



**UNIVERSITE MOHAMMED V-RABAT
FACULTE DE MEDECINE ET DE
PHARMACIE RABAT**



ANNEE : 2019

THESE N°: 347

LES ADDICTIONS CHEZ LA FEMME AU MAROC

THESE

Présentée et soutenue publiquement le :

PAR

Mr BELLARABI Karim

Né le 28 février 1992 à Meknès

**Pour l'Obtention du Diplôme
De Docteur en Médecine**

MOTS CLES: Addiction – Femme – Substance psychoactive –Désintoxication

Membres du Jury :

Mr H. KISRA

Professeur de Psychiatrie

Mme F. EL OMARI

Professeur de Psychiatrie

Mr M. KADIRI

Professeur de Psychiatrie

Mme M. SABIR

Professeur de Psychiatrie

PRESIDENT

RAPPORTEUR

JUGES

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ
"وَيَسْأَلُونَكَ عَنِ الرُّوحِ طُحِّ قُلِ الرُّوحُ مِنْ
أَمْرِ رَبِّي وَمَا أُوتِيتُمْ مِنَ الْعِلْمِ إِلَّا قَلِيلًا"

صدق الله العظيم

سورة الإسراء الآية (٨٥)



UNIVERSITE MOHAMMED V

FACULTE DE MEDECINE ET DE

PHARMACIE



DOYENS HONORAIRES :

- 1962 – 1969 : Professeur Abdelmalek FARAJ
1969 – 1974 : Professeur Abdellatif BERBICH
1974 – 1981 : Professeur Bachir LAZRAK
1981 – 1989 : Professeur Taieb CHKILI
1989 – 1997 : Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 – 2003 : Professeur Abdelmajid BELMAHI
2003 – 2013 : Professeur Najia HAJJAJ – HASSOUNI

ADMINISTRATION :

Doyen

Professeur Mohamed ADNAOUI

Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et étudiantes

Professeur Brahim LEKEHAL

Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération

Professeur Taoufiq DAKKA

Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie

Professeur Jamal TAOUFIK

Secrétaire Général

Mr. Mohamed KARRA

1-ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS ET PHARMACIENS

PROFESSEURS :

Décembre 1984

Pr. MAAOUNI Abdelaziz
Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi
Pr. SETTAF Abdellatif

Médecine Interne – **Clinique Royale**
Anesthésie -Réanimation
pathologie Chirurgicale

Novembre et Décembre 1985

Pr. BENSAID Younes

Pathologie Chirurgicale

Janvier, Février et Décembre 1987

Pr. LACHKAR Hassan
Pr. YAHYAOUI Mohamed

Médecine Interne
Neurologie

Décembre 1989

Pr. ADNAOUI Mohamed
Pr. OUAZZANI Taïbi Mohamed Réda

Médecine Interne –**Doyen de la FMPR**
Neurologie

Janvier et Novembre 1990

Pr. HACHIM Mohammed*
Pr. KHARBACH Aïcha
Pr. TAZI Saoud Anas

Médecine-Interne
Gynécologie -Obstétrique
Anesthésie Réanimation

Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AZZOUZI Abderrahim
Pr. BAYAHIA Rabéa
Pr. BELKOUCHI Abdelkader
Pr. BENCHEKROUN Belabbes Abdellatif
Pr. BENSOUDA Yahia
Pr. BERRAHO Amina
Pr. BEZZAD Rachid

Anesthésie Réanimation –**Doyen de la FMPO**
Néphrologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pharmacie galénique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique **Méd Chef Maternité des**

Orangers

Pr. CHERRAH Yahia
Pr. CHOKAIRI Omar
Pr. KHATTAB Mohamed
Pr. SOULAYMANI Rachida
Pr. TAOUFIK Jamal

Pharmacologie
Histologie Embryologie
Pédiatrie
Pharmacologie –**Dir. du Centre National PV Rabat**
Chimie thérapeutique **V.D à la pharmacie+**
Dir du CEDOC+Directeur du Médicament

Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed
Pr. BENSOUDA Adil
Pr. CHAHED OUAZZANI Laaziza
Pr. CHRAIBI Chafiq
Pr. EL OUAHABI Abdessamad

Chirurgie Générale **Doyen de FMPT**
Anesthésie Réanimation
Gastro-Entérologie
Gynécologie Obstétrique
Neurochirurgie

Pr. FELLAT Rokaya
Pr. GHAFIR Driss*
Pr. JIDDANE Mohamed
Pr. TAGHY Ahmed
Pr. ZOUHDI Mimoun

Cardiologie
Médecine Interne
Anatomie
Chirurgie Générale
Microbiologie

Mars 1994

Pr. BENJAAFAR Nouredine
Pr. BEN RAIS Nozha
Pr. CAOUI Malika
Pr. CHRAIBI Abdelmjid

Radiothérapie
Biophysique
Biophysique
Endocrinologie et Maladies Métaboliques

Doyen de la FMPA

Pr. EL AMRANI Sabah
Pr. EL BARDOUNI Ahmed
Pr. EL HASSANI My Rachid
Pr. ERROUGANI Abdelkader
Pr. ESSAKALI Malika
Pr. ETTAYEBI Fouad
Pr. HASSAM Badredine
Pr. IFRINE Lahssan
Pr. MAHFOUD Mustapha
Pr. RHRAB Brahim
Pr. SENOUCI Karima

Gynécologie Obstétrique
Traumato-Orthopédie
Radiologie
Chirurgie Générale- **Directeur CHIS -Rabat**
Immunologie
Chirurgie Pédiatrique
Dermatologie
Chirurgie Générale
Traumatologie – Orthopédie
Gynécologie –Obstétrique
Dermatologie

Mars 1994

Pr. ABBAR Mohamed*
Pr. ABDELHAK M'barek
Pr. BENTAHILA Abdelali
Pr. BENYAHIA Mohammed Ali
Pr. BERRADA Mohamed Saleh
Pr. CHERKAOUI LallaOuafae
Pr. LAKHDAR Amina
Pr. MOUANE Nezha

Urologie **Directeur Hôpital My Ismail Meknès**
Chirurgie – Pédiatrique
Pédiatrie
Gynécologie – Obstétrique
Traumatologie – Orthopédie
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie

Mars 1995

Pr. ABOUQUAL Redouane
Pr. AMRAOUI Mohamed
Pr. BAIDADA Abdelaziz
Pr. BARGACH Samir
Pr. DRISSI KAMILI Med Nordine*
Pr. EL MESNAOUI Abbes
Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
Pr. HDA Abdelhamid*
Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Oto-Rhino-Laryngologie
Cardiologie - **Directeur du Service de Santé des FAR**
Urologie
Ophtalmologie

Pr. SEFIANI Abdelaziz
Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Génétique
Réanimation Médicale

Décembre 1996

Pr. AMIL Touriya*
Pr. BELKACEM Rachid
Pr. BOULANOUAR Abdelkrim
Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
Pr. GAOUZI Ahmed
Pr. MAHFOUDI M'barek*
Pr. OUZEDDOUN Naima
Pr. ZBIR EL Mehdi*

Radiologie
Chirurgie Pédiatrie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Radiologie
Néphrologie
Cardiologie **Directeur Hôp.**
Mil.d'Instruction Med V Rabat

Novembre 1997

Pr. ALAMI Mohamed Hassan
Pr. BEN SLIMANE Lounis
Pr. BIROUK Nazha
Pr. ERREIMI Naima
Pr. FELLAT Nadia
Pr. KADDOURI Nouredine
Pr. KOUTANI Abdellatif
Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
Pr. TAOUFIQ Jallal
Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Gynécologie-Obstétrique
Urologie
Neurologie
Pédiatrie
Cardiologie
Chirurgie Pédiatrique
Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Psychiatrie **Directeur Hôp. Arrazi Salé**
Gynécologie Obstétrique

Novembre 1998

Pr. BENOMAR ALI
Pr. BOUGTAB Abdesslam
Pr. ER RIHANI Hassan
Pr. BENKIRANE Majid*

Neurologie – **Doyen de la FMP Abulcassis**
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Hématologie

Janvier 2000

Pr. ABID Ahmed*
Pr. AIT OUMAR Hassan
Pr. BENJELLOUN DakhamaBadr.Sououd
Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
Pr. ECHARRAB El Mahjoub
Pr. EL FTOUH Mustapha
Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*
Pr. TACHINANTE Rajae

Pneumophtisiologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Pneumo-phtisiologie **Directeur Hôp. My Youssef**
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pneumo-phtisiologie
Neurochirurgie
Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation

Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Médecine Interne

Novembre 2000

Pr. AIDI Saadia
Pr. AJANA Fatima Zohra
Pr. BENAMR Said
Pr. CHERTI Mohammed
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
Pr. EL HASSANI Amine
Pr. EL KHADER Khalid
Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*
Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae
Pr. ROUIMI Abdelhadi*

Neurologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie **Directeur Hôp. Chekikh Zaied**
Urologie
Rhumatologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Pédiatrie
Neurologie

Décembre 2000

Pr. ZOHAIR ABDELAH*

ORL

Décembre 2001

Pr. BALKHI Hicham*
Pr. BENABDELJLIL Maria
Pr. BENAMAR Loubna
Pr. BENAMOR Jouda
Pr. BENELBARHDADI Imane
Pr. BENNANI Rajae
Pr. BENOUACHANE Thami
Pr. BEZZA Ahmed*
Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
Pr. BOUMDIN El Hassane*
Pr. CHAT Latifa
Pr. DAALI Mustapha*
Pr. DRISSI Sidi Mourad*
Pr. EL HIJRI Ahmed
Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
Pr. EL MADHI Tarik
Pr. EL OUNANI Mohamed
Pr. ETTAIR Said
Pr. GAZZAZ Miloudi*
Pr. HRORA Abdelmalek
Pr. KABBAJ Saad
Pr. KABIRI EL Hassane*
Pr. LAMRANI Moulay Omar
Pr. LEKEHAL Brahim
Pr. MAHASSIN Fattouma*
Pr. MEDARHRI Jalil

Anesthésie-Réanimation
Neurologie
Néphrologie
Pneumo-physiologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Pédiatrie
Rhumatologie
Anatomie
Radiologie
Radiologie
Chirurgie Générale
Radiologie
Anesthésie-Réanimation
Neuro-Chirurgie
Chirurgie-Pédiatrique
Chirurgie Générale
Pédiatrie **Directeur. Hôp. d'Enfants Rabat**
Neuro-Chirurgie
Chirurgie Générale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Thoracique
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Médecine Interne
Chirurgie Générale

Pr. MIKDAME Mohammed*
Pr. MOHSINE Raouf
Pr. NOUINI Yassine
Pr. SABBAH Farid
Pr. SEFIANI Yasser
Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

Hématologie Clinique
Chirurgie Générale
Urologie *Directeur Hôpital Ibn Sina*
Chirurgie Générale
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Pédiatrie

Décembre 2002

Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*
Pr. AMEUR Ahmed *
Pr. AMRI Rachida
Pr. AOURARH Aziz*
Pr. BAMOU Youssef *
Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
Pr. BENZEKRI Laila
Pr. BENZZOUBEIR Nadia
Pr. BERNOUSSI Zakiya
Pr. BICHRA Mohamed Zakariya*
Pr. CHOHO Abdelkrim *
Pr. CHKIRATE Bouchra
Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair
Pr. EL HAOURI Mohamed *
Pr. FILALI ADIB Abdelhai
Pr. HAJJI Zakia
Pr. IKEN Ali
Pr. JAAFAR Abdeloihab*
Pr. KRIOUILE Yamina
Pr. MABROUK Hfid*
Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*
Pr. OUJILAL Abdelilah
Pr. RACHID Khalid *
Pr. RAISS Mohamed
Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha*
Pr. RHOU Hakima
Pr. SIAH Samir *
Pr. THIMOU Amal
Pr. ZENTAR Aziz*

Anatomie Pathologique
Urologie
Cardiologie
Gastro-Entérologie
Biochimie-Chimie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Anatomie Pathologique
Psychiatrie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Chirurgie Pédiatrique
Dermatologie
Gynécologie Obstétrique
Ophtalmologie
Urologie
Traumatologie Orthopédie
Pédiatrie
Traumatologie Orthopédie
Gynécologie Obstétrique
Oto-Rhino-Laryngologie
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Générale
Pneumophtisiologie
Néphrologie
Anesthésie Réanimation
Pédiatrie
Chirurgie Générale

Janvier 2004

Pr. ABDELLAH El Hassan
Pr. AMRANI Mariam
Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
Pr. BENKIRANE Ahmed*
Pr. BOUGHALEM Mohamed*

Ophtalmologie
Anatomie Pathologique
Oto-Rhino-Laryngologie
Gastro-Entérologie
Anesthésie Réanimation

Pr. BOULAADAS Malik
Pr. BOURAZZA Ahmed*
Pr. CHAGAR Belkacem*
Pr. CHERRADI Nadia
Pr. EL FENNI Jamal*
Pr. EL HANCHI ZAKI
Pr. EL KHORASSANI Mohamed
Pr. EL YOUNASSI Badreddine*
Pr. HACHI Hafid
Pr. JABOURIK Fatima
Pr. KHARMAZ Mohamed
Pr. MOUGHIL Said
Pr. OUBAAZ Abdelbarre*
Pr. TARIB Abdelilah*
Pr. TIJAMI Fouad
Pr. ZARZUR Jamila

Janvier 2005

Pr. ABBASSI Abdellah
Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
Pr. ALLALI Fadoua
Pr. AMAZOUZI Abdellah
Pr. AZIZ Nouredine*
Pr. BAHIRI Rachid
Pr. BARKAT Amina
Pr. BENYASS Aatif
Pr. DOUDOUH Abderrahim*
Pr. EL HAMZAOUI Sakina*
Pr. HAJJI Leila
Pr. HESSISSEN Leila
Pr. JIDAL Mohamed*
Pr. LAAROUSSI Mohamed
Pr. LYAGOUBI Mohammed
Pr. RAGALA Abdelhak
Pr. SBIHI Souad
Pr. ZERAIDI Najia

Avril 2006

Pr. ACHEMLAL Lahsen*
Pr. AKJOUJ Said*
Pr. BELMEKKI Abdelkader*
Pr. BENCHEIKH Razika
Pr. BIYI Abdelhamid*
Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
Pr. BOULAHYA Abdellatif*

Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Neurologie
Traumatologie Orthopédie
Anatomie Pathologique
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Cardiologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Ophtalmologie
Pharmacie Clinique
Chirurgie Générale
Cardiologie

Chirurgie Réparatrice et Plastique
Chirurgie Générale
Rhumatologie
Ophtalmologie
Radiologie
Rhumatologie **Directeur. Hôp. Al Ayachi Salé**
Pédiatrie
Cardiologie
Biophysique
Microbiologie
Cardiologie (mise en disponibilité)
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie Cardio-vasculaire
Parasitologie
Gynécologie Obstétrique
Histo-Embryologie Cytogénétique
Gynécologie Obstétrique

Rhumatologie
Radiologie
Hématologie
O.R.L
Biophysique
Chirurgie - Pédiatrique
Chirurgie Cardio – Vasculaire

Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
Pr. DOGHMI Nawal
Pr. FELLAT Ibtissam
Pr. FAROUDY Mamoun
Pr. HARMOUCHE Hicham
Pr. HANAFI Sidi Mohamed*
Pr. IDRIS LAHLOU Amine*
Pr. JROUNDI Laila
Pr. KARMOUNI Tariq
Pr. KILI Amina
Pr. KISRA Hassan
Pr. KISRA Mounir
Pr. LAATIRIS Abdelkader*
Pr. LMIMOUNI Badreddine*
Pr. MANSOURI Hamid*
Pr. OUANASS Abderrazzak
Pr. SAFI Soumaya*
Pr. SEKKAT Fatima Zahra
Pr. SOUALHI Mouna
Pr. TELLAL Saida*
Pr. ZAHRAOUI Rachida

Decembre 2006

Pr SAIR Khalid

Octobre 2007

Pr. ABIDI Khalid
Pr. ACHACHI Leila
Pr. ACHOUR Abdessamad*
Pr. AIT HOUSSA Mahdi*
Pr. AMHAJJI Larbi*
Pr. AOUI Sarra
Pr. BAITE Abdelouahed*
Pr. BALOUCH Lhousaine*
Pr. BENZIANE Hamid*
Pr. BOUTIMZINE Nourdine
Pr. CHARKAOUI Naoual*
Pr. EHIRCHIOU Abdelkader*
Pr. EL BEKKALI Youssef *
Pr. ELABSI Mohamed
Pr. EL MOUSSAOUI Rachid
Pr. EL OMARI Fatima
Pr. GHARIB Nouredine
Pr. HADADI Khalid*
Pr. ICHOU Mohamed*

Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Microbiologie
Radiologie
Urologie
Pédiatrie
Psychiatrie
Chirurgie – Pédiatrique
Pharmacie Galénique
Parasitologie
Radiothérapie
Psychiatrie
Endocrinologie
Psychiatrie
Pneumo – Phtisiologie
Biochimie
Pneumo – Phtisiologie

Chirurgie générale **Dir. Hôp.Av.Marrakech**

Réanimation médicale
Pneumo phtisiologie
Chirurgie générale
Chirurgie cardio vasculaire
Traumatologie orthopédie
Parasitologie
Anesthésie réanimation **Directeur ERSSM**
Biochimie-chimie
Pharmacie clinique
Ophtalmologie
Pharmacie galénique
Chirurgie générale
Chirurgie cardio-vasculaire
Chirurgie générale
Anesthésie réanimation
Psychiatrie
Chirurgie plastique et réparatrice
Radiothérapie
Oncologie médicale

Pr. ISMAILI Nadia
Pr. KEBDANI Tayeb
Pr. LALAOUI SALIM Jaafar*
Pr. LOUZI Lhoussain*
Pr. MADANI Naoufel
Pr. MAHI Mohamed*
Pr. MARC Karima
Pr. MASRAR Azlarab
Pr. MRANI Saad*
Pr. OUZZIF Ezzohra*
Pr. RABHI Monsef*
Pr. RADOUANE Bouchaib*
Pr. SEFFAR Myriame
Pr. SEKHSOKH Yessine*
Pr. SIFAT Hassan*
Pr. TABERKANET Mustafa*
Pr. TACHFOUTI Samira
Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*
Pr. TANANE Mansour*
Pr. TLIGUI Houssain
Pr. TOUATI Zakia

Dermatologie
Radiothérapie
Anesthésie réanimation
Microbiologie
Réanimation médicale
Radiologie
Pneumo ptisiologie
Hématologie biologique
Virologie
Biochimie-chimie
Médecine interne
Radiologie
Microbiologie
Microbiologie
Radiothérapie
Chirurgie vasculaire périphérique
Ophtalmologie
Chirurgie générale
Traumatologie orthopédie
Parasitologie
Cardiologie

Décembre 2008

Pr TAHIRI My El Hassan*

Chirurgie Générale

Mars 2009

Pr. ABOUZAHIR Ali*
Pr. AGDR Aomar*
Pr. AIT ALI Abdelmounaim*
Pr. AIT BENHADDOU El hachmia
Pr. AKHADDAR Ali*
Pr. ALLALI Nazik
Pr. AMINE Bouchra
Pr. ARKHA Yassir
Pr. BELYAMANI Lahcen*
Pr. BJIJOU Younes
Pr. BOUHSAIN Sanae*
Pr. BOUI Mohammed*
Pr. BOUNAIM Ahmed*
Pr. BOUSSOUGA Mostapha*
Pr. CHTATA Hassan Toufik*
Pr. DOGHMI Kamal*
Pr. EL MALKI Hadj Omar
Pr. EL OUENNASS Mostapha*

Médecine interne
Pédiatre
Chirurgie Générale
Neurologie
Neuro-chirurgie
Radiologie
Rhumatologie
Neuro-chirurgie **Directeur Hôp.des Spécialités**
Anesthésie Réanimation
Anatomie
Biochimie-chimie
Dermatologie
Chirurgie Générale
Traumatologie orthopédique
Chirurgie vasculaire périphérique
Hématologie clinique
Chirurgie Générale
Microbiologie

Pr. ENNIBI Khalid*
Pr. FATHI Khalid
Pr. HASSIKOU Hasna *
Pr. KABBAJ Nawal
Pr. KABIRI Meryem
Pr. KARBOUBI Lamya
Pr. LAMSAOURI Jamal*
Pr. MARMADE Lahcen
Pr. MESKINI Toufik
Pr. MESSAOUDI Nezha *
Pr. MSSROURI Rahal
Pr. NASSAR Ittimade
Pr. OUKERRAJ Latifa
Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *

Médecine interne
Gynécologie obstétrique
Rhumatologie
Gastro-entérologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Chimie Thérapeutique
Chirurgie Cardio-vasculaire
Pédiatrie
Hématologie biologique
Chirurgie Générale
Radiologie
Cardiologie
Pneumo-phtisiologie

Octobre 2010

Pr. ALILOU Mustapha
Pr. AMEZIANE Taoufiq*
Pr. BELAGUID Abdelaziz
Pr. CHADLI Mariama*
Pr. CHEMSI Mohamed*
Pr. DAMI Abdellah*
Pr. DARBI Abdellatif*
Pr. DENDANE Mohammed Anouar
Pr. EL HAFIDI Naima
Pr. EL KHARRAS Abdennasser*
Pr. EL MAZOUZ Samir
Pr. EL SAYEGH Hachem
Pr. ERRABIH Ikram
Pr. LAMALMI Najat
Pr. MOSADIK Ahlam
Pr. MOUJAHID Mountassir*
Pr. NAZIH Mouna*
Pr. ZOUAIDIA Fouad

Anesthésie réanimation
Médecine interne
Physiologie
Microbiologie
Médecine aéronautique
Biochimie chimie
Radiologie
Chirurgie pédiatrique
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie plastique et réparatrice
Urologie
Gastro entérologie
Anatomie pathologique
Anesthésie Réanimation
Chirurgie générale
Hématologie biologique
Anatomie pathologique

Decembre 2010

Pr.ZNATIkaoutar

Anatomie Pathologique

Mai 2012

Pr. AMRANI Abdelouahed
Pr. ABOUELALAA Khalil*
Pr. BENCHEBBA Driss*
Pr. DRISSI Mohamed*

Chirurgie Pédiatrique
Anesthésie Réanimation
Traumatologie Orthopédique
Anesthésie Réanimation

Pr. EL ALAOUI MHAMDI Mouna
Pr. EL KHATTABI Abdessadek*
Pr. EL OUAZZANI Hanane*
Pr. ER-RAJI Mounir
Pr. JAHID Ahmed
Pr. MEHSSANI Jamal*
Pr. RAISSOUNI Maha*

Chirurgie Générale
Médecine Interne
Pneumophtisiologie
Chirurgie Pédiatrique
Anatomie pathologique
Psychiatrie
Cardiologie

**Enseignants Militaires*

Février 2013

Pr. AHID Samir
Pr. AIT EL CADI Mina
Pr. AMRANI HANCHI Laila
Pr. AMOUR Mourad
Pr. AWAB Almahdi
Pr. BELAYACHI Jihane
Pr. BELKHADIR Zakaria Houssain
Pr. BENCHEKROUN Laila
Pr. BENKIRANE Souad
Pr. BENNANA Ahmed*
Pr. BENSNGHIR Mustapha*
Pr. BENYAHIA Mohammed*
Pr. BOUATIA Mustapha
Pr. BOUABID Ahmed Salim*
Pr. BOUTARBOUCH Mahjouba
Pr. CHAIB Ali*
Pr. DENDANE Tarek
Pr. DINI Nouzha*
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Mohamed Ali
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Najwa
Pr. ELFATEMI Nizare
Pr. EL GUERROUJ Hasnae
Pr. EL HARTI Jaouad
Pr. EL JOUDI Rachid*
Pr. EL KABABRI Maria
Pr. EL KHANNOUSSI Basma
Pr. EL KHLOUFI Samir
Pr. EL KORAICHI Alae
Pr. EN-NOUALI Hassane*
Pr. ERREGUIG Laila
Pr. FIKRI Meryim
Pr. GHFIR Imade
Pr. IMANE Zineb

Pharmacologie – Chimie
Toxicologie
Gastro-Entérologie
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Réanimation Médicale
Anesthésie Réanimation
Biochimie-Chimie
Hématologie biologique
Informatique Pharmaceutique
Anesthésie Réanimation
Néphrologie
Chimie Analytique et Bromatologie
Traumatologie Orthopédie
Anatomie
Cardiologie
Réanimation Médicale
Pédiatrie
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Neuro-Chirurgie
Médecine Nucléaire
Chimie Thérapeutique
Toxicologie
Pédiatrie
Anatomie Pathologie
Anatomie
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Physiologie
Radiologie
Médecine Nucléaire
Pédiatrie

Pr. IRAQI Hind
Pr. KABBAJ Hakima
Pr. KADIRI Mohamed*
Pr. LATIB Rachida
Pr. MAAMAR Mouna Fatima Zahra
Pr. MEDDAH Bouchra
Pr. MELHAOUI Adyl
Pr. MRABTI Hind
Pr. NEJJARI Rachid
Pr. OUBEJJA Houda
Pr. OUKABLI Mohamed*
Pr. RAHALI Younes
Pr. RATBI Ilham
Pr. RAHMANI Mounia
Pr. REDA Karim*
Pr. REGRAGUI Wafa
Pr. RKAIN Hanan
Pr. ROSTOM Samira
Pr. ROUAS Lamiaa
Pr. ROUIBAA Fedoua*
Pr. SALIHOUN Mouna
Pr. SAYAH Rochde
Pr. SEDDIK Hassan*
Pr. ZERHOUNI Hicham
Pr. ZINE Ali*

Endocrinologie et maladies métaboliques
Microbiologie
Psychiatrie
Radiologie
Médecine Interne
Pharmacologie
Neuro-chirurgie
Oncologie Médicale
Pharmacognosie
Chirurgie Pédiatrique
Anatomie Pathologique
Pharmacie Galénique
Génétique
Neurologie
Ophtalmologie
Neurologie
Physiologie
Rhumatologie
Anatomie Pathologique
Gastro-Entérologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Gastro-Entérologie
Chirurgie Pédiatrique
Traumatologie Orthopédie

Avril 2013

Pr. EL KHATIB Mohamed Karim*

Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale

MAI 2013

Pr. BOUSLIMAN Yassir

Toxicologie

MARS 2014

Pr. ACHIR Abdellah
Pr. BENCHAKROUN Mohammed *
Pr. BOUCHIKH Mohammed
Pr. EL KABBAJ Driss *
Pr. EL MACHTANI IDRISSE Samira *
Pr. HARDIZI Houyam
Pr. HASSANI Amale *
Pr. HERRAK Laila
Pr. JANANE Abdellah *
Pr. JEAIDI Anass *
Pr. KOUACH Jaouad*

Chirurgie Thoracique
Traumatologie- Orthopédie
Chirurgie Thoracique
Néphrologie
Biochimie-Chimie
Histologie- Embryologie-Cytogénétique
Pédiatrie
Pneumologie
Urologie
Hématologie Biologique
Génycologie-Obstétrique

Pr. LEMNOUER Abdelhay*
Pr. MAKRAM Sanaa *
Pr. OULAHYANE Rachid*
Pr. RHISSASSI Mohamed Jaafar
Pr. SABRY Mohamed*
Pr. SEKKACH Youssef*
Pr. TAZI MOUKHA Zakia

Microbiologie
Pharmacologie
Chirurgie Pédiatrique
CCV
Cardiologie
Médecine Interne
Génécologie-Obstétrique

AVRIL 2014

Pr.ZALAGH Mohammed

ORL

PROFESSEURS AGREGES :

DECEMBRE 2014

Pr. ABILKASSEM Rachid*
Pr. AIT BOUGHIMA Fadila
Pr. BEKKALI Hicham *
Pr. BENAZZOU Salma
Pr. BOUABDELLAH Mounya
Pr. BOUCHRIK Mourad*
Pr. DERRAJI Soufiane*
Pr. DOBLALI Taoufik*
Pr. EL AYOUBI EL IDRISSE Ali
Pr. EL GHADBANE AbdedaimHatim*
Pr. EL MARJANY Mohammed*
Pr. FEJJAL Nawfal
Pr. JAHIDI Mohamed*
Pr. LAKHAL Zouhair*
Pr. OUDGHIRI Nezha
Pr. RAMI Mohamed
Pr. SABIR Maria
Pr. SBAI IDRISSE Karim*

Pédiatrie
Médecine Légale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Maxillo-Faciale
Biochimie-Chimie
Parasitologie
Pharmacie Clinique
Microbiologie
Anatomie
Anesthésie-Réanimation
Radiothérapie
Chirurgie Réparatrice et Plastique
O.R.L
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Psychiatrie
Médecine préventive, santé publique et Hyg.

