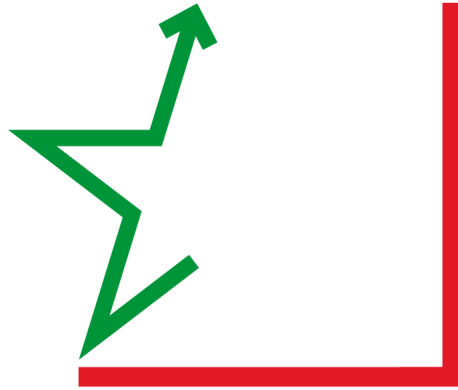




المركز المغربي للمخدرات والإدمان
المركز المغربي للمخدرات والإدمان
Observatoire Marocain des Drogues et Addictions

Rapport

www.omda-drogues.com



المركز المغربي للمخدرات والإدمان
المركز المغربي للمخدرات والإدمان
Observatoire Marocain des Drogues et Addictions

Rapport Annuel 2017 de l'Observatoire Marocain des Drogues et Addictions

MAROC

www.omda-drogues.com

Comité de rédaction

- Pr Maria Sabir
- Pr Fatima Elomari
- Pr Jallal Toufiq

Remerciements

Nos vifs remerciements vont :

- **A tous les partenaires qui ont contribué à la collecte de données et au soutien technique et logistique :**
 - ◆ Ministère de l'Intérieur
(Direction Générale de la Sûreté Nationale),
 - ◆ Ministère de l'Economie et des Finances
(Administration des Douanes et des Impôts Indirects),
 - ◆ Ministère de l'Education nationale, de la Formation professionnelle, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche scientifique
 - ◆ Ministère de la Santé
(Direction de l'Epidémiologie et de la Lutte contre les Maladies
Service Central de la Santé Mentale)

- **Au Comité Scientifique :**
 - ◆ Pr Abderrahmane Maaroufi
 - ◆ Pr Mehdi Paes
 - ◆ Dr Soumaya Rachidi
 - ◆ Pr Fatima Elomari

- **Au Groupe Pompidou du Conseil de l'Europe**

- **Au Programme Sud de l'Union Européenne**

- **Au comité de rédaction**

SOMMAIRE

Mot du Directeur

Préambule

Le volet « demande »

Chapitre 1. Prise en charge des troubles liés à l'usage de drogues au Maroc Indicateurs de demande de traitement

I)	INTRODUCTION	13
II)	PRINCIPAUX CONSTATS DU PREMIER RAPPORT DE L'OBSERVATOIRE MAROCAIN DES DROGUES ET ADDICTIONS (2014) CONCERNANT L'ORGANISATION ET L'OFFRE DE SOINS EN MATIÈRE DE PRISE EN CHARGE DES TROUBLES LIÉS À L'USAGE DE DROGUES AU MAROC	15
III)	ETAT DES LIEUX DU DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE DES TROUBLES LIÉS À L'USAGE DE DROGUES AU MAROC	16
A-	Politiques de prévention et de prise en charge des troubles liés à l'usage de drogues au Maroc	
B-	Nouvelle Stratégie Nationale de Prévention et de Prise en charge de l'Usage des Drogues	
C-	Organisation et offre de soins actuelle en matière de prise en charge des troubles liés à l'usage de drogues	
1.	Méthodologie	19
2.	Organisation des Centres d'Addictologie et prestations	20
2.1.	Prestations du Pôle Médical	
2.2.	Prestations du Pôle Communautaire	
2.3.	Les Associations d'usagers/ auto-support et entraide	
2.4.	Autres prestations	
3.	Moyens humains et financiers mis en œuvre	22
3.1.	Identification des ressources humaines en fonction dans les centres d'addictologie	
3.2.	Coûts de construction et équipement des Centres d'Addictologie	
3.2.1.	Partenariat avec la Fondation Mohamed V pour la Solidarité	
3.2.2.	Nombre et lieux d'implantation des Centres d'Addictologie	
4.	Les structures de soins en addictologie : les publics reçus en 2016	25
4.1.	Répartition de la file active selon l'âge des personnes reçues dans les Centres d'Addictologie en 2016...	
4.2.	Répartition de la file active selon les traitements reçus par le passé dans les Centres d'Addictologie en 2016	
4.3.	Répartition de la file active selon l'origine de demande de consultation	
4.4.	Conditions de vie de la file active dans les Centres d'Addictologie en 2016	
4.5.	Situation professionnelle de la file active dans les Centres d'Addictologie en 2016	

- 4.6. Drogue principale consommée par la file active dans les Centres d'Addictologie en 2016...
- 4.7. Voie d'administration habituelle de la drogue principale consommée par la file active dans les Centres d'Addictologie en 2016
- 4.8. Existence d'un problème de poly-consommation chez la file active
- 4.9. Traitements agonistes aux opiacés (TAO)
- 4.10. Tests de dépistage du VIH
- 4.11. Tests de dépistage du VHC
- 4.12. Prise en charge des addictions
- 4.13. Plan d'action RDR 2012/ 2016 Maroc

Chapitre 2. Usage de substances psychoactives auprès des adolescents scolarisés au Maroc.

Principaux résultats de l'enquête MedSPAD Maroc 2017

I)	INTRODUCTION	35
II)	MÉTHODOLOGIE	37
1.	Déroulement de l'Enquête	
2.	Echantillonnage	
3.	Questionnaire	
4.	Analyse statistique	
III)	PRINCIPAUX RÉSULTATS	39
1.	Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon	39
2.	Connaissances des substances psycho-actives	42
3.	L'étude des Prévalences	43
4.	Les âges d'initiation aux substances psychoactives	52
5.	Les études de tendance : enquêtes MedSPAD 2009, 2013 ET 2017	56
6.	Comparaison des chiffres de prévalences d'usage de substances psycho-actives durant la vie avec les pays de la rive sud de la Méditerranée (Enquêtes MedSPAD Maroc, Algérie, Tunisie, Liban)	57

Chapitre 3. Enquête pilote sur le jeu excessif au Maroc : Principaux résultats

I) INTRODUCTION	62
II) MÉTHODOLOGIE	63
1. Type d'étude	
2. Période de l'étude	
3. Critères d'inclusion	
4. Outil de mesure de la prévalence	
5. Analyse statistique	
III) PRINCIPAUX RÉSULTATS	64
1. Prévalence du jeu excessif	
2. Niveaux de risque par tranche d'âge	
3. Profil du joueur excessif	
Chapitre 4 : Résumé des résultats	68
Chapitre 5 : Recommandations	77
I) COLLECTE DE DONNÉES	
II) TRAITEMENT	
III) RÉDUCTION DES RISQUES	
IV) RÉHABILITATION	
V) PRÉVENTION	
VI) FORMATION	
VII) LOI	
Le volet « offre »	80
Conclusions	92
Annexes	93

Mot du Directeur

Le Monde connaît des changements importants dans le domaine de l'usage de drogues. Le rapport annuel 2017 de l'Office des Nations Unies sur les Drogues et le Crime (ONUDD) révèle que la prévalence d'usage dans le Monde est de 5.3% chez les 15-64 ans donnant un nombre total de 255 millions d'usagers de drogues. Trente millions ont un trouble de l'usage de drogues. Douze millions sont des injecteurs de drogues dont six millions ont l'hépatite C et 1.6 millions sont porteurs du VIH. Le même rapport évalue à 190.000 le nombre de décès par overdose, essentiellement par les opioïdes prescrits, détournés ou achetés sur le marché noir. D'ailleurs, cette épidémie de décès liés aux opioïdes, surtout en Amérique du Nord, est le fait saillant de ces dernières années et est entrain de faire tâche d'huile dans le reste des pays développés. Selon le CDC, 64.000 morts par overdoses ont été enregistrés aux Etats Unis en 2016. La tendance va en s'accélégrant pour y atteindre plusieurs centaines de milliers sur les dix prochaines années.

« 255 millions d'usagers de drogues dans le Monde.
30 millions ont un trouble de l'usage de drogues,
12 millions sont des injecteurs de drogues.
Six millions ont l'hépatite C
et 1.6 millions sont porteurs du VIH. »
ONUDD, 2017

Le cannabis reste, de loin, la drogue illicite la plus utilisée dans le Monde. La consommation de la cocaïne et de l'héroïne est relativement stable, voire en recrudescence pour la cocaïne. La production de l'héroïne est en progression.

Alors que ces drogues « classiques » continuent à être consommées à travers le Monde, de nouvelles drogues font leur apparition et de manière croissante. Les nouvelles substances psychoactives, ou NSP, représentent le nouveau défi mondial. Elles sont fabriquées à partir de précurseurs chimiques divers dans des laboratoires clandestins. Elles tendent à mimer les effets du cannabis, de la cocaïne, des opiacés, de l'ecstasy, du LSD et des anxiolytiques. De « nouvelles » NSP apparaissent tous les ans. Leur nombre avoisine les 700 et le noyau constitué de 70 à 80 produits constitue le gros du trafic. Les cannabinoïdes synthétiques sont le meilleur exemple de ces NSP. Le danger des NSP est la difficulté à les identifier, à les repérer, et à traiter leurs multiples effets parfois très dangereux. Elles constituent, ainsi, un vrai problème de santé publique. Les NSP à effet stimulant et les cannabinoïdes synthétiques demeurent les plus prisés.

« Les nouvelles substances
psychoactives, ou NSP,
représentent le nouveau défi mondial »

L'autre défi mondial actuel ne réside pas dans un type de drogue particulier mais plutôt dans les nouveaux procédés d'acquisition. L'avènement d'internet a révolutionné le trafic de drogues au niveau mondial, et ce n'est que le début. Le « darknet » englobe des plateformes de vente sur le net, étanches et difficiles à contrôler, qui constituent aujourd'hui un mode opérationnel de plus en plus utilisé pour l'obtention des drogues. Une connexion internet, quelques clics et la commande est passée pour le type de drogue désiré, la quantité voulue et l'adresse de livraison souhaitée.

*« L'avènement d'internet a révolutionné le trafic de drogues.
En 2017, à peu près 8 % des transactions d'achat de
drogues dans le Monde se sont faites à travers le darknet,
25% en Grande Bretagne et 13 % aux Etats Unis. »*

On estime qu'en 2017, à peu près 8% des transactions d'achat de drogues dans le Monde se sont faites à travers le darknet, 25% en Grande Bretagne et 13% aux Etats Unis. L'augmentation de l'usage du darknet est constante d'année en année ce qui va rendre ce mode de trafic le procédé le plus commun dans le futur.

