



ROYAUME DU MAROC
UNIVERSITE MOHAMMED V DE RABAT
FACULTE DE MEDECINE
ET DE PHARMACIE
RABAT



Année : 2021

Thèse N°: 442

L'ADDICTION AUX ANTALGIQUES OPIOÏDES ETUDE DE CAS

THESE

Présentée et soutenue publiquement le : / /2021

PAR

Madame Souhaya BENSLIMANE

Née le 26 Avril 1996 à Rabat

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

Mots Clés : Antalgiques opioïdes; Addiction; Psychosocial; Méthadone

Membres du Jury :

Monsieur Jallal TOUFIQ

Professeur de Psychiatrie

Madame Fatima ELOMARI

Professeur de Psychiatrie

Monsieur Hassan KISRA

Professeur de Psychiatrie

Monsieur Mohamed KADIRI

Professeur de Psychiatrie

Madame Maria SABIR

Professeur de Psychiatrie

Président

Rapporteur

Juge

Juge

Juge

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

وَنَزَعْنَا مَا فِي صُدُورِهِمْ مِنْ غَلٍ تَجْرَى مِنْ تَحْتِهِمْ أَلاَّ يَنْهَرُوا
وَقَالُوا الْحَمْدُ لِلَّهِ الَّذِي هَدَانَا لِهَذَا
وَمَا كُنَّا لِنَهْتَدِيَ لَوْلَا أَنْ هَدَانَا اللَّهُ
لَقَدْ جَاءَتْ رَسُولٌ رَبِّنَا بِالْحَقِّ وَتُودُّوا أَنْ يَكُونَ الْغَنَّةُ أَوْ رِثَتُهُمْ هَا يَمَّا كُنْتُمْ تَعْمَلُونَ



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

DOYENS HONORAIRES :

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

ADMINISTRATION :

Doyen :

Professeur Mohamed ADNAOUI

Vice-Doyen chargé des Affaires Académiques et étudiantes

Professeur Brahim LEKEHAL

Vice-Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération

Professeur Taoufiq DAKKA

Vice-Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie

Professeur Younes RAHALI

Secrétaire Général

Mr. Mohamed KARRA

**Enseignant militaire*

1 - ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS ET PHARMACIENS PROFESSEURS DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR :

Décembre 1984

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

Médecine Interne - [Clinique Royale](#)
Anesthésie - Réanimation
Pathologie Chirurgicale

Décembre 1989

Pr. ADNAOUI Mohamed
Pr. OUZZANI Taïbi Mohamed Réda

Médecine Interne – [Doyen de la EMPR](#)
Neurologie

Janvier et Novembre 1990

Pr. KHARBACH Aïcha
Pr. TAZI Saoud Anas

Gynécologie - Obstétrique
Anesthésie Réanimation

Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AZZOUZI Abderrahim
Pr. BAYAHIA Rabéa
Pr. BELKOUCHI Abdelkader
Pr. BENSOUDA Yahia
Pr. BERRAHO Amina
Pr. BEZAD Rachid
Pr. CHERRAH Yahia
Pr. CHOKAIRI Omar
Pr. KHATTAB Mohamed
Pr. SOULAYMANI Rachida
Pr. TAOUFIK Jamal

Anesthésie Réanimation
Néphrologie
Chirurgie Générale
Pharmacie galénique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique Méd. [Chef Maternité des Orangers](#)
Pharmacologie
Histologie Embryologie
Pédiatrie
Pharmacologie- [Dir. du Centre National PV Rabat](#)
Chimie thérapeutique

Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed
Pr. BENSOUDA Adil
Pr. CHAHED OUZZANI Laaziza
Pr. CHRAIBI Chafiq
Pr. EL OUAHABI Abdessamad
Pr. FELLAT Rokaya
Pr. JIDDANE Mohamed
Pr. ZOUHDI Mimoun

Chirurgie Générale [Doyen de EMPT](#)
Anesthésie Réanimation
Gastro-Entérologie
Gynécologie Obstétrique
Neurochirurgie
Cardiologie
Anatomie
Microbiologie

Mars 1994

Pr. BENJAFFAR Nouredine
Pr. BEN RAIS Nozha
Pr. CAOUI Malika
Pr. CHRAIBI Abdelmjid
Pr. EL AMRANI Sabah
Pr. ERROUGANI Abdelkader
Pr. ESSAKALI Malika
Pr. ETTAYEBI Fouad
Pr. IFRINE Lahssan
Pr. RHRAB Brahim
Pr. SENOUCI Karima

Radiothérapie
Biophysique
Biophysique
Endocrinologie et Maladies Métaboliques [Doyen de la EMPA](#)
Gynécologie Obstétrique
Chirurgie Générale – [Directeur du CHIS](#)
Immunologie
Chirurgie Pédiatrique
Chirurgie Générale
Gynécologie – Obstétrique
Dermatologie

**Enseignant militaire*

Mars 1994

Pr. ABBAR Mohamed*
Pr. BENTAHILA Abdelali
Pr. BERRADA Mohamed Saleh
Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae
Pr. LAKHDAR Amina
Pr. MOUANE Nezha

Urologie [Inspecteur du SSM](#)
Pédiatrie
Traumatologie – Orthopédie
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie

Mars 1995

Pr. ABOUQUAL Redouane
Pr. AMRAOUI Mohamed
Pr. BAIDADA Abdelaziz
Pr. BARGACH Samir
Pr. EL MESNAOUI Abbas
Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia
Pr. SEFIANI Abdelaziz
Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Chirurgie Générale
Oto-Rhino-Laryngologie
Urologie
Ophtalmologie
Génétique
Réanimation Médicale

Décembre 1996

Pr. BELKACEM Rachid
Pr. BOULANOUAR Abdelkrim
Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
Pr. GAOUZI Ahmed
Pr. OUZEDDOUN Naima
Pr. ZBIR EL Mehdi*

Chirurgie Pédiatrie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Néphrologie
Cardiologie [Directeur HMI Mohammed V](#)

Novembre 1997

Pr. ALAMI Mohamed Hassan
Pr. BIROUK Nazha
Pr. FELLAT Nadia
Pr. KADDOURI Nouredine
Pr. KOUTANI Abdellatif
Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
Pr. TOUFIQ Jallal
Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Gynécologie-Obstétrique
Neurologie
Cardiologie
Chirurgie Pédiatrique
Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Psychiatrie [Directeur Hôp.Ar-razi Salé](#)
Gynécologie Obstétrique

Novembre 1998

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

Neurologie Doyen de la FMP Abulcassis
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Hématologie

Janvier 2000

Pr. ABID Ahmed*
Pr. AIT OUAMAR Hassan
Pr. BENJELLOUN Dakhama Badr Sououd
Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
Pr. ECHARRAB El Mahjoub
Pr. EL FTOUH Mustapha
Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
Pr. TACHINANTE Rajae
Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Pneumo-phtisiologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Pneumo-phtisiologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pneumo-phtisiologie
Neurochirurgie
Anesthésie-Réanimation
Médecine Interne

**Enseignant militaire*

Novembre 2000

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

Neurologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie - [Directeur Hôp. Cheikh Zaid](#)
Urologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Pédiatrie

Décembre 2001

Pr. BALKHI Hicham*
Pr. BENABDELJILIL Maria
Pr. BENAMAR Loubna
Pr. BENAMOR Jouda
Pr. BENELBARHDADI Imane
Pr. BENNANI Rajae
Pr. BENOUACHANE Thami
Pr. BEZZA Ahmed*
Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
Pr. BOUMDIN El Hassane*
Pr. CHAT Latifa
Pr. EL HIJRI Ahmed
Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
Pr. EL MADHI Tarik
Pr. EL OUNANI Mohamed
Pr. ETTAIR Said
Pr. GAZZAZ Miloudi*
Pr. HRORA Abdelmalek
Pr. KABIRI EL Hassane*
Pr. LAMRANI Moulay Omar
Pr. LEKEHAL Brahim
Pr. MEDARHRI Jalil
Pr. MIKDAME Mohammed*
Pr. MOHSINE Raouf
Pr. NOUINI Yassine
Pr. SABBAAH Farid
Pr. SEFIANI Yasser
Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

Anesthésie-Réanimation
Neurologie
Néphrologie
Pneumo-phtisiologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Pédiatrie
Rhumatologie
Anatomie
Radiologie
Radiologie
Anesthésie-Réanimation
Neuro-Chirurgie
Chirurgie - [Pédiatrique Directeur Hôp. Des Enfants Rabat](#)
Chirurgie Générale
Pédiatrie - [Directeur Hôp. Univ. International \(Cheikh Khalifa\)](#)
Neuro-Chirurgie
Chirurgie Générale [Directeur Hôpital Ibn Sina](#)
Chirurgie Thoracique
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Vasculaire Périphérique [V-D chargé Aff Acad. Est.](#)
Chirurgie Générale
Hématologie Clinique
Chirurgie Générale
Urologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Pédiatrie

Décembre 2002

Pr. AMEUR Ahmed *
Pr. AMRI Rachida
Pr. AOURLARH Aziz*
Pr. BAMOU Youssef *
Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
Pr. BENZEKRI Laila
Pr. BENZZOUBEIR Nadia
Pr. BERNOUSSI Zakiya
Pr. CHOHO Abdelkrim *
Pr. CHKIRATE Bouchra
Pr. EL ALAMI EL Fellous Sidi Zouhair
Pr. FILALI ADIB Abdelhai

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

**Enseignant militaire*

Pr. HAJJI Zakia
Pr. KRIOUILE Yamina
Pr. OUJILAL Abdelilah
Pr. RAISS Mohamed
Pr. SIAH Samir *
Pr. THIMOU Amal
Pr. ZENTAR Aziz*

Janvier 2004

Pr. ABDELLAH El Hassan
Pr. AMRANI Mariam
Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
Pr. BENKIRANE Ahmed*
Pr. BOULAADAS Malik
Pr. BOURAZZA Ahmed*
Pr. CHAGAR Belkacem*
Pr. CHERRADI Nadia
Pr. EL FENNI Jamal*
Pr. EL HANCHI ZAKI
Pr. EL KHORASSANI Mohamed
Pr. HACHI Hafid
Pr. JABOUIRIK Fatima
Pr. KHARMAZ Mohamed
Pr. MOUGHIL Said
Pr. OUBAAZ Abdelbarre *
Pr. TARIB Abdelilah*
Pr. TIJAMI Fouad
Pr. ZARZUR Jamila

Janvier 2005

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

Avril 2006

Pr. ACHEMLAL Lahsen*
Pr. BELMEKKI Abdelkader*
Pr. BENCHEIKH Razika
Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
Pr. BOULAHYA Abdellatif*
Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
Pr. DOGHMI Nawal

Ophtalmologie
Pédiatrie
Oto-Rhino-Laryngologie
Chirurgie Générale
Anesthésie Réanimation
Pédiatrie
Chirurgie Générale

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

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

Rhumatologie
Hématologie
O.R.L
Chirurgie - Pédiatrique
Chirurgie Cardio – Vasculaire. [Directeur Hôpital Ibn Sina Marr.](#)
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie

**Enseignant militaire*

Pr. FELLAT Ibtissam
 Pr. FAROUDY Mamoun
 Pr. HARMOUCHE Hicham
 Pr. IDRIS LAHLOU Amine*
 Pr. JROUNDI Laila
 Pr. KARMOUNI Tariq
 Pr. KILI Amina
 Pr. KISRA Hassan
 Pr. KISRA Mounir
 Pr. LAATIRIS Abdelkader*
 Pr. LMIMOUNI Badreddine*
 Pr. MANSOURI Hamid*
 Pr. OUANASS Abderrazzak
 Pr. SAFI Soumaya*
 Pr. SOUALHI Mouna
 Pr. TELLAL Saida*
 Pr. ZAHRAOUI Rachida

Octobre 2007

Pr. ABIDI Khalid
 Pr. ACHACHI Leila
 Pr. AMHAJJI Larbi *
 Pr. AOUI Sarra
 Pr. BAITE Abdelouahed *
 Pr. BALOUCH Lhousaine *
 Pr. BENZIANE Hamid *
 Pr. BOUTIMZINE Nourdine
 Pr. CHERKAOUI Naoual *
 Pr. EL BEKKALI Youssef *
 Pr. EL ABSI Mohamed
 Pr. EL MOUSSAOUI Rachid
 Pr. EL OMARI Fatima
 Pr. GHARIB Nouredine
 Pr. HADADI Khalid *
 Pr. ICHOU Mohamed *
 Pr. ISMAILI Nadia
 Pr. KEBDANI Tayeb
 Pr. LOUZI Lhoussain *
 Pr. MADANI Naoufel
 Pr. MARC Karima
 Pr. MASRAR Azlarab
 Pr. OUZZIF Ez zohra *
 Pr. SEFFAR Myriame
 Pr. SEKHSOKH Yessine *
 Pr. SIFAT Hassan *
 Pr. TACHFOUTI Samira
 Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*
 Pr. TANANE Mansour *
 Pr. TLIGUI Houssain
 Pr. TOUATI Zakia

Mars 2009

Pr. ABOUZAHIR Ali *
 Pr. AGADR Aomar *
 Pr. AIT ALI Abdelmounaim *
 Pr. AKHADDAR Ali *

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

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

Médecine interne
 Pédiatrie
 Chirurgie Générale
 Neuro-chirurgie

**Enseignant militaire*

Pr. ALLALI Nazik
 Pr. AMINE Bouchra
 Pr. ARKHA Yassir
 Pr. BELYAMANI Lahcen *
 Pr. BJIJOU Younes
 Pr. BOUHSAIN Sanae *
 Pr. BOUI Mohammed *
 Pr. BOUNAIM Ahmed *
 Pr. BOUSSOUGA Mostapha *
 Pr. CHTATA Hassan Toufik *
 Pr. DOGHMI Kamal *
 Pr. EL MALKI Hadj Omar
 Pr. EL OUENNASS Mostapha*
 Pr. ENNIBI Khalid *
 Pr. FATHI Khalid
 Pr. HASSIKOU Hasna *
 Pr. KABBAJ Nawal
 Pr. KABIRI Meryem
 Pr. KARBOUBI Lamya
 Pr. LAMSAOURI Jamal *
 Pr. MARMADÉ Lahcen
 Pr. MESKINI Toufik
 Pr. MESSAOUDI Nezha *
 Pr. MSSROURI Rahal
 Pr. NASSAR Ittimade
 Pr. OUKERRAJ Latifa
 Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *

Octobre 2010

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

Decembre 2010

Pr. ZNATI Kaoutar

Mai 2012

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

Radiologie
 Rhumatologie
 Neuro-chirurgie [Directeur Hôp. des Spécialités](#)
 Anesthésie Réanimation
 Anatomie
 Biochimie-chimie
 Dermatologie
 Chirurgie Générale
 Traumatologie-orthopédie
 Chirurgie Vasculaire Périphérique
 Hématologie clinique
 Chirurgie Générale
 Microbiologie
 Médecine interne
 Gynécologie obstétrique
 Rhumatologie
 Gastro-entérologie
 Pédiatrie
 Pédiatrie
 Chimie Thérapeutique
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Pédiatrie
 Hématologie biologique
 Chirurgie Générale
 Radiologie
 Cardiologie
 Pneumo-Phtisiologie

Anesthésie réanimation
 Médecine Interne [Directeur ERSSM](#)
 Physiologie
 Microbiologie
 Médecine Aéronautique
 Biochimie- Chimie
 Radiologie
 Chirurgie Pédiatrique
 Pédiatrie
 Radiologie
 Chirurgie Plastique et Réparatrice
 Urologie
 Gastro-Entérologie
 Anatomie Pathologique
 Anesthésie Réanimation
 Chirurgie Générale
 Anatomie Pathologique

Anatomie Pathologique

Chirurgie pédiatrique
 Anesthésie Réanimation
 Traumatologie-orthopédie

**Enseignant militaire*

Pr. DRISSI Mohamed *

Pr. EL ALAOUI MHAMDI Mouna

Pr. EL OUAZZANI Hanane *

Pr. ER-RAJI Mounir

Pr. JAHID Ahmed

Anesthésie Réanimation

Chirurgie Générale

Pneumophtisiologie

Chirurgie Pédiatrique

Anatomie Pathologique

Février 2013

Pr.AHID Samir

Pr.AIT EL CADI Mina

Pr.AMRANI HANCHI Laila

Pr.AMOR Mourad

Pr.AWAB Almahdi

Pr.BELAYACHI Jihane

Pr.BELKHADIR Zakaria Houssain

Pr.BENCHEKROUN Laila

Pr.BENKIRANE Souad

Pr.BENSGHIR Mustapha *

Pr.BENYAHIA Mohammed *

Pr.BOUATIA Mustapha

Pr.BOUABID Ahmed Salim*

Pr BOUTARBOUCH Mahjouba

Pr.CHAIB Ali *

Pr.DENDANE Tarek

Pr.DINI Nouzha *

Pr.ECH-CHERIF EL KETTANI Mohamed Ali

Pr.ECH-CHERIF EL KETTANI Najwa

Pr.ELFATEMI NIZARE

Pr.EL GUERROUJ Hasnae

Pr.EL HARTI Jaouad

Pr.EL JAUDI Rachid *

Pr.EL KABABRI Maria

Pr.EL KHANNOUSSI Basma

Pr.EL KHLOUFI Samir

Pr.EL KORAICHI Alae

Pr.EN-NOUALI Hassane *

Pr.ERRGUIG Laila

Pr.FIKRI Meryem

Pr.GHFIR Imade

Pr.IMANE Zineb

Pr.IRAQI Hind

Pr.KABBAJ Hakima

Pr.KADIRI Mohamed *

Pr.LATIB Rachida

Pr.MAAMAR Mouna Fatima Zahra

Pr.MEDDAH Bouchra

Pr.MELHAOUI Adyl

Pr.MRABTI Hind

Pr.NEJJARI Rachid

Pr.OUBEJJA Houda

Pr.OUKABLI Mohamed *

Pr.RAHALI Younes

Pr.RATBI Ilham

Pr.RAHMANI Mounia

Pr.REDA Karim *

Pharmacologie

Toxicologie

Gastro-Entérologie

Anesthésie-Réanimation

Anesthésie-Réanimation

Réanimation Médicale

Anesthésie-Réanimation

Biochimie-Chimie

Hématologie

Anesthésie Réanimation

Néphrologie

Chimie Analytique et Bromatologie

Traumatologie orthopédie

Anatomie

Cardiologie

Réanimation Médicale

Pédiatrie

Anesthésie Réanimation

Radiologie

Neuro-chirurgie

Médecine Nucléaire

Chimie Thérapeutique

Toxicologie

Pédiatrie

Anatomie Pathologique

Anatomie

Anesthésie Réanimation

Radiologie

Physiologie

Radiologie

Médecine Nucléaire

Pédiatrie

Endocrinologie et maladies métaboliques

Microbiologie

Psychiatrie

Radiologie

Médecine Interne

Pharmacologie

Neuro-chirurgie

Oncologie Médicale

Pharmacognosie

Chirurgie Pédiatrique

Anatomie Pathologique

Pharmacie Galénique [Vice-Doyen à la Pharmacie](#)

Génétique

Neurologie

Ophtalmologie

**Enseignant militaire*

Pr.REGRAGUI Wafa
 Pr.RKAIN Hanan
 Pr.ROSTOM Samira
 Pr.ROUAS Lamiaa
 Pr.ROUIBAA Fedoua *
 Pr.SALIHOUN Mouna
 Pr.SAYAH Rochde
 Pr.SEDDIK Hassan *
 Pr.ZERHOUNI Hicham
 Pr.ZINE Ali *

Neurologie
 Physiologie
 Rhumatologie
 Anatomie Pathologique
 Gastro-Entérologie
 Gastro-Entérologie
 Chirurgie Cardio-Vasculaire
 Gastro-Entérologie
 Chirurgie Pédiatrique
 Traumatologie Orthopédie

Avril 2013

Pr.EL KHATIB MOHAMED KARIM *

Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale

Mai 2013

Pr. BOUSLIMAN Yassir*

Toxicologie

Mars 2014

Pr. ACHIR Abdellah
 Pr.BENCHAKROUN Mohammed *
 Pr.BOUCHIKH Mohammed
 Pr. EL KABBAJ Driss *
 Pr. EL MACHTANI IDRISSE Samira *
 Pr. HARDIZI Houyam
 Pr. HASSANI Amale *
 Pr. HERRAK Laila
 Pr. JEAIDI Anass *
 Pr. KOUACH Jaouad*
 Pr. MAKRAM Sanaa *
 Pr. RHISSASSI Mohamed Jaafar
 Pr. SEKKACH Youssef*
 Pr. TAZI MOUKHA Zakia

Chirurgie Thoracique
 Traumatologie- Orthopédie
 Chirurgie Thoracique
 Néphrologie
 Biochimie-Chimie
 Histologie- Embryologie-Cytogénétique
 Pédiatrie
 Pneumologie
 Hématologie Biologique
 Gynécologie-Obstétrique
 Pharmacologie
 CCV
 Médecine Interne
 Gynécologie-Obstétrique

Décembre 2014

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

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

Aout 2015

Pr. MEZIANE Meryem
 Pr. TAHIRI Latifa

Dermatologie
 Rhumatologie

**Enseignant militaire*

PROFESSEURS AGREGES :

Janvier 2016

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

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

Juin 2017

Pr. ABI Rachid*
Pr. ASFALOU Ilyasse*
Pr. BOUAITI El Arbi*
Pr. BOUTAYEB Saber
Pr. EL GHISSASSI Ibrahim
Pr. HAFIDI Jawad
Pr. MAJBAR Mohammed Anas
Pr. OURAINI Saloua*
Pr. RAZINE Rachid
Pr. SOUADKA Amine
Pr. ZRARA Abdelhamid*

Microbiologie
Cardiologie
Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Oncologie Médicale
Oncologie Médicale
Anatomie
Chirurgie Générale
O.R.L
Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Chirurgie Générale
Immunologie

Mai 2018

Pr. AMMOURI Wafa
Pr. BENTALHA Aziza
Pr. EL AHMADI Brahim
Pr. EL HARRECH Youness*
Pr. EL KACEMI Hanan
Pr. EL MAJJAOUI Sanaa
Pr. FATIHI Jamal*
Pr. GHANNAM Abdel-Ilah
Pr. JROUNDI Imane
Pr. MOATASSIM BILLAH Nabil
Pr. TADILI Sidi Jawad
Pr. TANZ Rachid*

Médecine interne
Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Urologie
Radiothérapie
Radiothérapie
Médecine Interne
Anesthésie-Réanimation
Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Radiologie
Anesthésie-Réanimation
Oncologie Médicale

Novembre 2018

Pr. AMELLAL Mina
Pr. SOULY Karim
Pr. TAHRI Rajae

Anatomie
Microbiologie
Histologie-Embryologie-Cytogénétique

Novembre 2019

Pr. AATIF Taoufiq*
Pr. ACHBOUK Abdelhafid *
Pr. ANDALOUSSI SAGHIR Khalid
Pr. BABA HABIB Moulay Abdellah*
Pr. BASSIR RIDA ALLAH
Pr. BOUATTAR TARIK
Pr. BOUFETTAL MONSEF
Pr. BOUCHENTOUF Sidi Mohammed *
Pr. BOUZELMAT HICHAM *
Pr. BOUKHRIS JALAL *
Pr. CHAFRY BOUCHAIB *
Pr. CHAHDI HAFSA*
Pr. CHERIF EL ASRI ABAD *
Pr. DAMIRI AMAL *

Néphrologie
Chirurgie réparatrice et plastique
Radiothérapie
Gynécologie-Obstétrique
Anatomie
Néphrologie
Anatomie
Chirurgie-Générale
Cardiologie
Traumatologie-Orthopédie
Traumatologie-Orthopédie
Anatomie pathologique
Neuro-chirurgie
Anatomie Pathologique

**Enseignant militaire*

Pr. DOGHMI NAWFAL *	Anesthésie-Réanimation
Pr. ELALAOUI SIDI-YASSIR	Pharmacie-Galénique
Pr. EL ANNAZ HICHAM*	Virologie
Pr. EL HASSANI MOULAY EL MEHDI*	Gynécologie-Obstétrique
Pr. EL HJOUJI ABDERRAHMAN *	Chirurgie Générale
Pr. EL KAOUI HAKIM *	Chirurgie Générale
Pr. EL WALI ABDERRAHMAN*	Anesthésie-Réanimation
Pr. EN-NAFAA ISSAM *	Radiologie
Pr. HAMAMA JALAL *	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Pr. HEMMAOUI BOUCHAIB*	O.R.L
Pr. HJIRA NAOUFAL *	Dermatologie
Pr. JIRA MOHAMED *	Médecine interne
Pr. JNENE ASMAA	Physiologie
Pr. LARAQUI HICHAM *	Chirurgie-Générale
Pr. MAHFOUD TARIK *	Oncologie Médicale
Pr. MEZIANE MOHAMMED *	Anesthésie-Réanimation
Pr. MOUTAKI ALLAH YOUNES *	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Pr. MOUZARI YASSINE *	Ophtalmologie
Pr. NAOUI HAFIDA *	Parasitologie-Mycologie
Pr. OBTEL MAJDOULINE	Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Pr. OURRAI ABDELHAKIM *	Pédiatrie
Pr. SAOUAB RACHIDA *	Radiologie
Pr. SBITTI YASSIR *	Oncologie Médicale
Pr. ZADDOUG OMAR*	Traumatologie-Orthopédie
Pr. ZIDOUH SAAD *	Anesthésie-Réanimation

**Enseignant militaire*

2 - ENSEIGNANTS-CHERCHEURS SCIENTIFIQUE

PROFESSEURS DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR :

Pr. ABOUDRAR Saadia	Physiologie
Pr. ALAMI OUHABI Naima	Biochimie-chimie
Pr. ALAOUI KATIM	Pharmacologie
Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma	Histologie-Embryologie
Pr. ANSAR M'hammed	Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Pr. BARKIYOU Malika	Histologie-Embryologie
Pr. BOUHOUCHE Ahmed	Génétique Humaine
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz	Applications Pharmaceutiques
Pr. DAKKA Taoufiq	Physiologie <u>Vice-Doyen chargé de la Rech. et de la Coop.</u>
Pr. FAOUZI Moulay El Abbes	Pharmacologie
Pr. IBRAHIMI Azeddine	Biologie moléculaire/Biotechnologie
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRIS Med	Chimie Organique
Pr. RIDHA Ahlam	Chimie
Pr. TOUATI Driss	Pharmacognosie
Pr. ZAHIDI Ahmed	Pharmacologie

PROFESSEURS HABILITES :

Pr. BENZEID Hanane	Chimie
Pr. CHAHED OUZZANI Lalla Chadia	Biochimie-chimie
Pr. DOUKKALI Anass	Chimie Analytique
Pr. EL JASTIMI Jamila	Chimie
Pr. KHANFRI Jamal Eddine	Histologie-Embryologie
Pr. LYAHYAI Jaber	Génétique
Pr. OUADGHIRI Mouna	Microbiologie et Biologie
Pr. RAMLI Youssef	Chimie
Pr. SERRAGUI Samira	Pharmacologie
Pr. TAZI Ahnini	Génétique
Pr. YAGOUBI Maamar	Eau, Environnement

Mise à jour le 09/04/2021

KHALED Abdellah

Chef du Service des Ressources Humaines

FMPR

****Enseignant militaire***



DÉDICACES



À Allah, le miséricordieux,

À toute la famille royale de notre cher pays, le Maroc.

Aux membres de ma famille, que dieu les protège.

A ma mère, Zahra

Les mots n'exprimeront jamais suffisamment ma gratitude pour tes sacrifices durant ces longues années, je te remercie d'avoir fait de moi ton unique priorité.

A ma sœur, Latifa

Je te dois tout, pour avoir façonné ma personnalité dès mon plus jeune âge par tes influences si riches tant émotionnellement que culturellement. Je te remercie d'être une idole et ma source d'inspiration.

A mon mari, Ilias

Ta bonté et ta bienveillance sont sans pareil. Tu mérites le meilleur de ce monde.

Je te remercie de toujours être là pour moi.

A mon beau-frère, Achraf

Je te souhaite une vie pleine de réussite et de bonheur.

A mes amis,

A Chaymaa Hassane,

*Tu ornes mon quotidien de bonne humeur, je chéris notre complicité et j'espère
qu'elle durera encore longtemps.*

A Nour Chekfour,

Merci d'être l'exemple de l'amie fidèle et sincère.

A Aïs Benkhalifa, Soumaya Youssoufi et Yahya Hajar,

*Nous avons partagé pendant de longues années des moments tant drôles, que
joyeux et inoubliables. Merci d'avoir ajouté une touche de bonheur aux années
passées.*

*A Meryem Bencheikroun, Alia Yassine Kassab, Kamal El Majdoubi, Othmane
Arsalane, Benayad Aouragh, Fatima Zahra Sassine, Fatima Zahra El Garrah,
Loubna Bouregba, Ikram El Hamamouchi, Walid Atmani, Ismail Chergui,
Intissar Lasfar, Samir Lafrouji, Lamyaa El Yansli, Yasmine Bensaid,
Marouane Oulma.*

*C'est un réel plaisir d'être entourée de consœurs et confrères avec lesquels le
temps a permis de tisser des amitiés si remarquables.*

*A Salma Lamkhioued, Sawsane Lalami, Youssef Bijakhan, Karim Wallbaum,
Amine Laalou, Souhaya Khassoumi.*

Votre amitié m'est très chère.

*Enfin, à toute personne souffrant de troubles psychiatriques, Je vous souhaite
beaucoup de courage.*



REMERCIEMENTS



À notre maître et président de thèse

Monsieur Jallal TOUFIQ

Professeur de Psychiatrie

Vous m'avez honorée en ayant accepté de présider le Jury de ma soutenance de thèse de doctorat. Je vous en remercie infiniment.

Je garderai éternellement le souvenir des cours que vous avez dispensés lors de ma cinquième année. Ces derniers ont été une source de motivation et d'inspiration pour découvrir le monde de la psychiatrie. Vous avez su inculquer les valeurs et la passion de cette spécialité si particulière.

Que dieu vous protège et vous apporte bonheur et sérénité.

À notre maître et rapporteur de thèse

Madame Fatima ELOMARJ

Professeur de Psychiatrie

C'est un réel honneur de vous avoir comme rapporteur de ma thèse de doctorat. Je ne saurai vous remercier assez pour votre accueil chaleureux et votre bienveillance.

L'encadrement si bénéfique que vous m'avez fournie a contribué à augmenter l'intérêt que je porte envers la psychiatrie. Je m'estime chanceuse d'avoir pu réaliser ce travail à vos côtés.

Que dieu vous protège et vous apporte bonheur et sérénité.

À notre maître et juge de thèse

Monsieur Hassan KISRA

Professeur de Psychiatrie

*Je vous suis infiniment reconnaissante pour le temps que vous m'avez dédiée afin
de faire partie du jury de ce travail. Votre méthodologie pendant mes années
d'études n'a jamais cessé de fasciner.*

Que dieu vous protège et vous apporte bonheur et sérénité.

À notre maître et juge de thèse

Monsieur Mohamed KADIRI

Professeur de Psychiatrie

*Je vous remercie chaleureusement d'avoir consacré votre temps précieux pour
faire partie du jury de ce travail. C'est un honneur pour lequel je vous serai
éternellement reconnaissante.*

Que dieu vous protège et vous apporte bonheur et sérénité.

À notre maître et juge de thèse

Madame Maria SABIR

Professeur de Psychiatrie

*Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de me lire et avoir accepté de faire
partie du jury de ce travail. Je vous suis reconnaissante du temps que vous
m'avez consacrée.*

Que dieu vous protège et vous apporte bonheur et sérénité.

Je tiens à remercier également le Docteur Sofia Bahetta, Résidente en Psychiatrie, qui a fourni tant d'efforts pour m'accompagner durant ce travail et dont l'aide a été cruciale.

Je remercie tout le personnel du Service d'Addictologie de l'Hôpital Arrazi, qui ont contribué au déroulement du travail dans les meilleures conditions

Enfin, je tiens à remercier tous les professeurs qui ont marqué mon parcours d'études médicales, qui m'ont fait aimer d'avantage ce métier noble.



