



كلية الطب  
والصيدلة - مراكش  
FACULTÉ DE MÉDECINE  
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2021

Thèse N° 232

**Prévalence et caractéristiques des conduites  
addictives chez les patients hospitalisés et  
suivis à la consultation psychiatrique  
(Enquête a l'HIN)**

**THÈSE**

**PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 17/12/2021**

**PAR**

**Mlle. Fatima ARABI**

Née Le 10 Novembre 1996 à Tamelelt

**Médecin interne au CHU MOHAMMED VI de Marrakech**

**POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE**

**MOTS-CLÉS**

Addiction – Substances psychoactives – Comorbidités psychiatriques

**JURY**

<b>M.</b>	<b>M. BOURROUS</b> Professeur de Neuro-Pédiatrie	<b>PRESIDENT</b>
<b>Mme.</b>	<b>F. MANOUDI</b> Professeur de Psychiatrie	<b>RAPPORTEUR</b>
<b>Mme.</b>	<b>I. ADALI</b> Professeur de Psychiatrie	} <b>JUGES</b>
<b>Mme.</b>	<b>S. AIT BATAHAR</b> Professeur agrégé de Pneumo-Phtisiologie	

رَبِّ أَوْزِعْنِي  
أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ  
الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ  
وَعَلَى وَالِدَيَّ  
وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ  
وَأَدْخِلْنِي بِرَحْمَتِكَ  
فِي عِبَادِكَ الصَّالِحِينَ





# 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**





*LISTE  
DES PROFESSEURS*



**UNIVERSITE CADI AYYAD**  
**FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE**  
**MARRAKECH**

Doyens Honoraires

: Pr. Badie Azzaman MEHADJI

: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

**ADMINISTRATION**

Doyen

: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la Coopération

: Pr. Mohamed AMINE

Vice doyen aux Affaires Pédagogiques

: Pr. Redouane EL FEZZAZI

Secrétaire Générale

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

**Professeurs de l'enseignement supérieur**

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato- orthopédie	ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie- réanimation	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chir maxillo faciale	FAKHIR Bouchra	Gynécologie- obstétrique
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie- obstétrique	FOURAIJI Karima	Chirurgie pédiatrique
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
ADALI Imane	Psychiatrie	GHOUNDALE Omar	Urologie
ADMOU Brahim	Immunologie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
AISSAOUI Younes	Anesthésie - réanimation	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	JALAL Hicham	Radiologie
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
ALJ Soumaya	Radiologie	KHATOURI Ali	Cardiologie
AMAL Said	Dermatologie	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	KISSANI Najib	Neurologie
AMMAR Haddou	Oto-rhino-laryngologie	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
AMRO Lamyae	Pneumo- phtisiologie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
ARSALANE Lamiaa	Microbiologie -Virologie	LAKMICHY Mohamed Amine	Urologie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie- obstétrique	LAOUAD Inass	Néphrologie

ATMANE El Mehdi	Radiologie	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie – générale
BASRAOUI Dounia	Radiologie	MADHAR Si Mohamed	Traumato- orthopédie
BASSIR Ahlam	Gynécologie- obstétrique	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chiru maxillo faciale
BELKHOUS Ahlam	Rhumatologie	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie (Neonatalogie)
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BENALI Abdeslam	Psychiatrie	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie – réanimation
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BENELKHAÏAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie – générale	MOUFID Kamal	Urologie
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie – orthopédie	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BENJILALI Laila	Médecine interne	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophthalmologie
BENZAROUËL Dounia	Cardiologie	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo- phtisiologie	NAJEB Youssef	Traumato- orthopédie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie- obstétrique	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie – chimie	NEJMI Hicham	Anesthésie- réanimation
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio- Vasculaire	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
BOURRAHOUS Aïcha	Pédiatrie	OUALI IDRÏSSI Mariem	Radiologie
BOURROUS Monir	Pédiatrie	OUBAHA Sofia	Physiologie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHAFIK Rachid	Traumato- orthopédie	QACIF Hassan	Médecine interne
CHAKOUR Mohamed	Hématologie Biologique	QAMOÛSS Youssef	Anesthésie- réanimation
CHELLAK Saliha	Biochimie- chimie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
CHERIF IDRÏSSI EL GANOUNI Najat	Radiologie	RADA Nouredine	Pédiatrie
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
DAHAMI Zakaria	Urologie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino-laryngologie
DRAÏSS Ghizlane	Pédiatrie	ROCHDI Youssef	Oto-rhino-laryngologie

EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie- réanimation	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie- réanimation
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	SARF Ismail	Urologie
EL BARNI Rachid	Chirurgie- générale	SORAA Nabila	Microbiologie - Virologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie- obstétrique
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chir maxillo faciale	TASSI Noura	Maladies infectieuses
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	TAZI Mohamed Illias	Hématologie- clinique
EL HAOURY Hanane	Traumato- orthopédie	YOUNOUS Said	Anesthésie- réanimation
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie - virologie
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZIADI Amra	Anesthésie - réanimation
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	ZOUHAIR Said	Microbiologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	ZYANI Mohammed	Médecine interne
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie		

#### Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	GHAZI Mirieme	Rhumatologie
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie- embyologie cytogénétique
AIT BATAHAR Salma	Pneumo- phtisiologie	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	KADDOURI Said	Médecine interne
ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
BELBACHIR Anass	Anatomie- pathologique	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
BELHADJ Ayoub	Anesthésie -Réanimation	MARGAD Omar	Traumatologie - orthopédie
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo- phtisiologie	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto- Rhino - Laryngologie
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie

BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	NADER Youssef	Traumatologie - orthopédie
CHRAA Mohamed	Physiologie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
DAROUASSI Youssef	Oto-Rhino - Laryngologie	SEDDIKI Rachid	Anesthésie - Réanimation
EL HAOUATI Rachid	Chirurgie Cardio-vasculaire	SERGHINI Issam	Anesthésie - Réanimation
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	ZARROUKI Youssef	Anesthésie - Réanimation
EL MEZOUARI El Moustafa	Parasitologie Mycologie	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie thoracique
FAKHRI Anass	Histologie- embryologie cytogénétique		

#### Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
AABBASSI Bouchra	Pédopsychiatrie	ESSADI Ismail	Oncologie Médicale
ABALLA Najoua	Chirurgie pédiatrique	FASSI Fihri Mohamed jawad	Chirurgie générale
ABDELFETTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	FDIL Naima	Chimie de Coordination Bio- organique
ABDOU Abdessamad	Chiru Cardio vasculaire	FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique
ABOULMAKARIM Siham	Biochimie	HAJHOUI Farouk	Neurochirurgie
ACHKOUN Abdessalam	Anatomie	HAJJI Fouad	Urologie
AIT ERRAMI Adil	Gastro-entérologie	HAMMI Salah Eddine	Médecine interne
AKKA Rachid	Gastro - entérologie	Hammoune Nabil	Radiologie
ALAOUI Hassan	Anesthésie - Réanimation	HAMRI Asma	Chirurgie Générale
ALJALIL Abdelfettah	Oto-rhino-laryngologie	HAZIME Raja	Immunologie
AMINE Abdellah	Cardiologie	JALLAL Hamid	Cardiologie
ARROB Adil	Chirurgie réparatrice et plastique	JANAH Hicham	Pneumo- phtisiologie
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
AZAMI Mohamed Amine	Anatomie pathologique	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Hématologie clinique
AZIZ Zakaria	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	LAHMINI Widad	Pédiatrie
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	LALYA Issam	Radiothérapie
BABA Hicham	Chirurgie générale	LAMRANI HANCH Asmae	Microbiologie-virologie

BELARBI Marouane	Néphrologie	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	MAOUJOURD Omar	Néphrologie
BELGHMAIDI Sarah	Ophtalmologie	MEFTAH Azzelarab	Endocrinologie et maladies métaboliques
BELLASRI Salah	Radiologie	MESSAOUDI Redouane	Ophtalmologie
BENANTAR Lamia	Neurochirurgie	MILOUDI Mohcine	Microbiologie - Virologie
BENCHAFAI Ilias	Oto-rhino-laryngologie	MOUGUI Ahmed	Rhumatologie
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie	NASSIH Houda	Pédiatrie
BENZALIM Meriam	Radiologie	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice et Plastique
BOUTAKIOUTE Badr	Radiologie	OUEIAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
CHAHBI Zakaria	Maladies infectieuses	OUMERZOUK Jawad	Neurologie
CHEGGOUR Mouna	Biochimie	RAGGABI Amine	Neurologie
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	RAISSI Abderrahim	Hématologie clinique
CHETTATI Mariam	Néphrologie	REBAHI Houssam	Anesthésie - Réanimation
DAMI Abdallah	Médecine Légale	RHARRASSI Isam	Anatomie-patologique
DARFAOUI Mouna	Radiothérapie	RHEZALI Manal	Anesthésie-réanimation
DOUIREK Fouzia	Anesthésie- réanimation	ROUKHSI Redouane	Radiologie
EL- AKHIRI Mohammed	Oto- rhino- laryngologie	SAHRAOUI Houssam Eddine	Anesthésie-réanimation
EL AMIRI My Ahmed	Chimie de Coordination bio-organnique	SALLAHI Hicham	Traumatologie- orthopédie
EL FADLI Mohammed	Oncologie médicale	SAYAGH Sanae	Hématologie
EL FAKIRI Karima	Pédiatrie	SBAAI Mohammed	Parasitologie-mycologie
EL GAMRANI Younes	Gastro-entérologie	SBAI Asma	Informatique
EL HAKKOUNI Awatif	Parasitologie mycologie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
EL JADI Hamza	Endocrinologie et maladies métaboliques	SIRBOU Rachid	Médecine d'urgence et de catastrophe
EL KHASSOUI Amine	Chirurgie pédiatrique	SLIOUI Badr	Radiologie
ELATIQUI Oumkeltoum	Chirurgie réparatrice et plastique	WARDA Karima	Microbiologie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	YAHYAOUI Hicham	Hématologie
ELJAMILI Mohammed	Cardiologie	ZBITOU Mohamed Anas	Cardiologie
ELOUARDI Youssef	Anesthésie réanimation	ZOUIA Btissam	Radiologie
EL-QADIRY Rabiyy	Pédiatrie	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio- vasculaire

LISTE ARRÊTÉE LE 23/06/2021



*DÉDICACES*

*Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut...  
Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude, L'amour, le  
respect, la reconnaissance que j'ai pour  
toutes les personnes qui m'ont soutenue durant mon parcours,  
qui ont su me hisser vers le haut pour atteindre mon objectif.*



*Je dédie cette thèse à...*

الله

*Le tout puissant et miséricordieux, qui m'a donné la force et la patience d'accomplir ce modeste travail, qui m'a inspirée et guidée dans le bon chemin, je lui dois ce que je suis devenue. Louanges et remerciements pour sa clémence et sa miséricorde*

*A ma douce mère, Majida LAKHDAR*

إهداء لامي , مجيدة لخضر

القلب الحنون, الحزن الدافئ

في صدري تختنق الكلمات و تتنافس آلاف العبارات و يجف حبر قلبي و لا أوفيك من  
الكلام حقا يا أمي.

لا اقتباسا ينصفك, لا نصا يكفي للحديث عنك, أنت النعمة, أنت الفضل, أنت الخير,  
أنت الكل.

مهما قيل و مهما يقال, لن يعبر حق التعبير عن مدى محبتي, احترامي و امتناني لك  
يا أمي.

كل ما أنا و كل ما أرجو كونه, أنا مدينة به لك يا أمي.

لا تسعني الدنيا فخرا بكوني ابنتك يا أمي.

كفاني الله بك وجودا , فله الحمد حتى الرضى.

إلى قلب ينبض من الحب اللامنفي

إلى نبع يفيض من الحنان اللامنفي

إلى صدر يضمني كلما ضاقت بي الدنيا

إلى أم مجيدة أفنت حياتها في سبيلنا

إليك أمي..

*A mon cher père, Moha ARABI*

*Un père sans paire,*

*Baba, aucune lettre, aucun mot, aucun texte ne saurait exprimer mon  
profond amour pour toi ni ma grande fierté d'être ta fille.*

*J'ai toujours trouvé dans Ton amour inconditionnel la motivation et  
l'énergie dont j'avais besoin, tu m'as toujours soutenue, encouragée, Tu as  
toujours été présent pour moi, tu as toujours été le réconfort, tu as*

*toujours cru en moi et tu m'as fait croire en moi, tu as toujours cherché les bons mots pour me repousser vers le chemin droit, tu as toujours fait de mon éducation une priorité. Et plus que tout, tu m'as offert un exemple à suivre dans la vie, par tes précieuses valeurs et tes grandes qualités. Quoique je puisse dire ou écrire, rien ne rendrait justice à Tes sacrifices pour nous, et si j'en suis là aujourd'hui, c'est grâce à vous toi et Mama.*

*Puisse Dieu vous garder pour moi.*

*Je te suis reconnaissante comme on ne peut jamais l'être et J'espère être à la hauteur de l'éducation que tu m'as inculquée et ne jamais te décevoir. Je dédie ce modeste travail à un père qui m'a inconditionnellement aimée, un père qui m'as toujours supportée, un cœur que je chérirai à jamais.*

*A toi baba..*

وَقُلْ رَبِّ ارْحَمْهُمَا  
كَمَا رَّبَّنَا نِي صَغِيرًا

سورة الاسراء 24

*A mes très chers grands-parents Moammed LAKHDAR,*

*Fettoum LHERRASS,*

*Deux bonnes âmes qui m'arrosent de leurs bénédictions et leurs prières  
pour moi. vous êtes deux perles rares.*

*Je vous dédie ce travail en témoignage de mon amour, ma reconnaissance  
pour votre tendresse intarissable et  
votre amour infini.*

*J'implore Dieu, le tout puissant, pour qu'il vous accorde une longue vie et  
une bonne santé.*

*A la mémoire de mes grands-parents Lhou ARABI, Haddâ QADDIR*

*Que Dieu ait vos âmes.*

*vous absence de notre vie laisse un vide que personne ne pourrait jamais  
combler, mais Vous êtes toujours vivants dans nos cœurs.*

*Je vous voue beaucoup d'amour et de respect.*

*Que Dieu, le miséricordieux, vous accueille dans son éternel paradis.*

*A ma très chère sœur Mariam, et son aimable mari Karim.*

*Ma douce sœur,*

*Tu n'as cessé de me soutenir et de m'encourager durant mes années  
d'études, tu as toujours été présente à mes cotés pour me consoler quand il  
fallait, Je ne te remercierai jamais assez, d'avoir toujours cru en moi, de  
m'avoir toujours défendue, de m'avoir toujours supportée et plus que tout  
d'avoir existé dans ma vie.*

*Tu as toujours été mon exemple, et tu le serais à tout jamais,  
Mon amour, mon respect et ma gratitude pour toi dépassent ce que les  
mots peuvent transmettre.*

*Sache bien que tes stupides blagues me manquent chaque jour.  
Je vous souhaite une longue et joyeuse vie pleine d'amour et de bonheur.*

*A mon très cher frère, Hichame,*

*Petit frère, petit chouchou,*

*je ne peux que me rappeler du premier jour où je t'ai tenu dans mes bras,  
tout minuscule que tu étais à ne rien faire dans la vie que têter et dormir.*

*en ce jour-là, notre bonheur s'est comblé.*

*Merci de m'avoit toujours soutenue, encouragée, distrait par ton humour,  
et surtout merci d'avoir embelli mon univers par ton existence.*

*Je te dédie ce travail en témoignage d'un grand amour et affection, que  
seul un petit frère peut conquérir.*

*A toutes mes tantes, mes oncles, mes cousins, mes cousines, à toute la  
famille ARABI, à toute la famille LAKHDAR,*

*Chère famille, je suis honorée d'être l'une de vous, je vous suis  
énormément reconnaissante pour tout le soutien, toute l'affection et tout  
l'amour.*

*Je vous dédie ce modeste travail en témoignage de ma sincère gratitude  
et mon profond respect.*

*A ma chère amie Soumia ALLAOUI et son mari Ayoub*

*L'amie, la sœur, la colocatrice, l'ancienne,*

*Soumia chérie, tu sais déjà tout.*

*Le plus beau cadeau que la fmpm m'a offert, merci pour ton soutien, ta  
patience, ton accompagnement, tes conseils, et surtout ta présence.*

*La vie étudiante a eu des goûts sucrés à tes côtés.*

*Je te dédie ce modeste travail en témoignage de mon grand respect et ma  
gratitude.*

*Je vous souhaite une longue et joyeuse vie pleine d'amour et de bonheur.*

*A mon cher ami et binôme Ayoub ALAOUI,*

*La découverte de l'internat, merci pour ta générosité, ta serviabilité, ton soutien et ta bonté.*

*A mes chers amis*

*Zakia Askhatir, Mohamed Hasani, Khadija Boumounir, Noura Smounou, Rita baroudi amine, Sanaa Babahada, Latifa Oumaïouf, Soukaina Radi, Wafae Bardal, Mariame Ouaziz, Ikram Sebbar*  
*J'ai eu beaucoup d'honneur de passer des moments précieux en votre compagnie. merci les amis pour la bienveillance de vos cœurs.*

*A tous mes amis et collègues de la 19<sup>ème</sup> promotion des internes :*

*EL ATTAR, EL OUARDI, KIAL, BOUMADIANE, CHADBELLAH, MOUSTAHFID, NAFFIDI, NEHAME, MOUMEN, MALHABI, ABOUDAR, EL MANSOURI, SBIHI, IDAM, LAALOU, JOUAHRI, MANSAR, ZTATI, LEMKHOUEM, HAMDAROU, AMOU, OUMLOUL, LALOULY, OUAZZANI, AKRIM, AITLKIHEL, JAMIL, BOUHDOUD, CHERKI, EL KADDOURI, BOUMEHDI, ELMACHI, HAKIM, MAJIDI, OUMLOUL, ROCHD, HAZMIRI, KABBAJ, TOUILITE, YOUBI, ALMAGOUSSI, MERNISSI, AMOU, MIMOUNI, HAMDANE, YASSIN, HADOU, BOULAMAAT, MAJHOUL, ...*

*La deuxième famille, vous êtes une fierté.*

*Aux souvenirs des moments qu'on a passé ensemble.*

*A mes amis et collègues du groupe d'externat*

*Basma Atik, Oumaima Aqbour, Jinane Bari, Ayoub Baji, Ismaïl Baknnaï, Maouane Atmane, Imane Bazi, Hind Azal...*

*J'ai eu beaucoup de plaisir de partager avec vous mes années d'étude, je vous souhaite beaucoup de courage et de réussite.*

*A tous mes amis et collègues de la 20 ème promotion des internes :*  
*oumaïma ouahí, ayoub mouhssine, dounia nadifiyine, houda el garni...*

*A tous les amimiens et toutes les ammimiennes*

*A toute l'équipe du service des urgences pédiatriques:*

*Un grand merci à professeur BOURROUS qui m'a fait l'honneur de  
présider ma thèse,*

*A professeur OUIDAD, merci professeur pour la bonté et la bienveillance  
de votre coeur.*

*A docteur HANAFI et docteur SAADI, les meilleures pédiatres au  
monde.*

*A tous les adorables pédiatres du service.*

*A tout le personnel paramédical du service.*

*A tous mes professeurs et maîtres qui m'ont imbibée de leur Savoir depuis  
la crèche.*

*A tous ceux dont l'oubli du nom n'est pas celui du cœur.*

*A tous ceux qui me sont très chers et que j'ai omis de citer.*

*A tous ceux qui ont participé de près ou de loin à l'élaboration de ce  
travail.*



*REMERCIEMENTS*



*À MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE:*

*PROFESSEUR MOUNIR BOURROUS*

*PROFESSEUR EN NEURO-PÉDIATRIE ET CHÉF DE SERVICE DES  
URGENTES PÉDIATRIQUES A L'HOPITAL MÈRE-ENFANT*

*Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de présider le jury de ma thèse. J'ai la chance et le privilège de travailler sous votre direction, de profiter de votre culture scientifique, vos compétences professionnelles ainsi que vos qualités humaines. Veuillez, cher maître trouver dans ce modeste travail l'expression de ma haute considération et ma profonde admiration.*

*À MON MAÎTRE ET RAPPORTEUR DE THÈSE :*

*PROFESSEUR FATIHA MANOUDI*

*PROFESSEUR DE PSYCHIATRIE, CHÉF DE SERVICE DE  
PSYCHIATRIE ET DIRECTRICE DE L'HOPITAL IBN NAFISS*

*Vous m'avez fait un grand honneur en acceptant de me confier ce travail. Je vous remercie vivement d'avoir dirigé ce travail sans ne jamais épargner aucun effort pour me guider dans le chemin sinueux de la recherche. Je serais toujours reconnaissante pour votre grande disponibilité, votre simplicité et votre patience. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance, de mon profond respect et de ma vive gratitude.*

*A MON MAÎTRE ET JUGE :*

*PROFESSEUR IMANE ADALI*

*PROFESSEUR DE PSYCHIATRIE A L'HOPITAL IBN NAFISS*

*Je suis très touchée par la gentillesse avec laquelle vous avez bien voulu accepter de juger ce travail. Votre parcours professionnel, votre compétence incontestable, votre charisme et vos qualités humaines font de vous un grand professeur et m'inspirent une grande admiration. Permettez-moi, cher maître de vous exprimer mon profond respect et ma haute considération.*

*A MON MAÎTRE ET JUGE :*

*PROFESSEUR SALMA AIT BATAHAR*

*PROFESSEUR DE PNEUMO-PHYSIOLOGIE AU CHU MED VI DE  
MARRAKECH*

*Vous me faites un grand honneur en acceptant de vous associer à notre jury de thèse. Vous m'avez toujours réservée le meilleur accueil malgré vos obligations professionnelles. Votre aimabilité, votre compétence, vos qualités humaines et professionnelles m'inspirent une admiration et un grand respect. Veuillez accepter, cher maître, dans ce travail l'assurance de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.*



# *ABBREVIATIONS*



## Liste des abréviations

- ATCD** : Antécédent
- APA** : Accès psychotique aigu
- DSM** : Diagnostic and statistical manual of mental disorders
- HIN** : Hôpital Ibn Nafiss
- OMS** : Organisation mondiale de la santé
- SPA** : Substance psycho-active
- ONDA** : National des Drogues et des Addictions
- SPSS** : Statistical Package for the Social Sciences
- SDF** : Sans domicile fixe
- TOC** : Trouble obsessionnel compulsif
- ONU** : Organisations des nations unies
- OEDT** : Observatoire européen des drogues et des toxicomanies
- PEC** : Prise en charge



*PLAN*

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>MATERIELS ET METHODES</b> .....	<b>4</b>
I. Matériels de l'étude.....	<b>5</b>
1. Type de l'étude.....	<b>5</b>
2. Population étudiée.....	<b>5</b>
3. Outils de travail.....	<b>5</b>
4. critères d'inclusion et d'exclusion.....	<b>6</b>
5. Méthode de recherche bibliographique.....	<b>6</b>
II. méthode statistique.....	<b>7</b>
1. Collecte des données.....	<b>7</b>
2. l'analyse statistique.....	<b>7</b>
III. Aspects éthiques.....	<b>7</b>
<b>RESULTATS</b> .....	<b>8</b>
I. ANALYSE DESCRIPTIVE.....	<b>9</b>
1. Profil sociodémographique des patients.....	<b>9</b>
2. antécédents personnels et familiaux.....	<b>16</b>
3. caractéristiques du comportement addictif.....	<b>21</b>
II. Analyse bivariée.....	<b>33</b>
1. Corrélacion entre la consommation de SPA et l'âge.....	<b>33</b>
2. Corrélacion entre consommation de SPA et le sexe.....	<b>34</b>
3. Corrélacion entre la consommation de SPA et Situation maritale.....	<b>35</b>
4. Corrélacion entre la consommation de SPA et le Niveau socio-économique.....	<b>36</b>
5. Corrélacion entre la consommation de SPA et la Situation professionnelle.....	<b>36</b>
6. Corrélacion entre la consommation de SPA et les Antécédents judiciaires.....	<b>37</b>
7. Corrélacion entre la consommation de SPA et les Antécédents familiaux psychiatriques.....	<b>38</b>
8. Corrélacion entre la consommation de SPA et les Antécédents familiaux toxiques.....	<b>39</b>
9. Corrélacion entre la consommation de SPA et le Degré d'addiction.....	<b>40</b>
10. Corrélacion entre la consommation de SPA et les comorbidités psychiatriques.....	<b>41</b>
11. Comorbidités psychiatriques et âge.....	<b>42</b>
12. Comorbidités psychiatriques et sexe.....	<b>43</b>
<b>DISCUSSION</b> .....	<b>44</b>
GENERALITES SUR L'ADDICTION.....	<b>45</b>
I. l'addiction.....	<b>45</b>
1. Quelques définitions sémantiques.....	<b>45</b>
2. Neurobiologie de l'addiction.....	<b>48</b>
3. Les principaux produits psychoactifs.....	<b>49</b>
II. Etiopathogénie de l'addiction.....	<b>55</b>
1. Approche psychanalytique.....	<b>55</b>
2. Approche familiale.....	<b>55</b>
3. Approche cognitivo- comportementaliste.....	<b>56</b>

4. Approche génétique.....	57
III. Retentissement socio-économique de l'addiction.....	47
DISCUSSION DE NOS RESULTATS.....	61
I. L'âge.....	61
II. Le sexe.....	62
III. L'origine géographique.....	63
IV. Le niveau d'instruction.....	64
V. Le Niveau socio-économique.....	65
VI. L'âge de début de consommation.....	66
VII. Les initiateurs.....	67
VIII. Evaluation de la dépendance chez les patients consommateurs des SPA.....	67
IX. Evaluation des comorbidités psychiatriques.....	69
1. Les troubles dépressifs.....	69
2. Les troubles anxieux.....	70
3. Evaluation des troubles psychotiques.....	71
4. Evaluation des troubles bipolaires.....	72
LIMITES DE L'ETUDE.....	74
RECOMMANDATIONS ET SUGGESTIONS.....	76
CONCLUSION.....	78
ANNEXES.....	80
RESUMES.....	87
BIBLIOGRAPHIE.....	94



***INTRODUCTION***



L'usage des substances psychoactives (SPA) est devenu une menace majeure de santé publique et une réalité complexe pour les sociétés, malgré les efforts consentis pour juguler son expansion.

L'OMS a estimé en 2013 qu'un total de 246 millions individus, soit une personne sur 20, âgée de 15 à 64 ans, consomme des SPA, dont plus de 10% sont des consommateurs réguliers qui mènent quotidiennement des tentatives de sevrage. Ceci dit, 27 millions de personnes souffrent à cause de l'usage des SPA.(1)

Le Maroc n'échappe pas à ce phénomène, en effet, l'Observatoire national des drogues et des addictions (ONDA) a publié en 2014 qu'au moins 800 000 Marocains consomment des SPA , soit 4 à 5% de la population adulte du royaume. Plus de 95% de ces usagers, soit 750 000 personnes, consomment du cannabis.(2)

Ces consommations sont lourdes de conséquences pour les individus comme pour les sociétés ; Au-delà des pertes économiques et socioprofessionnelles, des risques et infractions judiciaires, et des conséquences sanitaires, les décès constituent la manifestation la plus extrême de ces conséquences (3).

Ces comorbidités addictives se voient particulièrement fréquentes chez les patients présentant des troubles psychiatriques chroniques(4), qui peuvent être préexistants ou au contraire générées par l'addiction. La notion de comorbidité renvoie bien à cette coexistence de troubles psychiatriques et addictifs, ainsi, Le fait de présenter une conduite addictive augmente le risque de multiplier les troubles psychiatriques chez un même sujet ; 12 % de sujets présentant au moins deux troubles psychiatriques associés avaient une comorbidité addictive contre 1 % chez les sujets ne présentant pas de dépendance aux SPA, ce qui en fait un facteur de risque(5), et en population générale les sujets souffrant d'un trouble psychiatrique présentent ou auraient présenté un usage de SPA, Les prévalences les plus élevées apparaissent chez les patients ayant une schizophrénie ou des troubles bipolaires(6-11).

Face à ces situations complexes, il importe alors d'élargir la compréhension des addictions aux drogues et d'en préciser les caractéristiques(12).

Ainsi, le présent travail se propose d'étudier de près les modes de consommation de la SPA chez les patients hospitalisés et suivis à la consultation psychiatrique. Le travail s'est déroulé à l'hôpital Ibn Nafiss sur une période de 6 mois, allant d'avril 2021 à octobre 2021. Au cours de cette étude, nous avons fixé comme objectifs de :

- Déterminer la prévalence des conduites addictives.
- Evaluer leurs caractéristiques et la gravité de la dépendance.
- Mettre en évidence la relation bidirectionnelle existante entre le trouble addictif et le trouble psychiatrique.

Il est important de cerner ce sujet d'une bonne connaissance pour lutter contre sa diffusion dans la société.



*MATÉRIELS  
ET MÉTHODES*



## **I. Matériels de l'étude**

### **1. Type de l'étude :**

Nous avons mené une étude prospective transversale à visées descriptive et analytique, dans le but de préciser la prévalence et les caractéristiques des conduites addictives chez les patients de l'hôpital Ibn Nafiss.

### **2. Population étudiée :**

Notre enquête a concerné un échantillon de 200 patients hospitalisés et suivis en consultation à l'hôpital Ibn Nafiss pour des troubles psychiatriques et qui présentent des comorbidités addictives, sur une période allant d'avril 2021 à octobre 2021.

### **3. Outils de travail**

#### **3.1. L'entretien psychiatrique**

L'entretien clinique a permis d'entrer en contact avec les patients et de collecter les informations utiles selon les rubriques de la fiche d'exploitation.

#### **3.2. Fiche d'exploitation (voir annexe 1) :**

La collecte des données s'est faite à l'aide d'une fiche d'exploitation, conçue à cet effet, permettant de recueillir l'ensemble des données caractéristiques pour chaque patient. Elle comporte trois rubriques:

##### **a. La première rubrique :**

Elle décrit les caractéristiques sociodémographiques du patient.

