

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

ANNEE: 2013

THESE N°: 249

USAGE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES
CHEZ LES PATIENTS VIVANTS AVEC LE VIH
(ENQUETE AUPRES DE 103 PATIENTS)

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le :

PAR

Mlle. Ouafae ZAIMI

Née le 13 Juin 1980 à Oujda

Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine

MOTS CLES: VIH – Substances psychoactives – Prévalence – Pratique sexuelle – Injection.

JURY

Mr. M. ADNAOUI

Professeur de Médecine Interne

PRESIDENT

Mme. F. EL OMARI

Professeure de Psychiatrie

RAPPORTEUR

Mr. J. TOUFIQ

Professeur de Psychiatrie

Mr. M. Z. BICHRA

Professeur de Psychiatrie

JUGES

Mme. M. MAAMAR

Professeur de Médecine Interne

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سبحانك لا علم لنا إلا ما علمتنا
إنك أنت العليم الحكيم

صَلَّى
الْحَقِيمِ

سورة البقرة: الآية: 31



17 JUIN 2013

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

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 estudiantines
Professeur Mohammed AHALLAT
Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération
Professeur Jamal TAOUFIK
Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie
Professeur Jamal TAOUFIK
Secrétaire Général : Mr. El Hassane AHALLAT

PROFESSEURS :

Mai et Octobre 1981

Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajih
Pr. TAOBANE Hamid*

Chirurgie Cardio-Vasculaire
Chirurgie Thoracique

Mai et Novembre 1982

Pr. ABROUQ Ali*
Pr. BENSOUA Mohamed
Pr. BENOSMAN Abdellatif
Pr. LAHBABI Naïma

Oto-Rhino-Laryngologie
Anatomie
Chirurgie Thoracique
Physiologie

Novembre 1983

Pr. BELLAKHDAR Fouad
Pr. HAJJAJ Najia ép. HASSOUNI

Neurochirurgie
Rhumatologie

Décembre 1984

Pr. EL GUEDDARI Brahim El Khalil
Pr. MAAOUNI Abdelaziz
Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi
Pr. SETTAF Abdellatif

Radiothérapie
Médecine Interne
Anesthésie -Réanimation
Chirurgie

Novembre et Décembre 1985

Pr. BENJELLOUN Halima
Pr. BENSAID Younes
Pr. EL ALAOUI Faris Moulay El Mostafa
Pr. IRAQI Ghali

Cardiologie
Pathologie Chirurgicale
Neurologie
Pneumo-physiologie

Janvier, Février et Décembre 1987

Pr. AJANA Ali
Pr. CHAHED OUAZZANI Houria
Pr. EL YAACOUBI Moradh
Pr. ESSAID EL FEYDI Abdellah
Pr. LACHKAR Hassan
Pr. YAHYAOUI Mohamed

Radiologie
Gastro-Entérologie
Traumatologie Orthopédie
Gastro-Entérologie
Médecine Interne
Neurologie

Décembre 1988

Pr. BENHAMAMOUCHE Mohamed Najib
Pr. DAFIRI Rachida
Pr. HERMAS Mohamed
Pr. TOLOUNE Farida*

Chirurgie Pédiatrique
Radiologie
Traumatologie Orthopédie
Médecine Interne

Décembre 1989 Janvier et Novembre 1990

Pr. ADNAOUI Mohamed
Pr. BOUKILI MAKHOUKHI Abdelali*
Pr. CHAD Bouziane
Pr. CHKOFF Rachid
Pr. HACHIM Mohammed*
Pr. KHARBACH Aïcha
Pr. MANSOURI Fatima
Pr. OUAZZANI Taïbi Mohamed Réda
Pr. TAZI Saoud Anas

Médecine Interne
Cardiologie
Pathologie Chirurgicale
Pathologie Chirurgicale
Médecine-Interne
Gynécologie -Obstétrique
Anatomie-Pathologique
Neurologie
Anesthésie Réanimation

Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AL HAMANY Zaïtounia
Pr. AZZOUZI Abderrahim
Pr. BAYAHIA Rabéa
Pr. BELKOUCHI Abdelkader
Pr. BENABDELLAH Chahrazad
Pr. BENCHEKROUN Belabbes Abdellatif
Pr. BENSOUDA Yahia
Pr. BERRAHO Amina
Pr. BEZZAD Rachid
Pr. CHABRAOUI Layachi
Pr. CHERRAH Yahia
Pr. CHOKAIRI Omar
Pr. JANATI Idrissi Mohamed*
Pr. KHATTAB Mohamed

Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation
Néphrologie
Chirurgie Générale
Hématologie
Chirurgie Générale
Pharmacie galénique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Biochimie et Chimie
Pharmacologie
Histologie Embryologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie

Pr. SOULAYMANI Rachida
Pr. TAOUFIK Jamal

Pharmacologie
Chimie thérapeutique

Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed
Pr. BENSOUDA Adil
Pr. BOUJIDA Mohamed Najib
Pr. CHAHED OUAZZANI Laaziza
Pr. CHRAIBI Chafiq
Pr. DAOUDI Rajae
Pr. DEHAYNI Mohamed*
Pr. EL OUAHABI Abdessamad
Pr. FELLAT Rokaya
Pr. GHAFIR Driss*
Pr. JIDDANE Mohamed
Pr. OUAZZANI TAIBI Med Charaf Eddine
Pr. TAGHY Ahmed
Pr. ZOUHDI Mimoun

Chirurgie Générale
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Gastro-Entérologie
Gynécologie Obstétrique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Neurochirurgie
Cardiologie
Médecine Interne
Anatomie
Gynécologie Obstétrique
Chirurgie Générale
Microbiologie

Mars 1994

Pr. AGNAOU Lahcen
Pr. BENCHERIFA Fatiha
Pr. BENJAAFAR Noureddine
Pr. BEN RAIS Nozha
Pr. CAOUI Malika
Pr. CHRAIBI Abdelmjid
Pr. EL AMRANI Sabah
Pr. EL AOUAD Rajae
Pr. EL BARDOUNI Ahmed
Pr. EL HASSANI My Rachid
Pr. EL IDRISSE Lamghari Abdennaceur
Pr. ERROUGANI Abdelkader
Pr. ESSAKALI Malika
Pr. ETTAYEBI Fouad
Pr. HADRI Larbi*
Pr. HASSAM Badredine
Pr. IFRINE Lahssan
Pr. JELTHI Ahmed
Pr. MAHFOUD Mustapha
Pr. MOUDENE Ahmed*
Pr. RHRAB Brahim
Pr. SENOUCI Karima

Ophtalmologie
Ophtalmologie
Radiothérapie
Biophysique
Biophysique
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Gynécologie Obstétrique
Immunologie
Traumato-Orthopédie
Radiologie
Médecine Interne
Chirurgie Générale
Immunologie
Chirurgie Pédiatrique
Médecine Interne
Dermatologie
Chirurgie Générale
Anatomie Pathologique
Traumatologie – Orthopédie
Traumatologie- Orthopédie
Gynécologie –Obstétrique
Dermatologie

Mars 1994

Pr. ABBAR Mohamed*
Pr. ABDELHAK M'barek

Urologie
Chirurgie – Pédiatrique

Pr. BELAIDI Halima
Pr. BRAHMI Rida Slimane
Pr. BENTAHILA Abdelali
Pr. BENYAHIA Mohammed Ali
Pr. BERRADA Mohamed Saleh
Pr. CHAMI Ilham
Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae
Pr. EL ABBADI Najia
Pr. HANINE Ahmed*
Pr. JALIL Abdelouahed
Pr. LAKHDAR Amina
Pr. MOUANE Nezha

Mars 1995

Pr. ABOUQUAL Redouane
Pr. AMRAOUI Mohamed
Pr. BAIDADA Abdelaziz
Pr. BARGACH Samir
Pr. BEDDOUCHE Amokrane*
Pr. CHAARI Jilali*
Pr. DIMOU M'barek*
Pr. DRISSI KAMILI Med Nordine*
Pr. EL MESNAOUI Abbes
Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
Pr. FERHATI Driss
Pr. HASSOUNI Fadil
Pr. HDA Abdelhamid*
Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
Pr. IBRAHIMY Wafaa
Pr. MANSOURI Aziz
Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia
Pr. SEFIANI Abdelaziz
Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

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. MOHAMMADINE EL Hamid
Pr. MOHAMMADI Mohamed
Pr. MOULINE Soumaya
Pr. OUADGHIRI Mohamed

Neurologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Gynécologie – Obstétrique
Traumatologie – Orthopédie
Radiologie
Ophtalmologie
Neurochirurgie
Radiologie
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Urologie
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Oto-Rhino-Laryngologie
Gynécologie Obstétrique
Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène
Cardiologie
Urologie
Ophtalmologie
Radiothérapie
Ophtalmologie
Génétique
Réanimation Médicale

Radiologie
Chirurgie Pédiatrie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie Générale
Médecine Interne
Pneumo-phtisiologie
Traumatologie-Orthopédie

Pr. OUZEDDOUN Naima
Pr. ZBIR EL Mehdi*

Néphrologie
Cardiologie

Novembre 1997

Pr. ALAMI Mohamed Hassan
Pr. BEN AMAR Abdesselem
Pr. BEN SLIMANE Lounis
Pr. BIROUK Nazha
Pr. CHAOUI Souad*
Pr. DERRAZ Said
Pr. ERREIMI Naima
Pr. FELLAT Nadia
Pr. GUEDDARI Fatima Zohra
Pr. HAIMEUR Charki*
Pr. KADDOURI Nouredine
Pr. KOUTANI Abdellatif
Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
Pr. NAZI M'barek*
Pr. OUAHABI Hamid*
Pr. TAOUFIQ Jallal
Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Gynécologie-Obstétrique
Chirurgie Générale
Urologie
Neurologie
Radiologie
Neurochirurgie
Pédiatrie
Cardiologie
Radiologie
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Cardiologie
Neurologie
Psychiatrie
Gynécologie Obstétrique

Novembre 1998

Pr. AFIFI RAJAA
Pr. BENOMAR ALI
Pr. BOUGTAB Abdesslam
Pr. ER RIHANI Hassan
Pr. EZZAITOUNI Fatima
Pr. LAZRAK Khalid *

Gastro-Entérologie
Neurologie
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Néphrologie
Traumatologie Orthopédie

Pr. BENKIRANE Majid*
Pr. KHATOURI ALI*
Pr. LABRAIMI Ahmed*

Hématologie
Cardiologie
Anatomie Pathologique

Janvier 2000

Pr. ABID Ahmed*
Pr. AIT OUMAR Hassan
Pr. BENCHERIF My Zahid
Pr. BENJELLOUN Dakhama Badr.Sououd
Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
Pr. CHAOUI Zineb
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
Pr. ECHARRAB El Mahjoub
Pr. EL FTOUH Mustapha
Pr. EL MOSTARCHID Brahim*

Pneumophtisiologie
Pédiatrie
Ophtalmologie
Pédiatrie
Pneumo-phtisiologie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pneumo-phtisiologie
Neurochirurgie

Pr. EL OTMANY Azzedine
Pr. HAMMANI Lahcen
Pr. ISMAILI Mohamed Hatim
Pr. ISMAILI Hassane*
Pr. KRAMI Hayat Ennoufouss
Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*
Pr. TACHINANTE Rajae
Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Novembre 2000

Pr. AIDI Saadia
Pr. AIT OURHROUI Mohamed
Pr. AJANA Fatima Zohra
Pr. BENAMR Said
Pr. BENCHEKROUN Nabiha
Pr. CHERTI Mohammed
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
Pr. EL HASSANI Amine
Pr. EL IDGHIRI Hassan
Pr. EL KHADER Khalid
Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*
Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
Pr. HSSAIDA Rachid*
Pr. LAHLOU Abdou
Pr. MAFTAH Mohamed*
Pr. MAHASSINI Najat
Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae
Pr. NASSIH Mohamed*
Pr. ROUIMI Abdelhadi

Décembre 2001

Pr. ABABOU Adil
Pr. BALKHI Hicham*
Pr. BELMEKKI Mohammed
Pr. BENABDELJLIL Maria
Pr. BENAMAR Loubna
Pr. BENAMOR Jouda
Pr. BENELBARHDADI Imane
Pr. BENNANI Rajae
Pr. BENOUCHEANE Thami
Pr. BENYOUSSEF Khalil
Pr. BERRADA Rachid
Pr. BEZZA Ahmed*
Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
Pr. BOUHOUCHE Rachida

Chirurgie Générale
Radiologie
Anesthésie-Réanimation
Traumatologie Orthopédie
Gastro-Entérologie
Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Médecine Interne

Neurologie
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale
Ophtalmologie
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie
Oto-Rhino-Laryngologie
Urologie
Rhumatologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Anesthésie-Réanimation
Traumatologie Orthopédie
Neurochirurgie
Anatomie Pathologique
Pédiatrie
Stomatologie Et Chirurgie Maxillo-Faciale
Neurologie

Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Ophtalmologie
Neurologie
Néphrologie
Pneumo-phtisiologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Pédiatrie
Dermatologie
Gynécologie Obstétrique
Rhumatologie
Anatomie
Cardiologie

Pr. BOUMDIN El Hassane*
Pr. CHAT Latifa
Pr. CHELLAOUI Mounia
Pr. DAALI Mustapha*
Pr. DRISSI Sidi Mourad*
Pr. EL HIJRI Ahmed
Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
Pr. EL MADHI Tarik
Pr. EL MOUSSAIF Hamid
Pr. EL OUNANI Mohamed
Pr. ETTAIR Said
Pr. GAZZAZ Miloudi*
Pr. GOURINDA Hassan
Pr. HRORA Abdelmalek
Pr. KABBAJ Saad
Pr. KABIRI EL Hassane*
Pr. LAMRANI Moulay Omar
Pr. LEKEHAL Brahim
Pr. MAHASSIN Fattouma*
Pr. MEDARHRI Jalil
Pr. MIKDAME Mohammed*
Pr. MOHSINE Raouf
Pr. NOUINI Yassine
Pr. SABBABH Farid
Pr. SEFIANI Yasser
Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

Radiologie
Radiologie
Radiologie
Chirurgie Générale
Radiologie
Anesthésie-Réanimation
Neuro-Chirurgie
Chirurgie-Pédiatrique
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Neuro-Chirurgie
Chirurgie-Pédiatrique
Chirurgie Générale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Thoracique
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Médecine Interne
Chirurgie Générale
Hématologie Clinique
Chirurgie Générale
Urologie
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 BARNOUSSI Leila
Pr. EL HAOURI Mohamed *
Pr. EL MANSARI Omar*
Pr. ES-SADEL Abdelhamid

Anatomie Pathologique
Urologie
Cardiologie
Gastro-Entérologie
Biochimie-Chimie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Anatomie Pathologique
Psychiatrie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Chirurgie Pédiatrique
Gynécologie Obstétrique
Dermatologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale

Pr. FILALI ADIB Abdelhai
 Pr. HADDOUR Leila
 Pr. HAJJI Zakia
 Pr. IKEN Ali
 Pr. ISMAEL Farid
 Pr. JAAFAR Abdeloihab*
 Pr. KRIOUILE Yamina
 Pr. LAGHMARI Mina
 Pr. MABROUK Hfid*
 Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*
 Pr. MOUSTAGHFIR Abdelhamid*
 Pr. NAITLHO Abdelhamid*
 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*

Janvier 2004

Pr. ABDELLAH El Hassan
 Pr. AMRANI Mariam
 Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
 Pr. BENKIRANE Ahmed*
 Pr. BOUGHALEM Mohamed*
 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. JABOUIRIK Fatima
 Pr. KARMANE Abdelouahed
 Pr. KHABOUZE Samira
 Pr. KHARMAZ Mohamed
 Pr. LEZREK Mohammed*
 Pr. MOUGHIL Said
 Pr. SASSENOU ISMAIL*
 Pr. TARIB Abdelilah*
 Pr. TIJAMI Fouad
 Pr. ZARZUR Jamila
 Pr. ABBASSI Abdellah

Gynécologie Obstétrique
 Cardiologie
 Ophtalmologie
 Urologie
 Traumatologie Orthopédie
 Traumatologie Orthopédie
 Pédiatrie
 Ophtalmologie
 Traumatologie Orthopédie
 Gynécologie Obstétrique
 Cardiologie
 Médecine Interne
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Traumatologie Orthopédie
 Chirurgie Générale
 Pneumophtisiologie
 Néphrologie
 Anesthésie Réanimation
 Pédiatrie
 Chirurgie Générale

Ophtalmologie
 Anatomie Pathologique
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Gastro-Entérologie
 Anesthésie Réanimation
 Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
 Neurologie
 Traumatologie Orthopédie
 Anatomie Pathologique
 Radiologie
 Gynécologie Obstétrique
 Pédiatrie
 Cardiologie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Ophtalmologie
 Gynécologie Obstétrique
 Traumatologie Orthopédie
 Urologie
 Chirurgie Cardio-Vasculaire
 Gastro-Entérologie
 Pharmacie Clinique
 Chirurgie Générale
 Cardiologie **Janvier 2005**
 Chirurgie Réparatrice et Plastique

Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
Pr. ALAOUI Ahmed Essaid
Pr. ALLALI Fadoua
Pr. AMAZOUZI Abdellah
Pr. AZIZ Nouredine*
Pr. BAHIRI Rachid
Pr. BARKAT Amina
Pr. BENHALIMA Hanane
Pr. BENHARBIT Mohamed
Pr. BENYASS Aatif
Pr. BERNOUSSI Abdelghani
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Mohamed
Pr. DOUDOUH Abderrahim*
Pr. EL HAMZAOUI Sakina
Pr. HAJJI Leila
Pr. HESSISSEN Leila
Pr. JIDAL Mohamed*
Pr. KARIM Abdelouahed
Pr. KENDOSSI Mohamed*
Pr. LAAROUSSI Mohamed
Pr. LYAGOUBI Mohammed
Pr. NIAMANE Radouane*
Pr. RAGALA Abdelhak
Pr. SBIHI Souad
Pr. TNACHERI OUAZZANI Btissam
Pr. ZERAIDI Najia

Décembre 2005

Pr. CHANI Mohamed

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*
Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
Pr. DOGHMI Nawal
Pr. ESSAMRI Wafaa
Pr. FELLAT Ibtissam
Pr. FAROUDY Mamoun
Pr. GHADOUANE Mohammed*
Pr. HARMOUCHE Hicham

Chirurgie Générale
Microbiologie
Rhumatologie
Ophtalmologie
Radiologie
Rhumatologie
Pédiatrie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo Faciale
Ophtalmologie
Cardiologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Biophysique
Microbiologie
Cardiologie
Pédiatrie
Radiologie
Ophtalmologie
Cardiologie
Chirurgie Cardio-vasculaire
Parasitologie
Rhumatologie
Gynécologie Obstétrique
Histo-Embryologie Cytogénétique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique

Anesthésie Réanimation

Rhumatologie
Radiologie
Hématologie
O.R.L
Biophysique
Chirurgie - Pédiatrique
Chirurgie Cardio – Vasculaire
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Gastro-entérologie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Urologie
Médecine Interne

Pr. HANAFI Sidi Mohamed*
Pr. IDRIS LAHLOU Amin
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

Octobre 2007

Pr. ABIDI Khalid
Pr. ACHACHI Leila
Pr. ACHOUR Abdessamad*
Pr. AIT HOUSSA Mahdi*
Pr. AMHAJJI Larbi*
Pr. AMMAR Haddou
Pr. AOUI Sarra
Pr. BAITE Abdelouahed*
Pr. BALOUCH Lhousaine*
Pr. BENZIANE Hamid*
Pr. BOUTIMZIANE Nourdine
Pr. CHARKAOUI Naoual*
Pr. EHIRCHIOU Abdelkader*
Pr. ELABSI Mohamed
Pr. EL BEKKALI Youssef*
Pr. EL MOUSSAOUI Rachid
Pr. EL OMARI Fatima
Pr. GANA Rachid
Pr. GHARIB Noureddine
Pr. HADADI Khalid*
Pr. ICHOU Mohamed*
Pr. ISMAILI Nadia
Pr. KEBDANI Tayeb
Pr. LALAOUI SALIM Jaafar*
Pr. LOUZI Lhousain*
Pr. MADANI Naoufel
Pr. MAHI Mohamed*

Anesthésie Réanimation
Microbiologie
Radiologie
Urologie
Pédiatrie
Psychiatrie
Chirurgie – Pédiatrique
Pharmacie Galénique
Parasitologie
Radiothérapie
Psychiatrie
Endocrinologie
Psychiatrie
Pneumo – Phtisiologie
Biochimie
Pneumo – Phtisiologie

Réanimation médicale
Pneumo phtisiologie
Chirurgie générale
Chirurgie cardio vasculaire
Traumatologie orthopédie
ORL
Parasitologie
Anesthésie réanimation
Biochimie-chimie
Pharmacie clinique
Ophtalmologie
Pharmacie galénique
Chirurgie générale
Chirurgie générale
Chirurgie cardio vasculaire
Anesthésie réanimation
Psychiatrie
Neuro chirurgie
Chirurgie plastique et réparatrice
Radiothérapie
Oncologie médicale
Dermatologie
Radiothérapie
Anesthésie réanimation
Microbiologie
Réanimation médicale
Radiologie

Pr. MARC Karima
Pr. MASRAR Azlarab
Pr. MOUSSAOUI Abdelmajid
Pr. MOUTAJ Redouane *
Pr. MRABET Mustapha*
Pr. MRANI Saad*
Pr. OUZZIF Ez zohra*
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

Décembre 2008

Pr ZOUBIR Mohamed*
Pr TAHIRI My El Hassan*

PROFESSEURS AGREGES :

Mars 2009

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

Pneumo ptisiologie
Hématologie biologique
Anesthésier réanimation
Parasitologie
Médecine préventive santé publique et hygiène
Virologie
Biochimie-chimie
Médecine interne
Radiologie
Microbiologie
Microbiologie
Radiothérapie
Chirurgie vasculaire périphérique
Ophtalmologie
Chirurgie générale
Traumatologie orthopédie
Parasitologie
Cardiologie

Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale

Médecine interne
Pédiatre
Chirurgie Générale
Neurologie
Neuro-chirurgie
Radiologie
Chirurgie Cardio-vasculaire
Rhumatologie
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Anatomie
Biochimie-chimie
Dermatologie
Chirurgie Générale
Traumatologie orthopédique
Hématologie biologique
Chirurgie vasculaire périphérique
Hématologie clinique
Chirurgie Générale
Microbiologie

Pr. ENNIBI Khalid*
Pr. FATHI Khalid
Pr. HASSIKOU Hasna *
Pr. KABBAJ Nawal
Pr. KABIRI Meryem
Pr. KADI Said *
Pr. KARBOUBI Lamya
Pr. L'KASSIMI Hachemi*
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 *
Pr. ZOUHAIR Said*

Octobre 2010

Pr. ALILOU Mustapha
Pr. AMEZIANE Taoufiq*
Pr. BELAGUID Abdelaziz
Pr. BOUAITY Brahim*
Pr. CHADLI Mariama*
Pr. CHEMSI Mohamed*
Pr. CHERRADI Ghizlan
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. LEZREK Mounir
Pr. MALIH Mohamed*
Pr. MOSADIK Ahlam
Pr. MOUJAHID Mountassir*
Pr. NAZIH Mouna*
Pr. RAISSOUNI Zakaria*
Pr. ZOUAIDIA Fouad

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

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

Mai 2012

Pr. Abdelouahed AMRANI
Pr. ABOUELALAA Khalil*
Pr. Ahmed JAHID
Pr. BELAIZI Mohamed*
Pr. BENCHEBBA Drissi*
Pr. DRISSI Mohamed*
Pr. EL KHATTABI Abdessadek*
Pr. EL OUAZZANI Hanane*
Pr. MEHSSANI Jamal*
Pr. Mouna EL ALAOUI MHAMDI
Pr. Mounir ER-RAJI
Pr. RAISSOUNI Maha*

Chirurgie Pédiatrique
Anesthésie Réanimation
Anatomie Pathologique
Psychiatrie
Traumatologie Orthopédique
Anesthésie Réanimation
Médecine Interne
Pneumophtisiologie
Psychiatrie
Chirurgie Générale
Chirurgie Pédiatrique
Cardiologie

ENSEIGNANTS SCIENTIFIQUES *PROFESSEURS*

Pr. ABOUDRAR Saadia
Pr. ALAMI OUHABI Naima
Pr. ALAOUI KATIM
Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma
Pr. ANSAR M'hammed
Pr. BOUHOUCHE Ahmed
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz
Pr. BOURJOUANE Mohamed
Pr. CHAHED OUAZZANI Lalla Chadia
Pr. DAKKA Taoufiq
Pr. DRAOUI Mustapha
Pr. EL GUESSABI Lahcen
Pr. ETTAIB Abdelkader
Pr. FAOUZI Moulay El Abbès
Pr. HAMZAOUI Laila
Pr. HMAMOUCHE Mohamed
Pr. IBRAHIMI Azeddine
Pr. KHANFRI Jamal Eddine
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med
Pr. REDHA Ahlam
Pr. TOUATI Driss
Pr. ZAHIDI Ahmed
Pr. ZELLOU Amina

Physiologie
Biochimie
Pharmacologie
Histologie-Embryologie
Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Génétique Humaine
Applications Pharmaceutiques
Microbiologie
Biochimie
Physiologie
Chimie Analytique
Pharmacognosie
Zootechnie
Pharmacologie
Biophysique
Chimie Organique
Biotechnologie
Biologie
Chimie Organique
Biochimie
Pharmacognosie
Pharmacologie
Chimie Organique

*Enseignants Militaires**

Mise à jour le 02/05/2013

Toutes les lettres

ne sauraient trouver les mots qu'il faut. . . .

*Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude, l'amour,
le respect, la reconnaissance. . . .*

Aussi, c'est tout simplement que. . . .

Je dédie cette thèse à. . . .





A MA TRÈS CHÈRE MAMAN,

Vous avez toujours cru en moi. Merci pour votre soutien sans faille durant ces longues années, un soutien matériel et affectif sans lesquels je n'en serais pas là aujourd'hui. Rien au monde ne pourrait compenser les sacrifices que vous avez endurés durant mes longues années d'études.

Ma réussite est aussi la vôtre. J'espère un jour vous donner autant que ce que vous m'avez donné.

Maman, je vous témoigne ici, mon profond amour et ma profonde gratitude.

Que dieu vous accorde la santé et la longue vie.

A MON CHER PÈRE,

Vous devez être fier de ce que j'ai pu réaliser, le chemin n'était pas facile.

Que dieu vous accorde la santé et la longue vie.





MES TRÈS CHERS GRANDS - PARENTS,

Pour votre inéluctable patience et pour tous les efforts que vous avez consenti pour mon éducation et mon bien être.

C'est grâce à ALLAH puis à vous que je suis devenue ce que je suis aujourd'hui.

Puisse ALLAH m'aider pour rendre un peu soit-il de ce que vous m'avez donné.

Puisse ALLAH vous accorder santé, bonheur et longue vie.

*MON CHER ONCLE RACHID, MA CHÈRE TANTE ZAKIA
ET TOUTE MA FAMILLE,*

Je ne peux exprimer à travers ces lignes tous mes sentiments d'amour et de tendresse envers vous.

Je vous remercie d'avoir toujours été à mes côtés et j'espère que vous trouverez dans cette thèse l'expression de ma grande affection pour vous.

Que dieu vous protège et consolide les liens sacrés qui nous unissent.





MES CHERS AMIS ET COLLEGUES :

*Aziz FADLOULLAH, Nabil ZAIMI, Abdelatif AL HACHEMI, Nana
YOUCHAOU et DR Moulay Hafid El Maaqili.*

Une spéciale dédicace au DR Amal BOURAOUI

*Aucun mot ne saurait exprimer mes sentiments de considération et de
reconnaissance envers votre soutien et vos encouragements le long de mes études.*

*Vous avez toujours donné l'exemple des amis attentifs et fidèles, et des
camarades serviables et marrants.*

Je vous souhaite santé, bonheur et prospérité.

A tous ceux qui me sont cher et que j'ai omis de citer

*A toutes ces rencontres qui m'ont été si précieuses tout au long de mon parcours
de combattante.*

*A tous ceux qui ont pour mission cette tâche de soulager l'être humain et
d'essayer de lui procurer le bien-être physique, psychique et social.*





Remerciements





A notre maître, Président de thèse,

Monsieur le Professeur Mohamed ADNAOUI

Doyen de la faculté de Médecine et de Pharmacie de RABAT

Professeur de médecine interne

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant la présidence de notre jury de thèse.

Votre culture scientifique, votre compétence et vos qualités humaines ont suscité en nous une grande admiration, et sont pour vos étudiants un exemple à suivre.

Veillez accepter, cher Maître, l'assurance de notre estime et notre profond respect.





*A notre maître, directeur de thèse,
Mme le Professeur Fatima EL OMARI
Professeur de psychiatrie*

Vous étiez toujours disponible pour nous encourager et nous apporter votre soutien durant nos dures années d'études. Espérant le meilleur pour ce qui va venir.....

Cher maître, votre rigueur, votre passion pour l'Addictologie, et vos critiques constructives tout au long de l'élaboration de ce travail ; ont suscité en nous une grande admiration.

En témoignage de notre reconnaissance indéterminée, nous vous prions cher maître de trouver en cet instant solennel, l'expression de notre sincère gratitude et notre profond attachement.





*A notre maître, et Juge de thèse,
Monsieur le Professeur Jallal TOUFIQ
Professeur de psychiatrie*

*Nous avons le privilège et le grand honneur de vous avoir parmi les
membres de notre jury.*

*Veillez accepter, cher Maître, nos remerciements et notre admiration pour
vos qualités d'enseignant et votre compétence.*





A notre maître, et Juge de thèse,

Monsieur le Professeur Mohamed Zakaria BICHERA

Professeur de psychiatrie

Pour l'honneur que vous faite en acceptant de juger et critiquer notre travail ; que vous trouvez ici, cher Maître, le témoignage de notre grand respect pour votre compétence et vos qualités humaines.





*A notre maître, et Juge de thèse,
Mme le Professeur Mouna MAMMAR,
Professeur de Médecine interne*

Pour l'honneur que vous faite en acceptant de juger et critiquer notre travail; que vous trouvez ici cher Maître, le témoignage de notre grand respect.





A notre maître,

Monsieur le Professeur Mohamed AOUNI

Chef de service de Médecine A de l'hôpital Ibn Sina

Nous vous adressons nos plus vifs remerciements pour votre précieuse aide dans l'élaboration de cette étude.

Trouvez ici cher Maître le témoignage de notre grande reconnaissance.

Au Dr Fatima RHOUFRANI

Présidente de l'association de lutte contre le sida (ALCS), section de Rabat,

Merci pour votre compréhension et pour avoir rendu possible la réalisation de ce travail.

Soyez assurés de notre gratitude et de notre profond respect.





Au DR Hanane TAIBI

Merci pour vos efforts inlassables, votre soutien indéfectible et votre compétence à toutes les étapes de ce travail.

Veillez accepter mes sincères remerciements de même que le témoignage de mon profond respect.

Au DR Adil EL AMMOURI

Je vous remercie énormément pour votre aide et votre patience dans la réalisation des analyses statistiques.

Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude.