LISTE DES ABRÉVIATIONS



Abréviations

OP	: Opiacés de Prescription
DA	: Dopamine
GABA	: Acide Gamma-Aminobutyrique
CIM	: Classification internationale des maladies
DSM	: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
ANSM	: Agence nationale de la sécurité du médicament et des produits de santé (France)
ISRS	: Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine
TLU	: Trouble lié à l'usage
VIH	: Virus de l'immunodéficience humaine
VHB	: Virus de l'hépatite B
VHC	: Virus de l'hépatite C
AMM	: Autorisation de Mise sur le Marché
CDC	: Center for disease control
PTSD	: Syndrome de stress post-traumatique
OMDA	: Observatoire Marocain des Drogues et Addictions
TAO	: Traitement antagoniste aux opiacés
SNC	: Système nerveux central
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
BZD	: Benzodiazépines
TSO	: Traitement de substitution aux Opiacés
RDR	: Réduction des risques
ATCD	: Antécédent (s)
NSE	: Niveau socio-économique



*LISTE
DES ILLUSTRATIONS*



Liste des Figures

Figure 1: Paliers antalgiques (<i>Vidal</i>)	7
Figure 2: Le circuit dopaminergique (<i>Abrégés, Addictologie par M. Lejoyeux, Masson</i>)	10
Figure 3: Fleur de <i>Papaver somniferum</i> (<i>gardenia.net</i>)	17
Figure 4: Les récepteurs opiacés et leurs effets pharmacologiques (<i>revue médicale suisse</i>)	18
Figure 5: Affiche publicitaire de Bayer, avant la prohibition de l'héroïne (<i>Wikipédia</i>)	19
Figure 6: Service d'Addictologie de l'Hôpital Arrazi (<i>Dix ans de traitement par agonistes aux opiacés au service d'addictologie de l'hôpital arrazi de salé : histoire, bilan et perspectives</i>)	45
Figure 7: Répartition des cas (n=26) sur les années	53
Figure 8: Milieu des cas étudiés (n=26).....	53
Figure 9: Nationalité des cas étudiés (n=26)	54
Figure 10: Répartition des âges des cas étudiés (n=26).....	54
Figure 11: Répartition des cas selon le sexe (n=26)	55
Figure 12: Répartition de la fratrie des cas étudiés (n=26).....	55
Figure 13: Répartition du rang dans la fratrie des cas étudiés (n=26).....	56
Figure 14: Situation matrimoniale des cas (n=26).....	56
Figure 15: Nombre d'enfants des cas (n=26).....	57
Figure 16: Nombre de personnes à la charge des cas (n=26)	57
Figure 17: Niveau socio-économique et d'habitat des cas (n=26).....	58

Figure 18: Milieu de vie des cas (n=26)	58
Figure 19: Milieu d'habitat des cas (n=26).....	59
Figure 20: Région d'habitat des cas étudiés (n=26)	59
Figure 21: Niveau d'étude des cas étudiés (n=26).....	60
Figure 22: Taux de qualification ou diplôme chez les cas (n=26).....	60
Figure 23: Activité professionnelle des cas (n=26) au moment de l'entretien	61
Figure 24: Organisation du travail des cas (n=26).....	61
Figure 25: Ressources des cas (n=26).....	62
Figure 26: Situation du père (n=26).....	62
Figure 27: Activité professionnelle du père (n=26).....	63
Figure 28: Situation de la mère (n=26)	63
Figure 29: Activité professionnelle de la mère (n=26)	64
Figure 30: Situation matrimoniale des parents (n=26)	64
Figure 31: Usage de drogues chez les parents (n=26)	65
Figure 32: Antécédents familiaux psychoaddictifs (n=10).....	66
Figure 33: Antécédents médico-chirurgicaux des cas étudiés (n=9).....	67
Figure 34: Antécédent de tentative de suicide (n=26)	68
Figure 35: Nombre des tentatives de suicide (n=9)	68
Figure 36: Méthode de tentative de suicide (n=9)	69
Figure 37: Violence durant la vie (n=26).....	69
Figure 38: Viol durant la vie (n=26).....	70
Figure 39: Personnalité pathologique chez les cas étudiés (n=26).....	71

Figure 40: Antécédents d'épisode dépressif (n=26)	72
Figure 41: Autres comorbidités psychiatriques (n=6)	73
Figure 42: Motif d'accès au service (n=26).....	74
Figure 43: Usage d'autres drogues chez les cas (n=26).....	74
Figure 44: Types de drogues consommées par les cas étudiés (n=21)	75
Figure 45: Atteintes causée par le trouble de l'usage de substances (n=26)	75
Figure 46: Recours antérieur à une autre institution pour TLU (n=26).....	76
Figure 47: OP utilisés par les cas étudiés (n=26).....	77
Figure 48: Détails de la consommation de codéine selon le sexe (n=13).....	78
Figure 49: Détails de la consommation de Tramadol selon le sexe (n=11).....	79
Figure 50: Détails de la consommation de Fentanyl par sexe (n=3)	80
Figure 51: Moyens d'administration des OP (n=26)	81
Figure 52: Distribution de moyens de subvention aux besoins de consommation d'OP (n=26)	82
Figure 53: Motif de premier usage d'OP (n=26)	83
Figure 54: Type de douleur motivant le 1 ^{er} usage d'antalgiques opioïdes (n=10)	83
Figure 55: Motif de 1 ^{er} usage autre que la douleur (n=16)	84
Figure 56: Source d'obtention des OP pour la 1 ^{ère} fois (n=26).....	84
Figure 57: Motif d'usage après la 1 ^{ère} fois (n=26)	85
Figure 58: Lieu de sevrage antérieur (n=23).....	86
Figure 59: Répartition des sexes chez les patients hospitalisés (n=20)	87

Figure 60: Répartition selon le type de traitement chez les patients hospitalisés (n=20).....	87
Figure 61: Type d'OP consommés par les patients hospitalisés (n=20).....	88
Figure 62: Type de sortie chez les patients hospitalisés (n=20)	88
Figure 63: Taux d'hospitalisations ultérieures (n=20).....	89
Figure 64: Répartition des cas vus en ambulatoire selon le sexe (n=6).....	90
Figure 65: Type d'OP consommés par les patients vus en ambulatoire.....	90
Figure 66: Répartition des patients sous méthadone selon le sexe (n=18).....	91
Figure 67: Evolution des patients sous méthadone pour les patients hospitalisés (n=15).....	92
Figure 68: Lieu de sevrage classique (n=8).....	93
Figure 69: Répartition des patients en sevrage classique selon le sexe (n=8)	93
Figure 70: Traitements des comorbidités psycho addictives	94
Figure 71: Outils d'évaluation du risque de dépendance aux opiacés (<i>sfmtg</i>).....	104



SOMMAIRE



SOMMAIRE

PREAMBULE.....	1
INTRODUCTION.....	3
PARTIE I: L'ADDICTION	5
1 - Etudier l'addiction.....	6
2- Physiopathologie : Rôle de la dopamine.....	8
3- Les troubles liés à l'usage de substances (TLU) : Le diagnostic	12
4- Troubles de l'usage de substances et comorbidité psychiatrique	15
PARTIE II: OPIACÉS ET TROUBLES DE L'USAGE.....	16
1- Les dérivés opiacés	17
a- Morphine	17
b- Héroïne.....	19
c- Codéine	20
d- Tramadol.....	22
e- Fentanyl.....	23
2- Mésusage des dérivés opiacés.....	24
a- Généralités	24
b- Epidémiologie et Etiopathogénie.....	26
PARTIE III: ANTALGIQUES OPIOÏDES : SITUATION DANS LE MONDE.	28
1- Prescription médicale des opioïdes	29
2- Mésusage des opioïdes de prescription.....	30
3- Aspects psycho-sociaux	30
PARTIE IV: ANTALGIQUES OPIOÏDES : SITUATION AU MAROC	32

1- Situations antérieures	33
2- Emergence de la crise.....	34
PARTIE V : ASPECTS THERAPEUTIQUES.....	36
1- Généralités.....	37
2- La Méthadone.....	38
a- Indication	39
b- Contre-indications	39
c- Grossesse	40
d- Allaitement	40
e- Effets indésirables	40
f- Surdosage	41
g- Critères d'inclusion	41
PARTIE VI: ETUDE.....	43
I- Matériel et méthode	44
1- Type d'étude	44
2- Période de l'étude	44
3- Lieu de l'étude	44
4- Population étudiée.....	46
5- Outils.....	46
6- Méthode statistique	52
II. Résultats.....	53
1- Caractéristiques socio-démographiques	53
a - Période et milieu.....	53

b - Nationalité	54
c - Âge à l'entretien	54
d - Sexe	55
e - Fratrie et rang dans la fratrie.....	55
f - Situation sociale et économique.....	56
g - Milieu et région d'habitat	59
h - Catégorie socio-professionnelle	60
2- Éléments biographiques.....	62
a - Père	62
b - Mère.....	63
c- Parents.....	64
d - Antécédents familiaux psychiatriques ou de troubles de l'usage de drogues	66
e - Antécédents Personnels Médico-chirurgicaux	67
f - Antécédents Judiciaires.....	67
3 – Éléments de psychopathologie.....	68
a - Tentative de suicide.....	68
b - Violences physiques et sexuelles	69
c- Comorbidités psychiatriques	71
4- Histoire des conduites addictives.....	74
a – Motif d'accès au service	74
b - Polyconsommation	74
c – Recours antérieur aux structures d'addictologie.....	76
d - Antalgiques opioïdes consommés	77

A. CODEINE.....	78
B. TRAMADOL.....	79
C. FENTANYL	80
e- Spécificités de l’usage des antalgiques opioïdes	81
f- Dépenses	81
g- Sources d’obtention d’antalgiques opioïdes.....	82
h - 1 ^{er} premier usage	83
i - Usage ultérieur	85
j – Sevrages antérieurs	86
k - Hospitalisation.....	87
l - Soins en ambulatoire	90
m – Traitement et évolution.....	91
A - Méthadone.....	91
B- Sevrage classique	93
C – Traitements concomitants.....	94
PARTIE VI: DISCUSSION	95
PARTIE VII: LIMITES DE L’ÉTUDE ET PERSPECTIVES D’AVENIR.....	102
CONCLUSION	105
RÉSUMÉS	107
RÉFÉRENCES ET BIBLIOGRAPHIE	111



PREAMBULE



Le travail constituant notre thèse s'inscrit dans le cadre de l'évaluation de l'état des lieux épidémiologiques de l'addiction au Maroc et de l'évaluation des prestations qu'offre le Service d'Addictologie de l'Hôpital Arrazi (SA-HAS) de Salé.

Le Service d'Addictologie a permis, depuis son ouverture, la réalisation d'avancées majeures dans la prise en charge des addictions et la lutte contre l'usage de drogues dans notre pays.

Nous souhaitons contribuer par cette thèse, à la recherche concernant un sujet d'actualité en addictologie, celui de l'addiction aux antalgiques opioïdes. Cette addiction relativement « nouvelle », par son exacerbation récente dans le monde entier, mérite d'être étudiée plus distinctivement, afin de palier à ce fléau émergeant dans notre pays.



INTRODUCTION



L'addiction est un comportement de consommation de substances psychoactives (Alcool, benzodiazépines, opioïdes...) dont les conséquences médico-psycho-sociales entravent le bon fonctionnement du sujet dans son environnement. Des addictions comportementales telles qu'aux jeux vidéo et jeux d'argent existent également.

Le mésusage des opioïdes en particulier est un fléau dont souffre la majorité des pays dans le monde. Les facteurs influençant le mésusage et conduisant à l'addiction sont multiples. Des conséquences psychosociales et médicales notables s'en suivent, et imposent une prise en charge rigoureuse et pluridisciplinaire.

Au cours de notre travail, nous nous intéresserons particulièrement aux antalgiques opioïdes (appelés également opiacés de prescription OP). En effet, il s'avère récemment que le mésusage des antalgiques opioïdes devient une véritable « crise sanitaire » que l'on arrive à qualifier « d'épidémie » dans certains pays.

Ces antalgiques, ayant révolutionné le traitement de la douleur, ont apporté un grand soulagement aux praticiens et se retrouvent prescrits en masse étant donné leur efficacité prouvée par les retours positifs des patients. La méconnaissance de leur potentiel addictif par les patients et des facteurs influençant leur mésusage par les praticiens pourrait contribuer à l'exacerbation de la crise actuelle.

En effet, les chiffres de nos jours sont alarmants à l'échelle internationale. Nous nous pencherons sur ce sujet afin d'étudier les différentes caractéristiques d'un nombre de patients ayant reçu un traitement pour pallier à leur addiction aux antalgiques opioïdes au Maroc. Ceci nous permettra d'essayer de mettre en évidence la dynamique du mésusage, la comparer aux autres types d'opioïdes, et tirer des conclusions sur les perspectives de prise en charge.



PARTIE I: L'ADDICTION



1 - Etudier l'addiction

Les comportements addictifs affectent plusieurs angles de la vie du sujet et peuvent être étudiés sur les plans : moral, social, juridique ou médical.

Effectuer une étude de description épidémiologique n'est pas forcément synonyme d'un modèle médical, car il s'agit là d'un véritable fait social. D'un angle descriptif, on mesure la fréquence des troubles de l'usage en population générale ou dans des groupes particuliers. Lorsqu'il s'agit d'analyse, on décrit les facteurs psychosociaux associés à cet usage, qu'ils l'aient causé ou qu'ils en soient la conséquence.

L'approche médicale s'intéresse aux caractéristiques du mésusage ou de la dépendance à une substance, à savoir : l'âge de début, le mode évolutif, les comorbidités psychiatriques et médico-chirurgicales, le pronostic avec et sans traitement. ^[3]

Ces différentes approches contribuent à l'individualisation des caractéristiques propres à chaque type d'addiction, et ouvrent les perspectives de prévention mais aussi de traitements ciblés.

Durant ce travail, nous nous intéresserons particulièrement aux antalgiques opioïdes, dont l'usage médical à but antalgique est primordial dans la prise en charge de la douleur. On les retrouve dans les Paliers 2 et 3 des substances antalgiques.

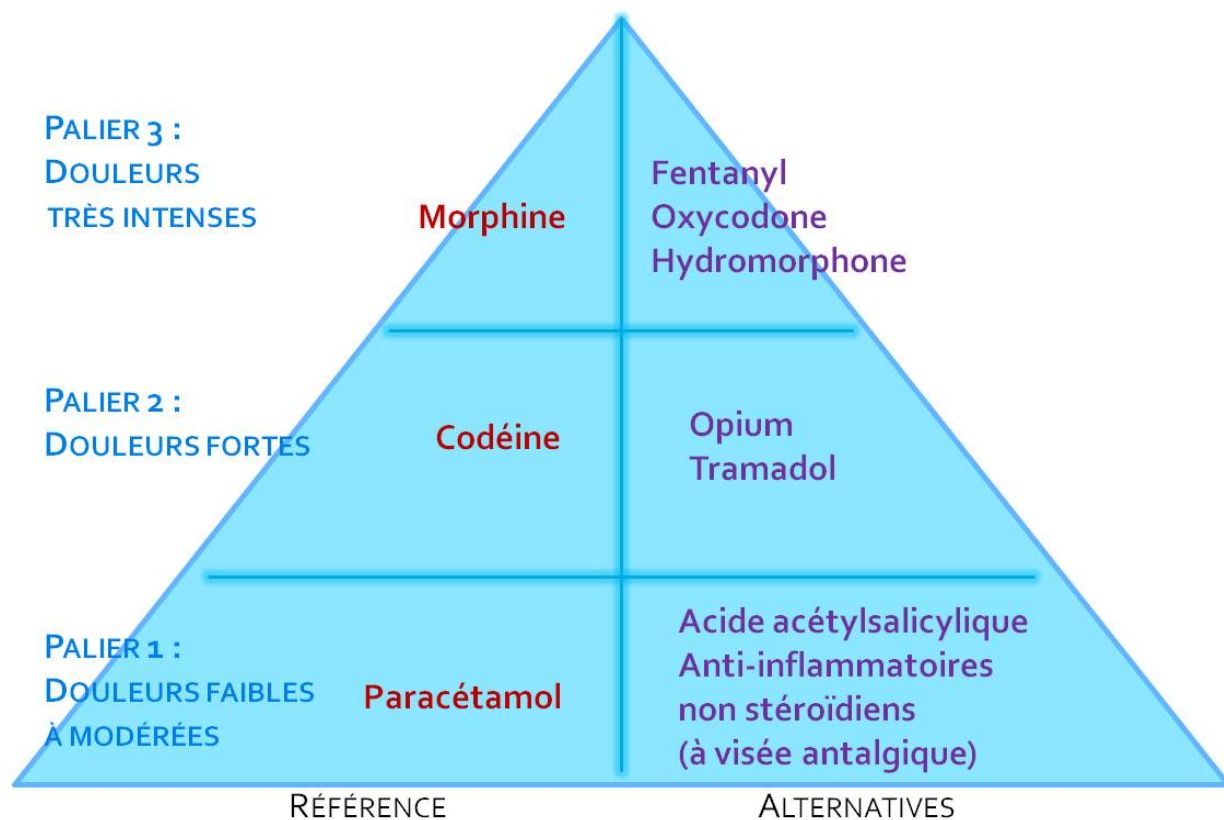


Figure 1: Paliers antalgiques (*Vidal*) ^[4]

2- Physiopathologie : Rôle de la dopamine

Comprendre les mécanismes d'addictions et de rechutes est devenu une préoccupation majeure. A ce sujet, l'approche neurobiologique dans le domaine de l'addiction a été d'une aide imparable, en apportant la possibilité de traitements ciblés qu'ils soient comportementaux ou pharmacologiques.

A ce propos, les mécanismes de motivation comportementale et la prise de décision dans les situations faisant appel à un système de récompense et renforcement biologique (nourriture, relation sexuelle..) ou social (relationnel) peuvent être siège de défaillances, induisant une susceptibilité accrue de développer des addictions.

Des processus cognitifs et des modifications à long terme s'installent au niveau cérébral, en réponse à la consommation répétée du produit. Des circuits neuronaux seront privilégiés au détriment d'autres, voire même une atteinte de la plasticité synaptique des neurones qui pourrait subir des changements persistants. [3]

En effet, les progrès en neurobiologie dès les années 1950 ont souligné le rôle central que joue la dopamine dans l'apparition des comportements addictifs.

La dopamine (DA) est un neurotransmetteur ayant une influence directe sur le comportement et est responsable des sensations de plaisir et de motivation dans les différents aspects de la vie. Elle fait partie des catécholamines et permet l'activation de récepteurs spécifiques dits dopaminergiques pré et post-synaptiques.

Chez l'humain, sa production est assurée par le Locus Niger (substance noire) ainsi que l'aire tegmentale ventrale situées dans le mésencéphale.

D'ailleurs, l'atteinte du Locus Niger affectant la production de la dopamine conduit aux différents symptômes constituant la maladie de Parkinson. Le traitement dans ce cas comportera l'administration de lévodopa (ou L-dopa) que le cerveau transformera en dopamine.

On observe sa production également dans l'hypothalamus ; Et hormis son rôle comportemental, la dopamine exerce une action neurohormonale qui inhibe la libération de prolactine par l'anté-hypophyse. ^[45]

Le rôle de la dopamine dans les comportements dits à risque revient au fait qu'elle soit un précurseur de l'adrénaline et de la noradrénaline.

A ce sujet, une augmentation du taux de dopamine au niveau du noyau accumbens a été démontrée en réponse à une administration aiguë de morphine, de cocaïne, d'alcool ou de nicotine chez les rats. Ainsi, les personnes présentant un mésusage de substances se retrouvent avec des taux élevés de Dopamine.

Pour comprendre cela, il convient de noter :

- Les bases neurobiologiques des circuits de récompense et des circuits d'apprentissage sont les projections dopaminergiques en provenance de l'aire tegmentale ventrale sous-corticale et à destination des ganglions de la base (noyau accumbens : impliqué dans le circuit dopaminergique mésolimbique de récompense) et du cortex préfrontal (cortex orbitofrontal et cingulaire antérieur impliqués dans le circuit dopaminergique mésocortical et l'intensité de la réponse comportementale).

- Sous l'influence de la consommation répétée de drogue, interviendraient des modifications à long terme de la plasticité neuronale au niveau de ces structures corticales, en particulier préfrontales, et au niveau du système dopaminergique mésolimbique.
- Une compulsion à consommer apparaîtrait alors. Celle-ci pourrait persister plusieurs années une fois l'addiction installée, et ce même après le sevrage

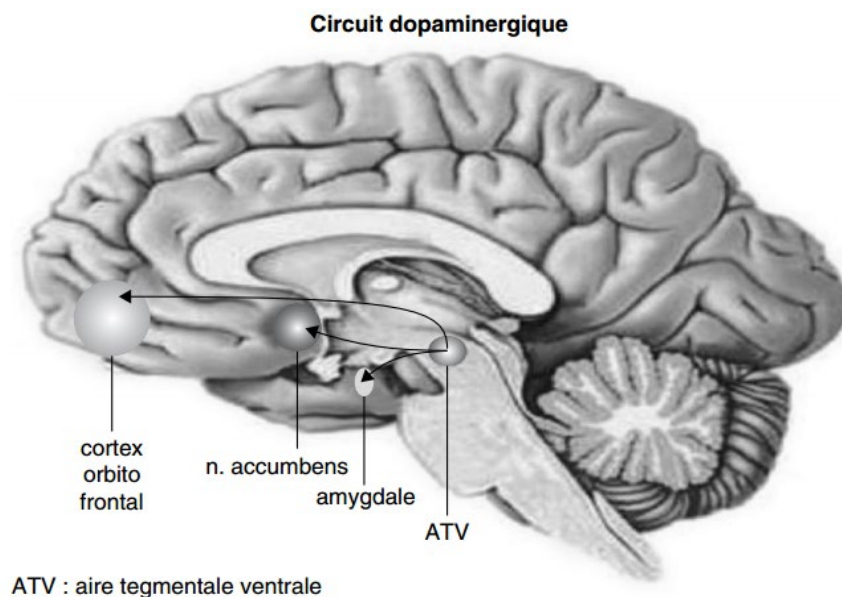


Figure 2: Le circuit dopaminergique (*Abrégés, Addictologie par M. Lejoyeux, Masson*) ^[3]

Ces mécanismes mettent en jeu le système de récompense (plaisir), expliquant la recherche compulsive de produit ou de comportement et la dépendance à ces derniers, avec une nécessité d'augmenter les doses ou l'exposition pour obtenir un plaisir identique.

Ainsi, les modifications des débits cérébraux dans des structures clés tel le cortex cingulaire ou orbitofrontal sont constantes dans les conduites addictives avec un hypermétabolisme ou un hypométabolisme selon que le sujet soit en recherche impérieuse de drogue (craving) ou en sevrage, et elles sont de même nature quelle que soit l'addiction étudiée.

Les addictions sont associées à une situation d'hyperdopaminergie relative à laquelle le cerveau répond en diminuant la production de dopamine endogène. Selon le niveau d'activation du système dopaminergique d'un sujet donné, celui-ci est plus ou moins sensible à l'action de la drogue.

Il faut noter que la dopamine n'est pas le seul neurotransmetteur responsable dans les addictions. Actuellement, d'autres études sur le rôle du GABA, de l'acétylcholine, de la sérotonine se mettent en place. ^[3]

3- Les troubles liés à l'usage de substances (TLU) : Le diagnostic

Il convient de distinguer différents types de troubles liés à l'usage de substances : l'usage récréatif contrôlé, le mésusage (appelé autrefois l'abus, la dépendance) et enfin l'addiction. L'évolution d'un usage contrôlé vers une addiction peut varier d'un sujet à l'autre. D'ailleurs, certains sujets peuvent développer une addiction dès leur première consommation. ^[3]

Cette variabilité du risque addictogène, mais aussi du choix de substance, est multifactorielle : Risque génétique, vulnérabilité sociale individuelle, environnement...

En ce qui concerne le diagnostic, les critères internationaux (DSM [Diagnostic and Statistical Manual], ou CIM [Classification internationale des maladies]) sont les plus utilisés.

En 2013, dans le DSM-V, le trouble d'utilisation de substances est venu remplacer les termes d'abus et de dépendance. En effet, cette cinquième édition a permis une combinaison des anciennes définitions pour les réunir dans un seul et unique diagnostic, celui du trouble d'utilisation de substance. Un nouveau critère y a également vu le jour, celui d'envie impérieuse de la substance. ^[46]

Le DSM-V offre une description des troubles d'utilisation d'une dizaine de substances (Alcool, Caféine, Cannabis et drogues apparentées, Inhalants, Hallucinogènes, Opioïdes, Sédatifs hypnotiques ou anxiolytiques, stimulants, tabac...), mais aussi des conséquences du mésusage (sevrage, intoxication). Nous détaillerons les critères diagnostiques qu'offre le DSM-V pour le mésusage des opiacés. ^[47]

DSM V : Critères diagnostiques d'addiction aux opioïdes

Publié le 10 décembre 2013 ^[5]

Mode d'utilisation inadapté d'opioïdes conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de deux (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de douze mois :

1. Les opioïdes sont souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu
2. Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation d'opioïdes
3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir des opioïdes, utiliser des opioïdes ou récupérer de leurs effets
4. Craving ou une envie intense de consommer des opioïdes
5. Utilisation répétée d'opioïdes conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison
6. Utilisation d'opioïdes malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets des opioïdes
7. Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation d'opioïdes
8. Utilisation répétée d'opioïdes dans des situations où cela peut être physiquement dangereux
9. L'utilisation des opioïdes est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance
10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - a. besoin de quantités notablement plus fortes d'opioïdes pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré
 - b. effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité d'opioïdes
11. Sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a. syndrome de sevrage aux opioïdes caractérisé (cf diagnostic du syndrome de sevrage aux opioïdes)
 - b. les opioïdes (ou une substance proche) sont pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

Les critères de sévérités sont répartis comme suit :

Trouble léger 2-3 critères

Trouble modéré 4-5 critères

Trouble sévère 6 ou plus

DSM V : Critères diagnostiques du sevrage des opiacés ^[14]

(D'après Laqueille X. et Dervaux A.)

Au moins trois signes parmi les suivants, survenant à l'arrêt de la consommation d'opiacés ou à l'administration d'agonistes opiacés :

Humeur dysphorique, irritabilité

Nausées, vomissements

Douleurs musculaires (lombaires et membres inférieurs)

Larmolement, rhinorrhée

Mydriase, piloérection, sueurs

Diarrhée, avec douleurs intestinales

Bâillements

Fièvre (sevrage sévère)

Insomnie

DSM V : Critères diagnostiques de l'intoxication aux opiacés ^[14]

A. Usage récent de la substance

B. Troubles comportementaux et psychologiques (euphorie suivie d'apathie, dysphorie, agitation ou retard psychomoteur, troubles du jugement, ou retentissement sur les activités sociales ou professionnelles) qui se développent pendant ou peu après l'usage de l'opiacé

C. Développement d'un myosis (ou mydriase liée à l'anoxie lors de l'overdose) et 1 ou plus des signes ou symptômes suivants :

1. Somnolence ou coma

2. Discours bredouillant

3. Troubles cognitifs de l'attention ou de la mémoire

D. Les symptômes ne sont pas dus à une affection médicale générale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental, incluant l'intoxication d'une autre substance.

4- Troubles de l'usage de substances et comorbidité psychiatrique

Il convient de noter également la fréquence de l'association entre les troubles de l'usage de substances et les troubles psychiatriques. Les comorbidités psychiatriques qu'on retrouve le plus souvent sont la dépression, l'anxiété, ainsi que les troubles de la personnalité. Le diagnostic de ces comorbidités est primordial car leur existence modifie l'évolution de l'addiction et influence le traitement. Ces sujets seront alors pris en charge au niveau thérapeutique de façon globale, intégrée et synergique. ^[3]

De nos jours, l'approche des différents facteurs impliqués dans les addictions est plurielle (cognitive, moléculaire, neuro-anatomo-fonctionnelle, génétique, comportementale, neuro-endocrinienne, etc.). Elle a pour objectif d'essayer de trouver un lien entre la neurobiologie et les défaillances comportementales, visant alors à révolutionner la prise en charge thérapeutique en découvrant de nouvelles cibles de traitement.

Notre étude visera à évaluer les aspects démographiques, biographiques et psycho-sociaux des sujets souffrant d'addiction aux opiacés de prescription, tentant de trouver des liens expliquant l'évolution des TLU chez ces sujets.



PARTIE II: OPIACÉS ET TROUBLES DE L'USAGE



1- Les dérivés opiacés

Les opiacés naturels et semi-synthétiques sont issus du pavot somnifère (*Papaver somniferum*). Incisée, la fleur de pavot excrète un latex qui, séché, constitue l'opium. Ses alcaloïdes principaux sont la morphine, la codéine et la pholcodine. ^[12]



Figure 3: Fleur de *Papaver somniferum* (gardenia.net) ^[7]

On qualifie d'opiacés les substances dérivées de l'opium, et d'opioïdes celles ayant un effet similaire à celui de la morphine et se fixant sur les mêmes récepteurs.

a- Morphine :

Antalgique du Palier 3, il s'agit du principal alcaloïde de l'opium.

De l'antiquité à la renaissance, la culture du pavot pour l'usage antalgique de l'opium était répandue. Cependant, ce n'est qu'en 1804 que la morphine fût réellement « découverte », grâce à Friedrich Wilhelm Sertürner, un pharmacien allemand. En effet, elle sera nommée « Morphium » pour Morphée, et Gay-Lussac traduira ce nom en « Morphine » dans les Annales de Chimie. Cette découverte vaudra à Sertürner le prix Montyon de l'Institut de France. ^[12]

L'action de la morphine consiste en l'activation des récepteurs opiacés (récepteurs μ), et est classée comme stupéfiant. Elle existe actuellement sous forme per os, en libération immédiate ou prolongée, ainsi qu'en solution injectable en sous-cutané ou intraveineuse.

	Récepteurs	Effets pharmacologiques
Mu (μ)	μ_1	Analgesie supraspinale (produit la plus grande partie de l'effet analgésique), analgesie périphérique
	μ_2	Analgesie spinale, myosis, dépression respiratoire, euphorie, dépendance physique, diminution de la motilité gastrique (constipation)
Kappa (κ)	κ_1	Analgesie spinale, myosis (moins que μ_2)
	κ_2	Dysphorie, <i>psychotomimesis</i> (désorientation et/ou impression de dépersonnalisation)
	κ_3	Analgesie supraspinale
Delta (δ)	δ	Analgesie spinale

Figure 4: Les récepteurs opiacés et leurs effets pharmacologiques (*revue médicale suisse*) ^[8]

Sa posologie varie entre 0,05 et 0,1mg/Kg en injection dans les douleurs aiguës, pour atteindre 1mg/kg per os dans les douleurs chroniques.

Sa principale indication est retrouvée dans les états douloureux sévères, ne répondant pas aux effets des antalgiques des palliers I et II. Elle a prouvé son efficacité dans les douleurs liées aux cancers, la colique néphrétique, l'infarctus du myocarde (comprenant un effet vasodilatateur également) et les douleurs abdominales. Elle s'avère moins efficace contre les douleurs d'origine neuropathique, où la prégabaline et les benzodiazépines sont de mise.

Une indication exceptionnelle, est celle du traitement du trouble d'usage de l'héroïne, après échec de la méthadone et la buprénorphine. Cette indication n'a pas l'AMM dans tous les pays. ^[12]

Parmi les contre-indications de la morphine : l'hypersensibilité, les insuffisances respiratoires en décompensation, les insuffisances hépatiques et rénales diminuant sa clairance, la femme enceinte ou allaitante (sauf nécessité), tout médicament pouvant potentialiser ou réduire son action, etc.

Il convient de noter que les antécédents de troubles de l'usage ne sont pas une contre-indication formelle à son usage thérapeutique.

b- Héroïne

L'héroïne est un dérivé opiacé semi-synthétique. En 1874, Wright découvre cette substance en réalisant l'acétylation de la morphine.

Appelée également diamorphine ou diacétylmorphine, le nom « Héroïne » lui a été attribué par Bayer, car autrefois utilisée pour traiter de multiples maladies respiratoires, on pensait qu'elle serait un traitement « héroïque » qui permettra le sevrage de l'addiction à la morphine.

