



UNIVERSITE CADDI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Année : 2007

Thèse N° 17

Approche épidémiologique de la toxicomanie en milieu universitaire à Marrakech

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE.....
PAR

M. Mohammed Essaid GOURANI

Né le 06-08-1977 à Safi

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS- CLES :

TOXICOMANIE – DEPRESSION – ETUDIANTS – EPIDEMIOLOGIE – PREVALENCE

JURY

Mr. A. ALAOUI YAZIDI

Professeur de Pneumologie

PRESIDENT

Mme. I. TAZI

Maître de conférence agrégé de Psychiatrie

RAPPORTEUR

Mr. N. BOURAS

Maître de conférence agrégé de Radiothérapie

Mme. L. ESSAADOUNI

Maître de conférence agrégé de Médecine interne

JUGES

Mme. K. KRATI

Professeur de Gastro-entérologie

Mr M. LATIFI

Maître de conférence agrégé de Traumatologie

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 strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948.

♥ *A MON ADORABLE MERE* ♥

Des mots ne pourront jamais exprimer la profondeur de mon amour et mon affection.

A toi maman, l'être le plus cher sur terre, à toi qui a sacrifié sa vie pour mon bonheur et mon bien être.

A tes encouragements et tes prières qui m'ont toujours soutenus et guidés.

En ce jour, j'espère réaliser l'un de tes rêves.

Veillez trouver, chère maman, dans ce travail le fruit de ton dévouement ainsi que l'expression de ma gratitude et mon profond amour.

❧ *A MON ADORABLE PERE* ❧

Je vous dédie ce travail comme modeste témoignage de mon profond amour et de mon respect illimité, et j'espère réaliser, aujourd'hui un de tes rêves et être digne de porter ton nom...

❧ *A MON ADORABLE FRERE* ❧

Que ce travail soit un témoignage de mon affection sincère.

Je prie Dieu, le tout puissant de t'accorder santé, bonheur et succès...

A MES GRANDS PERES ET MES GRANDES MERES

A MES ONCLES ET TANTES

A TOUS LES ETRES CHERS A MON CŒUR

JE DEDIE CE MODESTE TRAVAIL

❧ A MES AMI (ES) ❧

R.FARAH, N.RADA, K.JASSNI, H.FOUAD, E.ESSABIR,

R.ELMANAOUI, H.BOUDKOSS, A.ROCHDANI, O. HAJJAM, M.

HAJJAM, HOUSSAM, AHMED, AZIZ, YOUSSEF, ZAKARIA,

REDOUANE, Y.ELBERKAOUI, L.ESSABIRI, WADII

A.ESSOUIBA, I.HAIDA, S.ERRAJI, I.IDAHMED,

B.ELHAMIDI, T.BOZKRAOUI, S.ELGUZZAR, O.FARKANE, ZAKIA

HAKKOU, M.ESSOUSSI, S.ESSAIDI, M.BENCHAD, NASSIM, ABBAS,

ABDESSAMAD, FARID, KHALIFA, SANAE

*Pour tous les forts moments que nous avons passé ensemble, je vous
dédie ce modeste travail en vous souhaitant beaucoup de bonheur*

❧ A ❧

BAYANE, NAIMA et NIHAD

*Merci pour la qualité de votre service et la gentillesse que vous nous avez
accordé.*

REMERCIEMENTS

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. ALAOUI YAZIDI

Vous nous avez accordé un immense honneur et un grand privilège en acceptant la présidence de notre jury de thèse.

Nous vous prions, cher Maître, d'accepter dans ce travail le témoignage de notre haute considération, de notre profonde reconnaissance et de notre sincère respect.

A NOTRE MAÎTRE ET RAPPORTEUR DE THÈSE

MADAME LE PROFESSEUR I. TAZI.

Nous tenons à vous exprimer toute notre reconnaissance pour l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de diriger notre travail. Que votre compétence, votre sérieux, votre rigueur au travail, votre sens critique et vos nobles qualités humaines soient pour nous le meilleur exemple à suivre.

Veillez trouver ici, cher Maître, l'expression de nos vifs remerciements et de notre estime.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR NAJIB BOURAS

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE

MADAME LE PROFESSEUR L. ESSAADOUNI

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE

MADAME LE PROFESSEUR K. KARATI

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. LATIFI

Nous sommes très touchés et reconnaissants de la spontanéité et la gentillesse avec laquelle vous nous avez reçu et accepté de juger notre travail.

Veillez accepter, cher Maître, nos sincères remerciements.

UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

DOYENS HONORAIRES : Pr. MEHADJI Badie-azzaman

VICE DOYENS HONORAIRES : Pr. FADOUACH Sabah
: Pr. AIT BEN ALI Said

ADMINISTRATION

DOYEN : Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

VICE DOYEN : Pr. Najib BOURAS

PROFESSEURS D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

Pr. ALAOUI YAZIDI	Abdelhaq	Pneumo- Phtisiologie
Pr. ABBASSI	Hassan	Gynécologie-Obstétrique
Pr. ABOUSSAD	Abdelmounaim	Pédiatrie
Pr. AIT BEN ALI	Said	Neurochirurgie
Pr. BOUSKRAOUI	Mohamed	Pédiatrie
Pr. EL IDRISSI DAFALI	My Abdelhamid	Chirurgie Générale
Pr. ESSADKI	Boubker	Traumatologie
Pr. FIKRY	Tarik	Traumatologie
Pr. KRATI	Khadija	Gastro -entérologie
Pr. OUSEHAL	Ahmed	Radiologie
Pr. RAJI	Abdelaziz	Oto –Rhino- Laryngologie
Pr. SBIHI	Mohamed	Pédiatrie
Pr. SOUMMANI	Abderraouf	Gynécologie-Obstétrique

PROFESSEURS AGREGES

Pr. AMAL	Said	Dermatologie
Pr. ASRI	Fatima	Psychiatrie
Pr. ASMOUKI	Hamid	Gynécologie –Obstétrique
Pr. BELAABIDIA	Badia	Anatomie – Pathologique
Pr. BEN ELKHAIAT	Ridouan	Chirurgie générale
Pr. BOURAS	Najib	Radiothérapie
Pr. CHABAA	Laila	Biochimie
Pr. EL HASSANI	Selma	Rhumatologie
Pr. ESSAADOUNI	Lamiaa	Médecine Interne
Pr. FINECH	Benasser	Chirurgie Générale
Pr. GUENNOUN	Nezha	Gastro- Entérologie
Pr. KISSANI	Najib	Neurologie
Pr. LATIFI	Mohamed	Traumatologie- orthopédie
Pr. MOUDOUNI	Said mohammed	Urologie
Pr. MOUTAOUAKIL	Abdeljalil	Ophtalmologie
Pr. TAZI	Imane	Psychiatrie
Pr. SARF	IsamaiL	Urologie

PROFESSEURS ASSISTANTS

Pr. ABOULFALAH	Abderrahim	Gynécologie-Obstétrique
Pr. AKHDARI	Nadia	Dermatologie
Pr. AIT SAB	Imane	Pédiatrie
Pr. AMINE	Mohamed	Epidémiologie-clinique
Pr. BOUMZEBRA	Drissi	Chirurgie- Cardio –Vasculaire
Pr. BOURROUS	Monir	Pédiatrie
Pr. DAHAMI	Zakaria	Urologie
Pr. EL ADIB	Ahmed rhassane	Anesthésie- Réanimation
Pr. EL ATTAR	Hicham	Anatomie Pathologique
Pr. EL HATTAOUI	Mustapha	Cardiologie
Pr. EL HOUDZI	Jamila	Pédiatrie
Pr. EL FEZZAZI	Redouane	Chirurgie pédiatrique
Pr. ETTALBI	Saloua	Chirurgie réparatrice
Pr. GHANNANE	Houssine	Neurochirurgie
Pr. LOUZI	Abdelouahed	Chirurgie- Générale
Pr. LMEJJATI	Mohamed	Neurochirurgie
Pr. MAHMAL	Aziz	Pneumo Phtisiologie
Pr. MAHMAL	Lahoucine	Hématologie Clinique
Pr. MANOUDI	Fatiha	Psychiatrie
Pr. NAJEB	Youssef	Traumatologie –orthopédie
Pr. NEJMI	Hicham	Anesthésie- Réanimation
Pr. OULAD SAIAD	Mohamed	Chirurgie Pédiatrique
Pr. SAMKAOUI	Mohamed abdenasser	Anesthésie- Réanimation
Pr. TAHRI JOUTEI HASSANI	Ali	Radiothérapie
Pr. TASSI	Nora	Maladies infectieuses
Pr. SAIDI	Halim	Traumatologie- orthopédie
Pr. YOUNOUS	Said	Anesthésie- Réanimation
Pr. ZOUGARI	Laila	Parasitologie-Mycologie

PLAN

INTRODUCTION	1
MATERIELS ET METHODES	5
I- Matériels d'étude	6
1- type d'étude.....	6
2- L'échantillon.....	6
3 -Le questionnaire.....	7
4-Le déroulement de l'enquête.....	7
II- Méthode statistique	7
RESULTATS	8
I - Caractéristiques de l'échantillon global	9
II- Etude de la consommation toxique	15
1- la consommation tabagique	15
1-1- la prévalence de la consommation de tabac.....	15
1-2-l'âge de début.....	15
1-3-la durée d'exposition tabagique.....	16
1-4-la consommation quotidienne.....	17
1-5-les initiateurs.....	17
2- la consommation cannabique	18
2-1- la prévalence de consommation du cannabis.....	18
2-2-l'âge de début.....	18
2-3-le mode de consommation.....	19
2-4-les initiateurs.....	20
3- la consommation alcoolique	20
3-1- la prévalence de la consommation d'alcool.....	20
3-2-l'âge de début.....	21
3-3-le mode de consommation.....	22
3-4-les initiateurs.....	22
III- Etude de la dépendance chez les consommateurs de toxiques	23
1- la dépendance au tabac.....	23
2- la dépendance au cannabis.....	24
3- la dépendance à l'alcool.....	24
IV- Analyse univariée chez les consommateurs de toxiques	25

1- le sexe	25
2- l'âge.....	26
3- le mode de vie.....	27
4- l'origine.....	29
5- le niveau socio-économique.....	30
6- l'enseignement.....	31
7- évaluation de la dépression chez les consommateurs de toxiques	36
8- Profil des consommateurs de toxiques	39
DISCUSSION.....	40
I- Etude de la consommation toxique.....	41
II- Evaluation de la dépendance chez les consommateurs de toxiques.....	45
III-Evaluation de la dépression chez les consommateurs de toxiques.....	46
IV-Les caractéristiques des consommateurs de toxiques.....	46
CONCLUSION.....	50
RESUMES.....	53
ANNEXES.....	59
1- Généralités sur la toxicomanie	60
A- Aperçu historique	60
B- Classifications des substances toxiques	63
C- Retentissement socio-économique de la toxicomanie	66
D- Etiopathogénie de la toxicomanie	69
2- Questionnaire de l'étude	73
3- L'échelle du BECK pour l'évaluation de dépression.....	75
BIBLIOGRAPHIE.....	76

INTRODUCTION

Depuis l'aube des temps, l'Homme cherche à accroître son plaisir et apaiser ses souffrances. Les substances psycho-actives étaient utilisées dans ce sens. Le Maroc, lui aussi, a connu ce genre de consommation, mais qui restait souvent dans un cadre limité.

Au cours des dernières années, la consommation de toxiques a évolué dans notre pays, prenant de l'ampleur à la fois médicale et sociale. Les jeunes sont de plus en plus touchés et les problèmes soulevés sont de plus en plus compliqués.

Pour délimiter le concept de la toxicomanie ; L'OMS dans un premier temps a proposé deux définitions : l'une de la toxicomanie, en référence à toutes les substances soumises à contrôle et restriction dans les conventions internationales, l'autre, de l'accoutumance, en référence à des substances dont l'usage abusif présente un danger supposé moindre et qui ne tombent pas sous l'application de ces règlements.[58]

La toxicomanie a été définie comme « un état d'intoxication chronique ou périodique engendré par la consommation répétée d'une drogue naturelle ou synthétique ». Ses caractéristiques sont :

- 1- un invincible désir du besoin de continuer à consommer de la drogue et de se la procurer par tous les moyens.
- 2- Une tendance à augmenter les doses
- 3- Une dépendance d'ordre psychique et généralement physique à l'égard des effets de la drogue.
- 4- Des effets nuisibles à l'individu et à la société.

L'accoutumance a été défini comme « un état résultant de la consommation répétée d'une drogue » et qui se caractérise par :

- 1- un désir (mais non une obligation) de continuer à prendre de la drogue à cause de la sensation de bien-être qu'elle engendre.
- 2- Peu ou pas de tendance à augmenter les doses.

- 3- Une certaine dépendance psychique à l'égard des effets de la drogue, mais l'absence de dépendance physique.

4- Les effets nuisibles qui, s'ils existent, concernant avant tout l'individu.

Dans un deuxième temps, se rendant compte de l'insuffisance et de l'inadéquation à certains cas des définitions proposées et se basant sur le fait que le critère commun aux deux états (toxicomanie et accoutumance) est la dépendance, un comité d'experts de l'OMS a retenu un terme de portée générale qui souligne l'élément commun aux abus de substances toxiques de toutes sortes : PHARMACODEPENDANCE. Celle-ci se définit comme étant « une sujétion à la prise d'une drogue dont la suppression entraîne un malaise psychique et/ou des troubles physiques, et comme un désir d'absorber périodiquement ou continuellement une substance pour en retirer du plaisir ou dissiper une sensation de malaise ». [19, 52,53].

Enfin La notion de pharmacodépendance permet de distinguer entre :

- Abus de substance ou usage nocif, mais sans dépendance.
- Et consommation avec dépendance, qui est un mode d'usage inadapté qui centre la vie du sujet, et le pousse à persister dans la consommation malgré les conséquences qu'il subit du toxique.

La toxicomanie, phénomène universel, commence à prendre de l'importance dans notre pays .Ainsi venait l'étude nationale sur les troubles mentaux et la toxicomanie mettre en évidence l'ampleur de ce fléau au Maroc. Selon cette étude, la prévalence de la consommation de toxique était de l'ordre de 4 ,1% , avec un taux d'abus de 3% et un taux de dépendance de l'ordre de 2,8% .La prévalence de l'abus d'alcool était de 2% avec un taux de dépendance de 1,4% ;alors que la consommation cannabique était de l'ordre de 3,93% .[43]

Notre travail vient donc, contribuer à l'étude de ce phénomène chez les jeunes universitaires de Marrakech, en essayant d'approcher l'aspect épidémiologique et apprécier le retentissement de cette consommation.

Les objectifs de notre travail sont :

- 1- Estimer la prévalence de la consommation de toxiques (tabac, cannabis et alcool) chez les étudiants de l'université CADI AYYAD de Marrakech.
- 2- Décrire les caractéristiques de cette consommation.
- 3- Décrire le profil socio-démographique des consommateurs.
- 4- Evaluer la dépression chez les consommateurs de toxiques.

MATERIELS ET METHODE

Matériels de l'étude

1-Type d'étude

Nous avons mené une étude transversale à visée descriptive afin d'estimer la prévalence de la consommation toxique (tabac, cannabis et alcool), les caractéristiques de cette consommation, l'évaluation de la dépression et le profil des étudiants consommateurs en milieu universitaire à Marrakech.

2- L'échantillon

Notre enquête a concerné un échantillon de 418 étudiants de l'université Cadi Ayyad à Marrakech, des deux sexes et répartie sur les quatre facultés :

- Faculté de droit
- Faculté des lettres
- Faculté des sciences
- Faculté de médecine.

Pour calculer la taille de l'échantillon, il fallait tenir compte de la prévalence de la consommation toxique dans la littérature (15%) et de la précision souhaitée (5%).La taille est obtenue par la formule suivante[40] :

$$N = P (1 - P) (Z_{\alpha} / D)^2$$

N : taille de l'échantillon.

P : prévalence de la consommation toxique selon la littérature.

Z_α : degré de confiance.

D : écart d'imprécision.

Ainsi la taille de l'échantillon minimale était estimée à 196 participants.

Afin de maximiser la puissance statistique de l'étude, nous avons mené notre enquête auprès de 490 étudiants, soit deux fois et demie la taille minimale de l'échantillon .Nous n'avons pu exploiter que 418 réponses.

3-Le questionnaire : (voire annexe)

Un questionnaire élaboré par le service de psychiatrie (CHU Med VI) a été distribué aux étudiants. C'est un questionnaire anonyme réparti en trois parties

- 1^{ère} partie : les caractéristiques sociodémographiques des étudiants.
- 2^{ème} partie : les caractéristiques de la consommation toxique (tabac, cannabis et alcool)

et l'évaluation de la dépendance à travers 7 items dont la réponse par oui sur 3 items ou plus, veut dire présence d'une dépendance au toxique en question (selon les critères du MINI DSM IV) [33].

- 3^{ème} partie : l'évaluation de la dépression à travers l'échelle du BECK qui comporte 13 items ; chaque item est coté de 0 à 3. Pour un score entre :

- 0 et 4 : pas de dépression.
- 5 et 7 : dépression légère.
- 8 et 15 : dépression modérée.
- 16 et plus : dépression sévère.

4-Le déroulement de l'enquête

L'enquête a eu lieu au mois de Février 2005, dans une période loin des examens et des préparations et a duré deux semaines. Après explication de l'objectif de l'enquête et les modalités de remplissage du questionnaire, on a procédé à la distribution de façon aléatoire des questionnaires au niveau des salles de cours, des bibliothèques et des buvettes, Les réponses ont été recueillies le même jour.

Méthode statistique :

La saisie et l'exploitation des données de notre enquête ont été réalisées grâce au logiciel de statistique (EPI INFO dans sa 6^{ème} version). Pour vérifier la signification statistique, on a utilisé le test Chi deux X² de Pearson. Le seuil de signification a été fixé à 5%.

RESULTATS

I- Caractéristiques de l'échantillon global

1- Le sexe

66% des étudiants de notre échantillon étaient de sexe masculin.

Tableau n° 1 : Répartition des étudiants selon le sexe

Le sexe	Nombre	%
Masculin	276	66
Féminin	142	34
Total	418	100

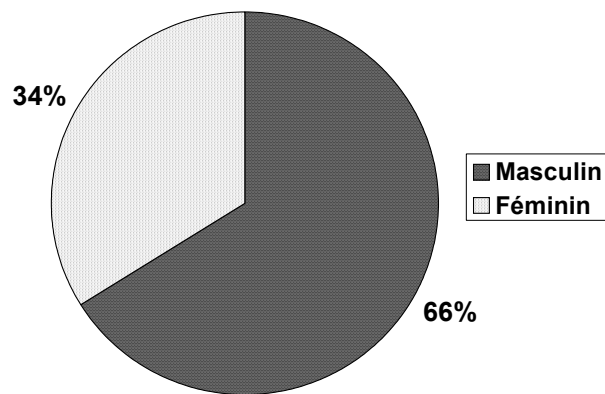


Figure n°1 : répartition des étudiants selon le sexe.

2- L'âge

La tranche d'âge 20-24 ans était la plus représentée au niveau de notre échantillon ; elle constitue 57,2% , 22,5% avaient plus de 24 ans et 20,3% avaient entre 18 et 20 ans. L'âge moyen était 21,7 ans, avec un écart type de 2,46 (extrêmes : 18 et 35 ans).

