



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

ANNEE 2016

THESE N° 150

Profil épidémiologique des usagers de substances psychoactives fréquentant le centre d'addictologie de Marrakech

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 22/12/2016

PAR

Mr. Anas OULMIDI

Né le 02 Mai 1989 à Marrakech

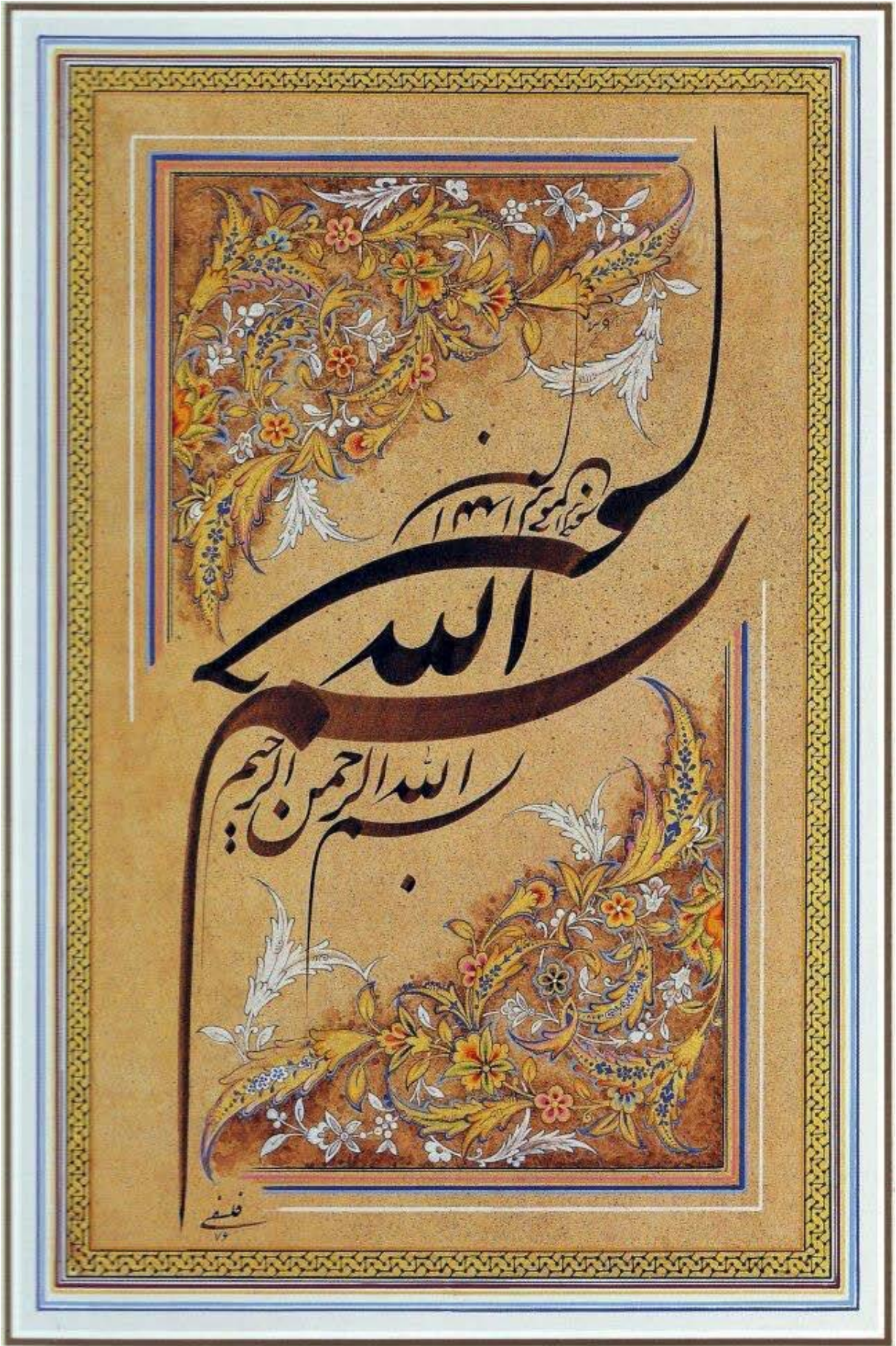
POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS CLES :

Addictions – Substances psychoactives – Tabac – Cannabis – Alcool

JURY

Mme.	F. MANOUDI Professeur de Psychiatrie	PRESIDENT
Mr.	A. BENALI Professeur agrégé de Psychiatrie	RAPPORTEUR
Mr.	G. EL ADIB Professeur agrégé de réanimation	JUGES
Mr.	J. HEIKEL Professeur agrégé d'épidémiologie	
Mme.	N. EL IDRISSE SLITINE Professeur agrégée de Pédiatrie	
Mr.	M. BOURROUS Professeur agrégé de Pédiatrie	





Serment d'hypocrate

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

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

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

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948





LISTE

DES PROFESSEURS

UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires

: Pr. Badie Azzaman MEHADJI

Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la Coopération

: Pr. Ag. Mohamed AMINE

Vice doyen aux Affaires Pédagogiques

: Pr. EL FEZZAZI Redouane

Secrétaire Générale

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie-obstétrique	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	KISSANI Najib	Neurologie
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
AKHDARI Nadia	Dermatologie	LMEJJATI Mohamed	Neurochirurgie
AMAL Said	Dermatologie	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie – générale
ASMOUKI Hamid	Gynécologie-obstétrique B	MAHMAL Lahoucine	Hématologie - clinique
ASRI Fatima	Psychiatrie	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chiru maxillo faciale
BENELKHAIAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie - générale	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio-Vasculaire	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie A	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
CHABAA Laila	Biochimie	NAJEB Youssef	Traumato- orthopédie
CHELLAK Saliha	Biochimie- chimie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique

CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino-laryngologie
DAHAMI Zakaria	Urologie	SAIDI Halim	Traumato- orthopédie
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie- réanimation
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	SARF Ismail	Urologie
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	SBIHI Mohamed	Pédiatrie B
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie- obstétrique A/B
ETTALBI Saloua	Chirurgie réparatrice et plastique	YOUNOUS Said	Anesthésie- réanimation
FINECH Benasser	Chirurgie – générale	ZOUHAIR Said	Microbiologie

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato- orthopédie B	EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie- réanimation	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chir maxillo faciale	FAKHIR Bouchra	Gynécologie- obstétrique A
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	FOURAIJI Karima	Chirurgie pédiatrique B
ADALI Imane	Psychiatrie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
ADERDOUR Lahcen	Oto- rhino- laryngologie	HADEF Rachid	Immunologie
ADMOU Brahim	Immunologie	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique A	HAOUACH Khalil	Hématologie biologique
AISSAOUI Younes	Anesthésie - réanimation	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique B
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique A	JALAL Hicham	Radiologie
ALAOUI Mustapha	Chirurgie- vasculaire péripherique	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique B
ALJ Soumaya	Radiologie	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
AMRO Lamyae	Pneumo- phtisiologie	KOULALI IDRISSE Khalid	Traumato- orthopédie

ANIBA Khalid	Neurochirurgie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie - Virologie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
ATMANE El Mehdi	Radiologie	LAKMICH Mohamed Amine	Urologie
BAHA ALI Tarik	Ophtalmologie	LAOUAD Inass	Néphrologie
BASRAOUI Dounia	Radiologie	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BASSIR Ahlam	Gynécologie- obstétrique A	MADHAR Si Mohamed	Traumato- orthopédie A
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BELKHOU Ahlam	Rhumatologie	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MEJDANE Abdelhadi	Chirurgie Générale
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie - orthopédie B	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie - réanimation
BENJILALI Laila	Médecine interne	MOUFID Kamal	Urologie
BENLAI Abdeslam	Psychiatrie	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo- phtisiologie	NEJMI Hicham	Anesthésie- réanimation
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie- obstétrique B	NOURI Hassan	Oto rhino laryngologie
BOUKHIRA Abderrahman	Toxicologie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
BOURRAHOUEAT Aicha	Pédiatrie B	OUBAHA Sofia	Physiologie
BOURROUS Monir	Pédiatrie A	QACIF Hassan	Médecine interne
CHAFIK Rachid	Traumato- orthopédie A	QAMOUSS Youssef	Anesthésie- réanimation
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	RADA Nouredine	Pédiatrie A
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
EL HAOURY Hanane	Traumato- orthopédie A	RBAIBI Aziz	Cardiologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	ROCHDI Youssef	Oto-rhino- laryngologie

EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie-réanimation	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	SORAA Nabila	Microbiologie - virologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	TASSI Noura	Maladies infectieuses
EL BARNI Rachid	Chirurgie- générale	TAZI Mohamed Illias	Hématologie- clinique
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chir maxillo faciale	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie - virologie
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie B	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZIADI Amra	Anesthésie - réanimation

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDEFETTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	GHAZI Mirieme	Rhumatologie
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	GHOZLANI Imad	Rhumatologie
ADALI Nawal	Neurologie	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie – Embryologie - Cytogénétique
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
AIT BATAHAR Salma	Pneumo- phtisiologie	JANAH Hicham	Pneumo- phtisiologie
ALAOUI Hassan	Anesthésie - Réanimation	KADDOURI Said	Médecine interne
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale

BELBACHIR Anass	Anatomie- pathologique	MAHFOUD Tarik	Oncologie médicale
BELHADJ Ayoub	Anesthésie - Réanimation	MARGAD Omar	Traumatologie - orthopédie
BENHADDOU Rajaa	Ophtalmologie	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-Rhino - Laryngologie
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie	MOUHADI Khalid	Psychiatrie
BOUCHENTOUF Sidi Mohammed	Chirurgie générale	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BOUKHRIS Jalal	Traumatologie - orthopédie	MOUZARI Yassine	Ophtalmologie
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	NADER Youssef	Traumatologie - orthopédie
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	NADOUR Karim	Oto-Rhino - Laryngologie
CHRAA Mohamed	Physiologie	NAOUI Hafida	Parasitologie Mycologie
DAROUASSI Youssef	Oto-Rhino - Laryngologie	OUERIAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
DIFFAA Azeddine	Gastro- entérologie	REBAHI Houssam	Anesthésie - Réanimation
EL HAOUATI Rachid	Chiru Cardio vasculaire	SAJIAI Hafsa	Pneumo- phtisiologie
EL HARRECH Youness	Urologie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	SAOUAB Rachida	Radiologie
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	SERGHINI Issam	Anesthésie - Réanimation
EL MEZOUARI El Moustafa	Parasitologie Mycologie	SERHANE Hind	Pneumo- phtisiologie
EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
ELQATNI Mohamed	Médecine interne	ZARROUKI Youssef	Anesthésie - Réanimation
FADIL Naima	Chimie de Coordination Bioorganique	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie Thoracique
FAKHRI Anass	Histologie- embryologie cytogénétique	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio- Vasculaire



DEDICACES

Je dédie cette thèse

A Celui qui m'a indiqué la bonne voie en me rappelant que la volonté fait toujours les grands hommes, et à celle qui m'a donné naissance et tout enseigné, mes très chers parents. J'espère qu'ils trouveront dans ce travail le fruit de leurs sacrifices, et l'expression de mon amour et de ma gratitude pour la bienveillance avec laquelle ils m'ont toujours entouré. A mes très chers Parent : L. Oulmidi et R. Chemlane qui, chacun à leur façon et parfois malgré eux, m'ont donné envie de faire le formidable métier que je m'apprête à faire ... je vous aime et vous remercie pour votre existence et à ma famille en général qui, tendance à l'hypochondrie oblige, ne manque jamais au jour le jour une occasion de m'entraîner à exercer mon « art ». Que Dieu leur préserve longue vie et bonne santé.

Affable, honorable, aimable : Tu représentes pour moi le symbole de la famille par excellence, ma chère sœur, S. Oulmidi

A ma magnifique épouse, sans qui ce travail n'aurait jamais pu voir le jour et qui aura fait montre cette année de plus de patience qu'on n'aurait jamais pu lui en supposer, tout en me soutenant de ses encouragements positifs et de son indéfectible amour. Qu'elle sache combien je le lui rends. Je te remercie pour ta générosité, ta bonté, ton existence, je t'aime A. El Hajji

En souvenir de notre sincère et profonde amitié et des moments agréables que nous avons passés ensemble. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de mon respect le plus profond et mon affection la plus sincère, mes chers amis qui se reconnaîtront à la lecture de ces lignes et qui auront fait preuve de la plus grande des qualités, de celle qui précisément les distingue des autres, et auront su rester fidèles en dépit de mon manque de temps et de disponibilité cette année, je ne citerai pas de nom, non pas par peur d'en oublier, loin de moi cette idée affreuse de pouvoir oublier un ami, mais tout simplement parce que c'est plus amusant de voir ainsi les visages se crispier à essayer de déterminer si oui ou non ils sont concernés par ces quelques lignes.

A ma famille médicale, à tous les médecins internes de Marrakech, nous avons tellement partagé ensemble, appris ensemble, vécu ensemble, si c'était à refaire, je le referais mille fois avec vous, vive l'internat et vive l'AMIMA, Amimien un jour, amimien pour toujours, ainsi qu'une pensée particulière à tous les collègues de la CNIR et de la CNEM avec qui j'ai partagé d'intense moments de joie souvent, mais malheureusement pas toujours dans notre combat pour la dignité ... je souhaite encore plus d'unité entre les deux instances.

A mes amis et collègue de Lueur d'espoir Marrakech et de toutes les lueurs d'espoir au Maroc, vous êtes la bonté incarnée, vous êtes l'avenir de notre pays et j'espère qu'on continuera ensemble à œuvrer pour plus de solidarité et générosité.

A ceux qui m'ont enseigné les joies du sacrifices et du partage, à moi et à tant d'autres, dès notre première année à la faculté, cher professeurs de l'association des amis du CHU, Pr Cherkaoui, Pr Messoussi, Pr Hakim, Mr abderahman, Mr Mouguina et tous les autres, je vous dis un grand merci.

Aux collègues de l'association de réduction des risques liés à la drogue, sans qui l'idée de ce travail n'aurait pu voir le jour, merci à notre présidente Mme Zouin pour l'immense travail qu'elle accomplit chaque jour pour essayer de rendre le quotidien et l'avenir de milliers de jeunes en situation d'addiction plus soutenable, ainsi qu'à toutes l'équipe et tous les bénévoles.

Aux partisans du changement positif au Maroc, à ceux qui certainement ferons l'avenir de ce pays et qui ne ménagent aucun effort pour rendre notre pays à l'image de ce qu'il devrait être, merci à l'initiative Tariq ibn Ziad et à tous ses membres et sympathisants.

Aux leaders de demain, à toute la promotion de Raeed auprès de qui j'ai évolué cette année et qui je l'espère seront tous amené à contribuer au renouveau de notre pays.

A ceux qui m'ont ouvert les yeux sur tellement de réalités et qui ensemble soutiennent le changement positif dans vingt-sept pays, aux amis et collègues de notre promotion « emerging leader » de Harvard Kennedy school.

A tous les collègues médecins internes, résidents, étudiants, infirmiers et tous le personnel des services par lesquelles j'ai eu l'occasion de faire un passage durant mon cursus d'internat :

- Le service de psychiatrie, où Pr Asri, Pr Manoudi, Pr Benali et Pr Adali font un travail magnifique et exceptionnel tant pour les patients que pour nous, leurs étudiants, en nous inculquant l'amour de cette spécialité et discipline ; je vous dis un grand merci ; ainsi qu'à toute l'équipe et plus particulièrement Dr Kachouchi, Dr Gourani, Dr Salim et Dr Rabitta-eddine.
- Le service de chirurgie plastique, où grâce à Pr Ettalbi, Pr Benchamkha et Pr Amrani j'ai appris tellement de chose, et un merci à toute l'équipe et notamment Dr Dehaze et Dr Qaboul.

- Le service de néonatalogie, et à Pr Aboussad et Pr Slitine qui furent nos guides dans ce monde si difficile et pourtant si beau de la réanimation néonatale et un grand merci à toute l'équipe de pédiatrie et surtout à Dr Bouaychi et Dr Razouki.
- Le service de maladies infectieuses, où je remercie tout particulièrement Pr Tassi, Pr Ihibane pour vos enseignements et patiente.

Une pensée émue à tous mes collègues, futurs ophtalmologues, une grande et belle équipe que je tiens à saluer et ensemble j'espère que nous pourrons contribuer à rendre la vue à ceux qui ne peuvent plus voir la beauté de ce monde ; et à nos chers maitre pour qui je noue un respect tout particulier : Pr Moutaouakil, Pr Hajji, Pr Kriet et Pr Mouzariaa.

Et enfin, une pensée toute particulière à tous les patients qu'il m'a été donné de rencontrer à l'hôpital et qui assurément ont marqué ma mémoire, je leur souhaite à tous un prompt rétablissement.

A decorative scroll with a torn, irregular edge. The scroll is oriented horizontally and has a small circular detail on the left side, suggesting it is a rolled-up document. The word "REMERCIEMENTS" is written in a bold, black, serif font across the center of the scroll.

REMERCIEMENTS

A mon maître et rapporteur de thèse:

Professeur A. Benali

Professeur de psychiatrie, chef de service de psychiatrie à l'hôpital militaire Avicenne. Vous m'avez accordé un immense honneur et un grand privilège en acceptant avec gentillesse et spontanéité, de diriger et d'encadrer mon travail. J'ai eu le grand plaisir de travailler sous votre direction. Vos conseils et recommandations, votre compétence, votre dynamisme, votre rigueur, et votre attention ont vastement contribué à la réalisation de cette thèse et ont suscité en moi une grande admiration et un profond respect. Veuillez accepter, cher Maître, l'assurance de mon estime, ma sincère reconnaissance et ma profonde gratitude.

A mon maître et présidente de thèse

Professeur F. Manoudi :

Vous nous faites l'honneur d'accepter avec une très grande amabilité de présider notre jury de thèse. Veuillez accepter ce travail maître, en gage de notre grand respect et notre profonde reconnaissance. Veuillez trouver ici l'expression de notre estime et notre considération.

A mon maître et juge de thèse

Professeur G. El Adib :

Je vous suis très reconnaissant professeur, pour avoir accepté, avec gentillesse et bienveillance, d'examiner ce travail, et pour l'honneur que vous m'avez fait de bien vouloir participer à ce jury. Que ce travail soit, cher maître, le témoignage de mon grand respect et ma haute considération.

A mon maître et juge de thèse,

Professeur N. El Idrissi Slitine :

je vous suis très reconnaissant professeur, pour votre générosité dans votre enseignement et pour votre bienveillance et gentillesse d'avoir acceptée de siéger parmi le jury de ma soutenance de thèse. Il m'est particulièrement agréable de vous exprimer ma profonde gratitude et ma grande estime.

A mon maître et juge de thèse

Professeur M. Bourrous :

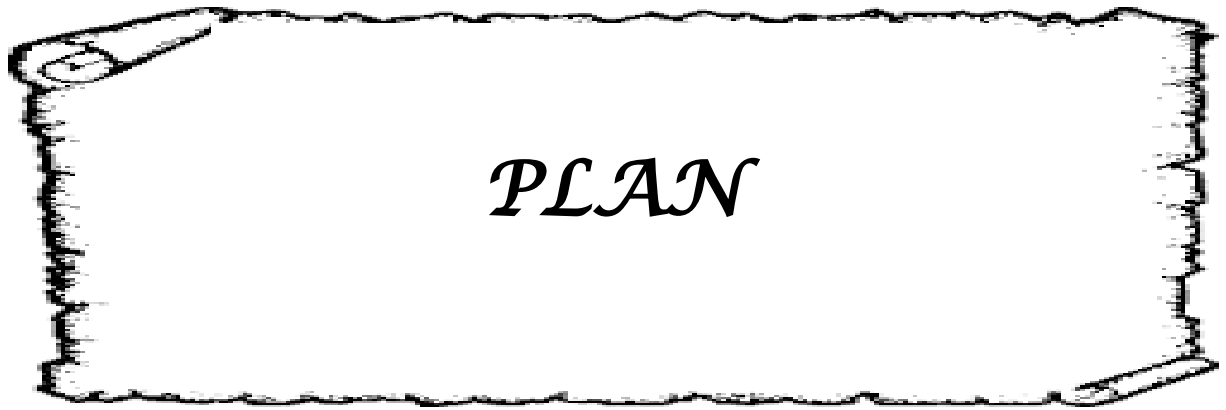
Veillez accepter professeur, mes vives remerciements pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail en acceptant de faire partie de mon jury de thèse. Veuillez trouver ici, chère Maître, l'assurance de mes sentiments respectueux et dévoués.

A mon maître et juge de thèse

Professeur J. Heikel,

Vous m'avez beaucoup aidé tout au long de mon parcours et ce dès ma première année à la faculté de médecine. Votre disponibilité et vos précieuses recommandations ont été pour moi d'un grand apport. Je vous remercie pour votre sympathie et votre bienveillance, et il me tenait à cœur de vous exprimer que vous faite office d'exemple pour moi et pour, j'en suis sûr, une large frange des étudiants en médecine du Maroc.

Merci à tous pour l'aide que vous m'avez apportée pour la réalisation de ce travail. A tous ceux qui m'ont aidée, de près ou de loin, à l'élaboration de ce travail.



PLAN

INTRODUCTION	01
MATERIEL ET METHODE	05
I. Type d'étude	06
II. L'échantillon	06
III. Le questionnaire	06
IV. Critères d'inclusions et d'exclusions	08
V. Méthode statistique	09
RESULTATS	10
I – Etude de l'échantillon global	11
1. Les caractéristiques sociodémographiques	11
1.1. Sexe	11
1.2. Age	11
1.3. Milieu de vie	12
1.4. Situation matrimoniale	12
1.5. Niveau scolaire	13
1.6. Situation professionnelle	13
1.7. Revenu	14
1.8. Type de logement	15
1.9. Situation des parents	16
1.10. Existence d'un conflit avec la famille	16
1.11. Antécédent judiciaire	17
1.12. Pratique religieuse	17
2. Les caractéristiques liées à l'usage de substances psychoactives	18
2.1. Type de substance utilisé	18
2.2. Substance utilisé lors du premier usage	19
2.3. Corrélation d'usage entre les SPA	19

2.4. Usage simple ou multiple	21
2.5. Initiateurs	21
2.6. Age de début de la consommation	22
2.7. Durée d'exposition	22
2.8. La présence d'une tentative de sevrage	23
2.9. Impact social ressenti	23
2.10. Cartographie des usages du centre	24
3. Les caractéristiques médicales	26
3.1. Comorbidités physique	26
3.2. Instance de référence	28
3.3. Comorbidités psychiatrique	29
3.4. Evaluation de la dépression	30
3.5. Evaluation de l'addiction	30
3.6. Corrélation entre degré d'addiction et dépression	31
3.7. Corrélation entre degré d'addiction et comorbidité psychiatrique	32
II – Analyse uni variée chez les consommateurs de SPA	33
1. Sexe	33
2. Age	33
3. Milieu de vie	34
4. Situation matrimoniale	35
5. Niveau scolaire	36
6. situation professionnelle	37
7. Type de logement	38
8. Situation des parents	39
9. Existence d'un conflit avec la famille	40
10. Antécédent judiciaire	40

11. Degré d'addiction selon le type de substance utilisée	41
DISCUSSION	43
Généralités sur l'addiction	44
I. Aperçu historique	48
II. Classifications des substances psychoactives	50
1. Classification de LEWIN	50
2. Classification pharmacologique de Delay et Deniker adaptée par Boudreau	51
3. Classification de l'O M S	52
III. Retentissement socio-économique de l'addiction	52
IV. Etiopathogénie de l'addiction	56
1. Approche psychanalytique	56
2. Approche familiale	57
3. Approche cognitivo-comportementaliste	57
4. Approche neurobiologique et génétique	58
V. Centre d'addictologie de Marrakech	59
Les caractéristiques des consommateurs de toxiques	64
I. Le sexe :	64
II. L'âge :	65
III. Le mode de vie :	66
IV. L'origine géographique :	67
V. Le Niveau socio-économique :	68
VI. Niveau d'étude	69
VII. L'âge de début d'usage:	69
VIII. Le mode de consommation :	70
IX. Les initiateurs :	70
X. Instance de référence	70

XI. Evaluation de dépendance chez les consommateurs de substance psychoactive	72
XII. Evaluation de la dépression chez les consommateurs de substance psychoactive	74
CONCLUSION	76
RESUMES	79
ANNEXES	86
BIBLIOGRAPHIE	100



INTRODUCTION

De tout temps et de part le monde, quelque soit la période, l'emplacement géographique, la civilisation ou la religion; l'homme a toujours cherché à se soustraire de la réalité ou à en modifier périodiquement les aspects en usant de divers produits, que nous appelons aujourd'hui "substances psychoactives".

Dans notre contexte, et malgré une politique austère et une juridiction très restrictive tant pour le "fabricant" que le consommateur; le Maroc n'arrive pas à endiguer ce phénomène. En effet les substances psychoactives ont pris une place considérable dans notre société, comme en témoignent nettement certains chiffres récents, l'Observatoire national des drogues et des addictions (ONDA) ayant publié en 2014 des données sur l'usage du tabac, de l'alcool, de l'héroïne et de la cocaïne : révélant qu'au mois 800 000 Marocains consomment des substances psychoactives, soit 4 à 5% de la population adulte du royaume. Plus de 95% de ces usagers, soit 750 000 personnes, consomment du cannabis.[27]

Quant à la l'alcool, l'étude estime que ce sont entre 50 000 et 70 000 personnes qui « *présenteraient un usage problématique de l'alcool* ». Toutefois, l'ONDA précise que les 800 000 Marocains consommateurs de substances psychoactives ne sont pas nécessairement en situation d'addiction et ne consomment pas nécessairement celles-ci de manière abusive. Sur cette population, 20 000 personnes souffriraient d'addiction à l'héroïne, dont au moins les deux tiers seraient usagers par voie injectable. Quant à la cocaïne, 20 000 personnes en sont consommateurs. [27]

Sans grande surprise, c'est le tabac qui comptabilisait les chiffres les plus élevés : une personne sur trois âgées de 18 à 64 ans déclarait en consommer régulièrement.

Par ailleurs, les benzodiazépines sont plutôt utilisés par les filles et sans donner de détails chiffrés, l'Observatoire constate que les solvants et la colle sont plutôt l'apanage des enfants vivant dans la rue. Pour ce qui est des amphétamines (Ecstasy et MDMA), ils ont plutôt utilisés dans les boîtes de nuit et autres clubs.[6]

L'usage de substances psychoactives touche également les jeunes et plus précisément les lycéens qui, pour la moitié d'entre eux, ont une perception banalisante de celle-ci. La synthèse note qu'un lycéen sur 5 a déjà fumé une cigarette et un sur 10 a touché, à un moment ou un autre de sa vie, au cannabis. Un lycéen sur 10 est consommateur de tabac et un lycéen sur 30 fume du cannabis. [2]

De plus, selon l'Organisation des Nations Unies (ONU), Le Maroc produit annuellement 47.400 tonnes de cannabis pour un chiffre d'affaires estimé à 12 milliards de dollars américains, La culture du cannabis couvre 134.000 ha avec une production potentielle de résine de 3.080 tonnes, les surfaces cultivées représentent 6,5% du nombre total d'exploitations marocaines selon les conclusions de la première enquête sur cette pratique, réalisée conjointement par le gouvernement marocain et l'Office des Nations unies contre la substances psychoactives et le crime (ONUDC)

Au-delà des chiffres, c'est également les modes de consommation qui ont évolué, de même que les définitions que les spécialistes nous en donnent, le rôle du médecin consistant avant tout à dépister une consommation de substances psychoactives ayant des conséquences néfastes sur l'individu en question, qu'elles soient psychologiques, physiques, biologiques ou sociales.