En vente libre dans les pharmacies auparavant comme antitussif et anti-diarrhéique, elle devient un réel fléau de par ses effets psychoactifs et d'accoutumance et causera la révolte des corps médicaux. Son usage médical et sa vente seront alors interdits en 1924. ^[9]

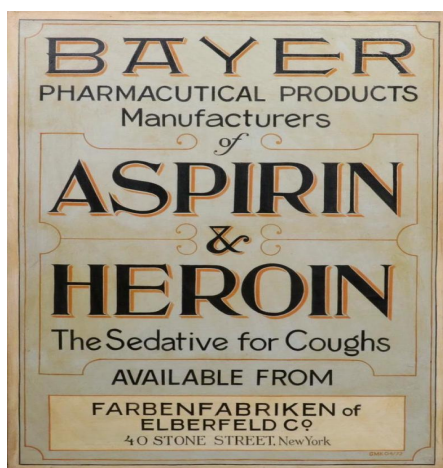


Figure 5: Affiche publicitaire de Bayer, avant la prohibition de l'héroïne (*Wikipédia*) ^[9]

Elle se présente sous forme d'une poudre brune ou blanche soluble dans l'eau, avec des variations, telles Black tar ou n°3. Elle peut être consommée par voie intraveineuse, fumée ou sniffée (insufflation).

Son effet est décrit comme un « flash » durant quelques minutes, où l'utilisateur ressent une euphorie extrême, puis un apaisement durant 4 à 6 heures.

L'héroïne a un potentiel addictogène très élevé. Très vite, elle engendre une addiction et un effet de tolérance, qui, jumelés à un syndrome de sevrage important, poussent l'utilisateur à sa recherche. Cette addiction représente de nos jours un problème de santé publique entraînant plusieurs pays à considérer les effets secondaires (en particulier le risque infectieux de transmission de VIH, VHB, VHC lié à l'usage intraveineux) et à programmer des actions pour lutter contre ce fléau (Programmes d'échanges de seringues, programmes de substitution...).

c- Codéine

La codéine, appelée également 3-méthylmorphine, fait partie des alcaloïdes retrouvés dans le pavot somnifère.

L'origine de son nom vient du terme grec désignant la tête de pavot, *kódeia*. En 1832, Pierre Jean Robiquet, chimiste de nationalité française, l'isole pour la première fois. Elle devient alors utilisée comme antitussif et antalgique.

En effet, la codéine est dite « morphinique mineur », et on la retrouve seule ou associée au paracétamol ou ibuprofène, qui potentialisent son effet constituant ainsi un antalgique de palier II. Son administration est essentiellement orale, car la voie intraveineuse entraîne un risque d'œdème pulmonaire dû à un relargage histaminique. ^[13]

Comme son nom l'indique, sa structure est similaire à la morphine et n'en est différente que par un groupement méthyle en position 3. Il est donc aisé pour les laboratoires clandestins de la déméthyliser pour obtenir de la morphine, elle-même précurseur de l'héroïne.

Comparée à la morphine, la codéine a un effet antalgique qui dure plus longtemps. Cependant, le degré de cette analgésie n'est pas aussi élevé. Ceci est dû à une activité centrale moins profonde, 30 fois moins puissante à doses égales. Son potentiel addictogène est alors moins marqué.

A côté de l'effet antalgique, la codéine était utilisée à des fins thérapeutiques anxiolytiques et ce, avant que la consommation de l'opium et d'autres opiacés ne soit interdite.

De nos jours, il s'agit plutôt de patients accusant de douleurs, qui, en y remédiant par la codéine, apprécient son effet relaxant et continuent leur usage à but récréatif.

A dose modérée (30 – 60 mg), elle peut provoquer un effet d'euphorie. Entre 80 et 150mg, un effet narcotique apparaît.

Par ailleurs, on note l'existence de la désomorphine ou « crocodile », synthétisée à partir de la codéine. C'est une drogue dont le danger s'avère extrême, car elle peut être mortelle dès la première utilisation. Ceci est dû aux résidus de substances utilisées pour sa synthèse qui se retrouvent dans les injections, causant une nécrose allant jusqu'à l'amputation. ^[13]

d- Tramadol

Il s'agit d'un agoniste des récepteurs opiacés, qui exerce un effet central également par inhibition de recapture de la noradrénaline et augmentation de la libération de la sérotonine.

Dans les années 1970, il apparaît lorsqu'il fût développé par une firme pharmaceutique d'origine allemande, Grünenthal GmbH. ^[11]

En association avec le paracétamol ou seul, c'est un antalgique de palier II. Il possède un potentiel antalgique plus élevé que celui de la codéine. Sa posologie varie de 50 à 200 mg. Pour ce qui est de la demi-vie, elle varie de cinq à sept heures, et son l'élimination est principalement.

Sa particularité en addictologie est l'apanage de son action sérotoninergique. En effet, bien que son pouvoir addictogène soit inférieur à celui de la morphine, des symptômes de sevrage similaires à ceux dus à l'arrêt des ISRS sont rencontrés lors de l'arrêt du Tramadol. Ces derniers s'ajoutent au syndrome de sevrage commun aux opiacés et rend la situation thérapeutique plus délicate. Son usage à but anti-dépresseur ou anxiolytique n'est pas recommandé.

A ce propos, plusieurs mesures sont en vigueur dans différents pays. A titre d'exemple en France, l'ANSM a exigé à partir de 2020 un renouvellement d'ordonnance au bout de 3 mois de traitement au lieu de douze. ^[11]

e- Fentanyl

Vers la fin des années 1950, le docteur belge Paul Janssen synthétise le Fentanyl pour la 1ère fois. C'est un antalgique opioïde dont le pouvoir antalgique est supérieur de 100 fois à celui de la morphine.

Il fût utilisé dès les années 1960 pour la pratique de l'anesthésie sous forme intraveineuse. Sa dose létale médiane est estimée chez les humains à 2mg, et la dose létale minimale correspond à 0,25mg/Kg.

Le Fentanyl existe sous forme injectable, spray buccal et nasal ou en patch cutané.

Comme il est le cas pour tous les opioïdes, l'usage du Fentanyl est détourné pour devenir une drogue moins chère que l'héroïne et 40 fois plus puissante.

Ses effets centraux plus prononcés en font une substance particulièrement dangereuse, par le risque accru de surdosage.

Ceci dit, son obtention reste plus ou moins plus difficile car il est moins disponible sur le marché noir que les autres types d'opioïdes. ^[10]

2- Mésusage des dérivés opiacés

a- Généralités

Dans le domaine médical, la morphine ainsi que d'autres dérivés opiacés sont utilisés comme de puissants antalgiques.

Consommés à but récréatif, ils produisent un sentiment de bien-être intense, d'apaisement et une euphorie. Cet effet subjectif euphorisant s'associe à une pâleur, une hypotension, une bradycardie, une sensation de chaleur, un myosis, une hyposialorrhée, une constipation, une dysurie et une bradypnée.

Plusieurs opiacés sont consommés à but récréatif. Parmi ces substances, il convient de noter : la morphine, l'héroïne, la codéine, le fentanyl, les synthétiques (oxycodone).

Les complications immédiates de l'usage sont l'apparition de manifestations allergiques, liées à une histamino-libération, à type de prurit, de flush, d'urticaire et de bronchoconstriction. Des modifications de la vigilance peuvent apparaître avec une somnolence.

Le risque d'un surdosage est la dépression respiratoire due à l'effet dépresseur respiratoire central des opiacés. Ces effets sont potentialisés par l'association avec certains psychotropes, en particulier l'alcool et les benzodiazépines. ^[3]

En effet, l'exposition répétée à des opiacés entraîne des mécanismes adaptatifs secondaires et une tolérance. L'administration régulière d'un agoniste opiacé puissant comme la morphine ou l'héroïne s'accompagne d'une diminution rapide du nombre des récepteurs opiacés (down-regulation) et de leur affinité (désensibilisation). Ces deux effets s'avèrent précoces et transitoires.

Leur but est de limiter une stimulation neuronale excessive. Ceci est à l'origine de la tolérance développée lors d'un usage régulier, c'est-à-dire la nécessité d'augmenter les doses pour obtenir les mêmes effets.

La tolérance est plus accentuée vis-à-vis des effets analgésiques, sédatifs, euphorisants, dépresseurs respiratoires et peu observée vis-à-vis de la constipation et du myosis.

Lorsque l'usage chronique est arrêté brutalement, le syndrome de sevrage physiologique apparaît. C'est l'apanage de l'hyperréactivité noradrénergique du locus coeruleus secondaire à une levée du frein opiacé. Les symptômes du syndrome de sevrage physiologique apparaissent dans les heures qui suivent la dernière prise de substances. L'intensité du sevrage est maximale en 2 à 3 jours en ce qui concerne l'héroïne, 3 à 5 jours pour la codéine. Elle régresse progressivement en 5 à 10 jours sans traitement.

Les signes du sevrage qui apparaissent en premier lieu sont : bâillements ; mydriase ; rhinorrhée ; sueurs ; larmoiements. En deuxième lieu on observe : agitation ; insomnie ; tremblements ; myoclonies ; douleurs musculaires et articulaires ; alternance de bouffées de chaleur avec vasodilatation et de frissons avec piloérection ; anorexie ; vomissements ; diarrhées ; crampes abdominales ; éjaculations spontanées ; polypnée ; tachycardie ; hypertension. ^[3]

Par ailleurs, les causes principales de morbidité sont liées aux risques infectieux associés à l'utilisation non éduquée de la voie intraveineuse. Les usagers d'opiacés par voie intraveineuse sont particulièrement à risque de contamination pour le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), le virus de l'hépatite B (VHB) et de l'hépatite C (VHC).

b- Epidémiologie et Etiopathogénie

Quant à la mortalité globale des usagers d'opiacés, celle-ci est élevée, jusqu'à 20 fois supérieure à celle de la population générale du même âge. Cette mortalité est particulièrement accrue chez les utilisateurs de la voie intraveineuse. ^[3]

Aujourd'hui, l'usage problématique d'opioïdes est considéré comme une véritable épidémie. On estime que ce problème affecte plus de 16 millions de personnes mondialement avec plus de 120 000 morts par an. ^[15]

Aux Etats unis, 2 millions d'usagers d'opioïdes parmi 20 millions d'usagers de substances psychoactives ; on estime autant d'usagers que de patients ayant un diagnostic de TOC, épilepsie, et rhumatisme psoriasique. ^[48]

L'étiologie de l'usage problématique des opiacés est également multifactorielle (biologique, environnementale, génétique, psychosociale) et l'hérédité est estimée à 50%. ^[17]

Les personnes ayant un antécédent de dépression, PTSD, anxiété, ou ayant subi pendant leur enfance un traumatisme ou de l'abus sont plus susceptibles de développer une addiction aux opioïdes. ^[18]

D'une part, le TLU d'opioïdes de prescription est associé à une forte prévalence de troubles psychiatriques concomitants, généralement de l'ordre de plus de 40% (Strain, 2002). Les plus fréquents étant les troubles dépressifs majeurs (Saunders et al., 2012), les troubles anxieux (Brooner, King et Kidorf, 1997), le TLU d'alcool et de drogue (Sullivan, Edlund, Stefck et Unutzer, 2005) et les troubles de la personnalité, particulièrement le trouble de personnalité antisociale. □

D'ailleurs, une étude américaine a différencié les utilisateurs d'OP selon la sévérité de leur usage et a remarqué que 7 % des consommateurs présentaient une utilisation plus problématique et que ce groupe avait eu, au cours de l'année précédente, un diagnostic de dépression majeure et un traitement pour TLU de substances (Wu, Woody, Yang, Pan et Blazer, 2011). Plus les symptômes dépressifs sont sévères, plus l'association avec un TLU d'opioïdes est importante. ^[1]

D'autre part, les études de co-occurrence qui ont examiné la séquence d'apparition des différentes pathologies montrent que les troubles anxieux et en particulier les troubles phobiques précèdent le plus souvent ces conduites addictives. Les troubles de l'humeur sont plus souvent secondaires à l'addiction tout en représentant aussi un facteur de vulnérabilité pour l'usage et la dépendance aux opioïdes. ^[3]



*PARTIE III: ANTALGIQUES
OPIOÏDES : SITUATION
DANS LE MONDE*



1- Prescription médicale des opioïdes

Il s'agit d'un véritable challenge clinique, car la pression pour un bon diagnostic et un traitement adéquat des syndromes douloureux accroît en parallèle avec la nécessité d'identifier les patients à risque de développer une addiction par la suite.

D'après les centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC), plus de 191 millions d'opioïdes prescrits de 2012 en 2017 ; ainsi qu'un taux de mortalité de 7.0/100000 dû aux opioïdes analgésiques en 2015, avec une augmentation considérables des taux de prescription. ^[19]

A titre d'exemple, une augmentation de 540% des overdoses dues au Fentanyl a été relevée aux Etats-Unis entre 2014 et 2016 : 20 100 décès enregistrés en 2016. Le Fentanyl occupe alors la 1^{ère} place parmi les causes de mortalité dues à l'usage de drogues notées cette année-là (64 000). ^[19]

Par ailleurs, on note que 50% patients ayant une prescription remplissent les critères diagnostic d'addiction aux opioïdes. ^[48]

La co-prescription de benzodiazépines constitue un autre facteur de risque de complications. D'ailleurs, les patients recevant des opioïdes prescrits ont un risque relatif de 4,2 de recevoir aussi une benzodiazépine. ^[48]

La co-prescription a notamment augmenté de 12 % par an de 2002 à 2009 selon une large enquête effectuée aux États-Unis (Kao, Zheng et Mackey, S 2014). ^[22-23-24]

2- Mésusage des opioïdes de prescription

Aux Etats unis, le mésusage d'opioïdes de prescription a augmenté considérablement depuis 1990 et on parle d'épidémie, c'est le cas également dans plusieurs autres pays (Canada, Australie, Nouvelle Zélande); On parle alors de crise. [21]

On estime qu'en 2008, 13,8 million de personnes âgées de 12 ans ou plus ont utilisé de l'oxycodone pour des raisons non médicales au moins une fois dans leur vie. [26]

Aux Etats Unis, une hausse de 400% des patients admis pour mésusage des opioïdes de prescription de 1998 à 2008 : 52840 en 2003 contre 120877 en 2008. [27-28]

Australie : 40 fois plus d'usagers de morphine per os de 1990 à 2006, et 4 fois plus d'usagers d'oxycodone de 1990 à 2003. [24]

3- Aspects psycho-sociaux

Le trouble lié à l'utilisation (TLU) d'OP est le TLU de drogues le plus courant après le TLU de cannabis aux États-Unis (*Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2009*). [39-52]

Les utilisateurs des antalgiques opioïdes sont majoritairement des femmes, cite l'état des lieux de la consommation des opioïdes et leurs usages problématiques Février 2019 de l'ANSM, ainsi que la majorité des études effectuées sur le sujet. [40]

Chez les plus jeunes, l'initiation à l'injection se produit plus précocement avec l'utilisation d'OP qu'elle ne l'était avec l'utilisation d'héroïne (Lankenau et al, 2011) ^[18]. Pour cette population, l'accès aux OP se produit par les prescriptions personnelles, la pharmacie familiale et les amis. ^[39-52]

Comparativement à l'injection d'héroïne, on observe aussi un risque accru d'acquisition d'hépatite C chez les utilisateurs d'OP (Bruneau et al., 2012). ^[39-52]

L'utilisation problématique d'OP est par ailleurs associée à un nombre accru d'admissions en traitement pour le TLU d'opioïdes et il semble aussi que le temps entre l'utilisation initiale d'OP et l'admission en traitement pour le TLU d'opioïdes est en diminution (Maxwell, 2011). ^[39-52]

L'accès facile aux opioïdes de prescriptions, ainsi que l'ignorance de leur potentiel addictif et des dangers de celui-ci ont contribué à la hausse de l'abus et donc au besoin accru d'y remédier en s'orientant vers les traitements de substitutions et hospitalisations. ^[25]

En effet, l'accès sans prescription se fait par procuration des drogues de la part d'une personne de la famille ou amis qui ne les utilisent plus, ou bien les patients les gardent pour les utiliser plus tard ou les revendre. ^[33]

Par ailleurs, on trouve qu'une minorité des patients qui souffrent de douleurs chroniques non liées au cancer et traitées par opioïdes de prescription développeront un abus ou une addiction. On note également que le taux d'addiction chez les patients ayant reçu un traitement aux opioïdes de prescription au long cours est plus élevé que celui des patients qui n'ont jamais reçu de traitement. ^[29-30-31]

Chez les patients avec un traitement au long court, la présence de dépression ou anxiété contribue à l'augmentation de risque de mésusage. ^[32]



*PARTIE IV: ANTALGIQUES
OPIOÏDES : SITUATION
AU MAROC*



1- Situations antérieures

Avant d'aborder le sujet des antalgiques opioïdes au Maroc, il est nécessaire de porter une attention particulière à l'opiacé le plus utilisé à des fins récréatives dans notre pays : L'héroïne. Il sera important de détailler quelques caractéristiques de son usage au Maroc afin d'effectuer une comparaison avec la dynamique de l'usage des antalgiques opioïdes de prescription.

En effet, le Maroc a exprimé depuis quelques décennies son intérêt pour la lutte contre l'usage des drogues. De multiples actions préventives dans les domaines législatif et médical ont été entreprises, notamment en collaboration avec le Ministère de la Santé, comme en a témoigné le premier rapport de l'OMDA apparu en 2014. ^[43]

L'introduction des programmes de Traitement Agoniste aux Opiacés (TAO) et des programmes d'échanges de seringues a constitué un tournant dans l'évolution de cette addiction au Maroc. Le rapport de 2017 de l'OMDA cite : « En 2016, 90% des patients qui s'injectent des drogues utilisent les services de réduction des risques (RDR) et 60% ont accès au traitement agonistes aux opiacés dans tous les sites. ».

A ce propos, la file active rapportée par les centres d'addictologie en 2016 comprenait 18.4% d'usagers d'opiacés. La file active sous Traitement Agoniste aux Opiacés (TAO) dans la même année était de 1034 patients. ^[44]

De nombreuses études ont eu lieu et on peut de nos jours caractériser les aspects de l'usage de plusieurs drogues dans notre pays, notamment l'héroïne.

L'héroïne, en particulier, se retrouve consommée de façon plus accrue dans les régions du nord du royaume, où la tranche d'âge varie entre 25 et 45 ans.

D'ailleurs, les enquêtes MedSPAD visant les élèves entre 15 et 17 ans, ont révélé 1.4% de sujets ayant consommé des drogues autres que l'alcool et le cannabis dans leur vie, dont les opiacés. ^[43]

La moyenne de crimes rapportés comme étant liés aux opiacés de 2002 en 2013 était de 147, représentant 0% (négligeable) du total des cas de crimes liés aux drogues au Maroc. ^[43]

Pour ce qui est du sexe, les usagers étaient majoritairement des hommes. ^[43-44]

2- Emergence de la crise

Comme pour d'autres pays, le Royaume du Maroc a connu une augmentation des cas de consultations pour troubles de l'usage liés aux opiacés de prescription.

Les deux molécules qui reviennent le plus souvent sont :

- La codéine : sous forme de comprimés, ou de sirop mélangé avec des boissons gazeuses.
- Le Tramadol : sous forme de comprimés ou suppositoires.

Une étude rétrospective sur 10 ans, à visée descriptive et analytique, portant sur une série de 205 cas de patients sous méthadone, colligée au sein du Service d'Addictologie de l'Hôpital Arrazi de Salé, a révélé 16 cas sur 205 soit 7,8% de cas présentant un problème lié à l'usage d'OP tels que le tramadol, la buprénorphine, l'oxycodone et la codéine, tous consommés exclusivement par voie orale. ^[35]

Le Tramadol y représentait le produit utilisé par plus de la moitié des patients.

On y notera également que 60% de ces patients présentaient d'autres pathologies psychiatriques, et 100% avaient reçu un traitement médicamenteux

Au Maroc, ces patients bénéficient également de l'accès aux programmes de substitution par agonistes aux opiacés.

Actuellement, plusieurs études sont en cours pour caractériser les aspects de cette addiction dans notre pays.



PARTIE V : ASPECTS THERAPEUTIQUES



1- Généralités

Les recherches dans le domaine de la génétique montrent qu'entre 40 et 60% de la vulnérabilité au développement des TLU des OP provient de facteurs héréditaires. De plus, les gènes déterminent la réponse au traitement, ouvrant la perspective pour l'utilisation des principes de la médecine personnalisée en réponse aux troubles liés à l'utilisation des substances. ^[3]

Longtemps perçus comme un vice, ces troubles sont maintenant compris comme une maladie du cerveau qui résulte de l'interaction entre un milieu biologique dont la vulnérabilité est en partie déterminée génétiquement et des facteurs environnementaux qui peuvent en précipiter l'éclosion. Il est maintenant bien établi que ces troubles ont les caractéristiques que l'on retrouve dans d'autres maladies chroniques et évoluent de façon similaire (MCLellan, Lewis, Obrien et Kleber, 2000). ^[3]

Les traitements de substitution que nous utilisons toujours ont été développés de façon empirique bien antérieurement à ces avancées. En 1940, en Angleterre, la méthadone apparaît dans plusieurs études comme un produit capable de traiter les symptômes causés par le sevrage de la morphine.

Aux États-Unis, en 1964, les docteurs Vincent Doyle et Marie Nyswander font la preuve de l'efficacité de la méthadone comme traitement de la dépendance aux opioïdes (TDO).

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) place la méthadone sur sa liste des médicaments essentiels.

On s'y intéressera en détail dans la section suivante car c'est la molécule utilisée pour le traitement de substitution dans notre pays.

Depuis 2007, une deuxième molécule, la combinaison buprénorphine – naloxone (molécule étant utilisée dans le traitement immédiat des surdosages), a été approuvée par Santé Canada pour cette indication. La buprénorphine seule présente des risques de surdosage étant donné son usage avec les BZD. La combinaison réduit les risques d'usage à but récréatif. [41-51]

En effet, des techniques pharmaceutiques ont été développées pour limiter le potentiel d'addiction et d'utilisation à des fins non médicales : empêchement du « release » de la substance active quand le comprimé est écrasé, ou l'utilisation des combinaisons d'agoniste et d'antagonistes dans une seule formule pour limiter l'utilisation intraveineuse. [37]

2- La Méthadone

Le chlorhydrate de méthadone est un opiacé de synthèse sous forme de sirop avec excipients à effet notoire (présence d'alcool et de sucre). [53]

Son mode d'action réside en son effet agoniste fort des récepteurs μ aux peptides opioïdes endogènes (responsables des effets euphoriques des opiacés).

A dose suffisante : n'induit pas de syndrome de manque et blocage de l'effet de l'héroïne consommée parallèlement. En prise régulière : l'effet euphorisant de la méthadone est quasi-inexistant et pas de modification de la conscience ou des capacités intellectuelles.

La prise est unique et quotidienne, compatible avec une vie sociale et professionnelle normale. La méthadone est dépourvue de phénomène de tolérance, mais elle reste à l'origine, toutefois, d'une dépendance de même type que les autres opiacés. Son métabolisme hépatique (via le cytochrome P450)

Dans notre pays, le Programme Thérapie de substitution aux opiacés (TSO) s'inscrit dans le cadre du Programme National de Réduction des Risques liés à l'usage des drogues, en particulier injectables.

Le choix de la méthadone comme substance de substitution a été fait par consensus national sur la base des avantages qu'offre ce produit en plus de son rapport qualité/prix

Cette introduction au Maroc des traitements de substitution aux opiacés (TSO) à visée de maintenance a fait l'objet d'une véritable concertation entre les acteurs.

Cette démarche concertée a conduit également à la rédaction des « recommandations pratiques pour favoriser une mise en œuvre du programme de traitement de substitution ».

Sur la base de ces recommandations, trois programmes pilotes (Salé, Tanger et Casablanca) ont été autorisés, en Juin 2010, à prescrire cette molécule aux usagers dépendant aux opiacés, selon un modèle « haut seuil de sécurité ».

a- Indication :

Traitement substitutif des pharmacodépendance majeure aux opiacés

b- Contre-indications :

- Moins de 15 ans
- Insuffisance respiratoire grave
- Hypersensibilité au produit et ses excipients
- Traitement concomitant par un agoniste-antagoniste de la morphine

c- Grossesse :

Méthadone possible (bénéfice>risque)

Dose parfois plus élevée pour obtenir équilibre

La prise chronique au 3ème trimestre : risque de syndrome de sevrage aux opiacés chez le nouveau-né

d- Allaitement :

Passage dans le lait

Allaitement dépend du rapport bénéfice/risque

e- Effets indésirables

* Prolongés, les plus fréquents

Hyper Sudation (très fréquent - dose dépendant)

Constipation (fréquent - dose dépendant - régime)

Prise de poids (6 kg - fréquent - régime)

Baisse de libido (dose dépendant- sildénafil)

Nausées ou Vomissements lors de la prise

Sensation d'imprégnation opiacée sédative

Démangeaisons

Variation de l'effet ressenti (si prise concomitante d'un inducteur enzymatique)

* Effets indésirables observés au cours des 6 premiers mois : idem que les effets prolongés + mictions difficiles, retard d'éjaculation, œdèmes des membres inférieurs, douleurs articulaires, nausées, vomissements, hypotension, bradycardie et allongement du QT.

* Effets indésirables psychiques disparaissant en quelques jours ou quelques semaines: céphalée, euphorie, sédation excessive ou agitation.

f- Surdosage :

Mise en jeu du pronostic vital +++ : Myosis, bradypnée, dépression respiratoire, OAP, somnolence, hypotension artérielle, bradypnée, apnée, coma, décès

Il faudra instaurer un traitement symptomatique de l'insuffisance respiratoire et de l'hypotension artérielle (réa)

Si risque vital : injection d'opiacés antagonistes (Naloxone)

Il faut donc prendre en compte la longue demi-vie de la méthadone (25 à 36h) +++.

g- Critères d'inclusion :

Être dépendant aux opiacés (critères CIM 10 ou DSM IV-R)

Test urinaire positif aux opiacés

Âge de 18 ans minimum

Résider à proximité du programme

Patient à priori capable de supporter les contraintes

- Priorité d'inclusion au Programme au SA-HAS :

Femmes enceintes

Patients VIH positifs à traiter par antirétroviraux

Pathologie somatique à traiter (tuberculose)

Décision d'équipe

Inscription en liste d'attente



PARTIE VI: ETUDE



L'ADDICTION AUX ANTALGIQUES OPIOÏDES =

A PROPOS DE 26 CAS

L'objectif de notre travail est la réalisation d'une étude rétrospective descriptive et analytique afin d'évaluer les caractéristiques psychopathologiques, addictologiques et somatiques des patients ayant un trouble de l'usage des antalgiques opioïdes suivis au SA-HAS, faisant partie du Centre Hospitalier Ibn Sina de Rabat, ainsi que l'évaluation de la prise en charge de ces patients.

I- Matériel et méthode

1- Type d'étude

Nous avons mené une étude rétrospective à visée descriptive et analytique portant sur une série de 26 cas colligée au sein du Service d'Addictologie de l'Hôpital Arrazi de Salé.

2- Période de l'étude

Notre travail s'intéresse aux cas vus pendant la période allant d'Avril 2010 où le premier cas de TLU des OP a été constaté à l'hôpital jusqu'en Août de l'année 2021.

3- Lieu de l'étude

Notre étude a eu lieu au sein du Service d'Addictologie de l'Hôpital Arrazi de Salé. Le Service d'Addictologie est en activité depuis le 13 avril 2000. Il dispose actuellement de 6 lits d'hospitalisation pour femmes et 14 lits pour hommes. En plus du traitement en hospitalier, le service offre aussi des soins en ambulatoire.

L'hospitalisation au service reste confidentielle et libre. Le patient, qu'on appelle également résidant en addictologie, a la possibilité de rompre son contrat thérapeutique à n'importe quel moment du séjour.



Service d'Addictologie de l'Hôpital Arrazi : (A) Accueil du service (B)
Salle de l'unité méthadone (C) Lit d'hospitalisation (D) Salle d'activité physique et sportive

Figure 6: Service d'Addictologie de l'Hôpital Arrazi (*Dix ans de traitement par agonistes aux opiacés au service d'addictologie de l'hôpital arrazi de salé : histoire, bilan et perspectives*) ^[35]

4- Population étudiée

Notre étude comprend une population de 26 patients des deux sexes, qui présentent une addiction aux opioïdes de prescription. Il s'agit de cas ayant été hospitalisés ainsi que d'autres vus en ambulatoire, et ayant bénéficié soit d'un traitement de méthadone ou de sevrage classique.

5- Outils

Il s'agit d'une étude de 26 cas s'étendant sur 12 ans d'activité au sein du SA-HAS.

Les données ont d'abord été recueillies dans un dossier médical papier composé de fiches d'information, de suivi et de traçabilité pour les patients hospitalisés, et à partir d'observations rédigées par les médecins pour les patients vus en ambulatoire. Le dossier médical est codifié afin d'assurer l'anonymat et demeure une référence de base sur lequel sont retranscrites toutes les informations relatives au patient (médicale, familiales, judiciaires, anamnèse, suivi...etc.).

L'enquête s'est déroulée dans les règles de l'éthique après le consentement éclairé des sujets participants ainsi que l'assurance de l'anonymat et de la confidentialité et en présence des responsables du service d'addictologie.

Un questionnaire comportant 4 principaux items, dont découlaient 67 items, a pu être complété à partir des données collectées, organisés comme suit :

Addiction aux antalgiques opioïdes : Fiche d'exploitation

Date de l'entretien :

Fiche numéro :

CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES

Nationalité :

Sexe : H ☐ F ☐

Age en années :

Fratrie :

Rang :

Situation matrimoniale : Célibataire ☐ Marié ☐ Divorcé ☐ Séparé ☐ Veuf ☐

Nombre d'enfants :

Nombre de personnes à charge :

Niveau socioéconomique : Précaire ☐ Moyen ☐ Favorisé ☐

Type d'habitat : Précaire ☐ Moyen ☐ Favorisé ☐

Vit seul ☐ Vit avec père ☐ Vit avec mère ☐ Vit avec parents ☐ Avec
conjoint ☐

Vit avec famille proche ☐ Vit en collectivité ☐ Autre ☐ :

.....

Milieu : ☐ Urbain ☐ Non

Région :

☐ Tanger – Tétouan – Al Hoceima

☐ Oriental

☐ Fès - Meknès

☐ Rabat – Salé – Kénitra

☐ Beni Mellal – Khénifra

☐ Grand Casablanca – Settat

☐ Marrakech – Safi

☐ Darâa – Tafilalet

☐ Souss – Massa

☐ Guelmim – Oued Noun

☐ Laâyoune – Saguia El Hamra

☐ Dakhla – Oued-Eddahab

Niveau d'étude :

Sans ☐ MSID ☐ Primaire ☐ 1^{er} cycle ☐ 2^{ème} cycle ☐ Supérieur ☐

Formation professionnelle ☐ Autre ☐

.....

Qualification ou diplôme : Oui ☐

..... Non ☐

Activité professionnelle actuelle :

Sans ☐ Secteur public ☐ Secteur privé ☐ Fonction libérale ☐ Commerçant ☐
Autre ☐

.....

Travail à temps plein ☐ Travail à temps partiel ☐ Travail occasionnel ☐

Ressources :

Régulière ☐ Irrégulière ☐ Aucune ☐

ELEMENTS BIOGRAPHIQUES :

Famille adoptive : ☐ Non ☐ Oui A quel âge :

Situation des parents :

Père : Vivant ☐ Décédé ☐ Profession :

Mère : Vivante ☐ Décédée ☐ Profession :

Parents séparés ou divorcés ☐ quand :

Parent (s) usager de tabac, d'alcool ou de drogues : Oui ☐ Non ☐

Détails

ATCD Personnels :

Médicaux :

Chirurgicaux :

Judiciaires :

Gynéco-obstétricaux : ☐ Grossesse illégitime ☐ Avortement.

.....

ATCD Familiaux :

Psychiatriques :

Addictifs :

ELEMENTS DE PSYCHOPATHOLOGIE :

TS : ☐ Non ☐ Oui, Nombre et circonstances

.....

Violence durant la vie : ☐ Non ☐ Oui, A quel âge

.....