AOUT 2015

Pr. MEZIANE Meryem
Pr. TAHRI Latifa

Dermatologie
Rhumatologie

JANVIER 2016

Pr. BENKABBOU Amine
Pr. EL ASRI Fouad*
Pr. ERRAMI Nouredine*
Pr. NITASSI Sophia

Chirurgie Générale
Ophtalmologie
O.R.L
O.R.L

JUIN 2017

Pr. ABI Rachid*	Microbiologie
Pr. ASFALOU Ilyasse*	Cardiologie
Pr. BOUAYTI El Arbi*	Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Pr. BOUTAYEB Saber	Oncologie Médicale
Pr. EL GHISSASSI Ibrahim	Oncologie Médicale
Pr. OURAINI Saloua*	O.R.L
Pr. RAZINE Rachid	Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Pr. ZRARA Abdelhamid*	Immunologie

* *Enseignants Militaires*

2- ENSEIGNANTS – CHERCHEURS SCIENTIFIQUES

PROFESSEURS / PRs. HABILITES

Pr. ABOUDRAR Saadia	Physiologie
Pr. ALAMI OUHABI Naima	Biochimie – chimie
Pr. ALAOUI Katim	Pharmacologie
Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma	Histologie-Embryologie
Pr. ANSAR M'hammed	Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Pr. BARKIYOU Malika	Histologie-Embryologie
Pr. BOUHOUCHE Ahmed	Génétique Humaine
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz	Applications Pharmaceutiques
Pr. CHAHED OUZZANI LallaChadia	Biochimie – chimie
Pr. DAKKA Taoufiq	Physiologie
Pr. FAOUZI Moulay El Abbas	Pharmacologie
Pr. IBRAHIMI Azeddine	Biologie moléculaire/Biotechnologie
Pr. KHANFRI Jamal Eddine	Biologie
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med	Chimie Organique
Pr. REDHA Ahlam	Chimie
Pr. TOUATI Driss	Pharmacognosie
Pr. ZAHIDI Ahmed	Pharmacologie

Mise à jour le 10/10/2018
Khaled Abdellah
Chef du Service des Ressources Humaines

Dédicaces



Je dédie cette thèse à...

À ALLAH

Au bon DIEU tout puissant

Qui m'a inspiré,

Qui m'a guidé dans le bon chemin

Je vous dois ce que je suis devenue

Louanges et remerciements

Pour votre clémence et miséricorde.

À MA TRÈS CHÈRE MÈRE
Nadia BEGGAR

*À la plus douce, la plus forte et la plus merveilleuse des mamans.
À une personne qui m'a tout donné sans compter.
Les mots me manquent pour qualifier tout l'amour que je porte pour
toi.*

*Ton dévouement, tes encouragements, ta confiance en moi, ta
bénédiction et tes prières m'ont été d'un grand soutien pour mener à
bien mes études, mais aussi pour faire de moi la personne que je suis
aujourd'hui.*

*Sans toi, je ne suis rien, mais grâce à toi je suis devenue médecin.
Aucune dédicace ne saurait être assez éloquente pour exprimer ce que tu
mérites pour tous les sacrifices que tu n'as cessé de faire pour mon frère
et moi, depuis notre naissance.*

*Tu as fait le meilleur qu'une mère puisse faire pour que ses enfants aient
une bonne éducation et suivent le bon chemin dans leur vie.*

*Je te dédie ce travail qui grâce à toi a pu voir le jour.
Puisse ALLAH te préserver et t'accorder santé, bonheur et longue vie,
afin que je puisse te rendre un minimum de ce que je te dois.*

Je t'aime Mami



À MON CHER PÈRE

BELLARABI Lekbir

Autant de phases aussi expressives soient-elles ne sauraient montrer le degré d'amour et d'affection que je porte pour toi.

De tous les pères, tu es le meilleur ; tu as su m'entourer d'attention, m'inculquer les valeurs nobles de la vie, m'apprendre le sens du travail, de l'honnêteté et de la responsabilité.

Merci d'avoir été toujours là pour moi, un grand soutien tout au long de mes années d'études.

Tu as été et tu seras toujours un exemple à suivre pour tes qualités humaines, ta persévérance et ton perfectionnisme.

Je te dois ce que je suis aujourd'hui et ce que je serai demain.

J'espère rester toujours digne de ton estime.

Aucun mot ne pourrait jamais exprimer la profondeur de mon respect, ma considération, ma reconnaissance et mon amour éternel.

Qu'ALLAH te préserve, t'accorde santé, bonheur, quiétude d'esprit et longue vie.



À MON CHER FRÈRE SABER

*Les mots ne sauraient exprimer l'entendu de l'affection que j'ai
pour toi mon cher frère.*

*Tu es le frère idéal pour moi, qui m'a accompagné dans chaque
étape de ma vie. Sans toi ma vie n'aurait pas eu le même goût.*

Puisse l'amour et la fraternité nous unissent à jamais.

*Merci pour tous, cher frère, merci pour votre soutien sans faille,
j'espère que tu trouves dans ce modeste travail le témoignage de
ma profonde reconnaissance pour tout ce que tu m'apportes et de
tout mon amour.*

*Que Dieu t'accorde une longue vie pleine de santé, de bonheur et
de réussite dans ta vie privée et professionnelle.*



A mes grands-parents paternels et grand-mère maternel,

Vous me manquez

A mon grand-père paternel

Que Dieu te garde en bonne santé,

A mes tantes et mes oncles,

A mes cousins et cousines,

Merci pour vos encouragements et motivations



A mes chère(s) ami(e)s

Je ne peux trouver les mots justes et sincères pour vous exprimer mon affection et mes pensées, vous êtes pour moi des frères, sœurs et des amis sur qui je peux compter. En témoignage de l'amitié qui nous unit et des souvenirs de tous les moments que nous avons passé ensemble, je vous dédie ce travail et je vous souhaite une vie pleine de santé et de bonheur.

A toute ma promotion :

A tous les enseignants qui ont participé à ma formation depuis que j'ai commencé mes études

A toute personne m'ayant consacré un moment pour m'aider, me conseiller, m'encourager ou simplement me faire sourire. A toutes les personnes non citées et qui savent que je pense à eux

Et à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin pour que ce projet soit possible, je vous dis merci.



Remerciements



*A Notre Maître et Président de Thèse
Monsieur le Professeur Kisra Hassan
Professeur de Psychiatrie*

Nous vous remercions vivement de l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider le jury de notre thèse.

Nous avons eu le privilège de travailler dans votre service et d'apprécier vos qualités et vos valeurs.

Vos compétences, vos qualités humaines et la richesse de votre enseignement n'ont jamais cessé de susciter en nous l'admiration la plus profonde.

Veillez, cher maître, trouver dans ce modeste travail le témoignage de notre haute considération, notre profonde reconnaissance et notre sincère respect.



*A Notre Maître et Rapporteur de Thèse
Madame Le Professeur El Omari fatima
Professeur de Psychiatrie*

*Nous tenons à vous exprimer notre profonde reconnaissance
pour l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de nous
confier ce travail*

*riche d'intérêt et nous guider à chaque étape
de sa réalisation avec rigueur et bienveillance.*

*Malgré vos obligations professionnelles, vous étiez toujours
disponibles et vous
nous avez toujours accueillis avec sympathie, sourire et
cordialité.*

*Nous ne vous remercierons jamais assez pour votre encadrement
d'excellente qualité, votre implication, vos précieux conseils
et vos encouragements inlassables.*

*Votre compétence, votre humilité, votre altruisme, vos qualités
humaines et votre envie de donner le meilleur à vos étudiants
font de vous le meilleur modèle à suivre.*

*Nous vous dédions ce travail comme témoignage de notre
gratitude et de notre profond respect.*



*A Notre Maître et Juge de Thèse
Madame le Professeur Sabir Maria
Professeur de Psychiatrie*

*Vous nous avez honorés d'accepter avec grande sympathie
de siéger parmi notre jury de thèse.
Vos qualités humaines et professionnelles jointes à votre
compétence sont pour nous un exemple à suivre.
Veuillez trouver ici le témoignage de notre grande estime
et de notre sincère reconnaissance.*



A Notre Maitre et Juge de Thèse
Monsieur Le Professeur Kadiri Mohamed
Professeur de Psychiatrie

*Vous nous faites l'honneur d'accepter avec une très grande
amabilité de siéger parmi notre jury de thèse.
Votre compétence et vos valeurs humaines vous valent
l'admiration et le respect de tous.
Veuillez trouver ici, cher Maitre, l'expression de notre grand
respect, notre haute considération et nos vifs remerciements.*



LISTE DES FIGURES :

Figure1: Répartition de la population en fonction de l'âge.....	48
Figure2: Répartition de la population en fonction de la situation matrimoniale.....	49
Figure3: Répartition selon le niveau d'instruction de la population	50
Figure4: Répartition de la population selon l'activité professionnelle.....	51
Figure5: Répartition de la population selon milieu de vie.....	52
Figure6: Répartition de la population selon les régions de provenance	53
Figure7: Répartition de la population selon si les parents sont biologiques ou adoptifs	53
Figure8: Répartition de la population selon le statut matrimonial des parents.....	53
Figure9: Répartition selon les violences subies.....	55
Figure10: Nombre de tentative de sevrage en hospitalier.....	56
Figure11: Nombre de tentative de sevrage en ambulatoire	57
Figure12: Durée des périodes d'abstinence	58
Figure13: Type de sortie du service d'addictologie	59
Figure14: Répartition de la population selon les comorbidités psychiatriques..	60
Figure15: Répartition de la population selon le trouble de personnalité.....	61
Figure16: Informations sur les tentatives de suicide (TS).....	62
Figure17: Répartition de la population selon le nombre de TS	62

Figure18: Répartition selon le caractère de la TS	63
Figure19: Répartition de la population selon l'existence d'un épisode dépressif	63
Figure20: Nombre d'épisodes dépressifs dans la population	64
Figure21: Information sur l'existence d'un trouble bipolaire.....	64
Figure22 :Antécédents judiciaires de la population étudiée.....	66
Figure23:Antécédents gynéco-obstétricaux de la population	67
Figure24: Substances psychoactives concernées par un usage occasionnel	74

LISTE DES TABLEAUX

Tableau1: Antécédents médicaux et chirurgicaux	56
Tableau2: Antécédents familiaux	57
Tableau3: - Histoire des conduites addictives	63
Tableau4: Substances et effet recherchés.....	64

TABLE DES MATIERES :

I-INTRODUCTION :	1
II-PARTIE THEORIQUE :	2
1-Généralités sur les addictions :.....	2
2-Epidémiologie :	4
3-Evolution de la terminologie :.....	7
3.1- Critères de l’addiction selon Goodman :.....	8
3.2-Critères de dépendance de la CIM-10 :	9
3.3-Classification actuelle du DSM :.....	11
4- Clinique de l’usage :.....	12
4.1-L’usage expérimental :.....	12
4.2-L’usage occasionnel :.....	12
4.3-L’usage régulier :	13
4.4- L’usage à risque :	13
4.5-L’usage nocif :	14
5-Origines étiologiques :	15
5.1- Les facteurs neurobiologiques ou génétiques :	16
5.2- Des facteurs liés aux produits :.....	18
5.3- Des facteurs psychologiques:	18
5.4- Des facteurs environnementaux :	19
6-Les caractéristiques de l’addiction chez la femme :	20
6.1-Motivation initiale :	20
6.2-Progression de la dépendance :	21

6.3-Substances psychoactives spécifiques :.....	21
6.4-Facteurs psychologiques et socioculturels :	24
6.5-Facteurs neurobiologiques :.....	24
7-Prise en charge :	25
7.1-Le diagnostic clinique :	27
7.2-L'approche motivationnelle :	28
7.3-Traitement Pharmacologique du Sevrage /post sevrage:	30
7.4-Traitement des comorbidités psychiatriques :.....	34
7.5-Traitement de la comorbidité somatique :.....	35
7.6-Psychothérapies :.....	35
8- Les structures de prise en charge spécifiques aux femmes.....	38
III-METHODOLOGIE :	41
-Type d'étude.....	41
-Lieu de l'étude.....	41
- Population étudiées	41
-Critères d'inclusion	42
-Critères d'exclusion.....	42
-Evaluations :	42
-Analyse statistique :	42
IV-RESULTATS :	43
1-Caractéristiques sociodémographiques :	43
1.1-L'âge :.....	43
1.2-La Situation matrimoniale :	44
1.3-Le Niveau d'instruction :.....	44
1.4-La situation professionnelle :	45
1.5-Milieu de vie :.....	46

1.6-Les Régions de provenance:.....	47
2-Les Eléments biographiques :	48
2.1- Information sur les parents:.....	48
2.2-Information sur la violence subie durant la vie :.....	49
3- Informations sur la conduite addictive :.....	50
3.1-Tentative de sevrage en hospitalier :.....	50
3.2-Tentative de sevrage en ambulatoire :.....	51
3.3- les Périodes d'abstinence :	52
3.4- Périodes d'hospitalisation au service d'addictologie:.....	53
4-Antécédents personnels et familiaux:.....	54
4.1- Comorbidités psychiatriques :.....	54
4.2-Tentatives de suicide (TS) :.....	56
4.3- Trouble dépressif :.....	58
4.4-Troubles bipolaires :.....	59
4.5-Antécédents médicaux et chirurgicaux :	60
3.6- Antécédents judiciaires :.....	61
4.7-Antécédents gynéco-obstétricaux :.....	62
4.8-Antécédents Familiaux :.....	63
5- Type de substances psychoactives problématiques:	66
5.1-Le tabac :	68
5.2-Le cannabis :	68
5.3-L'alcool :.....	68
5.4-Les benzodiazépines sans prescription médicale :.....	68
5.5-La cocaïne :.....	68
5.6-L'Ecstasy :	69
5.7-Les opioïdes :.....	69

5.8-Produit inhalant :	69
6- Usage occasionnel de substances addictives :.....	69
V-DISCUSSION :.....	71
I-Caractéristiques des sociodémographiques :	71
1.1-Âge :	71
1.2-Situation matrimoniale :.....	72
1.3-Situation professionnelle :	72
1.4-Niveau d’instruction :	73
1.5-Milieu de vie :.....	74
II - Histoires des conduites addictives :.....	74
2.1-Le tabac :	74
2.2-Le cannabis :.....	75
2.3-L’alcool :.....	75
2.4-Les psychotropes :	76
2.5-La cocaïne :.....	76
2.6-Les opioïdes :.....	77
III- Eléments de la psycho-pathologie:.....	77
3.1-Violence physique:	77
3.2- Violence sexuelle :	78
3.3-Comorbidités psychiatrique :.....	78
-Episode dépressif :.....	79
VI-CONCLUSION :.....	81
RÉSUMÉ :.....	83
SUMMARY:	84
BIBLIOGRAPHIE	86
ANNEXE :.....	86

Annexe 1 :.....	86
Questionnaire :.....	86

LISTE DES ABREVIATIONS :

- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé.
- DSM** : Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.
- CIM** : La Classification Internationale des maladies.
- VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine.
- GEU** :Grossesse extra utérine.
- OMDA** : L'Observatoire Marocain des Drogues et des Addictions.

I-INTRODUCTION :

L'addiction est un phénomène qui a été et qui reste problématique dans toutes les sociétés à travers le monde.

L'OMS a estimé en 2013, qu'un total de 246 millions d'individus, soit une personne sur 20, âgée de 15 à 64 ans, consomme des substances psychoactives. L'ampleur de cette problématique mondiale devient plus évidente et préoccupante lorsqu'on met le doigt sur le fait que plus d'un individu sur 10 est un consommateur régulier et en sachant que la personne souffrant de troubles liés à l'usage de substances mène au quotidien un combat acharné contre l'usage. Tout ceci explique pourquoi plus de 27 millions de personnes, souffrent de l'usage de substances psychoactives(1).

L'addiction aux différentes substances est considérée comme un phénomène majoritairement masculin. A vrai dire, les recherches tentant de cerner ce sujet ont surtout utilisé comme base de données des échantillons de sexe masculin. Ce qui se répercutera logiquement sur les données disponibles sur le phénomène de l'addiction chez les femmes.

Néanmoins, nous nous devons de noter que la question de l'incidence du genre commence à être abordée sans tabou dans la société.

Notre étude va s'intéresser à l'usage problématique de substances psychoactives ou addictions chez la femme marocaine. Ce phénomène stigmatisé et désapprouvé dans notre société, l'est encore plus chez la femme.

Il est très compliqué pour une femme de pouvoir assumer sa consommation sans ressentir la honte et la peur. Ainsi, il sera difficile pour elle de demander du soutien à autrui(2) .

Les patientes souffrant d'un trouble lié à l'usage présentent généralement un plus haut degré de comorbidités psychiatriques. Les femmes dépendantes rentrent plus souvent en cure de sevrage en raison de difficultés psychiques ou émotionnelles alors que les hommes privilégient des raisons plutôt liées à la sphère professionnelle(3).

Les comorbidités(s) psychiatrique(s) rendent plus complexe la prise en charge. Une histoire d'abus sexuels ou physiques est fréquente chez les femmes addicts et doit être recherchée systématiquement(4).

Les patientes marocaines trouvent encore plus de difficultés à accéder aux soins vu le contexte social et la discrimination ce qui explique l'intérêt et la direction prise dans notre étude vers les femmes. Il est important de noter que la prise en charge hospitalière pour les femmes reste le dernier recours pour celles qui n'arrivent pas à être sevrée en ambulatoire.

L'objectif de cette étude est d'élaborer un profil socio démographique et psychopathologique des femmes marocaines, qui présentent un trouble de l'usage de substances psychoactives et qui ont été hospitalisées dans le service d'addictologie de l'hôpital universitaire Ar-Razi de Salé de Mars 2009 à Juin 2017.

II-PARTIE THEORIQUE :

1-Généralités sur lesaddictions :

L'addiction est définie comme : « Un processus par lequel un comportement, pouvant permettre à la fois une production de plaisir et d'écarter ou d'atténuer une sensation de malaise interne, est employé d'une façon caractérisée par l'impossibilité répétée de contrôler ce comportement et sa poursuite en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives»(5).

Le comportement peut être la consommation de substances psychoactives (alcool, tabac, opioïde,...etc.). On parle alors dans ce cas de « trouble lié à l'usage de substances psychoactives ». Mais il existe également des « addictions sans substances » ou « addictions comportementales » (jeu de hasard et d'argent, écrans, sexe, achats, exercices physiques,...etc.).

En pratique, on peut séparer trois catégories de symptômes participant aux troubles addictifs :

* Des symptômes comportementaux : il s'agit de l'envahissement progressif de la vie quotidienne du sujet par les comportements addictifs, au détriment des autres rituels de la vie. Ces symptômes regroupent la perte de contrôle progressive, l'impossibilité croissante d'arrêter ou de réduire les comportements addictifs, et l'envie irrépressible « craving » de réaliser sans cesse les comportements addictifs.

*Des répercussions sociales et/ou médicales : les addictions entraînent des conséquences durables et significatives dans la vie du sujet pour être qualifiées comme telles. Il existe des conséquences sociales qu'on retrouve pour tout type d'addiction (isolement, marginalisation, stigmatisation, perte d'emploi, séparation, problèmes financiers...) ainsi que des répercussions médicales qui sont plutôt spécifiques au type de trouble, en particulier lorsqu'il s'agit d'un trouble lié à l'usage de substances psychoactives. En effet, l'usage chronique de substances psychoactives a des conséquences médicales propres, en parallèle au processus addictif lui-même. En pratique, plus la perte de contrôle (symptômes comportementaux) est grande, plus les conséquences psychosociales sont importantes.

*Des symptômes pharmacologiques qui sont propres aux troubles liés à l'usage de substances: L'exposition chronique et répétée à une substance

psychoactive entraîne des phénomènes d'adaptation cérébrale progressive, menant à l'apparition d'un processus de tolérance avec perte d'effet à même dose de substance et nécessité d'augmenter les doses pour obtenir le même effet. Lesevrage ou survenue des symptômes spécifiques à la classe pharmacologique de la substance à la réduction ou à l'arrêt de la substance. Ces symptômes ne sont ni systématiques, ni nécessaires pour parler d'addiction.

Même si elles sont toutes les trois liées, ces dimensions clinique doivent être considérées séparément pour bien comprendre les troubles addictifs(6).

2-Epidémiologie :

En 2013, l'OMS a estimé qu'un total de 246 millions d'individus, soit une personne sur 20 âgée de 15 à 64 ans, consommait des substances psychoactives illicites.

Un certain nombre d'obstacles sociaux et culturels continuent à l'évidence d'entraver l'accès des femmes à un traitement pour toxicomanie. Dans le monde, seul un usager de substances psychoactives suivant un traitement sur cinq est une femme(7), alors que cette dernière représente un tiers des personnes qui consomment des substances psychoactives dans le monde.

En 2010, le nombre total estimatif de femmes dépendantes aux amphétamines était de 6,3 millions, celui des femmes dépendantes aux opioïdes est de 4,7 millions et celui des femmes dépendantes à la cocaïne est de 2,1 millions(8).

Les femmes s'injectant des substances psychoactives dans le monde étaient estimées à 3,8 millions, soit 0,11% du total de la population féminine mondiale. Les modalités de l'usage de substances psychoactives chez les femmes s'expliquent principalement par le fait que les situations propices à la consommation de substances psychoactives, qui sont dues à l'influence de

l'environnement social ou culturel, ne s'offrent pas à elles de la même manière(9). Un vaste ensemble de données a montré que les facteurs sociaux et biologiques relatifs à l'initiation à la consommation de substances, à l'usage continu de substances et au développement de troubles liés à l'usage de substances psychoactives variaient considérablement entre les hommes et les femmes. Il est trois fois plus probable pour les hommes que pour les femmes de consommer du cannabis, de la cocaïne et des amphétamines, alors que les femmes ont plus de risques que les hommes de faire un usage impropre d'opioïdes délivrés sur ordonnance et de tranquillisants(7).

Au Maroc, une première étude a été réalisée par le ministère de la Santé en population générale sur la prévalence des troubles mentaux et des toxicomanies, avec l'appui de l'OMS et en collaboration avec les centres psychiatriques universitaires de Salé et de Casablanca.

Les résultats de l'Enquête Nationale en Santé Mentale et Toxicomanies réalisées entre septembre et décembre 2003, sur un échantillon de six mille personnes de 15 ans et plus, représentatif de la population marocaine, montrent que :

- La prévalence de la vie entière de l'usage de substances psychoactives était de 4,8%.

- La prévalence de l'abus d'alcool était de 2%, la dépendance alcoolique était de 1,4%.

- La prévalence de l'abus de substances était de 3,3 % alors que la dépendance était de 2.8%, quels que soient le produit et le mode de consommation.

- L'abus et la dépendance aux substances, dont l'alcool, étaient l'apanage des hommes à hauteur d'une femme pour 10 hommes.