Pour cela, il est important de définir ces différentes substances et les différents modes de consommation de ce type de substances tout autant que les stratégies mise en place pour lutter contre leur diffusion dans la société, nous y reviendrons largement par la suite avant de détailler les résultats et conclusion de notre étude.

Par leurs comportements, les jeunes de notre société témoignent assurément de l'évolution des modes de consommation de ces substances psychoactives. Le panel des SPA (Substance Psycho Active) disponibles s'étant considérablement enrichies ces trente dernières années, il offre aujourd'hui un accès à la substance plus diversifié que jamais. Les adolescents ou les jeunes adultes s'avèrent une population particulièrement consommatrice de ces

produits, les bouleversements corporels et hormonaux, l'influence des pairs, la recherche identitaire, la place au sein de la famille et bien d'autres facteurs encore... faisant des individus de cet âge des êtres vulnérables, aisément attirés par ces substances.

Le Maroc, à travers des institutions gouvernementales et le ministère de la santé, avec l'appui de plusieurs associations et acteurs influents de la société civile ont essayé de mettre un frein à ce phénomène en optant pour diverses méthodes et notamment celle de la réduction des risques liés à la substances psychoactives que nous définirons par la suite, et en se basant sur un réseau de centre d'addictologie disséminés à travers le royaume et notamment dans la ville de Marrakech ou un centre a vu le jour en septembre 2013.

A travers notre étude, nous nous fixons comme objectifs de :

- Etablir le profil épidémiologique des usagers de ce centre.
- Evaluation de la dépendance chez les usagers du centre.
- Etablir l'existence de comorbidités psychiatriques chez les usagers de substance psychoactives.
- Emmètre des recommandations pour améliorer les services du centre.



MATERIEL & METHODE

I. Type d'étude

Nous avons mené une étude transversale à visée descriptive et analytique afin de dresser le profil épidémiologique des usagers du centre d'addictologie de Marrakech.

II. L'échantillon

Notre enquête a concerné un échantillon de 1402 usagers du centre d'addictologie de Marrakech, des deux sexes et ayant fréquenté le centre de la période s'étalant de septembre 2013 à septembre 2016 ; soit depuis le démarrage des activités du centre.

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

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

N : taille de l'échantillon. P : prévalence de la consommation SPA selon la littérature. Z_{α} : degré de confiance. D : écart d'imprécision.

Ainsi la taille de l'échantillon minimale était estimée à 196 participants. Afin de maximiser la puissance statistique de l'étude, nous avons mené notre enquête auprès de 1514 usagers, soit sept fois et demie la taille minimale de l'échantillon. Nous n'avons pu exploiter que 1402 fiches.

III. Le questionnaire : (Voir annexe)

Un questionnaire élaboré en collaboration entre les différentes sections de l'association nationale de réduction des risques liés aux substances psychoactives, suite à une réunion nationale à Tanger en 2013 à été utilisé et soumis à tous les venants au centre, rempli en présence d'une des deux assistantes sociales employées par le centre d'addictologie de Marrakech à cet effet.

Nous avons recueillis 1514 questionnaires et nous avons pu en exploiter 1402 ; d'usagers ayant fréquenté le centre durant la période s'étendant entre septembre 2013 et septembre 2016.

Le questionnaire répond à plusieurs questions que nous pouvons répartir en trois catégories, de la façon suivante :

- Les caractères sociodémographiques :
 - sexe
 - âge
 - milieu de vie
 - situation matrimoniale
 - niveau scolaire
 - situation professionnelle
 - existence d'un conflit avec la famille
 - antécédent judiciaire
 - type de logement
 - situation familiale
 - pratique religieuse
- Les caractéristiques liées à l'usage de substances psychoactives :
 - Type de substance utilisé,
 - âge de début de la consommation,
 - mode de consommation
 - Les facteurs initiateurs de la consommation,
 - la présence d'une tentative d'arrêt de l'utilisation
- Les caractéristiques médicales :
 - Infection VIH
 - Infection hépatite C
 - Infection tuberculose

- type de dépistage effectué
- présence d'une pathologie psychiatrique
- évaluation de la dépression à travers
- évaluation de l'addiction

L'évaluation de la dépression a été réalisée à travers l'échelle de Beck qui comporte 13 items ; chaque item est coté de 0 à 3.

Pour un score entre :

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

L'évaluation de l'addiction a été réalisée selon l'échelle d'addiction à une substance validé par le DSM 5 et comprenant 11 items, chacun coté soit 0 soit 1 :

- Score < 2 : Absence d'addiction
- Score de 2 à 3 : Addiction légère
- Score de 4 à 5 : Addiction modérée
- Score \geq 6 : Addiction sévère

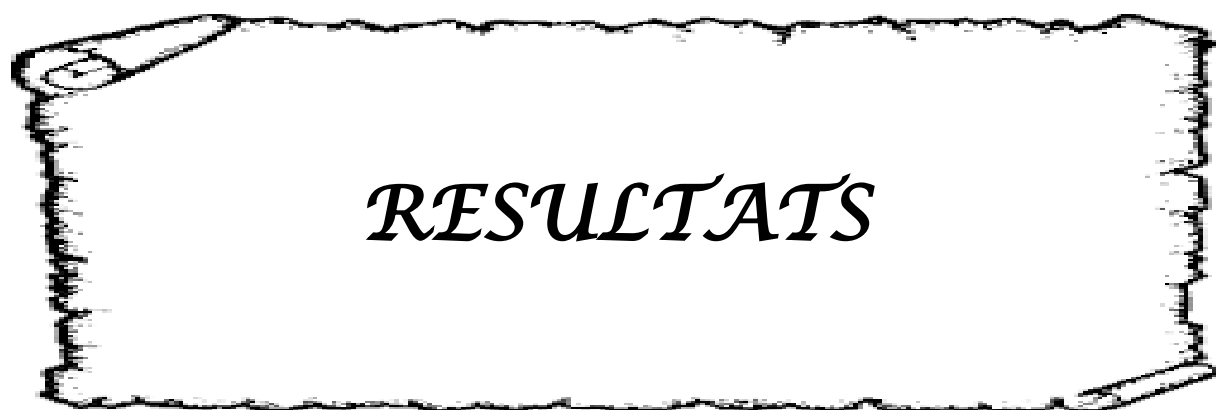
IV. Critères d'inclusions et d'exclusions

Nous avons admis à l'enquête toute personne s'étant présentée au centre en vue de s'y inscrire et ayant accepté de remplir le formulaire lors du premier entretien.

Nous avons exclu tous les formulaires incomplets et ceux d'usagers qui ne sont pas issus de la région de Marrakech-tensift-ElHaouz.

V. Méthode statistique :

Les données recueillies dans les fiches ont été ainsi saisies sur le logiciel statistique SPSS afin de faciliter le traitement. Une matrice de données de base composée de deux cent trois lignes représentant les individus et quatre-vingt-douze variables représentant les colonnes a été constituée. Les données ont été traitées par des statistiques univariées (calculs de moyennes et des écarts types pour les variables quantitatives et calculs des fréquences pour les variables qualitatives) et des analyses multivariées pour la recherche des ressemblances entre les usagers « Classification hiérarchique ascendante »



RESULTATS

I. Etude de l'échantillon global

1. Les caractères sociodémographiques :

1.1. Sexe

93% des usagers dans notre échantillon était de sexe masculin.

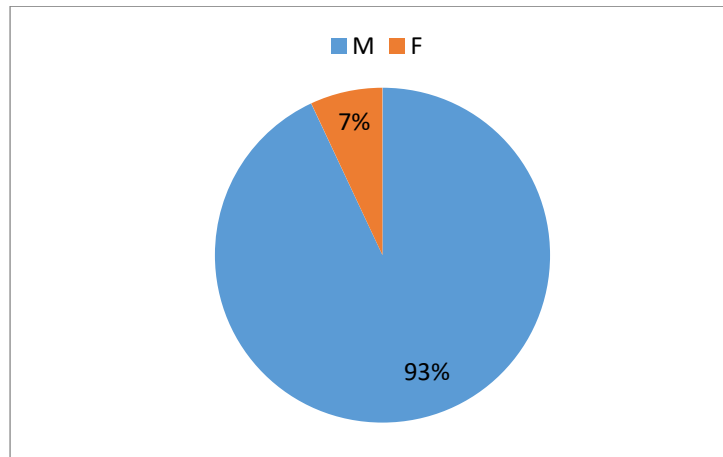


Figure 1: Sexe

1.2. Age

La tranche d'âge 18-40 ans était la plus représentée au niveau de notre échantillon ; elle constitue 58% , 24% avaient moins de 18 ans et 18% avaient plus de 40 ans. L'âge moyen était 21,7 ans, (Extrêmes : 15 et 49 ans).

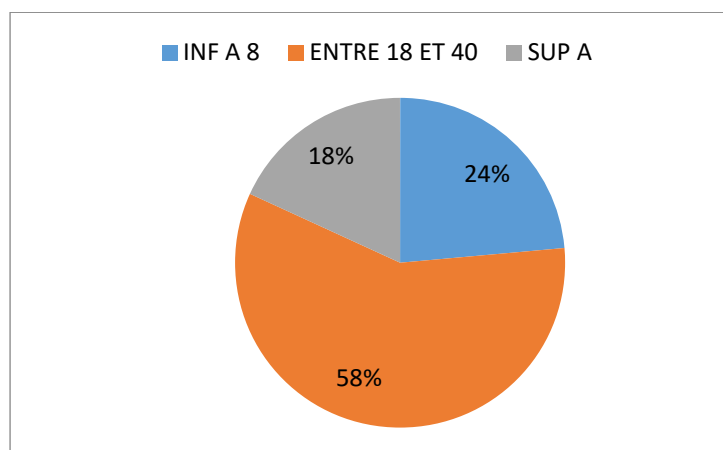


Figure 2: Tranche d'âge

1.3. milieu de vie

76 % des usagers dans notre échantillon était d'origine urbaine contre 24% d'origine rurale.

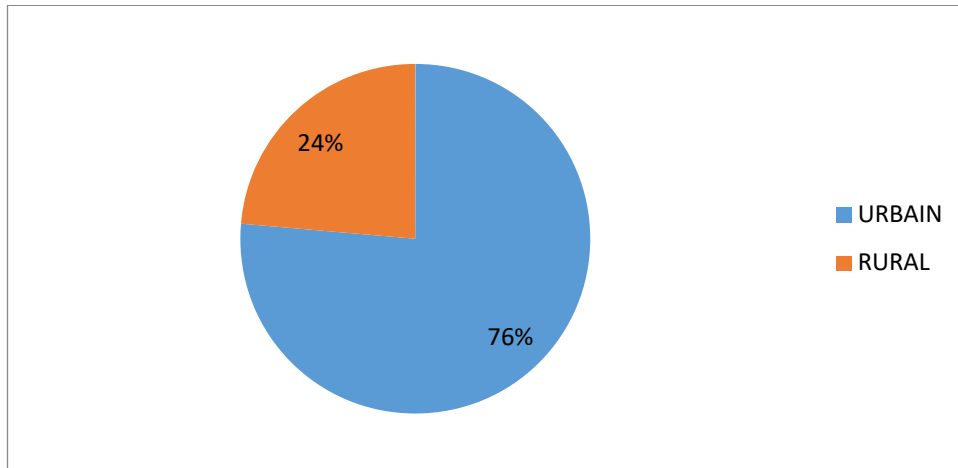


Figure 3: Milieu de vie

1.4. Situation matrimoniale

La moitié des usagers dans notre échantillon était célibataire, 32% d'entre eux étaient mariés, 16% divorcé et 2% veuf.

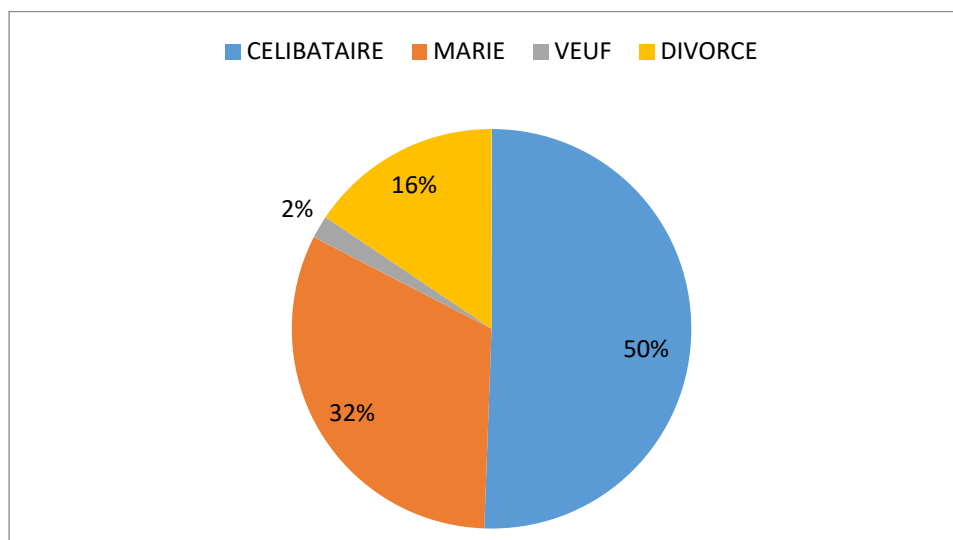


Figure 4: Situation matrimoniale

1.5. Niveau scolaire

21% des usagers de notre échantillon avait un niveau d'étude universitaire, 23% avait atteint le lycée, 29% le collège, 14% n'avait pas dépassé le niveau primaire et 13% n'ont jamais été scolarisés.

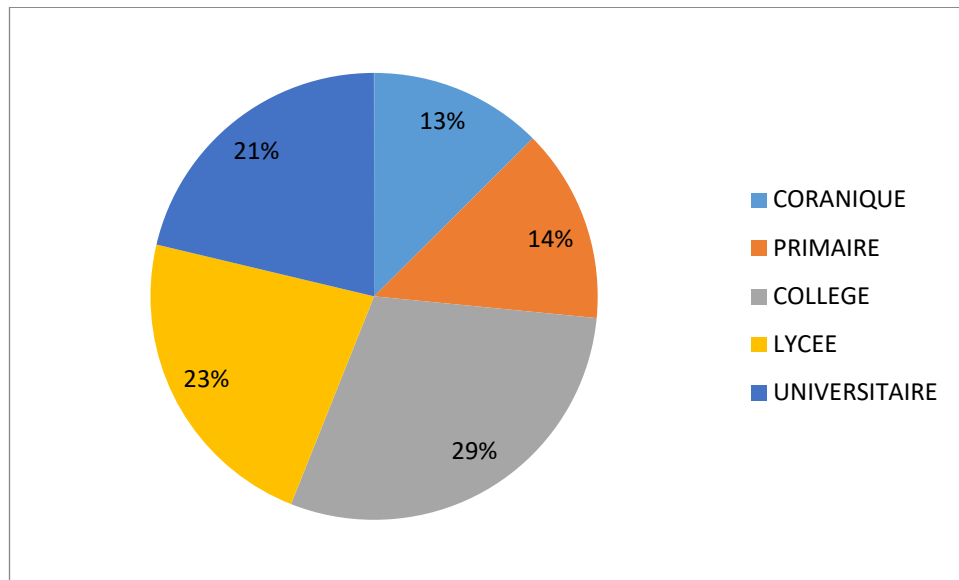


Figure 5: Niveau scolaire

1.6. situation professionnelle

36% des usagers dans notre échantillon étaient sans emploi contre 16% qui disposait d'un travail régulier.

Le reste des usagers dans l'échantillon se répartissait entre étudiant à hauteur de 23% et travailleur occasionnel à hauteur de 25%/Moins de 1% des usagers dans l'échantillon étaient retraité.

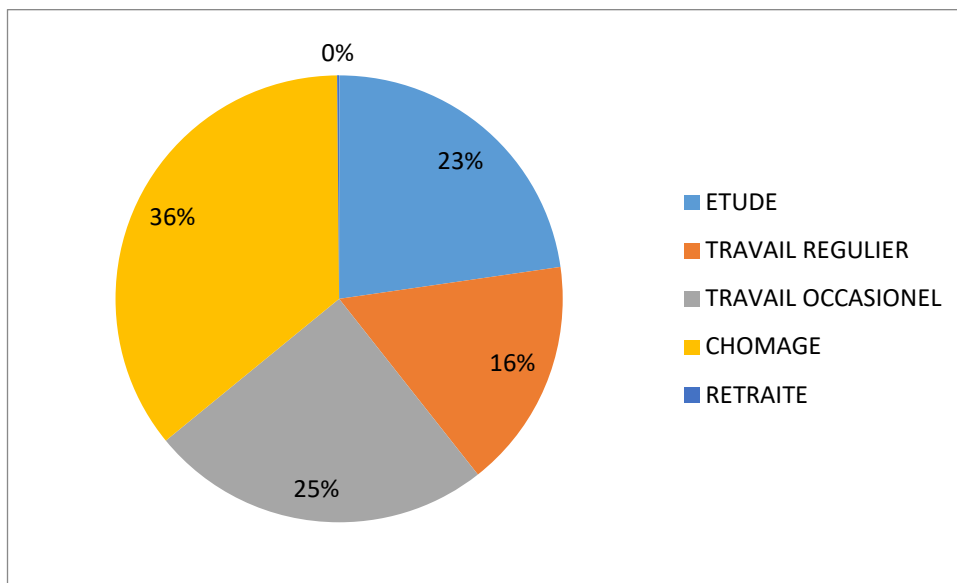


Figure 6: Situation professionnelle

1.7. Revenu

Le revenu moyen des usagers de l'échantillon se répartit comme suit :

- 32 % ont un revenu situé entre 3000 et 5000 Dhs.
- 21% ont un revenu situé entre 1500 et 3000 Dhs.
- 20% ont un revenu inférieur à 1500 Dhs
- 16% ont un revenu situé être 5000 et 10000 Dhs.
- 11% ont un revenu situé supérieur à 10000 Dhs.

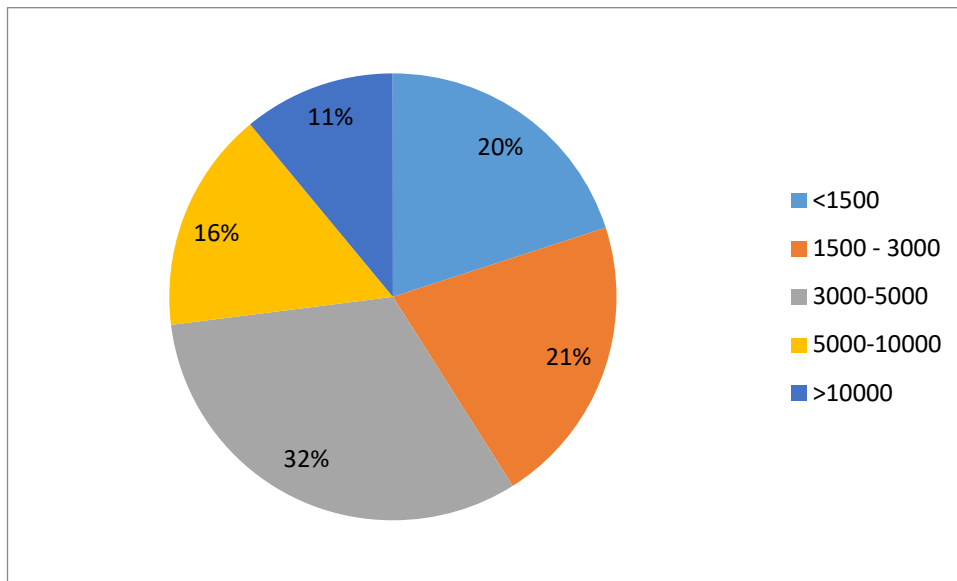


Figure 7: Revenue

1.8. type de logement

44% des usagers dans notre échantillon vivent avec leurs parents, tandis que 40% dispose d'un domicile personnel, alors que 8% vivent chez des proches et 4% avec des amis ou sans domicile fixe.

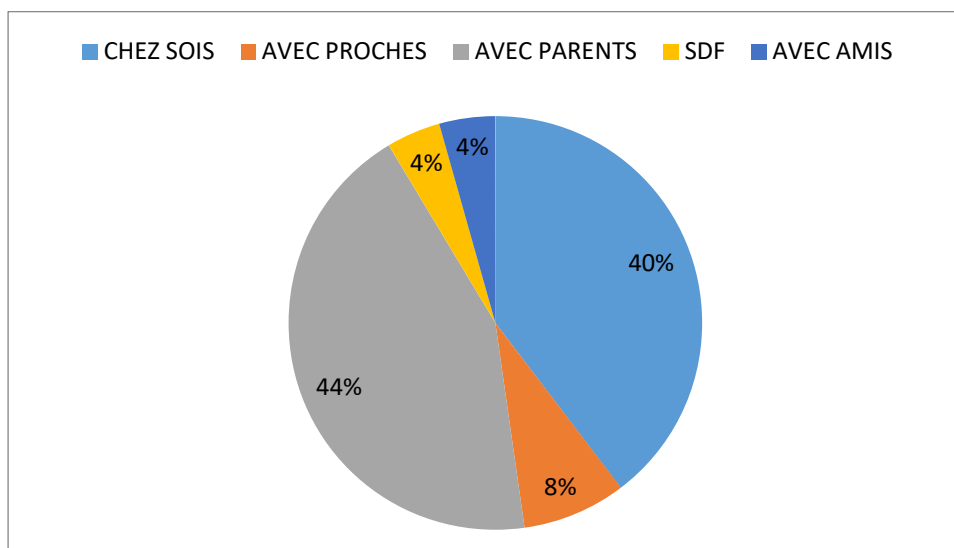


Figure 8: Logement

1.9. Situation des parents

43% des usagers ont des parents qui vivent ensemble, tandis que 29% ont des parents divorcé.

18% ont un père décédé et 10% une mère décédé.

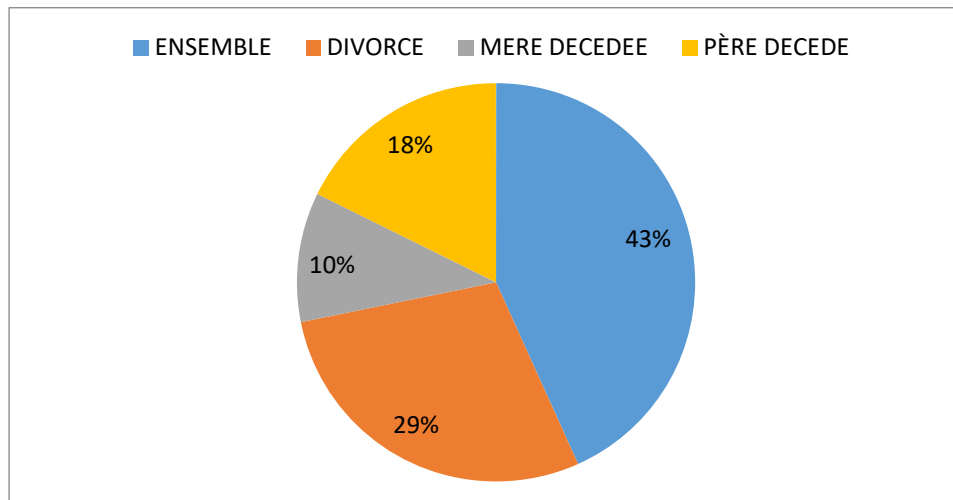


Figure 9: Situation des parents

1.10. Existence d'un conflit avec la famille

60% des usagers du centre ont déclaré avoir un conflit familial tandis que 40% estiment ne pas en avoir.

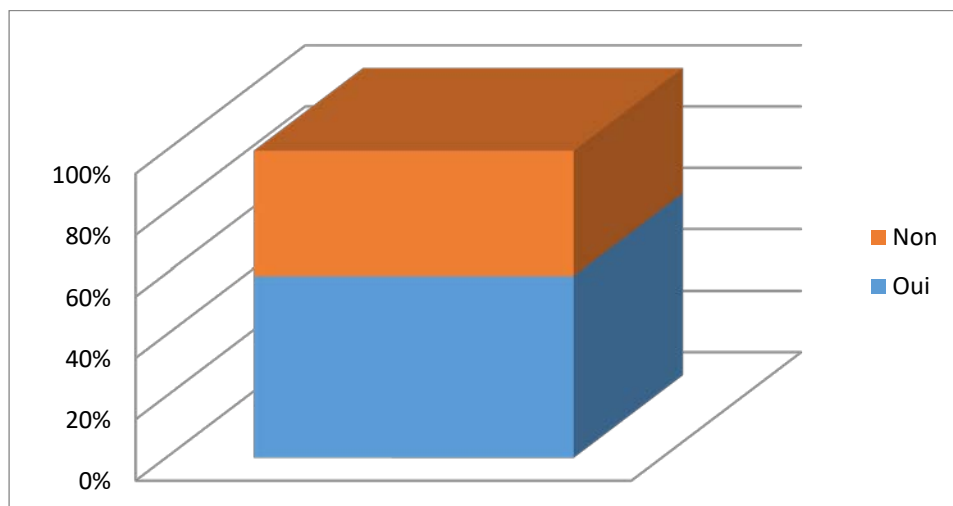


Figure 10: Conflit avec famille

1.11. Antécédent judiciaire

58% des usagers ont déclaré avoir eut un antecédant avec la justice, tandis que 42% ont nié tout contact avec les autorité judiciaire.

Nous prenons ici comme antécédent judiciaire toute confrontation à un agent de l'autorité, qu'elle ait aboutit ou non à une condamnation.

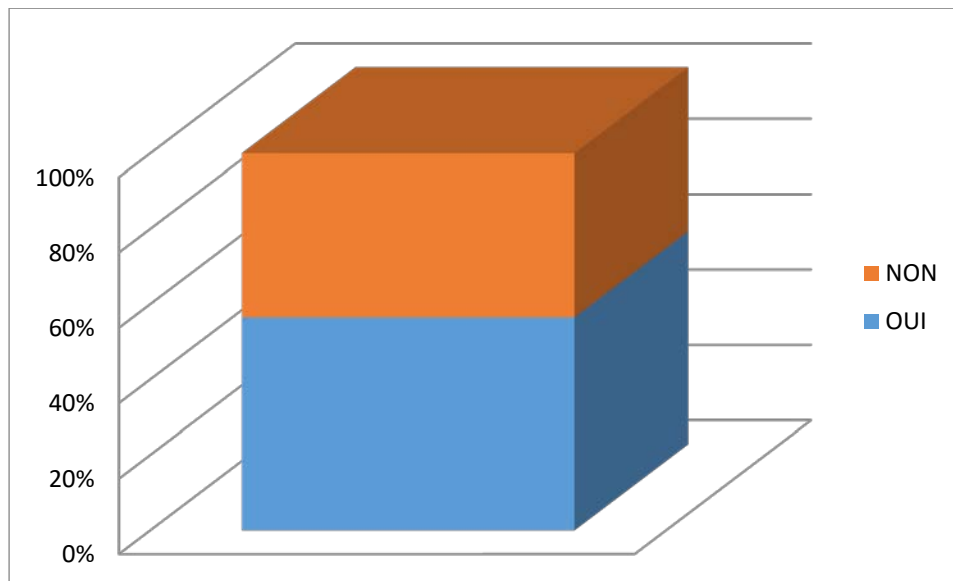


Figure 11: Antécédent judiciaire

1.12. Pratique religieuse

54% des usagers dans notre échantillon se sont déclaré pratiquant contre 46% de non pratiquant.

Le caractère de la pratique religieuse n'a pas été défini, il ne concerne aucune religion en particulier ni aucun courant religieux ; il a été donné libre choix à l'utilisateur de se déclarer pratiquant ou non selon sa propre interprétation.

