



ABBREVIATIONS



List des abréviations

SPA	: Substance psychoactive
ESPT	: Etat de stress post-traumatique
ONDA	: National des Drogues et des Addictions
PANSS	: Positive and Negative Symptom Scale
BPRS	: Brief Psychiatric Rating Scale
PRS	: Psychopathology Rating Scale
FTND	: Fagerstöm Test For Nicotine Dependence
CAST	: Cannabis Abuse Screening Test
DSM-IV	: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 4e édition
CIM 10	: Classification internationales des maladies. 10éme revision
AUDIT	: Alcohol use disorders test
OMS	: L'Organisation mondiale de la santé
ECAB	: Echelle cognitive d'attachement aux benzodiazépines
DSM-V	: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e édition
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
VIH	: Virus de l'immunodéficience humaine
TUS	: Troubles d'usage de substances
ATV	: L'aire tegmentale ventrale
SNC	: Système nerveux central
PAS	: psychoactive substances
SUD	: substance use disorder



PLAN



INTRODUCTION	1
PATIENTS & MÉTHODE	4
I. Type d'étude.....	5
II. L'échantillon.....	5
III. Le questionnaire : (Voir annexe).....	5
IV. Critères d'inclusions et d'exclusions.....	10
V. Méthode statistique.....	10
RÉSULTATS	11
I. ANALYSE DESCRIPTIVE.....	12
1. Les caractéristiques sociodémographiques.....	12
2. Les antécédents personnels et familiaux.....	18
II. Les caractéristiques liées à l'usage de substances psychoactives.....	24
1. Type de substance utilisée.....	24
2. Substances consommées.....	25
3. Substance utilisée lors du premier usage.....	25
4. Type d'usage.....	26
5. Initiateurs.....	26
6. Age de début de l'usage.....	27
7. Durée d'exposition.....	27
8. La présence d'une tentative d'arrêt de l'utilisation.....	28
9. Impact social ressenti.....	28
10. Scores de dépendance.....	29
11. Comorbidités psychiatriques.....	32
12. Antériorité de l'usage de SPA par rapport à la comorbidité psychiatrique.....	33
13. Les moyens de se procurer la SPA.....	33
14. Effets recherchés par l'usage des SPA.....	34
III. étude analytique.....	35
1. Age.....	35
2. Sexe.....	36
3. Situation matrimoniale.....	36
4. Antécédents psychiatriques personnels.....	37
5. Antécédents judiciaires.....	38
6. Antécédents psychiatriques familiaux.....	38
7. Evaluation de l'addiction.....	39
8. Age et comorbidités psychiatriques.....	41
9. Sexe et comorbidités psychiatriques.....	42
10. Antécédents judiciaires et comorbidités psychiatriques.....	43
11. Antécédents psychiatriques personnels et comorbidités psychiatriques.....	44
12. Antécédents psychiatriques familiaux et comorbidités psychiatriques.....	44
13. Tabac et comorbidités psychiatriques.....	45
14. Cannabis et comorbidités psychiatriques.....	46
15. Alcool et comorbidités psychiatriques.....	46

16. Psychotropes et comorbidités psychiatriques.....	47
17. Cocaïne/héroïne et comorbidités psychiatriques.....	47
DISCUSSION.....	48
I. Aperçu historique sur l'usage des SPA.....	49
II. Généralités.....	51
1. Comorbidité de l'usage de SPA et troubles mentaux.....	51
2. Les troubles d'usage de substances.....	53
3. L'addiction.....	57
III. Centre d'addictologie de Marrakech.....	64
IV. Discussion de nos résultats.....	68
1. L'âge.....	68
2. Le sexe.....	69
3. L'âge de début d'usage.....	70
4. Le mode d'usage.....	71
5. Type de substance utilisée.....	71
6. Evaluation de la dépendance chez les usagers de SPA.....	72
7. Evaluation de la dépression chez les usagers de SPA.....	74
8. Evaluation des troubles anxieux chez les usagers de SPA.....	75
9. Evaluation des troubles bipolaires chez les usagers de SPA.....	75
10. Evaluation de la symptomatologie délirante chez les usagers de SPA.....	76
CONCLUSION.....	77
ANNEXES.....	80
RÉSUMÉS.....	92
BIBLIOGRAPHIE.....	99



INTRODUCTION



Les usagers de substances psychoactives (SPA) présentent fréquemment des troubles de la santé mentale. Ces troubles transnosographiques sont préexistants à l'usage de SPA, ou au contraire, sont générés par l'addiction. La notion de comorbidité renvoie bien à cette coexistence de troubles psychiatriques et addictifs chez une personne.

Les comorbidités addictives sont fréquentes chez les patients présentant des troubles psychiatriques chroniques. En population générale [7], les sujets souffrant d'un trouble psychiatrique présentent ou auraient présenté un usage de SPA. Les prévalences les plus élevées apparaissent chez les patients ayant une schizophrénie ou des troubles bipolaires [8.9.10.3.12.11].

Il existe une forte association entre dépendance aux SPA, troubles de l'humeur et troubles anxieux, notamment l'anxiété généralisée et état de stress post-traumatique (ESPT) [1.2.6]. Parmi les usagers de SPA, 40 à 60 % présentent une comorbidité psychiatrique [3. 4 .5]. Un patient dépendant à l'héroïne sur trois serait déprimé et la prévalence vie entière de la dépression chez ces patients se situerait entre 60 % et 90 % [6]. Le fait de présenter une conduite addictive augmente le risque de multiplier les troubles psychiatriques chez un même sujet, le risque le plus élevé apparaissant en cas de dépendance aux SPA (12 % de sujets présentant au moins deux troubles psychiatriques associés contre 1 % chez les sujets ne présentant pas de dépendance aux SPA) [4].

Malgré une politique restrictive tant pour le "fabricant" que pour le consommateur, le Maroc n'arrive pas à endiguer ce phénomène. En effet, l'*Observatoire National des Drogues et des Addictions (ONDA)* révèle des chiffres alarmants; 800 000 Marocains au moins consomment des SPA, soit 4 à 5% de la population adulte du Royaume. Plus de 95% de ces usagers, soit 750 000 personnes, consomment du cannabis. [21]

L'usage de SPA touche les sujets jeunes qui ont une perception banalisante de celles-ci. Un lycéen sur 5 a déjà fumé une cigarette et un sur 10 a expérimenté le cannabis. Un lycéen sur 10 a un usage régulier de la nicotine et un sur 30 fume du cannabis. [23]

Le concept d'addiction ainsi que les modes de consommation ont évolué. Le médecin joue alors un rôle primordial dans le dépistage d'un usage de SPA ayant des conséquences néfastes sur l'individu en question, qu'elles soient psychologiques, physiques, biologiques ou sociales.

Pour cela, il est important de comprendre la typologie de l'usage des SPA et identifier les vulnérabilités potentielles occasionnant plus tard un abus ou une dépendance [19,20]. Parmi ces dernières, la comorbidité psychiatrique est fréquemment observée en population clinique et pourrait être impliquée dans le développement des troubles liés à l'utilisation de substances, conditionnant ainsi la prise en charge et le pronostic.

La prévention des addictions dépend largement de la compréhension de l'étiopathogénie de cette pathologie. A savoir les caractéristiques de l'utilisateur de la SPA et de l'environnement dans lequel évolue la consommation. La réduction des risques liés à la consommation de SPA a donné lieu à des centres d'addictologie disséminés à travers le Royaume, comme celui de la ville de Marrakech, inauguré en septembre 2013.

Le travail antérieur effectué au centre s'est intéressé au profil épidémiologique des usagers et mené par Dr Oulmidi Anas. Nous nous fixons, à travers notre étude, l'objectif d'évaluer la typologie de l'usage des SPA, puis dégager les comorbidités psychiatriques chez les usagers de SPA, pour émettre, enfin, quelques recommandations en vue d'améliorer la qualité des soins et de prévention.



PATIENTS & MÉTHODE



I. Type d'étude

Nous avons mené une étude transversale à visées descriptive et analytique, afin d'étudier les comorbidités psychiatriques chez les usagers de substances psychoactives du centre d'addictologie de Marrakech.

II. L'échantillon

Notre enquête a concerné un échantillon de 1400 usagers du centre d'addictologie de Marrakech, des deux sexes et ayant fréquenté le centre de la période s'étalant de décembre 2014 à juin 2017.

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] :

$$N = P (1 - P) (Zx / D)^2$$

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

Ainsi la taille de l'échantillon minimale était estimée à 193 participants. Afin de maximiser la puissance statistique de l'étude, nous avons mené notre enquête auprès de 1607 usagers, soit sept fois et demi la taille minimale de l'échantillon. Nous n'avons pu exploiter que 1400 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, a été utilisé et soumis à tous les venants au centre.

Il a été rempli en présence d'une des deux assistantes sociales employées par le centre d'addictologie de Marrakech à cet effet.

Nous avons recueilli 1607 questionnaires et nous avons pu en exploiter 1400, d'usagers ayant fréquenté le centre durant la période s'étendant entre Décembre 2014 et Juin 2017.

Le questionnaire a permis de recueillir des renseignements caractéristiques de chaque patient. Il est constitué de 2 rubriques :

✓ *La première rubrique est constituée de quatre parties : (Annexe 1)*

- La première partie renseigne sur les caractéristiques sociodémographiques du patient.
- La deuxième partie renseigne sur les antécédents personnels et familiaux du patient.
- La troisième partie renseigne sur l'usage de substance chez le patient.
- La quatrième partie constitue une évaluation du retentissement de l'usage de substances chez le patient usager.

❖ *La deuxième rubrique est constituée de 6 échelles :*

✓ *Positive and Negative Symptom Scale PANSS: (Annexe 2)*

C'est une échelle d'évaluation de l'intensité des syndromes positifs et négatifs. Elle a été élaborée à partir de deux échelles déjà existantes: la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) et la Psychopathology Rating Scale (PRS). Elle a fait l'objet de nombreuses études de validation. Kay et al., en 1987, ont confirmé l'excellente fidélité interjuge et la bonne consistance interne ainsi qu'une fidélité test-retest satisfaisante. [13] Elle est constituée de 30 items assortis chacun de définition spécifique ainsi que de critères détaillés correspondant à 7 niveaux psychopathologiques de sévérité croissante. Ces 30 items sont répartis en trois sous échelles : – Echelle positive : Comportant 7 items correspondant à un syndrome positif (tel que le délire, les hallucinations, la désorganisation conceptuelle, l'excitation...)

✓ **Echelle négative :**

Comportant aussi 7 items correspondant à un syndrome négatif (tel que le retrait social, l'émoussement affectif, la pensée stéréotypée...)

– **Echelle psychopathologique générale :**

Comportant 16 items, ne pouvant être liés spécifiquement à un des deux syndromes cidessus (tel qu'une anxiété, une dépression, des troubles de l'attention et de la concentration...).

La cotation de chaque item se fait de 1 à 7 en fonction de son intensité :

- On cote (1) si le symptôme est absent.
- On cote (2) si le symptôme est minime.
- On cote (3) si le symptôme est d'intensité légère.
- On cote (4) si le symptôme est d'intensité modérée.
- On cote (5) si le symptôme est d'intensité modérément sévère.
- On cote (6) si le symptôme est d'intensité sévère.
- On cote (7) si le symptôme est d'intensité extrême.

Le score total de la PANSS correspond à la somme des scores sur les différentes sous échelles précédentes: Score positif + Score Négatif + Score psychopathologique général. Un score total élevé suggère une grande sévérité de la maladie et donc une symptomatologie productive et déficitaire plus importante. [13]

✓ **Fagerstöm Test For Nicotine Dependence (FTND) : (Annexe 2)**

Le FTND ou test de dépendance à la nicotine proposé par Heatherton et al. en 1991 est le plus connu et utilisé actuellement. Il est couramment appelé test de Fagerström en six questions. La version française a été validée par Etter et al. en 1999. [14]

L'analyse factorielle du FTND souligne l'importance du tabagisme du matin (urgence à rétablir un taux de nicotine suffisant après une nuit d'abstinence), ainsi que celle du tabagisme de la journée (persistance du besoin de maintenir une nicotémie élevée au cours de la journée). [14]

Interprétation du score du FTND selon Fagerström et al. :

- Score 0: Très faible dépendance
- Score [1-3] : Faible dépendance
- Score [4-5] : Dépendance moyenne
- Score [6-7] : Forte dépendance
- Score ≥ 8 : Très forte dépendance

✓ ***Cannabis Abuse Screening Test (CAST): (Annexe 3)***

Le Cannabis Abuse Screening Test (CAST) est un outil de repérage des mésusages du cannabis développé depuis 2002 par le pôle enquête en population générale de l'observatoire français des drogues et des toxicomanies. Conçu à partir des principaux critères de détermination de l'abus et de l'usage nocif issus des diagnostics du DSM-IV et de la CIM 10, il a pour objectif de fournir une description et une estimation des usages problématiques dans les enquêtes épidémiologiques en population générale. [15]

Le CAST est une échelle à 6 items dont chacun décrit des comportements d'usage ou des problèmes rencontrés dans le cadre d'une consommation de cannabis. Le test a connu plusieurs évolutions et sa version actuelle n'a été définitive qu'en 2006.

Dans cette version finale, le test comporte six questions qui portent sur :

- L'usage le matin ou seul c'est-à-dire supposé hors d'un contexte festif
- Eventuels troubles de la mémoire
- Le fait d'être encouragé à réduire ou à arrêter sa consommation
- Des échecs dans les tentatives d'arrêt
- Des problèmes comme les bagarres, les accidents... suite à une consommation de cannabis.

Interprétation du test CAST : [15]

- Score < 3 : Usager sans risque
- Score [3-7] : Usager à risque faible
- Score ≥ 7 : Usager à risque élevé

✓ ***Alcohol use disorders test (AUDIT) : (Annexe 4)***

Le questionnaire Audit a été mis au point par l'OMS pour dépister les consommations d'alcool à risque, nocives ou massives. Il comporte dix questions couvrant les trois modalités d'usage de l'alcool : la consommation d'alcool dangereuse, la consommation d'alcool nocive et l'alcoolodépendance. Les résultats du questionnaire Audit sont faciles à calculer. Pour chaque question, plusieurs réponses sont proposées et à chaque réponse correspond une notation de 0 à 4. Le total est la somme de toutes les notes des différentes réponses. [16]

Interprétation du score AUDIT :

- AUDIT < 6 (femmes) AUDIT < 7 (Hommes) : Risque faible de dépendance
- AUDIT = [6-12] (Femmes) AUDIT = [7-12] ((Hommes) : Mésusage actuel d'alcool
- AUDIT ≥ 13 : Dépendance à l'alcool

✓ ***Echelle cognitive d'attachement aux benzodiazépines (ECAB) : (Annexe4)***

Le questionnaire ECAB est constitué de 10 items cotés 1 ou 0. Le score total au questionnaire est obtenu par la somme des points aux différents items. Un score ≥ 6 permet de différencier les patients dépendants des patients non dépendants avec une sensibilité de 94 % et une spécificité de 81 %. Ce test a été validé par le Collège de la Haute Autorité de Santé en octobre 2007. [17]

Interprétation score ECAB :

- ECAB < 6 : Usage à faible risque de dépendance
 - ECAB ≥ 6 : Dépendance aux benzodiazépines
- ✓ ***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 ≥ 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

✓ **Saisie et analyse des données :**

Les données ont été saisies sur Excel et analysées à l'aide du logiciel SPSS version 17 afin de faciliter le traitement. 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 »

✓ **Aspects éthiques :**

Cette étude est un sujet de thèse accepté par le comité des thèses de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech.

L'étude a pris en compte le respect de l'anonymat du patient ainsi que la confidentialité des données.



RÉSULTATS



I. ANALYSE DESCRIPTIVE

1. Les caractéristiques sociodémographiques:

1.1. Age

L'âge moyen était 20.2 ans, (Extrêmes : 14 et 51 ans). Avec une prédominance de la tranche d'âge comprise entre 18 et 40 ans soit 60%(n= 840 usagers), 28% avaient moins de 18 ans (n= 392) et 12% avaient plus de 40 ans (n= 168).

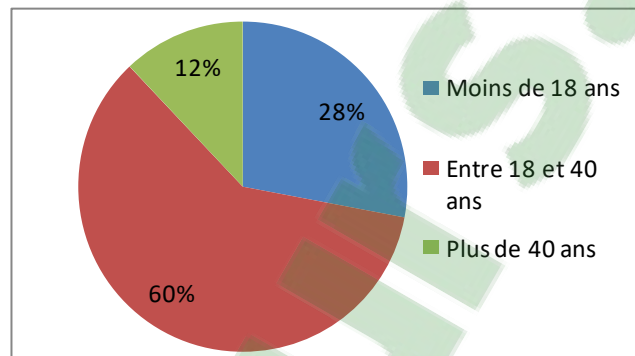


Figure 1 : répartition des consommateurs de SPA selon la tranche d'âge.

1.2. Sexe:

Dans notre échantillon 87% soit (n= 1218) des usagers étaient de sexe masculin alors que 13% soit (n= 182) étaient de sexe féminin.

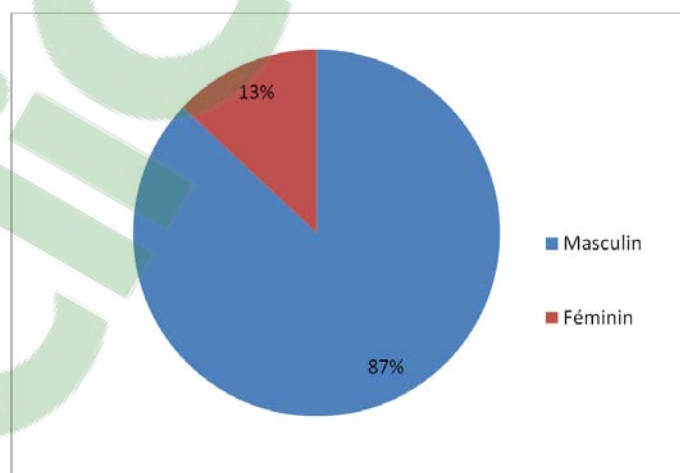


Figure 2 : répartition des consommateurs de SPA selon le sexe.

1.3. Etat marital

Dans notre échantillon 51.5% étaient célibataires, 27.43% d'entre eux étaient mariés, 18.71% divorcés et 2.36% veufs.

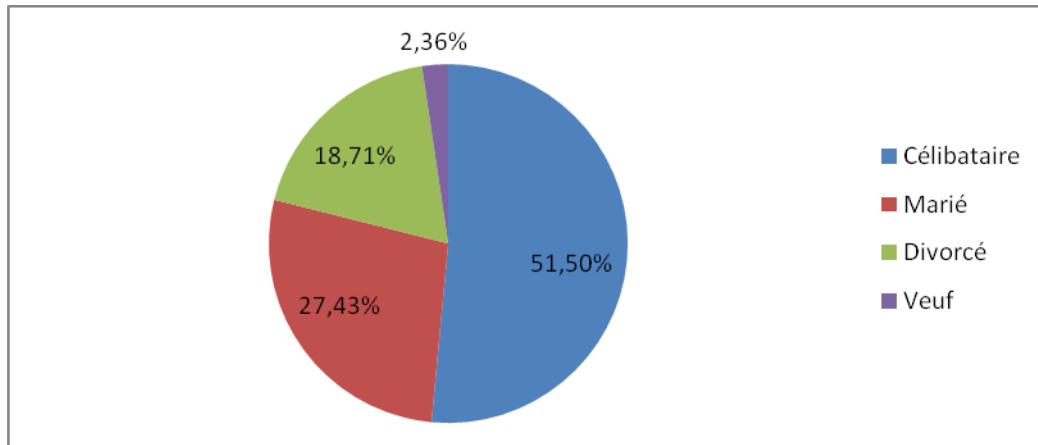


Figure 3: répartition selon l'état marital.

1.4. Statut professionnel :

Nous notons que 33.64% des usagers étaient sans emploi contre 16.43% qui disposaient d'un travail régulier.

Le reste des usagers dans l'échantillon se répartissait entre étudiant à hauteur de 24.36% et travailleur occasionnel à hauteur de 24.21%, 1.36% des usagers dans l'échantillon étaient retraités.

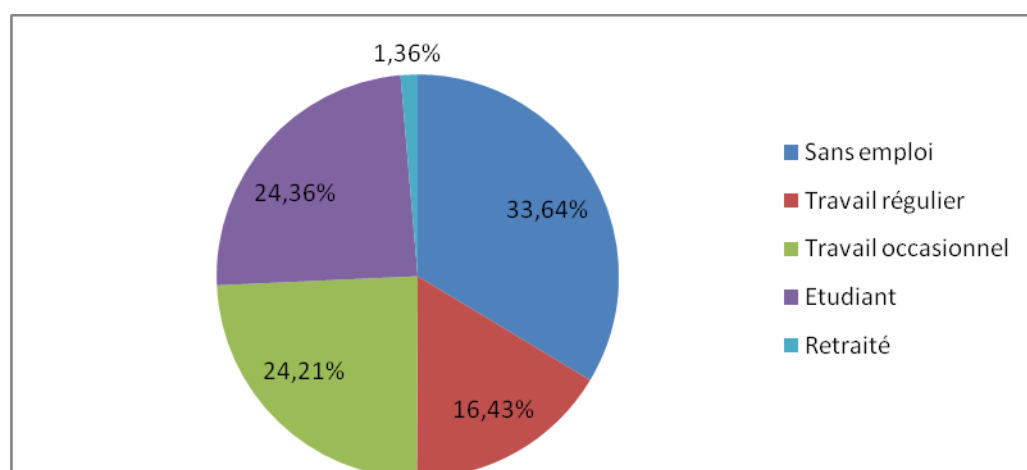


Figure 4: Situation professionnelle

1.5. Niveau économique : Le revenu moyen des usagers de l'échantillon se répartit comme suit :

- 18.14% ont un revenu inférieur à 1500 Dhs.
- 22.86% ont un revenu situé entre 1500 et 3000 Dhs.
- 33.5 % ont un revenu situé entre 3000 et 5000 Dhs.
- 15.14% ont un revenu situé entre 5000 et 10000 Dhs.
- 10.36% ont un revenu supérieur à 10000 Dhs.

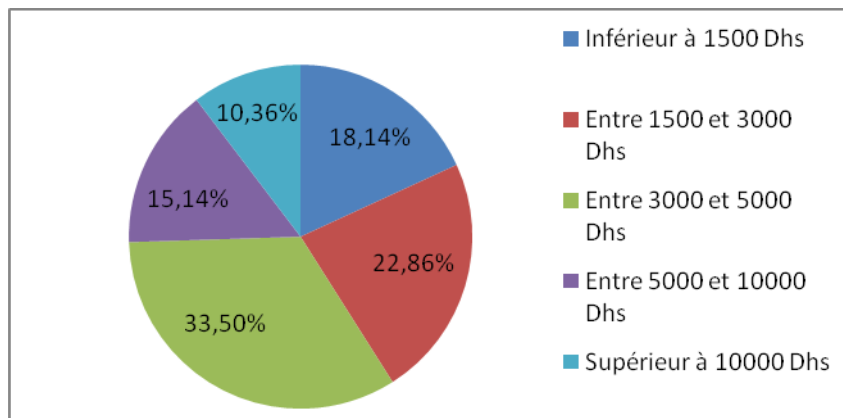


Figure 5 : Répartition des patients selon le revenu mensuel.

1.6. Niveau scolaire :

Dans notre échantillon 18.79% des usagers avaient un niveau d'étude universitaire, 21.5% avaient atteint le lycée, 28.57% le collège, 16.14% n'avaient pas dépassé le niveau primaire et 15% n'ont jamais été scolarisés.

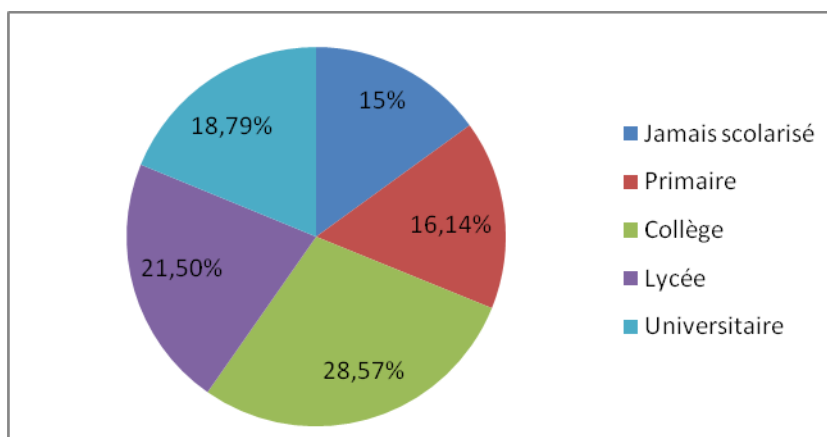


Figure 6: Niveau scolaire

1.7. Origine géographique

Nous remarquons que 72.36 % des usagers étaient d'origine urbaine contre 27.64% d'origine rurale.

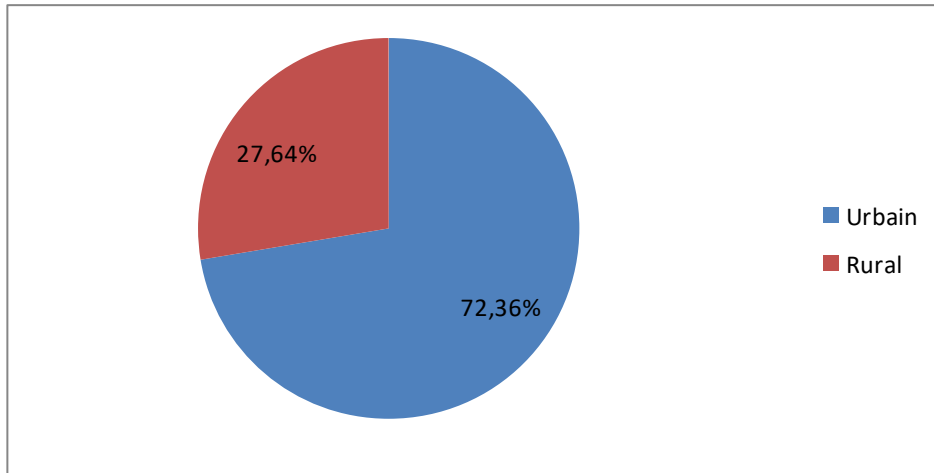


Figure 7 : Répartition selon l'origine géographique

1.8. Situation des parents :

Dans notre échantillon 47% des usagers ont des parents qui vivent ensemble, tandis que 31.07% ont des parents divorcés, 13.79% ont un père décédé et 8.14% une mère décédée.

