de 10 salariés, principalement dans les secteurs du nickel, du tourisme, du commerce et de la production d'énergie. (60)

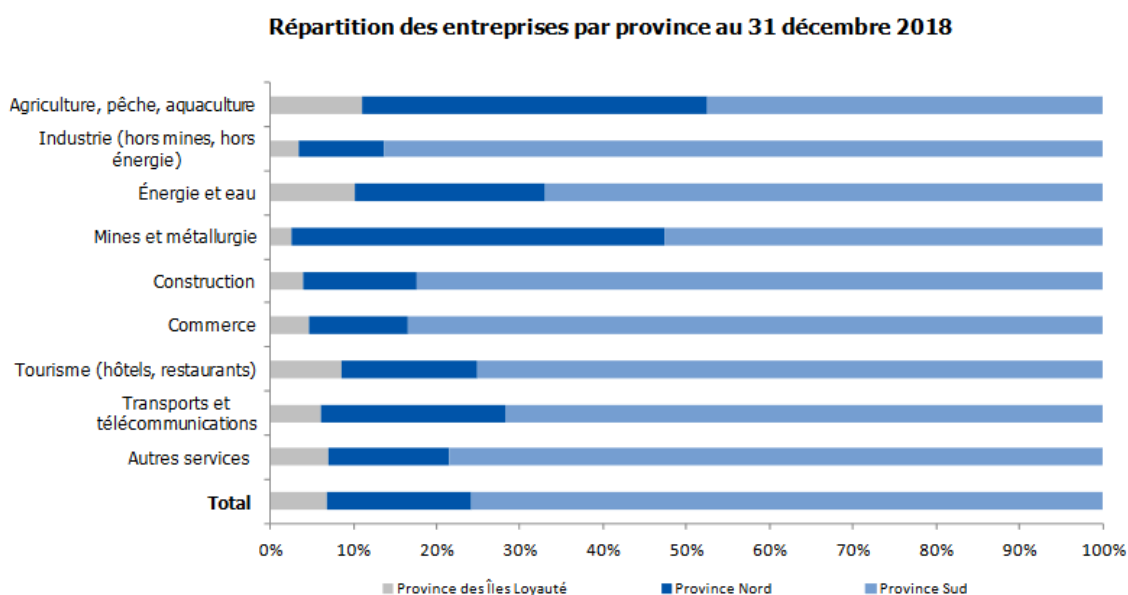


Figure 15 : Répartition des entreprises par province. EIOM

La population Kanak est très majoritaire au Nord (70%) et dans les Îles Loyauté (94%) (source ISEE). De fait, dans notre étude avec 85% des candidats déclarent appartenir à cette communauté.

Or, la population Kanak présente un taux de chômage plus important (18,3%) comparée à l'ensemble de la population de Nouvelle-Calédonie (11,9%), et ce malgré la priorité à l'emploi local à compétences égales. Ce constat s'explique par une population globalement moins diplômée (20% des Kanaks ont le baccalauréat ou plus, contre 33% pour l'ensemble de la population). Elle est également plus jeune avec 34% de moins de 30ans contre 29% pour l'ensemble de la population de l'île, donc moins employée car manquant d'expérience. (61)

Ce profil se vérifie dans notre étude. Il correspond à la population cible du SMA : jeunes entre 18 et 25 ans, en difficulté d'insertion dans la vie active. Ainsi 48.6% des candidats ont un niveau inférieur ou égal au brevet et seulement 1 sur 4 avait un baccalauréat professionnel, général ou plus. Et près de trois quarts des candidats déclarent ne pas avoir de travail le jour de la visite médicale.

1.2 Description de la consommation de cannabis chez les candidats à l'engagement

1.2.1 Consommation actuelle

L'étude repose sur la déclaration de la consommation des candidats souhaitant s'engager au sein du RSMA-NC.

Nous nous attendions à une consommation déclarée, et des tests de dépistage positifs, nettement plus importants chez les candidats à l'engagement que chez les Volontaires Stagiaires (VS) déjà incorporés au sein du RSMA. Or les résultats des tests urinaires de dépistage réalisés chez les VS sur l'année 2018 retrouvaient en moyenne 23,5% [17-30%] de test positif. Cela correspond à la consommation actuelle déclarée (24,3%) et aux résultats des tests urinaires (29,2% de test positif) des candidats à l'engagement sur notre période d'étude

Ces résultats laissent donc penser que les personnes incorporées présentant une consommation de cannabis régulière, ne réaliseraient pas de sevrage pendant leur contrat malgré les conséquences

sur l'aptitude (inaptitude à certaine formation et à l'obtention du permis B) et ce, malgré l'obligation de se présenter à des consultations DECLIC.

Ces résultats sont à pondérer car nous ne savons pas s'il s'agit des mêmes individus qui consomment du cannabis avant et après leur incorporation. Certains ont peut-être sevré leur consommation pendant que d'autres ont débuté la leur. La fréquence de consommation peut avoir augmenté ou diminué depuis leur incorporation. Les tests de dépistage urinaire ne faisant pas la différence entre l'individu ayant consommé la veille, pour la seule fois de l'année, et celui qui présente une consommation quotidienne, il nous est impossible d'évaluer précisément la consommation après l'engagement avec ces seuls résultats.

Ainsi, il pourrait être intéressant d'étudier la fréquence de consommation des candidats après leur incorporation. Faute d'avoir sevré complètement leur consommation, l'évaluation de l'évolution favorable ou non de celle-ci pourrait être pertinente.

1.2.2 Le mésusage et résultats du test CAST

Le questionnaire CAST (Cannabis Abuse Screening Test) (62) a pour objectif de décrire et estimer les usages problématiques dans les enquêtes épidémiologiques. Ce test permet d'identifier les individus présentant des risques élevés d'usage problématique, notamment chez l'adolescent. Par ailleurs, il est validé pour évaluer la consommation du cannabis en milieu militaire(63).

Le CAST, reposant sur 6 questions, a été codés de deux manières différentes.

La première présente un codage à cinq modalités de réponse avec un score allant de 0 à 4 points.

En fonction du résultat obtenu (de 0 à 24), il définit :

- Les usagers sans risque de mésusage : score < à 3
- Les usagers à risque faible de mésusage : score = à 3 et < à 7
- Les usagers à risque élevé de mésusage ou de dépendance : score ≥ à 7

La deuxième présente un codage binaire OUI/NON se reposant sur les mêmes items. Le score s'étale de 0 à 6. Un score supérieur ou égal à 3 définit alors un mésusage du cannabis.

Pour la réalisation de notre étude nous avons pris le parti d'utiliser le questionnaire sous sa forme à point, dans l'objectif d'avoir des résultats plus sensibles en fonction des facteurs de risque de mésusage.

Sur la lecture des résultats bruts de notre étude les résultats au test de CAST ne semblaient pas cohérents avec la consommation déclarée par le candidat. Par exemple, nous retrouvons chez des candidats déclarant avoir une consommation de cannabis nulle, des scores au test CAST non seulement positif (75 candidats), mais supérieur à 6 (42 candidats).

Les raisons possibles de cette incohérence de résultats peuvent être liées à plusieurs facteurs :

- L'incompréhension du questionnaire
- Des réponses concernant une consommation antérieure
- Des modalités de réponse trop complexes ou non adaptées à la population interrogée
- Un questionnaire CAST proposé en fin de questionnaire (lassitude, déconcentration...)

Or le risque de mésusage n'est pas seulement lié à la fréquence de consommation de cannabis, mais à un ensemble de facteurs lié à l'individu, son environnement et à la substance elle-même. L'objectif de ce test est de décrire et d'estimer les usages problématiques dans les enquêtes épidémiologiques et donc sur une population, non sur l'individu. La Figure 14 : Score au test CAST selon la fréquence des usages révèle bien que sur l'ensemble de l'effectif de notre étude, le score au test CAST tend à augmenter lorsque la fréquence de consommation augmente elle aussi.

2 Discussion des résultats secondaires

La comparaison entre études est difficile car le « barème » de fréquence de consommation que nous avons utilisé pour notre étude, et celui des études prises en référence sont différents. Le barème de notre étude ayant été élaboré sur le constat des médecins examinateurs, concernant les consommations des candidats des précédentes phases de sélections, ou des VS déjà engagés.

Pour avoir une comparabilité entre études plus aisée, nous aurions dû prendre en référence les classes définies par l'OFDT :

- Une expérimentation (au moins une fois au cours de la vie)
- Une consommation au moins une fois dans l'année
- Une consommation récente (au moins une fois dans le mois)
- Une consommation régulière de cannabis (10 fois par mois)
- Une consommation quotidienne ou au moins 30 dans le mois

Nous avons pu ajuster ces différences notamment par la création d'une variable « consommation récente » définie par une consommation dans le mois qui a précédé l'enquête sans consommation quotidienne (fusion des variables « de temps en temps » et « tous les week-end »). La consommation actuelle étant définie par une consommation au moins une fois dans l'année écoulée.

2.1 Comparaison à la population générale calédonienne

La comparaison avec la population générale calédonienne présente plusieurs limites. La première est que les résultats les plus récents à notre disposition sur l'étude de la consommation de cannabis date de 2015(1). La seconde est la comparaison de notre population, ayant entre 18 et 25 ans, à prédominance masculine et de province Nord, à celle de la population générale calédonienne.

2.1.1 Taux d'initiation

Dans notre étude, le taux d'initiation (consommation au moins une fois au cours de leur vie) était à 85.5%, contre 56% dans la population calédonienne comprise entre 18 et 60 ans, et 61% chez les 18-24 ans.

Cette différence de près de 25% est difficile à expliquer. Certes, notre population est âgée de 18 à 24 ans mais ne correspond pas en terme de démographie et de situation sociale à celle de la classe 18-24 ans de la population générale. Le fait que notre population soit composée de deux tiers d'homme peut expliquer en partie cette différence, la consommation de cannabis étant plus du fait des hommes

que des femmes. Cette tendance se retrouve dans la population métropolitaine (64), dans la population calédonienne (1) et dans notre étude.