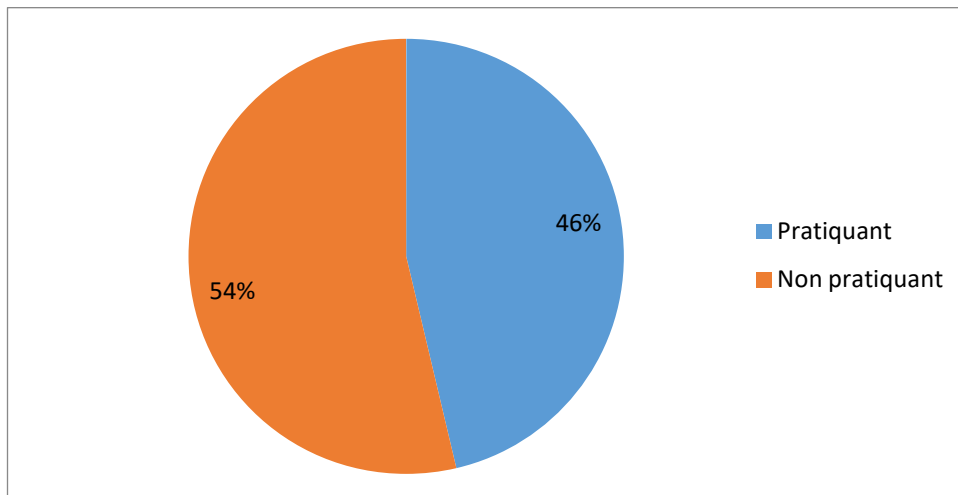


Figure 12: Pratique religieuse

2. Les caractéristiques liées à l'usage de substances psychoactives :

2.1. Type de substance utilisé

47% des usagers de notre échantillon ont déclaré utiliser du cannabis, 18% de l'alcool, 17% du tabac, 9% des psychotropes, 2% des solvants tandis que 1 % ont déclaré utiliser de l'héroïne ou de la cocaïne.

La question a été posée de manière à déterminer la substance dont l'usage a déclenché la volonté de visiter le centre d'addictologie pour en être moins dépendant.

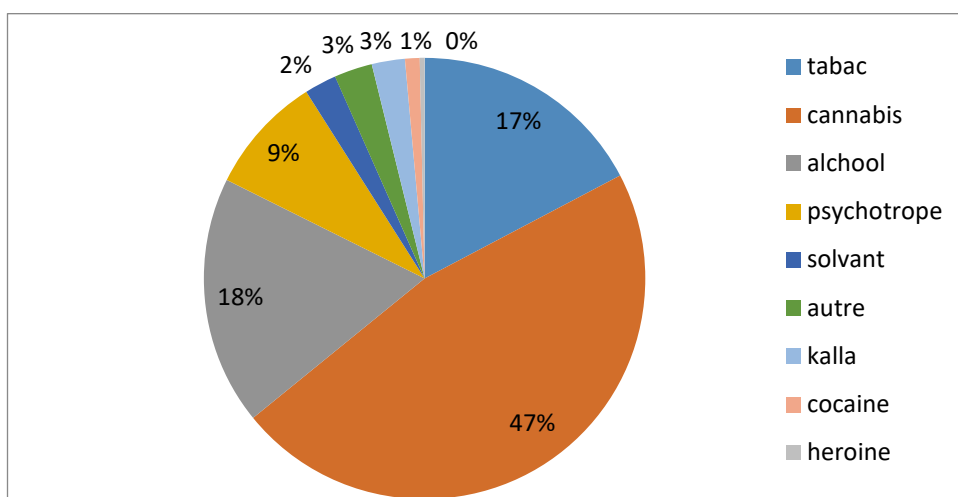


Figure 13: Substance consommée

2.2. Substance utilisé lors du premier usage

69% des usagers ont affirmé que la première substance utilisé à été le tabac, puis 14% le cannabis, puis 8% l'alcool et 4% pour le « maajoue ».

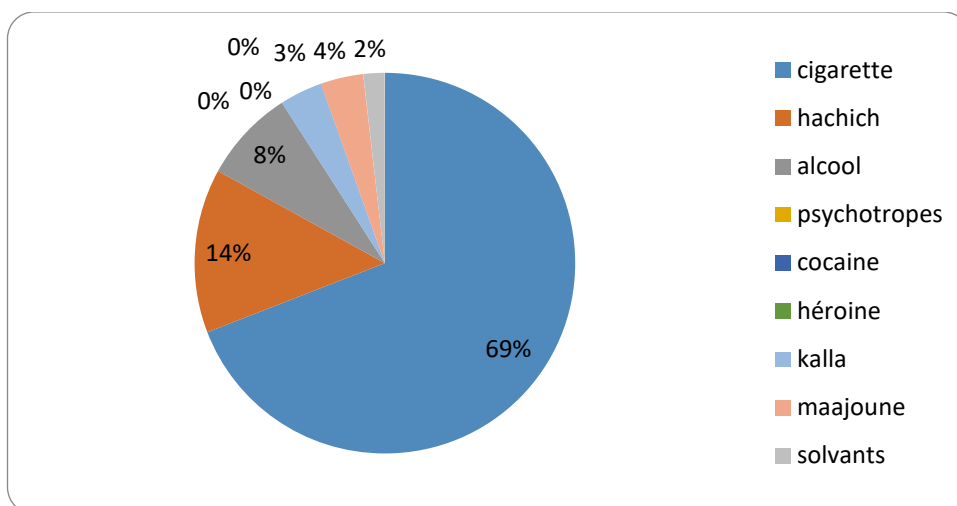


Figure 14: Substance utilisée lors du premier usage

2.3. Corrélation d'usage

Tableau I : corrélation d'usage entre les différentes SPA

Observation	Input du fichier matrice								
	cigarette	Hachich	alcool	psychotrope	cocaine	Héroïne	kalla	maajoue	Solvants
Cigarette	1,000								
Hachich	,097	1,000							
Alcool	,168	-,109	1,000						
Psychotrope	,233	,155	,185	1,000					
Cocaine	,146	,131	,166	,510	1,000				
Héroïne	,097	,065	,029	,416	,492	1,000			
Kalla	,132	-,012	,011	,202	,048	,177	1,000		
Maajoue	,120	,140	,095	,284	,186	,133	,316	1,000	
Solvants	-,063	-,074	-,026	,224	,142	,107	,190	,158	1,000

Le tableau montre les corrélations existantes entre l'usage des différents types SPA. Nous remarquons qu'il existe des corrélations positives entre les différents types de substances psychoactives utilisés, sauf alcool-hachich ($\alpha = -0.109$). Les corrélations les plus fortes sont observées entre cocaïne, héroïne et psychotropes. Pour représenter graphiquement ces liaisons, nous avons réalisé une analyse hiérarchique ascendante en calculant les distances euclidiennes entre les substances psychoactives et en traçant le dendrogramme correspondant. Les mêmes constats que ceux réalisés précédemment peuvent être réalisés, à savoir un rapprochement entre usage de psychotropes et substances psychoactives dures, un rapprochement entre kalla, maajoune et solvants et un rapprochement entre cigarette et alcool.

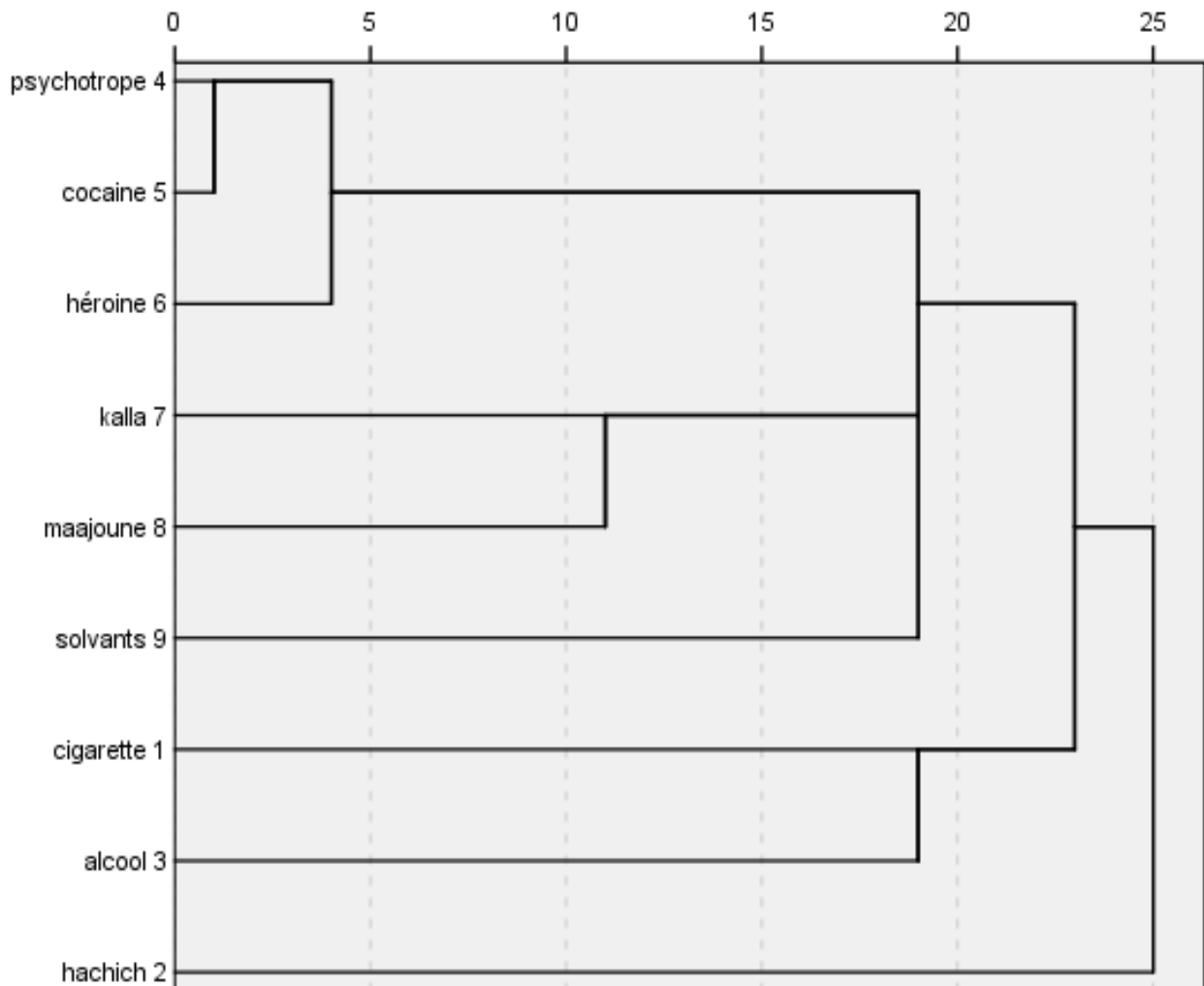


Schéma 1 : Distance de combinaison des classes redimensionnée

2.4. Type d'usage

66% des usagers déclarent utiliser plusieurs substances simultanément, contre 34 % qui n'en utilisent qu'une seule.

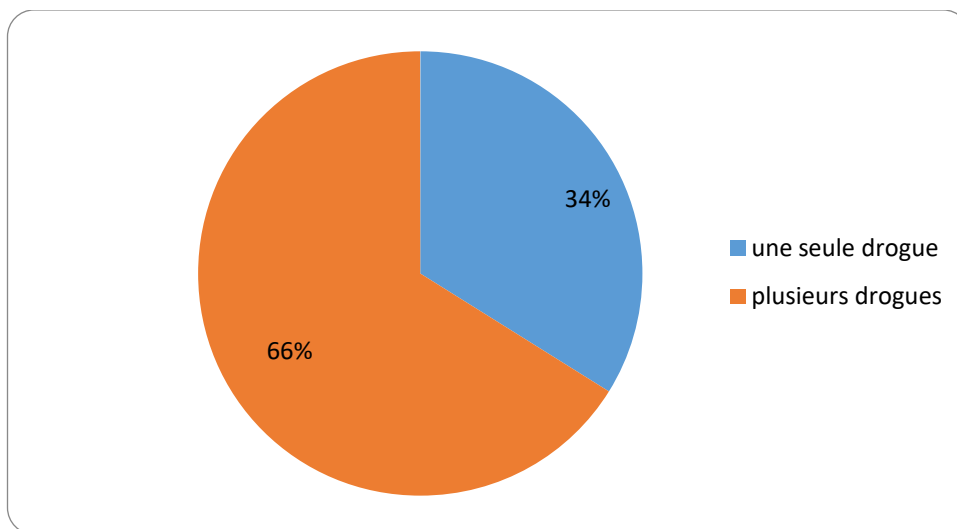


Figure 15: Type d'usage

2.5. Initiateurs

53% des usagers auraient été initié par un ami à l'usage de substances psychoactives, contre 24% par un collègue et 23% seul.

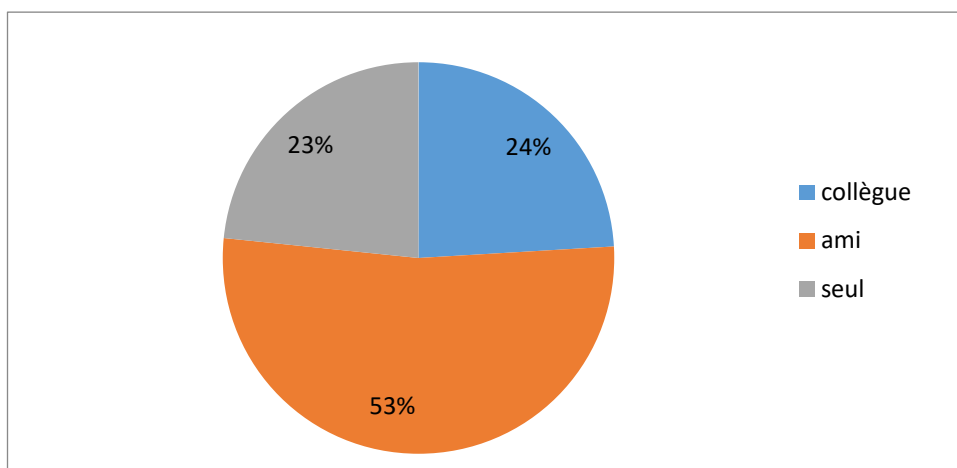


Figure 16: Initiateurs

2.6. Age de début de la consommation

40% des usagers dans notre échantillon ont débuté leur usage de substances psychoactives entre l'âge de 15 ans à 18 ans ; 31 % entre l'âge de 18 à 21 ans, 21% après 21 ans et 8% avant l'âge de 15 ans.

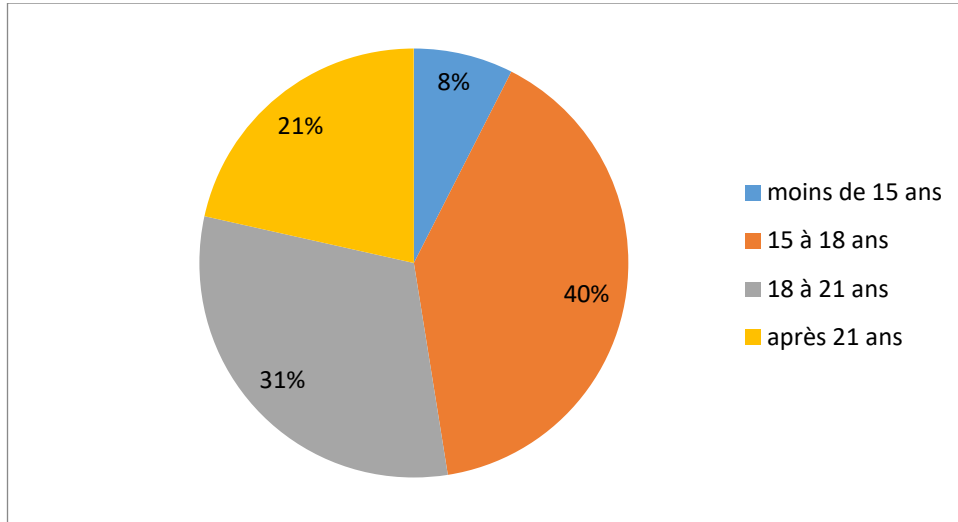


Figure 17 : Age de début

2.7. Durée d'exposition

26% de notre échantillon comptabilise des usagers qui ont consommé une substance psychoactives durant 3 à 5 ans, 22% durant une période de plus de 5 ans, 18% durant 1 à 2 ans et durant 2 à 3 ans et enfin 16% pour une période de moins d'une année.

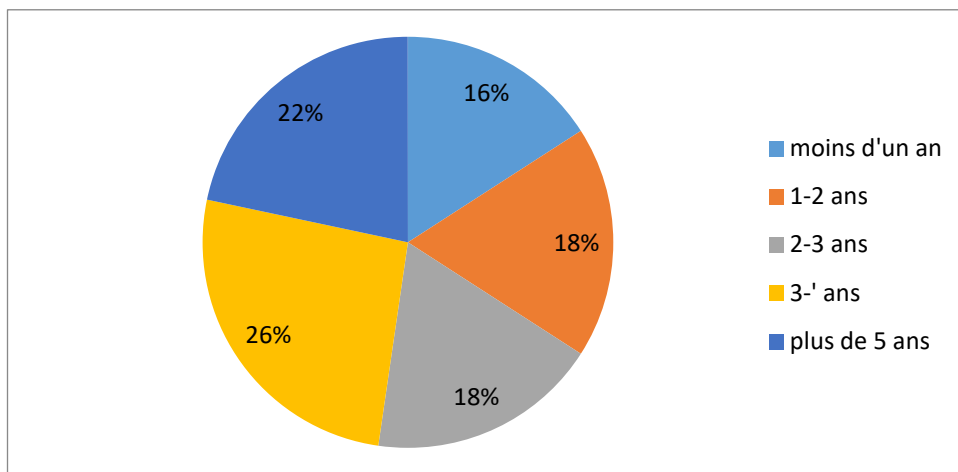


Figure 18: Durée d'exposition

2.8. La présence d'une tentative d'arrêt de l'utilisation

56% des usagers dans notre échantillon ont déclaré avoir essayé d'arrêter leur usage tandis que 44% ont mentionné n'avoir jamais essayé auparavant.

Nous comptabilisons parmi les tentatives d'arrêt celles qui ont conduit à une demande d'aide soit à un professionnel ou à l'entourage tout aussi que les tentatives d'arrêt spontanées.

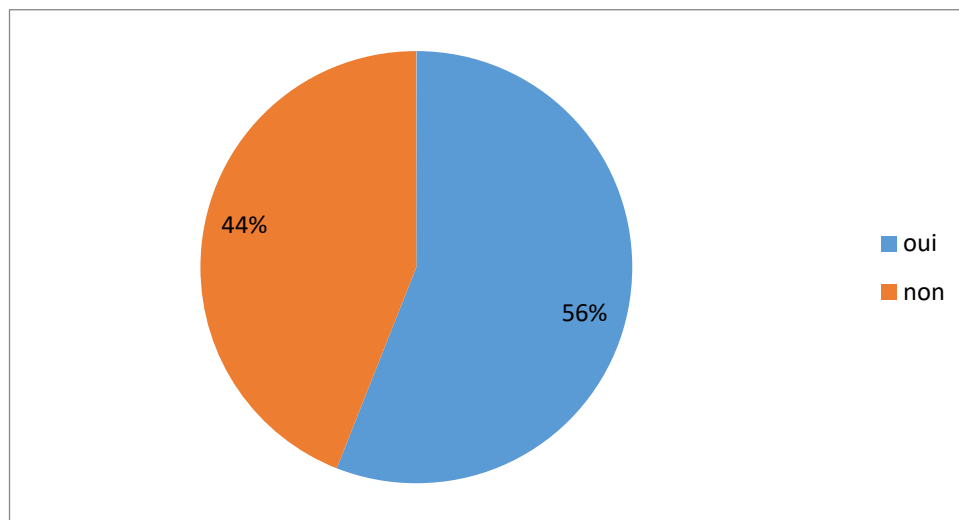


Figure 19: Tentatives d'arrêts

2.9. Impact social ressenti

36% des usagers de notre échantillon ont déclaré n'avoir ressenti aucun impact social quant à leur usage d'une substance psychoactives, tandis que 29% y imputent une perte importante en ressource, 17% l'apparition de conflits familiaux, 8% la perte de leur emploi, 6% leur arrêt volontaire du travail, et enfin 4% leur expulsion de leur domicile.

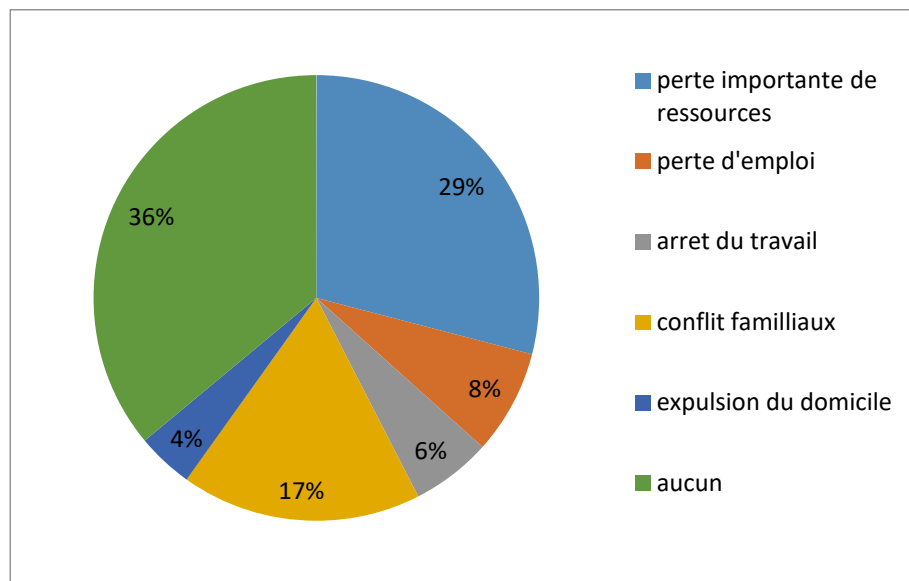


Figure 20: Impact social ressenti

2.10. Cartographie des usages du centre

Environ, la moitié des usagers provient de deux secteurs ; 23.9% des usagers sont originaires de la médina et 24.8% du secteur Hay Hassani, Azli, Massira. D'après les résultats du tableau, nous constatons qu'au niveau des quartiers populaires l'usage de substances psychotropes est très fréquent. 10% vient du quartier Akiod-Elkodia-Mabrouka. Ceci peut être dû à la densité de la population qui vit dans ces secteurs ou de leurs faibles ressources économiques. D'ailleurs, il est communément admis dans la ville depuis fort longtemps pour certains quartiers comme Medina Kedima d'être le bastion de l'usage des substances illicites.

Tableau II : Répartition de la population usagère des substances psychoactives suivant les différentes zones de la ville de Marrakech et les différents types de substances psychoactives utilisées

Zones	Cigarette	Hachich	Alcool	Psychotrope	Cocaïne	Héroïne	Kalla	Maajoune	Solvants	Total
Akiod- Elkodia- Mabrouka	14,6%	11,9%	6,7%	3%	16,7%	0,0%	0,0%	0,0%	9,1%	10,1%
Médina Kédima	23,2%	23,9%	20,0%	37,5%	33,3%	0,0%	41,7%	33,3%	13,6%	23,9%
SYBA	2,4%	1,8%	6,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,6%	13,6%	3,8%
Ain Itti- Ennakhil	4,9%	6,4%	3,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	11,1%	9,1%	5,3%
Daoudiate	11,0%	8,3%	15,0%	12,5%	33,3%	0,0%	0,0%	5,6%	9,1%	10,4%
Assif Issil Sidi Abbad Amerchich	2,4%	2,8%	3,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,2%
Al Izdihar El Fadel Dr Sgharna Saada	4,9%	5,5%	5,0%	0,0%	0,0%	0,0%	25,0%	11,1%	4,5%	6,0%
Dr Lahrech - Hay Al Hassani - Sidi Mbark- Massira - Iziki -Azli	25,6%	26,6%	28,3%	12,5%	0,0%	0,0%	25,0%	22,2%	18,2%	24,8%
M'HAMID	7,3%	10,1%	6,7%	25,0%	16,7%	100,0%	0,0%	11,1%	4,5%	8,8%
Al Azouzia	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	8,3%	0,0%	0,0%	0,3%
Tamnsorte	3,7%	2,8%	5,0%	12,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	18,2%	4,4%

3. Les caractéristiques médicales :

3.1. Comorbidités physiques

Nous retrouvons 20 usagers de notre échantillon atteint du virus de l'immunodéficience humain, dont 7 utilisent de l'héroïne, 5 de l'alcool, 3 des psychotropes, 3 du cannabis et 2 du tabac.

Nous retrouvons aussi 9 usagers atteint d'hépatite C, dont 7 sont consommateurs d'héroïne et 2 d'alcool.

Enfin nous retrouvons 13 usagers atteint de tuberculose, dont 6 consomment du tabac et 2 des psychotropes.

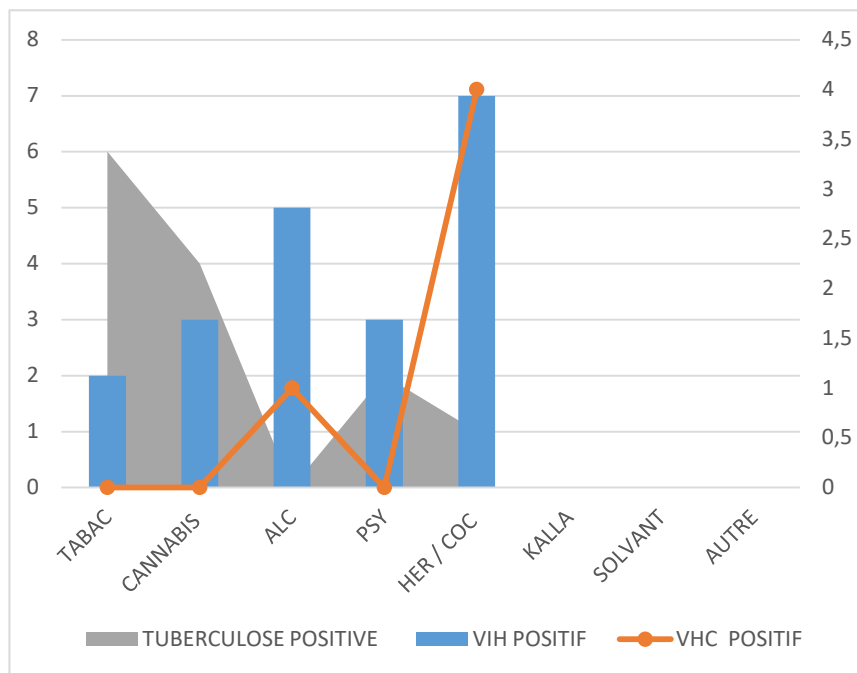


Figure 21: Test positif

Nous retrouvons que 94% des usagers n'ont jamais effectué de bilan sanguin à la recherche d'une infection sexuellement transmissible.