- La prévalence de l'usage de substances psychoactives, au cours des 12 derniers mois montrait que c'est principalement le cannabis qui était le plus utilisé. Quant aux sédatifs, qui se situaient au second rang, ils ne représentaient que 0,18% de la population, suivi de la cocaïne à 0,05%, des solvants à 0,04% et enfin des opioïdes à 0,02%. Toutefois, il est à noter que la méthodologie de l'enquête ne favorisait pas le repérage de consommation de substances à très faible prévalence dans la population générale telle que la cocaïne et l'héroïne au Maroc(10).

-Une enquête Med SPAD 2013 qui analyse les informations représentatives des élèves marocains en matière de connaissances, d'attitudes, d'opinions et de consommation des substances psychoactives, en ciblant plus particulièrement la tranche d'âge des 15-17 ans. Med SPAD 2013 fait suite à la même enquête réalisée à l'échelle nationale en décembre 2009 sur une population de presque 6371 élèves. Deux autres enquêtes similaires, portant sur le même objectif, ont été réalisées dans le milieu lycéen, en 2006 (N=1117) au niveau des deux villes de Rabat-Salé. Elle a succédé à une première enquête réalisée en 2003 (N=400) dans la ville de Rabat. . L'enquête a ainsi pu cibler un échantillon d'environ 6000 élèves. Les villes et les établissements scolaires ont été choisis au hasard.

Quelques résultats de l'enquête Med SPAD :

-L'usage du Tabac : En 2013, un peu plus d'un adolescent interrogé sur dix (17,3%) déclarent avoir déjà fumé une cigarette au cours de leur vie. La prévalence sur les 30 derniers jours concerne moins d'un adolescent sur dix interrogés (6,3%).

-L'usage de l'Alcool: L'expérimentation d'alcool est déclarée par 5% des jeunes de 15-17 ans. La proportion de jeunes usagers récents ayant consommé de l'alcool durant les 30 derniers jours précédant l'enquête s'élève à 3%

(n=152). Les garçons s'avèrent plus souvent consommateurs que les filles, et ce quel que soit le niveau d'usage déclaré.

-L'usage du Cannabis: Près d'un élève sur dix (9,4%) disent avoir déjà fumé du cannabis au cours de leur vie. 5,7% l'ont fumé au cours des douze derniers mois et 4,7% rapportent en avoir consommé durant les trente derniers jours. 17 Chez les 15-17 ans, 2, 7% d'entre eux ont consommé du cannabis durant les 30 derniers jours.

-L'usage des médicaments psychotropes (tranquillisants ou somnifères) sans prescription médicale: En 2013, 5.4% des élèves interrogés ont consommé des psychotropes sans avis ni prescription médicale au cours de leur vie. La consommation au cours des douze derniers mois concerne 3,7 % des jeunes interrogés et celle au cours des trente derniers jours 2,3% d'entre eux. Les chiffres de prévalence ne sont pas influencés par le sexe de l'élève.

- L'usage de la cocaïne et du crack : En 2013, les autres drogues les plus fréquemment expérimentées durant la vie par les élèves marocains sont la cocaïne et le crack (1,3% vs 1,2%). Les âges d'initiation à la cocaïne et au crack se situent respectivement autour de 14,31,3 ans et de 12,1 ,5 ans chez les élèves âgés de 15-17 ans(11).

3-Evolution de la terminologie :

Le terme « addiction » a connu un changement à travers les années entre une définition émise par Goodman, la définition que propose le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) et celle de la classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes de l'OMS (CIM-10).

Depuis 1987, les classifications internationales des troubles mentaux, DSM et CIM-10, dénomment les substances objet d'abus : substances psychoactives.

Elles sont définies par leur capacité à engendrer une intoxication ou une ivresse, un sevrage, un abus ou un usage nocif ou une dépendance.

Les substances psychoactives illicites, comme le cannabis ou la cocaïne, sont interdites à la consommation, même dans un cadre privé, sous peine de sanction judiciaire.

À l'inverse, l'usage des substances licites n'est sanctionné que dans certaines situations : l'ivresse publique, l'alcool au volant ou en milieu professionnel, le tabac dans les lieux publics...

Si la distinction entre substances psychoactives illicites et substances licites reste actuelle sur le plan légal, elle concerne moins le clinicien qui s'intéresse aux usages pathologiques.

La distinction entre substances psychoactives dures et substances psychoactives douces, issues des années 1970, est sans définition scientifique claire.

Les classifications actuelles ont fait apparaître, depuis 1987, la catégorie diagnostique des troubles liés aux substances. Ces troubles sont des pathologies au même titre que les troubles anxieux, de l'humeur ou schizophréniques.

Le terme d'addiction est ancien, mais ce concept a surtout été développé, à propos des conduites de dépendance, depuis les années 1960-1970 aux États-Unis et plus particulièrement par Goodman (1990) :

3.1- Critères de l'addiction selon Goodman :

A. Impossibilité de résister aux impulsions à réaliser ce type de comportement.

B. Sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement.

C. Plaisir ou soulagement pendant sa durée.

D. Sensation de perte de contrôle pendant le comportement.

E. Présence d'au moins cinq des huit critères suivants :

-Préoccupation fréquente au sujet du comportement ou de sa préparation.

-Intensité et durée des épisodes plus importantes que souhaitées à l'origine.

-Tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement.

-Temps important consacré à préparer les épisodes, à les entreprendre ou à s'en remettre.

-Survenue fréquente des épisodes lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires ou universitaires, familiales ou sociales.

-Activités professionnelles ou récréatives majeures sacrifiées du fait du comportement.

-Perpétuation du comportement, bien que le sujet sache qu'il cause ou aggrave un problème persistant ou récurrent d'ordre social, financier, psychologique ou psychique.

-Tolérance marquée: besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré, ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité.

F. Agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement.

3.2-Critères de dépendance de la CIM-10 :

Le syndrome de dépendance, selon la CIM-10, consiste en un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif vis-à-vis des autres

activités. La caractéristique essentielle du syndrome de dépendance correspond à un désir (souvent puissant, parfois compulsif) de boire de l'alcool, de fumer du tabac ou de prendre une autre substance psychoactive (y compris un médicament prescrit).

Au cours des rechutes, c'est-à-dire après une période d'abstinence, le syndrome de dépendance peut se réinstaller beaucoup plus rapidement qu'initialement. Pour un diagnostic de certitude, au moins trois des manifestations suivantes doivent habituellement avoir été présentes en même temps au cours de la dernière année :

1. désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive ;
2. difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation) ;
3. syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance ou d'une substance apparentée pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage ;
4. mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive. Le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré ;
5. abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psychoactive et augmentation du temps passé à se la procurer, la consommer, ou récupérer de ses effets ;
6. poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives. On doit s'efforcer de préciser si le sujet

était au courant, ou s'il aurait dû être au courant, de la nature et de la gravité des conséquences nocives (12) .

3.3-Classification actuelle du DSM :

Selon le manuel de diagnostics des troubles mentaux (DSM-5, 2013), les notions d'abus et de dépendance sont désormais obsolètes. L'utilisation du terme « dépendance » peut porter à confusion car un grand nombre de personnes et de prestataires de soins croient que l'addiction est synonyme de dépendance physique. Ni l'euphorie ni les symptômes de sevrage n'impliquent en soi une addiction.

Selon le DSM 5, l'addiction est un mode d'utilisation inadapté d'un produit conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de deux (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de douze mois :

1. Le produit est souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.

2. Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation du produit.

3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir le produit, utiliser le produit ou récupérer de leurs effets.

4. Craving ou une envie intense de consommer le produit.

5. Utilisation répétée du produit conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison.

6. Utilisation du produit malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets du produit.

7. Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation du produit.

8. Utilisation répétée du produit dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.

9. L'utilisation du produit est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance.

10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :

a. besoin de quantités notablement plus fortes du produit pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré,

b. effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité du produit,

11. Sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :

a. syndrome de sevrage du produit caractérisé (cf diagnostic du syndrome de sevrage du produit)

b. le produit (ou une substance proche) est pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

La sévérité de l'addiction est mesurée par tranches : légère si 2-3 symptômes, modérée si 4-5 symptômes, sévère au-delà de 6. (13).

4-Clinique de l'usage :

4.1-L'usage expérimental :

* L'usage expérimental est un essai ponctuel, l'individu cherchant à explorer lui-même les effets de la substance, à titre de curiosité. C'est une consommation en général unique et sans lendemain.

4.2-L'usage occasionnel :

* L'usage occasionnel est le recours au produit dans des circonstances particulières, usage convivial par exemple dans le cas du cannabis et ecstasy.

* L'individu recherche une sensation de plaisir, un état de bien-être, d'apaisement ou de désinhibition.

* Certains consommateurs font un usage récréatif de la substance psychoactive. La consommation est souvent groupale, pendant les loisirs (cannabis, ecstasy, ou cocaïne). La recherche de plaisir est au premier plan des motivations des consommateurs.

* L'usage récréatif n'a pas, dans la plupart des cas, de conséquences sur les activités socioprofessionnelles.

* La recherche de sensation, la convivialité, l'appartenance à un groupe, la transgression des interdits, les rites d'initiation.

4.3-L'usage régulier :

L'usage régulier est au moins hebdomadaire. L'usage régulier perd en général son caractère convivial. L'utilisation du produit est effectuée pour lutter contre une tristesse importante, ou contre des manifestations anxieuses. Il peut s'agir d'une tentative d'automédication.

4.4- L'usage à risque :

Dans certaines circonstances ou situations de consommation, même si celle-ci est apparemment socialement réglée, elle est susceptible d'entraîner des dommages.

La consommation dans certaines situations : le risque situationnel (grossesse, âge jeune, conduite de véhicule...).

La consommation selon certaines modalités : le risque quantitatif (ivresses, usage excessif ou « binge », usage de plusieurs substances...)(14).

4.5-L'usage nocif:

Cet usage est caractérisé par une consommation induisant des dommages repérables aux niveaux somatique, psychoaffectif et/ou social. A ce stade, l'utilisateur peut moduler sa consommation en fonction du contexte et arrêter de consommer s'il le désire, mais il peut aussi être en difficulté pour arrêter plusieurs jours de suite. Dans ce type d'usage, des problèmes ou des conséquences négatives s'expriment, comme par exemple :

- la survenue ou l'aggravation de problèmes personnels, psychologiques, somatiques ou sociaux, liés à l'effet des produits ou à la répétition de leur prise ;
- des difficultés, voire l'incapacité à remplir des obligations majeures au travail, pendant les études, dans la famille (absence, exclusions, difficultés relationnelles etc.)
- la répétition de l'utilisation d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (travail, conduite...)
- des problèmes judiciaires répétés liés à la consommation de substance
- l'utilisation de la substance malgré la prise de conscience des problèmes en lien avec la consommation



PYRAMIDE DE SKYNER

La classification du DSM5 a défini le trouble lié à l’usage de substance ou l’usage problématique quand seulement 2 critères sur 11 sont réunis sur une période de 12 mois (13). Ainsi la catégorie des usagers à risque et usagers nocifs peuvent répondre aux critères d’un trouble addictifs.

5-Origines étiologiques :

Les effets des substances et le risque de développer une addiction sont modulés par différents facteurs :

- Des facteurs neurobiologiques ou génétiques
- Des facteurs liés aux produits (substances utilisées, quantités absorbées, fréquence et durée des consommations...)
- Des facteurs psychologiques (héritabilité génétique, histoire personnelle, facteurs psychologiques et familiaux, ...)
- Des facteurs environnementaux (contexte social, culturel...)

5.1- Les facteurs neurobiologiques ou génétiques :

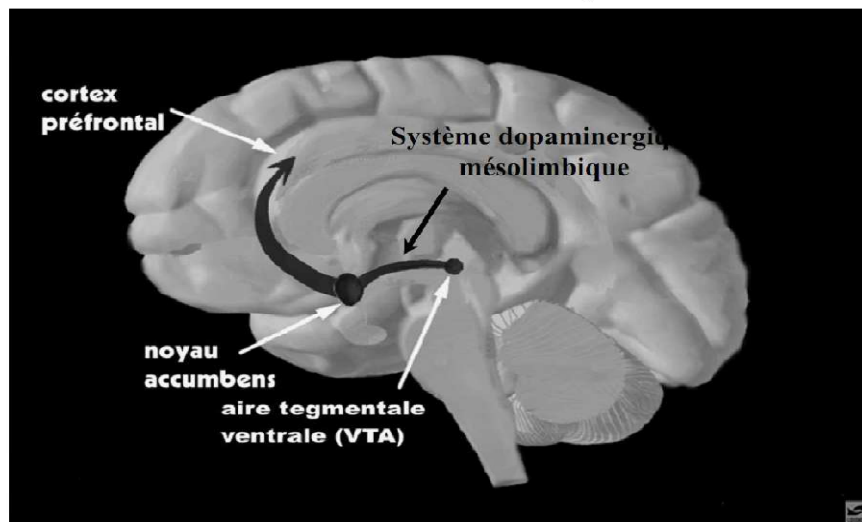
L'addiction démarre essentiellement avec le plaisir généré par la substance addictive. Cette sensation est due à des modifications électrochimiques s'opérant dans le cerveau en réponse à la consommation de la substance. On observe en particulier la libération de dopamine, la molécule "du plaisir" et de la récompense, dans le noyau accumbens. L'augmentation de la concentration de dopamine résulte de modifications au niveau des transmissions synaptiques dans différentes aires cérébrales, la substance consommée pouvant interférer avec des neurotransmetteurs ou leurs récepteurs. À cela s'ajoutent d'autres mécanismes, notamment la libération de sérotonine ou encore l'activation des récepteurs aux endorphines, des molécules endogènes impliquées dans l'antalgie et la sensation de bien-être. En cas de consommation régulière de substances psychoactives, la stimulation répétée de ces récepteurs entraîne une diminution de la production naturelle d'endorphines. Dès lors, le plaisir n'est plus obtenu que par l'apport de la substance extérieure, ce qui induit une augmentation de la tolérance à cette substance et un manque dès l'arrêt de sa consommation.

D'autres mécanismes consolident l'addiction. L'organisme devient peu à peu insensible à la substance et à ses effets, le consommateur doit accroître les doses pour obtenir le même niveau de plaisir. La prise répétée de substances psychoactives modifie à long terme les réseaux cérébraux et perturbe la recherche du plaisir. Le réseau dopaminergique s'emballe et provoque un besoin incessant de plaisir. D'autres adaptations cérébrales finissent par créer un effet négatif chez le sujet dépendant (dysphorie, anxiété, irritabilité). Cet état émotionnel négatif, avec les sensations désagréables du sevrage, deviendrait alors la motivation principale à consommer (craving de soulagement), au-delà de la recherche d'effets plaisants (craving de récompense).

En outre, les substances addictives modifient la plasticité synaptique c'est-à-dire la capacité des neurones à se réorganiser entre eux pour intégrer de nouvelles données. Cela semble modifier le souvenir de l'expérience, pour le rendre peut-être plus agréable encore qu'il n'a été, et persistant au cours du temps, incitant à renouveler l'expérience.

Enfin, des stimuli associés de manière répétée à la consommation de substances psychoactives (conditionnement), comme un lieu ou un moment de la journée toujours identique, peut à terme activer la libération de dopamine avant même la prise de la substance psychoactive. C'est ainsi qu'une dépendance psychique peut se créer, par exemple le besoin d'une cigarette au moment du café. Ce phénomène peut expliquer comment des signaux de l'environnement (publicité, bar, odeur d'alcool) peuvent déclencher une rechute même après une longue période d'abstinence(15).

La voie de la récompense



5.2- Des facteurs liés aux produits :

-L'effet psychoactif : modification de l'état de conscience par l'activité sur la neurotransmission synaptique dans le cerveau au niveau du système dopaminergique de récompense.

- L'effet addictogène : induction d'une dépendance psychique et/ou physique.

-Toxicité modulée par le temps : immédiate et/ou cumulative et différée.

-Les effets psychoactifs sont liés au produit :

- Voie d'absorption de la substance : digestive (voie lente), ou nasale, pulmonaire et intraveineuse IV (voies rapides).
- Dose absorbée selon la quantité et la concentration (détermine la vitesse et la force de l'action sur les récepteurs).
- Pratiques de consommation : fréquence de consommation, anticipation de l'effet du produit ...-

-Le pouvoir addictogène : c'est la capacité d'induire une pharmacodépendance.

Le profil chimique et l'impact cellulaire de la substance sont déterminants pour le pouvoir addictogène ainsi que la fréquence de la consommation, les quantités absorbées, la durée et les modes de consommation de la substance modulent la vitesse d'installation et la sévérité de la dépendance(16).

5.3- Des facteurs psychologiques:

Bien que l'idée d'une vulnérabilité génétique soit régulièrement abordée, la recherche tend à montrer que les facteurs de vulnérabilité les plus sensibles se retrouvent dans un déséquilibre des systèmes de régulation du plaisir et de la souffrance. En effet, les études en neurosciences nous ont montré l'implication

de certaines structures du cerveau (en particulier le circuit du plaisir et de la récompense) dans le développement et le maintien des addictions. Le développement de ces structures cérébrales s'effectue dès les premières années de la vie jusqu'à l'adolescence. La survenue d'un psycho-traumatisme au cours de cette période pourrait avoir une influence sur ce développement, et modifier à long terme le fonctionnement de ces structures. C'est l'altération de ces systèmes qui va faciliter l'entrée dans le processus de l'addiction. Ce déséquilibre peut en effet engendrer un trop grand besoin d'apaisement des émotions négatives, et/ou un besoin important de sensations et d'émotions fortes(17).

Pour autant nous ne réagissons pas tous de la même manière face à une conduite à risques, certaines personnes semblent plus vulnérables que d'autres. En effet, comme tout mécanisme psychologique complexe, la biologie et l'environnement sont des facteurs importants au terrain de l'addiction. Plusieurs expériences animales et des conduites à risque lors de la grossesse ont montré l'influence de facteurs génétiques et de la prédisposition de certains. L'expression de cette vulnérabilité dépend aussi de l'interaction avec son environnement comme un stress répété ou des difficultés à l'enfance amenant la personne à une fragilité interne. Elle aura tendance alors à rechercher un produit, un comportement ou une personne qui va la rassurer.

L'apparition de troubles psychopathologiques peut renforcer le passage d'une consommation festive à une consommation auto thérapeutique ou toxicomaniaque.

5.4- Des facteurs environnementaux :

Il existe plusieurs facteurs environnementaux qui facilitent, font découvrir ou permettent l'entrée en addiction.

On a des facteurs liées au produit psychoactif comme sa disponibilité ou la facilité d'y accéder (prix et acquisition), il y'a aussi le rôle de la banalisation sociale et culturelle ; l'oisiveté et le chômage, l'isolement social et problèmes familiaux ; l'absence de supervision parentale et l'attrait important de l'usage : Amis et parents consommateurs, médias, chansons, clips...;

6-Les caractéristiques de l'addiction chez la femme :

La consommation et la dépendance aux substances psychoactives furent longtemps considérées comme un problème typiquement masculin. Récemment, même si le problème demeure toujours largement l'apanage des hommes, l'écart qui les sépare des femmes a rétréci de façon importante. De plus, les femmes semblent plus susceptibles de développer une dépendance aux substances, souffrent plus sévèrement des conséquences physiologiques et psychologiques de la consommation de substances psychoactives, et éprouvent plus de difficultés à briser leur dépendance(18).

6.1-Motivation initiale :

Bien qu'adéquates, la plupart de définitions ne prennent pas en considération les conditions psychologiques préexistantes ni les facteurs socioculturels, alors que ceux-ci peuvent jouer un rôle crucial dans l'initiation à la consommation de substances psychoactives.

Ainsi, alors que pour plusieurs individus la consommation de substances psychoactives a pour but de susciter l'euphorie, décupler l'énergie ou stimuler la concentration (c.-à-d. renforcement positif), d'autres tentent de s'auto-médicamentent pour une autre condition (c.-à-d. renforcement négatif) comme la dépression, l'anxiété, la douleur chronique ou un syndrome de stress post-traumatique. Pour le renforcement positif ; certains d'entre eux vont développer

une dépendance. Les filles et les femmes tendent plutôt à consommer des substances psychoactives pour réduire le stress ou la douleur (physique et/ou psychologique) ; elles portent donc déjà un fardeau qui risque de provoquer une dépendance plus rapidement(19). La comorbidité des problèmes psychiatriques et de l'abus de substances est substantielle ; jusqu'à 40 % des gens qui souffrent d'un problème permanent de consommation de substances psychoactives souffrent également d'au moins un trouble d'humeur ou d'anxiété, et cette relation est plus forte chez les femmes que chez les hommes, ce qui soutient la thèse que l'auto-médicamentation pour un trouble de comportement est une trajectoire majeure vers la dépendance chez les femmes (bien que l'on doive considérer que l'anxiété et la dépression peuvent aussi résulter de l'abus de substances)(20).

6.2-Progression de la dépendance :

D'autres caractéristiques de l'usage de substances psychoactives sont également distinctes selon le genre, comme l'âge de l'initiation à la consommation, le taux d'augmentation, et la quantité consommée. Ces différences sont particulièrement prononcées pour les stimulants psychomoteurs mais aussi en ce qui concerne d'autres types de substances psychoactives(21). Par exemple, les femmes commencent à consommer de la cocaïne à un plus jeune âge que les hommes, le taux d'augmentation de la consommation est plus élevé chez les femmes, et ces dernières consomment de plus grandes quantités que les hommes lorsqu'elles entreprennent un traitement (18).

6.3-Substances psychoactives spécifiques :

Bien que la prévalence de l'abus de substances psychoactives soit plus importante chez les hommes que des femmes, par un ratio 2/1, cette différence

s'amointrit graduellement depuis quelques décennies et varie selon le type de substance psychoactive(22).

-L'alcool : Bien que les hommes consomment et abusent de l'alcool de façon beaucoup plus prononcée que les femmes, ce décalage entre hommes et femmes diminue de façon constante et est bien documentédans plusieurs étudesépidémiologiques à grande échelle (23).Comparativement aux hommes, on dénote un intervalle de temps beaucoup plus court, chez les femmes, entre l'initiation à l'usage et le début de problèmessérieux reliés à l'alcool ainsi que l'admission à un programme de traitement (24).Cette trajectoire accélérée peut être attribuée à des facteurs biologiques, socioéconomiques, psychologiques et culturels qui affectent les femmes. Par exemple, les femmes peuvent subir plus de conséquences négatives que les hommes lorsqu'elles consomment de l'alcool à cause de leur moindre pourcentage d'eau corporelle, de leur niveau d'alcool déshydrogénase moins élevé et d'un métabolisme de l'alcool plus lent(25).

-Les stimulants : Bien que certaines études ont trouvé que l'usage de stimulants soit similaire chez les hommes et les femmes, la dépendance est plus fréquente chez celles-ci (18).Les études épidémiologiques de la fin des années 1980 ont déjà démontré que les femmes commençaient à consommer de la cocaïne et des amphétamines plus tôt que les hommes, qu'elles atteignaient plus rapidement le stade de la dépendance et consommaient de la cocaïne en plus grande quantité(26).Les effets des stimulants varient pendant le cycle menstruel. Ainsi, il a été démontré que l'œstrogène accentue les effets de récompense des stimulants chez les femmes et que la progestérone les atténue(27).

-Les opioïdes : Lorsqu'il est question de différence entre les hommes et les femmes, une distinction doit être faite entre les opioïdes sur ordonnance et l'héroïne.

Quelques études épidémiologiques de grande envergure démontrent que les femmes s'adonnent plus souvent que les hommes à la consommation

d'opioïdes sur ordonnance (28). Des variations entre les hommes et les femmes en ce qui concerne l'abus ou la dépendance à des opioïdes sur ordonnance peuvent aussi être influencées par l'âge. Par exemple, une fréquence plus élevée chez les femmes que chez les hommes de 12 à 17 ans, et l'inverse, de 18 à 25 ans, a été observée (29). En ce qui concerne l'héroïne, une étude a conclu que, comparées aux hommes, les femmes en consomment en plus petites quantités, sur des périodes plus courtes, et elles sont moins susceptibles d'en consommer par injection (30).

-Le cannabis. L'usage croissant du cannabis chez les adolescents a donné lieu à une augmentation parallèle des recherches pharmacologiques et cliniques, mais il existe peu d'études concernant les différences hommes /femmes puisque celles-ci sont souvent sous-représentées dans les échantillons (31).

-Le Tabac : Bien que le nombre de fumeurs soit en déclin dans les pays développés, ce déclin est moins prononcé chez les femmes. En fait, les études épidémiologiques suggèrent que le tabagisme serait en hausse chez les jeunes femmes et les adolescentes (32). Parmi les adultes, le nombre de fumeurs est plus élevé chez les hommes mais les femmes développent une accoutumance plus rapidement, rapportent des périodes d'abstention plus brèves et moins fréquentes et elles fument pendant une plus grande partie de leur vie. Les femmes semblent répondre moins favorablement aux traitements visant à mettre fin au tabagisme (33). Les hormones gonadiques sont peut-être associées au succès de ces traitements chez les femmes. Celles qui tentent d'arrêter de fumer au cours des 14 premiers jours de leur cycle menstruel (la phase folliculaire) semblent avoir

de meilleures chances de réussite que celles qui tentent d'arrêter pendant la deuxième moitié du cycle (la phase lutéale) (32).

6.4-Facteurs psychologiques et socioculturels :

Ainsi, plusieurs femmes consomment des substances psychoactives pour lutter contre la détresse et la douleur et doivent ajouter à cette détresse les symptômes de sevrage qui apparaissent avec la consommation régulière. Cette situation accélère l'état de dépendance chez les femmes.