Comme nous le développons dans le chapitre IV.2.3.1 : Facteurs de risques d'être initié au cannabis, le milieu socioéconomique est un facteur de risque d'initiation quand celui-ci est plutôt favorisé. Or notre population est issue d'un milieu socioéconomique plutôt modeste, et donc moins à risque d'initiation mais plus à risque de mésusage (65). La facilité de culture et d'accès au cannabis, notamment au sein des tribus, peut-être un facteur expliquant l'importance de l'initiation dans notre population.

2.1.2 Consommation actuelle

Près d'un quart des candidats retenus (24.3%) déclaraient consommer au moins occasionnellement (plus de deux fois par mois) du cannabis, dont 8.1% quotidiennement. Cette consommation est comparable à celle de la population générale sur le critère de l'âge ($p=0,775$).

En effet, dans la population générale, seulement 13% déclaraient consommer actuellement du cannabis. Mais la prévalence monte à 20% chez les 18-24 ans. La consommation quotidienne s'élève à 4,5% pour la population générale, et est présentée par près d'un calédonien sur dix (9%) âgé de 18 à 24 ans.

2.1.3 Consommation par sexe

Chez les candidats à l'engagement, la consommation actuelle est plus importante chez les hommes avec 41.2% contre 35% chez les femmes. Cette tendance se retrouve également dans la population calédonienne, avec une consommation actuelle chez 18% des hommes contre 8% les femmes.

2.1.4 Consommation par province

Dans notre étude, nous ne retrouvons pas de différence de consommation selon les provinces, avec une consommation actuelle pour 39,1% des candidats provenant de province Nord, 38,1% en province des Îles Loyauté et 40,5% de la province sud.

En revanche, dans la population générale, la prévalence de la consommation actuelle est significativement plus élevée en province Nord et en province des Îles Loyauté, respectivement 18% et 16%, contre 12% en province Sud.

Cette différence entre les résultats de notre étude et ceux observés en population générale peut aisément s'expliquer par le biais de sélection de la population interrogée dans notre étude. En effet, quelle que soit la province d'origine, la population de notre étude est majoritairement kanak, jeune et en difficulté d'insertion dans la vie active, ce qui n'est pas représentatif de la population générale calédonienne et par province.

2.1.5 Tentatives d'arrêt

Parmi les fumeurs de la population générale, 43% ont essayé d'arrêter de fumer au cours des 12 derniers mois, avec 59% des femmes contre 36% des hommes

Dans notre étude, il n'a pas été possible d'évaluer les tentatives de sevrage à cause de données manquantes en nombre important. Nous n'avons pas d'élément expliquant la non réponse importante à cette question. La question était peut-être imprécise. La notion de temps donnée (« année passée ») pouvait induire en erreur le candidat. Les personnes déclarant consommer ne se sentaient peut-être pas concernées par la question.

Sur l'ensemble des candidats 38,1% seulement connaissait l'existence du dispositif DECLIC. Seulement 12,4% d'entre eux déclaraient avoir déjà consulté au moins une fois, sans précision sur la nature de la substance consommée ayant motivé cette dernière (cannabis, alcool, tabac...). Néanmoins, les consommateurs réguliers connaissaient significativement mieux ($p < 0,0005$) le dispositif DECLIC que les autres candidats. Nos résultats soulignent le manque de communication autour de ce dispositif auprès de la population calédonienne. Même s'il semble que les principaux concernés par ce dispositif sont mieux informés, cela résulte fréquemment d'une demande de prise en charge par un professionnel de santé ou non (médecins, infirmiers scolaires, justice, services sociaux, psychiatres...) et rarement d'une démarche spontanée.

2.1.6 L'exposition

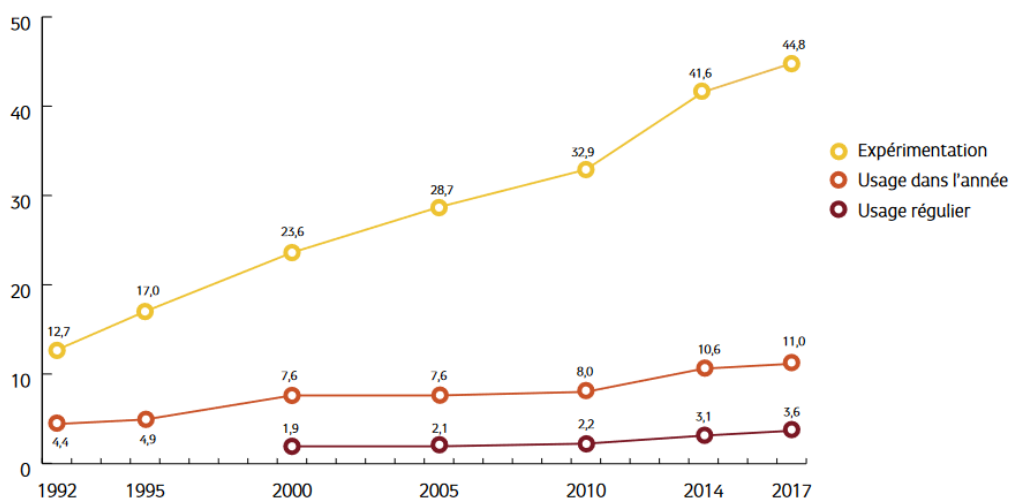
Quatorze pourcent (14%) de la population générale déclare qu'au moins une personne fume du cannabis dans leur entourage, et 22% chez les 18- 24ans. Cette exposition au cannabis via l'entourage est plus élevée en Province Nord (20%) et dans les Îles Loyauté (20%) qu'en Province Sud (12%).

Dans notre étude, l'exposition est bien plus importante avec 9 candidats sur 10 qui déclarent qu'un de leur proche consomme actuellement du cannabis.

Cette différence peut-être en partie expliquée par la provenance de notre population (Province Nord et Îles Loyautés) et par sa classe d'âge. Cela paraît malgré tout insuffisant pour expliquer une différence aussi importante. Elle résulte probablement de notre critère d'évaluation qui n'incluait pas seulement le cercle familial dans l'entourage mais aussi les cousins et les amis.

2.2 Comparaison aux autres armées françaises

La comparaison aux autres armées présente également plusieurs limites. Les chiffres disponibles concernant les armées reposent sur des enquêtes relativement anciennes par rapport à la nôtre, respectivement réalisées en 2005 pour la Marine, pour 2007 pour l'Armée de Terre et 2009 pour l'Armée de l'Air. La consommation de cannabis dans l'armée semblait, d'après ces études, suivre la tendance observée en population générale. Au vu de l'évolution de la consommation de cannabis dans



Sources : Baromètres santé 1992, 1995, 2000, 2005, 2010, 2014, 2017, Santé publique France, exploitation OFDT

Figure 16 : Évolution des niveaux d'usage de cannabis entre 1992 et 2017, parmi les 18-64 ans (en %) - Source OFDT

la population adulte (Figure 16 : Évolution des niveaux d'usage de cannabis entre 1992 et 2017, parmi les 18-64 ans (en %) - Source OFDT), il est raisonnable de penser que les chiffres disponibles grâce à ces études sont en dessous de la réalité actuelle.

La différence de consommation entre les différentes armées s'expliquait majoritairement par un profil sociodémographique différent selon les armées. Le profil sociodémographique de notre étude (hommes jeunes et peu diplômés) n'est pas strictement comparable à celui des différentes armées. Le profil se rapprochant le plus de celui de notre population est celui de l'Armée de Terre. Sa population est jeune, une part importante est militaire du rang (59%) engagés comme soldats engagés volontaires type « contrat court » et présente un niveau d'étude inférieur au bac (60%)(66).

Tableau 10 : comparaison entre RSMA-NC et Armées

	Expérimentation	Occasionnelle (1 x dans le mois)	Régulière (10x/mois)	Test positif	p
RSMA-NC	85%	24,3%	9,3%	29,2%	Référence
Armée de Terre	52,6%	20,7%	8,2%	16,9%	0,70
Marine	46,7%	12,7%	3,9%	14,3%	0,98
Armée de l'Air	38,1%	6,4%	1%	4,7%	0,14

2.3 Mettre en évidence des facteurs de risque d'usage du cannabis

2.3.1 Facteurs de risques d'être initié au cannabis

Dans notre étude, nous trouvons trois facteurs de risque significatifs concernant l'initiation à la consommation de cannabis : le fait que la mère ait un emploi, la présence d'un ou plusieurs consommateurs dans son entourage et la consommation de tabac.

Le fait que la mère du candidat travaille est à interpréter avec prudence car de nombreux facteurs peuvent influencer ou résulter de ce statut professionnel. Néanmoins, cela peut sous-entendre que le milieu socioéconomique familial est plus favorisé que dans le cas contraire. Or, le milieu socioéconomique familial influe sur l'expérimentation des produits psychoactifs tel que l'alcool ou le cannabis. Ainsi, les jeunes issus de milieux plus favorisés expérimentent plus fréquemment ce type de substances que les jeunes issus de milieux plus modestes (65).

Le facteur de risque s'inverse lorsque l'usage devient problématique, avec un risque plus élevé lorsque le milieu socioéconomique familial est plus faible (67). Cela peut expliquer pourquoi, dans notre étude, le fait que la mère travaille, n'est pas retrouvé comme étant un facteur de risque de consommation de cannabis.

La présence d'une ou plusieurs personnes consommant du cannabis dans l'entourage proche, s'avère être également un facteur de risque d'initiation. L'influence de l'entourage est connue comme étant un facteur de risque, ou un facteur protecteur, notamment chez les adolescents. L'existence d'addictions, quel qu'elles soient chez les parents, augmente le risque d'apparition des mêmes troubles addictifs chez l'enfant. Ce risque est en lien avec des facteurs génétiques ou épigénétiques, avec une influence du contexte social, familiale et psychologique, mais aussi de la disponibilité proche et immédiate du produit. Et ce, notamment dans les cas où l'initiation se fait dans le cercle familial et que la pratique est tolérée par les parents. Dans le cas du cannabis le risque de dépendance serait multiplié par deux lorsque les parents sont consommateurs.

Aussi, les jeunes lient davantage de lien avec leurs pairs, présentant un vécu, des comportements et des contextes émotionnels similaires. Ainsi, les jeunes dont les amis sont consommateurs de produits sont plus à risque d'en consommer et d'avoir un usage problématique de la substance. L'influence du cercle amical est d'autant plus important que le jeune présente un désinvestissement parental et/ou scolaire (35,65,67).