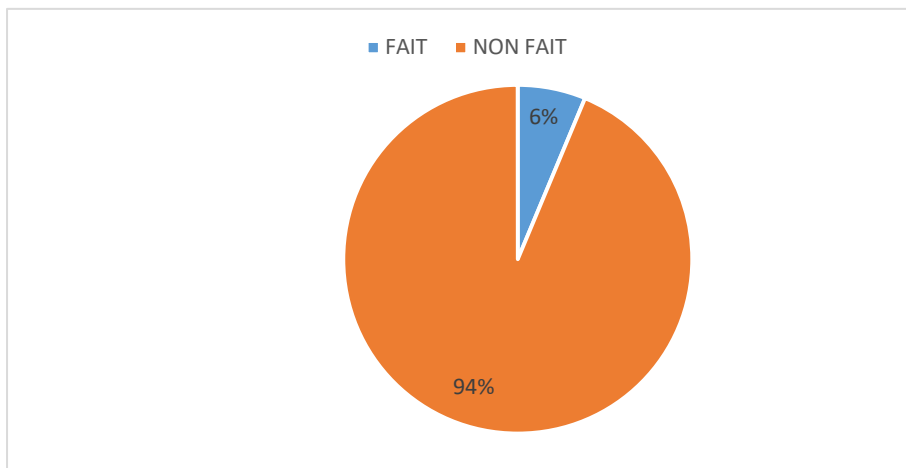


Figure 22: Bilan sanguin

Nous retrouvons que le dépistage du VIH, lorsqu'il a été fait, l'a été de la part de fumeur de tabac à hauteur de 5%, de fumeur de cannabis à hauteur de 5%, d'usager d'alcool à hauteur de 33%, d'usagers d'héroïne à hauteur de 44% et de psychotropes à hauteur de 10%.

Le dépistage de l'hépatite C, lorsqu'il a été fait, l'a été fait à hauteur de 4% par les usagers de tabac, à 4% par les usagers de cannabis, à 44% par les usagers d'alcool, 31% par les usagers d'héroïne et 7% par les usagers de psychotropes.

Le dépistage de la tuberculose a été réalisé à hauteur de 49% par les usagers du tabac, à 45% par les usagers de cannabis et 6% par les usagers de psychotropes.

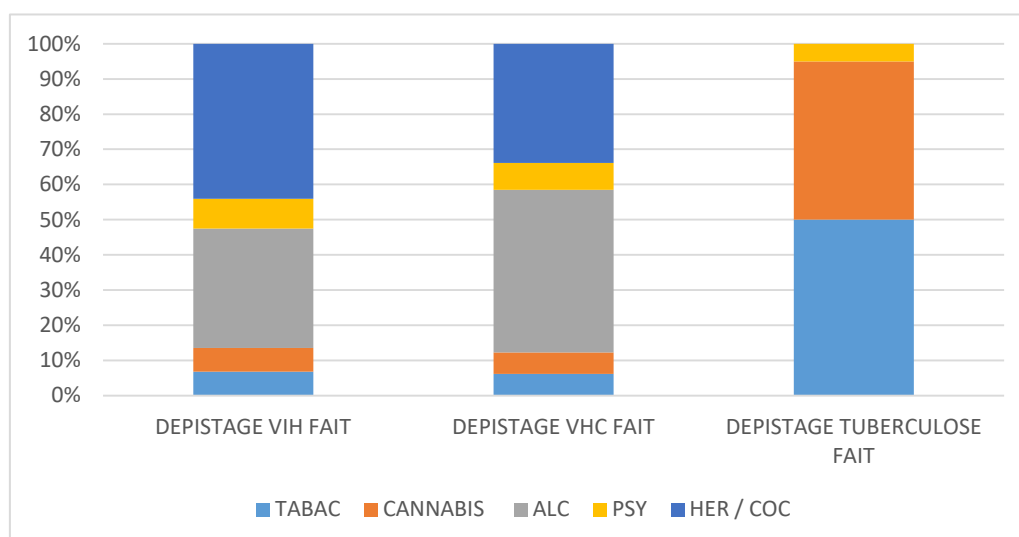


Figure 23: Dépistage fait

Nous retrouvons, que 16% des usagers ayant effectué un dépistage d'une des trois pathologies cités au-dessus (VIH, VHC ou tuberculose) ont retrouvé un résultat positif.

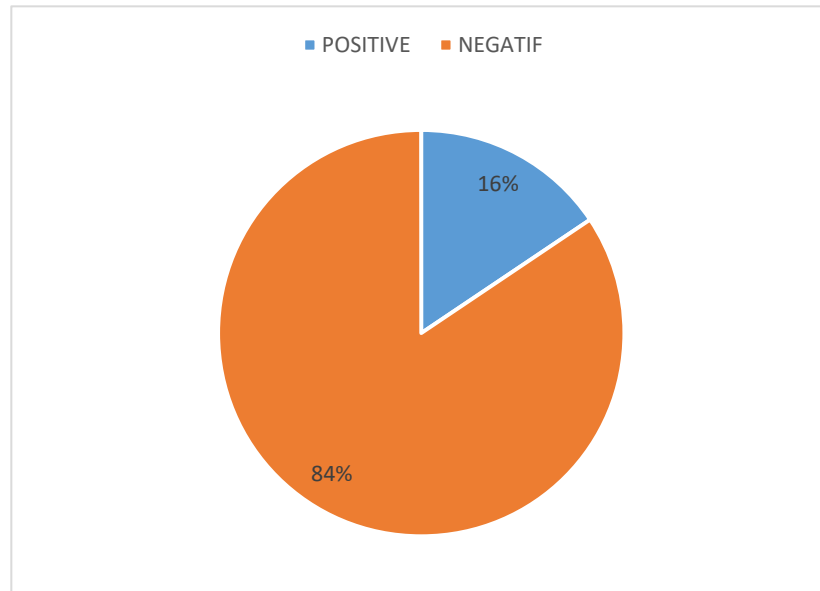


Figure 24: Total test positif

3.2. Instance de référence

Nous étudions ici la personne que l'utilisateur déclare avoir été celle à l'origine de sa visite au centre

Nous remarquons que :

- 26% ont été référés par un médecin d'une structure publique
- 22% par un de leur professeur
- 19 % par des membres de leurs familles
- 12% par des amis
- 8% par des médecins de structures privées
- 7% par leur propre initiative
- 6% par la publicité du centre

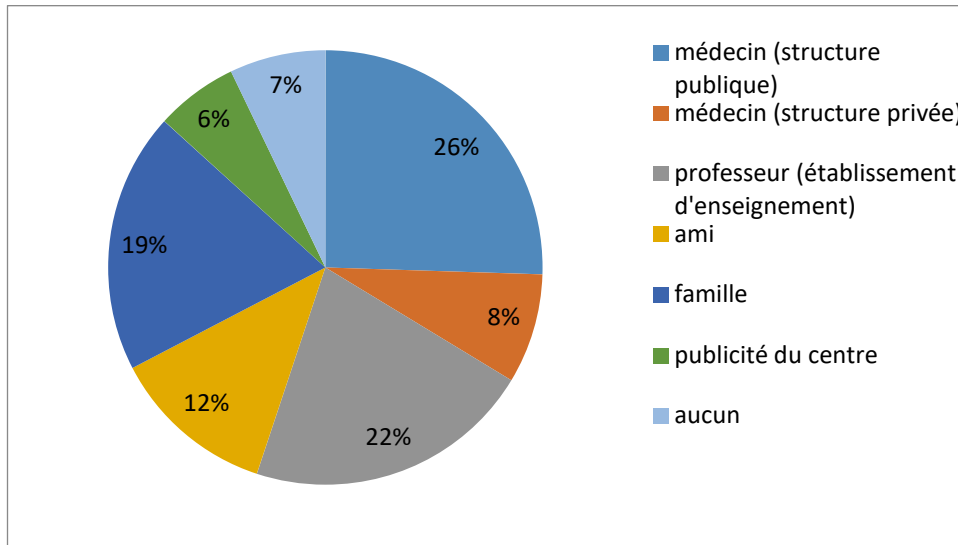


Figure 25: Référence

3.3. Comorbidités psychiatrique

Nous remarquons que 34% des usagers de notre échantillon n'ont pas de comorbidités psychiatriques, tandis que 32% ont où on eut un antécédent de dépression, 20% une symptomatologie bipolaire, 8% un syndrome anxieux et 6% une symptomatologie délirante.

Nous avons admis les résultats soit d'antécédent de pathologie psychiatrique ou découverte lors de l'entretien médical du pôle santé du centre d'addictologie.

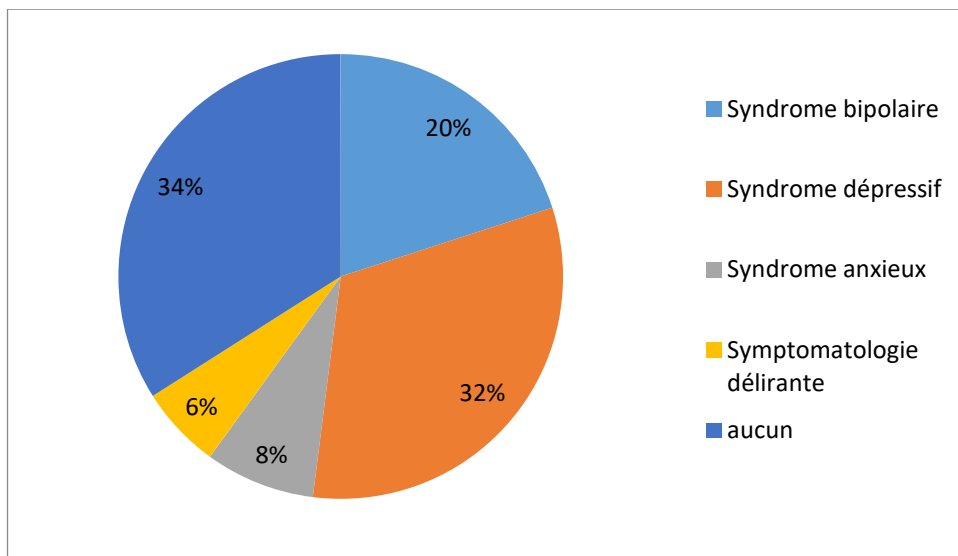


Figure 26 : Comorbidités psychiatriques

3.4. Evaluation de la dépression

Nous notons que 52% des usagers de notre échantillon n'ont pas ou n'ont pas eu d'épisode de dépression, tandis que 26% ont présenté des signes de dépression légère, 12% une dépression modérée et 10% une dépression sévère.

L'appréciation du caractère dépressif a été interprétée selon l'échelle de Beck 3.

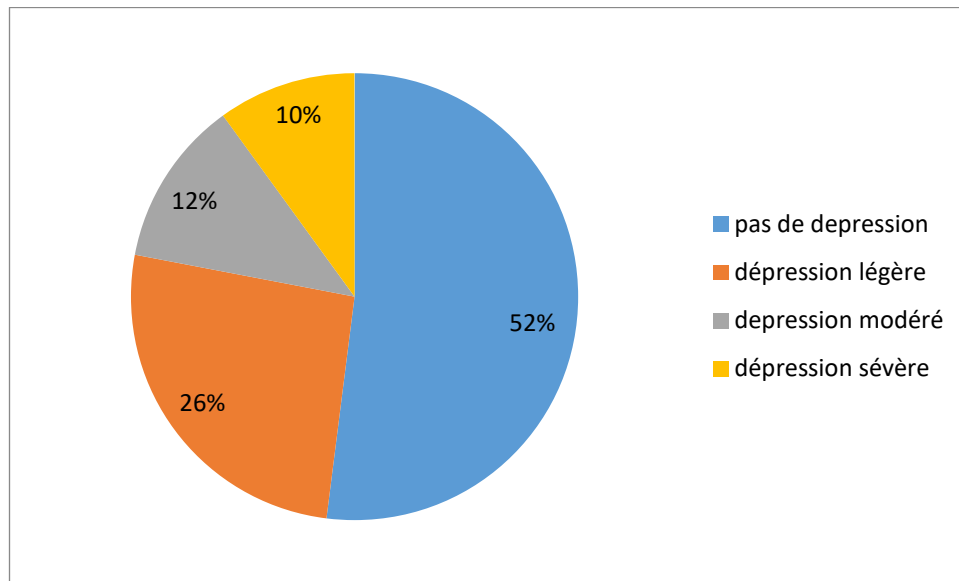


Figure 27: Prévalence de la dépression

3.5. Evaluation de l'addiction

Nous notons que 36% des usagers de notre échantillon se sont présentés au centre en ayant une addiction sévère, tandis que 31% avaient une addiction modérée, 20% une addiction légère et 13% une absence d'addiction.

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

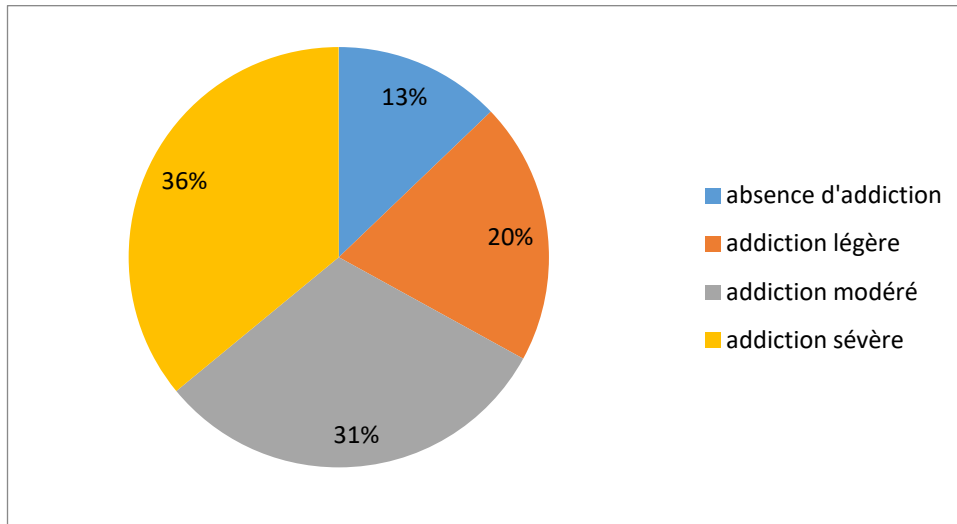


Figure 28: Degré d'addiction

3.6. Corrélation entre degré d'addiction et dépression

Concernant la corrélation entre le degré d'addiction et la présence d'une dépression, nous notons que si le caractère de l'addiction est présent, nous retrouvons 22% de non déprimé, 19% de dépression légère, 30% de dépression modéré et 21% de dépression sévère. Lors de l'absence du caractère addictif, nous retrouvons 63% de non déprimé dans l'échantillon, 18% de dépression légère, 13% de dépression modéré, 8% de dépression sévère.

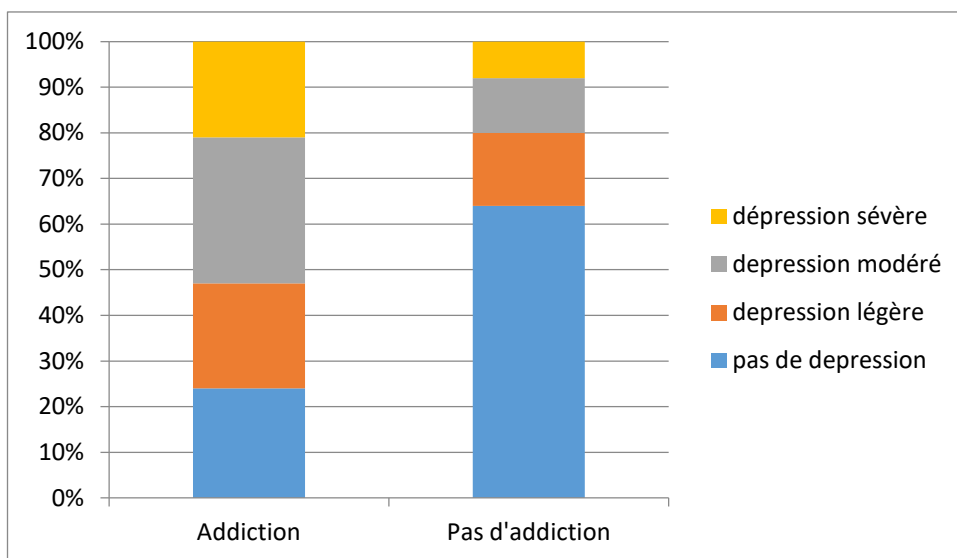


Figure 29: Corrélation entre degré d'addiction et dépression

3.7. Corrélation entre degré d'addiction et comorbidité psychiatrique

Concernant la corrélation entre le degré d'addiction et une comorbidité psychiatrique, nous retrouvons que pour :

- l'absence d'addiction : 78% de l'échantillon ne présente aucune comorbidité psychiatrique et 22% présente l'une des comorbidités psychiatriques étudiées.
- Addiction légère : 66% de l'échantillon ne présente aucune comorbidité psychiatrique et 34% présente l'une des comorbidités psychiatriques étudiées.
- Addiction modéré : 38% de l'échantillon ne présente aucune comorbidité psychiatrique et 62% présente l'une des comorbidités psychiatriques étudiées.
- Addiction sévère : 20% de l'échantillon ne présente aucune comorbidité psychiatrique et 80% présente l'une des comorbidités psychiatriques étudiées.

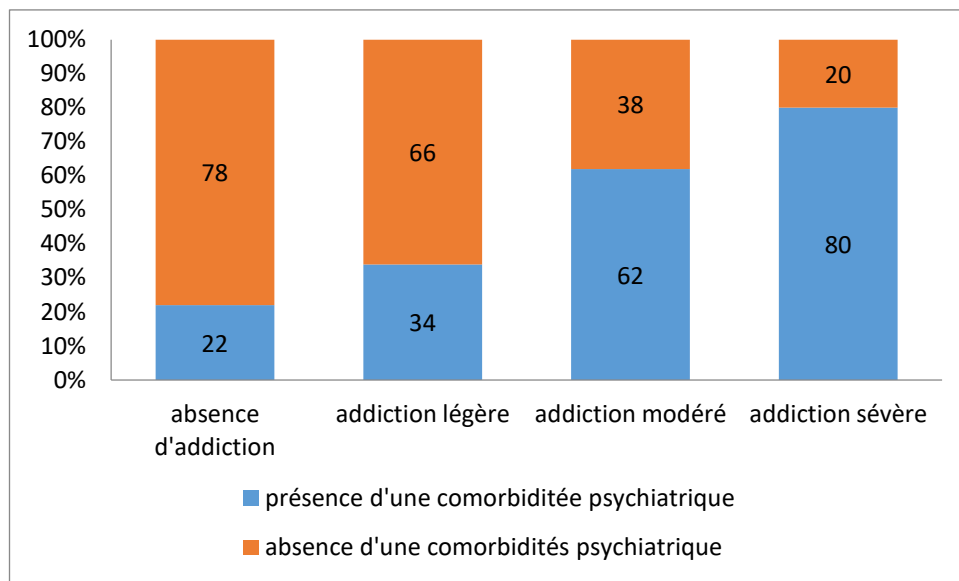


Figure 30 : Corrélation entre degré d'addiction et comorbidité psychiatrique

II. Analyse uni variée chez les consommateurs de SPA :

1. Sexe

Nous retrouvons dans notre échantillon que,

Pour le sexe masculin : 51% sont consommateurs de cannabis, 20% d'alcool, 19% de tabac, 8% de psychotropes et 1% d'héroïne et cocaïne.

Pour le sexe féminin : 40% sont consommatrices de cannabis, 23% de psychotropes, 21% de tabac, 14% d'alcool et 1% d'héroïne ou cocaïne.

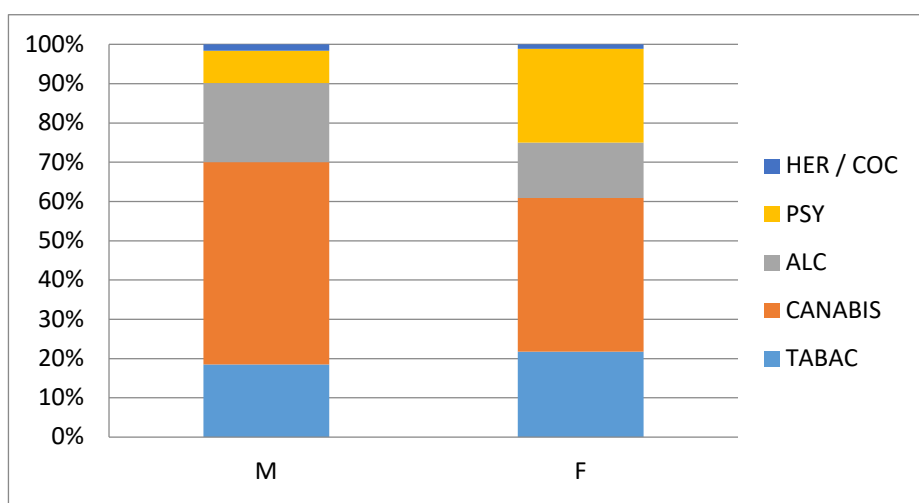


Figure 31: Sexe

2. Age

Nous retrouvons dans notre échantillon que pour la catégorie d'âge s'étendant aux moins de 18 ans ; nous avons une consommation de cannabis à hauteur de 62%, de tabac à 21%, d'alcool à 7%, de solvant à 5% et de psychotropes à 4%.

Pour la catégorie âgée entre 18 et 40 ans, nous retrouvons une consommation de cannabis à hauteur de 48%, d'alcool à 20%, de tabac à 14%, de psychotropes à 10% et d'héroïne ou cocaïne à 1%.

Enfin pour la catégorie âgée de plus de 40 ans, nous retrouvons un usage du cannabis à 40%, du tabac à 32%, de l'alcool à 20%, des psychotropes à 2% et de l'héroïne ou cocaïne à moins de 0.5%.

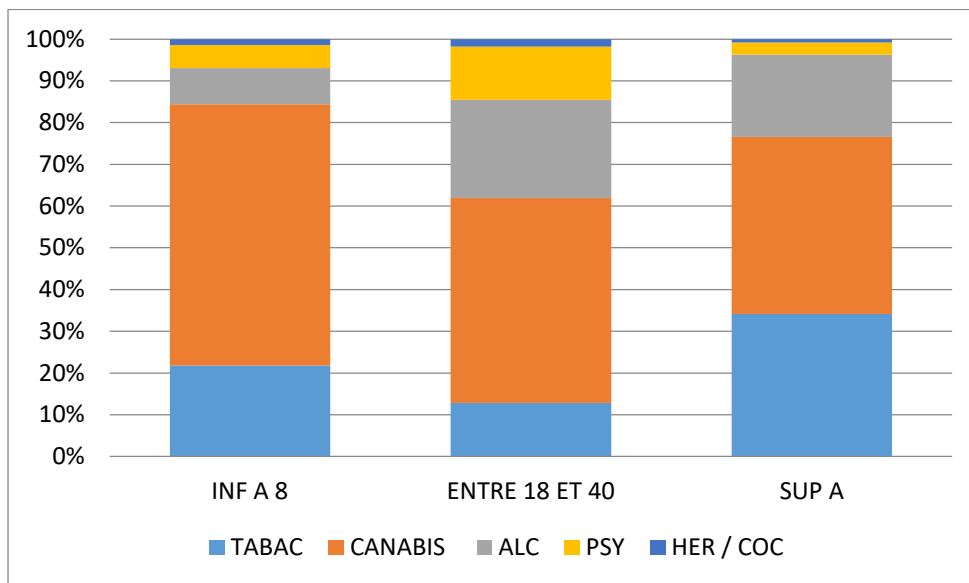


Figure 32: Tranche d'âge

3. Milieu de vie

Quant à l'origine géographique, nous retrouvons que pour le milieu de résidence, au niveau

- Urbain : 48% sont consommateurs de cannabis, puis 20% d'alcool et de tabac, et 10% de psychotropes et 2% d'héroïne ou cocaïne.
- Rural : 55% sont consommateurs de cannabis, 20% d'alcool, 13% de tabac, 7% de psychotropes et moins de 0.5% d'héroïne ou cocaïne.

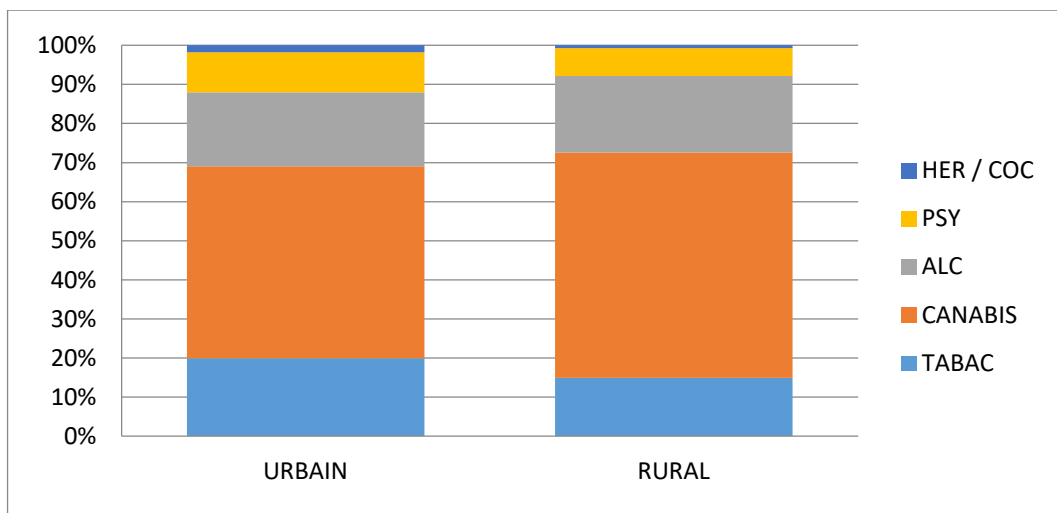


Figure 33: Résidence

4. Situation matrimoniale

Concernant la situation matrimoniale, nous retrouvons que pour :

- Célibataire : 60% consomme du cannabis, 15% de l'alcool ou du tabac, 8% des psychotropes, moins de 0.5% de la cocaïne ou de l'héroïne.
- Marié : 50% consomme du cannabis, 20% de l'alcool ou du tabac, 8% des psychotropes, moins de 0.5% de la cocaïne ou de l'héroïne.
- Veuf : 20% consomme du cannabis, 65% du tabac, 10% de l'alcool, 4% des psychotropes, moins de 0.5% de la cocaïne ou de l'héroïne.
- Divorcé : 20% consomme du cannabis, 32% de l'alcool, 12% du tabac, 35% des psychotropes, et 1% de la cocaïne ou de l'héroïne.

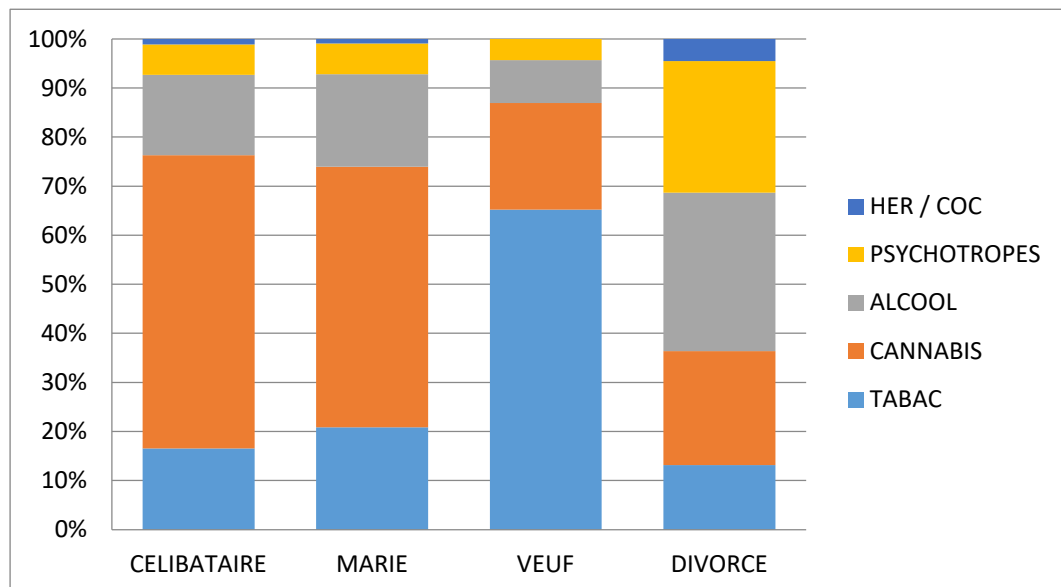


Figure 34 : Situation matrimoniale

5. Niveau scolaire

Concernant le niveau scolaire, nous retrouvons que pour :

- l'enseignement coranique : 35% déclaraient consommé de l'alcool, 28% des psychotropes, 20% du cannabis, et 12% du tabac, et moins de 0.5% de l'héroïne ou cocaïne.
- primaire : 55% déclaraient consommé du cannabis, 23% des psychotropes, 11% de l'alcool, et 9% du tabac, et moins de 0.5% de l'héroïne ou cocaïne.
- collège : 64% déclaraient consommé du cannabis, 12% du tabac, 10% de l'alcool et des psychotrpes, et 1% de l'héroïne ou cocaïne.
- Lycée : 52% déclaraient consommé du cannabis, 22% du tabac, 19% de l'alcool, et 1% des psychotropes , 1% de l'héroïne ou cocaïne.
- université : 30% déclaraient consommé de l'alcool ou tabac ou cannabis, 1% des psychotropes, 2% % de l'héroïne ou cocaïne.