**b. La deuxième rubrique :**

Elle renseigne sur les antécédents personnels et familiaux du patient

**c. La troisième rubrique :**

Détaille les caractéristiques et modalités de la conduite addictive :

- Modalités d'initiation à l'addiction
- Parcours de l'addiction
- Perception du patient
- Tentatives de sevrage
- le début de la consommation par rapport à la maladie.
- les caractéristiques du trouble mental associé
- une évaluation de l'addiction, selon l'échelle d'addiction à une substance validée par le DSM 5. (voir annexe 2)

**4. critères d'inclusion et d'exclusion :**

Nous avons inclus dans l'étude tout patient hospitalisé et/ou suivi en consultation à l'hôpital Ibn Nafiss, sur la période de l'étude, pour un trouble mental et qui présente une comorbidité addictive, sous réserve qu'il soit stable, cohérent et consentant à l'étude.

Tout patient ne répondant pas à ces critères a été exclu de l'étude.

**5. Méthode de recherche bibliographique**

Nous avons fait une recherche sur

- les articles traitant la consommation des SPA et les troubles mentaux, sur la bibliothèque de MEDLINE, HINARI, Pub Med et Science Direct.
- Les travaux de thèse dans les bibliothèques des Facultés de médecine du Maroc, Tunisie, France et Canada.

## **II. méthode statistique**

### **1. Collecte des données**

Le recueil des données de chaque patient s'est fait sur la base d'un entretien psychiatrique guidé par la fiche d'exploitation. Les renseignements recueillis ont été notés sur le logiciel Microsoft Excel.

### **2. l'analyse statistique**

L'analyse statistique a été effectuée à l'aide du logiciel SPSS version 19.0. L'analyse descriptive a consisté au calcul des fréquences absolues et relatives.

En analyse bivariée, la comparaison des variables qualitatives a fait appel au test statistique de Chi2 de Pearson et celui de Fisher si nécessaire. Le seuil de signification choisi correspond à une valeur de  $p < 0.05$ .

## **III. Aspects éthiques :**

- Cette étude est un sujet de thèse accepté par le comité des thèses de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech.
- L'étude a été effectuée dans le respect strict des principes fondamentaux de la recherche médicale.
- L'étude a pris en compte le respect de l'anonymat des patient durant les différentes étapes de l'étude et ceci est grâce à un système de codification des fiches d'exploitation.
- L'étude a pris en considération le consentement des patients participants ainsi que la confidentialité des données.

A decorative floral border consisting of two symmetrical, ornate scrollwork designs with small flowers and leaves, framing the central text.

*RESULTATS*

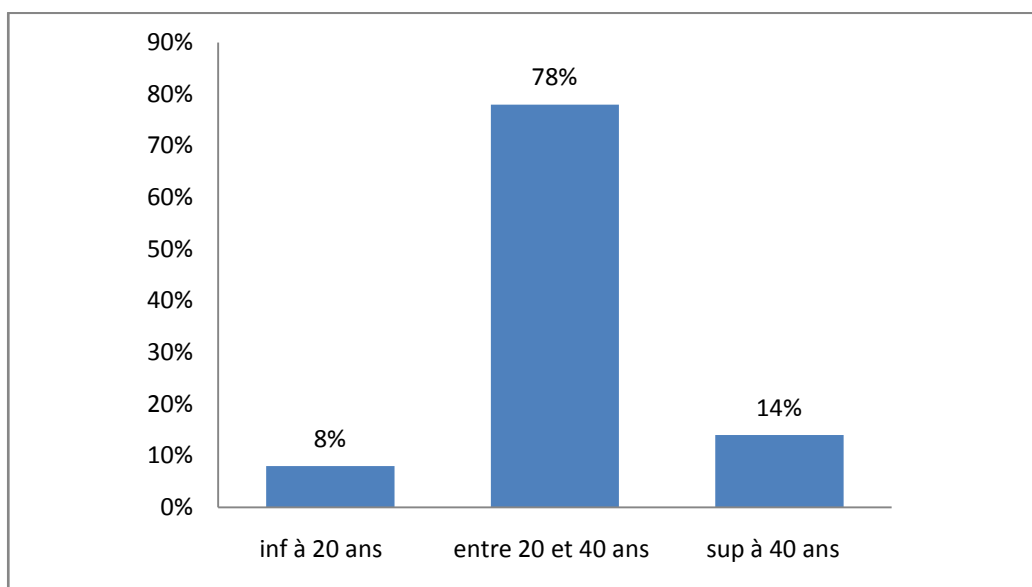
## I. ANALYSE DESCRIPTIVE

### 1. Profil sociodémographique des patients :

#### 1.1. Age :

L'âge moyen est de 30.6 ans, (Extrêmes : 17 et 60 ans).

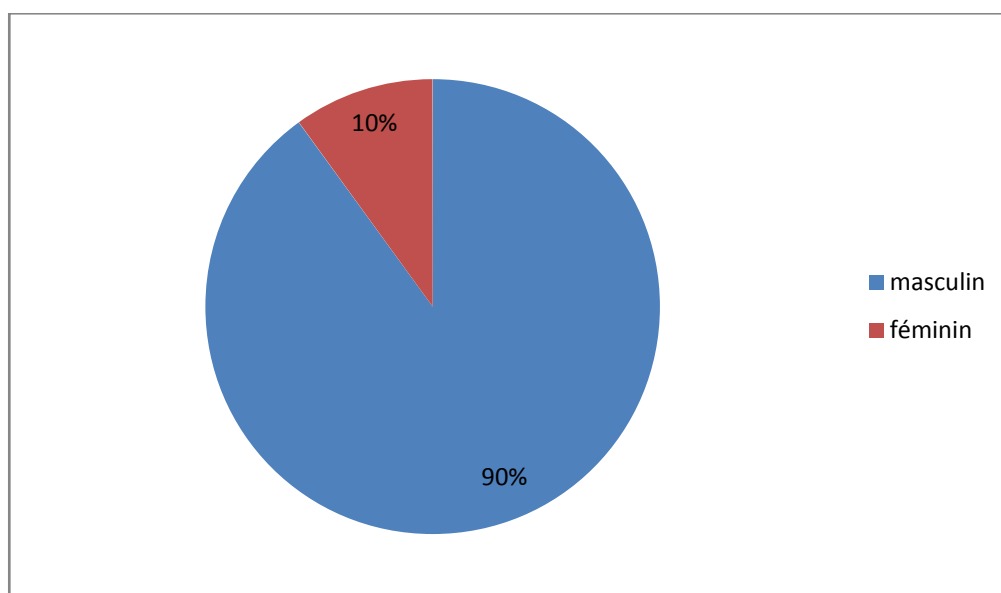
Avec une prédominance de la tranche d'âge comprise entre 20 et 40 ans soit 78 % (n=156 usagers), 8% ont moins de 20 ans (n= 16) et 14% ont plus de 40 ans (n= 28).



**Figure 1: Répartition des patients selon l'âge**

#### 1.2. Sexe :

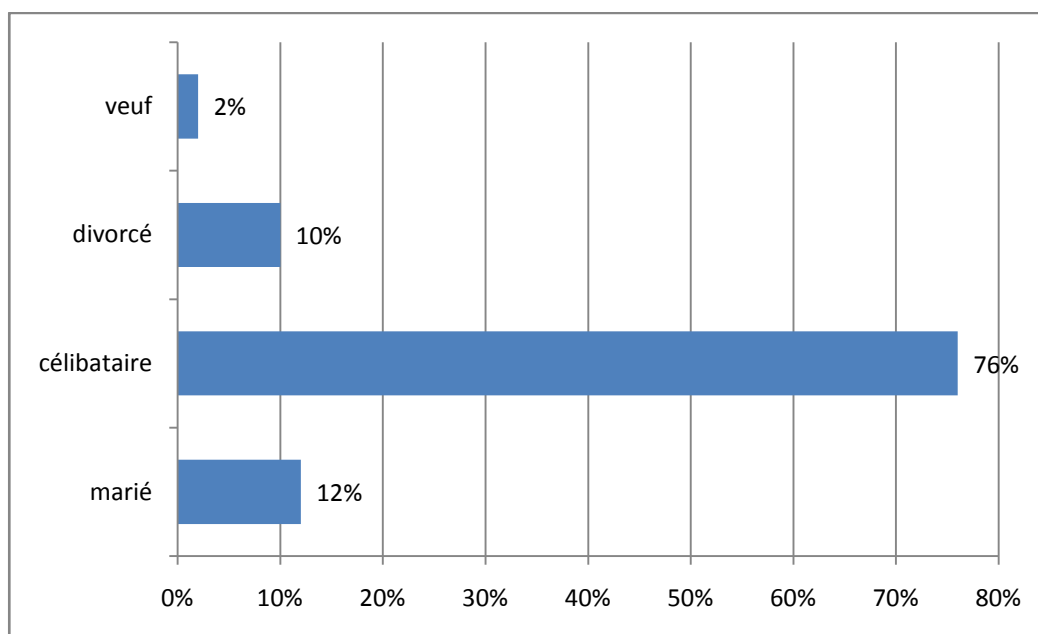
Dans notre échantillon 90% soit (n= 180) des usagers sont de sexe masculin alors que 10% soit (n= 20) sont de sexe féminin.



**Figure 2 : Répartition des patients selon le sexe**

### **1.3. La situation maritale**

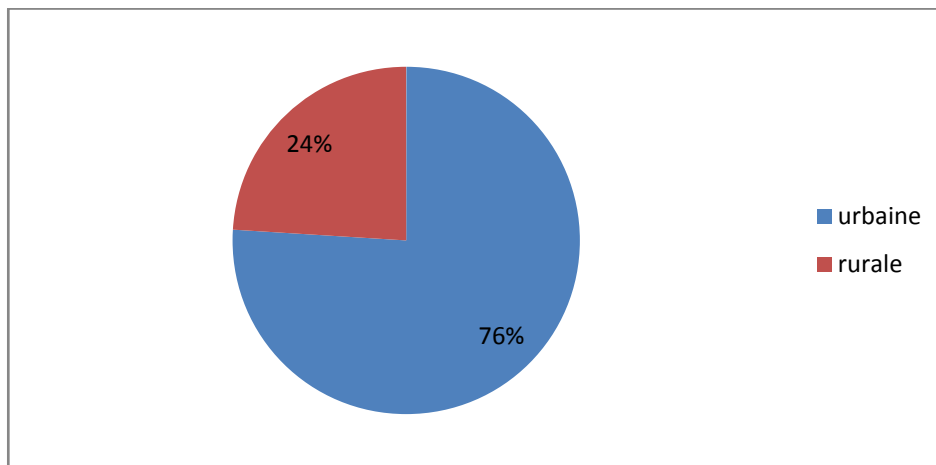
Dans l'ensemble de l'échantillon étudié, 76% des patients sont célibataires, 12% sont mariés, 10% divorcés et 2% veufs.



**Figure 3 : Répartition selon la situation maritale**

#### 1.4. Origine géographique :

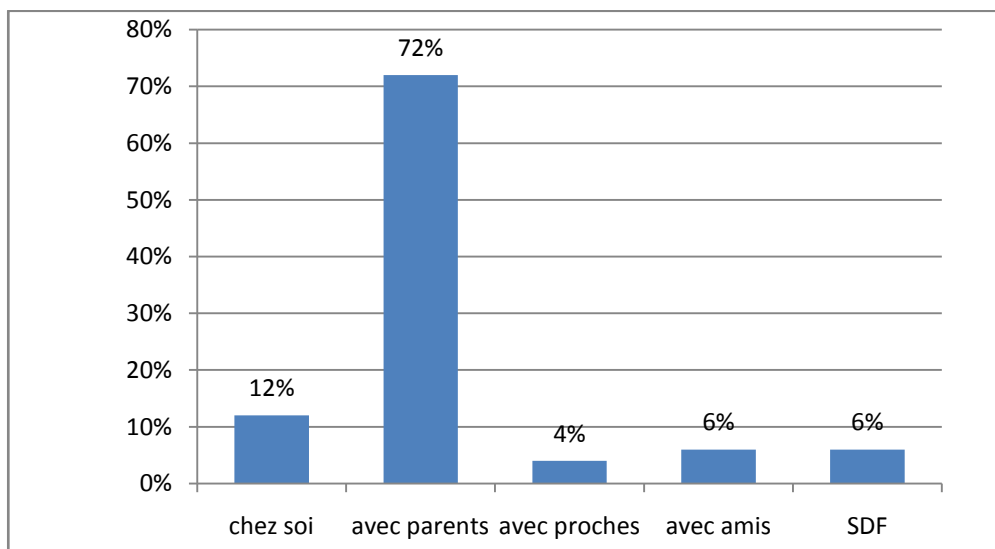
Plus des des deux tiers de la population étudiée sont d'origine urbaine (76%).



**Figure 4 :** Répartition des patients selon l'origine géographique

#### 1.5. Type de logement

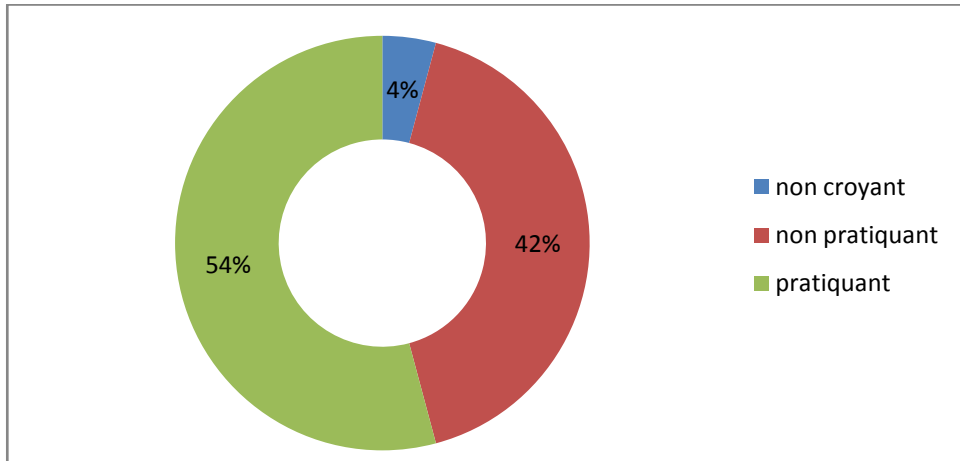
La majorité (72%) des patients dans notre échantillon vivent avec leurs parents, 4% vivent chez des proches et 10% avec des amis ou sans domicile fixe , et uniquement 12% des patients disposent d'un domicile propre



**Figure 5 :** Répartition des patients selon le logement

### 1.6. Pratique religieuse

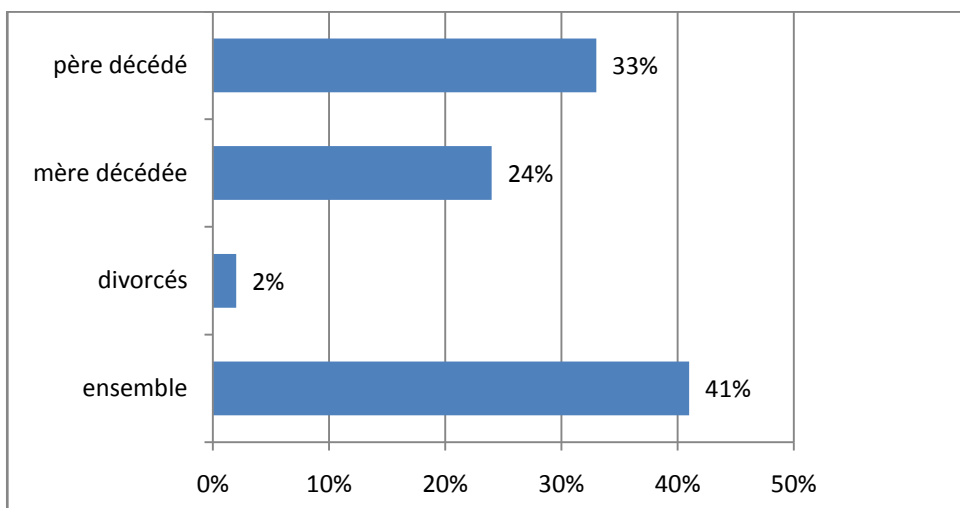
Plus que la moitié (54 %) des patients dans notre échantillon se sont déclarés pratiquant contre 42% de non pratiquant de religiosité, en revanche 4% des patients se sont déclarés non croyant.



**Figure 6 : pratique religieuse**

### 1.7. situation des parents

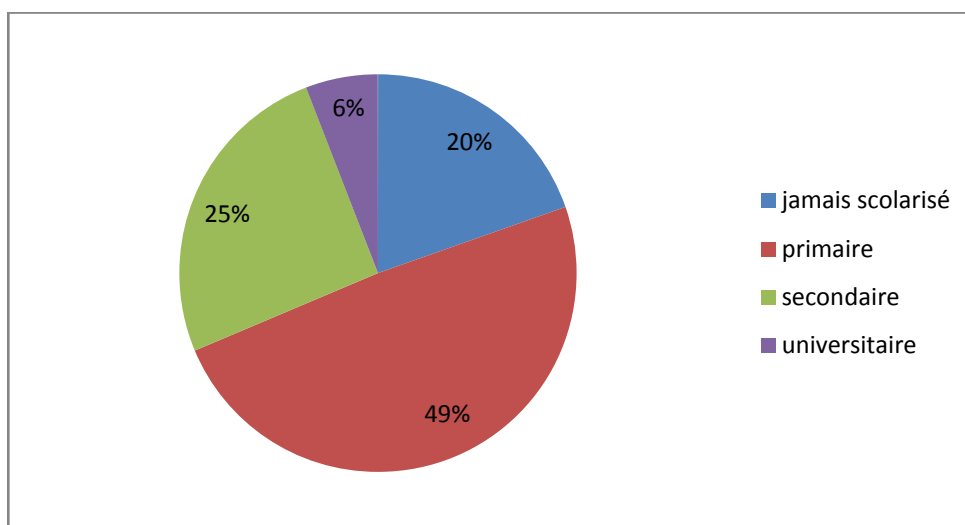
Dans notre échantillon 41% des patients ont des parents qui vivent ensemble, tandis que 2% ont des parents divorcés, 33% ont un père décédé et 24% une mère décédée.



**Figure 7 : situation des parents**

### 1.8. Niveau d'instruction

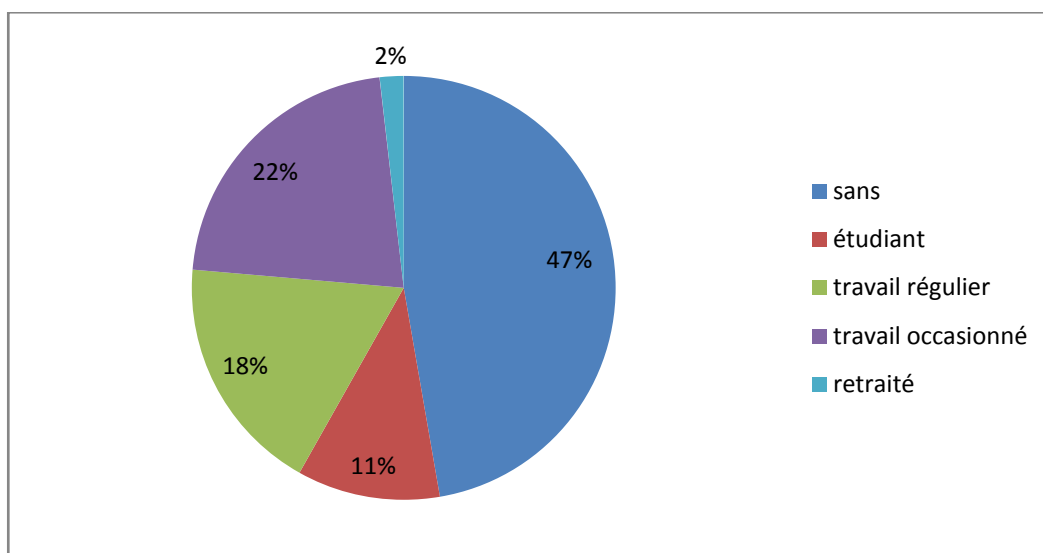
Plus que les deux tiers (69%) des patients ne dépassent pas le niveau primaire.



**Figure 8 : répartition des patients selon le niveau d'instruction**

### 1.9. statut professionnel

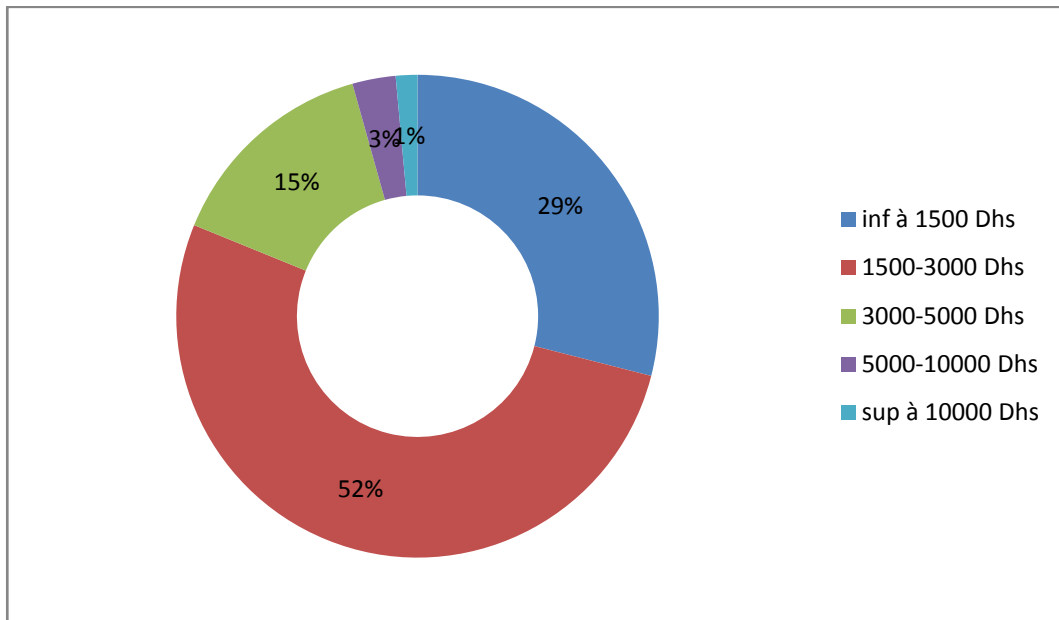
Plus du tiers de nos patients (47%) sont sans emploi. 18% disposent d'un travail régulier. Le reste des patients dans l'échantillon se répartit entre étudiant à hauteur de 11% et travailleur occasionnel à hauteur de 22%, et 2% des usagers dans l'échantillon sont retraités.



**Figure 9 : Répartition des patients selon le statut professionnel**

### **1.10. niveau économique**

Chez la majorité des patients (81 %), nous retrouvons un niveau socioéconomique bas avec un revenu mensuel ne dépassant pas 3000 Dhs.



**Figure 10 : répartition des patients selon le revenu mensuel**

**Tableau récapitulatif I : Les caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée :**

caractéristiques	effectif	pourcentage
<b>Age:</b>		
Inf à 20 ans	16	8%
20 ans à 40 ans	156	78%
Sup à 40 ans	28	14%
<b>Sexe</b>		
Féminin	20	10%
Masculin	180	90%
<b>Situation maritale</b>		
Mariés	24	12%
Célibataires	152	76%
Divorcés	20	10%
Veufs	4	2%
<b>Origine</b>		
Urbaine	48	24%
Rurale	154	76%
<b>Logement</b>		
Chez soi	24	12%
Avec parents	144	72%
Avec proches	8	4%
Avec amis	12	6%
SDF	12	6%
<b>Pratique religieuse</b>		
Non croyant	8	4%
Pratiquant	108	54%
Non pratiquant	84	42%
<b>Situation des parents</b>		
Ensemble	82	41%
Divorcés	4	2%
Mère décédée	48	24%
Père décédé	66	33%
<b>Niveau d'instruction</b>		
Jamais scolarisé	40	20%
Primaire	98	49%
Secondaire	50	25%
Universitaire	12	6%

**Tableau récapitulatif I : Les caractéristiques sociodémographiques  
de la population étudiée (suite)**

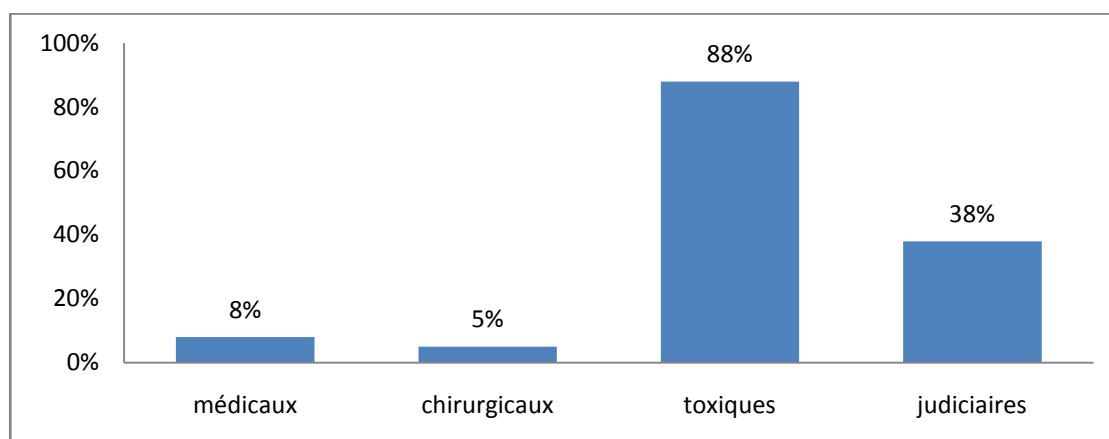
caractéristiques	effectif	pourcentage
<b>Profession</b>		
Sans	94	47%
Etudiant	22	11%
Travail régulier	36	18%
Travail occasionné	44	22%
Retraité	4	2%
<b>Revenu mensuel</b>		
<1500	58	29%
1500-3000	104	52%
3000-5000	30	15%
5000-10000	6	3%
>10000	2	1%

## 2. antécédents personnels et familiaux :

### 2.1. les antécédents personnels

Les antécédents personnels toxiques sont les plus représentés dans notre étude (chez 88% des patients), ils sont mieux détaillés dans le 3eme chapitre : Caractéristiques du comportement addictif.

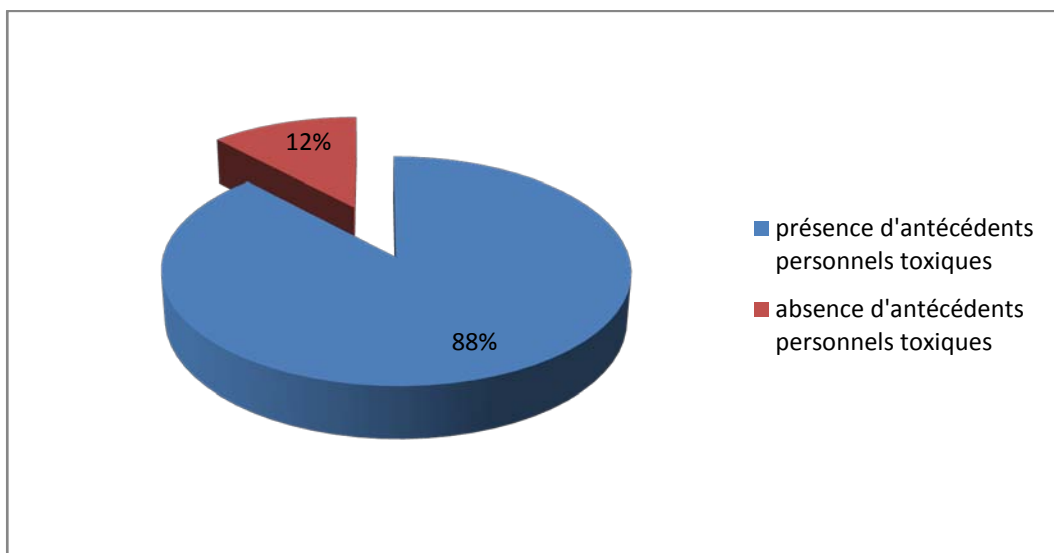
#### a. Répartition des antécédents personnels



**Figure 11: répartition des patients de l'étude selon les antécédents personnels**

**b. Antécédents Toxiques**

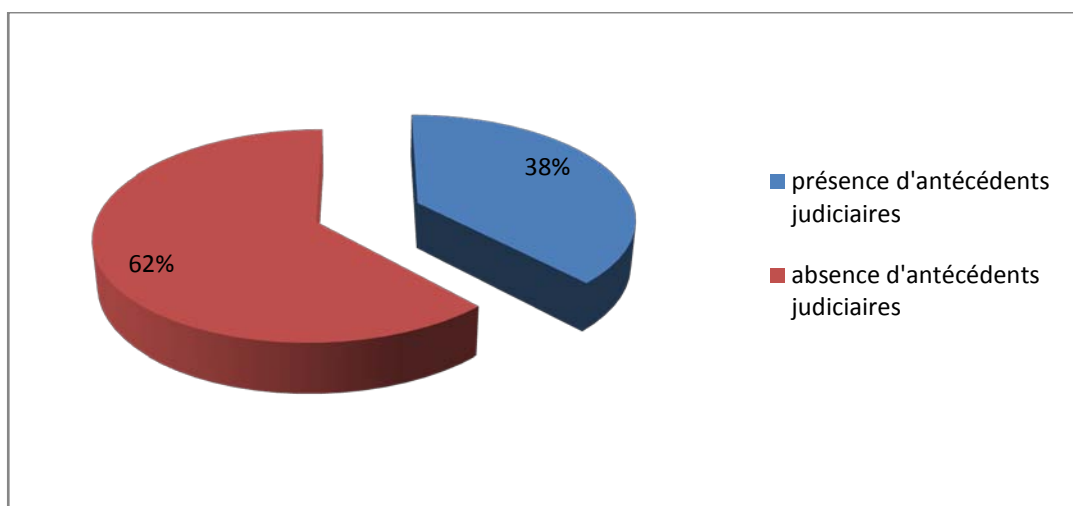
Plus des deux tiers de nos patients (88%) présentent des antécédents de consommation de toxiques avec des périodes de sevrage plus ou moins étalés, des rechutes plus ou moins multiples.