Inceste : ☐ Non ☐ Oui, A quel âge

Viol : ☐ Non ☐ Oui, A quel âge

Personnalité :

☐ Histrionique ☐ Borderline ☐ Antisociale ☐ Paranoïaque ☐ Evitante ☐ Dépendante ☐ Schizoïde
☐ Schizotypique ☐ Non

Episode dépressif : ☐ Non ☐ Oui, Nombre :

Episode maniaque : ☐ Non ☐ Oui, Nombre :

Autres Comorbidités Psychiatriques :

- ☐ Anxiété sociale ☐ TAG ☐ Trouble panique ☐ TOC ☐ Schizophrénie ☐ Trouble bipolaire
☐ Trouble schizo-affectif
☐ Autre :
.....

HISTOIRE DES CONDUITES ADDICTIVES :**Motif d'accès au service d'addictologie de l'hôpital Arrazi :**

- Intoxication aiguë ☐ Accident(s) ☐ Demande d'aide ☐
Violence, délit ☐ Etat de manque ☐ Autres ☐
.....
.....

Usage d'opioïdes de prescription (30 derniers jours) : Oui ☐ Non ☐

Usage d'autres drogues de façon concomitante : Oui ☐ Non ☐ (Si oui, remplir le tableau au verso)

A quel niveau estimez-vous être affecté par l'usage de drogues ?

Physique ☐, Psychique ☐, Social ☐, Economique ☐, Judiciaire ☐, Autre :
.....

Avez-vous eu recours à une autre institution pour ce problème ? Oui ☐ Non ☐ Si oui, laquelle :

Hôpital général ☐ Centre de santé ☐ Cabinet ou clinique privés ☐

Autre :
.....
.....

Sinon, pourquoi ?
.....
.....
.....

Type de drogue	Usage Oui = 1 Non = 2	Date de début JJ / MM / AA	Durée en mois et/ou années	Modalité, quantité et fréquence d'usage sur les 12 derniers mois Jour=1 Sem=2 Mois=3 An=4				
Tabac (1)	1 2	/ /		Cig :	1	2	3	4
Alcool (2) Bière ☐ Vin ☐ Liqueurs ☐	1 2	/ /		Mesure :	1	2	3	4
Cannabis (3) Kif ☐ Haschich ☐ Résine / Huile ☐	1 2	/ /		Sebsi : Joints :	1	2	3	4
Héroïne (4)	1 2	/ /		Dose :	1	2	3	4
Cocaïne (7) ☐ Crack (7') ☐	1 2	/ /		Dose :	1	2	3	4
Amphétamines (8)	1 2	/ /		Cp :	1	2	3	4
Tranquillisants, BZD, Hypnotiques (9)	1 2	/ /		Mesure :	1	2	3	4
Barbituriques (10)	1 2	/ /		Cp :	1	2	3	4
Autres psychotropes (11)	1 2	/ /		Mesure :	1	2	3	4
Inhalants (12)	1 2	/ /		Mesure :	1	2	3	4
Autre drogue (13)		/ /		Mesure :	1	2	3	4

Usage OP et dose quotidienne :

.....
Avalée ☐ Inhalée ☐ Snifée ☐ Injectée ☐ Autrement ☐

.....
Dépenses consacrées par mois :

..... DH

Sources d'argent (Légale ☐ Illégale ☐) :

.....
Date du premier usage :

.....
Motif de premier usage :

.....
Effet recherché :

.....
Phénomène de tolérance :

.....
Nombre de tentatives de sevrage :

.....
Plus longue période d'abstinence :

.....
Lieu de sevrage : ☐ Hospitalier

☐ Ambulatoire

Sevrage : volontaire ☐

Sevrage involontaire ☐

Motif de rechute :

Conséquences :

Judiciaires ☐

.....
Physiques :

Hépatite ☐

VIH ☐

Autres ☐

.....
Psychopathologiques :

Durée du séjour au service d'addictologie si hospitalisation:

.....
Sortie normale ☐

Rupture du contrat ☐

Traitement suivi :

.....
Programme suivi :

.....
Effets indésirables :

Hospitalisations ultérieures : Oui ☐ , Motif : Non ☐

Détails des traitements en cours et Evolution

6- Méthode statistique

Les données ont été saisies et analysées manuellement, puis représentées graphiquement par les logiciels Meta-Chart et Visual-Chart. Des statistiques descriptives et analytiques ont été réalisées à partir des variables qualitatives et quantitatives, les variables qualitatives sont exprimées en effectif et pourcentage relatifs au nombre de réponses obtenues aux différents items du questionnaire.

Il convient de noter que tous les items n'ont pas été remplis de la même manière chez tous les cas, étant donné la différence entre les dossiers des cas hospitalisés -plus élaborés- en comparaison avec ceux vus en ambulatoire ; Néanmoins, nous avons jugé les réponses au questionnaire des patients vus en ambulatoire satisfaisantes, pour les inclure dans notre étude.

II. Résultats

1- Caractéristiques socio-démographiques

a - Période et milieu

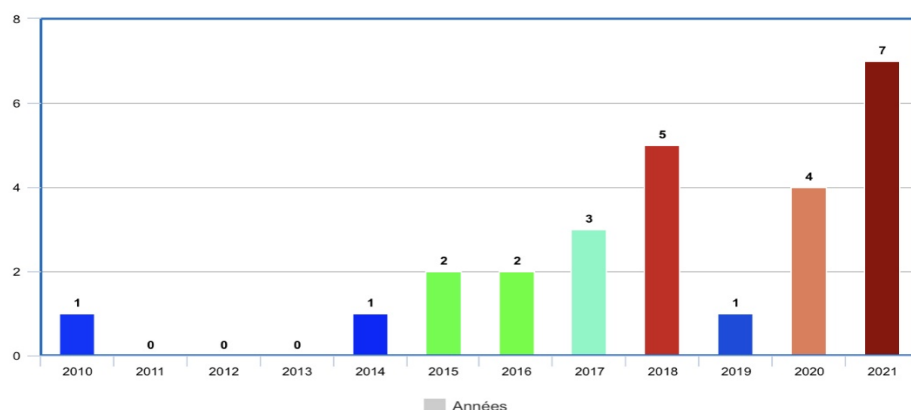


Figure 7: Répartition des cas (n=26) sur les années

Nous avons enregistré la majorité 26.2% (n=7) des cas en 2021, 15.4% (n=4) en 2020, 19.2% (n=5) en 2018, 7.7% (n=2) en 2015 et 2016, 3.8% (n=1) en 2019 ainsi que 2014 et 2020, et aucun cas (n=0) de 2011 en 2013.

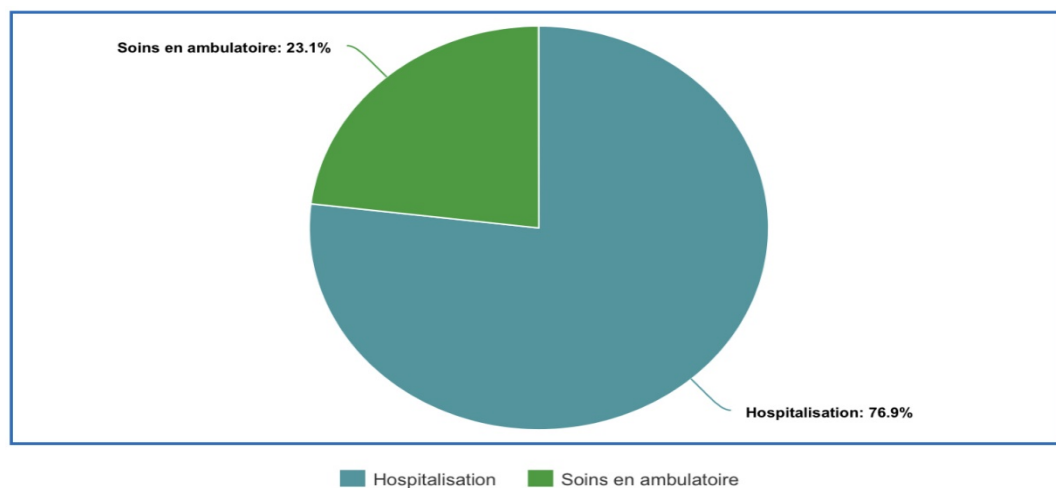


Figure 8: Milieu des cas étudiés (n=26)

23.1% (n=6) des cas ont reçu leurs soins en ambulatoire, pour 76.9% (n=20) qui ont nécessité l'hospitalisation.

b - Nationalité

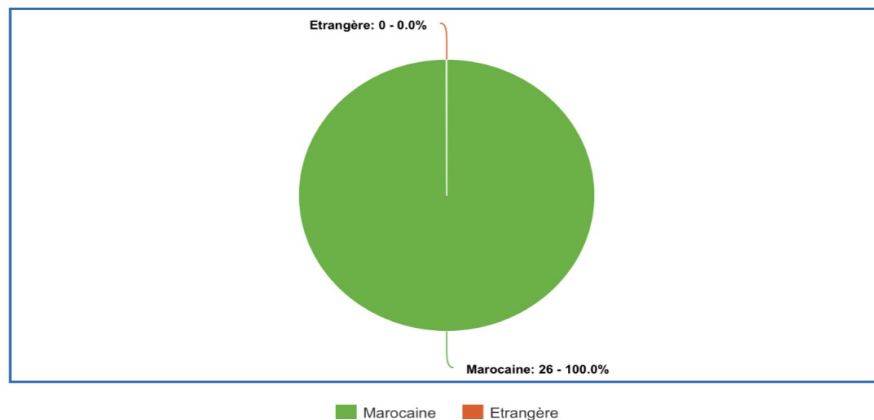


Figure 9: Nationalité des cas étudiés (n=26)

100% des cas étudiés (n=26) étaient de nationalité marocaine, nous n'avons enregistré aucun cas de nationalité étrangère. Le centre d'addictologie ainsi que son programme de substitution connaissent une afférence, pour les autres types d'opioïdes, de patients de différentes nationalités.

c - Âge à l'entretien

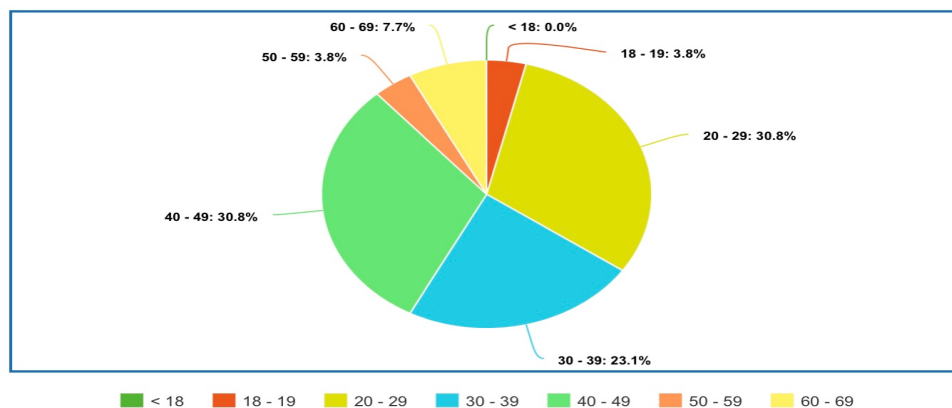


Figure 10: Répartition des âges des cas étudiés (n=26)

La moyenne d'âge des cas étudiés (n=26) était de 37 ans, avec 19 ans comme limite inférieure et 60 ans comme limite supérieure. Ils étaient répartis comme suit :

Aucun cas moins de 18 ans, 3.8% (n=1) cas de 18 ans, 30.8% (n=8) entre 20-29 ans, 23.1% (n=6) entre 30-39 ans, 30.8% (n=8) 30.8% entre 40-49 ans, 3.8% (n=1) entre 50-59 ans, et enfin (n=2) 7.7% entre 60-69 ans.

d - Sexe



Figure 11: Répartition des cas selon le sexe (n=26)

Nos cas étudiés (n=26) comprenaient 50% (n=13) d'hommes, et 50% (n=13) de femmes.

e - Fratrie et rang dans la fratrie

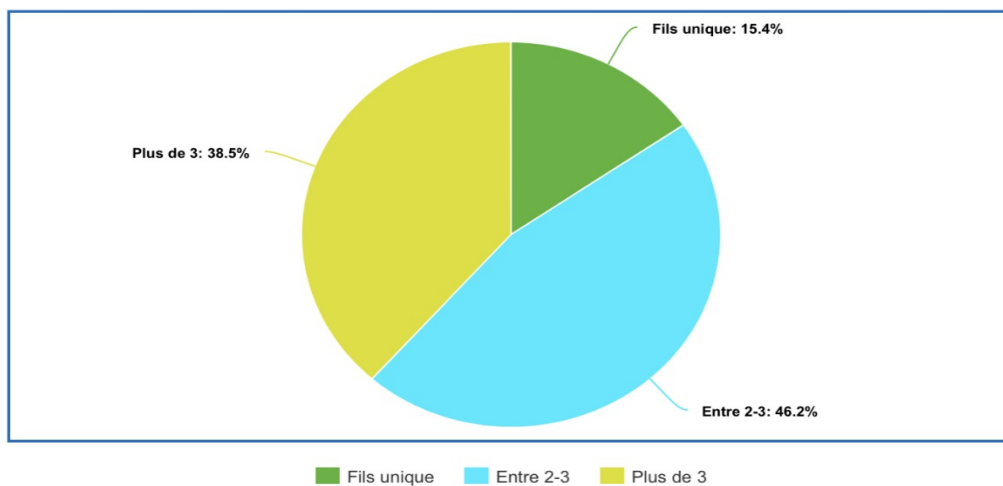


Figure 12: Répartition de la fratrie des cas étudiés (n=26)

15.4% (n=4) étaient fils/fille uniques, 46.2% (n=12) étaient d'une fratrie d'entre 2 et 3, et 38.5% (n=10) étaient issus d'une fratrie de plus de 3.

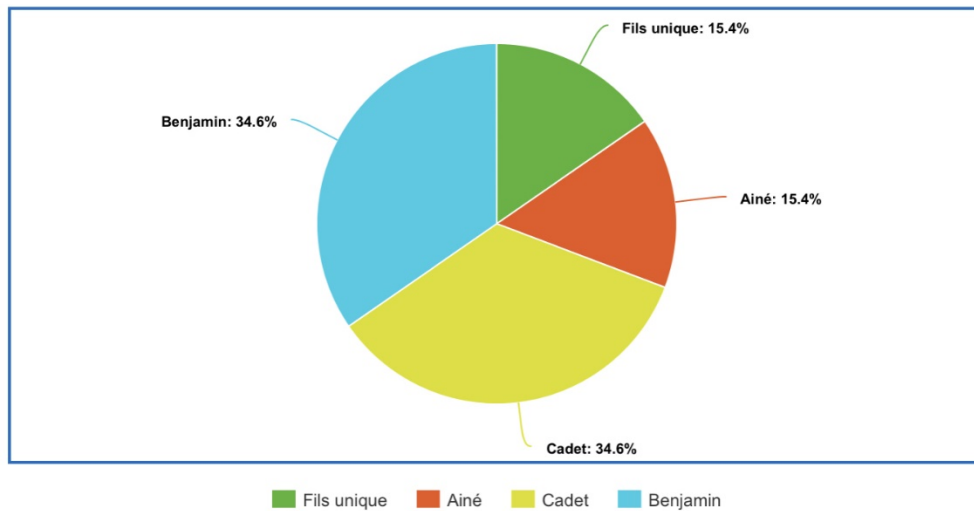


Figure 13: Répartition du rang dans la fratrie des cas étudiés (n=26)

Quant au rang, 15.4% (n=4) étaient fils/fille uniques, 15.4% (n=4) étaient l'ainé, 34.6% (n=9) étaient cadets, et 34.6% (n=9) benjamins.

f - Situation sociale et économique

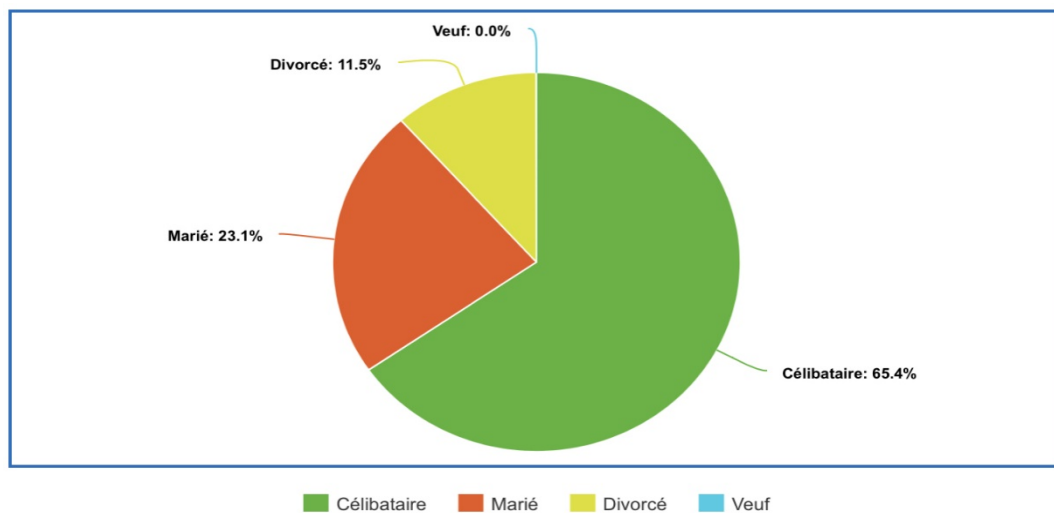


Figure 14: Situation matrimoniale des cas (n=26)

Nous avons constaté 65.4% (n=17) de cas célibataire, 23.1% (n=6) marié, 11.5% (n=3) divorcé, et aucun cas de veuf/veuve.

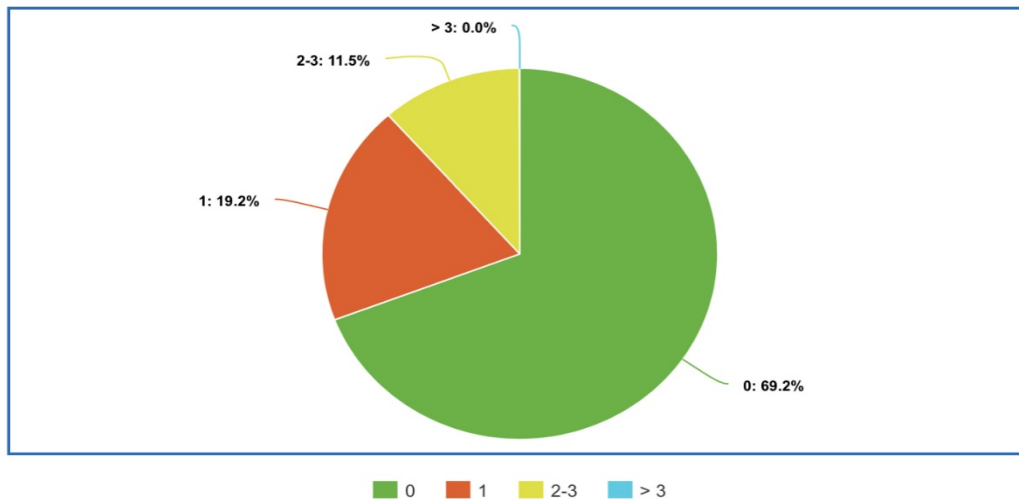


Figure 15: Nombre d'enfants des cas (n=26)

En ce qui concerne le nombre d'enfants 69.2% (n=18) n'avaient pas d'enfants dont 1 cas (n=1) mariés, 19.2% (n=5) avaient un seul enfant, 11.5% (n=3) avaient 2 à 3 enfants, aucun cas n'avait plus de 3 enfants.

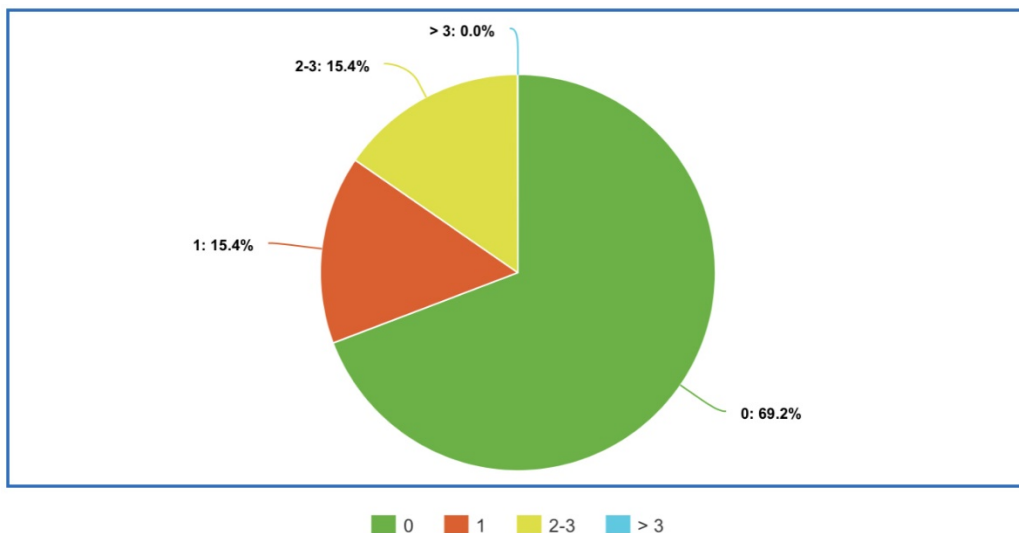


Figure 16: Nombre de personnes à la charge des cas (n=26)

Parmi les cas étudiés (n=26), 69.2% (n=18) n'avait aucun tiers à leur charge, 15.4% (n=4) avaient une seule personne, 15.4% (n=4) 2 à 3 personnes, et aucun cas de plus de 3 personnes à leur charge.

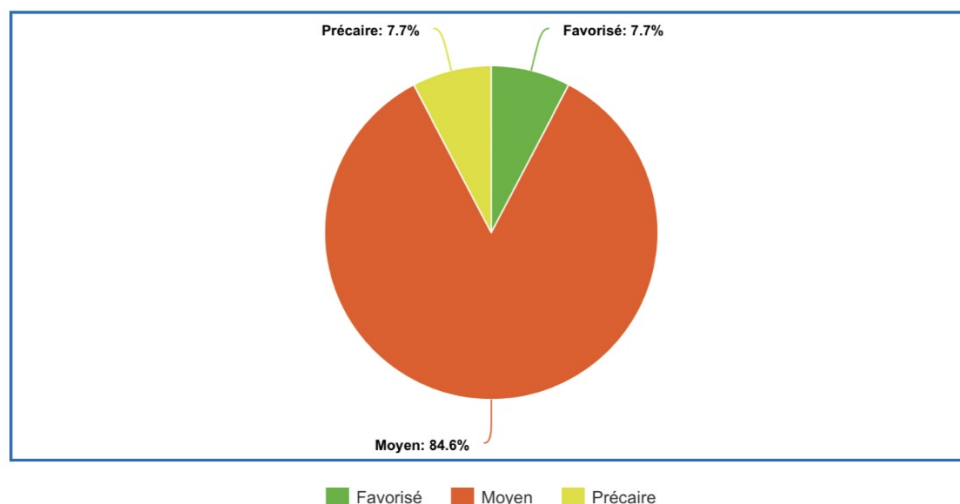


Figure 17: Niveau socio-économique et d'habitat des cas (n=26)

Nous avons enregistré 7.7% (n=2) des cas qui étaient issus d'un niveau socio-économique et d'habitat favorisé, la majorité 84.6% (n=22) issus d'un niveau moyen, et 7.7% (n=2) issu d'un niveau précaire.

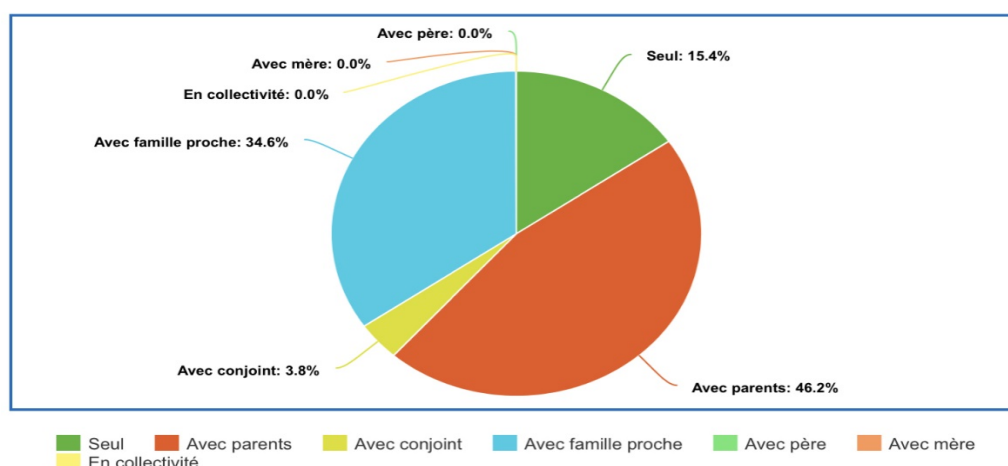


Figure 18: Milieu de vie des cas (n=26)

Nous avons enregistré 15.4% (n=4) des cas vivaient seul, contre 46.1% (n=12) avec leurs parents, 3.8% (n=1) qui vivaient avec leur conjoint, 34.6% (n=9) vivaient avec leur famille proche. Aucun cas ne vivait avec le père uniquement, la mère uniquement ou en collectivité.

g - Milieu et région d'habitat

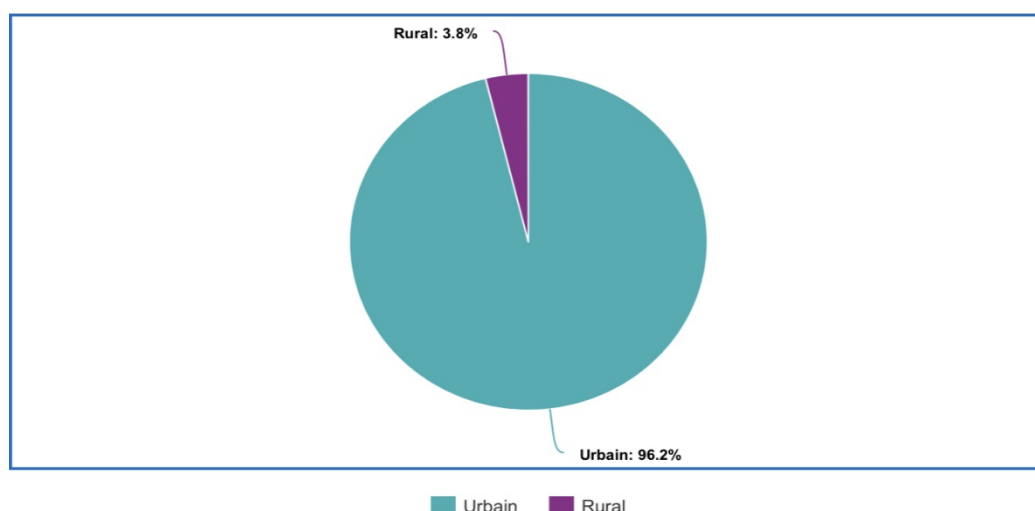


Figure 19: Milieu d'habitat des cas (n=26)

Pour le milieu d'habitat des cas, un seul cas (n=1) soit 3.8% vivait en milieu rural, contre 96.2% (n=25) qui vivaient en milieu urbain.

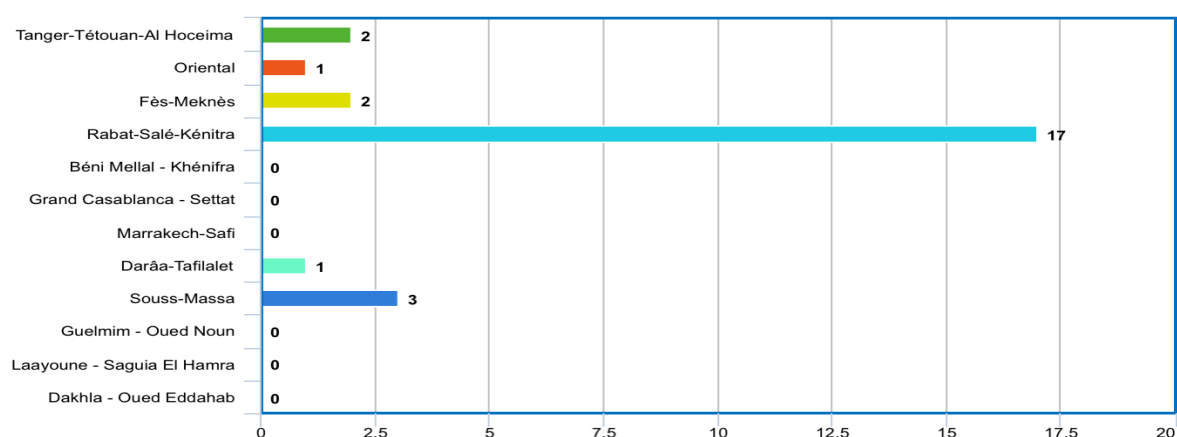


Figure 20: Région d'habitat des cas étudiés (n=26)

Nous avons enregistré 65.4% (n=17) des cas en provenance de la région de Rabat-Salé-Kénitra, 11.53% (n=3) de Souss-Massa, 7.7% (n=2) de Fes-Meknès ainsi que de Tanger – Tetouan Al Hoceima, 3.8% (n=1) en provenance de l'Oriental, et aucun cas du reste des régions du royaume.

h - Catégorie socio-professionnelle

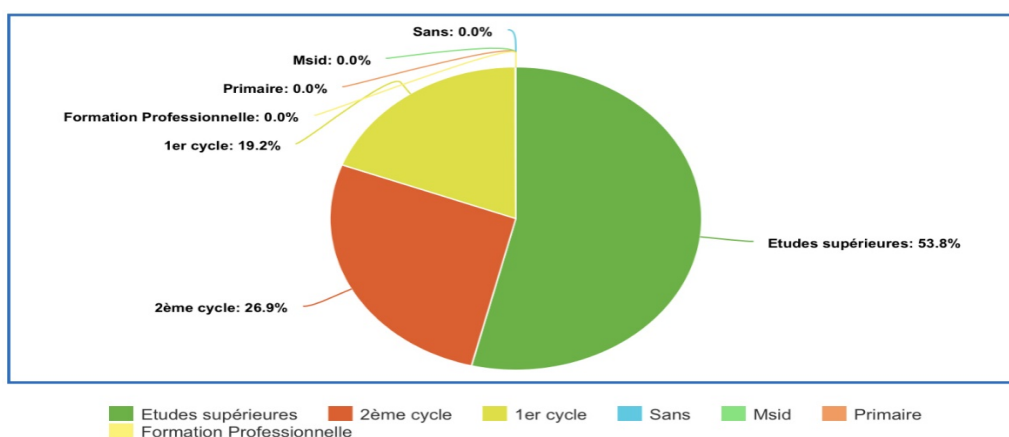


Figure 21: Niveau d'étude des cas étudiés (n=26)

Notre étude a constaté 53.8% (n=14) des cas qui avaient un niveau d'études supérieur au baccalauréat, 19.2% (n=5) se sont arrêtés au 1^{er} cycle, 26.9% (n=7) au 2^{ème} cycle. Aucun cas n'a été enregistré pour le reste des catégories (Sans, Msid, Primaire, Formation professionnelle)

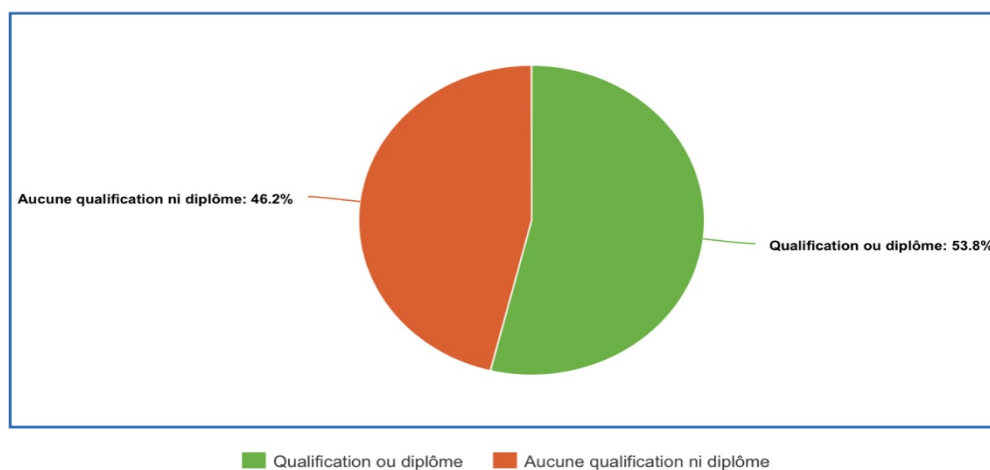


Figure 22: Taux de qualification ou diplôme chez les cas (n=26)

Nous avons enregistré 53.8% (n=14) de cas ayant une qualification, et en revanche 46.2% (n=12) n'avaient aucun diplôme ni qualification.