Liste des abréviations :

AFSSAPS	: Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
ALCS	: Association de lutte contre le sida
AMM	: Autorisation de mise sur le marché
ANRS	: Agence national de recherche sur le sida
ANRS CO3	
AQUITAINE	: Cohorte sur la région Aquitaine (France)
ANRS VESPA EN12:	Cohorte sur la France métropolitaine, Guyane et aux Antilles
AOMI	: Artériopathie oblitérante des membres inférieures
ARV	: Antiretroviral
ASSIST	: Alcohol, smoking and substance involvement screening test
AVC	: Accident vasculaire cérébral
BHD	: Buprénorphine haut dosage
BZD	: Benzodiazépine
CARRUD	: Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues
CEIP	: Centres d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance
CIM-10	: Classification Internationale des Maladies- Dixième version
CMV	: Cytomégalovirus
COREVIH	: Comité Régional de la lutte contre l'Infection due au VIH

DSM-IV	: Diagnostic and Statistical Manuel of mental disorders- Quatrième version
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manuel of mental disorders- Cinquième version
EBV	: Epstein barr virus
ECA	: Epidemiological Catchment Area
EM	: Entretien motivationnel
EMRO	: Eastern Mediterranean regional office
GABA	: Gamma-Aminobutyric_acid
GHB	: Acide 4-hydroxybutanoïque ou gamma-hydroxybutyrate
HAART	: Traitement antirétroviral hautement actif
HSH	: Hommes ayant des relations Sexuelles avec des Hommes
HTA	: Hypertension artérielle
IDM	: Infarctus du myocarde
INSERM	: Institut national de la santé et de la recherche médicale
INVS	: Institut de Veille Sanitaire
IREP	: Institut de recherche en épidémiologie de la pharmacodépendance
IST	: infection sexuellement transmissible
MENA	: Middle East and North Africa
MILDT	: Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies
NCS	: National comorbidity survey
OCRITIS	: Office central de répression du trafic illicite de stupéfiants

OFDT	: Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OMS	: Organisation mondiale de la santé
ONUDC	: Office des nations unies contre la drogue et le crime
ONUSIDA	: Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PCP	: Phencyclidine (ou 1-phénylcyclohexyl-pipéridine)
PES	: Programme d'échange de seringues
PVVIH	: Patients vivant avec le VIH
RDR	: Réduction des risques
SIDA	: Syndrome d'immunodéficience acquise
SPA	: Substance psychoactive
SPA+	: Consommateurs de substances psychoactives
SPA-	: Non consommateurs de substances psychoactives
TCC	: Thérapie comportementocognitive
TDHA	: Trouble déficit attention et hyperactivité
TSO	: Traitement substitutive des opiacés
UDI	: Usagers de drogues injectables
VHA	: Virus de l'hépatite A
VHB	: Virus de l'hépatite B
VHC	: Virus de l'hépatite C
VIH	: Virus d'immunodéficience humain
VIH+	: Patients atteints du virus d'immunodéficience humain



Sommaire



Introduction	1
Partie théorique	5
I. Généralités sur les addictions	6
1. Evolution des concepts en addictologie	6
2. Données épidémiologiques	8
2.1. Données internationales	8
2.2. Données nationales	8
3. Classifications des drogues et de l'usage	12
3.1. Classification des substances psychoactives	12
3.1.1. Les psycholeptiques	13
3.1.2. Les psychoanaleptiques	16
3.1.3. Les psychodysleptiques	19
3.1.4. Les drogues émergentes	23
3.2. Les différents types de l'usage de substances psychoactives	27
3.2.1. L'usage	27
3.2.2. L'abus ou usage nocif de substances psychoactives.....	27
3.2.3. La dépendance	30
4. Complications et comorbidités	34
4.1. La comorbidité	34
4.1.1. Les schizophrénies.....	35

4.1.2. Le trouble bipolaire.....	36
4.1.3. Les troubles de la personnalité.....	36
4.1.4. Les troubles anxiodépressifs	37
4.1.5. Le trouble de l'hyperactivité et déficit de l'attention TDHA	37
4.2. Les complications de l 'usage	38
4.2.1.Mortalité	38
4.2.2.Complications psychiatriques	38
4.2.3.Complications Somatiques	39
4.2.4. Les complications infectieuses chez l'usager de drogues par Voie intraveineuse	40
4.2.5.Les complications sociales	46
5. Etiopathogénie	46
5.1.théorie neurobiologique de l'addiction	47
5.2.théorie génétique	50
5.3.facteurs liés aux produits	51
5.4.Facteurs psychologiques	51
5.5.facteurs liés à l'environnement	52
6. Prise en charge de la maladie addictive.....	53
6.1.Les stratégies de prise en charge	53
6.1.1.Le temps de l'évaluation	53
6.1.2.Le choix de la stratégie de soins	55

Le conseil simple	55
Le sevrage	55
Traitement psychothérapeutique	61
II. La politique de réduction des risques (RDR)	64
1. Historique de la RDR	64
2. Objectifs	65
3. Les résultats de la RDR	67
4. Les pratiques à risque	67
1) Risques et dangers des drogues injectables	67
2) Pratiques sexuelles à risques.....	75
5. Application au Maroc	78
III. L'infection par le VIH et usage de substances psychoactives	82
1- Epidémiologie	82
2- Le virus de l'immunodéficience humaine.....	84
3- Conséquences de l'infection à VIH.....	87
4- Substances psychoactives et trithérapie	91
5- Méthadone et trithérapie.....	91
Partie pratique	93
A) Objectifs de l'étude	94
B) Matériel et méthode	95
Type d'étude.....	95

Population cible	95
Evaluation	96
Analyse statistique	97
C) Résultats	98
D) Discussion	117
E) Limites d'étude	128
F) Perspectives	129
Conclusion	131
Résumés	133
Annexes	137
Références bibliographiques	158



Introduction



La pandémie du virus d'immunodéficience humaine (VIH) est sans doute le problème sanitaire majeur de la fin du XXème siècle et du début du XXIème siècle. C'est une maladie singulière, de par ses modes de transmission, ses différentes populations exposées, son retentissement social et surtout sa constante et sa rapide évolution. Elle est aussi connue par ses taux de morbidité et de mortalité assez élevés.

La voie sexuelle, a été considérée pendant longtemps comme une voie majeure d'infection par le virus du VIH. Actuellement, l'utilisation du matériel non stérilisé dans les injections des drogues, ainsi que l'échange des instruments d'inhalation, commencent à gagner du terrain. Ces nouvelles voies de contamination exposent l'utilisateur à une infection imminente par ce virus mortel, provoquant ainsi sa dissémination rapide dans la population générale.

La surveillance du VIH dans des populations à haut risque, telles que les usagers des drogues injectables (UDI), a été recommandée par l'organisation mondiale de la santé (OMS) et le programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) pour des pays à épidémies concentrées ou peu actives. Ceci pour une riposte rapide, en introduisant une politique de réduction de risque et des programmes d'échange de seringues.

Ces dernières décennies et partout dans le monde, l'usage des drogues est devenu un problème majeur de santé publique. Au Maroc, les programmes de lutte contre l'usage de substances psychoactives (SPA) sous toutes ses formes, particulièrement chez les jeunes, constitue un axe stratégique qui vise la réduction de la demande et la prise en charge avec réduction des risques liés à l'injection et aux pratiques sexuelles.

Les études font ressortir les conséquences néfastes de l'utilisation des substances psychoactives sur le comportement des usagers.

L'usage de drogues constitue un vecteur non négligeable de transmission des infections sexuellement transmissibles, entre autres le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). En effet, Les usagers de drogues sont plus vulnérables au VIH, car sous l'emprise de substances psychoactives, la personne a tendance à sous évaluer les risques des rapports sexuels non protégés.

L'amélioration de la prise en charge thérapeutique des patients infectés par le VIH, a fait diminuer les causes de morbidité et de mortalité propres à l'infection.

Elle a fait émerger la problématique des substances psychoactives (SPA) et des comportements addictifs. L'addiction aux SPA peut constituer un facteur de risque majeur pour la santé des patients infectés par le VIH, qui justifient des mesures de prévention spécifiques judicieusement préparées et évaluées.

Même si la part des causes de morbidité et de mortalité attribuable à la consommation de SPA, peut encore être précisée, le dépistage de l'usage de SPA (tabac, alcool et autres drogues), doit être intégré dans la pratique quotidienne des équipes de soins et dans les programmes de santé de base.

Les médecins prenant en charge des patients infectés par le VIH sont en première ligne, ils sont amenés à interroger systématiquement les patients sur leur consommation de SPA et être en mesure de déceler leur souffrance psychiatrique. Ces troubles sont assez fréquents chez cette population, tant stigmatisée et fragilisée.

Un tel schéma de prise en charge simple, mettant en place des filières de soins entre les services de prise en charge des patients infectés par le VIH, les unités d'addictologie et de psychiatrie de liaison, pourrait dès à présent permettre de réduire le poids des addictions chez les patients infectés par le VIH et améliorer leur qualité de vie.

Dans le but d'évaluer la conduite de consommation de SPA et les pratiques à risque (Sexuelles, et échange de matériel d'usage), nous avons mené une étude auprès des patients suivis pour le VIH. Notre travail a été effectué au niveau du service de médecine interne (service de médecine A à l'hôpital Ibn Sina du CHU Rabat-Salé) et au sein de l'association de lutte contre le sida (ALCS section Rabat)- pendant une année (2011 -2012).



Partie théorique



I. Généralités sur les addictions

1. Evolution des concepts en addictologie :

Dès la plus haute Antiquité, les hommes reconnurent un état passager d'agréable euphorie et de comforts subjectifs singuliers aux breuvages alcooliques et à certaines plantes. Certes peu nombreuses à l'époque, mais ce sont exactement celles qu'on emploie encore à présent dans le même but. (1)

C'est entre 1810 et 1820 qu'apparaissent des discours remettant en cause la dépendance de l'opium et de l'alcool.

À partir de 1840, la diversité des produits relevant de l'usage abusif prend de l'ampleur. On a identifié des produits comme l'éther, le chloroforme, le haschich, la coca, la cocaïne, et la morphine.

Au fur et à mesure que l'usage se développe, de nouvelles terminologies ont vu le jour. En 1849, le suédois Magnus Huss établit le concept d'alcoolisme, ouvrant la voie à l'éthérisme, le morphinisme, le cocaïnisme.

Renaudin en 1853, propose de classer les intoxications comme des entités pathologiques. Autres termes ont vu le jour comme la morphinomanie, et la cocaïnomanie. C'est en 1880 qu'apparaît le terme générique de « toxicomanie » et ce n'est qu'après un siècle de recherche, en 1950, que les termes de dépendance physique et psychique ont vu le jour. Les instances internationales actuelles ont plus tendance d'attribuer à ce comportement le terme addiction.

Addiction » vient du latin «*ad dicere*» ou «*ad dictus*» qui signifie « dit à ». Sous l'Empire romain et au Moyen Âge, il s'agit d'une expression juridique qui est utilisée pour signifier la mise à disposition contrainte, de la personne endettée insolvable envers son créancier.

Plus tard, au 16e siècle, « addiction » a pu signifier le rapport de soumission de l'apprenti envers son maître, dans le cadre du contrat de l'apprentissage. Par la suite, le terme a évolué dans la langue anglaise pour signifier « être vouée à ».

Le concept général d'addiction est théorisé par le psychiatre Aviel Goodman en 1990 qui a défini l'addiction comme « un processus par lequel un comportement, qui peut fonctionner à la fois pour produire du plaisir et pour soulager un malaise intérieur. Il est utilisé sous un mode caractérisé par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit de conséquences négatives significatives.

Les pratiques addictives regroupent l'ensemble des conduites et comportements de consommation, que ce soit pour un produit (substance psychoactive) ou un comportement (achats compulsifs, jeu pathologique....). L'utilisation de ce concept permet de rompre avec le point de vue principalement médical qui centrait l'approche sur le produit utilisé. Il permet de disposer d'une approche commune et plus objective des troubles liés à l'abus et à la dépendance, et de sortir des termes stigmatisants comme l'alcoolisme, et la toxicomanie.

En 1970, le phénomène d'injection d'opiacés s'amplifie aux États-Unis. Il devient un problème majeur de santé, et s'est répandu progressivement dans les autres pays occidentaux. Dans les années 80, l'apparition du virus du VIH puis de ceux de l'Hépatite C et de l'hépatite B chez les usagers pratiquant l'injection ou dans une moindre mesure l'inhalation, a carrément amplifié le problème d'usage de drogues. Ceci a pu mettre en place des programmes de réduction de

risque qui avaient nettement amélioré la prise en charge des usagers de drogues les plus marginalisés et moins demandeurs de soins.

2. Données épidémiologiques :

2.1. Données internationales :

Selon le Rapport de l'office des nations unis contre drogues et crimes (ONUDC, 2012), la prévalence durant la vie de l'usage du tabac est de 25 % auprès de la population âgée de 15 ans et plus, elle est 42 % pour l'alcool (la consommation d'alcool étant légale dans la plupart des pays).

A l'échelle mondiale, environ 230 millions de personnes, soit 5 % de la population adulte mondiale (âgée de 15 à 64 ans), auraient consommé une drogue illicite au moins une fois durant la vie en 2010. On dénombrerait aussi environ 27 millions d'usagers problématiques de drogues.

Les deux drogues illicites les plus consommées restent le cannabis (prévalence durant l'année comprise entre 2,6 et 5,0 %) et les stimulants de type amphétaminiques, qui exception faite de "l'ecstasy" (entre 0,3 et 1,2 %). La prévalence de l'usage de l'héroïne et de la cocaïne, est près de 0,6 % de la population adulte mondiale, soit une personne sur 200. Il y'a 15,9 millions de personnes qui s'injectent des drogues dans le monde.

Au niveau de la région du moyen orient et du nord de l'Afrique (MENA), à laquelle le Maroc appartient, le nombre d'UDI est actuellement estimé à un million.

2.2. Données nationales :

A partir de 1970, dans la région de kétama (RIF), apparait une progression régulière et soutenue de culture illicite due à une forte demande extérieure.

La réduction de 40% des surfaces de culture de cannabis durant l'année 2005, témoignent des efforts du gouvernement marocain pour la lutte contre la culture et la production du cannabis. (2).

Les différentes études épidémiologiques réalisées au Maroc, témoignent que toutes les couches sociales sont affectées par l'augmentation des conduites addictives. La polyaddiction, ou l'usage concomitant ou alternant de plusieurs drogues, est devenue plus fréquente. Les addictions touchent de plus en plus les jeunes adolescents ou préadolescents. Elles sont marquées par une sur-représentation du sexe masculin, mais le nombre des filles semble augmenter depuis quelques années (3).

Avec le développement de l'industrie pharmaceutique et des échanges avec l'Europe, d'autres substances psychoactives en dehors de l'alcool et du cannabis, ont été introduites au Maroc, depuis les années quatre-vingt. Les psychotropes détournés de leur usage thérapeutique, se sont rapidement propagées à des fins toxicomaniaques. Les abus de psychotropes sont devenus fréquents (barbituriques, benzodiazépines, particulièrement hypnotiques).

La cocaïne, l'héroïne et les autres dérivés morphiniques, se sont aussi progressivement répandues depuis l'Europe dans les villes du nord: Tétouan, Tanger et Nador puis dans les grands centres urbains tels que Casablanca, Rabat et Marrakech. La consommation d'alcool et de cannabis se banalise de plus en plus parmi les jeunes. L'inhalation de solvants volatils touche les enfants des milieux pauvres, notamment les «enfants de la rue» (3, 4).

Parmi les principales études réalisées au Maroc par l'équipe de l'hôpital Arrazi et par le département de l'épidémiologie en santé mentale du ministère de la santé, on cite:

-L'enquête national sur l'usage du tabac, du cannabis et d'autres drogues réalisées en 1992. Elle a touché 2446 sujets âgés entre 18 à 37 ans. Les résultats concernant la population lycéenne ont retrouvé que l'usage ponctuel de tabac parmi les lycéens marocains est de 8.47 % et l'abus de 3.8%. La prévalence sur la vie de l'usage de cannabis est de 3.0%, son usage ponctuel est de 3%, l'abus est de 0,8%. La prévalence sur la vie de l'usage d'autres drogues est de 6.4% (3,4).

L'enquête réalisée chez les "enfants de la rue" de Rabat –Salé en 1991, tous de sexe masculin, âgé de 8 à 13 ans a retrouvé, un usage de cannabis dans 20 % des cas et de l'alcool dans 12 %.

-L'enquête nationale sur l'usage des drogues en milieu psychiatrique effectuée en 1992 a concerné 3400 patients hospitalisés ou consultants dans 13 services psychiatriques. Selon cette étude, l'usage de cannabis est retrouvé chez 19.26 % des patients et celui de l'alcool chez 8.43 % des cas (4).

- **Une autre enquête réalisée en 1995 dans la région d'Errfoud-Rissani**, chez 2000 adultes a retrouvé que la prévalence sur la vie de l'usage de cannabis est de 43.5 % et celle de l'alcool de 6 % (4).

- **L'Enquête Nationale de Prévalences des Troubles Mentaux et Toxicomanies de 2003**, était la première enquête épidémiologique en santé mentale et toxicomanies, réalisée par le ministère de la santé et l'OMS sur un échantillon représentatif de la population générale marocaine. Elle était menée auprès de 6000 personnes âgées de 15 ans ou plus des deux sexes, tirées au sort au niveau des provinces et préfectures du Maroc.

L'objectif de cette enquête était de connaître les prévalences des troubles mentaux et de l'abus de substances en population générale, ainsi que leurs déterminants sociodémographique détournées de leur usage médical (psychotropes). Elle a retrouvé que la prévalence de l'abus d'alcool est de 2%, la dépendance est de 1,4%. La prévalence d'abus à d'autres substances psychoactives en dehors de l'alcool est de 3%, la dépendance est de 2.8% (5).

- **L'enquête MEDSPAD** ou Mediterranean School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, est une enquête transversale menée en milieu scolaire basée sur un questionnaire centré sur les usages, attitudes et opinions relatifs aux substances psycho-actives (6) :

- **L'enquête MEDSPAD 2006**, sur la prévalence de l'usage de drogues dans la population des lycéens de 15-17 ans dans la région de Rabat-Salé : Durant la vie, le tabac est la substance la plus consommée chez les élèves de 15-17 ans pour les deux sexes (garçons 19,5%, filles 10,2%).

Chez les garçons, la prévalence durant la vie de l'alcool est de (16,6%), celle du cannabis est de 12,5% et les psychotropes viennent en dernier (9,5%). Durant la vie, les filles ont consommé les psychotropes dans 8,4% des cas, puis l'alcool dans 4,7% des cas et le cannabis est consommé en dernier dans 1,5% des cas. La consommation durant la vie, d'autres drogues comme la cocaïne, les dérivés opiacés, les solvants organiques et l'ecstasy est déclarée chez 1.4% des élèves.

- **Le MEDSPAD 2009-2010:** La réalisation de cette enquête au niveau du Maroc, a été confiée aux deux équipes conjointes du Ministère de l'Education Nationale et de l'Enseignement Supérieur et à l'Hôpital Universitaire Psychiatrique Arrazi de Salé. Cette enquête s'est intéressée aux élèves du 15-17 ans. Les prévalences durant la vie dans cette tranche

d'âge retrouve que 19.2% ont consommé de la chicha, 18.4% déclarent avoir fumé du tabac. Par contre l'usage de l'alcool est de 7,7%, celui du cannabis est de 7,2% et celui des psychotropes sans prescription médicale est de 4%.

Parmi les élèves âgés entre 15-17 ans, 5,8% ont déclaré avoir pris d'autres drogues. Les autres drogues déclarées étaient les dérivés opiacés dont l'héroïne, l'ecstasy et les produits à inhaler (colles, autres solvants) ou de différentes familles de psychotropes essentiellement les benzodiazépines.

- **Une étude menée entre 2010-2012 dans la région nord du MAROC**, a montré qu'il y a environ 18 500 UDI d'héroïne, de la cocaïne et d'autres drogues dures. De ce nombre, environ 16 000 sont des hommes et 2 000 sont des femmes, parmi lesquels environ 5 000 à 6 000 sont injecteur d'héroïne (7).

A l'issu de tous ces résultats, un premier observatoire national sur les drogues et les addictions a vu le jour en octobre 2010. Il a pour mission de fournir aux décideurs des informations factuelles, objectives, fiables et comparables en matière d'usage de drogue et d'addiction à l'échelle nationale pour promouvoir la recherche dans ce domaine

3. Classifications des drogues et de l'usage:

3.1. Classification des substances psychoactives :

En 1957, Jean Delay (psychiatre français) a élaboré avec son assistant Pierre Deniker une classification des drogues qui sera validée par le congrès mondial de psychiatrie en 1961. Cette classification distingue les substances psychoactives en fonction de leurs activités sur le système nerveux central (SNC) (8 ,9):

- substances sédatives (ou psycholeptiques) :

Alcool, benzodiazépines, opiacés, barbituriques et autres hypnotiques, GHB

- substances qui élèvent l'activité mentale (ou psychoanaleptiques) :

Caféine, nicotine, amphétamines et dérivés, cocaïne

- substances qui perturbent l'activité mentale (psychodysleptiques)

Cannabis, solvants organiques, mescaline, LSD, psilocybine, et champignons hallucinogènes.

3.1.1. Les psycholeptiques

a) L'alcool :

L'alcool est obtenu par fermentation de végétaux riches en sucre ou par distillation. Il entre dans la composition des boissons alcoolisées: vin, bière, alcools forts et eau de vie. Il est la première substance psychoactive consommée dans le monde. Il constitue une principale cause des accidents de la route, des accidents ménagers. Il peut aussi pousser au suicide.

L'alcool n'est pas digéré, il passe directement du tube digestif aux vaisseaux sanguins. En quelques minutes, le sang le transporte dans toutes les parties de l'organisme.

A court terme et lorsqu'il est consommé à des doses importantes, l'alcool provoque un état d'ivresse appelé : intoxication éthylique aiguë. La forme simple (alcoolémie entre 0,5 à 2g/l) est faite de troubles digestifs : nausées, vomissements, réponses inadaptées, altérations cognitives, dysarthrie, voire une ivresse comateuse (alcoolémie >3 g/l) . Cette forme grave peut se présenter sous

une forme excitomotrice, hallucinatoire ou délirante voire avec hépatite alcoolique aigue ou crises convulsives.

b) Les benzodiazépines ou hypnotiques:

On distingue 3 types de mésusage médicamenteux:

- une escalade médicamenteuse, à l'insu du patient: face à la persistance des souffrances ou à l'apparition de nouveaux symptômes, la posologie est ainsi augmentée. Attaché à ses ordonnances, le patient ne supporte pas que le médecin supprime un ou plusieurs produits.
- une surconsommation médicamenteuse volontaire: la vie de l'usager est centrée sur la consommation (avec une alternance entre des moments de consommation contrôlée et des moments de consommation excessive). Les effets recherchés peuvent englober des sensations voluptueuses ou le plaisir de fonctionner dans un état second.
- la consommation médicamenteuse chez les dépendants à l'héroïne ou à la cocaïne: les médicaments psychoactifs viennent apporter des sensations nouvelles ou moduler les effets sédatifs ou excitants des substances consommées par ailleurs. L'association avec l'alcool est fréquente dans le cadre de ces polytaddictions

c) Les opiacés et dérivés morphiniques :

L'**héroïne** est un opiacé puissant, obtenu par synthèse à partir de la morphine, extraite d'une plante : le pavot.

Elle se présente sous la forme d'une poudre ou de granulés à écraser. Longtemps injectée par voie intraveineuse, l'héroïne peut aussi être prise "sniffée" ou fumée.

L'héroïne provoque l'apaisement, l'euphorie et une sensation d'extase. Cet effet de plaisir intense est suivi d'une sensation de somnolence accompagnée parfois de nausées, de vertiges et d'un ralentissement du rythme cardiaque. La surdose (ou overdose) à l'héroïne provoque une dépression respiratoire souvent mortelle.

Les autres dérivés opiacés sont des produits antalgiques ou analgésiques ; comme les produits codéinés, morphinique, buprénorphine, méthadone...etc.

d) L'acide 4-hydroxybutanoïque ou gamma-hydroxybutyrate ou GHB :

C'est un psychotrope dépressif, utilisé à des fins médicales ou à des fins détournées « drogue de viol ». Comme drogue, elle est utilisée le plus souvent sous la forme d'un sel chimique (Na-GHB ou K-GHB) et il est vendu la plupart du temps sous forme liquide mais aussi parfois sous forme de poudre. Cette substance peut être utilisée sous forme de:

- a) Drogue récréative puisqu'à faibles doses, le GHB induit un état de désinhibition et d'euphorie proche de l'ivresse. On le désigne alors parfois par le terme erroné d'*ecstasy liquide*.
- b) Nommée drogue de viol « Rap Drug » à partir des années 1990, puisque le GHB se mélange facilement à l'alcool. Il est inodore et incolore et son goût est très léger. À faible dose, il provoque une désinhibition et à plus forte dose, il induit un état hypnotique et des amnésies.
- c) Les body-builders utilisent le GHB comme complément alimentaire, surtout dans les années 1980. Ceci est lié au fait qu'il stimule l'hormone de croissance. Cette utilisation est interdite à partir des années 1990.

3.1.2. *Les psychoanaleptiques :*

a) La nicotine:

Le **tabac** est une plante rapportée de l'Amérique du sud par Jean Nicot en 1560 et cultivée dans le monde entier. Après séchage, les feuilles sont mises à fermenter pour obtenir un goût spécifique. Il peut être consommé sous forme de cigarettes, de cigares, de pipes ou chiqué. Le tabac peut être fumé, inhalé ou mâché.

Le tabac contient de la nicotine (l'alcoïde principal), qui possède un effet "éveillant", anxiolytique et coupe-faim. La combustion de la feuille de tabac crée de nouveaux composants (monoxyde de carbone, goudrons...), nocifs pour la santé.

L'ensemble de ces composants agit en particulier sur la fonction vasculaire, la fonction respiratoire et la fonction digestive. La nicotine augmente la sécrétion des acides gastriques.

Le tabac limite l'apport d'oxygène au cerveau et aux muscles. Il est responsable de maux de tête, de vertiges et d'une diminution de la résistance à l'exercice. La dépendance est confirmée chez la plupart des fumeurs, avec une sensation de manque à l'arrêt (tension, nervosité, irritabilité, angoisse voir dépressivité).

La consommation de tabac est très fréquente chez les patients addicts. Dans les études cliniques, environ 90 % des patients dépendants aux drogues fument régulièrement. Le cannabis est consommé habituellement avec du tabac (10). Environ 60 à 90 % des patients suivis dans des services d'addictologie sont

dépendants au tabac et 40 à 50 % d'entre eux fument plus de 25 cigarettes par jour (11).

b) Les amphétamines et dérivés:

-L'**ecstasy** désigne une substance de synthèse (produite en laboratoire) comprenant une molécule de la famille chimiques des amphétamines, la MDMA (méthylène-dioxy-métamphétamine). Il se présente sous la forme de comprimés, de gélules ou de poudre et se consomme par voie orale.

Les effets psychoactifs de la MDMA combinent certains des effets des stimulants et ceux des hallucinogènes. Une certaine euphorie, une sensation de bien-être et de plaisir peuvent être ressenties ou bien une sensation d'angoisse, et une incapacité totale à communiquer.

La consommation de MDMA peut entraîner nausées, sueurs, et maux de têtes. Elle peut aussi provoquer une déshydratation de l'organisme et une élévation de sa température, particulièrement lorsqu'elle vient s'ajouter à une ambiance festive surchauffée et un effort physique important. Une consommation régulière peut entraîner avec le temps, un amaigrissement et une irritabilité.

-Les **amphétamines** sont des psychostimulants et anorexigènes puissants. Elles sont utilisées récemment encore comme coupe faim ou pour empêcher le sommeil, dans certaines circonstances. Leur toxicité ainsi que la forte dépendance psychique qu'elles entraînent expliquent que la plupart des amphétamines soient classées comme stupéfiants depuis 1967.

Aujourd'hui, les amphétamines se présentent généralement sous la forme de poudre à sniffer et parfois de comprimés. Il existe un dérivé puissant de

l'amphétamine aux effets particulièrement dangereux : la méthamphétamine, appelée encore crystal, ice ou yaba.

Puissant stimulant physique et psychique, les amphétamines peuvent donner la sensation de supprimer la fatigue, d'être invincible. Leur consommation peut aussi entraîner des crises de tétanie et d'angoisse. La descente après une prise peut induire un sentiment de découragement, voire un état dépressif.

c) La cocaïne et le crack :

La cocaïne est extraite des feuilles d'une plante qui s'appelle le cocaïer et le crack est l'un de ses dérivés. Elle se présente sous la forme d'une fine poudre blanche inodore. Elle peut être "sniffée", injectée par voie intraveineuse ou fumée (principalement sous forme de crack).

L'usage de la cocaïne provoque une euphorie, un sentiment de toute puissance intellectuelle et physique et une indifférence à la douleur ou à la fatigue. Il peut également induire des troubles psychiques (insomnies, pertes de mémoire, instabilité d'humeur, délires paranoïdes, attaques de panique) et des lésions de tissus pouvant aller jusqu'à la perforation de la cloison nasale.

En levant les inhibitions, la consommation de cocaïne peut également conduire à des actes de violence, des agressions sexuelles, des dépenses compulsives.

Puissant excitant, la cocaïne provoque une dépendance psychique importante, le besoin d'en reprendre, ou "craving" étant très difficile à apaiser, même avec la consommation d'une autre substance.

Le **crack** est un mélange de cocaïne, de bicarbonate de soude et/ou d'ammoniaque qui se présente sous la forme de petits cailloux. L'utilisateur en inhale la fumée après les avoir chauffés.

La consommation de crack provoque des effets plus intenses et plus brefs que ceux de la cocaïne et l'état dépressif qui lui succède est encore plus marqué.

L'usage régulier peut provoquer des hallucinations et entraîner des comportements violents, paranoïaques ou suicidaires. Il peut aussi générer des dommages rapides sur le cerveau, de graves altérations des voies respiratoires, des arrêts respiratoires et/ou cardiaques potentiellement mortels, ainsi qu'une altération de l'état général.

La consommation régulière de crack crée rapidement une forte dépendance psychique et physique et une neurotoxicité « dégénérescence des neurones » très importante. Les usagers, même après avoir cessé d'en consommer, restent soumis pendant plusieurs mois à des altérations de l'humeur et au manque psychique du produit.

3.1.3. Les psychodysléptiques:

On distingue les substances hallucinogènes naturelles et les hallucinogènes synthétiques. Les champignons dits hallucinogènes constituent le principal produit de la première catégorie. Les hallucinogènes synthétiques sont principalement le LSD et la kétamine.

- **Les champignons hallucinogènes** ainsi que les préparations en contenant sont classés comme produits stupéfiants. La variété la plus connue des champignons hallucinogènes est la famille des psilocybes. Le principe actif essentiel est la psilocybine.

Leur consommation procure des effets hallucinogènes et euphorisants proches de ceux du LSD. Les risques induits sont similaires: crise d'angoisse, perte de contrôle, "bad trips".

Tous les champignons hallucinogènes sont vénéneux et présentent un réel risque toxique mortel.

- **Le LSD** est une substance de synthèse fabriquée à partir de l'acide lysergique, caractérisée par une puissante action hallucinogène. L'acide lysergique est produit par un champignon, l'ergot de seigle.

Le LSD se présente le plus souvent sous la forme d'un petit morceau de buvard portant un dessin, parfois d'une "micropointe" (ressemblant à un bout de mine de crayon) ou sous forme liquide. Il est le plus souvent avalé.

La consommation de LSD entraîne des modifications sensorielles intenses, provoque des hallucinations et une perte plus ou moins marquée du sens de la réalité. L'utilisateur peut éprouver un état confusionnel accompagné de crise d'angoisses type crises de panique, de phobies, de délire. La "descente" peut être, elle aussi très désagréable et générer un profond mal-être. Tout consommateur s'expose à des "bad trips" avec installation des hallucinations cauchemardesques et des illusions délirantes dangereuses (par exemple croire que l'on peut voler).