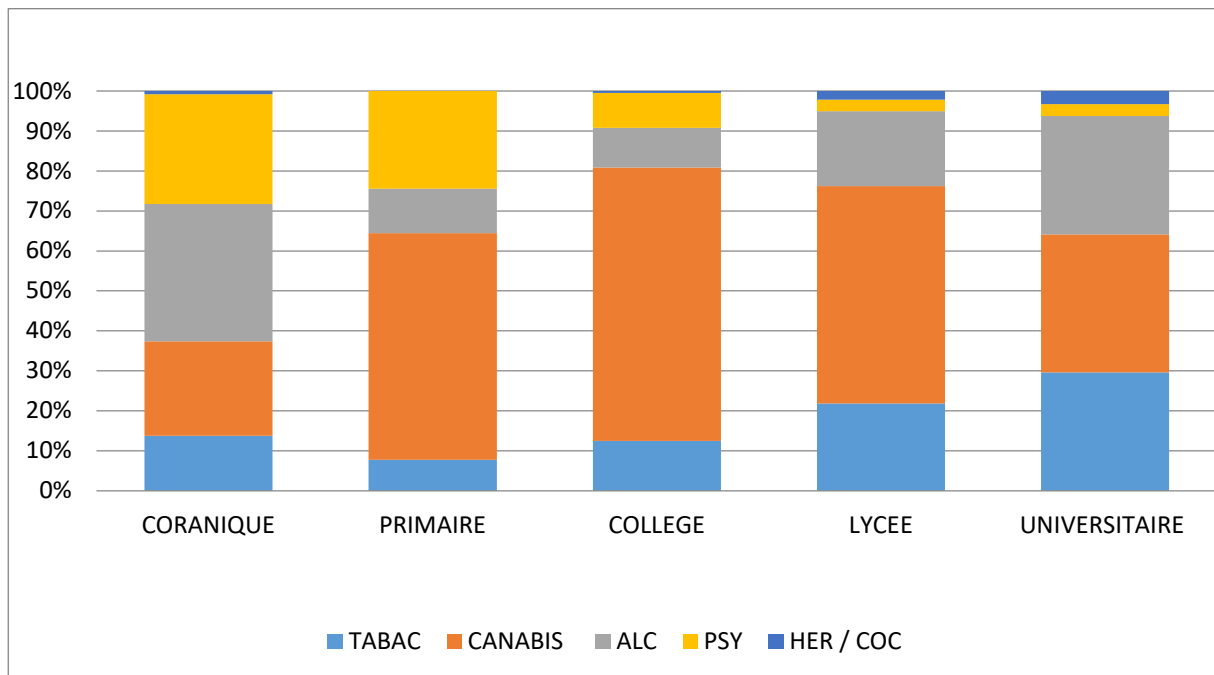


Figure 35: Niveau scolaire

6. Situation professionnelle

Concernant la situation professionnelle de notre échantillon,

- les étudiants déclaraient utiliser à 51% du cannabis, à 30% du tabac, à 11 % de l'alcool, à 6% des psychotropes et moins de 1% de la cocaïne et héroïne.
- Les travailleurs réguliers déclaraient utiliser à 51% du cannabis, à 13% du tabac, à 21% de l'alcool, à 8% des psychotropes et 1% de la cocaïne et héroïne.
- les travailleurs occasionnels déclaraient utiliser à 25% du cannabis, à 15% du tabac, à 31% de l'alcool, à 26% des psychotropes et moins de 1% de la cocaïne et héroïne.
- les chômeurs déclaraient utiliser à 62% du cannabis, à 9% du tabac, à 19 % de l'alcool, à 11% des psychotropes et moins de 0.5% de la cocaïne et héroïne.
- les retraités déclaraient utiliser à 49% du cannabis, à 31% du tabac, à 19 % de l'alcool.

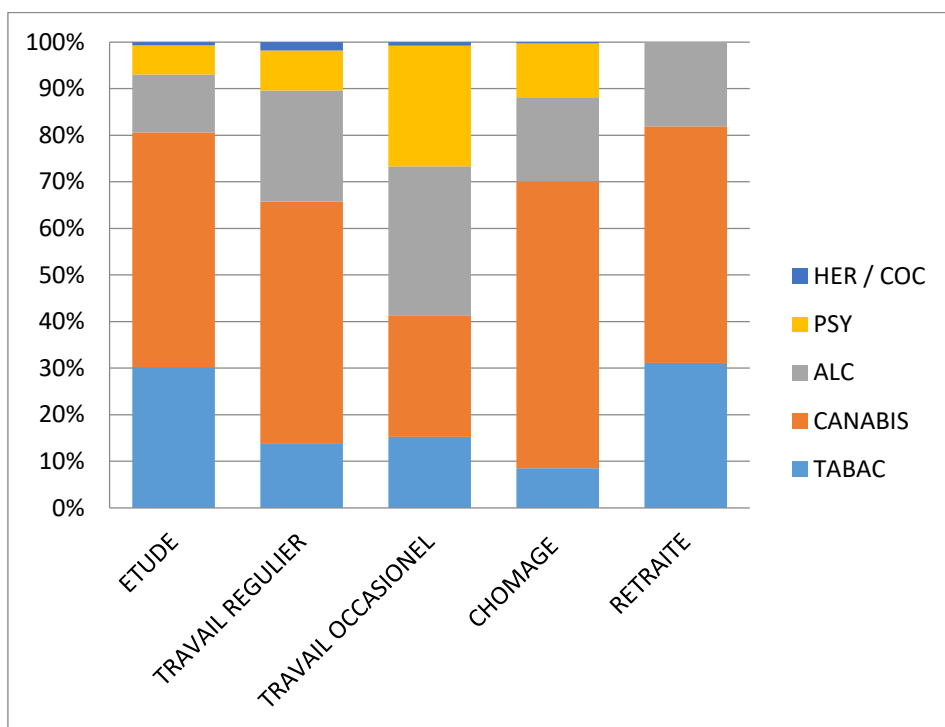


Figure 36 : Situation professionnelle

7. Type de logement

Concernant les différents types de logement, nous retrouvons :

- Chez soi : 55% utilise le cannabis, 19% l'alcool, 18% le tabac, 4% les psychotropes et moins de 1% l'héroïne ou cocaïne.
- Avec des proches : 41% utilise le cannabis, 9% l'alcool, 38% le tabac, 2% les psychotropes et moins de 1% l'héroïne ou cocaïne.
- Avec les parents : 25% utilise le cannabis, 31% l'alcool, 18% le tabac, 21% les psychotropes et moins de 1% l'héroïne ou cocaïne.
- SDF : 28% utilise le cannabis, 5% l'alcool, 40% les solvants, 10% les psychotropes et 2% l'héroïne ou cocaïne.
- Avec des amis : 65% utilise le cannabis, 17% l'alcool, 3% le tabac, 7% les psychotropes et moins de 1% l'héroïne ou cocaïne.

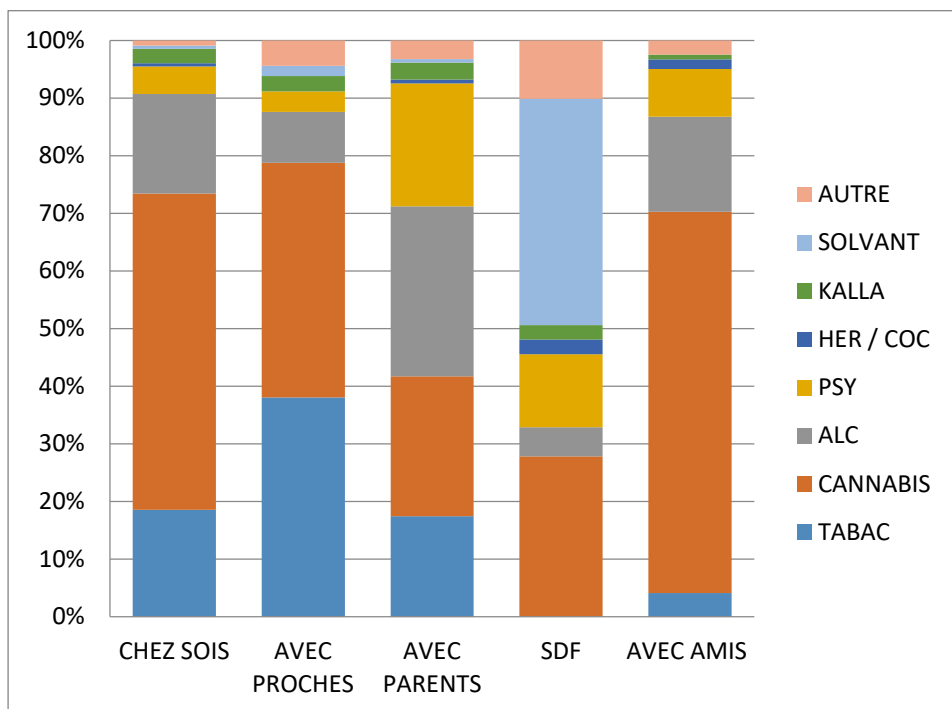


Figure 37: Logement

8. Situation des parents

Concernant la situation des parents, on retrouve les résultats suivants :

- Ensemble : 61% utilisent le cannabis, 15% l'alcool, 17% le tabac, 2% les psychotropes et moins de 1% la cocaïne ou héroïne.
- Divorcé : 40% utilisent le cannabis, 22% l'alcool, 19% le tabac, 10% les psychotropes et moins de 1% la cocaïne ou héroïne.
- Mère décédée : 41% utilisent le cannabis, 21% l'alcool, 13% le tabac, 6% les psychotropes, 7% les solvants et moins de 1% la cocaïne ou héroïne.
- Père décédé : 30% utilisent le cannabis, 18% l'alcool, 19% le tabac, 20% les psychotropes, 6% les solvants et moins de 1% la cocaïne ou héroïne.

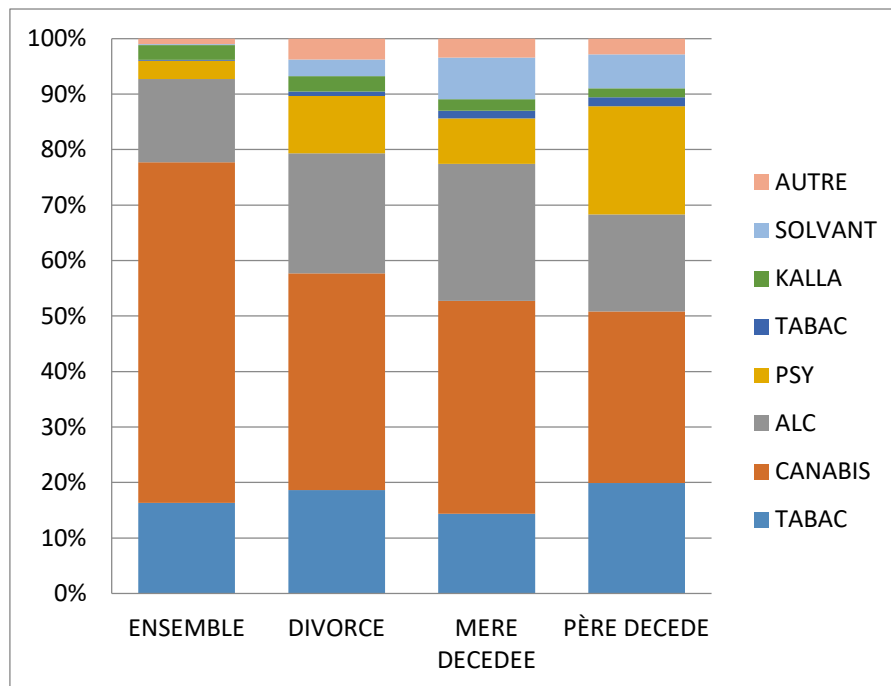


Figure 38 : Situation des parents

9. Existence d'un conflit avec la famille

Dans notre échantillon, nous retrouvons que lorsque l'utilisateur déclare qu'il a eu un conflit avec sa famille, il consommait à 51% du cannabis, à 22% de l'alcool, à 12% des psychotropes, à 4% des solvants, à 1% de l'héroïne ou de la cocaïne et à 1% du tabac.

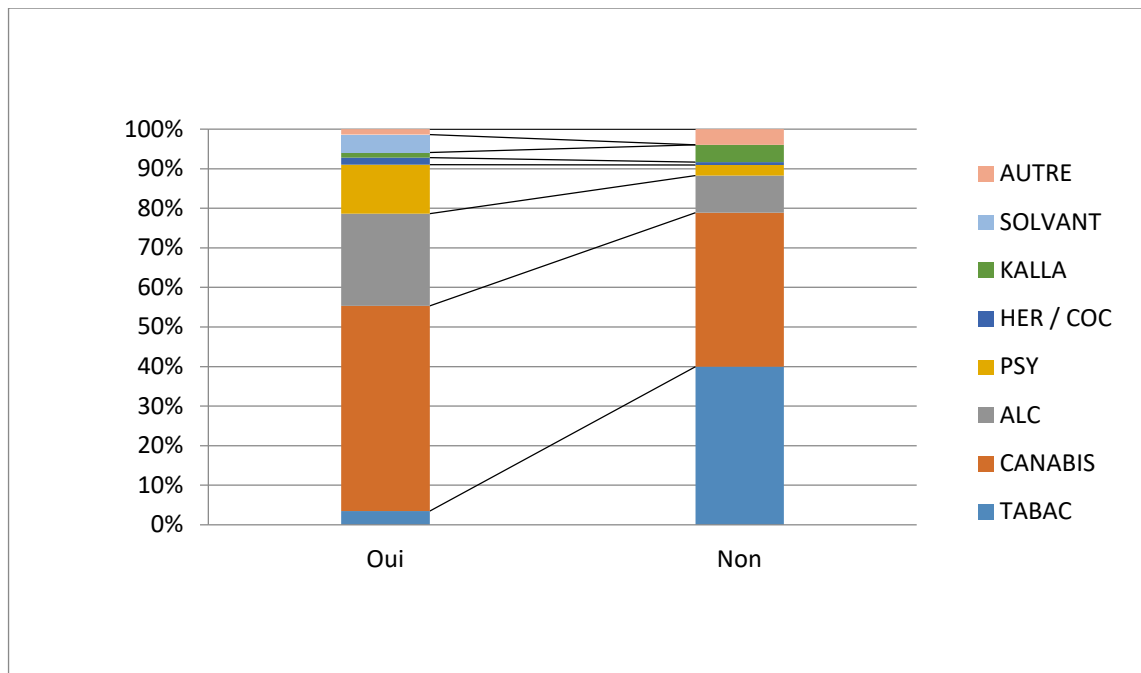


Figure 39 : Conflit avec famille

10. Antécédent judiciaire

Concernant l'existence d'antécédent judiciaire, nous retrouvons que lorsque la réponse est positive, l'utilisateur consommait à 58% du cannabis, à 24% de l'alcool, à 11% des psychotropes, à 3% des solvants et à moins de 1% de la cocaïne, de l'héroïne ou du tabac.

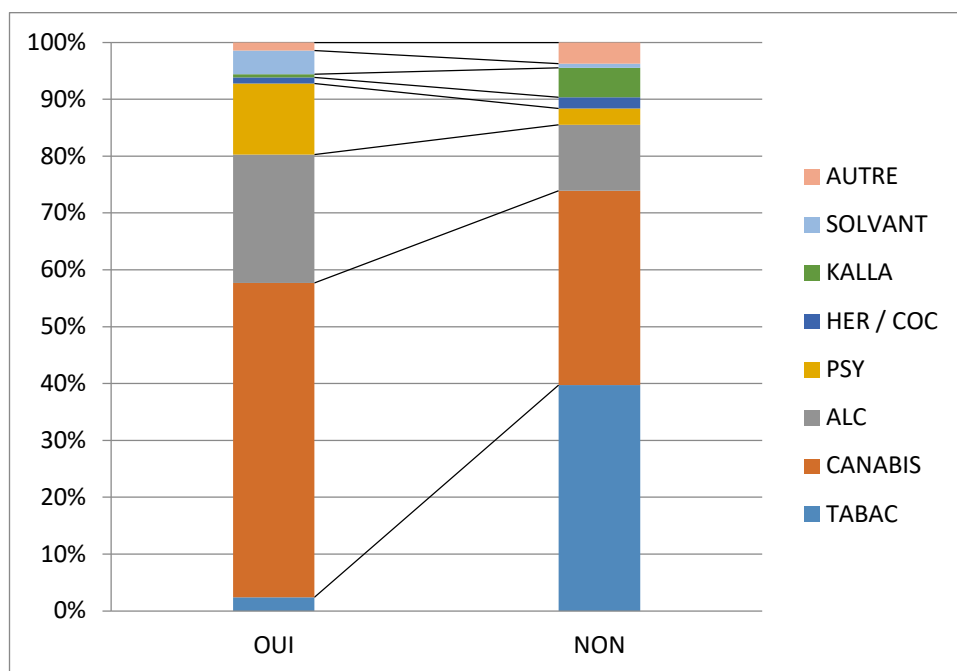


Figure 40 : Antécédents judiciaires

11. Degré d'addiction selon le type de substance utilisée

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

- Le tabac : 18% ne présente pas d'addiction, 18% une addiction légère, 30% une addiction modéré et 34% une addiction sévère.
- Le cannabis : 23% ne présente pas d'addiction, 22% une addiction légère, 34% une addiction modéré et 22% une addiction sévère.
- L'alcool : 25% ne présente pas d'addiction, 23% une addiction légère, 25% une addiction modéré et 30% une addiction sévère.
- Les psychotropes : 3% ne présente pas d'addiction, 22% une addiction légère, 30% une addiction modéré et 45% une addiction sévère.
- L'héroïne ou la cocaïne: 11% une addiction légère, 45% une addiction modéré et 44% une addiction sévère.

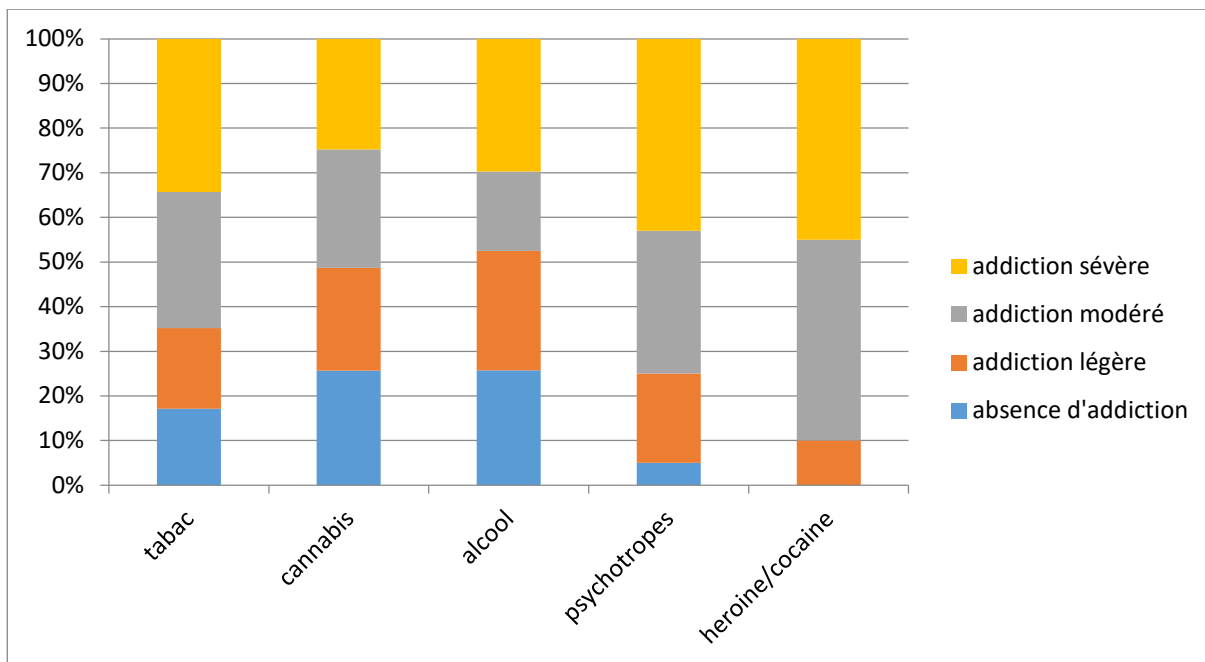


Figure 41 : Degré d'addiction selon le type de substance utilisée



DISCUSSION

Généralités sur l'addiction

Le cerveau est le siège de la conscience et de l'inconscience. Il contrôle l'ensemble des perceptions : douleurs, émotions, vigilance etc. Toutes ces perceptions sont organisées dans des régions bien spécifiques et individualisées. Ce contrôle ou communication cérébrale est régi par un système hautement perfectionné : l'influx nerveux utilisant des neurotransmetteurs (neuromédiateurs). Ces derniers jouent un rôle très important dans la transmission de l'information nerveuse d'un endroit à l'autre de l'organisme. Les substances psychotropes naturelles, les plus connus, utilisées dans la communication nerveuse sont la sérotonine, la dopamine, le glutamate. [4]

Les SPA conventionnelles sont généralement fumées, injectées, inhalées et leur activité psychotrope agit sur certaines régions du cerveau bien spécialisées, comme par exemple les circuits du centre du plaisir. Ces produits miment les effets des neuromédiateurs libérés au cours d'une excitation ou communication cérébrale afin de perturber les fonctions normales du cerveau. Cette propriété de mimétisme induit chez le sujet une libération ou blocage ou même élimination du neurotransmetteur naturel. Ce qui pourrait conduire à une perturbation de la transmission neuronale, donc influençant directement le comportement de l'individu. [5]

L'addiction aux substances psychoactives vient du fait de la stimulation du centre du plaisir, formant un circuit qui contrôle nos sensations les plus fondamentales (circuit de récompense). Cette stimulation agit sur l'aire tegmentale ventrale (ATV) et sur le noyau accumbens induisant l'incitation à la reprise de l'expérience. ATV reçoit plusieurs informations indiquant le degré de satisfaction provenant des autres régions du système limbique, cortex préfrontal, septum, l'amygdale. Cette information est ainsi transmise au noyau accumbens grâce à un neurotransmetteur ; la dopamine et dont son augmentation dans le circuit détermine le renforcement ou l'apprentissage. [5]

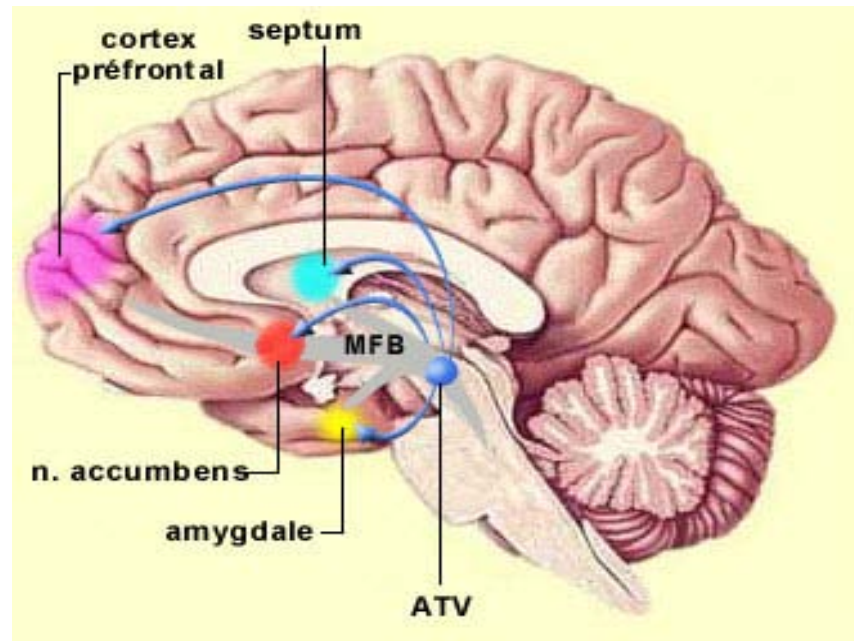


Figure : Le circuit du plaisir [6]

Certes toutes les SPA n'ont pas les mêmes effets sur le système nerveux central (SNC) ce qui nous permet de les classer suivant leur propriété psycho-active .

On distingue trois catégories de SPA suivant la classification de Delay et Deniker :

- ✓ Les stimulateurs qui présentent des effets psychoanaleptiques (excitants du SNC)
- ✓ Les inhibiteurs qui présentent des effets psycholeptiques (sédatifs du SNC)
- ✓ Les hallucinogènes qui présentent des effets psychodysleptiques (perturbateurs du SNC).

Tableau III : Classification des SPA selon leurs effets sur le SNC

Types de substances	Psycho Analeptiques	Psycho Leptiques	Psycho Dysleptiques	Produits Locaux (Maroc)
Définition	Ce sont des substances qui excitent le SNC (vigilance, anti dépression)	Substances qui ralentissent l'activité cérébrale (dépresseur, modérateur)	Provoque de l'hallucination et le délire (perturbateur de la transmission neuronale)	Mixture des substances toxicomanogènes
Substances	Cocaïne Amphétamine Khat	Opiacés Morphine Héroïne	Cannabis, Alcool Atropine	Mandragore Cannabis, Muscade Cardamone

Les substances psychoanaleptiques

Les substances psychoanaleptiques permettent de modifier l'humeur de la personne. Ce sont des antidépresseurs ou des stimulants de la vigilance. On peut les subdiviser en deux groupes : les thymoanaleptiques et les nooanaleptiques.

- ❖ **Les thymoanaleptique** : peuvent inhiber la recapture de la noradréline et de la sérotonine (caféine, cocaïne..) au niveau de la membrane présynaptique ou même augmenter leurs activités au niveau de la fente synaptique ; ce qui a pour effet d'induire l'antidépresseur. [8]
- ❖ **Les nooanaleptiques** : ce sont des substances chimiques agonistes adrénergiques dont leur principale activité est de stimuler la vigilance (Amphétamine et ses dérivés). Elles agissent en stimulant l'augmentation de la concentration de la dopamine et de la noradréline au niveau de la fente synaptique. [9]

- **Les substances psycholeptiques**

Ce sont des substances ayant la propriété de modérer les fonctions ou l'activité du cerveau (sédatif ou hypnotique) : effet dépressif sur le système nerveux centrale.