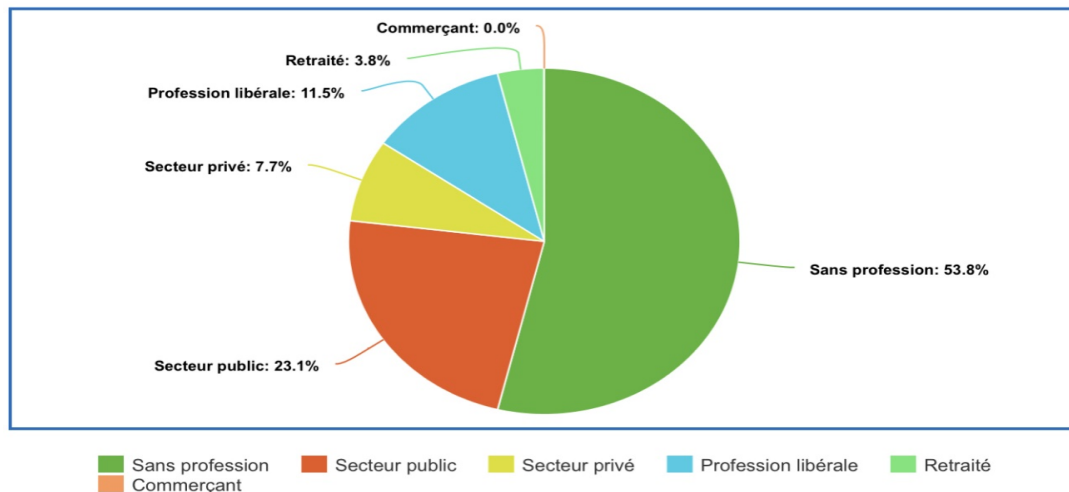


Figure 23: Activité professionnelle des cas (n=26) au moment de l'entretien

Parmi nos cas, 53.8% (n=14) étaient sans profession au moment de l'entretien, 26.9% (n=6) travaillaient au secteur public, 7.7% (n=2) au secteur privé, 11.5% (n=3) exerçaient en profession libérale, 3.8% 1 seul cas était à la retraite au moment de l'entretien, et nous n'avons enregistré aucun cas commerçant.

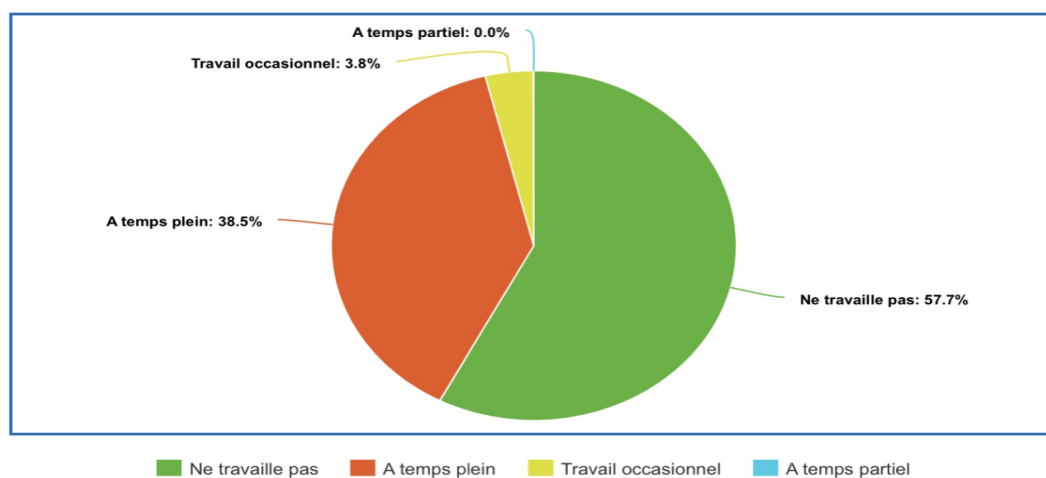


Figure 24: Organisation du travail des cas (n=26)

57.7% (n=15) des cas ne travaillaient pas, 34.6% (n=9) travaillaient à temps plein, (n=1) cas 3.8% avait un travail occasionnel, aucun cas ne travaillait en temps partiel.

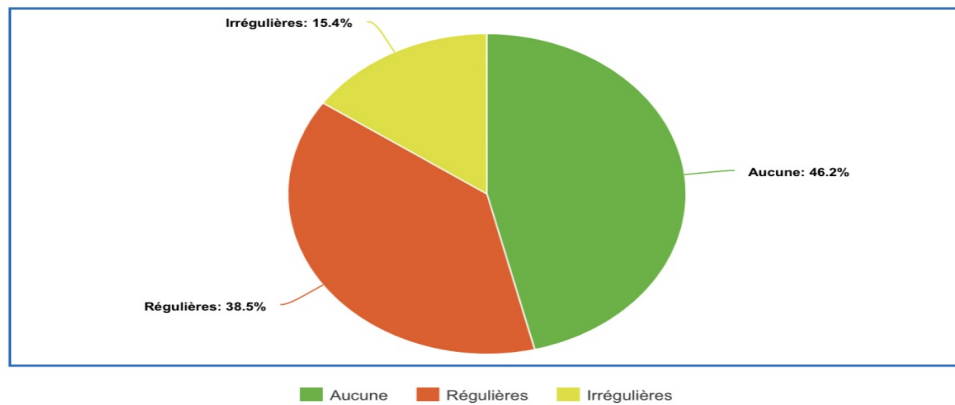


Figure 25: Ressources des cas (n=26)

46.1% (n=12) des cas n'avaient pas de ressources personnelles et étaient donc à la charge d'un tiers, 38.5% (n=10) avaient des ressources régulières, et enfin 15.4% (n=4) avaient des ressources irrégulières.

2- Éléments biographiques

Nous notons que 100% (n=26) des cas étudiés n'étaient pas issus d'une famille adoptive

a - Père

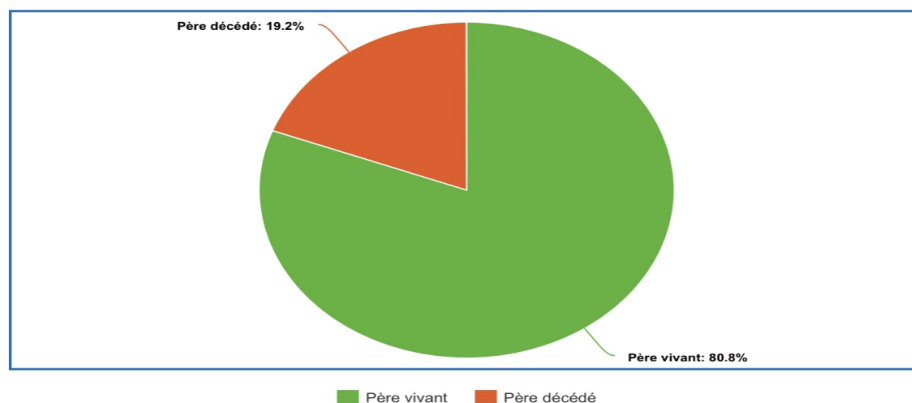


Figure 26: Situation du père (n=26)

19.2% des cas avaient un père décédé (n=5), contre la majorité 80.8% des cas qui avaient un père vivant (n=21)

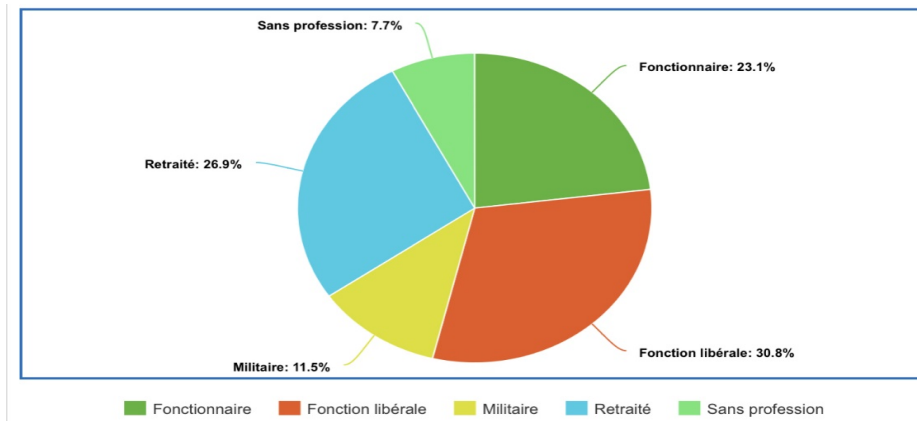


Figure 27: Activité professionnelle du père (n=26)

La profession du père se répartissait comme suit : 23.1% Fonctionnaire (n=6), 30.8% Fonction libérale (n=8), 11.5% Militaire (n=3), 26.9% Retraité (n=7), 7.7% Sans profession (n=2)

b - Mère

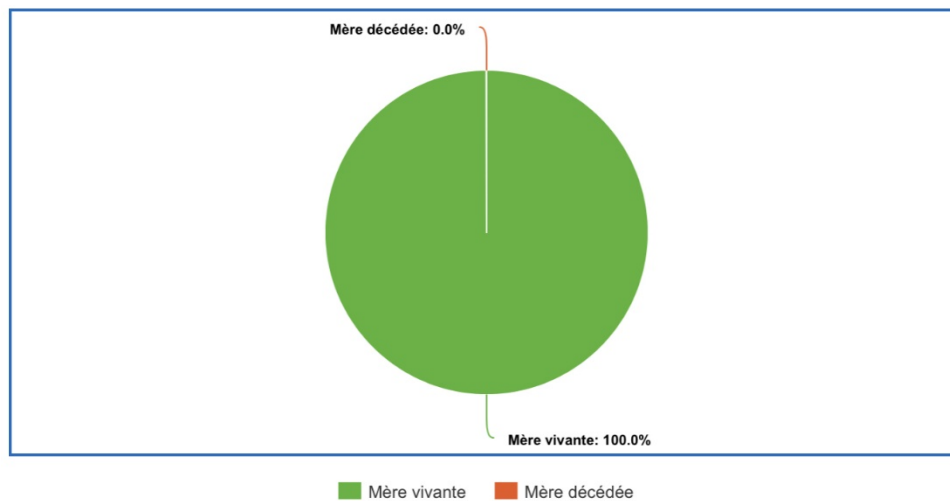


Figure 28: Situation de la mère (n=26)

Notre étude a objectivé que 100% des cas avaient une mère vivante (n=26), et aucun cas n'avait une mère décédée

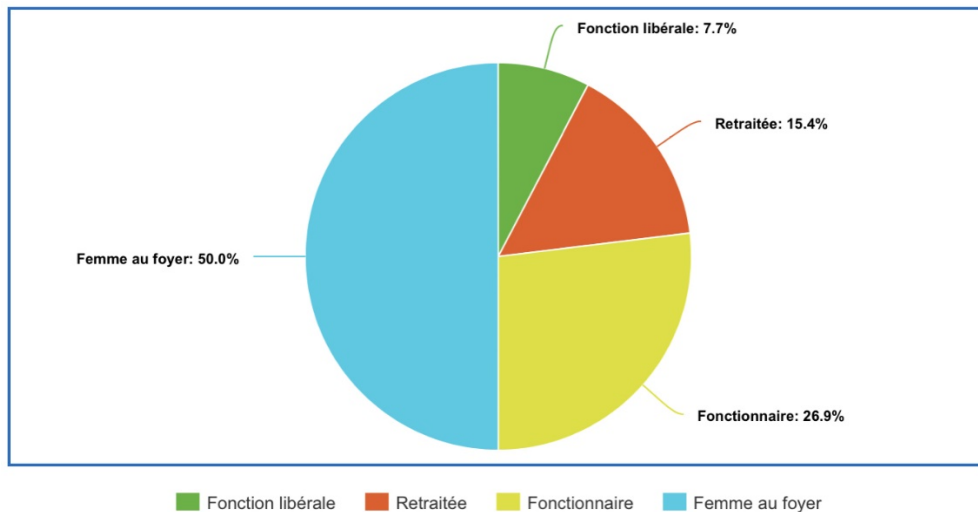


Figure 29: Activité professionnelle de la mère (n=26)

La profession de la mère se répartissait comme suit : 26.9% Fonctionnaire (n=7), 7.7% Fonction libérale (n=2), 50% Femme au foyer (n=13), 15.4% Retraitée (n=4)

c- Parents

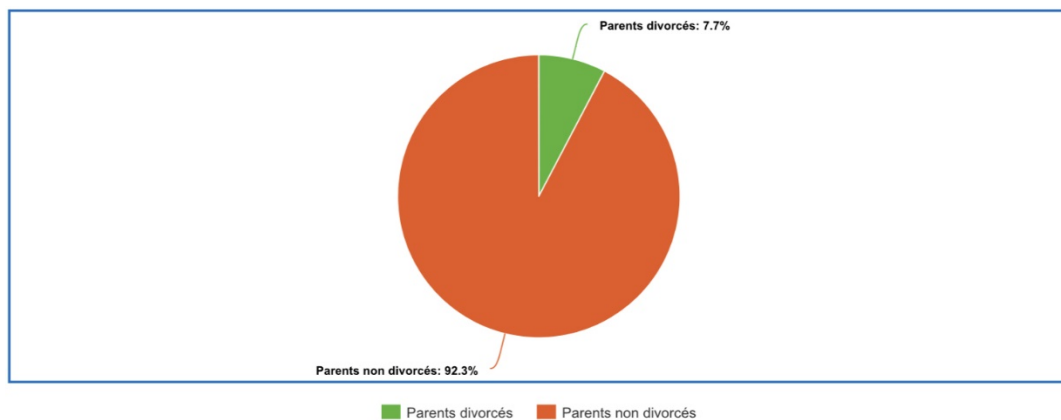


Figure 30: Situation matrimoniale des parents (n=26)

Notre travail a objectivé que 7.7% des parents des cas avaient divorcés (n=2) dont n=1 avant la naissance, contre 92.3% de parents non divorcés (n=24)

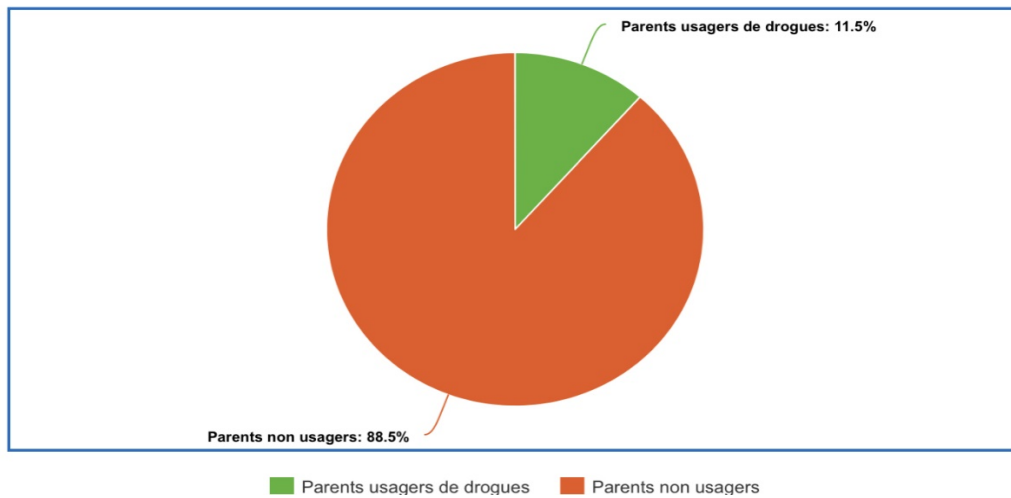


Figure 31: Usage de drogues chez les parents (n=26)

Nous avons constaté que 88.5% des parents des cas n'étaient pas usagers de substances psychoactives (n=23), tandis que 11.5% des parents étaient des usagers (n=3). Nous y reviendrons en détail dans la partie qui suit.

d - Antécédents familiaux psychiatriques ou de troubles de l'usage de drogues

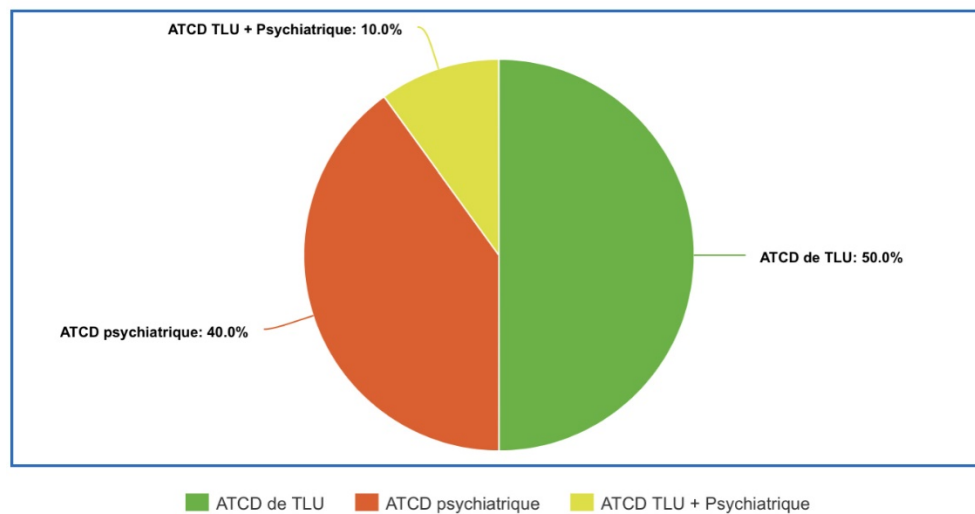


Figure 32: Antécédents familiaux psychoaddictifs (n=10)

Nous avons noté que 38.5% (n=10) des cas étudiés (n=26) avaient rapporté des ATCD familiaux psychoaddictifs.

Parmi ces cas :

- 50% (n=5) d'antécédents de TLU (Dont n=2 Cannabis, n=1 Alcool, n=1 Héroïne, n=1 BZD + Sous méthadone pour TLU des OP).
- 40% (n=4) uniquement des ATCD Psychiatriques (Dont n=1 Trouble bipolaire, n=2 Trouble psychotique, n=1 Trouble dépressif, n=1 Suivi pour trouble non précisé).
- et 10% (n=1) avaient rapporté des ATCD de TLU + Psychiatrique (BZD+TCA).

Dans n=4 cas il s'agissait des parents, n=2 cas du fils ou de la fille, n=4 cas les frères et sœurs, n=1 cas oncles et cousins. Et dans n=3 cas il s'agissait de plus de 2 membres de la famille des cas étudiés.

e - Antécédents Personnels Médico-chirurgicaux

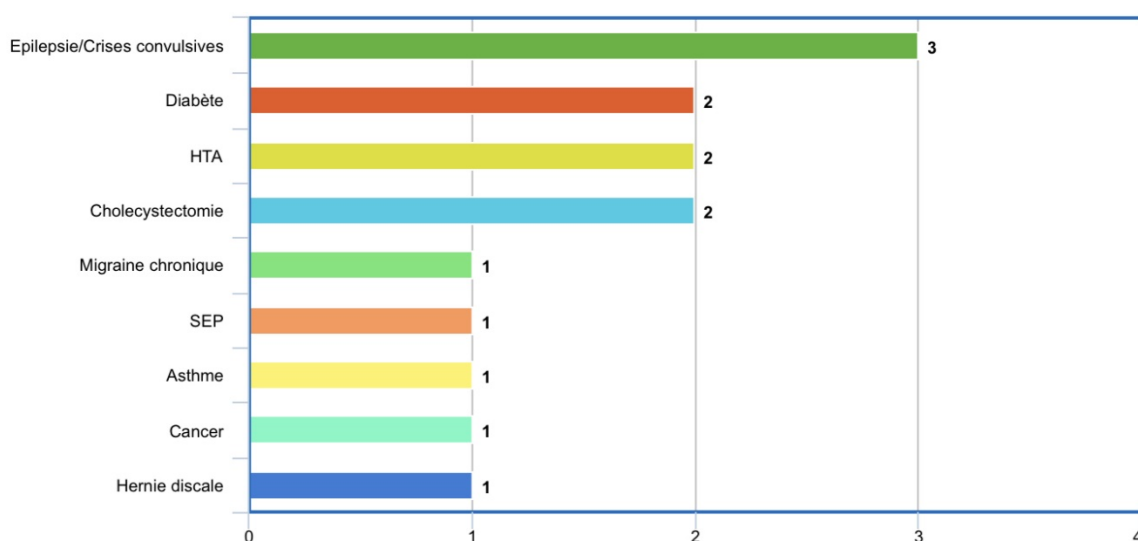


Figure 33: Antécédents médico-chirurgicaux des cas étudiés (n=9)

34,6% (n=9) des cas étudiés (n=26) ont rapporté des ATCD Médico-chirurgicaux, avec 33.3% (n=3) des cas qui souffraient de plus de deux affections.

Parmi ces cas :

33.3% (n=3) d'épilepsie/crises convulsives

22.2% (n=2) pour chacune des affections suivantes : diabète, HTA et Cholecystectomie

11.1% (n=1) pour chacune des affections suivantes : SEP, Asthme, Cancer et Opération chirurgicale pour hernie discale.

f - Antécédents Judiciaires

Il convient de noter que nous n'avons enregistré qu'un seul cas 3.8% (n=1) qui avait des ATCD Judiciaires (Plusieurs gardes à vue et une incarcération non liées au TLU d'OP)

3 – Éléments de psychopathologie

a - Tentative de suicide

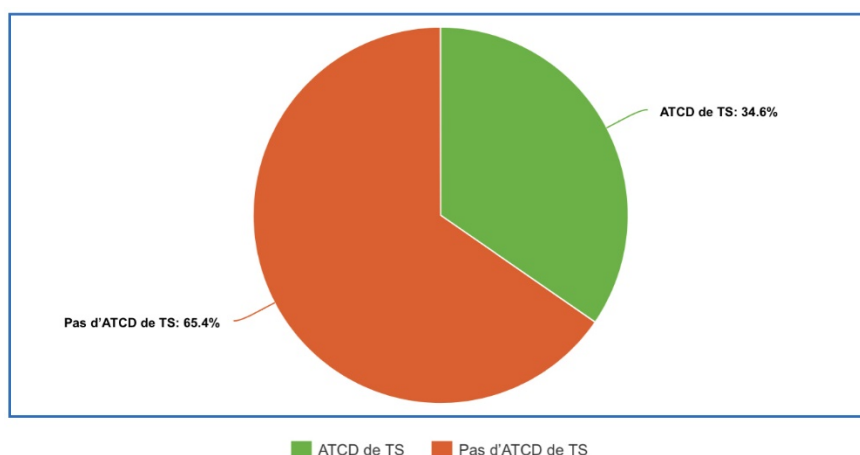


Figure 34: Antécédent de tentative de suicide (n=26)

Notre travail a démontré que 65.4% (n=17) des cas n'avaient pas d'antécédent de tentative de suicide, contre 34.6% (n=9) qui avaient tenté de se suicider au moins une fois.

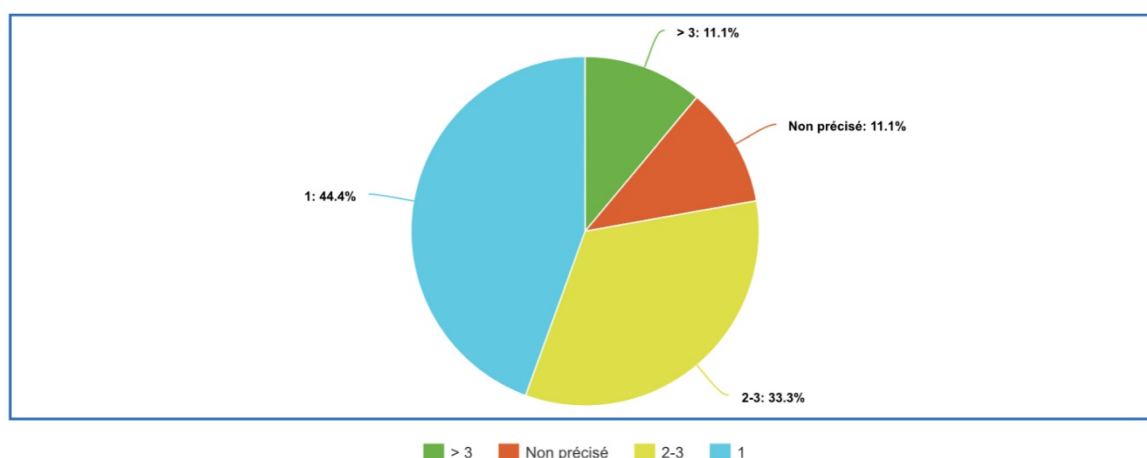


Figure 35: Nombre des tentatives de suicide (n=9)

Parmi ces (n=9) cas, 44.4% (n=4) n'avaient tenté de se suicider qu'une seule fois, (n=3) 2 à 3 fois, et (n=1) plus de 3 fois

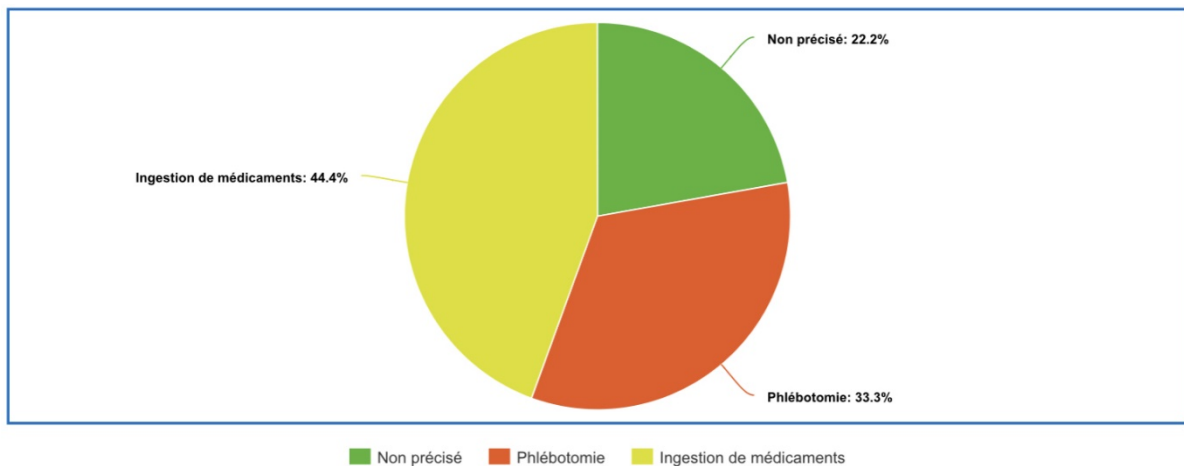


Figure 36: Méthode de tentative de suicide (n=9)

Parmi ces 9 cas également, la méthode utilisée étaient dans 44.4% (n=4) des cas l'ingestion de médicaments, pour 33.3% (n=3) une phlébotomie

b - Violences physiques et sexuelles

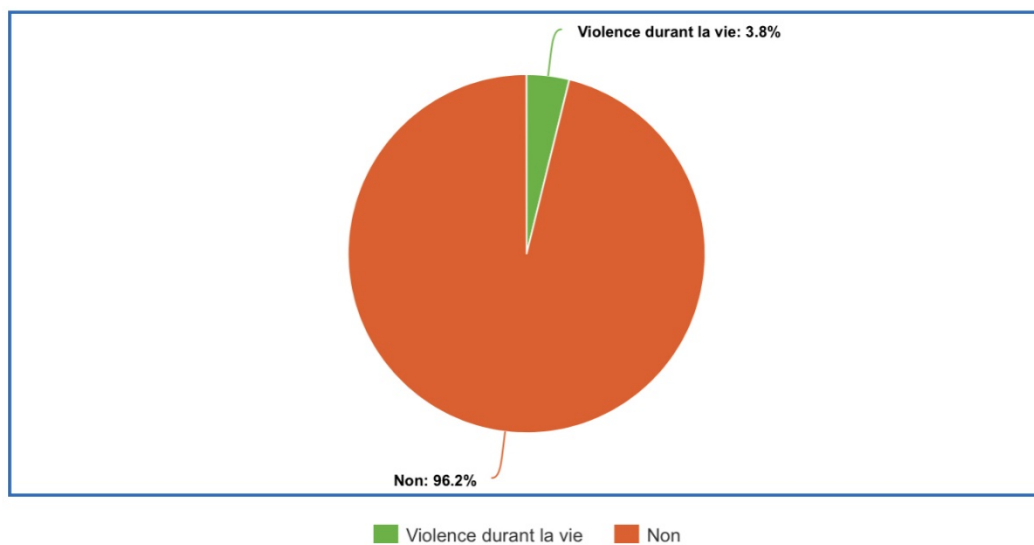


Figure 37: Violence durant la vie (n=26)

Un seul cas 3.8% (n=1) a subi une violence durant la vie, exercée par les membres de la famille (oncles)

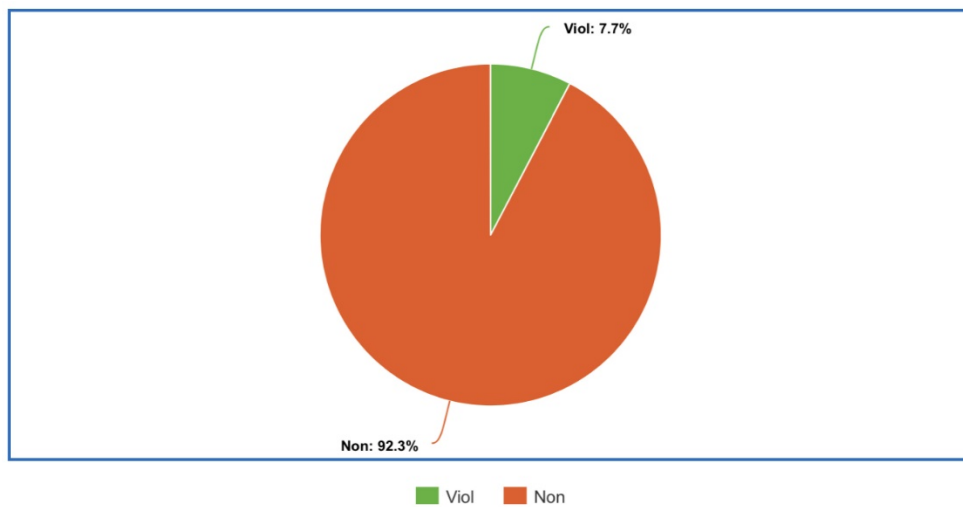


Figure 38: Viol durant la vie (n=26)

Deux cas 7.7% (n=1) de viol durant la vie, dont (n=1) homme et (n=1) femme, ont été notés durant notre étude.

Aucun antécédent d'inceste n'a été enregistré dans notre série.

c- Comorbidités psychiatriques

Dans notre série, les comorbidités psychiatriques étaient présentes chez 96.1% des cas (n=25). Nous avons détaillé ces comorbidités selon les diagnostics spécifiques retrouvés pour chaque cas.