Les statistiques et les données disponibles proviennent principalement de l'Amérique du Nord, de l'Australie et de l'Europe, les archives historiques et les études interculturelles montrent de façon évidente que les facteurs socioculturels jouent un rôle très important (34). Par exemple, les normes sociales ont évolué dramatiquement pendant les dernières décennies. Bien que l'abus de substance psychoactive soit toujours plus préjudiciable pour une femme, particulièrement si elle est enceinte ou si elle a des enfants. En général l'usage de substance psychoactive chez les femmes est plus toléré qu'il ne l'était il y a quelques décennies (35).

6.5-Facteurs neurobiologiques :

Au cours des deux dernières décennies, de nouvelles recherches ont suggéré que certains facteurs neurobiologiques pouvaient aussi contribuer aux différences hommes/femmes en ce qui concerne la dépendance aux substances psychoactives. Certains résultats suggèrent que le système dopaminergique, qui est impliqué fortement dans le renforcement des substances psychoactives (par ex, toutes les substances psychoactives d'abus augmentent la concentration de la dopamine dans le striatum ventral et/ou dorsal, malgré que leurs mécanismes puissent varier de façon importante), pourraient être sexuellement distincts. Le

nombre de neurones dopaminergiques a été signalé comme étant sexuellement distincts chez plusieurs espèces(36).En fait, les résultats indiquent que les hormones ovariennes peuvent expliquer les différences de sexe pendant les différentes phases de la dépendance aux substances psychoactives. Par exemple, les femmes vont travailler avec plus d'acharnement pour obtenir de la cocaïne pendant le cycle œstral que pendant les autres phases, et elles y mettent plus d'efforts que les hommes. Le fait que la motivation de s'auto administrer de la cocaïne est plus grande pendant le cycle œstral peut être reliée à la découverte que l'induction de la libération dopaminergique par les stimulants est le plus prononcée durant ce cycle(37).

Il apparaît clairement à la lecture de tout ce qui précède qu'il existe d'importantes différences entre les hommes et les femmes en ce qui concerne l'utilisation et l'abus de substances psychoactives. En général, les femmes deviennent dépendantes plus rapidement, démontrent des taux plus élevés de comorbidités avec d'autres problèmes de santé mentale, subissent plus de conséquences négatives reliées à l'abus de substances psychoactives et ont plus de difficultés à en arrêter la consommation que les hommes. De plus, elles ont moins tendance à entrer en traitement de désintoxication que les hommes (38).

7-Prise en charge :

La première étape et une des plus importantes, est le dépistage de l'addiction. Elle est faite surtout par le médecin généraliste pour ensuite le recommander au spécialiste.

Le dépistage est un repérage rapide et efficace dans un cadre médical. Il permet de réduire la morbidité et la mortalité et d'améliorer le bien-être des personnes touchées et de leur famille.

Le médecin généraliste reste le premier acteur qui peut repérer ces personnes et intervenir de façon précoce et efficace avant que leur mésusage n'ait des conséquences sur leur santé(39).

Par exemple en cas d'usage problématique d'alcool, la plupart des buveurs à risque n'ont pas tendance à révéler leur consommation et les problèmes liés à celle-ci. La consommation est vécue comme « normale » et ils banalisent les conséquences liées à l'usage.

Pour ce faire, différents outils de repérage sont mis à la disposition du professionnel de la santé pour faciliter cette tâche :

- Le diagnostic clinique
- Certains marqueurs biologiques comme VGM, GGT, CDT ou radiologiques (échographie hépatique)
- La consommation déclarée d'alcool (CDA) est évaluée en « verre standard » (UIA), indispensable à connaître quel que soit le type de consommation d'alcool.

-Selon une démarche standardisée : grille de recueil hebdomadaire indiquant la consommation régulière calculée sur les 7 jours précédents, en précisant la consommation de fin de semaine.

-Des questionnaires de dépistage pour l'alcool ou pour les autres substances pouvant être utilisés en médecine générale ou en spécialité peuvent aider au repérage précoce des personnes ayant un problème de consommation de substances psychoactives. Ces questionnaires sont divers et apporte un plus en médecine générale et dans les services spécialisés.

7.1-Le diagnostic clinique :

* Des indicateurs souvent associés au mésusage de substances psychoactives mais non spécifiques. Ils peuvent attirer l'attention et orienter vers une évaluation spécifique :

- des plaintes somatiques : gastralgies, pyrosis, diarrhées, crampes, amaigrissement, anorexie...etc.

- troubles du sommeil, fatigue, irritabilité, nervosité, humeur dépressive...

- des signes neurologiques : tremblements des extrémités, démarche maladroite, perte de l'équilibre...

- des signes cutanés : visage bouffi, rosâtre, congestionné, télangiectasies des pommettes et des ailes du nez, cicatrices témoignant de traumatismes et d'actes de violence, traces d'injections, maladie de Dupuytren ...

- des symptômes endocriniens: gynécomastie bilatérale, hypertrophie parotidienne ...

- Accidents, traumatismes répétés, ...

- Troubles comportementaux, relationnels et sociaux.

Les questionnaires facilitent le dialogue avec le patient pour aborder le sujet de l'addiction aux substances psychoactives et doivent être intégrés le plus possible dans un entretien habituel du patient sur ses facteurs de risques(40).

Ensuite vient l'étape du traitement de l'addiction qui va permettre à l'individu de retrouver un fonctionnement satisfaisant, sur les plans physique, psychologique et social. Il s'agit donc d'un objectif de qualité de vie. Pour approcher ce but, il faut passer par des objectifs thérapeutiques intermédiaires, variables selon le terrain prémorbide, les caractères de la conduite addictive et les conséquences biopsychosociales.

Ces objectifs thérapeutiques sont les suivants :

- L'approche motivationnelle :
- Traitement Pharmacologique du Sevrage/post sevrage;
- Traitement de la comorbidité psychiatrique ;
- Traitement de la comorbidité somatique ;
- Les Psychothérapies :
- Psychothérapie de prévention de la rechute ;
- Traitement des troubles cognitifs ;
- Thérapies familiales et Interpersonnelles ;
- Réinsertion sociale et professionnelle ;
- Réduction des Risques ;
- Groupes d'entraide sociale :
- Autres thérapeutiques :

7.2-L'approche motivationnelle :

Il s'agit là d'un travail fondamental, qui doit se mettre en place dès les premiers contacts et qui se poursuivra jusqu'à la fin du traitement. Le modèle Trans théorique du changement de Prochaska et Diclemente postule l'existence de six stades de changement, par lesquels passent habituellement les sujets qui souffrent de conduites addictives(41).

Les sujets passent d'un stade à l'autre, habituellement de façon cyclique, mais parfois de façon anarchique.

-Au stade de *Pré-contemplation (indétermination)*, le sujet n'a pas conscience de l'existence d'un problème, ou alors le considère sans importance.

-Au stade de *contemplation (intention)*, le sujet reconnaît l'existence d'un problème, reconnaît qu'il serait sans doute utile de faire quelque chose, mais repousse l'idée d'un changement dans un futur nébuleux.

-Au cours du stade *préparation*, le sujet commence à planifier un changement, par exemple en prenant des conseils ou en consultant.

-Au cours du stade *action*, le sujet met effectivement en œuvre le changement de comportement, par exemple l'arrêt de la consommation. Le stade d'action est caractérisé par la mise en acte du changement, et non pas par des seules déclarations d'intention.

-Le stade de *consolidation* caractérise le travail de prévention de la rechute.

-Enfin, le stade de *rechute* ramène le sujet vers un stade antérieur, le plus souvent celui d'intention.

Selon ce modèle, le thérapeute doit adapter sa stratégie thérapeutique au stade de changement où se trouve le patient. Ainsi, il serait sans doute inapproprié de proposer directement une stratégie de sevrage à un patient qui serait au stade d'indétermination ou d'intention.

Au stade d'indétermination, le thérapeute s'attache plutôt à essayer de faire percevoir les risques et les problèmes liés à la consommation et à la dépendance, et de faire ainsi apparaître un doute chez le consommateur.

Au stage d'intention, le travail consiste essentiellement à explorer l'ambivalence, en aidant le patient à exprimer l'éventail de raisons en faveur du changement, ainsi que les risques encourus à ne pas changer.

Au stade de préparation, il s'agit plutôt de proposer un choix de stratégies de changement et de lever les derniers obstacles.

Au stade d'action, le thérapeute accompagne le patient dans le processus de changement de comportement, par exemple le sevrage. L'encouragement est ici essentiel.

Au stade de consolidation, le thérapeute propose des stratégies de prévention de la rechute et explore régulièrement l'ambivalence, afin de lever d'éventuels doutes sur l'intérêt du changement effectué.

Au stade de rechute, il s'agit de dédramatiser la situation et de pousser le patient à s'engager à nouveau rapidement dans les processus d'intention, de préparation et d'action. Les objectifs sont la prise de conscience du problème, l'exploration de l'ambivalence, la levée des obstacles au changement, l'accompagnement vers la décision d'un changement, et enfin la discussion des choix et des moyens pour y parvenir.

7.3-Traitement Pharmacologique du Sevrage /post sevrage:

Traiter l'addiction passe par le changement du comportement de consommation, soit la réduction ou l'arrêt. Le modèle classique d'addiction-maladie, d'abord développé dans le cadre de l'alcoolisme, a conduit à un objectif thérapeutique univoque, avec prescription systématique de l'abstinence.

Dans cette perspective, le sujet malade ne pouvait connaître que deux états avec la substance ; celui d'absence de contrôle de la consommation, ou celui d'abstinence totale. Une démarche thérapeutique alternative, proposant le choix entre consommation modérée et abstinence, a été développée depuis les années 1970.

Des stratégies identiques sont en cours de développement dans le champ du tabagisme. Ce type d'approche est appelé réduction des dommages ou réduction des risques(42) .

L'approche classique de l'aide au sevrage garde néanmoins toute sa valeur, et est relativement spécifique de la substance psychoactive.

-*Alcool* : un arrêt brutal de la consommation est généralement recommandé. L'hospitalisation est parfois indiquée, notamment si on craint un accident grave

de sevrage (delirium tremens ou convulsions). Le traitement pharmacologique du sevrage peut durer deux semaines, il est essentiellement un traitement constitué de benzodiazépines et du traitement symptomatique du syndrome de sevrage, il se fait en association avec un apport en thiamines (Vitamine B1).

Après cette étape de sevrage, d'autres médicaments peuvent être prescrits afin d'aider à maintenir l'abstinence. Ils reposent soit sur la diminution de l'envie de boire, soit sur la dissuasion (la prise d'alcool concomitante au traitement provoque des réactions désagréables). Dans tous les cas, c'est un accompagnement global médico-psycho-social au long cours qui est le plus à même d'apporter un mieux-être aux personnes en difficulté avec l'alcool. Le soutien des associations d'entraide peuvent être également bénéfique. Des traitements de prévention de rechute ou de réduction de la consommation existent et leur efficacité est variable, comme le naltrexone, nalmeffène, le topiramate, acamprosat, disulfiram, ...etc

-*Opioides* :Le traitement de sevrage aux opioïdes peut être symptomatique, ou à l'aide de l'alpha sympathomimétique (la clonidine ou lofexidine) ou par les agonistes opioïdes comme la méthadone (43). Le traitement de substitution aux opioïdes par la méthadone, la buprénorphine ou le suboxone a prouvé son efficacité dans le maintien de l'abstinence.

-*Cocaïne* : il n'y a pas aujourd'hui de traitement pharmacologique spécifique et bien codifié du sevrage à la cocaïne. Le traitement est plutôt symptomatique et la prévention de rechute est basée sur les psychothérapies et le travail psychosocial.

-*Tabac* : 97% des fumeurs qui essaient d'arrêter sans aucune aide échouent. L'accompagnement par le médecin traitant doit être au centre de la démarche

d'arrêt du fumeur. En France, la Haute autorité de santé recommande aux médecins généralistes de dépister le statut tabagique de chaque patient et surtout de conseiller systématiquement l'arrêt du tabac de manière concrète et précise. Interlocuteur privilégié des patients, le médecin généraliste est le professionnel clé pour concrétiser leur souhait d'arrêter de fumer, accompagner et soutenir les fumeurs et empêcher les rechutes. Ce suivi doit faire l'objet de consultations dédiées permettant de délivrer un soutien psychologique, des conseils personnalisés et un suivi médical, conditions d'une plus grande réussite.

Il existe des traitements efficaces pour arrêter de fumer.

Ainsi, l'accompagnement par le médecin traitant peut être complété par des traitements à base de nicotine (patches, gommes, comprimés à sucer, inhalateurs, sprays buccaux). Ces traitements, dont l'efficacité a été réévaluée dans le cadre de cette recommandation, sont les traitements de première intention et seront prescrits et adaptés après évaluation de la dépendance au tabac du fumeur. Les médicaments à base de la varénicline et du bupropion ont leur place dans la prise en charge de l'arrêt du tabac (44).

-*Cannabis* : le traitement du sevrage au cannabis est symptomatique et s'appuie essentiellement sur des psychothérapies (individuelles et de groupes) en complément d'un soutien social adapté. Certains médicaments peuvent, dans une certaine mesure, amoindrir les signes du sevrage comme la mirtazapine ou le nefazadone. Le dronabinol, équivalent synthétique du THC psychotrope, en prise oral semble prometteur. Aucune molécule n'est pour l'instant autorisée pour le traitement de la rechute ou du maintien dans l'abstinence. Quelques traitements ont cependant fait l'objet de recherches qui pourraient s'avérer prometteuses : Le Rimonabant est antagoniste des récepteurs

endocannabinoïdes CB1. Il a été testé dans les suites du sevrage de cannabis. Il semble diminuer les effets de l'intoxication cannabique et pourrait donc favoriser l'abstinence. La Buspirone atténuerait l'anxiété, le craving et l'irritabilité. Ces données reposent cependant sur des recherches anciennes et n'ont jamais été confirmées (45).

-*Benzodiazépine* : diminuer la consommation de benzodiazépines constitue déjà un résultat appréciable, mais le but de la thérapie reste, dans la mesure du possible, l'arrêt complet de la prise de benzodiazépines. Cet arrêt est progressif et le patient fait l'objet d'un suivi rapproché durant toute la période de sevrage. Des traitements alternatifs de l'anxiété, comme par exemple les antidépresseurs, doivent être initiés plusieurs semaines avant le sevrage et être continués durant toute cette période, voire au-delà. Certains auteurs évoquent l'intérêt qu'il y a à pré-instaurer un antiépileptique à dose habituelle pour juguler certains signes de sevrage, pour éviter les crises épileptiques chez des sujets à risque et pour prévenir les rechutes. Dans la plupart des cas, le sevrage se fait cependant sans substitution médicamenteuse autre qu'une benzodiazépine. Le sevrage «protégé», c'est-à-dire une diminution très progressive de la dose, reste la plus efficace des méthodes de sevrage. La diminution de la dose se fait progressivement, de 10 à 25 % par semaine. L'idéal serait d'étaler le sevrage sur une période allant de 6 à 8 semaines. Mais il faut garder à l'esprit que plus la dose et la durée du traitement ont été élevées, plus le sevrage est lent, et il peut même, chez certains patients, s'étendre sur plusieurs mois (46).

-*Ecstasy* : Elle s'appuie essentiellement sur des psychothérapies (individuelles et de groupes) en complément d'un soutien social adapté. Des antidépresseurs sont utilisés pour endiguer d'éventuelles comorbidités psychiatriques qui peuvent accélérer la rechute (dépression, anxiété sociale,

trouble panique...).En ce qui concerne les aspects thérapeutiques aucun traitement pharmacologique n'a encore été trouvé pour traiter la dépendance à la MDMA. Quelques essais prometteurs mais pas encore avérés avec la modafinil et letopiramate. L'immunothérapie est aussi une piste à creuser.

7.4-Traitement des comorbidités psychiatriques :

Là encore, la comorbidité psychiatrique peut être à la fois facteur causal ou conséquence de dépendance. On peut évidemment retrouver tout type de comorbidité psychiatrique, quelle que soit la substance incriminée. Il y'a cependant quelques spécificités.

La question de la comorbidité a été surtout étudiée pour l'alcool. Les comorbidités les plus fréquentes sont les troubles dépressifs et anxieux et la schizophrénie. En dehors de quelques troubles anxieux particuliers (anxiété sociale, trouble panique), les troubles dépressifs et anxieux peuvent être induits par la consommation excessive d'alcool et régressent en général spontanément après le sevrage(47).

Pour le tabac, la situation est différente, puisqu'on assiste parfois à une recrudescence dépressive dans les suites du sevrage(48). Enfin, la comorbidité psychiatrique a été moins bien étudiée dans le cas des substances psychoactives illicites.On retrouve cependant plus souvent dans ce cas des dépressions, des personnalités antisociales ou borderline et des états de stress post-traumatiques. Mentionnons le cas particulier des dépressions induites par le sevrage de cocaïne et autres psychostimulants.

Le traitement de la comorbidité psychiatrique doit tenir compte de l'éventuelle responsabilité de la consommation excessive de la substance dans l'émergence du trouble psychiatrique.

Cependant, les modalités thérapeutiques sont identiques. Le traitement est pharmacologique et psychothérapique. Les groupes de gestion du stress ou de gestion des émotions négatives peuvent être proposés.

7.5-Traitement de la comorbidité somatique :

Le type de comorbidité somatique est très spécifique du type de substance : essentiellement infectieux dans le cas des substances psychoactives illicites comme l'héroïne et la cocaïne, hépato-gastro-entérologique, neurologique et oncologique dans le cadre de l'alcool, et respiratoire, cardio-vasculaire et oncologique dans le cadre du tabac.

7.6-Psychothérapies :

7.6.1- Psychothérapie de prévention de la rechute :

Le modèle de référence concernant la prévention de la rechute est aujourd'hui celui de Marlatt(49). Selon ce modèle, la rechute n'est pas uniquement la reprise de la consommation, qui peut être vue comme un simple fauxpas, mais la perte du contrôle de la consommation et le retour de la dépendance avec son cortège de conséquences négatives.

La reprise d'une première consommation après une période d'abstinence est en général consécutive à une situation mal gérée. Les situations qui sont le plus souvent à l'origine de ces reprises de consommation sont appelées situations à haut risque.

7.6.2-Traitement des troubles cognitifs :

Ceux-ci sont le plus souvent consécutifs à la consommation excessive de produits, surtout d'alcool et de tranquillisants. Ils s'amendent progressivement avec le maintien de l'abstinence. Des traitements de stimulation cognitive, à l'aide d'exercices de mémoire et d'attention, peuvent être proposés, sans que leurs efficacités aient été clairement démontrées(50).On est ainsi parfois conduit

à prolonger des hospitalisations, pour laisser le temps au patient de récupérer d'un déficit cognitif, qui rendent peu probable la mise en place de stratégies efficaces pour éviter la rechute.

7.6.3-Les psychothérapies familiales et Interpersonnelles :

Les troubles relationnels, en particulier intrafamiliaux, peuvent être un facteur déclenchant de la conduite addictive, mais peuvent également en être la conséquence (moins dans le cas du tabac).

La dépendance aux produits psychoactif de l'un des membres de la famille modifie et perturbe profondément l'ensemble de la dynamique familiale. Les mésententes familiales sont fréquentes et favorisent les divorces. Les enfants sont aussi particulièrement touchés, victimes parfois d'inceste, de maltraitance sévère et de troubles psychopathologiques.

La personne vit en dehors du monde, en dehors du temps et des repères communs de l'être humain. Du fait de l'illégalité des produits consommés, le toxicomane transgresse les lois sociales et familiales. Les coûts de sa consommation l'entraînent souvent à la délinquance, ce qui renforce l'exclusion. Paradoxalement à la revendication de la marginalité, le toxicomane aspire à la normalité. Il a une conscience aiguë de ses perturbations, du rapport au monde.

Ses tentatives de rétablir les liens familiaux, voire de fonder une famille, sont souvent un échec tant que persistent la dépendance et donc la recherche de substances psychoactives, qui reste le centre de ses préoccupations et empêche tout autre investissement. Quand malgré tout une relation persiste ou se rétablit entre l'usager, encore actif, et l'un des membres de sa famille (mère, épouse le plus souvent), celle-ci est en général très chaotique, très passionnelle et plutôt destructrice pour la personne concernée, qui est souvent seule et peu accompagnée par le reste de la famille.

Le traitement spécifique de ces problèmes relationnels, à l'aide de la thérapie conjugale, familiale ou d'affirmation de soi, a montré leur efficacité dans le traitement des conduites addictives(51).

7.6.4-La réinsertion sociale et Professionnelle :

Il s'agit là d'un volet majeur du traitement des dépendances, prenant en compte différentes dimensions : l'emploi, les revenus, le logement, la situation judiciaire et l'isolement social. Le type de problèmes (judiciaire dans le cas des substances psychoactives illicites) et leur intensité peuvent varier en fonction des substances. En effet, les problèmes sociaux sont souvent majeurs dans le cadre des substances psychoactives illicites et de l'alcool, et mineurs dans le cadre du tabac (en tout cas chez les demandeurs d'aide).

7.6.5-Réduction des risques :

La réduction des risques liés aux addictions est une approche centrée sur la diminution des conséquences néfastes de l'usage des substances psychoactives plutôt que sur son élimination, en hiérarchisant ces problèmes et en s'adaptant à l'usager de substances psychoactives. Elle se base sur quatre approches principales : les traitements de substitution par opiacés, la réduction des modes de consommation à risque, la prévention de la morbidité et de la mortalité et l'atténuation des préjudices sociaux liés aux addictions.L'adoption d'une stratégie nationale et l'implantation d'un dispositif global de réduction des risques chez les usagers de substances psychoactives injectables font partie du programme national de lutte contre la toxicomanie adopté par le Ministère de la Santé au Maroc. Il comprend l'implantation d'un dispositif global pour la réduction des risques VIH chez les usagers de substances psychoactives injectables avec la création d'unités fixes « bas seuil d'exigence » et d'unités

mobiles et par la mise en place d'un programme de traitement de substitution aux opiacés à la Méthadone(52).

7.6.6-Groupes d'entraide sociale :

Le programme des 12 étapes est similaire à travers les conduites addictives (Alcooliques Anonymes, Narcotiques Anonymes, Nicotine Anonymes...). Il est organisé en groupes distincts.

Au cours des séances des 12 étapes, l'adhérent reconnaît qu'il est atteint d'une maladie chronique grave qui l'a entraîné à une perte de la maîtrise de sa vie. Il s'engage à reconnaître les torts qu'il a pu occasionner dans son entourage et à les réparer dans la mesure du possible. L'abstinant doit apprendre à changer son mode de vie et à exister sans le produit.

L'adhésion au groupe, libre et gratuite, permet aussi une identification aux problèmes des autres, des échanges, le développement de l'*insight*, et de ce fait une atténuation des attitudes de déni. Même si les relations, créées entre les membres, peuvent être fortes et soutenantes (en dehors même du cadre des réunions). La participation à ces groupes d'entraide n'entraîne pas le sujet hors de la société. Le sujet retrouve souvent une vie affective et sociale indépendante.

7.6.7-Autres thérapeutiques :

Outre les techniques thérapeutiques déjà citées, il faut mentionner des techniques actuellement moins bien évaluées dans le cadre des addictions : psychothérapies de soutien, activités physiques, ergothérapie, relaxation, ateliers de créativité, etc.

8-Les structures de prise en charge spécifiques aux femmes

La mise en œuvre de mesures en direction des femmes en situation de vulnérabilité et notamment des femmes enceintes ou mamans constitue une priorité de santé publique. Pour ce faire, certains pays se sont penchés sur la

question et ont mis en place des unités spécialisées en addictologie, ou unités femmeenceinte et mère-enfant. Ces unités ont plusieurs objectifs. Ces unités prennent en compte la spécificité des femmes.

Chez la femme enceinte présentant des conduites addictives, il s'agit de limiter l'effet dangereux des substances consommées durant la grossesse, notamment de l'alcool, pour la mère et pour l'enfant à naître. Ces femmes enceintes se présentent moins spontanément dans les lieux de soins car elles craignent la stigmatisation voire le retrait de la garde de leur enfants et préfèrent « se débrouiller » seules sans prise en charge et accompagnement spécifique. Pour les femmes en fin de grossesse et qui viennent d'accoucher, on aura recours à une unité mère-nourrisson. Le placement des enfants dont la mère consomme des substances peut parfois entraîner la rupture pure et simple du lien entre la mère et l'enfant.

Les locaux de consultation sont dédiés à la femme afin d'assurer un accueil rassurant et un peu séparé des autres usagers. Les femmes enceintes sont accueillies durant la grossesse et durant les mois qui suivent la naissance de l'enfant.

Plus spécifiquement, il s'agit de :

- favoriser un accès rapide et adapté à des soins addictologiques médicaux et psychologiques.
- promouvoir les échanges, la concertation, le partage d'informations et des expériences entre les professionnels
- offrir un lieu et des prestations permettant d'assurer la sécurité physique et le bien-être de la mère et de l'enfant
- évaluer, dans la prise en charge au quotidien, les besoins éducatifs, médicaux et psychologiques de la mère et du nourrisson, la nature des liens

familiaux et l'investissement auprès de l'enfant, du père ou de toute personne ressource

–assurer un accompagnement médical, psychologique, social et éducatif afin de favoriser d'une part la relation mère-enfant et d'autre part une réflexion sur la pharmacodépendance.

–Offrir des soins spécifiques avec prise en charge des comorbidités psychiatriques et somatiques, principalement les infections virales HIV, HCV, HBV

–travailler en réseau avec des professionnels comme sage-femme, obstétricien, pédiatre, médecin libéral, structure médico-sociale publique ou associative œuvrant au service des femmes.