Les psycholeptiques perdurent ou augmentent la concentration de la dopamine au niveau de la fente synaptique et par conséquent favorisant l'apprentissage (l'acétylcholine stimule la libération de la dopamine). Le pouvoir mimétique des psycholeptiques comme la nicotine, leur permet de se fixer sur les récepteurs cholinergiques (nicotinique et/ou muscarinique) sans être dégradé par les enzymes acétylcholinestérases au niveau de la fente synaptique, engendrant une station plus prolongé par rapport à ce dernier. Cet effet plus durable des psycholeptiques induit une sensation de relaxation, de détente, lutte contre l'insomnie... [10]

▪ **Les substances psychodysleptiques**

Les hallucinogènes sont des substances perturbatrices de l'activité neuronale. Elles se fixent sur plusieurs types de récepteurs : serotoninergiques, opiacés, catécholaminergique

Les psychodysleptiques mimant les neurotransmetteurs serotoninergiques dérèglent le système neuromodulateur impliqué dans la fonction cognitive. Ces agonistes se fixent sur les récepteurs 5-HT (5 hydroxytryptamine) localisés de part et d'autre du cerveau (noyau accumbens, cortex cérébral, néocortex, cortex fronto-pariétal...) induisant l'excitation des interneurones gabanergique qui à leur tour inhibent le potentiel postsynaptique. D'autre part, ces substances stimulent indirectement le système catécholaminergique et noradrénergique provoquant l'augmentation de concentration de noradrénaline et de la dopamine participant à l'apprentissage. [10]

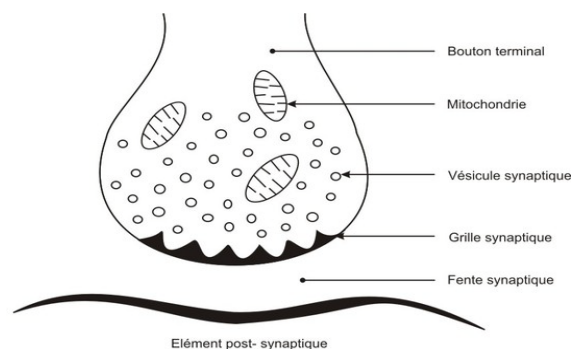


Figure 4 Schéma montrant la structure synaptique [4]

I. Aperçu historique

En quête de substances ayant un effet positif sur l'humeur, le comportement et la santé, l'homme a été séduit par la SPA depuis l'antiquité et tout le long de son histoire. Il a connu l'opium, SPA extraite du pavot, l'un des produits psycho actifs les plus anciennement connus. Des graines et des capsules de pavot à opium ont été retrouvées dans les habitats néolithiques européens datant de 5000 ans avant Jésus-Christ. [24,43] Les Sumériens le connaissaient près de 4000 ans avant J.C, et une de leurs tablettes d'argile, écrites vers 2100 ans avant J.C, comportait une référence au pavot à opium, le qualifiant de " plante de joie"ou "Hul-Gil" c'est DOUGHERTY (1877- 1933) qui a indiqué le premier, que les Sumériens avaient un idéogramme spécifique pour l'opium : il expliqua l'idéogramme comme étant composé de "Hul", la joie et de "Gil" qui serait à représenter les différentes espèces de la plante . En Asie mineure figure dès l'antiquité une ville, AFRORUM KARA HISSAR, dont le nom se traduit par "Château noir d'opium". La Chine l'a connu vers le VIIIème siècle, mais son usage y resta longtemps thérapeutique. L'habitude de le fumer ne remonterait qu'au début du XVIIème siècle, à la fin de la dynastie des Ming. Les Pharaons de la haute antiquité connaissaient l'usage de l'opium ainsi qu'en témoigne le fameux papyrus Ebers qui immortalise , 1600 ans avant Jésus-Christ, certaines formules utilisant l'opium pour soulager de l'insomnie, des maux de tête et pour atténuer les douleurs.[7] Les Grecs quant à eux, prescrivaient le pavot de façon courante dès la haute Antiquité. En 850 avant J.C., Homère, poète grec, le cite dans l'Odyssée comme « éloignant les peines ». Ainsi Homère rapporte qu'Hélène, pour soulager la douleur des guerriers blessés au combat, dissolvait dans le vin une SPA « qui endort douleur et colère en apportant l'oubli de toutes les souffrances ».

La Perse a aussi utilisé l'opium dans sa pharmacopie. Avicenne (980-1037) dans son poème de la médecine qui est un abrégé de son célèbre kanon a qualifié l'opium de remède engourdissant. [43] Le cannabis, quant à lui peut revendiquer une tradition séculaire. Il est mentionné sous le nom de Bhang dans l'Athrava-veda, le plus ancien des textes sacrés hindoux.

A la fin du premier siècle de notre ère, il fait son apparition dans les légendes indiennes en tant que boisson favorite du Dieu Shiva. A la même époque, les chinois l'utilisaient comme anesthésique sous le nom de mafo-sam. Au moyen orient, les Assyriens le brûlaient comme encens dès le VIIIème avant J.C. On le retrouve un peu plus tard au nord de la Perse et il se répandit en Irak, en Syrie, en Egypte et chez les Romains. L'historien grec Diodore (Ier siècle avant J.C.) en parle comme un « remède magique contre la tristesse ». Sacré aussi pour les arabes, le haschich ouvrait les portes du paradis à Hassan SABBAH (le vieux de la montagne) et lui conférait un pouvoir absolu sur ses disciples.[26] Il semblerait d'ailleurs que les Arabes aient été à l'origine de l'introduction du cannabis au cours de leurs pénétrations, successivement en Egypte, Afrique du Nord et en Espagne. Utilisé d'abord pour des raisons thérapeutiques, le cannabis ne tarde pas à être recherché surtout pour ses propriétés éniantes et euphorisantes. Souvent fumé, parfois ingéré, associé à des pâtes ou à des friandises, il engendrait en quelque sorte « l'ivresse alcoolique » prohibée par l'Islam. C'est ainsi, que le cannabis se substitue sournoisement à l'alcool et se propage en Orient et au Maghreb. Ce qui incite de nombreux penseurs musulmans à en dénoncer l'usage ; IBN TAYMIA dans son traité « Al Haschich » constata l'analogie suivante : « Si le vin est interdit en raison de ses méfaits sur l'esprit et le corps de l'homme, il devrait en être de même pour le haschich qui est encore plus néfaste et plus nuisible à l'individu et à la Société que le vin. Par conséquent, tout consommateur de l'un ou de l'autre s'attirerait la malédiction de Dieu et du prophète ».[37]

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

Comme Baudelaire, Théophile Gautier, le peintre Delacroix, Daumier, Moreau de Tours étaient des habitués des fameuses soirées de l'hôtel Pimodan. Mais cette délectation dans les

manifestations instinctives de la recherche du plaisir toxicomane devait heurter la conscience morale. C'est alors que survient la seconde phase de l'histoire des toxicophilies, celle de la réaction social, où moralistes et médecins philanthropes se dressent, souvent avec véhémence contre ceux qui exaltent les plaisirs vicieux.[16]

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

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

II. Classifications Des Substances Psychoactives

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

1. Classification de LEWIN :[58]

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

1- EUPHORICA : Analgésiques euphorisants : Opium – Morphine, Codéine – Héroïne
Cocaïne

2- PHANTASTICA : hallucinogènes . Chanvre Indien, haschich, marijuana . Peyolt, mescaline .

Acide lysergique diethylamine (L S D)

3-INEBRIENTA : Substances enivrantes . Alcool, éther, solvants, détachants.

4-HYPNOTICA : Agents de sommeil. Barbituriques, certains tranquillisants.

5- EXITANCIA : Substances stimulantes . Café, thé, betal, kat, tabac, éphédrine, amphétamine.

2. Classification pharmacologique de Delay et Deniker adaptée par Boudreau [58]

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

1- Substances (Psycholéptiques) sédatives:

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

2- Substances stimulantes (psychoanaléptiques) :

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

3- Substances perturbatrices (psychodysléptiques) :

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

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

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

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

^a Groupe B1 : Substances à placer sous contrôle parce qu'elles sont susceptibles d'abus ; leur valeur thérapeutiques est faible voire moyenne. Ce sont surtout les amphétamines.

^a Groupe B2 : C'est le groupe des barbituriques et de certains hypnotiques c'est-à-dire les substances susceptibles d'abus et dont la valeur thérapeutique est moyenne voire grande et qu'il est recommandé par le comité de soumettre au contrôle.

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

III. Retentissement socio-économique de l'addiction

D'après l'organisation mondiale de la santé (OMS) en 2005 l'usage de tabac a tué dans le monde, 5 millions de personnes, dont la moitié dans les pays en voie de développement, l'OMS estime que le tabac a tué 100 millions de personnes au XXème siècle et pourrait en tuer 1 milliard de personnes au XXIème siècle. [38]

Par ailleurs, le nombre des décès liés au tabac reste actuellement en plateau ou diminue dans les pays industrialisés du fait de la diminution de la prévalence du tabagisme observé dans ces pays depuis quelques décennies. [44] Cette diminution sensible de la consommation tabagique s'est accompagnée malheureusement d'une augmentation importante de la consommation d'autres substances psychoactives notamment le cannabis et les opiacées. [24] Le rapport 2005 de l'ONU sur les substances psychoactives montre une forte progression du

marché du cannabis, avec un chiffre d'affaire annuel de 320 milliards de dollars, supérieur au PIB de 9 pays sur 10 dans le monde, le nombre d'usagers et addicts en hausse de 8%, avec quelques 200 millions de consommateurs de stupéfiants. La popularité croissante du cannabis inquiète l'ONU, car cette substance psychoactive était consommée par plus de 160 millions de personnes en 2004, soit 10 millions de plus que l'année précédente, quant à l'héroïne, on compte près de 16 millions de personnes dépendantes dans le monde. .[67]

Aux Etats-Unis, l'addiction psychoactive constitue un problème majeur de santé publique du fait des grands dégâts socio-économiques engendrés par ce phénomène. En 2002, la lutte contre l'addiction a coûté pour le gouvernement, 18,9 milliards de dollars; quant au coût économique globale associé à la consommation de substances psychoactives, il avait atteint 110 milliards de dollars. Cette situation dramatique, sur tous les plans, notamment socio-économique fait des Etats-Unis l'un des pays les plus endommagés par le fléau de la l'addiction. .[23,49,51] En Europe, des chiffres alarmants ont été publiés par l'observatoire européen des substances psychoactives et des addictions (OEDT) dans son rapport 2006 sur les substances psychoactives les plus consommées, notamment le cannabis. Selon ce rapport, la prévalence de la consommation de cette substance psychoactive tout au long de la vie était aux alentours de 65 millions de sujets, soit un adulte européen sur cinq ; alors que l'usage au cours de l'année dernière a concerné 22,5 millions d'adultes européens. .[61] Ainsi, l'Europe se trouve menacée par le nombre croissant des addicts et par les répercussions qui en découlent. La France est l'un des pays européens les plus touchés par le phénomène de la addiction. Selon le Baromètre santé 1993/1994, le cannabis constitue de loin la substance psychoactive la plus consommée en France. Ainsi en 2003 le taux d'usage parmi les adultes français était de 19,7%. .[40]

L'INSERM dans son rapport 2003 révèle que 45.000 décès d'adultes de plus de 25 ans étaient attribuables à l'imprégnation éthylique chronique. Quant aux dépenses de santé liées à l'alcoolisation excessive représentent 2,7 milliards d'Euros par an au sein d'un ensemble de coûts sociaux s'élevant à 18 milliards d'Euros. Actuellement la France, compte entre 5 et 6 millions d'alcooliques dépendants. .[39]

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

- La diffusion planétaire des substances psychoactives, qui n'épargne plus aucune région et la « contamination » de différents pays par certaines substances encore méconnues il y a peu de temps. Le cannabis qui était un produit de l'orient et de l'Afrique du Nord, se rencontre actuellement en occident. De même, l'alcool qui été si longtemps la substance psychoactive traditionnelle du monde occidental, soulève aujourd'hui de plus en plus de problèmes dans les pays émergents. [63]
- La consommation SPA touche de nouvelles couches sociales et prend un nouveau profil démographique.

L'industrie de tabac, et pour compenser ses pertes dues à la diminution de la prévalence du tabagisme masculin en occident ; vise des nouveaux marchés très prometteurs : les femmes, les jeunes et les pays en voie de développement .[11, 27]

- La relation entre la dépression et la addiction a fait l'objet de nombreux travaux, qui sont unanimes sur la forte prévalence de la dépression chez les consommateurs de SPAs ; ce qui présente un coût cumulé pour la société. [20, 32, 50,57]
- De nouveaux produits caractérisés par une action psychotrope plus puissante et une pharmacodépendance plus précoce et plus accrue (Ecstasy, Crack...) font leur apparition. Ce qui présente un nouveau défi pour les programmes de lutte contre les stupéfiants. [31,21]
- Les complications de l'addiction deviennent de plus en plus lourdes aussi bien pour l'individu que pour la société.

Ainsi, on estime à 30% le taux des séropositifs (VIH positifs) parmi les usagers de substances psychoactives en France. .[19]

De même pour l'hépatite B et C ; le rapport national Belge sur les substances psychoactives révèle que la prévalence des Hépatites virales chez les injecteurs de substances psychoactives est de 66% pour l'hépatite C et 16% pour l'hépatite B. .[41]

Hormis ses méfaits sur le consommateur, la substance psychoactive est aussi impliquée dans nombre de problèmes touchant l'ensemble de la société. Ainsi le cannabis a été incriminé dans 10% des accidents de la voie publique en France en 2001 .[47]

Face à cette dégradation rapide de la situation, aussi bien sur le plan quantitatif que qualitatif, une action urgente et efficace s'impose. Au Maroc, durant les années cinquante et soixante, le « Kif », l'équivalent de la marijuana, était fumé par les artisans, dans les milieux économiquement modestes et dans l'armée. Pour ce faire, on utilisait des calumets nommés « sebsi », cet usage n'impliquait pas forcément une image négative ou une discrimination sociale. L'alcool, deuxième produit de prédilection de l'époque, était surtout consommé dans les milieux aisés.

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

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

- une disponibilité des différents produits, plus ou moins importante en fonction des régions (surtout la région du nord).).[15]
- Une prédominance masculine de la consommation SPA, avec une augmentation de l'usage de tabac et d'alcool chez les femmes.
- Une introduction progressivement croissante de l'héroïne et de la cocaïne dans les grands centres urbains.
- Une consommation importante des solvants volatils par les enfants marginalisés et de bas niveau socio-économique
- Les adolescents sont de plus en plus touchés. .[14]
- Une grande comorbidité psychiatrique avec l'usage de cannabis et d'alcool.

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

IV. Etiopathogenie de l'addiction

1. Approche psychanalytique

Jusqu'au début des années 1970, la psychanalyse a exercé une influence non négligeable sur la littérature psychopathologique d'addiction. Ses approches caractérisées par la diversité, témoignent de la difficulté de décrire un type de personnalité unique ou structure de personnalité spécifique chez l'usager addict. [18]

Selon certains auteurs, l'usage de substances psychoactives représente le caractère régressif de la conduite toxicomaniaque, qui soumet entièrement l'individu au plaisir oral. Cette oralité qui rappelle le sein maternel, témoigne de l'immaturation affective et relationnelle du l'usager addict. [32]

La psychanalyse souligne également le caractère dépressif que prend l'addiction chez nombre de consommateurs qui éprouvent un sentiment constant de peine, de souffrance plus ou moins indéfinis, de tension affective et surtout d'insatisfaction, un besoin de se plaindre et de se montrer malheureux. L'addiction vient alors représenter un mécanisme de défense qui protège le sujet contre la dépression, l'ennui la culpabilité, la honte et d'autres émotions négatives. Pour certains psychanalystes qui ont introduit la notion du narcissisme dans l'étude des addictions ; la substance psychoactive joue le rôle d'objet interne sécurisant. Elle exerce pour le addict une fonction de « restauration narcissique » facilitant « Une mise à distance » du réel, mal toléré par le « moi déficient » du addict. Ainsi dans l'euphorisme pharmacogénique, le moi retrouve sa toute-puissance narcissique. [32 , 68]

2. Approche familiale

Depuis une vingtaine d'années, la théorie des systèmes familiaux s'impose ; elle avance que chaque membre de la famille affecte et est affecté par les autres. Ainsi l'addiction est interprétée comme un symptôme d'un dysfonctionnement familial. La mère est décrite comme surprotectrice est trop permissive, le père quant à lui, est passif, indifférent, voire totalement absent de la dynamique familial C'est d'une manière globale une famille défaillante, désunie... L'addiction vient souvent masquer les autres problèmes. Toutes les difficultés sont projetées sur la substance psychoactive. On se trouve assez souvent devant des systèmes complètement stabilisés : le addict étant le garant de l'équilibre du système. [8]

3. Approche cognitivo- comportementaliste

Le développement de la psychologie cognitive a montré que les troubles mentaux peuvent se comprendre par des dérèglements à un ou plusieurs niveaux de système de traitement de l'information. Selon Hautekeete (1995), « l'analyse des processus cognitifs montre que parfois le trouble mental est essentiellement caractérisé par un dysfonctionnement précis de traitement de l'information, dans certains cas, on peut même se demandé si ces dysfonctionnements ne constituent pas le noyau central de la maladie ». [62 , 37]

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

- Des croyances anticipatoires, impliquant une attente positive liée à la substance psychoactive.
- Des croyances soulageantes, correspondant à l'attente de la réduction du manque ou d'un malaise.
- des croyances permissives, donnent la permission de consommer un produit dangereux.
- D'après cette théorie, des stimuli à risque activeraient les schémas cognitifs anticipatoires et soulageant, ceux-ci donneraient lieu à des pensées automatiques,

provoquant ainsi de fortes envies de consommer. L'envie de consommer déclencherait ensuite l'activation d'un schéma permissif, donnant « l'autorisation » de consommer, déterminant en quelque sorte, la tolérance par rapport au désir. Une fois cette étape accomplie, le sujet se focaliserait sur une stratégie d'action pour rechercher la substance psychoactive et la consommer. [12 , 63 , 68]

4. Approche neurobiologique et génétique :

Approche neurobiologique : [21]

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

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

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

Approche génétique :

Elle est basée sur le caractère familial que prend l'addiction chez certains sujets, chez qui le père et /ou la mère sont aussi des addicts. Plusieurs expériences sur l'animal ainsi que des études sur les jumeaux ont mis en évidence l'existence d'un facteur héréditaire, mais, semble-t-il, sans certitude absolue. [3]

La recherche génétique sur la dépendance aux substances psychoactives s'est récemment enrichie de l'apport de la biologie moléculaire. Ainsi peut-on étudier une éventuelle association génétique avec une pathologie, en particulier entre un gène codant pour le récepteur dopaminergique D2 et les conduites addictives. Il semble bien que l'association entre l'allèle A1 du gène DRD2 et les addictions soit retrouvée de façon significative. [18] Toutefois, il faut rappeler que l'addiction résulte de la rencontre d'un sujet, d'une substance et d'un environnement. L'hérédité génétique ne serait donc qu'un élément parmi d'autres qui permettrait à certains sujets d'éprouver avec une substance SPA des effets positifs ou négatifs reproductibles par le biais de gènes spécifiques. [68]

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

V. Centre d'addictologie de Marrakech

Le centre d'addictologie de Marrakech a été construit en 2013 par la fondation Mohamed V dans le but de contribuer à lutter contre le phénomène de plus en plus présent de l'addiction et de l'usage abusif des substances psychoactives.

Il est géré simultanément par le ministère de la santé et l'association marocaine de réduction des risques liés à l'usage des substances psychoactives.

Il existe déjà 5 centres de ce genre au Maroc, à Marrakech, Casablanca, Tanger, Oujda et Agadir et deux autres sont en construction.

Sur le plan architectural mais aussi organisationnel, il est subdivisé en deux niveaux :

- A l'étage, le pôle médical, géré par le ministère de la santé et composé d'une équipe faite d'un médecin addictologie, un médecin généraliste, quatre infirmiers et un assistant social
- Au rez-de-chaussée, nous retrouvons le pôle social géré par l'association de réduction des risques liés aux substances psychoactives et dont l'équipe est composée des membres de l'association et géré par un bureau de 9 personnes, épaulé par deux assistantes sociales employé de l'association et qui participent à la gestion quotidienne et à l'organisation de toutes les activités du centre ; ce pôle dispose d'une salle de musique, d'une salle d'arts plastiques, d'une salle de projection, d'une salle de cours, d'une bibliothèque, d'une salle de sport, d'un salon de détente, d'une salle de cuisine et de deux bureaux de consultation.



Image 1: Facade du batiment



Image 2: Batiment



Image 3: Salle de jeux



Image 4: Salle de musique



Image 5: Salle de peinture



Image 6: Salon



Image 7: Distribution des espaces



Image 8: Accueil



Image 9: Bureau administratif

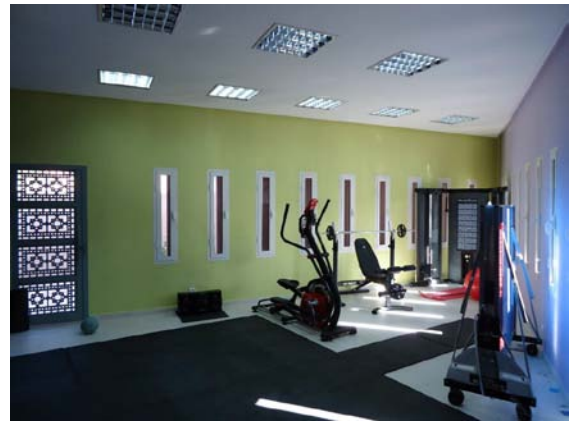


Image 10: Salle de sport



Image 11: Salle d attente

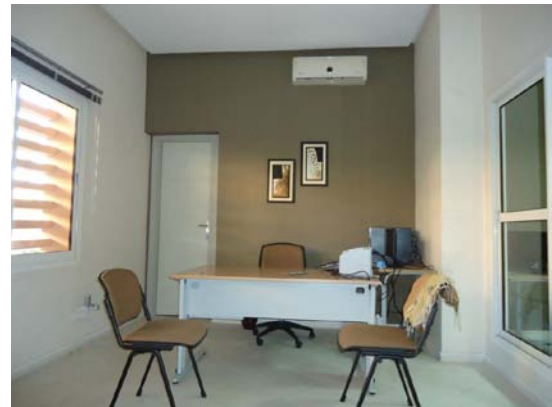


Image 12: Bureau de psychologue



Image 13: Hall central



Image 14: Salle informatique



Image 15: Charte de l'utilisateur



Image 16: Salle de cours



Image 17: Table de ping pong

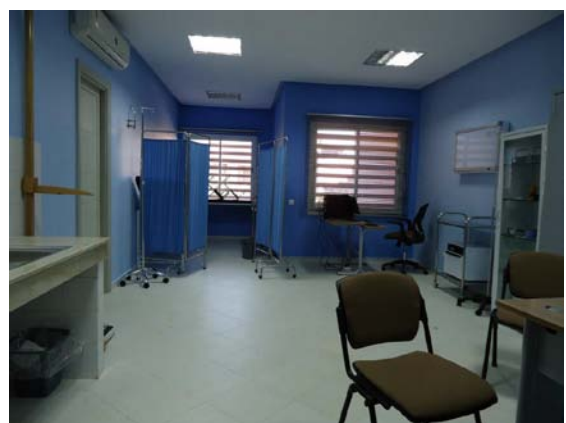


Image 18: Salle de consultation médicale

Les caractéristiques des consommateurs de SPA :

I. Le sexe :

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

En effet, 93% des usagers dans notre échantillon étaient de sexe masculin contre seulement 7% de sexe féminin ; dont la répartition d'usage se fait comme suit : (Figure 1,31)

Pour le sexe masculin : 51% sont consommateurs de cannabis, 20% d'alcool, 19% de tabac, 8% de psychotropes et 1% d'héroïne et cocaïne.

Pour le sexe féminin : 40% sont consommatrices de cannabis, 23% de psychotropes, 21% de tabac, 14% d'alcool et 1% d'héroïne ou cocaïne.

Cette différence de répartition est moins évidente dans d'autres pays de culture différente. Ainsi CHAKROUN et Al en France ont montré que la prévalence du tabagisme féminin était la même que celle du tabagisme masculin (35,6%) au sein de la population d'usagers de Bordeaux.

Pour ce qui est de la consommation cannabique, CHAKROUN et al ont montré dans leur étude que 21,7% des usagers de sexe masculin étaient consommateurs de cannabis contre 9,3% des usagers de sexe féminin.

Dans l'étude de CHAKROUN et al en France, ils rapportent des résultats concernant la consommation d'alcool réparti tel que suivant : 22,3% des usagers de sexe masculin étaient consommateurs d'alcool contre 10,5% des usagers de sexe féminin.

II. L'âge :

La tranche d'âge 18–40 ans était la plus représentée au niveau de notre échantillon ; elle constitue 58%, 24% avaient moins de 18 ans et 18% avaient plus de 40 ans. L'âge moyen était 21,7 ans, (extrêmes : 15 et 49 ans). (Figure 2, 32)

Tandis que si nous recherchons le type de substance utilisées par chaque tranche d'âge, Nous retrouvons dans notre échantillon que pour la catégorie d'âge s'étendant aux moins de 18 ans ; nous avons une consommation de cannabis à hauteur de 62%, de tabac à 21%, d'alcool à 7%, de solvant à 5% et de psychotropes à 4%.

Pour la catégorie âgée entre 18 et 40 ans, nous retrouvons une consommation de cannabis à hauteur de 48%, d'alcool à 20%, de tabac à 14%, de psychotropes à 10% et d'héroïne ou cocaïne à 1%.

Enfin pour la catégorie âgée de plus de 40 ans, nous retrouvons un usage du cannabis à 40%, du tabac à 32%, de l'alcool à 20%, des psychotropes à 2% et de l'héroïne ou cocaïne à moins de 0.5%.

Nos résultats montrent une utilisation plus importante des substances illicites et interdites chez la catégorie d'Age inférieur à 20 ans par rapport à l'étude de Gourani réalisé à Marrakech en 2007 ; ainsi dans son étude les prévalences de la consommation de tabac, de haschich et d'alcool chez les usagers âgés de 18 à 20 ans étaient respectivement 11,7%, 2,3% et 8,2%, alors que chez les usagers de plus de 24 ans, elles passaient à 43,6%, 22,3% et 30,8% soit des résultats sensiblement similaires aux nôtres ; nous pouvons alors émettre l'hypothèse que durant la dernières décennies l'accès aux substances même illicite s'est fortement « démocratisé » et simplifié pour les jeunes.

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

III. Le mode de vie :

44% des usagers dans notre échantillon vivent avec leurs parents, tandis que 40% dispose d'un domicile personnel, alors que 8% vivent chez des proches et 4% avec des amis ou sans domicile fixe. (Figure 7, 37)

Ainsi 66% des usagers vivent loin de leur foyer parental, et nous pouvons émettre l'hypothèse que cet éloignement participe à encourager l'usage, OULAADA retrouve des résultats quasi similaires, 16% des usagers de SPAs résidaient loin de leurs foyers contre seulement 3% pour ceux vivant avec leurs parents.

Concernant la répartition d'usage selon la substance et les différents types de logement, nous retrouvons :

- Chez soi : 55% utilise le cannabis, 19% l'alcool, 18% le tabac, 4% les psychotropes et moins de 1% l'héroïne ou cocaïne.
- Avec des proches : 41% utilise le cannabis, 9% l'alcool, 38% le tabac, 2% les psychotropes et moins de 1% l'héroïne ou cocaïne.
- Avec les parents : 25% utilise le cannabis, 31% l'alcool, 18% le tabac, 21% les psychotropes et moins de 1% l'héroïne ou cocaïne.
- SDF : 28% utilise le cannabis, 5% l'alcool, 40% les solvants, 10% les psychotropes et 2% l'héroïne ou cocaïne.
- Avec des amis : 65% utilise le cannabis, 17% l'alcool, 3% le tabac, 7% les psychotropes et moins de 1% l'héroïne ou cocaïne.

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

IV. L'origine géographique :

76 % des usagers dans notre échantillon était d'origine urbaine contre 24% d'origine rurale.