**Figure 12: répartition des patients de l'étude selon les antécédents toxiques**

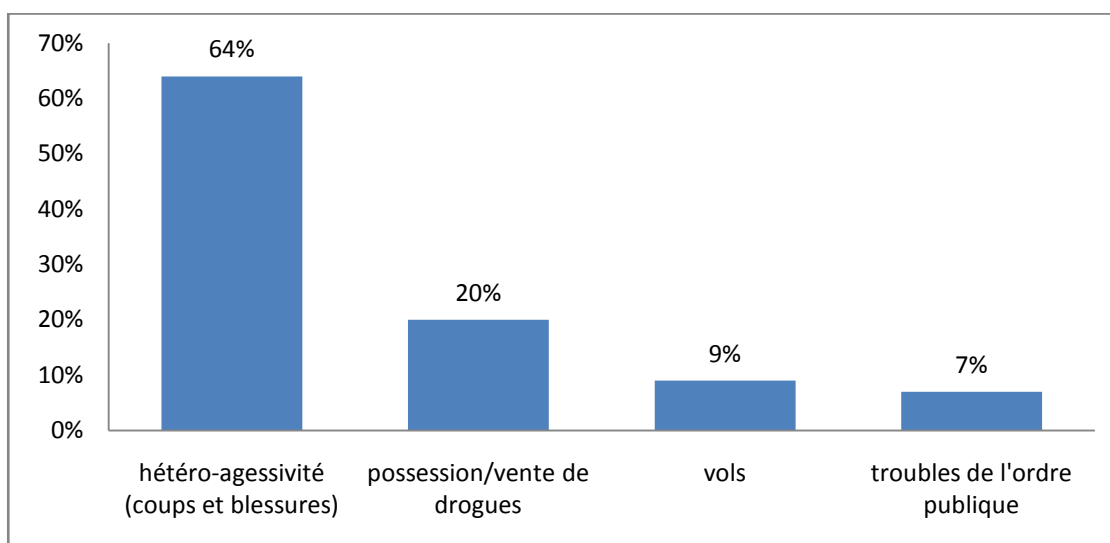
**c. Antécédents judiciaires**

Nous notons que 38% (n=76) des patients de notre échantillon ont au moins un antécédent judiciaire, avec au moins un épisode d'incarcération, la durée moyenne de séjour en prison est de 7mois, (extrêmes : 1 mois et 3 ans).



**Figure 13: répartition des patients de l'étude selon les antécédents judiciaires**

La cause la plus fréquente d'incarcération est l'hétéro-agressivité dans 64% des cas (n=48)

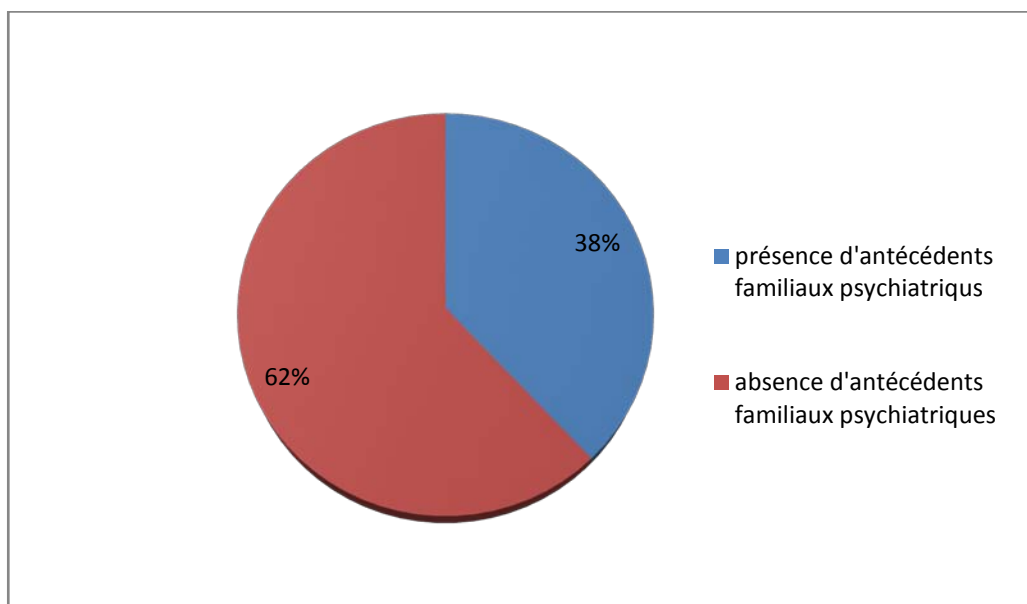


**Figure 14:** répartition des patients selon les causes d'incarcération

## 2.2. les antécédents familiaux :

### a. psychiatriques

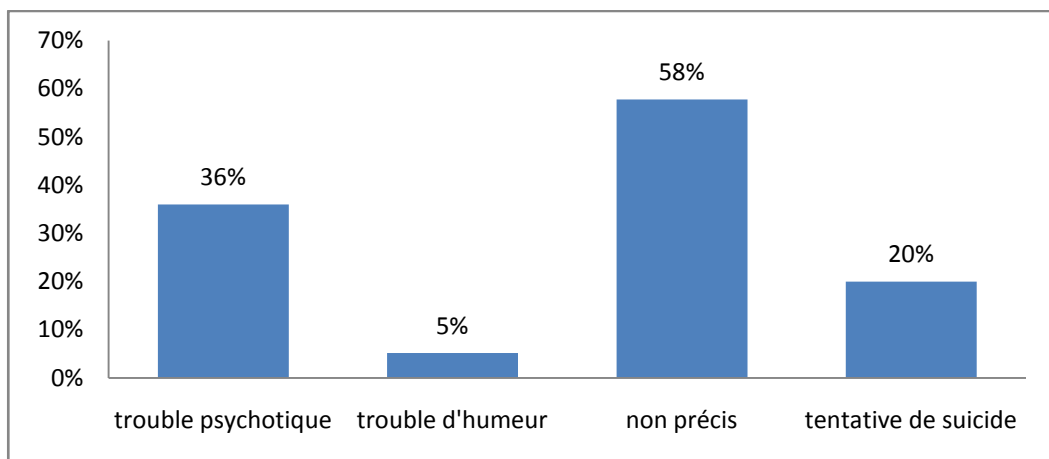
Plus du tiers des patients ont des antécédents familiaux psychiatriques (n=76) soit 38%.



**Figure 15:** répartition selon la présence d'antécédents familiaux psychiatriques

Les troubles psychotiques chez des membres de la famille sont présents chez 28 patients soit 36% , les troubles d'humeur chez 4 patients soit 5%, cependant, chez 44 patients (58%), le trouble mental ne peut pas être précisé.

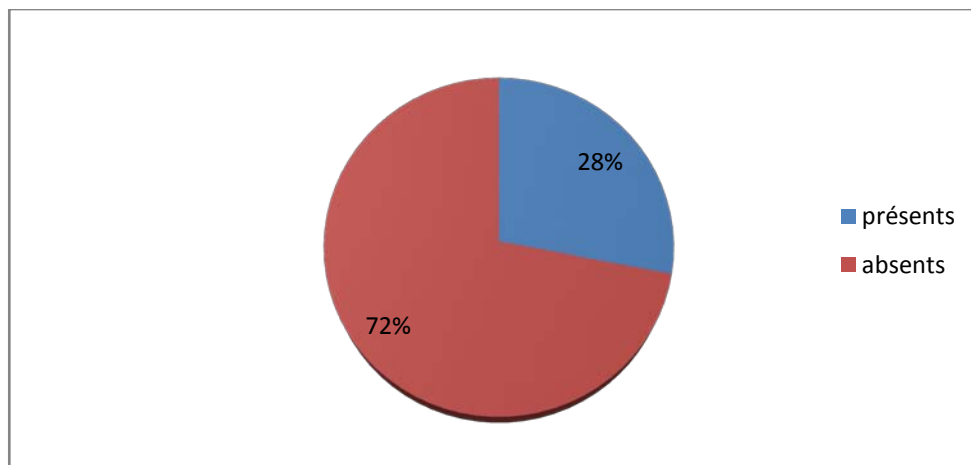
Au moins une tentative de suicide dans la famille a été présente chez 15 patients soit 20%.



**Figure 16:** répartition selon le trouble mental existant chez un membre de la famille

#### b. Toxiques

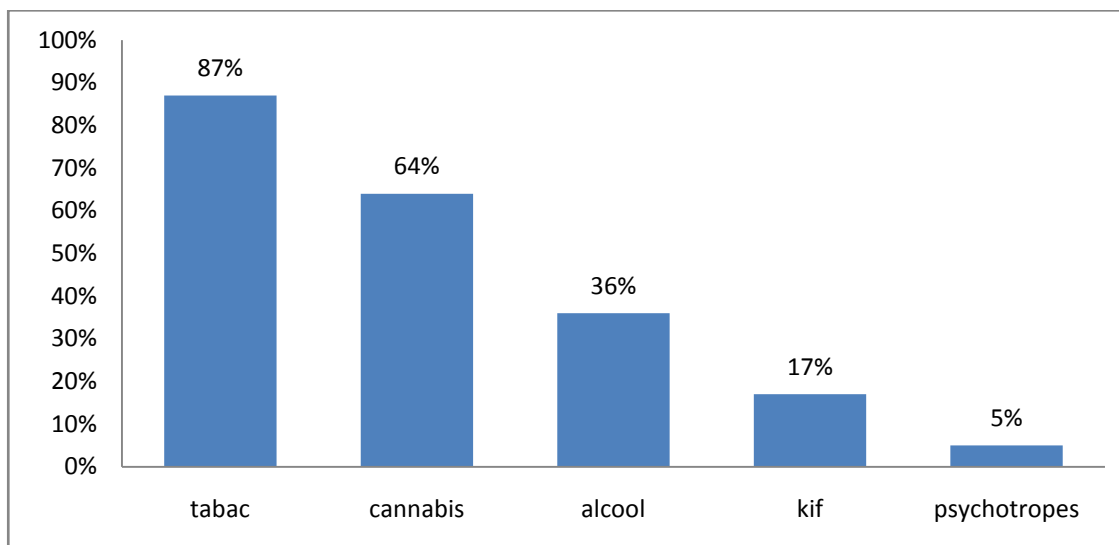
Dans notre échantillon, 28% (n=56) ont des antécédents de toxicomanie dans la famille.



**Figure 17** répartition selon la présence d'antécédents familiaux toxiques

Il s'est avéré qu'il y a une prédominance de l'usage du Tabac (87%) soit (n=49) suivi du cannabis dans 64% soit (n=36).

Dans 92% des cas soit (n=52) l'usage des SPA se déroule devant le patient.



**Figure 18:** répartition selon la nature des produits toxiques consommés par la famille

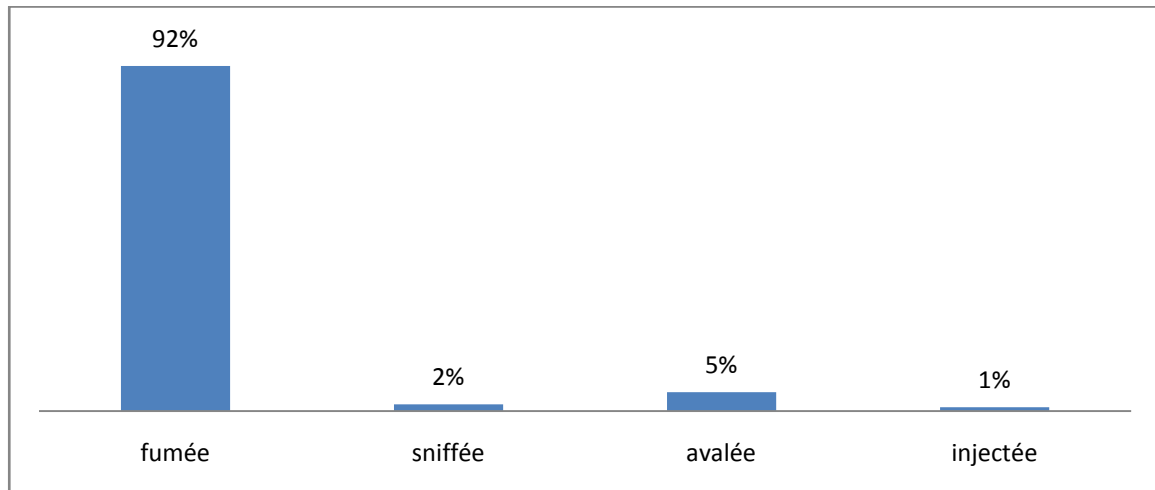
**Tableau récapitulatif II : Les antécédents personnels et familiaux des patients.**

Caractéristiques	Effectif	Pourcentage
<b>Antécédents personnels</b>		
Médicaux	16	8%
Chirurgicaux	10	5%
Toxiques	176	88%
Judiciaires	76	38%
<b>Antécédents familiaux</b>		
Psychiatriques :	76	36%
Troubles psychotiques	28	38%
Troubles de l'humeur	4	4%
Non précis	44	58%
Tentative de suicide	15	20%
<b>Antécédents familiaux</b>		
Toxiques	56	28%
Tabac	49	87%
Cannabis	36	64%
Alcool	20	36%
Kif	9	17%
Psychotropes	3	5%

### 3. Caractéristiques du comportement addictif :

#### 3.1. La drogue la plus recherchée :

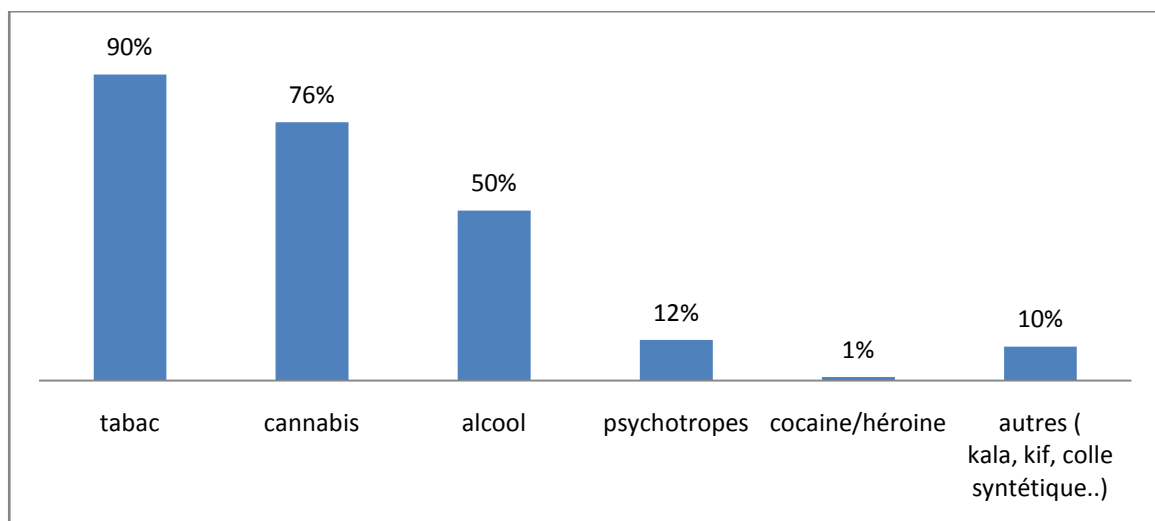
chez la majorité des patients (92%), La drogue recherchée est fumée.



**Figure 19 :** répartition des patients selon la drogue la plus recherchée

#### 3.2. Les substances utilisés

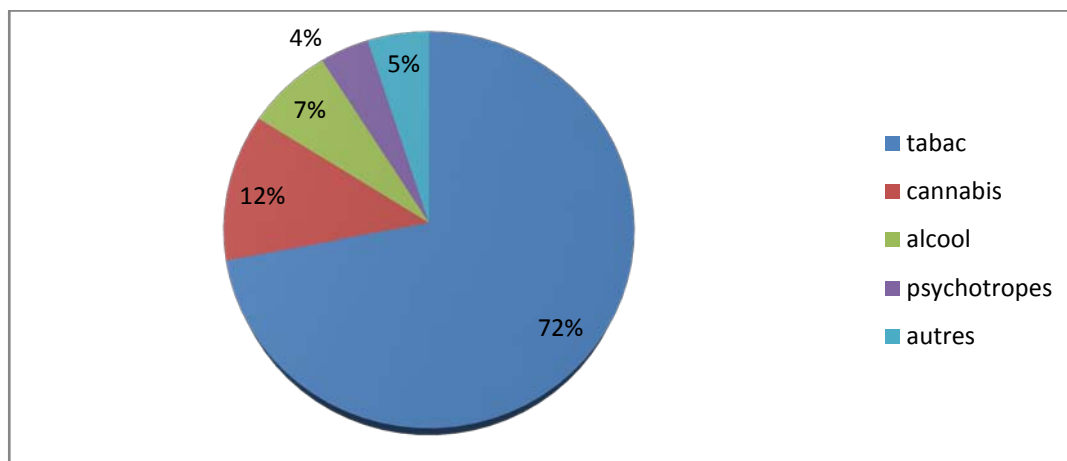
Nous retrouvons que 90% (n=180) des patients déclarent utiliser du tabac, 76% (n=152) du cannabis, 50% (n=100) de l'alcool et 12% (n=24) des psychotropes.



**Figure 20:** répartition des patients selon la substance consommée

### 3.3. Substance utilisée lors du premier usage

Dans notre échantillon, 73% des patients affirment que leur substance initiatrice à l'addiction est le tabac, 11.5% le cannabis, 7% l'alcool, 4% les psychotropes, et dans 5% l'addiction est initiée par d'autres substances (colle synthétique, kala, kif..)

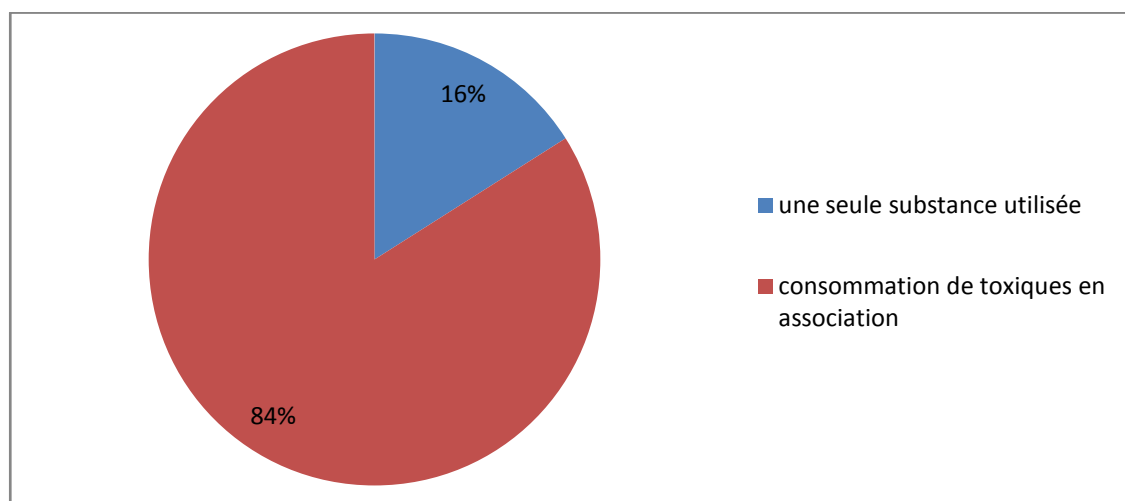


**Figure 21:** répartition des patients selon leur substance initiatrice à l'addiction

### 3.4. Association de toxiques

Parmi les patients de l'étude, 84% utilisent plusieurs substances à la fois , contre 16 % qui n'en utilisent qu'une seule.

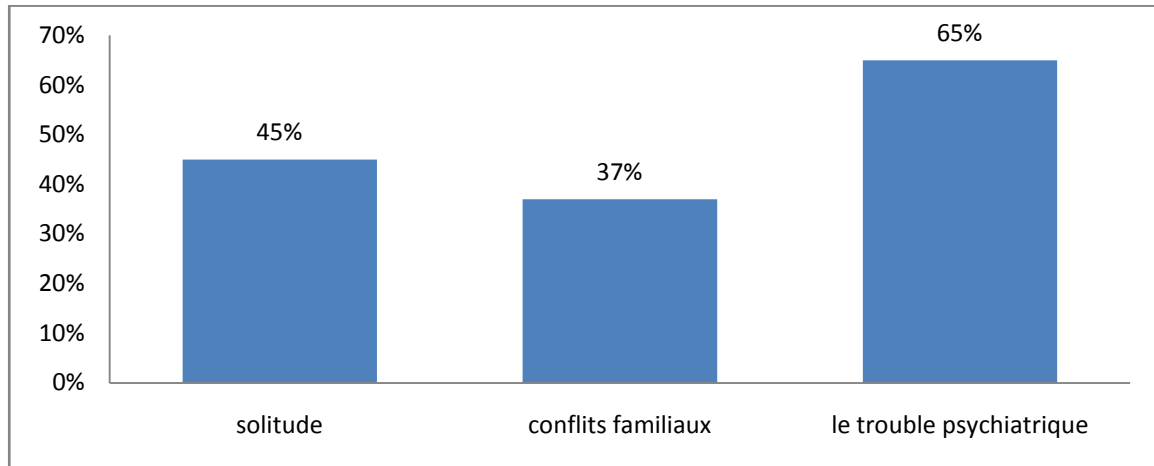
L'association Tabac-Cannabis en est la plus fréquente.



**Figure 22:** répartition des patients selon le type d'usage de toxiques

### 3.5. Contexte psycho-social de consommation

La motivation de consommation de toxiques peut émaner de La solitude, des conflits familiaux , ou simplement du besoin impérieux de surmonter les symptômes de la comorbidité psychiatrique dont souffre le patient.

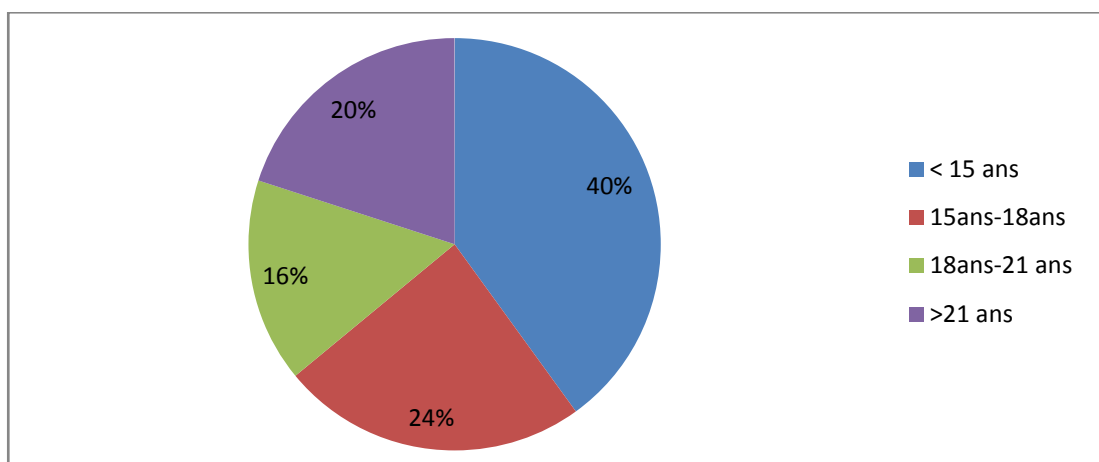


**Figure 23:** répartition des patients selon le contexte psycho-social de la consommation

### 3.6. Age de début de l'usage

L'âge du début de la consommation de toxiques dans notre étude varie entre 8 ans et 31 ans, avec une moyenne de 18.3 ans.

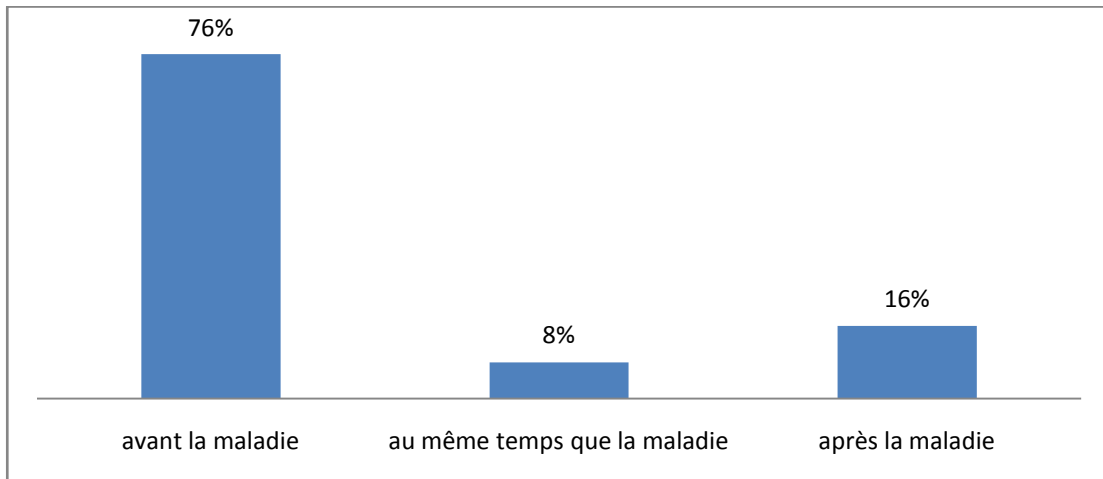
Plus que les deux tiers des patients dans notre étude ont commencé la consommation de toxiques avant l'âge de de 18 ans (64%).



**Figure 24:** répartition des patients selon l'âge de début de la consommation des toxiques

### 3.7. Début de la consommation par rapport à la maladie

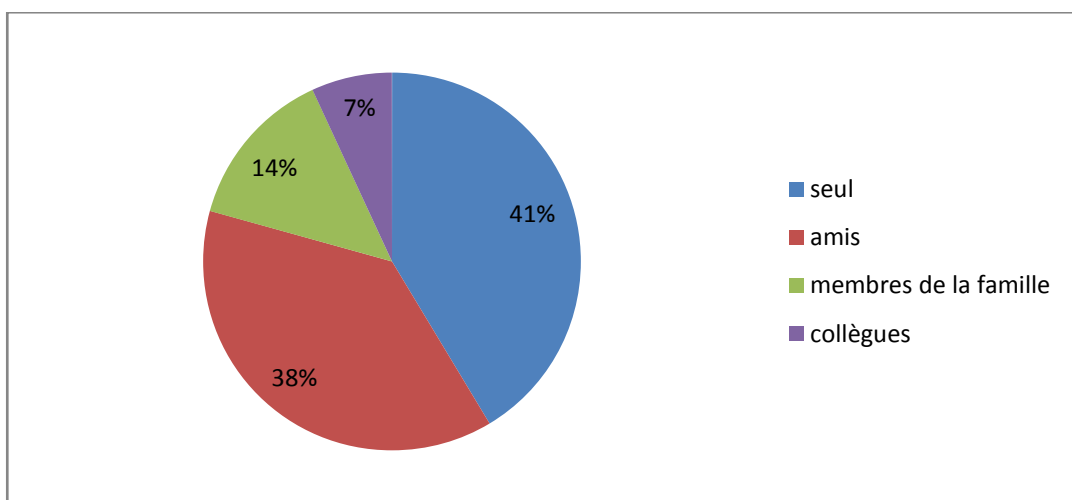
La consommation de substance a commencé chez 76% des patients (n=152) avant le début de leur maladie, chez 16% (n=32) après le début de la maladie et chez 8% en même temps que la maladie (n=16).



**Figure 25:** répartition des patients selon le lien chronologique entre la consommation de toxiques et l'apparition du trouble psychiatrique

### 3.8. Initiateurs

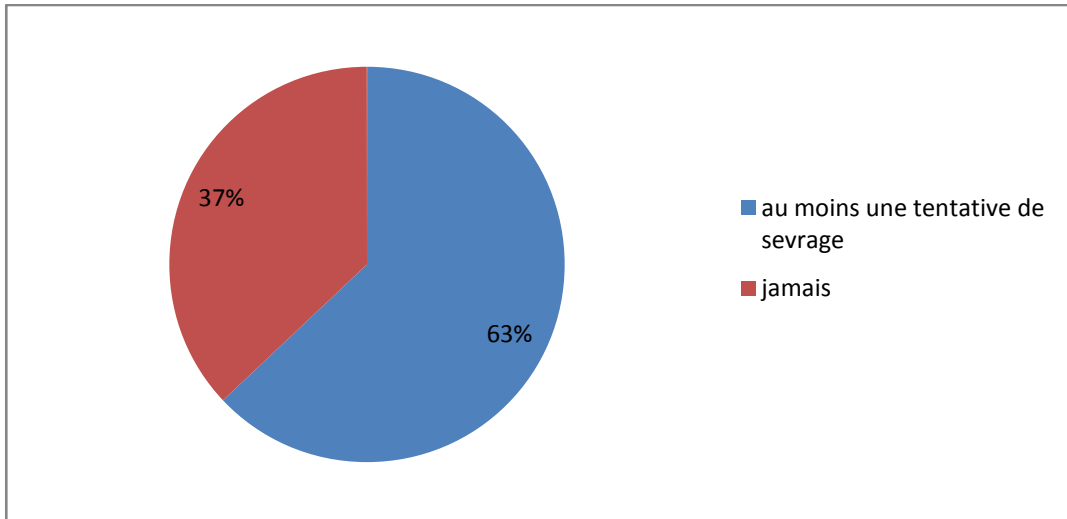
Dans notre échantillon 41% des patients sont initiés à l'usage de SPA par eux mêmes, contre 59% qui sont initiés à travers un tiers, ami, collègue, ou membre de la famille.