III-METHODOLOGIE :

-Type d'étude : Etude descriptive et analytique transversale sur dossiers des patientes hospitalisées appelées aussi « résidentes » depuis l'ouverture de l'unité femme du service d'addictologie.

-Lieu de l'étude : Le service d'addictologie de l'hôpital Ar-Razi Salé (unité femme).Le service d'addictologie de l'hôpital Ar-Razi de Salé a ouvert ses portes le 13 avril 2000. Il disposait à son ouverture de 10 lits pour hommes. Depuis 2009, le service a été agrandi et dispose actuellement de 6 lits d'hospitalisation pour femmes et 16 lits pour hommes. Il demeure le premier service et l'unique au Maroc qui dispose d'une telle capacité litière pour femmes.

Sa mission principale est d'aider les patients ayant un usage problématique de substances psychoactives ou d'addictions sans drogues (addictions aux jeux, vidéo, internet, achat compulsifs ... etc.) à se sevrer et à maintenir l'abstinence, à éviter la rechute et à faciliter la réinsertion sociale. En plus du traitement en hospitalier, le service offre aussi des soins en ambulatoire. Il dispose également d'une unité de traitement à la méthadone qui est un traitement agoniste aux opioïdes. L'hospitalisation au service est libre. Le patient, appelé aussi résident en addictologie, a néanmoins la possibilité de rompre son contrat thérapeutique à n'importe quel moment du séjour.

-Période de l'étude: sur une période de presque 8 ans et ce depuis l'ouverture de l'unité femme, soit de Mars 2009 au 30 Juin 2017.

- Population étudiées : Les résidentes, de sexe féminin, soit 119 femmes qui ont été hospitalisées durant la période d'étude. La population étudiée inclut les résidentes ayant un usage problématique de substances psychoactives selon les critères du DSM IV et DSM 5.

-Critères d'inclusion : Tous les dossiers des résidentes hospitalisées pour un usage problématique de substances psychoactives,

-Critères d'exclusion : Dossier non exploitable, les addictions sans substances.

-Evaluations :

Un questionnaire a été élaboré et comportait 29 items (voir annexe)

Il est réparti comme suit :

-Les caractéristiques sociodémographiques incluant : l'âge, l'état matrimonial, niveau scolaire, la profession, le milieu de vie et la région de provenance.

-Les informations sur les parents : biologiques ou adoptifs, leur statut matrimonial

- Des informations sur la notion de violence physique ou sexuelle (inceste, viol)

- Les éléments de psychopathologie et comorbidités psychiatriques: tentative de suicide, trouble dépressif, bipolaire, anxieux, PTSD, trouble de conduite alimentaire...

- Les Antécédents médico-chirurgicaux, gynéco-obstétricaux et judiciaires

- Les Antécédents familiaux (psychiatrique et addictif).

-Les informations sur la conduites addictive : type de substance et du comportement addictif (tabac, alcool, cannabis, cocaïne, opiacés, benzodiazépines, ecstasy, inhalant et autres), âge de début, effet recherché, modalité et quantité, les tentatives de sevrage en ambulatoire et en hospitaliers, la période d'abstinence et les usages occasionnels d'autres substances.

-Analyse statistique :

La saisie des données a été effectuée à l'aide du logiciel IBM SPSS, version 20.

IV-RESULTATS :

1-Caractéristiques sociodémographiques :

1.1-L'âge :

L'âge moyen de l'échantillon est de 31 ans +/- 10 ans avec des extrêmes d'âge de 17 à 66 ans.

La tranche d'âge des jeunes âgés de 20 à 24 ans représente 37 % et celle de 25 à 29 ans représente 23 %.

Deux sujets avaient un âge supérieur à 60 ans.

Notre population est jeune puisque environ 60% sont âgés de moins de 30 ans.

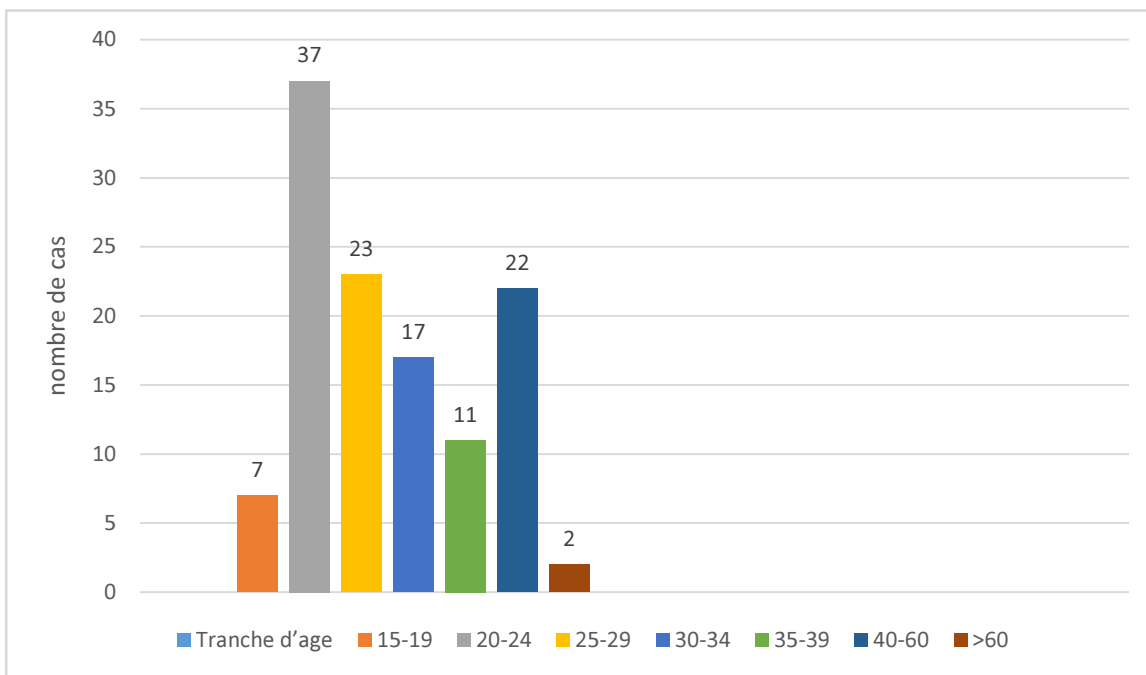


Figure 1 : Répartition de la population en fonction de l'âge

1.2-La Situation matrimoniale :

67,20 % (n=80) des résidantes sont célibataires, 19,30 % (n=23) des cas sont mariées et seules 11,80 % (n=14) sont divorcées.

Nous pouvons donc facilement conclure que la majorité de la population ne vit pas en couple.

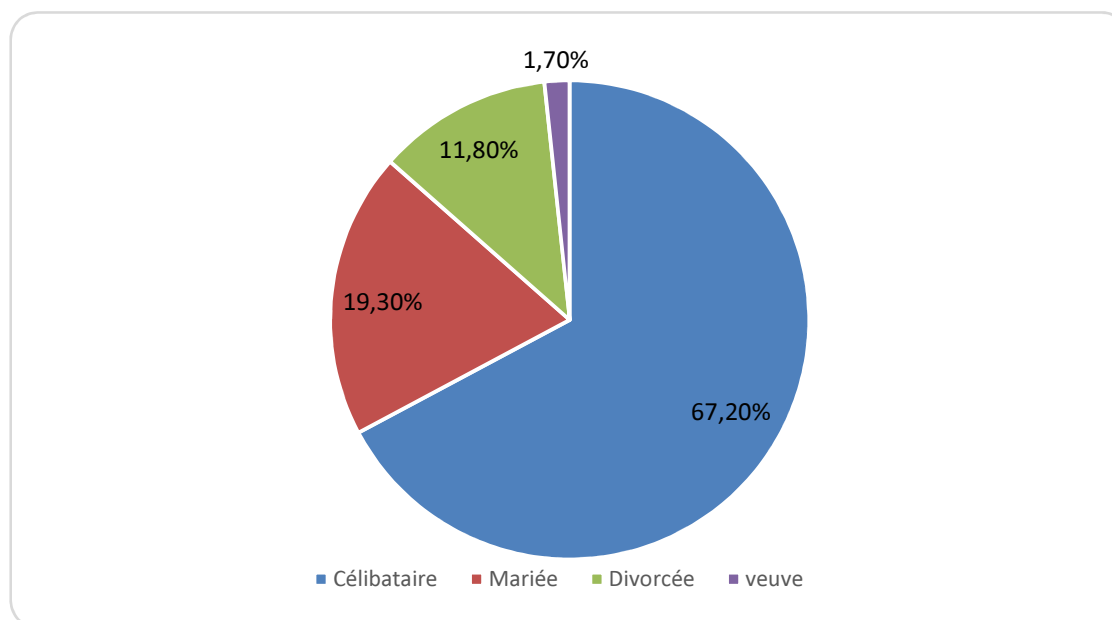


Figure 2 : Répartition de la population en fonction de la situation matrimoniale

1.3-Le Niveau d'instruction :

Seule une minorité possède un niveau d'étude bas ou est non scolarisée, alors que 40% (n=48) ont fait des études supérieures et la majorité est arrivée au niveau secondaire 52% (n=62).

Par la suite, la majorité écrasante de notre population a bénéficié d'une scolarité.

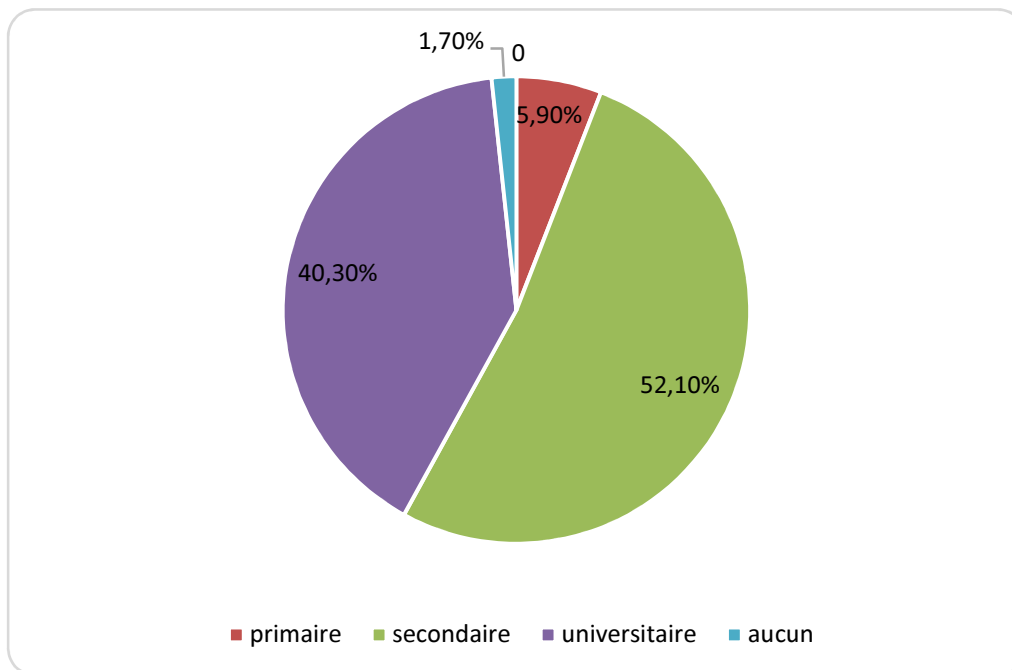


Figure 3 : Répartition selon le niveau d'instruction de la population

1.4-La situation professionnelle :

83,20% (n=99) des résidentes sont inactives sur le plan professionnel, tandis que seulement 16,8%(n=20) ont un emploi.

Donc la majorité des résidentes sont désinsérées sur le plan professionnel.

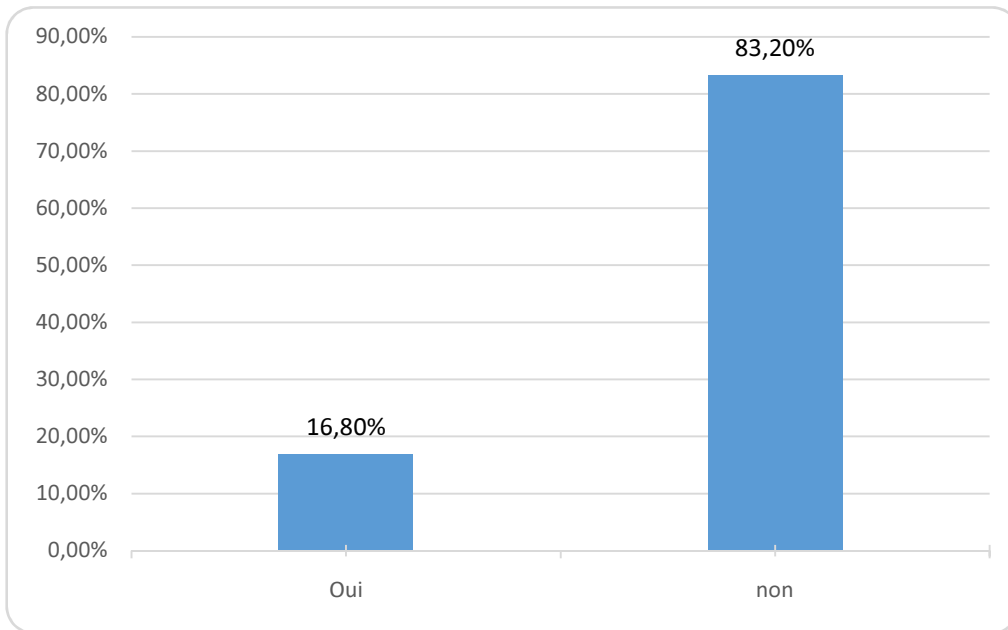


Figure 4 : Répartition de la population selon l'activité professionnelle

1.5-Milieu de vie :

Les résultats montrent que la totalité des résidentes est domiciliée en milieu urbain. Donc aucune femme du milieu rural n'est représentée dans notre étude.

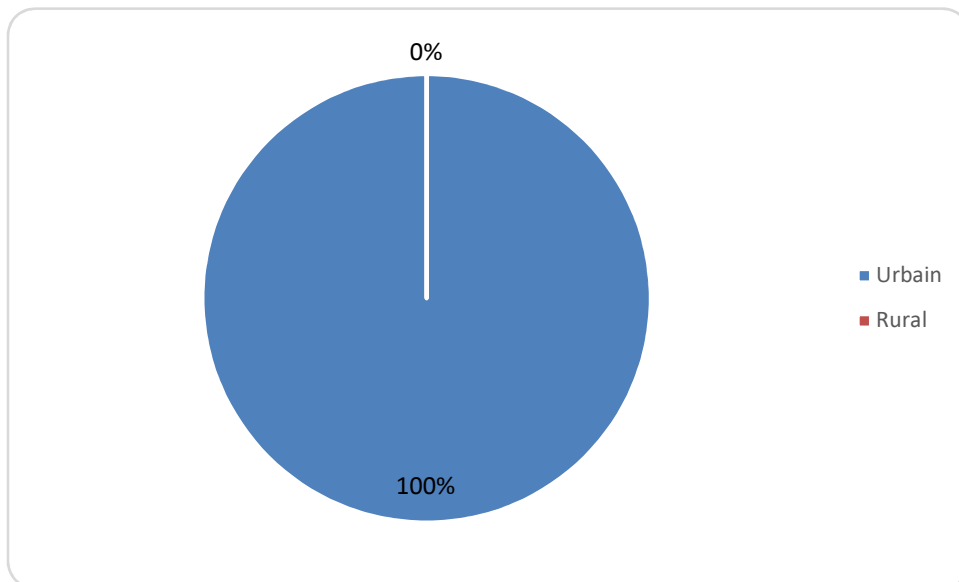


Figure 5 : Répartition de la population selon milieu de vie

1.6-Les Régions de provenance:

Les résultats montrent que la majorité des résidentes viennent de la région de Rabat-Salé-Zemmour-Zaer, 61,30%(n=73). Elles sont suivies de loin par celle du Grand Casablanca-Settat 11,80%(n=14), puis Tanger-Tétouan-Al Hoceima 9,20%(n=11) et Fès-Mèknes 7,60%(n=9).

Cette répartition corrobore avec la localisation de l'hôpital dans la région de Rabat-salé-Kenitra. Toutefois, toutes les régions du Maroc sont représentées dans notre étude.

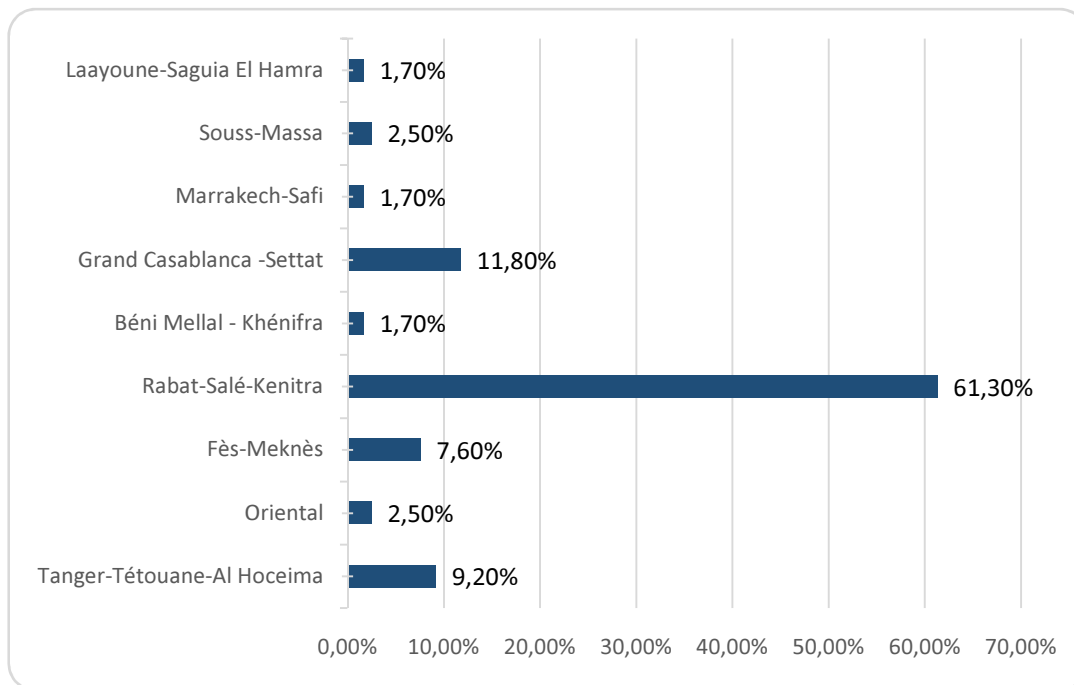


Figure 6 : Répartition de la population selon les régions de provenance

2-Les Eléments biographiques :

2.1- Information sur les parents:

2.1.1-Parents biologiques ou adoptifs:

114 résidentes (95,80%) vivent avec leurs parents biologiques et seules 5 résidentes (4,2%) sont adoptées.

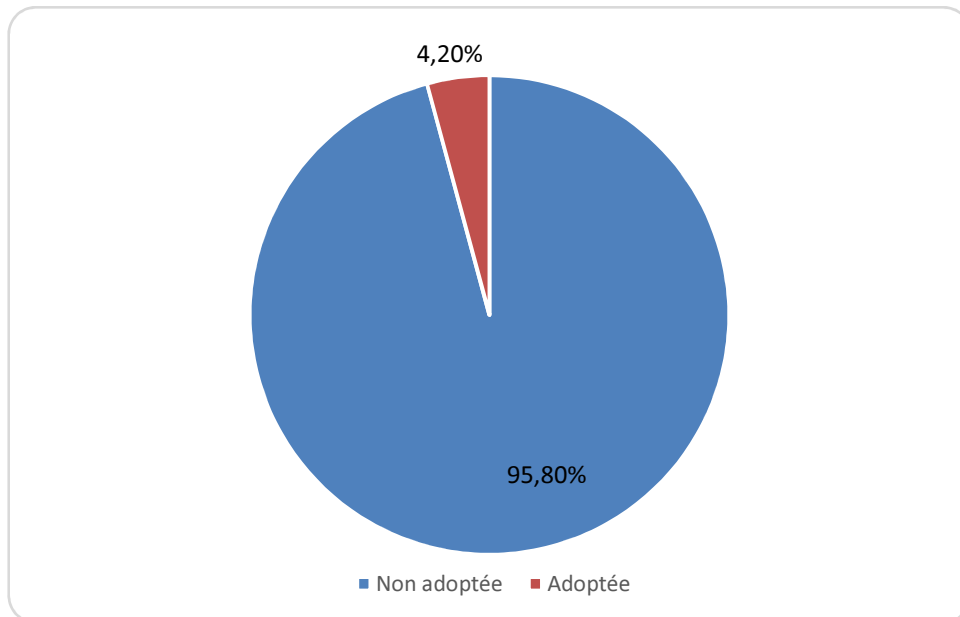


Figure 7 :Répartition de la population selon si les parents sont biologiques ou adoptifs

2.1.2- Statut matrimonial des parents:

Une résidante sur 6 a des parents divorcés, soit 16,80% (n=20)

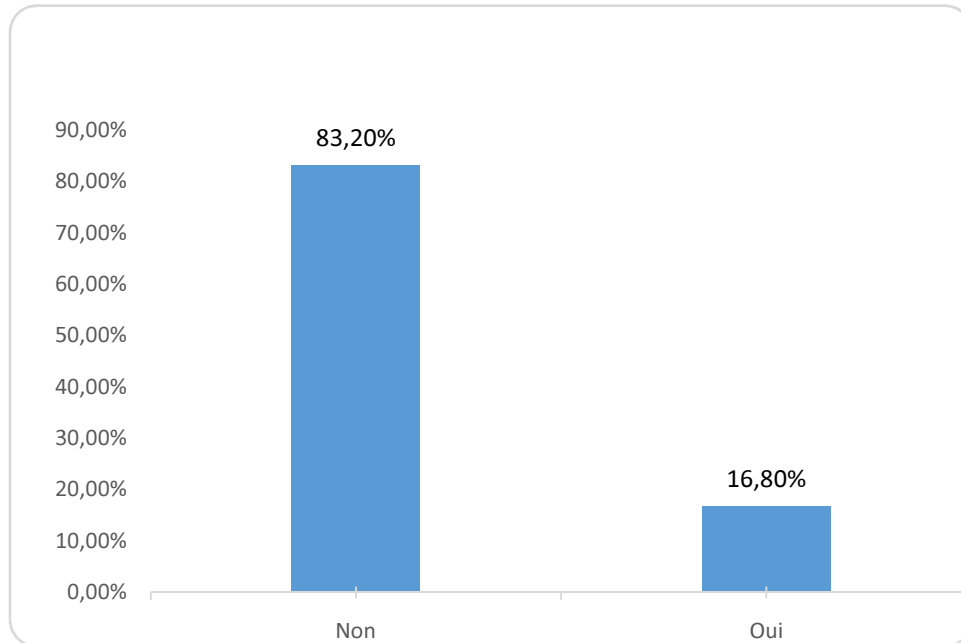


Figure 8 : Répartition de la population selon le statut matrimonial des Parents

2.2-Information sur la violence subie durant la vie :

2.2.1-Violence physique :

19 résidantes sur 119 soit 16% ont déjà subi par le passé des violences physiques.

Cette proportion de 16% n'est pas négligeable dans notre population étudiée.

2.2.2-Violence sexuelle :

2.2.2.1-Inceste :

6 résidantes soit 5% du total ont été victimes d'inceste avant leur hospitalisation.

2.2.2.2-Viol :

20,20% soient 24 résidentes ont déjà été victime d'un viol durant leur vie antérieure.

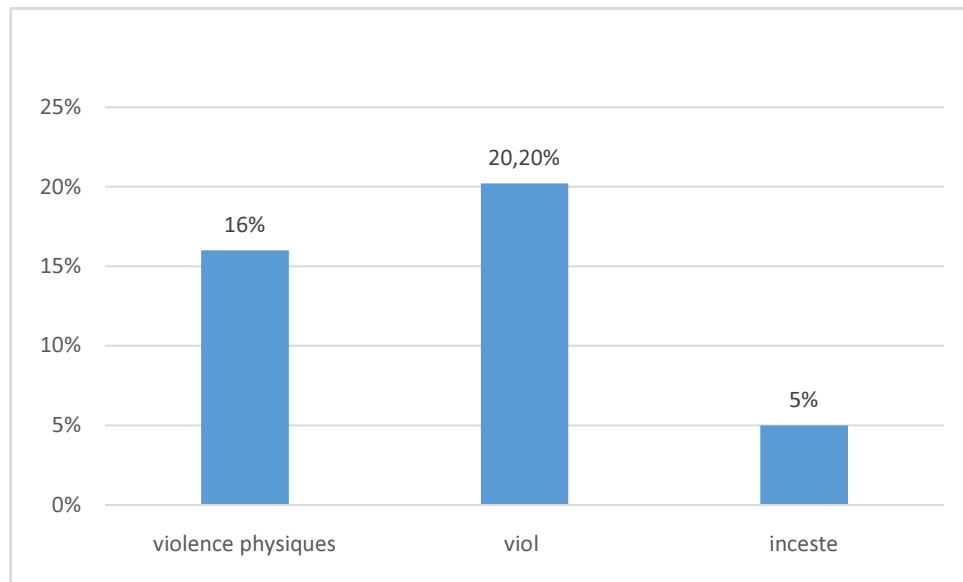


Figure 9 : Répartition selon les violences subies

3- Informations sur la conduite addictive :

3.1-Tentative de sevrage en hospitalier :

Les résidentes ont eu par le passé une ou plusieurs hospitalisations pour tentative de sevrage au sein du service d'addictologie de l'hôpital Ar-Razi de Salé.