Nous nous attendions à retrouver ce facteur de risque également pour la consommation régulière de cannabis et non seulement pour l'initiation, mais c'est le cas dans notre étude. Ceci étant probablement lié aux limites de l'étude (compréhension des questions, recueil de données déclaratives...)

De même, les candidats présentant une consommation quotidienne de tabac quelle que soit l'importance de cette dernière, présentaient un risque plus important d'être initié que les candidats non-fumeurs.

La consommation antérieure de tabac est connue comme étant un facteur prédictif d'initiation au cannabis et confirmé par des études récentes (68,69), notamment en cas de tabagisme à l'adolescence. Dans le référentiel de pratique de l'examen périodique de santé, la Haute Autorité de Santé précise que le tabagisme en début d'adolescence est un facteur prédictif de développer une dépendance vis-à-vis du tabac à l'âge adulte mais également d'autres dépendances (alcool, cannabis...)(70).

2.3.2 Facteur de risque d'être consommateur de cannabis et/ou d'avoir un test urinaire positif

La consommation de deux ou plusieurs substances psychoactives engendre une association des risques liés aux produits consommés. Nous n'avons pas de vision précise des candidats et de leur situation clinique, psychologique et sociale, et du type de consommation. Mais la polyconsommation augmente les risques sanitaires et sociaux et aggrave les conduites de consommation. Un renforcement réciproque des consommations est observé, avec un risque d'interaction et de potentialisation entre les produits consommés. Le risque de mésusage ou de dépendance est aussi plus important car lié à l'individu, à son environnement et/ou aux substances consommées. Une influence réciproque des produits est également constatée, avec le risque de transfert de la dépendance à une substance vers une autre lors du sevrage ou de la substitution de la première (augmentation de l'utilisation de l'alcool, détournement des traitements par benzodiazépines...)(71).

Dans notre étude, les consommateurs de tabac présentaient un risque 6 fois plus important de consommer du cannabis que chez les non-fumeurs, et 8 fois plus important d'avoir un test urinaire positif. Chez les consommateurs de stupéfiant, il est quasiment 5 fois plus élevé concernant la consommation de cannabis et presque 10 fois d'avoir un test urinaire positif.

Ces résultats peuvent être expliqués par cette influence réciproque entre substances psychoactives. Le risque de mésusage ou de dépendance étant plus élevé, le risque d'avoir une consommation récente et donc d'avoir un test urinaire positif l'est également.

De même, les candidats présentant un score CAST total supérieur ou égal à 6 présentent un risque 3 fois plus important d'avoir un test urinaire positif, que ceux dont le score total est égal à 0. En

revanche, le score CAST ne représentait pas une variable significative concernant la consommation de cannabis, contrairement à ce que nous attendions.

Pour rappel, le score CAST est un test de repérage de mésusage de consommation de cannabis. Un score CAST compris en 3 et 7 (non inclus) définit l'utilisateur comme présentant un risque faible de mésusage, et un score de 7 ou plus est retenu comme étant le seuil de repérage des consommations à risque élevé d'usage problématique et d'addiction au cannabis (62). Le risque de mésusage reste plurifactoriel et en parti subjectif, il n'est donc pas seulement lié à la fréquence d'utilisation du cannabis. Mais, comme nous pouvons le remarquer sur la Figure 14 : Score au test CAST selon la fréquence des usages, la probabilité de répondre positivement à un ou plusieurs items du score augmente avec l'intensité de cette dernière. Ainsi, dans notre population, un score CAST de 6 ou plus représente un facteur prédictif de test urinaire positif, en cohérence avec un risque plus élevé de mésusage de la substance. L'usage n'étant pas synonyme de mésusage, cela peut expliquer que cette relation ne soit pas retrouvée à propos de la consommation de cannabis, toutes fréquences confondues.

2.4 Décrire les autres consommations chez les volontaires à l'engagement.

Dans notre étude, nous avons étudié la consommation d'autres substances psychoactives chez les candidats à l'engagement au RSMA-NC.

Les substances le plus fréquemment consommées sont le tabac et l'alcool. Les autres stupéfiants aussi appelés drogues dures (ecstasy, cocaïne, ...) restent, eux, très marginaux (1 seul candidat sur 346). Cela s'explique notamment par la faible disponibilité de ces substances en Nouvelle-Calédonie, se limitant pour l'instant à quelques quartiers de Nouméa. L'absence de production locale de ce type de produit impose une importation. La majeure partie du fret se faisant par petites quantités par colis postaux, essentiellement pour de la consommation personnelle. Mais depuis quelques années notamment en 2017, de plus grandes quantités ont été saisies, avec deux bateaux de plaisance transportant 600 et 1400 kilogrammes de cocaïne. Il semblerait que la Nouvelle-Calédonie ne soit

qu'une étape sur une « nouvelle route de la cocaïne » entre la Colombie et les grands pays voisins : l'Australie et la Nouvelle-Zélande. La conséquence indirecte est une disponibilité plus importante de la cocaïne dans l'ensemble du Pacifique et, de facto, en Nouvelle-Calédonie. De même depuis quelques temps, des substances de synthèse de type MDMA-ecstasy ou LSD ont fait leur apparition dans les soirées de Nouméa. Ces substances ne restent accessibles que pour une population aisée sur le plan socio-économique, car pour l'instant encore onéreuses (5000 CFP / 42€ pour les buvards de LSD et jusqu'à 30000 CFP / 250€ le gramme de cocaïne).

Reste le Kava. Il s'agit d'une racine d'un poivrier sauvage, consommée en infusion, ayant des propriétés anesthésiante, myorelaxante, euphorisante, anti-dépresseur et hypnotique à fortes doses. Cette pratique a été introduite seulement à la fin des années 1980, avec l'arrivée des Vanuatais sur l'archipel après l'indépendance du Vanuatu.

Avec l'exploitation des données sur les autres consommations, nous remarquons que la polyconsommation est fréquente chez les candidats au RSMA-NC. La polyconsommation est définie par la consommation de deux substances psychoactives au moins sans préjuger d'une addiction ou d'une dépendance. Ainsi la consommation peut être réalisée successivement ou simultanément (71). Dans notre étude, la méthode d'enquête ne nous permet pas de distinguer ces deux modes de polyconsommation.

2.4.1 Consommation d'alcool

La consommation d'alcool déclarée par les candidats à l'engagement au RSMA-NC reste rare ou occasionnelle pour plus de 91% des cas. Seuls 8.7% de l'effectif déclare boire de l'alcool tous les week-ends voire tous les jours.

Si nous regardons la polyconsommation, quel que soit l'usage des deux substances, 27,2% des candidats présente une consommation de cannabis et d'alcool. Parmi ceux déclarant une consommation d'alcool régulière, 40% présente également une consommation de cannabis régulière

(occasionnel, tous les week-ends ou tous les jours). En revanche, chez les consommateurs réguliers de cannabis, seulement 14,3% ont une consommation régulière d'alcool.

2.4.2 Consommation de tabac

Concernant la consommation de cigarette près de 80% des candidats présente un tabagisme quotidien, même si celui-ci reste inférieur à 10 cigarettes par jour pour 93% d'entre eux.

Sur le plan de la polyconsommation, quel que soit l'usage des deux substances, 36,7% de l'ensemble des candidats présente une consommation de cannabis et de tabac. Parmi les fumeurs de tabac quotidien, 46% sont consommateurs de cannabis dont près de 30% régulièrement (occasionnelle, tous les week-ends ou tous les jours). A l'inverse, les consommateurs réguliers de cannabis sont fumeurs quotidiens dans 97% des cas mais seulement 3,5% présentent une consommation supérieure à 10 cigarettes par jours. Cette association est également retrouvée dans une étude récente (72). Celle-ci montrant une association entre consommation de cannabis et augmentation de l'initiation, de la persistance et de la rechute de la consommation de tabac, quel que soit la fréquence de ce tabagisme (quotidien ou non).

2.4.3 Comparaison de la polyconsommation avec la métropole et la Nouvelle-Calédonie

La polyconsommation en métropole est étudiée dans le Baromètre santé de 2014 (73) et concerne la consommation régulière d'au moins deux des trois produits les plus fréquemment consommés que sont le tabac, l'alcool et le cannabis.

Ce mode de consommation n'est retrouvé que parmi 9,0% de la population avec un maximum de 13,2% chez les 18-25 ans. La principale association reste l'alcool et le tabac quel que soit la tranche d'âge. Elle concerne 6,2% de l'ensemble de la population métropolitaine, 6,1% des 18-25 ans et 7,5% des candidats au RSMA-NC.

La consommation associant le cannabis et le tabac est la plus importante dans cette même tranche d'âge concernant 4,6% de cette population, contre 1,6 de l'ensemble de la population.

Dans notre étude, cette association est la polyconsommation majoritaire concernant 9,2% des candidats.

En comparaison l'association alcool et cannabis reste très minoritaire, étant maximal chez les 18-25 ans avec 0,6% en population métropolitaine, mais atteignant 3,46% des candidats de notre étude.

La polyconsommation régulière des trois substances est faible, représentant seulement 1,1% de la population métropolitaine. Dans notre population d'étude elle concerne 1,4 % des candidats (Figure 17).