**Figure 26:** répartition des patients selon leurs initiateurs à la consommation de SPA

### 3.9. Essai de sevrage

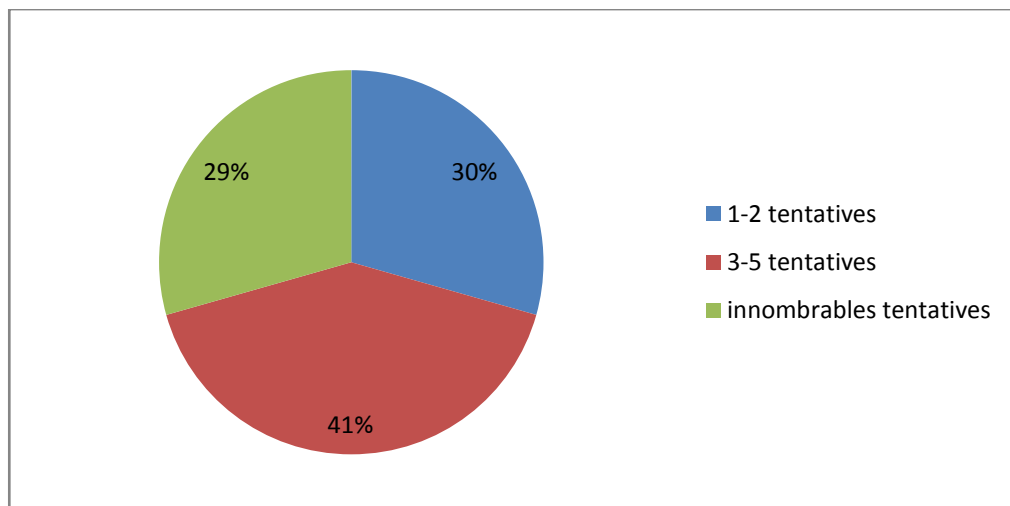
Plus des deux tiers des patients (63%) ont fait des tentatives de sevrage, soit 126 des patients de notre échantillon.



**Figure 27:** répartition des patients selon la présence de tentatives de sevrage

#### a. Nombre de tentatives

Chez Les deux tiers des patients qui ont déjà tenté le sevrage (n= 90/126), les tentatives ont été multipliées plusieurs fois, cependant, dans 30% des cas (n=36), le patient s'est contenté d'une à 2 tentatives, vouées comme toutes autres à l'échec.



**Figure 28:** répartition des patients ayant tenté le sevrage selon le nombre de tentatives

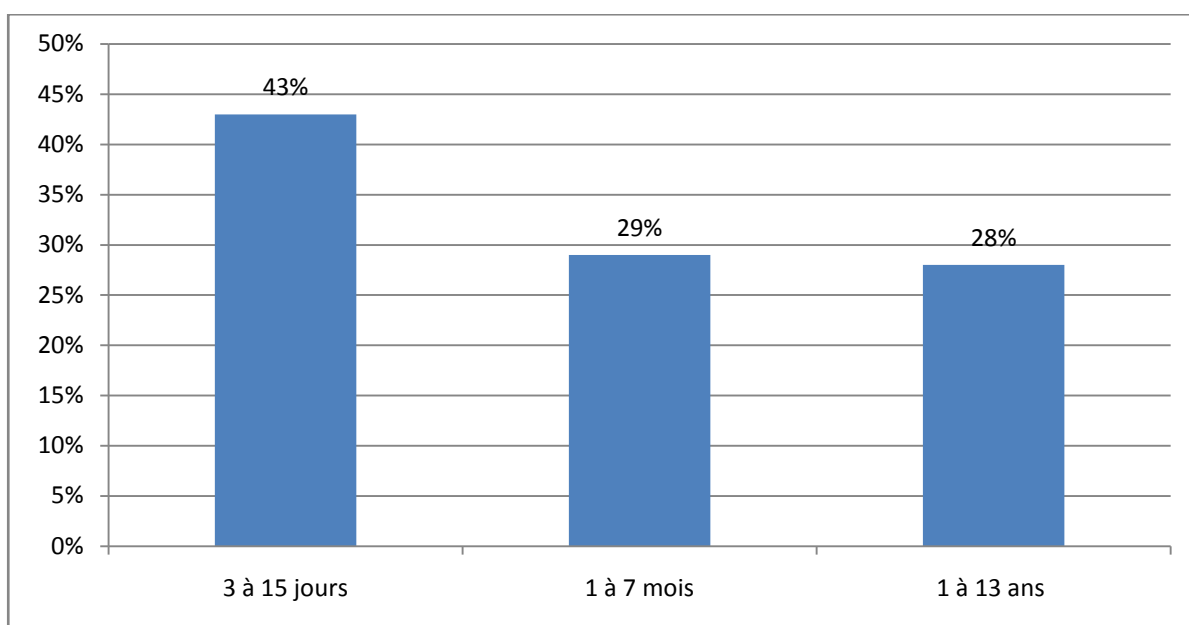
**b. Durée maximale de sevrage**

Chez les patients avec au moins une tentative de sevrage, les durées maximales de sevrage se sont allées de 3 jours à 13ans avec une moyenne de 5ans.

Dans 43% des cas (n=54/126), les durées maximales de sevrage n'ont tenues que pendant quelques jours avec une moyenne de 10j.

Dans 29% des cas (n=37/126), le sevrage a duré des mois avant une reprise d'usage, la moyenne est estimée à 4.5 mois.

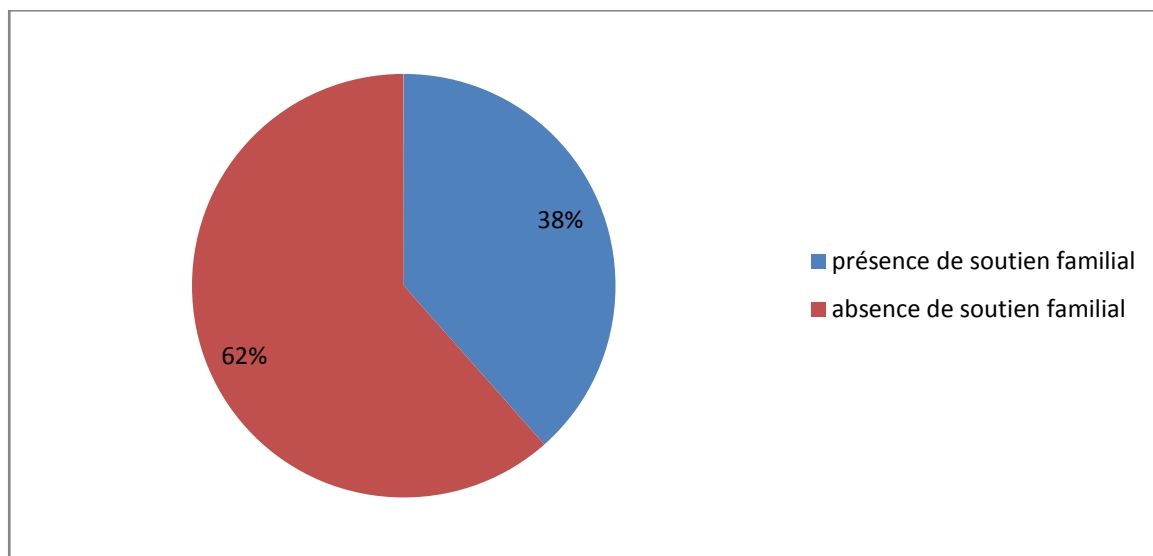
Dans 28% des cas (n=35/126), le sevrage a duré des années, avec une moyenne de 4.8ans.



**Figure 29: répartition des patients selon la durée maximale de sevrage**

**c. présence d'une intervention familiale**

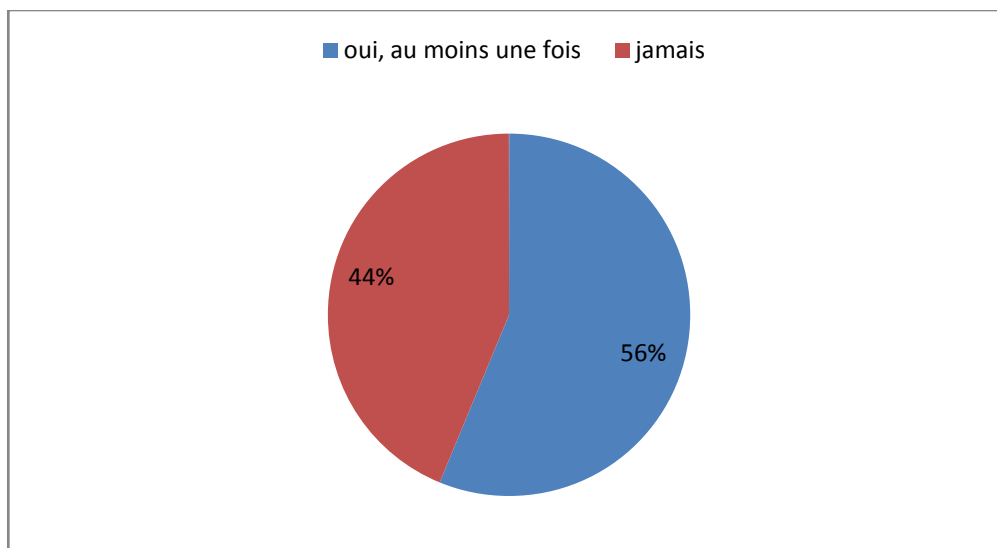
Seulement 38 % (n=76) des patients consommateurs de toxiques déclarent l'intervention de leurs familles dans la prise en charge de leurs addictions, contre, 62% qui luttent sans soutien familial.



**Figure 30** : répartition des patients selon la présence d'un soutien familial dans la PEC de l'addiction

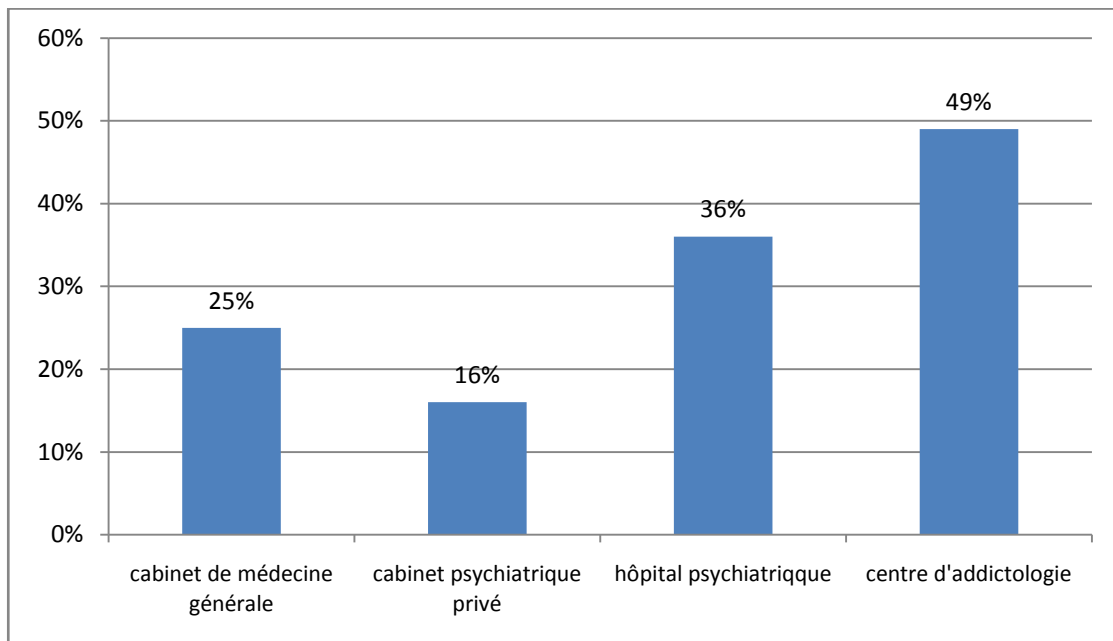
**d. Recours à des institutions :**

Dans 56% des cas (n=112) il y a eu un recours institutionnel pour prise en charge du problème d'addiction, cependant, dans 44% des cas, aucune demande de support médical n'a été exprimée.



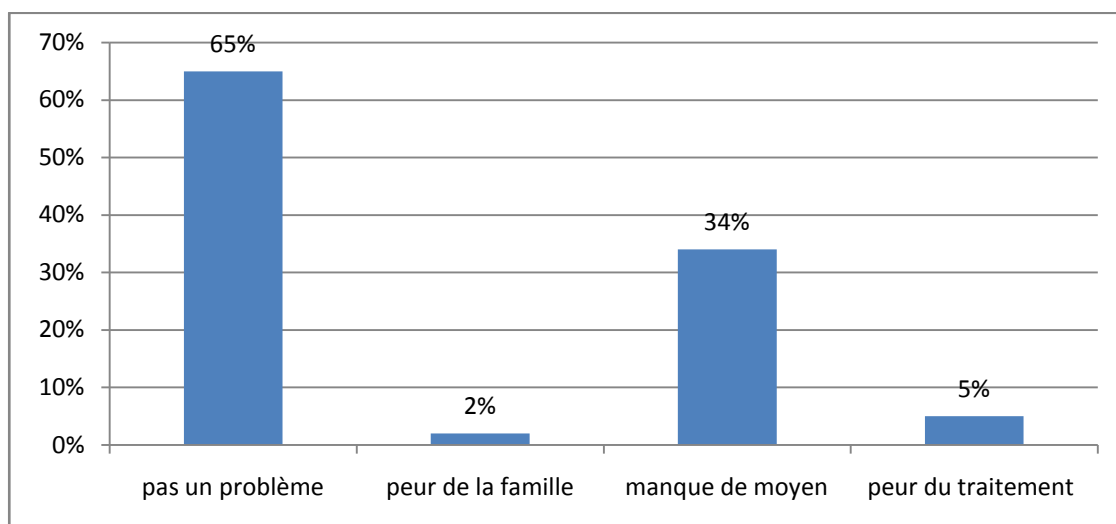
**Figure 31**: répartition des patients selon le recours aux instituts pour PEC de l'addiction

Le centre d'addictologie a été sollicité au moins une fois dans 50% des cas (n=56/112).



**Figure 32:** répartition des patients selon le type d'institut sollicité

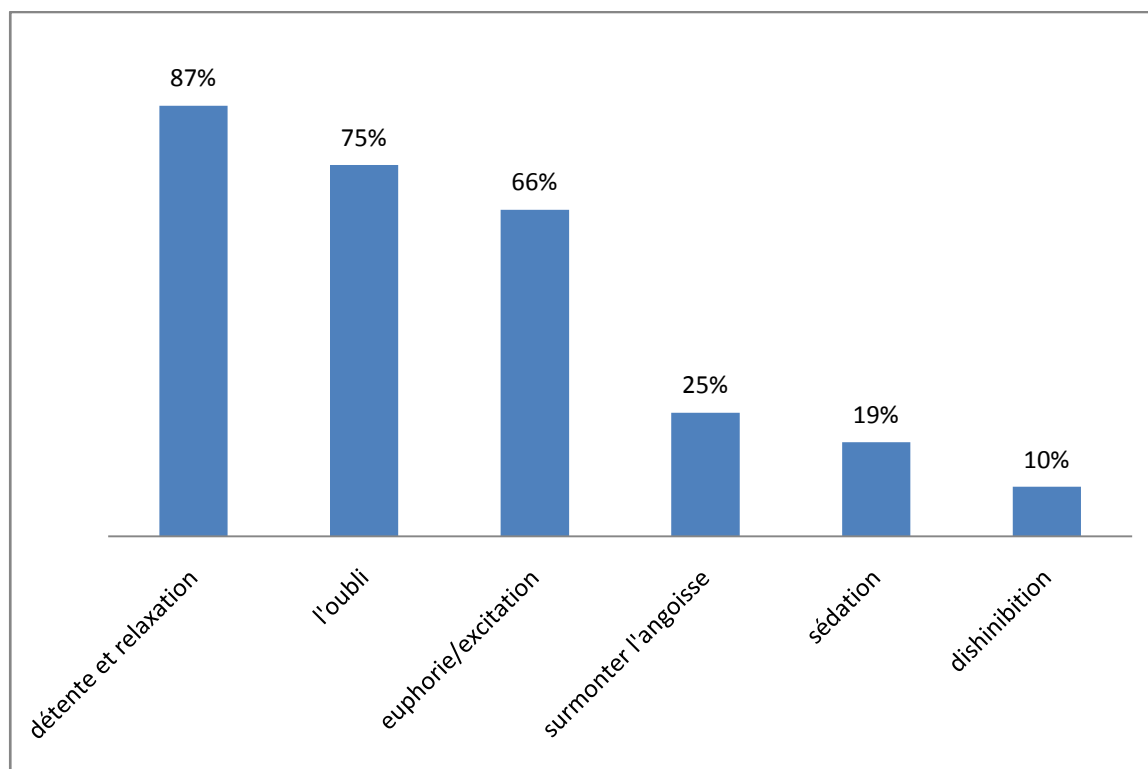
Les patients n'ayant sollicité le soutien d'aucune institution devant plusieurs raisons justifiant leur décision, dont la principale est la non reconnaissance de l'addiction comme problème nécessitant une PEC.



**Figure 33:** répartition des patients selon leurs justificatifs de non-recours aux institutions pour PEC des problèmes d'addiction

### **3.10. Effets recherchés par le consommation :**

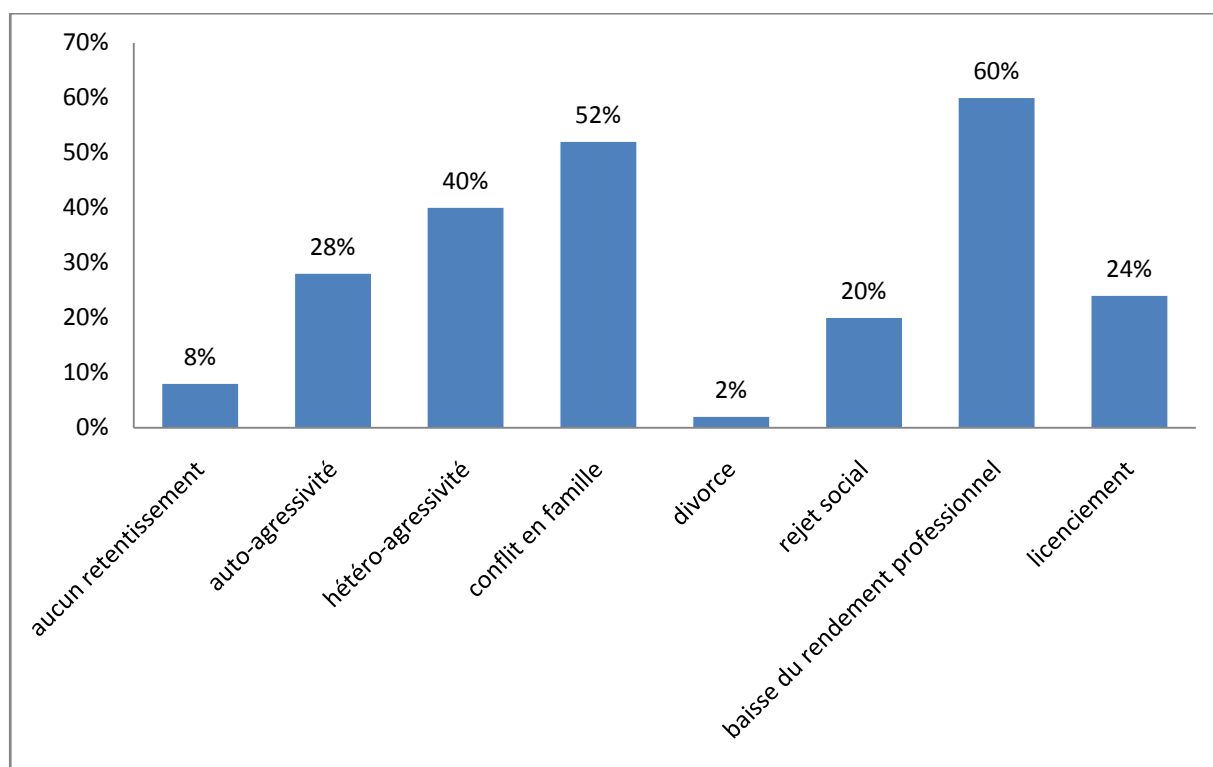
La prise de toxiques a plusieurs fins dont la détente et la relaxation (87%) , l'oubli (75%) , l'excitation et l'euphorie (66%).



**Figure 34:** répartition des patients selon les effets recherchés par la consommation

### **3.11. Retentissement socio-professionnel**

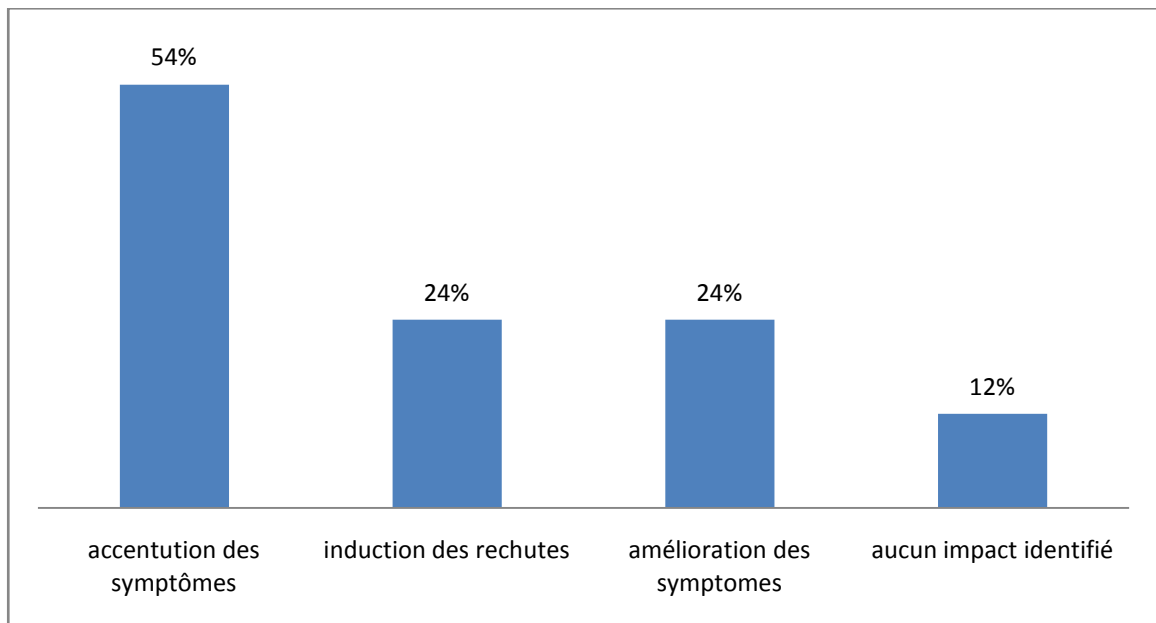
Dans notre échantillon 8% des patients déclarent n'avoir ressenti aucun impact social causée par la consommation des SPA, tandis que 60% y imputent une baisse du rendement professionnel, et même le licenciement dans 24%, l'apparition de conflits familiaux dans 52%, l'hétéro-agressivité dans 40% et le divorce dans 2%.



**Figure 35:** répartition des patients selon le retentissement socio-professionnel de la consommation des SPA

### **3.12. Retentissement de l'addiction sur le contrôle de la maladie :**

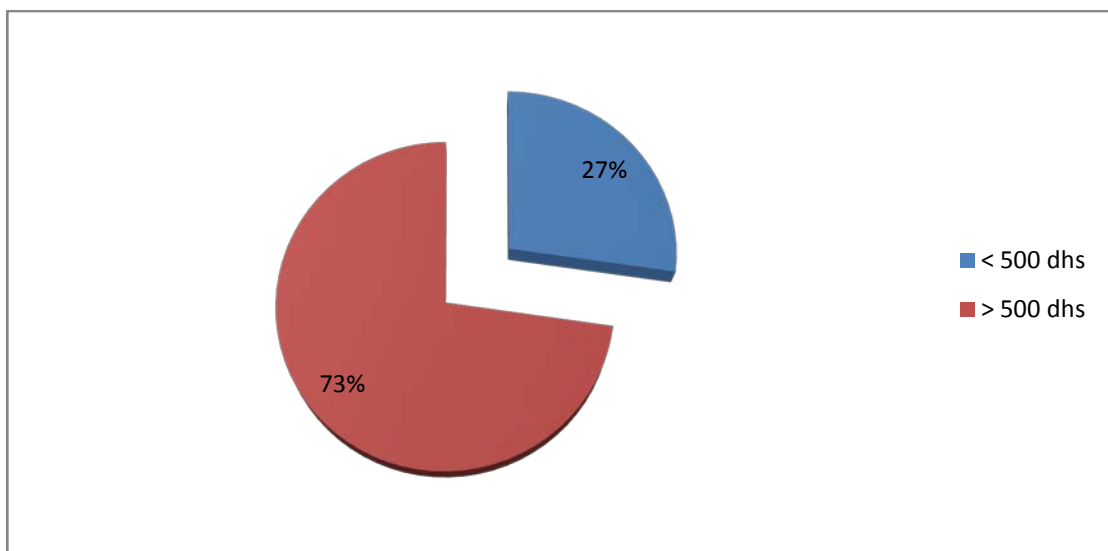
Chez 64% des patients, l'effet aggravant de l'addiction sur le cours évolutif du trouble psychiatrique est ressenti et déclaré par le patient, cependant dans 24%, l'addiction aide le patient à se sentir mieux, et chez 12% des patients, la prise de toxiques n'a aucun retentissement sur le contrôle de la maladie.



**Figure 36: répartition des patients selon le retentissement de l'addiction sur le contrôle de la maladie**

### **3.13. Dépenses consacrées par mois**

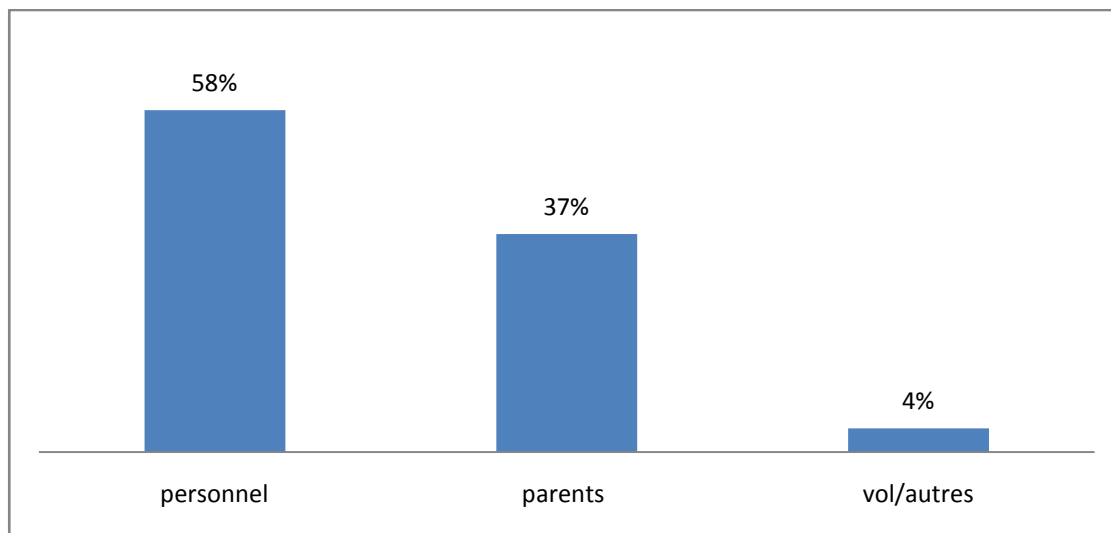
La moyenne des dépenses consacrées aux toxiques par mois est de 1512.5 dhs, avec un minimum de 200 dhs et un maximum de 3000 dhs. Plus des deux tiers de nos patients (73%) dépensent plus de 500 dhs par mois pour l'achat de toxiques.



**Figure 37 : répartition des patients selon les dépenses consacrées pour l'addiction**

### 3.14. Source d'argent

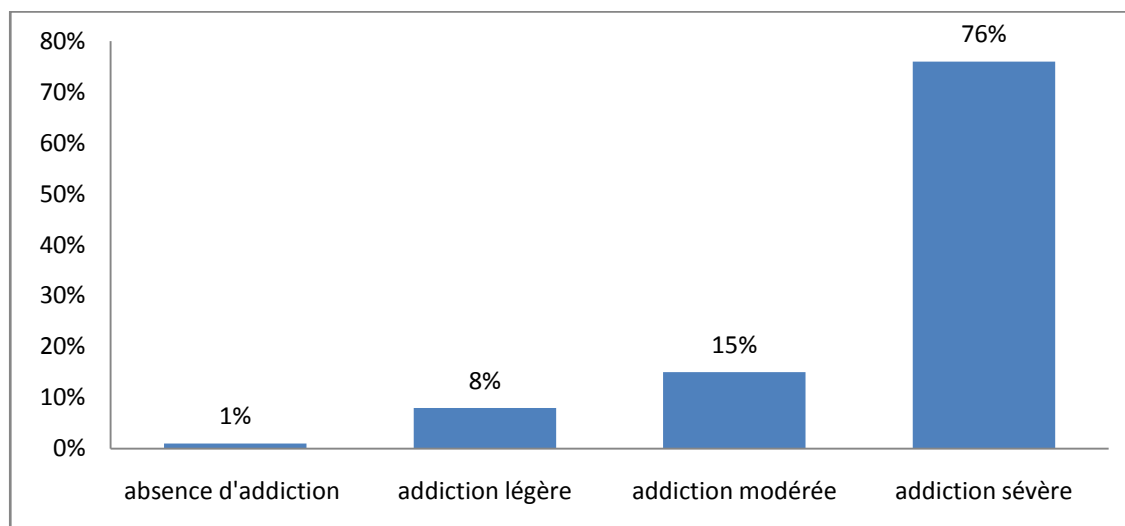
Plus de la moitié des patients 58% se procurent de l'argent pour l'achat de SPA de leurs propres fonds, par contre 37% ont recours à leurs parents.