- 1 tentative de sevrage en hospitalier : 68,10% (n=81)
- 2 tentatives de sevrage en hospitalier : 23,50% (n=28)
- 3 tentatives de sevrage en hospitalier : 8,40%(n=10)

Les addictions sont des pathologies chroniques. La rechute fait partie de la maladie et par la suite les tentatives d'arrêt sont souvent fréquentes.

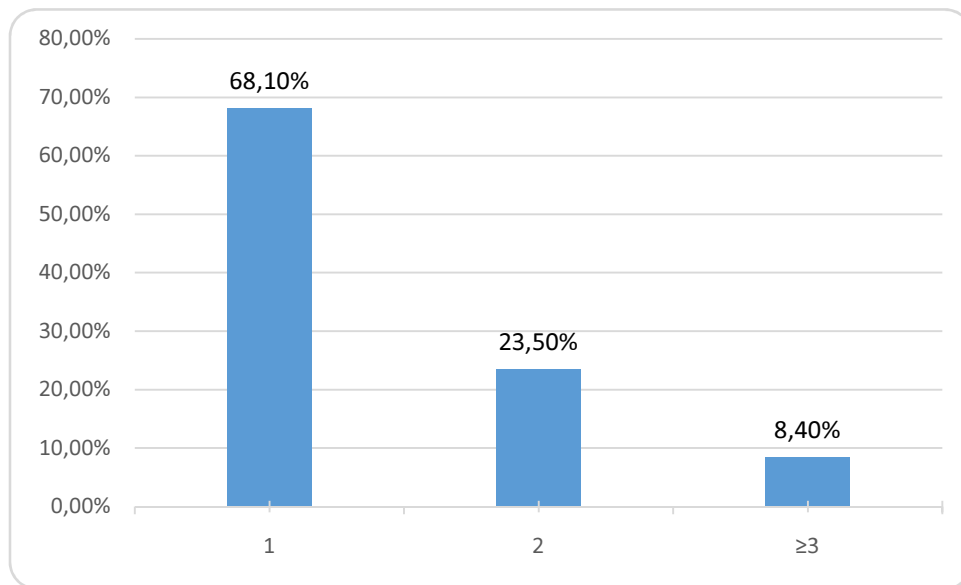


Figure 10 : Nombre de tentative de sevrage en hospitalier

3.2-Tentative de sevrage en ambulatoire :

Une partie des résidentes 30,3%(n=36) a déjà essayé de se sevrer seule sans aide médical en ambulatoire de son addiction :

-1 tentative de sevrage en ambulatoire : 24,40% (n=29)

-2 tentatives de sevrage en ambulatoire : 1,70% (n=2)

- >3 tentatives de sevrage en ambulatoire : 4,20%(n=5)

La tentative de sevrage en ambulatoire est entreprise par plus de 25% de notre population. Elle démontre une motivation des patientes pour changer leur comportement addictif.

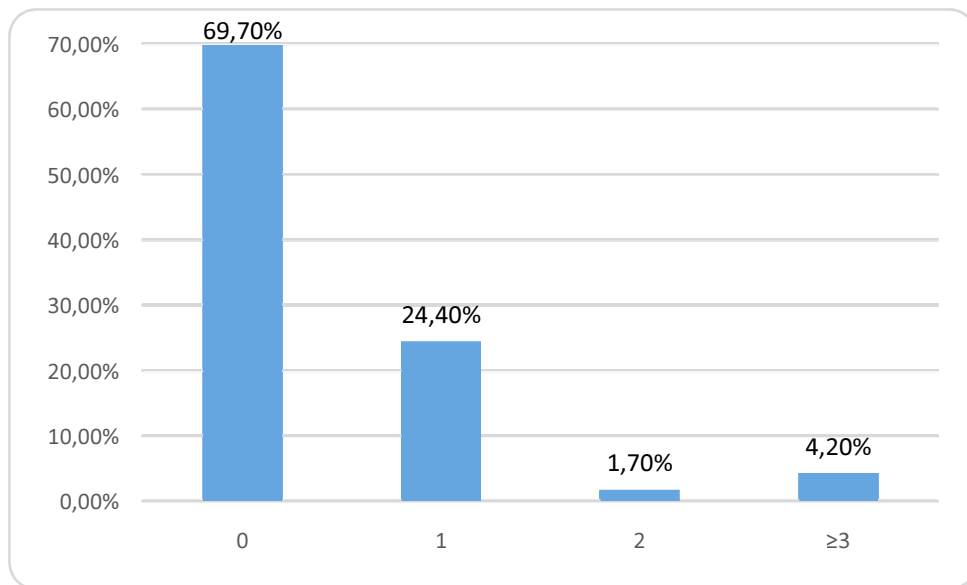


Figure 11 : Nombre de tentative de sevrage en ambulatoire

3.3- les Périodes d'abstinence :

La durée d'abstinence des résidentes de notre étude varie de quelques jours à plus d'une année:

- <1 mois : 59,70% (n=71)
- 1 à 6 mois : 21% (n=25)
- 6 mois à 1 an : 6,7% (n=8)
- >1 an : 12,60% (n=15)

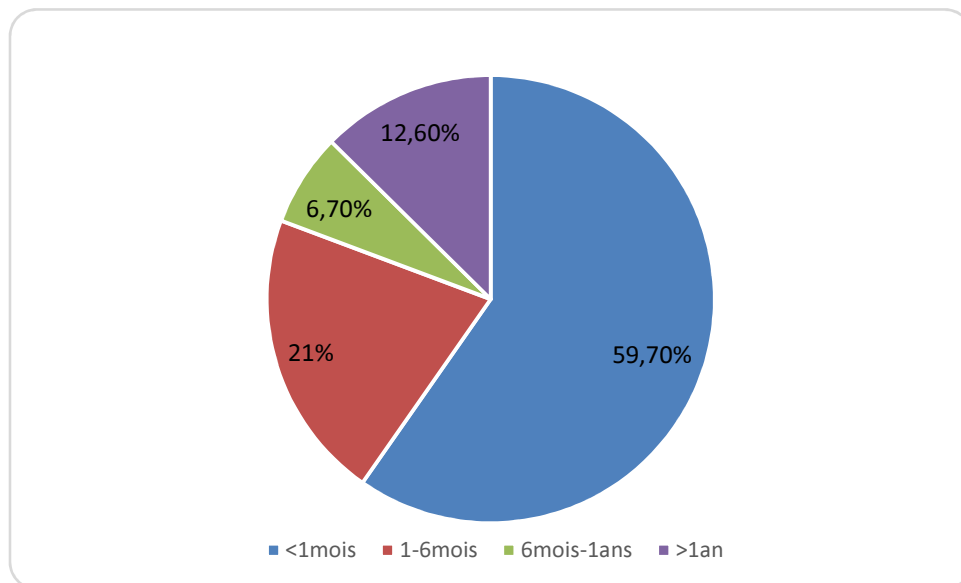


Figure 12 : Durée des périodes d'abstinence

3.4- Périodes d'hospitalisation au service d'addictologie:

Plus que la moitié des résidentes (53,10%, n=64) sortent du service hospitalier de façon prématurée ou par rupture du contrat thérapeutique. Seules 46.90% (n=55) ont une sortie normale et programmée.

Donc force est de constater que la sortie par rupture du contrat thérapeutique est la plus présente ce qui montre une certaine réticence des résidentes à terminer leur programme de soins. Une réflexion autour de ce constat et une adaptation genre des conditions d'hospitalisation est nécessaire pour assumer des séjours prolongés aux femmes addicts.

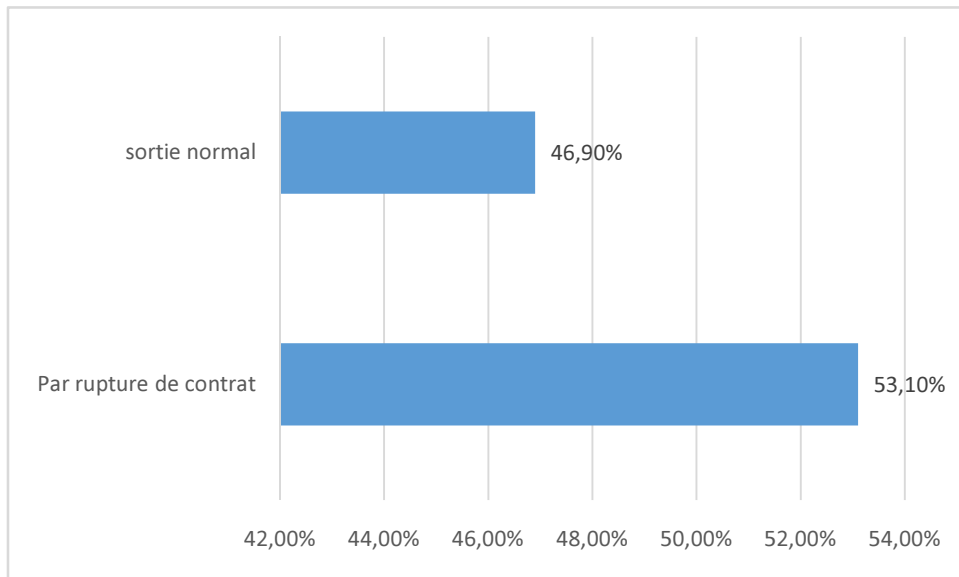


Figure 13 : Type de sortie du service d'addictologie

4-Antécédents personnels et familiaux:

4.1-Comorbidités psychiatriques :

Les comorbidités avec une pathologie psychiatrique sont très fréquentes.

73,8%(n=88) des résidentes présentaient des comorbidités psychiatriques :

- 42,9% (n=51) ont une dépression.
- 10% (n=12) ont un trouble d'anxiété généralisée.
- 13,40%(n=16) sont bipolaires.
- 4,20 %(n=5) ont un trouble de panique.
- 1,7% (n=2) ont une anxiété sociale.
- 0,8%(n=1) ont une boulimie.
- 0,8%(n=1) aun état de stress post traumatique.

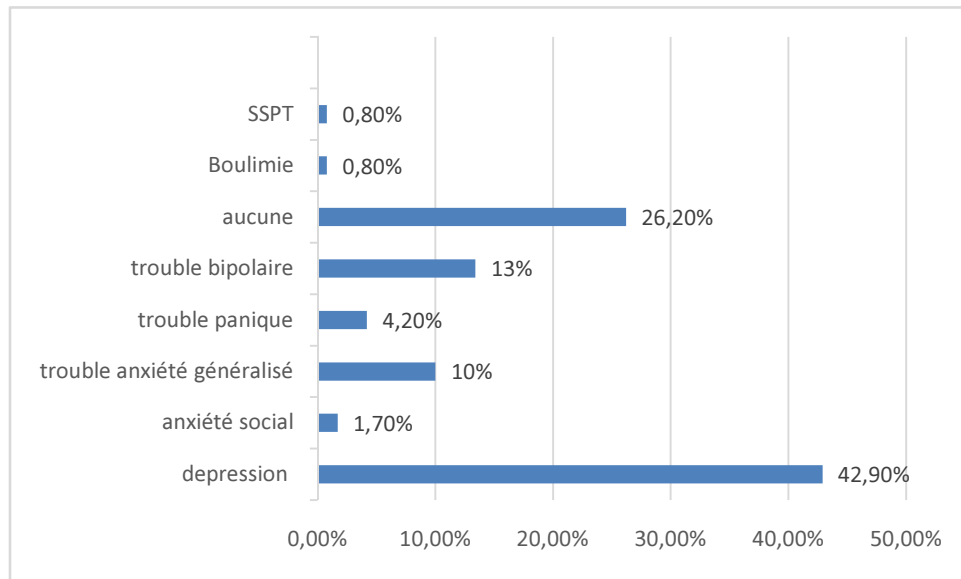


Figure 14 : Répartition de la population selon les comorbidités psychiatriques

Aux comorbidités psychiatrique suscitées s’ajoutent le trouble de personnalité qui a été retrouvé chez 58,8%(n=70) des résidantes. Ce trouble est réparti comme suit :

- 39,50% (n=47) ont un trouble de personnalité borderline.
- 13,4% (n=16) sont histrioniques.
- 3,40% (n=4) sont anti sociales.
- 1,7% (n=2) sont dépendantes.
- 0,8%(n=1) sont schizoïdes.

Le trouble de personnalité Borderline est le plus fréquent, retrouvé chez 39,50% de la population étudiée. Ce trouble est caractérisé par la présence de symptômes comme l’impulsivité, l’instabilité émotionnel et relationnelle et il est souvent comorbide avec un trouble addictif.

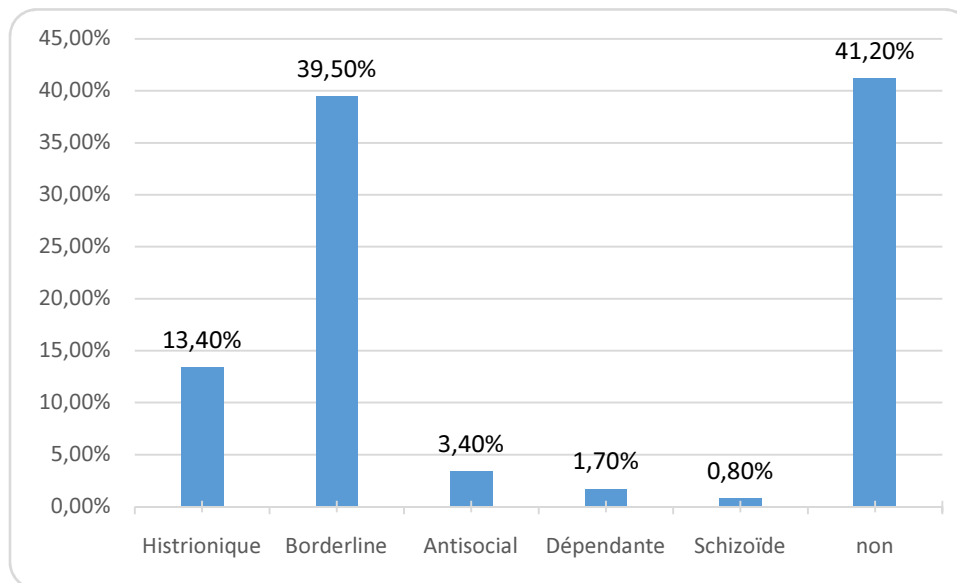


Figure 15 : Répartition de la population selon le trouble de personnalité

4.2-Tentatives de suicide (TS) :

43 résidentes (36,1%) ont déjà tenté de se suicider par le passé. 21,84%(n=26) ont tenté de se suicider au moins une fois. Deux tentatives de suicide ont été rapportées par 5,8% (n=7) et 3 pour 8,4%(n=10) des cas étudiés.

Des résidentes ayant tenté de se suicider, 67,40%(n=29)ont commis leur acte dans un élan impulsif alors que 24,4% (n=11), l'ont fait suite à un épisode dépressif. Les circonstances de l'acte suicidaire n'a pas été précisé chez 8,20% des résidentes du service d'addictologie.

La tentative de suicide dans un contexte impulsif reste la tentative de passage à l'acte la plus présente dans notre étude.

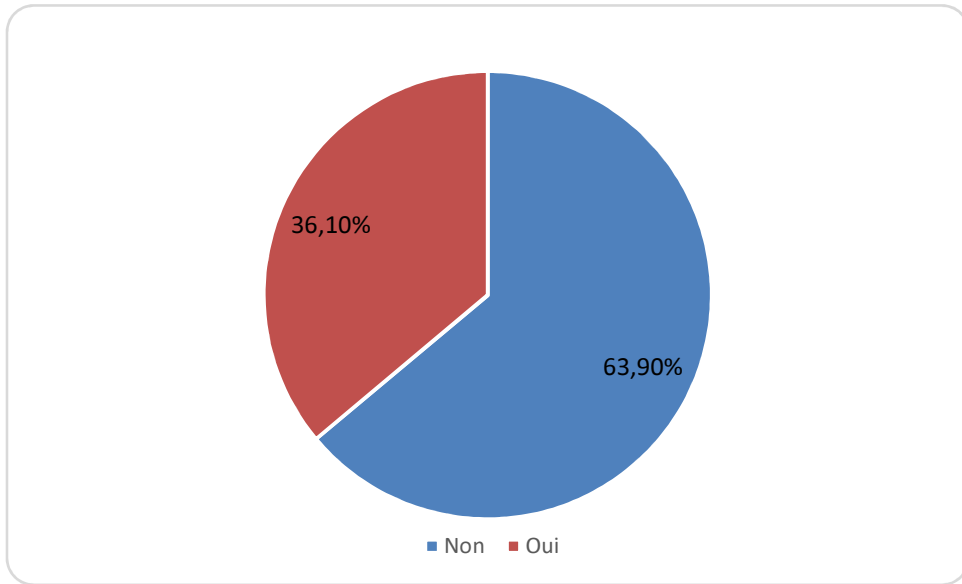


Figure 16 :Informations sur les tentatives de suicide (TS)

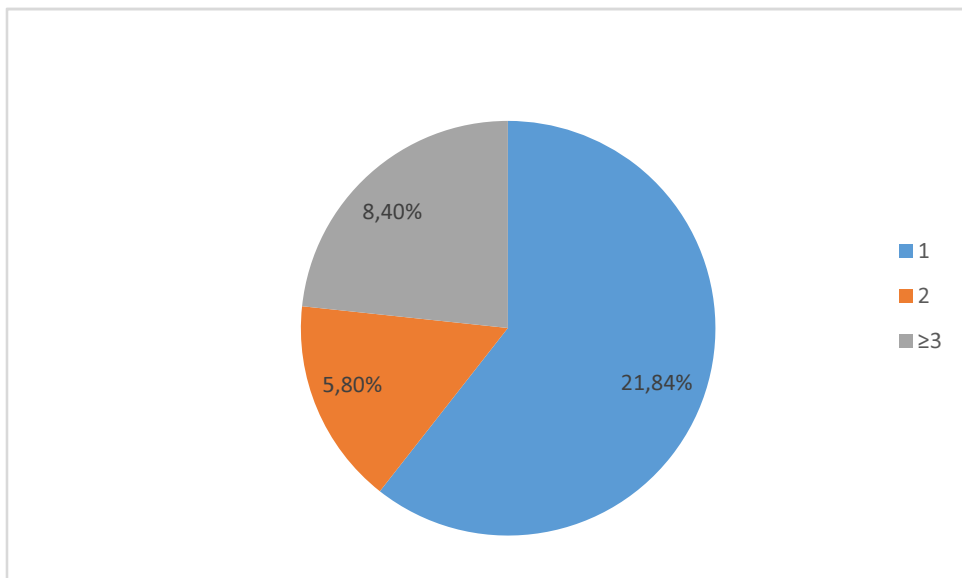


Figure 17 : Répartition de la population selon le nombre de TS

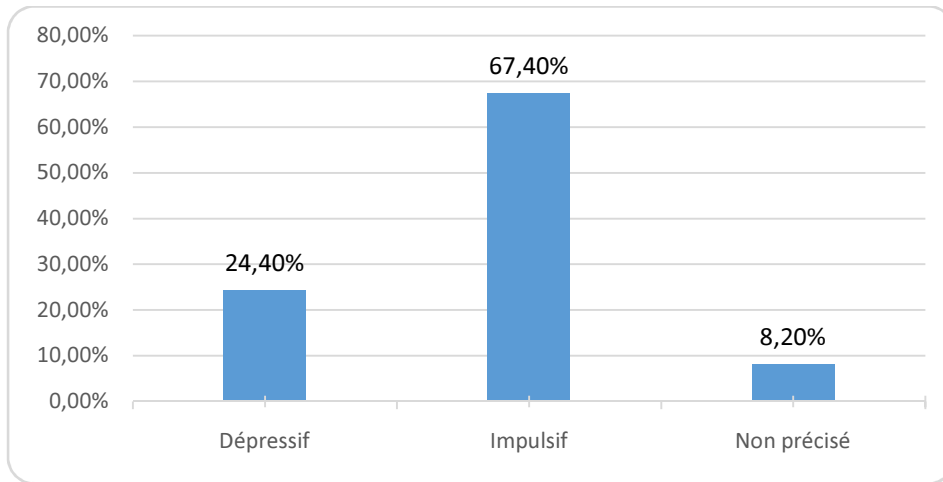


Figure 18: Répartition selon le caractère de la TS

4.3- Trouble dépressif :

Une grande partie des résidentes 42,90%(n=51) présente des antécédents d'épisodes dépressifs.

36,13%(n=43) des résidentes n'ont eu qu'un seul épisode dépressif, 4,20%(n=5) ont en eu 2 et 2,5% ont en eu 3(n=3).

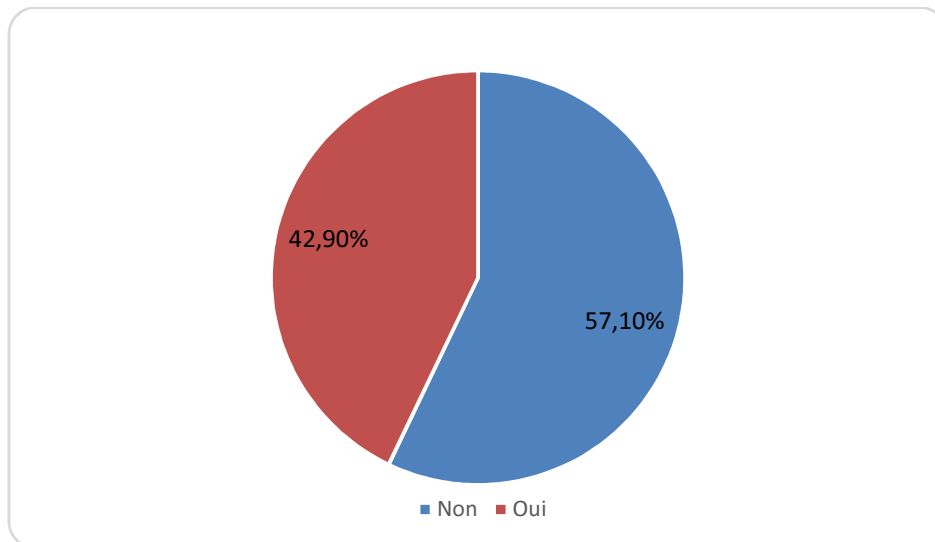


Figure 19 : Répartition de la population selon l'existence d'un épisode dépressif

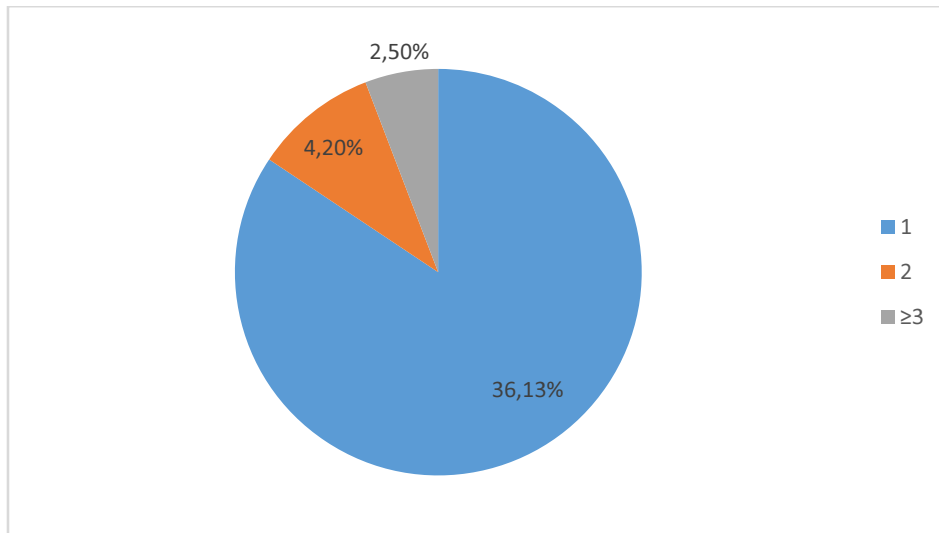


Figure 20 : Nombre d'épisodes dépressifs dans la population

4.4-Troubles bipolaires :

10 résidentes (8,40%) ont un trouble bipolaire.

5,8% (n=7) ont eu un seul épisode bipolaire, 1,6% (n=2) ont eu 2 épisodes et seulement 0,80% (n=1) ont eu 3 épisodes rentrant dans le cadre d'un trouble bipolaire.

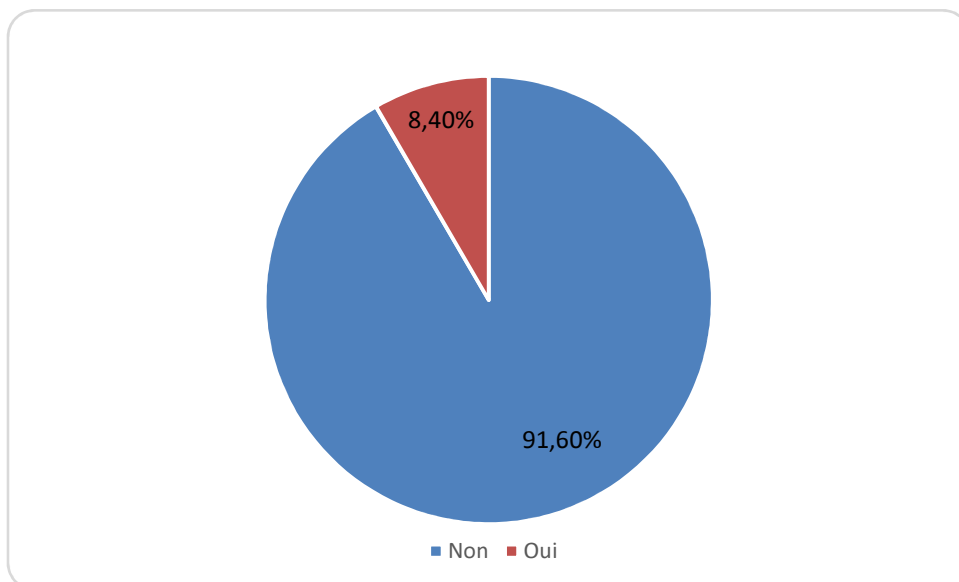


Figure 21 : Information sur l'existence d'un trouble bipolaire

4.5-Antécédents médicaux et chirurgicaux :

En ce qui concerne les antécédents chirurgicaux, on remarque un nombre non négligeable des accidents de la voie public qui arrive à 9 et qui peut être causé par les effets de la consommation des substances sur les fonctions cognitives, suivi par 6 résidentes opérées pour appendicite.