Nous retrouvons que l'origine urbaine semble favoriser l'usage, ce qui se contredit avec la littérature, nous expliquons cela que dans notre étude nous étudions le profil épidémiologique d'usagers qui ont émis la volonté de se soigner, notamment en fréquentant le centre d'addictologie de Marrakech ; hors le milieu rural tant par le manque de sensibilisation que par l'éloignement géographique des usagers est plus propice à ne pas « se soigner ».

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

Dans notre étude, (Figure 3, 33) nous retrouvons que pour le milieu de résidence, au niveau

- urbain : 48% sont consommateurs de cannabis, puis 20% d'alcool et de tabac, et 10% de psychotropes et 2% d'héroïne ou cocaïne.
- Rural : 55% sont consommateurs de cannabis, 20% d'alcool, 13% de tabac, 7% de psychotropes et moins de 0.5% d'héroïne ou cocaïne.

Nous remarquons que les taux d'utilisation du cannabis est sensiblement similaire, ce qui dénote de la facilité de procuration des substances tant au niveau rural qu'urbain, mais nous retrouvons que le tabac est moins représenté chez les usagers d'origine rural, contrairement à ce que pourraient indiquer les chiffre de vente de la régie des tabac, ce que nous expliquons encore une fois par le fait que notre étude s'intéresse à des usagers ayant émis la volonté de se soigner, et donc le manque de sensibilisation sur les dangers du tabac en milieu rural et le plus haut taux

d'analphabétisme pourrait expliquer cette faible proportion et volonté à s'en débarrasser en milieu rural qu'en milieu urbain.

Nous notons aussi une plus grande utilisation de l'alcool en milieu urbain qu'en milieu rural que nous expliquons par le plus grand poids social de l'usage de cette substance non seulement illégale mais aussi illicite en milieu rural qu'urbain où l'anonymat est plus facilement acquis.

V. Le Niveau socio-économique :

Nous retrouvons, (Figure 7) que le taux de consommation de substance psychoactives le plus élevé est retrouvé chez les usagers ayant un revenu jugé moyen selon notre fiche de référence, variant entre 3000 et 5000Dh tandis que 11% seulement avait un revenu supérieur à 10000Dh, ce qui se contredit avec les études de Gourani qui a retrouvé que le taux le plus élevé de la consommation tabagique, alcoolique et cannabique était noté chez les usagers dont le revenu mensuel est supérieur à 10 000dhs, avec respectivement 36,44%, 33,3% et 9,1% contre seulement 19,1%, 14,7% et 7,4% chez ceux issus de famille dont le revenu est inférieur à 1500 dirhams /mois. Mais la différence est statistiquement non significative. BADOURI en milieu universitaire à Oujda, rapporte que la fréquence la plus élevée de la consommation de tabac est notée chez les étudiants habitants des villas (30,5%) et le taux le moins élevé était chez ceux habitants des maisons traditionnelles (22,2%).

Nous expliquons ces différences par le fait que le centre d'addictologie où nous avons mené notre étude est un établissement public, souvent fréquenté par une population ne disposant pas de moyens pour se soigner dans des centres privés.

VI. Niveau d'étude

Le taux d'usage chez les usagers fréquentant le centre semble augmenter en parallèle que l'amélioration de leur niveau étude ; en effet 13% avait un enseignement coranique, tandis que 14% un niveau primaire, 29% un niveau de collégiens et 44% un niveau au-delà du collège. (Figure 5)

Nous expliquons ces résultats par le fait que l'échantillon étudié comprend des personnes qui fréquentent un centre d'addictologie et qui ont par conséquent émis la volonté de se soigner, hors cette volonté semble naturellement évoluer en parallèle que le niveau d'étude pour des raisons sans doute liés au fait que plus l'utilisateur est instruit, plus il a eu l'occasion d'être sensibilisés aux méfaits de l'usage des différentes substances psychoactives.

Il nous semble par conséquent très intéressant pour le centre d'addictologie de continuer les séances de sensibilisation dans les établissements d'enseignements supérieurs, les lycées et les collèges, qui semblent porter leurs fruits, mais d'essayer aussi d'intégrer des établissements primaire et même coranique dans ses démarches.

VII. L'âge de début d'usage:

40% des usagers dans notre échantillon ont débuté leur usage de substances psychoactives entre l'âge de 15 ans à 18 ans ; 31 % entre l'âge de 18 à 21 ans, 21% après 21 ans et 8% avant l'âge de 15 ans. Nous remarquons donc que le début de l'usage se fait de manière très précoce, à 40% avant même l'âge de la majorité (Figure 17)

GOURANI retrouve des résultats similaires et note que, la plupart des usagers consommateurs de SPA ont débuté leurs consommations entre l'âge de 15 ans et 18 ans, soit en période d'adolescence. Ainsi, à cet âge, 63,1% d'entre eux ont fumé du tabac pour la première fois, 63,4% ont consommé du Haschich et 58,9% parmi eux ont consommé de l'alcool. Des résultats similaires ont été rapportés par OULAADA (75%), BADOURI (73,5%), et ACHBOUK (76,4%).

VIII. Le mode de consommation :

66% des usagers déclarent utiliser plusieurs substances simultanément, contre 34 % qui n'en utilisent qu'une seule. Un taux particulièrement élevé de poly-usages, surtout lorsqu'on le compare aux taux d'utilisation de la première substance utilisée, à savoir le tabac seul et qu'on le corrèle avec la durée moyenne d'utilisation des usagers de notre échantillon qui se situe à 3 ans d'usage; ainsi il nous semble que plus l'usage dure, plus le risque de consommer de nouvelles substances est élevé.(Figure 15)

IX. Les initiateurs :

53% des usagers auraient été initié par un ami à l'usage de substances psychoactives, contre 24% par un collègue et 23% seul. Ainsi 77% des usagers de notre échantillon aurait débuté leur usage à travers un tiers et seulement 23% s'y était adonné de manière solitaire. (Figure 16)

Dans son étude, GOURANI retrouve des résultats similaires en démontrant que le comportement des usagers de SPAs était fortement influencé par celui de leurs amis. Ainsi, 72,8% des consommateurs de tabac ont été initié par un ami, de même pour la consommation du Haschich (70,7%) et d'alcool (79,5%). Des résultats similaires ont été rapporté par OULAADA : 83,3% des usagers de SPAs ont été initié par leurs amis contre seulement 6% ayant leurs propres initiatives.

X. Instance de référence

Nous étudions ici la personne que l'utilisateur déclare avoir été celle à l'origine de sa visite au centre.

Nous remarquons que :

- 26% ont été référé par un médecin d'une structure publique

- 22% par un de leur professeur
- 19 % par des membres de leurs familles
- 12% par des amis
- 8% par des médecins de structures privées
- 7% par leur propre initiative
- 6% par la publicité du centre

On retrouve que ce sont les médecins du secteurs publics qui réfèrent le plus au centre, cela étant probablement dû au fait qu'une partie du centre est géré par le ministère de la santé qui facilite la communication entre ses différentes structures.

La part du à la famille est assez importante, près du 1/5, ce qui correspond à ce dont on pouvait s'attendre selon notre contexte, et on préconise que le centre s'intéresse encore plus à cette voie en proposant des programmes combinant usager et famille.

Les médecins du secteur privées ne semblent pas être au courant de l'existence du centre ou rechignent à y référer, le centre devrait selon toute vraisemblance mettre en place une stratégie pour initier les médecins du secteur privées à avoir recours à ses services.

Seulement 6% des usagers sont venus après avoir vu une « publicité » ou communication du centre, qui gagnerait à augmenter sa visibilité, notamment sur internet et les réseaux sociaux où les jeunes (étant la catégorie la plus touché de notre échantillon) est la plus présente.

Enfin, nous retrouvons qu'une part importante, 22%, des usagers ont été référé par un établissement d'enseignements, le centre ayant déjà mis en place une large stratégie de sensibilisations dans les établissements d'enseignement, stratégie qui nous le pensons devrais jouir de plus d'intérêt de la part des gestionnaire du centre.

XI. Evaluation de dépendance chez les consommateurs de SPA

Dans notre étude Nous notons que 36% des usagers de notre échantillon se sont présentés au centre en ayant une addiction sévère, tandis que 31% avait une addiction modérée, 20% une addiction légère et 13% une absence d'addiction soit 87% présentaient une addiction à une substance. (Figure 28 et 41)

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

- Le tabac : 18% ne présente pas d'addiction, 18% une addiction légère, 30% une addiction modérée et 34% une addiction sévère.
- Le cannabis : 23% ne présente pas d'addiction, 22% une addiction légère, 34% une addiction modérée et 22% une addiction sévère.
- L'alcool : 25% ne présente pas d'addiction, 23% une addiction légère, 25% une addiction modérée et 30% une addiction sévère.
- Les psychotropes : 3% ne présente pas d'addiction, 22% une addiction légère, 30% une addiction modérée et 45% une addiction sévère.
- L'héroïne ou la cocaïne: 11% une addiction légère, 45% une addiction modérée et 44% une addiction sévère.

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

Dans l'étude de Gourani 86,4% des usagers consommateurs de tabac présentaient une dépendance. HASTIER et al, dans une enquête menée au sein de 100 adolescents français, rapportent que 48,3% des fumeurs présentaient une dépendance moyenne à forte. Aussi pour N'DIAYE et al, ils rapportent dans leur étude effectuée auprès de 547 usagers de substances psychoactives au Sénégal, que la dépendance était moyenne dans 59,3% des cas, forte dans 14% des cas et très forte dans 4,7% des cas. Pour ce qui est de la consommation du haschich, 76,6% des consommateurs présentaient une dépendance. CHABROL et al rapportent dans une enquête réalisée auprès de 256 usagers consommateurs de cannabis en France, que la dépendance parmi

eux était de 47,2%. Alors qu'elle est de l'ordre de 35% dans l'étude de NACON et al menée auprès de 2446 jeunes Allemands et de l'ordre de 59% dans l'étude de COFFEY réalisée au sein de 2032 jeunes en Australie. .

Quant à la consommation d'alcool, 16 ,4% des consommateurs de l'échantillon de GOURANI présentaient une dépendance. Un résultat identique (16 ,4%) a été rapporté par CHEN et al dans une étude réalisée auprès de 1044 étudiants Américains. Ainsi, on peut constater que la dépendance avait atteint dans notre étude des taux identiques voire supérieurs à ceux observés dans des pays connus par leur grande consommation SPA. Nous expliquons cela par le fait que notre échantillon est composé d'usagers fréquentant un centre d'addictologie et ayant donc émis la volonté de se soigner, on peut en déduire que plus l'addiction est sévère plus l'utilisateur a de chance de se diriger vers le centre d'addiction car cela a plus d'impact sur son quotidien. Nous émettons donc le conseil au centre d'addictologie de plus orienter sa stratégie face aux addictions sévères plutôt qu'à la simple sensibilisation vu que plus de 80% de ses usagers sont dans une situation d'addiction importante.

Nous observons aussi que des substances tels que l'héroïne, la cocaïne et les psychotropes, bien que minoritaires en terme de nombre d'utilisateurs, constituent les substances créant les situations d'addictions les plus fortes, il serait important pour le centre d'y atteler une énergie et un intérêt particulier.

Aussi il est important de noter qu'il ne faut pas prendre le tabagisme à la légère, en effet il semblerait que le degré d'addiction qu'il occasionne soit plus élevé que des substances tels que l'alcool et le cannabis et vu le degré et le nombre d'utilisateurs il serait intéressant pour le centre d'y atteler une stratégie dédiée.

Enfin, vu le faible nombre d'usagers qui se présentent au centre principalement pour une addiction au tabagisme (comparativement avec la population fumeuse), il semblerait que les stratégies de sensibilisation à ses méfaits ne soit pas encore très performante et il serait de bonne augure pour le centre d'addictologie de Marrakech et au niveau national de revoir une

stratégie de sensibilisation en concomitance avec une stratégie de lutte contre l'addiction au tabac.

XII. Evaluation de la dépression chez les consommateurs de SPA

Nous notons que 52% des usagers de notre échantillon n'ont pas ou n'ont pas eu d'épisode de dépression, tandis que 26% ont présenté des signes de dépression légère, 12% une dépression modérée et 10% une dépression sévère. (Figure 27 et 29)

L'appréciation du caractère dépressif a été interprétée selon l'échelle de Beck 3.

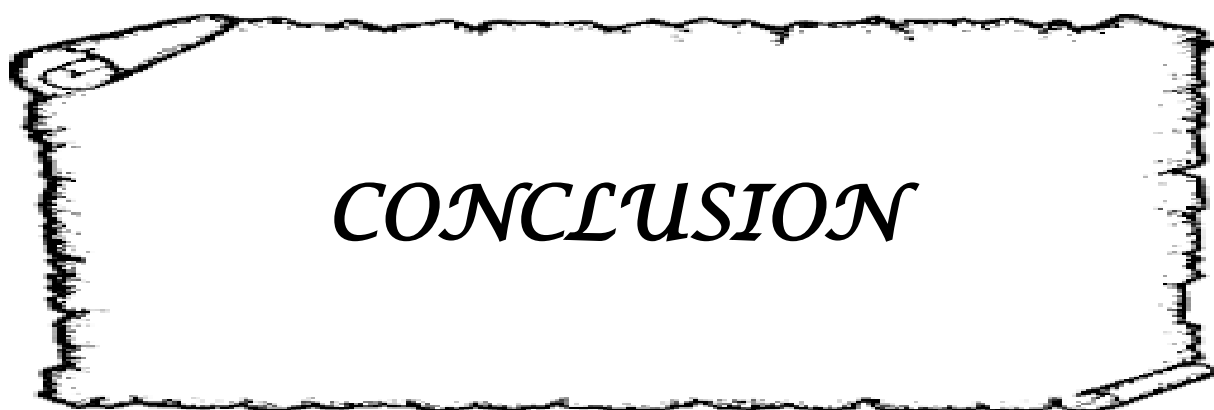
Concernant la corrélation entre le degré d'addiction et la présence d'une dépression, nous notons que si le caractère de l'addiction est présent, nous retrouvons 22% de non déprimé, 19% de dépression légère, 30% de dépression modérée et 21% de dépression sévère.

Lors de l'absence du caractère addictif, nous retrouvons 63% de non déprimé dans l'échantillon, 18% de dépression légère, 13% de dépression modérée, 8% de dépression sévère.

Ainsi nous constatons une comorbidité importante de dépression lors de la présence de notion d'addiction (78%) et le degré de dépression semble évolué dans le même sens que le degré d'addiction

Dans l'étude de GOURANI, il a constaté une comorbidité importante entre la dépendance SPA et la dépression. Ainsi, 28,1% des fumeurs dépendants aux tabacs présentaient une dépression modérée à sévère contre 14,3% chez les non dépendants. Pour le cannabis, 35,4% des consommateurs dépendants présentaient une dépression modérée à sévère contre 10% chez les non dépendants. Quant à l'alcool, 58,3% des consommateurs dépendants présentaient une dépression modérée à sévère contre 19,7% chez les non dépendants. Des résultats similaires ont été rapportés par FARGES et al dans une étude effectuée auprès de 128 addicts dépendants aux substances psychoactives ; chez qui la prévalence de la symptomatologie dépressive était de 66,4% contre seulement 26% chez les témoins. PATTON et al ont rapporté dans une étude menée auprès de 1601 étudiants en Australie que la dépression était présente chez 48% des

usagers réguliers de cannabis. Alors que LOOBY et al ont montré dans une étude américaine réalisée au sein de 2500 usagers quotidiens de cannabis que 90 % des consommateurs dépendants présentaient une symptomatologie dépressive.



CONCLUSION

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

*D*ans le but d'apprécier l'état de la consommation SPA chez les adultes jeunes, nous avons mené une étude épidémiologique, qui a consisté en une enquête réalisé auprès de 1402 usagers du centre d'addictologie de Marrakech.

*A*u terme de ce travail, nous avons constaté que la consommation masculine est prédominante, son début coïncide avec l'adolescence, augmente avec l'âge, l'échec scolaire et le chômage, le mode de consommation est régulier à 100% pour le tabac et à des taux moins importantes pour les autres substances. 76 % des usagers était d'origine urbaine, la moitié étaient célibataire tandis que 41% ont un revenu inférieur à 3000 Dh, 60% ont déclaré avoir un conflit familial et autant un antécédant judiciaire; 54% se sont déclaré pratiquant. Concernant les SPA utilisés : 47% des usagers ont déclaré utiliser du cannabis, 18% de l'alcool, 17% du tabac, 9% des psychotropes, 2% des solvants tandis que 1 % ont déclaré utiliser de l'héroïne ou de la cocaïne. 66% déclarent utiliser plusieurs substances simultanément et 62% ont consommé du tabac lors de leur premier usage, 22% ont consommé durant plus de 5 ans et 36% ont déclaré n'avoir ressenti aucun impact social quant à leur usage d'une substance or seulement 34% des usagers de notre échantillon n'ont pas de comorbidités psychiatriques et 48% ont ou ont eu un épisode de dépression, 56% ont déjà tenté d'arrêter leurs consommation avant de venir au centre et enfin 36% ont une addiction sévère.

*N*ous remarquons que bien que la tendance social soit plus importante pour les catégories les plus défavorisés, le centre reçoit des individus issus de milieux sociaux très différents, probablement dû au fait de l'inexistence ou de la rareté d'autres structures dédiés à l'addiction, ce qui contribue à rendre la mission du centre encore plus délicate et difficile. Nous recommandons que le centre diversifie de manière plus importante son offre d'activités

socio-culturelle d'accompagnement à même de toucher les différentes catégories sociales qui le fréquentent, sans négliger les activités dédiés aux femmes dont le recrutement doit se faire de manière plus active.

*L*es missions du centre doivent pouvoir être effectué au-delà de ces murs pour permettre une prévention sur trois niveaux :

- Primaire : au niveau des établissements d'enseignements mais aussi des structures susceptibles d'accueillir les personnes qui n'ont pas fait d'études
- Secondaire : au niveau des hôpitaux et cabinets médicaux pour sensibiliser les médecins sur l'existence du centre et son offre.
- Tertiaire : au niveau de toutes les structures qui interagissent avec des individus en situation d'addiction sévère. (Prisons, hôpitaux, centre sociaux ...)

*I*l est important que le centre puisse aussi jouer son rôle de plaidoyer pour défendre les droits des individus en situation d'addiction.



RESUMES

RESUME

De tout temps et de part le monde, l'homme a toujours cherché à se soustraire de la réalité ou à en modifier périodiquement les aspects en usant de divers produits, que nous appelons aujourd'hui "substances psychoactives"; menant indubitablement à des addictions plus ou moins sévères. Le Maroc a mis en place une stratégie de réduction des risques liés à l'usage des SPA à travers plusieurs centres d'addictologie disséminés à travers le pays.

Notre travail a consisté en une approche épidémiologique des usagers du centre d'addictologie de Marrakech depuis son ouverture en 2013 et sur trois années jusqu'en 2016. L'enquête a été menée sur 1402 usagers (1304 de sexe masculin et 98 de sexe féminin) du centre et a permis l'étude de leur profil épidémiologique, de la consommation des substances psychoactives, le degré d'addiction et l'existence de comorbidités psychiatriques.

L'analyse des résultats obtenus a mis en relief les caractéristiques suivantes : La consommation masculine est prédominante, son début coïncide avec l'adolescence, augmente avec l'âge, l'échec scolaire et le chômage, le mode de consommation est régulier à 100% pour le tabac et à des taux moins importants pour les autres substances. 76 % des usagers étaient d'origine urbaine, la moitié étaient célibataires tandis que 41% ont un revenu inférieur à 3000 Dh, 60% ont déclaré avoir un conflit familial et autant un antécédent judiciaire; 54% se sont déclarés pratiquants. Concernant les SPA utilisés : 47% des usagers ont déclaré utiliser du cannabis, 18% de l'alcool, 17% du tabac, 9% des psychotropes, 2% des solvants tandis que 1 % ont déclaré utiliser de l'héroïne ou de la cocaïne. 66% déclarent utiliser plusieurs substances simultanément et 62% ont consommé du tabac lors de leur premier usage, 22% ont consommé durant plus de 5 ans et 36% ont déclaré n'avoir ressenti aucun impact social quant à leur usage d'une substance ou seulement 34% des usagers de notre échantillon n'ont pas de comorbidités psychiatriques et 48% ont ou ont eu un épisode de dépression, 56% ont déjà tenté d'arrêter leur consommation avant de venir au centre et enfin 36% ont une addiction sévère.

Nous remarquons que bien que la tendance social soit plus importante pour les catégories les plus défavorisés, le centre reçoit des individus issus de milieux sociaux très différents, probablement dû au fait de l'inexistence ou de la rareté d'autres structures dédiés à l'addiction, ce qui contribue à rendre la mission du centre encore plus délicate et difficile. Nous recommandons que le centre diversifie de manière plus importante son offre d'activités socio-culturelle d'accompagnement à même de toucher les différentes catégories sociales qui le fréquentent, sans négliger les activités dédiés aux femmes dont le recrutement doit se faire de manière plus active.

ABSTRACT

At all times and in the world, man has always sought to escape from reality or periodically modify its aspects by using various products, which we now call "psychoactive substances"; Leading individually to more or less severe addictions. Morocco has put in place a strategy to reduce the risks linked to the use of PAS through several centers of addictology scattered across the country.

Our work consisted in an epidemiological approach of the users of the center of addictology of Marrakech since its opening in 2013 and on three years until 2016. The survey was carried out on 1402 users (1304 males and 98 females) of the center and allowed the study of their epidemiological profile, the consumption of psychoactive substances, the degree of addiction and the existence of Psychiatric comorbidity.

The analysis of the results obtained has highlighted the following characteristics: Male consumption is predominant, its beginning coincides with adolescence, increases with age, failure at school and unemployment, the mode of consumption is regular at 100 % For tobacco and at lower rates for other substances. 76% of the users were of urban origin, half were single while 41% had incomes below 3000 Dh, 60% reported having a family conflict and as much a judicial antecedent; 54% declared themselves religiously practicing. In terms of the PAS used: 47% of users reported using cannabis, 18% alcohol, 17% tobacco, 9% psychotropic, 2% solvents, while 1% reported using heroin or cocaine. 66% reported using multiple substances simultaneously, and 62% used tobacco on first use, 22% used for more than 5 years, and 36% reported no social impact on their use of a substance Only 34% of the users in our sample did not have psychiatric comorbidities and 48% had or had an episode of depression, 56% tried to stop their consumption before coming to the center and finally 36% had a severe addiction.

We note that although the social tendency is more important for the most disadvantaged categories, the center receives individuals from very different social backgrounds, probably due

to the non – existence or the rarity of other structures dedicated to the Addiction, which contributes to making the mission of the center even more delicate and difficult.

We recommend that the center more widely diversify its offer of socio-cultural support activities that can reach the various social categories that attend it, without neglecting the activities dedicated to women whose recruitment must be done more actively.

ملخص

على مر العصور وفي جميع أنحاء العالم، سعى الإنسان دائما إلى الهروب من الواقع أو التعديل الدوري للبعض من جوانبه مستخدما عدد من المواد يطلق عليها "مواد مهلوسة" تؤدي إلى الإدمان. سعى المغرب إلى الحد من انتشار الإدمان على المواد المهلوسة عبر استراتيجية تهدف إلى نشر عدد من مراكز مكافحة الإدمان في جميع أنحاء البلاد.

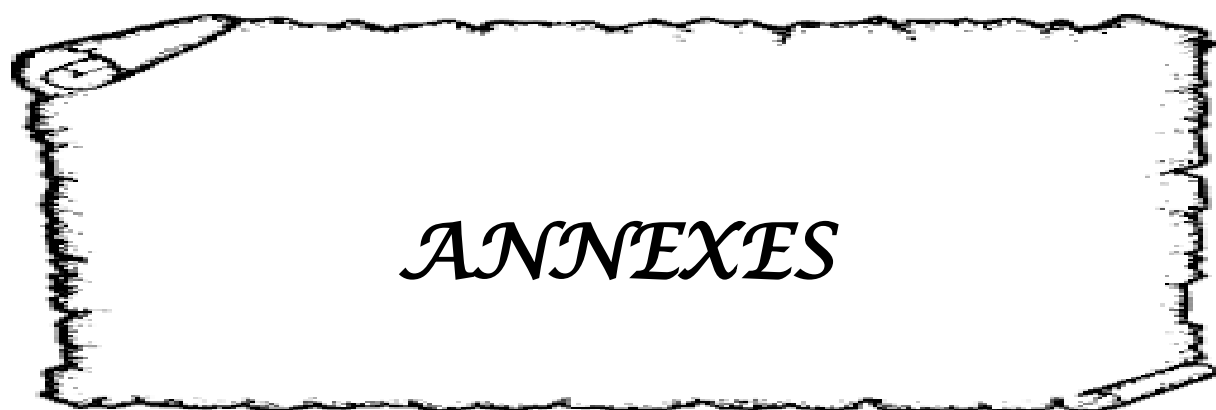
عملنا عبارة عن مقارنة وبائية لمستخدمي مركز الحد من الإدمان المتواجد بمراكش منذ افتتاحه في عام 2013 إلى 2016 على مدة ثلاث سنوات.

وأجري الاستطلاع على 1402 من المستخدمين (1304 من الذكور و 98 من الإناث) بالمركز و مكن من دراسة الخصائص الوبائية للمستهلكين و كذا نوعية استهلاكهم و درجة الإدمان و وجود أمراض نفسية لديهم.

تحليل النتائج التي تم الحصول عليها سلط الضوء على الخصائص التالية: الإدمان أكثر كثرة لدى الذكور، بدايته تتزامن مع مرحلة المراهقة، و يزداد مع التقدم في السن، والفشل المدرسي والبطالة. كانت 76% من نسبة المستخدمين من المناطق الحضرية، 41% يحصلون على أقل من 3000 درهم شهريا، ذكر 60% من المستطلعين تواجد نزاعات عائلية لديهم . اعتبر 54% أنفسهم متدينين. فيما يتعلق بالمواد المهلوسة المستخدمة: 47% من المستخدمين يستخدمون الحشيش، و 18% الكحول، التبغ 17%، المذيبيات 2% و 1% الهيروين أو الكوكايين. 66% يقرون باستخدام عدة مواد في وقت واحد و 62% استهلاك التبغ حين استخدامها لأول مرة، وقد امتدت مدة الاستهلاك لدى 22% لأكثر من 5 سنوات، وقال 36% أنهم لم يشعروا بأي أثر اجتماعي مترتب عن إدمانهم فيما لم يوجد أي مرض نفسي مصاحب لدى 34% فقط بينما عوينت حالة اكتئاب لدى 48%. ارتفع عدد المستخدمين الذين حاولوا وقف الاستهلاك قبل بلوغ المركز إلى 56% بينما كان الإدمان شديدا لدى 36%.

ونلاحظ أنه على الرغم من أن الفئات الإجتماعية المهمشة تحقق نسب تواجد أكبر، إلا أن المركز يتلقى أشخاصا من خلفيات إجتماعية مختلفة جدا، ربما بسبب غياب أو ندرة هياكل أخرى مخصصة للإدمان، مما يسهم في جعل مهمته أكثر صعوبة وحساسية.

ونوصي بأن ينوع المركز عرضه لأنشطة إجتماعية وثقافية مرافقة حتى تمس مختلف الطبقات الإجتماعية التي ترتاده دون إهمال الأنشطة المكرسة للنساء، اللاتي ينبغي استيعاب عدد أكبر منهن.