**Figure 38:** répartition des patients selon leurs sources de moyens utilisées pour se procurer les SPA

### 3.15. Score de dépendance

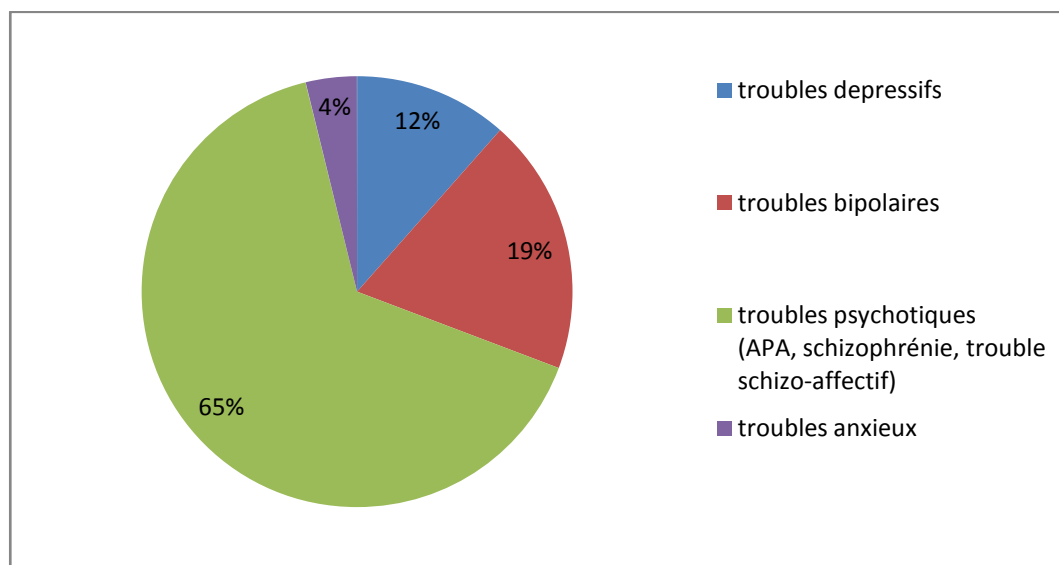
L'addiction s'est avérée sévère chez 76% des patients , modérée chez 15% , légère chez 8% des malades.



**Figure 39:** caractérisation de l'addiction des patients selon les critères DSM-V

### 3.16. Comorbidités psychiatriques

Nous remarquons que 65% des patients de notre échantillon présentent un trouble psychotique type APA, schizophrénie, trouble schizo-affectif, tandis que 19% des patients présentent un trouble bipolaire, 12% présentent un trouble dépressif et 4% présentent un trouble anxieux type trouble de panique, trouble phobique, TOC.



**Figure 40:** répartition des patients selon leurs comorbidités psychiatriques

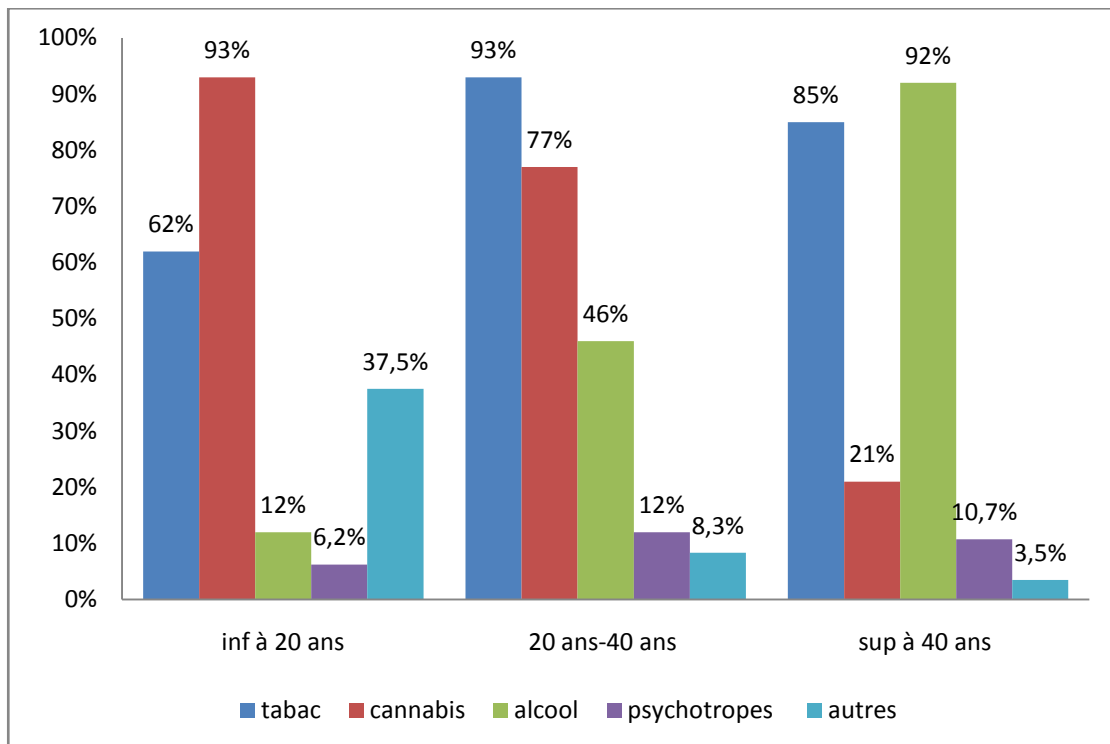
## II. Analyse bivariée

### 1. Corrélation entre l'âge et la consommation de SPA

Nous retrouvons dans notre échantillon que pour la catégorie d'âge s'étendant aux moins de 20 ans; nous avons une consommation de cannabis prédominante à hauteur de 93%, de tabac à 62%, d'alcool à 12% et de psychotropes à 6.2%.

Pour la catégorie âgée entre 20 et 40 ans, nous retrouvons une consommation de tabac prédominante (93%), de cannabis à hauteur de 77%, d'alcool à 46%, de psychotropes à 12%.

Enfin pour la catégorie âgée de plus de 40 ans, nous retrouvons un usage d'alcool prédominant à 92%, de tabac à 85%, de cannabis à 21%, de psychotropes à 10.7%.

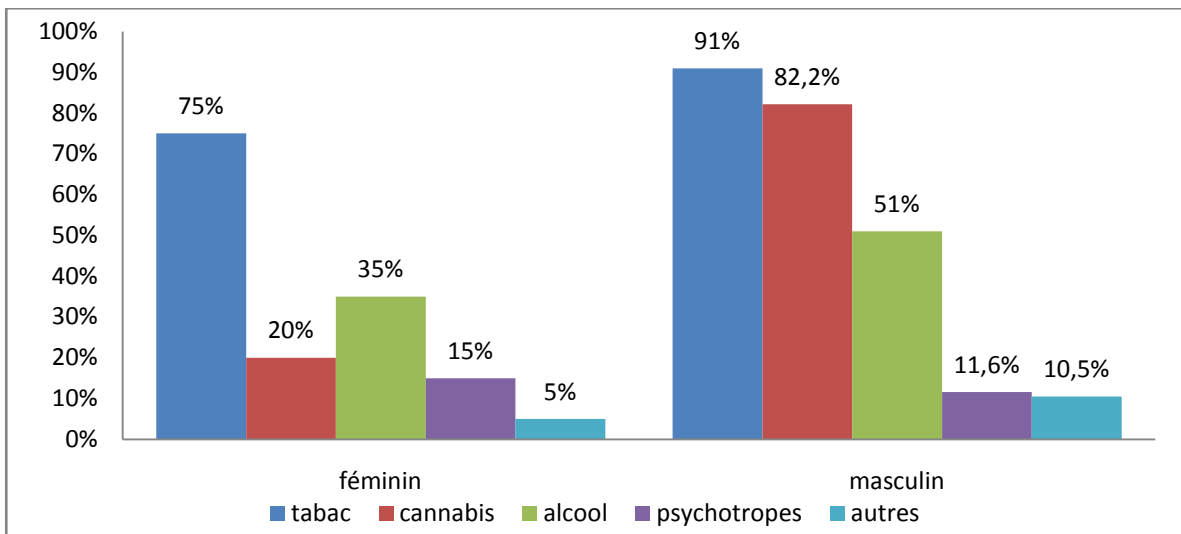


**Figure 41:** Répartition des substances consommées selon l'intervalle d'âge

Il paraît que la substance prédominante de consommation change avec l'âge, ainsi, les sujets âgés révèlent une affinité pour l'alcool et le tabac, alors que les jeunes consomment le cannabis et le tabac en premier. L'étude montre par ailleurs que la consommation du cannabis et des autres SPA (solvants, colle, kala) baisse à mesure que l'âge avance, contrairement à l'alcool, dont la consommation augmente au fil de l'âge. Cette différence est statistiquement significative ( $p=0.018$ ).

## **2. Corrélation entre le sexe et la consommation de SPA**

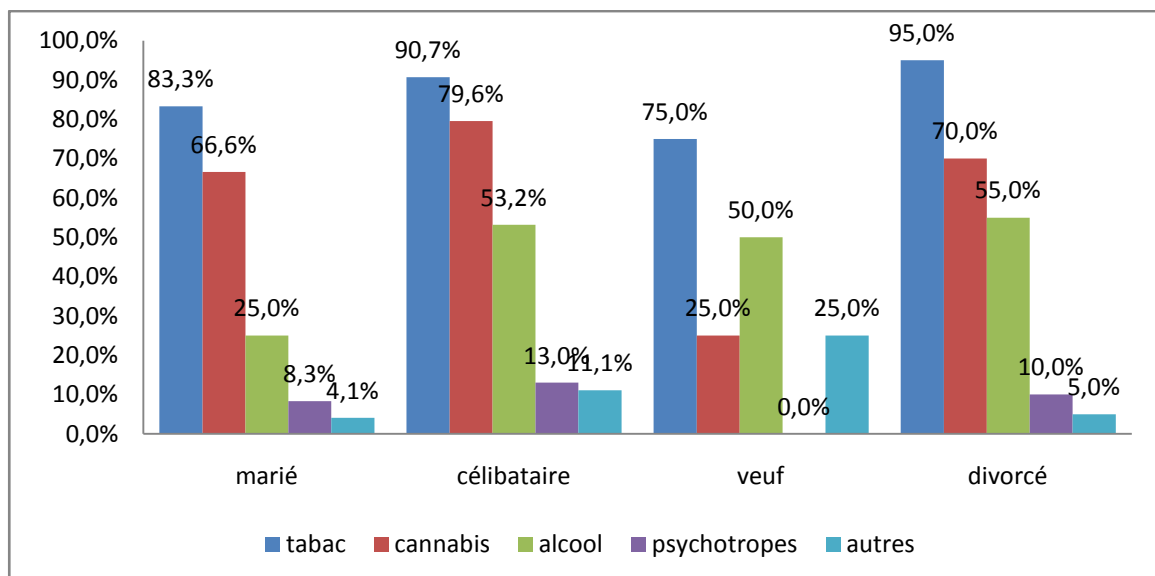
Nous retrouvons dans notre échantillon que, pour les deux sexes, la consommation est prédominée par le tabac, étant la substance la plus utilisée dans l'échantillon de l'étude. La consommation du cannabis se montre majoritairement masculine, 82% contre 20% chez le sexe féminin. Cette différence est statistiquement significative ( $p=0.034$ ).



**Figure 42: Répartition des substances consommées selon le sexe**

### 3. Corrélation entre la consommation de SPA et situation maritale

Concernant le statut marital, nous retrouvons que pour toutes les catégories, la consommation est prédominée par le tabac. La catégorie des sujets veufs révèle un intérêt moindre à la consommation cannabique par rapport aux autres catégories. Cette différence de répartition n'a pas révélé de corrélation avec la situation maritale ( $p=0.081$ ).

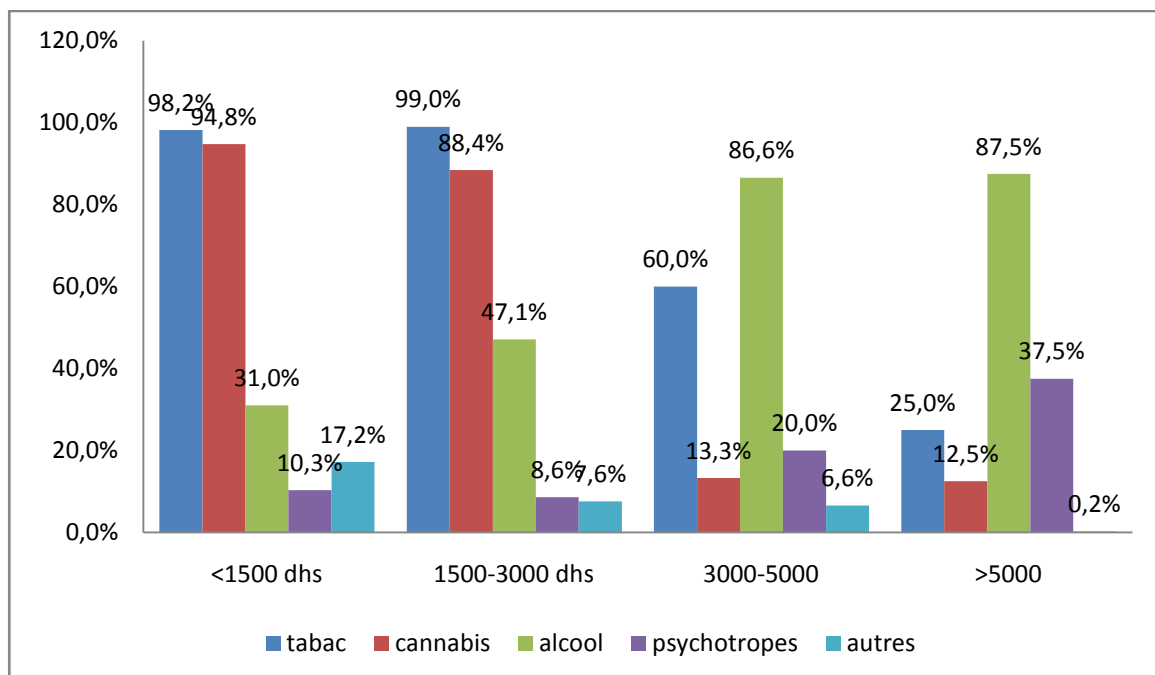


**Figure 43 : Répartition des substances consommées selon le statut marital**

#### 4. Corrélation entre la consommation de SPA et le niveau socio-économique

Concernant le niveau socio-économique, La différence de répartition se fait comme suit :

Nous retrouvons que chez les patients de bas niveau socio-économique (<3000dhs), la consommation est prédominée par le tabac et le cannabis, alors que chez les patients dont le niveau est moyen à bon (>3000 dhs), la consommation est plutôt prédominée par l'alcool. Cette différence est statistiquement significative ( $p= 0.0078$ ).



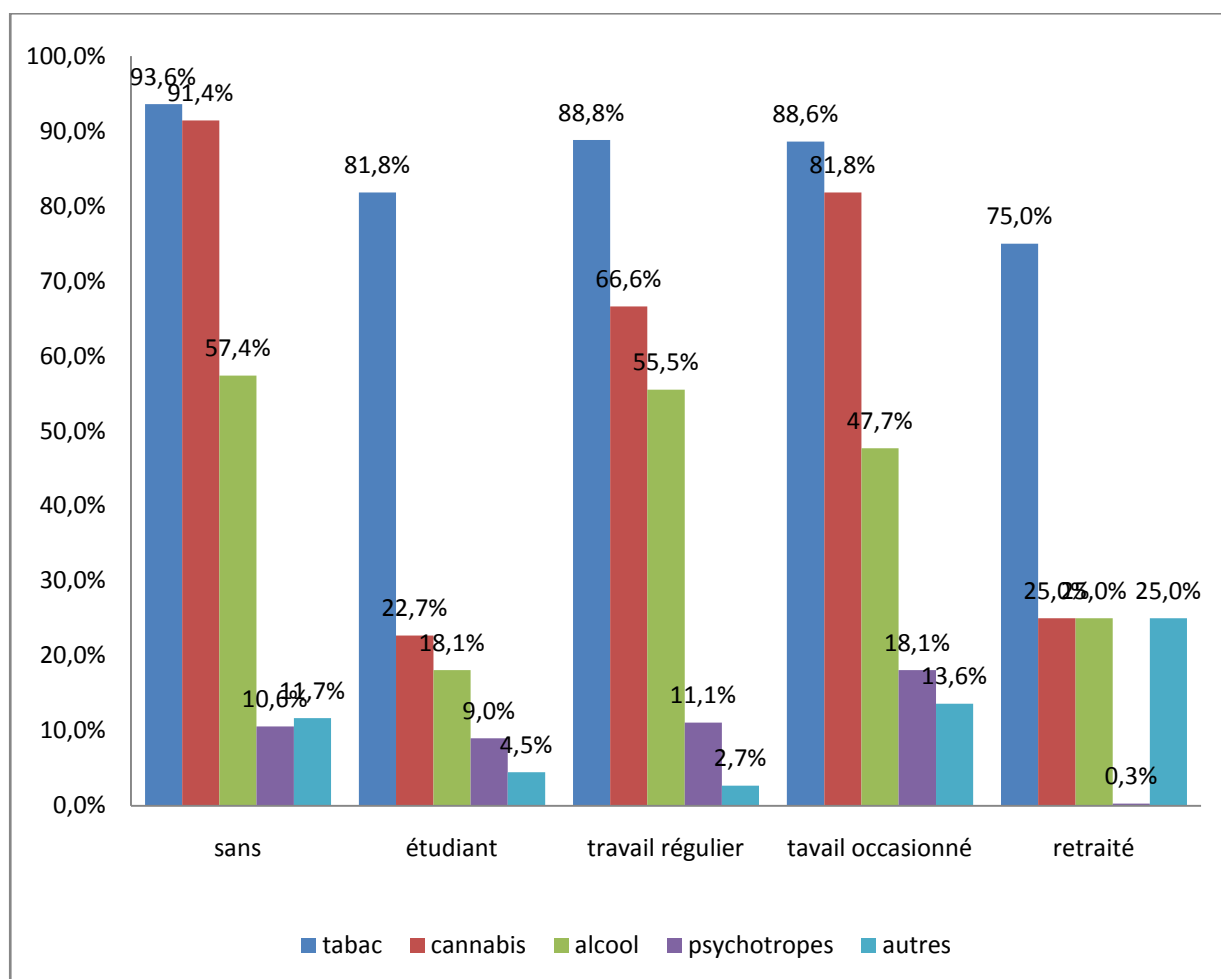
**Figure 44** : Répartition des substances consommées selon le niveau socio-économique

#### 5. Corrélation entre la consommation de SPA et la situation professionnelle

Concernant la situation professionnelle de notre échantillon :

La consommation est prédominée par le tabac chez toutes les catégories.

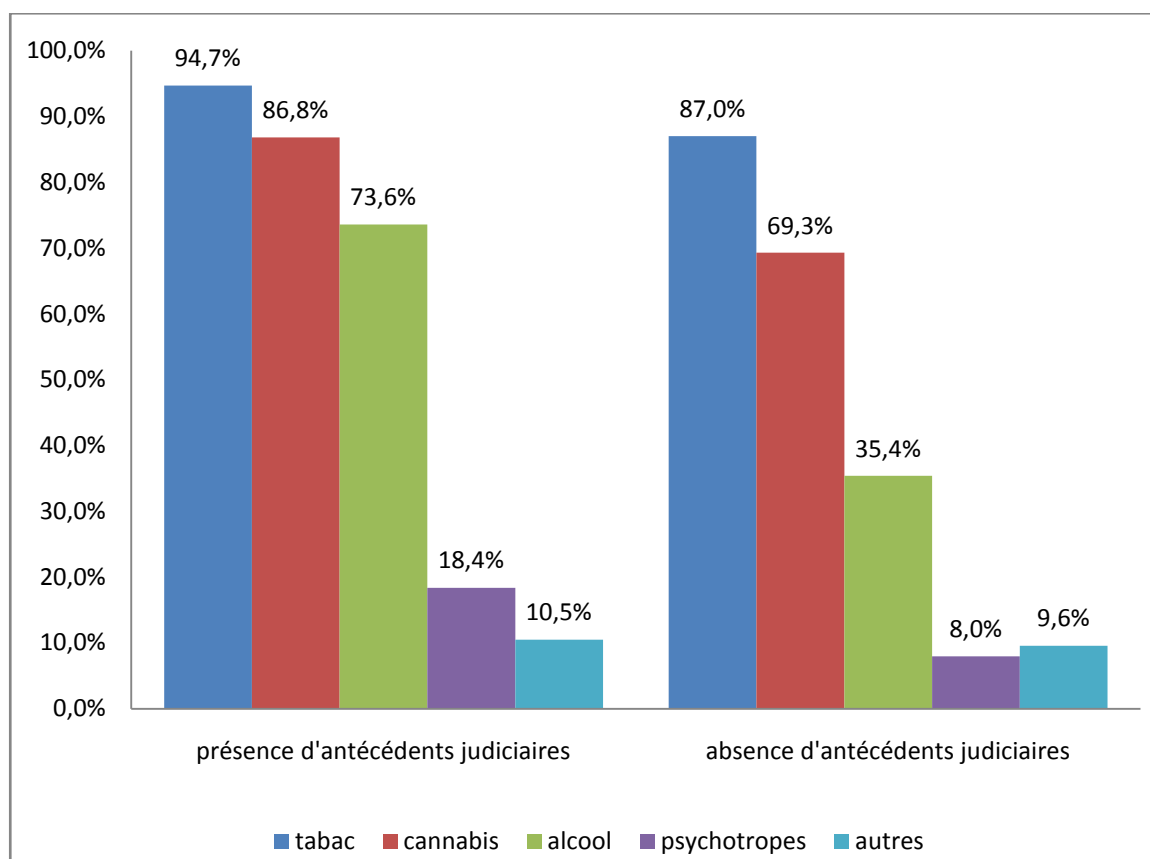
La consommation cannabique et alcoolique chez les étudiants et les sujets retraités semble moins importante que chez les autres catégories. Mais ce résultat est statistiquement non significatif ( $p=0.091$ )



**Figure 45 : Répartition des substances consommées selon le statut professionnel**

## 6. Corrélation entre la consommation de SPA et les antécédents judiciaires

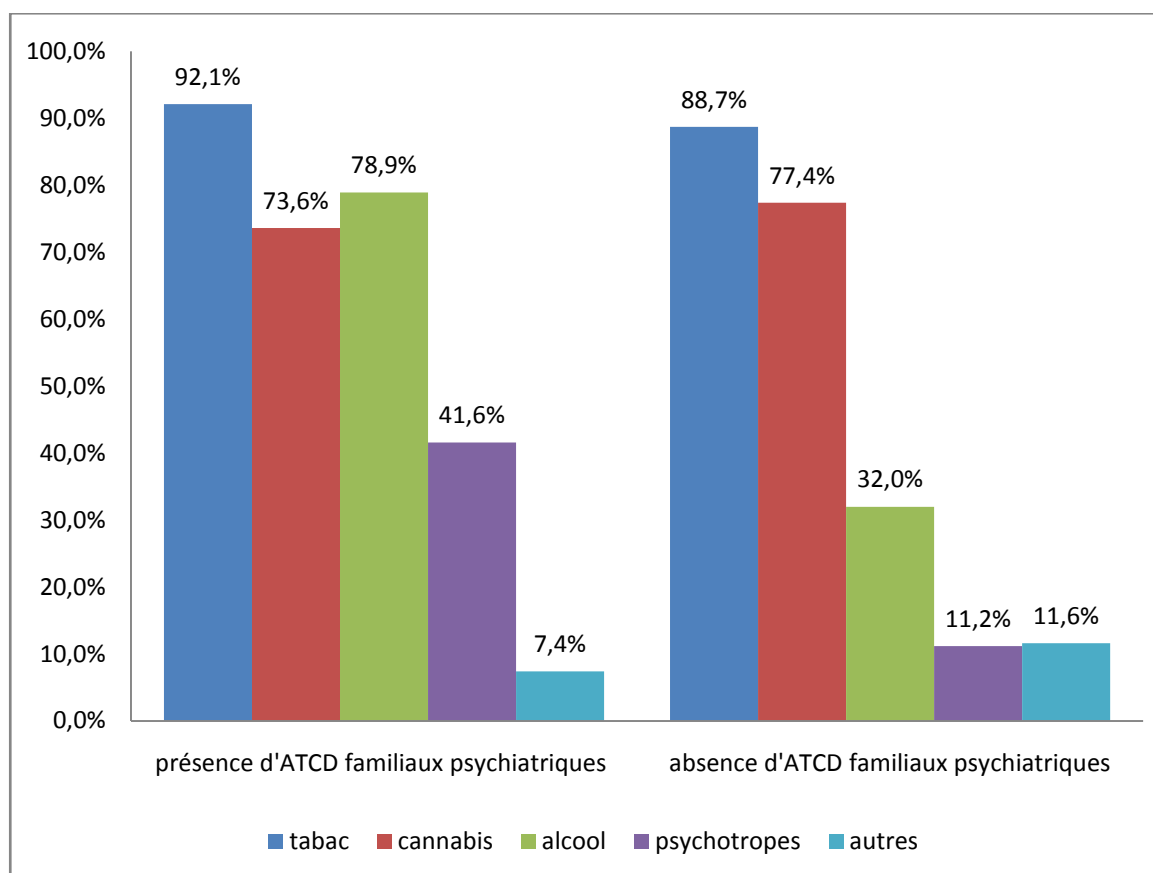
La prévalence des habitudes toxiques n'a pas objectivé de différence par rapport à la présence ou l'absence des antécédents personnels judiciaires ( $p=0.096$ ).



**Figure 46** : Corrélation entre la consommation de SPA et les Antécédents judiciaires

## **7. Corrélation entre la consommation de SPA et les antécédents familiaux psychiatriques**

Nous retrouvons dans notre échantillon que la prévalence de la consommation alcoolique est importante chez les patients avec antécédents familiaux psychiatriques (78.9%) par rapport aux patients qui n'en ont pas (32%), de même pour la consommation de psychotropes. Concernant d'autres SPA, la répartition n'a pas objectivé de différence significative entre les deux catégories ( $p=0.075$ ).



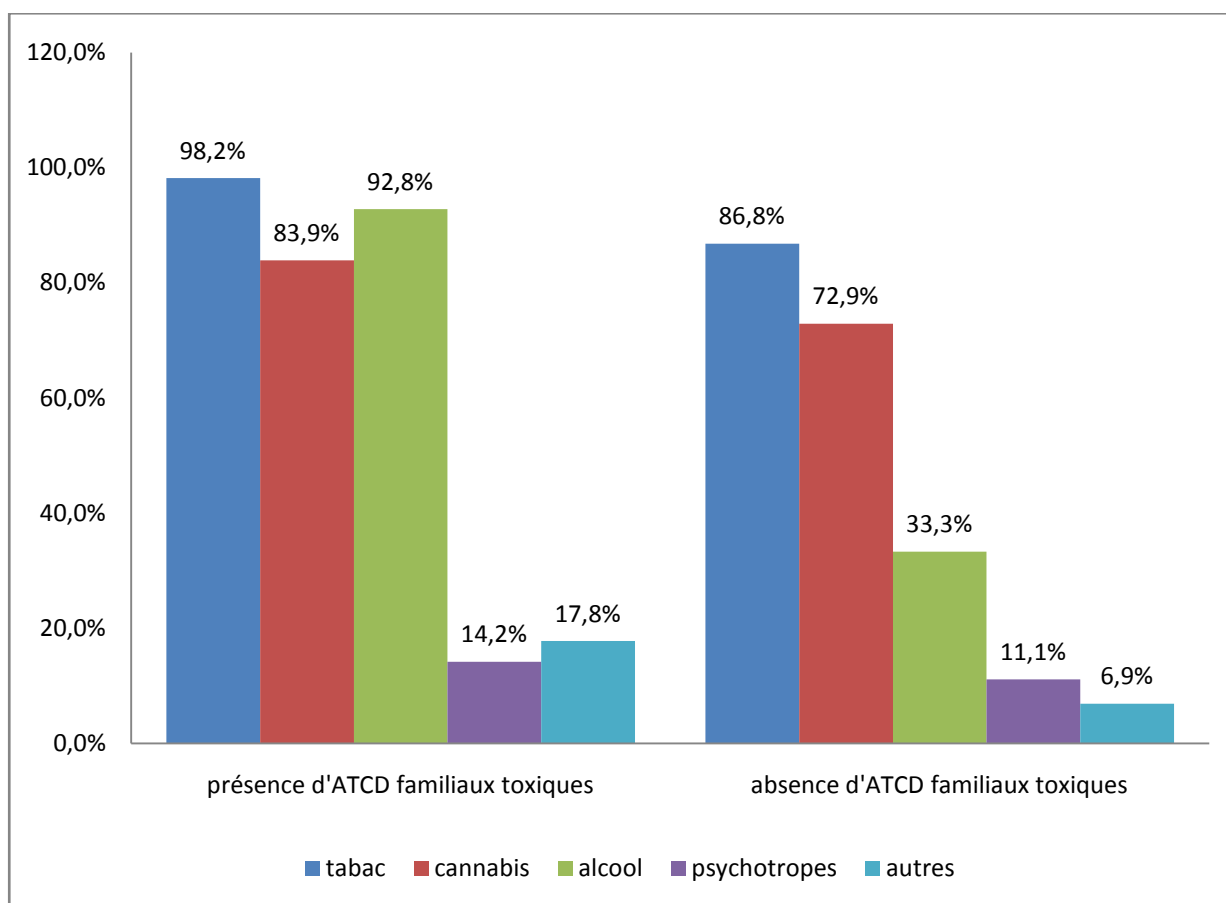
**Figure 47** : Corrélation entre la consommation de SPA et les antécédents familiaux psychiatriques

## 8. Corrélation entre la consommation de SPA et les antécédents familiaux toxiques

Nous retrouvons dans notre échantillon que :

La prévalence de consommation de toutes les SPA chez les sujets ayant des antécédents familiaux toxiques dépasse celle des sujets sans antécédents familiaux toxiques.

La consommation de l'alcool marque particulièrement une grande différence de prévalence entre les deux catégories ( $p=0.0056$ ).