-Quant aux antécédents médicaux, 5 patientes ont une sérologie positive pour le virus de l'hépatite B. Cette contamination peut avoir pour cause l'utilisation des substances psychoactives non stérile ou l'échange du matériel d'injection, enfin 4 autres sont atteintes de dysthyroïdie.

Tableau 1 :

Antécédents Médicaux et chirurgicaux	%(n=)
<i>* Antécédent chirurgicaux :</i>	
-Fracture des membres inferieurs	2,4(n=3)
- GEU	0,8 (n=1)
-Anneau gastrique pour surpoids	0,8 (n=1)
-Appendicite	4,8 (n=6)
-Cholécystectomie	0,8 (n=1)
-Kyste ovarien	0,8 (n=1)
-Kyste synovial main gauche	0,8 (n=1)
-Opérée pour glissement vertébral	0,8 (n=1)
-Opérée pour hernie discal	0,8 (n=1)
<i>*Antécédent médicaux :</i>	
-Allergie à l'aspirine et aux macrolides	0,8(n=1)
-Anémie	0,8 (n=1)

-Asthme	1,6 (n=2)
-Accident voie publique	7,5 (n=9)
-Cardiomyopathie dilatée	1,6 (n=2)
-Convulsion	0,8(n=1)
-Hépatite B	4 (n=5)
-Hyper tension artériel	0,8 (n=1)
-Intoxication par une plante	1,6 (n=2)
-Dysthyroïdie	4 (n=5)
-Absence d'antécédents	62,1 (n=74)

3.6-Antécédents judiciaires :

Plus de 83,20% des résidentes (n=99) n'ont pas d'antécédents judiciaires, alors que 19résidantessoit 15,6% ont été confrontées aux forces de l'ordre lors d'une garde à vue (GAV) pour :

- Vol auprès de 4 résidentes (3,2%)
- Ivresse à l'alcool chez 8 résidentes(6,6%)
- Détention de substances psychoactiveschez 7 résidentes(5,8%)

Une seule résidantea déjà été incarcérée pour prostitution.

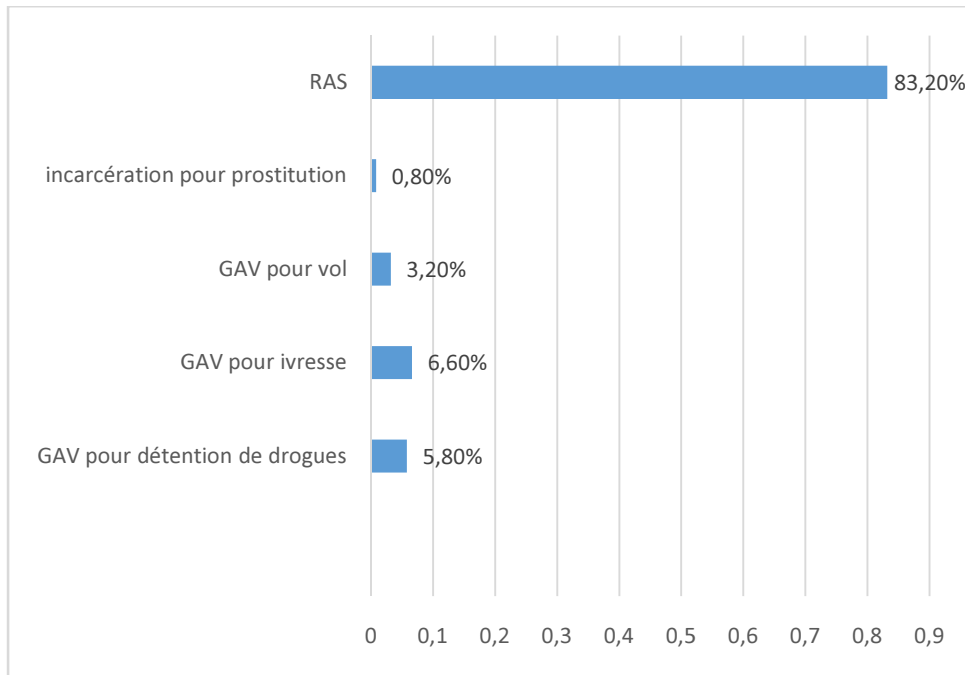


Figure 22 : Antécédents judiciaires de la population étudiée

4.7-Antécédents gynéco-obstétricaux :

20,10% de notre population soit 24 résidentes ont des antécédents gynéco-obstétricaux, avec :

- Avortements, chez 17,60% (n=21)
- Grossesse illégitime chez 2,5% (n=3)

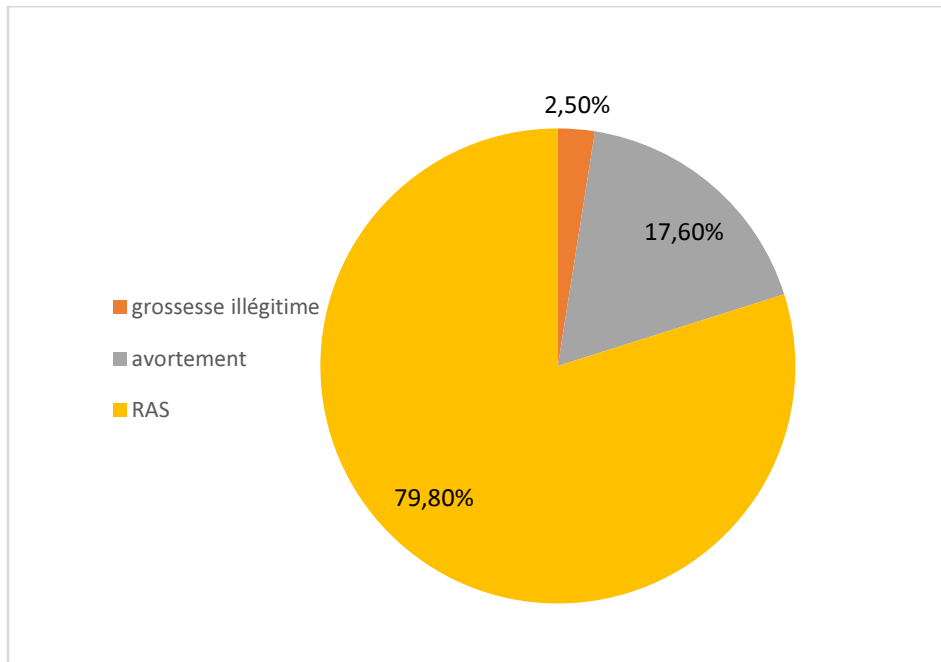


Figure 23 : Antécédents gynéco-obstétricaux de la population

4.8-Antécédents Familiaux :

La majorité des résidentes présentent des antécédents familiaux psychiatriques ou addictifs. 12,6 % des patientes soit (n=15) ont des membres de la famille qui ont un problème d'usage d'alcool. L'héritabilité dans le trouble addictif est particulièrement plus marquée pour l'alcool.

Cannabis	
-1 ^{er} degré	0 (n=0)
-2eme degré	3,3 (n=4)
-3eme degré	0,8 (n=1)
Héroïne	
-1 ^{er} degré	0 (n=0)
-2eme degré	0 (n=0)
-3eme degré	0 (n=0)
-4eme degré	0,8 (n=1)
Tabac	
-1 ^{er} degré	1,6 (n=2)
-2eme degré	0 (n=0)
Poly addiction	
-1 ^{er} degré	10,9(n=13)
-2eme degré	4,2(n=5)
-3eme degré	1,6 (n=2)
Absence d'antécédents	61 (n=72)

5- Type de substances psychoactives problématiques:

Les demandes d'hospitalisation pour un problème du cannabis sont les plus fréquentes (68%, n=81), elles sont suivies par le tabac (52,1%, n=62), puis l'alcool (40,33%,n=48), ensuite les benzodiazépines (33,61%,n=40), la cocaïne (15,96%, n=19),les opiacés (7,5%, n=9),l'ecstasy (6,7% n=8) et enfin les produits inhalant(1,6%, n=2).

Tableau 3 :

Substance	% (n=)	Age moyen de début	Type et modalités de l'usage/	Quantité moyenne par jour
Tabac	52,1%(n=62)	15	Cigarettes	22 cigarettes
Cannabis	68% (n=81)	16	Joints	5,3 grammes
Alcool	40,33%(n=48)	18	Boisson	1,8 litre
Cocaïne	15,96%(n=19)	19,5	-poudre snifée /n=16 -crack /n=3	4,5 grammes
Opioïdes	7,5%(n=9)	25,6	- héroïne /n=3 -Codéine /n=4 -Tramadol /n=2	9 comprimés
Benzodiazépine sans prescription médicale	33,61%(n=40)	24,5	Comprimé	10 comprimés
Ecstasy	6,7% n=8	17,5	Comprimé	7 comprimés
Produit Inhalant	1,6% (n=2)	32	Colle à rustine	1 tube

-L'euphorie et le bien-être s'avèrent être les effets les plus recherchés par les résidentes du service d'addictologie de l'hôpital Ar-Razi de Salé surtout en cas de consommation de cannabis. Les usagères ont cherché le bien-être dans

65%(n=53) et l'euphorie dans 35%-(n=28)en fumant du cannabis, le bien-être dans 41,67%(n=20)et l'euphorie dans 29,17%(n=14) avec de l'alcoolou encore l'euphorie 57,89%-(n=11)et le bien-être42,11%(n=8)en cas d'usage de la cocaïne.

Tableau 4 :Effets recherchées par l'usage des substances psychoactives

Substances Psychoactives	Effets recherchés (% ,n=)
Tabac	-Anxiolytique (70%-n=44) -Expérimentation(30%-n=18)
Cannabis	-Bien-être -(65%, n=53) -Euphorie -(35%, n=28)
Alcool	-Bien-être (41,67%-n=20) -Euphorie (29,17%-n=14) -Amnésie (8,36%-n=4) -Désinhibition (20,8%-n=10)
Cocaïne	-Euphorie (57,89%-n=11) -Bien-être-(42,11%-n=8)
Opioïde	-Antalgique (3,33%-n=3) -Euphorie(3,33%-n=3) -bien-être(3,33%-n=3)
Benzodiazépine sans prescription médicale	-anxiolytique (37, 5%-n=14) -euphorie (10%-n=3) -Hypnotique(12,5%-n=5) -relaxation (40%-n=16)
L'Ecstasy	-anxiolytique(12,5%-n=1) -euphorie(62,5%-n=5) -Augmenter la concentration(25%-n=2)
Produits inhalant	-Hypnotique (n=1-50%) -anxiolytique (n=1-50%)

5.1-Le tabac :

52,1% des résidentes consomment du tabac. L'âge moyen de la première consommation de tabac est de 15 ans. Le nombre moyen de cigarettes fumées est de 62 cigarettes par jour (voir tableau 3).

5.2-Le cannabis :

68% de notre population (n=81) consomment du cannabis. Avec une moyenne d'âge de début de consommation de cannabis est de 16 ans. Toutes en consomment quotidiennement (Voir tableau 3).

5.3-L'alcool :

48 résidentes (40,33%) avec un âge moyen lors de leur première consommation de 18 ans. Toutes avaient une consommation quotidienne de l'ordre de 1,8 litre. Aucune résidente n'a présenté des états d'intoxication éthylique.

5.4-Les benzodiazépines sans prescription médicale :

40 résidentes ont déjà pris des psychotropes (calmants, somnifères) durant leur vie. Leur âge moyen de début de consommation est de 24,5 ans \pm 2,67 [15-22]. Les psychotropes détournés de leur usage sont représentés par les benzodiazépines. Le nombre moyen de comprimés toute famille confondue est de 10 comprimés par jour.

5.5-La cocaïne :

Dans notre population, 19 résidentes ont connu une consommation de cocaïne durant leur vie. Leur âge moyen de première prise est de 19,5 ans avec une consommation quotidienne de 4,52 grammes en moyenne, sniffée par 16 patientes.

5.6-L'Ecstasy :

8 résidentes, soient (6,7%), ont déjà pris de l'ecstasy durant leur vie. Leur âge moyen de première consommation est de 17,5 ans avec une consommation quotidienne de 7 comprimés.

5.7-Les opioïdes :

L'héroïne a été consommée durant la vie par 3 résidentes. Leur âge moyen de la première consommation est de 25,6 ans. Les autres formes d'opioïdes consommés sans prescription médicale sont les médicaments à base de codéine et le « tramadol ». Toutes (7,5%) en consomment régulièrement sous forme de comprimés.

5.8-Produit inhalant :

2 résidentes de notre étude ont déjà consommé des produits inhalants (colle à rustine essentiellement), avec un âge moyen du premier usage à 32 ans et la consommation moyenne d'un tube par jour.

6- Usage occasionnel de substances addictives :

41,18% (n=49) des résidentes ont un usage occasionnel d'au moins 1 substance psychoactive autre que celles pour lesquelles elles suivent une cure de désintoxication. L'alcool arrive à la 1^{ère} place dans 16% avec n=19, suivi par le mélange de plusieurs substances chez 13,48%(n=16) des résidentes et la cocaïne avec 4,20%. (n=5)

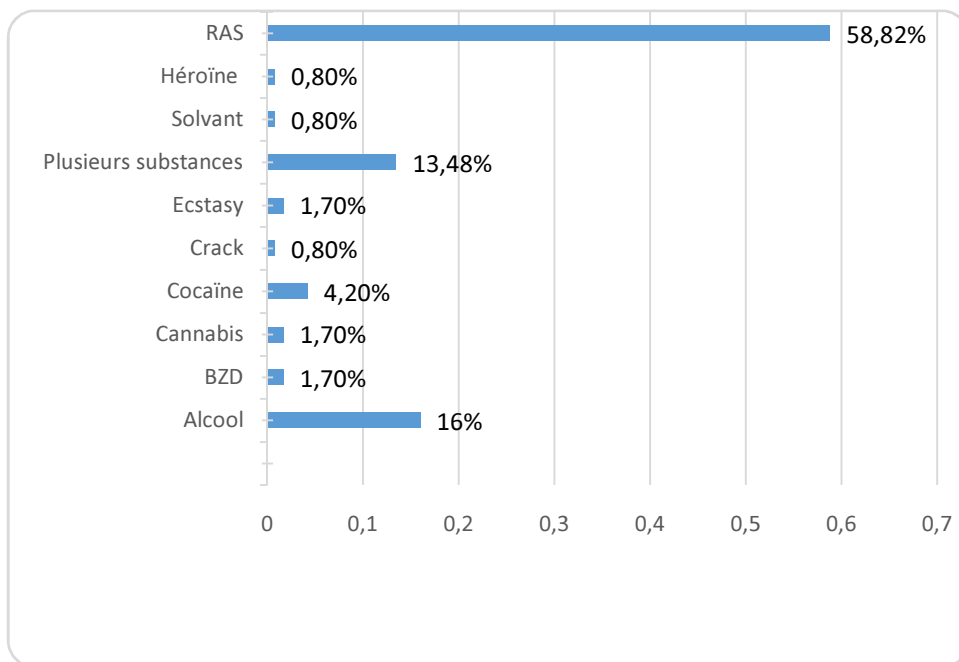


Figure 24 : Substances psychoactives concernées par un usage occasionnel

V-DISCUSSION :

Notre travail, premier de son genre au Maroc, traite le sujet de la consommation de substances psycho actives (SPA) par les marocaines qui ont été hospitalisées au service d'addictologie de l'hôpital Ar-Razi de Salé du Centre Hospitalier Universitaire Ibn Sina pour une cure de désintoxication et maintien d'abstinence.

I-Caractéristiques des sociodémographiques :

L'âge de notre population varie entre 17 et 66 ans, et la moyenne d'âge est de 31,14+/-10 ans. Les participantes sont généralement sans fonction et de niveau scolaire moyen. Elles sont issues d'un milieu de vie urbain à 100% et viennent surtout de la région de Rabat-Salé-Zemmour-Zaër pour 73 patientes.

1.1-Âge :

La tranche d'âge de moins de 30 ans est la plus représentée au niveau de notre échantillon puisqu'elle constitue 60% de l'échantillon. 7% des femmes avaient moins de 18 ans et 24% avaient plus de 40 ans. L'âge varie entre 17 à 66 ans, avec une moyenne de 31,14 ans.

Nos résultats montrent une utilisation plus importante des substances illicites et interdites chez la catégorie d'âge inférieur à 30 ans par rapport à l'étude de Gourani(30)réalisée à Marrakech en milieu hospitalier en 2012 chez qui la proportion des moins de 30% atteignait à peine les 30%. Nous pouvons alors émettre l'hypothèse que durant la dernière décennie, l'accès aux substances mêmes illicites s'est fortement «démocratisé » et est plus facile chez les jeunes.

1.2-Situation matrimoniale :

Environ 7 résidentes sur 10 sont célibataires (67,20 %). Ceci corrobore avec les données de la littérature ou plus de la moitié des usagers (59 %) sont célibataires ou divorcés (Guillema et al, 2011)(53).

L'usage de substances psychoactives favorise la solitude ou l'exclusion sociale, c'est aussi une source de désinsertion familiale, de divorce et de séparation. Donc la souffrance engendrée par cette dépendance pousse les femmes à chercher refuge et retrouver du plaisir en consommant les substances psychoactives.

1.3-Situation professionnelle :

Notre étude trouve que plus de 83,2% sont sans profession. Ce résultat concorde avec les données de la littérature car l'usage de substances psychoactives pousse souvent à la désinsertion sociale et professionnelle.

Selon l'étude de l'observatoire français des drogues et toxicomanie (OFDT)(OFDT)(49), les chômeurs se distinguaient des actifs occupés par des niveaux d'usage de substances psychoactives nettement supérieurs. Ainsi, en 2010, 51,1% des chômeurs déclaraient fumer quotidiennement (contre 33,5% des actifs occupés), 24,7% avaient une consommation d'alcool à risque (contre 15,2%) et 6,3% déclaraient une consommation régulière de cannabis (contre 1,7%). Le lien observé entre chômage et usage de substances psychoactives persistait après ajustement sur les caractéristiques sociodémographiques, les violences subies et la détresse psychologique. Ce résultat a été établi chez les hommes comme chez les femmes.

Le fort taux de chômage ainsi que des taux de disponibilité des substances psychoactives et de criminalité créent un environnement susceptible de favoriser l'usage problématique de substances psychoactives. Il a été avancé

qu'il existait une relation de réciprocité entre une situation socioéconomique défavorisée et l'usage de substances psychoactives. Vivre dans la pauvreté peut occasionner un stress chronique, qui influe sur la santé mentale de l'individu, auquel les substances psychoactives peuvent offrir un sursis temporaire. En outre, mais dans une moindre mesure, consommer les substances psychoactives peut entraîner une dégradation de la situation socioéconomique.

1.4-Niveau d'instruction :

Le taux d'usage chez les usagers fréquentant le service d'addictologie semble augmenter en parallèle avec leur niveau d'étude. 6% ont un niveau primaire, 52% un niveau de secondaire et 40% ont un niveau universitaire, ce qui rejoint le classement dans les résultats de Oulmidi(54)qui a rapporté que 25% des usagers avaient un niveau d'étude universitaire, 23% avaient atteint le lycée, 29% le collège, 14% n'avaient pas dépassé le niveau primaire et 13% n'ont jamais été scolarisés.

Nous expliquons ces résultats par le fait que l'échantillon étudié comprend des personnes qui sont issus d'un milieu urbain, avec une volonté de se soigner qui paraît évoluer en parallèle avec le niveau d'étude pour des raisons sans doute liées au fait que plus l'utilisateur est instruit, plus il a eu l'occasion d'être sensibilisé aux méfaits de l'usage des différentes substances psychoactives .

Il nous paraît par conséquent très intéressant que le service d'addictologie continue les séances de sensibilisation, qui semblent porter leurs fruits, dans les établissements d'enseignement supérieur, les lycées et les collèges. Il serait d'autant plus important d'intégrer des établissements primaires ainsi que des écoles coraniques dans ses démarches.

1.5-Milieu de vie :

La totalité des usagers de substances psychoactives (100%) sont issus d'un milieu urbain.

Nous remarquons que l'origine urbaine semble favoriser l'usage, ce qui se contredit avec la littérature.

Dans l'étude de Gourani(55), l'origine urbaine ou rurale des usagers n'a pas d'influence sur l'usage ou non de substances psychoactives. En effet, 25,3% des usagers d'origine urbaine étaient tabagiques, 8,9% étaient usagers de cannabis et 17,7% étaient usagers d'alcool. De même pour les usagers d'origine rurale, 23,2% étaient tabagiques, 12% sont consommateurs de cannabis et 16,8% étaient consommateurs d'alcool.

Nous expliquons cela par le fait que dans notre étude, nous étudions le profil épidémiologique d'usagers qui ont émis la volonté de se soigner, notamment en fréquentant le service d'addictologie de l'hôpital Ar-Razi de Salé.

II - Histoires des conduites addictives :

2.1-Le tabac :

52,1% des patientes ont déjà utilisé le tabac. L'âge moyen de la première consommation de tabac est de 15 ans. Le nombre moyen de cigarettes fumées est de 62/jour.

Une enquête épidémiologique de prévalence des facteurs de risque des maladies non transmissibles au Maroc qui s'est intéressée entre autres au comportement tabagique a permis de révéler que la prévalence de l'utilisation actuelle de toutes formes confondues de tabac était de 13,4%. Elle est très faible chez les femmes (0,3%) que chez les hommes (23,4%). L'âge moyen de début de consommation de tabac était de 19 ans (18,9 ans pour les hommes contre 23,4 ans pour les femmes). L'enquête précise que le nombre moyen total de

cigarettes utilisées par les fumeurs quotidiens était de 13,2 cigarettes par jour(56). Cette double non concordance avec notre étude est *due* au fait que notre population est composée de personnes qui ont une forte addiction au tabac.

2.2-Le cannabis :

81 patientes ont consommé du cannabis (68%), l'âge moyen de la prise de cannabis est de 16 ans. Toutes en consomment quotidiennement.

Selon le rapport de l'OMDA de 2017, la grande majorité des demandes de prise en charge concernaient le cannabis (n= 174 ; 33,2%)(57).

En d'autres termes, ces indicateurs indiquent la place prépondérante du cannabis dans l'ensemble des centres d'addictologieainsi que dans notre étude et celle de l'OMDA qui ont montré que le cannabis occupe la première place des substances consommées.

2.3-L'alcool :

48 patientes sur 119, soit 40,33% ont un trouble lié à l'usage de l'alcool. L'âge moyen de la première prise est de 18+/-5ans. Elles avaient une consommation quotidienne moyenne de l'ordre de 1,8 litre. Aucune résidante n'a présenté des antécédents d'intoxication éthylique au moment de collecte des informations.

L'alcool est la substance psychoactive la plus consommée en France. Seuls 5 % des Français déclarent n'en avoir jamais bu, 28 % des femmes en consomment régulièrement et 17 % en consomment tous les jours, selon une étude menée par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé(58).

La nature de notre recherche a dépisté des gens en addiction très avancée ce qui explique l'écart entre les deux résultats précédemment trouvés

2.4-Les psychotropes :

40 patientes, soit 33% ont un trouble lié à l'usage de benzodiazépines durant leur vie. Leur âge moyen est de 24,5 ans \pm 2,67[15-22]. La tolérance les a conduites à une consommation de 10 comprimés de benzodiazépine par jour.

En 2015, 13 % de la population française a eu au moins un remboursement de benzodiazépines (principe actif de la majorité des anxiolytiques et des somnifères) durant l'année. Les femmes représentent 65 % des utilisateurs de benzodiazépines. La consommation de médicaments psychotropes concerne également les adolescents. En 2014, 16 % des jeunes de 17 ans déclarent avoir déjà pris des anxiolytiques au cours de leur vie, 13 % des hypnotiques et 6 % des antidépresseurs(59).

L'étude française s'est focalisé sur les médicaments remboursés ce qui explique l'infériorité de leur utilisation par rapport à notre étude où on compte le nombre de psychotropes pris avec ou sans ordonnance médicales.

2.5-La cocaïne :

Dans notre population, 7,5% patientes (n=19) ont connu une consommation de cocaïne durant leur vie. L'âge moyen est de 19,5 ans avec une consommation quotidienne de 4.5 grammes en moyenne, elle est sniffée par 16 résidentes.

Selon observatoire français des drogues et des toxicomanes, parmi les personnes âgées de 18 à 64 ans, 5,6 % ont expérimenté la cocaïne en 2014. La consommation au cours de l'année concerne 1,1 % des personnes âgées de 18-64 ans. Cette consommation apparaît stable par rapport à 2010(60).

L'écart retrouvé peut être expliqué par la réglementation plus dure de consommation en France par rapport au Maroc, puis notre étude concerne les personnes en désintoxication contrairement à l'étude dans la littérature.

2.6-Les opioïdes :

L'héroïne a été consommée durant la vie par 3 patientes. Leur âge moyen est de 25,6 ans.