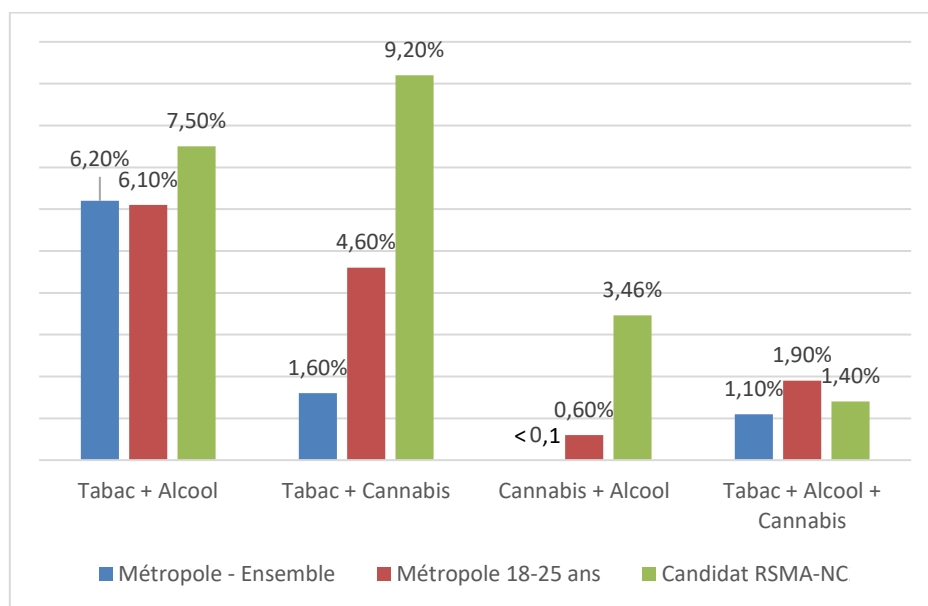


Figure 17 : Comparaison de la polyconsommation régulière de tabac, d'alcool et de cannabis entre la population métropolitaine et les candidats à l'engagement au RASM-NC

En 2010, 27% des personnes interrogées pour l'enquête du Baromètre Santé de Nouvelle-Calédonie (74), déclarait avoir consommé au moins 2 produits psychoactifs parmi l'alcool, le cannabis et le kava dans les 12 mois. Dont, 12% associait l'alcool et le cannabis et 7,7% les 3 produits. Plus précisément, 15% de ces personnes déclarait avoir consommé simultanément au moins 2 produits au cours de la même occasion. L'association la plus fréquente étant l'alcool et le cannabis avec 8% des personnes interrogées. La polyconsommation successive ou simultanée était plus fréquente chez les hommes de moins de 27 ans, habitant la Provinces Nord Est.

La polyconsommation globalement plus élevée chez les candidats au RSMA-NC que dans la population métropolitaine est à interpréter en fonction de la polyconsommation sur le territoire calédonien. Notre population d'étude correspond à celle chez qui la polyconsommation est plus fréquente dans la population générale de Nouvelle-Calédonie. Concernant le seul critère comparable (la consommation d'alcool et de cannabis) 42% des 18-27 ans déclare avoir consommé au moins ces 2 produits dans l'année 2010 contre 3,46% dans notre étude. Cette différence peut être expliquée par le nombre d'années séparant les 2 études mais surtout par les différences méthodologiques des deux études.

Les études sur les polyconsommation restent rares et n'incluent pas systématiquement les mêmes substances dans leurs critères, notamment entre la métropole et la Nouvelle-Calédonie. Mais il est intéressant d'observer que ce phénomène est globalement plus important en Nouvelle-Calédonie. Une nouvelle étude répondant plus spécifiquement à cette question pourrait permettre de faire un état des lieux actualisé et quantifier son importance. Elle présenterait un intérêt de prévention et de santé publique. Sachant que cette polyconsommation, lorsque l'usage des substances est chronique, est un facteur favorisant de nombreuses pathologies (Tableau 2 : Pathologies liées à une utilisation régulière et chronique du cannabis) et que dans l'enquête de 2010, 28% des polyconsommateurs déclarait avoir conduit après la consommation de plusieurs produits.

3 Validité de l'étude

3.1 Les biais

3.1.1 Le biais déclaratif

L'étude repose uniquement sur un questionnaire. De nombreux biais inhérents à ce type de méthode peuvent être retrouvés :

- Biais de mémoire
- Conformisme social (réponses en fonction de l'attente supposée de l'interrogateur)
- Longueur du questionnaire

- Compréhension des questions

Le questionnaire était rempli de manière individuelle par l'intéressé. Une aide par un des personnels militaires en charge de la phase de sélection, pouvait être apportée pour la lecture et/ou la compréhension du questionnaire, en cas d'illettrisme du candidat notamment. Cette aide extérieure peut-être à l'origine d'un biais de subjectivité, par orientation des réponses des candidats.

3.1.2 Le biais de volontariat

L'échantillon a été constitué sur la base du volontariat et non par tirage au sort. Il se peut donc que certains volontaires aient refusé de participer à l'étude par méfiance quant à la répercussion de leurs réponses sur leur aptitude. Néanmoins, réaliser le questionnaire après la visite médicale d'aptitude permettait de réduire ce biais. Par ailleurs, le fort taux de participation semble montrer que cette hypothèse est peu vraisemblable.

3.2 Les points forts

Notre taux de participation à l'étude était très satisfaisant avec 87,2% de réponse au questionnaire. Cette forte participation s'explique par la méthode utilisée pour la diffusion et de recueil des questionnaires. Par ailleurs, la taille de l'échantillon, avec 346 questionnaires inclus, ainsi que la représentativité de l'échantillon, incluant un tiers des candidats au RSMA-NC sur l'année, était une force pour cette étude.

La réalisation de la distribution des questionnaires sur l'ensemble des sites de sélections du SMA de Nouvelle-Calédonie, a permis d'avoir une étude la plus exhaustive possible sur la durée de la recherche. Seule une session de 36 candidats n'a pas participé à l'étude. Ainsi, la quasi-totalité des volontaires à l'engagement entre le 01 janvier et le 31 juin 2019 se sont vu proposer la participation à l'étude.

Cette étude est la première à s'intéresser à la consommation de cannabis chez les volontaires à l'engagement au SMA et, à fortiori, en Nouvelle-Calédonie. Elle pourrait servir d'élément de comparaison pour d'éventuelles études au sein des autres SMA.

Conclusion

Territoire proche du Tropique du Capricorne, la Nouvelle-Calédonie représente un terrain de choix pour la culture du cannabis. Son climat tropical, sa géologie et son faible peuplement permet une culture aisée de cette plante. Le cannabis produit présente des concentrations en tétrahydrocannabinol élevées, pouvant présenter des taux allant jusqu'à 13% et les contrôles sont difficiles, au vu de l'étendue du territoire et des cultures parfois reculées dans les chaînes de montagnes.

Cette culture est aujourd'hui omniprésente sur le territoire. Elle crée une offre abondante d'un produit stupéfiant banalisé et dont la consommation est globalement admise par la population, notamment mélanésienne. Ces facteurs représentent un frein majeur vis-à-vis des moyens mis en place pour juguler la pandémie cannabique.

Le RSMA-NC visant une population à risque de consommer du cannabis et recevant environ 12% de la population mélanésienne en Visite d'Expertise Médicale initiale (17,75,76), il représente un outil de prévention et de santé publique ancré dans la société calédonienne.

Nous retrouvons en 2019, une initiation au cannabis (consommation au moins un fois dans leur vie) chez 85,5% des candidats à l'engagement au RSM-NC. Près d'un quart d'entre eux déclare consommer plus de deux fois par mois du cannabis, dont 8% tous les jours, avec une tendance plutôt masculine. De même, la consommation de l'entourage est majeure avec 1 candidat sur 10 déclarants qu'au moins un des deux parents est consommateur et 9 sur 10 qu'un proche (amis, famille, cousins) consomme également. Notre étude confirme donc l'importance de la consommation de cannabis au sein de la population cible du RSMA mais également dans leur entourage, partageant tout ou partie des caractères démographiques.

Le risque de mésusage élevé est effectif avec le score modal au test CAST de 11-12 pour le quart de candidats déclarant consommer au moins 2 fois par mois du cannabis. Malgré cette consommation

élevée et à risque de mésusage, la connaissance du dispositif DECLIC était assez faible. Ce recours restait inconnu pour plus d'un candidat interrogé sur deux, et seulement 12% y ont eu recours dans leur vie.

Comparée à la population générale calédonienne, notre population présente un taux d'initiation nettement plus élevé qu'en population générale calédonienne. La différence de consommation actuelle de cannabis est moins importante mais tend à être plus élevée également. Les caractères démographiques et socio-économiques différents entre les deux populations permettent d'expliquer en partie cet écart. De même, la consommation des candidats au RSMA-NC tend plus à se rapprocher de celle décrite dans l'armée de terre, dont le profil sociodémographique semble mieux correspondre, que celle de l'armée de l'air, au profil très différent.

Ce travail a permis de mettre en évidence plusieurs facteurs influençant significativement la consommation de cannabis chez les candidats au RSMA-NC. Ainsi l'initiation était influencée par la consommation de tabac, le fait que la mère travaille et la consommation de l'entourage du candidat. À l'instar des données de la littérature, la consommation actuelle est influencée par la consommation de tabac et d'autres stupéfiants.

La consommation d'autres substances psychoactives tels que le tabac et l'alcool est également très importante dans notre population. La polyconsommation y est d'ailleurs plus élevée qu'en population métropolitaine. Ajouté à la consommation de cannabis seule, cette polyconsommation, successive ou simultanée, représente un axe de santé publique, vis-à-vis duquel le SMA est un outil de prévention important dans le paysage calédonien.

Cette étude permet de poser un premier regard sur la consommation de cannabis chez les candidats à l'engagement au SMA de Nouvelle-Calédonie. Une nouvelle étude de cohorte prospective pourrait être réalisée pour suivre la consommation et évaluer la prise en charge du sevrage du cannabis au sein du RSMA-NC une fois incorporé.

Dans l'optique de dresser un constat de la consommation de cannabis dans des populations similaires à celle de notre étude, il pourrait être intéressant de réaliser à nouveau l'enquête dans les autres SMA et le Service Militaire Volontaire de métropole. Une comparaison avec la population se présentant en Antennes d'Expertise Médicale Initiale semble également pertinente, car la question de l'aptitude initiale vis-à-vis de la consommation de cannabis est une problématique récurrente.