La kétamine est utilisée en France en anesthésie humaine et vétérinaire.

A forte dose, elle a des propriétés anesthésiques et analgésiques et à dose plus faible elle génère des effets hallucinogènes. Le produit est généralement "sniffé", notamment chez les consommateurs de cocaïne.

La consommation de kétamine provoque un engourdissement avec perte du sens de l'espace, un sentiment de dissociation entre le corps et l'esprit.

L'usage détourné de la kétamine peut être à l'origine de chutes, de pertes de connaissance voire de coma. Il peut engendrer des troubles psychiques (anxiété, attaques de panique) et neurologiques (paralysies temporaires), notamment en cas d'association avec d'autres hallucinogènes et/ou de l'alcool.

-Le cannabis est une plante qui existe en quatre variétés. Le chanvre indien est l'espèce la plus répandue. Le principe actif du cannabis est le 9 Δ THC (9-deltatétrahydrocannabinol) ou tout simplement le THC.

Le cannabis se consomme de différentes formes dont l'appellation varie d'un pays à l'autre :

- L'herbe (kif, marijuana) est fumée, soit roulée dans du papier cigarette soit dans une pipe (sepsi au Maroc)
- La résine sous forme de pain complet (hachisch ou shit), fumée souvent avec du tabac (joint). Le dosage en THC est entre 4 à 12%.
- L'huile de cannabis, est une solution huileuse. Elle est posée sur le papier de cigarette et fumée, sa teneur en THC est de 60%.

On décrit « l'ivresse cannabique » lors des intoxications aiguës : euphorie, sensation de bien être, désinhibition, voire facilitation intellectuelle, états exaltatifs, illusions, dépersonnalisation, déréalisation, modification de la perception espace/ temps, décompensation anxieuse, dépressive ou délirante.

Le surdosage entraîne une exacerbation du tableau précédant avec des manifestations délirantes d'allure paranoïaque ou plus franchement hallucinatoires. Le phénomène de « flash-back » décrit pour le LSD est aussi

possible dans les intoxications chroniques au cannabis, sur les personnalités prédisposées.

Sur le plan somatique, on décrit l'installation des céphalées, des vomissements, une augmentation de l'appétit, une sécheresse buccale, une discrète dyspnée voir décompensation asthmatique chez le sujet prédisposé, une tachycardie, une hypotension orthostatique. Le risque cancérigène d'un joint est 5 fois supérieur à celui du tabac.

- Les solvants volatils:

Les produits utilisés pour le « sniffing » sont nombreux, et sont particulièrement accessibles à la consommation. Le plus souvent sans lendemain à l'adolescence (rite initiatique ou expérience). Un passage à la chronicité est un évocateur de troubles graves de personnalité.

Les solvants ont un effet immédiat, intense et provocant principalement des manifestations ébrieuses, euphoriques. Il peut exister des phases d'excitation agressive avec risque de passage à l'acte.

Les principaux solvants utilisés sont :

- ❖ Les colles, les adhésifs.
- ❖ Les solvants purs (trichloréthylène, acétone): diluants de peinture, détachants, produits de démaquillage.
- ❖ Les carburants, les bombes à gaz propulseurs (méthanol des produits de ménage, isopropanol des antigels etc.), l'oxyde de carbone.

- ❖ Les « poppers » : mélange de nitrite de butyle ou d'isobutyle en solution à 90% dans de l'éthanol et des essences végétales (risque de méthémoglobulinémie).

Les accidents liés au sniffing sont particulièrement nombreux et fréquents. Ils sont responsables de plusieurs dizaines de décès par an en France. Le SSD (Sudden Sniffing Death) provoque un décès sur 300 intoxications par une arythmie cardiaque (hydrocarbure, halogène, fréons), un œdème aigu du poumon lésionnel et une cytolyse hépatique intense.

3.1.4. Les drogues émergentes :

De nouvelles drogues apparaissent durant les dernières années, des drogues de synthèses "légal" se répandent. Elles sont fabriquées par d'obscurs laboratoires chimistes qui contournent les législations. Leur vente se fait sur internet et échappe à tout contrôle. Selon **l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT)**, 164 nouvelles substances psychoactives ont été répertoriées entre 2005 et 2011.

Ces "euphorisants légaux" constituent un véritable défi pour les autorités. Les laboratoires qui les fabriquent sont pour la plupart, basés hors des frontières de l'Europe, en Inde et en Chine. Mais il en existe aussi aux Pays-Bas, en République Tchèque, en Autriche et surement dans d'autre pays. Les chimistes débordent d'imagination pour contourner les législations en vigueur.

Dès qu'une nouvelle drogue apparaisse sur la liste des substances prohibées, les laboratoires modifient la molécule avec un des radicaux (azote, peroxydes...) pour l'échapper de tout contrôle. Ils ont toujours un train d'avance sur les pouvoirs publics. La vente est dirigée par internet, il n'y a pas de dealer à

rencontrer, ni d'heures à poireauter. Le paiement est anonyme et le colis arrive à domicile. Parmi ces substances, on peut citer :

1. Les Cannabinoïdes de synthèse ou «Spice » :

Vers la fin de l'année 2008, plusieurs Cannabinoïdes ont été détectés dans des mélanges d'herbes à fumer appelés encens/désodorisants d'ambiance. Parmi lesquels «Spice Gold», «Spice Silver» et «Yucatan Fire». Ils ne contiennent ni tabac ni cannabis, mais lorsqu'ils sont fumés, ils produisent des effets similaires à ceux du cannabis. Ces produits sont en général vendus sur Internet et dans des boutiques de type «Head shops».

2. Les cathinones de synthèse :

Sont apparentées à la molécule-mère cathinone, l'un des principes psychoactifs du **khat** (*Catha edulis* Forsk). Les dérivés de la cathinone sont les β -céto (β c) analogues d'une **phénéthylamine** correspondante. Depuis le milieu des années 2000, des dérivés de la cathinone substitués sur le cycle, non réglementés, sont apparus sur le marché européen.

Les cathinones les plus couramment disponibles sur ce marché jusqu'en 2010 semblaient être la méphédrone et la méthylone. On trouve généralement des produits sous forme de poudres blanches ou brunes avec un degré de pureté élevé. Les dérivés de la cathinone substitués sur le cycle auraient des effets similaires à ceux de la **cocaïne**, des **amphétamines** ou de la **MDMA** (ecstasy), mais leur pharmacologie détaillée est peu connue. En dehors de la cathinone, de la méthcathinone ainsi que des deux **composants pharmaceutiques actifs** l'amfépramone et la pyrovalérone, les dérivés de la cathinone ne font pas l'objet d'un contrôle international.

Les sels de bain « Bath Salt » (aussi appelés cathinones synthétiques) sont des drogues de confection qui produisent des effets stimulants et hallucinogènes.

Bien que ces drogues soient souvent vendues sous la forme d'une poudre cristalline blanche qui ressemble aux sels de bain conventionnels à usage hygiénique, il est important de ne pas confondre ces deux produits très différents. L'emballage des « sels de bain » porte souvent la mention « non destiné à la consommation humaine ».

3. *Salvia divinorum*:

La plante psychotrope *Salvia divinorum*, ou «Sauge des devins», est un membre rare de la famille des menthes (Lamiaceae; anciennement Labiatae), qui a été caractérisée au milieu du vingtième siècle. La plante est endémique d'une petite région montagneuse de l'État d'Oaxaca (Mexique). Le principal composant responsable de l'effet psychoactif de la plante est un diterpène de la famille des **néoclérodanes** appelé **salvinorine A**.

Du fait que les graines de *Salvia divinorum* sont difficiles à obtenir, la plante est propagée par bouturage. Les jeunes plantes ainsi que les feuilles séchées sont faciles à obtenir sur internet ou dans des boutiques spécialisées dans les pays où il n'existe pas de restrictions réglementaires. La culture domestique de la plante est possible et des instructions décrivant les conditions de culture optimales. L'utilisation d'engrais et de pesticides chimiques sont disponibles sur internet.

Cependant, la concentration réelle en **salvinorine A** dans les produits de *Salvia divinorum* est généralement inconnue. La **salvinorine A** sous forme pure et cristalline ne semble pas être offerte sur le marché (ni en ligne ni dans les

smartshops) mais des procédures illustrées d'isolation sont disponibles sur internet. Des synthèses chimiques totales de **salvinorine A** ont été récemment réalisées mais elles sont trop complexes pour être utilisées à la production de la substance.

À ce jour, la salvinorine A n'a été décelée dans aucune autre espèce de *Salvia* analysée. Pour un usage récréatif, le mode d'administration le plus courant est de fumer les feuilles séchées broyées à la pipe ou en utilisant une pipe à eau/bang, provoquant en une minute des hallucinations de courte durée (15 à 20 minutes). En général, une quantité de 0,25 à 0,75 gramme de feuilles fumées est suffisante pour avoir un effet psychoactif.

L'inhalation de vapeurs de **salvinorine A** pure comporte des risques importants pour la santé car la quantité inhalée ne peut pas être maîtrisée. Cette dernière méthode peut conduire à une «surdose», qui se manifeste sous la forme de troubles psychotiques.

4. La désomorphine (krokodile) :

La désomorphine est une nouvelle substance artisanale qui fait des ravages en Russie. Elle est composée de l'héroïne, de la codéine, d'essence et de solvants de peinture. Elle est injectée et provoque des gangrènes, des trous de la peau et des os et débouche sur de nombreuses amputations. Ce sont ces dégâts physiques semblables à des morsures qui lui valent ce surnom sinistre. Elle compterait un million d'adeptes en Russie. Son faible coût, trois fois inférieur à l'héroïne, a fait étendre son utilisation en Europe. Plusieurs vidéos circulent sur internet, elles montrent les conséquences atroces du Krokodile, sans pour autant dissuader ses consommateurs de plus en plus nombreux.

3.2. Les différents types de l'usage de substances psychoactives:

La communauté scientifique internationale avec l'OMS, individualisent trois grands types de comportement dans la consommation de substances psychoactives, et ce quelle que soit la substance concernée : l'usage, l'abus (ou usage nocif) et la dépendance.

3.2.1. *L'usage*

L'usage est caractérisé par la consommation de substances psycho-actives n'entraînant ni complications somatiques ni dommages: ceci signifie que l'on admet l'existence d'un comportement, régulier ou non, de consommation de substances psycho-actives qui n'entraînerait pas de dommages. Un grand nombre de données cliniques validant cette hypothèse ont été publiées dans la littérature nationale et internationale.

Une telle définition veut donc dire que l'usage ne saurait être considéré comme relevant d'une problématique pathologique nécessitant des soins, (alors que l'abus et la dépendance sont obligatoirement inscrits dans des problématiques de prise en charge sanitaire et sociale).

3.2.2. *L'abus ou usage nocif de substances psychoactives*

Les définitions les plus communément acceptées sont celles de l'Association Américaine de Psychiatrie reprise dans le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM IV) (12) et celle de l'Organisation Mondiale de la Santé reprise dans la Classification Internationale des Maladies (CIM 10).

L'abus (DSM) ou l'usage nocif (CIM) est caractérisé par une consommation répétée induisant des dommages dans les domaines somatiques, psychoaffectifs ou sociaux, soit pour le sujet lui-même, soit pour son environnement. Le caractère pathologique de cette consommation est donc défini à la fois par la répétition de la consommation et par la constatation de dommages induits.

Ces définitions, de la même manière que pour l'usage, ne font pas référence au caractère licite ou illicite des produits. Dans ces définitions, on met l'accent sur le fait que les dommages ne doivent pas être réduits à ce qu'on appelle classiquement les dommages sanitaires. Les effets nocifs s'expriment dans des domaines divers tels que la santé physique et mentale, mais aussi le bien être général (la qualité des relations conjugales, familiales et sociales, la situation professionnelle et financière, les relations à l'ordre, à la loi, à la société... etc.).

ABUS DE SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES DSM IV (1994)

A - Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisée par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois

1 - Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison (par exemple, absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de la substance, absences, exclusions temporaires ou définitives de l'école, négligence des enfants ou des tâches ménagères).

2 - Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (par exemple, lors de la conduite d'une voiture ou en faisant fonctionner une machine alors qu'on est sous l'influence d'une substance).

3 - Problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance (par exemple, arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation de la substance).

4 - Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (par exemple disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication, bagarres).

B - Les symptômes n'ont jamais atteint, pour cette classe de substance, les critères de la dépendance à une substance

UTILISATION NOCIVE POUR LA SANTE (CIM 10)

Mode de consommation d'une substance psychoactive qui est préjudiciable à la santé. Les complications peuvent être physiques ou psychiques.

Le diagnostic repose sur des preuves manifestes que l'utilisation d'une ou de plusieurs substances a entraîné des troubles psychologiques ou physiques. Ce mode de consommation donne souvent lieu à des critiques et à souvent des conséquences sociales négatives. La désapprobation par autrui, ou par l'environnement culturel, et les conséquences sociales négatives ne suffisent toutefois pas pour faire le diagnostic. On ne fait pas ce diagnostic quand le sujet présente un syndrome de dépendance, un trouble spécifique lié à l'utilisation d'alcool ou d'autres substances psychoactives.

L'abus de substances psychoactives est caractérisé par une consommation qui donne lieu à des dommages dans les domaines somatiques, psychoaffectifs ou sociaux mais cette définition ne fait pas référence au caractère licite ou illicite des produits.

3.2.3. La dépendance

Des trois grands types de comportements de consommation, le plus caractéristique est le comportement de dépendance qui se caractérise comme une entité psychopathologique et comportementale en rupture avec le fonctionnement banal et habituel du sujet.

Dépendance DSM IV (1994)

Mode d'utilisation inapproprié d'une substance, entraînant une détresse ou un dysfonctionnement cliniquement significatif, comme en témoignent trois (ou plus) des manifestations suivantes, survenant à n'importe quel moment sur la même période de 12 mois :

- 1 - Existence d'une tolérance, définie par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a. Besoin de quantités nettement majorées de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré
 - b. Effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance
- 2 - Existence d'un syndrome de sevrage, comme en témoigne l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a. Syndrome de sevrage caractéristique de la substance
 - b. La même substance (ou une substance apparentée) est prise dans le but de soulager ou d'éviter les symptômes de sevrage
- 3 - La substance est souvent prise en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que prévu.
- 4 - Un désir persistant ou des efforts infructueux sont faits pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance.
- 5 - Un temps considérable est passé à faire le nécessaire pour se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets.
- 6 - D'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison de l'utilisation de la substance.
- 7 - L'utilisation de la substance est poursuivie malgré l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par la substance.

Spécification de l'évolution de la dépendance physique :

Six spécifications de l'évolution sont disponibles pour une dépendance à une substance :

Rémission précoce complète

Rémission précoce partielle

Rémission prolongée complète

Rémission prolongée partielle

Traitement par agoniste

En environnement protégé

Les quatre spécifications de rémission ne peuvent être appliquées que si aucun des critères de dépendance ou d'abus à une substance n'a été présent pendant au moins un mois. Pour les critères requérant des problèmes récurrents, une spécification de l'évolution ne s'applique que si aucun aspect critère n'a été présent. Ces spécifications ne s'appliquent pas si le sujet est sous traitement agoniste ou en environnement protégé ;

Rémission précoce complète

Cette spécification est utilisée si, pendant au moins un mois, mais pendant moins de douze mois, aucun critère de dépendance ou d'abus n'a été présent.

Rémission précoce partielle

Cette spécification est utilisée si pendant au moins un mois, mais pendant moins de douze mois, au moins un critère de dépendance ou d'abus a été présent (sans que les critères complets de la dépendance aient été présents)

Rémission prolongée complète

Cette spécification est utilisée si, à aucun moment pendant au moins douze mois, aucun critère de dépendance ou d'abus n'a été présent.

Rémission prolongée partielle

Cette spécification est utilisée si, à aucun moment pendant au moins douze mois, les critères complets de dépendance n'ont été présents ; toutefois, au moins un critère de dépendance ou d'abus a été présent.

Les spécifications suivantes s'appliquent si le sujet est sous traitement agoniste ou en environnement protégé :

Traitement par agoniste

Cette spécification est utilisée si le sujet reçoit une médication agoniste sur prescription comme la méthadone, et qu'aucun critère de dépendance ou d'abus n'a été présent pour cette classe de médication

En environnement protégé

Cette spécification est utilisée si le sujet est dans un environnement où l'accès à l'alcool et aux substances réglementées est limité et si aucun critère de dépendance ou d'abus n'a été présent pendant au moins le dernier mois. Des exemples de cet environnement sont les prisons avec surveillance intensive et interdiction des substances psychoactives, les communautés thérapeutiques ou les unités fermées dans les hôpitaux.

La nouvelle classification DSM5 (2013 (13): L'association Américaine de Psychiatrie (APA) dans sa nouvelle classification de troubles psychiatriques a

regroupé des problèmes d'usage de drogues dans la rubrique « troubles liés à l'utilisation de substances et trouble Addictif ».

Cette nouvelle classification DSM5, en cours de traduction en français a regroupé les critères de « l'abus et la dépendance » dans une catégorie, « trouble liés à l'utilisation d'une substance ». Cette catégorie contient 11 critères. Le seuil diagnostique est fixé à deux critères ou plus (comparativement à un critère ou plus pour celui d'abus de substance et trois ou plus pour celui de dépendance du DSM-IV). Cette nouvelle classification a ajouté le terme sévérité (léger, modéré et sévère).

4. Complications et comorbidités :

4.1. La comorbidité :

La comorbidité, souvent appelée double diagnostic, a été définie par l'OMS en 1995 comme « la co-occurrence chez un même individu, d'un trouble lié à la consommation d'une substance psychoactive et d'un autre trouble psychiatrique ». La comorbidité d'un trouble psychiatrique et d'une addiction semble être la règle plutôt qu'une exception lorsqu'on examine les données épidémiologiques. Parmi les usagers de drogues, 40 à 60 % présentent une comorbidité psychiatrique (Kessler et coll. 1996; Farrell et coll. 2001; Chiang et coll. 2007; Lasser et al.2000).

Chez les patients alcoolo-dépendants: 37% présentent des comorbidités psychiatriques dont 40% sont des troubles de l'humeur et 33% sont des troubles anxieux (ECA study, Regier et al 1990). Selon la même étude, la prévalence sur la vie des troubles mentaux est de 38 à 51 % chez les patients ayant un diagnostic «life-time» de trouble addictif. De même, les patients souffrant de

troubles mentaux ont une prévalence élevée (vie entière) de l'abus ou de la dépendance à des substances dont 22.3% ont le diagnostic de l'abus ou la dépendance à l'alcool.

Selon NCS (National Comorbidity Survey, 2003): 30 à 50 % des sujets ayant un trouble psychiatrique ont un trouble addictif. Au moins la moitié des jeunes à leur premier épisode de schizophrénie ou de leur trouble bipolaire présentent ou développent un trouble lié à l'usage de substances.

Une étude menée en population générale (Regier et coll., 1990), a trouvé qu'environ 15 % des sujets présentant un trouble psychiatrique « vie entière » ont ou auraient présenté un usage de drogues. Les prévalences les plus élevées apparaissant chez les patients schizophrènes et bipolaires (Bryant et coll., 1992 ; Soyka et coll., 1993 ; Ries et coll., 1994 ; Kessler et coll., 1996 ; Swofford et coll., 2000 ; Graham et coll., 2001).

De même, le fait de présenter une conduite addictive augmente le risque de multiplier les troubles psychiatriques chez un même sujet. Le risque le plus élevé apparaissant en cas de dépendance aux drogues (Farrell et coll., 2001).

4.1.1. Les schizophrénies

Les patients schizophrènes présentent un risque plus élevé d'abus ou de dépendance à l'alcool et d'abus ou dépendance aux drogues (OR=6,2) que les sujets en population générale (Regier et coll., 1990). Selon Mercier et Beaucage, 1997 : la prévalence sur la vie d'abus d'alcool est de 34%. Elle est de 28% pour les autres drogues.

Dans une récente étude française, 54 % des schizophrènes ont expérimenté le cannabis, au moins une fois. 26 % ont présenté au cours de leur vie, un abus ou une dépendance au cannabis selon les critères des classifications internationales et 11 % dans les 6 mois précédant l'étude. (14)

4.1.2. Le trouble bipolaire

Les patients présentant un trouble bipolaire auraient 5 fois plus de risque de présenter un trouble lié à l'usage de substances (Regier et coll., 1990). La prévalence sur la vie d'un trouble lié à l'alcool est de 46% chez les patients bipolaires et la prévalence de la dépendance aux autres drogues a été retrouvée de 41% (Mercier et Beaucage, 1997). Tandis que la fréquence de la consommation de tabac est estimée à 69% chez les patients bipolaires [Kalman et al. 2005, Lasser et al. 2000].

4.1.3. Les troubles de la personnalité

Tous les types de troubles de personnalité peuvent être associés à l'usage de drogues et d'alcool. Ce trouble est retrouvé chez 40% des alcoolodépendants (NESARC study, National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions, Grant et al. 2004) et 65% en cas de dépendance à l'héroïne (ECA study, Regier et al. 1990).

En cas de dépendance à l'héroïne, on trouve que 27% de patients ont une personnalité antisociale (Venheull et al. 2000) et 18,4% ont un trouble de personnalité évitante ou limite.

Selon l'**Etude ECA (1997)**, la personnalité antisociale se voit chez 30 à 50% des alcoolodépendants tandis que la personnalité limite est retrouvée dans

15 %. 84% des sujets antisociaux ont présenté au cours de leur vie un épisode d'abus ou de dépendance, soit à l'alcool (51%) ou aux autres drogues (30%).

Les conduites addictives sont l'un des critères des personnalités limites (Gunderson 2008).

4.1.4. Les troubles anxiodépressifs

Il existe une forte association entre dépendance aux drogues et troubles de l'humeur ou anxiété généralisée (Compton et coll., 2007 ; Martins et coll. 2009). 70% des hommes et 80% des femmes avec antécédents de dépression sont ou ont été fumeurs selon l'étude ECA.

Un patient dépendant à l'héroïne sur trois serait déprimé et la prévalence vie entière de la dépression chez ces patients se situerait entre 60 % et 90 % (Maremmani et coll., 2003).

4.1.5. Le trouble de l'hyperactivité et déficit de l'attention TDHA

30 à 50% des adolescents abusant des substances ont un TDHA et au début de l'âge adulte, le risque d'abus de substances est 2 à 5 fois plus grand chez les TDAH par rapport aux témoins. Le TDAH raccourcit le délai de la première consommation ainsi que celui de l'abus et de la dépendance. Il est associé à une consommation plus sévère et à des difficultés de sevrage plus importantes (Manuzza 1993, 1998); Chilcoat (1999); Horner (1997).

L'évolution de la maladie est péjorative par rapport aux patients ne souffrant pas de comorbidité. Le trouble devient plus coûteux avec une fréquence élevée de suicide, de comorbidités somatiques, de violence, d'incarcération, d'exclusion sociale et de marginalisation en particulier pour la schizophrénie.

4.2. Les complications de l'usage :

4.2.1. Mortalité :

En matière de mortalité, nous ne disposons que de données très partielles, ce qui ne permet pas une estimation globale du nombre de décès attribuables à la consommation des drogues, comme celles établies pour l'alcool et le tabac. Néanmoins, une étude rétrospective établie que les hommes interpellés pour usage d'héroïne, de cocaïne ou de crack ont 5 fois plus de risque de décéder que les autres hommes du même âge . Pour les femmes, ce sur-risque est doublé (Inserm 2010).

Malgré leur lacune à documenter l'ampleur réelle de la mortalité, les données de routine permettent d'en suivre l'évolution. En France, le nombre de décès de toxicomanes a fortement décru depuis le milieu des années 1990 : ainsi, le nombre annuel de décès par overdose constaté par la police est passé de plus de 500 au milieu des années 1990 à moins de 100 au cours des dernières années. Néanmoins, une certaine reprise semble se dessiner ces dernières années. Des surdoses non mortelles sont également fréquemment rapportées, 7 % des usagers de drogues vus en 2008 en CAARUD (Les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues) déclarent avoir connu au moins un épisode dans l'année de perte de connaissance après consommation (Cadet-Taïrou et coll., 2010)

4.2.2. Complications psychiatriques :

Les complications psychiatriques sont essentiellement représentées par les troubles du sommeil, les troubles anxieux, l'agitation nocturne avec des états dépressifs et passage à l'acte suicidaire.

Le syndrome confusionnel (fait d'obnubilation de la conscience, désorientation temporo-spatiale, troubles mnésiques, agitation anxieuse) et délire paranoïaque peut aussi survenir.

Le syndrome déficitaire ou syndrome amotivationnel se voit surtout en cas d'abus de cannabis. Il associe un déficit de l'activité sociale ce qui augmente la marginalisation de l'utilisateur. Il est aussi caractérisé par un déficit du fonctionnement intellectuel avec un ralentissement et appauvrissement de la pensée, des troubles de la mémoire, des troubles cognitifs, voir un désintérêt, et une indifférence affective. On peut voir des manifestations psychotiques déclenchées par la prise de drogues ou l'installation des psychoses soit aiguës (trouble psychotique bref, syndrome hallucinatoire) ou chroniques (schizophrénie).

4.2.3. Complications Somatiques :

Les complications somatiques sont représentées essentiellement par une asthénie, anorexie, amaigrissement important, et des complications pulmonaires (œdème, embolie, pneumopathie, bronchite pulmonaire, Broncho-pneumopathie chronique obstructive. Les troubles sexuels sont très fréquents. Ils sont faits d'une aménorrhée avec impuissance, une frigidité et une fertilité diminuée.

La femme peut avoir des fausses couches spontanées, un risque de grossesse extra-utérine augmenté et un vieillissement de peau précoce.

Sur le plan obstétricale, peuvent être observés chez la femme addicts, une prématurité, des malformations fœtales voire une mortalité périnatale. Le syndrome de sevrage chez le nouveau né peut aussi être observé. La prise de l'alcool pendant la grossesse peut provoquer un syndrome d'alcoolisation fœtale

qui se manifeste par un retard mental chez le fœtus, des malformations, et un trouble du comportement à l'âge adulte.

L'encéphalopathie de Gayet Wernicke, la démence de Korsakoff, l'hépatite, les cirrhoses, les pancréatites sont parmi les complications de la dépendance à l'alcool. Les drogues sont aussi des facteurs de risque qui déclenchent des pathologies cardiovasculaires (comme l'hypertension artérielle, les accidents vasculaires, les cardiopathies ischémiques et la mort subite).

Les Rhabdomyolyses aiguës, les chocs anaphylactiques ainsi que les cancers (poumon, sphère ORL, vessie, œsophage) sont des complications redoutables de l'usager des drogues. Les matériels utilisés pour "sniffer" peuvent transmettre les virus des hépatites (B) et (C) s'ils sont partagés entre plusieurs usagers.

La démence, les troubles mnésiques, le syndrome korsakoff sont aussi assez présents.

4.2.4. Les complications infectieuses chez l'usager de drogues par Voie intraveineuse :

L'infection est la première cause de mortalité chez l'usager de drogues par voie intraveineuse. Les sources d'infection sont surtout le fait de pratique d'injection non stérile.

Les complications infectieuses chez l'usager de drogues par voie intraveineuse sont nombreuses, allant des atteintes focalisées aux infections systémiques et peuvent engager le pronostic vital.

1) Les défenses immunitaires et l'alimentation

Le mode de vie insalubre et précaire de certains usagers de drogues peut entraîner une baisse des défenses immunitaires. Les consommateurs de produits à forte dépendance (cocaïne, héroïne) consacrent tout leurs temps et leurs argent à l'achat des produits convoités, au détriment de leur alimentation et de leur équilibre.

2) Les infections :

Le VIH /SIDA:

L'injection de produit psychoactif peut être une source d'infection du VIH. Ceci en rapport avec l'utilisation d'un matériel d'injection non stérilisé, de son partage et de sa réutilisation. L'infection est ensuite rapidement propagée à la population générale à cause de la pratique sexuelle à risque, de la prostitution et de l'homosexualité.

Les hépatites :

L'infection par le virus de l'hépatite C concernerait 90% des injecteurs.

En France, elle touche 50% des injecteurs et l'incidence serait, approximativement, de 3000 à 4000 nouveaux cas par an. L'hépatite virale B est également fréquente.

D'autres virus (l'EBV, le CMV, l'herpès, le virus de l'hépatite A) sont aussi responsables des hépatites chez l'utilisateur. Des lésions d'hépatites alcooliques ou médicamenteuses sont souvent associées.

Les infections cutanées et des tissus mous :

Elles sont les complications les plus fréquentes. Dans une enquête menée par l'OFDT en 2000, dans divers services d'urgences à Paris, 11% des sujets addicts sont admis pour abcès.

Ces infections se développent au niveau du site d'injection, par l'inoculation directe de microorganismes cutanés, ou par l'existence des zones nécrosées par la drogue ou son solvant (Buprénorphine haut dosage BHD) et excipients non solubles. Plus rarement, elles sont le résultat d'une contamination hématogène.

Les principaux micro-organismes rencontrés sont le staphylococcus aureus, le Streptococcus pyogènes, les bacilles gram négatifs et les anaérobies.

Ces infections sont fréquemment polymicrobiennes. Elles touchent volontiers les membres supérieurs et inférieurs, mais peuvent se localiser au tronc, au cou, à l'aîne, et aux organes génitaux. Les tableaux cliniques sont multiples, ils sont faits de cellulites, abcès, fasciites nécrosantes, thrombophlébites septiques ... etc

Il faut aussi signaler l'existence de folliculites à candida dans les régions pileuses, parfois dans le cadre d'une dissémination systémique.

Les bactériémies:

Très fréquentes chez le sujet addict, elles peuvent faire suite à des infections superficielles et aux injections septiques. Parmi les microorganismes responsables, les staphylocoques restent prédominants devant les streptocoques, les entérobactéries, les pseudomonas et le candida. Les bactériémies sont à l'origine de localisations secondaires. Il est important de bien surveiller ces patients notamment bien les ausculter. Une nouvelle échographie cardiaque

trans-oesophagienne, environ 10 jours après le diagnostic de bactériémie, peut être demandée, afin d'éliminer une endocardite. Les autres localisations secondaires sont à rechercher en cas de fièvre persistante ou récidivante et/ou de signes cliniques suspects.

Les endocardites :

Elles font parties des complications infectieuses les plus sévères. Les atteintes tricuspidiennes sont les plus fréquentes (60%), et sont de meilleur pronostic. Les atteintes pluri-valvulaires ne sont pas rares et les germes retrouvés sont: Le staphylococcus aureus (60%), le streptocoque (20%), le Candida (5%), le pseudomonas et les entérobactéries (10 à 15%).

Les infections pulmonaires :

Elles correspondent à des embolies septiques, liées à l'injection elle-même ou secondaires à un foyer infecté, notamment à une endocardite. L'image pulmonaire correspond le plus souvent à un infiltrat pulmonaire. Des pneumopathies systématisées sont possibles, ainsi que des images nodulaires, mal limitées, qui évoluent souvent vers une cavitation.

Les infections osseuses et articulaires

Elles sont principalement dues aux staphylocoques dorés, aux bacilles gram négatifs et aux candidas.

Elles se localisent avec prédilection au niveau du rachis cervical et lombo-sacré, à l'articulation sterno-claviculaire et au pubis. La ponction-aspiration est indispensable. L'évolution est subaiguë et le traitement peut habituellement attendre le résultat de la culture pour être adapté.

Les infections du système nerveux :

Toute altération de la conscience chez un usager de substance n'est pas obligatoirement le résultat d'un excès de drogue. Il faut donc penser à une méningite aiguë bactérienne ou mycosique, à un abcès du cerveau ou un empyème sous-dural.