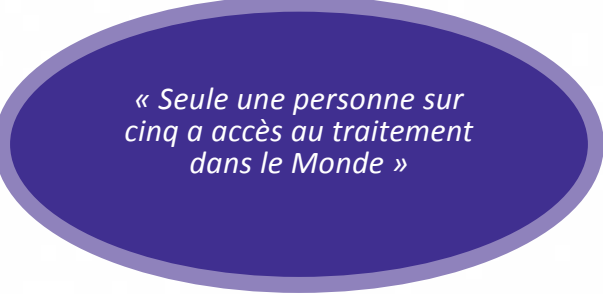
*« Les mouvements de légalisation du cannabis à visée récréative
posent un certain nombre de questions à dimension sociétale,
culturelle, philosophique, sanitaire, juridique, économique
et politique.»*

La corruption, la traite des êtres humains, le trafic d'armes, le terrorisme et le blanchiment d'argent restent des corollaires constants au trafic des drogues. L'ONU DC estime que 60 à 70% du produit du trafic de drogues sont blanchis grâce à des transactions financières parfois très sophistiquées.

Les autres faits majeurs que connaît le Monde actuellement concernent les mouvements de légalisation du cannabis à visée récréative. C'est une vague qui s'étend et qui pose un certain nombre de questions à dimension sociétale, culturelle, philosophique, sanitaire, juridique, économique et politique. Si les conventions et traités permettent l'usage du cannabis à visée médicale et scientifique, elles interdisent sa consommation récréative.

Le gros défi de l'extension de l'usage du cannabis à visée récréative va être la protection des jeunes dont la perception de la toxicité du produit va en se banalisant. En effet, au delà du pouvoir addictif et des autres conséquences sanitaires et sociales du cannabis - d'ailleurs souvent mélangés à du tabac dont il faut rajouter les méfaits - son impact sur le développement du cerveau chez les préadolescents et adolescents est très nocif.

Alors que, comme précité, plusieurs pays souffrent de cette épidémie de décès par overdose aux opioïdes, un bon nombre de citoyens d'autres pays, surtout en voie de développement, n'a pas accès à ces mêmes opioïdes à des fins médicales, surtout pour soulager sa douleur.



« Seule une personne sur cinq a accès au traitement dans le Monde »

En matière de traitement, seulement une personne sur cinq souffrant de troubles liés à l'usage de drogues a accès au traitement dans le Monde. Pire, nombreux programmes, dits de traitement, ne répondent pas aux normes et standards scientifiques reconnus.

La prévention demeure le parent pauvre des politiques de prise en charge du phénomène de l'usage de drogues. Là aussi, très peu de ces programmes de prévention sont basés sur des techniques reconnues sur le plan scientifique et sont adaptés aux populations cibles. La majorité demeure sans étude d'impact et sans évaluation.

L'autre fait important des dernières années concerne les routes mondiales de trafic de drogues. Parmi celles de l'opium et de l'héroïne à partir de l'Afghanistan, celles de la cocaïne en provenance de l'Amérique Latine ou encore celles des NSP produites partout dans le Monde et ciblant l'Europe, certaines traversent l'Afrique du Nord et, bien sûr, le Maroc. Les caractéristiques géographiques, économiques, démographiques et politiques, entre autres, font du Maroc un pays de choix pour le transit vers l'Europe. Le transit est toujours synonyme d'offre et de création de nouveaux marchés pour les pays de passage.

Les défis sont tels que le Maroc doit rester vigilant par rapport à ce problème. Une détection précoce, des études spécifiques et des enquêtes en population générale doivent être menées régulièrement. Elles permettront aux décideurs de disposer d'outils épidémiologiques à même de les orienter vers des politiques de santé publique éclairées et basées sur des faits scientifiques, seules garantes de pertinence, d'efficacité et d'efficience dans un pays où les ressources demeurent limitées.

Il est évident, que la lutte contre la production et le trafic doit rester la priorité des différents départements concernés car sans drogues il n'y aurait pas d'usage. Dans ce domaine, il est impératif de réduire l'offre de toutes les drogues, à commencer par le tabac. La lutte contre l'accès des jeunes au tabac doit être la préoccupation des décideurs. Réduire l'usage du tabac par les jeunes est capital dans le but de réduire celui des autres drogues. Une politique de prévention et de gestion des addictions sans substances, telles que les jeux d'argent et les addictions aux écrans, est à mettre sur place et ne doit plus être un volet accessoire dans le plan d'action global de la lutte contre les addictions en général.

« Les caractéristiques géographiques, économiques, démographiques et politiques, entre autres, font du Maroc un pays de choix pour le transit vers l'Europe ».

Enfin, une bonne gestion de la problématique des addictions passe essentiellement par une meilleure mise en réseau des différents intervenants, un plus grand engagement de la société civile, une connaissance plus minutieuse de la situation épidémiologique, et une formation plus soutenue des ressources humaines.

«Le Maroc reste pionnier dans la région en matière de collecte de données concernant l'usage problématique de drogues».

Pr Jallal Toufiq



Préambule

Il est important de souligner les efforts entrepris par le Maroc dans le domaine de la gestion de la problématique de l'usage de drogues, et ce à tous les niveaux. Le pays reste pionnier dans la région en matière de collecte de données. Les pouvoirs publics sont conscients que, sans connaissance précise de la situation, il est impossible de pouvoir allouer les ressources idoines pour répondre correctement au phénomène.

Dorénavant et dans l'optique d'une réorientation plus précise de sa mission, le rapport de l'Observatoire Marocain des Drogues et Addictions (OMDA) se veut plus concis en focalisant sur des indicateurs limités à l'instar des observatoires des pays développés. Parmi ceux-ci, l'indicateur de demande de traitement, celui de la prévalence de l'usage chez les lycéens de 15-17 ans et l'étude de la prévalence en population générale se taillent la grande part. Nous avons pu récolter les données concernant les deux premiers mais la nouvelle étude en population générale n'a toujours pas été réalisée. Sa réalisation fait partie des recommandations de ce rapport. Nous avons également intégré dans ce rapport la première étude sur le jeu pathologique au Maroc effectuée dans le Grand Casablanca, en attendant l'enquête nationale en cours de design par l'équipe de l'OMDA et ses partenaires. Un volet non exhaustif consacré à l'offre est aussi inséré dans ce rapport.

Encore une fois, il va sans dire que la collecte de données demeure le fondement essentiel pour toute politique éclairée et basée sur le fait scientifique. Les études de tendance constituent la meilleure manière de pouvoir déceler les évolutions de l'usage et, partant de là, ajuster les politiques et définir les objectifs et, par conséquent, l'allocation de moyens.

Comme déjà mentionné plus haut, le Maroc est situé sur les routes sud du trafic des drogues vers l'Europe. Les situations géographiques, politiques et économiques encouragent les grands axes de trafic à emprunter les pays sub-sahariens pour remonter ensuite vers l'Afrique du Nord avant d'atteindre l'Europe.

Que ce soit pour l'héroïne, la cocaïne ou les NSP, les trafiquants empruntent le désert du Sahara pour remonter vers le Nord. Les phénomènes de migration et d'instabilité

«L'Indicateur de Demande de Traitement (IDT) est colligé pour la première fois au Maroc grâce au soutien du Service Central de la Santé Mentale du Ministère de la Santé et de l'engagement des responsables des différents centres de traitement à travers le pays.»

sécuritaire dans cette région constituent le terreau pour tout genre de trafics, à commencer par celui des drogues. Il faut, cependant, s'abstenir d'établir un raccourci de causalité entre des milliers de migrants qui souffrent et un trafic qui bénéficie aux seuls milieux mafieux.

«Le nouveau rapport de l'OMDA se focalise sur des indicateurs tels que l'indicateur de demande de traitement, celui de la prévalence de l'usage chez les lycéens de 15- 17 ans et l'étude de la prévalence en population générale.»

Le trafic change et avec lui la consommation sur le terrain. Il est donc crucial de continuer à *monitorer* la situation sur le terrain. Des changements s'opèrent comme indiqués par l'observation de la population d'usagers en demande de traitement. De ce fait, l'indicateur de demande de traitement (IDT) est précieux pour l'étude des caractéristiques et de la nature des usages. L'IDT est colligé pour la première fois au Maroc grâce au soutien du Service Central de la Santé Mentale du Ministère de la Santé et de l'engagement des responsables des différents centres de traitement à travers le pays.

Deuxième indicateur utilisé dans ce rapport est l'usage de drogues chez les lycéens de 15 à 17 ans. L'enquête MedSPAD 2017 est la troisième sur le plan national que le Maroc entreprend. Sa répétition fournit l'étude des tendances seule capable de donner une idée de l'évolution de la prévalence, des types de drogues et des attitudes dans cette population. MedSPAD est la version Marocaine d'ESPAD, enquête réalisée en Europe annuellement depuis 1995 et conduite par 35 pays actuellement. Ces enquêtes en milieu lycéen sont le meilleur reflet de l'usage précoce et des nouvelles tendances. Elles permettent d'aider à établir des programmes préventifs ciblés et pertinents. L'enquête MedSPAD est réalisée grâce au soutien et à l'aide du Ministère de l'Education Nationale, de la Formation Professionnelle, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique.

«Très peu de chiffres sont disponibles au Maroc dans le domaine du jeu pathologique.»

Enfin, ce rapport traite d'une problématique spécifique, celle du jeu pathologique. A ce jour, très peu de chiffres sont disponibles au Maroc dans ce domaine. L'enquête sur le jeu pathologique dans le Grand Casablanca permet de jauger la faisabilité et de générer les premières données relatives à cette addiction appelée « sans substance » ou « comportementale ». En effet, le jeu pathologique, que ce soit au tiercé, au casino, au « grattage » ou sur internet, répond aux mêmes critères d'addiction et est traité selon les mêmes principes. Cette étude permettra de jeter la lumière sur ce phénomène et de pouvoir y répondre de façon spécifique.

Une étude nationale sur le jeu pathologique est en cours de *design* par l'équipe de l'OMDA. Ses résultats seront partagés dans le prochain rapport.

L'enquête MedSPAD est réalisée grâce au soutien et à l'aide du Ministère de l'Education Nationale, de la Formation Professionnelle, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique.

Le volet « demande »

Chapitre 1.

Prise en charge des troubles liés à l'usage de drogues au Maroc : Indicateurs de demande de Traitement

I) INTRODUCTION

La politique Marocaine de gestion des troubles liés à l'usage de drogues et la prise en charge des troubles de l'usage de substance (selon le Manuel Diagnostique de l'Association Américaine de Psychiatrie, 5^{ème} révision DSM5) ou des dépendances (Classification de l'OMS CIM10) a fait l'objet, depuis de nombreuses années, de débats idéologiques et passionnés. La faiblesse des informations mises à la disposition du grand public a laissé place à des messages souvent contradictoires et inexacts.