Références

1. ASS-NC, Agence Sanitaire et Sociale de la Nouvelle Calédonie. Baromètre santé adulte 2015. Enquête sur la santé des Calédoniens de 18 à 60 ans : Résultats préliminaires [Internet]. Nouméa: ASS-NC; 2015 [Consulté le 3 juin 2020]. Disponible sur : <https://www.santepourtous.nc/la-sante-en-chiffre/barometre-adultes/presentation>
2. Beck F, Legleye S, Michel C, Spilka S, Laumond-Barny S, Karila L, et al. Usages de drogues à l'adolescence en Nouvelle-Calédonie. *Alcoologie et Addictologie*. 2008;30(4):355-65.
3. Beck F, Legleye S, Spilka S. Atlas régional des consommations de produits psychoactifs des jeunes français - Exploitation régionale de l'enquête ESCAPAD 2002/2003. Saint-Denis : OFDT; 2005, 224p.
4. Salomon C. Savoirs et pouvoirs thérapeutiques kanaks. Paris: Presses Universitaires de France; 2000. 159 p.
5. Dervaux A, Laqueille X. Cannabis : usage et dépendance. *Presse Med*. 2012;41(12):1233-40.
6. Le Nézet O. Cannabis. Dans: OFDT, Drogues et addictions, données essentielles. Saint-Denis: OFDT; 2013,p. 214-25.
7. COSCAS S. Dossier cannabis. *Rev Prat*. 2013;63(10):1419-40.
8. DITTT, Direction des Infrastructures, de la Topographie et des Transports Terrestres. Zoom sur les accidents mortels de la circulation routière en Nouvelle-Calédonie en 2017 [Internet]. [Consulté le 3 juin 2020]. Disponible sur: <https://dittt.gouv.nc/sites/default/files/documents/Typologie%20des%20accidents%20mortels%20en%202017%20en%20Province%20Sud.pdf>
9. Boulu R. La pandémie cannabique : pourquoi cette expression ? *Épidémiologie*. *Ann Pharm Fr*. 2008;66(4):217-8.
10. Barguil Y, Klintz P, Flogliani B, Cirimele V, Choblet E, Hnawia E, et al. Profils cannabinoïdes et multiélémentaires : intérêts judiciaires. 17eme congrès annuel de la Société Française de Toxicologie Analytique; 2009 juin 10; La Rochelle.
11. Wikipédia, l'encyclopédie libre. Nouvelle-Calédonie [Internet]. [Consulté le 6 juin 2020]. Disponible sur: <https://fr.wikipedia.org/wiki/Nouvelle-Cal%C3%A9donie#G%C3%A9ographie>
12. Wikipédia, l'encyclopédie libre. Géographie de la Nouvelle-Calédonie [Internet]. [Consulté le 6 juin 2020]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/wiki/G%C3%A9ographie_de_la_Nouvelle-Cal%C3%A9donie
13. IFRECOR, Initiative Française pour les Récifs Coralliens. Lagons et récifs [Internet]. [Consulté le 7 juin 2020]. Disponible sur: <http://www.ifrecor.nc/spip.php?article5>
14. UNESCO. Lagons de Nouvelle-Calédonie : diversité récifale et écosystèmes associés [Internet]. [Consulté le 7 juin 2020]. Disponible sur: <https://whc.unesco.org/fr/list/1115>

15. Angleviel F. Histoire illustrée de la Nouvelle-Calédonie: des Austronésiens à la communauté de destin : 1050 av. J.-C. - 2015 ap. J.-C. Nouméa: Footprint Pacifique; 2015.
16. ISEE, Institut de la statistique et des études économiques de Nouvelle-Calédonie. Structure de la population et évolutions [Internet]. [Consulté le 15 août 2020]. Disponible sur: <http://www.isee.nc/population/recensement/structure-de-la-population-et-evolutions>
17. BROUSTET D, RIVOILAN P. Recensement de la population en Nouvelle-Calédonie en 2014 : Une démographie toujours dynamique [Internet]. Paris: Insee Première; 2015 [Consulté le 15 août 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1560282#consulter>
18. Loi organique n°99-209 du 19 mars 1999 relative à la Nouvelle-Calédonie (version consolidée au 15 Août 2020)
19. Congrès de la Nouvelle Calédonie. Congrès de Nouvelle-Calédonie : son histoire [Internet]. [Consulté le 15 août 2020]. Disponible sur: <https://www.congres.nc/lassemblee/histoire/le-congres-de-caledonie/>
20. Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie. Le Congrès [Internet]. [Consulté le 15 août 2020]. Disponible sur: <https://gouv.nc/gouvernement-et-institutions-les-autres-institutions/le-congres>
21. Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie. Le fonctionnement du gouvernement [Internet]. [Consulté le 15 août 2020]. Disponible sur: <https://gouv.nc/gouvernement-et-institutions-le-gouvernement/le-fonctionnement-du-gouvernement>
22. Wikipédia, l'encyclopédie libre. Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie [Internet]. [Consulté le 15 août 2020]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/wiki/Gouvernement_de_la_Nouvelle-Cal%C3%A9donie
23. ISEE, Institut de la statistique et des études économiques de Nouvelle-Calédonie. Organisation coutumière [Internet]. [Consulté le 15 août 2020]. Disponible sur: <http://www.isee.nc/societe/societe-kanak/organisation-sociale>
24. Sénat coutumier de la Nouvelle-Calédonie. Historique [Internet]. [Consulté le 15 août 2020]. Disponible sur: <http://www.senat-coutumier.nc/le-senat-coutumier/historique>
25. Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie. Le Sénat coutumier et les conseils coutumiers [Internet]. [Consulté le 15 août 2020]. Disponible sur: <https://gouv.nc/gouvernement-et-institutions-les-autres-institutions/le-senat-coutumier>
26. Mainguet Y, René C. Signes identitaires : le débat inachevé [Internet]. Nouméa: Les Nouvelles Calédoniennes; 2018 [Consulté le 16 août 2020]. Disponible sur: <https://www.lnc.nc/article/nouvelle-caledonie/societe/signes-identitaires-le-debat-inacheve>
27. Wikipédia, l'encyclopédie libre. Signes identitaires de la Nouvelle-Calédonie [Internet]. [Consulté le 16 août 2020]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/wiki/Signes_identitaires_de_la_Nouvelle-Cal%C3%A9donie
28. DASS, Direction des Affaires Sanitaires et Sociales. Le CHS Albert Bousquet. Dans: DASS, Situation sanitaire en Nouvelle-Calédonie [Internet]. Nouméa: DASS; 2018 [Consulté le 18 août 2020]. Disponible sur : <https://dass.gouv.nc/votre-sante/documents-rapports-etudes>

29. ASS-NC, Agence Sanitaire et Sociale de la Nouvelle Calédonie. DECLIC, consultation destinée aux jeunes usagers (12-25 ans) [Internet]. [Consulté le 19 août 2020]. Disponible sur: <https://www.ass.nc/themes/addictologie/generalites/declic-consultation-destinee-aux-jeunes-usagers-12-25-ans>
30. Barguil Y. Etude de trois plantes psychotropes consommées en Nouvelle-Calédonie : kava, cannabis et datura : Aspects médicaux et médico-légaux. Thèse de doctorat en chimie des biomolécules, Nouméa: Université de la Nouvelle Calédonie; 2011.
31. Pusetto S. Consommation de cannabis pendant la grossesse : Etat de lieux en Nouvelle Calédonie. Thèse de Médecine, Bordeaux: Université de Bordeaux; 2015.
32. Paczesny M. Cannabis sativa L. : étude botanique et chimique : propriétés médicales et état des lieux sur la réglementation. Thèse de Pharmacie, Grenoble: Université Joseph Fourier; 2014.
33. Mura P. Cannabis. EMC-Biologie médicale. 2017;12(3):1-4
34. Néfau T, Martinez M, Detrez V. Le cannabis. Dans: OFDT, Le Point SINTES n°5. Saint-Denis: OFDT; 2019. p. 8.
35. Phan O, Obradovic I, Har A. Abus et dépendance au cannabis à l'adolescence : diagnostic. Arch Pédiatrie. 2017;24(1):91-5.
36. Mura P, Dumestre-Toulet V. Cannabis sativa variété indica. Dans: Traité De Toxicologie Médico-judiciaire. 2^e édition. Paris: Elsevier; 2012. p. 299-320.
37. OFDT, Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Synthèse thématique : cannabis [Internet]. [Consulté le 20 août 2020]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/cannabis/>
38. Tormey W. Adverse health effects of non-medical cannabis use. The Lancet. 2010;375(9710):196.
39. INSERM, Institut national de la santé et de la recherche médicale. Cannabis - quels effets sur le comportement et la santé. Rapport. Paris: INSERM; 2001, 429p.
40. Grotenhermen F. Cannabis en médecine, un guide pratique des applications médicales du cannabis et du THC. Sélestat: Indica; 2009, 212p.
41. Whiting PF, Wolff RF, Deshpande S, Di Nisio M, Duffy S, Hernandez AV, et al. Cannabinoids for Medical Use: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA. 2015;313(24):2456-73.
42. Allan M, Finley C, Ton J, Perry D, Ramji J, Crawford K, et al. Systematic review of systematic review for medical cannabinoids: Pain, nausea and vomiting, spasticity and harms. Can Fam Physician. 2018;64(2):e78-e94.
43. Maury E-A. Soignez-vous par le vin. Paris: Nil; 2011. 162p
44. Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage de substances vénéneuses (JORF du 3 janvier 1971).
45. DCSSA. Dépistage des toxiques au recrutement N°714/DEF/DCSSA/AST/AME. 2012.