Les poussières « the Cotton Fever » :

La « poussière » désigne une réaction fébrile, survenant dans les minutes ou les heures qui suivent une injection intraveineuse de drogue. Ils disparaissent spontanément en un ou deux jours. Ce syndrome bénin peut comprendre, outre la fièvre, les frissons, un malaise général, un syndrome biologique inflammatoire, des myalgies, des arthralgies, le prurit et l'urticaire.

Les poussières sont également désignées par un terme anglo-saxon « the *cottonfever* », se référant à un mode d'injection utilisant le coton comme filtre. Un filtrage rigoureux, à travers un coton ou un filtre de cigarette, ne permet pas d'éliminer toutes les particules insolubles. Ces substances parfois pyrogènes, sont ainsi injectées en même temps que le produit.

30% des usagers de drogues par voie intraveineuse, fréquentant les CAARUD en 2006, déclarent la survenue de poussière dans le mois précédent (la fréquence est de 23% si on ne considère que les injecteurs n'utilisant pas la BHD par voie intraveineuse).

Le syndrome des mains bouffies (syndrome POPEYE ou « Puffv hand syndrome »

Le syndrome des mains bouffies est une complication, encore mal connue, des injecteurs réguliers, et survient après plusieurs années d'abus de substances.

Il s'agit d'un œdème non déclive, élastique et indolore, souvent bilatéral, affectant principalement la main, les bouts des doigts jusqu'au poignet. Il remonte parfois jusqu'à l'avant-bras. L'atteinte des membres inférieurs est moins souvent rencontrée. L'œdème peut régresser lentement après l'arrêt de la pratique d'injection.

La répétition des injections de drogues et d'impuretés (ex. fragments de coton), dans ou en dehors des veines, détruisent le système lymphatique. Parfois la lymphangiographie retrouve des atteintes importantes du réseau.

La physiopathologie de ces œdèmes ne semble pas être directement liée à des phénomènes infectieux. Une insuffisance veineuse, par des thromboses veineuses répétées, pourrait être un facteur favorisant, mais cette hypothèse n'est pas documentée par l'écho-doppler.

Une étude conclue, malgré les idées reçues, que les pratiques d'injection en général sont responsables de ce syndrome, et ne sont pas liés à l'injection de *BHD*, qui n'aurait pas de « toxicité » supérieure à celle de l'héroïne. Le fait d'être une femme et le fait de s'injecter aux mains sont des facteurs de risque plus prononcés.

Cette pathologie n'offre, actuellement, aucune thérapeutique efficace et doit être différenciée d'un état infectieux débutant. Cet état se caractérise par un œdème unilatéral et par une localisation préférentielle à la face dorsale de la main.

Aucun traitement chirurgical ne peut permettre la disparition de ces œdèmes. Les traitements veinotoniques ou vasoconstricteurs n'ont pas fait la preuve de leur efficacité. Seule une compression mécanique de ces œdèmes peut

avoir un effet bénéfique à long terme. La confection de gantelets de compression néoprène peut être proposée.

4.2.5. Les complications sociales

Précarité sociale et conséquences judiciaires

Les usagers de drogues se caractérisent par une situation sociale plus précaire que celle de la population générale, que ce soit en termes de logement, de revenu d'emploi, ou de couverture sociale.

Les usagers qui fréquentent les structures de réduction des risques, présentent une vulnérabilité sociale importante avec un taux de chômage ou licenciement du travail élevé et une désintégration familiale (fugue, divorce...).

Les difficultés judiciaires sont très fréquemment rencontrées par les usagers de drogues pour vente et possession de drogues illicites, prostitution, vol, agressions, violence, viol....etc.

En France, selon l'OFDT (2008), 38 % des usagers de drogues pris en charge en centre de soin spécialisé ont déjà connu un épisode d'incarcération et parmi eux, un quart a connu au moins 4 antécédents d'incarcération. Les usagers qui fréquentent les Caarud ont également de fréquents contacts avec le dispositif répressif. Un homme sur cinq est concerné (19,9 %) alors que seules 8,7 % des femmes ont été incarcérées.

5. Etiopathogénie :

La dépendance à la drogue est un trouble du cerveau provoqué par la consommation de substances psychoactives. Ces substances perturbent certains des processus cérébraux de la perception, des émotions, de la motivation et influent par conséquent sur le comportement et sur la pensée.

A l'heure actuelle, il n'a pas été démontré une cause de la maladie addictive. Toutefois l'addiction répond au model biopsychosocial. Actuellement, nous parlons de l'existence de facteurs de vulnérabilité, que quand associés à des facteurs de risque, peuvent générer la maladie addictive.

5.1. théorie neurobiologique de l'addiction:

Systeme de récompense et dépendance : la voie dopaminergique

Quelle que soit la substance toxicomanogène (morphine, héroïne, cocaïne, nicotine, alcool...etc.), les mécanismes de dépendance empruntent des voies finales communes de renforcement, qui sont probablement les mêmes que celles qui renforcent nos comportements fondamentaux.

En effet, des études récentes d'imagerie cérébrale (PET-scan ou tomographie par émission de positons) ont montré que toutes les substances susceptibles d'induire une dépendance activent les circuits dopaminergiques mésolimbiques, impliqués dans ce que l'on appelle plus largement les systèmes de récompense (Tassin 1997). Toutes ces substances augmentent la concentration extra-cellulaire de dopamine dans le noyau accumbens (Di chiara et Impérato, 1988).

Le phénomène renforçant la stimulation du système de récompense fut mis en lumière en 1954 par Olds et Milner. Ces derniers ont montré qu'un rat, auquel on avait implanté une électrode dans certaines régions cérébrales, était capable d'appuyer sur une pédale pour se stimuler au point d'en négliger sommeil et nourriture. Toutes les structures impliquées dans le système de récompense appartiennent au système dopaminergique méso-corticolimbique.

Ce système joue un rôle déterminant dans les processus appétitifs, motivationnels et décisionnels. A l'intérieur de ce système, le nucleus accumbens (N. Acc) occupe une position clef, ses afférences limbiques et ses projections sur le pallidum ventral en faisant une interface capable de « transformer la motivation en action » (Mogenson et coll. 1980).

Le circuit de « récompense » cérébral

L'arrivée d'un signal annonçant une récompense, après traitement sensoriel par le cortex, modifie l'activité de certaines neurones de l'aire tégmentale ventrale.

Ceux-ci libèrent de la dopamine dans le septum, le noyau accumbens, l'amygdale et le cortex préfrontal.

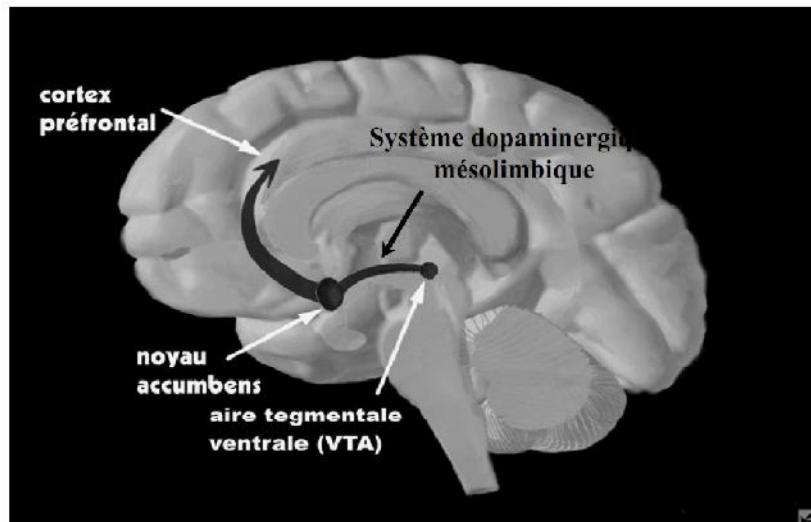
Le noyau accumbens intervient dans l'activation motrice de l'animal tandis que le cortex préfrontal est impliqué dans la focalisation de l'attention. Ces différentes zones sont interconnectées et innervent l'hypothalamus l'informant de la présence d'une récompense.

A noter que les niveaux de libération de dopamine sont très différents selon les produits. Ces niveaux ne semblent pas correspondre à leurs potentiels addictifs respectifs. Quoiqu'il en soit, cette observation a permis de proposer que les produits addictifs exercent, par des mécanismes initialement différents (actions sur la libération de neurotransmetteur, sur la recapture ou sur l'activité électrique des neurones) une action finale commune.

La libération de la dopamine est susceptible de déclencher une dépendance. Elle a aussi permis de conforter plusieurs indications cliniques selon lesquelles le potentiel de dépendance n'appartenait pas qu'aux produits mais pouvait aussi

dépendre des consommateurs, certains d'entre eux, parmi les plus vulnérables, passant sans difficulté d'un produit à un autre. Cette vulnérabilité est évidemment un sujet de préoccupation et de recherche, les facteurs génétiques et psychologiques étant sans doute impliqués à des niveaux identiques.

La voie de la récompense



Mécanismes d'action comparés des différentes drogues

Mécanismes	Neuromédiateurs ou Récepteurs
Imitation de l'action des neuromédiateurs naturels	
Opioides	Endorphine, Enképhaline
Alcool	GABA-A, Enképhaline
Benzodiazépine	GABA-A
Nicotine	Acétylcholine
Cannabis	Anandamide
LSD	Sérotonine et Dopamine
Augmentation de la sécrétion des neuromédiateurs naturels	
Cocaïne	Dopamine
Amphétamine	Dopamine
Ecstasy	Sérotonine/Dopamine
Blocage des neuromédiateurs naturels	
Alcool	Glutamate

5.2. théorie génétique :

L'existence de facteurs de vulnérabilité génétique prédisposant à la consommation de substances, à l'abus et à la dépendance est connue. Ceci a été établi par des études d'agrégations familiales et des études de jumeaux.

Ces facteurs sont en partie communs à l'ensemble des addictions et en partie spécifiques à chaque substance [Merikangas et al 1998; Tsuang et al. 1996; Sartor et al. 2009; Xian et al. 2009 et pour revue, INSERM 2001; Kendler et al. 2003; Krebs et al, 2003].

L'initiation à l'usage de substances psychoactives lors de l'adolescence serait liée de façon prédominante à des facteurs environnementaux alors que l'abus et dépendance à l'âge adulte dépendrait pour une large part de facteurs génétiques [Kendler et al. 2008, 2009].

L'étude de l'Université de California à San Francisco (UCSF), Family Study of Alcoholism, a retrouvé une transmission familiale de l'usage et de la dépendance au cannabis, de la précocité de la consommation ainsi que des troubles induits par la consommation (troubles dépressifs, troubles de la concentration et idées de persécution [Ehlers et al. 2010]. Pour le cannabis, comme pour la plupart des substances, le poids des facteurs génétiques augmente avec la sévérité de la consommation [Kendler et al. 2000].

L'identification de gènes associés aux addictions a fait l'objet de nombreuses recherches de génétique moléculaire, étudiant en particulier des gènes candidats codant les neurotransmetteurs cérébraux dont la transmission est modifiée par la consommation de substances (Duaux et al. 2000, Kreek et al. 2005).

La dépendance aux opiacés pourrait être associée à certains variants alléliques des gènes codants pour les récepteurs dopaminergiques DRD1, DRD2 et de certains récepteurs sérotoninergiques (15).

Plusieurs gènes ont été impliqués dans la dépendance au cannabis, en particulier au niveau des chromosomes 1, 4 (GABRA2) et 6 (CNR1) [Agrawal et al. 2006, 2008, Agrawal & Lynskey 2009, Philibert et al. 2009].

5.3. facteurs liés aux produits :

Ils agissent tous directement ou indirectement sur le circuit de récompense avec un potentiel addictif variable. Le niveau de dépendance, défini selon le DSM IV ou la CIM10, varie selon les substances psychoactives. Les trois substances ayant un pouvoir addictif puissant sont le tabac, la cocaïne et l'héroïne. Selon l'OFDT, pour une faible consommation de ces produits, est retrouvé une dépendance moyenne ou forte chez 50% à 60% des usagers.

5.4. Facteurs psychologiques :

Traits de personnalité:

C'est l'ensemble d'attitudes, de conduites et de comportements stables dans le temps, qui sont caractéristiques d'une personne. L'association de ces traits va définir la personnalité d'une personne. Certaines associations, selon leur intensité, peuvent entraîner une souffrance clinique et certains de ces traits sont particulièrement associés aux conduites addictives.

La faible estime de soi, l'autodépréciation, la timidité y sont fréquemment présents. Le faible évitement du danger avec le retour lent à l'équilibre après un stress est aussi un facteur de risque. Un niveau élevé de recherche de sensations

fortes et de nouveauté peut inciter à l'addiction. On peut trouver aussi un niveau élevé de réactivité émotionnelle.

5.5. facteurs liés à l'environnement :

La dimension culturelle de l'usage des substances psychoactives est capitale à prendre en compte à la fois pour en saisir le sens et pour en comprendre une bonne part des mécanismes.

Le rôle des facteurs environnementaux a aussi été bien démontré chez l'animal. Le stress augmente la réactivité aux psychostimulants et la descendance de mères stressées est plus sensible aux substances psychoactives. Les sécrétions de corticoïdes induites par le stress augmentent la sensibilité des neurones dopaminergiques aux produits addictogènes.

Il existe plusieurs types de facteurs environnementaux :

Facteurs culturels et sociaux

Influent sur l'attente vis-à-vis du produit, les modes de consommation, l'expression des conduites addictives et les réactions sociales vis-à-vis des conduites.

Facteurs familiaux

La consommation du produit limitée ou favorisée, les interdits religieux, le style d'éducation et l'histoire familiale de pathologie addictive ou psychiatrique, constituent des facteurs pouvant jouer dans la protection ou dans le risque d'abus de substance.

Le fonctionnement familial intervient aussi. Par exemple: les conflits, les deuils, la perte de repères familiaux, la recomposition, le chômage et la précarité, sont des situations à risque pour l'usage de drogues. Le manque de

supervision parentale, les carences affectives, le manque de communication et l'absence d'une position parentale claire sur les drogues peuvent être des facteurs de risque familiaux de l'usage de drogues.

Rôle des pairs

Les pairs jouent un rôle majeur surtout à l'adolescence (Modelage et coercition), mais aussi plus tard au milieu du travail et au niveau des groupes.

Il faut savoir que la précocité de la consommation fait intervenir la vulnérabilité génétique, familiale et les incitations environnementales. Les conséquences sont néfastes chez un cerveau en développement (surtout si la consommation débute avant l'âge de 16 ans).

La recherche d'ivresse et de conduites d'excès, fait intervenir une vulnérabilité génétique.

6. Prise en charge de la maladie addictive:

La prise en charge des addictions aux SPA devrait être globale, elle prend en compte :

- Le volet médical,
- Le volet Psychothérapique,
- Le volet psychosocial.

6.1. Les stratégies de prise en charge :

6.1.1. Le temps de l'évaluation :

Les instruments de dépistage de l'usage de SPA, ou du diagnostic de l'usage problématique, sont nécessaires surtout quand le patient banalise ou nie sa conduite addictive. Ces instruments sont nombreux, certains ont prouvé une

bonne sensibilité et spécificité. L'ASSIST est parmi les instruments de dépistage le plus recommandé par l'OMS.

La démarche consiste à évaluer d'une part, les comportements de consommation et leurs conséquences, et d'autre part les difficultés sous-jacentes à ces consommations. Il s'agit de réaliser une évaluation globale de la situation du sujet comportant une évaluation de la consommation ou du comportement addictif, de la psychopathologie sous-jacente, de l'état somatique en plus de la situation sociale, familiale, professionnelle, juridique et financière. Cette évaluation permet d'adapter le projet thérapeutique selon les difficultés du patient.

- Il s'agit d'évaluer l'usage du produit et la gravité des complications et dommages en lien avec cet usage. Il est impératif de demeurer sur des positions médicales, de ne pas être stigmatisant.

- Repérer les facteurs de risque personnels et environnementaux, facteurs diagnostics dont l'impact est thérapeutique et pronostic.

L'examen doit ainsi s'efforcer de repérer le mode de début, la précocité éventuelle des troubles, l'association à des troubles du comportement éventuels, les antécédents d'auto ou d'hétéro-agressivité.

La philosophie du soin en addictologie repose sur la recherche d'une alliance thérapeutique avec le patient. Cette alliance est des fois difficile à instaurer surtout chez des patients non encore motivés par une prise en charge de leur conduite addictive.

Il est impératif de proposer au patient une information claire sur les troubles et les possibilités thérapeutiques. Ces propositions doivent tenir compte de la motivation du patient.

Les objectifs thérapeutiques sont définis et ne se limitent pas à la conduite addictive.

6.1.2. Le choix de la stratégie de soins :

En cas d'usage à risque on peut ainsi proposer :

Le conseil simple :

Il s'agit d'une intervention brève et de courte durée. Elle est destinée à susciter une prise de conscience, dans le but d'arriver à une décision pour un changement. Le conseil minimal est inspiré de l'entretien motivationnel.

Les principes de l'entretien motivationnel (EM) sont basés sur l'empathie du thérapeute, le respect et la liberté du choix du demandeur d'aide, le renforcement de l'efficacité personnelle. Il évite l'affrontement, le jugement pour ne pas faire apparaître la résistance.

Le sevrage :

S'il est trop précoce ou mal préparé, il est source de découragement et de renforcement de prise de SPA. Le sevrage peut se faire en ambulatoire ou en hospitalier.

Le sevrage en ambulatoire

Lorsque les conditions de vie et l'environnement du patient le permettent, le sevrage peut être réalisé en consultations ambulatoires. Ces conditions impliquent un suivi rapproché, en prévoyant, pour un sevrage court de voir le

patient en consultation tous les deux ou trois jours, voire dans certains cas, tous les jours. La remise directe des médicaments en quantité limitée permet d'ajuster la posologie et de réduire les risques liés aux conditionnements excessifs.

Le sevrage en milieu hospitalier :

Le sevrage peut être réalisé au service de médecine non spécialisé, au service psychiatrique ou dans les institutions spécialisées en addictologie. En dehors de certaines pathologies psychiatriques qui justifient en elles-mêmes une hospitalisation en psychiatrie, le choix du lieu paraît actuellement d'avantage lié à l'offre de soins qu'à une réelle réflexion clinique ou théorique.

Dans ce contexte, le contrat systématiquement établi entre le patient et l'équipe de soins a des aspects particuliers. Variable suivant les institutions. Il insiste sur le nécessaire respect par le patient de leurs règles de vie. Le contrat comprend habituellement une période de durée variable pendant laquelle le patient accepte une limitation plus ou moins complète des sorties, des visites et des appels téléphoniques personnels.

Le soutien relationnel est un élément essentiel du sevrage hospitalier. Cet accompagnement demande disponibilité et compétence, ce qui suppose un personnel en nombre suffisant et préparé à cette tâche par une formation.

La chimiothérapie :

Destinée à réduire la symptomatologie du manque, le traitement chimiothérapique varie en fonction du produit responsable de la dépendance et doit être adapté à chaque patient. Il fait appel aux médicaments de sevrage ou à la substitution ainsi qu'à des médicaments de traitement symptomatiques (ex antalgiques, spasmolytiques, anti nauséux, anti diarrhéiques, anxiolytiques,

sédatifs ou hypnotiques). Les produits sédatifs sont le plus souvent prescrits, surtout dans les premiers jours.

Les benzodiazépines sont souvent utilisées dans certains protocoles, vues leur effets anxiolytiques et anticonvulsivants. Ces substances s'accompagnant d'un risque de pharmacodépendance sont à manier avec précaution. Certaines substances disposent déjà d'un protocole thérapeutique de sevrage.

Les traitements de substitution :

En pratique, substituer une substance par une autre permet :

- ❖ De réduire les dommages
- ❖ De réduire les pertes de contrôles
- ❖ De garantir la pureté du produit
- ❖ De participer au maintien d'un statut social
- ❖ De se donner des outils thérapeutiques pour l'abstinence

1) Le traitement substitutif des opiacés :

Il fait appel à 3 produits :

- La méthadone : le seul produit utilisé actuellement au Maroc
- La buprénorphine (subutex)
- Le suboxone (buprénorphine + naloxone)

➤ **La méthadone (méthadone chlorhydrate)**

1. Bases pharmacologiques :

- La méthadone est un agoniste des récepteurs opiacés agissant principalement sur les récepteurs mu. Comme les autres opiacés, elle a des

propriétés analgésiques et antitussives. C'est aussi un dépresseur respiratoire central puissant. Elle peut entraîner un syndrome de dépendance pharmacologique. Par contre, ses propriétés euphorisantes sont réputées plus faibles qu'avec les autres opiacés.

- La tolérance de la méthadone est croisée avec celle des autres opiacés, ce qui explique qu'un héroïnomanie qui reçoit des doses suffisantes de ce médicament, ne puisse plus ressentir les effets euphorisants de l'héroïne. La tolérance étant moindre qu'avec les autres opiacés. Son activité clinique se maintient sans nécessité d'augmenter les doses.

2. Galénique, posologie, mode d'administration

- La méthadone se présente soit sous la forme d'un sirop buvable, liposoluble, dit, « non injectable ». Il est néanmoins possible, quoique techniquement assez difficile, de détourner le produit pour l'injecter. Soit sous d'autres formes, par exemple en comprimés ou en gélules dans certains pays (non encore disponible au Maroc).

- Il existe des récipients unidoses de méthadone (fermés par un bouchon de sécurité enfant) à 5 mg, 10 mg, 20 mg, 40 mg et 60 mg.

- Les dosages optimaux de la méthadone se situent entre 60 et 80 mg par jour en une prise quotidienne, permise par une demi-vie allongée. La première dose est habituellement entre 20 à 30 mg et doit être administrée environ 24 heures après la dernière prise d'opiacés (10 heures d'après l'AMM). La dose est augmentée par pallier de 5 à 10 mg en un à trois jours, selon la clinique. Il est recommandé de ne pas dépasser la dose de 60mg durant la première semaine.

La dose d'entretien est généralement atteinte en 10 à 15 jours.

3. Indications particulières de la méthadone

La méthadone est particulièrement indiquée chez les dépendants aux opiacés en cas de :

- Dépendance aux opiacés sévère.
- Difficulté à renoncer à l'injection des opiacés chez les injecteurs.
- Pathologies psychiatriques associées.
- Polyconsommations (alcool, benzodiazépines, etc.).
- Patients dépendants aux opiacés pour lesquels un traitement antalgique est nécessaire (100 mg de méthadone est l'équivalent de 400 à 500 mg de morphine orale).
- Echec de plusieurs tentatives de sevrage.
- Pathologie médicale associée (HIV, HVC, HVB)

4. Les effets de la méthadone:

Comme décrit précédemment, la prise de méthadone entraîne un moindre effet euphorisant que les autres opiacés. Cependant les effets morphiniques, mélange d'euphorie et de détente sont tout de même présents, surtout en début de traitement. Cela peut être une des explications du fait qu'elle soit bien acceptée par les patients.

En ce qui concerne les effets indésirables les plus fréquents chez les sujets pharmacodépendants aux opiacés:

- Lors de la mise en place du traitement : euphorie, vertige, somnolence, nausée, vomissements, constipation, sédation, hypersudation, œdèmes...etc.
- En phase d'entretien : hypersudation, nausée, constipation...etc.

Les effets indésirables les plus sévères sont liés au surdosage toxique « overdose » qui peut se traduire par un myosis, une bradypnée, une dépression respiratoire, un œdème pulmonaire, un coma avec hypotension artérielle sévère, une apnée et une rhabdomyolyse. Les surdoses peuvent être mortelles. Elles nécessitent une réanimation symptomatique et un traitement par naloxone en tenant compte de la longue durée d'action de la méthadone et de la brièveté d'effet de la naloxone. D'où la nécessité de poursuivre une surveillance clinique rapprochée et de répéter au besoin les injections de naloxone.

Des cas d'allongement du QT et de torsade de pointe, bien que rares, ont par ailleurs été décrits au cours du traitement par la méthadone. Ce qui doit inciter à une surveillance clinique, électrolytique et électro cardiographique chez les patients sous méthadone présentant un risque d'allongement du QT (antécédent connu d'allongement du QT ou antécédents familiaux de mort subite, pathologie cardiaque évoluée, posologie supérieure à 120 mg/j ou en cas d'interaction médicamenteuse).

5. Interactions

- Les effets sédatifs sont majorés par les anxiolytiques, les neuroleptiques, certains antidépresseurs et par l'alcool. Les agonistes morphiniques favorisent la dépression respiratoire.

- Les morphiniques agonistes-antagonistes (nalbuphine, pentazocine, buprénorphine) diminuent l'effet antalgique par blocage compétitif des récepteurs, avec risque d'apparition d'un syndrome de sevrage, ils sont donc contre-indiqués.

2) Le traitement substitutif à la nicotine :

Le traitement de substitution à la nicotine est souvent utilisé pour au moins 6 à 8 semaines. Les posologies sont à adopter en fonction de la consommation (Test de Fagestrom). Elles sont aussi déterminées en fonction des signes de sous dosage (sevrage) ou de l'intoxication : comme l'insomnie, diarrhée, bouche sèche, douleurs abdominales et palpitations.

Les systèmes transdermiques garantissent la meilleure observance. Le nombre de timbres placé sur 24 ou 16 heures est variable de 6 à 21 mg.

Les gommes sont les premiers substituts commercialisés, elles sont dosées de 2 et 4mg. Les pastilles en sublinguales sont aussi disponibles au Maroc.

L'inhaleur, qui contient le 1/10e d'une cigarette, prend en compte la gestuelle, la dose recommandée est de 6 à 10 cartouches/j.

L'association de deux formes galéniques, optimise l'apport nicotinique, chez les fumeurs fortement dépendants. D'autres traitements de la dépendance nicotinique peuvent être associés (varénicline ou bupropion). Associés à la substitution nicotinique, ils offrent plus d'avantages.

Traitement psychothérapeutique:

Les psychothérapies sont nécessaires dans le traitement des addictions. Elles permettent de prolonger l'abstinence et prévenir la rechute.

Les thérapies cognitives et comportementales, en plus de la thérapie motivationnelle, ont montré leur efficacité au cours des études. Elles sont nécessaires dans la prise en charge et le suivi des patients addicts.

1) La thérapie de l'augmentation de la motivation : Thérapie motivationnelle

Outre l'entretien motivationnel (EM) en tant que tel, la thérapie de l'augmentation de la motivation, en anglais, *Motivational Enhancement Therapy*, MET (Miller et coll, 1992, 1995) est une forme d'intervention brève. Elle est basée sur les principes de l'EM, et dont l'efficacité a été le mieux démontrée. En effet, la MET est l'un des modes d'intervention dont l'efficacité a été montrée dans le projet MATCH (Project MATCH Research Group, 1997), une des plus grandes études contrôlées reconnues dans le domaine de l'alcoolisme, notamment pour sa rigueur et sa validité interne. Tout en intégrant ses principes, la MET se distingue de l'EM puisqu'elle constitue un protocole d'intervention « manualisé » qui intègre en outre la notion de rétroaction (*feedback*) personnalisée.

Ainsi, dans le projet MATCH, la MET se déroule en quatre sessions offertes sur une durée de 12 semaines. Au cours de la première session, le clinicien doit fournir au client une rétroaction personnalisée, basée sur l'évaluation initiale, qui permet à la personne de situer sa consommation par rapport à des normes populationnelles. Cette composante de rétroaction, partie intégrante de la MET, ne fait pas nécessairement partie de l'EM.

2) Les stratégies cognitivo-comportementales (TCC)

Les stratégies cognitivo-comportementales proposées vont dépendre en partie du type d'objectif (consommation contrôlée ou abstinence) poursuivi et de l'analyse fonctionnelle, déterminant les facteurs déclenchant ou pouvant maintenir le comportement d'usage nocif. On peut citer les stratégies suivantes :

- **Gérer ses envies de consommer**
- **Contrôler les stimuli qui mènent à la consommation**
- **Gestions des envies**
- **Stratégies comportementales de relaxations**
- **Avoir son plan d'urgence pour la gestion d'un faux pas (objectif d'abstinence)**
- **Savoir refuser une consommation**

II. La politique de réduction des risques (RDR)

1. Historique de la RDR

La réduction des risques dans le domaine des drogues est apparue comme une approche au cours de la décennie 1980, en raison de l'irruption du sida dans le champ de la toxicomanie.

C'est l'apparition du SIDA dans les années 1980 qui a changé la vision de ces politiques. La réduction des risques apparaît d'abord aux Pays-Bas puis en Grande-Bretagne.

Les Pays-Bas sont à l'avant-garde du mouvement. Ils ont été les premiers à agir en 1976 en modifiant leur législation en matière de drogues. La politique de réduction des risques a été mise en place aux Pays-Bas suite au rapport Engelsman publié en 1985, qui avance que l'État et la société civile ont une responsabilité d'information visant à ne plus stigmatiser les usagers de drogues.

La Grande Bretagne, quant à elle, suite à l'édiction des législations antidrogues à l'échelle internationale, adopte une stratégie moins répressive que l'Amérique du Nord à l'encontre des drogues dorénavant proscrites. Au milieu de la décennie 1980, en raison de la conjonction de nouveaux facteurs dont l'apparition du sida, certaines villes développent des programmes d'échange de seringues et des campagnes d'information sur le sujet. En 1987, un rapport officiel met en avant la dangerosité du sida en avançant que le danger est plus grand que celui de la toxicomanie. En 1990 s'est tenue à Liverpool la première conférence internationale sur la réduction des risques liés à la toxicomanie.

En France, la politique de réduction des risques a été mise en place à partir de 1987 avec la mise en vente libre des seringues en pharmacie par décret du ministre de la santé. Ce dispositif a été complété par d'autres programmes comme les programmes d'échange de seringues (à partir de 1989 avec les Médecins du monde) ou les distributeurs automatiques de seringues (à partir de 2001), ou encore les stéribox (à partir de 1994), et enfin les programmes de substitution (à partir de 1994).

2. Objectifs

Le but initial de cette politique est de limiter la transmission d'infections, telles avec les virus des hépatites B et C ou le VIH chez les usagers injecteurs de drogues. Elle s'est ensuite élargie à la prise en charge globale de la santé des usagers, prenant en compte les différents risques sanitaires en fonction des produits, des personnes et de leur environnement.

La réduction des méfaits consiste à aborder les problèmes liés à l'usage de drogue en ciblant les méfaits qui touchent les individus, la communauté et la société entière. Elle a pour but de réduire les conséquences néfastes de l'usage de drogues, plutôt que de viser les utilisateurs. Elle reconnaît que certains individus ne veulent ou ne peuvent pas cesser de consommer, en particulier à court terme, et elle mise sur des moyens de préserver leur santé et leur sécurité (ainsi que celles des communautés) en réduisant les effets néfastes de l'usage de drogues.

Cela ne signifie pas que la réduction des méfaits et l'abstinence soient incompatibles. Les deux approches ne sont que complémentaires. La réduction des méfaits implique une hiérarchie des buts. On cherche d'abord à atteindre les buts les plus immédiats et réalistes, pour s'orienter graduellement vers des

pratiques sécuritaires ou vers l'abstinence, si cela est approprié. Il s'agit d'une approche fondée sur le pragmatisme. Elle s'applique à toutes les drogues, légales ou illégales. Elle est aussi utile dans les cas de consommation d'alcool, de nicotine et de médicaments sans prescriptions.