Plusieurs rapports et réunions ont affirmé la nécessité de mettre en place un dispositif d'observation et de diffusion de l'information sur les drogues et les toxicomanies auprès des décideurs et des scientifiques. Si bien que la proposition de création d'une structure centrale de coordination de la politique de lutte contre la drogue et la prise en charge des troubles liés à l'usage de drogues a été retenue. Ainsi, en 2011 est créé l'Observatoire Marocain Des Drogues et Addictions (OMDA).

L'OMDA a été crée de manière à centraliser les informations et données relatives aux drogues et aux troubles liés à l'usage de drogues déjà existants, et à pouvoir collecter celles encore manquantes.

L'OMDA est un organisme indépendant qui fournit aux décideurs des informations factuelles, objectives, fiables et comparables en matière de l'usage de drogues et des troubles liés à l'usage des drogues, ainsi que de leurs conséquences. L'OMDA est spécialisé dans la collecte, l'analyse et l'interprétation des données, pour la production d'informations et de recommandations utiles à la prise de décision en matière de drogues et d'addictions.

L'OMDA est également responsable de la validation des aspects scientifiques et de la fiabilité des rapports et publications.

« L'OMDA est spécialisé dans la collecte, l'analyse et l'interprétation des données, pour la production d'informations utiles à la prise de décision en matière de drogues et d'addictions »

Ainsi, la création de cet observatoire national traduit l'évolution des pouvoirs publics Marocains dans la façon d'appréhender la question de la lutte contre les drogues et la prise en charge des troubles liés à l'usage de drogues. Pendant longtemps, les produits, leurs effets, mais aussi les facteurs de risque étaient mal connus. Cette situation a renforcé les malentendus, les inquiétudes et les peurs, et surtout le sentiment d'impuissance face aux personnes souffrant de troubles liés à l'usage de drogues.

L'OMDA est donc chargé d'offrir des données susceptibles de rendre cohérente l'action du Maroc dans les domaines de la prévention, la prise en charge sanitaire et sociale, la formation et la communication notamment avec une volonté de coordonner l'action publique au niveau national et au niveau local pour initier une dynamique entre les divers acteurs de terrain travaillant dans le domaine de l'addictologie.

Le premier rapport de l'OMDA fut publié en 2014. Il s'est donc rapidement avéré nécessaire d'évaluer la politique de prévention et de prise en charge des troubles liés à l'usage de drogues déclinée dans le plan du Ministère de la Santé.

«5 indicateurs clés font l'objet d'une récolte au niveau européen : prévalence de l'usage de drogues dans la population générale, prévalence de l'usage problématique (ou à risques), demande de traitement (IDT), maladies infectieuses et mortalité liées à l'usage de drogues.»

Pour ce faire, le Ministère de la Santé doit disposer d'indicateurs de suivi des troubles liés à l'usage de drogues au niveau national. Il s'agit de disposer ainsi d'un « tableau de bord », c'est-à-dire d'une liste organisée d'indicateurs pour décrire les tendances dans l'évolution des troubles liés à l'usage de drogues au Maroc, d'identifier l'existant, d'en pointer les lacunes, les points forts et les points faibles.

L'indicateur de demande de traitement (appelé IDT pour *Treatment Demand Indicator*) lié à l'usage de drogues est l'un des cinq indicateurs épidémiologiques clés récoltés dans les pays de l'union européenne de façon à évaluer la problématique de l'usage de drogues et des addictions.

L'objectif est de pouvoir dépeindre la situation épidémiologique relative à l'usage de drogues et aux problématiques associées, et d'en suivre l'évolution dans le temps.

Cinq indicateurs clés font actuellement l'objet d'une récolte au niveau européen :

- Prévalence de l'usage de drogues dans la population générale ;
- Prévalence de l'usage problématique (ou à risques) de drogues ;
- Demande de traitement chez les usagers de drogues (IDT) ;
- Maladies infectieuses liées à l'usage de drogues ;
- Mortalité liée à l'usage de drogues.

L'IDT est un enregistrement annuel des demandes de traitement introduites auprès des services d'aide et de soin pour un trouble lié à l'usage de drogues. Il vise à fournir une estimation annuelle du nombre, et à dresser le profil, des personnes ayant fait une telle demande de soin.

Aujourd'hui, une première réflexion autour de ces indicateurs va être engagée par les divers acteurs en addictologie au Maroc.

II) PRINCIPAUX CONSTATS DU PREMIER RAPPORT DE L'OBSERVATOIRE MAROCAIN DES DROGUES ET ADDICTIONS (OMDA) (2014) CONCERNANT L'ORGANISATION ET L'OFFRE DE SOINS EN MATIÈRE DE PRISE EN CHARGE DES TROUBLES LIÉS À L'USAGE DE DROGUES AU MAROC

Le premier rapport de l'OMDA a mis en exergue les atouts du Maroc en matière de gestion globale de la problématique des troubles liés à l'usage de drogues et la volonté manifeste de lutter contre ce phénomène de manière pragmatique, globale, multidimensionnelle et humaniste.

Dans ce sillage, le premier rapport de l'OMDA a appelé à maintenir et renforcer la connaissance épidémiologique et promouvoir la recherche, à poursuivre la qualification des ressources humaines, à accélérer le programme d'extension de l'offre de soins sur tout le territoire et à consolider la palette de soins existante dans les régions les plus touchées.

L'observatoire a recommandé également de créer des programmes spécifiques de prévention et de traitement sur le lieu du travail et dans le milieu carcéral, de renforcer la politique de réduction de risques, d'augmenter le prix du tabac tout en contrôlant le marché noir, d'élaborer des programmes spécifiques pour les addictions sans substances, et de lutter contre le stigma lié aux troubles liés à l'usage de drogues et aux comportements d'usage.

Le premier rapport a également insisté sur la promotion des droits des patients ayant des troubles liés à l'usage de drogues d'accéder aux soins adaptés, la gratuité de soins pour les plus démunis d'entre eux, l'accompagnement des actions et initiatives de la société civile et le renforcement de la coopération entre tous les acteurs concernés par la question d'usage de drogues.

En effet, ce rapport avait mis l'accent sur le fait que l'offre de soins en addictologie au Maroc souffrait d'une insuffisance en ressources humaines et en infrastructure pour répondre aux besoins d'une population dont la demande ne cesse d'augmenter par rapport à la souffrance liée aux troubles liés à l'usage de drogues et à ses conséquences sur le plan social et familial.

«Le premier rapport de l'OMDA a appelé à maintenir et renforcer la connaissance épidémiologique et promouvoir la recherche, à poursuivre la qualification des ressources humaines, à accélérer le programme d'extension de l'offre de soins sur tout le territoire et à consolider la palette de soins existante dans les régions les plus touchées »

La stratégie nationale du Ministère de la Santé pour faire face à la problématique des troubles liés à l'usage de drogues comporte la mise en place de 20 unités de traitement des addictions à l'horizon 2020 dans les régions marquées par une recrudescence de ce fléau.

III) ETAT DES LIEUX DU DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE DES TROUBLES LIÉS À L'USAGE DE DROGUES AU MAROC

A- Politique de prise en charge des troubles liés à l'usage de drogues au Maroc

Au Maroc, la prise en charge des troubles liés à l'usage de drogues résulte de la mise en œuvre du plan gouvernemental porté par le Ministère de la Santé et exécuté par la Direction de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies. D'autres intervenants jouent également un rôle, même majeur, dans l'implantation de programmes de traitement notamment, il s'agit surtout de la Fondation Mohammed V pour la Solidarité.

Le Plan d'Action National de Lutte contre les troubles liés à l'usage de drogues 2012-2016 du Ministère de la Santé tient compte du contexte, des besoins des usagers de drogues et des propositions des professionnels et experts en santé mentale et en addictologie.

Les objectifs du Plan d'Action National de Lutte contre les troubles liés à l'usage de drogues sont les suivants :

- Prémunir les jeunes contre l'usage des substances psycho-actives ;
- Améliorer la qualité de prise en charge des Usagers de Drogues (UD) ;
- Améliorer l'accessibilité des structures de prise en charge;
- Améliorer la capacité des acteurs dans le traitement et la prise en charge spécifique des personnes souffrant de troubles liés à l'usage de drogues ;
- Encourager le partenariat avec les ONG thématiques et les autorités locales pour la création de structures de réhabilitation ;
- Et réduire les risques liés à l'usage des drogues, en particulier injectables.

La vision du Plan National de Lutte contre les troubles liés à l'usage de drogues 2012-2016 est basée sur 4 axes stratégiques :

Axe 1 : Réduction de la demande par la

- Mise en place d'une stratégie de communication sociale avec la réalisation de campagnes de sensibilisation aux facteurs de risques individuels et socio-culturels, la promotion de la détection précoce etc. ;
- Mise en place d'une stratégie de sensibilisation aux facteurs de risques individuels et socio-culturels, la promotion de la détection précoce des troubles addictifs ;
- Mise en place de programmes et l'élaboration de modules et guides sur les interventions en matière de prévention primaire (éducateurs, enseignants, parents) ;
- Mise en place d'actions par les pairs ayant reçu une formation ;
- Développement de la collaboration multisectorielle et des partenariats avec les organismes non gouvernementaux.

Axe 2 : Prise en charge des personnes souffrant de troubles liés à l'usage de drogues

La prise en charge des personnes souffrant de troubles liés à l'usage de drogues met l'accent sur le développement des infrastructures de prise en charge et la formation de ressources humaines qualifiées en addictologie.

- Développement des infrastructures de prise en charge des usagers de drogues par la :
 - Mise en place de structures de proximité : centres ambulatoires d'addictologie (interventions médico-psychologiques de prévention et de réduction des risques) ;
 - Création d'unités de consultations et d'unités intégrées dans les structures hospitalières notamment pour le sevrage ;
 - Création de structures de réhabilitation avec la nécessité de développement de partenariats.
- Formation de ressources humaines qualifiées en addictologie avec la :
 - Mise en place et pérennisation de formations diplômantes en addictologie ;
 - Formation continue des médecins généralistes et infirmiers sur le diagnostic et prise en charge précoce des troubles liés à l'usage de drogues ;
 - Formation d'autres acteurs et intervenants en addictologie : enseignants, éducateurs, parents, acteurs sociaux, ONGs, etc.

Axe 3 : Réduction des risques liés à l'usage de drogues injectables par l'extension des dispositifs de réduction des risques dans les sites caractérisés par l'usage problématique des drogues. Ceci, dans une optique de mise à l'échelle des dispositifs de réduction des risques et de la couverture de la population ciblée par les actions de prévention combinée recommandées par les Agences des Nations Unies.