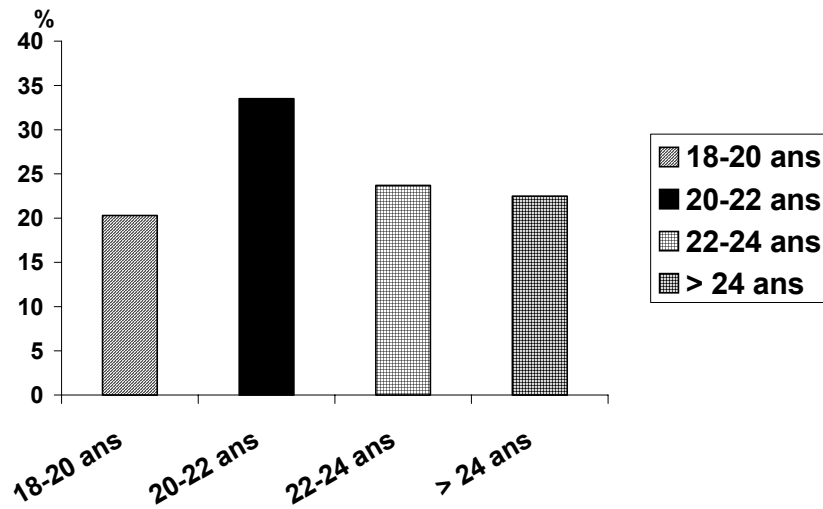


Figure n°2 : répartition de étudiants selon l'âge.

3- Le mode de vie

75,6% des étudiants vivaient loin de leurs foyers.

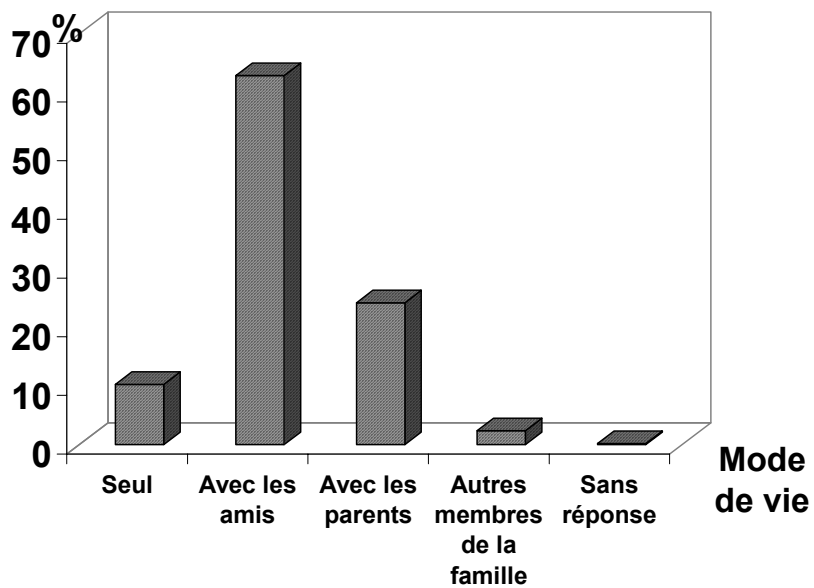


Figure n°3 : répartition des étudiants selon le mode de vie

4- L'origine

L'origine urbaine était la plus représentée avec 70,1% .

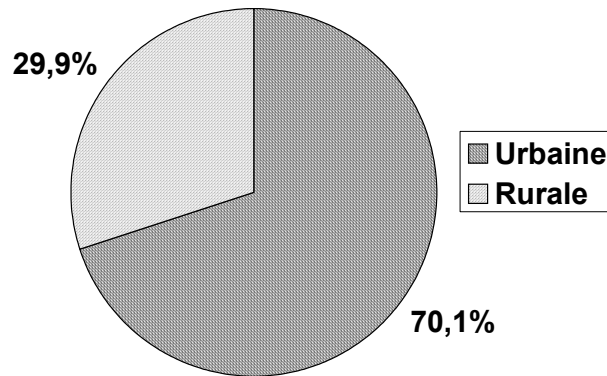


Figure n° 4 : répartition des étudiants selon l'origine

5- Le niveau socio-économique de la famille

Presque la moitié des étudiants était issue de familles dont le revenu mensuel était moins de 3 000dhs par mois.

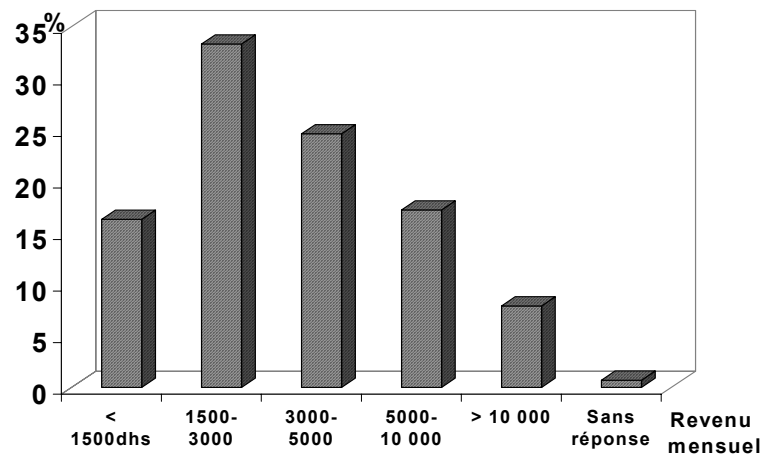


Figure n°5 : répartition des étudiants selon le niveau socio-économique

6- L'enseignement :

6-1- La faculté

Les étudiants de droit représentaient 28,7% de l'échantillon, suivis des étudiants des sciences avec 27% puis ceux des lettres avec 24% et enfin les étudiants de médecine avec 20,3%.

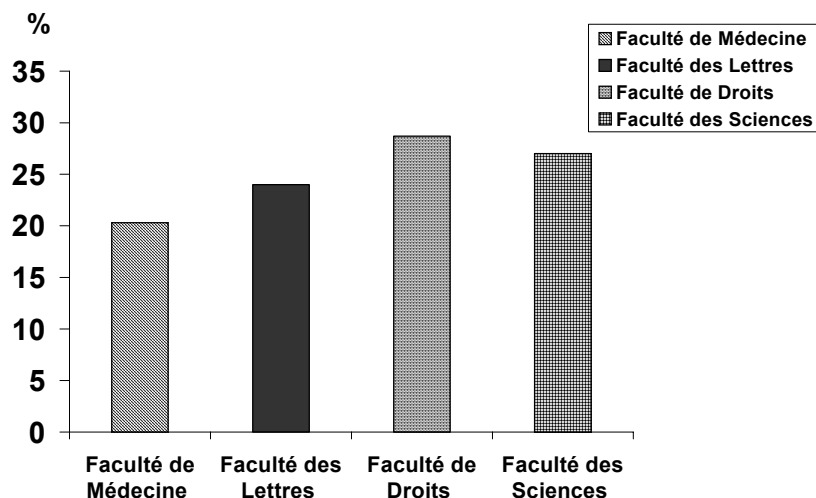


Figure n° 6 : répartition des étudiants selon les facultés

6-2- Le niveau d'études

Les étudiants de la 1^{ère} année représentaient 29,2% de l'échantillon, suivis des étudiants de la 2^{ème} année avec 23,9% puis ceux de la 3^{ème} année avec 20,3% et les étudiants de la 4^{ème} année avec 17,7%, quant aux étudiants du 3^{ème} cycle, ils ne représentaient que 8,9% de l'échantillon.

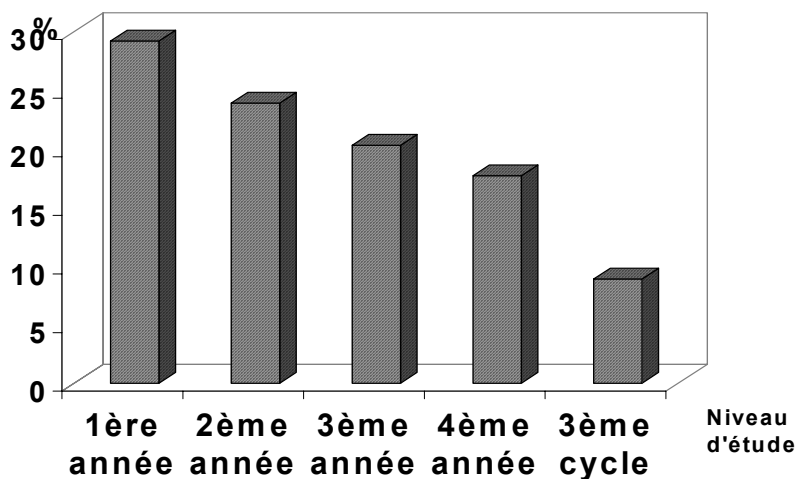


Figure n° 7 : répartition des étudiants selon le niveau d'études

6-3- Les années redoublées à la faculté

59,4% des étudiants n'ont jamais doublé à la faculté, 35,4 ont doublé 1 à 2 fois, alors que ceux qui ont doublé 3 fois ou plus, ne représentaient que 5% .

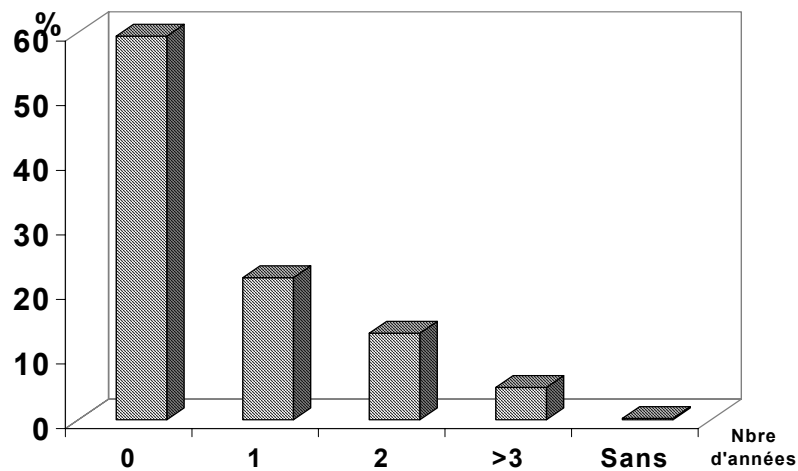


Figure n°8 : répartition des étudiants selon le nombre des années redoublés à la faculté.

7- Evaluation de la dépression chez l'ensemble des étudiants

La prévalence de la dépression était très importante auprès de notre échantillon, ainsi, 27,5% des étudiants présentaient une dépression légère, 14,5% avaient une dépression modérée et 4,8% avaient une dépression sévère

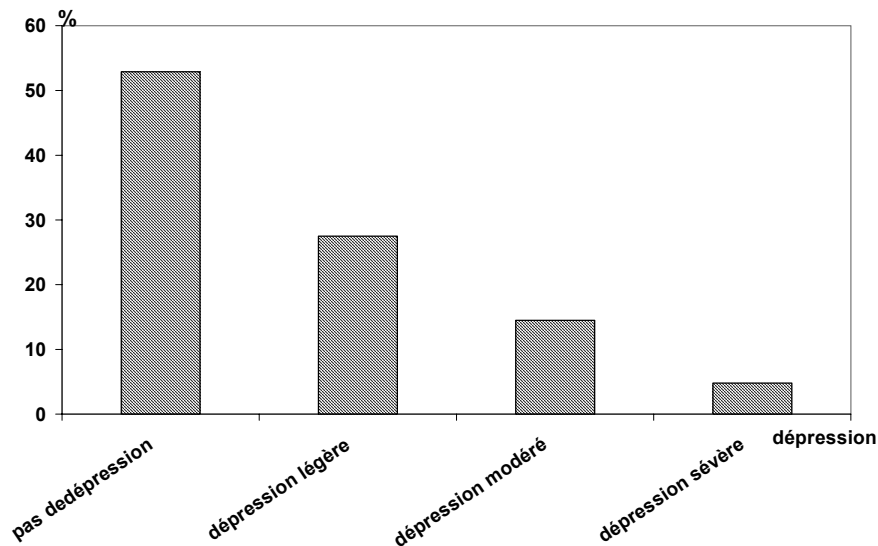


Figure n°9: Prévalence de la dépression chez l'ensemble des étudiants

Tableau n°II Les caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon globale

Caractéristiques	Participants à l'étude (n= 418)	
	N	%
Sexe :		
Masculin	276	66
Féminin	142	34
Age :		
18 - 20 ans	85	20,3
20-22 ans	140	33,5
22- 24 ans	99	23,7
>24 ans	94	22,5
Mode de vie :		
Seul	43	10,3
Avec les amis	263	62,9
Avec les parents	101	24,2
Autres membres de la famille	10	2,4
Origine :		
Urbaine	293	70,1
Rurale	125	29,9
Revenu mensuel de la famille :		
< 1500 DHS	68	16,3
1500-3000 DHS	139	33,3
3000-5000 DHS	103	24,6
5000-10 000 DHS	72	17,2
> 10 000 DHS	33	7,9
Faculté :		
Médecine	85	20,3
Lettres	100	24
Droits	120	28,7
Sciences	113	27
Niveau d'étude :		
1 ^{ère} année	122	29,2
2 ^{ème} année	100	23,9
3 ^{ème} année	85	20,3
4 ^{ème} année	74	17,7
3 ^{ème} cycle	37	8,9
Années redoublées à la faculté :		
0	248	59,4
1	92	22
2	56	13,4
>3	21	5

II- Etude de la consommation toxique

1- La consommation tabagique:

1-1- Prévalence de la consommation de tabac

La prévalence globale du tabagisme en milieu universitaire à Marrakech (année 2004-2005) était de 24,6%.

Tableau n°III : répartition des étudiants selon la consommation de tabac.

Etudiants	Nombre	%
Consommateurs de Tabac	103	24,6%
Non consommateurs de Tabac	315	75,4%
Total	418	100%

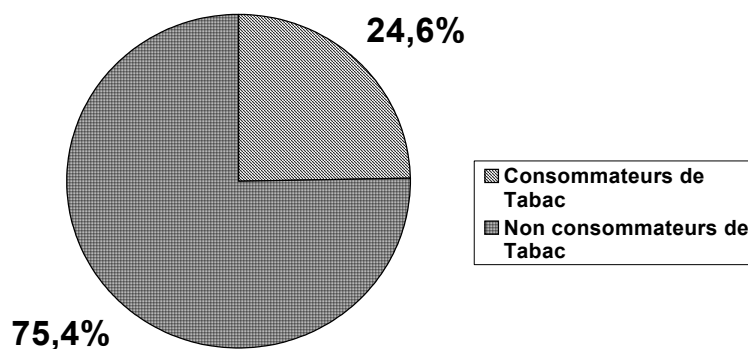


Figure n°10 : répartition des étudiants selon la consommation de tabac

1-2- l'âge de début

63,1% des étudiants consommateurs de Tabac ont fumé pour la première fois entre 15 et 18 ans, soit en phase d'adolescence, 18,4% avant l'âge de 15 ans, 15,5% entre 18 et 21 ans, alors que la rencontre avec le tabac après l'âge de 21ans ne dépassait pas les 3%.

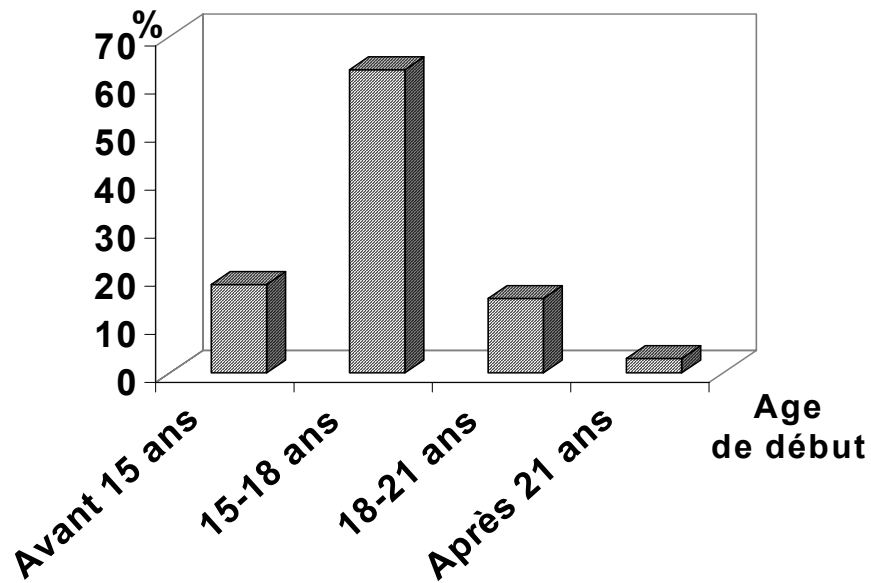


Figure n°11 : répartition des consommateurs de tabac selon l'âge de début

1-3- La durée d'exposition tabagique

39,8% des étudiants usagers de tabac fumaient depuis plus de 4 ans.

Pour le reste ,18,4% des fumeurs le sont depuis 1 à 2 ans, 14,6% parmi eux depuis 3 à 4 ans ou moins de 1 an alors que 12,6% d'entre eux fumaient depuis 2 à 3 ans.

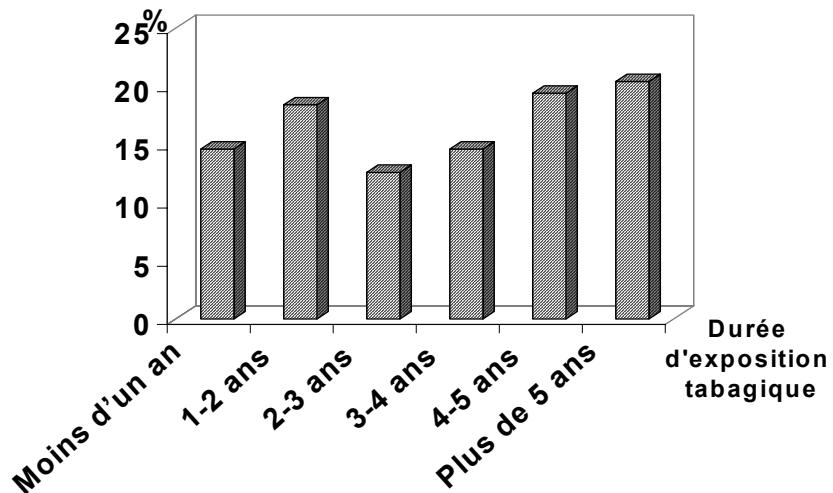


Figure n°12 : répartition des consommateurs de tabac selon la durée d'exposition tabagique

1-4- La consommation quotidienne

35,9% des fumeurs consommaient entre 10 à 15 cigarettes par jour ;

Pour le reste, environ le $\frac{1}{4}$ des fumeurs consommaient entre 5 à 10 cigarettes par jour ou 15 à 20 cigarettes par jour, alors que 7,8% d'entre eux consommaient moins de 5 cigarettes par jour et 2,9% parmi eux consommaient plus que 20 cigarettes par jour.

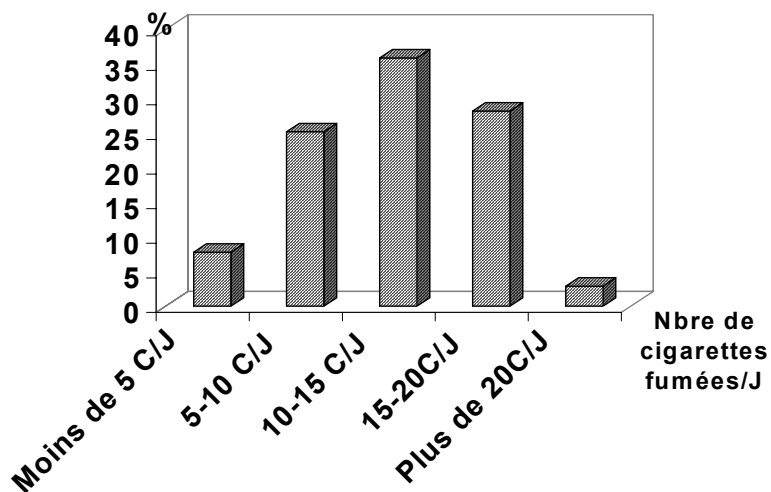


Figure n°13 : répartition des consommateurs de tabac selon le nombre de cigarettes fumées par jour.