De part le monde, les pouvoirs publics se sont retrouvés devant une situation contradictoire. Les drogues de même que leur usage, sont interdits, ce qui renvoie les usagers à la clandestinité, alors que la nécessité de faire face aux épidémies infectieuses requiert au contraire la visibilité du même groupe comme condition indispensable pour que le message préventif atteigne sa cible. Résoudre cette contradiction nécessitait l'élaboration de plusieurs modèles tentant de concilier la prohibition des drogues et les besoins vitaux de la prévention. Ces modèles sont élaborés en se fondant sur un ensemble d'approches cohérentes regroupées sous le concept de **réduction des risques**.

Des outils sont alors mis à la disposition des usagers pour limiter les risques de transmission d'infections. Au début, ils ne concernaient que le public des injecteurs (consommateurs de drogues par voie intra veineuse), Des programmes ont été ainsi mis en place comme le programme d'échange de seringues (PES), les TSO, l'accès aux soins à bas seuil, l'intervention des pairs et le travail de proximité. Puis, progressivement, la politique RDR s'est intéressée à l'ensemble des risques liés à l'usage de drogues («bad trip», overdose, accidents routiers, relations sexuelles non protégées, dépendance, exclusion économique et sociale, désinsertion, etc.)

La réduction des risques en milieu pénitentiaire est indiscutable puisque l'incarcération est fréquente chez les usagers de drogues. D'ailleurs les sujets qui s'injectent continuent à le faire en prison. La prison constitue un lieu à haut

risque infectieux à cause de certaines pratiques courantes comme le tatouage, le piercing, le snif, l'injection de drogues...etc. Une politique de réduction de risque en milieu pénitentiaire est ainsi justifiée.

3. Les résultats de la RDR:

Les résultats de cette politique sont remarquables. Par exemple, au Royaume-Uni où une approche exhaustive de réduction des méfaits fut adoptée très tôt, les taux de VIH sont particulièrement faibles, parmi les UDI (la moyenne nationale en 2011 est de 1%) (16).

En France, entre 1994 et 1999, d'après les constats de l'OFDT, le nombre des overdoses mortelles a baissé de 79% à 68%. La baisse du nombre des overdoses témoigne d'une baisse de la mortalité. Par ailleurs, la mortalité due au SIDA connaît, entre 1994 et 1997, une baisse spectaculaire de 74%.

Les résultats positifs des traitements de substitution et des actions de réduction des risques ne sont désormais plus discutés, ni par l'OCRTIS, ni par l'OFDT.

4. Les pratiques à risque :

1) Risques et dangers des drogues injectables :

a) Le déroulement d'une injection

- Préparation du produit à injecter :

Pour réduire le plus possible les risques liés à l'injection, le lavage des mains, la désinfection cutanée, l'utilisation de matériels stériles s'imposent.

Le produit doit être écrasé le plus finement possible, afin d'éviter les risques de nécroses et d'abcès au point d'injection.

En général, les drogues (hormis le crack) doivent être placées dans un récipient, auxquelles on ajoute un diluant acide, puis de l'eau. Le mélange est alors chauffé jusqu'à dissolution (souvent par les flammes d'un briquet ou d'une bougie). La préparation doit être remuée pour faciliter la dilution.

La préparation sera ensuite aspirée dans la seringue, après avoir placé un filtre devant l'embout. Le filtrage est une étape importante, car il permet d'éliminer les particules insolubles et d'éviter les «poussières». Il est indispensable de laisser refroidir le contenu de la seringue et de chasser les bulles d'air, avant toute injection.

- L'injection

Les injections se font souvent au niveau des veines des avant-bras ou des bras. Trouver un site peut s'avérer compliqué chez l'injecteur régulier et/ou de longue date, au capital veineux résiduel faible.

Une fois la veine trouvée, le produit est lentement injecté en surveillant qu'aucun gonflement local ne survient. Aussitôt l'aiguille retirée, le point d'injection est comprimé avec un tampon sec pendant au moins 30 secondes.

En cas d'impossibilité de trouver une veine au niveau du membre supérieur, l'utilisateur de drogue peut recourir à une veine au dessus du pied ou derrière le genou, avec le risque accru de phlébite. Les veines de l'intérieur du poignet, du cou ou de l'aîne sont à éviter, du fait de la trop grande proximité des artères.

L'injection dans une artère est dangereuse et expose l'utilisateur à des risques d'hémorragies et de thromboses.

b) Les sources d'infection:

Les risques infectieux liés à l'usage de drogues par voie intraveineuse proviennent essentiellement des pratiques de préparation et d'injection, effectuées sans asepsie. L'absence ou la mauvaise désinfection du site d'injection, l'utilisation de matériel non stérile, une pratique d'injection fréquente, quotidienne voire pluriquotidienne, peuvent favoriser des comportements à risque d'infection.

- La drogue elle-même :

Les études microbiologiques des produits utilisés ne permettent que rarement d'isoler la bactérie et finalement la drogue est la source la moins importante de la contamination. Il faut néanmoins rappeler que les drogues et les espèces bactériennes peuvent avoir des affinités (*Eikenella corrodens* et méthylphénidate, *Pseudomonas aeruginosa* sérotype 0:11 et mélange de tripélenamine et pentazocine « T's and Blues »).

- Les solvants

La solubilisation de certains produits, comme la buprénorphine (Temgésic®, BHD) est obtenue au moyen de la salive, du jus de citron, du vinaigre ou de l'eau. Elle contient parfois le *Pseudomonas aeruginosa*, ainsi que l'*Enterococcus faecalis*. Le jus de citron, peut contenir des levures, telles que le *Candida Albicans*.

- Les pratiques de partage et de réutilisation du matériel d'injection :

Utilisé successivement par plusieurs personnes, le matériel peut être la source de contamination par divers virus (virus de l'hépatite B [VHB], virus Delta, virus de l'hépatite C [VHC], virus d'Epstein-Barr [EBV], le cytomegalovirus [CMV], ou par des parasites (plasmodium, toxoplasmose).

En France et en milieu urbain, l'OFDT observe que les messages de réduction des risques concernant le VIH ont bien été assimilés. Le VHC pose le problème d'être plus contaminant et reste encore bien présent chez les usagers de drogues.

Si cette conscience intègre les pratiques d'échange de matériel d'injection entre « injecteurs », la pratique de réutilisation de seringues usagées par la même personne, reste toutefois d'actualité. En milieu festif, l'injecteur est rare, mais dans cet environnement, il peut être amené à prendre des risques supplémentaires (accessibilité moindre à du matériel stérile).

L'institut de recherche en épidémiologie de la pharmacodépendance (IREP) a mené en 1996, une étude auprès d'environ 1700 usagers problématiques de drogues. Chez les usagers de drogues par voie intraveineuse, la réutilisation de leur propre seringue est courante (75%) et le nombre de réutilisation est de deux à quatre. 12% ont déjà réutilisé la seringue des autres et 19% ont prêté des seringues usagées. Le produit injecté, la cuillère, le coton, le citron et l'eau apparaissent largement partagés (54 à 70%). Dans une enquête récente de l'IREP, il apparaît que 30% des usagers de drogues par voie intraveineuse utilisent encore plus de trois fois de suite leurs seringues.

Si depuis quelques années, le partage de seringues a diminué de manière significative, la réutilisation du matériel reste fréquente.

- Les filtres non stériles :

L'utilisation d'un coton (coton-tige, boule de coton hydrophile roulée avec les doigts), ou d'un filtre de cigarette (souvent détaché avec les dents, puis divisé avec les mains) est source de contamination septique.

La réutilisation du même coton pour ne pas « perdre » de produit est une pratique connue. Une fois utilisé, il contient encore fréquemment du produit actif et peut être conservé, réutilisé, partagé, donné, échangé ou « troqué ».

- La propre flore du patient :

Elle est la source la plus importante de la contamination bactérienne. Au niveau des téguments, on retrouve les mêmes staphylocoques dorés que dans le sang au cours des bactériémies et des endocardites.

Les patients addicts sont plus fréquemment porteurs de staphylococcus aureus que la population générale. Ceci semble, en partie, lié aux effractions cutanées répétées et à l'automédication par les B-lactamines.

La mauvaise hygiène dentaire augmente le nombre de bactéries dans l'oropharynx, particulièrement anaérobies et entérobactéries.

L'usage néfaste de la salive pour lubrifier l'aiguille est responsable de l'inoculation transcutanée des micro-organismes du l'oropharynx (streptocoques salivaires) et par la suite des infections des tissus mous et des bactériémies.

c) Les particularités de préparation selon le produit injecté

- La cocaïne

Un centilitre d'eau froide stérile suffit pour dissoudre la cocaïne en poudre.

Aucun diluant n'est nécessaire. Il est cependant préférable de faire bouillir le mélange, afin d'éliminer la plus grande partie des microbes.

- Le crack

Avant d'ajouter le crack, le diluant acide doit être mélangé dans de l'eau tiède. Ceci est dans le but de mieux dissoudre le mélange. Le mélange doit être impérativement filtré.

- L'héroïne

L'héroïne blanche se dissout instantanément dans de l'eau froide. Le dépôt qui reste est le produit de coupage. Il est néanmoins nécessaire de chauffer jusqu'à l'ébullition pour détruire certains microbes. Le filtrage s'impose. Il faut ajouter un peu de diluant acide pour dissoudre « l'héroïne brune » dans de l'eau, avant de porter à ébullition. Il est préférable de choisir un gros filtre, en raison de la taille et de l'importance des résidus qui pourraient obstruer un coton trop petit.

- Le mélange héroïne-cocaïne « speed-ball »

L'héroïne blanche et la cocaïne peuvent être dissoutes ensemble. Il est impératif de dissoudre d'abord l'héroïne, puis de laisser refroidir le mélange, avant de rajouter la cocaïne.

- Les amphétamines :

La méthamphétamine est la seule forme soluble dans l'eau. D'autres formes d'amphétamines peuvent se dissoudre partiellement. Dans tous les cas, il faut filtrer le produit.

- Les psychotropes :

Divers médicaments détournés de leur usage thérapeutique peuvent être utilisés en injection. Dans ce cas, les comprimés doivent être écrasés dans un papier propre, blanc et non imprimé. La poudre obtenue est ensuite lissée avec un objet lourd. Après quoi, il faut prévoir un filtrage important.

- La Buprénorphine Haut Dosage

Elle ne peut être que partiellement dissoute dans de l'eau. Elle se réduit en fines particules de 25 microns, dangereuses pour les petits vaisseaux, en particulier ceux des poumons. Les comprimés doivent être soigneusement écrasés et réduits en une poudre extrêmement fine, avant d'être dissouts dans de l'eau légèrement tiède. Il faut prévoir 1 centilitre (cc) d'eau tiède pour un comprimé de 2 mg et au moins 4 cc pour ceux de 8 mg. Les génériques Arrowo et Merko, plus petits, sont plus difficiles à réduire en poudre que le Subutex. Il est par la suite moins apprécié des injecteurs. Un filtrage minutieux est nécessaire et possible avec le Stérifilt B. En cas d'utilisation d'un coton épais, le filtrage doit être réitéré une ou deux fois avant l'injection.

- Le sulfate de morphine (Skenan B, Moscontino)

Pour toute utilisation en injection, il faut écraser très finement les microbilles de Skenan B ou les comprimés de Moscontino. Il faut ensuite verser la poudre dans un récipient contenant 5 cm³ d'eau froide par comprimé, remuer,

puis laisser reposer le mélange. Le filtrage doit être aussi minutieux pour les comprimés de Skenano. Il ne faut pas chauffer le Moscontin B.

d) La première injection :

Elle est souvent effectuée avec l'aide d'un tiers plus expérimenté, parfois initiateur. Le risque de partage de matériel peut être fréquent dans cette situation.

e) Les problèmes persistants

- Les seringues

Les seringues à insuline de 1 cm³ sont les plus utilisées, en particulier pour l'héroïne et la cocaïne.

L'aiguille, en acier, est fixée à la seringue et inamovible. Sa pointe est bien biseautée. Ces seringues sont peu adaptées à la préparation de la BHD.

Il existe également des seringues serties de 3 cm³, mises à disposition par les associations. Les seringues non serties demandent une vigilance particulière de la part des utilisateurs, car leur manipulation, plus complexe, les expose à des risques infectieux plus importants.

- Le diluant acide

La plupart des drogues injectées par voie intraveineuse doivent être préalablement dissoutes (l'héroïne brune et le crack en particulier).

L'héroïne blanche et la cocaïne, très solubles dans l'eau, n'ont besoin d'aucun diluant. Il n'existe actuellement, dans le commerce, aucun produit permettant de dissoudre une drogue, sans faire courir de danger à l'utilisateur. L'acide citrique, jusque-là disponible dans certains programmes, a été retiré du

marché, suite à l'expertise rendue par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps). L'acide ascorbique (vitamine C) n'est pas disponible en ville sous forme injectable, ni conditionné en dose unique.

Les usagers de drogues sont contraints d'utiliser quelques gouttes de jus de citron pour dissoudre leur produit. Il est impératif de presser un citron frais que l'on vient de couper. Un citron entamé s'imprègne très rapidement de champignons, microscopiques et invisibles, qui rendent son utilisation responsable de graves candidoses. Le vinaigre et le jus de citron qu'on trouve dans le commerce présentent le même danger.

f) La désinfection de secours

En dernier recours et en l'absence de matériel stérile, certains préconisent la désinfection à l'eau de javel. La seringue usagée est rincée à l'eau courante en actionnant le piston deux fois de suite. On procède après avec de l'eau de javel diluée (concentration standard d'une utilisation ménagère). Le piston séparé du corps de la seringue et ce dernier sont plongés dans un récipient d'eau de javel diluée, pendant au moins une minute. Le rinçage final se fait avec de l'eau courante en renouvelant l'opération deux fois, après réadaptation du piston. L'eau de javel est jetée et ne doit pas être utilisée pour une nouvelle désinfection.

2) Pratiques sexuelles à risques

Les cliniciens devraient renforcer les mesures comportementales de réduction des risques pour la prévention des IST, y compris l'utilisation systématique du préservatif.

Des taux élevés des infections sexuellement transmissibles (IST) sont considérés parmi les consommateurs de drogues. Les IST (Chlamydia, gonocoques, syphilis, herpès, ...) ont été démontrées comme des facteurs de risque indépendants pour la transmission sexuelle du VIH.

Parmi les addicts, les taux d'incidence pour la gamme de syphilis précoce vont de 2,9 pour 1000 personnes-années à 1 pour 100 personnes-années (17).

Les ulcérations génitales du HSV, ainsi que de la syphilis et le chancre mou, augmentent la probabilité que les sécrétions génitales contiennent une quantité infectieuse du VIH. Cela augmente le risque de contact entre le VIH dans les sécrétions génitales et les cellules muqueuses génitales réceptives à l'infection par le VIH. A noter que fumer du crack peut provoquer des cloques et des plaies sur les lèvres et la muqueuse buccale qui peut également faciliter la transmission d'agents pathogènes infectieux.

Concernant des données épidémiologiques sur les prises de risques sexuelles associées à la consommation de substances en milieux festifs, il est avéré et reconnu que les prises de risques sexuelles sont supérieures en état modifié de conscience qu'en état sobre. Ces dernières consistent essentiellement en l'oubli du préservatif, les relations multipartenaires, les relations sexuelles contraintes (GHB, relation par la force, ...), l'assèchement des muqueuses suite à la consommation d'amphétamines notamment qui rendent les rapports plus dangereux (risque de rupture du préservatif, mauvaise lubrification pouvant entraîner des lésions, ...).

En nous basant sur la littérature scientifique, nous avons retenu trois types de conduites sexuelles à risque chez les usagers de substances psychoactives: la prostitution, les partenaires sexuels multiples et les relations sexuelles avec des

partenaires à risque d'ITSS (infections à transmission sexuelle et à travers le sang). La prostitution se définissait comme un échange d'argent, de drogue ou d'autre chose pour une relation sexuelle. Quant aux partenaires sexuels à risque, ils étaient qualifiés comme tels s'ils étaient des utilisateurs de drogues injectables, des personnes vivant avec le VIH, des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, des hommes ou des femmes prostitués.

Au Maroc, en 2005, dans le cas de l'enquête de l'évaluation rapide de la situation sur le risque d'infection à VIH en relation avec l'usage des drogues injectées et injectables et à problème et concernant les rapports sexuels à risques, les résultats obtenus montrent de nombreuses pratiques à risques. En effet, plus de 3/4 des enquêtés ne font pas usage des préservatifs. Les raisons invoquées, par les 2 sexes, réfèrent essentiellement à l'absence de plaisir et au refus du partenaire. Nous avons relevé également un manque d'informations concernant la connaissance même du préservatif, son usage et les lieux où il se vend.

Toutefois, même si plus de 3/4 des enquêtés estiment qu'il est important d'utiliser un préservatif, cette pratique reste rare. Il y'a bien, à ce niveau, une contradiction entre l'attitude et le comportement. Les raisons invoquées, par les deux sexes, pour justifier l'importance du préservatif se sont référées d'abord à la protection du sida et à moindre degré, à la prévention de la grossesse.

La multiplication des partenaires sexuels concerne plus de la moitié des hommes et de plus des 2/3 des femmes. Pour la majorité de celles-ci, le concubinage, et surtout la prostitution, sont un moyen par lequel elles obtiennent l'argent nécessaire au financement de leur consommation de drogues.

La pratique sexuelle avec des personnes de même sexe n'est le fait que d'une minorité des enquêtés mais, vue ce qu'elle représente comme déviation par rapport aux valeurs prédominants dans notre société, il n'est pas certain que les pourcentages obtenus reflètent la prévalence réelle de ce type de rapport sexuel.

5. Application au Maroc

Au Maroc, le ministère de la santé, alerté par les professionnels des régions du nord (Tanger, Tétouan et Nador), sur la diffusion du mode d'administration injectable parmi les usagers de drogues et le risque épidémiologique de diffusion du VIH dans ce groupe, a décidé d'entreprendre, avec le soutien de l'UNODC et de l'ONUSIDA, **une évaluation rapide de la situation de l'usage de drogues injectables et de la diffusion du VIH**. Les résultats de l'étude, rendus publics au début de l'année 2006 ont pointé la nécessité impérieuse de mener une politique cohérente de prévention du VIH au sein de ce groupe.

Un chiffre alarmant de 37% de VIH positifs parmi les UDI (90% pour l'hépatite C) en 2008 dans la région de Nador, a poussé les intervenants du ministère de la santé à l'ouverture des centres de réduction de risque (RDR) et introduire la méthadone comme produit de substitution opiacés afin de stabiliser voire même réduire l'épidémie du VIH. Le Maroc fut le premier pays arabe de la région MENA utilisant ce produit depuis le 29 juin 2010.

Pour cela, **La stratégie nationale de lutte contre la toxicomanie 2006-2010**, a préconisé la mise en place des centres d'accueil, de programmes d'échange de seringues, des traitements de substitution à la méthadone ainsi que l'élargissement des mesures destinées au milieu carcéral en tenant compte de ses

spécificités et l'établissement de mécanismes de collaboration bilatérale avec les pays d'accueil d'émigrés marocains usagers de drogues notamment injectables.

Le plan stratégique national de lutte contre le sida 2007-2011 a considéré les UDI comme des populations clés pour les interventions. Ainsi la mise en œuvre puis l'extension progressive d'un programme de réduction des risques au VIH destiné aux UDI est considéré comme objectif essentiel.

Un pôle de connaissances sur la réduction des risques **KH-ARRAZI MENAHRA** (MENA HARM REDUCTION ASSOCIATION) a été mis en place au cours de l'année 2007. Ce pôle a pour objectifs la formation et la stimulation des échanges entre les professionnels des trois pays de l'Afrique du nord, ainsi que l'encouragement des initiations des actions de réduction de risque dans les trois pays de cette sous région.

Le plan d'action du ministère de la santé marocain sur la réduction de risque 2008-2011 a développé les orientations relatives à la prévention du VIH /SIDA et à la prise en charge des usagers de drogue par injection.

Ce plan d'action, a bénéficié d'un appui coordonné du fonds mondial, de l'ONUSIDA, de l'ONUDC, de l'OMS, du groupe Pompidou du conseil de l'Europe ainsi que des coopérations bilatérales allemandes, catalanes et françaises. L'expérience cumulée de ces différents organismes dans le domaine de la prévention auprès des usagers de drogues injectables a contribué à garantir que les approches utilisées correspondaient aux normes internationales, professionnelles et éthiques et que les actions menées soient aux critères d'efficacité et d'efficience optimales.

Parmi ses actions :

- Construction du centre de réduction des risques à Tanger et équipement des unités mobiles de Tanger et de Tétouan
- Soutien des centres pilotes du traitement de substitution par la méthadone: à l'hôpital Ar-razi de salé, au CMP Hasnouna de Tanger et au centre des addictions du CHU de Casablanca.

Le plan d'action de la RDR a fixé comme priorité de garantir l'accès aux usagers potentiellement vulnérables à des outils de prévention adéquats, de dépistage et de prise en charge médicosociale du VIH et VHC.

Les groupes identifiés et ciblés par le plan RDR sont :

- Les injecteurs,
- Les femmes usagères de drogues,
- Les consommateurs d'héroïne et de cocaïne/crack notamment ceux vivant dans une situation de précarité sociale, quelque soit le mode d'administration.

Pour cela des supports de sensibilisation et d'éducation sur les risques et la prévention des contaminations par les maladies infectieuses (en direction des UDI) étaient conçus dans les sites prioritaires.

Les usagers désaffiliés vivants dans des conditions précaires ont bénéficié des approches d'intervention de proximité à savoir les centres RDR et équipes mobiles d'intervention ainsi que le programmes d'échange de seringues et matériel de prévention en plus de distribution des préservatifs. Les besoins spécifiques des femmes usagères de drogues sont pris en compte vu leur plus grande stigmatisation, et leurs risques accrus de contamination VIH. Du fait que

pour satisfaire leurs besoins en drogues, nombreuses ont recours aux pratiques d'échange de sexe contre la drogue et/ou à la prostitution.

Les usagers incarcérés ont accès à l'information des pratiques à risques et des moyens de s'en protéger au même titre que ceux en liberté.

Le nouveau plan stratégique de Réduction des Risques (2012-2016) prévoit d'augmenter annuellement les cibles afin de parvenir à la prise en charge, à l'horizon 2016, de 8000 usagers de drogues injectables, dont 2000 par la thérapie de substitution.

III. L'infection par le VIH et usage de substances psychoactives :

1-Epidémiologie :

En 2012 et à travers le monde, il y avait environ 35,3 [32,2–38,8] millions de personnes vivant avec le VIH. 2,3 millions de personnes ont été nouvellement infectées par le VIH et 1,6 millions de cas de décès ont été rapportés .

Les derniers chiffres concernant le Sida au Maroc, sont ceux du ministère de la Santé et de l'ONUSIDA qui estiment à 30.000 le nombre de personnes vivants avec le VIH à la fin 2013 avec 8040 cas de maladies déclarées.

Sur ces 30.000 personnes vivant avec le virus du Sida, environ 10.000, soit près du tiers nécessitent un traitement antirétroviral.

Concernant la répartition géographique des personnes infectées par le VIH, 78% vivent en milieu urbain notamment dans les régions du Souss-Massa-Draâ, Marrakech-Tensift-Al-Haouz et le Grand Casablanca qui concentrent à elles seules 58% des cas notifiés.

En outre, la grande majorité des porteurs du VIH, soit 71%, sont des adultes âgés entre 25 et 44 ans et 2% sont des enfants. La proportion de femmes, quant à elle, a atteint près de 50% des cas.

Quant au mode de transmission, la contamination par le VIH/Sida se fait principalement par voie hétérosexuelle (84%), la contamination se fait suite à l'usage de drogues injectables notamment dans l'Oriental et Tanger-Tétouan.

Plus de la moitié des nouvelles infections se produisent parmi les populations à risque, tandis que 71% des femmes seraient infectées par leur conjoint atteint.

Actuellement, 13 centres référents universitaires, régionaux et provinciaux offrent des soins en matière de VIH et 4.957 des personnes vivants avec le VIH sont sous traitement antirétroviral, dont 93% des adultes et 7% des enfants dans la perspective de créer de nouveaux centres référents, dont 4 en 2013.

Malgré les efforts de ces dernières années en matière de dépistage précoce, 60% des séropositifs marocains continuent de consulter à un stade tardif de la maladie, déplore l'association marocaine de lutte contre le sida (ALCS).

Le SIDA connaît une évolution dramatique au Maroc, il y a une tendance à l'accroissement du nombre d'infection à VIH. L'ignorance, la non- utilisation de préservatifs, les drogues injectables et bien d'autres facteurs sont à l' origine de l'évolution de cette maladie au Maroc avec comme principale cible les jeunes. Ajoutant que les femmes sont de plus en plus touchées pour des raisons biologiques, socio-économiques et juridiques.

Le Plan Stratégique National (PSN) de lutte contre le sida 2012-2016, lancé officiellement par le ministère marocain de la santé, engage résolument le Maroc dans la concrétisation de l'accès universel à des services de prévention du VIH, de traitement et d'appui aux personnes vivants avec le VIH.

Il s'agit de l'accès au programme de réduction des risques et au traitement de substitution par la Méthadone pour les usagers de drogues injectables (UDI). Il cible l'amélioration du recours au dépistage, particulièrement pour les femmes enceintes et les populations clés exposées aux risques dans 150 établissements de soins de santé de base, en plus des 52 centres d'ONG. Le démarrage d'un processus d'accréditation des centres de dépistage et l'élaboration d'un plan national d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant est aussi un objectif.

2- Le virus de l'immunodéficience humaine

A- Historique

C'est en 1983, dans le laboratoire du Professeur Montagnier à l'Institut Pasteur de Paris que va être isolé pour la première fois le virus responsable du SIDA « le VIH ».

Ce virus est isolé à partir de cellules d'un ganglion prélevées chez un sujet homosexuel de retour des USA et présentant en amont du SIDA des lymphadénopathies. Il s'agit d'un nouveau rétrovirus qui va être baptisé: LAV (Lymphadénopathies Associated Virus).

En 1984, l'équipe du Professeur Gallo isole à son tour le virus du SIDA.

B- Agent pathogène

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH-1 et VIH-2) est responsable du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA). Ce sont des particules virales de forme sphérique de 100 nm de diamètre, enveloppées.

Le VIH possède d'une part un génome fait de deux molécules d'ARN simple brin et d'autre part d'une enzyme : la transcription inverse qui permet l'intégration du VIH dans le génome de la cellule hôte. Le VIH-1 et le VIH-2 appartiennent à la famille des rétrovirus.

C – Principaux modes de transmission du VIH

Il y a trois façons pour le VIH de se transmettre d'un sujet à un autre.

1- Transmission sexuelle

Ce mode de transmission représente dans le monde plus de 80% des modes de transmission, il est de plus de 90% en Afrique. Elle se fait par l'intermédiaire

des muqueuses buccales, vaginales ou rectales lorsqu'elles sont en contact avec les sécrétions sexuelles ou du sang contenant le virus.

- Mode hétérosexuel

A l'échelon mondial, 75 à 85% des infections par le VIH ont été acquises à l'occasion des rapports sexuels non protégés, contre 5 à 10% chez les homosexuels. En Afrique subsaharienne et au Maroc, près de 90% des cas sont imputables à une transmission hétérosexuelle.

- Mode homosexuel

Fréquent en occident, rare en Afrique. Entre hommes, la transmission est plus élevée car les rapports anaux présentent un risque plus élevé en raison de la fragilité de la muqueuse anale. Entre femmes, la transmission n'est pas prouvée.

- Facteurs de risque de transmission

Certains facteurs de risque ont été rapportés :

- Le risque d'infection augmente lors de la primo-infection, dans les stades avancés du SIDA et lors de la réplication virale élevée. Il est aussi plus élevé en absence de traitement antiviral.

- Toutes les infections de la sphère génitale en particulier toutes les IST.

- Les rapports violents avec saignements, ainsi que les règles augmentent le risque de transmission.

- l'absence de la circoncision chez l'homme.

- Les rapports non protégés avec une personne dont le statut est inconnu.

- Le partenaire connu séropositif pour le VIH.

- Les rapports sexuels péno-anaux non protégés.

2 – Transmission sanguine

- Transfusion sanguine

La transfusion sanguine a été un mode fréquent de transmission. Il est presque réduit à néant grâce au dépistage des donneurs. Mais, il reste un risque résiduel à cause de la période pré-sérologique de l'infection, surtout en cas de forte prévalence VIH et si la fiabilité ou la sensibilité des tests est insuffisante.

- Injection de drogues par voie intra-veineuse

L'usage de drogues par voie intra veineuse est un mode fréquent lorsqu'il y'a partage de seringues ou d'aiguilles ou d'autres matériels souillés.

Les autres toxicomanies ne permettent pas la transmission directe du virus mais favorisent des comportements à risque, comme l'abus de boissons alcoolisées.

- Utilisation de matériel souillé

Elle pourrait être à l'origine de l'infection par le VIH si des échanges de sang existent. La prudence recommande de n'utiliser que du matériel stérilisé ou à usage unique.

- Accidents d'exposition professionnels

La transmission chez le personnel soignant n'a été documentée que dans les cas d'exposition à du sang ou du liquide contenant de façon visible du sang.

Le risque de transmission est plus élevé avec une aiguille creuse de gros calibre, contenant du sang et lorsque le patient est à un stade avancé du SIDA maladie.

3 – Transmission verticale

La période de transmission se situe au dernier trimestre de la grossesse, lors de l'accouchement et de l'allaitement au sein.

L'usage des ARV a réduit le taux de transmission du VIH par cette voie de 70%, seuls 6% des enfants étaient atteints (18).

3-Conséquences de l'infection à VIH

L'infection par le VIH est ainsi une pathologie, d'autant plus sévère qu'elle s'attaque aux différents systèmes de l'organisme. Le système nerveux n'est pas épargné.

Manifestations neuropsychiatriques

En effet au cours de l'infection par le VIH, le système nerveux est à la fois le siège d'une pathologie infectieuse ou tumorale consécutive à l'immunodépression induite par le VIH et celui d'une pathologie directement liée au neurotropisme du VIH. Les études neuropathologiques ont montré l'existence de lésions du système nerveux dans 80 à 90% des cas (19).

A côté de ces atteintes organiques, s'installe souvent des problèmes psychologiques et émotionnels, qui participent à la diminution du fonctionnement immunitaire et par ce fait à la diminution de la survie des personnes infectées par le VIH.

Ces manifestations peuvent se rencontrer à tous les stades de la maladie, de la séroconversion au stade du syndrome d'immunodéficience acquise. Les troubles peuvent être liés directement au VIH, à l'annonce de la séropositivité, au cours des infections opportunistes ou d'un lymphome, ou être secondaire à une toxicité médicamenteuse.

Le trouble dépressif

Les personnes qui vivent avec le VIH sont souvent confrontées aux symptômes de la dépression.

La dépression est le symptôme neuropsychiatrique qui est de loin le plus fréquent. Aux Etats Unis, 62% des patients VIH positifs s'adressent à des services de santé mentale (20). En effet, l'humeur dépressive peut être le signe de la détresse intrapsychique associée au VIH/SIDA, aux incertitudes et aux stigmates inhérents à la maladie (trouble de l'adaptation). Elle est aussi associée à des modifications physiologiques directement liées à l'évolution de la maladie.

Le tableau se complique davantage lorsque des troubles liés aux substances psychotropes, les intoxications médicamenteuses, les problèmes métaboliques et les endocrinopathies qui produisent également les mêmes symptômes que ceux de la dépression. Relier les symptômes aux causes n'est pas une mince affaire, voilà pourquoi la dépression reste sous diagnostiquée chez ces patients.

En outre, la dépression a une incidence négative sur la qualité de vie et le respect des consignes du traitement antirétroviral.