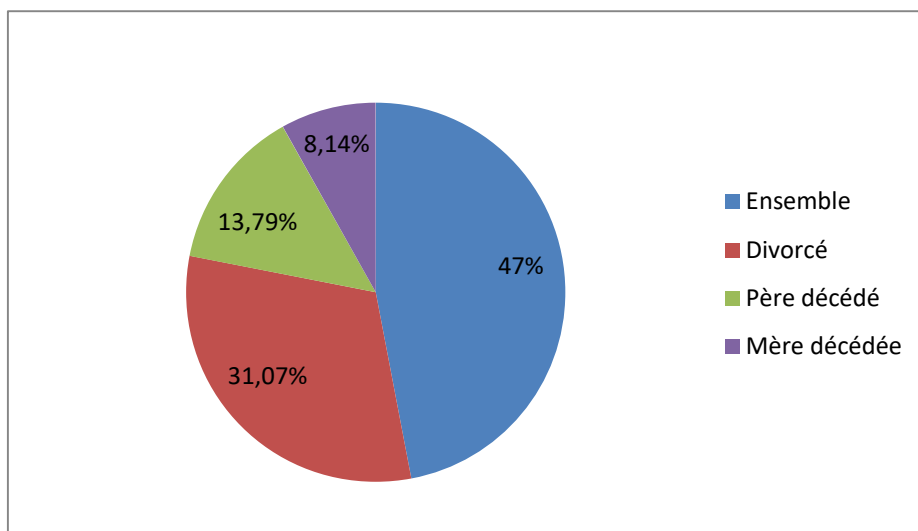


Figure 8: Situation des parents

1.9. Type de logement

Nous retrouvons que 48% des usagers vivent avec l'un de leurs parents, tandis que 37% disposent d'un domicile personnel, alors que 6.14% vivent chez des proches, 5.07% avec des amis et 3.79% sans domicile fixe.

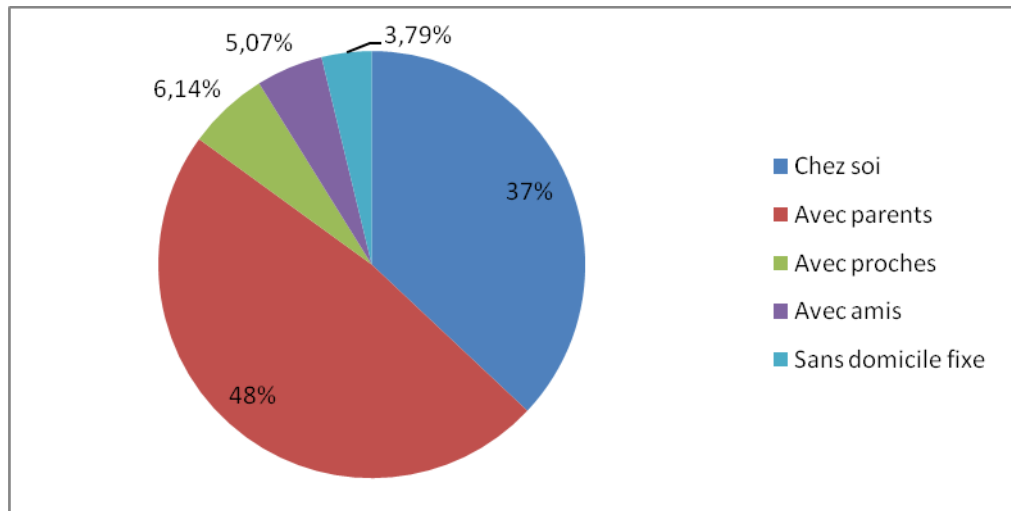


Figure 9: Logement

1.10. Existence d'un conflit avec la famille

Nous notons que 65.21% des usagers ont déclaré avoir un conflit familial tandis que 34.79% estiment ne pas en avoir.

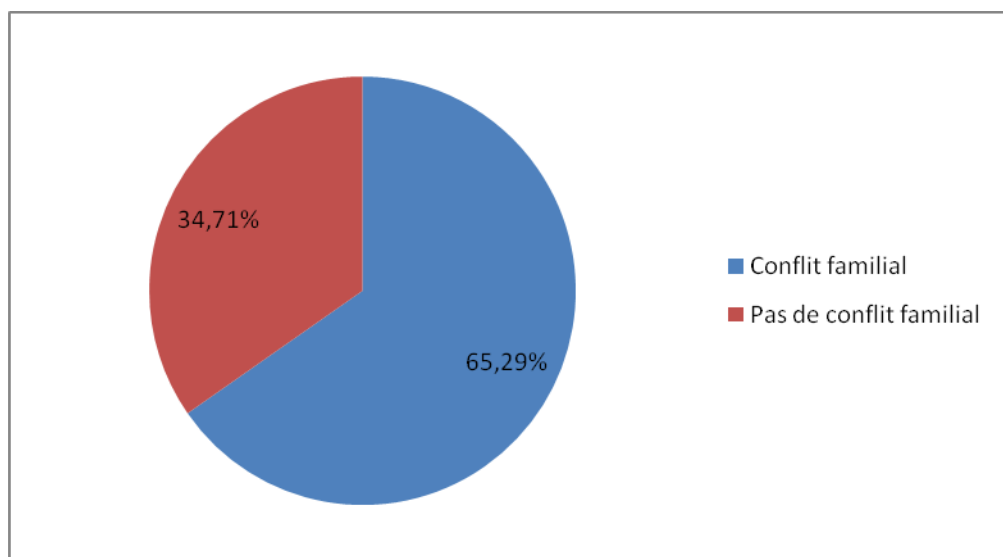


Figure 10: Conflit avec la famille.

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

Caractéristiques	Effectif	Pourcentage
Age :		
- moins de 18 ans	-392	- 28%
- de 18 à 40 ans	-840	- 60%
- plus de 40 ans	-168	- 12%
Sexe :		
- masculin	-1218	- 87%
- féminin	-182	- 13%
Etat marital :		
- Célibataire	-721	- 51.5%
- Marié	-384	- 27.43%
- Divorcé	-262	- 18.71%
- Veuf	-33	- 2.36%
Statut professionnel :		
- étudiant	-341	- 24.36%
- travail régulier	-230	- 16.43%
- travail occasionnel	-339	- 24.21%
- sans emploi	-471	- 33.64%
- retraité	-19	- 1.36%
Niveau économique :		
- supérieur à 10000 Dhs	-145	- 10.36%
-entre 5000 et 10000 Dhs	-212	- 15.14%
-entre 3000 et 5000 Dhs	-469	- 33.5%
- entre 1500 et 3000 Dhs	-320	- 22.86%
- inférieur à 1500 Dhs	-254	- 18.14%
Niveau scolaire :		
- jamais été scolarisés	-210	- 15%
- primaire	-226	- 16.14%
- collège	-400	- 28.57%
- lycée	-301	- 21.50%
- universitaire	-263	- 18.79%
Origine géographique :		
- urbain	-1013	- 72.36%
- rural	-387	- 27.64%
Situation des parents :		
- ensemble	-658	- 47%
- divorcé	-435	- 31.07%
- père décédé	-193	- 13.79%
- mère décédée	-114	- 8.14%
type de logement :		
- chez soi	-518	- 37%
- avec les parents	-672	- 48%
- avec des proches	-86	- 6.14%
- avec des amis	-71	- 5.07%
- sans domicile fixe	-53	- 3.79%
conflit avec la famille :		
- oui	-914	- 65.29%
- non	-486	- 34.71%

2. Les antécédents personnels et familiaux :

2.1. Les antécédents Personnels :

Les antécédents toxiques des patients seront détaillés dans le 3eme chapitre : Caractéristiques de l'usage des substances.

a. Répartition des antécédents personnels

Les antécédents personnels psychiatriques étaient les plus représentés dans notre étude chez 55.85% (n=782)

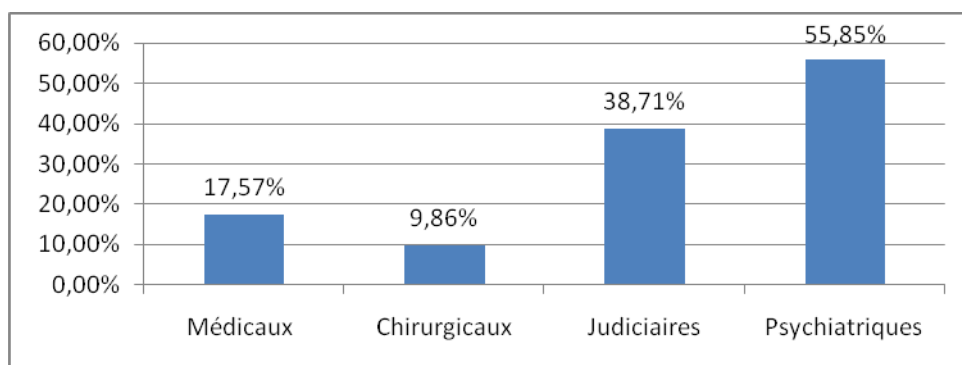


Figure 11 : Répartition des usagers de SPA selon les antécédents personnels

a.1. Les antécédents psychiatriques :

Nous notons que 44.25% des usagers qui ont un antécédent psychiatrique ont eu un antécédent de dépression, 25.19% un trouble bipolaire, 23.40% un trouble anxieux et 7.16% une symptomatologie délirante.

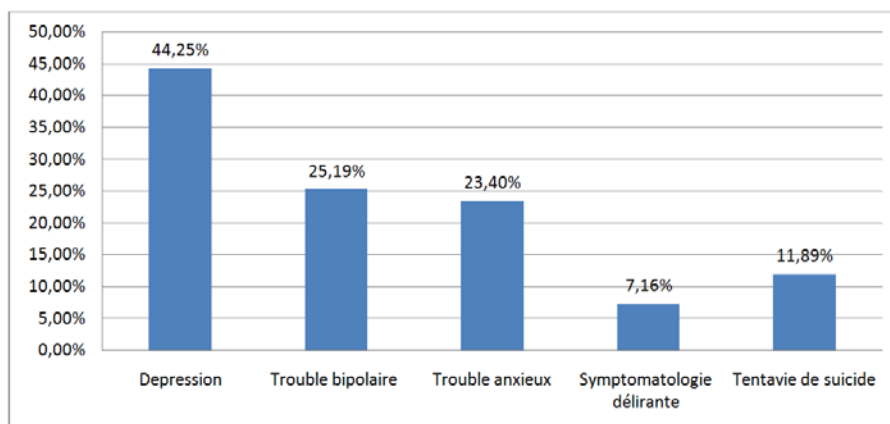


Figure 12 : les antécédents personnels psychiatriques

a.2. Les modalités des tentatives de suicide

L'auto intoxication médicamenteuse était la modalité la plus fréquente dans 46.24% (n=43)

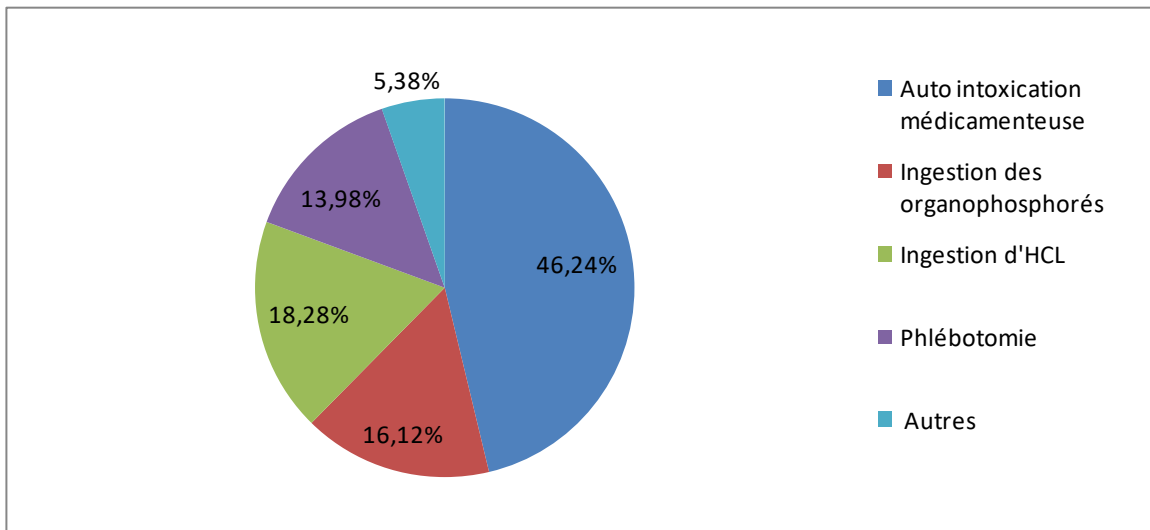


Figure 13 : Les modalités des tentatives de suicide

b. Les antécédents judiciaires :

Nous notons que 38.71% (n=542) des usagers de notre échantillon ont au moins un antécédent judiciaire, la cause la plus fréquente d'incarcération était l'hétéro-agressivité dans 37.82% des cas (n=205) (Figure 14)

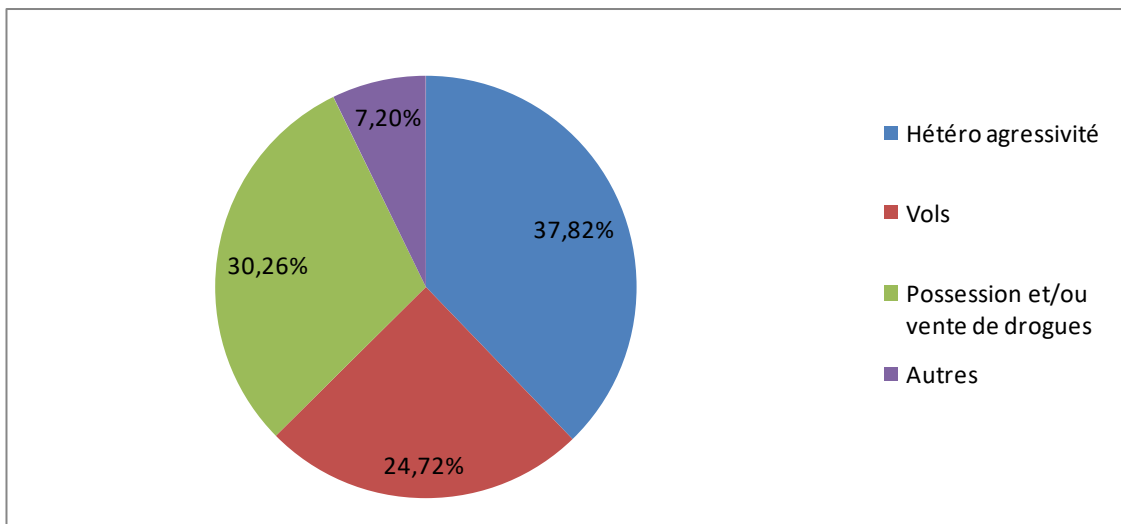


Figure 14 : répartition selon les causes de l'incarcération

c. Le nombre d'hospitalisations

Dans notre échantillon 24.94% (n=195) des usagers ont moins de 3 hospitalisations, 37.47% ont entre 4 et 6 hospitalisations, 27.62% ont entre 7 et 9 hospitalisations, et 9.97% (n=78) ont plus 9 hospitalisations.

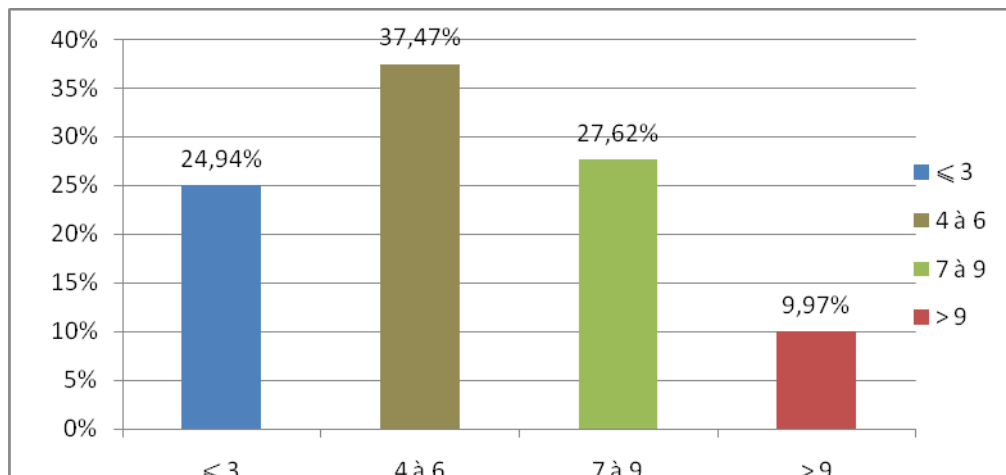


Figure 15 : Le nombre d'hospitalisations

d. La durée moyenne des hospitalisations :

Plus que la moitié des usagers avaient une durée moyenne d'hospitalisation supérieure à 15 jours (51.40%, n=402).

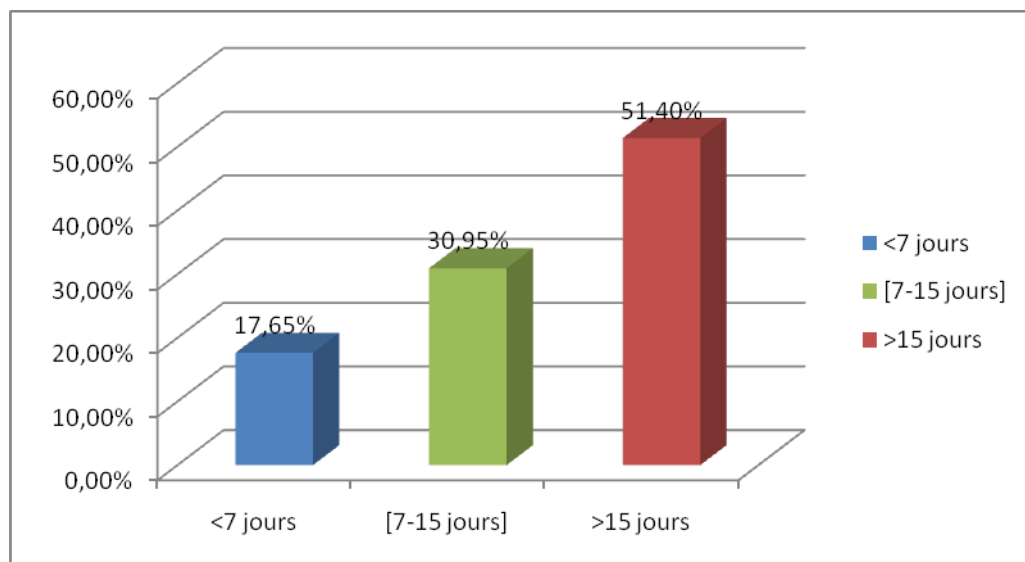


Figure 16 : Répartition selon la durée moyenne des hospitalisations

2.2. Les antécédents familiaux:

a. Les antécédents psychiatriques :

Plus que le un tiers des patients avaient des antécédents familiaux psychiatriques (n=479 soit 34.21%).

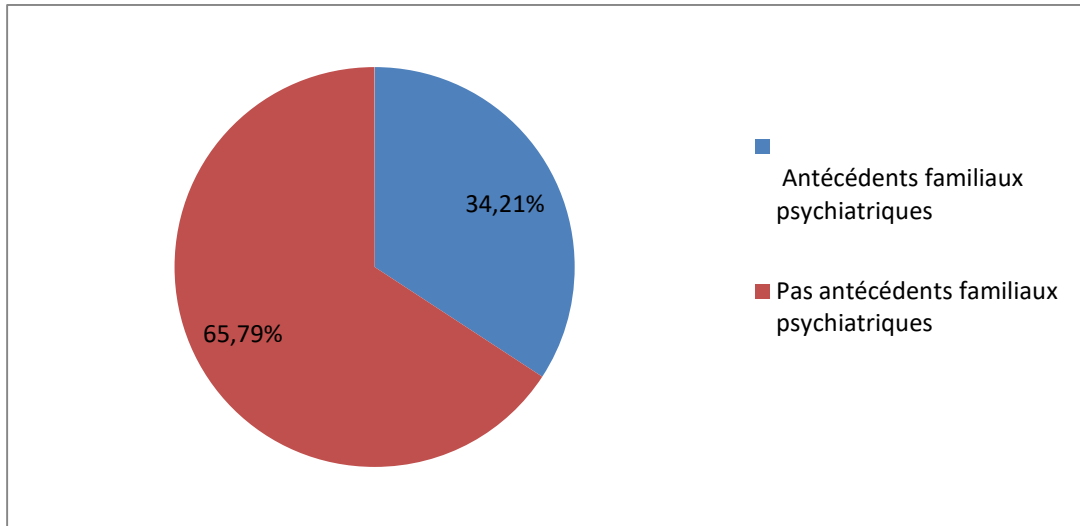


Figure 17 : Répartition selon antécédents psychiatriques familiaux

La dépression était l'antécédent le plus fréquent dans 46.76 % (n=224) (Figure 17).

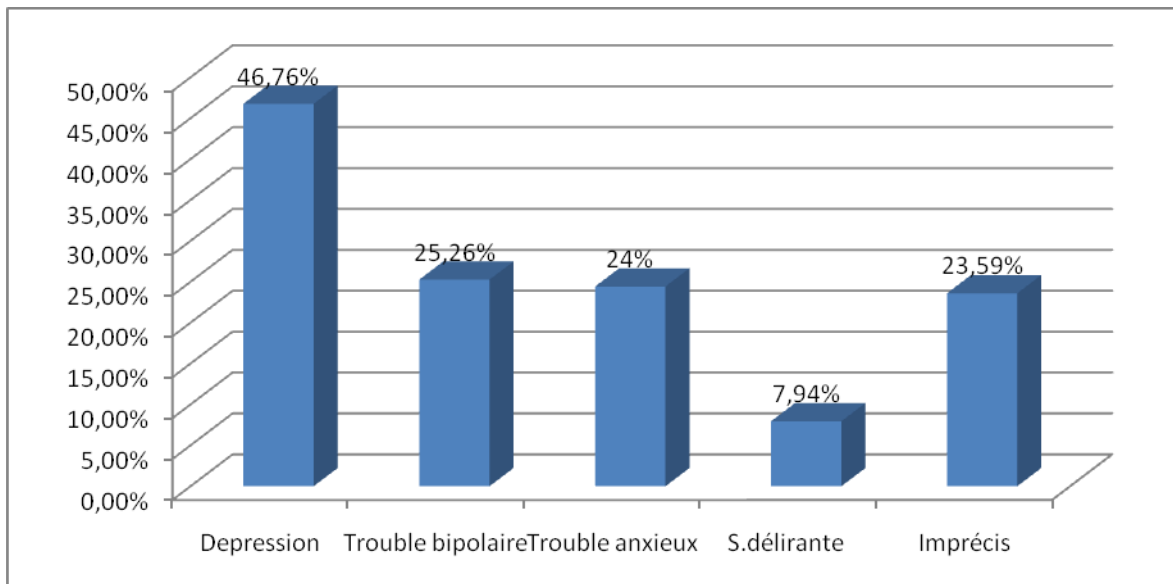


Figure 18 : répartition selon les antécédents psychiatriques familiaux

b. Les antécédents de TUS dans la famille

Dans notre échantillon 74.5% (n=1043) ont des antécédents de toxicomanie dans la famille, avec une prédominance de l'usage du Tabac dans 70,29 % soit (n=733) suivi du cannabis dans 34,71% soit (n=362) (Figure 15). Dans 65,10% soit (n=679) l'usage des SPA se déroulait devant le patient.

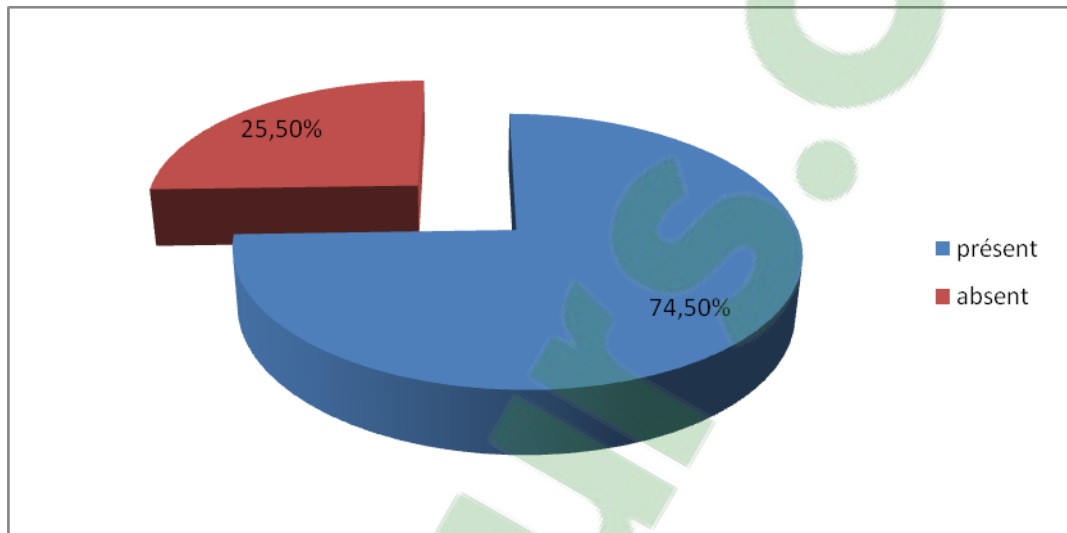


Figure 19 : Répartition selon les antécédents familiaux de TUS

Tableau récapitulatif II : Les antécédents personnels et familiaux des usagers.