1-5 Les initiateurs

72,8% des fumeurs ont été initiés à l'usage de tabac par un ami dont environ les $\frac{3}{4}$ des cas il s'agissait d'un ami d'études, alors que 27,2% des fumeurs déclaraient l'avoir pris de leur propre initiative.

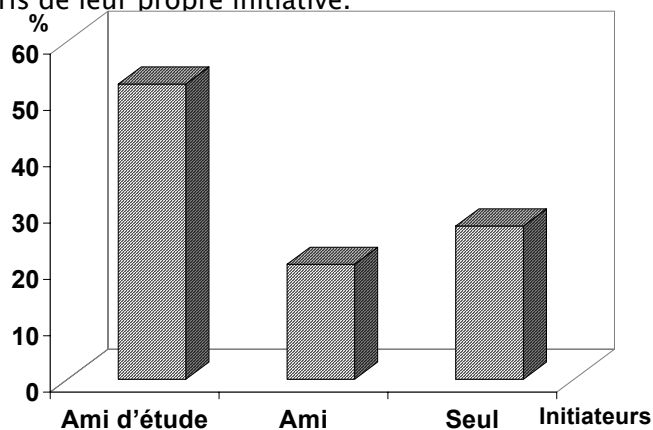


Figure n°14 : répartition des consommateurs de tabac selon les initiateurs

2- La consommation cannabique

2-1 Prévalence de la consommation du cannabis :

La prévalence globale de la consommation cannabique est de 9,8%.

Tableau n°IV : répartition des étudiants selon la consommation du cannabis.

Etudiants	Nombre	%
Consommateur du Haschich	41	9,8
Non consommateur du Haschich	377	90,2
Total	418	100

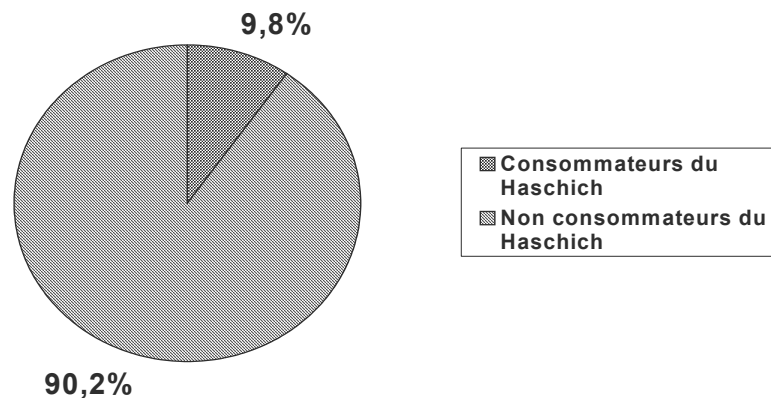


Figure n°15 : répartition des étudiants selon la consommation de cannabis.

2-2- L'âge de début

63,4% des étudiants usagers de Haschich l'ont consommé pour la première fois entre 15 et 18 ans, soit en phase d'adolescence, 29,3% parmi eux entre 18 et 21 ans, 4,9% avant l'âge de 15 ans, alors que la rencontre avec le Haschich après l'âge de 21 ans n'était que de 2,4%.

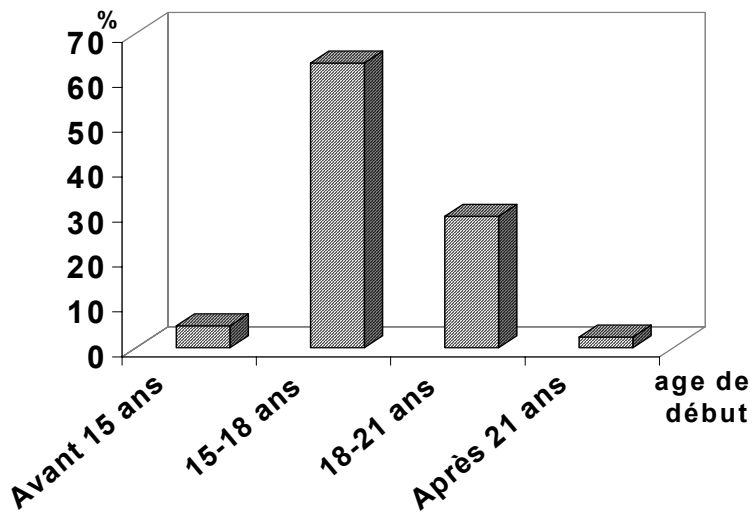


Figure n°16 : répartition des consommateurs de cannabis selon l'âge de début.

2-3- Mode de consommation

La consommation du Haschich se faisait pour 51,2% des étudiants usagers de Haschich, selon un mode régulier (34,1% hebdomadaire et 17,1% quotidienne). Alors que la consommation occasionnelle était de 48,8%.

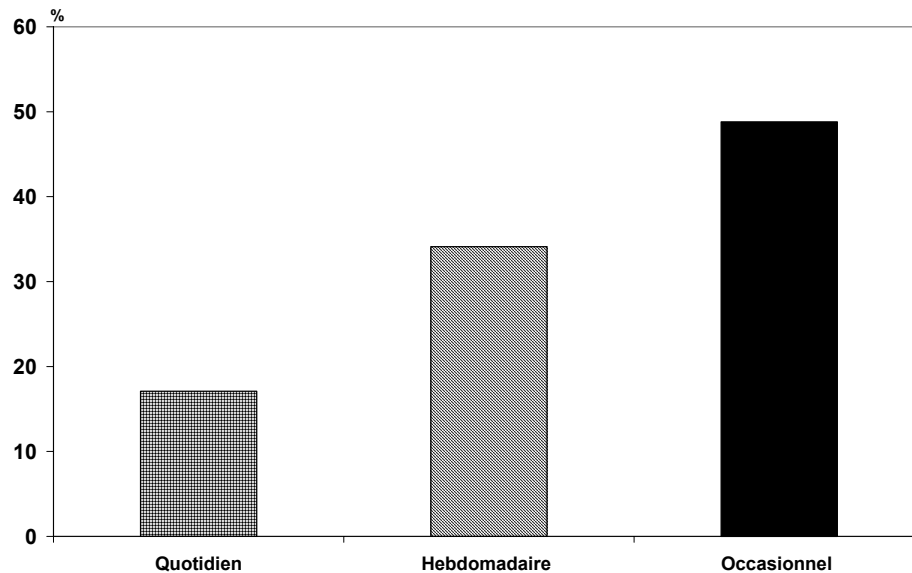


Figure n° 17 : répartition des consommateurs de cannabis selon le mode de consommation.

2-4- Les initiateurs

70,7% des étudiants usagers du Haschich ont été initié par un ami (43,9% amis d'étude, 26,8% ami), alors que 29,3% d'entre eux déclaraient l'avoir pris de leur propre initiative.

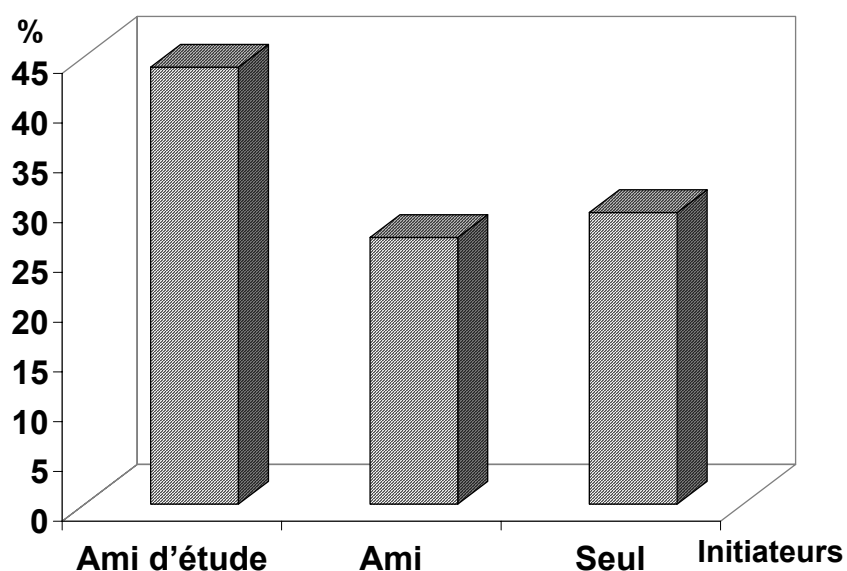


Figure n°18 : répartition des consommateurs de cannabis selon les initiateurs.

3- Consommation alcoolique

3-1- Prévalence de la consommation d'alcool :

La prévalence globale de la consommation alcoolique est de 17,5%.

Tableau n° V : répartition des étudiants selon la consommation d'alcool.

Etudiant	Nombre	%
Consommateurs d'alcool	73	17,5
Non consommateurs d'alcool	345	82,5
Total	418	100

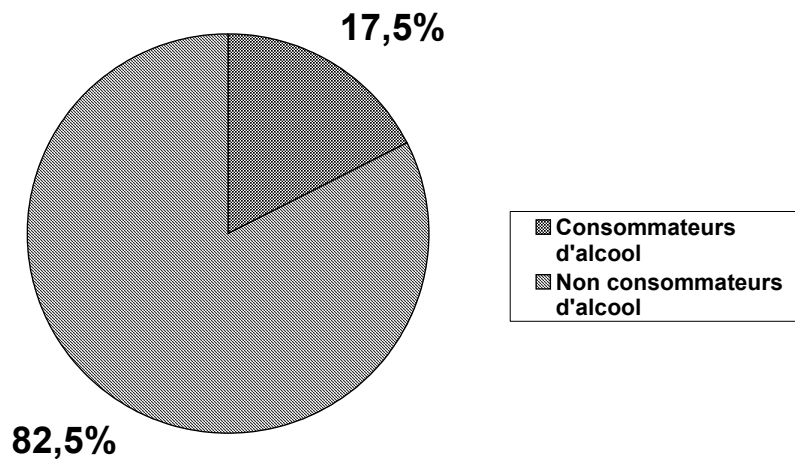


Figure n°19 : répartition des étudiants selon la consommation d'alcool.

3-2- L'âge de début

58,9% des étudiants usagers d'alcool l'ont consommé pour la première fois entre 15 et 18 ans, soit en phase d'adolescence, 35,6% parmi eux entre 18 et 21 ans, 4,1% avant l'âge de 15 ans, alors que la rencontre avec l'alcool après l'âge de 21 ans n'était que de

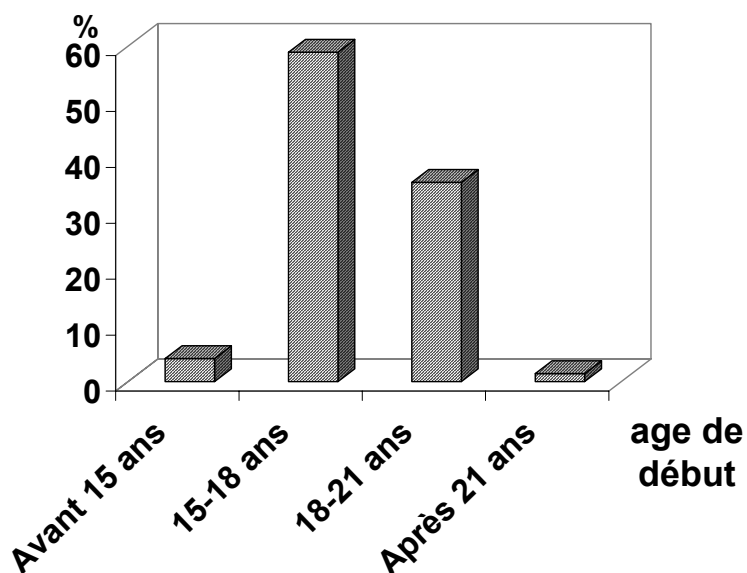


Figure n° 20 : répartition des consommateurs d'alcool selon l'âge

3-3- Le mode de consommation

La consommation d'alcool se faisait pour 89% des étudiants consommateurs, selon un mode occasionnel. Alors que seulement 9,6% le faisaient de façon hebdomadaire.

Quant à la consommation quotidienne, on n'a trouvé aucun cas.

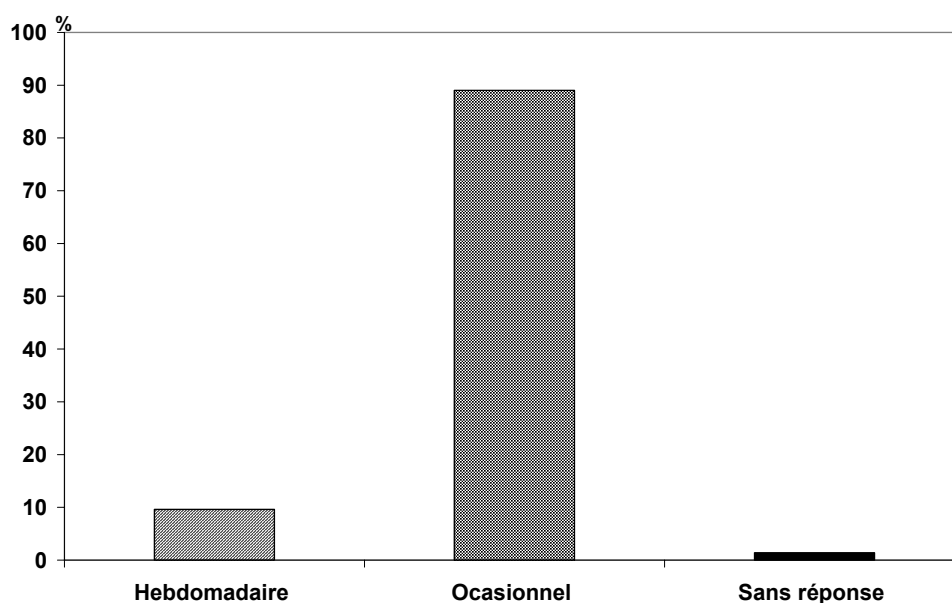


Figure n° 21 : répartition des consommateurs d'alcool selon le mode de consommation.

3-4- Les initiateurs

79,5% des étudiants consommateurs d'alcool ont été initié par un ami (57,5% ami d'étude, 22 % ami), alors que 20,5% parmi eux déclaraient l'avoir pris de leur propre initiative.

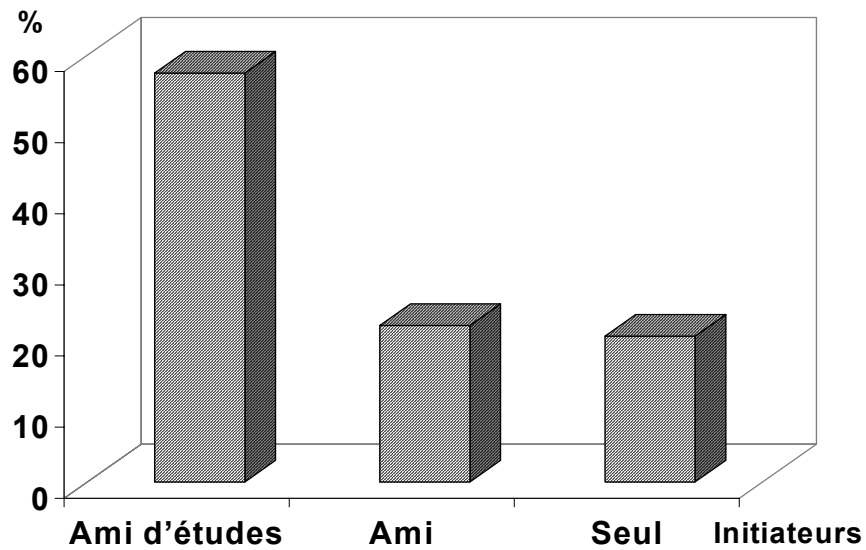


Figure n° 22 : répartition des consommateurs d'alcool selon les initiateurs.

III- Etude de la dépendance chez les consommateurs de toxique

1- La dépendance au tabac

86,4% des étudiants consommateurs de tabac présentaient une dépendance.

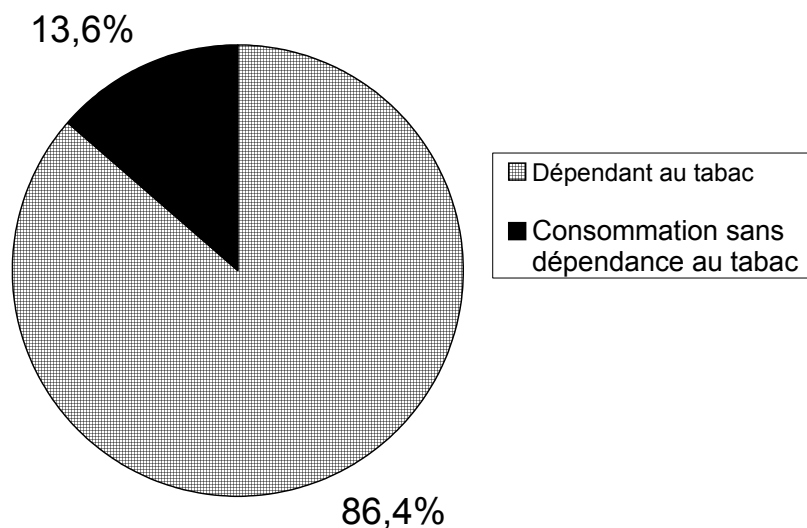


Figure n°23 : répartition selon la dépendance au tabac

2- La dépendance au cannabis

75,6% des étudiants consommateurs de cannabis présentaient une dépendance.

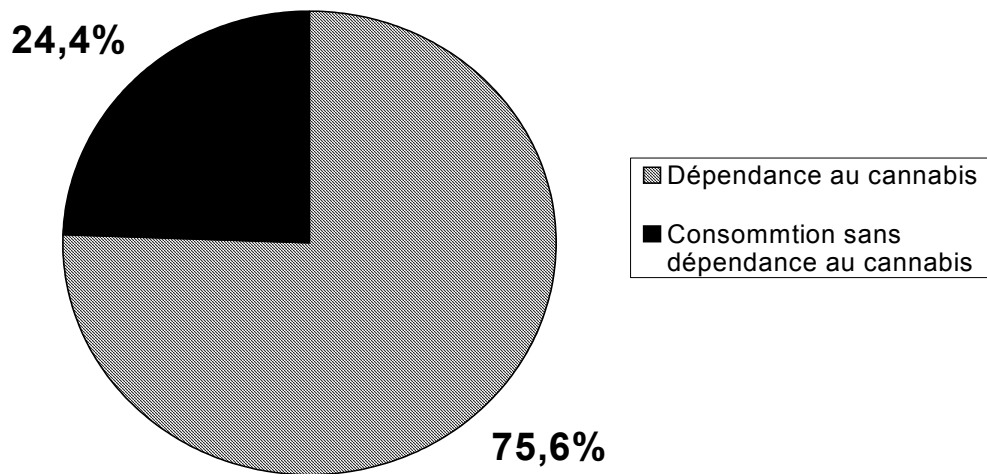


Figure n°24 : répartition selon la dépendance au cannabis.

3- La dépendance à l'alcool

16,4% des étudiants consommateurs d'alcool présentaient une dépendance.

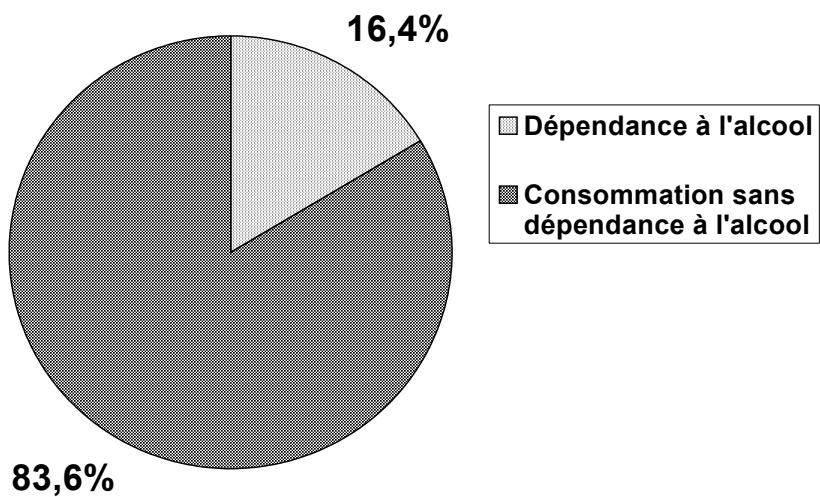


Figure n° 25 : répartition selon la dépendance à l'alcool.