46. DCSSA. Directives pour la mise en oeuvre du dépistage des toxiques par les services médicaux d'unité N°925/DEF/DCSSA/AST/AME.
47. Ministère de la Défense. Instruction N°300009/DEF/EMAT/CAB/CEMAT relative aux dépistages à l'initiative de l'autorité militaire de la consommation excessive d'alcool et de l'usage de produits stupéfiants applicables au personnel de l'armée de terre du 5 octobre 2011.
48. Ministère de la Défense. Instruction N°2405/DEF/CEMAA/C/PERS relative aux dépistages de la toxicomanie et de la consommation excessive d'alcool applicables aux militaires du 10 juin 2008.
49. DCSSA. Arrêté modifiant l'arrêté du 20 décembre 2012 relatif à la détermination du profil médical d'aptitude en cas de pathologie médicale ou chirurgicale du 25 janvier 2018.
50. Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage de substances vénéneuses (JORF du 1 mars 1971).
51. Loi n° 2003-87 du 3 février 2003 relative à la conduite sous l'influence de substances ou plantes classées comme stupéfiants (JORF du 4 février 2003).
52. Ministère des Outre Mer. IM n°1046/DGOM/COMSMA relative aux normes médicales d'aptitude applicables aux volontaires du service militaire adapté du 25 juillet 2017. 2017.
53. Arthuys F, Briffa J. La mauvaise herbe. Nouméa: Canal+ Calédonie; 2018.
54. Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie. RSMA-NC (Régiment du Service Militaire Adapté de Nouvelle Calédonie) [Internet]. [Consulté le 21 août 2020]. Disponible sur: <https://service-public.nc/particuliers/travail/emploi/rsma-nc-regiment-du-service-militaire-adapte-de-nouvelle-caledonie>
55. Idre T. Régiment du Service militaire adapté : Trente années au service des calédoniens. Koumac: RSMA-NC; 2016.
56. Ministère des Outre Mer. Le SMA. Notre victoire : leur réussite [Internet]. [Consulté le 21 août 2020]. Disponible sur: <https://www.le-sma.com/presentation/notre-histoire.html>
57. Wikipédia, l'encyclopédie libre. Service militaire adapté [Internet]. [Consulté le 21 août 2020]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/wiki/Service_militaire_adapt%C3%A9
58. RSMA-NC. Rapport d'activité 2018 du RSMA-NC. Koumac: RSMA-NC; 2019.
59. Ministère des Outre Mer. Arrêté du 30 septembre 1991 portant mission et organisation du service militaire adapté.
60. Institut d'Emission d'Outre-Mer. Rapport d'activité 2018 en Nouvelle-Calédonie. Edition 2019. Nouméa: IEOM; 2019.
61. Dokunengo A, Saglibene C. Enquête sur les Forces de Travail en Nouvelle-Calédonie : résultats 2018. Nouméa: ISEE; 2019.
62. Spilka S, Janssen E, Legleye S. Detection des usages problématiques de cannabis : Cannabis Abuse Screening Test (CAST). Saint-Denis: OFDT; 2013.

63. GHEORGHIEV C, ARVERS P, MONTLEAU FD, FIDELLE G. Questionnaire CAST : Validation en milieu militaire. *Alcoologie et Addictologie*. 2008;30(3):261-8.
64. Spilka S, Richard J-B, Le Nézet O. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2017. Saint-Denis: OFDT; 2018.
65. Beck F, Dervaux A, Du Roscoät E, Gallopel-Morvan K, Grall-Bronnec M, et al. Conduites addictives chez les adolescents : Usages, prévention et accompagnement. Paris: INSERM; 2014. 500p.
66. Moroge S, Paul F, Milan C, Pilard M. Consommation de cannabis dans les armées françaises : actualités épidémiologiques et comparaison avec la population générale. *Médecine Armées*. 2012;40(5):447-53.
67. Cadet-Taïrou A, Brisacier A-C. Addiction et usages problématiques : facteurs de risque, facteurs de protection. Dans: BECK F, Jeunes et addictions. Saint-Denis: OFDT; 2016 p. 82-6.
68. Lin H-C, Jester JM, Buu A. The Relationships of Cigarette and Alcohol Use With the Initiation, Reinitiation, and Persistence of Cannabis Use. *J Stud Alcohol Drugs*. 2016;77(1):113-20.
69. Pampati S, Buu A, Hu Y-H, Mendes de Leon CF, Lin H-C. Effects of alcohol and cigarette use on the initiation, reinitiation, and persistence of cannabis use from adolescence to emerging adulthood. *Addict Behav*. 2018;79:144-50.
70. HAS. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé - Dépistage du tabagisme et prévention des maladies liées au tabac [Internet]. Saint-Denis: HAS; 2015. 102p. [Consulté le 22 août 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-06/referentiel_tabac.pdf
71. MILD&CA, Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. La polyconsommation [Internet]. [Consulté le 22 août 2020]. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/comprendre/ce-qu-il-faut-savoir-sur/la-polyconsommation>
72. Weinberger AH, Platt J, Copeland J, Goodwin RD. Is Cannabis Use Associated With Increased Risk of Cigarette Smoking Initiation, Persistence, and Relapse? Longitudinal Data From a Representative Sample of US Adults. *J Clin Psychiatry*. 2018;79(2):17m11522.
73. BECK F, Richard J-B, Le Nézet O, Spilka S. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014. Saint-Denis: OFDT; 2015.
74. ASS-NC, Agence Sanitaire et Sociale de la Nouvelle-Calédonie. Baromètre Santé. Nouvelle-Calédonie 2010 : Résultats préliminaires. Nouméa: ASS-NC; 2011. p. 61-2.
75. Baller N. *Revue juridique politique et économique de Nouvelle-Calédonie*. 2019;33:75.
76. ISEE, Institut de la statistique et des études économiques de Nouvelle-Calédonie. Recensement 2019 : publication des premiers résultats. [Internet]. [Consulté le 22 août 2020]. Disponible sur: <http://www.isee.nc/population/recensement>

Annexes

Annexe I : Exemple de fiche de formation au RSMA-NC pour la filière transport logistique

TRANSPORT LOGISTIQUE

Responsable : ADJ CUVILLIER
Adjoint : SCH (TA) FUSTER
Formateurs : CCH DUPERRON ; CCH COLOMBO
Aides formateurs : CPL PAITA ; 1CL EHNIMANE ; 1CL DUCAT,
1CL ROINE
Contact : 47.88.73 ; formation.transport.logistique@rsma.nc



Nombre de bénéficiaires incorporés en 2018 : 55

Cohorte de mars, 9 VS incorporés, sortie en janvier 2019,
Cohorte d'avril, 9 VS incorporés, sortie en février 2019,
Cohorte de juillet, 9 VS incorporés, sortie en mai 2019,
Cohorte d'août, 9 VS incorporés, sortie en juin 2019,
Cohorte d'octobre, 9 VS incorporés, sortie en aout 2019,
Cohorte de novembre, 10 VS incorporés, sortie en septembre 2019.

Présentation générale :

La section a été créée en 2012 sous l'impulsion de la DFPC. Reconnue par l'ensemble des professionnels du métier sur le territoire, elle offre des débouchés dans des domaines très variés: transport de personne ou de matériel grâce aux permis VL/PL/TC, cariste d'entrepôt grâce au CACES 3...

Sa formation générale apporte toutes les bases dans le domaine de la logistique.

Elle s'inscrit parfaitement dans le paysage professionnel de la Calédonie.

Durée de la formation : **10 mois**

DOMAINE	HEURES
Formation théorique et pratique	534 h
Période d'application en entreprise	152 h
Éducation physique et sportive	187 h
Domaines généraux (Permis, SST, Mise à niveau)	355 h
Permissions	222 h
Divers (Activités militaire, vie courante, Formalités)	203 h
TOTAL	1 653 h

La filière pour 2019 :

Dates d'entrées de formation :

Avril 2019 pour 9 VS,
Mai 2019 pour 9 VS,
Juillet 2019 pour 9VS,
Août 2019 pour 9 VS,
Octobre 2019 pour 9 VS,
Novembre 2019 pour 9 VS.

Dates de sorties de formation :

Janvier 2019 pour 4 VS,
Février 2019 pour 7 VS,
Mai 2019 pour 7 VS,
Juin 2019 pour 10 VS,
Août 2019 pour 8 VS,
Septembre 2019 pour 10 VS.

Les diplômes, titres professionnels en sortie de formation : SST, permis VL, permis PL, permis TC (pour certains), CACES R 389 Cat 3

L'insertion :

- Types de métiers visés : Transport de marchandises et de voyageurs, agent magasinier, chauffeur/livreur, cariste d'entrepôt, le secteur minier et un faible pourcentage vers le recrutement défense.

- Taux moyen d'insertion en 2018: 94 %

Les principaux partenaires :

- UNITRANS,
- DEM PACIFIC,
- Mr. Bricolage

Annexe II : Questionnaire de l'étude

PREMIERE PARTIE : à propos de toi

1) Es-tu :

- un homme
- une femme

4) Où habites tu ?

- En tribu
- En ville
- En squat
- Autre :
.....

7) Est-ce que tu as un travail ?

- Oui, en CDD
- Oui, en CDI
- Oui, des petits contrats non déclarés
- Non

2) Quel âge as-tu ?

..... Ans

5) A quelle ethnie considères tu appartenir ?

- Kanak
- Caldoche
- Wallisien / Futunien
- Polynésien
- Européen
- Autre :
.....

8) Est-ce que tes parents travaillent ?

- ton père : Oui / Non

- ta mère : Oui / Non

3) D'où viens-tu ?

- Province Sud
- Province Nord
- Lifou
- Maré
- Ouvéa
- Wallis et Futuna
- Autre :
.....

6) Quel est ton niveau d'étude ?

- Je n'ai pas le brevet
- J'ai le brevet
- J'ai un CAP
- J'ai un bac pro
- J'ai un bac général
- J'ai fait des études supérieures

DEUXIEME PARTIE : ta consommation de cannabis

9) Est-ce que tu as déjà fumé du cannabis une fois dans ta vie ?

- Oui
- Non

12) Si tu fumes du cannabis, as-tu déjà essayé d'arrêter dans l'année passée ?

- Oui
- Non

10) Est-ce que tu fumes du cannabis ?

- Non
- Oui, rarement (<1 par mois)
- De temps en temps (≥ 2/mois)
- Tous les weekends
- Tous les jours

Combien de fois par jour :.....

13) Est-ce que tes parents fument du cannabis ?

- Oui
- Non

11) Que recherches tu en fumant ?

- Pour te détendre
- Pour stimuler tes sens (hallucinations, euphorie, ...)
- Pour soulager ou oublier tes souffrances (physique ou psychique)
- Pour favoriser la communication
- Pour éviter le manque

14) Est-ce que ton entourage proche (amis, famille, cousins) fume du cannabis ?

- Oui
- Non

TROISIEME PARTIE : tes autres consommations

15) Est-ce que tu bois de l'alcool (bière ou autre) ?

- Rarement ou jamais (moins de 2 fois/mois)
- Occasionnellement (moins de 4 fois/semaine)
- Tous les weekends (plus de 6 verres)
- Tous les jours

17) Est-ce qu'il t'arrive de prendre d'autres produits stupéfiants (kava, clochettes/datura, cocaïne, ecstasy, etc. ...)?

- Non
- Oui, lesquels :

16) Est-ce que tu fumes la cigarette ?