Caractéristiques	Effectif	Pourcentage
Les antécédents personnels :		
- Médicaux	-246	-17.57%
- Chirurgicaux	-138	-9.86%
- Psychiatriques	-782	-55.85%
- Judiciaires	-542	-38.71%
Les antécédents psychiatriques :		
-Dépression	-346	-44.25%
-Trouble bipolaire	-197	-25.19%
-Troubles anxieux	-183	-23.40%
- symptomatologie délirante	-56	-7.16%
-Tentatives de suicide	-93	-11.89%
Les modalités des tentatives de suicide :		
- Auto intoxication médicamenteuse	-43	-46.24%
- Ingestion des organophosphorés	-15	-16.12%
- Ingestion d'HCL	-17	-18.28%
- Phlébotomie	-13	-13.98%
-Autres	-5	-5.38%
Les antécédents judiciaires :		
- Hétéro agressivité	-205	-37.82%
- Vols	-134	-24.72%
- Possession et / ou vente de drogues	-164	-30.26%
-Autres	-39	-7.20%
Les antécédents d'hospitalisation :		
- ≤ 3	-195	-24.94%
- 4-6	-293	-37.47%
- 7-9	-216	-27.62%
- >9	-78	-9.97%
Durée moyenne des hospitalisations :		
- <7 jours	-138	-17.65%
- [7-15 jours]	-242	-30.95%
- >15 jours	-402	-51.40%
Les antécédents psychiatriques familiaux :		
-Dépression	-224	-46.76%
-Trouble bipolaire	-121	-25.26%
-Trouble anxieux	-117	-24.42%
-Symptomatologie délirante	-38	-7.94%
-Imprécis	-113	-23.59%
Les antécédents familiaux de TUS :		
- Présents	-1043	-74.5%
- Absents	-357	-25.5%

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

1. Type de substance utilisée

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.

Dans notre échantillon 48.14% (n=674) des usagers ont déclaré utiliser du cannabis, 18.43% (n=258) de l'alcool, 18.72% (n=262) du tabac, 9.21% (n=129) des psychotropes, 1.64% (n=23) des solvants tandis que 2.29% (n=32) ont déclaré utiliser de l'héroïne ou de la cocaïne.

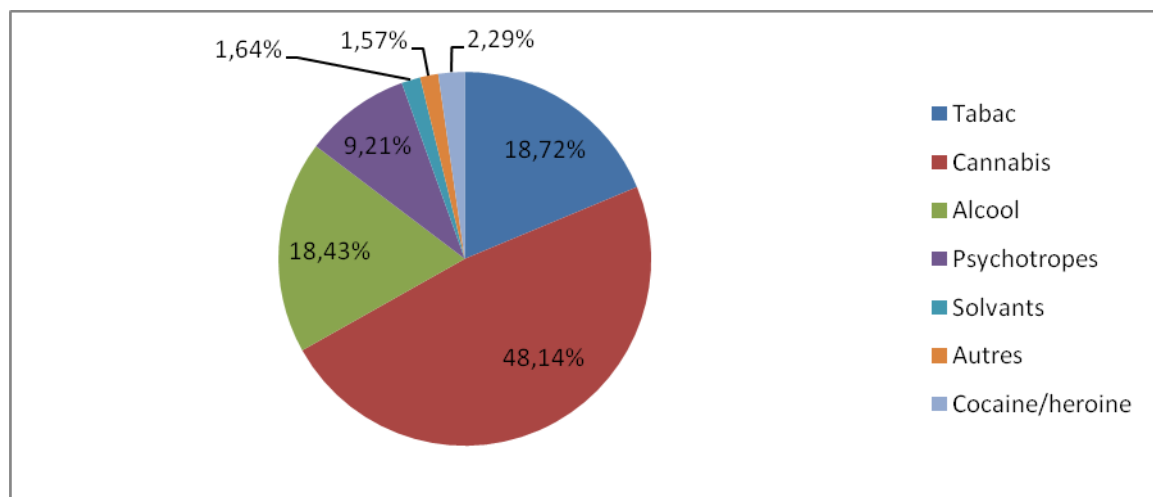


Figure 20: Substance consommée

2. Substances consommées :

Nous retrouvons que 86.21% (n=1207) des usagers ont déclaré utiliser du tabac, 58.21% (n=815) du cannabis, 22.57% (n=316) de l'alcool, 11.28% (n=158) des psychotropes, 5.43% (n=76) des solvants tandis que 3.64%(n=51) ont déclaré utiliser de l'héroïne ou de la cocaïne.

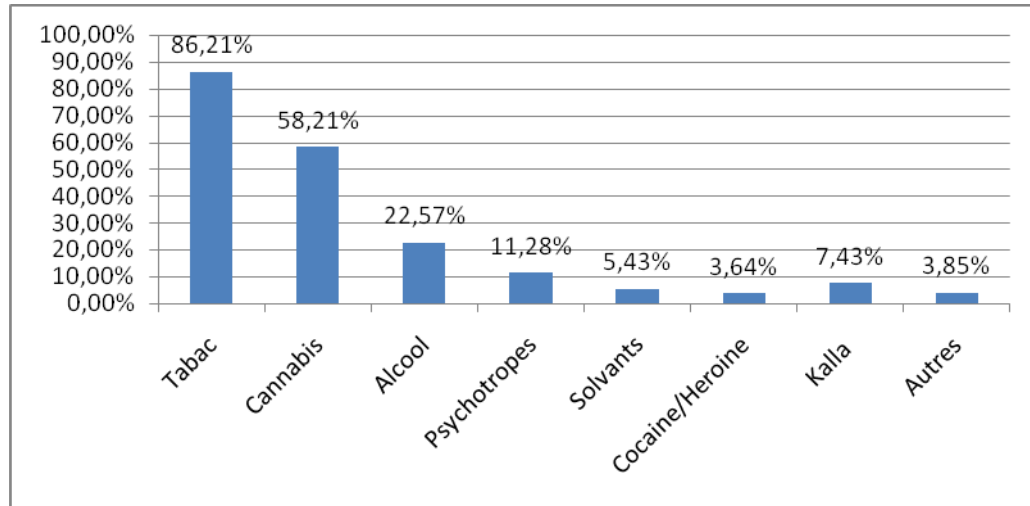


Figure 21 : répartition selon toutes les substances consommées

3. Substance utilisée lors du premier usage

Dans notre échantillon 73.22% des usagers ont affirmé que la première substance utilisée à été le tabac, puis 13.07% le cannabis, puis 8.14% l'alcool et 3.36% pour le « Maajoune ».

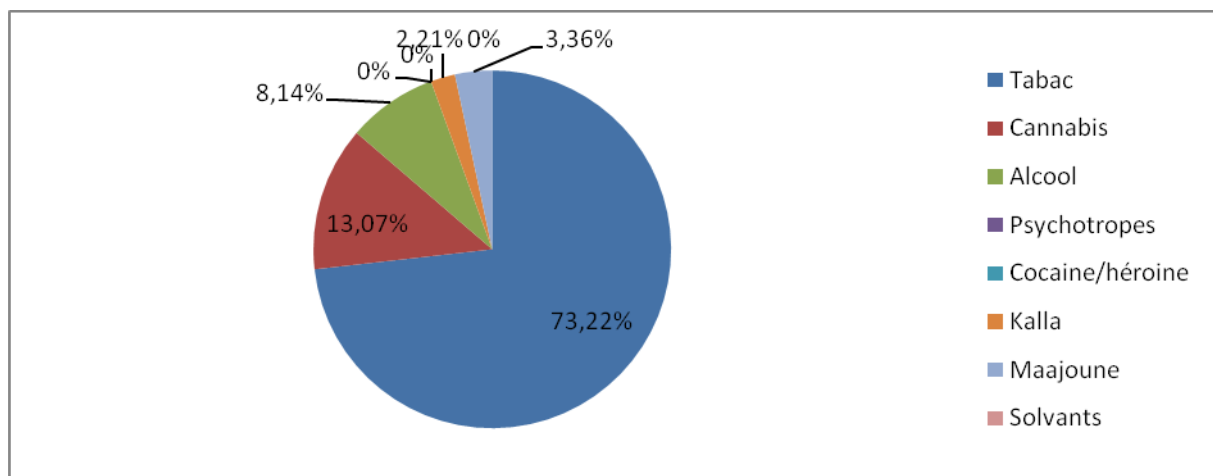


Figure 22: Substance utilisée lors du premier usage

4. Type d'usage

Nous notons que 69.14% des usagers déclarent utiliser plusieurs substances simultanément, contre 30.86 % qui n'en utilisent qu'une seule.

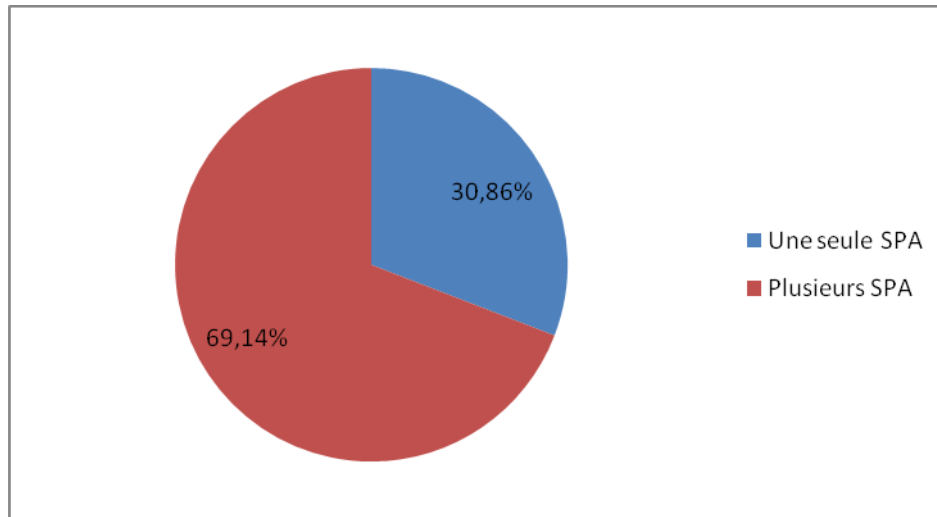


Figure 23: Type d'usage

5. Initiateurs

Dans notre échantillon 57.21% des usagers auraient été initiés par un ami à l'usage de substances psychoactives, contre 20.29% par un collègue et 22.5% seul.

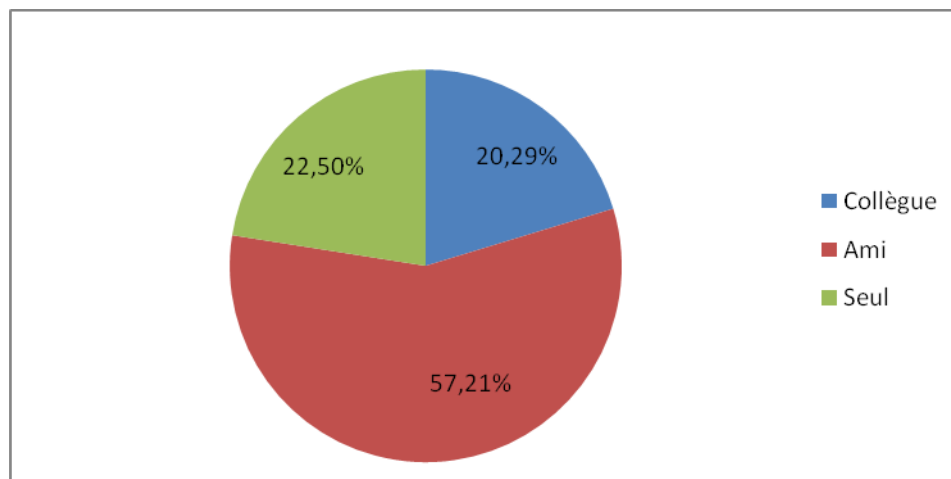


Figure 24: Initiateurs

6. Age de début de l'usage

Nous notons que 41.29% des usagers ont débuté leur usage de SPA entre l'âge de 15 ans à 18 ans ; 31.38 % entre l'âge de 18 à 21 ans, 18% après 21 ans et 9.38% avant l'âge de 15 ans.

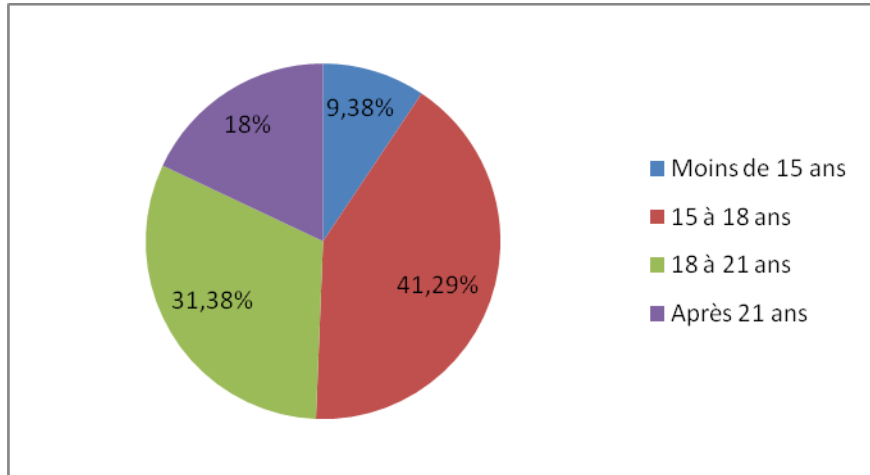


Figure 25: Age de début de l'usage des SPA

7. Durée d'exposition

Dans notre échantillon 26.57% des usagers ont consommé une substance psychoactives durant 3 à 5 ans, 22.14% durant une période de plus de 5 ans, 18.64% durant 1 à 2 ans et 21.29% durant 2 à 3 ans et enfin 11.36% pour une période de moins d'une année.

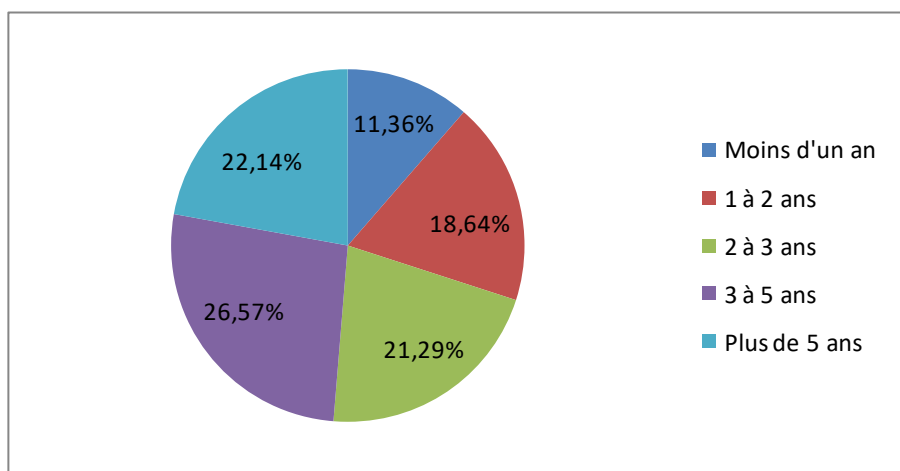


Figure 26: Durée d'exposition

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

Nous remarquons que 68.71% des usagers ont déclaré avoir essayé d'arrêter leur usage tandis que 31.29% 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, de la même façon que les tentatives d'arrêt spontanées.

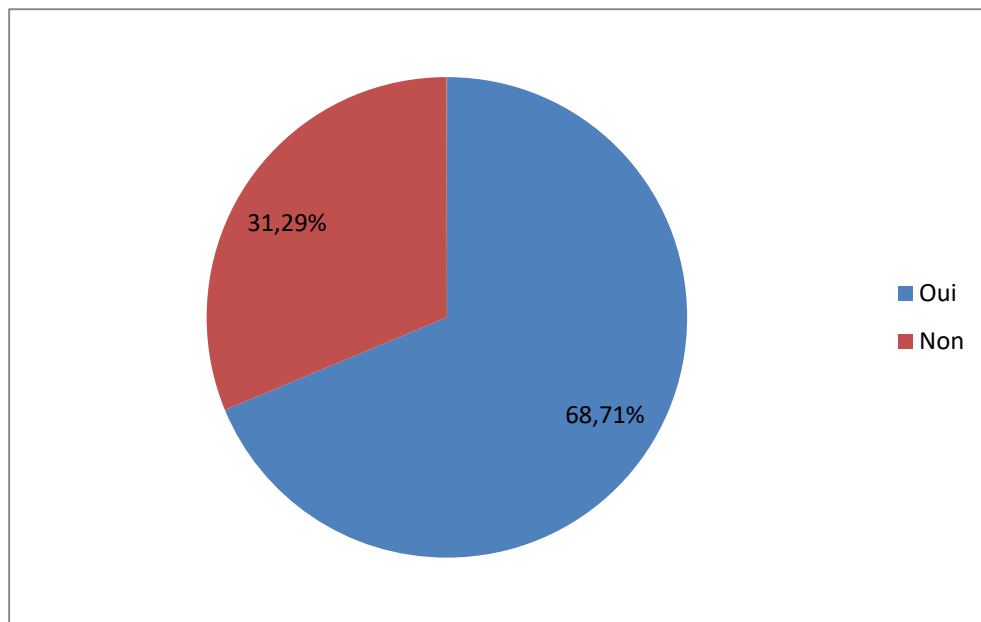


Figure 27: Tentatives d'arrêt

9. Impact social ressenti

Dans notre échantillon 20.43% des usagers ont déclaré n'avoir ressenti aucun impact social quant à leur usage d'une substance psychoactive, tandis que 33% y imputent une perte importante en ressources, 29.43% l'apparition de conflits familiaux, 6.71% la perte de leur emploi, 9.93% leur arrêt volontaire du travail, et enfin 3.29% leur expulsion de leur domicile.

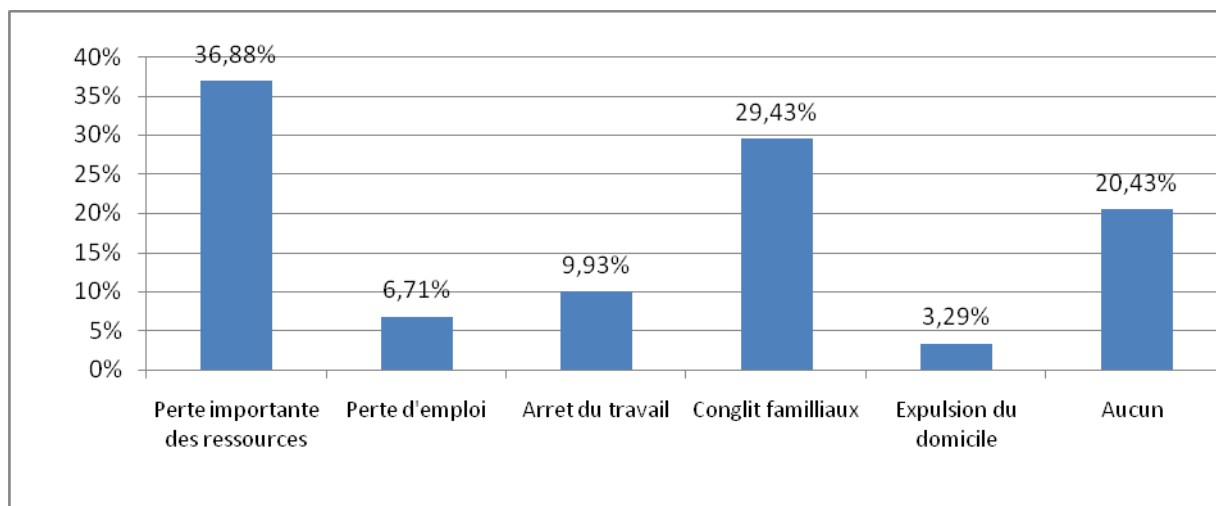


Figure 28 : répartition des usagers selon l'impact social ressenti

10. Scores de dépendance :

10.1. Tabac : Score FTND

Nous notons que 38,55% des usagers de tabac soit (n = 101) avaient une très forte dépendance selon le score FTND

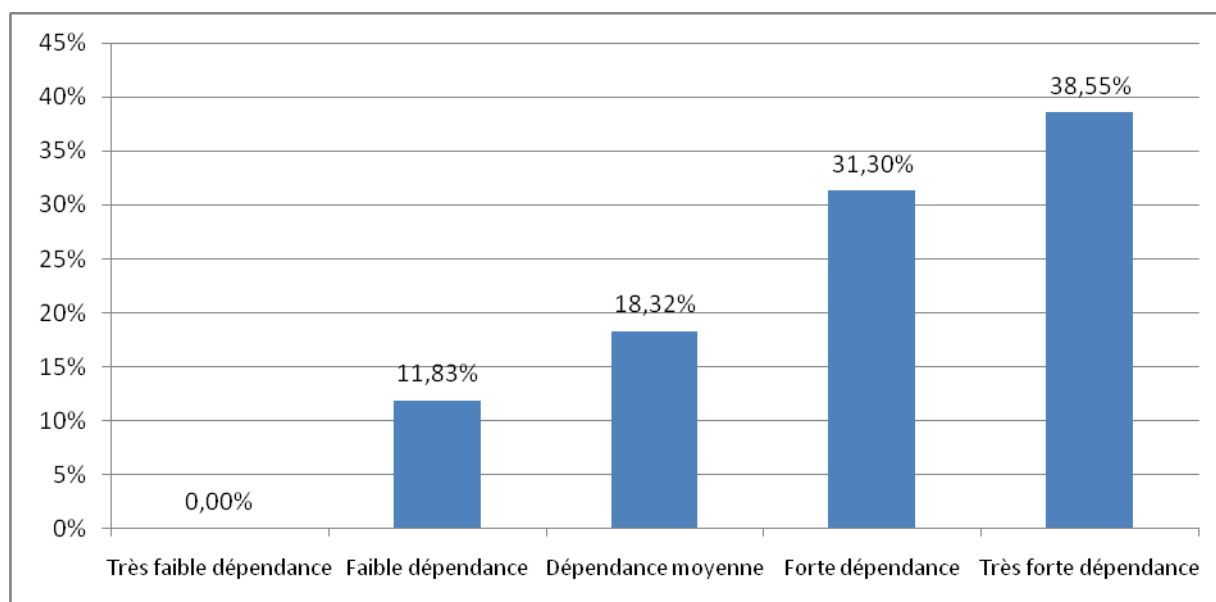


Figure 29 : Répartition selon le score de dépendance au tabac FTND

10.2. Cannabis : Test CAST

Nous retrouvons que 49.11,% (n=331) des usagers de cannabis avaient un usage à risque élevé de dépendance selon le test CAST

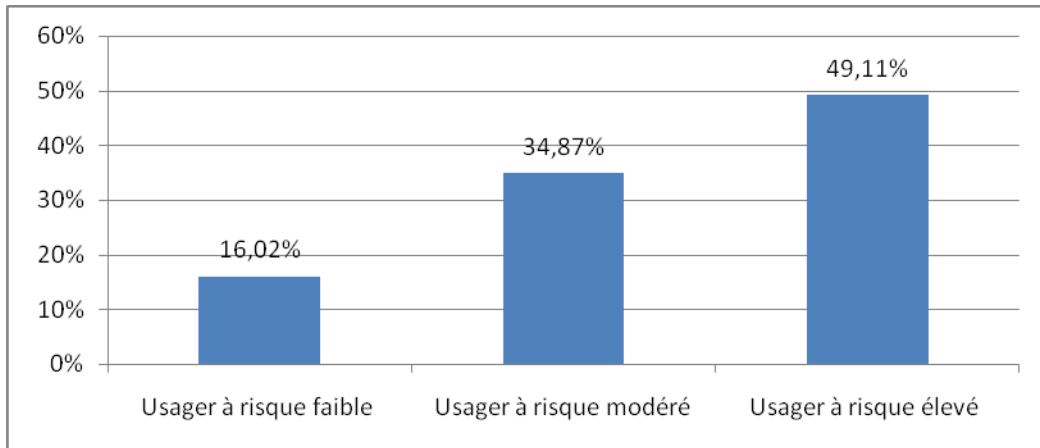


Figure 30 : Répartition selon le risque de dépendance au cannabis

10.3. Alcool : Test AUDIT

Nous retrouvons que 47.67% (n=123) des usagers d'alcool avaient une dépendance selon le test AUDIT, 39.15% avaient un mésusage actuel d'alcool alors que 13.18% avaient un risque faible de dépendance.

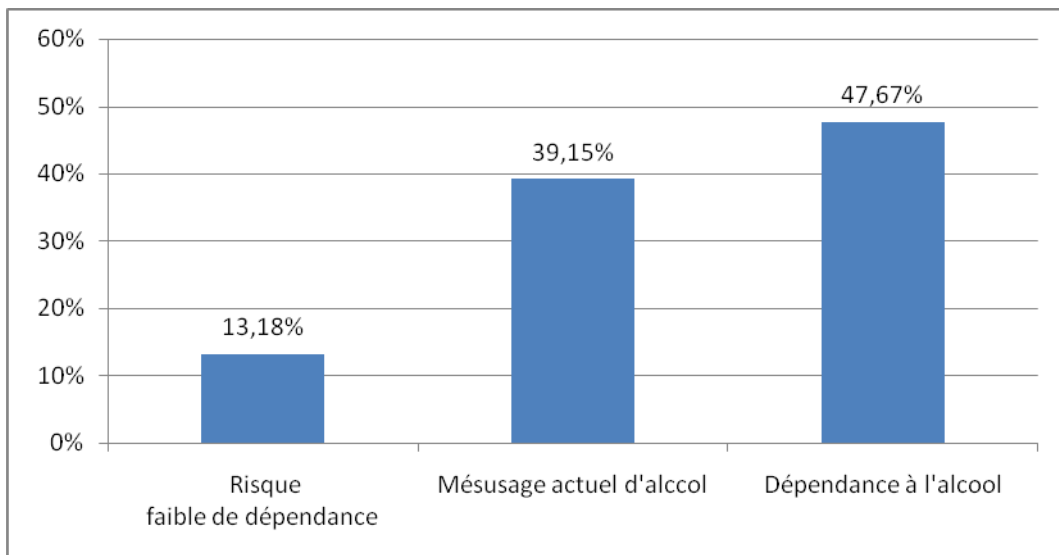


Figure 31 Répartition selon la dépendance à l'alcool selon le test AUDIT

10.4. Psychotropes

Dans notre échantillon 43.41% soit (n=56) des usagers de psychotropes ont une addiction sévère, 33.33% (n=43) ont une addiction modérée, 20.16% (n=26) ont une addiction légère et 3.10% (n=4) n'ont pas d'addiction.