IV- Analyse univariée chez les consommateurs de toxiques

1- Le sexe

La prévalence du tabagisme chez les étudiants de sexe masculin était de 32,2% contre 9,9 % chez le sexe féminin, quant au haschich, 14,5% des hommes en étaient consommateurs contre 0,7% des femmes, alors que la consommation d'alcool était de 22,8% chez les premiers contre 7% chez les secondes.

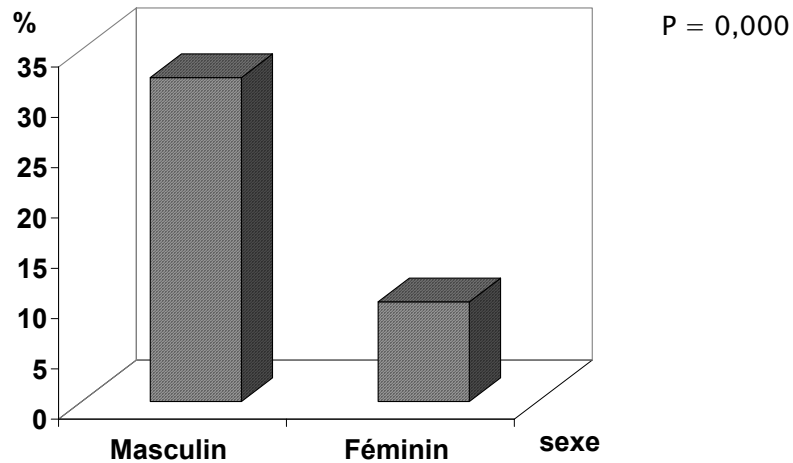


Figure n°26 : répartition des consommateurs de tabac selon le sexe

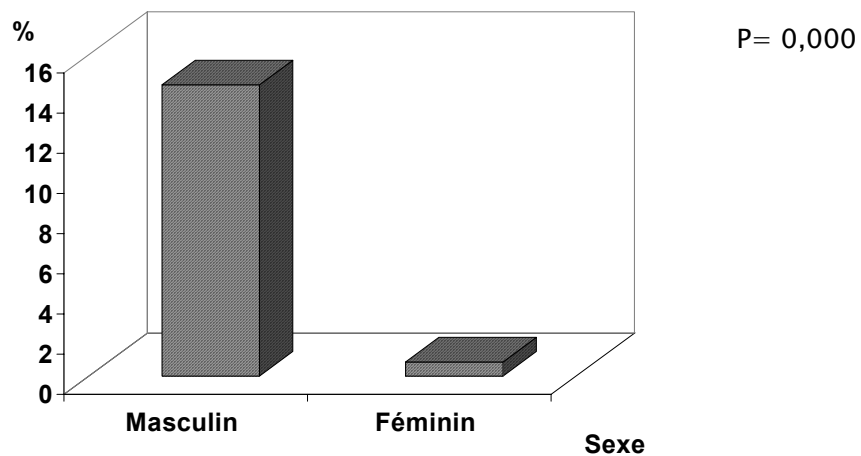


Figure n°27 : répartition des consommateurs de cannabis selon le sexe

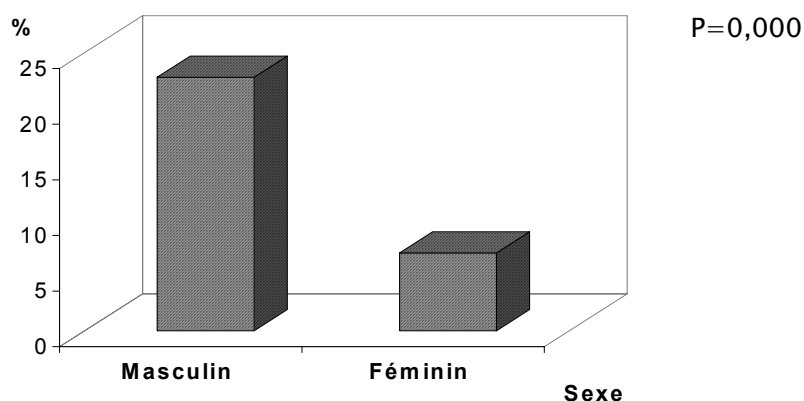


Figure n° 28 : répartition des consommateurs d'alcool selon le sexe.

2 - L'âge

La prévalence de la consommation de tabac, de haschich et d'alcool chez les étudiants de 18 à 20 ans était respectivement 11,7%, 2,3% et 8,2% , alors chez les étudiants âgés de plus de 24 ans, elle passait à 43,6% , 22,3% et 30,9%.

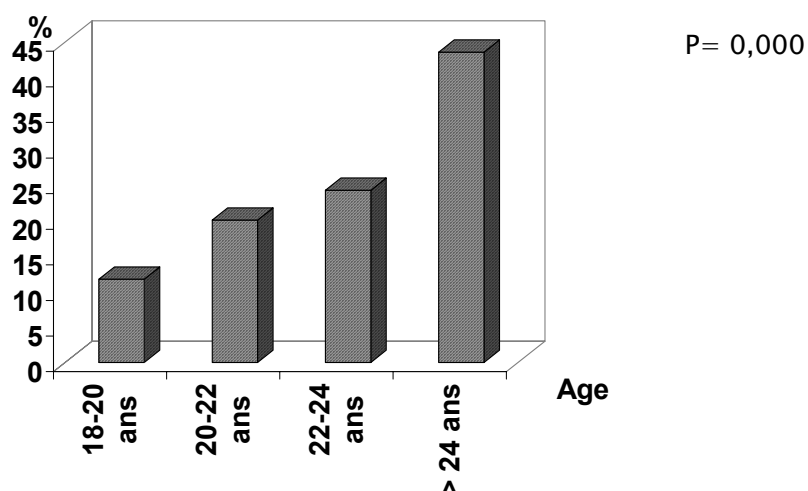


Figure n° 29 : répartition des consommateurs de tabac selon l'âge.

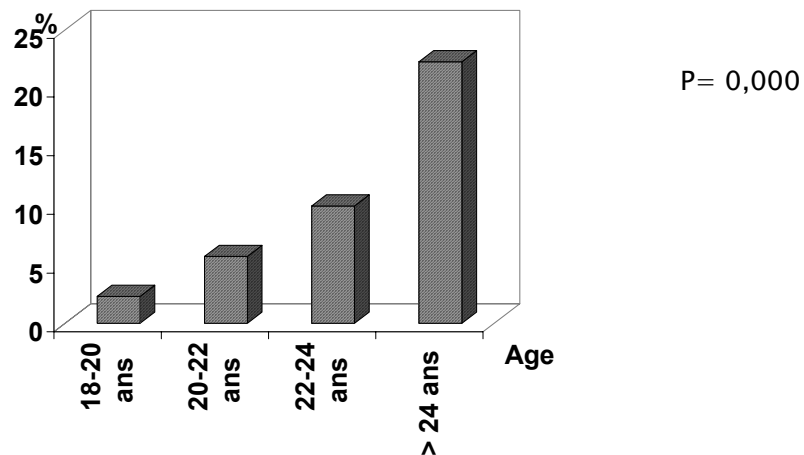


Figure n° 30 : répartition des consommateurs de cannabis selon l'âge.

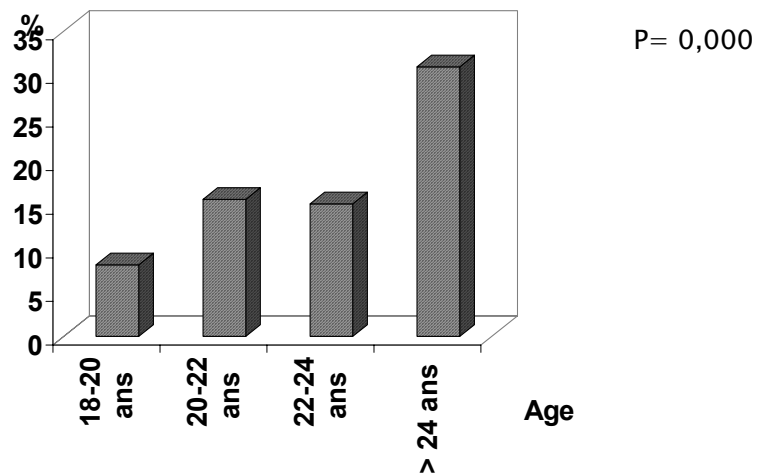


Figure n° 31 : répartition des consommateurs d'alcool selon l'âge

3- Le mode de vie

La prévalence du tabagisme chez les étudiants résidants seuls ou avec des amis était de 27% contre 17,8% chez les étudiants résidants avec leurs parents.

Quant à la consommation du haschich et d'alcool, elle était respectivement de 12 % et 20,5% chez les premiers contre 3% et 8,9% seulement chez les seconds.

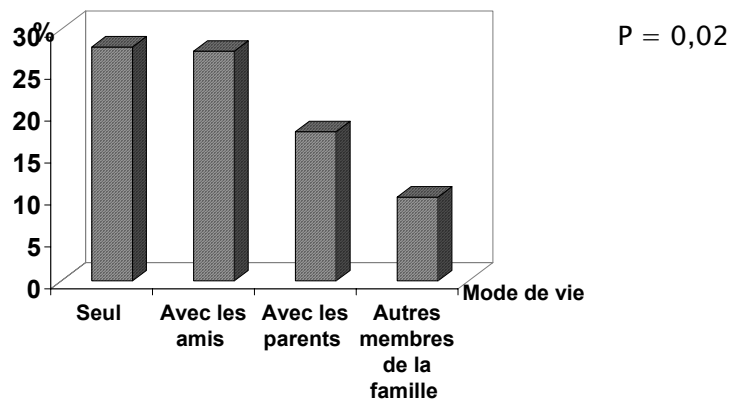


Figure n° 32 : répartition des consommateurs de tabac selon le mode de vie.

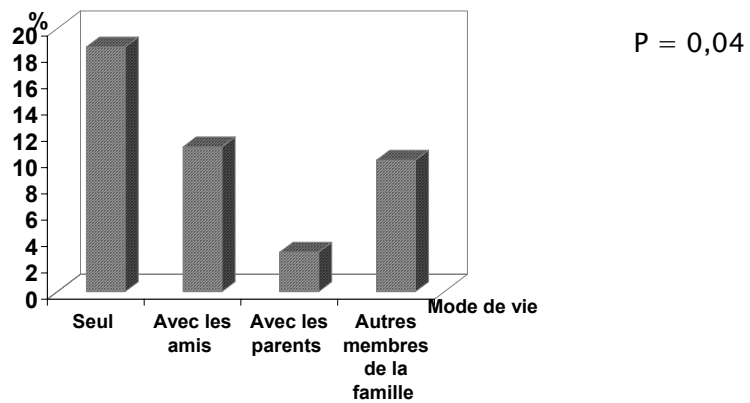


Figure n° 33 : répartition des consommateurs de cannabis selon le mode de vie.

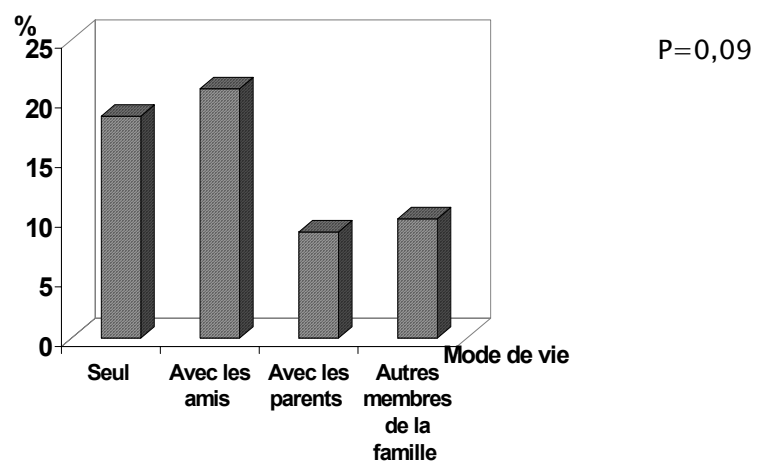


Figure n° 34 : répartition des consommateurs d'alcool selon le mode de vie.

4- L'origine

25,3% des étudiants d'origine urbaine étaient tabagiques et 23,2% des étudiants d'origine rurale. Pour le cannabis, 8,9% des étudiants d'origine urbaine et 12% de ceux d'origine rurale en étaient consommateurs. Quant à la consommation d'alcool, elle était de 17,7% chez les premiers et 16,8% chez les seconds.

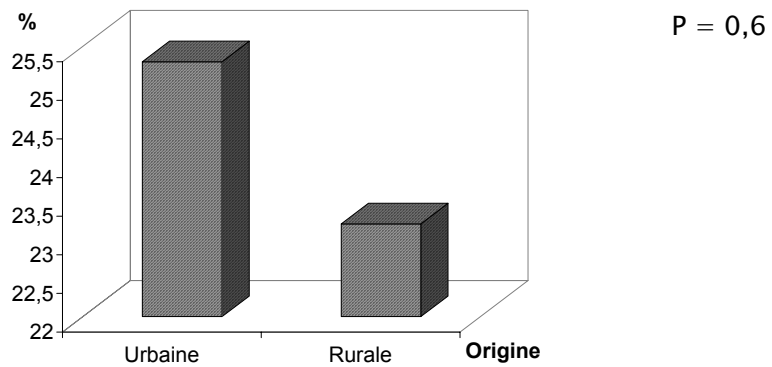


Figure n° 35 : répartition des consommateurs de tabac selon l'origine.

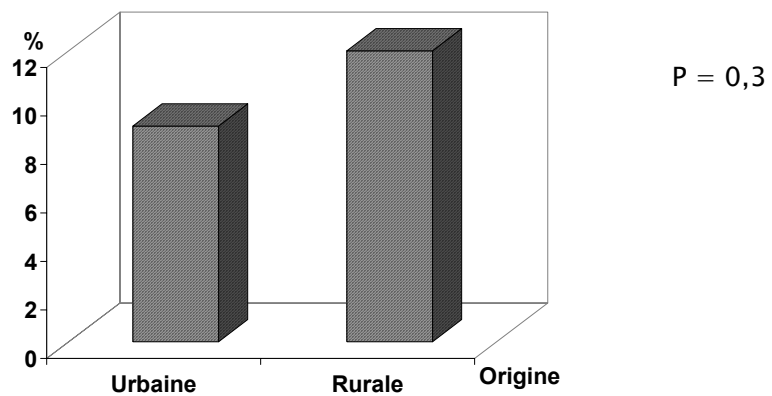


Figure n° 36 : répartition des consommateurs de cannabis selon l'origine.

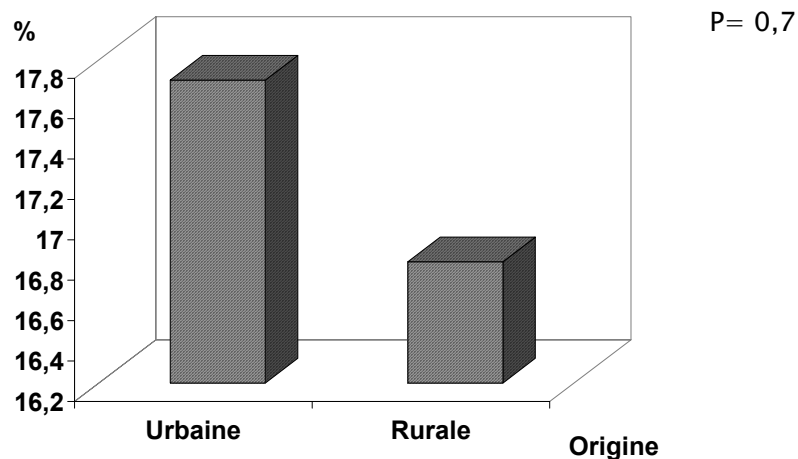


Figure n° 37 : répartition des consommateurs d'alcool selon l'origine.

5- Le niveau socio-économique

La consommation tabagique, alcoolique et cannabique chez les étudiants dont le revenu mensuel de la famille était supérieur à 10.000dhs/mois étaient respectivement 36,4% , 33,3% et 9,1% contre 19,1%,14,7 et 7,4% chez ceux issus de famille dont le revenu était inférieur à 1500dhs/mois.

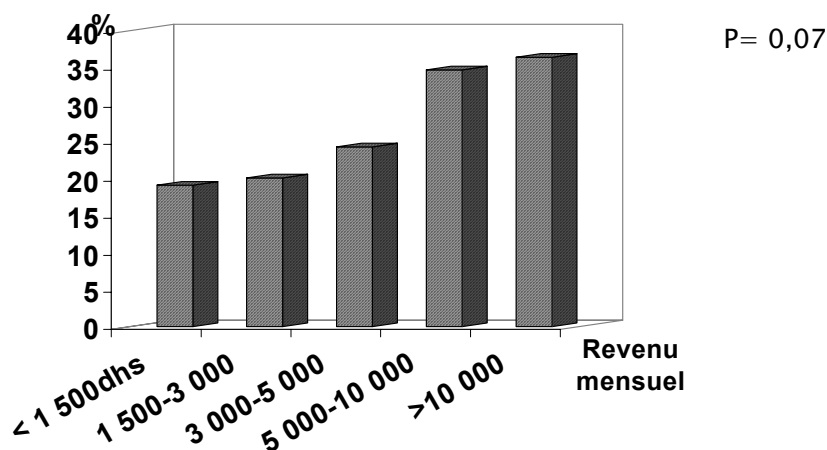


Figure n° 38 : répartition des consommateurs de tabac selon le niveau socio-économique.

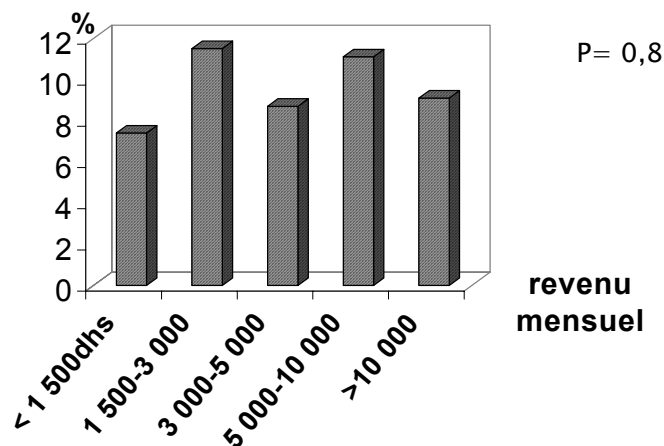


Figure n° 39 : répartition des consommateurs de cannabis selon le niveau socio-économique.

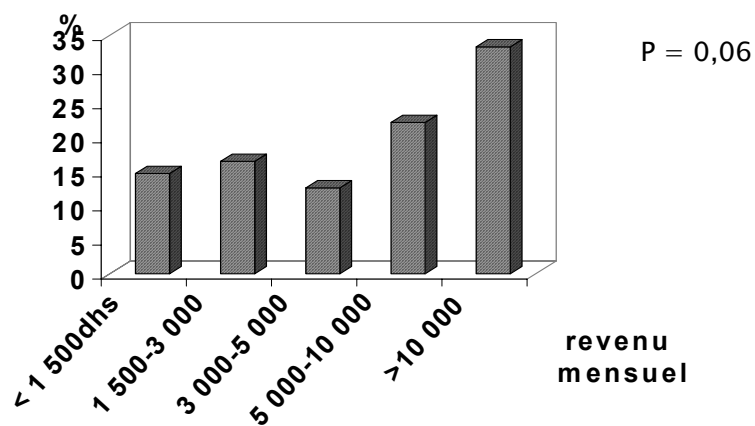


Figure n° 40 : répartition des consommateurs d'alcool selon le niveau socio-économique.