Fiche d'exploitation

Identification

- Sexe : ♂ Masculins ♀ Féminin
- Date et lieu de naissance : le à :
- Nationalité :
- N° de CIN :
- Adresse :

Histoire d'addiction

<i>Produits consommés</i>	Principales	Associés	Mode de consommation habituel					
			1. Injecté	2. Fumé/ Inhalé	3. Inhalé	4. Mangé/bu	5. Sniffé	6. Autres
Cocaïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Héroïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychotrope	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
solvant/volatil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cigarette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres								

- L'Age de début de consommation :
- Produit consommé :
- Référé par : Médecin public Médecin privé Ecole Famille Publicité Seul
 - Traitement sevrage : Ambulatoire Résidentiel Non fait

- Si résidentiel, où ?
- Nombre de fois :
- Si ambulatoire : Type de sevrage
 - Classique
 - Dans un centre spécialisé : Autre :
 - Substitution (sous traitement Méthadone TSO)
 - Dans un centre spécialisé : Autre
- Date/ou période :
- Est-ce que vous êtes incluse dans le (TSO) ? Oui Non
- Date d'inclusion a la méthadone :

Formation et niveau scolaire

- Niveau d'étude :
 - Sans
 - MSID
 - Primaire (.....)
 - Secondaire (.....)
 - Lycée (.....)
 - Universitaire (.....)
- ❖ L'âge d'abandon ou de fin d'étude :
- ❖ Cause :
- Formation professionnelle Oui Non

* Si oui laquelle ?

.....

• **Situation professionnelle :**

Situation	Avant l'addiction	Pendant l'addiction	Actuellement (sous traitement)
Stable			
Occasionnel			
Chômage			

• **Expériences professionnelles**

.....

Etat civil

Célibataire

Marié(e)

Séparé(e)

Divorcé(e)

concubinage

Veuf (ve)

• **Logement**

Chez lui

Avec ses proches

Avec ses parents

SDF

Avec des ami(e)s

Autre :

Locataire

Propriétaire

Autre :

❖ Nombre d'enfants : Garçons Filles

❖ Vous avez le livret d'état civil ? oui Non

Sont-ils enregistré(e)s dans le cahier de l'état civil ? oui Non

❖ Vivent avec

• **Membre(s) pris en charge**

- ❖ Parents
- ❖ Conjoint(e)
- ❖ Enfants
- ❖ Fratrie
- ❖ Autre :

• **Parenté**

- ❖ Profession des parents :

Père :

Mère :

Ensemble Séparés (Année ) Divorcés (Année )

Père décédé/ Année :

Mère décédée/ Année :

- ❖ Est-ce que l'un des parents utilise la SPA ?.....

• **Fratrie**

Fratrie		Age	Activité	Usage de SPA
Frères	Sœurs			

- Y a-t-il des conflits avec votre famille et/ou votre entourage ?

.....

Santé et prévention médicale

- Avez-vous une couverture médicale : Oui Non

CNOPS CNSS RAMED AMO Autre

	Antécédents		Motif	Durée
	Médicaux-chirurgicaux	Psychiatriques		
Consultation				
Hospitalisation				

- ❖ Sérologie VIH Positif Négatif Inconnu Non fait

*Si positif, avez-vous suivi un traitement ? Oui Non

Date de dernier test :

- ❖ Sérologie VHC Positif Négatif Inconnu Non fait

*Si positif, avez-vous suivi un traitement ? Oui Non

Date de dernier test :

- Est-ce que vous avez déjà été vacciné(e) contre le VHB ?
 Oui Non Inconnu Non fait
- Est-ce que vous avez déjà fait un contrôle de la tuberculose?
 Non fait Positif Négatif
- Si positif, vous avez suivi un traitement contre la tuberculose ?
 Oui Non
- Pour quelle durée
- ❖ Est-ce que vous avez respecté le traitement ? Oui Non
- Si non
-
- ❖ Avez-vous fait le contrôle après un traitement ? Oui Non

Antécédents judiciaires

- Est-ce que vous avez des antécédents judiciaires ? Oui Non

Date	Interpellation/ Arrestation	Incarcération	Motif	Durée	Maroc	Etranger

-Y'a-t-il un soutien reçu dans le milieu carcéral ? Oui Non

-Nature de soutien :

- Soutien médical. De la part de qui.....
- Soutien social.
- Soutien psychologique. De la part de qui.....
- Formation professionnelle.

Plan d'action

Identification des besoins par priorité :

Action	Priorité	Observations
Sociale		
Judicaire		
Psychologique		
Médical		
Formation professionnelle		

Commentaire

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ADDICTION À UNE SUBSTANCE : CRITÈRES DSM-5

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

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

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




Score < 2 : Absence d'addiction


Score de 2 à 3 : Addiction légère

Score de 4 à 5 : Addiction modérée

Score ≥ 6 : Addiction sévère



	Beck Depression Inventory	Baseline
V30027	ICD10: _____ CRF number: _____	Page 14 patient info: _____
		Date: _____
Name: _____ Marital Status: _____ Age: _____ Sex: _____		
Occupation: _____ Education: _____		
<p>Instructions: This questionnaire consists of 21 groups of statements. Please read each group of statements carefully, and then pick out the one statement in each group that best describes the way you have been feeling during the past two weeks, including today. Circle the number beside the statement you have picked. If several statements in the group seem to apply equally well, circle the highest number for that group. Be sure that you do not choose more than one statement for any group, including Item 18 (Changes in Sleeping Pattern) or Item 19 (Changes in Appetite).</p>		
<p>1. Sadness</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 0 I do not feel sad. <input checked="" type="radio"/> 1 I feel sad much of the time. <input type="radio"/> 2 I am sad all the time. <input type="radio"/> 3 I am so sad or unhappy that I can't stand it. <p>2. Discouragement</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="radio"/> 1 I am not discouraged about my future. <input type="radio"/> 2 I feel more discouraged about my future than I used to be. <input type="radio"/> 3 I do not expect things to work out for me. <input type="radio"/> 4 I feel my future is hopeless and will only get worse. <p>3. Past Failure</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 0 I do not feel like a failure. <input type="radio"/> 1 I have failed more than I should have. <input checked="" type="radio"/> 2 As I look back, I see a lot of failures. <input type="radio"/> 3 I feel I am a total failure as a person. <p>4. Loss of Pleasure</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="radio"/> 1 I get as much pleasure as I ever did from the things I enjoy. <input type="radio"/> 2 I don't enjoy things as much as I used to. <input type="radio"/> 3 I get very little pleasure from the things I used to enjoy. <input type="radio"/> 4 I can't get any pleasure from the things I used to enjoy. <p>5. Guilty Feelings</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="radio"/> 1 I don't feel particularly guilty. <input type="radio"/> 2 I feel guilty over many things I have done or should have done. <input type="radio"/> 3 I feel quite guilty most of the time. <input type="radio"/> 4 I feel guilty all of the time. 	<p>6. Punishment Feelings</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="radio"/> 1 I don't feel I am being punished. <input type="radio"/> 2 I feel I may be punished. <input type="radio"/> 3 I expect to be punished. <input type="radio"/> 4 I feel I am being punished. <p>7. Self-Blame</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="radio"/> 1 I feel the same about myself as ever. <input type="radio"/> 2 I have lost confidence in myself. <input type="radio"/> 3 I am disappointed in myself. <input type="radio"/> 4 I dislike myself. <p>8. Self-Criticalness</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 0 I don't criticize or blame myself more than usual. <input type="radio"/> 1 I am more critical of myself than I used to be. <input checked="" type="radio"/> 2 I criticize myself for all of my faults. <input type="radio"/> 3 I blame myself for everything that happens. <p>9. Suicidal Thoughts or Wishes</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="radio"/> 1 I don't have any thoughts of killing myself. <input type="radio"/> 2 I have thoughts of killing myself, but I would not carry them out. <input type="radio"/> 3 I would like to kill myself. <input type="radio"/> 4 I would kill myself if I had the chance. <p>10. Crying</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="radio"/> 1 I don't cry anymore than I usually. <input type="radio"/> 2 I cry more than I used to. <input type="radio"/> 3 I cry over every little thing. <input type="radio"/> 4 I feel like crying, but I can't. 	
<p> THE PHARMACEUTICAL CORPORATION Molecular Biology Company 3401 Central Expressway Redwood City, CA 94063 (650) 734-1000 Telex: 251197 Roche Copyright © 1991 by Robert T. Beck All rights reserved. Printed in the United States of America.</p>	Subtotal Page 1	Continued on Back 0194203002 8/81 5645

 <small>13 0477</small>	Beck Depression Inventory CRF# _____ CRF number: _____	Baseline Page 15 patient initia: _____
---	--	--

<p>11. Agitation <input checked="" type="checkbox"/> I am no more restless or wound up than usual. 1 I feel more restless or wound up than usual. 2 I am so restless or agitated that it's hard to stay still. 3 I am so restless or agitated that I have to keep moving or doing something.</p> <p>12. Loss of Interest <input checked="" type="checkbox"/> I have not lost interest in other people or activities. 1 I am less interested in other people or things than before. 2 I have lost most of my interest in other people or things. 3 It's hard to get interested in anything.</p> <p>13. Indecisiveness <input checked="" type="checkbox"/> I make decisions about as well as ever. 1 I find it more difficult to make decisions than usual. 2 I have much greater difficulty in making decisions than I used to. 3 I have trouble making any decisions.</p> <p>14. Worthlessness <input checked="" type="checkbox"/> I do not feel I am worthless. 1 I don't consider myself as worthwhile and useful as I used to. 2 I feel more worthless as compared to other people. 3 I feel utterly worthless.</p> <p>15. Loss of Energy <input checked="" type="checkbox"/> I have as much energy as ever. 1 I have less energy than I used to have. 2 I don't have enough energy to do very much. 3 I don't have enough energy to do anything.</p> <p>16. Changes in Sleeping Pattern <input checked="" type="checkbox"/> I have not experienced any change in my sleeping pattern. 1a I sleep somewhat more than usual. 1b I sleep somewhat less than usual. 2a I sleep a lot more than usual. 2b I sleep a lot less than usual. 3a I sleep most of the day. 3b I wake up 1-2 hours early and can't get back to sleep.</p>	<p>17. Irritability <input checked="" type="checkbox"/> I am no more irritable than usual. 1 I am more irritable than usual. 2 I am much more irritable than usual. 3 I am irritable all the time.</p> <p>18. Changes in Appetite <input checked="" type="checkbox"/> I have not experienced any change in my appetite. 1a My appetite is somewhat less than usual. 1b My appetite is somewhat greater than usual. 2a My appetite is much less than before. 2b My appetite is much greater than usual. 3a I have no appetite at all. 3b I eat or food all the time.</p> <p>19. Concentration Difficulty <input checked="" type="checkbox"/> I can concentrate as well as ever. 1 I can't concentrate as well as usual. 2 It's hard to keep my mind on anything for very long. 3 I find I can't concentrate on anything.</p> <p>20. Tiredness or Fatigue <input checked="" type="checkbox"/> I am no more tired or fatigued than usual. 1 I get more tired or fatigued more easily than usual. 2 I am too tired or fatigued to do a lot of the things I used to do. 3 I am too tired or fatigued to do most of the things I used to do.</p> <p>21. Loss of Interest in Sex <input checked="" type="checkbox"/> I have not noticed any recent change in my interest in sex. 1 I am less interested in sex than I used to be. 2 I am much less interested in sex now. 3 I have lost interest in sex completely.</p>
--	--

S	Subtotal Page 1
D	Subtotal Page 1
S	Total Score

nRn64405



الاهداف
تهدف الجمعية الى الوقاية من تعاطي المخدرات و التقليل من مخاطرها على الفرد وعلى المجتمع و الدفاع عن حق المدمن في العلاج و تأمين حقوقه الانسانية

الوسائل
تقوم الجمعية لتحقيق اهدافها بحملات تحسيسية - ايام دراسية - بحوث ميدانية- العمل المباشر عبر فرق متنقلة و وحدات ثابتة- العمل على نشر واعتماد الادوية الاستبدالية للحد من انعكاسات الادمان ومخاطر الإصابة بالادز و التهابات الكبد الفيروسية و العمل على ادماج المدمن في المحيط الاجتماعي

انواع و مخاطر المخدرات

المذيبات

تشمل المذيبات مواد مختلفة منها : الاقوى، الكولا و السليسيون، الغازات، مزيج صياغة الاطفاير، مواد الصباغة غاز البوظان، البنزول، ينتج عن إدمان المذيبات شعور بخفة الرأس و بالدوار و النوم و كذلك فقدان تناسق الحركات، و يؤدي الاستعمال المتكرر للمذيبات خطرا كبيرا على الصحة: (القيء، الهلوسة، شعوب غير طبيعي، التعب و الإحباط، نقص في الوزن) و يؤدي إلى الوفاة بسبب مشاكل في القلب و التنفس



المهدئات و المنومات

إن استعمال المهدئات و المنومات خارج النطاق الطبي يؤدي إلى الإدمان عليها كالإدمان على القرفوي، البولة الحمراء الريفو، الروش...ومن مخاطرها الصحية و النفسية اضطرابات في الذاكرة و تدهي الوعي، التوتر الحاد، العنف الذي يسبب الإجرام



الكوكايين و الكراك

يستخرج الكوكايين من نبتة الكوكا و يكون على شكل مسحوق أبيض (قوة أيضا) أما الكراك فهو نوع من الكوكايين يوجد على شكل حبيبات. ينتج عن استعمال الكوكايين شعور بالإنهاج و النشاط الزائد، بغرغرين هذا الشعور لا يدوم إلا لمدة قصيرة يعقبها في الحال شعور بالخوف و الكآبة، من المخاطر الصحية للكوكايين (المخفون أو المستنشق) و الكراك الموت المفاجئ عند استعمال الجرعة الزائدة (أوفر دوز) كما ينتج عن استنشاق الكوكايين التهاب تريف و تقوي في الانف



الهيروين

يستخرج الهيروين من الأفيون و يوجد عادة على شكل مسحوق أبيض أو بني و يستعمل عن طريق التدخين أو الاستنشاق، و هو يتميز بفعوله القوي إذا تم حلقه حيث يشعر مستعمله بالنشوة و باسترخاء الأعضاء (الفلأش) و من بين مخاطره الصحية ضيق حاد في التنفس قد يسبب الوفاة خصوصا عند استعمال الجرعة الزائدة (أوفر دوز) يؤدي أيضا إلى مخاطر التعطبات في موضع الحقن و إلى انتقال أمراض فيروسية كالتهاب الكبد ب و س و فيروس السيدا و ذلك عند الاستعمال المشترك للإبر



أنواع و مخاطر المخدرات

الكحول

يلجأ البعض إلى شرب الكحول لأنه يخفف من القلق و الضغط و يعطي إحساسا بالاسترخاء و الثقة في النفس و يزيد الرغبة في الاحتلاط بالآخرين. أما الإدمان عليه فيؤدي إلى أمراض خطيرة كالتهاب الكبد و تشعشع، سرطان الكبد، أمراض القلب، فرحة المعدة و التهاب البنكرياس، مرض الصرع، هذيان رعاشي، تدلي في الوعي و الوفاة.



التبغ

يعتبر التبغ من المخدرات الأسهل تداولا و غالبا ما يستهان بخطورته، مع أنه يسبب ارتباطا نفسيا شديدا يؤدي إلى الإدمان عليه. ومن مخاطر التدخين الإصابة بأمراض السرطان كسرطان الرئة البلعوم و اللسان و الحنجرة و المثانة، كما يؤثر على الجهاز التنفسي و القلب و الشرايين.



الشيخة

يعتبر الكثير من الناس أن الشيخة ليست مخدر ضار مع العلم أنها مثلها مثل السجائر أو أكثر... إذ أن 30 إلى 50 نكث من استنشاق الشيخة خلال ساعة يعادل علبتين من السجائر. ومن مخاطر تدخين الشيخة في الأماكن المغلقة إضافة إلى الاستعمال المشترك لها، الإصابة بأمراض التنفسي كداء السل و التهاب الكبد أ و ب كما إن تدخين الشيخة باستمرار يؤدي إلى تدخين السجائر.



الحشيش

يؤدي استعمال الحشيش إلى الشعور بالنشوة. وقد ينتج عنه اضطرابات في الذاكرة المصحوبة عادة بالضحك و الاسترخاء مع اضطراب في إدراك الجواس. هوسات الاختلال في التركيز و بطء ردة الفعل ومن المخاطر الصحية للحشيش: الالتهابات، التعففات، سرطان الجهاز التنفسي. كما يؤدي إلى الإصابة بأمراض نفسية: الهلوسة نقص الإرادة و الدهان.



القطب الطبي

يقدم القطب الطبي العلاج النفسي و العقلي و المساعدة الاجتماعية



القطب الاجتماعي

قاعة المطالعة

توفر على العديد من الكتب المتنوعة و هو مكان لتبادل المعارف بين الشباب



ورشة الرسم

تعلم المبادئ لاولية في الرسم و الصباغة إهتمام بالجوانب الجمالية لكل إبداع فني



ورشة الاعلاميات

للتعلم و مواكبة التطور المعلوماتي و أيضا اكتساب معارف حول الاعلاميات و الانترنت



ورشة الموسيقى

تدريبات موسيقية لجميع الفئات العمرية و التعلم العزف على مختلف الآلات الموسيقية العصرية و التراثية



قاعة الرياضة

تتضمن تمارين اللياقة البدنية و التدريب على الفنون القتالية





BIBLIOGRAPHIE

1- ACHBOUK.A

Tabagisme en milieu scolaire à Marrakech

Thèse n° 138 ,2002 Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech

2- GOURANI.M

Approche épidémiologique de l'addiction en milieu universitaire à Marrakech, thèse de médecine,

Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech, 17/07-2007

3- DELAHAYE.V,

étude sur la consommation d'alcool, de tabac et de cannabis chez les étudiants de Paris 5, thèse de médecine,

Paris 2015

4- ADLAF.EM, GLIKSMAN.L, DEMERS.A, NEWTON.T

Cigarette use among canadian undergraduates

Can J .Public.Health ,2013 ;94 :22-4

5- ADLAF.EM , GLIKSMAN.L, DEMERS.A, NEWTON.T

Illicit drug use among canadian university undergraduates

Can.J. Nurs.Res, 2003 ;35 :24-43

6- ALAQUIYAZIDI.A, ELBIAZE.M, ELMEZIANE.A, YASSINE.N, BARTAL.M

Tabagisme chez le personnel de santé au Maroc.

5ème conférence Pan Africaine de Santé au Travail .Tunis, 22 septembre-2 octobre 2009

- 7- **ALAOUI YAZIDI.A, BARTAL.M, MAHMALA.A, MOUTAWAKIL ELOUDGHIRI.A,BAKHATAR.A,LAHLOU.M ,ELBIAZE.M, LARAQUI.CH.**

Tabagisme dans les hôpitaux de Casablanca : connaissances, attitudes et pratiques.
Revue des Maladies Respiratoires, 2002, 19 :435-42

- 8- **ANGEL. P ; RICHARD. D ; VALLEUR. M.**

ABREGES Addictions.
Masson éd. 2000.P.145

- 9- **BADOURI.R**

Tabagisme dans le milieu universitaire à Oujda
Thèse de Médecine, Rabat, n° 192 ,1996.

- 10- **BAILLY. D ; VENTISSE.J**

Addition et psychiatrie
Masson éd. 2001.230 P

- 11- **BAUD. D**

Tabagisme et émancipation : existe-t-il un tabagisme de destinée ? Comment le combattre ?
Revue des maladies respiratoires, 2003 ;vol : 20 ,pp :662-64

- 12- **BECK. A, WRIGHT. F**

Cognitive therapy of substance abuse.
Guil Ford Press, New York, 1993.

13- BELHAMID.Z

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

14- BENJELLOUN. G

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

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

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

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

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

17- CHARLES - Nicolas A

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

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

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

- 19- COFFEY.C,CARLIN.JB,DEKENHARDT.L**
Cannabis dependence in young adults :an Australian population study
Addiction,2002;97:187-94
- 20- CORCOS. M**
Les conduites de dépendances : démentions physiologiques
Masson. Paris. 2003.295p
- 21- CORCOS. M, OLIVIER.**
P Psychopathologie de l'adolescent fumeurs de cannabis..
La revue de praticien, 2005 ; vol 55,pp :35-40
- 22- CORNISH. J. W.**
De la cocaïne au crack
La Presse Médicale, 1998 ;vol :27 ,pp : 312-18
- 23- COSTES. J-M, BECK.**
F Epidémiologie des usagers du cannabis
La Revue du Praticien ,2005 ; vol :55
- 24- DESCHENES (EP), ANGLIN (M.D)**
Narcotices addiction : related criminal careers, social and economic costs
Journal of Drug issues, 1991; 21 (2), 383-411.
- 25- DOGARIN. J- NOMINE.**
P Addiction : historique et classifications.
Confrontations psychologiques, 1987 ; vol : 28, pp : 9-61.

26- DUBOIS. G, TRAMIER. B

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

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

27- ELKHLIFI.A

Contribution à l'étude de la addiction au Maroc.

Thèse de médecine, Rabat, N°259. 2014.

28- FALAQ.L

Tabagisme chez les étudiants dans une école à Casablanca.

Thèse de médecine,Casablanca,n 61, 1993

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

Alexithymie et addiction: lien avec la dépression.

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

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

Alcohol use beliefs and behaviors among high school students

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

31- FELINE. A ; GUEIFI.J ; HARDY.P

Troubles de la personnalité.

P. 354 Médecine- Sciences Flammarion 2002.

32- GALLIOT- Guilly. M

SPA de synthèse consommés dans les « raves parties »

Annales pharmaceutiques françaises,2004 ; vol :62 ,pp :158-64

33- GLILBERT. M, FINE. S

Factors associated with droupt From group psychotherapy with Depressed adolescents. Canadian.

J. psychiatry, 1994;vol :39 ,pp :358-9

34- GUEIFI. J.

MINI DSM-IV-TR.

Masson, Paris, 2004, 384 P.

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

Tabac et adolescence :enquête sur les motivations et les connaissances des effets du tabac.

Revue des Maladies Respiratoires,2006 ;vol :23,pp :237-41

36- HAUTEKEETE.

M Sciences cognitives, psychologie cognitive et thérapies cognitives.

Journal de thérapie comportementale et cognitive ,1995 ; vol :5 ,pp :3-6

37- HIRSCH. A

La lutte contre la consommation de tabac : bases scientifiques.

Rev. Epidemiol, santé publique, 2005 ; vol : 53, pp : 577-80

38- IBN TAYMIA.A

Al Haschich,

éd. Alkawtar, 1985, 191P

- 39- **I.N.S.E.R.M Bulletin d'information en économie de la santé, N° 97. 2005** 39- I. S. S.
P Rapport National Belge Sur les SPA 2003.
- 40- **LANDRIVON.G , DELAHAGE.F**
La Recherche clinique :de l'idée à la publication
Masson éditeur,Paris.1995.205 P
- 41- **BENSALMIA. C**
SPA : Au cœur du trafic
Tel quel, 2004, N°155.
- 42- **LE FAOU. A-L, SCEMAMA. O.**
Epidémiologie de tabagisme
Revue des Maladies Respiratoires,2005 ;vol :22,pp :27-32
- 43- **LEMAREC. C**
Histoire d'opium médecinale
Douleurs, 2004 ; vol : 5,pp :83-98.
- 44- **LOOBY.A ,EARLEYWINE.M.**
Negative consequences associated with dependence in daily cannabis users Subst.
Abuse.
Treat.Prev.Policy,2007;10:2-3
- 45- **MINISTERE DE LA SANTE MAROCAIN /OMS**
Enquête nationale sur la prévalence des troubles mentaux et la addiction.
Février 2007

46- MURA. P, BRUNEL. B

Cannabis et accidents de la voie publique : résultat des dernières études françaises.

Annales Pharmaceutiques français ,2006 ;vol : 64 ,pp : 192-96

47- NACON.A ,WITTCHEN.HU,PFISTER .H

Dependence symptoms in young cannabis users?A prospective epidemiological study

J.Psychiatric.Res,2006;40:394-403

48- N'DIAYE.M,NDIR.M,QUANTINX,DEMOLY.P

Habitudes de fumer, attitudes et connaissances des étudiants de la faculté de médecine,de pharmacie et d'odontostomatologie de Dakar, Sénégal.

Revue des Maladies Respiratoires,2003 ;vol :20,pp :701-9

49- N.I. D. A Epidemiologic Trends in Drug Abuse

Advance Report, CEWG, 2006.

50- OBANDO.P ,KLIEWER.W,MURRELLE.L

The comorbidity of substance abuse and depressive symptoms in Costa Rican adolescents

SPA and Alcohol Dependence,2004;vol:76,pp:37-44

51- O. F. D. T

SPA illicites et délinquance : regard sur les travaux nord- américains

Tendances, 2001

52- OMS

Séries de rapport techniques,

n°116 ,1957

53- OMS

Séries de rapports techniques,
n°516, 1973

54- OMS

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

55- OULAADA.N

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

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

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

57- PERETTI- WATEL. P

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

58- REYNAUD. M.

Les Addictions : Alcool, tabac, médicaments,
SPA Maloine SA. Editeur 1984.458 p

59- SANCHEZ/ M, KARILA. L

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

60- TISON .P, HAUTEKEETE ; M

Mise en évidence de schémas cognitifs dysfonctionnels chez des addictions.

Journal de thérapie comportementale et cognitive ,1998 ; vol : 8, p : 43-43

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

Etude des choix de stratégies de coping chez les addictions et des nonconsommateurs.

Journal de thérapie comportementale et cognitive ,2001 ;vol :11, pp :136-43.

62- TOUFIQ. J, PAES. M

La prévention de l'usage de SPA au Maroc.

Les conduites addictives, conduites à risques : quels liens ? Masson, Paris 2002.

63- TOUHAMI. M

Alcoholism in Morocco Reports from the social research institute of Alcohol studies

Helsinki, 1989, 181: 547 - 58

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

Enquête sur la addiction chez les lycéens à Casablanca

Congrès Franco maghrébin sur la addiction,1995

65- UNITED NATIONS.

World Drug Report 2005.

66- VIRITZE, Topae. P.

Le malade alcoolique

Masson, Paris ,2001.205 P

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

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

68- BECK F., GUIGNARD R., SPILKA S., et al.

Les niveaux d'usage des SPA en France en 2010.
Tendances, 76, OFDT, juin 2011, 6 p.

69- LACOTTE J., KARILA L., et al.

Référence.
Paris, éditions J.B. Baillière, 2005, p. 180-193.

70- F., LEGLEYE S., SPILKA S.

Atlas régional des consommations d'alcool 2015.
Saint-Denis, OFDT, 2015, 336 p.

قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف

والأحوال بآذلاً وسعي في استنقاذها من الهلاك والمرض

والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، بآذلاً رعايتي الطبية للقريب والبعيد،

للصالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثار على طلب العلم، أسخره لنفع الإنسان .. لا لأذاه.

وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرني، وأكون أخاً لكل زميل في المهنة الطبية

متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلانيتي، نقيّة مما يشينها تجاه

الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيد

أطروحة رقم 150

سنة 2016

البيانات الوبائية لمستخدمي المواد المهلوسة المترددين على مركز مكافحة الإدمان بمراكش

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2016/12/22

من طرف

السيد أناس أولميدي

المزداد في 02 ماي 1989 بمراكش

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

: الكلمات الأساسية

الإدمان - المؤثرات العقلية - التبغ - القنب الهندي - الكحول

اللجنة

الرئيس	ف. منودي	السيدة
	أستاذة في الطب النفسي	
المشرف	ع. بنعلي	السيد
	أستاذ مبرز في الطب النفسي	
	غ. الأديب	السيد
	أستاذ مبرز في طب التخدير والإنعاش	
	ج. هيكل	السيد
	أستاذ مبرز في علم الأوبئة	
الحكام	ن. الإدريسي السليطين	السيدة
	أستاذة مبرزة في طب الأطفال	
	م. بوالروس	السيد
	أستاذ مبرز في طب الأطفال 1	