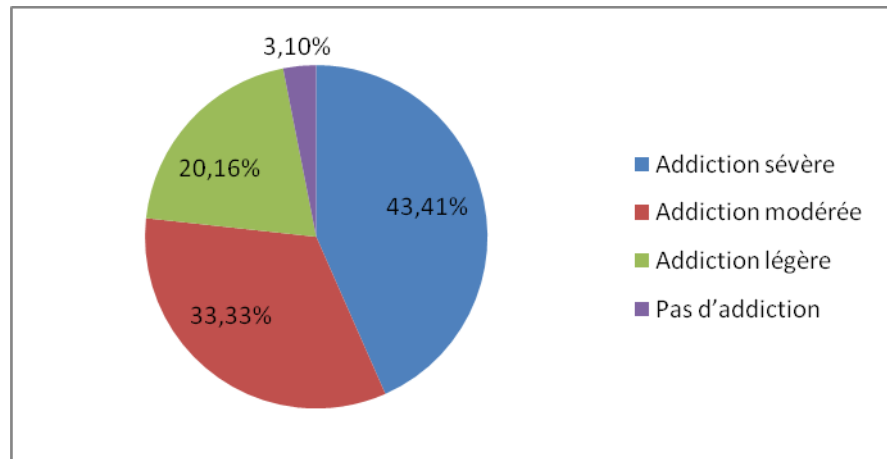


Figure 32 : répartition des usagers de psychotropes selon le degré d'addiction

10.5. Benzodiazépines : Test ECAB

Nous retrouvons que 98.36% des usagers de benzodiazépines soit (n=60) avaient une dépendance selon le score ECAB.

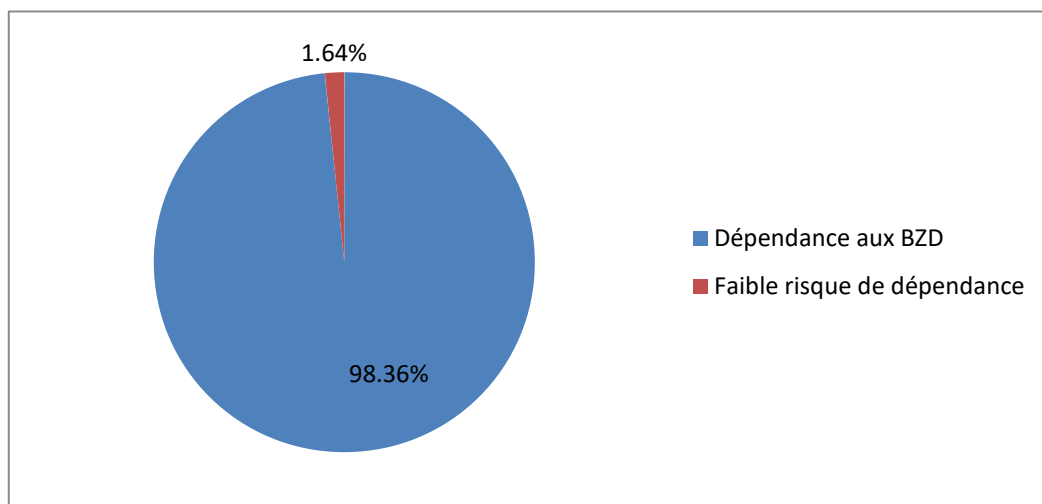


Figure 33 : degré d'addiction aux benzodiazépines selon le test ECAB

10.6. Cocaïne/Héroïne:

Nous remarquons que 46.87% soit (n= 15) des usagers de l'héroïne ou de la cocaïne ont une addiction sévère, 43.75% (n=14) ont une addiction modérée et 9.38% (n=3) ont une addiction légère.

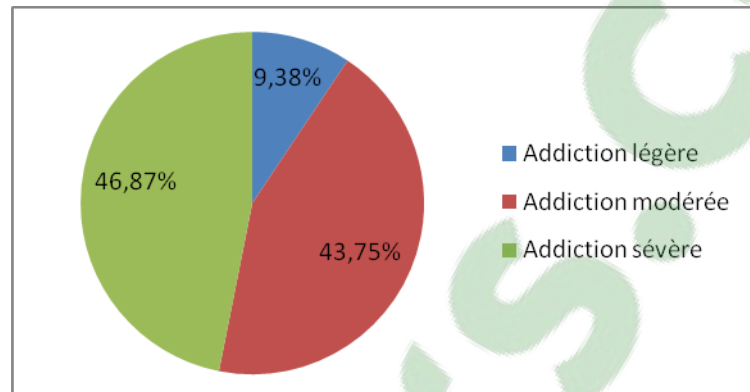


Figure 34 : répartition des usagers de l'héroïne ou de la cocaïne selon le degré d'addiction.

11. Comorbidités psychiatriques

Nous remarquons que 28.14% (n=394) des usagers de notre échantillon n'ont pas de comorbidités psychiatriques, tandis que 33.79% (n=473) ont ou ont eu un antécédent de dépression, 18.15% (n=254) un trouble bipolaire, 16.43% (n= 230) un trouble anxieux et 3.5% (n=49) une symptomatologie délirante.

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

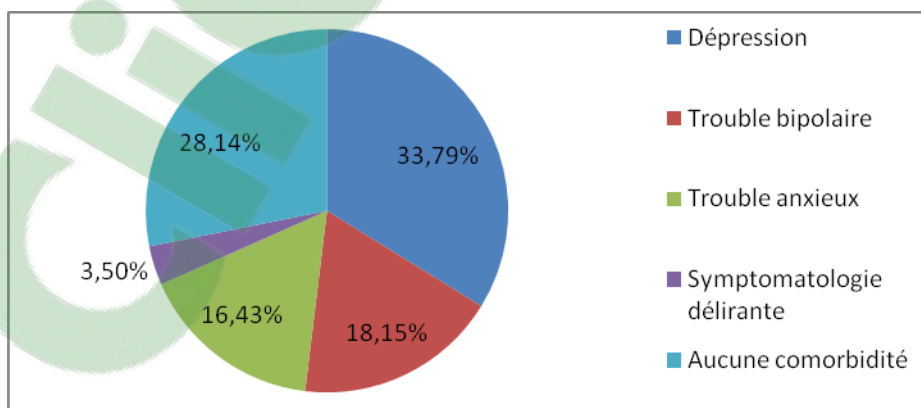


Figure 35 : répartition des usagers selon les comorbidités psychiatriques.

12. Antériorité de l'usage de SPA par rapport à la comorbidité psychiatrique

Nous notons que 58.25% des usagers dans notre échantillon ont débuté leur usage de SPA avant l'apparition de la comorbidité, 15.21% en même temps que la comorbidité et 26.54% au cours de la comorbidité

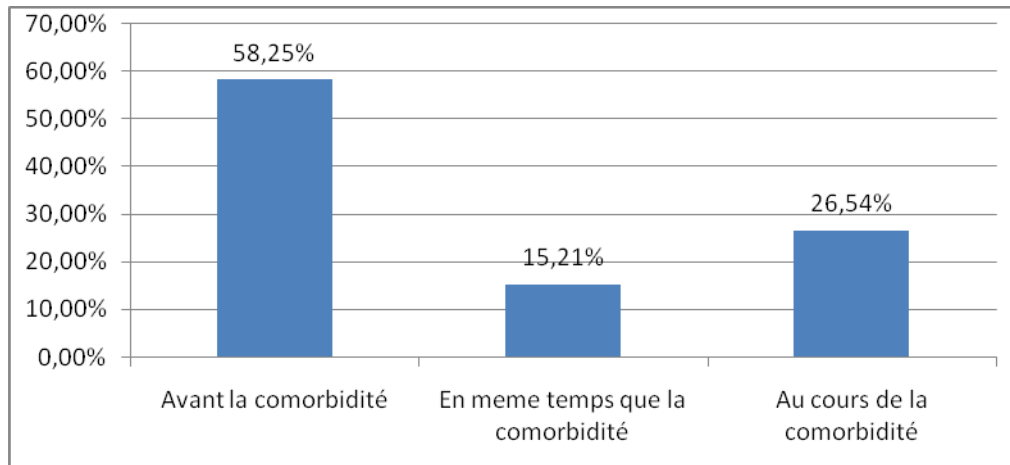


Figure 36 : répartition des usagers selon l'antériorité de l'usage de SPA par rapport à la comorbidité psychiatrique

13. Les moyens de se procurer la SPA

Pour 56.64% des usagers le moyen de se procurer la SPA est le travail, pour 26.29% la famille, tandis que pour 13.50% le vol est le moyen.

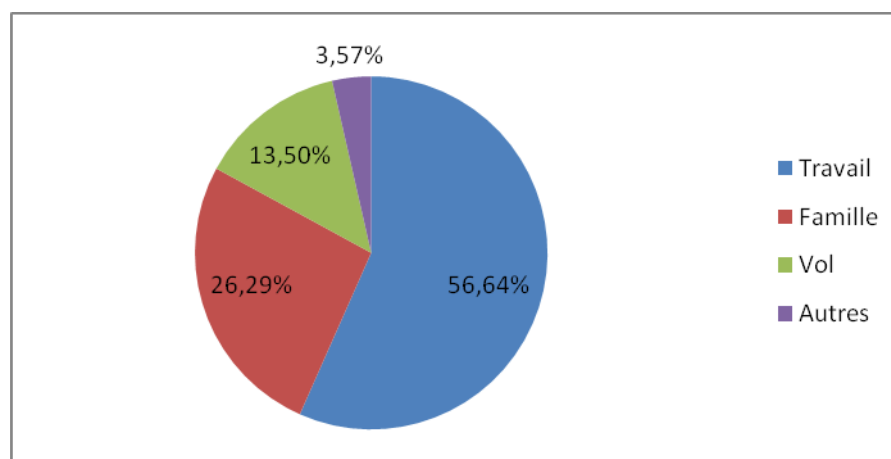


Figure 37 : répartition des usagers selon les moyens de se procurer la SPA

14. Effets recherchés par l'usage des SPA :

Chez 44.43% des usagers l'effet recherché était l'euphorie, 23.14% consomment des SPA pour se relaxer, 27.07% pour dormir, 7.71% pour soigner les hallucinations et 18.38% pour oublier une situation difficile.

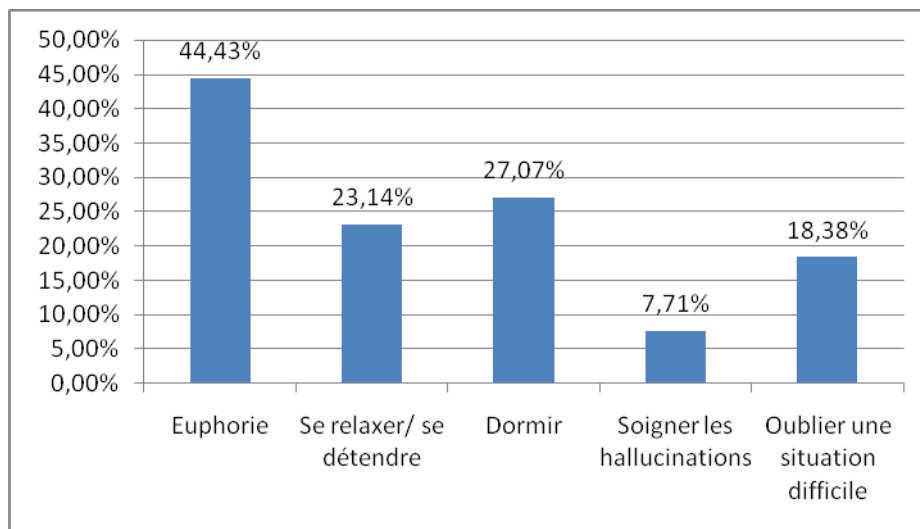


Figure 38 : répartition des usagers selon les effets recherchés par la consommation des SPA

III. étude analytique

1. 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 61.22%, de tabac à 18.37%, d'alcool à 7.65%, de solvant à 4.59%, de psychotropes à 2.81% et d'héroïne ou cocaïne à 1.53%.

Pour la catégorie âgée entre 18 et 40 ans, nous retrouvons une consommation de cannabis à hauteur de 46.42%, d'alcool à 21.31%, de tabac à 14.52%, de psychotropes à 13.45% et d'héroïne ou cocaïne à 2.86%.

Enfin pour la catégorie âgée de plus de 40 ans, nous retrouvons un usage du cannabis à 26.19%, du tabac à 40.47%, de l'alcool à 29.17%, des psychotropes à 2.98% et de l'héroïne ou cocaïne à 1.19%.

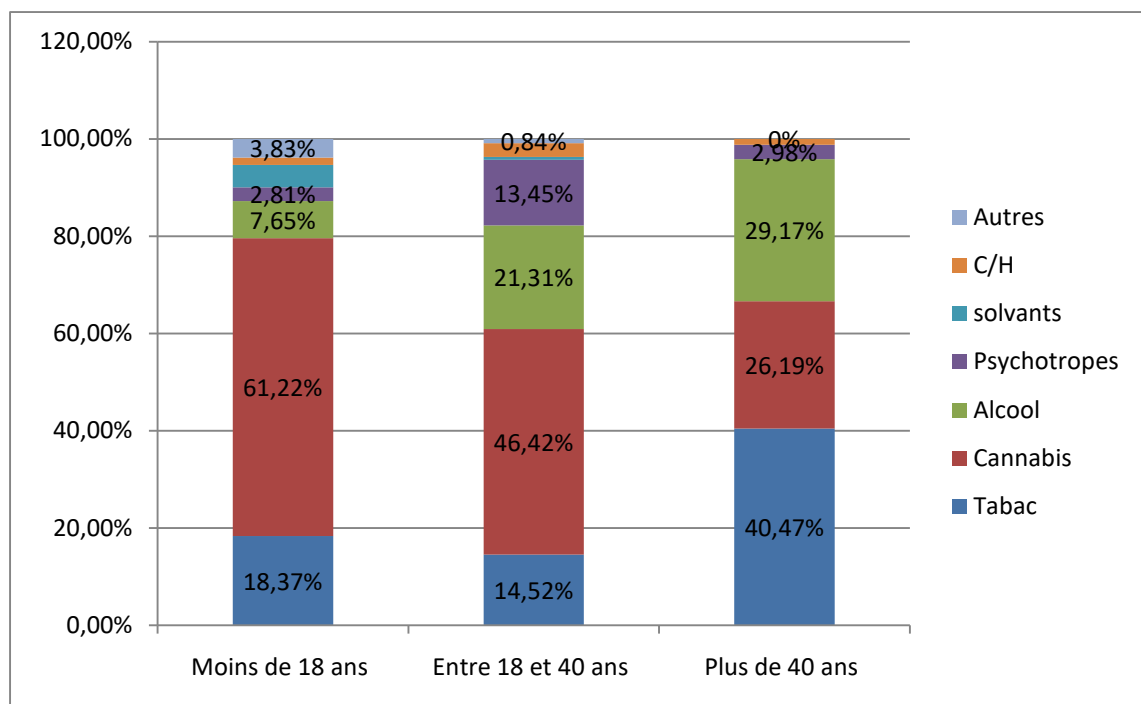


Figure 39 : répartition des SPA consommées selon l'intervalle d'âge

2. Sexe

Nous retrouvons dans notre échantillon que,

Pour le sexe masculin : 49.26% sont consommateurs de cannabis, 19.05% d'alcool, 18.31% de tabac, 7.80% de psychotropes, 2.30% d'héroïne et cocaïne et 1.64% de solvants.

Pour le sexe féminin : 40.66% sont consommatrices de cannabis, 18.68% de psychotropes, 21.43% de tabac, 14.29% d'alcool, 2.20% d'héroïne ou cocaïne et 1.65% de solvants.

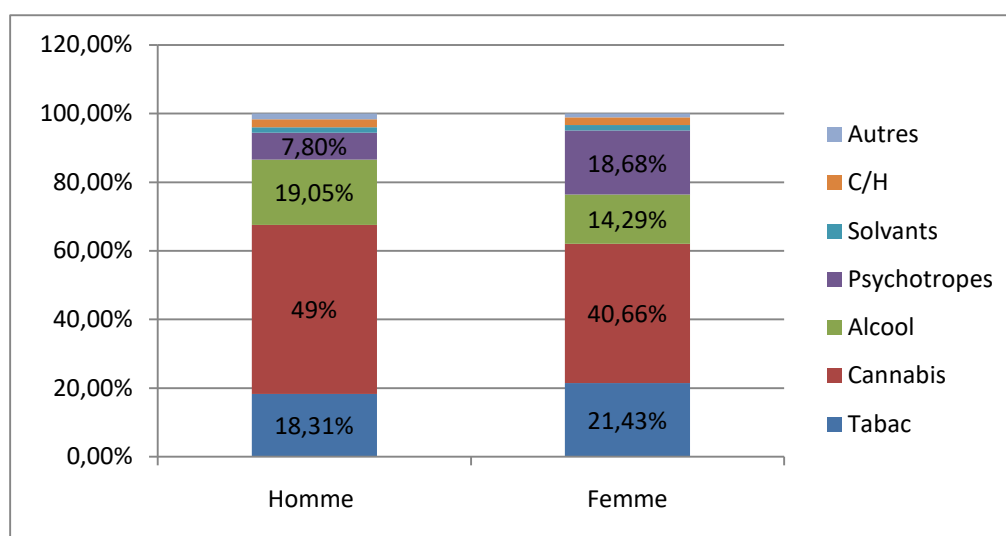


Figure 40 : répartition des SPA consommées selon le sexe

3. Situation matrimoniale

Concernant la situation matrimoniale, nous retrouvons que pour :

- Célibataire : 57.42% consomment du cannabis, 15.12% de l'alcool et 11.1% du tabac, 7.9% des psychotropes, 2.21% de la cocaïne ou de l'héroïne, 3.2% des solvants.
- Marié : 44.53% consomment du cannabis, 24.22% de l'alcool et 18.75% du tabac, 9.9% des psychotropes et 2.6% de la cocaïne ou de l'héroïne.
- Veuf : 30.92% consomment du cannabis, 40.08% du tabac, 17.56% de l'alcool, 9.54% des psychotropes, et 1.9 % de la cocaïne ou de l'héroïne.
- Divorcé : 24.24% consomment du cannabis, 30.3% de l'alcool, 15.15% du tabac, 27.27% des psychotropes, et 3.03% de la cocaïne ou de l'héroïne.

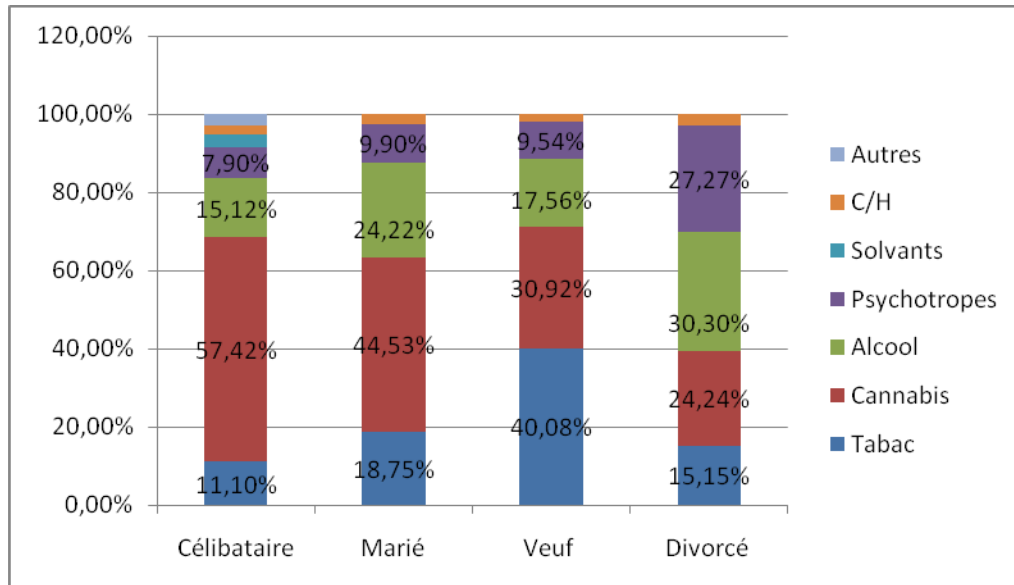


Figure 41 : répartition des SPA consommées selon la situation matrimoniale

4. Antécédents psychiatriques personnels

Concernant l'existence d'antécédents psychiatriques personnels, nous retrouvons que lorsque la réponse est positive, l'utilisateur consommait à 54.86%(n=429) du cannabis, à 22.63%(n=177) de l'alcool, à 11.12%(n=87) des psychotropes, à 2.05%(n=16) des solvants, à 3.07%(n=24) de la cocaïne ou de l'héroïne et à 4.10%(n=32) du tabac.

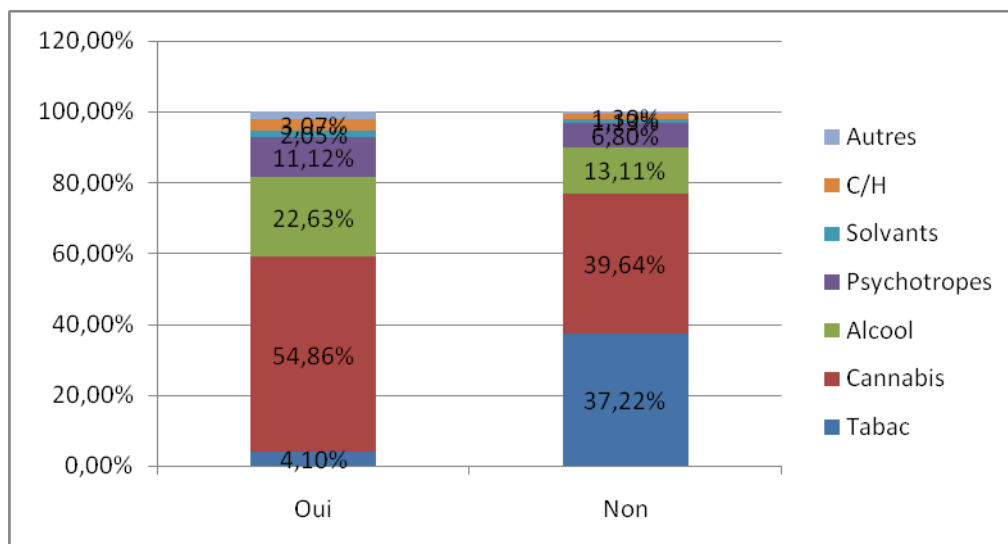


Figure 42 : répartition des SPA consommées selon les antécédents psychiatriques personnels

5. Antécédents judiciaires

Concernant l'existence d'antécédents judiciaires, nous retrouvons que lorsque la réponse est positive, l'utilisateur consommait à 57.01%(n=309) du cannabis, à 19.37%(n=105) de l'alcool, à 10.15%(n=55) des psychotropes, à 2.40%(n=13) des solvants, à 2.58%(n=14) de la cocaïne ou de l'héroïne et à 6.64%(n=36) du tabac.

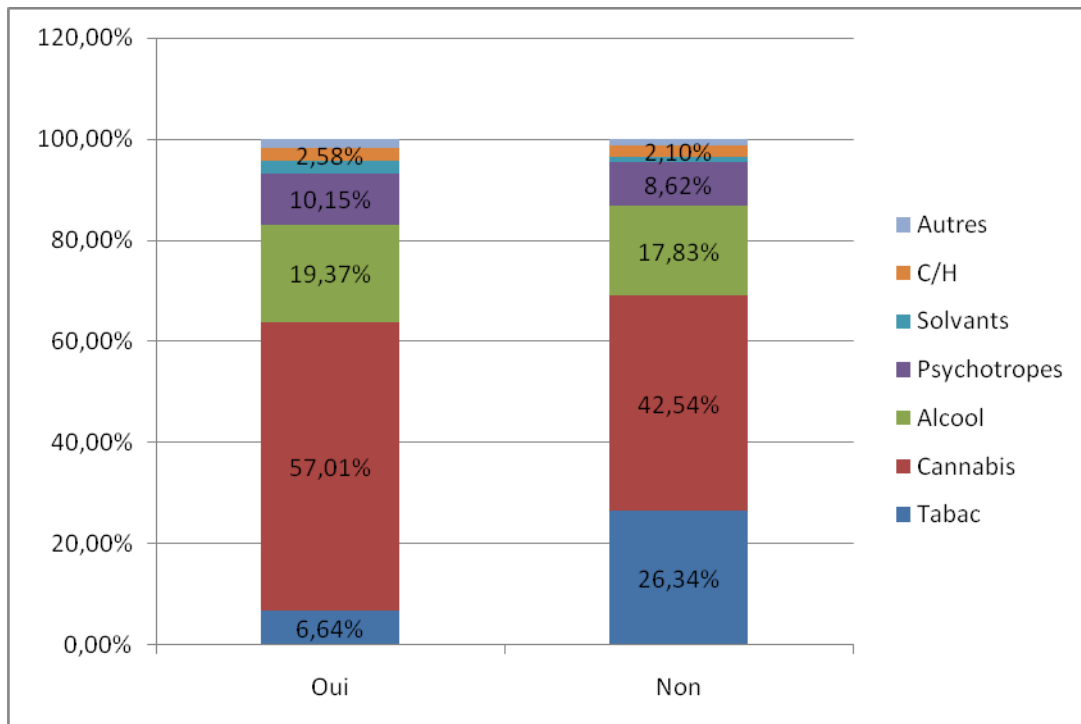


Figure 43 : répartition des SPA consommées selon les antécédents judiciaires

6. Antécédents psychiatriques familiaux

Concernant l'existence d'antécédents psychiatriques familiaux, nous retrouvons que lorsque la réponse est positive, l'utilisateur consommait à 51.15%(n=245) du cannabis, à 19.62%(n=94) de l'alcool, à 10.02%(n=48) des psychotropes, à 1.88%(n=9) des solvants, à 2.51%(n=12) de la cocaïne ou de l'héroïne et à 13.15%(n=63) du tabac.