6- L'enseignement :

6-1- La faculté

La distribution de la consommation toxique était hétérogène au niveau des quatre facultés. Le taux le plus élevé était constaté au niveau de la faculté de droit avec 30,8% pour le tabagisme, 15,8% pour la consommation cannabique et 20 % pour la consommation d'alcool. Alors que le taux le plus bas était trouvé au niveau de la faculté de médecine avec 15,3% pour le tabagisme, 7,1% pour la consommation du haschich et 12,9% pour celle d'alcool.

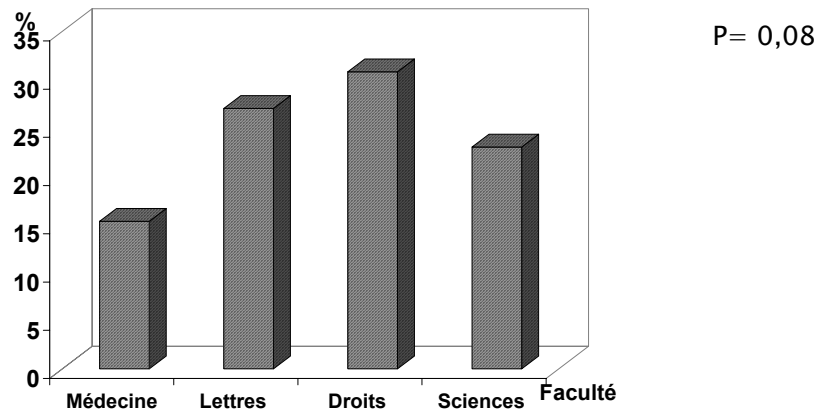


Figure n° 41 : répartition des consommateurs de tabac selon la faculté.

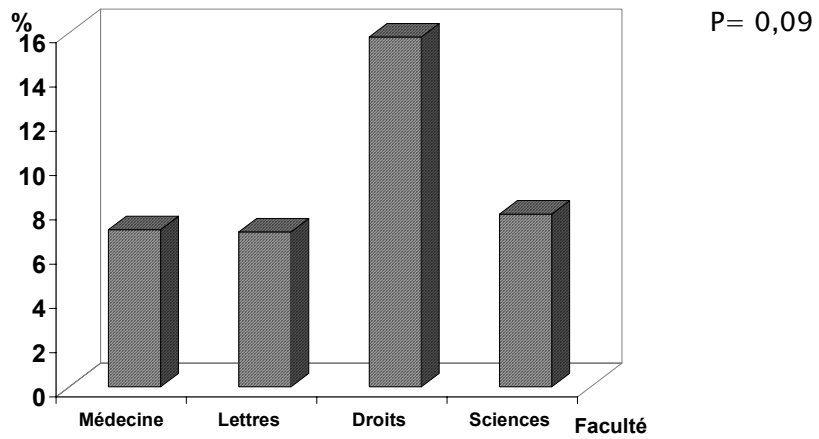


Figure n° 42 : répartition des consommateurs de cannabis selon la faculté

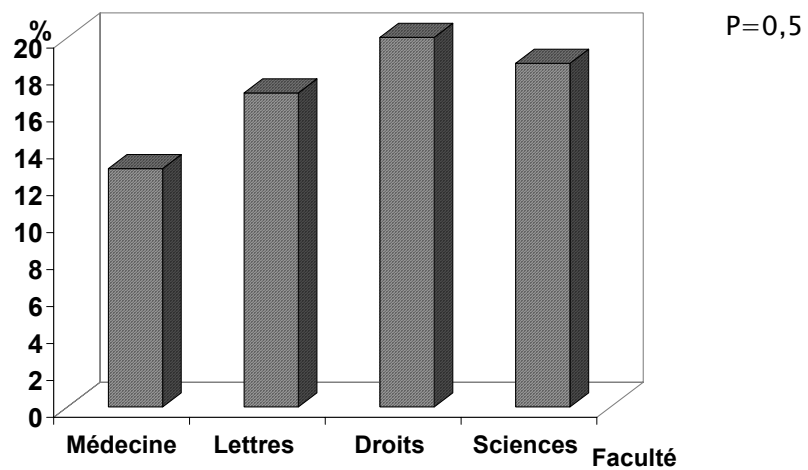


Figure n° 43 : répartition des consommateurs d'alcool selon la faculté.

6-2- Le niveau d'études

Le pourcentage le plus élevé des consommateurs de toxiques se trouvait chez les étudiants de la 4^{ème} année. Ainsi 35,1% d'entre eux étaient tabagiques, 16,2% étaient consommateurs de haschich et 27 % étaient consommateurs d'alcool.

Le taux le plus bas était constaté chez les étudiants du 3^{ème} cycle, avec 13,5% de consommation tabagique, 5,4 % de consommation cannabique et 8,1 % pour celle d'alcool.

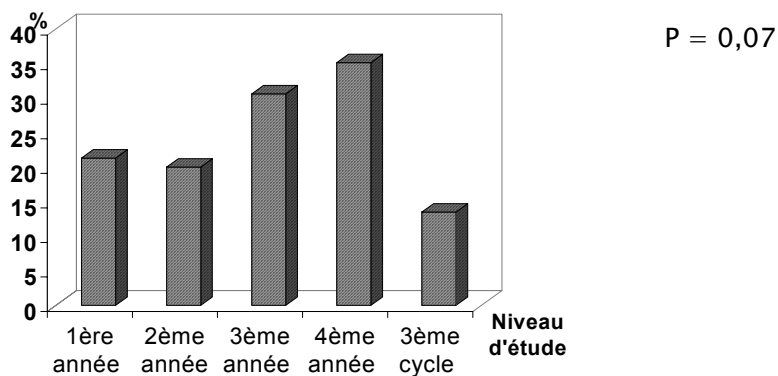


Figure n° 44 : répartition des consommateurs de tabac selon le niveau d'étude.

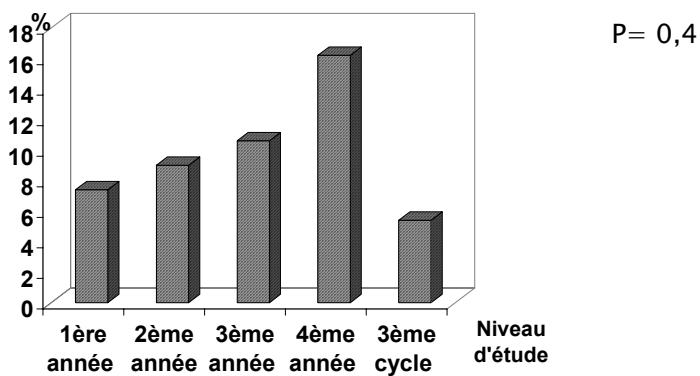


Figure n° 45 : répartition des consommateurs de cannabis selon le niveau d'étude.

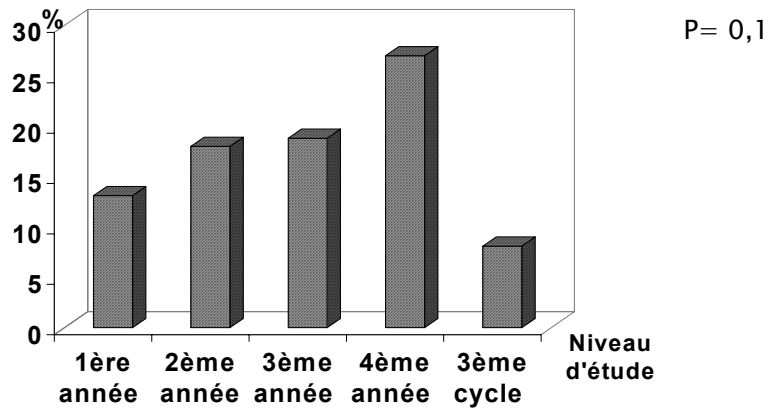


Figure n° 46 : répartition des consommateurs d'alcool selon le niveau d'étude.

6-3- Les années redoublées à la faculté

Le pourcentage le plus élevé des consommateurs de toxiques était relevé chez les étudiants ayant redoublé 3 fois ou plus, ainsi, 95,2% parmi eux étaient usagers de tabac, 66,7% étaient consommateurs de haschich et 85,7% étaient consommateurs d'alcool.

Pour ce qui est des étudiants qui n'ont jamais redoublé à la faculté, 14,5% d'entre eux étaient consommateurs de tabacs, 3,2% étaient consommateurs de haschich et 10,1% étaient consommateurs d'alcool.

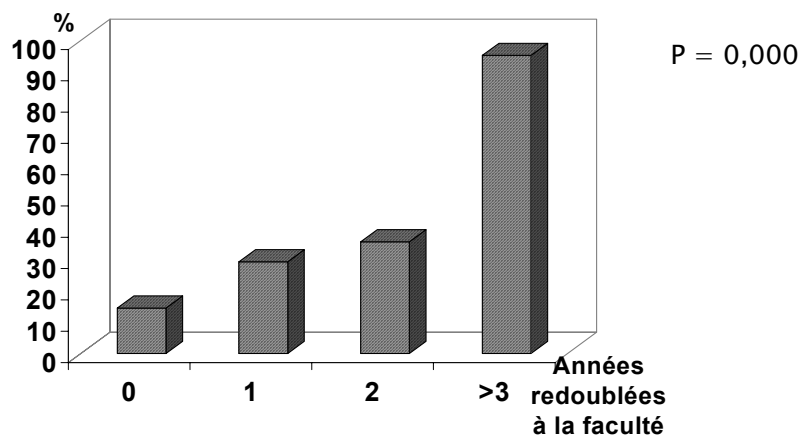


Figure n° 47 : répartition des consommateurs de tabac selon les années redoublées.

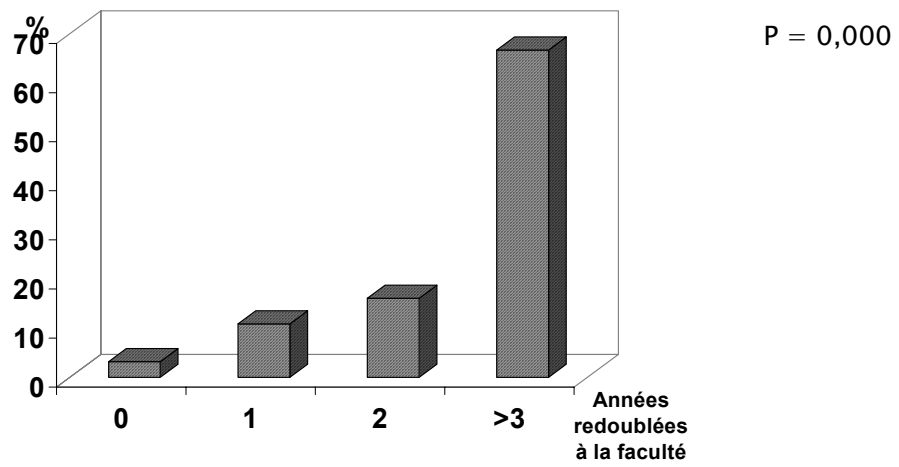


Figure n° 48 : répartition des consommateurs de cannabis selon les années redoublées.

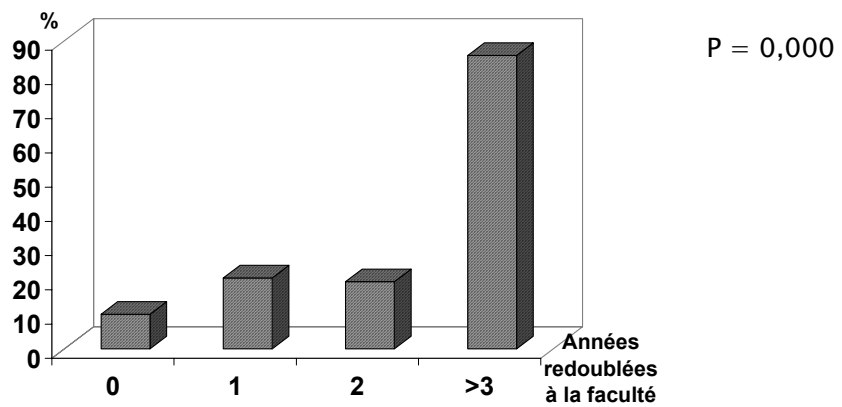


Figure n° 49 : répartition des consommateurs d'alcool selon les années redoublées.

7- Evaluation de la dépression chez les consommateurs de toxiques

7-1- Dépression et dépendance tabagique

La dépression chez les dépendants au tabac était de l'ordre de 28,1% (dépression modérée et sévère), alors que chez les consommateurs non dépendants, elle était de 14,3% (dépression modérée).

Tableau n° VI : répartition de la dépression selon la dépendance au tabac.

Dépendance au tabac	Dépression							
	Pas de dépression		Dépression légère		Dépression modérée		Dépression sévère	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Oui	33	37,1	31	34,8	14	15,7	11	12,4
Non	6	42,9	6	42,9	2	14,3	0	0

P= 0,03

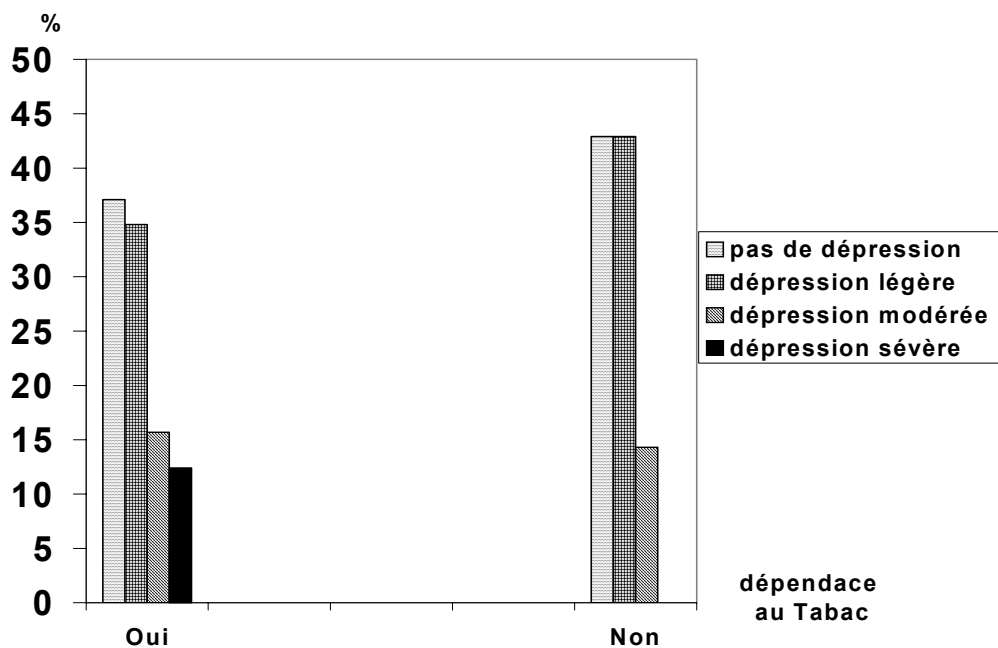


Figure n°50 : répartition de la dépression selon la dépendance au tabac

7-2-Dépression et dépendance au cannabis

La dépression chez les dépendants au cannabis était de l'ordre de 35,4% (dépression modérée et sévère), alors que chez les consommateurs non dépendants, elle était de 10% (dépression modérée).

Tableau n°VII : répartition de la dépression selon la dépendance au cannabis

Dépendance au Cannabis	Dépression							
	Pas de dépression		Dépression légère		Dépression modérée		Dépression sévère	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Oui	7	22,6	13	41,9	6	19,4	5	16
Non	8	80	1	10	1	10	0	0

P= 0,01

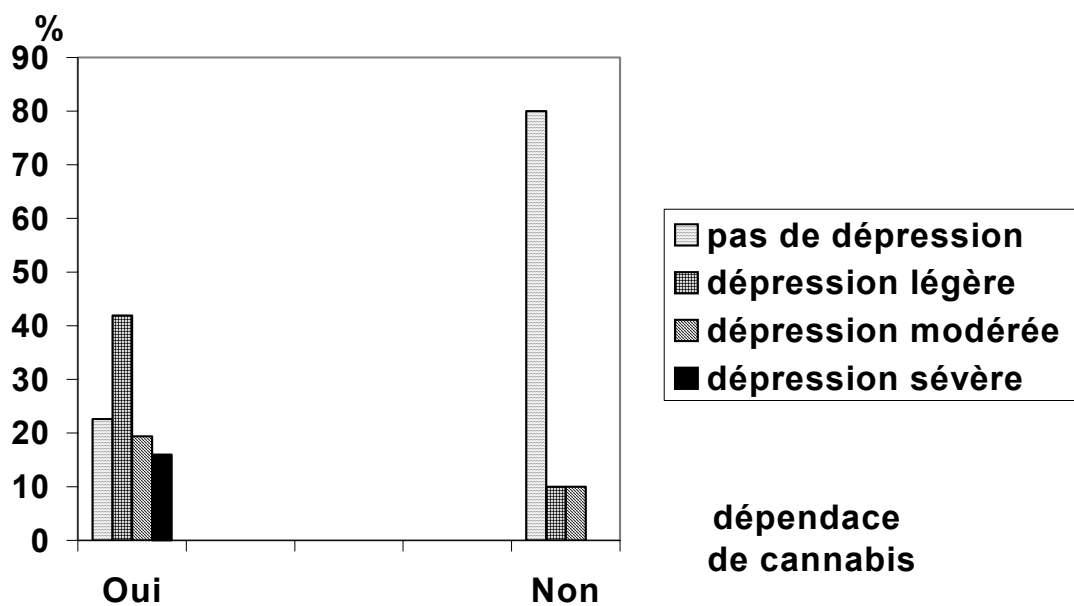


Figure n° 51 : répartition de la dépression selon la dépendance au cannabis

7-3- Dépression et dépendance à l'alcool

La dépression chez les dépendants à l'alcool était de l'ordre de 58,3% (dépression modérée et sévère), alors que chez les consommateurs non dépendants, elle était de 19,7% (dépression modérée et sévère).

Tableau n° VIII : répartition de la dépression selon la dépendance à l'alcool

Dépendance à l'alcool	Dépression							
	Pas de dépression		Dépression légère		Dépression modérée		Dépression sévère	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Oui	2	16,7	3	25	4	33,3	3	25
Non	28	45,9	21	34,4	7	11,5	5	8,2

P= 0,04

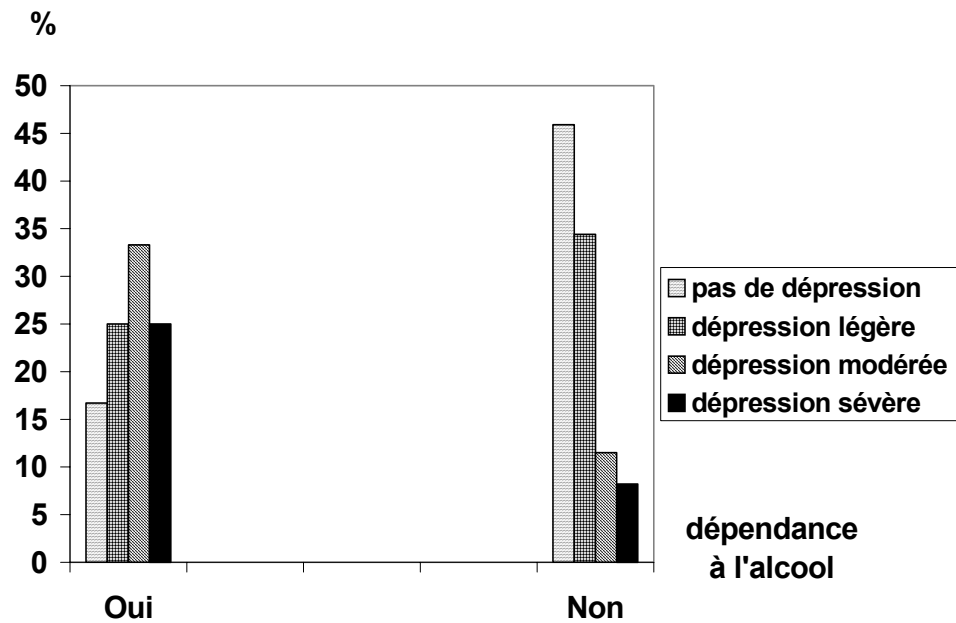


Figure n° 52 : répartition de la dépression selon la dépendance à l'alcool.