- De plus, le Plan national a souligné l'importance de la continuité de la prise en charge des troubles addictifs, et notamment des actions de réduction des risques en milieu carcéral.

Axe 4 : Suivi et évaluation du Plan d'Action National de Lutte contre les troubles liés à l'usage de drogues 2012-2016

Le suivi et l'évaluation du Plan d'Action National de Lutte contre les troubles liés à l'usage de drogues 2012-2016 est par un ensemble de structures comprenant un Comité de Suivi du programme National, la Commission Nationale de Lutte contre les Stupéfiants et l'Observatoire Marocain des Drogues et Addictions (OMDA).

Ces composantes comprennent la mise en place d'une part, d'un comité national de suivi du programme National, et d'autre part, de collaborations étroites dans le cadre de la Commission Nationale des Stupéfiants et de l'Observatoire Marocain des Drogues et Addictions (OMDA).

De plus, le plan National 2012-2016 souligne l'importance de mettre en place un système national d'information standardisé permettant le suivi des activités au sein des structures d'addictologie.

B- Nouvelle Stratégie nationale de Lutte contre l'Usage des Drogues et les Addictions 2017-2021 (en cours d'élaboration)

Le Maroc a intégré l'importance d'une stratégie globale pour le Ministère de la santé, intégrant toutes les composantes, à la fois de prévention, de diagnostic et de prise en charge précoce, de réduction des risques et de réinsertion sociale.

Le Maroc a enregistré depuis quelques années des progrès dans la mise en place de mesures stratégiques, à la fois de renforcement de

« Le plan National 2012-2016 souligne l'importance de mise en place un système national d'information standardisé permettant le suivi des activités au sein des structures d'addictologie. »

l'infrastructure spécialisée et des capacités humaines pour la mise à disposition de services de proximité. Ceux-ci visent à promouvoir le diagnostic précoce des troubles liés à l'usage des drogues et la prise en charge des dépendances et des comorbidités. Ils introduisent d'une manière précoce le programme de réduction des risques. Par ailleurs, et en matière de prévention, le Maroc a orienté ses actions vers l'appui de la société civile par la mise en œuvre de programmes spécifiques ciblant les populations en situation de vulnérabilité.

Enfin, dans un contexte actuel marqué par une volonté politique au plus haut niveau pour la lutte contre

« La nouvelle Stratégie Nationale de Prévention et de Prise en charge de l'Usage des Drogues et des Addictions 2018-2022, tiendra compte de tous les aspects du contexte national influant la situation des troubles liés à l'usage de drogues dans notre pays, et intégrera les principales recommandations des Nations Unies dans le domaine, notamment celles de l'OMS, de l'ONUSIDA et de l'UNODC. »

le fléau des drogues et des addictions, la stratégie nationale en matière de troubles liés à l'usage de drogues se veut une continuité des efforts du ministère pour la mise en œuvre d'actions pérennes sur la base des évidences scientifiques dans le domaine.

La nouvelle Stratégie Nationale de Prévention et de Prise en charge de l'Usage des Drogues et des Addictions 2018-2022, tiendra compte de tous les aspects du contexte national influant la situation des troubles liés à l'usage de drogues dans notre pays, et intégrera les principales recommandations des Nations Unies dans le domaine, notamment celles de l'OMS, de l'ONUSIDA et de l'UNODC. Elle vise la mise en œuvre d'interventions spécifiques aptes à mieux cibler les diverses populations à risque de développer des troubles liés à l'usage de drogues et à assurer une détection précoce des troubles liés à l'usage et une prise en charge globale et continue basée sur les principes d'efficacité et d'efficience.

La nouvelle Stratégie Nationale de Prévention et de Prise en charge de l'Usage des Drogues et des Addictions 2018-2022 est ainsi en cours de développement.

Le Plan Santé 2025 du Ministère de la Santé, actuellement en cours d'élaboration, consacre une partie importante à la problématique de l'usage de drogues et des addictions qui sera développée dans le prochain rapport de l'OMDA.

« Le Plan Santé 2025 du Ministère de la Santé consacre une partie importante à la problématique de l'usage de drogues et des addictions »

C- Indicateurs de demande de traitement

1. Méthodologie

Les données présentées dans ce rapport sont issues des rapports d'activité types des centres d'addictologie à travers le Royaume.

Le rapport d'activité type a été adressé par la Direction de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies (DELM) aux entités responsables des différents centres d'addictologie. La DELM a reçu en retour les rapports d'activité complétés et a validé les données qui y figuraient. Celles-ci ne peuvent prétendre à une exactitude parfaite.

Le recueil de données et l'établissement des rapports d'activité a demandé une forte mobilisation de l'ensemble des équipes des centres.

Les données principales recueillies dans les rapports d'activité concernent :

- Questions relatives aux patients :
 - Nombre de patients accueillis dans l'année
 - Profil des patients : sexe, âge
 - Domicile des patients, type de logement, origine principale des ressources, couverture sociale
 - Substance primaire motivant la démarche de soins
 - Utilisation de la voie intraveineuse, pathologies associées (VIH, hépatite B et C)
 - Origine de la demande (spontanée, des proches, milieu scolaire, mesures judiciaires...)

- Questions relatives à la structure :
 - Nombre total de consultations effectuées dans l'année
 - Nombre et type de prise en charge (sevrage, substitution, autres activités)

2. Organisation des Centres d'Addictologie et prestations

À l'heure actuelle, le dispositif de soins en addictologie au Maroc est constitué de structures réparties de manière homogène sur le territoire national, spécialisées en addictions, et animées par des équipes de taille diverse qui participent à l'accompagnement des usagers tout au long de leurs trajectoires, depuis le repérage et l'accueil de la personne et de son entourage, jusqu'au suivi psychosocial et à l'insertion. (cf Annexes)

La prise en charge des usagers de drogues au Maroc incluant le traitement et la réhabilitation, est dispensée par des structures spécialisées en addictologie dont la mission principale est d'accueillir ces patients pour un traitement résidentiel ou en ambulatoire.

Les Centres d'Addictologie ont pour spécificité d'assurer une offre de proximité pour permettre un accès simple et proche du patient, la précocité et la continuité des interventions, la diversité des prises en charge et de l'accompagnement psychosocial et l'aide à l'insertion.

Les Centres d'Addictologie sont sous la Responsabilité d'un médecin psychiatre ou généraliste formé en addictologie. Les Centres d'Addictologie sont sous la Responsabilité d'un médecin psychiatre/généraliste formé en addictologie.

Les pratiques professionnelles des centres d'addictologie sont pluridisciplinaires (médicale, psychosociale, éducative) et de durée adaptée. Elles répondent à la diversité des besoins de la population par une offre ambulatoire et résidentielle qui se déploie au plus près de la vie familiale et sociale de la personne.

Grâce à la pluridisciplinarité des équipes qui y travaillent, la personne bénéficie d'une prise en charge globale, à la fois psychologique, sociale, éducative et médicale. Les centres proposent différents types d'approche : individuelles (éducatives, sociales, psychothérapeutiques, etc.), collectives (groupes de parole par exemple) et familiales.

Dans les villes ne disposant pas de structures dédiées à l'addictologie, les hôpitaux et services de psychiatrie servent de lieux de soins, de désintoxication et de suivi pour usagers de drogues.

« La prise en charge des usagers de drogues au Maroc incluant le traitement et la réhabilitation est dispensée par des structures spécialisées en addictologie dont la mission principale est d'accueillir ces patients pour un traitement résidentiel ou en ambulatoire. »

Les structures spécifiques de réhabilitation, quant à elles, sont pour le moment quasi-inexistantes. Conformément à la vision stratégique du Ministère de la Santé Marocain concernant la prise en charge des troubles liés à l'usage de drogues, il est prévu de créer et renforcer les Services d'addictologie qui doivent devenir l'élément clé du dispositif médico-social.

« Les structures spécifiques de réhabilitation quasi-inexistantes. »

2.1. Prestations du Pôle Médical

- Accueil, conseil et orientation pour les malades et leurs familles ;
- Prise en charge pharmacologique et psychothérapique (individuelle et/ou de groupe) des troubles liés à l'usage de drogues ;
- Prise en charge des comorbidités psychiatriques ;
- Traitement Agoniste aux Opiacés par la méthadone pour la réduction des risques d'infections liés au mode injectable de l'usage des drogues ;
- Dépistage (VIH, Hépatites B et C, Tuberculose) et orientation vers les soins.

2.2. Prestations du Pôle Communautaire

Les Pôles Communautaires sont gérés par des ONG thématiques.

2.2.1. Mode de prestation fixe

- Accueil, conseil et orientation vers les soins ;
- Prestations de base : Alimentation, hygiène corporelle, habillement...etc. ;
- Activités psycho-éducatives, occupationnelles et culturelles ;
- Appui et accompagnement psycho-social et socio-professionnel ;
- Appui à l'auto-support (appui à l'autonomie et à l'organisation des populations des usagers de drogues).

2.2.2. Mode de prestation mobile (véhicules spécialisés)

- Intervention de proximité auprès des Usagers de Drogues Injectables (UDI) sur leurs lieux habituels de consommation : sensibilisation, information, orientation vers les lieux de soins, dotation en matériel de prévention (seringues, matériels d'injection, préservatifs), dépistage des infections HIV et hépatites.

2.3. Les Associations d'usagers/ auto-support et entraide

L'utilisateur a un rôle à jouer dans les structures de soins. Parmi les objectifs du plan d'action National Marocain en matière de prise en charge des troubles liés à l'usage de drogues, il est prévu de développer les droits des usagers en affirmant un certain nombre de principes généraux : respect de la vie privée, confidentialité, accès aux informations concernant l'utilisateur, participation directe à la conception et à la réalisation du projet d'accueil et d'accompagnement.

Par ailleurs, les réseaux d'entraide sont une ressource supplémentaire de la prise en charge. Ainsi, deux associations d'auto-support ont vu le jour au Maroc (au sein de l'Hôpital Ar-razi de Salé et à Casablanca) toutes deux orientées vers l'aide aux usagers problématiques d'alcool, notamment pour le maintien d'une abstinence.

« Deux associations d'auto-support ont vu le jour au Maroc (au sein de l'Hôpital Ar-razi de Salé et à Casablanca) toutes deux orientées vers l'aide aux usagers problématiques d'alcool, notamment pour le maintien d'une abstinence. »

De même, trois équipes d'auto-support ont été mises en place par des associations de réduction des risques parmi les Personnes qui s'Injectent des Drogues (PID) et ce, dans les villes de Tanger, Tétouan et Nador.

2.4. Autres prestations

- Activités de prévention
- Participation aux activités de recherche et de formation.