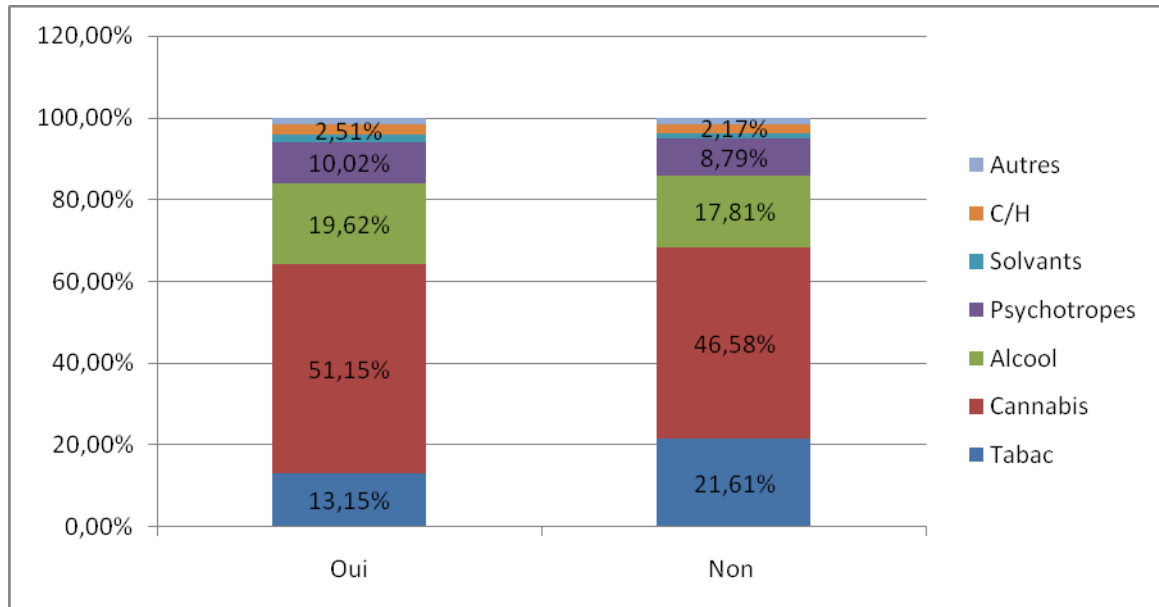


Figure 44 : répartition des SPA consommées selon les antécédents psychiatriques familiaux

7. Evaluation de l'addiction

Nous notons que 46.36% (n=649) des usagers de notre échantillon se sont présentés au centre en ayant une addiction sévère, tandis que 23.21% (n=325) avaient une addiction modérée, 17.79% (n=249) une addiction légère et 12.64% (n=177) une absence d'addiction.

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

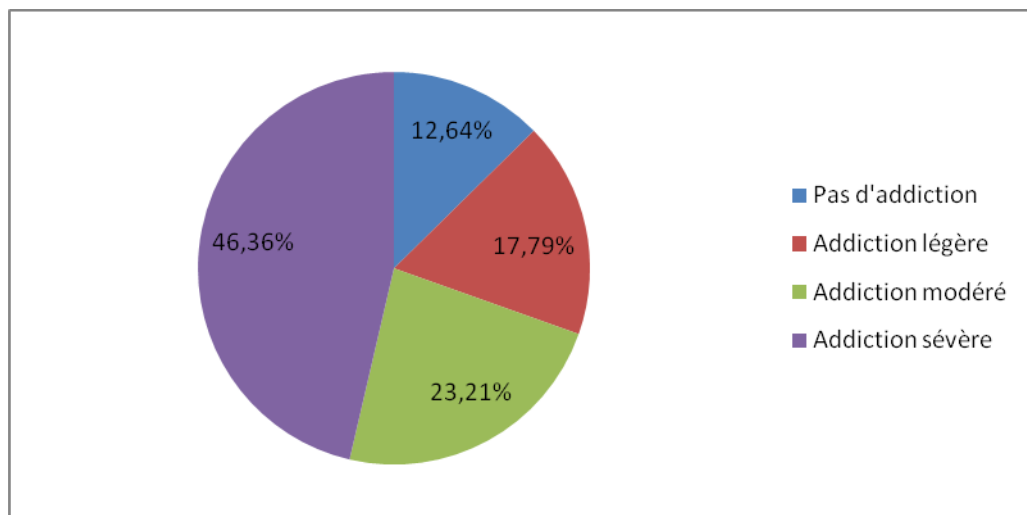


Figure 45 : répartition des usagers selon le degré d'addiction

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

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

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

- Le tabac : 11.83% ne présentent pas d'addiction, 18.32% une addiction légère, 31.30% une addiction modérée et 38.55% une addiction sévère.
- Le cannabis : 16.02% ne présentent pas d'addiction, 15.73% une addiction légère, 19.44% une addiction modérée et 49.11% une addiction sévère.
- L'alcool : 13.18% ne présentent pas d'addiction, 19.77% une addiction légère, 19.38% une addiction modérée et 47.67% une addiction sévère.
- Les psychotropes : 3.10% ne présentent pas d'addiction, 20.16% une addiction légère, 33.33% une addiction modérée et 43.41% une addiction sévère.
- L'héroïne ou la cocaïne: 9.38% une addiction légère, 43.75% une addiction modérée et 46.88% une addiction sévère.

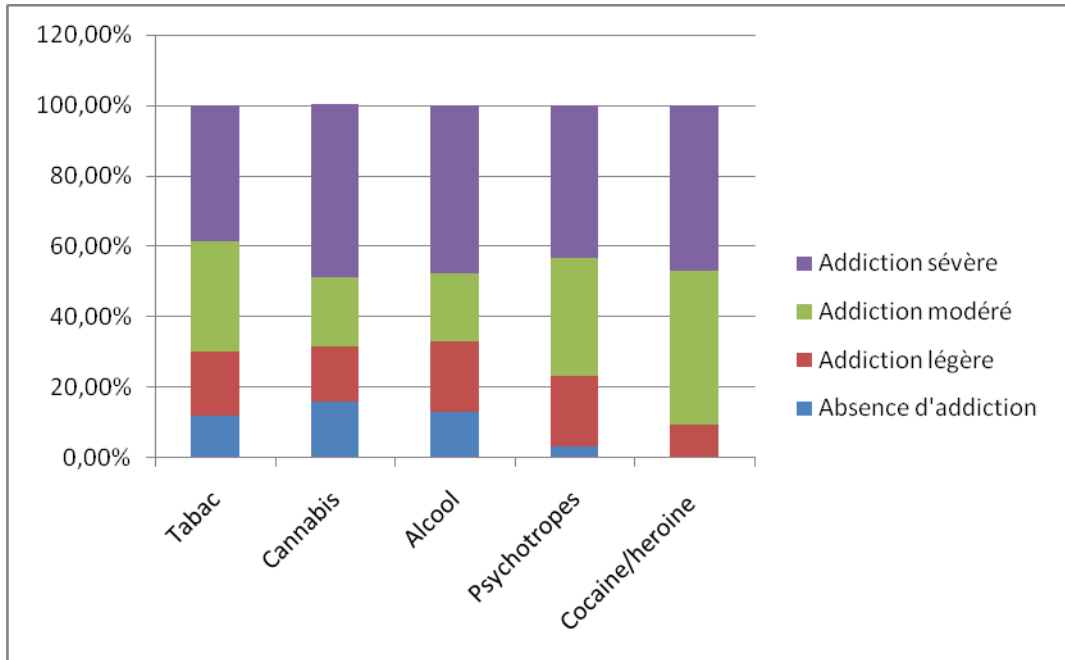


Figure 46 : Degré d'addiction selon le type de substance utilisée

7.2. 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 : 61.01% de l'échantillon ne présente aucune comorbidité psychiatrique et 38.99% présente l'une des comorbidités psychiatriques étudiées.
- Addiction légère : 49.40% de l'échantillon ne présente aucune comorbidité psychiatrique et 50.60% présente l'une des comorbidités psychiatriques étudiées.
- Addiction modéré : 25.54% de l'échantillon ne présente aucune comorbidité psychiatrique et 74.46% présente l'une des comorbidités psychiatriques étudiées.
- Addiction sévère : 12.33% de l'échantillon ne présente aucune comorbidité psychiatrique et 87.67% présente l'une des comorbidités psychiatriques étudiées.

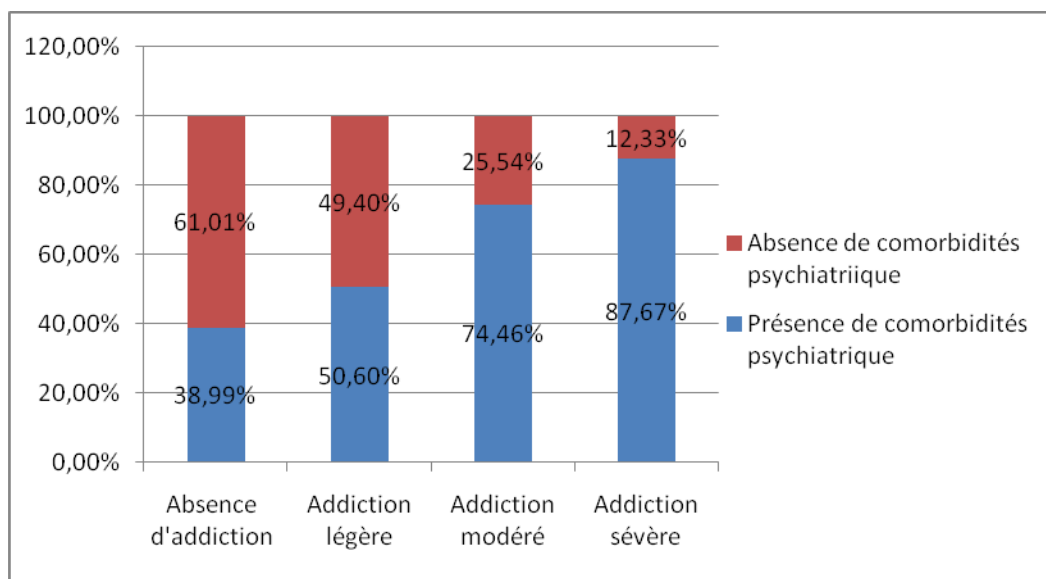


Figure 47 : Corrélation entre degré d'addiction et comorbidité psychiatrique

8. Age et comorbidités psychiatriques

Nous retrouvons dans notre échantillon que pour la catégorie d'âge s'étendant aux moins de 18 ans ; une dépression à hauteur de 27.81%, un trouble bipolaire à 15.31%, un trouble anxieux à 13.%, une symptomatologie délirante à 2.29% et 40.81% sans aucune comorbidité.

Pour la catégorie âgée entre 18 et 40 ans, nous retrouvons une dépression à hauteur de 35.36%, un trouble bipolaire à 20.12%, un trouble anxieux à 17.97%, une symptomatologie délirante à 4.05% et 22.50% sans aucune comorbidité.

Enfin pour la catégorie âgée de plus de 40 ans, nous retrouvons une dépression à hauteur de 39.88%, un trouble bipolaire à 14.88%, un trouble anxieux à 14.29%, une symptomatologie délirante à 3.57% et 27.38% sans aucune comorbidité.

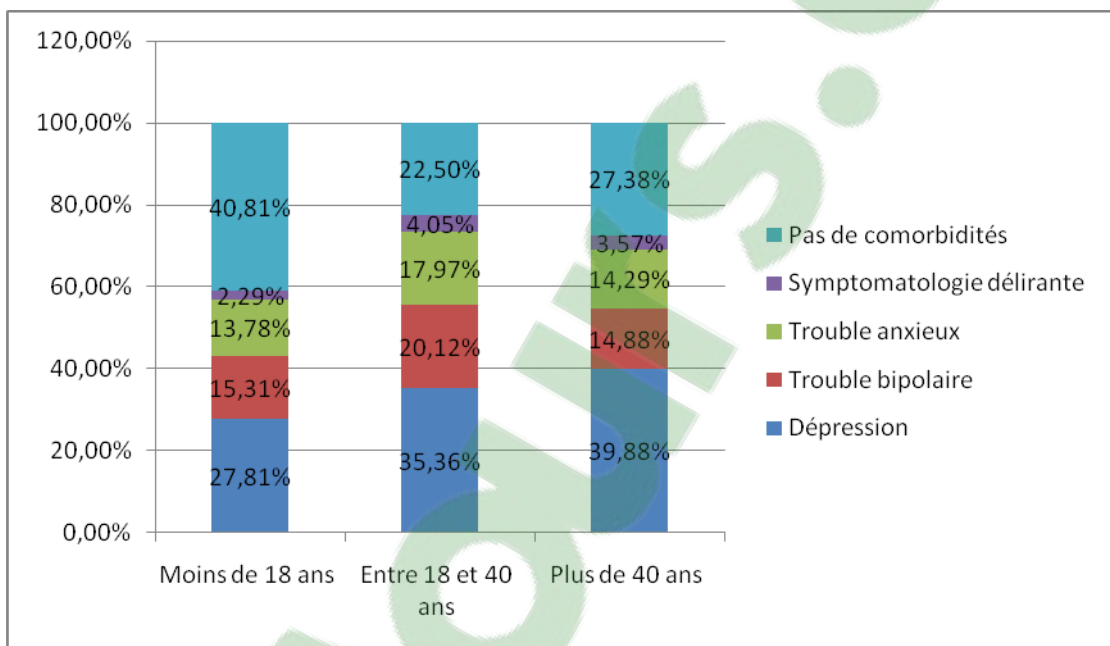


Figure 48 : répartition des comorbidités selon la tranche d'âge.

9. Sexe et comorbidités psychiatriques

Nous retrouvons dans notre échantillon que,

Pour le sexe masculin : 33.50% ont une dépression, 18.15% ont un trouble bipolaire, 15.92% ont un trouble anxieux, 3.45% ont une symptomatologie délirante et 28.98% n'ont aucune comorbidité

Pour le sexe féminin : 35.71% ont une dépression, 18.13% ont un trouble bipolaire, 19.78% ont un trouble anxieux, 3.85% ont une symptomatologie délirante et 22.53% n'ont aucune comorbidité.

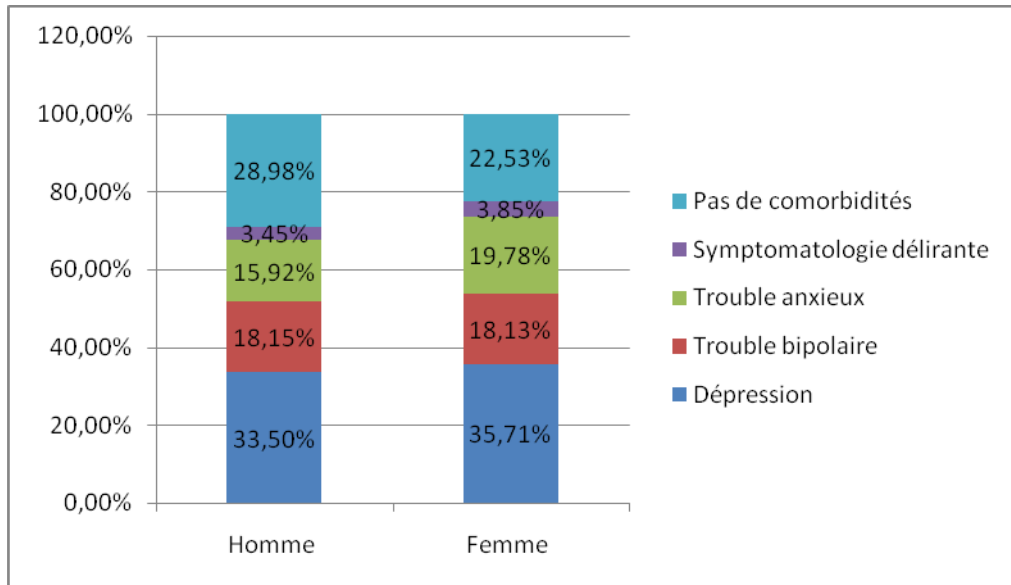


Figure 49 : répartition des comorbidités selon le sexe

10. Antécédents judiciaires et comorbidités psychiatriques

Lorsque la réponse est positive concernant l'existence d'antécédents judiciaires, nous retrouvons que les usagers ont une dépression à hauteur de 35.06%, un trouble bipolaire à 20.11%, un trouble anxieux à 19.56%, une symptomatologie délirante à 3.87% et 21.40% n'ont aucune comorbidité.

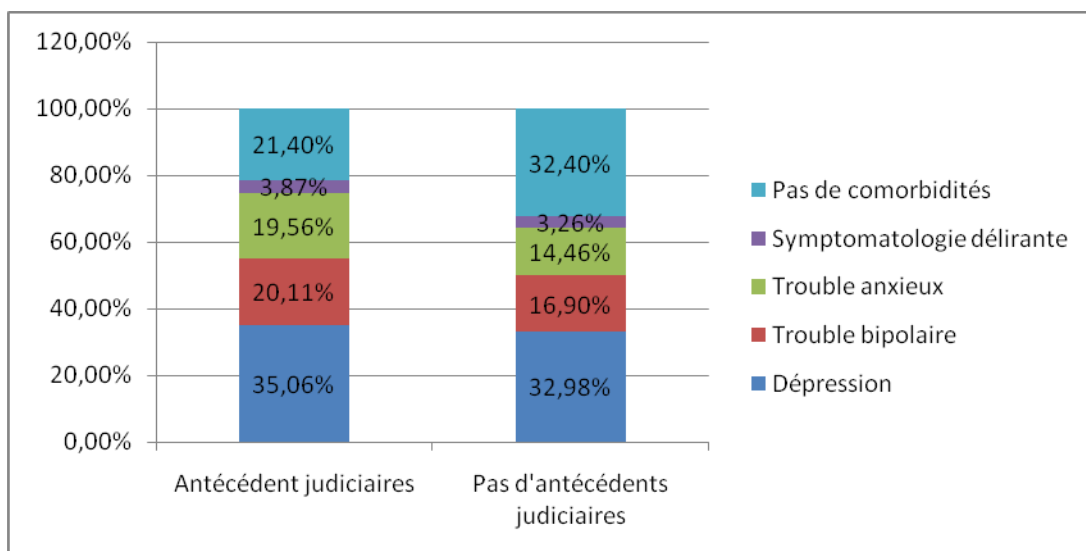


Figure 50 : répartition des comorbidités selon les antécédents judiciaires

11. Antécédents psychiatriques personnels et comorbidités psychiatriques.

Lorsque la réponse est positive concernant l'existence d'antécédents psychiatriques personnels, nous retrouvons que les usagers ont une dépression à hauteur de 40.41%, un trouble bipolaire à 23.27%, un trouble anxieux à 24.05%, une symptomatologie délirante à 4.60% et 7.67% n'ont aucune comorbidité.

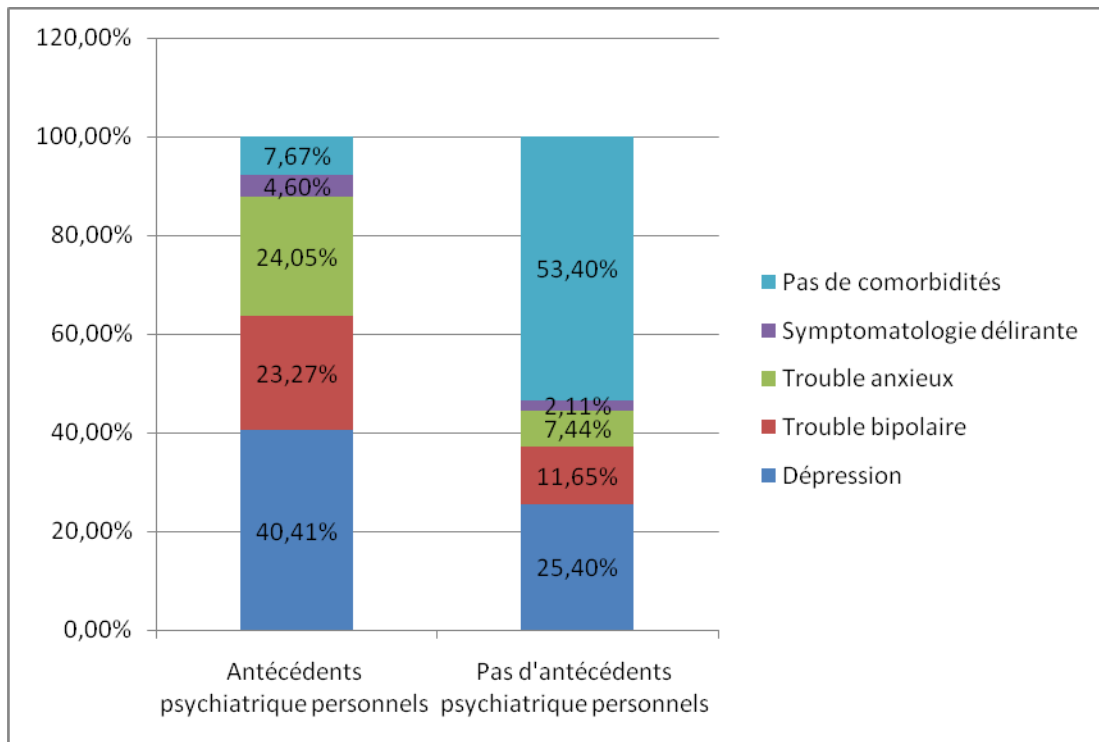


Figure 51 : répartition des comorbidités selon les antécédents psychiatriques personnels

12. Antécédents psychiatriques familiaux et comorbidités psychiatriques

Lorsque la réponse est positive concernant l'existence d'antécédents psychiatriques familiaux, nous retrouvons que les usagers ont une dépression à hauteur de 36.32%, un trouble bipolaire à 20.67%, un trouble anxieux à 17.75%, une symptomatologie délirante à 4.38% et 20.88% n'ont aucune comorbidité.

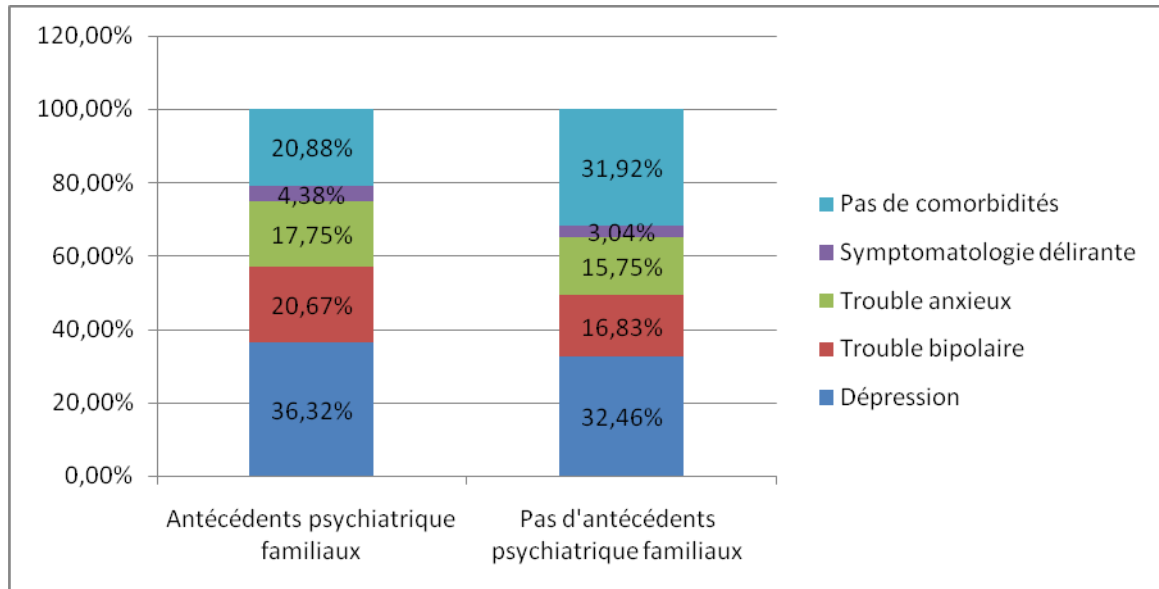


Figure 52 : répartition des comorbidités selon les antécédents psychiatriques familiaux.

13. Tabac et comorbidités psychiatriques

Nous retrouvons que 23.28% des usagers de tabac ont une dépression, 5.34% ont un trouble bipolaire, 11.07% ont un trouble anxieux, 2.68% ont une symptomatologie délirante et 57.63% n'ont pas de comorbidités.

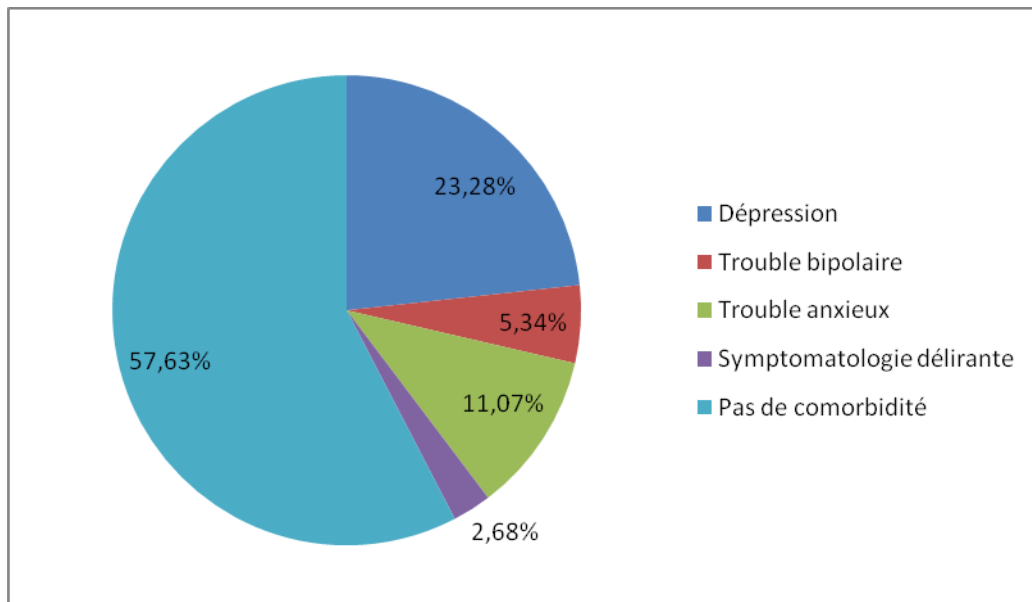


Figure 53 : répartition de comorbidités chez les usagers de tabac

14. Cannabis et comorbidités psychiatriques

Nous notons que 29.09% des usagers de cannabis ont une dépression, 22.85% ont un trouble bipolaire, 17.06% ont un trouble anxieux, 5.19% ont une symptomatologie délirante et 25.81% n'ont pas de comorbidités.