La suicidalité :

Pour toutes ces manifestations liées à l'infection VIH, l'idéation suicidaire, les tentatives de suicide et le suicide réussi sont des complications redoutables fréquentes chez les patients. Une première étude avait estimé le risque relatif suicidaire à 66. Il est 15 fois plus élevé que dans la population générale et 36 fois plus que chez les patients sans le sida (21). Certaines études situent la période suivant immédiatement la découverte de la séropositivité comme le moment de risque maximal (22).

Les troubles anxieux :

Les troubles anxieux en tant que tels sont plus rares. Les symptômes d'anxiété physiologique sont très fréquents, normaux et appropriés à l'occasion et sont apparentés à l'excitation, l'anticipation et l'éveil. Ils peuvent même accroître et favoriser l'action. Ainsi, l'anxiété pathologique, contrairement à l'anxiété physiologique, jouant vraisemblablement un rôle facilitateur, inhibitante, voire sidérante. Suivant son intensité, elle peut amoindrir ou réduire à néant les capacités adaptatives du sujet.

Les troubles du comportement

Les troubles du comportement sont fréquents mais inconstants. Ils sont constitués par une apathie, une aboulie, un désintérêt à l'égard de la vie sociale et professionnelle, une tendance à l'isolement et à l'apragmatisme, une dysphorie avec labilité émotionnelle, une irritabilité et parfois des manifestations agressives. Il a été également signalé des épisodes psychotiques à type de délire, d'hallucination et d'accès maniaque.

Les troubles psychiatriques iatrogènes

Les données provenant des essais cliniques et des études d'évaluation portant sur les troubles psychiatriques iatrogènes ont observé divers symptômes neuropsychiatriques. Les symptômes les plus fréquents étaient les rêves impressionnants et l'anxiété. Parmi les autres symptômes déclarés, mentionnons les pensées anormales, les difficultés de concentration, l'amnésie, la confusion, la dépersonnalisation, la dépression, l'agitation, l'euphorie, l'insomnie, la somnolence et les hallucinations. Il convient d'éliminer devant toute

manifestation psychiatrique, les possibles effets secondaires et interactions médicamenteuses des multiples traitements que le patient reçoit.

Parmi les produits susceptibles de provoquer les symptômes neuropsychiatriques nous notons :

Les antirétroviraux : La zidovudine et la didanosine ont été incriminées dans la survenue de la manie, de l'anxiété et des troubles de sommeil.

L'éfavirenz peut entraîner des insomnies, des cauchemars, des troubles de la concentration, des sensations vertigineuses. Ces effets apparaissent généralement peu de temps après la première dose soit en moyenne une journée plus tard et diminueraient d'intensité habituellement au cours des quatre premiers mois de traitement.

L'indinavir, le saquinavir, le nelfinavir, la lamivudine et la zalcitabine seraient à l'origine de troubles psychiatriques.

Egalement l'isoniazide, l'éthambutol, la rifampicine, la pyriméthamine, le métronidazole, la sulfadiazine, les corticoïdes et la métoclopramide, utilisés de façon concomitante pour soulager des symptômes liés au ARV et pour traiter les infections opportunistes entraînent des hallucinations, des troubles de comportement voire une confusion.

Les troubles liés à l'usage de substances:

L'addiction aux substances psychoactives est rapportée chez les patients VIH positifs. Ceci est aussi en rapport avec leur fragilité, leur souffrance et leurs antécédents psychiatriques.

4-Substances psychoactives et trithérapie

Il existe des interactions entre certains médicaments utilisés dans les trithérapies et certaines drogues (23). Les anti protéases et les analogues non nucléotidiques (Névirapine), (Efavirenz), sont métabolisés par le foie. Ils sont souvent en compétition ou en interaction avec beaucoup d'autres produits dont tous les dérivés opiacés, les amphétamines, l'alcool et plein de médicaments psychotropes tels que les antidépresseurs, les tranquillisants et les somnifères. La prise d'alcool et de drogues est également un facteur qui accentue la mauvaise observance de la prise de traitement car l'état de conscience peut être altéré.

La prise de drogues illicites, même de façon "récréative" peut conduire au décès. En Grande Bretagne, en Hollande et en France des personnes sont mortes suite à une prise d'ecstasy ou d'héroïne lors d'une soirée.

Pour les personnes Co-infectées par l'hépatite virale et le VIH, les risques sont encore plus importants.

5-Méthadone et trithérapie

Certaines molécules de l'ARV peuvent augmenter ou diminuer le métabolisme de la méthadone ou de la buprénorphine via le cytochrome P50 et provoquer des symptômes de sevrage ou de surdosage (23)

Les prescripteurs et le patient peuvent confondre les effets secondaires de l'ARV et les signes de sevrage. L'induction du métabolisme peut varier selon les substances entre 1 à 2 jours, voire plusieurs semaines. Bruce et coll, proposent d'évaluer le patient au minimum quatre jours après le début de l'ARV, et d'augmenter les doses de méthadone de 10 mg tous les 2 à 3 jours ou

plus souvent jusqu'à l'arrêt des symptômes de sevrage. En cas de doute, un dosage de la méthadonémie peut être utile. Dans le cadre de la buprénorphine, plusieurs cas d'overdose liés au changement du métabolisme en association avec la prescription d'inhibiteurs de la protéase (Reyataz) ont été décrits (24, 25,26).



Partie pratique



A) Objectifs de l'étude :

Les objectifs de notre étude sont:

- a. Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patients atteints du VIH, ainsi que l'évaluation de leurs état de santé (statut HIV, prise en charge, évaluation de l'infection par le virus de l'hépatite B et C, conduites à risque...etc.).
- b. Etudier la prévalence de l'usage de substances psychoactives et de la conduite de la consommation chez les patients atteints du VIH.
- c. Etudier les caractéristiques sociodémographiques et l'état de santé des consommateurs de SPA.
- d. Etudier les caractéristiques de l'usage de SPA au cours de la vie et au cours des 3 derniers mois.
- e. Décrire les pratiques à risque chez les consommateurs de SPA (partage de seringues, pratiques sexuelles, etc.) au cours de la vie et au cours des 3 derniers mois.

B) Matériel et méthode :

Type d'étude:

Il s'agit d'une étude transversale réalisée au sein de service de médecine A, du centre hospitalier universitaire Ibn Sina du CHU Rabat-Salé, et au sein de l'association de lutte contre le sida (ALCS, section de Rabat).

Cette étude s'est déroulée sur une période d'une année entre 2011 et 2012.

Population cible :

Des patients adultes atteints du VIH et suivis en ambulatoire à Rabat ont été recrutés. Nous avons choisi comme lieu d'inclusion le service de médecine « A » de l'hôpital Avicenne du CHU de Rabat-Salé et la section Rabat de l'ALCS.

1-critères d'inclusion :

- L'âge supérieur à 18 ans.
- Patients atteints du VIH.
- Disponibilité du dossier médical des patients
- Patients consentants à participer à l'étude.

2-critères d'exclusion :

- Age inférieur à 18ans
- Troubles psychiatriques entravant la compréhension du questionnaire comme le retard mental ou la schizophrénie désorganisée.
- Le non consentement des patients.

Evaluation :

Il s'agit d'un questionnaire anonyme élaboré, il est constitué de cinq parties (voir annexe):

- ✓ La première explore le profil sociodémographique des patients (Age, sexe, statut marital, profession, origine...etc.)
- ✓ La deuxième évalue la maladie du VIH et les autres infections.
- ✓ La troisième partie de l'évaluation, explore l'usage des différentes substances psychoactives.

Nous avons utilisé comme instrument de dépistage l'ASSIST. Cet outil a été conçu et validé par l'organisation mondiale de la santé (OMS). C'est un questionnaire qui permet d'objectiver et quantifier la consommation du patient et ses répercussions durant la vie et au cours des 3 derniers mois. Sa sensibilité varie de 54 à 97%, et sa spécificité est de 50 à 96%. Il a été traduit dans plusieurs langues. Nous avons utilisé la version française de l'ASSIST. En plus de l'ASSIST, nous avons ajouté certains items pour rendre notre questionnaire plus complet, comme celui de l'âge de la première consommation pour chaque substance, la chicha a été séparée du tabac, la quantité de l'alcool consommée a été estimée en nombre de verres.

- ✓ La quatrième et la cinquième partie, explorent les conduites à risque, en rapport avec l'injection et les pratiques sexuelles.

Les outils d'évaluation ont été passés par une étudiante en médecine en instance de thèse. Elle a été formée à l'administration des outils d'évaluation. L'entretien avec les patients se déroulait dans la salle de consultation en présence de la médiatrice thérapeutique de l'ALCS.

Analyse statistique :

L'analyse statistique des données a été réalisée grâce au logiciel SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, version 20).

Les statistiques présentées dans cette étude sont descriptives et analytiques.

Les résultats concernant les variables numériques sont présentés sous forme de moyennes avec écart type. Les résultats concernant les variables quantitatives sont présentés sous forme d'effectifs et de pourcentage. Les comparaisons de variables qualitatives ont été réalisées à l'aide de test de Khi-2. Les moyennes de variables quantitatives ont été comparées par le test « de student ». Le seuil de significativité est celui communément admis, il est de 5%. Le test est considéré significatif quand la variable « p » est inférieur à 0,05.

C) Résultats :

a-Résultats descriptives :

1-Nombre de sujets inclus dans l'étude :

105 patients étaient recrutés pour participer dans notre enquête, 103 patients ont accepté participer à l'étude et seuls 2 patients ont refusé.

85 patients (82,5%) ont été recrutés au niveau du service de médecine A de l'hôpital Avicenne, et 18 patients ont été inclus à l'ALCS.

2-Profil sociodémographique de notre population:

Le tableau 1, ci-dessous, résume les caractéristiques sociodémographiques de notre population.

L'âge moyen de notre échantillon est de 35 ans \pm 7,65 années [21-65].

54,4% des patients sont de sexe féminin. 90,3% sont de nationalité marocaine et 9,7% sont des immigrants subsahariens. 4 patients sont du Mali, 3 sont du Sénégal, 2 participants sont du Congo et une personne est du Niger. 40,8% de l'échantillon sont des célibataires, 29 patients sont mariés (28,2%), 22 sont divorcés (21,4%) et 10 patients sont veufs (9,7%). Plus de la moitié des patients (53,5%) sont sans fonction, 44 sont fonctionnaires (42,7%); un patient est retraité (1%) et un seul est étudiant (1%).

68,9% des patients sont de niveau socioéconomique bas, 31 sont de niveau moyen (30,1%) et un patient est de niveau supérieur (1%). Nous avons relevé que 17,5% des patients ont eu au moins une incarcération au cours de leur vie. Une seule personne (0,97%) a été incarcérée durant les 3 derniers mois de l'enquête.

Tableau 1 : Profil sociodémographique de l'échantillon (n =103)

VARIABLES	n(%)
Centre :	
ALCS	18(17,5%)
Service de médecine A	85(82,5%)
Age* (années)	35,03 ±7,65 [21-65]
Sexe Masculin	47 (45,6%)
Féminin	56 (54,4%)
Nationalité	
Marocaine	93 (90,3%)
Immigrant subsaharien	10 (9,7%)
Statut marital	
Célibataire :	42(40,8%)
Divorcé :	22 (21,4%)
Marié :	29 (28,2%)
Veuf :	10 (9,7%)
Profession	
Etudiant	1(1%)
Sans fonction	57(53,5%)
Fonctionnaire	44(42,7%)
Retraité	1(1%)
Niveau socio-économique	
Bas	71(68,9%)
Moyen	31(30,1)
Supérieur	1(1%)
Incarcération durant la vie	
Oui	18(17,5%)
Non	85(82,5%)
Nombre de fois	1,3± 1,01[1-5]
Incarcération durant six derniers mois	
Oui	1(0,97%)
Non	102 (99,02 %)
Nombre de fois	1

* âge exprimé en âge moyen ± écart type

3- Etat de santé et statut sérologique :

Les résultats des statuts sérologiques de nos patients figurent dans les tableaux 2, 3 et 4.

Statut VIH :

Le diagnostic de l'infection au VIH a été posé chez 61,2% des patients durant la période de un à cinq ans avant notre enquête. Tandis que 29 patients

(28,2%) ont été diagnostiqués dans moins d'un an. 7 patients (6,8%) ont été diagnostiqués entre 6 à 10 ans et 3 patients (2,9%) dans plus de 11 ans.

66% des contaminations à VIH sont d'origine sexuelle. 30,1% des participants ont commencé le suivi médical dès l'annonce de la maladie. On a noté qu'un patient, nie complètement sa positivité. Concernant le protocole thérapeutique de nos patients, 82,7% reçoivent une simple trithérapie tandis que les 17% restant prennent en plus de la trithérapie, un traitement contre les infections opportunistes (voir tableau 2).

Tableau2 : Histoire de la maladie HIV (n=103)

VARIABLES	n(%)
VIH	
Annonce du diagnostic + du VIH	
< 1an	29(28,2%)
1-5 ans	63(61,2%)
6-10 ans	7(6,8%)
>11 ans	3(2,9%)
Déni de maladie	1(1%)
Suivi pour VIH+	
< 1an	31(30,1%)
1-5 ans	63 (61,2)
6-10 ans	7(6,8%)
>11 ans	1(1%)
Déni de maladie	1(1%)
Recevoir un traitement pour VIH	
Oui	81(78,6%)
Non	22(21,4%)
Type de traitement (total=81)	
Trithérapie	67(82,7%)
Multi thérapie	13(16 %)
Ne sait pas	1(1,2%)
Cause de contamination par le VIH	
Relation sexuelle	68(66%)
Transfusion sanguine	3(2,9%)
Acte médicale	7(6,8%)
Injection de drogue	2(1,9%)
Ne sait pas	23(22,4%)

Hépatite B :

Aucun patient n'a déclaré être vacciné contre l'hépatite B. 85,4% des patients ont déjà réalisé un test de dépistage de l'hépatite B. Le dernier test remonte à plus d'un an chez 67% des patients et 87,6% des patients ont un test négatif pour l'hépatite B. Les patients restants (12,4%) n'ont aucune information sur le résultat de leur test (Voir tableau 3).

Tableau3 : Profil sérologique de l'hépatite B (n=103)

VARIABLES	n(%)
Hépatite B	
Vaccination pour hépatite B	
Non	103 (100%)
Test de sérologie pour hépatite B	
Non	6 (5,8%)
Oui	88 (85,4%)
Ne sait pas	9 (8,7%)
Dernier test de sérologie pour hépatite B	
< 6 mois	12(13,6%)
Entre 6 mois et 1 an	15(17%)
>1an	59(67%)
Ne sait pas	2(2,3%)
Résultats du test HVB (n=97)	
Négatif	85(87,6%)
Positif	0
Ne sait pas	12(12,4%)

Hépatite C

85,4% des patients ont déjà réalisé un test de dépistage de l'hépatite C.

Le dernier test remonte à plus d'un an chez 62,5% des cas. 85,6% des patients sont révélés négatifs au test tandis que 2,1% le sont positifs .12, 4% des participants n'ont aucune information sur leur test. (Voir tableau 4).

Tableau4 : Profil sérologique de l'hépatite C (n=103)

VARIABLES	n(%)
Hépatite C	
Test de sérologie pour hépatite C	
Non	6(5,8%)
Oui	88(85,4%)
Ne sait pas	9(8,7%)
Dernier test de sérologie pour hépatite C	
< 6 mois	12 (13,6%)
Entre 6 mois et 1an	19 (21,6%)
>1an	55 (62,5%)
Ne sait pas	2(2,3%)
Résultats du test HVC (n=97)	
Négatif	83(85,6%)
Positif	2(2,1%)
Ne sait	12 (12,4%)

4- Histoire de prise de substances psychoactives

Les résultats concernant la prise de SPA trouvent que : 79 patients (76,7%) de nos patients ont déjà pris au moins une substance psychoactive durant la vie.

Le tabac

56,3% des patients ont déjà utilisé le tabac. L'âge moyen de la première consommation de tabac est de 19 ans \pm 4,7années. Le nombre moyen de cigarettes fumées par jour pour les 3 derniers mois est de 17 ans \pm 11,42.

18 patients (31,03%) ont arrêté leur consommation durant les trois derniers mois (voir tableau 5).

Tableau 5 : profil de l'usage du tabac

VARIABLES	n(%)
Prise de substances psychoactives	
Durant la vie	
Oui	79 (76,7%)
Non	24(23,3%)
Durant 3 derniers mois	
oui	48(46,60%)
non	55(53,39%)
Prise du tabac	
<i>Dans la vie</i>	
Oui	58(56,3%)
Non	45(43,7%)
Age* de première prise de tabac (année)	19 ±4,7 [8-33]
Nombre de cigarettes par jour (3 derniers mois)	17± 11,42[2-40]
Arrêt de consommation :	
Oui	18 (31,03%)
Non	40 (68,96%)

*âge exprimé en âge moyen ± écart type

Le nargilé (chicha)

22 patients VIH+ (21,4%) ont déjà expérimenté durant leur vie la chicha. 16 personnes ont arrêté leur consommation, 5 patients en consomment régulièrement et une seule personne prend de la chicha de façon mensuelle (voir tableau 6).

Tableau 6 : Profil de l'usage du nargilé (chicha)

VARIABLES	n(%)
Prise du nargilé (chicha)	
<i>Dans la vie</i>	
Oui	22(21,4%)
Non	81(78,6%)
Age* de première prise de nargilé (année)	19 ±4,7 [8-33]
Fréquence de consommation Du narguilé (3 derniers mois) <i>(total=6)</i>	
1à2 fois	0
Mensuel	1(1%)
Hebdo	0
Chaque jour	5(4,9%)
Arrêt de la Consommation du chicha	
Oui	16 (72,72%)
Non	6 (27,27%)

*âge exprimé en âge moyen ± écart type

L'alcool

58 des patients VIH+ (56,3%) ont déjà connu une prise d'alcool durant leur vie. L'âge moyen de la première prise est de 19 ans \pm 4,53.

31 patients ont arrêté l'alcool. 13 ont une consommation mensuelle durant les 3 derniers mois. Seuls 2 patients prennent l'alcool quotidiennement.

Durant les 3 derniers mois, 10 patients ont connu une intoxication éthylique. La bière est la boisson alcoolique la plus consommée, suivie du whisky (Voir tableau 7).

Le cannabis

30 personnes ont consommé le cannabis durant leur vie. 11 patients l'ont arrêté. L'âge moyen de la prise de cannabis est de 16 ans \pm 3,51. Parmi les 19 consommateurs durant les 3 derniers mois, 8 patients en consomment régulièrement (Voir tableau 8).

La cocaïne

De notre population, 6 patients ont connu une consommation de cocaïne durant leur vie. Leur âge moyen de première prise est de 20 ans \pm 2,16 [17-23]. Aucun patient n'a pris de la cocaïne durant les 3 derniers mois (voir tableau 9).

Les opiacés:

L'héroïne a été consommée durant la vie par 3 patients. Leur âge moyen est de 18 ans \pm 3,60 [15-22]. Durant les 3 derniers mois, 2 patients ont arrêté dont un reçoit un traitement de substitution à la méthadone au niveau du centre de traitement, de prévention et de recherche en addiction de l'hôpital Arrazi. Un malade consomme l'héroïne de façon quotidienne (voir tableau 10).

Les psychotropes:

10 patients ont déjà pris les psychotropes (calmants ou somnifères) durant leur vie. Leur âge moyen est de 16,4 ans \pm 2,67[15-22]. Ils ont tous arrêté leur consommation durant les 3 derniers mois (voir tableau 11).

Tableau 7 : Profil de l'usage de l'alcool

VARIABLES	n(%)
Prise de l'alcool	
<i>Dans la vie</i>	
Oui	58(56,3%)
Non	45(43,7%)
<i>Age* de première prise d'alcool</i>	19 \pm 4,53 [8-33]
<i>Fréquence de prise d'alcool (3 derniers mois) (total=27)</i>	
Chaque jour	2(1,9%)
Un à deux fois	8(7,8%)
Hebdomadaire	4(3,9%)
Mensuellement	13(12,6%)
<i>Intoxication éthylique (3 derniers mois)</i>	
Oui	10(9,7%)
Non	17(16,5%)
<i>Type d'alcool consommé (3 derniers mois) (total=27)</i>	
Vin blanc	
Oui	12(44,4%)
Non	15(55,6%)
Vin rouge	
Oui	13(48,1%)
Non	14(51,9%)
Bière	
Oui	22(81,5%)
Non	5(18,5%)
Alcool fort (whisky)	
Oui	14(51,9%)
Non	13(48,1%)
Mahia	
Oui	4(14,8%)
Non	23(85,2%)
Alcool à brûler	
Oui	0
Non	27(100%)
<i>Quantité consommée "" en verre par prise</i>	
≈ Verres de vin	5,7 \pm 2,78[1-10]
≈ Verres de whisky	4,7 \pm 3,51[1-15]
≈ Verres d'eau de vie	5 \pm 1,63[3-7]
≈ Bouteilles de bière	6,31 \pm 3,06[2-1]

* âge exprimé en âge moyen \pm écart type

Tableau 8 : Profil de l'usage de cannabis

VARIABLES	n(%)
Prise du cannabis	
<i>Durant la vie</i>	
Oui	30 (29,1%)
Non	73 (70,9%)
<i>Age* de première prise de cannabis</i>	16±3,51 [8-24]
<i>prévalence de consommation du cannabis (3 derniers mois) (total=17)</i>	
1à2 fois	3(17,64%)
Mensuel	4(23,52%)
Hebdo	2(11,76%)
Chaque jour	8(47,05%)

*âge exprimé en âge moyen ± écart type

Tableau 9 : Profil de l'usage de la cocaïne

VARIABLES	n(%)
Prise de cocaïne	
<i>Prévalence de consommation de la cocaïne dans la vie</i>	
Oui	6(5,8%)
Non	97(94,2%)
<i>Age *de première prise cocaïne</i>	20±2,16 [17-23]
<i>Prévalence de consommation de la cocaïne (3 derniers mois) (total=6)</i>	
Jamais	6 (5,8%)
1à2 fois	0
Mensuel	0
Hebdo	0
Chaque jour	0

* âge exprimé en âge moyen ± écart type

Tableau 10 : profil de l'usage des opiacés

VARIABLES	n(%)
Prise des opiacés (héroïne)	
<i>Durant la vie</i>	
Oui	3(2,9%)
Non	100(97,1%)
<i>Age *première prise opiaces</i>	18 ±3,60 [15-22]
<i>Fréquence de consommation Des opiacés (3derniers mois) (total=3)</i>	
Jamais	2(1,9%)
1à2 fois	0
Mensuel	0
Hebdo	0
Chaque jour	1(1%)
<i>Traitement de substitution aux opiacés (total=3)</i>	
Oui	1(30%) La dose : 70mg/j
Non	2(70%)

* âge exprimé en âge moyen ± écart type

Tableau 11: profil de l'usage des psychotropes (calmants et somnifères)

VARIABLES	n(%)
Prise de psychotropes	
<i>Dans la vie</i>	
Oui	10 (9,7%)
Non	93(90,3%)
<i>Age *première prise de psychotropes</i>	16 ,4± 2,67[15-22] *
<i>Fréquence de consommation des psychotropes (3derniers mois) (total=10)</i>	
Jamais	10 (9,7%)
1à2 fois	0
Mensuel	0
Hebdo	0
Chaque jour	0
Prise d'autres drogues dans la vie	
Oui	0
Non	103 (100%)

* âge exprimé en âge moyen ± écart type

5- Les caractéristiques liées au comportement de l'usage :

Au cours des 3 derniers mois et quelle que soit la substance psychoactive consommée, 35 patients ont essayé de contrôler, de diminuer ou arrêter la consommation. 45 des patients (57 %) ont rapporté un désir irrésistible pour la consommation après avoir arrêté la drogue. L'overdose, est observée chez 1 patient (1%).

35 patients ont connu des problèmes de santé ou sociaux durant les 3 derniers mois, dont 24 (68,6%) de façon quotidienne. Des difficultés de travail (travail non accompli) sont observées chez 6 patients, dont 4 de façon quotidienne (voir tableau12). Ces critères de l'usage renvoient aussi à une consommation problématique, d'abus ou de dépendance (Voir tableau 12).

6- Pratique de l'injection

Concernant la pratique de l'injection, 2 patients ont déjà utilisé la drogue par voie injectable, durant leur vie. Ils se sont injectés quotidiennement un mélange de l'héroïne ou de cocaïne.

Un seul patient est sous traitement substitutif par la méthadone pour sa dépendance à l'héroïne.

Le matériel d'injection était réutilisé plusieurs fois par jour (seringue, cuillère, coton, eau). Le matériel d'injection était partagé avec d'autres UDI. La désinfection du matériel se fait uniquement par de l'eau. Le bras est la partie du corps la plus sollicitée pour l'injection. Les difficultés d'injection ont été rapportées chez une seule personne à cause de la difficulté de chercher les veines (Voir tableau 13).

Tableau 12 : Caractéristiques liées au comportement de l'usage (toute substance confondue)

VARIABLES	n(%)
Essai de contrôle/diminution ou arrêt de consommation (total=79)	
Non jamais	9(12%)
Oui, au cours de ces 3 derniers mois	35(44%)
Oui, mais pas au cours de ces 3 derniers mois	35(44%)
Craving (3 derniers mois) (total=79)	
Oui	45(57%)
Non	34(43%)
Overdose (3 derniers mois)	
Oui	1(100%)
NON	0
Problème de santé ou social (3 derniers mois)	
Oui	35(44,3%)
Non	44(55,7%)
<i>Fré des problèmes de santé ou social</i>	
1à2 fois	1 (2,9%)
Mensuel	7 (20%)
Hebdo	3 (8,6%)
Chaque jour	24 (68,6%)
Travail non accomplie (3 derniers mois)	
Oui	6(%)
Non	73(%)
<i>Fréquence de travail non accompli</i>	
1à2 fois	1(16,7%)
Mensuel	1(16,7%)
Chaque jour	4(66,7%)
Ami ou proche préoccupé par votre consommation	
Non jamais	12(15,18%)
Oui, au cours de ces 3 derniers mois	38(48,1%)
Non, pas au cours 3 derniers mois	29(36,70%)

Tableau 13 : Pratique de l'injection

VARIABLES	n(%)
Pratique de l'injection des drogues	
Oui	2(1,9%)
Non	101(98,1%)
Difficultés d'injection	
Oui	1(50%)
Non	1(50%)
Type de difficulté recherche des veines	
Désinfection du matériel d'injection	
Avec de l'eau uniquement	2(100%)

7- Pratique sexuelle

La majorité des patients ont rapporté des rapports hétérosexuels durant la vie. 56 des femmes ont eu des rapports sexuels avec des hommes et 36 hommes avaient eu des rapports sexuels avec des femmes. 6 patients sont homosexuels et 2 patients ont rapporté des rapports bisexuels. Seuls deux participants n'ont pas rapporté de rapport sexuel.

64 patients n'ont jamais utilisé le préservatif durant leur vie, 31 patients rapportent l'avoir utilisé par moment, et seuls 5 patients utilisent toujours un préservatif. Parmi les consommateurs de drogues, seuls 2 utilisent les préservatifs même sous l'effet de drogues ou alcool.

Durant les 3 derniers mois, 65 (63,1%) des patients vivants avec le VIH ont eu des rapports sexuels.

42 patients (64,6%) utilisent toujours du préservatif durant les 3 derniers mois, 6 patients (9,2%) rapportent l'utiliser parfois. Par contre, 17 patients (26,2%) ne l'ont jamais utilisé. Parmi les 32 consommateurs de drogues, que 19 patients (59,37%) utilisent le préservatif, même quand ils sont sous l'effet des drogues.

Au cours des 3 derniers mois, chez 53 des patients VIH + (81,5%) ont un partenaire unique, et 12 patients (18,5%) rapportent des partenaires multiples.

Une seule patiente non consommatrice de SPA (1%) rapporte avoir un seul partenaire sexuel actuel qui consomme des drogues dures. 21 des patients (32,3%) ont un partenaire sexuel actuel qui consomme autres types de SPA.

Le rapport sexuel pour un avantage matériel au cours des 3 derniers mois, est déclaré chez 24 des patients VIH+ (36,9%). (Voir tableau 14).

Tableau 14 : Caractéristique du comportement sexuel (n=103)

VARIABLES	n(%)
DURANT LA VIE	
Aucun rapport sexuel	2(1,9%)
Avec des hommes exclusivement	56(54%)
Homosexualité HSH	6(5,82%)
Avec des femmes exclusivement	36(35%)
Bisexualité (H)	2(1,9%)
Ne souhaite pas répondre	1(1%)
Utilisation du préservatif Durant la vie (total=100)	
Non	64(64%)
Oui, toujours	5(5%)
Oui, parfois	31(31%)
Prise de SPA et pratique sexuelle (durant la vie) (Total=77)	
Préservatif sous l'effet des drogues	
OUI	02 (2,6%)
NON	75(97,4%)
PRATIQUE SEXUELLE (3 DERNIERS MOIS)	
Oui	65(63,1%)
Non	37(35,9%)
Ne souhaite pas répondre	1(1%)
Utilisation du préservatif (6 derniers mois) TOTAL=65	
Non jamais	17(26,2%)
Oui, toujours	42(64,6%)
Oui, parfois	6(9,2%)
Prise de spa et pratique sexuelle (6 derniers mois) (Total=32)	
Préservatif sous l'effet des drogues	
OUI	19 (59,37%)
NON	13(40,63%)
Nombre de partenaires (3 derniers mois) (total=65)	
Un seul partenaire	53(81,5%)
Partenaires multiples	12(18,5%)
Partenaire actuel consomme des drogues dures (total=65)	
Non	64(98,5%)
Oui	1(1,5%)
Partenaire actuel consomme autres SPA (total=65)	
Non	44(67,7%)
Oui	21(32,3%)
Rapport sexuel pour un avantage matériel (3 derniers mois)	
Oui	24(36,9%)
Non	41(63,1%)

b-Résultats analytiques :

1. Les caractéristiques sociodémographiques et l'état de santé des consommateurs de SPA.

1) Les caractéristiques sociodémographiques (voir tableau 15):

Les patients usagers de SPA ont plus tendance à être célibataire et avoir été incarcéré. Dans le groupe des usagers de SPA, 38,83% (n=40) sont des célibataires (p=0,003) et l'incarcération durant la vie concerne 18 (17,5%) personnes (p=0,01).

Aucune différence statistiquement significative n'a été relevée concernant l'âge et le sexe entre les groupes de consommateurs de SPA (SPA+) et les non consommateurs (SPA-).

2) Etat de sante et statut sérologique (voir tableau 16):

Le mode de contamination sexuel est significatif chez les usagers de drogues: 54 patients SPA+ (52,42%) versus 14 patients SPA- (13,59%) (p=0,04). Concernant la sérologie HVB, Les patients SPA- sont mieux informés sur leur statut sérologique que ceux SPA+ (p=0,034). De même les usagers de drogues sont plus atteint de l'HVC ou ne sont pas informé sur leur statut HVC par rapport aux non consommateurs (p=0,068).