3. Moyens humains et financiers mis en œuvre

3.1. Identification des ressources humaines en fonction dans les centres d'addictologie

En 2016, les chiffres concernant les ressources humaines travaillant dans les centres d'addictologie existants étaient les suivants :

- Infirmiers : 41
- Psychiatres : 10
- Médecins Généralistes : 14
- Assistantes sociales : 9
- Psychomotriciens : 3
- Psychologues cliniciens : 1
- 8 équipes d'intervenants sanitaires formés en matière de prévention et d'intervention de proximité (entre 5 à 10 personnes/équipe) travaillent dans les sites de Tanger, Rabat, Tétouan, Nador, Al Hoceima et Oujda.
- Des intervenants d'autres profils complètent les équipes : intervenants communautaires.

Au plan national, on compte environ 300 personnes formées en addictologie, (généralistes, résidents, psychiatres, autres spécialistes et psychologues cliniciens) dans le cadre des Diplômes Universitaires d'Addictologie des Facultés de Médecine et de Pharmacie de Rabat et de Casablanca.

« Au plan national, on compte 300 personnes formées en addictologie (Diplômes Universitaires d'Addictologie des Facultés de Médecine et de Pharmacie de Rabat et de Casablanca) »

Profil du personnel médical et paramédical en fonction dans les Centres d'Addictologie (2016)	Effectifs
Psychiatres	10
Médecins généralistes	14
Infirmiers	41
Assistants sociaux	09
Psychologues	01

Tableau 1. Profil du personnel médical et paramédical en fonction dans les Centres d'Addictologie (2016)

3.2. Coûts de construction et équipement des Centres d'Addictologie

3.2.1. Partenariat avec la Fondation Mohamed V pour la Solidarité :

Dans le cadre d'un partenariat avec les ministères de la Santé et de l'Intérieur, la Fondation Mohamed V pour la Solidarité a ouvert plusieurs Centres d'Addictologie au sein du Royaume et envisage d'étendre la couverture Nationale en matière de structures de prise en charge, notamment dans les villes de Meknès, Agadir, Fès, El Jadida, Al Hoceima, et Chefchaouen et de renforcer cette offre de soins dans les villes à forte demande, telles que Tanger, et Casablanca. (cf Annexes)

À terme, les objectifs du programme de la Fondation Mohamed V visent à :

- Prémunir les jeunes contre l'usage des substances psycho-actives ;
- Améliorer la qualité de la prise en charge des usagers de drogues;
- Améliorer l'accessibilité aux structures de prise en charge
- Améliorer la prise en charge des co-morbidités psychiatriques ;
- Encourager le partenariat avec la société civile et les départements sociaux ;
- Réduire les risques liés à l'usage des drogues, en particulier injectables.

Les objectifs du programme de la Fondation Mohamed visent également l'implication des familles dans les actions de prévention, la réinsertion sociale des personnes concernées et la formation des associations encadrant les jeunes.

3.2.2. Nombre et lieux d'implantation des Centres d'Addictologie (tableau 2)

Une extension de l'offre de soins spécifiques pour usagers de drogues a été faite au niveau des soins de santé primaire et ce par la création de centres d'Addictologie dans les sites identifiés comme prioritaires : Oujda, Rabat et Marrakech (2011), Nador (2013), Tétouan (2014), Tanger (2015), Fès (en attente d'inauguration) et Agadir en instance d'inauguration au même titre que Fès.

Par ailleurs, d'autres centres sont prévus à Meknès, Casablanca, Tanger, Chefchaouen et Al Hoceima.

STRUCTURES SPÉCIALISÉES EN ADDICTOLOGIE

Centres d'Addictologie (CA)	Type de structure
CMP Hasnouna de Tanger	Centre de consultation et de prévention des risques avec unité de TSO
CA de Tanger Bir Chifa	Centre ambulatoire de prévention et de prise en charge avec programme de RdR et unité de TSO
CA de Tanger ELhay El Jadid	Centre ambulatoire de prévention et de prise en charge avec programme de RdR et unité de TSO
CA de Tétouan	Centre ambulatoire de prévention et de prise en charge avec programme de réduction des risques et TSO
CA Yaacoub El Mansour de Rabat	Centre ambulatoire de prévention et de prise en charge
Service d'Addictologie Universitaire de Salé	Centre d'addictologie universitaire résidentiel (22 lits) Femmes et Hommes avec Unité de TSO
CA Sidi Bernoussi-Attacharouk	Centre de consultation et de prise en charge ambulatoire.
CA de Casablanca	Centre d'addictologie universitaire résidentiel (15 lits) avec Unité de TSO
CA de Nador	Centre ambulatoire de prévention et de prise en charge avec programme de RdR et unité de TSO
CA d'Oujda	Centre ambulatoire de prévention et de prise en charge avec programme de RdR
CA de Meknès	Centre de consultation et de prise en charge ambulatoire.
CA de Fès	Centre de consultation et de prise en charge ambulatoire.
CA universitaire de Fès	Centre universitaire résidentiel (15 lits) de prévention et de prise en charge des addictions
CA de Marrakech	Centre de consultation et de prise en charge ambulatoire avec programme de RdR.
CA d'Agadir	Centre de consultation et de prise en charge ambulatoire.

- CA : Centre d'Addictologie
- CMP : centre médico-psychologique
- TSO : traitement de substitution aux opiacés.
- RdR : Réduction des Risques.

Tableau 2. Etat actuel du nombre et des lieux d'implantation des Centres d'Addictologie au Maroc

«Le nombre de patients suivis en continu durant 6 mois au moins dans les centres d'addictologie est 1134 durant l'année 2016.»

4. Bilan d'activité des Centres d'Addictologie

4.1. Les publics reçus en 2016

La file active annuelle d'une structure correspond au nombre de personnes différentes suivies ou ayant fait l'objet d'au moins une intervention de la part de la structure dans l'année.

**5250 personnes ont été reçues au moins une fois dans les centres ambulatoires au Maroc.
Plus de 9 consultants sur 10 sont des hommes (92,6%).
Le nombre de patients suivis en continu durant 6 mois au moins dans les centres
d'addictologie est 1134 durant l'année 2016.**

Centres d'Addictologie	Nombre de personnes reçues au moins une fois dans l'année	Hommes	Femmes
Rabat	481	419	62
Salé	337	291	46
Casablanca (2 centres)	1079	966	113
Nador	1271	1259	12
Tanger (2 centres)	465	436	31
Tétouan	548	518	30
Marrakech	517	474	43
Oujda	550	500	50

Tableau 3. Répartition de la file active estimée selon les structures et le sexe des personnes reçues dans les Centres d'Addictologie en 2016 (n=5250)

« Chez près de 6 consultants sur 10 durant l'année 2016 (n = 3089 ; 58,8%), l'origine de la demande de consultation émanait soit du patient lui-même soit d'une orientation par la famille, amis...etc.»

Centres	Hommes	Femmes	Nouveaux cas	Tranche d'âge la plus représentée	Nombre de consultations annuelles
Rabat	1064	64	405 (dont 62 femmes)	18-35 ans (moyenne d'âge : 30 ans)	3600
Casablanca	1975	202	1158 (dont 99 femmes)	25-45 ans (moyenne d'âge : 29 ans)	4005
Nador	1200	15	250 (dont 05 femmes)	25-45 ans (moyenne d'âge ND)	4000
Tanger Hasnouna*	355	46	00	25-45 ans (moyenne d'âge : 55 ans)	730
Tanger Bir Chifa	537	42	232 (dont 00 femmes)	25-45 ans (moyenne d'âge : 52 ans)	4705
Tétouan	367	53	100 (dont 00 femmes)	25-45 ans (moyenne d'âge ND)	2000
Oujda	1844	78	655 (dont 35 femmes)	21-30 ans (moyenne d'âge 42 ans)	3000
Marrakech	602	54	125 (dont 13 femmes)	25-45 ans (moyenne d'âge non déterminée)	2384

* : Le centre assure le suivi de malades stabilisés. Les nouveaux malades sont référés au Centre d'Addictologie de Bir Chifa.

Tableau 4. Répartition de la file active estimée selon les structures et le sexe des personnes reçues dans les Centres d'Addictologie en 2017

5250 personnes ont été reçues au moins une fois dans les centres ambulatoires au Maroc. Plus de 9 consultants sur 10 sont des hommes (92,6%).

4.1. Répartition de la file active selon l'âge des personnes reçues dans les Centres d'Addictologie en 2016

Les Centres d'Addictologie ont des files actives relativement équilibrées en termes d'âge (50,2% inférieur ou égal à 40 ans). Ceci signifie un élargissement des profils des publics et une proposition de prise en charge de toutes les addictions même s'il peut y avoir quelques variations selon les structures.

Centres d'Addictologie	≤25 ans	[26-40 ans]	≥ 41 ans	Non connu
Rabat	176	248	57	-
Salé	66	156	115	-
Casablanca (Centre Ibn Rochd)	484	353	182	-
Casablanca (Anfa)	-	-	-	60
Nador	1	170	125	975
Tanger (Hasnouna)	8	175	179	05
Tanger (Bir Chifa)	-	-	-	100
Tétouan	147	216	94	91
Marrakech	56	382	79	-
Oujda	-	-	-	550
Total	938	1700	831	1781

Tableau 5. Répartition de la file active estimée selon l'âge des personnes reçues dans les Centres d'Addictologie en 2016 (n=5250)

4.2. Répartition de la file active selon les traitements reçus par le passé dans les Centres d'Addictologie en 2016

Concernant les patients dont les antécédents de suivi par le passé sont connus, près d'un patient sur deux (47,6%) étaient suivis par le passé.

« Chez près de 6 consultants sur 10, durant l'année 2016 (n = 3089 ; 58,8%), l'origine de la demande de consultation émanait soit du patient lui-même soit d'une orientation par la famille, amis...etc.»

	Jamais traité par le passé	Traité par le passé	Non connu
File active de patients durant 2016 (n=5250)	634	698	3918

Tableau 6. Répartition de la file active estimée selon les traitements reçus par le passé dans les Centres d'Addictologie en 2016 (n=5250).

4.3. Répartition de la file active selon l'origine de demande de consultation

La grande majorité des personnes vient consulter au sein des Centres d'Addictologie de leur propre initiative.

En effet, chez près de **6 consultants sur 10**, durant l'année 2016 (n = 3089 ; 58,8%), l'origine de la demande de consultation émanait soit du patient lui-même soit d'une orientation par la famille, amis...etc.

4.4. Conditions de vie de la file active dans les Centres d'Addictologie en 2016

Concernant les conditions de vie des patients reçus dans les Centres d'Addictologie en 2016, seuls deux patients sur dix (n= 1251 ; 23,8%) avaient un logement stable.