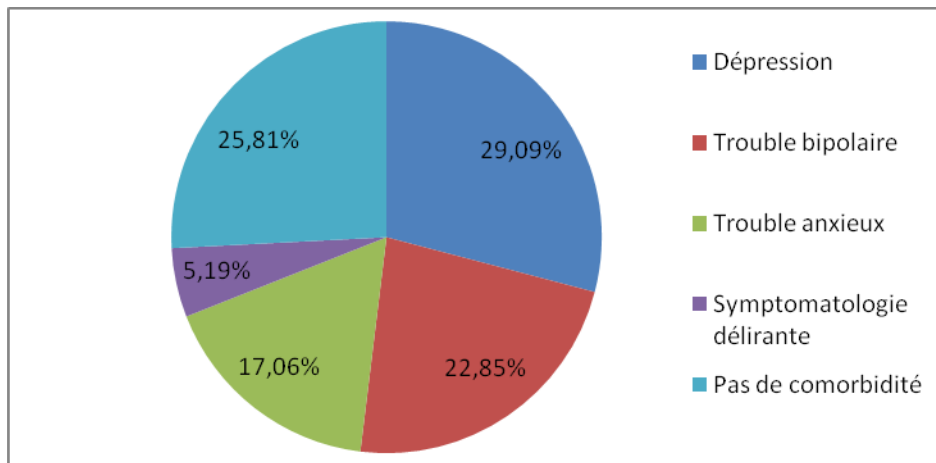


Figure 54 : répartition des comorbidités chez les usagers de cannabis

15. Alcool et comorbidités psychiatriques

Nous retrouvons que 49.22% des usagers d'alcool ont une dépression, 16.28% ont un trouble bipolaire, 14.73% ont un trouble anxieux, 4.26% ont une symptomatologie délirante et 15.50% n'ont pas de comorbidités.

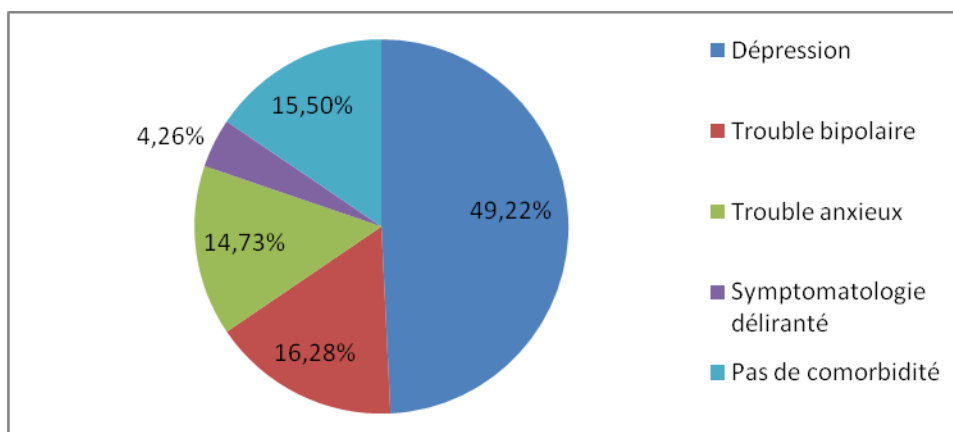


Figure 55 : répartition des comorbidités chez les usagers d'alcool.

16. Psychotropes et comorbidités psychiatriques

Nous remarquons que 44.19% des usagers de psychotropes ont une dépression, 20.16% ont un trouble bipolaire, 17.05% ont un trouble anxieux, 3.87% ont une symptomatologie délirante et 14.73% n'ont pas de comorbidités.

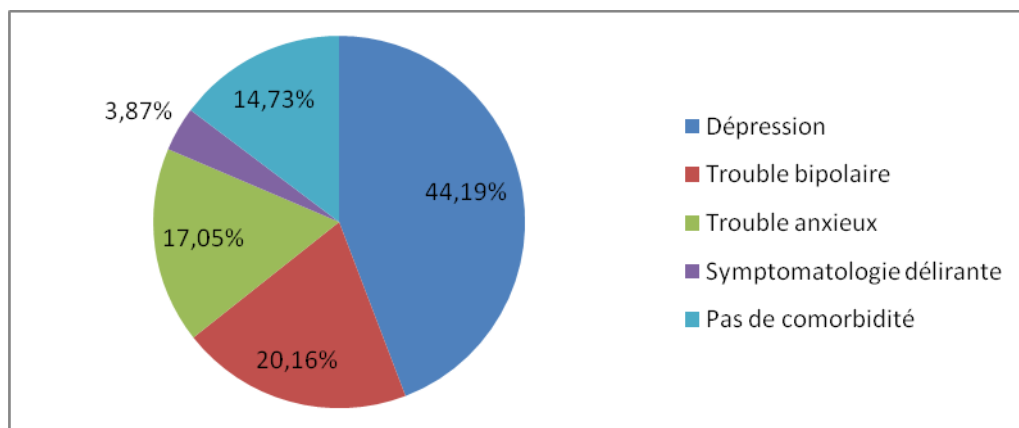


Figure 56 : répartition des comorbidités chez les usagers de psychotropes.

17. Cocaïne/héroïne et comorbidités psychiatriques

Nous retrouvons que 43.75% des usagers de cocaïne/héroïne ont une dépression, 28.12% ont un trouble bipolaire, 21.88% ont un trouble anxieux, 3.12% ont une symptomatologie délirante et 3.12% n'ont pas de comorbidités.

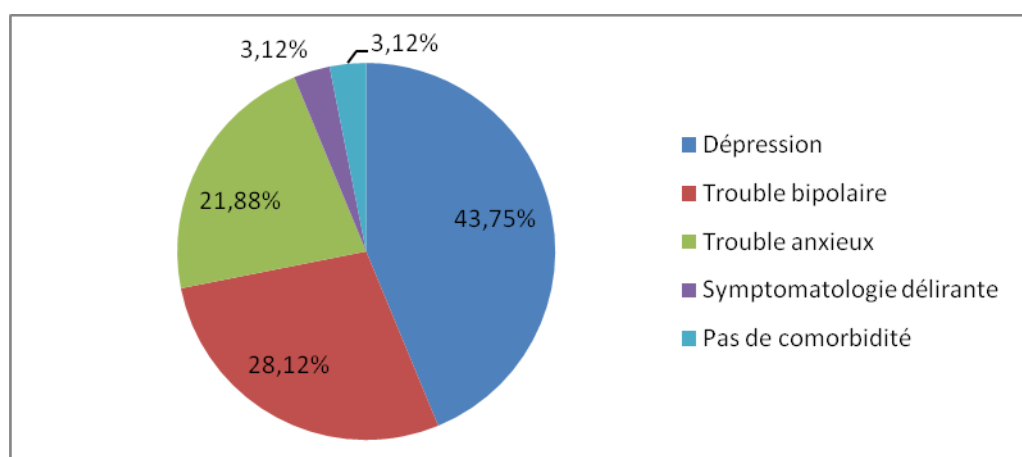


Figure 57 : répartition des comorbidités chez les usagers de l'héroïne et de la cocaïne.



DISCUSSION



I. Aperçu historique sur l'usage des SPA

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 psychoactifs 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. [24,25] 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 servait 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.[26] 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 Canon a qualifié l'opium de remède engourdissant. [25] Le cannabis, quant à lui peut revendiquer une tradition séculaire.

Il est mentionné sous le nom de Bhang dans l'Athra-veda, le plus ancien des textes sacrés hindous. 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 (1er 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.[27] 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 éni-vantes 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 ».[28]

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 sociale, où moralistes et médecins philanthropes se dressent, souvent avec véhémence, contre ceux qui exaltent les plaisirs vicieux.[29]

Au Maroc, les oulémas s'opposaient depuis toujours à l'usage des SPA 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 ».[30]

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.[31]

II. Généralités

1. Comorbidité de l'usage de SPA et troubles mentaux:

La comorbidité de la toxicomanie et des troubles mentaux fait référence à la cooccurrence d'un trouble lié à la consommation de substances et d'un autre trouble psychiatrique chez le même individu.

L'identification de la comorbidité psychiatrique chez les toxicomanes est problématique, principalement parce que les effets aigus ou chroniques de la toxicomanie peuvent mimer les symptômes de nombreux autres troubles mentaux. Cela rend difficile la différenciation des symptômes psychiatriques survenant à la suite d'une consommation aiguë ou chronique de substances ou le retrait de celles qui représentent un trouble indépendant.

Il est possible de faire la distinction entre un trouble «primaire», un trouble «induit par une substance» et les «effets attendus» des substances, c'est-à-dire les symptômes d'intoxication et de sevrage attendus qui ne devraient pas être diagnostiqués comme des symptômes d'un trouble psychiatrique.

Il existe un certain nombre d'hypothèses étiologiques et neurobiologiques non exclusives qui pourraient expliquer la comorbidité:

- a) la combinaison d'un trouble lié à la consommation de substances et d'un autre trouble mental peut représenter deux ou plusieurs affections indépendantes;
- b) le trouble psychiatrique peut constituer un facteur de risque pour la consommation de drogues et le développement d'un trouble lié à la consommation de substances comorbides;
- c) le trouble de toxicomanie pourrait déclencher le développement d'un trouble psychiatrique de telle sorte que le trouble supplémentaire se déroule alors de façon indépendante;
- d) le trouble psychiatrique temporaire est le résultat d'une intoxication ou d'un retrait d'un type spécifique de substance, également appelé trouble lié à une substance.

La pertinence clinique de la comorbidité de la toxicomanie et des troubles mentaux est liée à ses mauvais résultats chez les sujets touchés. Comparativement aux personnes atteintes d'un seul trouble, les patients atteints de comorbidité mentale et de toxicomanie présentent une gravité psychopathologique plus élevée, avec plus d'hospitalisations, un risque accru de suicide et une augmentation du taux d'infection par le VIH et l'hépatite C, ainsi que des troubles psychosociaux, y compris les comportements criminels. Compte tenu de la charge pesant sur les systèmes de santé, sociaux et juridiques, la comorbidité de la toxicomanie et des troubles mentaux entraîne des coûts élevés pour la société.

La recherche clinique a montré que les troubles concomitants sont réciproquement interactifs et cycliques, et que des pronostics défavorables pour les deux troubles comorbides sont attendus si le traitement ne s'attaque pas à chacun d'entre eux. [32]

2. Les troubles d'usage de substances (TUS) :

2.1. Définition :

En 1950, un premier comité d'experts de l'OMS propose une définition de la toxicomanie (TUS) : il s'agit d'un état d'intoxication périodique ou chronique engendré par la consommation répétée d'une drogue (naturelle ou synthétique). Ses caractéristiques sont notamment :

1. Un invincible désir ou besoin (obligation) de continuer de consommer la drogue et de se la procurer par tous les moyens ;
2. Une tendance à augmenter les doses
3. Une dépendance d'ordre psychique et généralement physique à l'égard des effets de la drogue
4. Des effets nuisibles à l'individu et à la société. [33]

La drogue est une substance toxicomanogène, Au début, sa consommation procure à l'utilisateur des sensations qu'il apparente à celles du plaisir. Alors, le plaisir fait place au besoin. La consommation qui s'envole, en dose et/ou fréquence, vise alors, surtout, à prévenir l'inconfort, voire les affres, qui accompagnent le fait d'être privé de la drogue. Ces troubles peuvent être essentiellement psychiques, mais ils peuvent se doubler de troubles physiques. [34, 35, 36]

2.2. L'ampleur du problème :

a. A l'échelle mondiale :

On estime, selon le rapport mondial sur les drogues publié par les Nations Unies en 2015, qu'un total de 246 millions de personnes, soit une personne sur 20 entre 15 et 64 ans, a consommé des SPA en 2013. [37]

L'ampleur du problème mondial de la SPA devient plus évidente lorsqu'on tient compte du fait que plus d'un usager sur 10 est un usager problématique, souffrant de troubles liés à l'usage de SPA ou de toxicomanie. Autrement dit, quelque 27 millions de personnes, soit l'équivalent de la population entière d'un pays de la taille de la Malaisie, sont des usagers problématiques des SPA. Près de la moitié d'entre eux (12,19 millions) s'injectent des SPA, et on estime que 1,65 million d'usagers des SPA par injection vivaient avec le VIH en 2013. [37]

b. A l'échelle nationale :

La consommation de SPA au Maroc a suivi la tendance mondiale, à la suite du cannabis, qui commence à être de plus en plus consommé dans les années 1960, c'est l'héroïne dans les années 1970, puis la cocaïne et le crack à partir des années 1980 et enfin les amphétamines et l'ecstasy dans les années 1990 qui, ensemble, forment désormais l'essentiel des produits ingérés ». [37] Selon les statistiques publiées en 2009 par le ministère de la Santé, 4.2% des marocains de moins de 17 ans ont un problème avec la SPA. Ils sont plus de 500 000 usagers à consommer du cannabis. Ces chiffres peuvent être expliqués par l'accessibilité aux SPA dans notre pays [38]. La proximité géographique du Maroc avec l'Europe ainsi que les interactions multiples favorisées par les flux migratoires des populations contribuent, sans doute, non seulement à la diffusion de la consommation des SPA dures, notamment l'héroïne et la cocaïne, mais aussi à la diversification des modalités de consommation (SPA injectables). Au cours des dernières années, l'héroïne et la cocaïne sont devenues disponibles, avec une baisse considérable de leurs prix. Les résultats de l'Enquête Nationale de Prévalence des Troubles Mentaux et Toxicomanies réalisée en 2003 et celle de l'Evaluation Rapide des Risques VIH/Sida en rapport avec l'usage des SPA injectables réalisée en 2005, montrent que l'usage de ces deux substances est en augmentation depuis quelques années, avec une recrudescence des risques encourus par cette consommation : overdoses et transmission du VIH et hépatites [40].

2.3. Critères diagnostiques de troubles de l'usage de substance : DSM V

Selon le DSM V, les diagnostics d'ABUS et de DÉPENDANCE sont abolis, et remplacés par une seule entité : «Trouble de l'usage de la substance X» [40] (Figure 58).

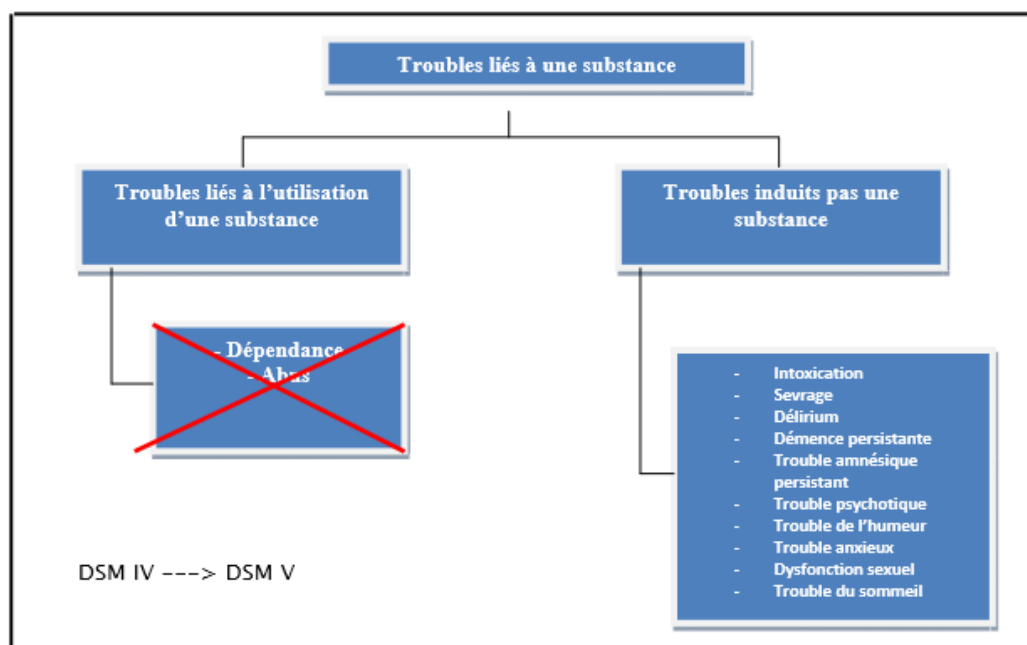


Figure 58: Changement dans la section sur les troubles liés à une substance dans DSM-V [42]

Le seuil pour le diagnostic de trouble d'utilisation d'une substance du DSM-5 est fixé à deux critères ou plus (comparativement à un critère ou plus pour celui d'abus de substance et trois ou plus pour celui de dépendance du DSM-IV)

Les critères diagnostiques de troubles d'utilisation de substances selon DSM 5 :

a. La réduction du contrôle sur la consommation : (critères 1-4)

1. Quantités plus importantes ou pendant une période plus longue que prévu.
2. Exprimer un désir persistant de diminuer ou contrôler la consommation de substance et de multiples efforts infructueux peuvent être faits pour diminuer ou arrêter la consommation.
3. L'individu peut passer beaucoup de temps à obtenir la substance, à l'utiliser ou récupérer de ses effets

4. Une envie impérieuse de la substance (Craving) : un fort désir ou un besoin pressant de consommer la substance qui peut se produire à tout moment et ce d'autant plus dans un environnement où la substance a été obtenue ou utilisée antérieurement.

b. Altération du fonctionnement social : (critères 5-7)

5. Incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école, ou à domicile.
6. Continuer à consommer la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents causés ou exacerbés par les effets de la substance.
7. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs peuvent être abandonnées ou réduites à cause de la consommation de la substance.

c. La consommation risquée : (Critères 8-9)

8. Consommation récurrente de la substance dans des situations où cela est physiquement dangereux.
9. Le sujet peut poursuivre la consommation de la substance bien qu'il sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance.

d. Les critères pharmacologiques : (Critères 10-11)

10. La tolérance, est définie comme le besoin d'augmenter nettement la quantité de la substance pour produire l'effet désiré ou une diminution nette de l'effet en cas d'utilisation d'une même quantité de la substance.
11. Le sevrage, est un syndrome qui se produit quand les concentrations sanguines ou tissulaires d'une substance diminuent à la suite d'une consommation massive et prolongée.

3. L'addiction

3.1. Introduction

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 connues, utilisées dans la communication nerveuse sont la sérotonine, la dopamine, le glutamate. [43]

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. [44]

L'addiction aux SPA 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 l'augmentation dans le circuit détermine le renforcement ou l'apprentissage. [44]

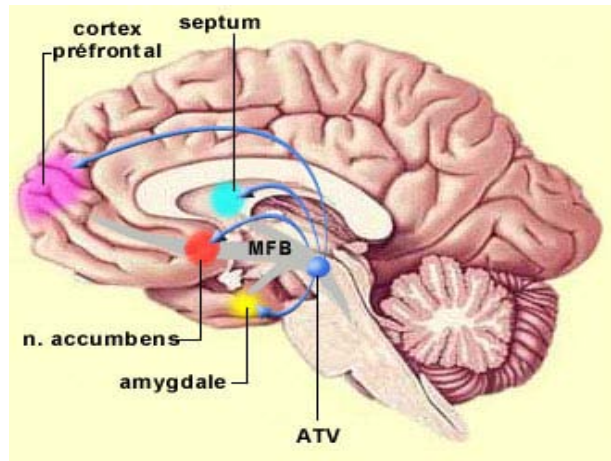


Figure 59 : Le circuit du centre du plaisir [22]

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 psychoactive.

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).

3.2. Classification des SPA selon leurs effets sur le 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)	Provoquent de l'hallucination et le délire (perturbateurs de la transmission neuronale)	Mixture des substances toxicomanogènes
Substances	Cocaïne Amphétamine Khat	Opiacés Morphine Héroïne	Cannabis, Alcool Atropine	Mandragore Cannabis, Muscade Cardamome

a. 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 noradrénaline 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 comme effet d'induire une anti-dépression. [31]
- ❖ **Les nooanaleptiques** : ce sont des substances chimiques agonistes adrénergiques dont la 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 noradrénaline au niveau de la fente synaptique. [45]

b. 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 dégradés par les enzymes acétylcholinestérases au niveau de la fente synaptique, engendrant une station plus prolongée par rapport à ce dernier. Cet effet plus durable des psycholeptiques induit une sensation de relaxation, de détente, lutte contre l'insomnie... [30]

c. Les substances psychodysleptiques

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

Les psychodysleptiques mimant les neurotransmetteurs sérotoninergiques 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 interneurons 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. [30]

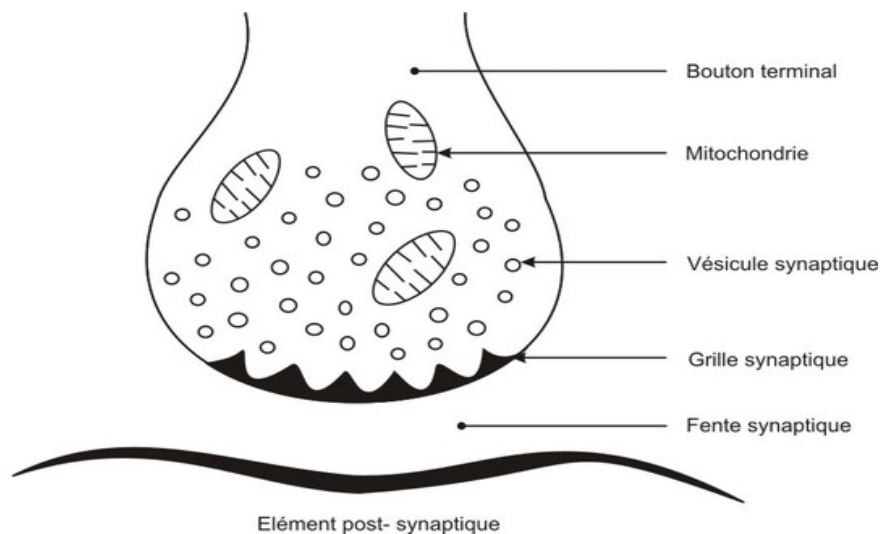


Figure 60 Schéma montrant la structure synaptique [43]

3.3.Etiopathogénie de l'addiction

a. Approche neurobiologique et génétique :

a.1. Approche neurobiologique : [52]

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 a 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 SPA 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 aboutit à la pharmacodépendance par le biais d'un phénomène d'apprentissage.

a.2. 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. [53]

La recherche génétique sur la dépendance aux SPA 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. [45] 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. . [48]

b. 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'utilisateur addict. [46]

Selon certains auteurs, l'usage de SPA 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 de l'utilisateur addict. [47]

La psychanalyse souligne également le caractère dépressif que prend l'addiction chez un 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 SPA joue le rôle d'objet interne sécurisant. Elle exerce pour l'addict une fonction de « restauration narcissique » facilitant « Une mise à distance » du réel, mal toléré par le « moi déficient » de l'addict. Ainsi, dans l'euphorisme pharmacogénique, le moi retrouve sa toute-puissance narcissique. [47, 48]

c. Approche cognitivo-comportementaliste

Le développement de la psychologie cognitive a montré que les troubles mentaux peuvent se comprendre par des dérèglements à un ou plusieurs niveaux de système de traitement de l'information. Selon Hautekeete (1995), « l'analyse des processus cognitifs montre que, parfois, le trouble mental est essentiellement caractérisé par un dysfonctionnement précis de traitement de l'information. Dans certains cas, on peut même se demander si ces dysfonctionnements ne constituent pas le noyau central de la maladie ». [49, 28]

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 SPA.
- Des croyances soulageantes, correspondant à l'attente de la réduction du manque ou d'un malaise.
- des croyances permissives, donnent la permission de consommer un produit dangereux.
- D'après cette théorie, des stimuli à risque activeraient les schémas cognitifs anticipatoires et soulageants, ceux-ci donneraient lieu à des pensées automatiques, provoquant ainsi de fortes envies de consommer. L'envie de consommer déclencherait ensuite l'activation d'un schéma permissif, donnant « l'autorisation » de consommer, déterminant en quelque sorte, la tolérance par rapport au désir. Une fois cette étape accomplie, le sujet se focaliserait sur une stratégie d'action pour rechercher la SPA et la consommer. [51, 50, 48]

d. 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 familiale. C'est d'une manière globale une famille défailante, désunie... L'addiction vient souvent masquer les autres problèmes. Toutes les difficultés sont projetées sur la SPA. On se trouve assez souvent devant des systèmes complètement stabilisés : L'addict étant le garant de l'équilibre du système. [31]

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.

III. 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 addictologue, 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 gérée par un bureau de 9 personnes, épaulé par deux assistantes sociales employées 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.



Figure 61: Facade du bâtiment



Figure 62: Bâtiment

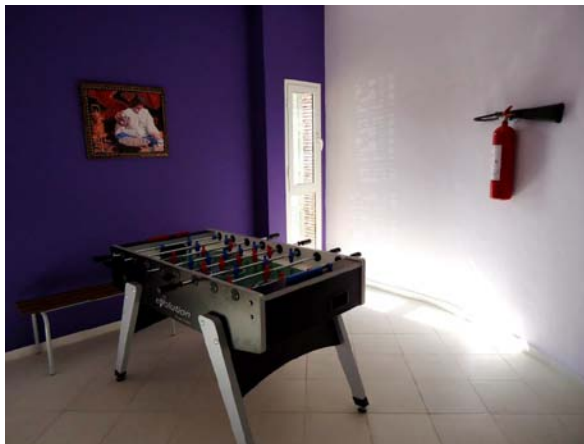


Figure 63: Salle de jeux



Figure 64: Salle de musique



Figure 65: Salle de peinture



Figure 66: Salon



Figure 67: Distribution des espaces



Figure 68: Accueil



Figure 69: Bureau administratif

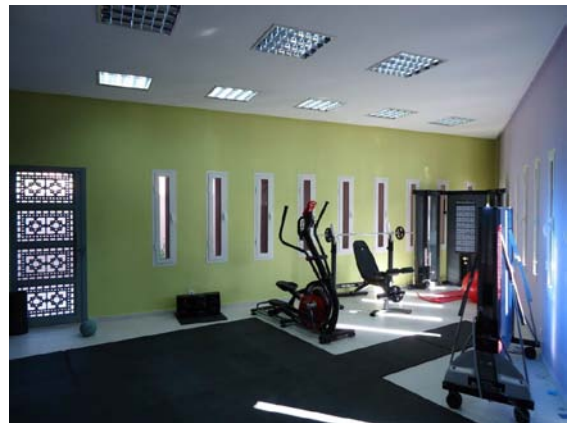


Figure 70: Salle de sport

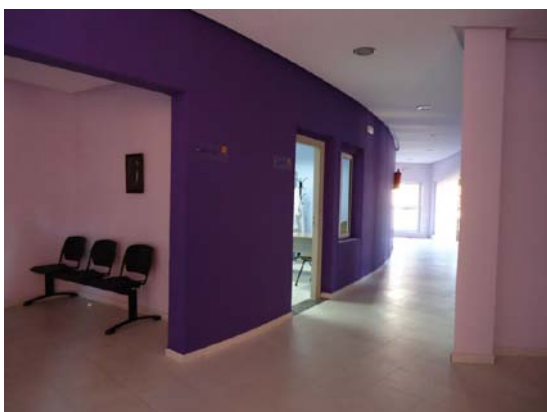


Figure 71: Salle d'attente

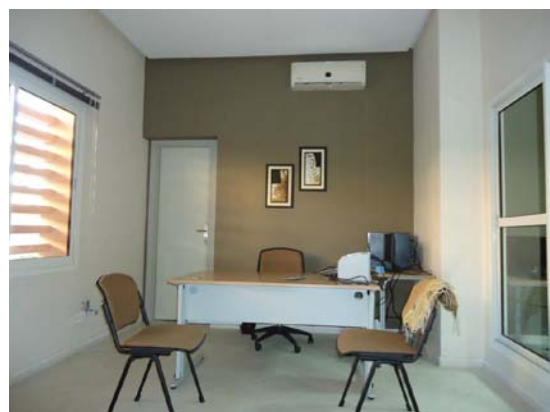


Figure 72: Bureau de psychologue



Figure 73: Hall central



Figure 74: Salle informatique



Figure 75: Charte de l'utilisateur



Figure 76: Salle de cours



Figure 77

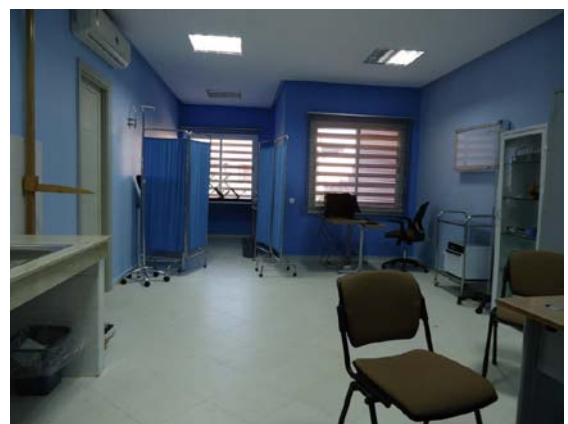


Figure 78

IV. Discussion de nos résultats

1. L'âge :

Dans notre étude nous notons que la tranche d'âge 18–40 ans était la plus représentée au niveau de notre échantillon ; elle constitue 60%, 28% avaient moins de 18 ans et 12% avaient plus de 40 ans. L'âge moyen était 20.2 ans (extrêmes : 14 et 51 ans). (Figure 1,39)

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 un usage de cannabis à hauteur de 61.22%, de tabac à 18.37%, d'alcool à 7.65%, de solvant à 4.59%, de psychotropes à 2.81% et d'héroïne ou cocaïne à 1.53%.