8- Profil des consommateurs de toxiques

Tableau n°IX : profil des consommateurs de toxiques

Caractéristiques	consommateurs de toxiques		
	Tabac	cannabis	alcool
Sexe :			
Masculin	86 ,4%	97 ,6%	86,3%
Féminin	13,6%	2,4%	13,7%
Age :			
18-20 ans	11 ,7%	2, 3%	8,2%
20-22 ans	20%	5,7%	15,7%
22 - 24 ans	24,2%	10%	15,2%
> 24 ans	43,6%	22, 3%	30,9%
Mode de vie :			
Seul	27,9%	18,6%	18,6%
Avec les amis	27,4%	11%	20,9%
Avec les parents	17,8%	3%	8,9%
Autres membres de la famille	10%	10%	10%
Années redoublées à la faculté :			
0	14,5%	3,2%	10,1%
1	29,3%	10,9%	20,7%
2	35,7%	16,1%	19,6%
> 3	95 ,2%	66,7%	85,7%
Dépression :			
Absente	37,1%	22,6%	16,7%
Légère	34,8%	41,9%	25%
Modérée	15,7%	19,4%	33,3%
Sévère	12,4%	16%	25%

DISCUSSION

I – Etude de la consommation toxique

1 – Prévalence de la consommation de tabac :

24,6% des étudiants de notre échantillon représenté par 418 étudiants, étaient consommateurs de tabac, ce résultat se rapproche des études antérieures réalisées au sein du milieu universitaire marocain (tableau n° X):

OULAADA en 1991 a rapporté que 36,5% des étudiants d'un échantillon de 1600 étudiants à Marrakech étaient fumeurs de tabac. [55]

KHEDRI en 1991 a montré que 26,2% des étudiants d'un échantillon de 210 étudiants dans l'école nationale supérieure d'électricité et de mécanique (ENSEM) étaient consommateurs de tabac. [41]

BELHAMID en 1992 a trouvé une prévalence de 20,3% au sein d'un échantillon de 182 étudiants de l'école supérieure de technologie (EST). [11]

FALAQ en 1993 a rapporté que 23,3% des étudiants du centre de formation technique aéronautique et de météorologie (CFTAM) étaient usagers de tabac. [27]

BADOURI en 1996, dans le milieu universitaire de Oujda, a noté une prévalence du tabagisme de l'ordre de 24,1% . [7]

Tableau n °X : Prévalence du tabagisme dans certains milieux universitaires marocains

Le milieu universitaire	L'auteur	L'année	La prévalence du tabagisme
Marrakech	OULAADA [55]	1991	36,5%
ENSEM Casablanca	KHEDRI [41]	1991	26,2%
EST Casablanca	BELHAMID [11]	1992	20,3%
CFTAM Casablanca	FALAQ [27]	1993	23,3%
Oujda	BADOURI [7]	1996	24,1%
Notre étude(Marrakech)	GOURANI	2005	24,6%

D'autres études ont été effectuées dans le milieu étudiantin (lycées) ont rapporté des résultats inquiétantes dans une population de plus en plus jeunes.

Ainsi, l'équipe de l'hôpital psychiatrique universitaire Ar-razi de Salé a réalisé une enquête nationale sur l'usage de tabac, et d'autres drogues en milieu lycéen. Réalisée en 1992, elle a porté sur 2446 lycéens représentatifs de toute la population étudiantine nationale. La prévalence sur la vie de l'usage du tabac était de 21.1% et la prévalence ponctuelle était de 8,47%. [62]

Une autre enquête menée par l'équipe de l'hôpital psychiatrique IBN ROCHD à Casablanca a montré que dans un échantillon de 755 lycéens, 8,5% étaient consommateurs de tabac. [61]

En dehors du milieu étudiantin, d'autres études effectuées dans le milieu professionnel ont trouvé des résultats différents des notre :

ALAOUI YAZIDI [4], dans une méta-analyse de 7 études réalisées sur le tabagisme chez le personnel de santé au Maroc entre 1990 à 1997 a trouvé une prévalence élevée de 39,2%. Alors qu'en 1999, l'auteur [5] a rapporté dans une étude effectuée auprès de 1388 sujets dans 4 hôpitaux de Casablanca que la prévalence du tabagisme chez le personnel de santé a nettement diminuée (14,9%). Cette diminution peut être expliquée par la prise de conscience des dangers du tabac par le corps médical et par les campagnes anti-tabac entreprises par certaines associations comme l'Association Marocaine de Prévention et d'Education pour la Santé...etc.

Ces résultats encourageants, nous incitent à dire, qu'il faut multiplier les efforts effectués au sein de la population étudiantine pour limiter la tendance en hausse de la consommation tabagique et arriver à une diminution de la prévalence du tabagisme équivalente à ce qu'on a constaté chez le personnel de santé.

2- Prévalence de la consommation de cannabis :

9,8% des étudiants de notre échantillon étaient consommateurs de cannabis ; ce résultat se rapproche de celui de OULAADA (9,1%), KHEDRI (8,2%), FALAQ (10%), alors qu'il est chez BADOURI de l'ordre de 16,4% au niveau du milieu universitaire de Oujda. Dans l'étude nationale sur les troubles mentaux et la toxicomanie, menée auprès de la population générale, on rapporte

un taux de 3,93% [45].Ainsi, on peut constater que la consommation cannabique est plus importante chez les jeunes universitaires que chez la population générale .

Tableau n °XI : Prévalence de la consommation du cannabis dans certains milieux universitaires marocains

Le milieu universitaire	L'auteur	L'année	Prévalence de la consommation du cannabis
Marrakech	OULAADA	1991	9,1%
ENSEM Casablanca	KHEDRI	1991	8,2%
CFTAM Casablanca	BELHAMID	1993	10%
Oujda	BADOURI	1996	16,4%
Notre étude(Marrakech)	GOURANI	2005	9 ,8%

3-Prévalence de la consommation d'alcool :

Pour ce qui est de la consommation d'alcool, 17,5% des étudiants de notre échantillon en étaient consommateurs. Ce résultat se rapproche de celui de celui de OULAADA (16%), KHEDRI (15,2%), FALAQ (14,3%), alors que chez BADOURI, il ne dépasse pas 10,5%.Dans l'étude nationale menée auprès de la population générale, la prévalence de la consommation d'alcool était de l'ordre de 2% [45].Ainsi,on peut constater que les jeunes universitaires sont beaucoup plus consommateurs d'alcool que la population générale .

Tableau n °XII : Prévalence de la consommation d'alcool dans certains milieux universitaires marocains

Le milieu universitaire	L'auteur	L'année	La prévalence du tabagisme
Marrakech	OULAADA	1991	16%
ENSEM Casablanca	KHEDRI	1991	15,7%
CFTAM Casablanca	BELHAMID	1993	14,3%
Oujda	BADOURI	1996	10,5%
Notre étude (Marrakech)	GOURANI	2005	17,5%

Pour mieux situer nos résultats, nous les avons comparé avec des études réalisées dans des pays de statuts socio-économiques et culturels différents du notre (tableau n° XIII) :

Tableau n °XIII : Prévalence de la consommation toxique dans certains milieux universitaires étrangers

Pays	Tabac	Cannabis	Alcool
France [15]	35,4%	13%	24%
USA [67]	42%	23%	44,4%
Canada [2 ,3]	27,5%	18,2%	39%
Notre étude	24,6%	9 ,8%	17,5%

On peut constater que nos résultats sont malheureusement proches des taux élevés de la consommation toxique observés sur le plan international.

4- L'âge de début :

Dans notre étude, la plupart des étudiants consommateurs de toxique ont débuté leurs consommations entre l'âge de 15 ans et 18 ans, soit en période d'adolescence. Ainsi, à cet âge, 63,1% d'entre eux ont fumé du tabac pour la première fois, 63,4% ont consommé du Haschich et 58,9% parmi eux ont consommé de l'alcool.

Des résultats similaires ont été rapportés par OULAADA (75%), BADOURI (73,5%), et ACHBOUK (76,4%). [55,7,1]

5- Le mode de consommation :

La consommation du tabac se faisait de façon quotidienne chez 100% des fumeurs de notre échantillon dont 39.8% depuis de plus de 4 ans. BADOURI rapporte que 75% des étudiants consommateurs de tabac, fumaient de façon quotidienne et que 71.1% d'entre eux le faisaient depuis plus de 4 ans. 92.2% des fumeurs de notre étude consommaient plus que 5 cigarettes par jour contre 89.2% chez BADOURI. [7]

Pour la consommation du Haschich, elle se faisait sur un mode régulier chez 51.2% (34.1% hebdomadaire, 17.1% quotidienne) et de façon occasionnelle dans 48.8% des cas. OULAADA rapporte que la consommation régulière était de 34% contre 66% pour la consommation occasionnel. [55]

Quant à la consommation d'alcool, elle se faisait sur un mode occasionnel dans 89% des cas.

6- Les initiateurs :

Le comportement des étudiants usagers de toxiques était fortement influencé par celui de leurs amis. Ainsi, 72,8% des consommateurs de tabac ont été initié par un ami, de même pour la consommation du Haschich (70,7%) et d'alcool (79,5%).

Des résultats similaires ont été rapporté par OULAADA : 83,3% des usagers de toxiques ont été initié par leurs amis contre seulement 6% ayant leurs propres initiatives. [55]

II- Evaluation de dépendance chez les consommateurs de toxiques

Dans notre étude, 86 ,4% des étudiants consommateurs de tabac présentaient une dépendance. HASTIER et al, dans une enquête menée au sein de 100 adolescents français, rapportent que 48, 3% des fumeurs présentaient une dépendance moyenne à forte .Aussi pour N'DIAYE et al, ils rapportent dans leur étude effectuée auprès de 547 étudiants en Sénégal, que la dépendance était moyenne dans 59 ,3% des cas, forte dans 14% des cas et très forte dans 4 ,7% des cas. [34, 48]

Pour ce qui est de la consommation du haschich, 76 ,6% des consommateurs présentaient une dépendance. CHABROL et al rapportent dans une enquête réalisée auprès de 256 étudiants consommateurs de cannabis en France, que la dépendance parmi eux était de 47,2%. Alors qu'elle est de l'ordre de 35% dans l'étude de NACON et al menée auprès de 2446 jeunes Allemands et de l'ordre de 59% dans l'étude de COFFEY réalisée au sein de 2032 jeunes en Australie.[14,18,47]

Quant à la consommation d'alcool, 16,4% des consommateurs de notre échantillon présentaient une dépendance. Un résultat identique (16,4%) a été rapporté par CHEN et al dans une étude réalisée auprès de 1044 étudiants Américains. [17]

Ainsi, on peut constater que la dépendance avait atteint dans notre étude des taux identiques voire supérieurs à ceux observés dans des pays connus par leur grande consommation toxique.

III- Evaluation de la dépression chez les consommateurs de toxiques

Dans notre étude, on a constaté une comorbidité importante entre la dépendance toxique et la dépression.

Ainsi, 28,1% des fumeurs dépendants aux tabacs présentaient une dépression modérée à sévère contre 14,3% chez les non dépendants.

Pour le cannabis, 35,4% des consommateurs dépendants présentaient une dépression modérée à sévère contre 10% chez les non dépendants.

Quant à l'alcool, 58,3% des consommateurs dépendants présentaient une dépression modérée à sévère contre 19,7% chez les non dépendants.

Des résultats similaires ont été rapportés par FARGES et al dans une étude effectuée auprès de 128 toxicomanes dépendants aux substances psychoactives ; chez qui la prévalence de la symptomatologie dépressive était de 66,4% contre seulement 26% chez les témoins.[28]

PATTON et al ont rapporté dans une étude menée auprès de 1601 étudiants en Australie que la dépression était présente chez 48% des usagers réguliers de cannabis. Alors que LOOBY et al ont montré dans une étude américaine réalisée au sein de 2500 usagers quotidiens de cannabis que 90 % des consommateurs dépendants présentaient une symptomatologie dépressive. [44,56]

IV- Les caractéristiques des consommateurs de toxiques :

1- Le sexe :

La prédominance du sexe masculin sur le sexe féminin en matière de consommation toxique est prévisible dans notre contexte socio-culturel.

En effet, 86,4% des consommateurs de tabac dans notre échantillon étaient de sexe masculin contre seulement 13,6% de sexe féminin. Cette différence de répartition est moins évidente dans d'autres pays de culture différente. Ainsi CHAKROUN et al en France ont montré que la prévalence du tabagisme féminin était la même que celle du tabagisme masculin (35,6%) au sein de l'université de Bordeaux. [15]

Pour ce qui est de la consommation cannabique, 97,6% des consommateurs étaient de sexe masculin soit 15,5% parmi les étudiants contre seulement 2,4% de sexe féminin soit 0,7% parmi les étudiantes. CHAKROUN et al ont montré dans leur étude que 21,7% des étudiants étaient consommateurs de cannabis contre 9,3% des étudiantes. [15]

86,3% des consommateurs d'alcool étaient de sexe masculin soit 22,8% parmi les étudiants contre seulement 13,7% de sexe féminin soit 7% parmi les étudiantes.

Dans l'étude de CHAKROUN et al en France, ils rapportent des résultats similaires, 22,3% des étudiants étaient consommateurs d'alcool contre 10,5% des étudiantes. [15]

2- L'âge :

Dans notre étude, le nombre de consommateurs de toxiques augmente quant on passe d'une tranche d'âge à une autre. Ainsi les prévalences de la consommation de tabac, de haschich et d'alcool chez les étudiants âgés de 18 à 20 ans étaient respectivement 11,7%, 2,3% et 8,2%, alors que chez les étudiants de plus de 24 ans, elles passaient à 43,6%, 22,3% et 30,8%.

OULAADA, rapporte la même chose, 3% des usagers de toxiques ont moins de 20 ans, alors que cette proportion devient neuf fois plus importante parmi les étudiants âgés de plus de 30 ans (27%). [55]

3- Le mode de vie :

Plus les étudiants vivent loin de leurs foyers, plus ils sont exposés à la consommation toxique. Ainsi 27% des étudiants résidants seuls ou avec des amis étaient consommateurs de tabac, 12% étaient consommateurs de haschich et 20,5% étaient consommateurs d'alcool ; alors que pour les étudiants vivants avec leurs parents : 17,8% étaient consommateurs de tabac, 3% consomment du cannabis et 8,9% parmi eux étaient consommateurs d'alcool.

OULAADA rapporte la même chose, 16% des usagers de toxiques résidaient loin de leurs foyers contre seulement 3% pour ceux vivant avec leurs parents.[55]

4- L'origine :

Dans notre étude, l'origine urbaine ou rurale des étudiants n'a pas d'influence sur l'usage ou non de toxique.

En effet, 25,3% des étudiants d'origine urbaine étaient tabagiques, 8,9% étaient usagers de haschich et 17,7% étaient usagers d'alcool. De même pour les étudiants d'origine rurale, 23,2% étaient tabagiques, 12% sont consommateurs de haschich et 16,8% étaient consommateurs d'alcool.

5- Le Niveau socio-économique :

Le taux le plus élevé de la consommation tabagique, alcoolique et cannabique était noté chez les étudiants dont le revenu mensuel de la famille est supérieur à 10 000dhs, avec respectivement 36,44%, 33,3% et 9,1% contre seulement 19,1%, 14,7% et 7,4% chez ceux issus de famille dont le revenu est inférieur à 1500 dirhams /mois. Mais la différence est statistiquement non significative.

BADOURI en milieu universitaire à Oujda, rapporte que la fréquence la plus élevée de la consommation de tabac est notée chez les étudiants habitants des villas (30,5%) et le taux le moins élevé était chez ceux habitants des maisons traditionnelles (22,2%). [7]

6- L'enseignement :

- Le niveau d'étude

Le taux du tabagisme passait de 21,3% en première année à 35,1% en quatrième année ; de même pour la consommation cannabique, qui passait de 7,4% à 16,2% et la consommation alcoolique qui passait de 13,1% à 27%.La différence est statistiquement non significative. BADOURI à Oujda rapporte que la consommation toxique passait de 15,1% en première année à 40,7% en quatrième année. [7]

- La faculté

La distribution de la consommation toxique était hétérogène au niveau des quatre facultés .Le lieu d'étude semble ne pas avoir d'influence sur l'usage de toxiques.

- Les années redoublées à la faculté

L'échec au niveau des études universitaires favorise la consommation toxique. En effet, on note des taux très élevés d'usage de toxiques chez les étudiants ayant doublé 3

fois ou plus avec 95,2% de tabagisme, 66,7% pour la consommation du haschich et 85,7% pour la consommation d'alcool.

OULAADA rapporte la même chose ; 12% des étudiants usagers de toxiques ont doublé au niveau primaire, secondaire ou supérieur contre uniquement 6,5% parmi les non doublants. [55].

CONCLUSION

Le phénomène de la toxicomanie au Maroc tend à devenir un problème sérieux, vu l'aggravation quantitative et qualitative de ce fléau, touchant électivement une population de plus en plus jeune.

Dans le but d'apprécier l'état de la consommation toxique chez les adultes jeunes, nous avons mené une étude épidémiologique, qui a consisté en une enquête réalisée auprès de 418 étudiants de l'université Cadi Ayyad à Marrakech.

L'analyse des questionnaires recueillis, nous a permis de dégager les données et les caractéristiques suivantes :

- 24,6% des étudiants de notre échantillon étaient consommateurs de tabac, 9,8% étaient consommateurs de cannabis et 17,5% étaient consommateurs d'alcool.
- L'usage de toxiques prédomine chez le sexe masculin : 86,4% des tabagiques, 97,6% des consommateurs du haschich et 86,3% des consommateurs d'alcool contre respectivement 13,6%, 2,4% et 13,7% étaient de sexe féminin.
- L'usage de toxique augmente avec l'âge et l'échec au niveau des études universitaires.
- L'âge de début d'usage de toxique coïncide avec l'adolescence (entre 15 et 18 ans pour 63,1% des fumeurs, 63,4% des consommateurs de haschich et 58,9% des consommateurs d'alcool).
- Le mode de consommation était régulier chez 100% des tabagiques chez 51,2% des usagers de haschich et chez 11% des consommateurs d'alcool.
- 74,3% des usagers de toxiques ont été initiés à cet usage par des amis.
- 86,4% des fumeurs étaient dépendants au tabac, 76,6% présentaient une dépendance au cannabis et 16,4% étaient dépendant à l'alcool.
- L'association de la consommation toxique et de la dépression était très importante. 28,1% des fumeurs dépendants au tabac présentaient une dépression modérée à sévère, de même pour 35,4% des étudiants dépendants au cannabis et pour 58,3% de ceux dépendants à l'alcool.

Au terme de ce travail, nous avons constaté une forte consommation toxique chez les jeunes universitaires, avec un retentissement psychique très important ; d'où la nécessité de la mise en place d'un programme de lutte contre la toxicomanie, urgent et pertinent ; et dont le point de départ sera sans doute la prévention au niveau des établissements scolaires primaires et secondaires, ce qui implique l'action de tous les intervenants dans le domaine de l'éducation.

RESUMES

La toxicomanie, problème médico-social universel, commence à l'être au Maroc. Quoiqu'il existe depuis fort longtemps, on ignore les caractéristiques réelles de ce fléau dans notre pays.