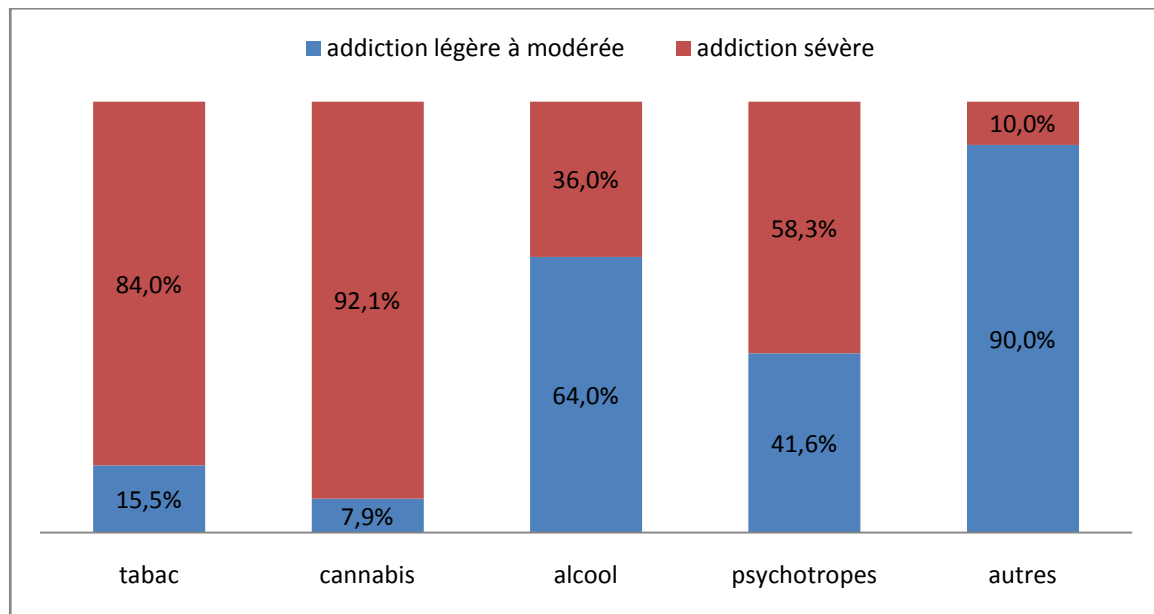


**Figure 48 : Corrélation entre la consommation de SPA et les antécédents familiaux toxiques**

## 9. Corrélation entre la consommation de SPA et le degré d'addiction

Le degré d'addiction a été déterminé grâce à l'échelle d'addiction du DSM 5 (voir annexe2).

Concernant le degré d'addiction, nos résultats ont révélé que l'addiction est majoritairement sévère pour les patients consommateurs de cannabis, de tabac et de psychotropes, tandis qu'elle est modérée chez 64% des patients alcooliques.



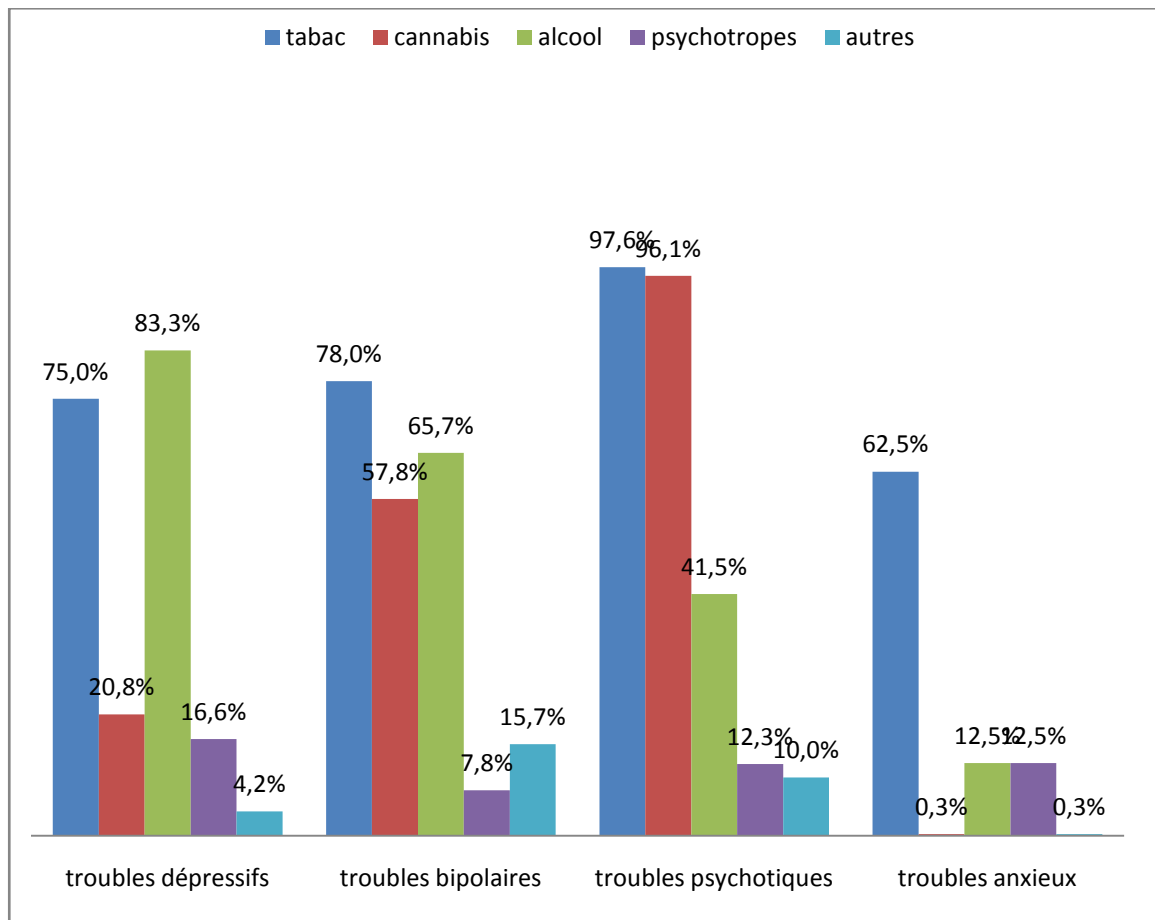
**Figure 49 : degrés d'addiction selon la substance consommée**

## **10. Corrélation entre la consommation de SPA et les comorbidités psychiatriques**

Nous retrouvons dans notre échantillon que :

- Parmi les patients qui présentent des troubles dépressifs ; 83.3% sont des addicts à l'alcool, 75% au tabac, 20.8% au cannabis, 16.6 % aux psychotropes.
- Parmi les patients qui présentent un trouble bipolaire ; 78% sont des addicts au tabac, 65.7% à l'alcool, 57.8% au cannabis, 7.8% aux psychotropes.
- Parmi les patients qui présentent des troubles psychotiques ; 97.6% sont des addicts au tabac, 96.1% au cannabis, 41.5% à l'alcool, 12.3% aux psychotropes.
- Parmi les patients qui présentent des troubles anxieux, 62.5% sont des addicts au tabac, 12.5% à l'alcool, 12.5% aux psychotropes, et aucun n'est addict au cannabis.

Ainsi, L'alcool est la substance la plus consommée par les patients qui ont des troubles dépressifs, le tabac prédomine la consommation chez les patients qui ont des troubles anxieux, et chez les sujets avec troubles psychotiques, la consommation est prédominée par le tabac et le cannabis, Ce résultat est statistiquement significatif ( $p=0.0012$ ).

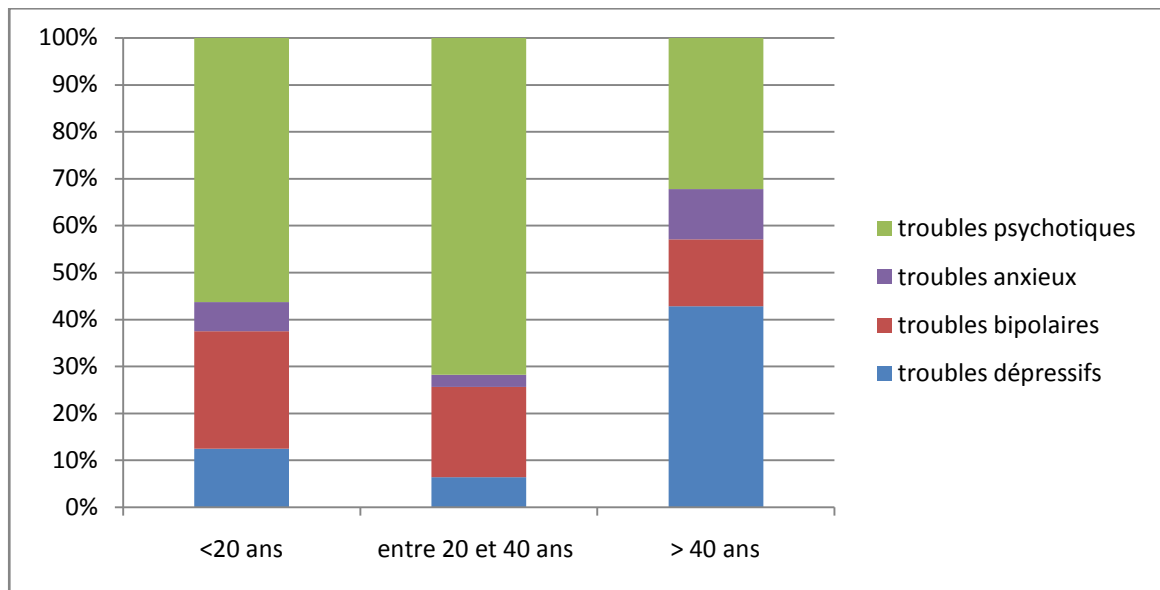


**Figure 50** : répartition des substances consommées selon la comorbidité psychiatrique

## 11. comorbidités psychiatriques et âge

Nous retrouvons dans notre échantillon que

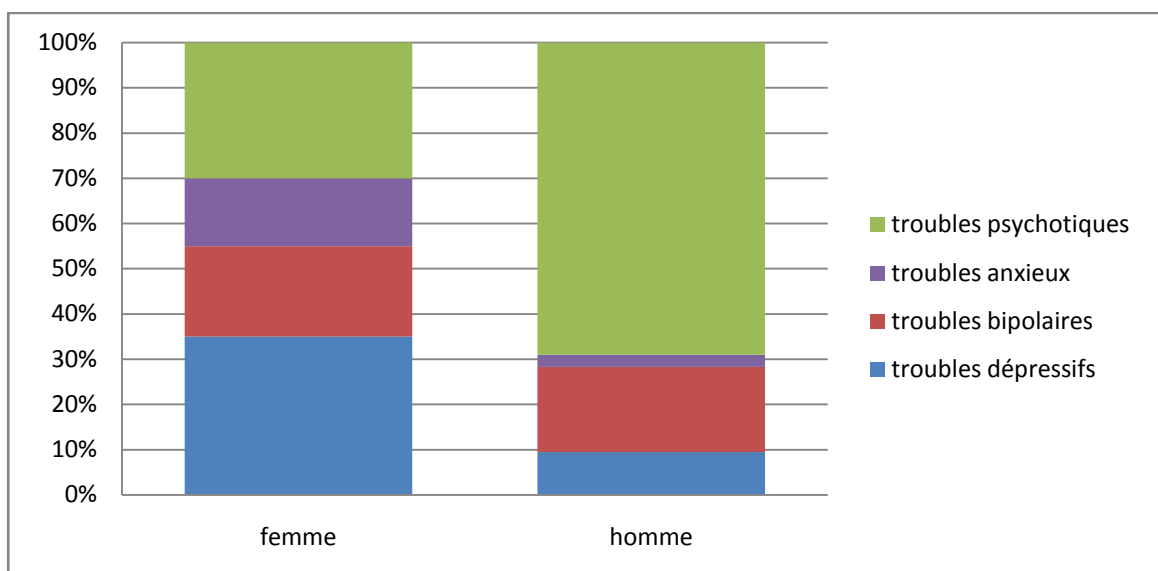
- Pour la catégorie d'âge s'étendant aux moins de 20 ans ; les troubles psychotiques sont prédominants (56.25%), suivi des troubles bipolaires à 25%.
- Pour la catégorie âgée entre 20 et 40 ans ; les troubles psychotiques prédominent à 71.7%.
- Les troubles dépressifs sont l'apanage du sujet âgé ; ils représentent 42.8% des troubles mentaux chez les patients de plus de 40 ans.



**Figure 51** : répartition des comorbidités psychiatriques selon l'âge

## 12. comorbidités psychiatriques et sexe

Nous retrouvons dans notre échantillon que ; Pour le sexe masculin : les troubles mentaux sont dominés par les troubles psychotiques (56.25%). Pour le sexe féminin : 35% des femmes dans l'étude sont suivies pour des troubles dépressifs et 30% présentent un trouble psychotique.



**Figure 52** : répartition des comorbidités psychiatriques selon le sexe

A decorative floral border consisting of two symmetrical, ornate scrollwork elements with small flowers and leaves, framing the central text.

*DISCUSSION*

## **GENERALITES SUR L'ADDICTION**

### **I. l'addiction**

#### **1. Quelques définitions sémantiques :**

##### **1.1. L'usage : (13–15)**

Toute conduite de consommation de SPA ne posant pas de problème pour autant qu'elle reste modérée, c'est à dire inférieure ou égale au seuil de risque défini par l'OMS, et prise en dehors de toute situation à risque ou de risque individuel.

L'usage peut être expérimentale, occasionnel, ponctuel, intermittent, périodique, régulier ou continu etc.

##### **1.2. L'abus : (16)**

Selon le DSM IV l'abus est un mode de consommation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du comportement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins une des modifications suivantes au cours d'une période de douze mois :

1. Consommation répétée d'une substance débouchant sur l'incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école, ou à la maison (par exemple : absences répétées, mauvaises performances au travail, exclusions scolaires, négligences des enfants ou des tâches ménagères).
2. Consommation répétée d'une substance dans des situations présentant une dangerosité physique (par exemple : conduite d'un véhicule ou fonctionnement d'une machine-outil).
3. Problèmes judiciaires répétés liés à la consommation d'une substance psycho active.

4. Poursuite de l'usage de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (par exemple : bagarres à répétition, disputes conjugales, violences familiales).

### **1.3. La dépendance :(13–15,17)**

La définition générale de la dépendance pharmacologique donné par l'OMS en 1975 est : « la dépendance est un état psychique et parfois physique résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une substance se caractérisant par des réactions comportementales ou autres qui comprennent toujours un besoin compulsif de consommer la drogue de façon continue ou périodique afin d'en retrouver les effets psychiques et parfois d'éviter le malaise et la privation. Cet état peut s'accompagner ou non de tolérance.

Il est habituel de distinguer :

- la dépendance psychique : qui est définie par le besoin de maintenir ou de retrouver les sensations de plaisir, de bien-être, la satisfaction, la stimulation que la substance apporte au consommateur, mais aussi d'éviter la sensation de malaise psychique qui survient lorsque le sujet n'a plus son produit.
- la dépendance physique : qui est définie par un besoin irrépressible, obligeant le sujet à la consommation de la substance pour éviter le syndrome de manque lié à la privation du produit Elle se caractérise par l'existence d'un syndrome de sevrage (apparition de symptômes physiques en cas de manque) et par l'apparition d'une tolérance (consommation quotidienne nettement augmentée).

### **1.4. La toxicomanie : (17)**

Selon l'OMS la toxicomanie est « un état de dépendance physique ou psychique ou les deux, vis-à-vis d'un produit et s'établissant chez un sujet et à la suite de l'utilisation périodique ou continue de celui-ci ». La toxicomanie représente donc une aliénation, une certaine privation de liberté puisque le toxicomane est profondément dépendant de sa drogue.

### **1.5. La drogue : (17)**

La définition de drogue selon l'OMS est très large « toute substance qui peut modifier la conscience et le comportement de l'utilisateur. En ce sens, tout médicament peut être désigné par le mot drogue. Selon l'usage qui en est fait, les drogues peuvent être employées à des fins médicales ou à des fins non médicales. Seules les substances susceptibles de modifier la fonction psychique peuvent être retenues comme drogues. Ce sont les drogues psychotropes, c'est-à-dire l'ensemble des substances d'origine naturelle ou synthétique qui peuvent, par leur action sur le système nerveux central, modifier l'activité mentale, les sensations, les comportements... ».

### **1.6. L'addiction : (13,17-19)**

L'addiction est considérée comme un désordre psychiatrique défini par l'OMS comme un état de dépendance périodique ou chronique à des substances ou à des comportements". L'addiction se manifeste à travers une constellation de symptômes subjectifs et objectifs, reflétant un état compulsif et conflictuel.

Les causes de ce désordre sont multifactorielles et impliquent des interactions complexes entre différents facteurs de risque, ces interactions influent sur la trajectoire développementale du cerveau et aboutissent à des modifications synaptiques persistantes fonctionnelles et structurelles dans les circuits neuronaux régulant le désir et le plaisir.

Ainsi l'addiction se définit lorsque :

- La sensation remplace l'émotion, la relation et la symbolisation.
- Le besoin l'emporte sur le désir et la demande.
- Lorsqu'un objet envahit le champ des plaisirs possibles et devient la stratégie prioritaire et impérieuse pour obtenir du plaisir ou apaiser une tension.
- Et lorsque la passion l'emporte sur la raison.

Il faut noter que le mot « addiction » n'est plus utilisé en tant que terme diagnostique dans la classification officielle du trouble de l'usage d'une substance du DSM V du fait de sa

définition incertaine et de sa connotation potentiellement négative. Le terme plus neutre de « trouble de l'usage d'une substance » est utilisé pour décrire le large spectre du trouble de prise de drogue compulsive, d'une forme légère à un état grave à rechutes chroniques.

### **1.7. Les conduites addictives : (13)**

Les conduites addictives se définissent par le besoin impérieux et répétitif d'utiliser une ou plusieurs substances psychotropes. Par analogie, elles concernent aussi des troubles du comportement, tout aussi impérieux et répétitifs, alimentaire (boulimie-anorexie) ou sociaux (jeux, sexe...). Il s'agit de maladies, chacune avec son cortège de pathologies physiques et psychiques. La sémiologie et la prise en charge du versant physique sont en général bien codifiées. Il n'en est pas de même pour le versant psychique, propre à chaque patient dépendant et à chaque dépendance, à chaque relation soignant soigné, à chaque médecin.

## **2. Neurobiologie de l'addiction : (13,17,19)**

L'addiction touche la régulation désir/manque :

Les plaisirs naturels (nourriture, sexe, affection, amour, valorisation sociale, perception du beau, etc) sont régulés par une sinusoïde désir-plaisir-apaisement-manque qui s'autorégule avec les stimulants naturels du plaisir : le désir augmente le plaisir, trop de plaisir sature et trop d'absence finit par éteindre le désir.

Les comportements addictifs agissent directement sur les voies de la récompense en faisant disparaître la période réfractaire, en maintenant indéfiniment la tension du désir, et en faisant disparaître l'apaisement et la satiété.

Les addictions perturbent le système de récompense :

Les plaisirs naturels et les drogues addictives augmentent la dopamine (DA) dans le nucleus accumbens. Les neurones à dopamine sont régulés par des substances endogènes (endorphines, endocannabinoïdes, GABA, ...) qui par la stimulation de récepteurs augmentent la dopamine dans le but d'augmenter les motivations à reproduire les sensations plaisantes et le

bien-être du sujet. Plus un objet ou une situation est récompensant, plus il est mis en mémoire pour être recherché et répété.

Les drogues agissent directement sur les voies dopaminergiques :

- Concentrations de dopamine très hautes et durables
- Récompense surpuissante et perte de la satiété
- Haut niveau d'appétence jamais totalement satisfait
- Le sujet n'est plus qu'un seul but : éviter la souffrance
- Adaptation du cerveau en augmentant le nombre de récepteurs : phénomène de tolérance
- Quand il n'y a plus de produit : signes de manque

### 3. Les principaux produits psychoactifs :

#### 3.1. Définition de substance psychoactive :

Une substance psycho active est une substance naturelle ou synthétique qui agit sur le psychisme en modifiant son fonctionnement. Elle peut entraîner des changements dans les perceptions, l'humeur, la conscience, le comportement, etc. (13,17)

##### a. **Les classifications des substances psychoactives : (13–15,18,20,21)**

###### *a.1. Les stimulants ou psychodysléptiques:*

Sont des substances qui stimulent ou accélèrent le système nerveux central. Ils produisent une poussée d'énergie rapide et temporaire chez la personne qui en consomme.

###### ➤ **Caféine :**

La caféine est une substance active aux effets physiologiques importants. Consommée en qualité raisonnable, c'est un stimulant du système nerveux qui diminue la perception de fatigue.

La caféine agit également sur le sommeil : pour les consommateurs occasionnels, la prise du café avant le coucher retarde l'endormissement. En revanche, ces effets sont réduits chez les buveurs habituels.

➤ **Tabac :**

Les produits du tabac sont des produits fabriqués entièrement ou partiellement à partir de feuille de tabac et destinés à être fumés, sucés, chiqués ou prisés. Ils contiennent tous de la nicotine, un agent psychotrope qui entraîne une forte dépendance. Les risques du tabac sont liés à la durée de consommation et aux quantités fumées mais les données actuelles sont encore insuffisantes pour affirmer qu'une faible consommation pourrait comporter moins de risques, comparée à une consommation importante et régulière. Selon l'OMS plus de 60 millions de personnes seraient décédées durant la seconde moitié du XXe siècle suite aux méfaits du tabac.

➤ **Cocaïne et dérivés (crack) :**

La cocaïne et le crack sont aujourd'hui les psychostimulants les plus consommés dans le monde, elle est extraite des feuilles de cocaïer. La cocaïne (sels) contient généralement entre 3 et 35 % de produit pur. Elle est prise (la ligne est sniffée) également injecté par voie IV ou fumée. Elle est coupée avec des produits parfois toxiques (anesthésiques, sucre, bicarbonate, amidon, talc, plâtre, strychnine, voire d'autres stupéfiants : amphétamines ou héroïne). La « cristalline » (mélange de cocaïne et de divers médicaments psychotropes, notamment l'atropine) a fait une apparition récente sur le marché. La cocaïne comme tous les psychodysléptiques provoque une phase d'excitation psychique et motrice intense avec logorrhée, hypervigilance, idées de grandeur, diminution de la sensation de fatigue psychique, euphorie et sensation de bien-être.

➤ **Amphétamines, MDMA ou ecstasy :**

Le groupe des amphétamines concerne plusieurs molécules, héritières de l'éphédrine. Leurs effets sont voisins de ceux de la cocaïne. La métamphétamine, facilement synthétisable,

est la molécule la plus puissante mais on trouve souvent, sur le marché clandestin, des molécules sympathomimétiques moins puissantes (éphédrine, décongestionnants, etc.). Les anorexigènes centraux sont des dérivés directs de l'amphétamine. Leur usage présente des risques significatifs (troubles du comportement, dépendance, accoutumance). Leur prescription est rigoureusement réglementée. L'ecstasy (méthylène-dioxy-3 4-métamphétamine, abrégée MDMA) est une phényléthylamine. On l'appelle aussi « essence », « E », « XTC », MDM, etc. D'abord employée comme adjuvant des psychothérapies par des psychiatres américains, elle est utilisée comme drogue récréative depuis les années soixante-dix. Sa consommation ne cesse de se développer, par des populations jeunes, en association avec la musique « techno », car elle favorise des états de transe.

➤ **Le Khât :**

Le Khât est un arbuste cultivé en Afrique de l'Est et au sud de la péninsule arabique (au Yémen principalement). Les feuilles ont un goût astringent et une odeur aromatique. La mastication des feuilles colore les dents en brun et la langue en vert. Les feuilles de khat contiennent trois principes actifs dont le plus puissant est la cathinone. La structure chimique de la cathinone ressemble beaucoup à celle des amphétamines.

*a.2. Les sédatives ou psycholeptiques :*

Un sédatif est une substance qui a une action dépressive sur le système nerveux central et qui entraîne un apaisement, une relaxation, une réduction de l'anxiété, une somnolence, un ralentissement de la respiration, une démarche chancelante, des troubles du jugement et une diminution des réflexes.

➤ **Les opiacés :**

morphine, méthylmorphine, fentanyl, tramadol, oxycodone, hydromorphone, hydrocodone, méthadone, buprénorphine, etc... Les opiacés sont des substances dérivées de

l'opium et agissant sur les récepteurs opiacés. Les opiacés d'origine synthétique sont désignés sous le terme opioïdes. Le cerveau humain utilise certains opiacés naturels (les endorphines) comme neurotransmetteurs. Les opiacés activent le système de récompense mésolimbique issu de l'aire tegmentale ventrale (ATV) en se projetant vers le striatum ventral dans le noyau accumbens. La synapse dopaminergique y subit un afflux de dopamine au niveau des récepteurs dopaminergiques D2 postsynaptiques par un mécanisme indirect de réduction de l'inhibition des neurones GABAergiques du tegmentum ventral. La répétition des prises entraîne une désensibilisation des récepteurs avec une très forte accoutumance et le besoin d'augmenter les doses. L'arrêt brutal de l'intoxication entraîne une hypodopaminergie qui pourrait sous-tendre le déficit motivationnel du postsevrage.

➤ **L'alcool :**

L'alcool éthylique ou éthanol (C<sub>2</sub>H<sub>5</sub>OH) est un alcool de faible poids moléculaire (PM=46), soluble dans l'eau, inflammable et agressif pour les muqueuses. Il ne peut être consommé que dilué sous forme de boissons alcooliques. Une boisson alcoolique est définie par son degrés alcoolique qui est le pourcentage en degrés d'alcool. Le poids spécifique de l'alcool est de 0.8. A titre d'exemple, un litre de bière à 6 degrés contient 60 ml ou 48 g d'alcool pur par litre. L'alcool passe en quelques minutes dans le sang, avant d'être véhiculé dans tous les organes, dont le cerveau et le foie. Sa durée d'élimination est indépendante de l'activité physique fournie, ou de la température ambiante, ou de l'habitude de boire.

➤ **L'héroïne :**

L'héroïne est un opioïde puissant obtenu par acétylation de la morphine, le principal alcaloïde issu du pavot à opium. Elle est utilisée à des fins médicales, mais surtout de manière illégale dans des cadres d'utilisations récréatives. L'héroïne provoque l'apaisement, l'euphorie et une sensation d'extase. Elle agit comme anxiolytique puissant et comme antidépresseur. La tolérance à l'héroïne est importante, et son usage chronique entraîne une très forte dépendance physique.

**a.3. Les hallucinogènes :**

Les substances hallucinogènes sont capables d'induire des hallucinations visuelles, auditives, voire tactiles.

➤ **Le cannabis :**

Le cannabis est tiré d'une plante : le chanvre indien (*cannabis sativa* L). Sous sa forme naturelle, elle a de nombreuses appellations : ganja (Inde), marijuana (Amériques), etc. C'est la plus consommée des drogues illicites. Le cannabis peut se présenter sous forme de pistils issus des plants femelles, sous forme de résine (haschich, généralement obtenu par tamisages de plants séchés, puis pressage), ou sous forme d'huile (obtenue à l'aide de solvants). Le principe actif du cannabis responsable des effets psychoactifs est le delta 9THC (tetrahydrocannabinol) inscrit sur la liste des stupéfiants. Sa concentration est très variable selon les préparations et la provenance du produit (herbe, hachich, huile...) l'huile peut contenir jusqu'à 60% de THC, tandis que la marijuana en contient 0,2 à 7% et le haschich 5 à 12%. Le cannabis peut être ingéré sous forme de décoction ou mêlé à des gâteaux ; il est beaucoup plus souvent fumé, mélangé à du tabac ou à du crack dans certains pays.

➤ **Les solvants organiques :**

Un solvant est une substance capable de dissoudre un soluté, qu'il soit solide, liquide ou gazeux, pour produire une solution. On retrouve les solvants dans les produits de nettoyages à sec, les dissolvants, les diluants, les décapants, les détergents et les colles, entre autres. On peut citer de manière non exhaustive : l'éthanol, l'éther, le chloroforme, l'acétone, le toluène, le tétrachloroéthylène, l'hexane. Les solvants sont en eux-mêmes une classe hétérogène aux effets neuropharmacologiques variés : l'éthanol est un agoniste GABA-ergique, l'éther interagit avec les récepteurs NMDA et gamma - aminobutyric acid (GABA), le chloroforme agit sur les canaux potassiques. Les substances volatiles sont facilement absorbées par les poumons. Les effets apparaissent peu après l'inhalation et disparaissent en quelques heures. La variété des substances génère une variété de mécanismes d'actions neurologiques et donc une variété des

manifestations psychiques. On peut néanmoins retenir comme signes d'intoxication aux solvants une euphorie, une désinhibition, une excitation psychomotrice, un état confuso-onirique, une désorientation temporo-spatiale, des troubles de l'élocution et une diplopie. À des doses élevées apparaissent des hallucinations et une ataxie.

➤ **LSD :**

Le LSD ou diéthylamide de l'acide lysergique, est un hallucinogène très puissant synthétisé à partir de l'acide lysergique et du diéthylamide. L'acide lysergique est un produit d'hydrolyse des alcaloïdes de l'ergot du seigle. Synthétisé chimiquement, il a été popularisé par le mouvement psychédélique, dans les années soixante, puis par celui des hippies. Inscrit sur la liste des stupéfiants, le LSD est vendu clandestinement sous formes de petits carres de papier qui sont imprégnés plus ou moins irrégulièrement. Chaque carre porte le nom de dose, tandis que le LSD est appelé acide, ace, buvard, trip, pétri, etc, ... le LSD est rarement vendu sous forme liquide ou de micro pointes.

➤ **La phencyclidine :**

La phencyclidine fut dans les années cinquante, un anesthésique général et un analgésique. Trop souvent accompagné de réactions sévères (de type dissociatif), parfois durables, son usage fut interdit en 1965. Son utilisation comme drogue a commencé aux États-Unis dans les années soixante-dix.

➤ **La kétamine :**

La kétamine est un anesthésique vétérinaire et humain. Dans son usage détourné, elle est connue sous les noms de « K », « spécial K », « vitamine K » ou encore « Kit Kat ». Comme le GHB, la kétamine possède un effet de «soumission chimique » qui aggrave encore sa dangerosité.