Pour la catégorie âgée entre 18 et 40 ans, nous retrouvons un usage de cannabis à hauteur de 46.42%, d'alcool à 21.31%, de tabac à 14.52%, de psychotropes à 13.45% et d'héroïne ou cocaïne à 2.86%.

Enfin pour la catégorie âgée de plus de 40 ans, nous retrouvons un usage du cannabis à 26.19%, du tabac à 40.47%, de l'alcool à 29.17%, des psychotropes à 2.98% et de l'héroïne ou cocaïne à 1.19%.

Nos résultats montrent une utilisation plus importante des substances illicites et interdites chez la catégorie d'âge inférieur à 20 ans par rapport à l'étude de GOURANI réalisée à Marrakech en 2007: Ainsi, dans son étude, les prévalences de l'usage 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% [23] ; nous pouvons alors émettre l'hypothèse que durant la dernières décennies l'accès aux substances même illicites s'est fortement « démocratisé » et simplifié pour les jeunes.

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

Nous retrouvons dans notre échantillon que pour la catégorie d'âge s'étendant aux moins de 18 ans ; une dépression à hauteur de 27.81%, un trouble bipolaire à 15.31%, un trouble anxieux à 13.78%, une symptomatologie délirante à 2.29% et 40.81% sans aucune comorbidité.

Pour la catégorie âgée entre 18 et 40 ans, nous retrouvons une dépression à hauteur de 35.36%, un trouble bipolaire à 20.12%, un trouble anxieux à 17.97%, une symptomatologie délirante à 4.05% et 22.50% sans aucune comorbidité.

Enfin pour la catégorie âgée de plus de 40 ans, nous retrouvons une dépression à hauteur de 39.88%, un trouble bipolaire à 14.88%, un trouble anxieux à 14.29%, une symptomatologie délirante à 3.57% et 27.38% sans aucune comorbidité.

2. Le sexe :

La prédominance du sexe masculin sur le sexe féminin en matière d'usage SPA est prévisible dans notre contexte socioculturel.

En effet, 87% des usagers dans notre échantillon étaient de sexe masculin contre seulement 13% de sexe féminin ; dont la répartition d'usage se fait comme suit : (Figure 2,40)

Pour le sexe masculin : 49.26% sont usagers de cannabis, 19.05% d'alcool, 18.31% de tabac, 7.80% de psychotropes et 2.30% d'héroïne et cocaïne.

Pour le sexe féminin : 40.66% sont usagers de cannabis, 18.68% de psychotropes, 21.43% de tabac, 14.29% d'alcool et 2.20% 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. [29]

Pour ce qui est de l'usage 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. [29]

Dans l'étude de CHAKROUN et al en France, ils rapportent des résultats concernant l'usage d'alcool répartis comme suit : 22,3% des usagers de sexe masculin étaient consommateurs d'alcool contre 10,5% des usagers de sexe féminin. [29]

Pour ce qui est de l'usage de l'héroïne et de la cocaïne dans l'étude de CHAKROUN et al, la prévalence chez le sexe masculin était de 2.0% contre 0.7% des usagers pour le sexe féminin. [29]

Concernant la répartition des comorbidités psychiatriques en fonction du sexe, nous retrouvons dans notre échantillon que, pour le sexe masculin : 33.50% ont une dépression, 18.15% ont un trouble bipolaire, 15.92% ont un trouble anxieux, 3.45% ont une symptomatologie délirante et 28.98% n'ont aucune comorbidité

Pour le sexe féminin : 35.71% ont une dépression, 18.13% ont un trouble bipolaire, 19.78% ont un trouble anxieux, 3.85% ont une symptomatologie délirante et 22.53% n'ont aucune comorbidité.

Les résultats de l'étude de HELEN E. ROSS ET AL au Canada rapportent que pour le sexe masculin : 4.2% ont un trouble schizophrénique, 33.2% ont une dépression majeure et 14.9% ont un trouble anxieux.

Tandis que pour le sexe féminin: 4.6% ont un trouble schizophrénique, 35.4% ont une dépression majeure, et 17.3% un trouble anxieux. [63]

3. L'âge de début d'usage:

Dans notre échantillon 41.29% des usagers ont débuté leur usage de substances psychoactives entre l'âge de 15 ans et 18 ans ; 31.38 % entre l'âge de 18 à 21 ans, 18% après 21 ans et 9.38% 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 25)

GOURANI retrouve des résultats similaires et note que, la plupart des usagers consommateurs de SPA ont débuté leurs usage 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. [23]

Des résultats similaires ont été rapportés par OULAADA (75%), BADOURI (73,5%), et ACHBOUK (76,4%). [55.45.56]

4. Le mode d'usage :

69.14% des usagers déclarent utiliser plusieurs substances simultanément, contre 30.86% 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 3.7 ans d'usage; ainsi il nous semble que plus l'usage dure, plus le risque de consommer de nouvelles substances est élevé. (Figure 23)

Dans l'étude de M-G Landreat et al en France, ils rapportent des résultats concernant le mode de consommation réparti tel que suivant : 79.1% des usagers étaient des poly-usages contre 15,3% des usagers utilisant une seule SPA. [57]

5. Type de substance utilisée :

La substance dont l'usage a déclenché la volonté de visiter le centre d'addictologie pour en être moins dépendant était dans 48.14% des cas le cannabis, dans 18.43% l'alcool, dans 18.72% le tabac, dans 9.21% des psychotropes, dans 1.64% des solvants et dans 2.29 % l'héroïne ou la cocaïne.

Concernant les modalités d'usage M-G Landreat et al retrouvent que les principales SPA motivant la demande de soins étaient représentées majoritairement par le cannabis (42,8 %) et les opiacés (31,8 %). Puis à une moindre fréquence, nous retrouvons l'alcool (11,9 %), les benzodiazépines (7,0 %) et la cocaïne (3,0 %). Les autres SPA (ecstasy, LSD, solvants) représentaient 3,5 % des demandes. [57]

6. Evaluation de la dépendance chez les usagers de SPA

Dans notre étude nous notons que 46.36% des usagers de notre échantillon se sont présentés au centre en ayant une addiction sévère, tandis que 23.21% avait une addiction modéré, 17.79% une addiction légère et 12.64% une absence d'addiction soit 87.36% présentaient une addiction à une substance. (Figure 45)

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

- Le tabac : 11.83% ne présente pas d'addiction, 18.32% une addiction légère, 31.30% une addiction modérée et 38.55% une addiction sévère.
- Le cannabis : 16.02% ne présente pas d'addiction, 15.73% une addiction légère, 19.44% une addiction modérée et 49.11% une addiction sévère.
- L'alcool : 13.18% ne présente pas d'addiction, 19.77% une addiction légère, 19.38% une addiction modérée et 47.67% une addiction sévère.
- Les psychotropes : 3.10% ne présente pas d'addiction, 20.16% une addiction légère, 33.33% une addiction modérée et 43.41% une addiction sévère.
- L'héroïne ou la cocaïne: 9.38% une addiction légère, 43.75% une addiction modérée et 46.88% 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 de tabac présentaient une dépendance [23]. 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 [58]. Aussi pour N'DIAYE et al, ils rapportent dans leur étude effectuée auprès de 547 usagers de SPA 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 usagers présentaient une dépendance [59].

CHABROL et al rapportent dans une enquête réalisée auprès de 256 usagers de cannabis en France, que la dépendance parmi eux était de 47,2% [60]. Alors qu'elle est de l'ordre de 35% dans l'étude de NACON et al menée auprès de 2446 jeunes Allemands [61] et de l'ordre de 59% dans l'étude de COFFEY réalisée au sein de 2032 jeunes en Australie. [62]

Quant à la consommation d'alcool, 16,4% des usagers de l'échantillon de GOURANI présentaient une dépendance [23]. Un résultat identique (16,4%) a été rapporté par CHEN et al dans une étude réalisée auprès de 1044 étudiants Américains [46]. 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 70% 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.

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 soient pas encore très performantes 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.

7. Evaluation de la dépression chez les usagers de SPA

Nous notons que 33.79% (n=473) des usagers de notre échantillon ont une dépression contre 66.21% de non déprimés (figure 35).

La prévalence de la dépression en fonction de la SPA consommée est de 23.28% chez les usagers de tabac, 29.09% chez les usagers de cannabis, 49.22% chez les usagers d'alcool, 44.19% chez les usagers de psychotropes et 43.75% chez les usagers de l'héroïne et la cocaïne (figure 53, 54, 55, 56,57).

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 tabac présentaient une dépression modérée à sévère contre 14,3% chez les non dépendants. Pour le cannabis, 35,4% des usagers 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 [23]. Des résultats similaires ont été rapporté 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% [77] 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 [78]. Alors que LOOBY et al ont montré dans une étude américaine réalisée au sein de 2500 usagers quotidiens de cannabis que 90 % des usagers dépendants présentaient une symptomatologie dépressive [79]. Selon l'étude de I. GASQUET et al en France 51.9% des usagers de psychotropes présentent une dépression. L'étude de Richard A. Brown et al a rapporté que 48.6% des usagers de cocaïne présentaient une dépression. [64]

8. Evaluation des troubles anxieux chez les usagers de SPA

Nous notons que dans notre échantillon 16.43% de tous les usagers ont un trouble anxieux (figure 35).

Pour la prévalence des troubles anxieux en fonction des SPA consommées, nous remarquons que 11.07% des usagers de tabac ont un trouble anxieux, chez les usagers de cannabis nous notons une prévalence de 17.06%, chez les usagers d'alcool cette prévalence est de 14.73%, pour les usagers de psychotropes nous avons une prévalence de 17.05% et chez les usagers de l'héroïne et de la cocaïne nous avons une prévalence de 21.88% (figure 53, 54, 55, 56,57).

L'étude de J.R. COUGLE et al a montré que 15.5% des usagers de tabac ont un trouble anxieux [70]. Selon l'étude de F. S. STINSON et al la prévalence des troubles anxieux chez les usagers de cannabis est de 18% [68]. Les résultats de l'étude de MB TERRA et al réalisée au Brésil rapportent que 19.3% des usagers d'alcool ont un trouble anxieux [66]. L'étude de I. GASQUET et al en France a montré que 21.9% des usagers de psychotropes ont un trouble anxieux [64], Alors que l'étude de PAIVA CB et al a montré que 24% des usagers de cocaïne ont un trouble anxieux. [71]

Nous notons donc que la prévalence des troubles anxieux dans notre échantillon en fonction de l'usage des SPA est sensiblement similaire aux benchmark des différentes études mentionnées.

9. Evaluation des troubles bipolaires chez les usagers de SPA

Nous notons que 18.15% des usagers de notre échantillon ont un trouble bipolaire. (Figure 35)

Nous avons constaté dans notre étude que 5.34% des usagers de tabac ont un trouble bipolaire. Par contre, chez les usagers de cannabis, cette prévalence était de 22.85%. Chez les usagers d'alcool, nous avons constaté une prévalence de 16.28% et chez les usagers de psychotropes la prévalence était de 20.16%. Concernant les usagers de la cocaïne/héroïne la prévalence des troubles bipolaires était de 28.12%. (Figure 53, 54, 55, 56,57)

Des résultats similaires ont été rapportés par l'étude de J.R. Cogle et al qui a montré que 5.1% des usagers de tabac ont un trouble bipolaire [70]. L'étude de F. S. STINSON et al a objectivé que 24% des usagers de cannabis ont un trouble bipolaire [68]. Une étude aux États-Unis d'Amérique faite par K.T.BRADY et R.B.LYDIARD a montré que 16.1% soit plus ou moins 3.9% des usagers d'alcool ont un trouble bipolaire [69]. L'étude de Mirin SM and Weiss RD également, aux États-Unis d'Amérique, a rapporté que 22% des usagers de cocaïne ont un trouble bipolaire [73] , l'étude de Nunes EV et al a montré que 30 % des usagers de cocaïne ont un trouble bipolaire [74], tandis que l'étude de Elie G. Karam et al, au Liban, a montré que 42.1% des usagers de cocaïne ont un trouble bipolaire. [72]

Nous remarquons donc qu'il existe une importante disparité quant à la prévalence des troubles bipolaires corrélé à l'usage de la cocaïne.

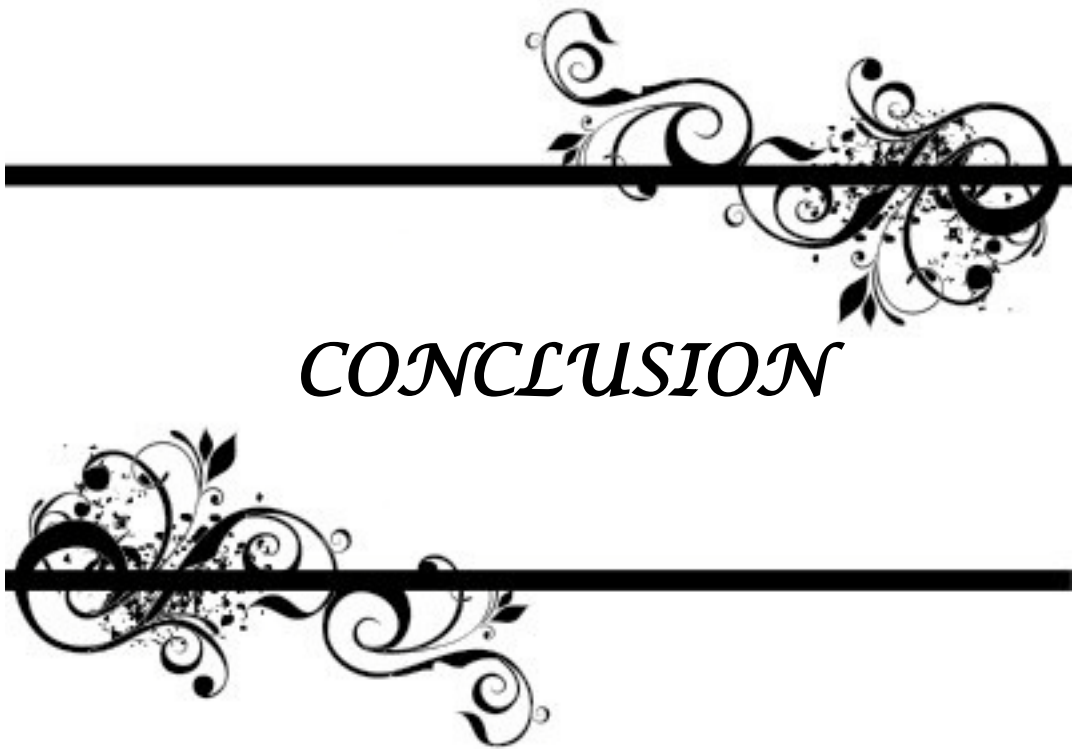
10. Evaluation de la symptomatologie délirante chez les usagers de SPA

Nous notons que 3.5% des usagers de notre échantillon ont une symptomatologie délirante. (Figure 35)

Nous remarquons que 2.68% des usagers de tabac ont une symptomatologie délirante, contre 5.19% de symptomatologie délirante chez les usagers de cannabis. Pour les usagers d'alcool, cette prévalence est de 4.26%. Chez les usagers de psychotropes nous observons une prévalence de 3.87%. Cette prévalence est de 3.12% chez les usagers de la cocaïne/ héroïne. (Figure 53, 54, 55, 56,57)

L'étude de E.Guillem et al a montré que 4.8% des usagers de cannabis ont un trouble schizophréniforme/schizophrénie [65]. L'étude faite par N. Libuy et al a objectivé que 5.2% des usagers de cannabis ont un trouble schizophrénique. Concernant l'étude de N. Libuy et al, 1.1% des usagers de cocaïne ont un trouble schizophrénique [76]. Selon l'étude de U. W. Preuss et al, seuls 3.8% des usagers d'alcool ont un trouble schizophrénique. [75].

Nous notons donc que la majorité des études mentionnés rejoignent nos résultats et retrouvent une plus forte corrélation entre trouble délirant et usage de cannabis.



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

Dans le but d'apprécier la corrélation entre TUS et troubles psychiatriques chez les usagers de SPA, nous avons mené une étude épidémiologique, qui a consisté en une enquête réalisée auprès de 1400 usagers du centre d'addictologie de Marrakech.

Au 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. Les antécédents personnels psychiatriques étaient les plus représentés dans notre étude chez 55.85%.

Dans notre échantillon, 48.14% des usagers ont déclaré utiliser du cannabis, 18.43% de l'alcool, 18.72% du tabac, 9.21% des psychotropes, 1.64% des solvants tandis que 2.29 % ont déclaré utiliser de l'héroïne ou de la cocaïne.

La dépression est la comorbidité psychiatrique la plus fréquente avec 33.79% de déprimés suivi par les troubles bipolaires chez 18.15% et les troubles anxieux chez 16.43% tandis que la symptomatologie délirante ne concerne que 3.5%.

La prévalence des comorbidités psychiatriques en fonction des SPA consommées était comme suit : Pour les usagers de tabac 42.37% avaient des comorbidités psychiatriques, chez les usagers de cannabis cette prévalence était de 74.19%. Tandis que 84.50% des usagers d'alcool avaient une comorbidité psychiatrique. Les usagers de psychotropes et de l'héroïne ou la cocaïne avaient les prévalences les plus élevées avec 85.27% et 96.88% respectivement.

Nous remarquons que la comorbidité la plus fréquemment retrouvée est la dépression, et que la substance la plus utilisée est le cannabis.

Concernant la corrélation entre le degré d'addiction et le type de substance utilisée nous notons que l'héroïne et la cocaïne ainsi que les psychotropes présentent les pourcentages d'addiction les plus élevés suivis par l'alcool, le tabac et le cannabis, et que les usagers de psychotropes et d'héroïne ou de cocaïne avaient les prévalences les plus élevées de comorbidités psychiatriques.

Il est important que le système de santé marocain, public ou privé, puisse donner plus d'importance à cette problématique partagée entre le secteur médical et sociétal afin de réduire et de prévenir efficacement ce maux de société.

Les missions du médecin doivent donc s'effectuer au-delà des murs de l'hôpital 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'importance de la détection précoce des addictions et des troubles liés à l'usage de SPA chez les individus présentant des troubles psychiatriques.
- Tertiaire : au niveau de toutes les structures qui interagissent avec des individus en situation d'addiction sévère ou troubles psychiatriques méconnus. (Prisons, hôpitaux, centre sociaux ...)

Il est important que le médecin puisse aussi jouer son rôle de plaidoyer pour défendre les droits des individus en situation d'addiction ou de troubles psychiatriques.



ANNEXES



Clicours.COM

Fiche d'exploitation :

I- Données anamnestiques :

1-1 NE :.....

1-2 Age :

1-3 Adresse :

1-4 N° de Télé :

1-5 Milieu de vie :

1- Rural 2-Urbain

1-6 Etat civil :

1- Célibataire 2- Marié (e) 3- Divorcé(e) 4-Veuf (ve)

1-7 Nombre d'enfants :

1-8 Niveau scolaire :

1- Non scolarisé 2- Primaire :

3 Secondaire :.....

4- Baccalauréat

5- Universitaire : Bac+.....

6- Autres :

1-9 Formation professionnelle :

1- Sans profession

2-Ouvrier

3- Fonctionnaire

4- Cadre supérieur

5-Profession libérale

6- Autre :.....

1-10 Activité professionnelle (1 an) :

1- Régulière

2-Irrégulière

3- Absente

1-11 Niveau socio-économique (revenu mensuel) : Dh/mois

1 - < 2000

2- [2000 5000]

3- [5000 -10000]

4- > 10000

1-12 Nombre de fratrie.....

Ordre dans la fratrie :

1-13 Situation des parents :

Père : 1-Vivant 2- Décédé quand : Profession :

Mère : 1-Vivante 2- Décédée quand : Profession :

Parents Divorcés Quand :

1-14- Vit avec :

1-Seul

2- les parents

3- amis

4- des

proches

5- sans domicile fixe

II- Les antécédents :

A- Personnels :

2-1- Médicaux :

1-

2-

3-

2-2- Chirurgicaux :

- 1-
- 2-
- 3- 2

-3- Judiciaires :

Cause et durée de l'incarcération

- 1-
- 2-
- 3-
-

Date par rapport à la maladie :

2-4- Psychiatriques :

- 1- Connu malade mental depuis : ans
- 2- Nombre total d'hospitalisations : fois
- 3- Nombre d'hospitalisations depuis un an : fois
- 4- Durée moyenne des hospitalisations : Jours
- 5- Durée cumulative des hospitalisations : Jours
- 6- Suivi en consultation : Oui Non

2-5- Antécédents de TS :

- 1- Non
- 2- Oui : Nombre de TS :
- Date de la dernière :
- Modalité :

2-6- Contexte du TS si oui :

- 1- Hallucinations 2- Délire 3- Angoisse
- 4- Tristesse 5- Impulsions

B- Familiaux :

2-7- Psychiatriques :

Qui ?	nature ?
1-	1-
2-	2-
3-	3-
4-	4-

2-8- Antécédents d'hospitalisation dans la famille :

- 1-
-
- 2-
-
- 3-.....
-

2-9- Antécédents de TUS dans la famille :

- 1-
-
- 2-
-
- 3-
- ..
- 4-.....
-

Consommation devant le patient : Oui Non

III- Usage de substances : Oui Non

3-1- Age de début :

3-2- Contexte de la 1ère consommation :

- 1- Seul
- 2- Avec amis
- 3- Avec amis d'étude
- 4- Autre

3-3 : La substance qui a motivé la consultation du centre d'addictologie :

Type de substances consommées

1- Tabac

Score de dépendance FTND (annexe 2) :

.....

2- Cannabis

Score de dépendance CAST (annexe 3) :

.....

3- Alcool

Score de dépendance AUDIT (annexe 4) :

.....

1- Bière

2- Vin

3- Eau de vie

4- autres :

4- Psychotropes :

a- Benzodiazépine

Type :

Score de dépendance ECAB (annexe 5) :

b- Hypnotiques

Type :

c- Anticholinergiques

Type :

d- Autres

Type :

5- Autres substances :

.....

3-4- Début par rapport à la maladie :

1- Avant la maladie

2- En même temps que la maladie

3- Après la maladie

3-5- Substance la plus recherchée :

1- Fumée

2- Avalée

3- Inhalée

4- Injecté

5- Sniffée

6- Autrement :

3-6- La façon avec laquelle la personne s'est elle procurée ce produit.

1- Achat

2- Cadeau

3- Echange

4- Auto-culture

5- Autre :

3-7- Dépenses consacrées par mois : Dhs

3-8- Source d'argent :

3-9- Essai de sevrage :

Oui

Non

3-10- Nombre de tentatives de sevrage :

3-11- Recours à des institutions pour ce problème : Oui Non

- Si oui :
- 1- Hôpital psychiatrique
 - 2- Hôpital général
 - 3- Centre de santé
 - 4- Cabinet Privé
 - 5- Centre d'addictologie
 - 6- Autres :

.....

Seul Avec la famille

Si non :

Pourquoi ?

.....

3-12- Les motivations et les effets recherchés :

Les motivations et les effets recherchés par la personne	Ce (s) effet (s) ont-ils senti (s) avec ce produit ?				
	Oui	Non	Oui	Non	Ne sait pas
Se relaxer, se détendre					
Etre avec les amis					
Faire la fête, être euphorique					
Oublier une situation difficile					
Diminuer l'angoisse					
Mieux communiquer, se désinhiber					
Dormir					
Modifier son état de conscience (se défoncer ...)					
Se soigner (des hallucinations ...)					
Aider à gérer les effets d'autres produits					
Autres effets recherchés					

IV- Retentissement : (conséquences de la comorbidité)

1- Retentissement sur la réinsertion socioprofessionnelle :

A- Relation avec les autres :

1- Conflit Avec :

Combien de fois :

2- Divorce

3- Hétéro-agressivité Vis-à-vis :

Combien de fois :

4- Autres

B- Auto-agressivité Modalité :

C- Le travail :

1- Baisse de rendement professionnel

2- Arrêt du travail

3- Absentéisme

4- Changement du travail (instabilité professionnelle)

5- Autres :

.....