- Non
- Oui, moins de 3 par jour
- Entre 3 et 6 par jour
- Entre 7 et 10 par jour
- Plus de 10 par jour

18) Est-ce que tu connais DECLIC ? As-tu déjà consulté

- Non je ne connais pas DECLIC
- Oui je connais mais je n'ai jamais consulté
- Oui je connais et j'ai déjà consulté

QUESTIONNAIRE CAST :

Au cours des 12 derniers mois... <i>Une seule réponse par ligne</i>	Jamais	Rarement	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent
1. Avez-vous fumé du cannabis <u>avant midi</u> ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2. Avez-vous fumé du cannabis <u>lorsque vous étiez seul(e)</u> ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3. Avez-vous eu des <u>problèmes de mémoire</u> quand vous fumiez du cannabis ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4. Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils <u>dit</u> que vous devriez <u>réduire</u> votre consommation de cannabis ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5. Avez-vous essayé de <u>réduire</u> ou d' <u>arrêter</u> votre consommation de cannabis <u>sans y arriver</u> ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6. Avez-vous eu des <u>problèmes à cause de votre consommation</u> de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultats à l'école...) ? Lesquels ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Annexe III : Lettre d'information distribuée aux candidats

USAGE ET MESUSAGE DU CANNABIS CHEZ LES CANDIDATS A L'ENGAGEMENT AU REGIMENT DU SERVICE
MILITAIRE ADAPTE DE NOUVELLE CALEDONIE

Lettre d'information

Madame, Monsieur,

Vous avez accepté de participer à notre étude concernant le cannabis en Nouvelle Calédonie, en particulier chez les candidats à l'engagement au RSMA-NC.

Ce questionnaire de 18 questions souhaite s'intéresser aux consommateurs (occasionnels ou réguliers) ainsi qu'aux non-consommateurs de cannabis, pour faire un état des lieux chez les jeunes Calédoniens. L'étude de différents facteurs (âge, sexe, origine, modalité de consommation, etc. ...) pourrait nous permettre d'identifier des facteurs influençant l'usage à risque du cannabis, de comprendre ce qui influence la consommation de cannabis.

Une meilleure compréhension des facteurs de risque et des modalités de consommation du cannabis est précieuse pour améliorer le dépistage et aider à une meilleure prise en charge des addictions.

Ce document est anonyme et confidentiel, la sincérité des réponses est donc primordiale !

Le questionnaire n'est pas identifié (numéro de questionnaire, pas de nom), vos informations personnelles ne permettent pas de vous identifier.

Vos réponses sont destinées à être utilisées pour un travail de thèse de médecine générale, merci de votre participation et de l'intérêt que vous portez au travail.

Pour toute information supplémentaire ou si vous souhaitez être informé des résultats de l'étude, vous pouvez contacter le 47.76.45 ou à l'adresse : medecin.adjoint@rsma.nc.

Interne des Hôpitaux des Armées Mélanie FAU ép. HUBERT

Annexe IV : Fréquence de consommation de cannabis chez les candidats au RSMA-NC en fonction des variables étudiées

	n=	Nullé (%)	Rare (%)	Occasionnelle (%)	Tous les WE (%)	Tous les jours (%)	p =
Global	346	211 (61,0%)	51 (14,7%)	52 (15,0%)	4 (1,2%)	28 (8,1%)	
Sexe							0.421
Hommes	226	133 (58,8%)	30 (13,3%)	39 (17,3%)	4 (1,8%)	20 (8,8%)	
Femmes	120	78 (65,0%)	21 (17,5%)	13 (10,8%)	0 (0,0%)	8 (6,7%)	
Age							
18-20	171	105 (61,4%)	26 (15,2%)	21 (12,3%)	4 (2,3%)	15 (8,8%)	
21-23	126	74 (58,7%)	19 (15,1%)	22 (17,5%)	0 (0,0%)	11 (8,7%)	
24-25	49	32 (65,3%)	6 (12,2%)	9 (18,4%)	0 (0,0%)	2 (4,1%)	
Provenance							
PN	169	103 (60,9%)	31 (18,3%)	20 (11,8%)	2 (1,2%)	13 (7,7%)	
PS	84	50 (59,5%)	11 (13,1%)	14 (16,7%)	1 (1,2%)	8 (9,5%)	
Mare	33	23 (69,7%)	1 (3,0%)	9 (27,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Lifou	30	18 (60,0%)	4 (13,3%)	2 (6,7%)	0 (0,0%)	6 (20,0%)	
Ouvéa	21	11 (52,4%)	3 (14,3%)	6 (28,6%)	0 (0,0%)	1 (4,8%)	
Autre	9	6 (66,7%)	1 (11,1%)	1 (11,1%)	1 (11,1%)	0 (0,0%)	
Habitation							
Tribu	211	125 (59,2%)	38 (18,0%)	30 (14,2%)	1 (0,5%)	17 (8,1%)	
Ville	124	80 (64,5%)	11 (8,9%)	21 (16,9%)	3 (2,4%)	9 (7,3%)	
Autre	11	6 (54,5%)	2 (18,2%)	1 (9,1%)	0 (0,0%)	2 (18,2%)	
Ethnie							
Kanak	294	174 (59,2%)	46 (15,6%)	46 (15,6%)	2 (0,7%)	26 (8,8%)	
Métis	27	19 (70,4%)	2 (7,4%)	4 (14,8%)	0 (0,0%)	2 (7,4%)	
Caldoche	11	9 (81,8%)	0 (0,0%)	2 (18,2%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Autre	14	9 (64,3%)	3 (21,4%)	0 (0,0%)	2 (14,3%)	0 (0,0%)	
Niveau scolaire							
Nul	91	51 (56,0%)	13 (14,3%)	15 (16,5%)	2 (2,2%)	10 (11,0%)	
Brevet	77	49 (63,6%)	10 (13,0%)	10 (13,0%)	0 (0,0%)	8 (10,4%)	
CAP	91	56 (61,5%)	15 (16,5%)	15 (16,5%)	1 (1,1%)	4 (4,4%)	
Bac pro	69	45 (65,2%)	11 (15,9%)	8 (11,6%)	1 (1,4%)	4 (5,8%)	
> Bac pro	18	10 (55,6%)	2 (11,1%)	4 (22,2%)	0 (0,0%)	2 (11,1%)	
Travail							
Non	250	157 (62,8%)	39 (15,6%)	33 (13,2%)	3 (1,2%)	18 (7,2%)	
CDD	27	18 (66,7%)	3 (11,1%)	2 (7,4%)	1 (3,7%)	3 (11,1%)	
CDI	9	8 (88,9%)	1 (11,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Black	60	28 (46,7%)	8 (13,3%)	17 (28,3%)	0 (0,0%)	7 (11,7%)	
Travail des parents							
0 parent	99	66 (66,7%)	12 (12,1%)	12 (12,1%)	1 (1,0%)	8 (8,1%)	
1 parent	144	88 (61,1%)	22 (15,3%)	19 (13,2%)	2 (1,4%)	13 (9,0%)	
2 parents	103	57 (55,3%)	17 (16,5%)	21 (20,4%)	1 (1,0%)	7 (6,8%)	

Annexe V : Facteurs de risque d'être consommateur de cannabis. Analyse univariée

	Non consommateur (217)	Consommateur (138)	OR	p
Sexe				
F	81 (37%)	42 (30%)	Référence	
H	136 (63%)	96 (70%)	1,36 [0,86-2,16]	0,18*
Province d'habitation				
PI	56 (26%)	35 (25%)	Référence	
PN	105 (48%)	66 (48%)	1,00 [0,60-1,71]	1,00
PS	51 (24%)	34 (25%)	1,07 [0,58-1,71]	0,88
Autre	5 (2%)	3 (2%)	0,98 [0,18-4,42]	1,00
Type d'habitation				
Ville	84 (39%)	45 (33%)	Référence	
Tribu	127 (59%)	87 (63%)	1,28 [0,81-2,02]	0,30
Squat	4 (2%)	3 (2%)	1,41 [0,25-7,04]	0,70
NR	2 (1%)	3 (2%)	2,72 [0,40-24,1]	0,35
Ethnie				
Kanak	179 (82%)	123 (89%)	1,89 [0,22-54,7]	0,65
Calédonien	9 (4%)	2 (1%)	0,66 [0,04-25,9]	1,00
Métis	20 (9%)	8 (6%)	1,11 [0,11-35,3]	1,00
Européen	3 (1%)	1 (1%)	Référence	
Polynésien/Wallisien-Futunien	4 (2%)	2 (2%)	1,39 [0,07-58,2]	1,00
Autre	2 (1%)	2 (2%)	2,53 [0,12-115,8]	1,00
Études				
Bac général/études supérieures	10 (5%)	8 (6%)	1,53 [0,51-4,45]	0,42
Bac professionnel	46 (21%)	24 (17%)	Référence	
Brevet	50 (23%)	29 (21%)	1,11 [0,56-2,19]	0,76
CAP	59 (27%)	36 (26%)	1,17 [0,61-2,25]	0,63
Pas d'études	52 (24%)	41 (30%)	1,51 [0,79-2,89]	0,21
Travail				
Pas de travail	162 (75%)	96 (70%)	1,18 [0,52-2,87]	0,83
Travail non déclaré	29 (13%)	32 (23%)	2,17 [0,85-5,86]	0,11*
CDD	18 (8%)	9 (7%)	Référence	
CDI	8 (4%)	1 (1%)	0,28 [0,01-1,99]	0,39
Travail père				
Non	77 (35%)	44 (32%)	Référence	
Oui	108 (50%)	81 (59%)	1,31 [0,82-2,11]	0,26
NR	32 (15%)	13 (9%)	0,72 [0,33-1,49]	0,37
Travail mère				
Non	107 (49%)	58 (42%)	Référence	
Oui	98 (45%)	72 (52%)	1,35 [0,87-2,11]	0,18*
NR	12 (6%)	8 (6%)	1,24 [0,45-3,20]	0,67
Parent consommateur				
Non	188 (87%)	121 (88%)	Référence	
Oui	23 (11%)	14 (10%)	0,95 [0,46-1,91]	1,00
NR	6 (3%)	6 (2%)	0,80 [0,16-3,18]	1,00
Entourage consommateur				
Non	23 (11%)	11 (8%)	Référence	
Oui	188 (87%)	124 (90%)	1,37 [0,65-3,03]	0,46
NR	6 (3%)	3 (2%)	1,06 [0,18-5,06]	1,00
Consommation alcool				
Rare	88 (41%)	41 (30%)	Référence	
Occasionnelle	109 (50%)	78 (57%)	1,53 [0,96-2,47]	0,08*
Tous les jours ou tous les WE	14 (6%)	16 (12%)	2,43 [1,08-5,56]	0,03**
NR	6 (3%)	3 (1%)	1,10 [0,21-4,53]	1,00
Consommation tabac				
Pas de consommation	64 (29%)	8 (6%)	Référence	
1-2/jour	48 (22%)	39 (28%)	6,34 [2,82-15,9]	<0,01**
3-5/jour	61 (28%)	53 (38%)	6,79 [3,12-16,6]	<0,01**
6-9/ jour	28 (13%)	27 (20%)	7,49 [3,13-19,8]	<0,01**
≥10/jour	10 (5%)	8 (6%)	6,19 [1,86-21,3]	<0,01**
NR	6 (3%)	3 (2%)	3,96 [0,68-19,2]	0,09*
Consommation de stupéfiant				
Non	209 (96%)	127 (92%)	Référence	
Oui	2 (1%)	8 (6%)	6,21 [1,49-45,8]	0,02**
NR	6 (3%)	3 (2%)	0,84 [0,17-3,37]	1,00