Selon observatoire français des drogues et des toxicomanes en 2017, parmi les personnes âgées de 18 à 64 ans, 1,5 % ont expérimenté l'héroïne. La consommation au cours de l'année, stable par rapport à 2010, concerne 0,2 % des 18-64 ans. L'expérimentation de l'héroïne parmi les jeunes de 17 ans est stable par rapport à 2011, le niveau atteignant 1,0 % en 2014(61).

Cette nette différence peut être expliquée par la facilité de se procurer les médicaments sans ordonnance dans les pays en voie de développement et surtout par l'utilisation connue des femmes de ces médicaments par rapport à leur homologue masculin.

III- Eléments de la psycho-pathologie:

3.1-Violence physique:

19 patientes sur 119 soit 16% ont déjà subi durant leur vie des violences physiques.

La littérature démontre que la violence à l'égard des femmes est fréquent car on estime qu'une femme sur trois dans le monde a fait l'objet de violences physiques. Les taux de violences physiques subies par les femmes traitées pour toxicomanie sont très élevées, puisqu'ils sont estimés entre de 40 à 70 %(62). Une enquête menée par l'ONU DC concernant l'impact de l'usage de substances psychoactives sur la cellule familiale en Afghanistan a révélé que la consommation de substances psychoactives augmentait la probabilité de violences familiales(63). Dans une étude entreprise en 2015 par le Groupe Pompidou du Conseil de l'Europe, il a été constaté que les femmes toxicomanes faisaient l'objet d'avantage de violences que celles qui ne l'étaient pas. Les taux

de violences étaient même plus élevés encore parmi les toxicomanes enceintes ou se livrant au commerce du sexe(64).

Cette discordance peut s'expliquer par le tabou entourant la violence dans notre société surtout que peu de femmes arrivent à en parler facilement, tellement elles ont peur des représailles telles que le divorce ou la perte de la garde des enfants au détriment de leur conjoint et préfèrent ainsi patienter et garder le silence.

3.2- Violence sexuelle :

20,20% soient 24 résidantessur 119 ont déjà été victimes d'un viol durant leur vie.

Dans une étude menée auprès de femmes présentant un traitement contre les conséquences graves d'abus sexuel durant l'enfance, 33% avaient un antécédent d'abus d'usage de substances psychoactives (65).

Il existe une grande proportion de violence sexuelle chez la femme abusant de substances psychoactives ce qui doit laisser place à la réflexion afin de protéger ses femmes sur le plan éducatif, économique, culturel et social pour leurs permettre de reprendre leur vie en main. Un accompagnement pluridisciplinaire permettra à la victime de sortir du cycle de la violence et d'addiction et de se reconstruire.

3.3-Comorbidités psychiatrique :

73,8% des patientes hospitalisées au service d'addictologie de l'hôpital Ar-Razi de Salé présentent des comorbidités psychiatriques. La littérature confirme le constat que les effets médicaux de l'ingestion de substances psycho actives sont plus forts chez les femmes qui présentent une cooccurrence plus importante de problèmes psychiatriques(66).

La comorbidité entre usage de substances psychoactives et addiction est très fréquente dans la littérature.

-Episode dépressif :

Notre étude a trouvé que 36,1% soit 43 résidentes sur 119 ont fait une tentative de suicide par le passé, une étude menée à San Diego par Rich CL, à partir de 283 cas de suicides avait retrouvé 58 % de cas d'addiction à l'alcool et aux différentes substances psychoactives (67) .

Les patients ayant une addiction (surtout à l'alcool) et déprimés présentent donc un risque majeur de tentative de suicide et aussi de mort par suicide. Leurs gestes suicidaires, sont souvent impulsifs et surprennent le patient comme son entourage.

LIMITES ET PERSPECTIVES :

- Limites :

-Notre étude a concerné strictement la population féminine hospitalisée pour un problème d'addiction aux substances psychoactives et par la suite n'a pas été comparée aux hommes addicts.

-La totalité des résidentes du service d'addictologie de l'hôpital Ar-Razi de Salé proviennent du milieu urbain. Par la suite, les informations sur les femmes addicts venant du milieu rural sont manquantes

- La méthodologie du travail s'est basée sur l'étude des dossiers, seules les informations sur les dossiers ont été exploitées.

-La petitesse de notre échantillon (n=119), ne le rend pas représentatif de la population féminine au Maroc

-Le travail n'a concerné que les femmes hospitalisées pour un trouble lié à l'usage de substances, les addictions sans substances n'ont pas été étudiées.

-Perspectives :

-Notre étude est une première dans son genre au Maroc et s'est intéressée aux femmes touchée par le trouble lié à l'usage de substances.

- Cette étude a concerné les femmes hospitalisées dans la première et l'unique structure au Maroc qui a dédié 6 lits d'hospitalisations pour les femmes addicts. Cette unité offre des soins de cure et post cure pour des problèmes d'addiction..

-La sortie prématurée des résidentes nous pousse à penser à d'autres modalités de prise en charge des femmes. L'accent peut se porter sur les hospitalisations de jour et le renforcement du travail ambulatoire pour garder la femme dans son environnement.

VI-CONCLUSION :

De nos jours, il est évident que le nombre de marocains utilisant une substance psychoactive est en nette augmentation, ce qui implique des situations d'addictions de plus en plus sévères et ayant un impact certain tant sur le plan social que sur la santé des individus.

L'addiction aux différentes substances est considérée comme un phénomène majoritairement masculin, toutefois les femmes y sont de plus en plus confrontées dans notre société qui se veut conservatrice et qui désapprouve et stigmatise ce type de consommation.

Dans le but d'élaborer un profil socio démographique et psychique de ces femmes marocaines, nous avons mené une étude épidémiologique sur 119 dossiers de résidentes qui présentaient un trouble de l'usage de substances psychoactives, hospitalisées dans le service d'addictologie de l'hôpital universitaire Ar-Razi entre Mars 2009 à Juin 2017.

Au terme de ce travail, nous avons constaté que la consommation touche d'avantage les jeunes femmes, célibataires, principalement au chômage et provenant de la région urbaine.

1 résidente sur 6 a subi des violences physiques durant leur vie, et le quart ont été violées, tandis que la personnalité borderline a été la plus remarquée et retrouvée dans la communauté

On trouve que beaucoup de résidentes ont déjà tenté de se suicider dans un élan impulsif ou dépressif.

En ce qui concerne les substances psycho actives les plus consommées dans notre étude vient en tête du classement le cannabis, suivi par le tabac, l'alcool, les benzodiazépines, la cocaïne, les opiacés, l'ecstasy et enfin les inhalants.

Nous remarquons que bien que la tendance sociale soit plus importante pour les catégories les plus défavorisées, le centre reçoit des individus issus de milieux sociaux très différents. Ceci est probablement dû à l'inexistence ou de la rareté de structures dédiées à l'addiction, ce qui contribue à rendre la mission du service encore plus délicate et difficile.

Pour essayer d'y remédier les missions du service d'addictologie doivent pouvoir être effectuées au-delà de ses murs pour permettre une prévention sur trois niveaux généralisée, indiquées et spécifiques et offrir d'autres type d'hospitalisation comme l'hôpital de jour, en renforçant la prise en charge ambulatoire.

Il est important que le service puisse aussi jouer son rôle de plaidoyer pour défendre les droits des usagers de substances psychoactives et lutter contre leur stigmatisation..

RÉSUMÉ :

Titre : Les Addictions chez la femme au Maroc

Auteur : Mr BELLARABI Karim

Motsclés : Addiction – Femme – Substance psychoactive –Désintoxication

Objectifs : Élaborer un profil socio démographique et psychopathologique des femmes marocaines qui présentent un trouble de l'usage de substances psychoactives et qui sont hospitalisées dans le service d'addictologie de l'hôpital universitaire Ar-Razi du CHU de Rabat-Salé.

Méthodologie:

Notre étude est descriptive, analytique et transversale sur dossiers des résidentes hospitalisées depuis l'ouverture de l'unité femme du service d'addictologie de l'hôpital Ar-Razi de Salé, sur une période de 99mois (du 20mars 2009 au 30 Juin 2017), incluant les résidentes ayant un usage problématique de substances psychoactives. Un total de 119 dossiers a été consulté durant la période d'étude.

Résultats : L'âge moyen est de 31 ans+/- 10, 88,30 % des femmes ont un niveau d'instruction qui dépasse le collège, 83,20 % sont au chômage. Plus de 85 % ont été élevées par leurs parents biologiques et 16, 80% ont des parents divorcés.

Le trouble lié à l'usage de substances concerne le cannabis dans 68% des cas, le tabac dans 52.1% des cas, l'alcool dans 40.33% des cas, les benzodiazépines dans 33,61% et la cocaïne dans 15.96%,opioïdes (7,5%) et inhalant (1.6%).

73,8% des résidentes présentent des comorbidités psychiatriques dont 42,9% souffrent de dépression, 13,40% de trouble bipolaire, 10% de trouble anxieux généralisé, 4,20 % de trouble de panique,1,7% ont une anxiété sociale, 0,8% présentent un syndrome de stress post traumatique et 0,8% ont une boulimie. 58,8% des patientes présentaient un trouble de personnalité, 36,1% ont tenté de se suicider, 16% ont subi des violences physiques, 20,20% des patientes ont été victimes de viol.

Conclusion : Les Femmes addicts hospitalisées au service d'addictologie de Salé sont susceptibles d'avoir plus de comorbidités psychiatriques, d'être victime de violence et de de désinsertion professionnelle..

SUMMARY

Title: Addiction among Moroccan Women

Author: Mr BELLARABI Karim

Keywords: Addiction - Woman - Psychoactive substance - Detoxification

Objectives: To develop a socio-demographic and psychopathological profile of Moroccan women who have a substance use disorder, and hospitalized in the addictology service of Ar-Razi psychiatric Hospital of Rabat-Salé University Hospital.

Methodology:

Our study is a descriptive and cross-sectional analysis of hospitalized females since the opening of the women's unit at the addictology service of Ar-Razi Hospital in Salé over a period of 99 months (from March 20th 2009 to June 30th, 2017), including women with a substances use disorder. A total of 119 patients medical record were consulted during the study period.

Results: The average age is 31 +/- 10; 88.30% have a level of education more than high school, 83.20% are unemployed. Over 85% were raised by their biological parents and 16, 80% had divorced parents.. Substance use addictions are represented by cannabis in 68% of cases, tobacco by 52.1% of our population, alcohol addiction is among 40.33%, benzodiazepines and cocaine is respectively among 15.96%., and 33.61% of our populations, opioids (7,5%) inhalant (1,6%).

Whereas, 73.8% of the residents have psychiatric comorbidities that can be as follow: Personality disorder among 58.8% of females, 42.9% have depression, 13.40% are bipolar. General anxiety disorder, panic disorder, social anxiety, and post-traumatic stress disorder concern respectively 10%, 4.20%, 1.7%, and 0.8%. However, few cases of boulimia have been reported (0.8%), 36.1% of females attempted suicide, 16% experienced violence, and 20.20 % of patients were raped.

Conclusion: Women hospitalized in Salé addiction treatment service are more likely to have more psychiatric comorbidities, to be victims of violence and lack of professional insertions.

ملخص

العنوان: الإدمان عند النساء في المغرب

المؤلف: السيد بلعرايبي كريم

الكلمات المفتاحية: الإدمان - المرأة-المواد ذات التأثير النفساني -إزالة السموم.

الأهداف: تطوير صورة اجتماعية وديموغرافية ونفسية للنساء المغربيات المصابات باضطراب تعاطي المخدرات، تم استشفائهن في مصلحة علاج الإدمان بالمستشفى الجامعي الرازي بين مارس 2009 ويونيو 2017.

منهجية وطريقة الدراسة

التحليل الوصفي والمستعرض للمريضات المقيمت في الوحدة النسائية لمصلحة علاج الإدمان بمستشفى الرازي في سلا منذ افتتاحها وذلك على مدى 99 شهراً (من مارس 2009 إلى يونيو 2017)، وقد شملت الدراسة المريضات المقيمت اللواتي يعانون من استعمال المخدرات والمواد ذات التأثير النفساني لقد تمت مراجعة 119 ملفاً طبيًا خلال فترة الدراسة

النتائج: متوسط العمر هو 31 +/-10. 88,30% لديهم مستوى تعليمي يتعدى الثانوي، 83.20% عاطلات عن العمل. أكثر من 85% تم تربيتهم من قبل والديهم البيولوجيين، 16.8% كان لديهم أبوين مطلقين يتم تمثيل الإدمان بواسطة مادة ذات تأثير نفسي (68%) من القنب و(52.1%) التبغ، و(40.33%) الكحول، والبنزوديازيبينات (33.61%) والكوكايين (15,96% المواد الأفيونية 7,5% والمستنشقات 1,6%

النساء المقيمت مصابات بأمراض نفسية بنسبة 73.8%، منهم 42.9% يعانون من الاكتئاب، 13.40% الاضطراب الثنائي القطب، 10% اضطراب القلق العام، اضطراب الذعر بنسبة 4.20%، القلق الاجتماعي بنسبة 1.7%، الشره المرضي بنسبة 0.8%، 0.8% اضطراب ما بعد الصدمة. 58.8% من المرضى يعانون من اضطراب الشخصية. 36.1% حاولوا الانتحار، 16% تعرضوا للعنف. تم اغتصاب 20.20% من النساء المقيمت.

خاتمة: من المرجح أن يكون لدى النساء المدمنات في المستشفيات في سالا للإدمان المزيد من الأمراض المصاحبة للأمراض النفسية، لأن يكن ضحايا الصدمات النفسية والتوقف المهني

ANNEXE :

Annexe 1 :

Questionnaire :

Fiche numéro :

Nom et Prénom

Caractéristiques sociodémographiques :

- Age :
- Etat matrimonial : Célibataire séparé(e) Marié(e)
 Veuf(e) Divorcé(e)
- Niveau scolaire : Coranique Primaire Secondaire
 Universitaire Aucun
- Activité professionnelle : Oui Non
- Milieu : urbain rural
- Région : Tanger-Tétouan-Al Hoceima Oriental Fés-Mèknes
 Rabat-Salé-Kénitra Beni Mellal-Khénifra Grand
Casablanca-Settat Marrakech-Safi Darâa-Tafilalet Souss-
Massa Guelmim-Oued Noun Laâyoune-Saguia El Hamra Dakhla-
Oued-Eddahab

Eléments biographiques

- Adoptive : Non Oui A quel âge
- Parents divorcés : Non Oui A quel âge
 - ATCDS personnels :
 - Médico-chirurgicaux :
 - Judiciaires :

- Gynéco-obstétricaux : grossesse illégitime avortement
- ATCDS Familiaux :
 - ✓ Psychiatriques
 - ✓ Addictifs
- Eléments de psychopathologie
 - ✓ TS : non oui : nombres et circonstances
 - Violence durant la vie : Non Oui A quel âge
 - Inceste : Non Oui A quel âge
 - Viol : Non Oui A quel âge
 - Personnalité : histrionique borderline antisocial
 paranoïaque Évitante dépendante
 schizoïde schizotypique non
 - ✓ Episode dépressif : non oui : nombres
 - ✓ Episode maniaque : non oui : nombres
 - ✓ Comorbidités : anxiété sociale trouble anxiété généralisé trouble panique TOC schizophrénie trouble bipolaire trouble schizo-affectif autres précisez

Histoire des conduites addictives

	Age de début	Effet recherché	Phénomène de tolérance	Modalités	Quantité
Tabac					
Cannabis					
Alcool					
Cocaïne					
Opiacés (précisez)					
Bzd					
Ecstasy					
Solvants					

- Tentatives de sevrage : non oui - nombres
- ✓ Hospitalier
 - ✓ Ambulatoire
 - ✓ Période d'abstinence : <1mois 1-6mois 6mois-1an >1an
 - ✓ Durée d'abstinence après la dernière tentative de sevrage.....

BIBLIOGRAPHIE

1. Office des Nations unies contre la drogue et le crime (UNODC). Rapport mondial sur les drogues. 2015;6.
2. Fondation Neuchâtel Addictions. Femme et addictions. 2013;3.
3. Carla A. Green PD, M.P.H., Michael R. Polen, M.A. Daniel M. Dickinson, M.A., Frances L. Lynch, Ph.D., M.S.P.H. , Marjorie D. Bennett, M.A. Gender differences in predictors of initiation, retention, and completion in an HMO-based substance abuse treatment program. 2002;3□6.
4. Greenfield SF, Brooks AJ, Gordon SM, Green CA, Kropp F, McHugh RK, et al. Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: a review of the literature. Drug and alcohol dependence. 2013;1-21.
5. Cressman AM, Natekar A, Kim E, Koren G, Bozzo P. Cocaine Abuse During Pregnancy. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada. 2014;621-31.
6. ECN addictologie. module six . Addictologie. 2014;388-9.
7. Office des Nations unies contre la drogue et le crime (UNODC). Rapport mondial sur les drogues. 2015;3.
8. l'Organisme international de contrôle des stupéfiants (OICS). Rapport 2016. 2016;12.
9. Jallal Toufiq, Fatima El Omari, Maria Sabir. Rapport Annuel de l'Observatoire National des Drogues et Addictions (ONDA. 2014;42.
10. Eurotext JL. Addictions : Définitions et principes thérapeutiques. 2009;611-20.
11. Fatima El Omari, Maria Sabir, Jallal Toufiq. L'usage de drogues auprès des élèves Marocains. Enquête Scolaire, Medspad Maroc 2013. 2013;10□21.
12. Organization WH. World Health Organization. International Classification of Disease (ICD-10). 2009;

13. Ducci F, Goldman D. The genetic basis of addictive disorders. *The Psychiatric clinics of North America*. 2012;495-519.
14. Cloos DJ-M. Alcool, tabac, benzodiazépines et autres dépendances. 2012;3-4.
15. Rapenne G. Troubles du comportement alimentaire et addictions : L'alimentation peut-elle devenir une addiction ? 2017;54-5.
16. Cloos DJ-M. Le dépistage précoce des mésusages d'alcool et/ou de benzodiazépines. 2010;3.
17. Cloos DJ-M. Alcool, tabac, benzodiazépines et autres dépendances. 2012;7-8.
18. Becker et al. Sex differences in the neural mechanisms mediating addiction: a new synthesis and hypothesis. 2012;
19. Kuntsche et Muller. Why do young people start drinking? Motives for first-time alcohol consumption and links to risky drinking in early adolescence. 2012;
20. Conway et al. Gender differences in worry and associated cognitive-behavioral variables. 2003;
21. Becker et Hu. Sex differences in drug abuse. 2008;
22. ; Wagner et Anthony. Male-female differences in the risk of progression from first use to dependence upon cannabis, cocaine, and alcohol. 2007;
23. Grucza et al. Correspondence Between Secular Changes in Alcohol Dependence and Age of Drinking Onset Among Women in the United States. 2008;
24. Hernandez-Avila et al. Opioid-, cannabis- and alcohol-dependent women show more rapid progression to substance abuse treatment. 2004;
25. Brady et Randal. Gender differences in substance use disorders. 1999;
26. Mendelson et al. Cocaine Abuse. 1991;

27. Lynch. Effect of cocaine self-administration on striatal PKA-regulated signaling in male and female rats. 2006;
28. Simoni-Wastila et al. The gender dimension of non-medical use of prescription drugs in Europe and the Mediterranean region. 2004;
29. Colliver et al. Projecting drug use among aging baby boomers in 2020. 2006;
30. Powis. The differences between male and female drug users: community samples of heroin and cocaine users compared. 1996;
31. Rubino et Parolaro. Sexually Dimorphic Effects of Cannabinoid Compounds on Emotion and Cognition. 2011;
32. Perkins. Sex differences in long-term smoking cessation rates due to nicotine patch. 2001;
33. Cepeda-Benito et al. Meta-Analysis of the Efficacy of Nicotine Replacement Therapy for Smoking Cessation: Differences Between Men and Women. 2004;
34. Hensing et Spak. Introduction: gendering socio cultural alcohol and drug research. 2009;
35. Kandall. Women and drug addiction: a historical perspective. 2010;
36. Lecca et al. Handbook of Neuroscience for the Behavioral Sciences, Volume 2. 2006;
37. Roberts et al. Self-administration of cocaine on a progressive ratio schedule in rats: dose-response relationship and effect of haloperidol pretreatment. 1989;
38. Greenfield et al. Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: a review of the literature. 2007;
39. Moore MJ. The Transtheoretical Model of the Stages of Change and the Phases of Transformative Learning. *Journal of Transformative Education*. 2016;394-415.

40. Rollnick S, Butler CC, McCambridge J, Kinnersley P, Elwyn G, Resnicow K. Consultations about changing behaviour. *Bmj*. 2005;961-3.
41. Paris MdIC. Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant. 1999;18.
42. Frank M. Tims PD, Carl G. Leukefeld DSW. Cocaine Treatment: Research and Clinical Perspectives. 1993;111-39.
43. JAMA. A. US Public Health Service Report. A clinical practice guideline for teating tobacco use and dependence. 2000;32-44.
44. Sara Jo Nixon Pd. Assessing Cognitive Impairment. 1995;148-54.
45. McKay JR. Family therapy techniques. In Rotgers F KD, Morgenstern. Treating substance abuse. 1996;143-73.
46. Adès J LM. Alcoolisme et psychiatrie. Données actuelles et perspectives. Masson. 1997;10.
47. Gourani Mme. Approche épidémiologique de la toxicomanie en milieu universitaire à Marrakech. 2007;20.
48. Guillem E, Pelissolo A, Vorspan F, Bouchez-Arbabzadeh S, Lepine JP. Sociodemographic profiles, addictive and mental comorbidity in cannabis users in an outpatient specific setting. *L'Encephale*. 2011;226-33.
49. Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) Romain Guignard T, Raphaël Andler, Jean-Baptiste Richard, François Beck, Pierre Arwidson1. Usage de substances psychoactives des chômeurs et des actifs occupés et facteurs associés : une analyse secondaire du baromètre santé. 2010;1.
50. Aubin HJ TS, Barrucand D. Depression et tabagisme. *L'Encephale*. 1996;17-22.
51. GA. M. Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. 1985;128-200.
52. M. Sabir, F. El Omari, J. Mehssani, J. Toufiq. Réduction des risques liés aux addictions. 2013;

53. E.Guilema. Facteurs sociodémographiques, conduites addictives et comorbidité psychiatriques des usagers de cannabis vu en consultation spécialisée. 2011;
54. Oulmidi A. Profil épidémiologique des usagers de substances psychoactives fréquentant le centre d'addictologie de Marrakech. 2016;34.
55. Gourani Mme. Approche épidémiologique de la toxicomanie en milieu universitaire à Marrakech. 2007;22.
56. Le ministère de la santé Marocain. Une enquête épidémiologique de prévalence des facteurs de risque des maladies non transmissibles. 2009;
57. Jallal Toufiq, Fatima El Omari, Maria Sabir. Rapport Annuel de l'Observatoire National des Drogues et Addictions (ONDA). 2017;21.
58. Beck F, Guignard R, Richard J-B. Usages de drogues et pratiques addictives en France (Analyses du Baromètre santé Inpes). 2010;81.
59. Observatoire français des drogues et des toxicomanies Beck F,. Drogues, Chiffres clés. 2014;7.
60. Observatoire français des drogues et des toxicomanies Beck F,. Drogues, Chiffres clés. 2014;5.
61. Beck F. GA, Guignard R. et Richard J.B. Consommations de médicaments psychotropes en population générale. Données du Baromètre santé. 2012;38-44.
62. Mayumi Okuda et al. Mental health of victims of intimate partner violence: results from a national epidemiologic survey. 2011;62.
63. Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants. Chapitre I. Les femmes et les drogues. 2017;15.
64. Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants. Chapitre I. Les femmes et les drogues. 2017;17.
65. Levitt et Cloitre. A clinician's guide to STAIR/MPE: Treatment for PTSD related to childhood abuse. 2005;

66. Fisher G. Pharmacologic Treatment of Opioid Addiction During Pregnancy. *Nursing for women's health*. 2017;34-44.
67. farges F, Corcos M, Speranza M, Loas G, Perez-Diaz F, Venisse JL, et al. Alexithymia, depression and drug addiction. *L'Encephale*. 2009;201-11.
68. Rich C, Fowler R, Young D. Substance Abuse and Suicide of San Diego Study. *Annals of Clinical Psychiatry*. 2010;79-85.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

- *Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.*
- *Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.*
- *Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.*
- *Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.*
- *Les médecins seront mes frères.*
- *Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*
- *Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.*
- *Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*
- *Je m'y engage librement et sur mon honneur.*

قسم أبقراط

بسم الله الرحمان الرحيم

أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضوا في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- ◀ بأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية.
 - ◀ وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه.
 - ◀ وأن أمارس مهنتي بوازع من ضميري وشرفي جاعلا صحة مريضى هدفي الأول.
 - ◀ وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي.
 - ◀ وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب.
 - ◀ وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي.
 - ◀ وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي.
 - ◀ وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها.
 - ◀ وأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطريق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد.
 - ◀ بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسما بالله.
- والله على ما أقول شهيد.



المملكة المغربية
جامعة محمد الخامس بالرباط
كلية الطب والصيدلة
الرباط



أطروحة رقم: 347

سنة: 2019

الإدمان عند النساء

في المغرب

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم:

من طرف

السيد: بلعوايي حريم

المزداد 28 فبراير 1992 بمكناس

لنيل شهادة دكتور في الطب

الكلمات الأساسية: الإدمان - المرأة - المواد ذات التأثير النفساني - إزالة السموم.

أعضاء لجنة التحكيم:

رئيس

السيد: حسن كسرى

أستاذ في الطب النفسي

مشرف

السيدة: فاطمة عمري

أستاذة في الطب النفسي

أعضاء

السيد: محمد قادري

أستاذ في الطب النفسي

السيدة: مريّة صابر

أستاذة في الطب النفسي