Notre travail a consisté en une approche épidémiologique de la toxicomanie en milieu universitaire à Marrakech au cours de l'année 2005.

Après avoir élaboré un questionnaire qui permet l'étude du profil socio-démographique des étudiants, l'étude de la consommation toxique (tabac, cannabis et alcool) et l'évaluation de la dépression chez les consommateurs ; nous avons mené une enquête auprès de 418 étudiants (276 de sexe masculin et 142 de sexe féminin) de l'université CADDI AYYAD de Marrakech.

L'analyse des résultats obtenus permet de dégager les caractéristiques suivantes :

- 24,6% des étudiants de notre échantillon étaient consommateurs de tabac, 9,8% étaient consommateurs de cannabis et 17,5% étaient consommateurs d'alcool.
- La consommation masculine était prédominante, avec 86,4% des tabagiques, 97,6% des consommateurs du haschich et 86,3% des consommateurs d'alcool.
- L'usage de toxique augmente avec l'âge et l'échec scolaire.
- L'âge de début d'usage de toxique coïncide avec l'adolescence (entre 15 et 18 ans pour 63,1% des fumeurs, 63,4% des consommateurs de haschich et pour 58,9% des consommateurs d'alcool).
- Le mode de consommation était régulier chez 100% des tabagiques, 51,2% des usagers de haschich et chez 11% des consommateurs d'alcool.
- 74,3% des usagers de toxiques ont été initiés à cet usage par des amis.
- 86,4% des fumeurs étaient dépendants au tabac, 76,6% présentaient une dépendance au cannabis et 16,4% étaient dépendant à l'alcool.
- L'association de la consommation toxique et de la dépression était très importante. 28,1% des fumeurs dépendants au tabac présentaient une dépression modérée à sévère, de même pour 35,4% des étudiants dépendants au cannabis et pour 58,3% de ceux dépendants à l'alcool.

Un plan de lutte contre la toxicomanie s'impose ; et surtout dans son volet préventif, pour pouvoir limiter ce phénomène et minimiser ses répercussions sur une population de plus en plus jeune.

Summary

Drug-addiction, an universal medico-social problem, starts to spread in Morocco. Even if it appeared a long time ago, one is unaware of the real characteristics of this plague in our country.

Our study is an epidemiologic approach of drug-addiction in the University of Marrakesh during the year 2005. After having prepared a questionnaire allowing the study of toxic consumption (tobacco, cannabis and alcohol) and the evaluation of the depression among consumers; we carried out an investigation near 418 students (276 of male sex and 142 of female sex) from CADDI AYYAD university of Marrakesh.

The analysis of the results obtained makes it possible to establish the following characteristics.

- 24,6% of the students of our sample were consumers of tobacco, 9,8% were consumers of cannabis and 17,5% were alcohol consumers.
- Male consumption was prevalent, with 86,4% of smokers, 97,6% of consumers of hashish and 86,3% of alcohol consumers.
- The use of drug increases with the age and failure in academic studies.
- The age of the first consumption of drug coincides with adolescence (between 15 and 18 years for 63,1% of the smokers, 63,4% of the consumers of hashish and for 58,9% of the alcohol consumers).
- The mode of consumption was regular for 100% of smokers, 51,2% of the users of hashish and for 11% of the alcohol consumers.
- 74,3% of drug users were initiated to this by friends.
- 86,4% of the smokers were dependent on tobacco, 76,6% presented a dependence on cannabis and 16,4% were dependent on alcohol.
- The association of toxic consumption and depression was very important. 28,1% of the dependent smokers on tobacco presented a moderated to severe

depression. It was the same for 35,4% of the students dependent on cannabis and for 58,3% of those dependent on alcohol.

A plan fighting drug-addiction is essential; especially in its preventive shutter, so as to limit this phenomenon and to minimize its repercussions on an increasingly young population.

ملخص

يعتبر الإدمان مشكلة صحية واجتماعية عالمية، بدأت تزداد حدتها في المغرب أيضا. فرغم وجوده منذ زمن بعيد يبقى الإدمان ببلادنا ظاهرة مجهولة المميزات الفعلية.

يعتبر عملنا مقارنة وبائية لظاهرة الإدمان في الوسط الجامعي بمراكش خلال الموسم الدراسي 2005 شمل بحثنا عينة تتكون من 418 طالبا (276 ذكورا، 142 إناثا) قاموا بملء استمارة تنقسم إلى ثلاثة أقسام: قسم يعنى بدراسة المميزات السوسيوديموغرافية للطلبة وقسم يعنى بدراسة استهلاك كل من: التبغ والحشيش والكحول، وقسم يسعى إلى تقييم حالات الاكتئاب عند الطلبة المتعاطين للمخدرات.

بعد تحليلنا لنتائج الدراسة تمكنا من التوصل إلى الملاحظات التالية :

- 24,6% من الطلبة يتعاطون تدخين التبغ و 9,8% يتعاطون الحشيش و 17,5% يتعاطون المشروبات الكحولية.
- يشكل تعاطي الذكور للمخدرات النسبة الأكبر : 86,4% من مجموع المدخنين و 97,6% من مجموع المتعاطين للحشيش و 86,3% من المتعاطين للكحول.
- يرتفع استهلاك المخدرات مع التقدم في السن والفسل الدراسي.
- يتمحور سن تجربة التعاطي الأولى ما بين 15 و 18 سنة، أي في فترة المراهقة.
- كان نمط الاستهلاك منتظما عند 100% من المدخنين وعند 51,2% من مستهلكي الحشيش و 11% من مستهلكي الكحول.
- 74,3% من مستهلكي المخدرات تعرفوا على عالم التدخين من خلال الأصدقاء.
- درجة التعلق كانت كبيرة عند 86,4% من المدخنين و 76,6% من مستهلكي الحشيش وعند 16,4% من مستهلكي الكحول.
- شكل ارتباط تعاطي المخدرات وحالات الاكتئاب نسبة هامة عند 28,1% من الذين لديهم تعلق بالتبغ وعند 35,4% من الذين لديهم تعلق بالحشيش وعند 58,3% من الذين لديهم تعلق بالكحول.

من المؤكد ضرورة إنجاز برنامج لمحاربة الإدمان وخاصة في مستواه الوقائي قصد محاصرة الظاهرة التي صارت تخص الفئات العمرية الشابة.

Annexes

Généralités sur la toxicomanie :

A- APERCU HISTORIQUE

En quête de substances ayant un effet positif sur l'humeur, le comportement et la santé, l'homme a été séduit par la drogue depuis l'antiquité et tout le long de son histoire.

Il a connu l'opium, drogue extraite du pavot, l'un des produits psycho actifs les plus anciennement connus. Des graines et des capsules de pavot à opium ont été retrouvées dans les habitats néolithiques européens datant de 5000 ans avant Jésus-Christ. [24,43]

Les Sumériens le connaissaient près de 4000 ans avant J.C, et une de leurs tablettes d'argile, écrites vers 2100 ans avant J.C, comportait une référence au pavot à opium, le qualifiant de " plante de joie" ou "Hul-Gil" c'est DOUGHERTY (1877- 1933) qui a indiqué le premier, que les Sumériens avaient un idéogramme spécifique pour l'opium : il expliqua l'idéogramme comme étant composé de "Hul", la joie et de "Gil" qui serait à représenter les différentes espèces de la plante .

En Asie mineure figure dès l'antiquité une ville, AFRORUM KARA HISSAR, dont le nom se traduit par "Château noir d'opium".

La Chine l'a connu vers le VIII^{ème} siècle, mais son usage y resta longtemps thérapeutique. L'habitude de le fumer ne remonterait qu'au début du XVII^{ème} siècle, à la fin de la dynastie des Ming.

Les Pharaons de la haute antiquité connaissaient l'usage de l'opium ainsi qu'en témoigne le fameux papyrus Ebers qui immortalise , 1600 ans avant Jésus-Christ, certaines formules utilisant l'opium pour soulager de l'insomnie, des maux de tête et pour atténuer les douleurs.[7]

Les Grecs quant à eux, prescrivaient le pavot de façon courante dès la haute Antiquité. En 850 avant J.C., Homère, poète grec, le cite dans l'Odyssée comme « éloignant les peines ». Ainsi Homère rapporte qu'Hélène, pour soulager la douleur des guerriers blessés au combat, dissolvait dans le vin une drogue « qui endort douleur et colère en apportant l'oubli de toutes les souffrances ».

La Perse a aussi utilisé l'opium dans sa pharmacopie. Avicenne (980–1037) dans son poème de la médecine qui est un abrégé de son célèbre kanon a qualifié l'opium de remède engourdissant. [43]

Le cannabis, quant à lui peut revendiquer une tradition séculaire. Il est mentionné sous le nom de Bhang dans l'Athrava-veda, le plus ancien des textes sacrés hindoux.

A la fin du premier siècle de notre ère, il fait son apparition dans les légendes indiennes en tant que boisson favorite du Dieu Shiva. A la même époque, les chinois l'utilisaient comme anesthésique sous le nom de mafo-sam.

Au moyen orient, les Assyriens le brûlaient comme encens dès le VIII^{ème} avant J.C. On le retrouve un peu plus tard au nord de la Perse et il se répandit en Irak, en Syrie, en Egypte et chez les Romains. L'historien grec Diodore (Ier siècle avant J.C.) en parle comme un « remède magique contre la tristesse ». Sacré aussi pour les arabes, le haschich ouvrait les portes du paradis à Hassan SABBAH (le vieux de la montagne) et lui conférait un pouvoir absolu sur ses disciples.[26]

Il semblerait d'ailleurs que les Arabes aient été à l'origine de l'introduction du cannabis au cours de leurs pénétrations, successivement en Egypte, Afrique du Nord et en Espagne.

Utilisé d'abord pour des raisons thérapeutiques, le cannabis ne tarde pas à être recherché surtout pour ses propriétés éniévantes et euphorisantes. Souvent fumé, parfois ingéré, associé à des pâtes ou à des friandises, il engendrait en quelque sorte « l'ivresse alcoolique » prohibée par l'Islam.

C'est ainsi, que le cannabis se substitue sournoisement à l'alcool et se propage en Orient et au Maghreb. Ce qui incite de nombreux penseurs musulmans à en dénoncer l'usage ; IBN TAYMIA dans son traité « Al Haschich » constata l'analogie suivante :

« Si le vin est interdit en raison de ses méfaits sur l'esprit et le corps de l'homme, il devrait en être de même pour le haschich qui est encore plus néfaste et plus nuisible à l'individu et à la Société que le vin. Par conséquent, tout consommateur de l'un ou de l'autre s'attirerait la malédiction de Dieu et du prophète ».[37]

Il fallait attendre le XIX^{ème} siècle, pour voir apparaître l’opium et le cannabis en Europe. Une élite d’intellectuels se chargea de les faire connaître au public. Baudelaire les révèle dans ses « Paradis Artificiels » (1860) et dans sa traduction des confessions d’un mangeur d’opium de Thomas de Quincey qui datent de 1821.

Comme Baudelaire, Théophile Gautier, le peintre Delacroix, Daumier, Moreau de Tours étaient des habitués des fameuses soirées de l’hôtel Pimodan. Mais cette délectation dans les manifestations instinctives de la recherche du plaisir toxicomaniaque devait heurter la conscience morale. C’est alors que survient la seconde phase de l’histoire des toxicophilies, celle de la réaction social, où moralistes et médecins philanthropes se dressent, souvent avec véhémence contre ceux qui exaltent les plaisirs vicieux.[16]

Au Maroc, les oulémas s’opposaient depuis toujours à l’usage des toxiques de toutes sortes, notamment le Tabac, qui a été prohibé par plusieurs Fatwas dont la plus célèbre est celle destinée au Sultan El Mansour Dahbi vers 1602 ; qualifiant le Tabac de « plante du mal ».[10]

De nos jours, bien que les connaissances sur la drogue aient considérablement évolué, comme en témoigne l’immense littérature parue sur ce sujet, la toxicomanie se présente comme un véritable problème de santé publique. Elle touche toutes les couches sociales ; elle devient un phénomène de société voire de civilisation. Elle apparaît de plus en plus comme une inadaptation sociale, et par conséquent, elle est vraisemblablement la grande pourvoyeuse de la délinquance avec tous ses corollaires.[8]

B- CLASSIFICATIONS DES SUBSTANCES TOXIQUES

Décrire et classer les substances toxiques revient à énumérer une grande quantité de produits actifs sur le système nerveux central (S.N.C) et susceptibles d'entraîner une pharmacodépendance. Notre intention n'est pas de dresser une liste exhaustive de tous ces produits mais de donner un aperçu sur les classifications les plus importantes dans ce domaine.

1- Classification de LEWIN :[58]

Elle date de 1928 et elle se base sur les effets des substances sur le psychisme.

1- EUPHORICA : Analgésiques euphorisants.

- . Opium - Morphine
- . Codéïne - Héroïne
- . Cocaïne

2- PHANTASTICA : hallucinogènes

- . Chanvre Indien, haschich, marijuana
- . Peyolt, mescaline
- . Acide lysergique diethylamine (L S D)

3-INEBRIENTA : Substances enivrantes

- . Alcool, éther, solvants, détachants.

4-HYPNOTICA : agents de sommeil.

- . Barbituriques, certains tranquillisants.

5- EXITANCIA : substances stimulantes

- . Café, thé, betal, kat, tabac, éphédrine, amphétamine.

2- Classification pharmacologique de delay et deniker adaptee par boudreau [58]

La classification de J. Delay et P. Deniker qui valait pour les médicaments a été adaptée par Boudreau pour les drogues. Elle classe les substances toxiques selon l'effet psychique prédominant.

1- Substances sédatives (Psycholéptiques) :

- Les analgésiques : opiacés, morphine, héroïne
- Les neuroléptiques
- Les hypnotiques (barbituriques ou non)
- Les tranquillisants

2- Substances stimulantes (psychoanaléptiques) :

- Les stimulants de la vigilance (amphétamines)
- Les stimulants de l'humeur (anti-dépresseurs)
- Les psychotoniques (caféine, théine)

3- Substances perturbatrices (psychodysléptiques) :

- Les Hallicinogènes (LSD, mescaline...)
- Les solvants volatiles (éther, colles)
- Les dérivés cannabis et autres produits

3- Classification de l'O M S [54]

Elaborée par le comité O M S d'experts de la pharmacodépendance en 1970 et mise à jour en 2003. Elle classe les substances dont le contrôle est recommandé.

Elle se subdivise en quatre groupes :

↪ Groupe A :

Substances susceptibles d'abus et à valeur thérapeutique très limitée. Il est recommandé de les placer sous contrôle strict. Il s'agit essentiellement des hallucinogènes.

↪ Groupe B1 :

Substances à placer sous contrôle parce qu'elles sont susceptibles d'abus ; leur valeur thérapeutique est faible voire moyenne. Ce sont surtout les amphétamines.

↪ Groupe B2 :

C'est le groupe des barbituriques et de certains hypnotiques c'est-à-dire les substances susceptibles d'abus et dont la valeur thérapeutique est moyenne voire grande et qu'il est recommandé par le comité de soumettre au contrôle.

↪ Groupe C :

Substances qu'il est recommandé de placer sous contrôle car elles peuvent engendrer des abus ; leur valeur thérapeutique est moyenne à grande. C'est le groupe des barbituriques, des tranquillisants et des hypnotiques.

C- RETENTISSEMENT SOCIO-ECONOMIQUE DE LA TOXICOMANIE

D'après l'organisation mondiale de la santé (OMS) en 2005 l'usage de tabac a tué dans le monde, 5 millions de personnes, dont la moitié dans les pays en voie de développement, l'OMS estime que le tabac a tué 100 millions de personnes au XX^{ème} siècle et pourrait en tuer 1 milliard de personnes au XXI^{ème} siècle.[36]

Par ailleurs, le nombre des décès liés au tabac reste actuellement en plateau ou diminue dans les pays industrialisés du fait de la diminution de la prévalence du tabagisme observé dans ces pays depuis quelques décennies.[42]

Cette diminution sensible de la consommation tabagique s'est accompagnée malheureusement d'une augmentation importante de la consommation d'autres drogues notamment le cannabis et les opiacées.[22]

Le rapport 2005 de l'ONU sur les drogues montre une forte progression du marché du cannabis, avec un chiffre d'affaire annuel de 320 milliards de dollars, supérieur au PIB de 9 pays sur 10 dans le monde, le nombre de toxicomanes en hausse de 8%, avec quelques 200 millions de consommateurs de stupéfiants. La popularité croissante du cannabis inquiète l'ONU, car cette drogue était consommée par plus de 160 millions de personnes en 2004, soit 10 millions de plus que l'année précédente, quant à l'héroïne, on compte près de 16 millions de personnes dépendantes dans le monde.[65]

Aux Etats-Unis, la drogue constitue un problème majeur de santé publique du fait des grands dégâts socio-économiques engendrés par ce phénomène.

En 2002, la lutte contre la drogue a coûté pour le gouvernement, 18,9 milliards de dollars; quant au coût économique globale associé à la consommation de drogues, il avait atteint 110 milliards de dollars .

Cette situation dramatique, sur tous les plans, notamment socio-économique fait des Etats-Unis l'un des pays les plus endommagés par le fléau de la drogue.[23,49,51]

En Europe, des chiffres alarmants ont été publiés par l'observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) dans son rapport 2006 sur les drogues les plus consommées, notamment le cannabis .Selon ce rapport, la prévalence de la consommation de cette drogue

tout au long de la vie était aux alentours de 65 millions sujets, soit un adulte européen sur cinq ; alors que l'usage au cours de l'année dernière a concerné 22,5 millions adultes européens.[59]

Ainsi, l'Europe se trouve menacer par le nombre croissant des toxicomanes et par les répercussions qui en découlent.

La France est l'un des pays européens les plus touchés par le phénomène de la toxicomanie. Selon le Baromètre santé 1993/1994, le cannabis constitue de loin la drogue la plus consommée en France. Ainsi en 2003 le taux d'usage parmi les adultes français était de 19,7%.[38]

L'INSERM dans son rapport 2003 révèle que 45.000 décès d'adultes de plus de 25 ans étaient attribuables à l'imprégnation éthylique chronique. Quant aux dépenses de santé liées à

l'alcoolisation excessive représentent 2,7 milliards d'Euros par an au sein d'un ensemble de coûts sociaux s'élevant à 18 milliards d'Euros. Actuellement la France, compte entre 5 et 6 millions d'alcoolos dépendants.[37]

Parallèlement à l'extension de l'usage des drogues dans le monde, un changement radical du profil de la toxicomanie est en train de s'effectuer.

Il se caractérise par :

- La diffusion planétaire des drogues, qui n'épargne plus aucune région et la « contamination » de différents pays par certaines substances encore méconnues il y a peu de temps.

Le cannabis qui était un produit de l'orient et de l'Afrique du Nord, se rencontre actuellement en occident.

De même, l'alcool qui été si longtemps la drogue traditionnelle du monde occidental, soulève aujourd'hui de plus en plus de problèmes dans les pays du tiers-monde.[63]

- La consommation toxique touche de nouvelles couches sociales et prend un nouveau profil démographique.

L'industrie de tabac, et pour compenser ses pertes dues à la diminution de la prévalence du tabagisme masculin en occident ; vise des nouveaux marchés très prometteurs : les femmes, les jeunes et les pays en voie de développement.[9, 25]

- La relation entre la dépression et la toxicomanie a fait l'objet de nombreux travaux, qui sont unanimes sur la forte prévalence de la dépression chez les consommateurs de toxiques ; ce qui présente un coût cumulé pour la société. [20, 32, 50,57]

- De nouveaux produits caractérisés par une action psychotrope plus puissante et une pharmacodépendance plus précoce et plus accrue (Ecstasy, Crack...) font leur apparition. Ce qui présente un nouveau défi pour les programmes de lutte contre les stupéfiants.[31,21]

- Les complications de la toxicomanie deviennent de plus en plus lourdes aussi bien pour l'individu que pour la société.