«Concernant les patients dont la situation professionnelle est connue, près d'un patient sur trois (n= 779 ; 31,7%) était sans emploi durant l'année 2016.»

	Logement stable	Logement précaire et/ou sans abri	En détention	Autre	Non connu
File active de patients durant 2016 (n=5250)	1254	533	32	5	3423

Tableau 7. Répartition de la file active estimée selon les conditions de vie durant l'année 2016.

4.5. Situation professionnelle de la file active dans les Centres d'Addictologie en 2016

Concernant les patients dont la situation professionnelle est connue, près d'un patient sur trois (n= 779 ; 31,7%) était sans emploi durant l'année 2016.

	Emploi occasionnel	Emploi régulier	Etudiant	Sans emploi	Bénéficiaires de prestations sociales/retraités au foyer/ en invalidité	Autre	Non connu
File active de patients durant 2016 (n=5250)	381	587	382	779	196	131	2794

Tableau 8. Répartition de la file active estimée selon la situation professionnelle durant l'année 2016

4.6. Drogue principale consommée par la file active dans les Centres d'Addictologie en 2016

La grande majorité des demandes de prise en charge concernent le cannabis (n= 1743 ; 33,2%) devant les opiacés (n= 970 ; 18,4%) même si de réelles différences existent entre les différents Centres d'Addictologie.

En d'autres termes, ces indicateurs indiquent la place prépondérante du cannabis dans l'ensemble des Centres d'Addictologie, soit pour des troubles liés à l'usage de cette substance, soit pour des demandes de poly-consommateurs où le cannabis pose un problème.

Drogue principale	Effectif file active durant l'année 2016
Opiacés	970
Cocaïne	621
Stimulants autres que cocaïne	53
Hypnotiques et sédatifs	628
Hallucinogènes	9
Solvants volatils	198
Cannabis	1743
Autres substances	717
Non connu	311

Tableau 9. Répartition de la file active estimée selon la drogue principale consommée durant l'année 2016

4.7. Voie d'administration habituelle de la drogue principale consommée par la file active dans les Centres d'Addictologie en 2016

Concernant les patients dont la voie d'administration habituelle de la drogue principale est connue, près de six patients sur dix (n= 376 ; 61,67%) ont eu recours à la voie ingérée/bue durant l'année 2016.

La part des personnes reçues utilisant la voie veineuse est faible (n=10 ; 1,9%).

« Près de six patients sur dix (n= 376 ; 61,67%) ont eu recours à la voie ingérée durant l'année 2016. »

« La grande majorité des demandes de prise en charge concernent le cannabis (n= 1743 ; 33,2%) devant les opiacés (n= 970 ; 18,4%) même si de réelles différences existent entre les différents Centres. »

	Injectée	Fumée/inhalée	Ingérée /bue	Sniffée	Autre	Non connu
File active de patients durant 2016 (n=5250)	10	202	376	18	4	4640

Tableau 10. Voie d'administration de la drogue principale chez la file active estimée durant l'année 2016

4.8. Existence d'un problème de poly-consommation chez la file active

Chez les patients de la file active estimée dont la typologie d'usage est connue, un peu plus de six patients sur dix (n= 493, 65,3%) ont été dans un mode de poly-consommation durant l'année 2016.

	Oui	Non	Non connu
File active de patients durant 2016 (n=5250)	493	262	4495

Tableau 11. Existence d'un problème de poly-consommation chez la file active estimée durant l'année 2016

4.9. Traitements agonistes aux opiacés (TAO)

La file active des usagers de drogues sous Traitements Agonistes aux Opiacés durant l'année 2016 comprenait 1076 patients.

	Usagers n'ayant jamais reçu de TAO	Usagers sous TAO	Perdus de vue	Non connu
File active de patients durant 2016 (n=5250)	190	1034	58	3926

Tableau 12. Usagers sous Traitements Agonistes aux Opiacés durant l'année 2016 (fin T2)

«Un peu plus de six patients sur dix (n= 493, 65,3%) ont été dans un mode de poly-consommation durant l'année 2016.»

Statut	Ar-razi Salé	Casablanca	Nador	Tanger Bir Chifa	Tanger Hasnouna	Tétouan	Général
Actifs	50	25	236	265	268	232	1076
Actifs (Incarcérés)				2		5	7
Arrêts	3	1	36	2	11	1	54
Décès			13	4	20	3	40
Incarcérés			12		8	3	23
Perdus de vue	1	4		11	34	8	58
Transferts	2	11	2	4	14	1	34
Total	56	41	299	288	355	253	1292

Tableau 13. File active des patients sous Méthadone à fin décembre 2016

4.10. Tests de dépistage du VIH

Plus de neuf patients sur dix de la file active estimée avaient un statut sérologique inconnu pour le VIH durant l'année 2016 (n=4850 ; 92,3%).

«La file active des usagers de drogues sous Traitements Agonistes aux Opiacés durant l'année 2016 comprenait 1076 patients.»

	Jamais réalisé	Réalisé au cours de l'année	Non connu	Nombre total de personnes pris en charge pour le VIH	Nombre total de personnes pris en charge pour la Tuberculose
File active de patients durant 2016 (n=5250)	0	400	4850	36	3

Tableau 14. Réalisation du test VIH chez la file active estimée dans les Centres d'Addictologie en 2016

«Plus de neuf patients sur dix de la file active estimée avaient un statut sérologique inconnu pour le VIH durant l'année 2016 (n=4850 ; 92,3%).»

4.11. Tests de dépistage du VHC

Seul un patient sur dix de la file active estimée (n=707 ; 13,4%) a réalisé un test de dépistage du VHC durant l'année 2016.

	Jamais réalisé	Réalisé au cours de l'année	Non connu	Nombre total de personnes pris en charge pour le VHC
File active de patients durant 2016 (n=5250)	1388	707	3155	6

Tableau 15. Réalisation du test VHC chez la file active estimée dans les Centres d'Addictologie en 2016

4.12. Prise en charge des troubles liés à l'usage de drogues

	Nombre de patients suivis en ambulatoire (au moins 5 consultations dans l'année)	Nombre de patients ayant bénéficié des activités thérapeutiques de groupe	Prise en charge des comorbidités	Appui à la réinsertion (patients ayant bénéficié d'un appui à la réinsertion sociale / familiale et/ou socioprofessionnelle)
File active de patients durant 2016 (n=5250)	638	153	2054	25

Tableau 16. Prise en charge des troubles liés à l'usage de drogues chez la file active estimée dans les Centres d'Addictologie en 2016

4.13. le Plan d'Action de Réduction des Risques (RDR) 2012/ 2016 Maroc

Le Plan d'action RDR 2012/2016 a permis des avancées majeures dans le champ de la lutte contre les risques et les dommages infectieux liés à l'injection.

En appui au plan stratégique national de lutte contre le sida, le Plan d'Action de Réduction des Risques a bénéficié d'un support financier du Programme d'appui du Fonds mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme, ainsi que d'une assistance technique permanente des organismes des Nations Unies, notamment de l'ONUSIDA et de l'UNODC. Il a aussi été promoteur d'une politique innovante, respectueuse des droits humains, efficace et rentable, permettant de toucher la population spécifique des personnes qui s'injectent des drogues (PID), d'apporter des réponses adaptées à de nombreux usagers en souffrance, et d'ouvrir des perspectives multiples quant aux initiatives à développer.

La RDR s'est révélée opérante dans la mise en œuvre de l'approche pour une prévention combinée. A l'heure actuelle, les programmes d'échange de matériel de prévention (PES : programme d'échange de seringues, et distribution des préservatifs), le traitement de substitution aux dépendances aux opiacés sont bien implantés mais il est à l'ordre du jour de les élargir à l'échelle nationale. Par ailleurs, renforcer l'accès au dépistage et aux traitements du VIH, VHC et TB reste un réel défi. Enfin, le dispositif de réduction des risques doit servir de socle au combat engagé pour l'éradication de maladies infectieuses parmi cette population.

Le plan d'action de Réduction des Risques 2012-2016 s'est assigné pour objectifs que **90% des patients qui s'injectent des drogues (PID) puissent utiliser les services de réduction des risques (RDR) et que 60% d'entre eux puissent avoir accès au traitement par agonistes aux opiacés dans tous les sites.**

	Valeurs de Base (2011)	2012	2013	2014	2015	2016
Nombre d'UDI (héroïne et/ou cocaïne/crack), toutes voies d'administration confondues, qui ont bénéficié du programme de RDR	1700	1700	2200	2700	3200	4000
Nombre d'injecteurs actifs qui ont bénéficié du programme de RDR	-	600	1000	1300	1600	2000

Tableau 17. Objectifs assignés au plan d'action national RdR 2012-2016

«Le plan d'action de Réduction des Risques 2012-2016 s'est assigné pour objectifs que 90% des patients qui s'injectent des drogues (PID) puissent utiliser les services de réduction des risques (RDR) et que 60% d'entre eux puissent avoir accès au traitement par agonistes aux opiacés dans tous les sites.»

Chapitre 2.

Usage de substances psycho-actives auprès des adolescents scolarisés au Maroc

Principaux résultats de l'enquête MedSPAD Maroc 2017

I) INTRODUCTION

Le projet d'enquête Méditerranéenne sur l'usage d'alcool et d'autres drogues en milieu scolaire (MedSPAD) s'est donné pour principal objectif de collecter des données comparables sur la consommation de substances chez les élèves âgés de 15 à 17 ans et d'en suivre les évolutions dans et entre des pays de la rive Méditerranéenne.

MedSPAD est une adaptation méditerranéenne de l'enquête européenne ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs), qui est une enquête transversale, en milieu scolaire, menée concomitamment dans 35 pays européens. Cette enquête MedSPAD s'inscrit dans le cadre des activités conduites par le réseau MedNET, qui est un réseau de coopération sur les drogues et les toxicomanies dans la région méditerranéenne soutenu par le Groupe Pompidou.

Des enquêtes MedSPAD similaires sont ainsi réalisées sur le pourtour méditerranéen et aussi dans certains pays arabes et maghrébins tels l'Algérie, la Tunisie, le Liban et l'Égypte. Ces enquêtes permettent ainsi la comparaison des données vu la proximité et le rapprochement culturel.

Les Enquêtes MedSPAD sont des enquêtes épidémiologiques transversales qui ont pour objectifs d'évaluer la prévalence de la consommation de drogues chez les jeunes lycéens, de déterminer les âges de début de l'usage, d'avoir une idée sur les opinions et les comportements de cette population et de dégager certains facteurs prédictifs de l'usage de drogues. Elles offrent aussi des éléments d'appui d'une politique qui développe la santé mentale en milieu scolaire. Ainsi, ces enquêtes servent surtout les politiques de prévention et la mise en place de systèmes d'alertes pour anticiper les tendances.