* variable dont l'effet non significatif mais pour lesquels $p < 0,20$

** variable dont l'effet est significatif ($p < 0,05$)

Annexe VI : Facteurs de risque d'avoir un test urinaire positif. Analyse univariée

	Non consommateur (245)	Consommateur (101)	OR	p
Sexe				
F	93 (38%)	27 (27%)	Référence	
H	152 (62%)	74 (73%)	1,67 [1,01-2,82]	0,05**
Province d'habitation				
PI	59 (24%)	26 (26%)	Référence	
PN	125 (51%)	44 (44%)	0,80 [0,45-1,43]	0,46
PS	55 (22%)	29 (29%)	1,19 [0,63-2,29]	0,62
Autre	6 (2%)	3 (3%)	0,79 [0,10-3,85]	1,00
Type d'habitation				
Ville	92 (38%)	32 (32%)	Référence	
Tribu	145 (59%)	66 (66%)	1,31 [0,80-2,17]	0,29
Squat	4 (2%)	2 (2%)	1,48 [0,18-8,46]	0,68
NR	4 (2%)	1 (1%)	0,79 [0,03-5,98]	0,77
Ethnie				
Kanak	205 (84%)	89 (89%)	1,20 [0,14-34,7]	1,00
Calédonien	9 (4%)	2 (1%)	0,66 [0,04-25,9]	1,00
Métis	22 (9%)	5 (5%)	0,65 [0,06-21,4]	1,00
Européen	3 (1%)	1 (1%)	Référence	
Polynésien/Wallisien-Futunien	4 (2%)	2 (2%)	1,39 [0,07-58,2]	1,00
Autre	2 (1%)	2 (2%)	2,53 [0,12-115,8]	1,00
Études				
Bac général/ études supérieures	13 (5%)	5 (5%)	1,19 [0,33-3,74]	0,77
Bac professionnel	52 (21%)	17 (17%)	Référence	
Brevet	55 (22%)	22 (22%)	1,22 [0,58-2,59]	0,59
CAP	65 (27%)	26 (26%)	1,22 [0,60-2,53]	0,58
Pas d'études	60 (24%)	31 (31%)	1,57 [0,79-3,22]	0,20
Travail				
Pas de travail	180 (73%)	70 (70%)	1,34 [0,54-3,83]	0,65
Travail non déclaré	36 (15%)	24 (24%)	2,28 [0,83-7,09]	0,11*
CDD	21 (9%)	6 (6%)	Référence	
CDI	8 (3%)	1 (1%)	0,49 [0,02-3,71]	0,47
Travail père				
Non	77 (31%)	39 (39%)	Référence	
Oui	132 (54%)	53 (53%)	0,79 [0,48-1,31]	0,36
NR	36 (15%)	9 (9%)	0,50 [0,21-1,11]	0,09*
Travail mère				
Non	115 (47%)	46 (46%)	Référence	
Oui	116 (47%)	49 (49%)	1,06 [0,65-1,71]	0,82
NR	14 (6%)	6 (6%)	1,09 [0,36-2,92]	0,89
Parent consommateur				
Non	220 (90%)	89 (88%)	Référence	
Oui	25 (10%)	12 (12%)	1,19 [0,55-2,44]	0,65
Entourage consommateur				
Non	26 (11%)	11 (8%)	Référence	
Oui	219 (89%)	124 (90%)	1,36 [0,62-3,35]	0,44
Consommation alcool				
Rare	102 (42%)	27 (27%)	Référence	
Occasionnelle	125 (51%)	62 (61%)	1,87 [1,11-3,19]	0,02**
Tous les jours ou tous les WE	18 (7%)	12 (12%)	2,51 [1,05-5,86]	0,03**
Consommation tabac				
Pas de consommation	68 (28%)	4 (6%)	Référence	
1-2/jour	57 (23%)	30 (30%)	8,57 [3,13-30,94]	<0,01**
3-5/jour	72 (29%)	42 (42%)	9,51 [3,58-33,7]	<0,01**
6-9/ jour	34 (14%)	21 (21%)	10,0 [3,46-37,5]	<0,01**
≥10/jour	14 (6%)	4 (4%)	4,74 [0,96-23,4]	0,05**
Consommation de stupéfiant				
Non	243 (99%)	93 (92%)	Référence	
Oui	2 (1%)	8 (8%)	9,83 [2,35-72,6]	<0,01**
Score CAST total				
0	129 (53%)	26 (26%)	Référence	
1-5	25 (10%)	6 (6%)	1,21 [80,41-3,11]	0,80
≥6	82 (33%)	64 (63%)	3,84 [2,27-6,65]	<0,001**
NR	9 (4%)	5 (5%)	2,77 [0,77-8,87]	0,10*

* variable dont l'effet non significatif mais pour lesquels $p < 0,20$

** variable dont l'effet est significatif ($p < 0,05$)

Usage et mésusage du cannabis chez les candidats à l'engagement au Régiment du Service Militaire Adapté de Nouvelle Calédonie

Résumé :

Introduction : La Nouvelle-Calédonie est un terrain propice à la culture du cannabis et permet une offre importante, d'une substance banalisée dont la consommation est admise dans la population. Or, le RSMA-NC recrute une population à risque de consommer et de présenter un mésusage du cannabis.

Objectif : Décrire la proportion de consommateurs de cannabis et les modalités de consommation des volontaires à l'engagement au RSMA-NC.

Méthode : Étude observationnelle descriptive multicentrique par questionnaires anonymes proposé aux personnes se présentant à la visite médicale de sélection initiale en qualité de candidat VDSMA sur les sites de Nouméa, Koné et Koumac entre le 01/01/19 et 31/06/19.

Résultats : 346 ont été inclus à l'étude. Le taux d'initiation à la consommation de cannabis était de 85,5%. La consommation actuelle concernait 24,3% des candidats dont 8,1% quotidiennement. La consommation actuelle était de 27,9% chez les hommes contre 17,5% chez les femmes. La consommation en fonction de la province d'habitation est de 20,7 % en province Nord, de 27,4% en province Sud, de 28,6% en province des Îles Loyautés et de 22,2 % pour les autres provenances. 10,7% des candidats déclarait qu'au moins un des deux parents était consommateur et 90,2% que l'entourage proche (amis, famille, cousins) consommait. Le score modal au test CAST était de « 11-12 » pour les candidats déclarant une consommation plus de 2 fois par mois. 61,8% de la population ne connaissait pas le dispositif DECLIC, 25,8% le connaissait sans y avoir eu recours et 12,4 avait déjà consulté. La polyconsommation de tabac et d'alcool concerne 7,5% des candidats au RSMA-NC, 9,2% celle de tabac et de cannabis, 3,46% d'alcool et cannabis et 1,40% les 3 substances.

Conclusion : L'initiation et la consommation des candidats à l'engagement au RSMA-NC sont élevées, avec un risque important de mésusage ou de dépendance, majoré en cas de polyconsommation.

Mots clés : cannabis, régiment du service militaire adapté, nouvelle-calédonie, mésusage, addictions, médecine militaire

Use and misuse of cannabis among candidates for enlistment in the Adapted Military Service Regiment of New Caledonia

Summary:

Introduction : New Caledonia is a fertile ground for the cultivation of cannabis and allows a large supply of a trivialized substance whose consumption is accepted by the population. However, the RSMA-NC recruits a population at risk of consuming and presenting a misuse of cannabis.

Objective : Describe the proportion of cannabis users and the methods of consumption of volunteers at the RSMA-NC engagement.

Method : Multicentre descriptive observational study using anonymous questionnaires offered to people presenting for the initial screening medical examination as a VDSMA candidate on the Nouméa, Koné, and Koumac sites between 01/01/19 and 31/06/19.

Results : 346 were included in the study. The rate of initiation into cannabis use was 85.5%. Current consumption is concerned 24.3% of candidates, of which 8.1% consumed daily. Current consumption was 27.9% for men compared to 17.5% for women. Consumption according to the province of residence is 20.7% in the northern province, 27.4% in the southern province, 28.6% in the Loyalty Islands province, and 22.2% for other origins. 10.7% of the candidates declared that at least one of the two parents was a consumer and that 90.2% of their close circle of acquaintances (friends, family, cousins) consumed. The modal score on the CAST test was "11-12" for candidates reporting consumption more than twice a month. 61.8% of the population did not know the DECLIC device, 25.8% knew it without having had recourse to it, and 12.4 had already consulted. Polyconsumption of tobacco and alcohol concerns 7.5% of candidates for RSMA-NC, 9.2% is that of tobacco and cannabis, 3.46% of alcohol and cannabis, and 1.40% of the 3 substances.

Conclusion : The initiation and consumption of candidates for commitment to RSMA-NC are high, with a significant risk of misuse or dependence, increased in the event of polyconsumption.

Keywords : cannabis, adapted military service regiment, new Caledonia, misuse, addictions, military medicine

Unité de recherche

Université de Bordeaux – Collège Science de la Santé
146 rue Léo Saignat
33076 BORDEAUX Cedex