## **II. Etiopathogénie de l'addiction**

### **1. Approche psychanalytique**

Jusqu'au début des années 1970, la psychanalyse a exercé une influence non négligeable sur la littérature psychopathologique d'addiction. Ses approches caractérisées par la diversité, témoignent de la difficulté de décrire un type de personnalité unique ou structure de personnalité spécifique chez l'usager addict.(22)

Selon certains auteurs, l'usage de substances psychoactives 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'immatunité affective et relationnelle du l'usager addict. (23)

La psychanalyse souligne également le caractère dépressif que prend l'addiction 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. L'addiction 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 addictions ; la substance psychoactive joue le rôle d'objet interne sécurisant. Elle exerce pour le addict une fonction de «restauration narcissique » facilitant « Une mise à distance » du réel, mal toléré par le « moi déficient » du addict. Ainsi dans l'euphorisme pharmacogénique, le moi retrouve sa toute-puissance narcissique.(24),(23)

### **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 l'addiction 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 défailante, désunie... L'addiction vient souvent masquer les autres problèmes. Toutes les difficultés sont projetées sur la substance psychoactive. On se trouve assez souvent devant des systèmes complètement stabilisés : l'addict étant le garant de l'équilibre du système.(25)

### **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 demander si ces dysfonctionnements ne constituent pas le noyau central de la maladie».(26)

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

- Des croyances anticipatoires, impliquant une attente positive liée à la substance psychoactive.
- 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 soulageant, 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 rechercher la substance psychoactive et la consommer.(27),

#### **4. Approche génétique**

Elle est basée sur le caractère familial que prend l'addiction chez certains sujets, chez qui le père et /ou la mère sont aussi des addicts. 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. La recherche génétique sur la dépendance aux substances psychoactives s'est 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.(22) Toutefois, il faut rappeler que l'addiction 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 SPA des effets positifs ou négatifs reproductibles par le biais de gènes spécifiques. (24)

### **III. Retentissement socio-économique de l'addiction**

D'après 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 XXème siècle et pourrait en tuer 1 milliard de personnes au XXIème siècle.(29)

(16) 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. (30)

Cette diminution sensible de la consommation tabagique s'est accompagnée malheureusement d'une augmentation importante de la consommation d'autres substances psychoactives notamment le cannabis et les opiacées.(31)

Le rapport 2005 de l'ONU sur les substances psychoactives 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 d'usagers et addicts en hausse de 8%, avec quelques 200 millions de consommateurs de stupéfiants. La popularité croissante du cannabis inquiète l'ONU, car cette substance psychoactive 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. (32)

Aux Etats-Unis, l'addiction psychoactive constitue un problème majeur de santé public du fait des grands dégâts socio-économiques engendrés par ce phénomène. En 2002, la lutte contre l'addiction a coûté pour le gouvernement, 18,9 milliards de dollars; quant au coût économique globale associé à la consommation de substances psychoactives, il avait atteint 110 milliards de dollars. Cette situation dramatique, sur tous les plans, notamment socioéconomique fait des Etats-Unis l'un des pays les plus endommagés par le fléau de la l'addiction. (33), (34)

En Europe, des chiffres alarmants ont été publiés par l'observatoire européen des substances psychoactives et des addictions (OEDT) dans son rapport 2006 sur les substances psychoactives les plus consommées, notamment le cannabis. Selon ce rapport, la prévalence de la consommation de cette substance psychoactive 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. (35)Ainsi, l'Europe se trouve menacé par le nombre croissant des addicts et par les répercussions qui en découlent. La France est l'un des pays européens les plus touchés par le phénomène de la addiction. Selon le Baromètre santé 1993/1994, le cannabis constitue de loin la substance psychoactive la plus consommée en France. Ainsi en 2003 le taux d'usage parmi les adultes français était de 19,7%. (36)

Parallèlement à l'extension de l'usage des substances psychoactives dans le monde, un changement radical du profil de addiction est en train de s'effectuer. Il se caractérise par :

- La diffusion planétaire des substances psychoactives, 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 substance psychoactive traditionnelle du monde occidental, soulève aujourd'hui de plus en plus de problèmes dans les pays émergents.(37)
- La consommation SPA 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.(2,38)
- La relation entre la dépression et la addiction a fait l'objet de nombreux travaux, qui sont unanimes sur la forte prévalence de la dépression chez les consommateurs de SPAs ; ce qui présente un coût cumulé pour la société. (28,39-41)
- 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. (28,42)
- Les complications de l'addiction 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 substances psychoactives en France. (43) De même pour l'hépatite B et C ; le rapport national Belge sur les substances psychoactives révèle que la prévalence des Hépatites virales chez les injecteurs de substances psychoactives est de 66% pour l'hépatite C et 16% pour l'hépatite B. (44)

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 addicts. Les problèmes médico-sociaux se trouvaient ainsi peu soulevés. Or, au cours des dernières années, le phénomène de l'usage de substances psychoactives au Maroc a connu une évolution quantitative et qualitative certaine.

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

- une disponibilité des différents produits, plus ou moins importante en fonction des régions (surtout la région du nord). (45)
- Une prédominance masculine de la consommation SPA, 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. (46)
- 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.

## DISCUSSION DE NOS RESULTATS

### I. L'âge

D'après l'étude menée, il s'est avéré que la tranche d'âge 20-40 ans est la plus représentée avec une fréquence estimée à 78%, contre 8% de fréquence chez les moins de 20 ans et 14% de fréquence chez les plus de 40 ans. L'âge moyen est estimé à 30.6 ans, avec comme extrêmes : 17 et 60 ans.

À propos du type de substance utilisée par chaque tranche d'âge, nous retrouvons dans notre échantillon que pour la catégorie d'âge s'étendant aux moins de 20 ans ; nous avons une consommation de cannabis prédominante à hauteur de 93%, de tabac à 62%, d'alcool à 12% et de psychotropes à 6.2%. Pour la catégorie âgée entre 20 et 40 ans, nous retrouvons une consommation de tabac prédominante ( 93%), de cannabis à hauteur de 77%, d'alcool à 46%, de psychotropes à 12% . et pour la catégorie âgée de plus de 40 ans, nous retrouvons un usage d'alcool prédominant à 92%, de tabac à 85%, de cannabis à 21%, de psychotropes à 10.7% .

Les résultats de notre étude rejoignent les résultats retrouvés dans l'étude de **ZIAN**, réalisée en **2017** au sein du centre d'addictologie de **Marrakech**, qui retrouve une prédominance de la tranche d'âge de 18 à 40ans, avec un âge moyen estimé à 20.2 ans. En revanche, son étude révèle une présence plus significative de patients mineurs, à hauteur de 28%.(47)

L'étude de **GOURANI** réalisée à Marrakech en 2005 auprès des étudiants de l'université Cadi Ayyad, a également trouvé une prédominance de la tranche d'âge 20 à 24 ans estimée à 57%, avec une moyenne estimée à 21.7ans.(48)

Pareil, l'étude de **EL BOUKHANI**, réalisée à **Essaouira** en **2019**, auprès des artisans a trouvé que la prévalence du tabagisme a été la plus élevée chez les patients dont la tranche d'âge varie entre 31 et 55 ans.(49)

*En France*, L'âge moyen de consommation de substances illicites a été estimé à 17.3ans dans étude de *T.GAGNE et al* réalisée en *2018* auprès des apprentis d'un centre.(50)

**Tableau III : comparaison de l'âge moyen entre les différentes séries**

Auteur	Pays/Année	Age moyen
Zian	Marrakech/2017	20,2 ans
Gourani	Marrakech/2005	21,7 ans
El boukhani	Essaouira/2019	41,5 ans
T.Gagne et al.	France/2018	17,3 ans
Notre étude	Marrakech/2021	30,6 ans

À propos des comorbidités psychiatriques, l'étude de notre échantillon a montré que :

Pour la catégorie d'âge s'étendant aux moins de 20 ans ; les troubles psychotiques sont prédominants (56.25%), suivis des troubles bipolaires à 25%,

Pour la catégorie âgée entre 20 et 40 ans ; les troubles psychotiques prédominent à 71.7%.

Les troubles dépressifs sont l'apanage du sujet âgé et représentent 42.8% des troubles mentaux chez les patients de plus de 40 ans.

## **II. Le sexe**

La prédominance du sexe masculin sur le sexe féminin en matière de consommation de SPA n'est pas un élément de surprise dans l'étude, vu le contexte socioculturel. Au fait, uniquement 10% des patients inclus dans l'étude sont de sexe féminin, contre 90% de sexe masculin.

la répartition d'usage s'est avérée comme suit ; Pour le sexe masculin, 91% des hommes sont des consommateurs de tabac contre 75% de femmes, 82.2% sont des consommateurs de cannabis contre 20% de consommatrices, 51% de consommation masculine d'alcool contre 35% chez les femmes.

L'étude de **ZIAN en 2017 à Marrakech** a encore une fois marqué La prédominance masculine de consommation de SPA, à hauteur de 87%.(47)

L'étude de **GOURANI en 2005**, a également mis en valeur La prédominance masculine de consommation de SPA, à hauteur de 86%.(48)

Ceci peut facilement être attribué au régime socioculturel qui limite toujours la liberté féminine dans le monde arabe. Et les résultats de L'étude de **CHAKROUN et al réalisée à Bordeaux** supporte cette hypothèse en révélant une égalité de consommation au moins de tabac entre les deux sexes, ainsi, sa prévalence est estimée à 35.6%. Le cannabis et l'alcool par contre redessinent une différence de prévalence régie par le sexe, 21,7% d'hommes contre 9.3% de femmes quand à la consommation cannabique et 22,3% d'hommes contre 10,5% de femmes quand à la consommation alcoolique. (51)

L'étude de **GAGNE en France** a mis en valeur La prédominance masculine de prévalence de consommation de toutes les SPA, à hauteur de 77% contre 23% de prévalence féminine.(50)

**Tableau IV : comparaison du sexe ratio dans les différentes séries**

Auteur	Pays/Année	sexe ratio
Zian	Marrakech/2017	6,6
Gourani	Marrakech/2005	6,14
El boukhani	Essaouira/2019	2,6
T.Gagne et al.	France/2018	3,3
<b>Notre étude</b>	<b>Marrakech/2021</b>	<b>9</b>

### **III. L'origine géographique :**

D'après l'étude menée, il s'est avéré que 76 % des patients sont d'origine urbaine alors que 24% des patients sont d'origine rurale.

L'étude de **ZIAN** retrouve la même inégalité de répartition entre les deux milieux, ainsi 72.36% ont été d'origine urbaine, contre 27.64% qui ont été d'origine rurale.(47)

L'étude de **GOURANI** a également été en faveur de la prédominance de l'origine urbaine 70.1% sur l'origine rurale 29.9% en terme de consommation.(48)

On peut en conclure que l'origine urbaine favorise la consommation des SPA par rapport au milieu rural. On peut bien le justifier par l'accessibilité qui semble meilleure en ville, la diversité des manières d'obtention des SPA par rapport aux campagnes et la facilité de garder l'anonymat en ville qu'en campagnes pour une consommation moins notoire.

#### **IV. Le niveau d'instruction**

D'après l'étude menée, il s'est avéré que la population étudiée est prédominée par des patients dont le niveau scolaire ne dépassent pas le niveau primaire (69%), en revanche, uniquement 6% des patients arrivent au niveau universitaire.

Le même constat est fait par **LAKLOUMI** dans son étude faite à **MARRAKECH** en **2016**, ainsi plus des deux tiers de l'échantillon avaient un niveau d'instruction ne dépassant pas le primaire.(52)

L'étude de **JOUSSRAN** réalisée En **France** en **2018** trouve également que les sujets ayant fait des études supérieures sont les moins consommateurs (21%), en revanche, les sujets sans diplômes sont les plus consommateurs , notamment de tabac.(53)

On peut en conclure que plus le sujet est instruit, moins il court le risque de tomber dans l'addiction, d'une autre part, le piège de l'addiction semble raccourcir le parcours scolaire le vouant à l'échec. Ainsi, l'addiction et l'échec scolaire peuvent être cause ou conséquence l'un de l'autre.

L'étude de **OULMIDI** et de **ZIAN** par contre trouvent que l'échantillon a été peuplé par des usagers de fréquence augmentant d'autant plus que le niveau scolaire progresse, ceci peut s'expliquer par le fait que l'étude a été faite au sein du centre d'addictologie, et donc plus le sujet est instruit, plus il entretient de chances d'être sensibilisé sur l'intérêt d'intégrer un centre, par rapport à d'autres sujets de niveau instructif plus bas.(47,54)

**Tableau V : comparaison du niveau d'instruction dans les différentes séries**

Auteur	Pays/Année	niveau d'instruction
Jousran	France/2018	niveau universitaire = 21%
		sujets sans diplôme = 79%
El boukhani	Essaouira/2019	jamais scolarisé=14,3%
		primaire = 22,7%
		secondaire = 65,1%
		universitaire= 33,3%
Iakloui	Marrakech/2016	jamais scolarisé=25%
		primaire =43%
		secondaire = 14%
		universitaire= 18%
notre étude	Marrakech/2021	jamais scolarisé=20%
		primaire =49%
		secondaire = 25%
		universitaire= 6%

## V. Le Niveau socio-économique :

L'étude de la population sélectionnée a montré que la consommation des SPA est la plus fréquente (81%) chez les patients de bas niveau socio-économique, soit ayant un revenu mensuel ne dépassant pas 3000dhs, contre 1% seulement des patients qui ont un revenu supérieur à 10000Dh.

L'étude de **LAKLOUMI**, trouve également une prédominance des patients de bas niveau socio-économique, ainsi 62% ne dépassent pas 2000dhs de revenu mensuel , contre 2% de patients de >10000dhs de revenu.(52)

L'étude de **ZIAN** trouve également une prédominance de consommation des SPA chez des sujets dont le revenu mensuel ne dépasse pas 3000dhs, à 55%, avec une présence significative de sujets dont le revenu dépasse 10000dhs, à 10%.(47)

Pareil, l'étude de **EL BOUKHANI**, réalisée à **Essaouira** en **2019**, auprès des artisans a trouvé une prédominance de consommation tabagique chez les sujets de bas niveau socio-économique, ainsi uniquement 22% avait un revenu mensuel qui dépasse 2000dhs .(49)

L'étude de **JOUSSRAN** réalisée En **France** en **2018** trouve également une prévalence de consommation tabagique qui baisse à mesure que le revenu mensuel augmente.(53)

On peut en conclure que le bas niveau socio-économique est un facteur favorisant de l'addiction.

Par ailleurs, la faible présence des sujets de bon niveau socio-économique peut être expliquée également par le manque de fréquentation des hôpitaux psychiatriques publics par ceux-ci quand ils peuvent se permettre une PEC dans une enceinte privée.

**Tableau VI : comparaison du niveau socio-économique dans les différentes séries**

Auteur	Pays/Année	niveau socio-économique
Jousran	France/2018	prédominance des revenus faibles
El boukhani	Essaouira/2019	niveau bas = 78%
lakloui	Marrakech/2016	niveau bas = 62%
<b>notre étude</b>	<b>Marrakech/2021</b>	niveau bas = 81%

## **VI. L'âge de début de consommation:**

D'après l'étude menée, il s'est avéré que 64% des patients sont initiés à la consommation des SPA avant l'âge de majorité, et dans 40% avant même l'âge de 15ans.

L'étude de **EL BOUKHANI** trouve que 45% des sujets sont initiés à la consommation tabagique avant l'âge de 20 ans, et 49% entre 21 ans et 36 ans.(49)

Dans L'étude de **LAKLOUMI** il s'est avéré que 46% des consommateurs de cannabis et 65% des consommateurs d'alcool ont été initiés avant l'âge de 20ans. (52)

Des résultats similaires ont été constatés dans l'étude de **ZIAN** et **GOURANI**.(47,48)

Tout ça, nous mène à conclure que l'initiation à l'addiction se fait souvent à un âge très précoce, touchant significativement la période de l'adolescence et parfois même l'enfance.

## **VII. Les initiateurs**

D'après l'étude menée, il s'est avéré que 41% des patients inclus dans l'étude sont initiés par eux-mêmes à l'usage des SPA, contre 38 % par un ami, 14% par un membre de la famille et 7% par un collègue. Ainsi 59% des patients inclus dans l'étude ont débuté leur usage à travers un tiers alors que 41% y se sont adonnés de manière solitaire.

Les études de **GOURANI** et **OULMIDI** trouvent des résultats similaires, ainsi, il s'agit de 79,5% des étudiants consommateurs d'alcool qui ont été initiés par un ami dans la première étude et 77% des usagers dans la deuxième.(48,54)

On en conclut que souvent l'initiation à la consommation se fait par un tiers, d'où la nécessité de la sélectivité de l'entourage de fréquentation.

## **VIII. Evaluation de la dépendance chez les patients consommateurs des SPA**

D'après l'étude menée, il s'est avéré que 76% des patients inclus dans l'étude ont une addiction sévère, tandis que 15% ont une addiction modérée, 8% une addiction légère et 1% une absence d'addiction soit 99% des patients de l'étude qui présentent une addiction à une substance.

Concernant la corrélation entre le degré de l'addiction et le type de substance utilisée nous notons que pour :

- Le tabac : l'addiction est sévère dans 84.5%, légère à modérée dans 15.5%.
- Le cannabis : l'addiction est sévère dans 92.1%, légère à modérée dans 7.9%.
- L'alcool : l'addiction est sévère dans 36%, légère à modérée dans 64%.
- Les psychotropes : l'addiction est sévère dans 58.3%, légère à modérée dans 41.6%.

Le caractère de l'addiction a été déterminé grâce à l'échelle d'addiction du DSM 5.

Dans l'étude de **ZIAN** , 87.36% présentent une addiction à une substance, qui est sévère dans 46%, l'addiction est sévère au cannabis dans 49.11% et à l'alcool dans 47.67%.(47)

**GOURANI** retrouve dans son étude que 86,4% des étudiants consommateurs de tabac présentent une dépendance.(48)

**HASTIER et al**, trouvent dans leur étude réalisée en **France** auprès de 100 adolescents que la dépendance au tabac est moyenne à forte dans 48,3%. (55)

**N'DIAYE et al**, trouvent dans leur étude réalisée auprès de 547 usagers de SPA au **Sénégal**, que la dépendance est très forte dans 4,7% des cas, forte dans 14% des cas et moyenne dans 59,3% des cas, avec une dépendance à la consommation cannabique chez 76,6% des usagers.(56)

Concernant la dépendance au cannabis, **CHABROL et al** trouvent dans une enquête réalisée auprès de 256 usagers de cannabis en **France**, une dépendance à 47,2%. **NACON et al** trouvent dans une étude menée auprès de 2446 jeunes en **Allemagne** une dépendance à 35%. **COFFEY** dans son étude réalisée auprès de 2032 jeunes en **Australie** trouve une dépendance à 59%.(45,57,58)

Concernant la dépendance alcoolique, **GOURANI** trouve dans son étude une dépendance à 16,4%.(48)

**CHEN et al** trouvent dans une étude réalisée auprès de 1044 étudiants **Américains** Un résultat similaire, ainsi, une dépendance à 16,4%. (59)

**Tableau VII : évaluation de la dépendance dans les différentes séries**

Auteur	Pays/Année	la dépendance
gourani	Marrakech/2005	86,4% (tabac)
		75,6% (cannabis)
Hastier et al.	France/ 2006	48,3% (tabac)
charol et al.	France/ 2000	47,2% (cannabis)
Nacon et al.	Allemagne/2006	35% (cannabis)
Coffey	Australie/2002	59%(cannabis)
N'diaye et al.	Sénégal/2003	76,6% (cannabis)
notre étude	Marrakech/2021	84% (tabac)
		92.1% (cannabis)

## **IX. Evaluation des comorbidités psychiatriques**

### **1. Les troubles dépressifs**

D'après l'étude menée, il s'est avéré que 12% des patients inclus dans l'étude ont un trouble dépressif contre 78% de patients qui n'en ont pas.

La prévalence de la dépression en fonction de la SPA consommée est de 83.3% chez les consommateurs d'alcool, 75% chez les consommateurs de tabac, 20.8% chez les consommateurs de cannabis, 16.6% chez les consommateurs de psychotropes.

L'étude de **ZIAN** trouve des résultats similaires, en fait, la prévalence de la dépression est estimée à 33.79%. avec une prédominance chez les alcooliques à 49.22%, chez les tabagiques à 23.28%, chez les consommateurs de cannabis à 29.09%.(47)

l'étude de **GOURANI** trouve également une comorbidité importante entre la dépendance aux SPA et la dépression.(48)

**FARGES et al** trouvent dans leur étude effectuée auprès de 128 addicts dépendants aux SPA, une prévalence de troubles dépressifs à 66,4%.(60)

**PATTON et al** rapportent dans une étude menée auprès de 1601 étudiants en **Australie** que la dépression est présente chez 48% des usagers réguliers de cannabis .(61)

**LOOBY et al** trouvent dans une étude **américaine** réalisée au sein de 2500 usagers quotidiens de cannabis que la prévalence des troubles dépressifs est estimée à 90%.(30)

**GASQUET et al** en **France** trouvent dans leur étude réalisée auprès des usagers de psychotropes que la prévalence de des troubles dépressifs est estimée à 51.9%.(62)

On peut en conclure l'existence d'une comorbidité importante entre les troubles dépressifs et l'addiction aux SPA

**Tableau VIII : comparaison de la prévalence des troubles dépressifs dans les différentes séries**

Auteur	Pays/Année	prévalence des troubles dépressifs	étude
Farges et al.	2004	66,40%	
Patton et al.	Australie/2002	48%	consommation de cannabis
Looby et al.	USA/2007	90%	consommation de cannabis
Gasquet et al.	France/2000	51,90%	consommation de psychotropes
<b>notre étude</b>	<b>Marrakech/2021</b>	<b>12%</b>	

## 2. Les troubles anxieux

D'après l'étude menée, il s'est avéré que 4% des patients inclus dans l'étude ont des troubles anxieux contre 96 % de patients qui n'en ont pas.

La prévalence des troubles anxieux en fonction de la SPA consommée est de 62.5% chez les consommateurs de tabac, 12.5% chez les consommateurs d'alcool, 12.5% chez les consommateurs de psychotropes.

**ZIAN** trouve dans son étude que la prévalence des troubles anxieux est estimée à 16.43%, prédominante le plus chez les usagers de psychotropes et de cannabis à 17%, contre 14% chez les alcooliques et 11% chez les tabagiques.(47)

Selon les études de la prévalence des troubles anxieux chez les usagers de SPA , **J.R. COUGLE et al** l'estiment à 15.5% chez les tabagiques, **F. S. STINSON et al** l'estiment à 18% chez les consommateurs de cannabis, **MB TERRA et al** l'estiment à 19.3% chez les alcooliques et **I. GASQUET et al** l'estiment à 21.9% chez les usagers de psychotropes.(62-65)

**Tableau IX : comparaison de la prévalence des troubles anxieux dans les différentes séries**

Auteur	Pays/Année	prévalence des troubles anxieux en fonction des substances consommées
F.S.Stinson et al.	USA/2006	18% (cannabis)
Mb Terra et al.	Brazil/2007	19,3% (l'alcool)
J.R.Cogle et al.	2015	15,5% (tabac)
Gasquet et al.	France/2000	21,9% (psychotropes)
Zian	Marrakech/2017	11,07% (cannabis)
		17,06% (tabac)
		14,73% (alcool)
		17,05% (psychotropes)
notre étude	Marrakech/2021	0,3% (cannabis)
		62,5% (tabac)
		12,5% (alcool)
		12,5% (psychotropes)

### 3. Evaluation des troubles psychotiques

D'après l'étude menée, il s'est avéré que 65% des patients inclus dans l'étude ont des troubles psychotiques ; APA, schizophrénie, troubles schizo-affectifs, contre 35 % de patients qui n'en ont pas.

La prévalence des troubles psychotiques en fonction de la SPA consommée est de 97.6% chez les consommateurs de tabac, 96.1% chez les consommateurs de cannabis, 41.5% chez les consommateurs d'alcool, 12.3% chez consommateurs de psychotropes.

Un constat similaire est rapporté par l'étude de **ZIAN**, qui trouve une forte corrélation entre l'usage du cannabis et la symptomatologie délirante.(47)

D'autres études ont également établi le lien entre le cannabis et les troubles schizophréniformes, notamment, l'étude d'**E.Guillem et al** qui montre que 4.8% des usagers de cannabis ont un trouble schizophréniforme/schizophrénie, L'étude faite par N. Libuy et al objective que 5.2% des usagers de cannabis ont un trouble schizophrénique.

Nos résultats trouvent par ailleurs que la consommation précède le développement du trouble mental dans 76%, ce qui nous mène à conclure que le cannabis est un facteur de risque de développement des troubles psychotiques.(66,67)

**Tableau X : comparaison de la prévalence des troubles psychotiques dans les différentes séries**

Auteur	Pays/Année	prévalence des troubles psychotiques	étude
E.Guillem et al.	2014	4,80%	consommation de cannabis
N.Libuy al.	2017	5,2%	consommation de cannabis et de cocaïne
<b>notre étude</b>	<b>Marrakech/2021</b>	<b>65%</b>	

#### **4. Evaluation des troubles bipolaires**

D'après l'étude menée, il s'est avéré que 19% des patients inclus dans l'étude ont des troubles bipolaires contre 81 % de patients qui n'en ont pas.

La prévalence des troubles bipolaires en fonction de la SPA consommée est de 78% chez les consommateurs de tabac, 65.7% chez les consommateurs d'alcool, 57.8% chez les consommateurs de cannabis, 7.8% chez les consommateurs de psychotropes.

Des résultats similaires sont trouvés dans l'étude de **ZIAN**, en fait, la prévalence des troubles bipolaires est estimée à 18 %. (47)

l'étude de **J.R. Cogle et al** montre que 5.1% des usagers de tabac ont un trouble bipolaire.(63)

L'étude de **F. S. STINSON et al** objective que 24% des usagers de cannabis ont un trouble bipolaire.(64)

Une étude aux États Unis d'Amérique faite par **K.T.BRADY et R.B.LYDIARD** montre que 16.1% soit plus ou moins 3.9% des usagers d'alcool ont un trouble bipolaire.(68)

On peut en conclure que la prise de toxiques constitue un facteur de risque de décompensation des troubles bipolaires, ou que c'est une conséquence du trouble lui-même.

**Tableau XII : comparaison de la prévalence des troubles bipolaires dans les différentes séries**

<b>Auteur</b>	<b>Pays/Année</b>	<b>prévalence des troubles bipolaires en fonction des substances consommées</b>
F.S.Stinson et al.	USA/2006	24% cannabis
J.R.Cogle et al.	2015	5,1% tabac
K.T.Brady	USA/1992	16,1% alcool
Zian	Marrakech/2017	22.85%% cannabis
		5.34% % tabac
		16.28% alcool
		20.16% psychotropes
notre étude	Marrakech/2021	<b>57,8% cannabis</b>
		<b>78,0% tabac</b>
		<b>65,7% alcool</b>
		<b>7,8% psychotropes</b>



## *LIMITES DE L'ETUDE*

Nous avons mené une étude qui a pour but d'étudier la comorbidité addiction-trouble psychiatrique, afin de déterminer ses caractéristiques épidémiologiques et sociodémographiques.

Certaines limites méthodologiques ont été soulevées lors de la réalisation de ce travail de thèse:

- Notre étude est transversale portant sur le recueil des informations lors d'un entretien psychiatrique selon un questionnaire conçu à cet effet, cela nous a exposés à plusieurs biais en matière de recueil d'information, et nombreuses difficultés ont été rencontrées :
  - ✓ l'insuffisance de renseignements connus par les malades, notamment concernant l'histoire familiale psychiatrique et addictive.
  - ✓ le non-consentement d'un bon nombre de patients à la participation à l'étude
  - ✓ la pénurie de patients stables et cohérents en intra hospitalier.
- Nous nous sommes limités à l'étude de quelques paramètres qui nous ont semblé les plus importants.



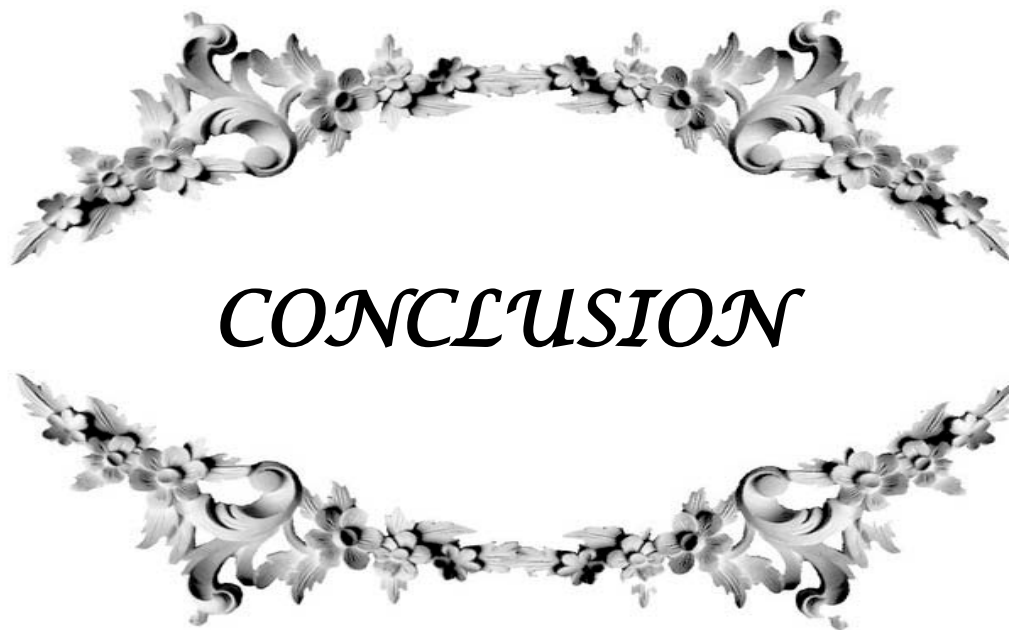
*RECOMMANDATIONS  
ET SUGGESTIONS*



D'après les résultats de notre étude, ainsi que les données de la littérature, on constate que la comorbidité addiction–troubles psychiatriques est importante.