Les Enquêtes MedSPAD au Maroc ont jusqu'à présent inclus quatre périodes de collecte de données. La première étude a été menée en 2006 dans la Région de Rabat-Salé. Par la suite, pour plus de représentativité, les Enquêtes MedSPAD ont été réalisées à l'échelon national en 2009, 2013 et 2017.

Toutes les enquêtes MedSPAD menées au Maroc, y compris celle menée en 2017, ont été approuvées par le Ministère de la Santé et celui de l'Éducation Nationale et ont reçu le soutien financier du Groupe Pompidou du Conseil de l'Europe.

Les données des enquêtes MedSPAD apportent des informations précieuses pour dresser un portrait des lycéens de 15-17 ans. Elles permettent aussi de dégager les tendances de l'usage de substances psychoactives auprès des adolescents.

Le projet MedSPAD repose sur une approche commune en matière de collecte d'informations sur la consommation de substances auprès des élèves marocains en ciblant la tranche d'âge des 15-17 ans.

La réalisation de l'enquête MedSPAD 2017 a été confiée aux deux équipes conjointes du Ministère de l'Éducation Nationale, de la Formation Professionnelle, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique (MENFPESRS) et à l'Hôpital Universitaire Psychiatrique Arrazi de Salé (HAS).

Cette enquête vient répondre à une volonté politique commune depuis plusieurs années des Ministères de l'Éducation Nationale, de la Formation Professionnelle, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique et du Ministère de la Santé pour évaluer le problème d'usage de substances psychoactives en milieu scolaire, à l'échelon national, et établir des recommandations adéquates et adaptées pour la prise en charge de ce phénomène.

La tranche d'âge des 15-17 ans est particulièrement ciblée par cette enquête avec pour objectifs principaux d'évaluer les éléments suivants :

- L'âge d'initiation aux substances psycho-actives ;
- Les éventuels facteurs de prédiction de l'usage de drogues chez les jeunes élèves (mode de vie, niveau socio-économique, environnement familial, informations sur les drogues, rendement scolaire) et qui peuvent constituer des éléments d'appui d'une politique de santé mentale en milieu scolaire ;
- Les idées sur les opinions et les comportements de cette population ;
- Les points qui peuvent servir à élaborer des recommandations et agir dans le domaine de la prévention de l'usage des substances psycho-actives en milieu scolaire ;
- La pertinence de mener des enquêtes similaires de tendance pour évaluer l'évolution du phénomène d'usage de drogues et ce, tous les 3-4 ans au sein de la même tranche de population.

II) MÉTHODOLOGIE

1. Déroulement de l'Enquête

Afin de fournir des données aussi comparables que possibles, les différentes enquêtes MedSPAD Maroc ont été menées à partir d'un questionnaire commun et selon la même méthodologie que les enquêtes précédentes qui est normalisée et adaptée au contexte socio-culturel marocain.

Pour des considérations éthiques, l'enquête n'a été réalisée qu'après l'accord officiel du MENFPESRS. L'autorisation d'accès aux lycées pour la passation de l'enquête, a été fournie aux enquêteurs pour la présenter aux responsables des établissements. Les élèves étaient libres d'accepter ou de refuser la participation à l'enquête et seuls les élèves consentants ont été recrutés.

Le moment de l'enquête n'a pas été aléatoire. Pour éviter tout biais, une période en dehors des examens, des fêtes et des vacances scolaires a été choisie. L'enquête s'est déroulée du 27 Février 2017 au 03 Mars 2017.

2. Echantillonnage

L'enquête s'est déroulée de façon à cibler l'ensemble des régions du Maroc, pour plus de représentativité. La méthode d'échantillonnage en grappe a été utilisée, respectant la représentativité de l'échantillon par rapport aux académies régionales d'éducation et de formation, au genre, établissement public et privé, au milieu rural et urbain.

L'échantillon est tracé pour cibler un échantillon d'environ 7000 élèves. Les villes et les établissements scolaires ont été choisis au hasard. Afin de répondre à notre objectif initial qui était de cibler la tranche d'âge des 15-17 ans, les élèves des 4 derniers niveaux des classes secondaires ont été recrutés et les niveaux et classes ont été tirés au hasard.

Les établissements scolaires visités par les enquêteurs étaient au nombre de 97 et le nombre des questionnaires remplis était de **7055**. L'enquête a concerné **212** classes dont 07 de la 3^{ème} année de collège, 79 du tronc commun, 73 de la 1^{ère} année et 43 de la 2^{ème} année du Baccalauréat.

Les établissements scolaires n'ont pas été avisés du passage des enquêteurs pour éviter tout biais, ou intervention de leur part.

3. Questionnaire

Les données ont été recueillies par questionnaire auto-administré, tiré du modèle des anciennes enquêtes MedSPAD Maroc.

Le questionnaire est rédigé en arabe, facile à comprendre, adapté au contexte marocain, au vocabulaire des élèves et au langage local attribué aux différentes drogues. L'instrument est facile à lire et contient 120 items dont 104 questions fermées et 16 ouvertes. Ce qui permet la mise en épreuve de la sincérité et la cohérence des réponses de l'élève.

Les questions portent sur les renseignements sociodémographiques de l'élève (âge, sexe, niveau de vie), sur les parents et l'entourage (niveau scolaire des parents, relation avec la famille et les amis, habitudes de prise de drogues), la scolarité (note lors du dernier trimestre, absentéisme, fugues), la prise de substances psycho-actives (tabac, alcool, cannabis, psychotropes, cocaïne, crack et autres drogues), la connaissance des différentes substances psycho-actives et de la législation sur l'usage de drogues au Maroc, la source d'information sur les drogues et les sources d'approvisionnement en drogues. Les questionnaires ont été vérifiés avant leur distribution pour s'assurer de leur intégralité. 78% des élèves ont déclaré avoir répondu sincèrement. La durée de passation des questionnaires était en moyenne de 34.12 minutes (entre 15 à 56 minutes).

4. Analyse statistique

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS version 21 (2012).

L'analyse a été faite dans un premier temps pour l'ensemble des élèves puis plus spécifiquement pour les 15-17 ans. La variable « genre » a été croisée dans l'étude de la prévalence des substances psycho-actives.

Les tests chi square et le test « t » de Student ont été utilisés dans les tests de comparaison.

Le test de l'Odd Ratio (OR) a été utilisé dans les études d'association.

Le seuil de significativité est déterminé par la variable « p », qui est estimée significative quand $p < 0.005$.

*Les établissements scolaires visités
par les enquêteurs étaient au nombre de 97
et le nombre des questionnaires remplis était de 7055.*

III) PRINCIPAUX RÉSULTATS

1. Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon

L'échantillon total était de 7055 élèves.

1.1. Âge

L'âge des élèves varie entre 12 et 23 ans avec une moyenne d'âge de 16.84 ans $\pm 1,4$.

53% des élèves ont une tranche d'âge comprise entre 15 et 17 ans (n= 3705) et 19% des élèves interrogés ont moins de 15 ans.

Les élèves de plus de 17 ans représentent 29% de l'échantillon total.

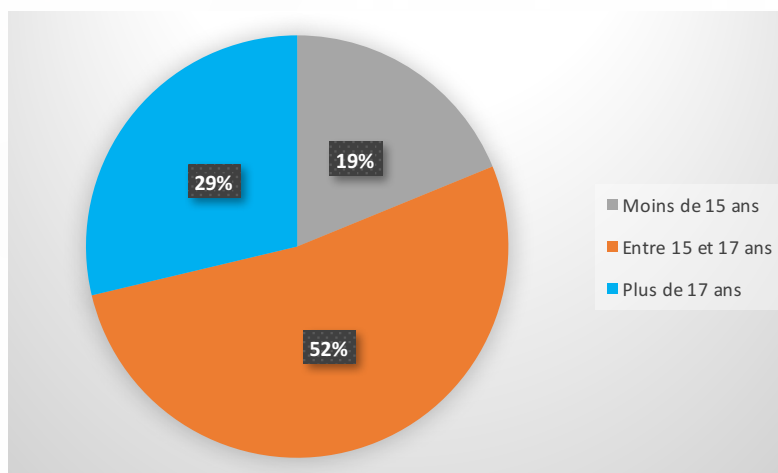


Figure 1. Répartition de la population étudiée selon les tranches d'âge

1.2. Sexe

Notre échantillon est composé de 3862 filles (55%) et de 3163 garçons (45%). La prédominance du sexe féminin est présente également dans la tranche d'âge des 15-17 ans (57%, soit n=2093), contre 43% chez les garçons, soit n= 1605.

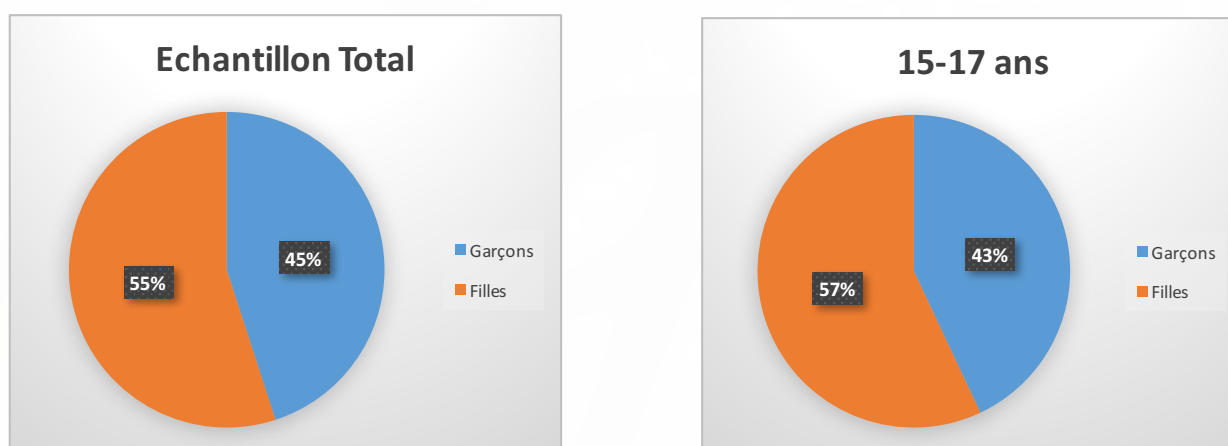


Figure 2. Répartition du sexe selon les tranches d'âge

1.3. Lieu d'habitation

Seuls 9,5 % (n=653) de l'ensemble des élèves interrogés habitent à l'internat.