**Tableau 15: Comparaison des caractéristiques sociodémographiques
entre le groupe des usagers (SPA+) et les non usagers (SPA-):**

variables	N (%)		P
	SPA+	SPA-	
âge *	35,26 ± 8,17	34,29 ± 5,69	-
Sexe M F	44(42,7%) 35(33,98%)	3(2,91%) 21(20,83%)	-
Profession Etudiant Fonctionnaire Retraite Sans profession	1(0,97%) 36 (34,95%) 1 (0,97%) 41 (39,8%)	0(0%) 8 (7,76 %) 0 (0%) 16 (15,53%)	0,57
Nationalité Marocain Immigrant subsaharien	71(68,9%) 8 (7,76%)	22(21,35%) 2(1,94%)	0,79
Statut marital Célibataires Divorcés Mariés Veufs	40 (38,83%) 14 (13,59%) 19 (18,44%) 6 (5,82%)	2 (1,94%) 8 (7,76%) 10 (9,7%) 4 (3,88%)	0,003
Niveau socio-économique bas moyen supérieur	52 (50,48%) 27 (34,2%) 0 (0%)	19(18,44%) 4 (3,88%) 1(0,97%)	0,06
Incarcération <u>Durant la vie</u> Oui Non <u>Durant six derniers mois</u> Oui Non	18(17,5%) 61(59,2%) 1(1%) 47(45,6 %)	0(0%) 24(23,3%) 0(0%) 55(53,4 %)	0,01 0,28

* âge exprimé en âge moyen ± écart type

Tableau 16 : Comparaison des statuts sérologiques entre SPA+ et SPA-

variables	n(%)		P
	SPA+	SPA-	
Test VIH+ <1AN 1 ET 5 ANS 6 ET 10 ANS >11 ANS Déni de maladie	23(22,33%) 47(45,63%) 7(6,79%) 1(0,97%) 1(1%)	6(5,82%) 16(15,53%) 0(0%) 2(1,94%) 0(0%)	0,21
le suivi du VIH <1AN 1 ET 5 ANS 6 ET 10 ANS >11 ANS Déni de maladie	25(24,27%) 46(44,66%) 7(6,79%) 0(0%) 1(1%)	6(5,82%) 17(16,50%) 0(0%) 1(0,97%) 0(0%)	0,16
Traitement VIH Non Oui	18(17,47%) 61(59,22%)	4(3,88%) 20(19,41%)	0,52
Type de traitement Tri thérapie Multi thérapie Ne sait pas	47(45,63%) 13(12,62%) 1(0,97%)	20(19,41%) 0(0%) 0(0%)	0,62
Contamination VIH Relations sexuelles Transfusion sanguine Geste médical Injection (spa) Ne sait pas	54(52,42%) 0(0%) 5(4,85%) 2(1,94%) 19(18,44%)	14(13,59%) 3(2,91%) 2(1,94%) 0(0%) 4(3,88%)	0,04
Sérologie hépatite b Positif Négatif Ne sait pas	0(0%) 61(59,22%) 12(11,65%)	0(0%) 24(23,30%) 0(0%)	0,034
Sérologie hépatite c négatif positif ne sait pas	59(57,28%) 2(inj)(1,94%) 12(11,65%)	24(23,30%) 0(0%) 0(0%)	0,068

2. Les pratiques sexuelles chez les consommateurs de SPA au cours de la vie et au cours de 3 derniers mois.

Durant la vie, les rapports hétérosexuels prédominent chez les consommateurs SPA+ et ceci pour les deux sexes. Estimés à 33,9% chez les HIV+ (hommes et femmes). Tandis que dans le groupe SPA-, les femmes

rappellent plus de rapports sexuels que les hommes (1% chez les hommes, et 20,38% chez les femmes).

Les rapports homosexuels durant la vie se voient plus chez les usagers de drogues (4,8% contre 1% chez le groupe SPA-). De même, une activité sexuelle bisexuelle n'est observée que chez le groupe SPA+ (1,94%) (Voir tableau 17).

Quant à l'utilisation de préservatif durant la vie, le groupe de consommateurs de SPA, rapportent le plus ne pas l'utiliser par rapport aux non consommateurs de SPA (44% versus 20%), $p=0,029$.

L'usage occasionnel durant la vie de préservatif est rapporté chez 28% des patients usagers de drogues, et 3% des patients non usagers de substances. Quant à l'utilisation régulière de préservatif, elle est observée chez 5% des VIH+ (qui sont SPA+) par contre, il est absent chez les SPA-(Voir tableau 18).

Durant les 3 derniers mois, il n'ya pas de différence significative entre les deux groupes, concernant les pratiques sexuelles ($p=0,11$), l'utilisation du préservatif ($p=0,66$) et le nombre de partenaires ($p=0,48$) (Voir tableau 19).

Tableau 17 : Comparaison de la pratique sexuelle entre les deux groupes (SPA+ et SPA-)

variables	Durant la vie				P P=0,004	Durant les 3 derniers mois				P P=0,11
	n(%)					n(%)				
	SPA+		SPA-			SPA+		SPA-		
	H	F	H	F		H	F	H	F	
Aucun rapport	1(1%)	0	1(1%)	0	15(14,56%)	0(0%)	1(1%)	21(20,38%)		
Rapport hétérosexuel	35(33,9%)	35(33,9%)	1(1%)	21(20,38%)	10(9,70%)	17(16,5%)	15(14,56%)	18(17,5%)		
Rapport homosexuel (HSH)	5(4,8%)		1(1%)		4 (3,88%)		0			
Rapport bisexuel (H)	2(1,94%)		0		1 (1%)		0			
Pas de Réponse	1(1%)		0		1(1%)		0			

Tableau 18 : Comparaison de l'utilisation de préservatifs entre les deux groupes (SPA+ et SPA-)

Utilisation du préservatif	Durant la vie		P P=0,029	Durant les 3 derniers mois		P P=0,66
	n(%)			n(%)		
	SPA+	SPA-		SPA+	SPA-	
Jamais de préservatif	44(44%)	20(20%)		8(12,30%)	9(13,84%)	
Oui, tjrs	5 (5%)	0(0%)		22 (33,84%)	20(30,76%)	
Oui, parfois	28(28%)	3(3%)		2 (3,07%)	4(6,15%)	

Tableau 19: Comparaison de nombre de partenaires sexuels entre les deux groupes (SPA+ et SPA-)

Rapports sex lors des 3 derniers mois	n(%)		P P=0,48
	SPA+	SPA-	
Partenaires multiples	9(13,84%)	3(4,61%)	
1 seul partenaire	23(35,38%)	30(46,15%)	

D) Discussion :

Notre travail, premier de son genre au Maroc, nous a permis d'avoir une idée sur la consommation de SPA auprès des personnes vivantes avec le VIH ainsi que sur le comportement à risque (sexuel et en rapport avec l'injection).

1. Caractéristiques liées au profil sociodémographique:

Dans notre travail, l'âge moyen de notre échantillon est de $35,03 \pm 7,65$ [21-65] ans, les participants sont majoritairement célibataires, sans fonction et de niveau socioéconomique bas. 54,4% des patients sont de sexe féminin et 9,7% sont des immigrants subsahariens. A noter que 17,5% de ces patients (tous usagers de SPA) ont déjà connu au moins une incarcération durant la vie. Un patients usager de SPA a connu une incarcération les 6 derniers mois.

Une étude du ministère marocain de la santé a relevé que la grande majorité des porteurs du VIH, (soit 71%) sont des adultes âgés entre 25 et 44 ans. La proportion de femmes atteintes est près de 50%.

Selon la cohorte de l'ANRS (Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les hépatites virales) **CO3 AQUITAINE** (France) (27) ; un peu plus du quart des personnes vivant avec le VIH ont une invalidité reconnue. Parmi elles, peu ont parallèlement un emploi et les retours aux activités professionnelles sont exceptionnelles ce qui concorde avec nos résultats.

2. Caractéristiques liées au profil sérologique

Statut VIH

61,2% des patients sont diagnostiqués séropositifs depuis 1 à 5 ans, et sont suivis depuis l'annonce de leur diagnostic. 78,6% sont sous traitement ARV. On

trouve que 66% des contaminations à VIH sont d'origine sexuelle (89% des rapports sexuels sont hétérosexuels).

Le ministère de la Santé a aussi fait observer que parmi les cas de VIH/sida notifiés, le mode de transmission prédominant est hétérosexuel (84 %).

En Afrique, est rapporté que 80% de contaminations sont sexuelles (ONUSIDA 2012). Quant aux USA, la principale voie de contamination actuellement est l'usage de drogues injectables (ONU DC 2009).

L'Hépatite virale C :

Dans notre étude, on a relevé 2 cas de sérologie HVC positives, ils sont tous des UDI. Les données de la littérature ne permettent pas d'établir avec précision la prévalence de cette infection chez les usagers de drogues par voie injectable. Toutefois, elle semble se situer aux alentours de 50% (28).

Au Maroc, la prévalence est estimée à 79,2% auprès des patients UDI de la région de Nador (7).

En France, la mortalité par hépatopathie a augmenté entre 2000 et 2005. 74 % des patients infectés par le VIH principalement du fait de la co-infection VHC (29).

De même, près de 15 % des patients co-infectés par le VIH et le VHB ont une sérologie VHC positive soit 1,6 % de l'ensemble des patients infectés par le VIH (ANRS/VESPA).

L'Hépatite virale B

Dans notre étude, on n'a aucun cas d'infection par l'hépatite B même parmi les UDI et aucun patient n'est vacciné. A signaler que 11,65% des patient VIH+

($p=0,034$) et qui sont usagers de substances psychoactives ne savent rien sur leur sérologie VHB. La sérologie de l'hépatite B, se fait une seule fois au bilan initial sans dépistage ultérieur systématique, par manque de moyens financiers.

Par ailleurs, le virus VHB est responsable de 2% des décès par VIH (essentiellement par un carcinome hépatocellulaire) en cas de co-infection (29).

Selon l'ONUSIDA, la prévalence de l'hépatite B est de 14,6 % auprès des usagers de drogues par injection. Du fait des modes de transmission communs au VIH et au virus de l'hépatite B (VHB) (par voie sanguine, sexuelle ou de la mère à l'enfant). La prévalence de la co-infection par le VHB dans la population des personnes infectées par le VIH est élevée. En 2004, on estimait en France que 37,6 % de la population atteinte par le VIH présentaient des marqueurs sérologiques témoignant d'une infection ou d'un contact ancien avec le VHB.

Cependant, le statut sérologique vis-à-vis du VHB restait inconnu chez 6,3% des patients infectés par le VIH. L'incidence de l'hépatite B est mal connue du fait de l'absence fréquente d'une sérologie initiale et de suivi régulier. Quelques données suggèrent que l'incidence des contaminations par le VHB se situerait entre 1 et 2 par 100 patients-années (ANRS/VESPA).

L'ensemble de ces éléments plaide pour la nécessité d'un dépistage sérologique et virologique VHB complet et systématique chez l'ensemble des patients infectés par le VIH (traités ou non), avec titrage des anticorps anti-HBs ou recherche de l'ADN-VHB et d'une co-infection delta le cas échéant. Ce dépistage est à répéter annuellement, en parallèle à l'application de mesures préventives (notamment avec la vaccination anti-VHB). Plusieurs protocoles de vaccination ou de revaccinations ont été réalisés ou sont en cours dans la population VIH, notamment par l'ANRS.

3. Conduite d'usage de drogues auprès des patients VIH+

Selon le rapport de l'ONUSIDA 2012, la prévalence du VIH était 22 fois plus élevée parmi les consommateurs de drogues que dans la population générale (estimée à environ 20%).

Dans notre étude, 79 patients (76,7%) des VIH+ sont des consommateurs de SPA avec un âge moyen de 35, 26±8, 17. Il n'y a pas de différence significative concernant le genre (44 hommes contre 35 femmes).

La moitié de nos patients sont célibataires. Ils sont dans la grande majorité de nationalité marocaine. 17,5% des VIH+ ont été incarcérés au moins une fois durant leur vie et l'utilisateur de SPA a connu une incarcération durant les 3 derniers mois. A noter que l'âge moyen de la première prise est situé entre 14 et 24 ans, et que l'âge d'initiation le plus précoce était de 8 ans.

- Usage de tabac chez les patients VIH + :

Dans notre étude, 56,3% des patients VIH+ sont des fumeurs. L'âge moyen de la première prise est de 19 ans. Le nombre moyen de cigarettes par jour est de 17 cigarettes. A noter que ces patients sont en même temps consommateurs d'alcool. Parmi les fumeurs, on a trouvé 2 UDI. 22 (21,4%) de nos patients VIH+, ont déjà consommé du nargilé (chicha) durant leur vie.

Il importe de souligner la nécessité de lutter contre le tabagisme qui concerne près de la moitié des patients VIH+. En France 50 % des patients infectés par le VIH sont fumeurs. Certaines études ont rapporté une prévalence entre 50 à 70 %, largement élevée par rapport à la population générale (30).

Selon l'étude ANRS-VESPA 2003, les facteurs associés au tabagisme sont essentiellement: le sexe masculin, l'entourage fumeur, l'abus d'alcool, usage de SPA illicites ainsi qu'une rupture familiale. Une grande corrélation entre une forte dépendance tabagique et une substitution opiacée a été rapporté.

Le tabagisme est impliqué dans de multiples pathologies telles que les maladies cardiovasculaires, les cancers et les pathologies respiratoires. (31).

Dans notre étude, la prévalence de multi thérapie chez les VIH+ (incluant parfois le traitement de tuberculose) est de 12,62%. Ils sont tous des patients consommateurs de SPA. Ces résultats concordent avec la littérature, ils peuvent être en rapport avec l'impact que peut avoir la substance psychoactive sur l'immunité (32).

Seuls 31,03% des patients ont arrêté leur consommation de tabac. 16 personnes ont arrêté leur usage du nargilé, et 6 ont continué leur consommation au cours des 3 derniers mois dont 5 de façon journalière.

Le sevrage tabagique fait désormais partie des recommandations élaborées par l'*European AIDS Clinical Society* (EACS) pour la prise en charge thérapeutique des patients infectés par le VIH (33).

Il est ainsi fondamental d'inclure l'aide au sevrage tabagique dans la prise en charge des patients infectés par le VIH. Cependant, certaines études montrent que l'annonce du diagnostic VIH est quelques fois associée à un arrêt ou une diminution de la consommation de tabac (34, 35).

L'arrêt de la consommation de tabac est bénéfique. Dans les études du lien entre tabagisme et infections bactériennes pulmonaires, nous avons montré que, après au moins un an d'abstinence tabagique, le risque d'infections diminuait

considérablement pour atteindre des valeurs comparables à celles observées chez les patients qui n'avaient jamais fumé (35).

Comme le traitement de la dépendance tabagique est souvent difficile à gérer, le recours à des consultations médicales spécialisées de tabacologie est utile (36, 37,38).

- Usage d'alcool chez les patients VIH+:

Dans notre étude, 56,3% des patients sont consommateurs d'alcool durant leur vie. Au cours des 3 derniers mois, 12,6% l'ont consommé mensuellement, et 9,7% des consommateurs ont connu une intoxication éthylique durant les 3 derniers mois. La bière est le premier produit consommé suivi par le whisky (le type de verres n'est pas standardisé chez nos patients, et ne permet pas d'apprécier la quantité, ni l'abus ou la dépendance).

Dans l'étude **VESPA ANRS EN12**(39) qui a été conduite en 2003, 12,4 % des patients avaient une consommation excessive d'alcool et 9,4 % pratiquaient le binge drinking (plus de 6 verres en une occasion au moins deux fois par mois, selon l'OMS). Il est certain que ses conséquences sont néfastes. In vitro, la réplication virale est significativement augmentée après avoir consommé une forte dose d'alcool. De même, une diminution de l'activité des macrophages est observée selon **KMIEC I. /TEC Corevih Reims**.

- Substances illicites et VIH

Notre enquête a montré que 29,1% des patients ont consommé du cannabis durant leur vie. 9,7% ont pris des psychotropes, 2,9% ont connu une consommation des opiacés, et 5,8% ont pris de la cocaïne.

Les patients ayant déjà pris des opiacés et de la cocaïne, les ont déjà pris soit par voie injectables ou inhalés.

Dans l'étude **VESPA ANRS EN12** 28% des patients ont consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois, 13% des poppers, 6% ont pris des stimulants comme de l'ecstasy, des amphétamines ou de la cocaïne et 1% de sujets ont consommé de l'héroïne.

Selon **KMIEC I. /TEC Corevih Reims**, le cannabis provoque une stimulation de l'appétit, un effet antiémétique, un effet anxiolytique et antalgique sur les douleurs hépatiques, neuropathiques et osseuses ce qui explique sa grande consommation auprès des sujets HIV+.

Les conséquences de prise de SPA, sont néfastes:

- la cocaïne et le VIH augmentent le risque de calcification coronarienne
- Le crack a un effet direct sur la réplication virale VIH (x2 le risque CD4 < 200/mm³ et CV > 400 copies/mm³).
- L'héroïne cause une progression plus rapide vers le Sida maladie quand le taux de β 2 microglobuline est élevé.
- **Médicaments psychotropes sans prescription médicale et VIH :**

Dans notre enquête, 9,7% de nos patients ont consommé des psychotropes (calmants ou somnifères) sans prescription médicale durant la vie.

Selon l'enquête ANRS, au cours des trente derniers jours, 21 % des patients interrogés déclarent avoir pris des anxiolytiques, 14 % des hypnotiques, 10 % des antidépresseurs et 2% des neuroleptiques. Les patient HIV+ expérimentent certainement des difficultés de sommeil, des angoisses et des

émotions pénibles qui peuvent pousser au recours à des anxiolytiques et hypnotiques.

- Usage de drogue injectables et VIH

Dans notre étude, on n'a pas pu rencontrer un nombre suffisant des UDI, car le site de l'enquête n'est pas connu comme site de référence des UDI selon le ministère de santé marocain. En 2009, au niveau de la région de Rabat-salé la prévalence des usagers de drogues parmi les gens infectés par le VIH est environ de 0,1%. Selon les estimations de L'ONU DC, il y'a 15,9 millions de personnes qui s'injectent des drogues dans le monde avec 3 millions d'usagers de drogue par voie intraveineuse (UDI) infectés par le VIH. On estime aussi qu'environ 5 à 10 % des infections par le VIH, sont dus à l'usage de drogues par injection.

Le pourcentage de consommateurs de drogues injectables vivant avec le VIH au Maroc était estimé à 2 % en 2009 et à 11 % en 2011. Il a été estimé selon une enquête menée par le ministère de la santé que 22,5% des UDI sont VIH+ dans la région de Nador (7).

Dans notre enquête, les deux UDI sont issues de la ville de Nador, un patient consommait de l'héroïne seule, un autre utilisait de l'héroïne et de la cocaïne (un des deux patients a connu une overdose au cours des 3 derniers mois). Un seul patient UDI était sous traitement de substitution aux opiacés à base de la méthadone et suivi au centre national de traitement, de prévention et de recherche en addictions de l'hôpital Arrazi de Salé.

Selon la littérature, Certaines molécules de l'ARV peuvent augmenter ou diminuer le métabolisme de la méthadone ou de la buprénorphine via le cytochrome P50 et provoquer des symptômes de sevrage ou de surdosage.

Certains patients peuvent nécessiter une adaptation des doses de méthadone (23, 40) .

Dans notre travail, 44,3% des patients usagers de drogues ont connu des problèmes de santé ou d'ordre social. 48,1% ont évoqué qu'au cours des 3 derniers mois, un ami ou des proches étaient vivement préoccupés par leur consommation de SPA. Ils les ont conseillés d'arrêter ou au moins diminuer leur consommation. Ceci est en faveur d'un usage problématique, pouvant renvoyer à un abus.

88% de nos patients consommateurs de SPA, ont essayé de contrôler, diminuer ou arrêter leur consommation. 57% ont rapporté un fort désir ou un besoin irrésistible pour consommer la SPA au cours des 3 derniers mois de l'enquête. Cette notion rejoint le craving, qui est un symptôme de l'addiction.

4. Pratiques à risques

Sexualité et risque:

Dans notre étude, 64 patients (64%) n'ont jamais utilisé le préservatif dans leur vie. Des usagers de SPA, 51,45% des patients (n=53) ont rapporté que les relations sexuelles étaient la source principale de contamination. La fréquence était élevée auprès des personnes ayant déclaré n'avoir jamais utilisé un préservatif, que ceux qui l'utilisent ($p=0,04$). Les 3 derniers mois, parmi les 32 consommateurs de drogues, seuls 19 patients (59,37%) ont utilisé le préservatif sous l'effet des drogues.

Selon l'enquête (ANRS/VESPA), l'absence d'usage systématique du préservatif est retrouvée au sein des couples sérodifférents: 16 % chez les couples homosexuels et 29 % chez les couples hétérosexuels.

Les facteurs associés à la non-utilisation systématique du préservatif par les personnes infectées sont souvent liées aux expériences antérieures de discrimination par l'entourage, à une perception élevée d'effets indésirables liés au traitement antirétroviral, une qualité de vie altérée et la difficulté à aborder la question du VIH avec la partenaire.

Sexualité et prise de drogues :

Dans notre enquête, 92 personnes ont eu durant la vie, des rapports hétérosexuels, qui sont prédominants dans le groupe des usagers de drogues. Dans ce même groupe, les rapports homosexuels et bisexuels prédominent (respectivement 4,8% et 1,94%), $p=0,004$.

Au cours des 3 derniers mois, 35,9 % des patients ($n=37$) ont rapporté ne pas avoir eu de rapports sexuels, dont 21,30% sont des femmes et 14,56% sont des hommes. 81,5% ($n=53$) ont eu un partenaire unique et le reste ont rapporté avoir des partenaires multiples (18,5%). 32,3% des patients ($n=21$) ont un partenaire sexuel actuel qui consomme des SPA, dont une seule femme (1%).

La réalisation de rapports sexuels pour des avantages matériels est retrouvée chez 36,9% ($n= 24$) des patients vivants avec le VIH.

L'enquête d'évaluation rapide de la situation sur le risque d'infection à VIH en relation avec l'usage des drogues injectées et injectables et à problème montre que les consommateurs de drogues injectables (CDI) au Maroc adoptent des comportements sexuels à haut risque puisque 47,6 % des hommes et 70,1 % des femmes d'un groupe essentiellement composé de CDI indiquaient avoir eu plusieurs partenaires sexuels au cours des douze derniers mois. Dans cette étude, 13,1 % des hommes déclaraient avoir des relations sexuelles avec une personne de même sexe, tandis que 64,6 % et 74 % des

participants respectivement masculins et féminins, indiquaient vendre ou acheter des services sexuels.

La population des personnes atteintes du VIH (ANRS 2003) se caractérise par l'importance du nombre de personnes qui déclarent ne pas avoir de rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, qui est de (22%)

L'absence d'activité sexuelle est plus fréquente chez les femmes (29%) que chez les hommes (19%). Les raisons de cette abstinence sont essentiellement liées aux difficultés des interactions avec autrui. Comme par exemple, la peur de contaminer (61%) ou d'être rejeté (39%) ainsi que le sentiment de perte de séduction (34%) et d'isolement (28%) (ANRS 2003). Les troubles de la sexualité sont fréquemment rapportés par les personnes infectées par le VIH, tant chez les hommes que chez les femmes, et quelle que soit l'orientation sexuelle.

Selon toujours ANRS 2003, 6 personnes sur 10 déclarent une relation stable de plus de 6 mois au moment de l'enquête: 68 % sont dans une relation exclusive tandis que 24% ont d'autres partenaires.

Utilisation du matériel non stérile :

Notre étude, relève que le matériel d'injection était réutilisé plusieurs fois par jour (seringue, cuillère, coton, eau). Ce matériel a été aussi partagé avec d'autres UDI. La désinfection du matériel se fait uniquement par de l'eau. Sur le plan mondial et selon l'ONUUDC, les personnes qui s'injectent des drogues n'utilisent du matériel d'injection stérile que dans 5% des injections.

L'évaluation Rapide des Risques VIH/SIDA en rapport avec l'usage des drogues injectables a été réalisée en 2005 dans les sites de Tanger, Tétouan, Rabat, Salé et Casablanca.

Il ressort de l'étude que 74% des participants connaissent l'importance de l'utilisation d'une seringue neuve. Cependant, seuls 26% des enquêtés utilisent régulièrement du matériel stérilisé. L'enquête montre également que 92% des personnes interrogées reconnaissent le sida comme étant une maladie sexuellement transmissible, mais ce chiffre est seulement de 14% en ce qui concerne l'hépatite.

E) Limites d'étude :

Le lieu de passation des questions ne permet pas la confidentialité, et le temps qui a été accordé ne permet pas la collecte d'un plus grand nombre de renseignements auprès des personnes VIH+.

Notre enquête s'est déroulée dans la ville de Rabat, et n'illustre pas le profil de l'usage de SPA auprès des patients VIH+ marocains surtout en matière d'injection de drogues. Nous avons envisagé prendre un échantillon au niveau de la région de Nador, qui est très endémique en termes d'usage de SPA et des UDI, mais l'accès aux patients a été difficile en raison de certaines contraintes administratives.

F) Perspectives

Le problème d'addiction touche actuellement tous les pays y compris les pays en voie de développement. Nous sommes entrain de supporter un fardeau plus lourd alors que nous sommes moins bien équipés pour y faire face.

Les tendances démographiques donnent à penser que le nombre total d'usagers de drogues dans les pays en développement va augmenter de façon significative, surtout au détriment des drogues injectables. Par conséquence, la pandémie du VIH continuera de faire ravage, non seulement parce que l'on prévoit que la population de ces pays va croître plus vite qu'ailleurs, mais aussi parce que leur population est plus jeune et qu'ils s'urbanisent rapidement.

En outre, l'écart entre les sexes risque de commencer à se resserrer car il est probable que la consommation de drogues chez les femmes va augmenter dans les pays en développement en raison de la disparition des barrières socioculturelles et des progrès en matière d'égalité entre les sexes.

Ce qu'on peut dire avec certitude, c'est que des choix politiques différents continueront de s'offrir aux gouvernements et aux sociétés pour faire face, aux problèmes liés à la drogue et à l'infection par le VIH, tout en garantissant la paix et le développement au niveau international et le respect des droits de l'homme.

Néanmoins, des questions judicieuses sont à poser:

- Quelle est l'influence des caractéristiques de l'infection par le VIH (son ancienneté, sa prise en charge thérapeutique, sa gravité) sur le processus de sevrage et traitement des addictions aux substances psychoactives ?

- Quels sont les niveaux de dépendance et de motivation pour arrêter de consommer chez les patients infectés par le VIH?
- Quelle est l'importance des symptômes psychiatriques chez ces patients?
- Ces caractéristiques sont-elles différentes de celles observées dans la population générale?
- Y'aura t'il des prises en charge adéquates par les services de psychiatrie de liaison et les services d'addictologie?



Conclusion



La sensibilisation des soignants quant au dépistage de l'usage de substances psychoactives et l'exigence d'une hygiène de vie au cours des consultations d'éducation thérapeutique demeurent d'une importance primordiale pour les patients atteints du VIH. Une prise en charge simple, mettant en place des filières de soins entre les services de prise en charge des patients infectés par le VIH, les unités de tabacologie, d'addictologie et de la psychiatrie de liaison, pourrait dès à présent permettre de réduire le poids des addictions chez les patients infectés par le VIH et réduire leur souffrance et leur stigmatisation.

La connaissance des interactions médicamenteuses entre la thérapie antirétrovirale, les substances psychoactives, les médicaments psychotropes, comme la méthadone est nécessaire chez cette population. Elle permet l'instauration des combinaisons médicamenteuses adaptées et permettre un meilleur confort des patients.



Résumés



Résumé

Titre : L'usage de substances psychoactives chez les patients vivants avec le VIH.
(Enquête auprès de 103 patients).

Auteur : Ouafae Zaimi

Mots clés: VIH, substances psychoactives, prévalence, pratique sexuelle, injection.

La prévalence de l'usage de substances psychoactives (SPA) auprès des patients infectés par le VIH est importante. En plus, la prise de drogues, constitue actuellement un facteur de risque pouvant aider à la dissémination du VIH.

Nous avons mené une enquête transversale auprès des patients infectés par le VIH. Notre objectif est d'évaluer l'usage de substances psychoactives et des conduites à risque (sexuelle, échange de matériel d'usage) auprès de cette population. 103 patients ont été recrutés du service de médecine A, de l'hôpital Ibn Sina du CHU Ibn Sina de Rabat-Salé et de l'association de lutte contre le sida (ALCS, section de Rabat). L'enquête se déroule durant une année (2011-2012). Le dépistage de l'usage de substances psychoactives et des conduites à risque s'est fait en utilisant l'ASSIST. Les résultats sont analysés à l'aide du SPSS 20.

Durant la vie, 76,7%(n=79) ont consommé au moins une SPA. 56,3%(n=58) des patients sont à la fois consommateurs du tabac et de l'alcool. 2 patients utilisaient la drogue par voie injectable. La moitié des VIH+, contaminés par voie sexuelle, sont des usagers de SPA durant la vie (p=0,04).

L'âge moyen des usagers de SPA est de 35,26±8,17 ans, dont 44(55,7%) sont des hommes. Ils sont majoritairement hétérosexuels. Cinq personnes sont homosexuelles et deux sont bisexuelles. 56%(n=44) des usagers n'ont jamais utilisé un préservatif durant leur vie.

La sensibilisation des soignants quant au dépistage, ainsi que la mise en place d'un travail de liaison entre les services de prise en charge des patients infectés par le VIH et les unités d'addictologie pourront aider à améliorer leur prise en charge et leur qualité de vie.

Abstract

Title: Psychoactive substances use among patients living with HIV. (Survey about 103 patients).

Author: Ouafae Zaimi

Keywords: HIV, psychoactive substances, prevalence, sexual practice, injection.

The prevalence of psychoactive substances use among patients living with HIV is important. Beside this frequent association, drugs use is now considered as a risk factor for HIV infection.

We conducted a cross sectional survey among patients living with HIV. Our goals are to screen for psychoactive substances use, as well as risk behaviors (sexual, exchange of used materials). 103 patients were included from Medicine “A” service of Ibn Sina hospital (CHU Ibn Sina of Rabat-Salé), and from ALCS associations against AIDS (Rabat section). The survey has been conducted during a year (2011-2012). Drug use and risk behavior screening have been assessed using ASSIST. We use SPSS 20 to analyze data.

During life time, 76.7% (n=79) consumed at least one psychoactive substance. 56.3% (n=58) of HIV positive patients used both tobacco and alcohol. Only 2 patients are injecting drugs. Half of patients who are infected through sex are psychoactive substance users during life time (p=0.04).

The average age of psychoactive substance users is 35, 26 ± 8 , 17 years old. More than half are males (55.7%). They are mostly heterosexuals. Five of them are homosexuals and 2 have bisexual behaviors. Almost 56% (n=44) of drug users do never use a condom during their life.

The improvement of screening awareness of caregivers, and the establishment of liaison work between HIV patient facilities, and addiction units can improve their care, and their quality of life.

المخلص

العنوان: استخدام المؤثرات العقلية لدى المرضى المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري. (مسح من 103

مصاب)

من طرف: وفاء زعيبي

الكلمات الأساسية: فيروس نقص المناعة البشري -مؤثرات عقلية-معدل انتشار-ممارسة جنسية -حقن.

يلاحظ انتشار استهلاك المؤثرات العقلية بشكل كبير بين فئة المرضى المصابين بفيروس نقص المناعة البشري. كما يعد تعاطي المخدرات، أحد عوامل الخطر التي يمكن أن تساعد على انتشار العدوى.

من أجل تقييم هذا السلوك والممارسات ذات المخاطر المترتبة عنه (الممارسة الجنسية وتبادل أدوات الاستعمال)، قمنا بإنجاز دراسة مستعرضة على عينة من 103 مصاب بداء السيدا، يتابعون علاجهم بمصلحة الطب الباطني (أ) بمستشفى ابن سينا التابع للمركز الاستشفائي الجامعي ابن سينا بالرباط أو الذين تحتضنهم جمعية محاربة السيدا (ALCS) -فرع الرباط- لمدة سنة كاملة(2011-2012). تم استعمال استبيان يعتمد على اختبار "Assist". وقد تم تحليل النتائج المحصل عليها عن طريق البرنامج المعلوماتي SPSS 20.