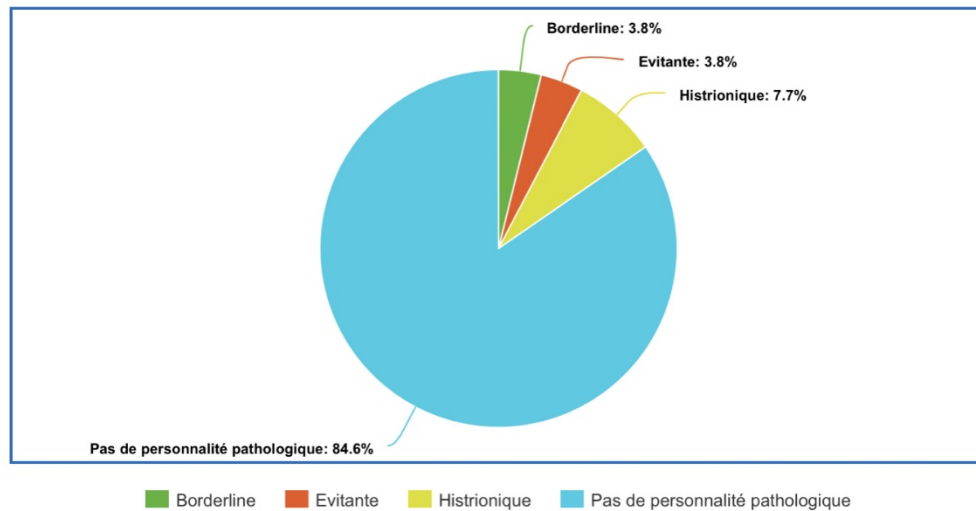


Figure 39: Personnalité pathologique chez les cas étudiés (n=26)

Une personnalité pathologique a été diagnostiquée chez 15.4% (n=4) des cas. Plus spécifiquement, 7.7% (n=2) cas ayant une personnalité histrionique, 3.8% (n=1) cas ayant une personnalité évitante, 3.8% (n=1) cas ayant une personnalité borderline, et aucun cas pour les autres types de personnalité pathologique.

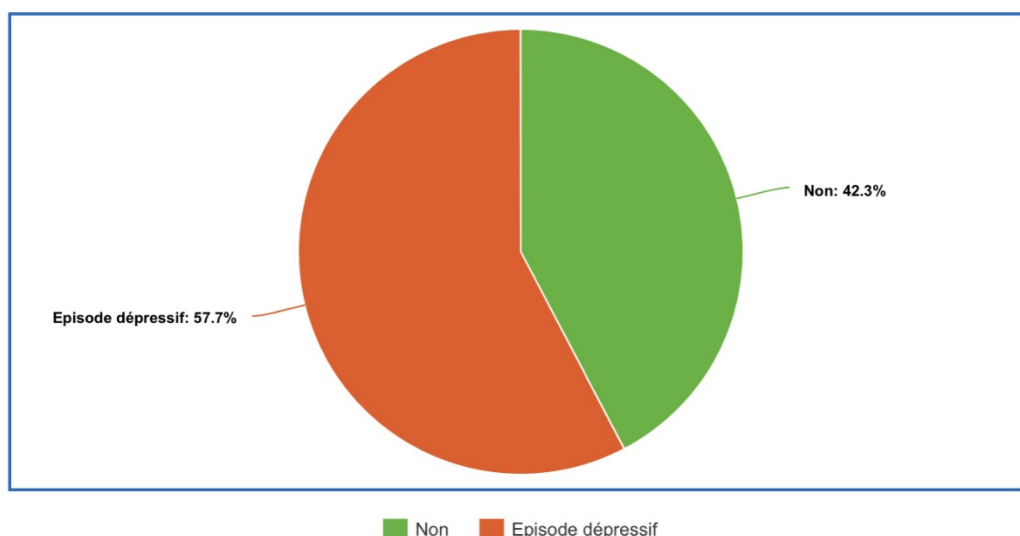


Figure 40: Antécédents d'épisode dépressif (n=26)

Notre travail a objectivé 57.7% (n=15) cas ayant un antécédent d'au moins un seul épisode dépressif, parmi ces cas, 13.3% (n=2) n'ont rapporté avoir vécu qu'un seul épisode et 66.7% (n=10) ont rapporté avoir vécu plus de trois épisodes.

En ce qui concerne les épisodes maniaques, nous n'avons enregistré qu'un seul cas (n=1) 3.8% ayant fait plus d'un épisode maniaque, et ayant le diagnostic de trouble bipolaire comme on peut le constater dans la partie suivante

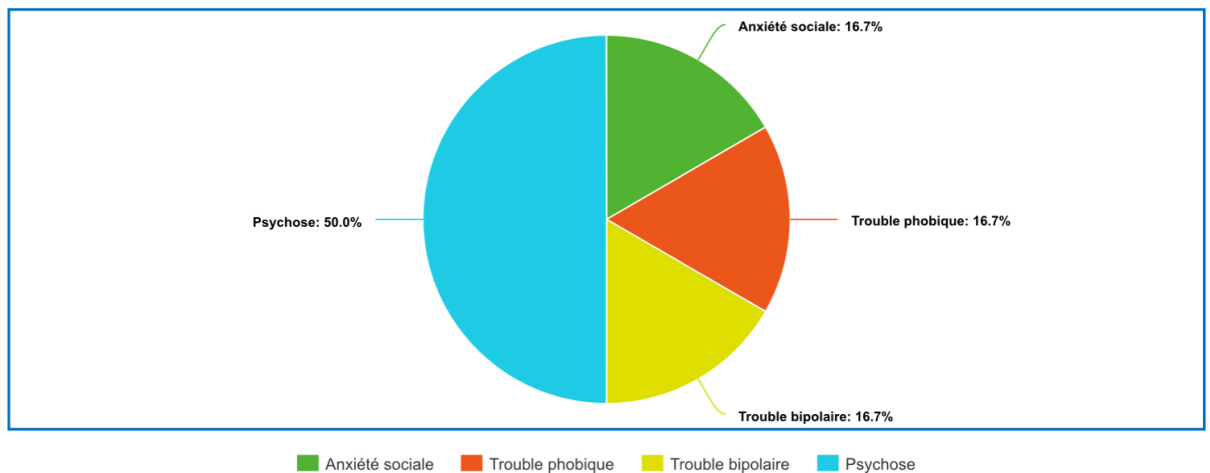


Figure 41: Autres comorbidités psychiatriques (n=6)

23.1% (n=6) des cas étudiés (n=26) présentaient d'autres comorbidités psychiatriques diagnostiquées au moment de l'entretien, dont 50% (n=3) présentant une psychose (Dont (n=2) un syndrome délirant de persécution et (n=1) un trouble du jugement), 16.7% (n=1) présentant une des comorbidités suivantes : une anxiété sociale, un trouble panique, un trouble bipolaire.

4- Histoire des conduites addictives

a – Motif d'accès au service

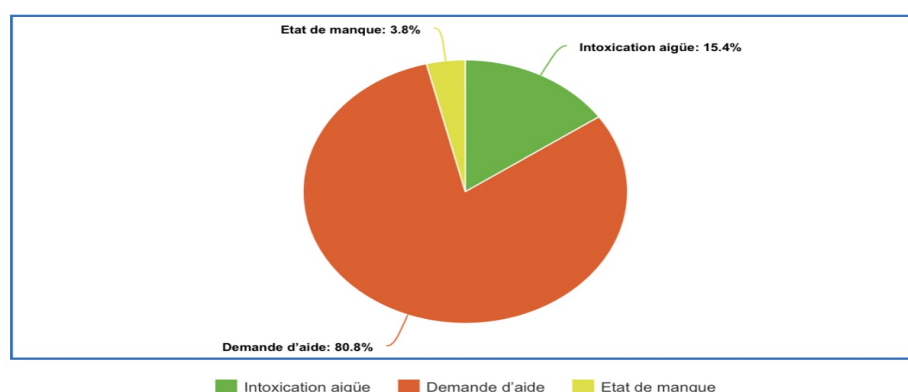


Figure 42: Motif d'accès au service (n=26)

80.8% (n=21) des cas ont accédé au service pour une demande d'aide, tandis que 15.4% (n=4) des patients ont été transférés au service après stabilisation de leur état suivant une intoxication aiguë aux antalgiques opioïdes, et 3.8% (n=1) en état de manque sévère

100% des patients ont admis avoir utilisé les OP dans les 30 jours précédant l'entretien.

b - Polyconsommation

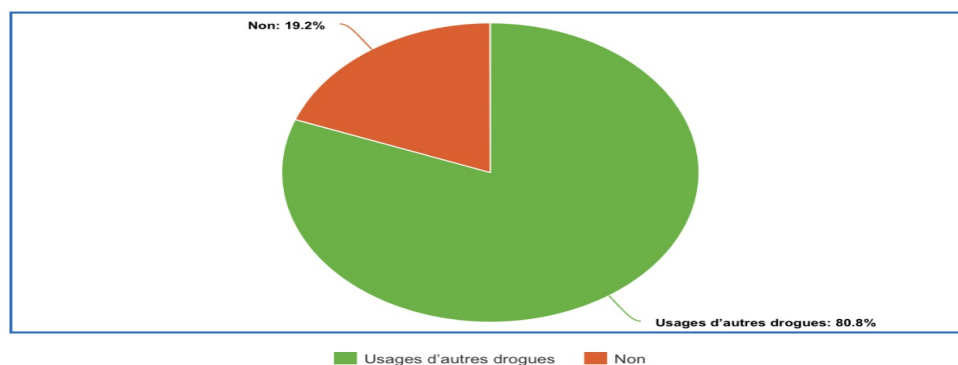


Figure 43: Usage d'autres drogues chez les cas (n=26)

80.8% (n=21) des cas étudiés affirmaient avoir un trouble de l'usage d'autres drogues à part les OP, 47.6% (n=10) de ces cas présentaient une polyconsommation de plus de 2 drogues

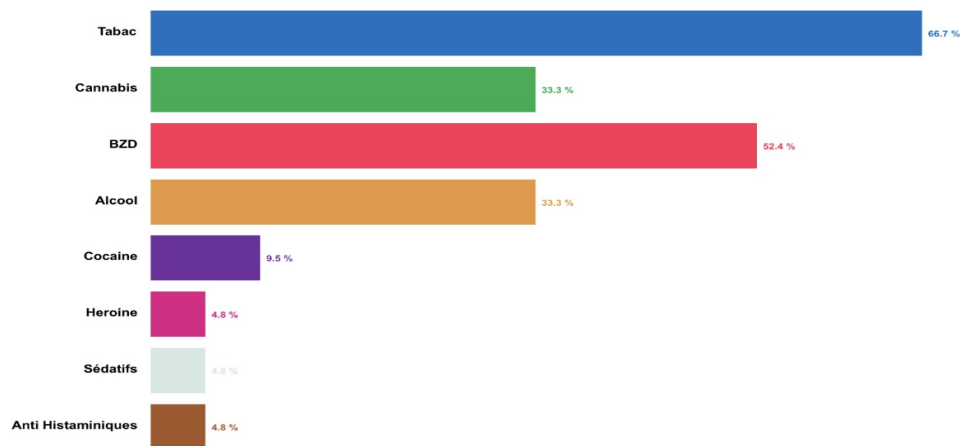


Figure 44: Types de drogues consommées par les cas étudiés (n=21)

66.7% (n=14) consommaient du Tabac, 33.3% (n=7) du cannabis, 52.4% (n=11) des BZD, 33.3% (n=7) de l'alcool, 9.5% (n=2) de la cocaine, puis 4.8% (n=1) pour chacune des substances suivantes : l'héroïne, sédatifs ou anti histaminiques (à visée anxiolytique)

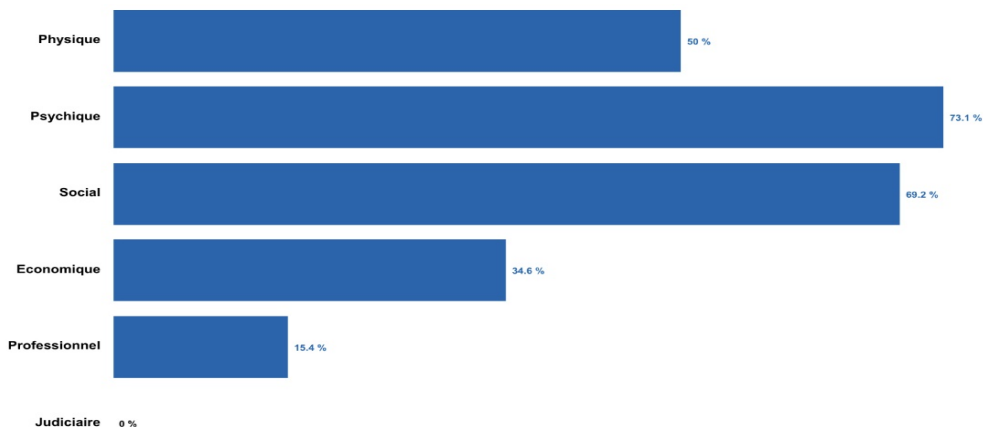


Figure 45: Atteintes causée par le trouble de l'usage de substances (n=26)

57.7% (n=15) des cas estimaient que le TLU affectait plus d'un niveau de leur vie.

50% (n=13) estimaient une atteinte physique, 73.1% (n=19) une atteinte psychique, 69.2% (n=18) une atteinte sociale, 34.6% (n=9) une atteinte économique, 15.4% (n=4) une atteinte professionnelle, Et aucun cas n'estimait que sa vie était atteinte au niveau judiciaire.

c – Recours antérieur aux structures d'addictologie

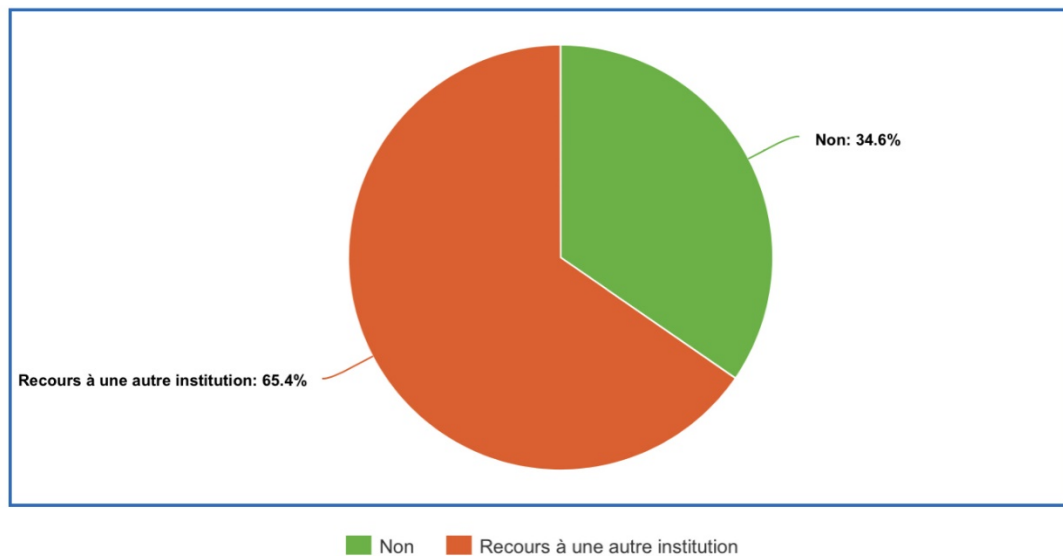


Figure 46: Recours antérieur à une autre institution pour TLU (n=26)

Nous avons enregistré que 65.4% des cas (n=17) ont eu recours antérieurement à une autre institution, dont (n=4) un Cabinet/Hôpital privé, et (n=6) un Hôpital public, l'institution n'a pas été précisée pour les (n=7) cas restants

En revanche, 34.6% (n=9) n'ont jamais eu recours auparavant à une autre institution pour leur TLU, parmi eux 33.3% (n=2) ont affirmé que la raison était qu'ils tentaient de se sevrer seuls. Les (n=7) cas restants ont admis ne pas avoir été assez motivés pour l'arrêt de l'usage avant la 1^{ère} consultation dans notre formation.

d - Antalgiques opioïdes consommés :

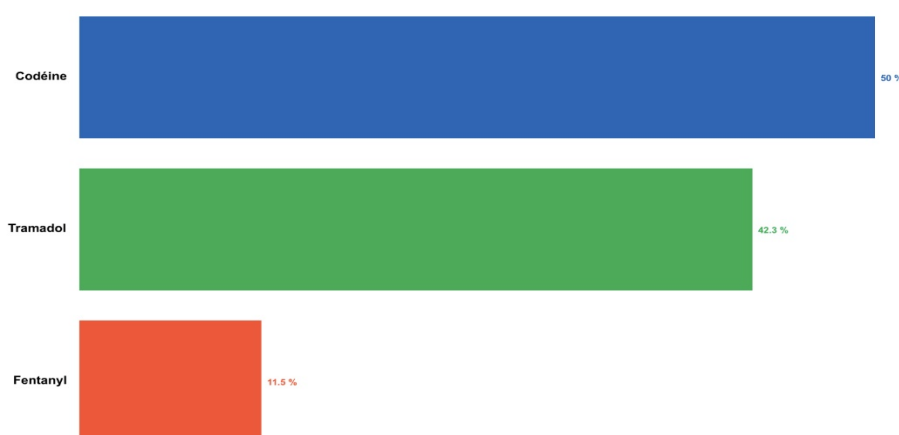


Figure 47: OP utilisés par les cas étudiés (n=26)

Les 3 molécules retrouvées dans notre étude étaient la Codéine, le Tramadol, et le Fentanyl, avec 11.5% (n=3) des cas qui consommaient plus d'un genre d'OP (n=2 codéine+tramadol, n=1 tramadol+fentanyl).

La molécule consommée était dans 50% (n=13) des cas la Codeine, 42.3% (n=11) des cas le Tramadol, et 11.5% (n=3) des cas le Fentanyl (cas particulier car les 3 cas y accédaient grâce à leur fonction d'infirmiers d'anesthésie aux hôpitaux publics)

A. CODEINE

La dose moyenne consommée quotidiennement était de 780mg (Entre 8cp et 120cp)

La durée moyenne avant la 1^{ère} consultation était de 9 ans (Entre 3 à 40 ans)

La moyenne d'âge de début de la consommation était de 26 ans (Entre 16 ans et 46 ans).

Pour la date du 1^{er} usage, celle-ci était fluctuante : 1978 (n=1), 2007 (n=2), 2011 (n=1), 2013 (n=2), 2015 (n=1), 2016 (n=1), 2017 (n=2)

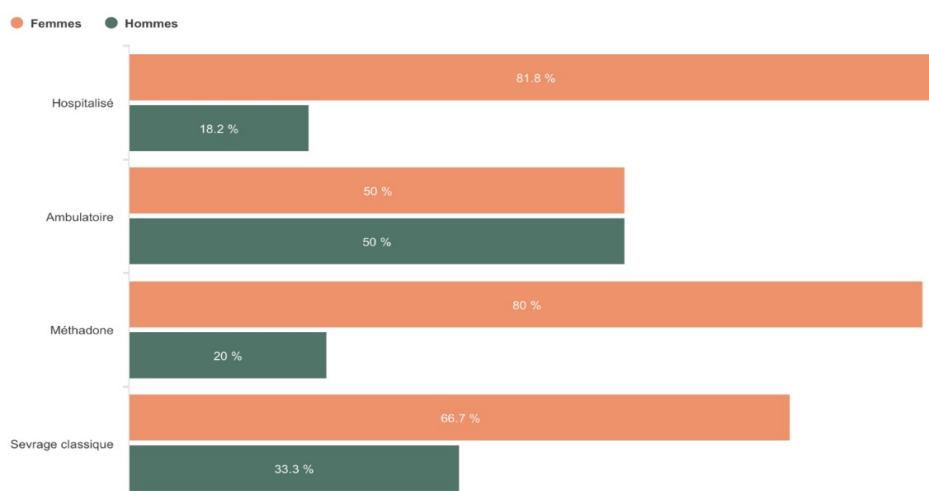


Figure 48: Détails de la consommation de codéine selon le sexe (n=13)

Les cas consommant de la codéine (n=13) comptaient 76.9% (n=10) de femmes pour 23.1% (n=3) d'hommes.

Sur (n=11) cas hospitalisés pour TLU de la codéine : 81.8% (n=9) de femmes pour 18.2% (n=2) d'hommes

Pour les cas vus en ambulatoire (n=2), 50% (n=1) de femmes et idem pour les hommes.

Sur (n=10) cas mis sous Méthadone, 80% (n=8) de femmes pour 20% d'hommes.

En sevrage classique, nous retrouvons sur (n=3) de cas, 66.7% (n=2) de femmes et 33.3% (n=1) d'hommes.

B. TRAMADOL

La dose moyenne consommée par jour était de 525mg (Entre 5cp et 20cp).

La durée moyenne avant la 1^{ère} consultation était de 7 ans (Entre 5 et 14 ans).

La moyenne d'âge de début de la consommation était de 23 ans (Entre 13 et 41 ans).

Et la date de 1^{er} usage variait : 2007 (n=2), 2009 (n=1), 2012 (n=3), 2013 (n=1), 2014 (n=1), 2015 (n=1).

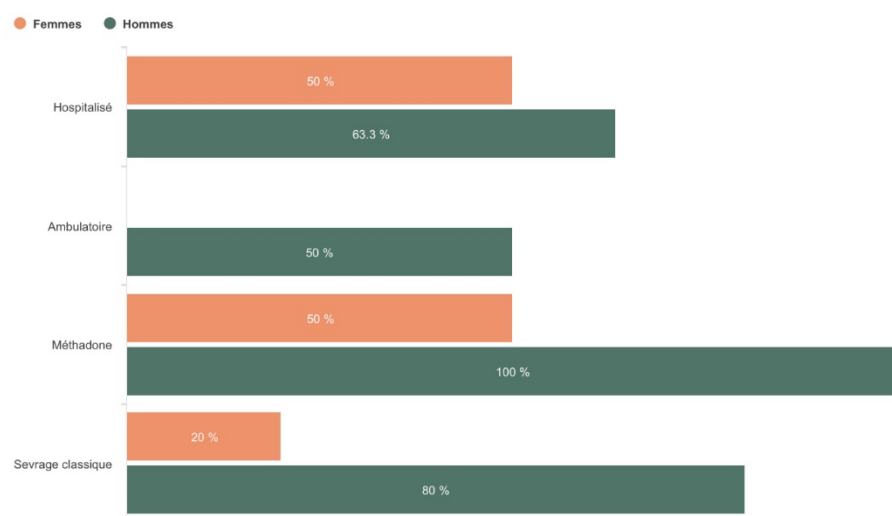


Figure 49: Détails de la consommation de Tramadol selon le sexe (n=11)

Les cas consommant du tramadol (n=11) comptaient 36.4% (n=4) de Femmes pour 63.3% (n=7) d'hommes.

Sur (n=8) cas hospitalisés pour TLU du Tramadol : 50% (n=4) Femmes pour 50% (n=4) d'hommes.

Pour les cas vus en ambulatoire (n=2), 100% d'Hommes.

Sur (n=6) cas mis sous Méthadone, 50% (n=3) de femmes et idem pour les hommes.

En sevrage classique, nous retrouvons sur (n=5) de cas, 20% (n=1) de femmes et 80% (n=4) d'hommes.

C. FENTANYL

La dose moyenne consommée était de 1250 μ g

La durée moyenne avant la 1^{ère} consultation était de 10 mois (entre 4 mois et 2 ans)

La moyenne d'âge de début de la consommation était de 34 ans (entre 29 et 40 ans), et la date de début de la consommation se répartissait comme suit: 2015 (1), 2018 (1), 2010 (1)



Figure 50: Détails de la consommation de Fentanyl par sexe (n=3)

Dans notre étude, l'usage du Fentanyl était exclusivement l'apanage des hommes, avec 100% (n=3) hospitalisés, ainsi que 66.7% (n=2) sous méthadone et 33.3% (n=1) en sevrage classique.

e- Spécificités de l'usage des antalgiques opioïdes

84.6% (n=22) affirmaient avoir un usage quotidien, pour 3.8% (n=1) ayant un usage bi-hebdomadaire (Fentanyl)

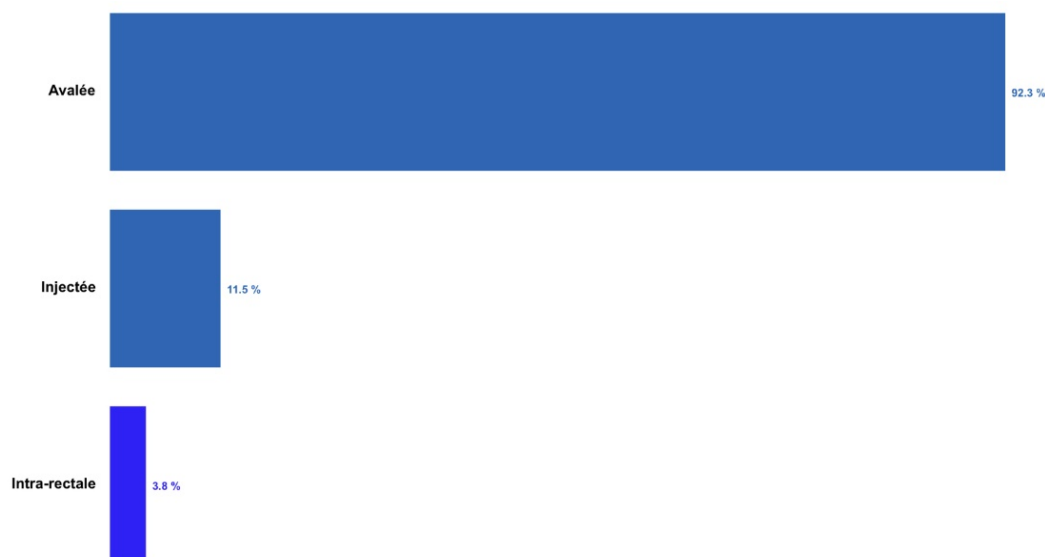


Figure 51: Moyens d'administration des OP (n=26)

Notre étude a constaté 7.7% (n=2) cas qui utilisaient plus d'un moyen, entre 92.3% (n=24) Avalée sous forme de comprimés ou de sirop, 11.5% (n=3) par voie intraveineuse (Exclusivement le Fentanyl), et 3.8% (n=1) en intrarectal (Suppositoires de Tramadol)

f- Dépenses

La moyenne de dépenses par mois était de 9600 MAD (Allant de 1200 à 30 000 MAD). Il est à noter que pour la consommation de Fentanyl, l'apport se faisait à partir des dotations de l'hôpital public et ne nécessitait donc pas de dépenses.

g- Sources d'obtention d'antalgiques opioïdes

On a constaté alors 88.5% (n=23) de sources légales pour les dépenses, contre 11.5% (n=3) de sources illégales.

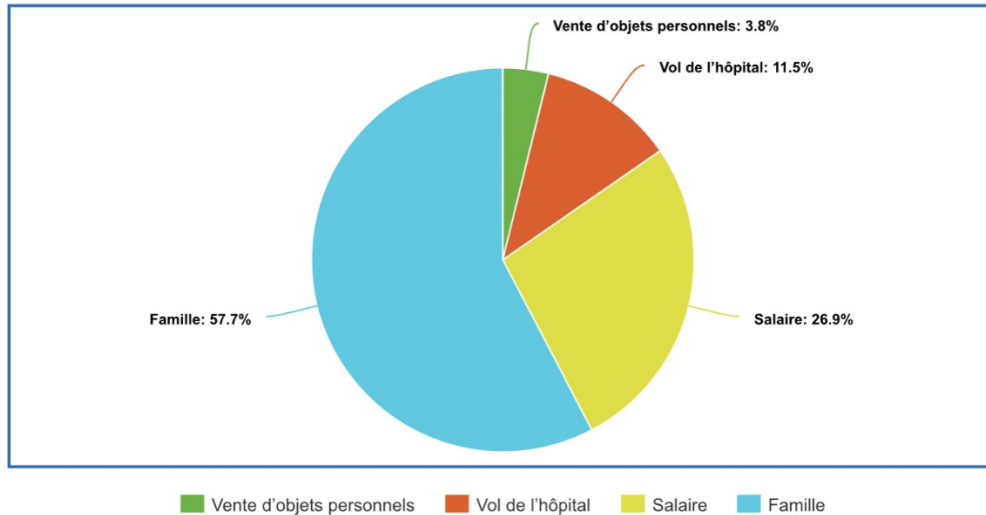


Figure 52: Distribution de moyens de subvention aux besoins de consommation d'OP (n=26)

En ce qui concerne les sources des dépenses : 57.7% (n=15) subvenaient à leurs besoins grâce à leur famille, 26.9% (n=7) puisaient dans leur salaire, et 3.8% (n=1) se retrouvaient obligés de vendre leurs objets personnels, et pour le cas particulier du Fentanyl, 11.5% (n=3) volaient à l'hôpital.

h - 1^{er} premier usage

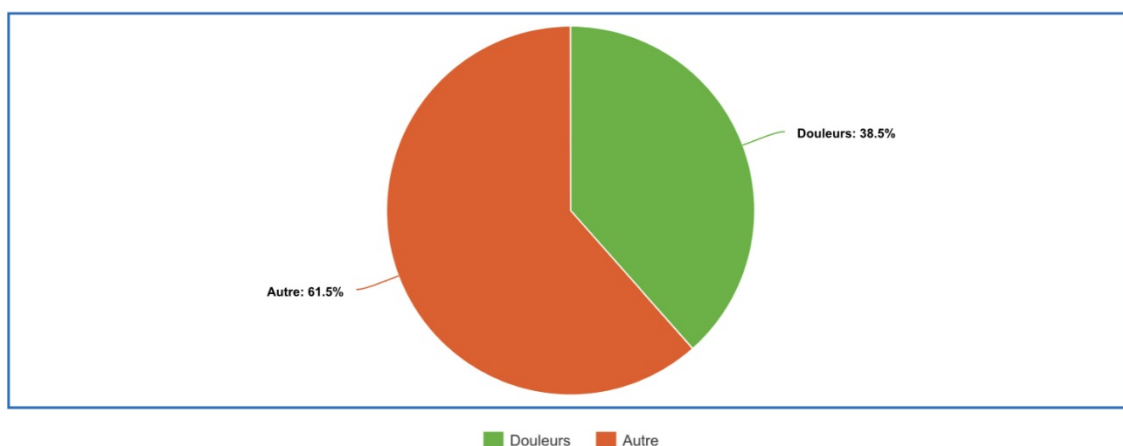


Figure 53: Motif de premier usage d'OP (n=26)

Notre travail a objectivé sur la totalité des cas (n=26) que la douleur était le motif de 1^{er} usage pour 38.5% (n=10) des patients, contre une majorité 61.5% (n=16) ayant des motifs autres que la douleur.

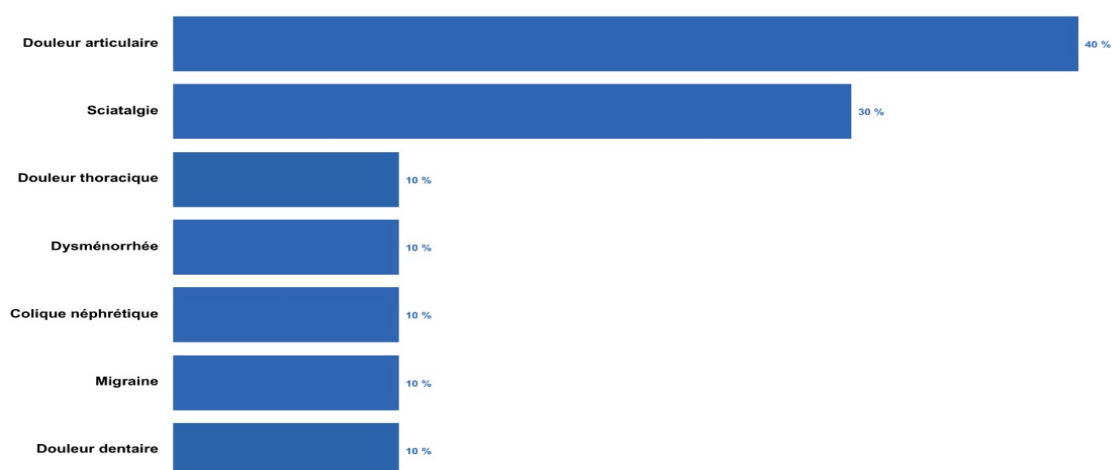


Figure 54: Type de douleur motivant le 1^{er} usage d'antalgiques opioïdes (n=10)

En ce qui concerne les types de douleurs, dans 40% des cas (n=4) il s'agissait de douleur articulaire, 30% (n=3) de sciatalgies, 10% (n=1) pour chacune des douleurs thoracique, dysménorrhée, colique néphrétique, migraine et douleur dentaire avec (n=2) patients ayant souffert de plus de deux types.