V- Score de dépendance

1. POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROME SCALE PANSS

Echelle Positive :

1: Absent, 2: Minime, 3: Léger, 4: Moyenne, 5: Moy-sévère, 6: Sévère, 7: Extrême

P1	Idées délirantes	1	2	3	4	5	6	7
P2	Désorganisation conceptuelle	1	2	3	4	5	6	7
P3	Activité hallucinatoire	1	2	3	4	5	6	7
P4	Excitation	1	2	3	4	5	6	7
P5	Idées de grandeur	1	2	3	4	5	6	7
P6	Méfiance/Persécution	1	2	3	4	5	6	7
P7	Hostilité	1	2	3	4	5	6	7

Echelle Négative :

1: Absent, 2: Minime, 3: Léger, 4: Moyenne, 5: Moy-sévère, 6: Sévère, 7: Extrême

N1	Emoussement de l'expression des émotions	1 2 3 4 5 6 7
N2	Retrait affectif	1 2 3 4 5 6 7
N3	Mauvais contact	1 2 3 4 5 6 7
N4	Repli social passif/apathie	1 2 3 4 5 6 7
N5	Difficultés d'abstraction	1 2 3 4 5 6 7
N6	Absence de spontanéité et de fluidité dans la conversation	1 2 3 4 5 6 7
N7	Pensée stéréotypée	1 2 3 4 5 6 7

2. Echelle psychopathologique générale :

1: Absent, 2: Minime, 3: Léger, 4: Moyenne, 5: Moy-sévère, 6: Sévère, 7: Extrême

Fagerstöm test for nicotine dépendance (FTND):

Questions	Cotation
1. Le matin, combien de temps après être réveillé(e), fumez-vous votre première cigarette ?	Dans les premières minutes : 3 Entre 6 et 30 minutes : 2 Entre 31 et 60 minutes : 0 Plus de 60 minutes : 0
2. Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?	Oui : 1 Non : 0
3. À quelle cigarette renonceriez-vous le plus difficilement ?	première le matin : 1 N'importe quelle autre : 0
4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?	10 ou moins : 0 11 à 20 : 1
5. Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?	Oui : 1 Non : 0
6. Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?	Oui : 1 Non : 0

Score 0: Très faible dépendance.

Score [1-3] : Faible dépendance

Score [4-5] : Dépendance moyenne.

Score [6-7] : Forte dépendance

Score ≥ 8 : Très forte dépendance

M. Underner, J. Le Houezec, J. Perriot, G. Peiffer Les tests d'évaluation de la dépendance tabagique Revue des maladies respiratoires 2012

3. Score de dépendance au cannabis CAST:

1. Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?.....
Oui Non
2. Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul ?.....
Oui Non
3. Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumez du cannabis?....
Oui Non
4. Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?.....
Oui Non
5. Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y parvenir ? .. Oui Non
6. Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultat à l'école...)
?..... Oui Non

Total

- Risque faible (score inférieur ou égal à 1)
- Risque modéré (score égal à 2) repérant largement les usages nocifs d'alcool et d'autres drogues, notamment le cannabis
- Risque élevé (score supérieur ou égal à 3) repérant la gravité des consommations

S. Spilka, E. Janssen, S. Legleye DETECTION DES USAGES PROBLEMATIQUES DE CANNABIS
Observatoire française des drogues et des toxicomanes

4. Score de dépendance à l'alcool AUDIT : Alcohol use disorders test

1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?
- Jamais 0
- Une fois par mois ou moins 1
- 2 à 4 fois par mois 2
- 2 à 3 fois par semaine 3
- Au moins 4 fois par semaine 4
2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?
- 3 ou 4 1

5 ou 6 2

7 ou 8 3

10 ou plus 4

3. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?

Jamais 0

Moins d'une fois par mois 1

Une fois par mois 2

Une fois par semaine 3

Tous les jours ou presque 4

4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?

Jamais 0

Moins d'une fois par mois 1

Une fois par mois 2

Une fois par semaine 3

Tous les jours ou presque 4

5. Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?

Jamais 0

Moins d'une fois par mois 1

Une fois par mois 2

Une fois par semaine 3

Tous les jours ou presque 4

6. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?

Jamais 0

Moins d'une fois par mois 1

Une fois par mois 2

Une fois par semaine 3

Tous les jours ou presque 4

7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?

Jamais 0

Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?

Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

9. Avez-vous été blessé ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu ?

Non	0
Oui, mais pas au cours de l'année écoulée	2
Oui, au cours de l'année	4

10. Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?

Non	0
Oui, mais pas au cours de l'année écoulée	2
Oui, au cours de l'année	4

AUDIT < 6 (femmes) AUDIT < 7 (Hommes) : Risque faible de dépendance AUDIT = [6-12]

(Femmes) AUDIT = [7-12] ((Hommes) : Mésusage actuel d'alcool AUDIT ≥ 13 : Dépendance à l'alcool. Société française d'alcoologie, 2001

5. Echelle cognitive d'attachement aux benzodiazépines ECAB :

- | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|
| 1- Où que j'aille, j'ai besoin d'avoir ce médicament avec moi..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 2- Ce médicament est pour moi comme une drogue | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 3- Je pense souvent que je ne pourrai jamais arrêter ce médicament..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 4- J'évite de dire à mes proches que je prends ce médicament..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 5- J'ai l'impression de prendre beaucoup trop de ce médicament..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 6- J'ai parfois peur à l'idée de manquer de ce médicament..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 7- Lorsque j'arrête ce médicament, je me sens très malade..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 8- Je prends ce médicament parce que je ne peux plus m'en passer..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 9- Je prends ce médicament parce que je vais mal quand j'arrête..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 10- Je ne prends ce médicament que lorsque j'en ressens le besoin..... | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 |

Total

ECAB<6 : Usage à faible risque de dépendance

ECAB≥6 : Dépendance aux benzodiazépines

Pelissolo A ,Naja WJ. Evaluation de la dépendance aux benzodiazépines à l'aide d'une échelle cognitive. Synapse, 1996, 131, 37

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



ADDICT Auvergne.fr
Centre Addictovigilance Auvergne



RÉSUMÉS



Résumé

Les usagers de substances psychoactives (SPA) présentent fréquemment des troubles de la santé mentale. Ces troubles transnosographiques sont préexistants à l'usage de SPA, ou au contraire, sont générés par l'addiction. La notion de comorbidité renvoie bien à cette coexistence de troubles psychiatriques et addictifs chez une personne.

La comorbidité entre trouble psychiatrique et TUS constitue aujourd'hui un véritable problème de santé publique, qui interpelle en permanence les psychiatres sur les liens unissant ces comorbidités, et remet en question les modalités de prise en charge d'une telle population de patients. Les recherches actuelles s'orientent vers l'étude des mécanismes et structures cérébrales qui sont communs à ces deux affections.

Notre travail a consisté en une approche épidémiologique des usagers du centre d'addictologie de Marrakech depuis la période s'étalant de Décembre 2014 à Juin 2017.

L'enquête a été menée sur 1400 usagers (1218 de sexe masculin et 182 de sexe féminin) du centre et a permis l'étude de leur profil épidémiologique, de l'usage des substances psychoactives, du degré d'addiction et des comorbidités psychiatriques chez les usagers des différentes SPA.

Au terme de ce travail, nous avons constaté que l'usage masculin est prédominant, son début coïncide avec l'adolescence, augmente avec l'âge, l'échec scolaire et le chômage, Les antécédents personnels psychiatriques étaient les plus représentés dans notre étude chez 55.85%.

Dans notre échantillon, 48.14% des usagers ont déclaré utiliser du cannabis, 18.43% de l'alcool, 18.72% du tabac, 9.21% des psychotropes, 1.64% des solvants tandis que 2.29 % ont déclaré utiliser de l'héroïne ou de la cocaïne.

Concernant la corrélation entre le degré de l'addiction et le type de substance utilisée, nous notons que l'héroïne et la cocaïne ainsi que les psychotropes présentent les pourcentages d'addiction les plus élevés suivis par l'alcool, le tabac et le cannabis.

Nous remarquons que la dépression est la comorbidité psychiatrique la plus fréquente avec 33.79% de déprimés suivi par les troubles bipolaires chez 18.15% et les troubles anxieux chez 16.43% tandis que la symptomatologie délirante ne concerne que 3.5%.

La prévalence des comorbidités psychiatriques en fonction des SPA utilisées était comme suit : pour les usagers de tabac 42.37% avaient des comorbidités psychiatriques, chez les usagers de cannabis cette prévalence était de 74.19%. Tandis que 84.50% des usagers d'alcool avaient une comorbidité psychiatrique. Les usagers de psychotropes et de l'héroïne ou de la cocaïne avaient les prévalences les plus élevées avec 85.27% et 96.88% respectivement.

Abstract

Users of psychoactive substances (PAS) often have mental health problems. These transnosographic disorders are preexisting to the use of PAS, or on the contrary are generated by the addiction. The concept of comorbidity refers to the coexistence of psychiatric and addictive disorders in a person.

The comorbidity between psychiatric disorder and substance use disorder (SUD) constitutes today a real public health problem, which constantly challenges psychiatrists, on the links between these comorbidities and questioning the modalities of care for such a patient population. Current research is directed towards the study of the cerebral mechanisms and structures that are common to these two conditions.

Our work consisted of an epidemiological approach of the users of the center of addictology of Marrakech from the period extending from December 2014 to June 2017.

The survey was conducted on 1,400 users (1218 males and 182 females) of the center and allowed the study of their epidemiological profile, use of psychoactive substances, degree of addiction and psychiatric comorbidities in different PAS users.

At the end of this work, we found that male use is predominant, its beginning coincides with adolescence, increases with age, failure at school and unemployment. Personal psychiatric history was the most represented in our study in 55.85%.

In our sample 48.14% of the PAS users reported using cannabis, 18.43% used alcohol, 18.72% used tobacco, 9.21% used psychotropic, 1.64% used solvents, while only 2.29% reported using heroin or cocaine.

Concerning the correlation between the degree of addiction and the type of substance used we note that heroin and cocaine as well as psychotropic drugs exhibit the highest percentages of addiction followed by alcohol, tobacco and cannabis.

We note that depression is the most frequent psychiatric comorbidity with 33.79% depressed followed by bipolar disorder in 18.15% and anxiety disorders in 16.43% while the delirious symptomatology only affects 3.5%.

The prevalence of psychiatric comorbidities according to the PPS consumed was as follows: for tobacco users 42.37% have psychiatric comorbidities, among cannabis users this prevalence was 74.19%. While 84.50% of alcohol users have psychiatric comorbidity. Users of psychotropic drugs and heroin or cocaine have the highest prevalences with 85.27% and 96.88% respectively

ملخص

كثيرا ما يعاني مستهلكو المواد المهلوسة (مواد مؤثرة عقليا) من مشاكل الصحة العقلية. هذه الاضطرابات قد تكون موجودة مسبقا قبل استخدام المواد المهلوسة ، أو على العكس من ذلك تنشأ بعد الإدمان. مفهوم الاعتلال المشترك يشير إلى حدوث للاضطرابات النفسية والادمان لدى نفس الشخص في نفس الوقت.

ويشكل الاعتلال المشترك بين الاضطرابات النفسية واضطراب تعاطي المواد المهلوسة اليوم مشكلة صحية عمومية حقيقية، والتي تتحدى باستمرار الأطباء النفسيين، لدراسة الروابط بين هذه الأمراض المصاحبة والتشكيك في طرق الرعاية لمثل هذه الفئة من المرضى. يتوجه البحث الحالي نحو دراسة الآليات والهيكل الدماغية المشتركة بين هذين الشرطين.

عملنا يتألف من نهج وبائي لمستخدمي مركز الإدمان في مراكش من الفترة الممتدة من ديسمبر 2014

إلى يونيو 2017 .

أجريت الدراسة الاستقصائية على 1 400 مستخدم (1218 من الذكور و 182 من الإناث) من المركز، وسمحت بدراسة ملامحهم الوبائية واستهلاك المواد المهلوسة ودرجة الإدمان والأمراض المصاحبة للأمراض النفسية لدى مستخدمي مختلف المواد المهلوسة.

في نهاية هذا العمل، وجدنا أن استهلاك الذكور هو الغالب، بداية الاستهلاك تتزامن مع المراهقة، ويزيد مع التقدم في السن، والفتل في الدراسة والبطالة. وكانت السوابق النفسية الشخصية هي الأكثر تمثيلا في دراستنا في 55.85%.

كما ان 48.14% من المستخدمين في العينة لدينا ذكرت استخدام القنب، 18.43% ذكرت استخدام الكحول، 18.72% ذكرت استخدام التبغ، 9.21% ذكرت استخدام المؤثرات العقلية، 1.64% ذكرت استخدام المذيبات، في حين أن 2.29% ذكرت استخدام الهيروين أو الكوكايين.

فيما يتعلق بالعلاقة بين درجة الإدمان ونوع المادة المستخدمة، نلاحظ أن الهيروين والكوكايين وكذلك العقاقير العقلية تظهر أعلى نسب الإدمان تليها الكحول والتبغ والقنب.



BIBLIOGRAPHIE



1. **COMPTON WM, THOMAS YF, STINSON FS, GRANT BF.**
Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions.
Arch Gen Psychiatry 2007, 64 : 566-576
2. **MARTINS SS, KEYES KM, STORR CL, ZHU H, CHILCOAT HD.**
Pathways between non-medical opioid use/dependence and psychiatric disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions.
Drug and Alcohol Dependence 2009, 103 : 16-24
3. **KESSLER RC, NELSON CB, MCGONAGLE KA, EDLUND MJ, FRANK RG, LEAF PJ.**
The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: implications for prevention and service utilization.
Am J Orthopsychiatry 1996, 66 : 17-31
4. **FARRELL M, HOWES S, BEBBINGTON P, BRUGHA T, JENKINS R, et coll.**
Nicotine, alcohol and drug dependence and psychiatric comorbidity. Results of a national household survey.
Br J Psychiatry 2001, 179 : 432-437
5. **CHIANG SC, CHAN HY, CHANG YY, SUN HJ, CHEN WJ, CHEN CK.**
Psychiatric comorbidity and gender difference among treatment-seeking heroin abusers in Taiwan.
Psychiatry Clin Neurosci 2007, 61 : 105-111
6. **MAREMMANI I, PACINI M, LUBRANO S, LOVRECIC M, PERUGI G.**
Dual diagnosis heroin addicts. The clinical and therapeutic aspects.
Heroin Addict Relat Clin Probl 2003, 5 : 7-98
7. **REGIER DA, FARMER ME, RAE DS, LOCKE BZ, KEITHS J, et coll.**
Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study.
Jama 1990, 264 : 2511-251
8. **BRYANT KJ, ROUNSAVILLE B, SPITZER RL, WILLIAMS JB.**
Reliability of dual diagnosis. Substance dependence and psychiatric disorders.
J Nerv Ment Dis 1992, 180 : 251-257

9. **SOYKA M, ALBUS M, KATHMANN N, FINELLI A, HOFSTETTER S, et coll.**
Prevalence of alcohol and drug abuse in schizophrenic inpatients.
Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 1993, 242 : 362–372
10. **RIES R, MULLEN M, COX G.**
Symptom severity and utilization of treatment resources among dually diagnosed inpatients.
Hosp Community Psychiatry 1994, 45 : 562–568
11. **GRAHAM HL, MASLIN J, COPELLO A, BIRCHWOOD M, MUESER K, et coll.**
Drug and alcohol problems amongst individuals with severe mental health problems in an inner city area of the UK.
Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2001, 36 : 448–455
12. **SWOFFORD CD, SCHELLER–GILKEY G, MILLER AH, WOOLWINE B, MANCE R.**
Double jeopardy: schizophrenia and substance use.
Am J Drug Alcohol Abuse 2000, 26 : 343–353
13. **Navarro F, Godeau E, Dressen C, Mouret G, Jeunier B, Aptel E.**
Les comportements de santé des jeunes. Consommation de substances psychoactives.
BEH 1999.
14. **Bauman A, Phongsavan P.**
Epidemiology of substance use in adolescence: prevalence, trends and policy implications.
Drug Alcohol Depend 1999;55:187–207.
15. **Choquet M, Beck F, Hassler C, Spilka S, Morin D, Legleye S.**
Les substances psychoactives chez les collégiens et lycéens : consommations en 2003 et évolutions depuis dix ans. Tendances.
Paris: Inserm; 2004. (Vol. 35).
16. **OFDT.**
Drogues et dépendances : indicateurs et tendances.
Paris : OFDT; 2002.
17. **A.Oulmidi, A.Benali**
Profil épidémiologiques des usagers de substances psychoaffectives fréquentant le centre d'addictologie de Marrakech.
Thèse de médecine, Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech 2016

18. **Choquet M, Morin D, Hassler C, Ledoux S.**
Is alcohol, tobacco, and cannabis use as well as polydrug use increasing in France?
Addict Behav 2004;29:607-14.
19. **Foreyt JP, Goodrick GK, Schaefer C, Jackson AS, Squires WG, Poston WSC.**
Personality characteristics of current and former smokeless tobacco users.
Am J Health Behav 1997; 21:299-309.
20. **Grant BF, Harford TC.**
Comorbidity between DSM-IV alcohol use disorders and major depression: results of a national survey. Drug Alcohol Depend 1995;39:197-206.
21. **ELKHLIFI.A**
Contribution à l'étude de la addiction au Maroc.
Thèse de médecine, Rabat, N°259. 2014.
22. **ALAOUIYAZIDI.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,22septembre-2 octobre 2009
23. **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
24. **DESCHENES (EP), ANGLIN (M.D)**
Narcotics addiction : related criminal careers, social and economic costs.
Journal of Drug issues, 1991; 21 (2), 383-411.
25. **LEMAREC. C**
Histoire d'opium médical
Douleurs, 2004 ; vol : 5,pp :83-98.
26. **ALAOUI YAZIDI.A, BARTAL.M, MAHMAL.A, MOUTAWAKIL ELOUDGHIRI. A,BAKHATAR.A,LAHLOU.M ,ELBIAZE.M, LARAQUI.CH.**
Tabagisme dans les hôpitaux de Casablanca : connaissances, attitudes et pratiques.
Revue des Maladies Respiratoires, 2002, 19 :435-42
27. **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

28. **HIRSCH. A**
La lutte contre la consommation de tabac : bases scientifiques.
Rev. Epidemiol, santé publique, 2005 ; vol : 53, pp : 577-80
29. **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
30. **BAILLY. D ; VENTISSE.J**
Addiction et psychiatrie
Masson éd. 2001.230 P
31. **ANGEL. P ; RICHARD. D ; VALLEUR. M. ABREGES**
Addictions.
Masson éd. 2000.P.145
32. **Marta Torrens et al.**
Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe.
European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2015
33. **BOUQUET M.J, CHU H.P, EDDY N.B, NICHOLLS J.R**
Comité d'experts des drogues susceptibles d'engendrer la toxicomanie. Série de rapports techniques
OMS 9-14 Mars 1950,21:7
34. **COSTONTIN J.**
Du bon usage du mot « drogue »
L'Encéphale Janvier 2008,34,1:105-106
35. **REYNAUD M**
Addictions et psychiatrie
Paris: Elsevier Masson,2005:304
36. **Reynaud M, Bailly D, Vénisse J.L**
Médecine et addictions: peut-on intervenir de façon précoce et efficace?
Congrès international sur les addictions 6 Paris: Elsevier Masson,2005:280
37. **ONU**
Rapport mondial sur les drogues
Office des nations unies contre la drogue et les crimes, 2015

38. **OUNIR A**
Rapport sur l'usage des drogues et le droit au Maroc
Maroc,2011
39. **Louardi E.H**
Stratégie sectorielle 2012–2016 Ministère de la santé,
Maroc Mars 2012 :71–7
40. **Underner M, Le Houezec J, Perriot J, Peiffer G**
Les tests d'évaluation de la dépendance tabagique
Revue des maladies respiratoires 2013
41. **AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION**
The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
(5th ed.; DSM–5)
42. **M.BELAABID.**
La comorbidité schizophrénie et toxicomanie : Facteurs de risque et conséquences
Thèse de médecine, Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech 2016
43. **ADLAF.EM, GLIKSMAN.L, DEMERS.A, NEWTON.T**
Cigarette use among canadian undergraduates
Can .J .Public.Health ,2013 ;94 :22–4
44. **ADLAF.EM , GLIKSMAN.L, DEMERS.A, NEWTON.T**
Illicit drug use among canadian university undergraduates
Can.J. Nurs.Res, 2003 ;35 :24–43
45. **BADOURI.R**
Tabagisme dans le milieu universitaire à Oujda,
Thèse de Médecine, Rabat, n° 192 ,1996.
46. **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
47. **GALLIOT– Guilly. M**
SPA de synthèse consommés dans les « raves parties »
Annales pharmaceutiques françaises,2004 ; vol :62 ,pp :158–64

48. **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.
49. **TOUFIQ. J, PAES. M**
La prévention de l'usage de SPA au Maroc.
Les conduites addictives, conduites à risques : quels liens ? Masson, Paris 2002.
50. **TOUHAMI. M**
Alcoholism in Morocco Reports from the social research institute of Alcohol studies
Helsinki, 1989, 181: 547 – 58
51. **BECK. A, WRIGHT. F**
Cognitive therapy of substance abuse.
Guil Ford Press, New York, 1993.
52. **CORCOS. M, OLIVIER.**
P Psychopathologie de l'adolescent fumeurs de cannabis..
La revue de praticien, 2005 ; vol 55,pp :35–40
53. **DELAHAYE.V.**
Étude sur la consommation d'alcool, de tabac et de cannabis chez les étudiants de Paris 5,
Thèse de médecine, Paris 2015
54. **Robert J. Craig Ph.D., ABPP**
Substance Abuse : Prevalence of personality disorders among cocaine and heroin addicts.
Monash University Library. 2013
55. **OULAADA.N**
Usage et abus de SPA en milieu universitaire à Marrakech
Thèse de médecine .Casablanca. n°206 .1991
56. **ACHBOUK.A**
Tabagisme en milieu scolaire à Marrakech
Thèse n° 138, Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech 2002
57. **M.-G. Landreat et al**
Description de profils médicosociaux de sujets pharmacodépendants consultant en
addictologie à partir d'une base de données informatique
L'encéphale 2011

58. **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
59. **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
60. **CHABROL.H, FREDAGUE.N, CALLAHAN.S**
Etude épidémiologique de l'abus et de la dépendance Aux cannabis parmi 256
adolescents
L'Encéphale, 2000 ; vol :26, pp :47-9
61. **NACON.A, WITTCHEN.HU, PFISTER .H**
Dependence symptoms in young cannabis users.A prospective epidemiological study
J.Psychiatric.Res, 2006;40:394-403
62. **COFFEY.C, CARLIN.JB, DEKENHARDT.L**
Cannabis dependence in young adult: an Australian population study
Addiction, 2002; 97:187-94
63. **Helen E. Ross et al**
Sex Differences in the Prevalence of Psychiatric Disorders in Patients With Alcohol and
Drug Problems 1998
64. **I. Gasquet et al.**
Usage des psychotropes et troubles psychiatriques en France : résultats de l'étude
épidémiologique
ESEMeD/MHEDEA 2000
65. **E.Guillem et al.**
Comorbidités chez 207 Usagers de cannabis en consultation jeunes consommateurs.
Encéphale (2014)
66. **MB Terra et al**
Social anxiety disorder in 300 patients hospitalized for alcoholism in Brazil: high
prevalence and undertreatment.2006
67. **Richard A. Brown et al**
Depression Among Cocaine Abusers in Treatment: Relation to Cocaine and Alcohol Use
and Treatment Outcome 1998

68. **F. S. STINSON et al**
Cannabis use disorders in the USA: prevalence, correlates and co-morbidity.
2006 Cambridge University Press
69. **K.T.BRADY et R.B.LYDIARD**
Bipolar affective disorder and substance abuse.
Journal of clinical psychopharmacology 1992
70. **Jesse R. Cogle et al**
Quality of life and risk of psychiatric disorders among regular users of alcohol, nicotine, and cannabis: An analysis of the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC).2015
71. **Paiva CB et al**
Depression, anxiety, hopelessness and quality of life in users of cocaine/crack in outpatient treatment. Trends Psychiatry
Psychother. vol.39 no.1 Porto Alegre Jan./Mar. 2017
72. **Elie G. Karam et al**
Comorbidity of Substance Abuse and Other Psychiatric Disorders in Acute General Psychiatric Admissions: A Study From Lebanon.
2002, Elsevier Science (USA).
73. **Mirin SM and Weiss RD**
Affective illness in substance abusers.
Psychiatric Clin North Am. 1986
74. **Nunes EV et al**
Psychiatric diagnosis in cocaine abuse.
Psychiatry Res. 1989
75. **U. W. Preuss et all**
Psychiatric comorbidity in alcohol use disorders: results from the German S3 guidelines.
Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2017
76. **N. Libuy et al**
The relative prevalence of schizophrenia among cannabis and cocaine users attending addiction services. Elsevier B.V.2017

77. **FARGES.F,CORCOS.M,SPERANZA.M,LAOS.G**
Alexithymie et addiction: lien avec la dépression.
L'Encephale,2004 ;vol :30,pp :201-11
78. **PATTON.C, COFFEY.C, CARLIN.JB, DEQENHARDT.L**
Cannabis use and mental health in young people: cohort study
BMJ, 2002;325:1195-8
79. **LOOBY.A, EARLEYWINE.M.**
Negative consequences associated with dependence in daily cannabis users Subs Abuse.
Treat.Prev.Policy,2007;10:2-3

قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف

والأحوال باذلاً وسعي في استنقاذها من الهلاك والمرض

والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.

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

للصالح والطالح، والصديق والعدو.

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

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

متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سرّي وعلانيتي، نقيّة مما يُشينها تجاه

الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيدا

أطروحة رقم 204

سنة 2017

الاعتلالات النفسية المشتركة لمستخدمي المواد المهلوسة المتكررين على مركز مكافحة الإدمان بمراكش.

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2017/ 10 /27

من طرف

السيد. شرف زيان

المزاد في 30 يوليو 1990 بالفقيه بن صالح

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

الاعتلالات النفسية المشتركة- المواد المهلوسة- الإدمان

اللجنة

الرئيسة

المشرف

الحكام

ف. منودي

أستاذ في الطب النفسي

ع. بنعلي

أستاذ مبرز في الطب النفسي

م. بو الروس

أستاذ في طب الأطفال

م. زياني

أستاذ في الطب الباطني

أ. فخري

أستاذ مبرز في علم الأنسجة - علم الأجنة - علم الوراثة الخلوية

السيدة

السيد

السيد

السيد

السيد