تبين من خلال الدراسة المنجزة أن (76,3%) (n=79) من أفراد العينة هم من المستهلكين للمؤثرات العقلية. (56,3%) (n=58) من هؤلاء المصابين، يتعاطون الكحول والتدخين في نفس الوقت كما أن هناك 2 مستهلكين اثنين للمخدرات عن طريق الحقن. الملاحظ أن نصف أفراد العينة موضوع الدراسة، قد أصيبوا بالداء عن طريق الجنس وهم في نفس الوقت يتعاطون للمؤثرات العقلية. (P=0,04).

وتجدر الإشارة أن متوسط سن هؤلاء المتعاطين هو $17 \pm 8, 26$ سنة بلغ عدد الذكور 44 فردا (55,7%). أكثرية هؤلاء المستهلكين ذوي ميول جنسي مختلف عن الجنس الأصلي مع وجود خمس أشخاص مثليي الجنس وشخصين ثنائيي الميول الجنسية. 44 فردا (56%) من هؤلاء المتعاطين لم يسبق لهم استعمال الواقي الذكري.

إن تحسيس المتدخلين في مجال الصحة بأهمية الكشف المبكر عن الإدمان وإنشاء شبكات العلاج الممتدة بين المصالح المكلفة، بعلاج المصابين بداء السيدا، ومراكز طب الإدمان، سيساهم مما لا شك فيه في تخفيض نسبة الإدمان لدى المصابين بداء فقدان المناعة المكتسبة وتحسين ظروف عيشهم



Annexes



QUESTIONNAIRE :

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Nous réalisons une enquête concernant l'usage de substances psychoactives.

Nous avons élaboré pour cela un questionnaire complètement anonyme qui nous donne des informations sur vous, sur votre maladie et sur la prise de substances psychoactives. Vos réponses sont strictement confidentielles et nous vous prions de répondre sincèrement. Vous êtes libre de refuser de participer à cette enquête

I. Caractéristiques socio- démographiques :

Code : **ville :** **centre :**

Age :

Sexe : F M

Statut marital :

Marié(e) divorcé(e) Veuf (ve) Célibataire

Profession :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Agriculteur. | <input type="checkbox"/> Employé |
| <input type="checkbox"/> Artisan, Commerçant. | <input type="checkbox"/> Travail temporaire |
| <input type="checkbox"/> Cadre sup. | <input type="checkbox"/> Etudiant |
| <input type="checkbox"/> Retraité. | <input type="checkbox"/> En chômage |
| <input type="checkbox"/> Femme au foyer | |

Niveau Socio-économique :

Bas Moyen Supérieur

Incarcération :

Avez – vous déjà été incarcéré durant la vie ?

Oui Non

Si oui, Combien de fois ?.....

Même question, pour les 6 derniers mois :

Oui Non

Si oui, Combien de fois ?.....

II.Santé :

1) Depuis quand avez-vous su avoir le Test + du VIH ?

< 1 an 1-5 ans 6-10 ans > 11 ans

2) Depuis quand êtes- vous suivis pour VIH ?

< 1 an 1-5 ans 6-10 ans > 11 ans

3) Est-ce que vous recevez un traitement pour VIH ?

Oui Non

4) Si oui, quel traitement ? Trithérapie Multithérapie Ne sait pas

5) Comment pensez-vous avoir été contaminé par le VIH ?

Lors des relations sexuelles avec un homme.

Lors des relations sexuelles avec une femme.

Après un Tatouage Corporel ou acte médical

Lors d'une transfusion sanguine.

Lors d'un accident professionnel.

Autres : précisez :

Ne sait pas.

6) Etes-vous vacciné contre l'hépatite B ?

Oui

Non

Ne sait pas.

7) Avez-vous déjà fait un test de sérologie pour l'hépatite B ?

Oui

Non

Ne sait pas

Ne veut

pas répondre

8) Avez-vous déjà fait un test de sérologie pour l'hépatite C ?

Oui Non Ne sait pas Ne veut

pas répondre

9) Si oui, quand remonte votre dernier test pour l'hépatite B ?:

< De 6 mois plus de 1 an, précisez l'année :

< De 1 an Ne sait pas

Ne veut pas répondre.

10) A quand remonte votre dernier test pour l'hépatite C ?

< De 6 mois plus de 1 an, précisez l'année :

< De 1 an Ne sait pas

Ne veut pas répondre

11) Quel était le résultat ?

	<u>Positif</u>	<u>Négatif</u>	<u>Ne sait pas</u>	<u>Ne veut pas répondre</u>
Hépatite B				
Hépatite C				

III. Histoire de la prise de substances psychoactives :

- 1) Parmi les substances suivantes, lesquelles avez-vous déjà consommé au cours de votre vie ?
 - a. Tabac ou chicha
 - b. Boissons alcooliques
 - c. Cannabis
 - d. Stimulants de type amphétamine
 - e. Solvants
 - f. Calmants ou somnifères
 - g. Hallucinogènes (LSD, Champignons, PCP...)
 - h. Opiacés
 - i. Autres : Spécifiez :.....
- 2) Age de la 1ère prise :.....ans
- 3) Consommation arrêtée : Oui Non
- 4) Si non, Si vous fumez la cigarette : Nombre de cigarettes/jour :Nb paquets/an :.....
- 5) Si vous consommez du nargilé : la fréquence de prise lors des 3 derniers mois.
1 à 2 fois
Mensuellement
Hebdomadaire
Chaque jour

6) Si vous consommez l'alcool : la fréquence de prise lors des 3 derniers mois.

1 à 2 fois

Mensuellement

Hebdomadaire

Chaque jour

7) Quel type d'alcool, vous consommez actuellement ?

Vin blanc Vin rouge Bière Alcool Fort (Whisky....)

Mahia. Alcool à Brûler

Précisez la quantité consommée en verre par mois:

_ Verres de vin

_ Verres de Whisky

_ Verres de Mahia

_ Bouteilles de bière.

8) Pour les autres substances, au cours des 3 derniers mois, combien de fois les avez-vous consommés ?

- Cannabis
- Cocaïne
- Stimulants de type
amphétamine
- Solvants
- Calmants ou somnifères
- Hallucinogènes
- Opiacés
- Autres : Spécifiez :.....

Jamais	1 à 2 fois	Mensuel	Hebd	Chaque jour

9) Au cours des 3 derniers mois, combien de fois avez-vous eu un fort désir ou un besoin irrésistible pour en consommer :

	Jamais	1 à 2 fois	Mensuel	Hebd	Chaque jour
- Tabac					
- Boissons alcooliques					
- Cannabis					
- Stimulants de type amphétamine					
- Solvants					
- Calmants ou somnifères					
- Hallucinogènes (LSD, Champignons, PCP)					
- Opiacés					
- Autres : Spécifiez :.....					

10) Avez-vous déjà fait une overdose durant les 3 derniers mois :

Oui Non

11) Au cours des 3 derniers mois, combien de fois votre consommation a-t-elle entraîné des problèmes de santé ou des problèmes sociaux, légaux ou financiers :

Jamais	1 à 2 fois	Mensuellement	Hebdomadaire	Chaque jour

12) Au cours des 3 derniers mois, combien de fois n'avez-vous pas pu accomplir ce qui était normalement attendu de vous en raison de votre consommation :

Jamais	1 à 2 fois	Mensuellement	Hebdomadaire	Chaque jour

13) Est-ce qu'un ami, proche ou quelqu'un d'autres s'est déjà dit préoccupé par votre consommation :

Non, jamais.

Oui, au cours de ces 3 derniers mois.

Oui, mais pas au cours de ces 3 derniers mois.

14) Avez-vous déjà essayé, sans succès de contrôler, de diminuer ou d'arrêter votre consommation :

Non, jamais.

Oui, au cours de ces 3 derniers mois.

Oui, mais pas au cours de ces 3 derniers mois.

15) Prenez vous un traitement de substitution aux opiacés :

Oui

Non

Précisez la dose :

IV. Pratique d'injection :

1) pratiquez-vous l'injection des drogues : Oui Non.

2) Quel genre de drogues ?

- Héroïne
- Cocaïne
- Crack
- Buprénorphine (Subutex, temgesic...)
- Morphine
- Benzodiazépine (Tranxène, lexomil, valium, Temesta...)

3) Prise régulière de l'injection présente ou passée :

Oui Non

4) prise de l'injection arrêtée :

Oui Non

Si non,

5) Durant les 3 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous pratiqué l'injection ?

Pratique quotidienne (1 à plusieurs fois/j)

Pratique répétée (quelques fois par semaine à quelques fois par mois)

Pratique occasionnelle (<1 fois /mois)

6) durant les 3 derniers mois, avez-vous utilisé plusieurs fois votre matériel d'injection?

	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Seringue				
Cuillère				
Coton				
Eau				

7) Partage du matériel durant les 3 derniers mois :

7-1) Avez-vous emprunté ou prêté votre seringue à une autre personne ?

- Jamais parfois souvent toujours
- Uniquement avec ma/mon conjoint

7-2) Avez-vous emprunté ou prêté votre/vos cotons à une autre personne ?

- jamais parfois souvent toujours
- Uniquement avec ma/mon conjoint

7-3) utilisez- vous le même récipient pour pomper (cuillère ou fiole d'eau, etc....) dans lequel un autre s'est déjà servi ?

- Jamais parfois souvent toujours
- Uniquement avec ma/mon conjoint

8) Est-ce que ça vous arrive d'aider d'autres personnes à s'injecter ?

Oui

Non

9) Est-ce que ça vous arrive d'être aidé par d'autres personnes pour vous injecter ?

Oui

Non

10) Sur quelles parties de votre corps, injectez-vous le plus souvent ?

(Plusieurs réponses possibles, précisez par ordre décroissant de fréquence)

Bras

Mains

Jambes

Cou

Autres

11) Dans quel type d'endroit, vous vous injectez le plus souvent ?

Dans un lieu privé (chez vous, des amis, des parents)

Dans un lieu public (rue, parc, WC, cave, parking...)

Dans une voiture ou un camion

12) Rencontrez-vous des difficultés à s'injecter ?

Oui

Non

Si oui, lesquelles ?.....

13) Par quel moyen désinfectez-vous le matériel d'injection ?

Je ne désinfecte pas

Avec de l'eau uniquement

Avec de l'eau et du savon

Avec de l'alcool ou un antiseptique

Autres : précisez:.....

V. Pratique sexuelle :

1- Durant votre vie, avez-vous eu des rapports sexuels ?

Hétérosexuels

Homosexuels

Bisexuels

Aucun rapport sexuel

Ne souhaite pas répondre

2- Au cours de ces rapports avez-vous utilisé le préservatif ?

Oui, toujours

Oui, parfois

Non, jamais

3- Au cours des 3 derniers mois, avez-vous eu des rapports sexuels ?

Oui

Non

4- Si Oui, ces rapports sont avec ?

Un seul partenaire

Partenaires multiples

5- Si oui, avez-vous utilisé des préservatifs avec ce/ces partenaires ?

Oui, toujours

Oui, parfois

Non, jamais

6- Sous l'effet des drogues ou d'alcool, songez-vous à utiliser le préservatif ?

Oui

Non

7- Votre partenaire actuel consomme-t-il/elle des drogues dures (cocaïne, héroïne) ?

Oui

Non

8- Avez-vous eu des rapports sexuels, ces 3 derniers mois, à vue de l'argent, la drogue ou des avantages matériels ?

Oui

Non

ON VOUS REMERCIE POUR VOTRE COLLABORATION

A. OMS - ASSIST V3.0, français

Interviewer I..... Clinique I.....
Identité patient I..... Date I.....

INTRODUCTION (A lire au patient. Peut être adapté au contexte local)

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce bref entretien portant sur l'alcool, le tabac et d'autres drogues.

De nombreuses drogues, certains médicaments inclus, peuvent affecter votre santé. Pour bien vous soigner, il est important pour votre soignant d'avoir des informations précises sur vos consommations.

Les questions qui suivent portent sur vos consommations d'alcool, de tabac et d'autres drogues au cours de votre vie et des 3 derniers mois, indépendamment de la voie de consommation (fumé, avalé, sniffé, inhalé, injecté, pris sous forme de pilule, etc.) [montrer CARTE REPONSE - ASSIST].

Certaines des substances listées peuvent être prescrites par un médecin (comme par ex. des médicaments contre la douleur, des calmants, des somnifères, des coupe-faim, des stimulants). Pour cet entretien, nous ne prenons pas en compte les médicaments pris sur ordonnance médicale. Cependant, si vous avez pris ces médicaments pour des raisons autres que celles de la prescription ou que vous les avez pris plus fréquemment ou à plus haute dose que prescrit, je vous prie de me le faire savoir.

Soyez assuré que toutes les informations recueillies seront traitées de façon strictement confidentielle, y compris celles concernant les drogues illicites ou interdites.

Note : Avant de poser les questions suivantes, donnez la CARTE REPONSE ASSIST au patient.

Question 1

(S'il s'agit d'une passation lors d'un suivi, veuillez comparer les réponses du patient avec celles données lors de l'évaluation initiale. Toute différence devrait être investiguée.)

Parmi les substances suivantes, lesquelles avez-vous <u>déjà</u> consommées au cours de votre vie ?	NON	OUI
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)	0	3
b. Boissons alcooliques (bière, alcopop, vins, spiritueux, etc.)	0	3
c. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.)	0	3
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	3
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)	0	3
f. Solvants (colle, essence, diluant, etc.)	0	3
g. Calmants ou somnifères (Valium®, Seresta®, Dormicum®, Rohypnol®, Stilnox®, etc.)	0	3
h. Hallucinogènes (LSD, champignons, PCP, etc.)	0	3
i. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)	0	3
j. Autres – spécifiez:	0	3

Si toutes les réponses sont négatives → demandez : « même lorsque vous étiez à l'école » ?

Si « non » à tous les items → arrêtez l'entretien

Si « oui » à l'un ou plusieurs de ces items → posez la Question 2 concernant ces substances.

Question 2

Au cours des 3 derniers mois, combien de fois avez-vous consommé les substances que vous avez mentionnées (PREMIERE SUBSTANCE, DEUXIEME SUBSTANCE, etc.)?	Jamais	1 ou 2 fois	Mensuellement	Hebdomadairement	Chaque jour ou presque chaque jour
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)	0	2	3	4	6
b. Boissons alcooliques (bière, alcopop, vin, spiritueux, etc.)	0	2	3	4	6
c. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	2	3	4	6
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)	0	2	3	4	6
f. Solvants (colle, essence, diluant, etc.)	0	2	3	4	6
g. Calmants ou somnifères (Valium®, Seresta®, Dormicum®, Rohypnol®, Stilnox®, etc.)	0	2	3	4	6
h. Hallucinogènes (LSD, champignons, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)	0	2	3	4	6
j. Autres – spécifiez:	0	2	3	4	6

Si « jamais » à tous les items de la Question 2 → passez à la Question 6.

Si une ou plusieurs substances de la Question 2 ont été utilisées au cours des 3 derniers mois, continuez avec les Questions 3, 4 et 5 pour chaque substance consommée.

Question 3

Au cours des 3 derniers mois, combien de fois avez-vous eu un fort désir ou un besoin irrésistible de consommer (PREMIERE SUBSTANCE, DEUXIEME SUBSTANCE, etc.)?	Jamais	1 ou 2 fois	Mensuellement	Hebdomadairement	Chaque jour ou presque chaque jour
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)	0	3	4	5	6
b. Boissons alcooliques (bière, alcopop, vin, spiritueux, etc.)	0	3	4	5	6
c. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	3	4	5	6
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)	0	3	4	5	6
f. Solvants (colle, essence, diluant, etc.)	0	3	4	5	6
g. Calmants ou somnifères (Valium®, Seresta®, Dormicum®, Rohypnol®, Stilnox®, etc.)	0	3	4	5	6
h. Hallucinogènes (LSD, champignons, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)	0	3	4	5	6
j. Autres – spécifiez:	0	3	4	5	6

Question 4

<u>Au cours des 3 derniers mois</u> , combien de fois votre consommation de (PREMIERE SUBSTANCE, DEUXIEME SUBSTANCE, etc.) a-t-elle entraîné des problèmes de santé ou des problèmes sociaux, légaux ou financiers?	Jamais	1 ou 2 fois	Mensuellement	Hebdomadairement	Chaque jour ou presque chaque jour
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)	0	4	5	6	7
b. Boissons alcooliques (bière, alcopop, vin, spiritueux, etc.)	0	4	5	6	7
c. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	4	5	6	7
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thai, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)	0	4	5	6	7
f. Solvants (colle, essence, diluant, etc.)	0	4	5	6	7
g. Calmants ou somnifères (Valium®, Seresta®, Dormicum®, Rohypnol®, Stilnox®, etc.)	0	4	5	6	7
h. Hallucinogènes (LSD, champignons, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)	0	4	5	6	7
j. Autres – spécifiez:	0	4	5	6	7

Question 5

<u>Au cours des 3 derniers mois</u> , combien de fois n'avez-vous pas pu accomplir ce qui était normalement attendu de vous en raison de votre consommation de (PREMIERE SUBSTANCE, DEUXIEME SUBSTANCE, etc.) ?	Jamais	1 ou 2 fois	Mensuellement	Hebdomadairement	Chaque jour ou presque chaque jour
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)	0	5	6	7	8
b. Boissons alcooliques (bière, alcopop, vin, spiritueux, etc.)	0	5	6	7	8
c. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	5	6	7	8
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thai, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)	0	5	6	7	8
f. Solvants (colle, essence, diluant, etc.)	0	5	6	7	8
g. Calmants ou somnifères (Valium®, Seresta®, Dormicum®, Rohypnol®, Stilnox®, etc.)	0	5	6	7	8
h. Hallucinogènes (LSD, champignons, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)	0	5	6	7	8
j. Autres – spécifiez:	0	5	6	7	8

Posez les Questions 6 et 7 concernant toutes les substances déjà consommées au cours de la vie (à savoir toutes celles avec réponse positive à la question 1)

Question 6

Est-ce qu'un ami, un proche ou quelqu'un d'autre s'est déjà dit préoccupé par votre consommation de (PREMIERE SUBSTANCE, DEUXIEME SUBSTANCE, etc.) ?	Non, jamais	Oui, au cours des 3 derniers mois	Oui, mais pas au cours des 3 derniers mois.
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)	0	6	3
b. Boissons alcooliques (bière, alcopop, vin, spiritueux, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.)	0	6	3
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	6	3
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thai, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)	0	6	3
f. Solvants (colle, essence, diluant, etc.)	0	6	3
g. Calmants ou somnifères (Valium®, Seresta®, Dormicum®, Rohypnol®, Stilnox®, etc.)	0	6	3
h. Hallucinogènes (LSD, champignons, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)	0	6	3
j. Autres – spécifiez:	0	6	3

Question 7

Avez-vous déjà essayé, sans succès, de contrôler, de diminuer ou d'arrêter votre consommation de (PREMIERE SUBSTANCE, DEUXIEME SUBSTANCE, etc.) ?	Non, jamais	Oui, au cours des 3 derniers mois	Oui, mais pas au cours des 3 derniers mois.
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)	0	6	3
b. Boissons alcooliques (bière, alcopop, vin, spiritueux, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.)	0	6	3
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	6	3
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thai, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)	0	6	3
f. Solvants (colle, essence, diluant, etc.)	0	6	3
g. Calmants ou somnifères (Valium®, Seresta®, Dormicum®, Rohypnol®, Stilnox®, etc.)	0	6	3
h. Hallucinogènes (LSD, champignons, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)	0	6	3
j. Autres – spécifiez:	0	6	3

Question 8

	Non, jamais	Oui, au cours des 3 derniers mois	Oui, mais pas au cours des 3 derniers mois.
Avez-vous <u>déjà</u> pris de la drogue en injection ? (USAGE NON MEDICAL SEULEMENT)	0	2	1

NOTE IMPORTANTE
Demandez aux patients qui se sont injectés des drogues durant les 3 derniers mois quelle a été la fréquence d'injection durant cette période, afin d'évaluer le niveau de risque et de déterminer les priorités d'intervention.

FREQUENCE D'INJECTION

Une fois par semaine ou moins
OU
moins de 3 jours de suite



RECOMMANDATIONS

Intervention brève incluant la carte « risques associés avec l'injection »

Plus d'une fois par semaine
OU
3 jours ou plus de suite



Évaluation approfondie et traitement plus intensif*

Comment calculer un score pour une substance spécifique ?

Pour chaque substance (désignée de a. à j.) additionnez les scores obtenus pour les Questions 2 à 7. N'incluez pas le résultat de la Question 1 ou de la Question 8 dans ce score.
Par exemple, un score pour le cannabis serait calculé ainsi : Q2c+Q3c+Q4c+Q5c+Q6c+Q7c

Notez que la question 5 sur le tabac n'est pas codée et est calculée ainsi : Q2a+Q3a+Q4a+Q6a+Q7a.

L'INTERVENTION RECOMMANDEE SE BASE SUR LE SCORE « SUBSTANCE SPECIFIQUE ».

	Score « substance spécifique » relevé	Pas d'intervention	Intervention brève	Traitement plus intensif*
a. Tabac		0 - 3	4 - 26	≥ 27
b. Alcool		0 - 10	11 - 26	≥ 27
c. Cannabis		0 - 3	4 - 26	≥ 27
d. Cocaïne		0 - 3	4 - 26	≥ 27
e. Amphétamine		0 - 3	4 - 26	≥ 27
f. Solvants		0 - 3	4 - 26	≥ 27
g. Calmants		0 - 3	4 - 26	≥ 27
h. Hallucinogènes		0 - 3	4 - 26	≥ 27
i. Opiacés		0 - 3	4 - 26	≥ 27
j. Autres drogues		0 - 3	4 - 26	≥ 27

NOTE : *L'évaluation approfondie et le traitement plus intensif peuvent être prodigués, selon le contexte local, par des professionnels de la santé de premier recours ou par un service spécialisé dans les addictions.

B. OMS - ASSIST V3.0 CARTE RÉPONSE POUR LES PATIENTS

Carte réponse – substances

a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)
b. Boissons alcooliques (bière, alcopop, vins, spiritueux, etc.)
c. Cannabis (marijuana, joints, herbe, hash, etc.)
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thai, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)
f. Solvants (colle, essence, diluant, etc.)
g. Calmants ou somnifères (Valium®, Seresta®, Dormicum®, Rohypnol®, Stilnox®, etc.)
h. Hallucinogènes (LSD, champignons, PCP, etc.)
i. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)
j. Autres – spécifiez:

Carte réponse (ASSIST - questions 2-5)

Jamais: pas de consommation au cours des 3 derniers mois.

Une ou deux fois: une ou deux fois au cours des 3 derniers mois.

Mensuellement: une à trois fois en un mois.

Hebdomadairement : une à quatre fois par semaine.

Chaque jour ou presque chaque jour: cinq à sept jours par semaine.

Carte réponse (ASSIST - questions 6-8)

Non, jamais.

Oui, mais pas au cours des 3 derniers mois.

Oui, durant les derniers 3 mois.



*Références
bibliographiques*

- [1] Rosenzweig .Les drogues dans l'histoire. Entre remède et poisons. – 1998.
- [2] El omari.F, Toufiq.J. Le cannabis au Maroc: historique et épidémiologie, Cannabis, Approches thérapeutiques contemporaines, Collection Carrefour des psychothérapies (De Boeck Supérieur), 2008.
- [3] Toufiq J, Othmani SE, Ktiouet. J.E, Paes. M. Enquête nationale sur l’usage du tabac, du cannabis et des autres drogues en milieu marocain. Psychotropes. RTL. 1997 (249-63)
- [4] Toufiq J., Ktiouet J.E., Paes M: toxicomanie au Maroc en chiffre, les cahiers du médecin, Février 1999, Num 17, 43-45
- [5] Ministère de la Santé. Direction de l’épidémiologie et de la lutte contre les maladies dégénératives. Service de santé mentale et des maladies dégénératives. Stratégies nationales en santé mentale et toxicomanie, Février 2007
- [7] The Global Fund to fight against HIV /AIDS, Tuberculosis and Malaria (GFATM).Ministry of Health ofMorocco.HIV Integrated Behavioral and Biological Surveillance Surveys-Morocco 2011-2012. Injecting Drug Users in Tanger and Nador, Morocco
- [10] Burling T.A., Ziff D.C. “Tobacco smoking: a comparison between alcohol and drug abuse inpatients”.Addict Behav., 1988 ; 13 : 185-90

- [11] Williams J.M., Ziedonis D.“ Addressing tobacco among individuals with a mental illness or an addictions”. *Addict Behav.*, 2004 ; 29 1 067-83.8
- [12] American Psychiatrique Association, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, DSM IV, Masson 1994
- [13] American Psychiatrique Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5 Masson 2013
- [14] Dervaux A, Laqueille X, Bourdel MC et al. Cannabis et schizophrénie: données cliniques et sociodémographiques. *Encéphale* 2003 ; XXIX : 11-7.
- [15] Xu et al. DRD2, gène de susceptibilité à la dépendance à l’héroïne dans une population chinoise et de protection dans une population allemande *Arch Gen Psychiatry* 2004;61:597-606
- [16] Stimson G. Has the United Kingdom averted an epidemic of HIV-1 infection among drug injectors?. *Addiction*, 1996, 91, 8, 1085-1099
- [17] JC Desenclos - Le retour de la syphilis en France: un signal de plus pour renforcer la prévention *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2001
- [18] Connor EM, Sperling RS, Gelber Retal. Réduction of maternal- infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with Zidovudine treatment *N Engl J Med* 1994; 331: 1175- 80

- [19] Collège des enseignants de neurologie. Complications Neurologiques de l'infection par le VIH et l'herpès virus 2002.
- [20] Marzuk PM, Tierney H, Tardiff K, Gross EM, Morgan EB, Hsu MA, et al. Increased risk of suicide in persons with AIDS. JAMA. 1988; 259:1333-7.
- [21] Burnam.A et al. Use of mental health and substance Abuse treatment services among adults with HIV infection in the United States. Arch Gen Psychiatry 2001;58.729-36
- [22] Komiti A.Fiona J.Grech P. et al. Suicidal behaviour in people with HIV/AIDS, a review Australien and new Zealand journal of psychiatry 2001:35-747-57
- [23] Neuman MG, Monteiro M, Rehm J.Source. Drug interactions between psychoactive substances and antiretroviral therapy in individuals infected with human immunodeficiency and hepatitis viruses:Pan American Health Organization, Washington, DC, USA. m_neuman@rogers.com
- [24] Potenza MN, Fiellin DA, Heninger GR, Rounsaville BJ, Mazure CM. Gambling: An addictive behavior with health and primary care implications. J Gen Int Med 2002; 17:721-32.
- [25] Blanco C, Moreyra P, Nunes EV, Saiz-Ruiz J, Ibanez A. Pathological gambling: Addiction or obsession? Semin Clin Neuropsychiatry 2001; 6:167-76.

- [26] Sofuoglu M, Sewell RA. Norepinephrine and stimulant addiction. *Addict Biol* 2008, epub ahead of print.
- [28] Epidémiologie de l'hépatite C : état des lieux. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (Invs)*, 2003, 16-17.
- [29] Evaluation de la mortalité chez des patientes VIH+ par CHC en 2000 et 2005 dont le statut pour le VHB ou le VHC est connu. *EASL 2008 – Salmon – Paris*, Abstract 309 actualisé.
- [30] NY State Dep Health AIDS Inst HIV Clinical Guidelines: Smoking cessation in HIV Infected Patient, 2009.
- [31] Miguez -Burbano MJ, Burbano X, Ashkin D, Pitchenik A, Allan R, L Pineda, Rodriguez N, Shor-Posner G: Impact de l'usage du tabac sur le développement des infections respiratoires opportunistes chez les patients séropositifs pour le VIH sous traitement antirétroviral. *Addict Biol* 2003 8 (1) : 39-43.
- [32] Int J Tuberc Lung DIS: Tobacco use and its determinants in HIV infected patients on antiretroviral therapy in West African countries *Int J Tuberc Lung Dis* 13(11):1433–1439, 2009.
- [33] Lundgren JD, Battegay M, Behrens G, De Wit S, Guaraldi G, Katlama C, et al. European AIDS Clinical Society (EACS) guidelines on the prevention and management of metabolic diseases in HIV. *HIV Med.* 2008 Feb; 9(2):72-81).

- [34] Vidrine DJ. Cigarette smoking and HIV/AIDS: Health implications, smoker characteristics and cessation strategies. *AIDS Education & Prevention*. 2009; 21:3–13.
- [35] Gritz ER, Vidrine DJ, Cororve Fingeret M. Smoking cessation: A critical component of medical management in chronic disease populations. *American Journal of Preventive Medicine*. 2007;33(6) Suppl. 1:S14–S422.
- [36] Vidrine DJ, Arduino RC, Gritz ER. Impact of a cell phone intervention on mediating mechanisms of smoking cessation in individuals living with HIV/AIDS. *Nicotine Tob Res* 2006; 8:S103–S108.
- [37] A. Einstein. A trial to test efficacy of a tailored intensive smoking cessation intervention in persons with HIV"(US). Montefiore Medical Center. ClinicalTrials.gov. A service of the U.S. National institute of health 2010
- [38] Hesse LM, von Moltke LL, Shader RI, Greenblatt DJ. Ritonavir, efavirenz, and nelfinavir inhibit cyp2b6 activity in vitro: potential drug interactions with bupropion. *Drug Metab Dispos* 2001; 29:100–102.
- [40] Thompson A, Silverman B, Dzeng L, Treisman G. Psychotropic medications and HIV. *Clin Infect Dis* 2006; 42: 1305-1310.

Les références électroniques:

- [6] J.Toufiq, F.El Omari. M.Sabir. Usage de drogues en milieu scolaire marocain. RapportMedSPAD2009-2010
<https://wcd.coe.int/com.instranet.InstraServlet?command=com.instranet.CmdBlobGet&InstranetImage=1892062&SecMode=1&DocId=1768784&Usage=2>
- [8] Observatoire Français des drogues et des toxicomanies (OFDT)
<http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/produits/alcool.html>
- [9] National institute on drug abuse (NIDA)
<http://www.drugabuse.gov/>
- [27] ANRS CO3 AQUITAINE cohort
www.infectiologie.com/site/medias/.../cp5-Morlat.pdf
- [39] ANRS VESPA EN12
<http://www.anrs.fr/content/search?SearchText=VESPA+ANRS+EN12>

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 الرحمن 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 بالجهد الذي يستحقونه .
- ◀ وأن أمارس مهنتي بواجب من ضميري وشر في جعل صحة مريض هدي في 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 بطرق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد .
- ◀ بكل هذا أتعهد عن كامل اختياري ومقسما بشري في .

والله على ما أقول شهيد .

جامعة محمد الخامس - السويسي
كلية الطب والصيدلة بالرباط

أطروحة رقم: 249

سنة: 2013

**استخدام المؤثرات العقلية لدى المرضى
المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري
(مسم من 103 مطاب)**

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم :

من طرفه

الآنسة: وفاء زعيمي

المزودة في: 13 يونيو 1980 بوجدة

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية: فيروس نقص المناعة البشري - مؤثرات عقلية - معدل إنتشار -
ممارسة جنسية - حقن.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس

مشرفة

أعضاء

السيد: محمد العدناوي

أستاذ في الطب الباطني

السيدة: فاطمة العمري

أستاذة في الطب النفسي

السيد: جلال التوفيق

أستاذ في الطب النفسي

السيد: محمد زكرياء بشرة

أستاذ في الطب النفسي

السيدة: منى معمر

أستاذة في الطب الباطني