Le retentissement individuel et sociétal de cette association en fait un problème majeur de la santé publique. Au terme de ce travail, certaines suggestions peuvent être faites :

- La nécessité de la mise en place d'un programme de lutte contre les addictions, urgent et pertinent, par le biais des interventions en matière de la sensibilisation sur les effets néfastes des SPA, dont le point de départ sera sans doute la prévention au niveau des établissements scolaires primaires et secondaires.
- Définir les missions et les collaborations de l'addictologie et de la psychiatrie, et la planification régionale de ces articulations
- La prise en charge structurée des patients ayant des troubles addictifs dans les établissements de santé psychiatrique.
- La construction des centres d'hospitalisation d'addictologie accessibles aux différentes tranches socio-économiques, afin d'assurer la prise en charge totale des conduites addictives.
- L'assurance d'une formation de base en matière d'addictologie pour le personnel soignant (psychiatres, infirmiers, etc.)
- Former les médecins généralistes en matière de la prévention et la prise en charge des addictions.
- La continuité des soins pour les addicts afin de prévenir les rechutes.
- Proposer des programmes de psychoéducation, d'entraide et de soutien, aux familles des malades souffrant de troubles bipolaires et de troubles de l'usage de substances.
- Promouvoir les associations qui aident les patients dans la réinsertion socioprofessionnelle.

A decorative floral border consisting of two symmetrical, ornate scrollwork elements with small flowers and leaves, framing the central text.

*CONCLUSION*

Plusieurs données de la littérature ont établi la forte comorbidité addiction-trouble psychiatrique, cette association est bidirectionnelle, et l'influence reste réciproque entre les deux troubles.

Notre travail a permis d'étudier de près cette association et de préciser ces caractéristiques et ces particularités.

Ainsi, la population la plus exposée à cette association est la population des jeunes, de sexe masculin, d'origine urbaine, de faible niveau socio-économique et scolaire.

L'étude du comportement addictif a permis de révéler une préférence de la substance fumée, une consommation en mode toxiques en association, dont la visée est souvent de surmonter les symptômes du trouble psychiatrique, pourtant, le trouble addictif, à mesure qu'il évolue dans le temps, fait souvent aggraver le cours évolutif du trouble psychiatrique.

L'initiation se fait souvent par un tiers, à un âge très jeune, au tabac en premier lieu.

La souffrance est bien représentée dans les tentatives désespérées de sevrage, dans le retentissement socioprofessionnel ressenti et déclaré.

Des liens encore plus étroits ont été établis particulièrement entre les troubles psychotiques et la consommation du cannabis d'une part, comme l'ont suggérées plusieurs études, et d'une autre part, les troubles dépressifs ont été le plus isolés chez la population dont la dépendance alcoolique a été sévère.

Cette problématique nécessite encore plus d'attention et d'intérêt de part le secteur médical et sociétal afin de réduire et de prévenir ces conséquences.



## Annexe 1 : Fiche d'exploitation

### I. Données sociodémographiques

1/ âge .....

2/ sexe

Masculin

Féminin

3/ situation maritale

• Marié

• Célibataire

• Divorcé

• Veuf

4/ enfants

Non

Oui,

Nombre.....

5/ origine

Urbain

Rural

6/ logement

• Seul

• Parents

• Proches

• Amis

• SDF

7/ pratique religieuse

• non croyant

• non pratiquant

• pratiquant

8/ situation des parents

• ensemble

• divorcés

• mère décédée

• père décédé

### II. formation professionnelle

1/ niveau d'instruction

• jamais scolarisé

• MSID

• primaire

• universitaire

2/ profession

• sans

• étudiant

- travail régulier
- travail occasionné
- retraité

**4/ niveau socio-économique (revenu mensuel)**

- <1500
- 1500-3000
- 3000-5000
- 5000-10000
- >10000

### III. Antécédents

➤ psychiatriques

1/ connu malade mental depuis.....ans

2/ diagnostic (préssumé/ confirmé) .....

3/ hospitalisation en psychiatrie

- nombre total des hospitalisations .....
- durée moyenne des hospitalisations (j) .....
- durée cumulative des hospitalisations (j).....

4/ suivi en consultation non  oui

5/ ATCD de TS non  oui

- nombre de tentatives .....
- modalité.....
- contexte

Hallucinations

Délire

Angoisse

Tristesse

Impulsion

➤ judiciaires Non  Oui

• n° d'incarcérations .....

• durée (j).....

• motif.....

➤ ***familiaux***

***Psychiatriques***

Qui	quoi

***Toxiques***

non

oui

Substance consommée.....

Consommation devant le patient

non

oui

#### **IV. histoire d'addiction**

1/ Age de début .....

2/ Initiateur a l'addiction

- seul
- amis
- collègues
- autre , .....

3/ Substances utilisées par ordre

*substance*

*ordre*

- tabac .....
- alcool .....
- kala .....
- cannabis .....
- psychotropes .....
- héroïne/cocaïne .....
- autres ..... .....

4/ Substance la plus recherchée

- avalée
- sniffée
- fumée
- injectée
- autre.....

5/ Début par rapport à la maladie

- avant la maladie
- en même temps que la maladie
- après la maladie

**6/ Dépenses consacrées par mois** .....

**7/ Source d'argent**

- personnel
- parents
- vol
- autre.....

**8/ Essai de sevrage** non  oui

- n° de tentatives.....
- durée max de sevrage(J).....

**9/ Recours à des instituts pour ce problème**

oui ,

- médecin généraliste
- cabinet psychiatrique privé
- hôpital psychiatrique
- centre d'addictologie

jamais, raison

- pas un problème
- peur de la famille
- manque de moyen
- peur du traitement
- manque d'assistance

seul

avec la famille

**10/ Effets recherché par la consommation**

- détente et relaxation
- euphorie /excitation
- surmonter l'angoisse
- sédation
- surmonter l'effet d'autres produits
- dishinibition
- l'oubli / plaisir
- autres .....

**11 / Retentissements socio-professionnel**

- aucun retentissement
- auto-agressivité
- hétéro-agressivité
- conflit en famille
- divorce
- rejet social
- baisse du rendement professionnel

- licenciement

**12/ Retentissements sur le contrôle de la maladie**

- accentuation des symptômes
- induction des rechutes
- amélioration des symptômes

**13/ Comorbidités psychiatriques**

- aucune
- dépression
- trouble bipolaire
- trouble anxieux
- schizophrénie
- autres.....

## Annexe 2: Addiction à une substance: Critères DSM-5 (Pièce jointe)

### ADDICTION À UNE SUBSTANCE : CRITÈRES DSM-5

Les questions suivantes reprennent les critères d'addiction à une substance selon le DSM-5 (alcool, tabac, cannabis, opiacés, cocaïne ...). Ces questions se rapportent à l'utilisation d'une seule et même substance sur une période de 12 mois. Un score de gravité peut-être calculé en fonction du nombre de symptômes présents.

L'addiction à une substance est un mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de deux (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de douze mois :	Non	Oui
1 - La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu		
2 - Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de cette substance		
3 - Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance, utiliser la substance ou récupérer de ses effets		
4 - Il existe un craving ou une envie intense de consommer la substance		
5 - L'utilisation répétée de la substance conduit à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison		
6 - Il existe une utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance		
7 - Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance		
8 - Il existe une utilisation répétée de la substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux		
9 - L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance		
10 - Il existe une tolérance, définie par l'un des symptômes suivants : - besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré - effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance		
11 - Il existe un sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes : - syndrome de sevrage caractérisé à la substance - la substance (ou une substance proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.		

Cotation : attribuer 1 point en cas de réponse « oui ». Le score total au questionnaire est obtenu par la somme des points aux différents items.

Score < 2 : Absence d'addiction

Score de 2 à 3 : Addiction légère

Score de 4 à 5 : Addiction modérée

Score ≥ 6 : Addiction sévère



## *RESUMES*

## Résumé

**Introduction :** L'addiction est un phénomène qui a été et qui reste problématique dans toutes les sociétés à travers le monde tant que l'homme cherche à se soustraire de la réalité et à en modifier les aspects. L'étude des conduites addictives revêt un intérêt particulier chez la population atteinte de troubles psychiatriques vu l'influence bidirectionnelle existante entre les deux troubles. Cette comorbidité a fait l'objet de nombreuses études, qui ont succédé par ailleurs à établir les liens entre les deux troubles.

**Objectifs :** Déterminer la prévalence des conduites addictives, évaluer leurs caractéristiques et Mettre en évidence la relation bidirectionnelle existante entre le trouble addictif et le trouble psychiatrique.

**Méthodes :** Notre travail a consisté en une approche épidémiologique prospective réalisée auprès de 200 patients présentant la comorbidité trouble psychiatrique–trouble addictif, hospitalisés et suivis en consultation psychiatrique à l'hôpital Ibn Nafiss sur une période de 6 mois allant de Avril2021 à Novembre 2021.

L'analyse statistique a été effectuée à l'aide du logiciel SPSS version 19.0. L'analyse descriptive a consisté au calcul des fréquences absolues et relatives, et des paramètres de positionnement, en analyse bivariée, la comparaison des variables qualitatives a fait appel aux tests statistiques de Chi2 de Pearson.

**Résultats :** L'âge moyen de nos patients est de 30.6 ans, l'usage masculin est prédominant (90%), son début coïncide avec l'adolescence (64% avant 18ans), 76% des patients sont célibataires, d'origine urbaine, sans habitat propre, 69% des patients ne dépassent pas un niveau d'étude primaire et 81% ont un niveau socio–économique bas.

L'analyse du comportement addictif révèle que la substance fumée est la préférée dans 92%, le tabac, le cannabis et l'alcool sont les substances les plus consommées, en association dans 84%, le sevrage est visé dans 63%, tenté selon une durée moyenne de 5 ans, avec recours

institutionnel dans 56%, le retentissement socioprofessionnel de l'addiction est reconnu et déclaré par 92% des patients.

L'évaluation psychiatrique de nos patients note que les troubles psychotiques de type APA, schizophrénie, trouble schizo-affectif sont prédominants avec un taux de 65%, les troubles bipolaires (19%), les troubles dépressifs (12%) et en dernier lieu, les trouble anxieux (4%).

L'étude du lien entre les deux troubles a permis de constater que L'effet aggravant de l'addiction sur le contrôle de la maladie est ressenti et déclaré par 64% des patients. la conduite addictive précédait l'apparition du trouble psychiatrique chez 76% des patients assurant ainsi un rôle initiateur. Les liens les plus étroit ont été établis entre les troubles psychotiques et la consommation cannabique d'une part, et d'une autre part, entre les troubles dépressifs et la consommation alcoolique.

**Conclusion :** La comorbidité addiction-trouble psychiatrique détient un intérêt particulier dans la littérature ; plusieurs études ont établi la réciprocité de l'influence entre les deux troubles.

Cette prévalence élevé des comorbidités addictives avec tout le risque qu'il encourt sur le plan individuel et sociétal justifie l'acharnement consacré à sa lutte, partant de la sensibilisation jusqu'à la mise en place de centres et d'institutions spécialisés dans la prise en charge des patients touchés par ce phénomène.

## **Abstract**

**Introduction :** Addiction is a phenomenon which has been and remains problematic in all societies around the world as long as man seeks to escape reality and to modify its aspects. The study of addictive behavior is of particular interest in the population suffering from psychiatric disorders, given the bidirectional influence existing between the two disorders. This comorbidity has been the subject of numerous studies, which have also succeeded in establishing the links between the two disorders.

**Objectives :** To determine the prevalence of addictive behaviors, to evaluate their characteristics and to highlight the existing bidirectional relationship between addictive disorder and psychiatric disorder .

**Methods :** Our work consisted of a prospective epidemiological approach carried out on 200 patients with psychiatric disorder–addictive disorder comorbidity, hospitalized and followed in psychiatric consultation at Ibn Nafiss hospital over a period of 6 months from April 2021 to November 2021.

statistical analysis was performed using SPSS software version 19.0. The descriptive analysis consisted in the calculation of the absolute and relative frequencies , and of the positioning parameters, in bivariate analysis, the comparison of the qualitative variables called on Pearson's Chi2 statistical test.

**Results :** The average age of our patients is 30.6 years, male use is predominant (90%), its onset coincides with adolescence (64% before 18 years), 76% of patients are single, of urban origin. , without their own habitat, 69% of patients do not go beyond a primary education level and 81% have a low socio–economic level.

The analysis of addictive behavior reveals that the substance smoked is the preferred in 92%, tobacco, cannabis and alcohol are the most consumed substances, in combination in 84%, withdrawal is targeted in 63%, attempted according to an average duration of 5 years, with

institutional recourse in 56%, the socio-professional repercussions of addiction are recognized and declared by 92% of patients.

The psychiatric evaluation of our patients notes that psychotic disorders such as APA, schizophrenia, schizoaffective disorder are predominant with a rate of 65%, bipolar disorders (19%), depressive disorders (12%) and lastly , anxiety disorders (4%).

The study of the link between the two disorders has shown that the aggravating effect of addiction on disease control is felt and reported by 64% of patients. addictive behavior preceded the onset of the psychiatric disorder in 76% of patients, thus ensuring an initiating role. The closest links have been established between psychotic disorders and cannabis use on the one hand, and between depressive disorders and alcohol consumption on the other hand .

**Conclusion :** The addiction-psychiatric disorder comorbidity holds particular interest in the literature ; several studies have established the reciprocity of the influence between the two disorders.

This high prevalence of addictive comorbidities with all the risk it incurs on an individual and societal level justifies the relentlessness devoted to its fight, from awareness-raising to the establishment of centers and institutions specializing in taking in charge of patients affected by this phenomenon.

## ملخص

**مقدمة :** الإدمان ظاهرة كانت ولا تزال قضية مجتمع في جميع أنحاء العالم ما دام الإنسان يسعى للهروب من الواقع وتعديل جوانبه. دراسة سلوك الإدمان يكتسي أهمية خاصة لدى المرضى الذين يعانون من اضطرابات نفسية، نظرا للتأثير ثنائي الاتجاه القائم بين هاذين الاضطرابين الاثنين. وقد شكل هذا الاعتلال المشترك موضوع العديد من الدراسات، التي نجحت أيضا في ترسيخ الروابط بينهما.

**الأهداف :** تحديد مدى انتشار سلوكيات الإدمان وتقييم خصائصها وتسليط الضوء على العلاقة ثنائية الاتجاه الرابطة بين اضطراب الإدمان والاضطراب النفسي.

**الطريقة :** هذا العمل هو عبارة عن دراسة استباقية، تم إجراؤها على 200 مريض يعانون من اضطراب نفسي-اضطراب إدمان، تم استشفائهم و/أو تتبعهم في استشارة نفسية في مستشفى ابن نفيس خلال الفترة الممتدة على مدى 6 أشهر من أبريل 2021 إلى نوفمبر 2021.

تم إجراء التحليل الإحصائي باستخدام برنامج SPSS الإصدار 19.0. يتكون التحليل الوصفي من حساب الترددات المطلقة والنسبية، في التحليل ثنائي المتغير، مقارنة المتغيرات النوعية التي تسمى في اختبار بيرسون الإحصائي Chi2 .

**النتائج :** متوسط عمر مرضانا 30.6 سنة، تعاطي الذكور هو السائد (90٪)، بدايته تتزامن مع المراهقة (64٪ قبل 18 سنة)، 76٪ من المرضى غير متزوجين، من أصل حضري، بدون موطنهم الخاص، 69٪ من المرضى لا يتجاوزون مستوى التعليم الابتدائي و 81٪ لديهم مستوى اجتماعي واقتصادي منخفض.

يكشف تحليل السلوك الإدماني أن المادة المدخنة هي المفضلة بنسبة 92٪، وأن التبغ والحشيش والكحول هي المواد الأكثر استهلاكًا، مجتمعة في 84٪، والانسحاب مستهدف بنسبة 63٪، وتمت المحاولة وفقًا لمتوسط

مدة 5 سنوات، مع اللجوء المؤسسي في 56 ٪ من الحالات، يتم التعرف على العواقب الاجتماعية والمهنية للإدمان والإعلان عنها من قبل 92 ٪ من المرضى.

يشير التقييم النفسي لمرضانا إلى أن الاضطرابات الذهانية مثل النوبة الذهنية الحادة والفصام والاضطراب الفصامي العاطفي هي السائدة بمعدل 65٪ والاضطرابات ثنائية القطب (19٪) والاضطرابات الاكتئابية (12٪) وأخيراً اضطرابات القلق (4٪)

وقد أوضحت دراسة الارتباط بين الاضطرابين أن التأثير السلبي للإدمان على مدى التحكم في سيرورة المرض يشعر به ويبلغ عنه 64٪ من المرضى. هذا و يظهر جليا ان السلوك الإدماني قد سبق ظهور الاضطراب النفسي لدى 76٪ من المرضى، مما يوحي بكونه عاملا بدئيًا. حددت اقرب الروابط بين الاضطرابات الذهانية وتعاطي القنب من ناحية، وبين الاضطرابات الاكتئابية وتعاطي الكحول من ناحية أخرى.

**الخلاصة :** موضوع الاعتلال المشترك بين الإدمان والاضطراب النفسي يحظى بأهمية خاصة في

الأدبيات حيث أثبتت العديد من الدراسات التأثير المتداخل بين الاضطرابين.

هذا الانتشار الواسع للأمراض المصاحبة للإدمان مع كل المخاطر التي يعرض لها على المستويين الفردي والمجتمعي يبرر حجم الجهود المكرسة لمكافحتها، بدءا من التوعية إلى إنشاء المراكز والمؤسسات المتخصصة في رعاية المرضى المتأثرين بهذه الظاهرة.

A decorative floral border consisting of two symmetrical, ornate scrollwork elements with small flowers and leaves, framing the central text.

***BIBLIOGRAPHIE***

1. **Office des Nations unies contre la drogue et le crime (UNODC).**  
Rapport mondial sur les drogues. 2015;6.
2. **ELKHLIFI.A.**  
Contribution à l'étude de la addiction au Maroc. Thèse de médecine, Rabat, N°259. 2014.
3. **Tupker E.**  
Les jeunes, les drogues et la sante´ mentale : ressource pour les professionnels. Toronto, Canada: Centre de toxicomanie et de sante´ mentale; 2004.
4. **REGIER DA, FARMER ME, RAE DS, LOCKE BZ, KEITHSJ, et coll.**  
Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse.Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *Jama* 1990, 264 : 2511–251.
5. **FARRELL M, HOWES S, BEBBINGTON P, BRUGHA T, JENKINS R, et coll.**  
Nicotine, alcohol and drug dependence and psychiatric comorbidity. Results of a national household survey. *Br J Psychiatry* 2001, 179 : 432–437.
6. **KESSLER RC, NELSON CB, MCGONAGLE KA, EDLUND MJ, FRANK RG, LEAF PJ.**  
The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: implications for prevention and service utilization. *Am J Orthopsychiatry* 1996, 66 : 17–31.
7. **BRYANT KJ, ROUNSAVILLE B, SPITZER RL, WILLIAMS JB.**  
Reliability of dual diagnosis. Substance dependence and psychiatric disorders. *J Nerv Ment Dis* 1992, 180 : 251–257.
8. **SOYKA M, ALBUS M, KATHMANN N, FINELLI A, HOFSTETTER S, et coll.**  
Prevalence of alcohol and drug abuse in schizophrenic inpatients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1993, 242 : 362–372.
9. **RIES R, MULLEN M, COX G.**  
Symptom severity and utilization of treatment resources among dually diagnosed inpatients. *Hosp Community Psychiatry* 1994, 45 : 562–568.
10. **GRAHAM HL, MASLIN J, COPELLO A, BIRCHWOOD M, MUESER K, et coll.**  
Drug and alcohol problems amongst individuals with severe mental health problems in an inner city area of the UK. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001, 36 : 448–455.
11. **SWOFFORD CD, SCHELLER-GILKEY G, MILLER AH, WOOLWINE B, MANCE R.**  
Double jeopardy: schizophrenia and substance use. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2000, 26 : 343–353.

12. **Brochu S, Schneeberger P.**  
Drogue et délinquance : regards sur les travaux nord-américains récents. Documents du CESAMES 2001;9.
13. **G. Fatihi, H. Jaafar, M. Elmoudden.**  
La prévalence et les caractéristiques des conduites addictives chez les maladies mentales à l'hôpital Ibn Nafis Mémoire de fin d'étude à l'IFCS pour obtenir le diplôme du 1<sup>er</sup> cycle, 2013.
14. **Fabrice Marchal.**  
Troubles bipolaires et addictifs : éléments d'analyse d'une étude Française Thèse de doctorat en médecine, Faculté de médecine de CRETEIL, 2005.
15. **K. Bouchra.**  
La prévalence des troubles addictifs chez les patients bipolaires Master neuroméditerranéen de neurosciences et biotechnologies, 2013.
16. **American Psychiatric Association.**  
Traduction française coordonnée par Guelfi : Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux. Quatrième édition (DSM IV), Masson, Paris 1996.
17. **RAVMO.**  
Que cachent les mots drogues, addictions, toxicomanies Association Réseau Addictions Val de Marne Ouest, 201.
18. **American Psychiatric Association.**  
Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders. Fifth edition (DSM V), 2013.
19. **M. REYNAUD.**  
Addictions et psychiatrie CERTA L'ALBATROS; Hôpital universitaire Paul Brousse – VILLEJUIF, 201.
20. **X. Laqueille et al.**  
Toxicomanies aux médicaments opiacés EMC/psychiatrie, 2010.
21. **X. Laqueille, J. cohen, C. Pflieger.**  
Autres toxicomanies (haschich, solvant, LSD) EMC – psychiatrie, 201.
22. **Chen K, Sheth AJ, Elliott DK, Yeager A.**  
Prevalence and correlates of past-year substance use, abuse, and dependence in a suburban community sample of high-school students. Addict Behav. févr 2004;29(2):413-23.

23. **Annales Pharmaceutiques Françaises | Vol 62, Issue 4, Pages 219–288 (July 2004) | ScienceDirect.com by Elsevier [Internet]. [cité 24 oct 2021].**  
Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/journal/annales-pharmaceutiques-francaises/vol/62/issue/4>
24. **Consommation de substances psychoactives chez les jeunes en France et dans certains pays à revenus élevés.**  
État des lieux des modes et niveaux de consommation, et facteurs associés. :45.
25. **www.unitheque.com. Toxicomanies [Internet]. Unithèque. [cité 24 oct 2021].**  
Disponible sur: <https://www.unitheque.com/toxicomanies/abreges/elsevier-masson/Livre/5573>
26. **Masson E.**  
La lutte contre la consommation de tabac : bases scientifiques et perspectives [Internet]. EM-Consulte. [cité 24 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/107655/resume/la-lutte-contre-la-consommation-de-tabac-bases-sc>
27. **Newman CF.**  
Cognitive Therapy of Substance Abuse. Guilford Press; 2001. 372 p.
28. **CORCOS M, PHAN O, NEZELOF S, JEAMMET P.**  
Psychopathologie de l'adolescent fumeur de cannabis. Rev Prat - Monogr. janv 2005;(Tome 55, n°1):35-40.
29. **IBN TAYMIA.A. Al Haschich, éd. Alkawtar, 1985, 191P. In.**
30. **LOOBY.A ,EARLEYWINE.M.**  
Negative consequences associated with dependence in daily cannabis users Subst. Abuse. Treat.Prev.Policy,2007.
31. **DESCHENES (EP), ANGLIN (M.D).**  
Narcotics addiction : related criminal careers, social and economic costs Journal of Drug issues, 1991.
32. **WECHSLER.H,LEE.JE ,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.

33. **N.I. D. A.**  
Epidemiologic Trends in Drug Abuse Advance Report, CEWG, 2006.
34. **O. F. D. T.**  
SPA illicites et délinquance : regard sur les travaux nord- américains Tendances, 2001.
35. **TISON.P, LEVELER .C , HATEKEETE.M.**  
Etude des choix de stratégies de coping chez les addictions et des nonconsommateurs.  
Journal de thérapie comportementale et cognitive ,2001.
36. **LANDRIVON.G , DELAHAGE.F.**  
La Recherche clinique :de l'idée à la publication Masson éditeur,Paris.1995.
37. **TOUHAMI. M.**  
Alcoholism in Morocco Reports from the social research institute of Alcohol studies  
Helsinki, 198.
38. **BAUD. D.**  
Tabagisme et émancipation : existe-t-il un tabagisme de destinée? Comment le  
combattre? Revue des maladies respiratoires, 200.
39. **GALLIOT- Guilly. M.**  
SPA de synthèse consommés dans les « raves parties » Annales pharmaceutiques  
françaises,2004 ; vol :62 ,pp :158-64.
40. **OBANDO.P ,KLIOWER.W,MURRELLE.L.**  
The comorbidity of substance abuse and depressive symptoms in Costa Rican  
adolescents SPA and Alcohol Dependence,2004;vol:76,pp:37-44.
41. **PERETTI- WATEL. P.**  
Le normal et la pathologique : depressivité et usage de SPA à l'adolescence. Sciences  
sociales et santé, 2003, vol 2.
42. **FELINE. A ; GUEFI.J ; HARDY.P.**  
Troubles de la personnalité. P. 354 Médecine- Sciences Flammarion 2002.
43. **COFFEY.C,CARLIN.JB,DEKENHARDT.L.**  
Cannabis dependence in young adults :an Australian population study Addiction,2002.

44. **BENSALMIA. C.**  
SPA : Au cœur du trafic Tel quel, 2004, N°155.
45. **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.
46. **BENJELLOUN. G.**  
La SPA dans les établissements scolaires, un fléau banalisé. l'opinion, 2006, N°15075.
47. **ZIAN.C.**  
Comorbidités psychiatriques chez les usagers de substances psychoactives du centre d'addictologie de Marrakech , Thèse de médecine, Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech, 204/2017.
48. **GOURANI.M.**  
Approche épidémiologique de l'addiction en milieu universitaire à Marrakech, thèse de médecine, Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech, 17/07-2007.
49. **EL BOUKHANI.M.**  
le tabagisme chez les artisans de la ville d'essaouira, thèse de médecine, Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech, 174/2019.
50. **Gagné T, Omorou AY, Kivits J, Alla F, Minary L, groupe RESIST.**  
[Socioeconomic profile and smoking among adolescents in vocational training]. Rev Epidemiol Sante Publique. nov 2018;66(6):375-83.
51. **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.
52. **LAKLOUMI .K.**  
La prévalence et les caractéristiques des comportements addictifs chez les patients bipolaires, thèse de médecine, faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech, 103/2016.
53. **Josseran L.**  
[Smoking in France: What is the situation?]. Rev Pneumol Clin. juin 2018;74(3):124-32.

54. **OULMIDI.A.**  
Profil épidémiologique des usagers de substances psychoactives fréquentant le centre d'addictologie de Marrakech, thèse de médecine, faculté de médecine et de pharmacie Marrakech, 150/2016.
55. **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.
56. **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.
57. **NACON.A ,WITTCHEN.HU,PFISTER .H.**  
Dependence symptoms in young cannabis users?A prospective epidemiological study J.Psychiatric.Res,2006;40:394-403.
58. **COFFEY.C,CARLIN.JB,DEKENHARDT.L.**  
Cannabis dependence in young adults :an Australian population study Addiction,2002;97:187-94.
59. **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.
60. **FARGES.F,CORCOS.M,SPERANZA.M,LAOS.G.**  
Alexithymie et addiction: lien avec la dépression. L'Encephale,2004 ;vol :30,pp :201-11.
61. **PATTON.C ,COFFEY.C ,CARLIN.JB ,DEQENHARDT.L.**  
Cannabis use and mental health in young people :cohort study BMJ,2002;325:1195-8.
62. **I. Gasquet et al.**  
Usage des psychotropes et troubles psychiatriques en France : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000.
63. **Jesse R. Cogle et al.**  
Quality of life and risk of psychiatric disorders among regular users of alcohol, nicotine, and cannabis: An analysis of the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC).2015.

64. **F. S. STINSON et al.**  
Cannabis use disorders in the USA: prevalence, correlates and co-morbidity. 2006  
Cambridge University Press.
65. **MB Terra et al.**  
Social anxiety disorder in 300 patients hospitalized for alcoholism in Brazil: high  
prevalence and undertreatment.2006.
66. **E.Guillem et al.**  
Comorbidités chez 207 Usagers de cannabis en consultation jeunes consommateurs.  
Encéphale (2014).
67. **N. Libuy et al.**  
The relative prevalence of schizophrenia among cannabis and cocaine users attending  
addiction services. Elsevier B.V.2017.
68. **K.T.BRADY et R.B.LYDIARD.**  
Bipolar affective disorder and substance abuse. Journal of clinical psychopharmacology  
1992.



# قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف  
والأحوال باذلة وسعي في ارتقاذها من الهلاك والمرض  
والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.  
وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلة رعايتي الطبية للقريب والبعيد،  
للصالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، وأسخره لنفع الإنسان لا لأذاه.  
وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنني، وأكون أختاً لكل زميل في المهنة  
الطبية متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلانيتي، نقيّة مما يُشِينها تجاه  
الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيدا



**انتشار وخصائص السلوكيات الإدمانية لدى المرضى الذين  
تم استشفائهم وتتبعهم في استشارة نفسية  
(بحث في مستشفى ابن نفيس)**

**الأطروحة**

قدمت ونوقشت علانية يوم **2021/12/17**  
من طرف

**السيدة فاطمة عرابي**

المزداة في 10 نونبر 1996 بتماللت  
طبية داخلية بالمستشفى الجامعي محمد السادس

**لنيل شهادة الدكتوراه في الطب**

**الكلمات الأساسية:**

إدمان - الاعتلالات النفسية المشتركة - المواد المهلوسة

**اللجنة**

الرئيس	م. بروس	السيد
	أستاذ في طب الأطفال - اختصاص الجهاز العصبي	
المشرف	ف. منودي	السيدة
	أستاذة في الطب النفسي	
	إ. عدالي	السيدة
	أستاذة في الطب النفسي	
الحكام	س. آيت بطهار	السيدة
	أستاذة مبرزة في طب الأمراض التنفسية	