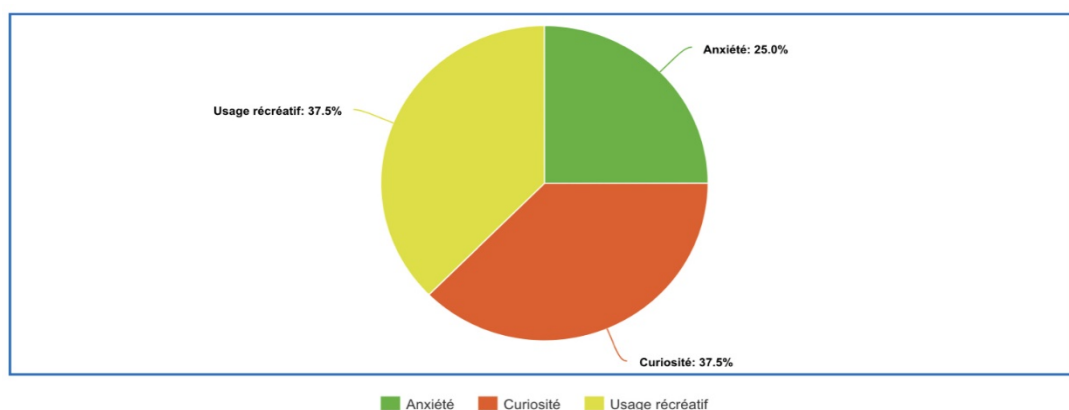


Figure 55: Motif de 1^{er} usage autre que la douleur (n=16)

37.5% (n=6) des cas utilisant pour la 1^{ère} fois les OP ont affirmé que leur motif était la curiosité. L’usage récréatif comme 1^{ère} consommation était le cas également pour 37.5% (n=6) de la population étudiée. Les 25% (n=4) restants s’en sont servis pour la première fois pour pallier à l’anxiété.

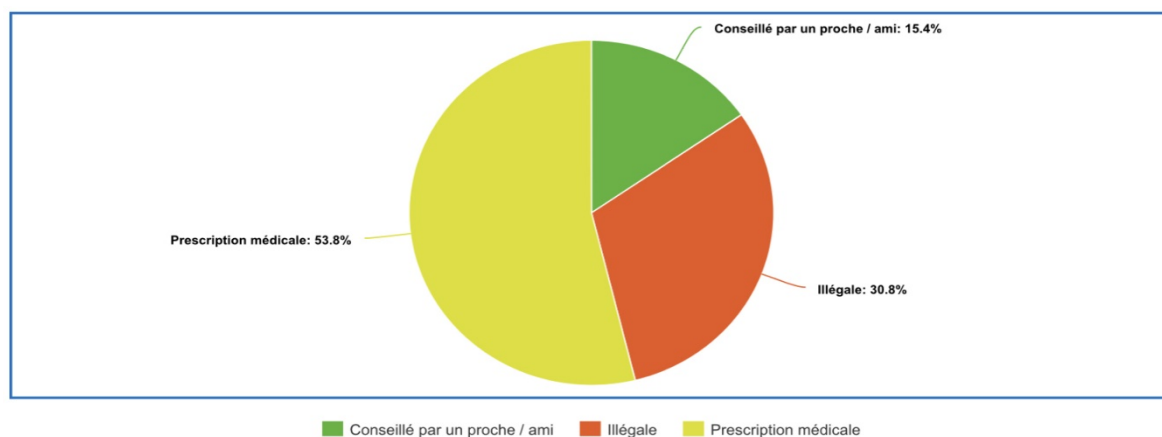


Figure 56: Source d’obtention des OP pour la 1^{ère} fois (n=26)

La première obtention d’OP était dans 53.8% (n=14) une prescription médicale, dans 15.4% (n=4) conseillée par un ami ou un proche, et dans 30.8% (n=8) Illégale pour usage récréatif

i - Usage ultérieur

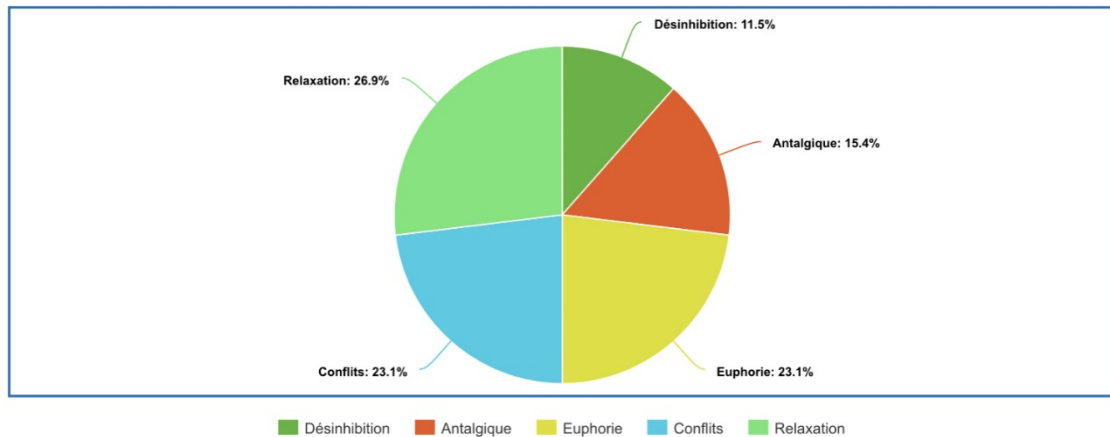


Figure 57: Motif d'usage après la 1^{ère} fois (n=26)

Les cas étudiés ont continué leur usage pour retrouver les effets suivants : 15.4% (n=4) Antalgique, 23.1% (n=6) Euphorie, 23.1% (n=6) Oublier les conflits, 26.9% (n=7) Relaxation, 11.5% (n=3) Désinhibition

L'effet de tolérance ayant nécessité l'augmentation de la dose initiale a été observé chez 100% des cas étudiés (n=26).

j – Sevrages antérieurs

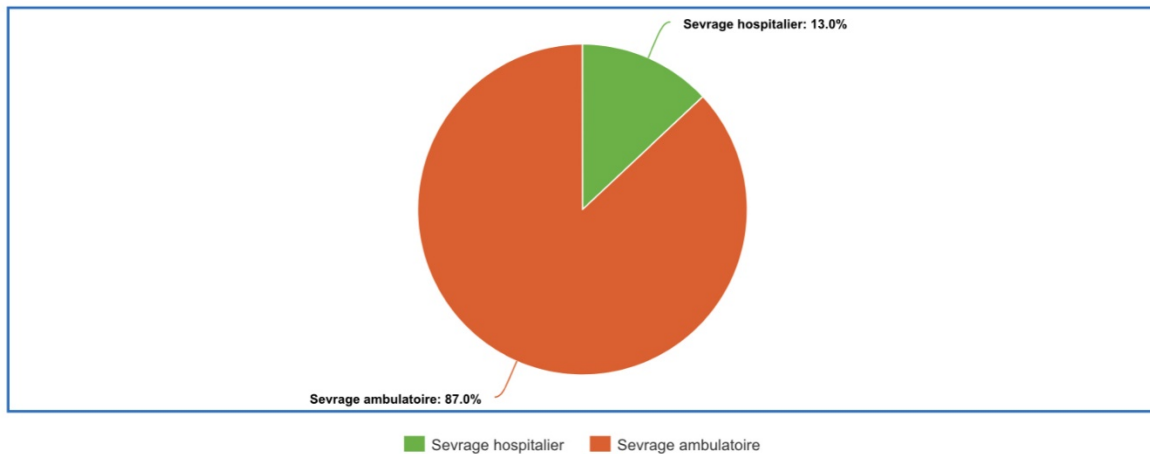


Figure 58: Lieu de sevrage antérieur (n=23)

Dans notre série, 88.5% (n=23) cas ont essayé de se sevrer à l'usage d'OP.

Parmi ces cas, 13% (n=3) avaient essayé de se sevrer une seule fois. Pour 39.1% (n=9) il s'agissait de plus de 3 tentatives de sevrage.

Avec 13% (n=3) de sevrage en milieu hospitalier, pour 86.9% (n=20) en ambulatoire.

La moyenne de la plus longue période d'abstinence était de 1 an, variant entre 15j à 3 ans. Dans 100% des cas ce sevrage était volontaire.

Les 11.5% (n=3) cas restants de la série (n=26) n'avaient jamais essayé de se sevrer auparavant.

Les motifs de rechute enregistrés étaient : 7.7% (n=2) de conflits, 23.1% (n=6) Sd de sevrage important.

Les conséquences physiques de l'addiction aux OP notées étaient de l'ordre de 19.2% (n=5) réparties comme suit : (n=3) 11.5% Overdose, (n=1) 3.8% Thrombose veineuse due aux injections puis amputation du membre inférieur (fentanyl), et (n=1) 3.8% des troubles cognitifs

k - Hospitalisation

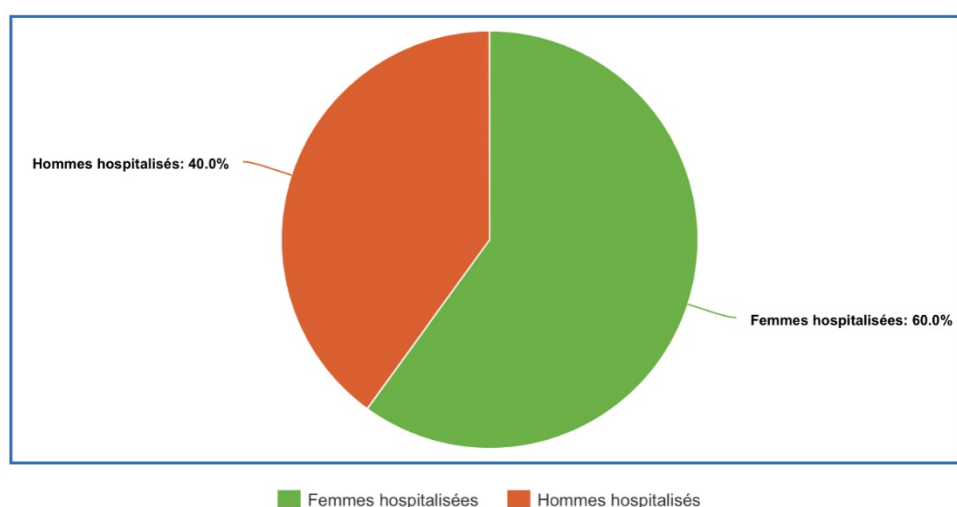


Figure 59: Répartition des sexes chez les patients hospitalisés (n=20)

Notre étude a révélé que 60% (n=12) des cas hospitalisés étaient des femmes, pour 40% (n=8) d'hommes. (Sexe ratio déséquilibré = 1.5)

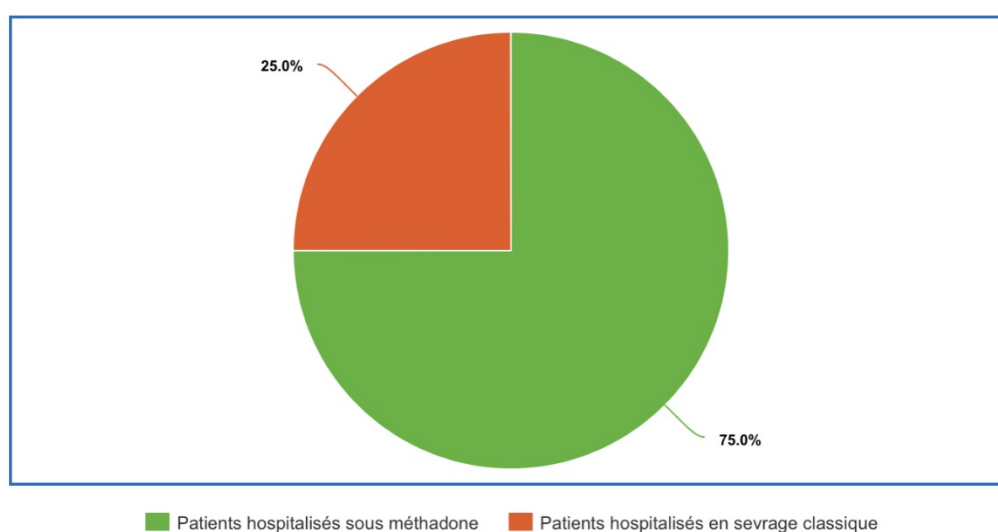


Figure 60: Répartition selon le type de traitement chez les patients hospitalisés (n=20)

Ainsi que 75% des cas hospitalisés (n=15) étaient sous méthadone, contre 25% (n=5) en sevrage classique.

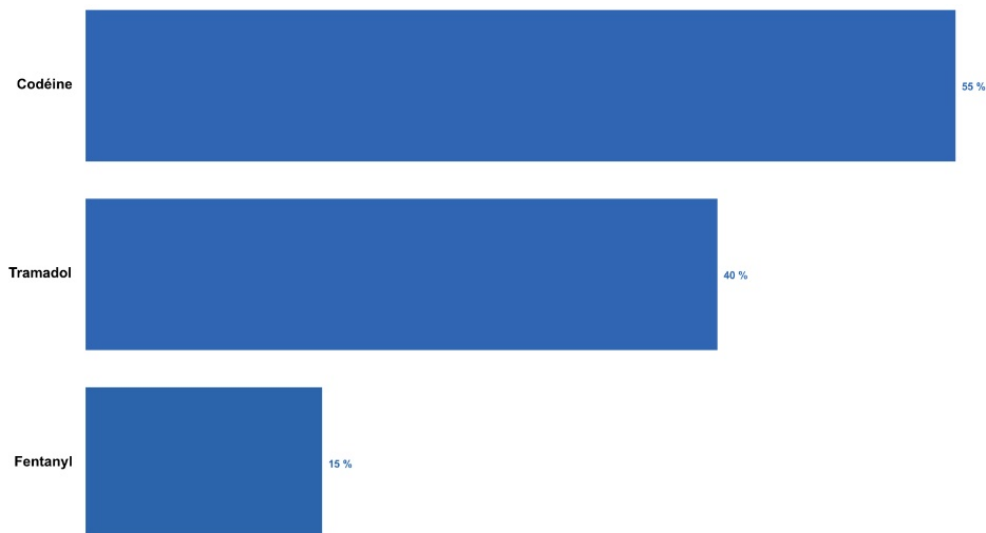


Figure 61: Type d'OP consommés par les patients hospitalisés (n=20)

55% des patients hospitalisés (n=11) consommaient la Codéine, 40% (n=8) le Tramadol, et 15% (n=3) le Fentanyl avec 10% (n=2) consommant deux types différents d'OP.

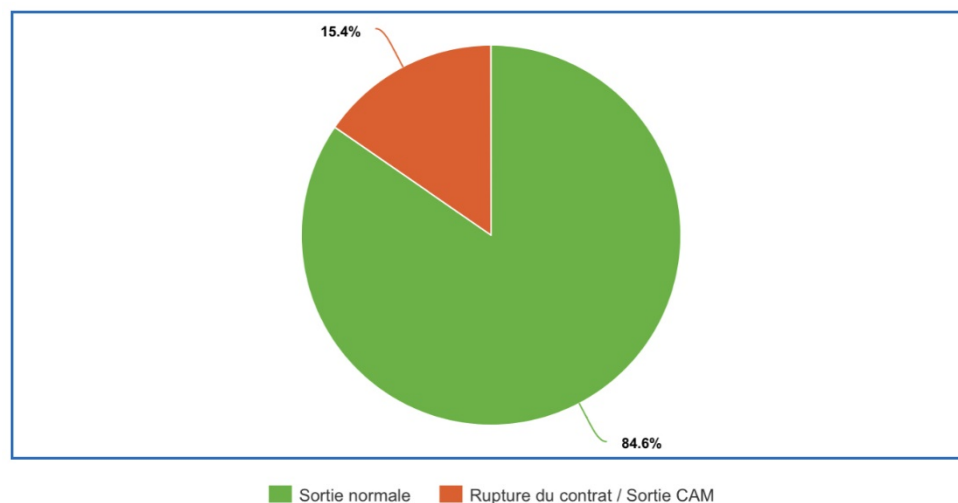


Figure 62: Type de sortie chez les patients hospitalisés (n=20)

84.6% (n=16) avaient complété leur séjour et ont eu une sortie normale, et en revanche 15.4% (n=4) ont rompu leur contrat en sortant CAM.

La durée moyenne d'hospitalisation était de 23 jours (allant de 2 à 62 jours)

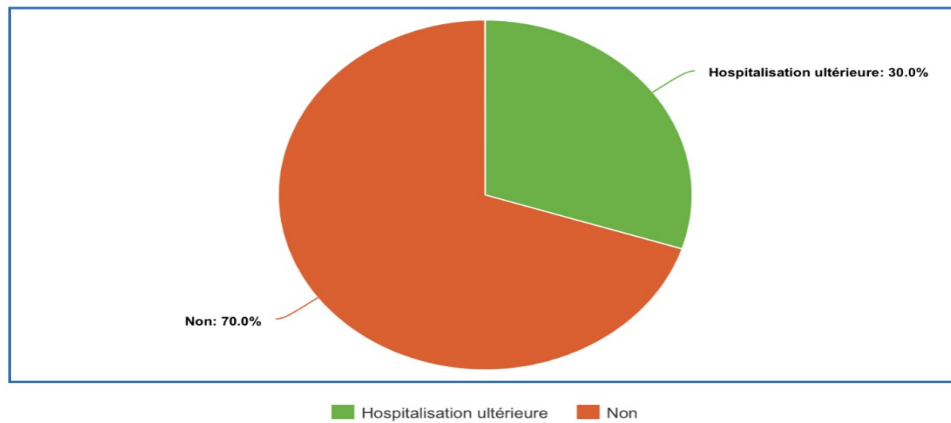


Figure 63: Taux d'hospitalisations ultérieures (n=20)

Le taux d'hospitalisations ultérieures est de 30% (n=6) dont 16.7% (n=1) en sevrage classique et (n=5) 83.3% sous méthadone, avec 33.3% (n=2) qui avaient été hospitalisés plus d'une fois.

70% (n=14) n'ont pas eu d'autres hospitalisations.

I - Soins en ambulatoire

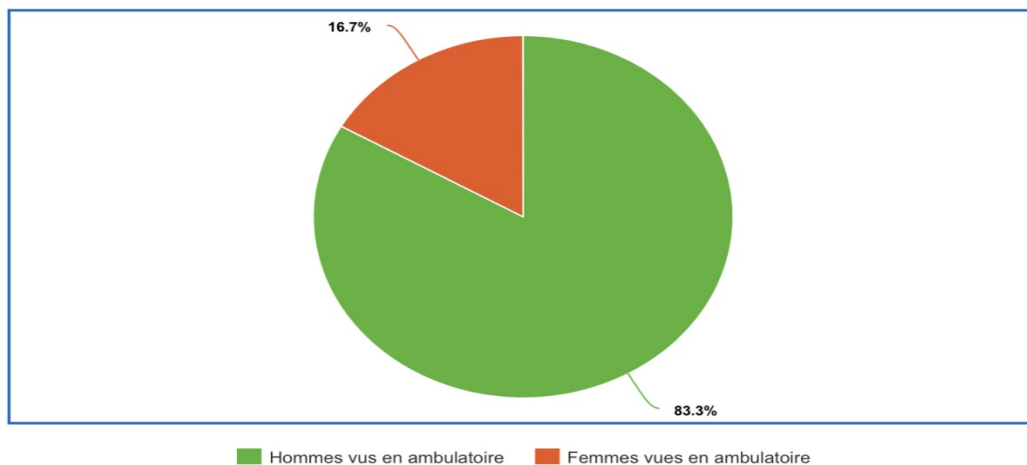


Figure 64: Répartition des cas vus en ambulatoire selon le sexe (n=6)

83.3% (n=5) des patients vus en ambulatoire étaient des hommes, pour 16.7% (n=1) qui était une femme.

50% (n=3) des patients vus en ambulatoire étaient sous méthadone, et 50% (n=3) en sevrage classique.

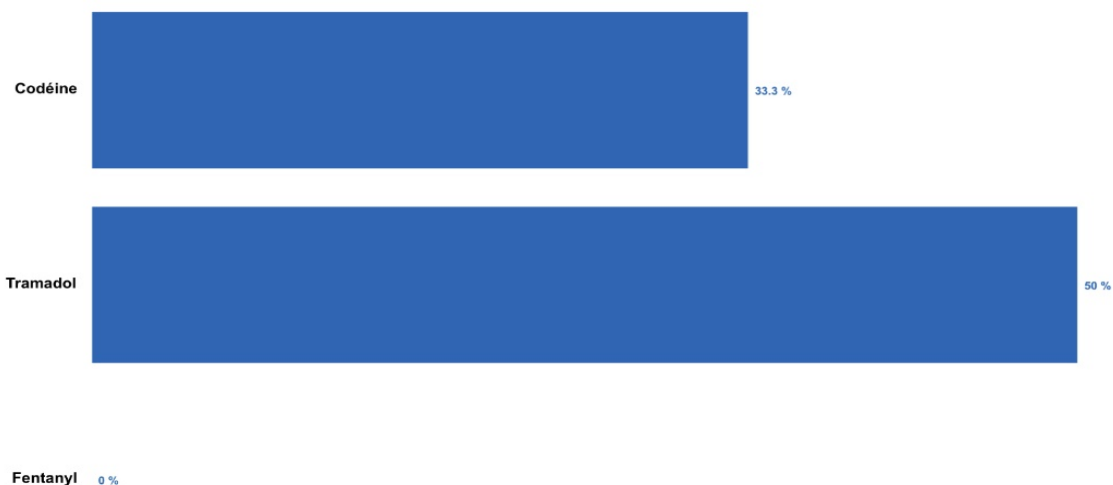


Figure 65: Type d'OP consommés par les patients vus en ambulatoire

Les patients vus en ambulatoire consommaient dans 33.3% (n=2) la Codeine, 50% (n=3) le Tramadol, avec n=1 (Codéine+Tramadol), et aucun ne consommait du fentanyl

m – Traitement et évolution

A - Méthadone

Il convient de noter que les patients mis sous méthadone remplissaient tous les critères d'inclusion au programme cités auparavant.

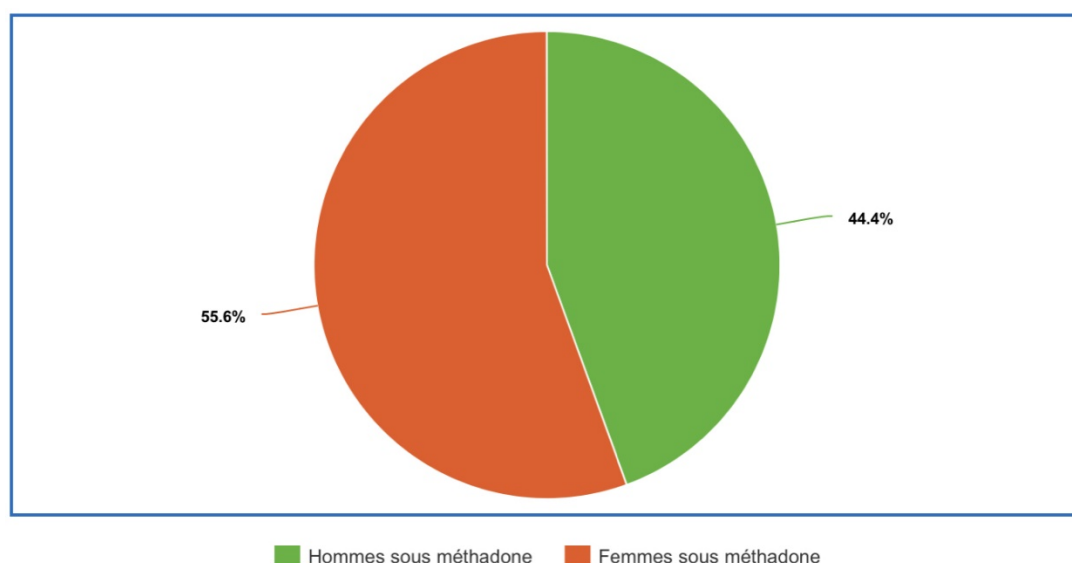


Figure 66: Répartition des patients sous méthadone selon le sexe (n=18)

55.6% (n=10) des patients sous méthadone sont des femmes, pour 44.4% (n=8) d'hommes. (Sexe ratio déséquilibré = 1.2)

Parmi ces patients, 83.3% (n=15) étaient Hospitalisés (60% Femmes (n=9), 40% Hommes (n=6)) ; et 16.3% (n=3) étaient vus en Ambulatoire et n'ont jamais nécessité l'hospitalisation (33.3% de femmes (n=1), 66.7% d'hommes (n=1))

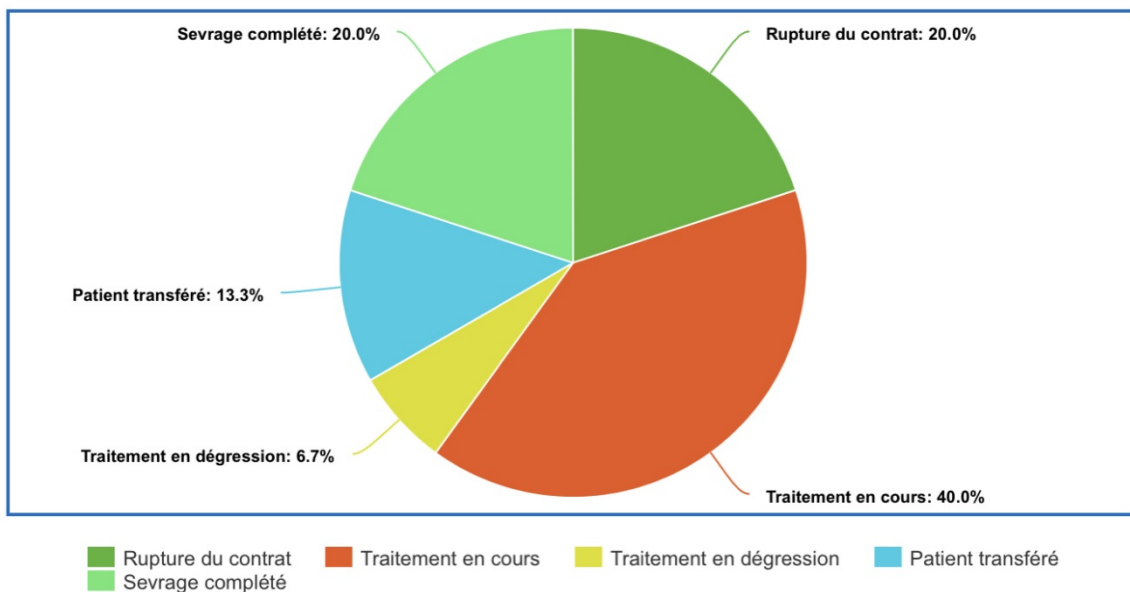


Figure 67: Evolution des patients sous méthadone pour les patients hospitalisés (n=15)

Les cas étudiés sous méthadone (n=15) ont évolué comme suit : 20% (n=3) Rupture du contrat, 40% (n=6) Traitement en cours, 6.7% (n=1) En dégression, 13.3% (n=2) Transferts à l'étranger, 20% (n=3) ayant complété leur sevrage

Pour les patients en ambulatoire, 66.7% (n=2) ayant rompu leur contrat, et 33.3% (n=1) dont le traitement est en cours

La dose moyenne des patients en cours est de 40mg (entre 20 et 75mg), avec en moyenne 30mg chez les femmes et 60mg chez les hommes

B- Sevrage classique

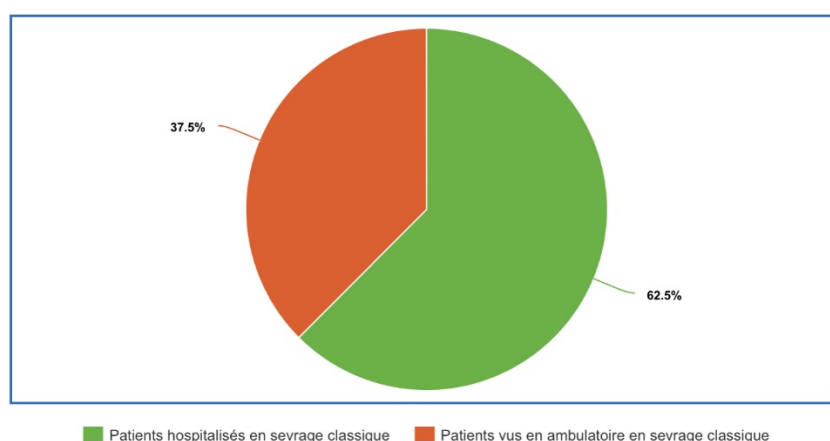


Figure 68: Lieu de sevrage classique (n=8)

Les patients en sevrage classique (n=8) comprenaient 62.5% (n=5) hospitalisés, pour 37.5% (n=3) vus en ambulatoire

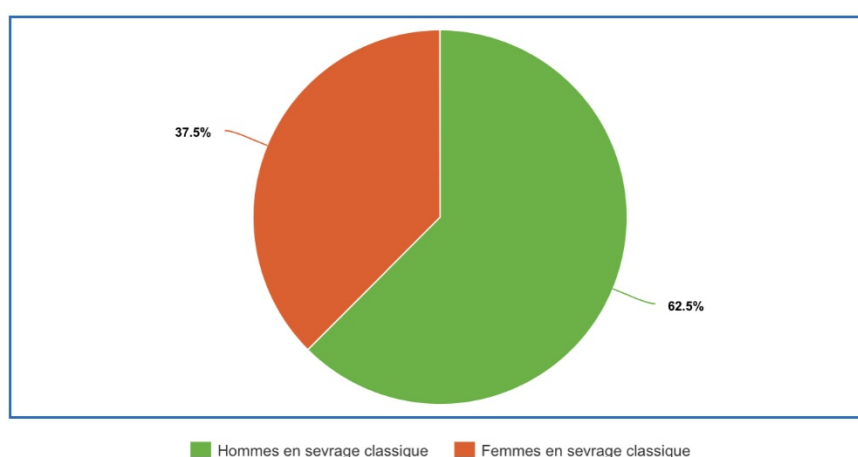


Figure 69: Répartition des patients en sevrage classique selon le sexe (n=8)

62.5% (n=5) d'hommes en sevrage classique pour 37.5% (n=3) de femmes

C – Traitements concomitants

Dans notre série, (n=19) patients soit 73.1% étaient sous d'autres traitements concomitants indiqués lors de l'entretien ou ayant été débutés avant, pour d'autres affections psycho-addictives, dont 47.5% (n=9) sous deux ou plus de molécules différentes

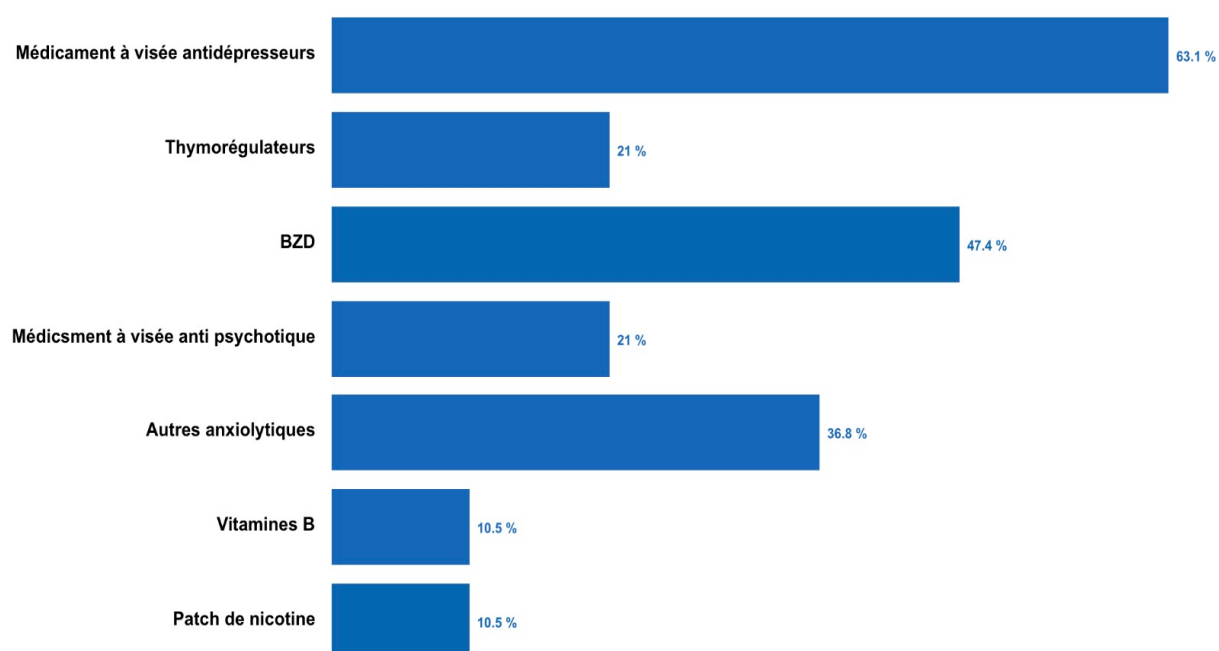


Figure 70: Traitements des comorbidités psycho addictives

Les traitements se répartissaient comme suit :

63.1% (n=12) de Médicaments à visée anti-dépresseurs (dont anti psychotiques atypiques), 21% (n=4) de Thymorégulateurs, 47.4% (n=9) BZD pour anxiété, 21% (n=4) visée anti psychotiques pour Sd délirants, 36.8% (n=7) d'anxiolytiques autres que BZD, 10.5% (n=2) pour chacun de Vitamine B pour TLU Alcool, et de Patch de nicotine pour TLU Tabac



PARTIE VI: DISCUSSION



- Situation épidémiologique

Notre étude s'est révélée en concordance avec les données épidémiologiques actuelles, nos chiffres étaient alarmants montrant des cas qui s'élèvent en crescendo depuis 2018. Aux Etats Unis une hausse de 400% des patients admis pour abus des opioïdes de prescription de 1998 à 2008 a été enregistrée [27-28-34]. Ces données témoignent de l'urgence de s'intéresser à l'usage des OP qui s'avère être un problème épidémique de taille dans le monde de nos jours.