Ainsi, on estime à 30% le taux des séropositifs (VIH positifs) parmi les usagers de drogues en France.[16]

De même pour l'hépatite B et C ; le rapport national Belge sur les drogues révèle que la prévalence des Hépatites virales chez les injecteurs de drogues est de 66% pour l'hépatite C et 16% pour l'hépatite B.[39]

Hormis ses méfaits sur le consommateur, la drogue est aussi impliquée dans nombre de problèmes touchant l'ensemble de la société. Ainsi le cannabis a été incriminé dans 10% des accidents de la voie publique en France en 2001.[45]

Face à cette dégradation rapide de la situation, aussi bien sur le plan quantitatif que qualitatif, une action urgente et efficace s'impose.

Au Maroc, durant les années cinquante et soixante, le « Kif », l'équivalent de la marijuana, était fumé par les artisans, dans les milieux économiquement modestes et dans l'armée. Pour ce faire, on utilisait des calumets nommés « sebsi », cet usage n'impliquait pas forcément une image négative ou une discrimination sociale.

L'alcool, deuxième produit de prédilection de l'époque, était surtout consommé dans les milieux aisés.

Les usagers étaient bien insérés socialement et exceptionnellement devenaient de vrais toxicomanes. Les problèmes médico-sociaux se trouvaient ainsi peu soulevés.[62]

Or, au cours des dernières années, le phénomène de l'usage de drogues au Maroc a connu une évolution quantitative et qualitative certaine.

Le Maroc ne se trouve plus devant une toxicomanie traditionnelle qui pose rarement de problèmes ; mais on assiste à un changement radical de profil de la consommation toxique qui se caractérise par :

- une disponibilité des différents produits, plus ou moins importante en fonction des régions (surtout la région du nord).[13]
- Une prédominance masculine de la consommation toxique, avec une augmentation de l'usage de tabac et d'alcool chez les femmes.
- Une introduction progressivement croissante de l'héroïne et de la cocaïne dans les grands centres urbains.
- Une consommation importante des solvants volatils par les enfants marginalisés et de bas niveau socio-économique
- Les adolescents sont de plus en plus touchés.[12]
- Une grande comorbidité psychiatrique avec l'usage de cannabis et d'alcool.

Le Maroc n'a donc pas échappé à la tendance mondiale caractérisée par la recrudescence des conduites toxicomaniaques, ce qui pose de vrais défis pour un pays en voie de développement.

D- ETIOPATHOGENIE DE LA TOXICOMANIE

1- Approche psychanalytique

Jusqu'au début des années 1970, la psychanalyse a exercé une influence non négligeable sur la littérature psychopathologique de la toxicomanie. Ses approches caractérisées par la diversité, témoignent de la difficulté de décrire un type de personnalité unique ou structure de personnalité spécifique chez le toxicomane.[16]

Selon certains auteurs, l'usage de drogues représente le caractère régressif de la conduite toxicomaniaque, qui soumet entièrement l'individu au plaisir oral.

Cette oralité qui rappelle le sein maternel, témoigne de l'immaturation affective et relationnelle du toxicomane.[30]

La psychanalyse souligne également le caractère dépressif que prend la toxicomanie chez nombre de consommateurs qui éprouvent un sentiment constant de peine, de souffrance plus ou moins indéfinis, de tension affective et surtout d'insatisfaction, un besoin de se plaindre et de se montrer malheureux. La toxicomanie vient alors représenter un mécanisme de défense qui protège le sujet contre la dépression, l'ennui la culpabilité, la honte et d'autres émotions négatives.

Pour certains psychanalystes qui ont introduit la notion du narcissisme dans l'étude des toxicomanies ; la drogue joue le rôle d'objet interne sécurisant. Elle exerce pour le toxicomane une fonction de « restauration narcissique » facilitant « Une mise à distance » du réel, mal toléré par le « moi déficient » du toxicomane. Ainsi dans l'euphorisme pharmacogénique, le moi retrouve sa toute- puissance narcissique.[30 , 66]

2- Approche familiale

Depuis une vingtaine d'années, la théorie des systèmes familiaux s'impose ; elle avance que chaque membre de la famille affecte et est affecté par les autres. Ainsi la toxicomanie est interprétée comme un symptôme d'un dysfonctionnement familial. La mère est décrite comme surprotectrice est trop permissive, le père quant à lui, est passif, indifférent, voire totalement absent de la dynamique familial

C'est d'une manière globale une famille défaillante, désunie... La toxicomanie vient souvent masquer les autres problèmes. Toutes les difficultés sont projetées sur la drogue.

On

se trouve assez souvent devant des systèmes complètement stabilisés : le toxicomane étant le garant de l'équilibre du système.[6]

3 – Approche cognitivo- comportementaliste

Le développement de la psychologie cognitive a montré que les troubles mentaux peuvent se comprendre par des dérèglements à un ou plusieurs niveaux de système de traitement de l'information.

Selon Hautekeete (1995), « l'analyse des processus cognitifs montre que parfois le trouble mental est essentiellement caractérisé par un dysfonctionnement précis de traitement de

l'information, dans certains cas, on peut même se demandé si ces dysfonctionnements ne constituent pas le noyau central de la maladie ». [60 , 35]

C'est ainsi que Beck et Coll ont propose un modèle cognitif de la toxicomanie qui se caractérise par la présence de 3 types de croyances :

- des croyances anticipatoires, impliquant une attente positive liée à la drogue.
- des croyances soulageantes, correspondant à l'attente de la réduction du manque ou d'un malaise.
- des croyances permissives, donnent la permission de consommer un produit dangereux.

D'après cette théorie, des stimuli à risque activeraient les schémas cognitifs anticipatoires et soulageants, ceux-ci donneraient lieu à des pensées automatiques, provoquant ainsi de fortes envies de consommer. L'envie de consommer déclencherait ensuite l'activation d'un schéma permissif, donnant « l'autorisation » de consommer, déterminant en quelque sorte, la tolérance par rapport au désir. Une fois cette étape accomplie, le sujet se focaliserait sur une stratégie d'action pour recherche la drogue et la consommer. [10 , 61 , 66]

4- Approche neurobiologique et génétique :

a- Approche neurobiologique [19]:

Les sciences du cerveau ont été l'objet de progrès considérables depuis trente ans. Cette avancée provient de l'émergence successive de deux grands domaines, la neurobiologie et les sciences cognitives.

La psychopharmacologie est l'une des premières, à bénéficier de ces progrès. Grâce à la découverte des effets des psychotropes, on avait pu montrer le rôle des systèmes monoaminergiques ascendants dans la régulation du comportement et de l'humeur. Les systèmes dopaminergiques, sérotoninergiques et noradrénergiques se projettent largement sur tout un ensemble d'aires corticales et de noyaux sous-corticaux ; il est ainsi possible de comprendre comment une substance peut avoir des effets psychiques et émotionnels.

Les facteurs neurobiologiques de la vulnérabilité ont pour support Le « système de récompense », composé du noyau accumbens et de neurones dopaminergiques. Il est déclenché, en situation normale, par des stimulations naturelles (nourriture, sexualité...). Les drogues court-circuitent l'appareil sensoriel et activent directement le système de récompense, en agissant sur un ensemble de récepteurs, tel que le récepteur à l'éthanol au niveau du système GABA. Cette activation aboutira à la pharmacodépendance par le biais d'un phénomène d'apprentissage.

b- Approche génétique :

Elle est basée sur le caractère familial que prend la toxicomanie chez certains sujets, chez qui le père et /ou la mère sont aussi des toxicomanes.

Plusieurs expériences sur l'animal ainsi que des études sur les jumeaux ont mis en évidence l'existence d'un facteur héréditaire, mais, semble-t-il, sans certitude absolue.[1]

La recherche génétique sur la dépendance aux drogues s'est récemment enrichie de l'apport de la biologie moléculaire. Ainsi peut-on étudier une éventuelle association génétique avec une pathologie, en particulier entre un gène codant pour le récepteur dopaminergique D2 et les conduites addictives. Il semble bien que l'association entre l'allèle A1 du gène DRD2 et les addictions soit retrouvée de façon significative.[16]

Toutefois, il faut rappeler que la toxicomanie résulte de la rencontre d'un sujet, d'une substance et d'un environnement. L'hérédité génétique ne serait donc qu'un élément parmi d'autres qui permettrait à certains sujets d'éprouver avec une substance toxique des effets positifs ou négatifs reproductibles par le biais de gènes spécifiques.[66]

Au total, l'existence de ces différentes approches met en relief la complexité du phénomène de la toxicomanie et son caractère multifactoriel. Par conséquent, toute tentative de compréhension du problème, toute politique de soins ou de prévention, doit prendre en considération les différents facteurs qui interviennent dans l'installation et l'évolution de la toxicomanie.

Bibliographie

- 1- **ACHBOUK.A**
Tabagisme en milieu scolaire à Marrakech
Thèse de médecine,Rabat,n° 138 ,2002
- 2- **ADLAF.EM,GLIKSMAN.L, DEMERS.A,NEWTON.T**
Cigarette use among canadian undergraduates
Can J .Public.Health ,2003 ;94 :22-4
- 3- **ADLAF.EM , GLIKSMAN.L, DEMERS.A,NEWTON.T**
Illicit drug use among canadian university undergraduates
Can.J. Nurs.Res, 2003 ;35 :24-43
- 4- **ALAOUI YAZIDI.A,ELBIAZE.M,ELMEZIANE.A,YASSINE.N,BARTAL.M**
Tabagisme chez le personnel de santé au Maroc.
5^{ème} conférence Pan Africaine de Santé au Travail .Tunis,22septembre-2 octobre
1999
- 5- **ALAOUI YAZIDI.A,BARTAL.M ,MAHMAL.A,MOUTAWAKIL
ELOUDGHIRI.A,BAKHATAR.A,LAHLOU.M ,ELBIAZE.M,
LARAQUI.CH.**
Tabagisme dans les hôpitaux de Casablanca : connaissances, attitudes et pratiques.
Revue des Maladies Respiratoires, 2002, 19 :435-42
- 6- **ANGEL. P ; RICHARD. D ; VALLEUR. M.**
ABREGES Toxicomanies.
Masson éd. 2000.P.145
- 7- **BADOURI.R**
Tabagisme dans le milieu universitaire à Oujda
Thèse de Médecine, Rabat, n° 192 ,1996.
- 8- **BAILLY. D ; VENTISSE.J**
Addition et psychiatrie
Masson éd. 2001.230 P
- 9- **BAUD. D**
Tabagisme et émancipation : existe-t-il un tabagisme de destinée ? Comment le
combattre ? Revue des maladies respiratoires, 2003 ;vol : 20 ,pp :662-64
- 10- **BECK. A, WRIGHT. F**
Cognitive therapy of substance abuse.
Guil Ford Press, New York, 1993.

11- BELHAMID.Z

Tabagisme dans une école supérieure
Thèse de médecine,casablanca,n 87 ,1992

12- BENJELLOUN. G

La drogue dans les établissements scolaires, un fléau banalisé.
l'opinion, 2006, N°15075

13- BENSALMIA. C

Drogue : Au cœur du trafic
Tel quel, 2004, N°155.

14-CHABROL.H, FREDAGUE.N, CALLAHAN.S

Etude épidémiologique de l'abus et de la dépendance
Aux cannabis parmi 256 adolescents
L'Encephale, 2000 ; vol :26, pp :47-9

15- CHAKROUN.N , DORON.J , SWENDSEN.J

Fréquences de la consommation de substances psycho actives
et de la psychopathologie chez les jeunes adultes en première
Année d'université
Annales médicopsychologiques, 2005 ;vol :10,pp :497-502

16- CHARLES - Nicolas A

Toxicomanies
Encycl. Méd. Chir (El Sevier, Paris), Psychiatrie 37-396-A-10. 1998, 25P

17-CHEN.K ,SHETH.A,ELLIOTT.D

Prevalence and correlates of past-year substance use ,abus
and dependence in a suburban community sample
of high-school students
Addictive Behaviors,2004;vol:29,pp:413-23

18-COFFEY.C,CARLIN.JB,DEKENHARDT.L

Cannabis dependence in young adults :an Australian population study
Addiction,2002;97:187-94

19- CORCOS. M

Les conduites de dépendances : démentions physiologiques
Masson. Paris. 2003.295p

20- CORCOS. M, OLIVIER. P

Psychopathologie de l'adolescent fumeurs de cannabis..
La revue de praticien, 2005 ; vol 55,pp :35-40

21- CORNISH. J. W.

De la cocaïne au crack

La Presse Médicale, 1998 ;vol :27 ,pp : 312-18

22- COSTES. J-M, BECK. F

Epidémiologie des usagers du cannabis

La Revue du Praticien ,2005 ; vol :55 ,pp :17-22

23- DESCHENES (EP), ANGLIN (M.D)

Narcotiques addiction : related criminal careers, social and economic costs

Journal of Drug issues, 1991; 21 (2), 383-411.

24- DOGARIN. J- NOMINE. P

Toxicomanie : historique et classifications.

Confrontations psychologiques, 1987 ; vol : 28, pp : 9-61.

25- DUBOIS. G, TRAMIER. B

La responsabilité de l'industrie du tabac dans la pandémie tabagique.

Revue de la pneumologie chimique.2000 ; vol :56 , pp :65-8

26- ELKHLIFI.A

Contribution à l'étude de la toxicomanie au Maroc.

Thèse de médecine, Rabat, N°259. 1992.

27-FALAQ.L

Tabagisme chez les étudiants dans une école à Casablanca.

Thèse de médecine,Casablanca,n 61, 1993

28-FARGES.F,CORCOS.M,SPERANZA.M,LAOS.G

Alexithymie et toxicomanie: lien avec la dépression.

L'Encephale,2004 ;vol :30,pp :201-11

29- FELDMAN.L ,HARVEY.B ,HOLOWATY.P

Alcohol use beliefs and behaviors among high school students

J.Adolesc.Health.1999;24:48-58

30- FELINE. A ; GUEIFI,J ; HARDY.P

Troubles de la personnalité. P. 354

Médecine- Sciences Flammarion 2002.

31- GALLIOT- Guilly. M

Drogues de synthèse consommés dans les « raves parties »
Annales pharmaceutiques françaises,2004 ; vol :62 ,pp :158-64

32- GLILBERT. M, FINE. S

Factors associated with droupt
From group psychotherapy with Depressed adolescents.
Canadian. J. psychiatry, 1994;vol :39 ,pp :358-9

33- GUELF. J.

MINI DSM-IV-TR.
Masson, Paris, 2004, 384 P.

34-HASTIER.N, QUINQUE.K, BONNEL.AS ,LEMENAGER.S ,LE ROUX.P

Tabac et adolescence :enquête sur les motivations et les connaissances
des effets du tabac.
Revue des Maladies Respiratoires,2006 ;vol :23,pp :237-41

35- HAUTEKEETE. M

Sciences cognitives, psychologique cognitive et thérapies cognitives.
Journal de thérapie comportementale et cognitive ,1995 ; vol :5 ,pp :3-6

36- HIRSCH. A

La lutte contre la consommation de tabac : bases scientifiques.
Rév. Epidemiol, santé publique, 2005 ; vol : 53, pp : 577-80

37- IBN TAYMIA.A

Al Haschich, éd. Alkawtar, 1985, 191P

38- I.N.S.E.R.M

Bulletin d'information en économie de la santé, N° 97. 2005

39- I. S. S. P

Rapport National Belge Sur les Drogues 2003.

40- LANDRIVON.G , DELAHAGE.F

La Recherche clinique :de l'idée à la publication
Masson éditeur,Paris.1995.205 P

41- KHEDRI. A.

Thèse de médecine. Casablanca, n°61, 1991.

- 42- LE FAOU. A-L, SCEMAMA. O.**
Epidémiologie de tabagisme
Revue des Maladies Respiratoires,2005 ;vol :22,pp :27-32
- 43- LEMAREC. C**
Histoire d'opium médical
Douleurs, 2004 ; vol : 5,pp :83-98.
- 44- LOOBY.A ,EARLEYWINE.M.**
Negative consequences associated with dependence in daily cannabis users
Subst.Abuse.Treat.Prev.Policy,2007;10:2-3
- 45- MINISTERE DE LA SANTE MAROCAIN /OMS**
Enquête nationale sur la prévalence des troubles mentaux et la toxicomanie.
Février 2007
- 46- MURA. P, BRUNEL. B**
Cannabis et accidents de la voie publique : résultat des dernières études françaises.
Annales Pharmaceutiques français ,2006 ;vol : 64 ,pp : 192-96
- 47- NACON.A ,WITTCHEN.HU,PFISTER .H**
Dependence symptoms in young cannabis users?A prospective epidemiological study
J.Psychiatric.Res,2006;40:394-403
- 48-N'DIAYE.M,NDIR.M,QUANTINX,DEMOLY.P**
Habitudes de fumer, attitudes et connaissances des étudiants
de la faculté de médecine,de pharmacie et d'odontostomatologie de Dakar, Sénégal.
Revue des Maladies Respiratoires,2003 ;vol :20,pp :701-9
- 49- N.I. D. A**
Epidemiologic Trends in Drug Abuse
Advance Report, CEWG, 2006.
- 50-OBANDO.P ,KLIEWER.W,MURRELLE.L**
The comorbidity of substance abuse and depressive symptoms
in Costa Rican adolescents
Drogue and Alcohol Dependence,2004;vol:76,pp:37-44
- 51-O. F. D. T**
Drogues illicites et délinquance : regard sur les travaux nord- américains
Tendances, 2001

52- OMS

Séries de rapport techniques, n°116 ,1957

53- OMS

Séries de rapports techniques, n°516, 1973

54- OMS

Comités d'experts de la pharmacodépendance séries de rapports techniques, N° 915, Genève 2003.

55-OULAADA.N

Usage et abus de drogues en milieu universitaire à Marrakech
Thèse de médecine .Casablanca. n°206 .1991

56- PATTON.C ,COFFEY.C ,CARLIN.JB ,DEQENHARDT.L

Cannabis use and mental health in young people :cohort study
BMJ,2002;325:1195-8

57- PERETTI- WATEL. P

Le normal et la pathologique : depressivité et usage de drogues à l'adolescence.
Sciences sociales et santé, 2003, vol 21, pp :

58- REYNAUD. M.

Les Toxicomanies : Alcool, tabac, médicaments, drogues
Maloine SA. Editeur 1984.458 p

59- SANCHEZ/ M, KARILA. L

Sur la banalisation du cannabis et notre responsabilité.
La Presse Médicale, 2006 ; vol :35 ,p p :739-41

60- TISON .P, HAUTEKEETE ; M

Mise en évidence de schémas cognitifs dysfonctionnels chez des toxicomanies.
Journal de thérapie comportementale et cognitive ,1998 ; vol : 8, p : 43-43

61- TISON.p, LEVELER .C , HATEKEETE.M

Etude des choix de stratégies de coping chez les toxicomanies et des non-
consommateurs.
Journal de thérapie comportementale et cognitive ,2001 ;vol :11, pp :136-43.

62- TOUFIQ. J, PAES. M

La prévention de l'usage de drogues au Maroc.
in Les conduites addictives, conduites à risques : quels liens ?
Masson, Paris 2002.

63- TOUHAMI. M

Alcoholism in Morocco

Reports from the social research institute of Alcohol studies,
Helsinki, 1989, 181: 547 – 58

64- TAZI.I ,BOUSAID.F,MOUSSAOUI .D

Enquête sur la toxicomanie chez les lycéens à Casablanca
Congrès Franco maghrébin sur la toxicomanie,1995

65- UNITED NATIONS.

World Drug Report 2005.

66- VIRITZE, Topae. P.

Le malade alcoolique
Masson, Paris ,2001.205 P

67- WECHSLER.H,LEEJE ,KUO.M,SEIBRING .M ,LEE .H

Trends in college binge drinking during a period of increased prevention efforts.
Findings from 4 Harvard school of public health college alcohol study surveys :1993–
2001.
J.Am.Coll.Health.2002; 50:203–17