- Origine géographique

Les cas de notre série étant tous d'origine Marocaine, avec moins de cas dans le nord du royaume (7.7%), on peut penser que cet usage d'OP présenterait une différence de dynamique significative avec les autres types d'opiacés tels que l'héroïne.

Cette dernière, dans les villes proches de la bordure méditerranéenne, et étant donné la mobilité de ses usagers entre l'Europe et le Nord du Maroc, se retrouve consommée de façon accrue dans cette région de notre pays. [43-44] D'ailleurs, l'usage simultané d'héroïne et d'OP n'a été retrouvé que chez un seul cas (3.8%).

De plus, la majorité des cas (65.4%) étaient de provenance de la Région de Rabat-Salé-Kénitra, et on peut attribuer cela à la proximité du Service d'Addictologie. Ainsi que pour les 96.2% provenant du milieu urbain, cela pourrait être expliqué par le niveau d'instruction supérieur au baccalauréat dans ce milieu ainsi qu'à l'accès plus facile aux OP par prescription vu la proximité des établissements de soin.

- Âge

D'après Moore et al., la comparaison entre usagers d'héroïne et d'OP a révélé que les usagers d'OP étaient plus jeunes, avaient un revenu plus élevé, utilisaient moins d'opiacés quotidiennement et par voie intraveineuse. [54]

Ceci dit, selon la Revue de Santé Mentale au Québec, au cours des 10 à 15 dernières années, l'augmentation de l'addiction aux OP a été plus significative chez les 55 ans et plus. D'ailleurs, le taux de décès par surdose a doublé entre 2000 et 2009 au Québec, particulièrement chez les personnes de 50 à 64 ans (Direction de la santé environnementale et de la toxicologie, 2013). [38]

D'ailleurs, l'âge des consommateurs des OP dans notre étude penchait vers les sujets plus âgés. En effet, 65.4% de cas étaient âgés de plus de 30 ans, avec 30.8% entre 40 et 49 ans.

Une étude effectuée au SA-HAS portant sur le profil de 14 patients sous méthadone, ayant un TLU des OP, a révélé des résultats similaires : 50% des patients âgés entre 43 et 63 ans. [36]

- Aspects sociaux

La majorité des cas étaient célibataires (65.4%) et sans aucun tiers à leur charge (69.2%), cela pourrait être un indicateur de conséquences de l'addiction sur la vie sociale des sujets. A fortiori lorsqu'on se penche sur le contraste faisant que bien que 84.6% des cas avait un NSE moyen, 53.8% un niveau d'éducation supérieur au baccalauréat, et 53.8% ayant une qualification ou un diplôme, 53.8% des cas affirmaient ne pas avoir de travail stable au moment de l'entretien, et 46.2 % étaient à la charge d'un tiers.

L'étude portant sur 14 patients au SA-HAS avait révélé des chiffres similaires : 42,9% célibataires, 79% ayant un niveau d'instruction supérieur au baccalauréat, 71% à la charge d'un tiers et 46,2% au chômage. [36]

- Sexe

Bien que notre série de 26 cas comprenait 50% de femmes pour 50% d'hommes, la disparité de genre est mise en évidence lorsqu'on s'intéresse aux cas hospitalisés, ainsi qu'aux cas sous méthadone, où les femmes représentent la majorité des cas enregistrés (Respectivement 60% et 55.6%). Les sexe ratios étaient en effet déséquilibrés en faveur des femmes : 1.5 en Hospitalisation, et 1.2 en Traitement par méthadone.

En effet, dans une étude s'intéressant aux patients sous méthadone sur 10 ans au sein du SA-HAS, la consommation d'OP était plus marquée chez les femmes. Une différence dans le type d'opioïde utilisé selon le sexe a été distinguée : 95,7 % des hommes du programme sont consommateurs d'héroïne alors que seulement 57,9 % des femmes en consomment.

Ainsi, 42,1 % des femmes étaient consommatrices d'opioïdes à usage médical par voie orale, en particulier de tramadol pour 26,3% d'entre elles. [35]

Dans notre série, il s'agissait de la codéine (76.9%). Le Tramadol et le Fentanyl étaient les molécules prisées par les hommes (Respectivement 63.3% et 100%).

Selon Traci C Green et al., les femmes, plus que les hommes, avaient rapporté une addiction aux OP (29.8% pour 21.1% chez les hommes). Pour l'usage récréatif contrôlé il s'agissait de 15.4% de femmes pour 11.1% d'hommes. [55]

Cet aspect démographique particulier peut être attribué au caractère accessible des antalgiques, où la stigmatisation n'est pas aussi présente que pour les autres types d'opiacés, en particulier l'héroïne, en intraveineux.

- Fentanyl

Cependant, le cas particulier du Fentanyl est important à distinguer : Dans notre série, il s'agissait exclusivement d'hommes, pratiquant le métier d'infirmiers d'anesthésie. En approfondissant l'interrogatoire, il s'avère que cette molécule est également utilisée par les femmes dans ce milieu. A titre d'exemple, un patient avait rapporté avoir été motivé pour consulter lorsqu'une de ses collègues fut retrouvée, décédée, des suites d'un surdosage.

L'overdose étant une conséquence fréquente de l'usage du Fentanyl ^[21], ainsi que le temps réduit entre la première consommation et la consultation par rapport à la codéine et au Tramadol, témoignent du grand danger que cette molécule représente.

Des mesures préventives et réglementaires seraient à envisager afin de limiter l'accès au Fentanyl par le personnel soignant.

- 1^{er} usage d'antalgiques opioïdes

Dans notre série, la douleur comme 1^{er} motif de consommation représentait 38.5%, et l'obtention par prescription 53.8%. Cette disparité pourrait être attribuée au comportement de recherche de prescription par des symptômes factices.

Brands et al. A trouvé que chez 80% des sujets ayant une addiction aux OP, le motif de 1^{er} usage était antalgique et obtenu par prescription. Ceci dit, Carise et al. Ainsi que Levy trouvaient que la majorité des usagers se procuraient les substances de chez leurs proches (70% pour 14% en prescription). ^[39]

- Polyconsommation

La polyconsommation était de mise dans notre étude (80.8%). Dans la série de 14 cas au SA-HAS, 93% utilisaient d'autres substances psychoactives. ^[36]

Un polyconsommateur de drogues serait alors à risque de développer une addiction lorsqu'il accusera d'une douleur physique et se verra prescrire un antalgique de palier 2 ou 3.

- Comorbidités psychiatriques

D'après Sigmon, les cas ayant un TLU des OP ont moins de conflits familiaux et sociaux, et recevaient moins d'argent de ressources illégales. ^[54]

Par ailleurs, notre travail a révélé une corrélation entre l'addiction aux OP et la prévalence accrue de troubles psychiatriques. Dans notre série, il s'agissait principalement du trouble dépressif (57.7%) pour lequel 63.1% recevaient un traitement.

Dans la série de 14 cas, 60% qui présentaient d'autres pathologies psychiatriques, et 100% avaient reçu un traitement médicamenteux.

Par ailleurs, les 16% d'américains souffrant de troubles mentaux, reçoivent plus de la moitié des prescriptions d'opioïdes aux états unis, où l'addiction aux OP est qualifiée d'épidémie. (J Am Board Fam Med 2017). ^[39]

On peut en déduire que la maladie mentale pourrait prédisposer au développement d'addiction aux opiacés de prescription. Son diagnostic et traitement s'avèrent indispensables alors lors de la prise en charge de la douleur modérée à sévère.

- Aspects thérapeutiques

Le taux de patients hospitalisés était de 69.2%, cela témoignerait de la sévérité de cette addiction.

Quant au traitement, il semble que les patients ayant nécessité une mise sous méthadone souffrent d'une addiction plus sévère. En effet, ils ont nécessité plus d'hospitalisations, dont des hospitalisations ultérieures pour rechute. Ceci étant dit, dans notre série, leur évolution thérapeutique est remarquable, avec une meilleure évolution pour les patients hospitalisés comparés avec ceux vus en ambulatoire recevant la méthadone également.

Les patients en sevrage classique semblent bien évoluer également avec un seul cas où la mise sous méthadone a été discutée.

A ce propos, Moore et al. s'est également penché sur le sujet, en montrant que les usagers d'OP consultaient plus tôt, avaient plus de chances de sevrage complet grâce au traitement et une évolution est plus satisfaisante. Le tout en ayant moins d'épisodes de cure de désintoxication. ^[50]



*PARTIE VII: LIMITES DE
L'ÉTUDE ET PERSPECTIVES
D'AVENIR*



Bien que notre expérimentation soit réussie, avec des résultats globalement similaires aux études réalisées sur le sujet de l'addiction aux antalgiques opioïdes, on y distingue certaines limites.

On en cite en premier qu'il n'existe pas encore assez de recul à travers d'autres études comparatives dans notre pays : Notre échantillon réduit a permis de distinguer plusieurs caractéristiques propres à l'addiction aux antalgiques opioïdes, mais on manque d'informations à propos de cet usage dans la population générale au Maroc.

En deuxième lieu, nous ne disposons pas de données sur l'état de santé physique des sujets faisant partie de la série. L'association de dérivés opiacés au paracétamol dans les antalgiques de palier 2 devrait en principe causer des effets indésirables à doses élevées, en particulier hépatiques. Un monitoring de ces effets s'avère urgent.

Ensuite, malgré les progrès thérapeutiques des programmes de substitution, on distingue l'absence dans notre série de traitement de substitution par buprénorphine-naloxone dans notre pays, qui semble être une alternative intéressante pouvant compléter l'arsenal thérapeutique au sein des centres d'Addictologie marocains, où la Méthadone reste le seul moyen de substitution.

Notre travail nous a permis également de tirer des déductions par rapport au futur de la prise en charge de l'addiction aux antalgiques opioïdes.

D'une part, le risque addictogène des opiacés de prescription est ignoré des patients. Leur disponibilité et l'accès facile laisse penser que leur danger est minime. Des campagnes de sensibilisation à visée préventive pourraient s'avérer cruciales pour lutter contre l'exacerbation de ce fléau.

D'autre part, l'information est aussi la responsabilité du médecin prescripteur. Ce dernier se doit d'analyser le risque de dépendance à partir de l'interrogatoire en se basant sur différents tests. On note deux outils qui pourraient venir en aide au praticien :

• **Outil d'évaluation du risque de dépendance aux opioïdes**

Cocher chaque case qui s'applique

	Femme	Homme
1. Antécédents familiaux d'abus de drogue : - Alcool - Drogues illégales - Médicaments d'ordonnance	☐ 1 ☐ 2 ☐ 4	☐ 3 ☐ 3 ☐ 4
2. Antécédents personnels d'abus de drogues : - Alcool - Drogues illégales - Médicaments d'ordonnance	☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
3. Age (cocher la case si âgé de 16 à 45 ans)	☐ 1	☐ 1
4. Antécédents d'abus sexuel à la préadolescence	☐ 3	☐ 0
5. Maladie mentale - Trouble déficitaire de l'attention, trouble obsessionnel compulsif, maladie bipolaire, schizophrénie - Dépression	☐ 2 ☐ 1	☐ 2 ☐ 1
SCORE TOTAL :		
On peut placer le patient dans l'une des trois catégories de risque de dépendance aux opioïdes : faible risque = 0 – 3 points ; risque moyen = 4 – 7 points ; risque élevé = 8 points et plus.		

• **Test "two-item conjoint screening" (TICS)**

- 1. Au cours de la dernière année, avez-vous bu, ou consommé des médicaments, plus que vous ne le vouliez ?
- 2. Avez-vous ressenti le désir ou la nécessité d'arrêter de boire ou de consommer des médicaments durant la dernière année ?

Une réponse positive à l'une des deux questions révèle une sensibilité de 81 % à la dépendance.

Figure 71: Outils d'évaluation du risque de dépendance aux opiacés (*sfm*)^[42]

Enfin, l'analyse du cas du Fentanyl nous a permis de penser qu'une solution plus « radicale » serait de mise : Légiférer. En effet, des lois strictes régissant la prescription, l'usage et la distribution des antalgiques opioïdes pourraient contribuer à contrôler la situation épidémiologique.



CONCLUSION



D'après notre travail, l'usager type d'opiacés de prescription semble être une femme, dans les trentaines, bien instruite, souffrant d'un ou plusieurs troubles psychiatriques pour lesquels elle reçoit un traitement. A côté de sa polyconsommation, elle se retrouve face à une prescription ou un conseil d'antalgique pour pallier à une douleur physique et y découvre les effets psychoactifs, ce qui la pousse à continuer la consommation en dehors de la nécessité, conduisant à un trouble addictif des opiacés de prescription. De plus, le traitement de substitution par la Méthadone s'avère ayant des résultats satisfaisants.



RÉSUMÉS



Résumé

Titre: L'addiction aux antalgiques opioïdes : Etude de cas

Auteur: Souhaya BENSLIMANE

Mots clés: Addiction–Antalgiques–Opioïdes–Psychosocial–Méthadone

Objectifs: L'objectif de notre travail est la réalisation d'une étude rétrospective descriptive et analytique afin d'évaluer les caractéristiques psychopathologiques, addictologiques et somatiques des patients ayant un trouble de l'usage des antalgiques opioïdes suivis au Service d'Addictologie de l'Hôpital Arrazi, ainsi que l'évaluation de la prise en charge de ces patients.

Méthodologie: Etude rétrospective des dossiers de 26 patients des deux sexes, vus au Service d'Addictologie de l'Hôpital Arrazi, qui présentent une addiction aux antalgiques opioïdes. Il s'agit de cas ayant été hospitalisés ainsi que d'autres vus en ambulatoire, et ayant bénéficié soit d'un traitement de méthadone ou de sevrage classique d'Avril 2010 en Août 2021.

Résultats: 26.2% de cas enregistrés en 2021. Moyenne d'âge de 37 ans avec un sexe ratio de 1.

65.4% des cas en provenance de Rabat-Salé-Kénitra. 65.4% célibataires. 84.6% issus d'un NSE moyen. 53.8% ayant un niveau d'études supérieur au baccalauréat. 53.8% sans profession actuelle. 57.7% cas ayant un antécédant d'au moins un seul épisode dépressif. 73.1% étaient sous traitement neuroleptique concomitant. 50% de la consommation d'antalgiques opioïdes étaient la codéine avec une dose moyenne de 780mg. 38.5% ayant comme motif de 1^{er} usage des douleurs. 53.8% ont eu une prescription médicale comme 1^{ère} obtention. 80.8% de polyconsommation d'autres drogues. 76.7% étaient hospitalisés, 57.7% sous méthadone. Sexe ratio déséquilibré en faveur des femmes : Hospitalisation (1.5), Mise sous Méthadone (1.2). 61.1% de taux de rétention au programme de substitution.

Conclusion: L'usager type d'antalgiques opioïdes semble être une femme âgée de la trentaine, bien instruite et stable socio-économiquement, ayant des comorbidités psychiatriques, polyconsommatrice de drogues. Le traitement par méthadone semble être une voie thérapeutique satisfaisante au niveau du centre. Il en est de même dans les études réalisées dans d'autres pays.

Summary

Title: Addiction to analgesic opioids : A case study

Author: Souhaya BENSLIMANE

Keywords: Addiction–Analgesic–Opioids–Psychosocial–Methadone

Objectives: The first purpose of our study is to mainly review and analyze the psychopathological, addictive and somatic characteristics of patients suffering from an addiction to analgesic opioids and seeking treatment at Arrazi Psychiatric Hospital's Addiction Ward. Our second purpose is to evaluate their course of treatment.

Methodology: A retrospective case study of 26 medical files of patients of both genders, seen at the Addiction Ward of Arrazi Psychiatric Hospital, suffering from an addiction to analgesic opioids. These cases include patients whom had been admitted and in ambulatory care, and whose course of treatment consisted of either Methadone or no substitution method, during the period from April 2010 to August 2021.

Results: 26.2% of the cases in 2021. The average age was 37 with a gender ratio of 1.

65.4% cases from Rabat-Salé-Kénitra. 65.4% were single. 84.6% were from middle class. 53.8% went to college. 53.8% were jobless. 57.7% had a history of at least one depressive episode. 73.1% had a concomitant treatment of neuroleptics. 50% of prescription opioid consumption was codeine with an average dose of 780mg. 38.5% of first consumptions were for analgesic purposes. 53.8% had a medical prescription for their first consumption. 80.8% of polydrug use. A 76.7% admission rate. 57.7% received substitution treatment by Methadone. The gender ratio was in favor of females : Admission (1.5), Methadone (1.2). 61.1% of retention rate to the ward's substitution program.

Conclusion: The typical analgesic opioid user in our study seems to be a female in her thirties, with a high educational level and a stable environment, whom suffers from psychiatric comorbidities and polydrug use. The substitution treatment with Methadone seems to be an effective course of treatment in the ward. Studies in other countries have shown similar results.

ملخص

العنوان: الإدمان على مسكنات الألم شبه الأفيونية : دراسة حالات مرضية

المؤلف: سهية بنسليمان

الكلمات الأساسية: الإدمان-مسكنات-شبه أفيوني-نفسى اجتماعي-الميثادون

الأهداف : هدف دراستنا هو الاطلاع على الخصائص النفسية ، الإدمانية و الطبية للأشخاص المدمنين على مسكنات الألم شبه الأفيونية و كذا على تطورت حالتهم المرضية بعد تلقي العلاج بقسم الإدمان التابع لمستشفى الرازي بسلا

المنهجية : دراسة بائر رجعي ل 26 سجل لمرضى مدمنين على مسكنات الألم شبه الأفيونية الذين تلقوا العلاج بقسم الإدمان التابع لمستشفى الرازي بسلا و ذلك في الفترة المتراوحة بين أبريل 2010 و غشت 2021

النتائج : 26.2% من الحالات سجلت في سنة 2021. متوسط العمر كان 37 سنة و نسبة ذكر/ أنثى 1. 65.4% من الحالات تنحدر من جهة الرباط سلا القنيطرة. 65.4% من العازبين و 84. 6 % كانوا من الطبقة الإجتماعية المتوسطة. 53.8% كان مستواهم الدراسي يتعدى الثانوي. 53.8% لم يكونوا يتوفرون على عمل قار. 38.5% من الحالات لديها أقارب يعانون من مرض نفسى أو إدمان. 34,6% تتلقى علاجات طبية أخرى. 57.7% من الحالات تعرضت للاكتئاب على الأقل مرة واحدة و 73.1% كانوا يتلقون علاجاً من أجل مرض نفسى. 50% من المسكنات كان عبارة عن مادة الكودين بكمية متوسطة 780 مغ. 38.5% من الحالات إستعملت المسكنات للمرة الأولى بغرض مضاد للألم و 53.8% بوصفة طبية. 80.8% من المرضى كانوا مدمنين على مخدرات مختلفة. 76.7% استوجبوا العلاج داخل المستشفى و 57.7% تلقوا الميثادون. نسبة ذكر / أنثى كانت لفائدة النساء في الإستشفاء (1.5) و العلاج بالميثادون (1.2). معدل الإستبقاء كان مرتفعاً 61.1 %

الخلاصة : في غالب الحالات، و كما هو الحال في الدراسات في باقي الدول، أبرزت دراستنا أن المدمن على المسكنات شبه الأفيونية يكون امرأة ثلاثينية، ذات مستوى دراسي عال، و حالة إجتماعية مستقرة. تكون كذلك تعاني من أمراض نفسية و مدمنة على مخدرات مختلفة. تمكنا كذلك من إستنتاج فعالية العلاج بمشابه الأفيون الميثادون في هذا النوع من الإدمان



*RÉFÉRENCES
ET
BIBLIOGRAPHIE*



- [1] <https://pin.it/2a6tskG>
- [2] <https://docs.google.com/document/d/1bN3nUI7i62E-DksKwhm7PvgAHDvcVYf6/edit>
- [3] Abrégés d'Addictologie par M. Lejoyeux, Masson
- [4] <https://www.vidal.fr/actualites/15683-izalgi-500-mg-25-mg-gelule-paracetamol-poudre-d-opium-nouvelle-specialite-antalgique-de-palier-2.html>
- [5] American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)
- [6] <http://www.addictauvergne.fr/dsm-5-dependance-opiaces/>
- [7] <https://www.gardenia.net/plant/papaver-somniferum-laurens-grape>
- [8] <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2008/revue-medicale-suisse-175/analgesie-et-insuffisance-renale>
- [9] <https://fr.wikipedia.org/wiki/H%C3%A9ro%C3%AFne>
- [10] https://fr.wikipedia.org/wiki/Fentanyl#Utilisation_th%C3%A9rapeutique
- [11] https://fr.wikipedia.org/wiki/Tramadol#Posologie_et_voies_d'administration
- [12] [https://fr.wikipedia.org/wiki/Morphine#:~:text=La%20morphine%20\(du%20grec%20%CE%9C%CE%BF%CF%81%CF%86%CE%B5%CF%8D%CF%82,pavot%20somnif%C3%A8re%20\(Papaver%20somniaferum\).](https://fr.wikipedia.org/wiki/Morphine#:~:text=La%20morphine%20(du%20grec%20%CE%9C%CE%BF%CF%81%CF%86%CE%B5%CF%8D%CF%82,pavot%20somnif%C3%A8re%20(Papaver%20somniaferum).)

- [13] <https://fr.wikipedia.org/wiki/Cod%C3%A9ine>
- [14] Troubles liés à l'utilisation d'une substance (2016), Melanie Strike, uOttawa
- [15] Chang HY, Kharrazi H, Bodycombe D, Weiner JP, Alexander GC. Healthcare costs and utilization associated with high-risk prescription opioid use: a retrospective cohort study. BMC Med. 2018 May 16;16(1):6
- [16] Brat GA, Agniel D, Beam A, Yorkgitis B, Bicket M, Homer M, Fox KP, Knecht DB, McMahonill-Walraven CN, Palmer N, Kohane I. Postsurgical prescriptions for opioid naive patients and association with overdose and misuse: retrospective cohort study. BMJ. 2018 Jan 17;360:j5790.
- [17] Dick DM, Agrawal A. The genetics of alcohol and other drug dependence. Alcohol Res Health. 2008;31(2):111-8.
- [18] Sharma B, Bruner A, Barnett G, Fishman M. Opioid Use Disorders. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2016 Jul;25(3):473-87.
- [19] Jones CM, Einstein EB, Compton WM. Changes in Synthetic Opioid Involvement in Drug Overdose Deaths in the United States, 2010-2016. JAMA. 2018 May 01;319(17):1819-1821.
- [20] Højsted J, Sjøgren P. Addiction to opioids in chronic pain patients: a literature review. Eur J Pain. 2007 Jul;11(5):490-518.

- [21] Hall AJ, Logan JE, Toblin RL, et al. Patterns of abuse among unintentional pharmaceutical overdose fatalities. JAMA. 2008;300:2613–20
- [22] Fisher B, Rehm J. Illicit opioid use and treatment for opioid dependence: challenges for Canada and beyond. Can J Psychiatry. 2006;51:621–3
- [23] The Royal Australasian College of Physicians. Prescription opioid policy: improving management of chronic nonmalignant pain and prevention of problems associated with prescription opioid use. Sydney: The Royal Australasian College of Physicians; 2009.
- [24] Kuehn BM. Prescription drug abuse rises globally. JAMA. 2007;297:1306.
- [25] Substance Abuse and Mental Health Services Administration Office of Applied Studies, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Treatment Episode Data Set (TEDS). Based on administrative data reported by States to TEDS through July 1, 2010. 2010 Available <http://www.dasis.samhsa.gov/webt/quicklink/US08.htm> (accessed July 2010)
- [26] Substance Abuse and Mental Health Services Administration Office of Applied Studies. Results from the 2007 national survey on drug use and health: national findings. Rockville, MD: 2008. (NSDUH Series H-34, DHHS Publication No. SMA 08-4343).

- [27] Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Treatment Episode Data Set. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies. Treatment Episode Data Set (TEDS) 2009 Available at: <http://www.oas.samhsa.gov/2k10/230/230PainRelvr2k10.htm> (accessed July 2010)
- [28] Substance Abuse and Mental Health Services Administration Office of Applied Studies, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Treatment Episode Data Set (TEDS). Based on administrative data reported by States to TEDS through July 1, 2010. 2010 Available at: <http://www.dasis.samhsa.gov/webt/quicklink/US08.htm> (accessed July 2010)
- [29] The Royal Australasian College of Physicians. Prescription opioid policy: improving management of chronic nonmalignant pain and prevention of problems associated with prescription opioid use. Sydney: The Royal Australasian College of Physicians; 2009.
- [30] Fishbain DA, Cole B, Lewis J, Rosomoff HL, Rosomoff RS. What percentage of chronic nonmalignant pain patients exposed to chronic opioid analgesic therapy develop abuse/addiction and/or aberrant drug-related behaviors? A structured evidence-based review.
- [31] Breckenridge J, Clark JD. Patient characteristics associated with opioid versus nonsteroidal anti-inflammatory drug management of chronic low back pain. *J Pain*. 2003;4:344–50. [PubMed] [Google Scholar]

- [32] Hermos JA, Young MM, Gagnon DR, Fiore LD. Characterizations of long-term oxycodone/acetaminophen prescriptions in veteran patients. *Arch Intern Med.* 2004;164:2361–6.
- [33] Edlund MJ, Sullivan M, Steffick D, Harris KM, Wells KB. Do users of regularly prescribed opioids have higher rates of substance abuse problems than nonusers? *Pain Med.* 2007;8:647–56
- [34] DEA National Drug Intelligence Center. National prescription drug threat assessment. Washington, DC: Drug Enforcement Administration, U.S. Department of Justice; 2009. (2009-LO487-001).
- [35] Dix ans de traitement par agonistes aux opiacés au service d’addictologie de l’hôpital arrazi de salé : histoire, bilan et perspectives – Hind Sqalli Houssaini
- [36] Profil des patients sous méthadone ayant un trouble de l’usage des opiacés de prescription : expérience du service d’addictologie de l’hôpital arrazi de Salé. A. CHAARA, S. STATI, H. CHEBLI, M. SABIR, F. EL OMARI
- [37] Katz NP, Adams EH, Benneyan JC, et al. Foundations of opioid risk management. *Clin J Pain.* 2007;23:103–18.
- [38] Brabant, M., Brissette, S., Lauzon, P., Marsan, S., Ouellet-Plamondon, C. & Pelletier, M.-C. (2014). Les troubles liés à l’utilisation des opioïdes prescrits médicalement. *Santé mentale au Québec*, 39(2), 117–132. <https://doi.org/10.7202/1027835ar>

- [39] Prescription Opioid Use among Adults with Mental Health Disorders in the United States. Matthew A. Davis, MPH, PhD, Lewei A. Lin, MD, Haiyin Liu, MA, and Brian D. Sites, MD, MS
- [40] Gender differences in prescription opioid use. Mirsada Seerdarevic, Catherine W Striley, and Linda B Cotter.
- [41] Buprenorphine Treatment for Opioid Use Disorder: An Overview Matisyahu Shulman, MD, Jonathan M. Wai, MD, and Edward V. Nunes, MD
- [42] http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/720/fichier_opioides-medecin-n2-web5ece5.pdf
- [43] Rapport annuels de l'OMDA (2014)
- [44] Rapport annuel de l'OMDA (2017)
- [45] <https://fr.wikipedia.org/wiki/Dopamine>
- [46] https://www.porticonetwork.ca/fr_CA/web/fundamentals-addiction-toolkit/introduction/dsm-critieria
- [47] <http://www.addictauvergne.fr/dsm-5-dependance-opiaces/>
- [48] Dydyk AM, Jain NK, Gupta M. Opioid Use Disorder. [Updated 2021 Jul 12]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan-.
- [49] Faggiano F, Vigna-Taglianti F, Versino E, Lemma P. Methadone maintenance at different dosages for opioid dependence. Cochrane Database Syst Rev. 2003;(3):CD002208.ce

- [50] Strain EC, Stitzer ML, Liebson IA, Bigelow GE. Dose-response effects of methadone in the treatment of opioid dependence. *Ann Intern Med.* 1993 Jul 01;119(1):23-7.
- [51] Johnson RE, Chutuape MA, Strain EC, Walsh SL, Stitzer ML, Bigelow GE. A comparison of levomethadyl acetate, buprenorphine, and methadone for opioid dependence. *N Engl J Med.* 2000 Nov 02;343(18):1290-7.
- [52] Prescription opioid abuse, pain and addiction: Clinical issues and implications. WALTER LING, LARISSA MOONEY, and MAUREEN HILLHOUSE
- [53] Guide d'utilisation de Méthadone au SA-HAS
- [54] How do Prescription Opioid users differ from users of heroin or other drugs in psychopathology : Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Li-Tzy Wu, ScD, George E. Woody, MD [...] and Dan G, MD, PhD.
- [55] Women Who Abuse Prescription Opioids: Findings from the Addiction-Severity Index. Multimedia Version, Connect Prescription Opioid Database. Traci C. Green et al.

Serment d'Hippocrate

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

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

قسم أبقراط

بسم الله الرحمن الرحيم

أقسم بالله العظيم

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

- أبأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية.
- وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجهد الذي يستحقونه.
- وأن أمارس مهنتي بوانزع من ضميري وشر في جاعلا صحة مريض هدي في الأول.
- وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي.
- وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب.
- وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي.
- وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي.
- وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها.
- وأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطرق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد.
- بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسما بالله.

والله على ما أقول شهيد .



المملكة المغربية
جامعة محمد الخامس بالرباط
كلية الطب والصيدلة
الرباط



أطروحة رقم: 442

سنة : 2021

الإدمان على مسكنات الألم شبه الأفيونية: دراسة حالات مرضية

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم : / / 2021

من طرف

السيدة سهية بنسليمان

المزودة في 26 أبريل 1996 بالرباط

لنيل شهادة

دكتوراة في الطب

الكلمات الأساسية : الإدمان؛ مسكنات؛ شبه أفيوني؛ نفسي اجتماعي؛ الميثادون

أعضاء لجنة التحكيم:

السيد جلال التوفيق

أستاذ في الطب النفسي

السيدة فاطمة العمري

أستاذة في الطب النفسي

السيد حسن كسرى

أستاذ في الطب النفسي

السيد محمد قادري

أستاذ في الطب النفسي

السيدة مارية صابر

أستاذة في الطب النفسي

رئيس

مشرفة

عضو

عضو

عضوة