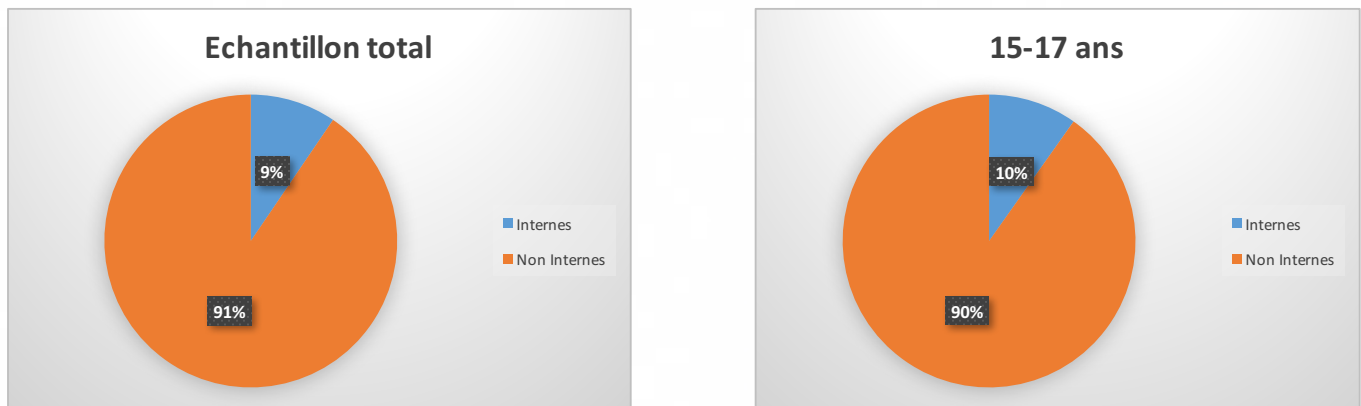


Figure 3. Répartition des élèves selon le statut de résidence

MedSPAD III (2017): L'échantillon est composé de 3862 filles (55%) et de 3163 garçons (45%).

1.4. Moyenne durant le dernier trimestre de la dernière année

Un peu plus d'un élève sur trois interrogés (35.8%) a eu une moyenne durant le dernier trimestre de la dernière année qui variait entre 12 et 14 sur 20.

Seuls 4,3% du total des élèves avaient une moyenne inférieure à 09.

Parmi les 15-17 ans, 3,8% (n=138) avaient une moyenne inférieure à 09 sur 20.

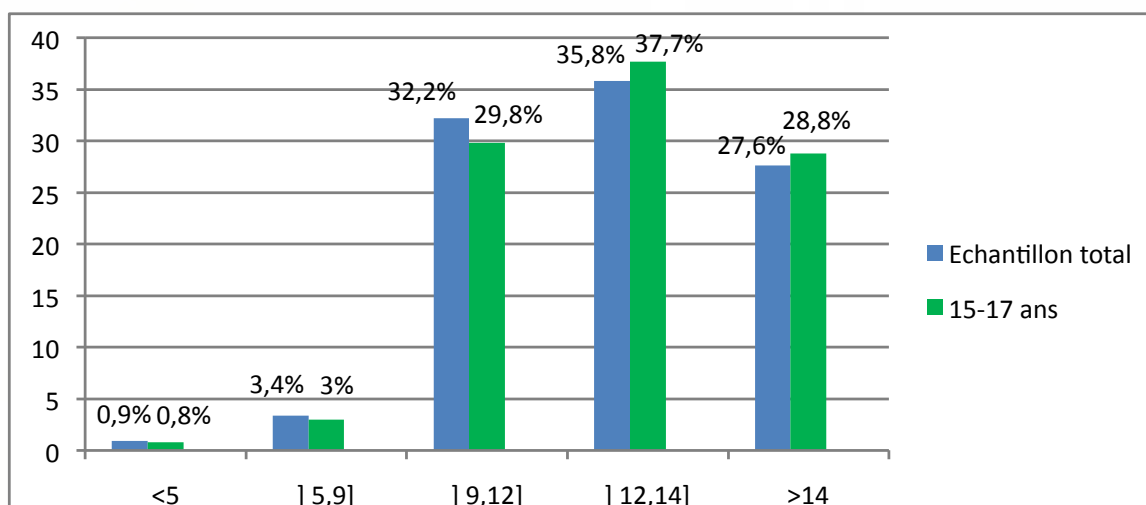


Figure 4. Répartition des élèves selon les moyennes obtenues durant le dernier trimestre de la dernière année

1.5. Absentéisme durant les 30 derniers jours

De l'ensemble des élèves, environ un élève sur deux (45,5%) s'est absenté au moins un jour de l'école durant les 30 derniers jours.

Parmi les 15-17 ans, 41,9% se sont absentés de l'école au moins un jour.

Les raisons d'absentéismes étaient pour cause de maladie, dans près de 60% des cas pour l'ensemble des élèves interrogés.

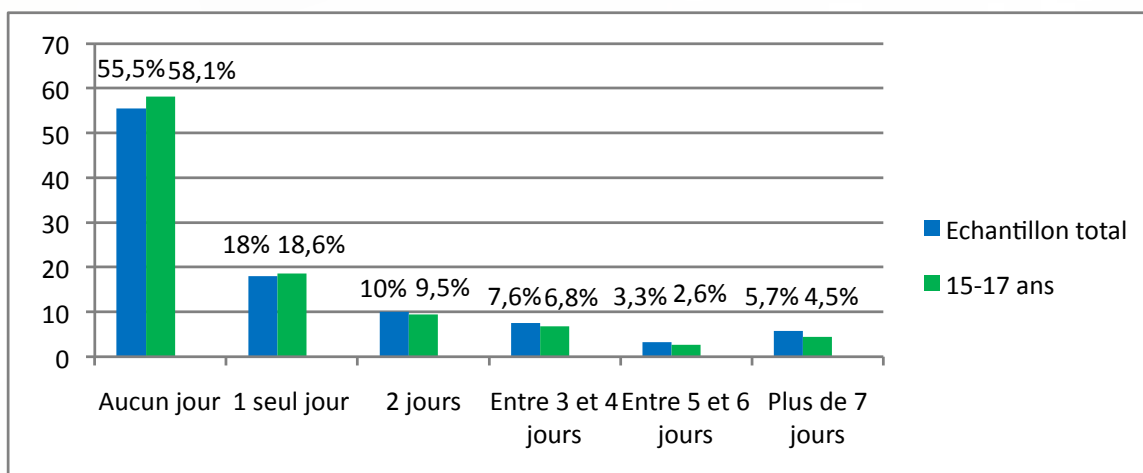


Figure 5. Répartition des élèves selon le nombre de jours d'absence durant les 30 derniers jours

1.6. Relations avec les parents

Plus de 7 élèves interrogés sur 10 ont rapporté une relation très satisfaisante avec les parents (84,1 % pour la relation avec la mère et 72,2% pour la relation avec le père).

Des élèves de 15-17 ans, respectivement 2,9% et 2,5% ont jugé la relation insatisfaisante à très insatisfaisante avec leur mère et leur père.

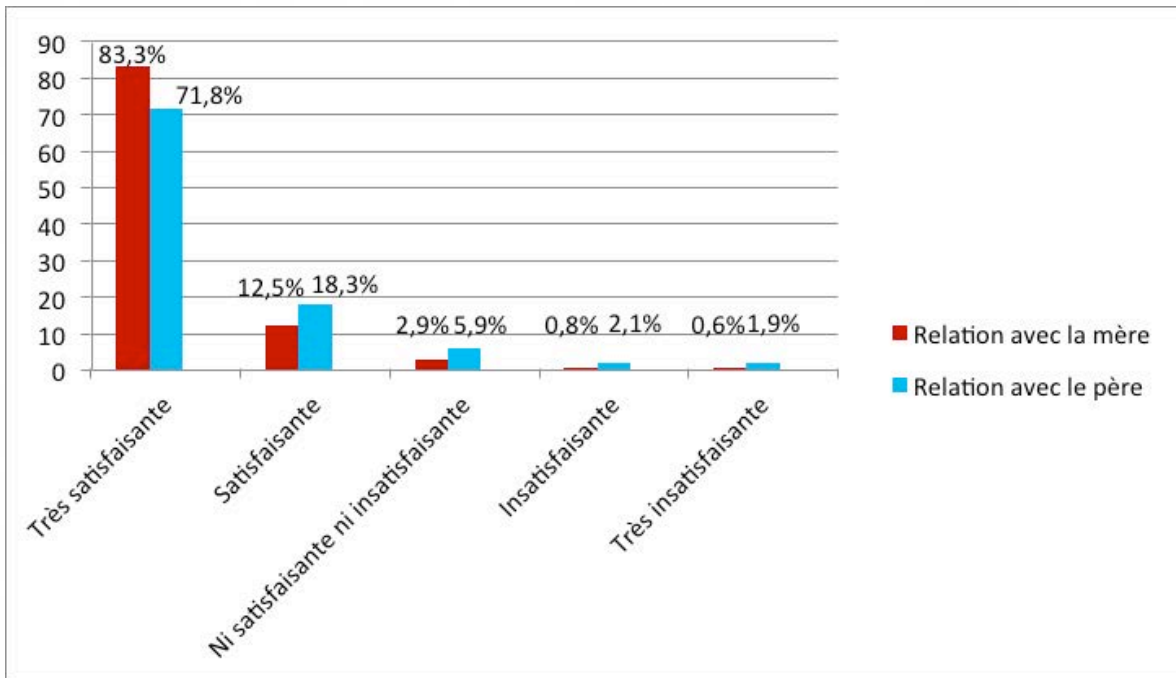


Figure 6. Répartition des élèves de 15-17 ans selon le degré de satisfaction de la relation avec les parents

1.7. Niveau de scolarité des parents

Concernant le niveau de scolarité des parents, 40% des mères de l'ensemble des élèves sont analphabètes contre 21,2% des pères.

Les chiffres se rapprochent de ceux des élèves de la tranche d'âge des 15-17 ans (38,7% d'analphabétisme chez les mères et 19,5% d'analphabétisme chez les pères).

2. Connaissances des substances psycho-actives

Plus de 9 élèves interrogés sur 10 connaissent le tabac, l'alcool, le cannabis et le narguilé (chicha).

Plus de 8 élèves interrogés sur 10 connaissent les somnifères et sédatifs, les solvants (nom commun au Maroc « *Silicioun* »), la *nafha* (poudre de tabac à sniffer), la *kala* (poudre de tabac mélangée ou non à d'autres substances psycho-actives enveloppée dans un bout de mouchoir et mis sous la langue ou placé sur la gencive) et la cocaïne.

6 élèves sur 10 interrogés connaissent l'héroïne.

Plus de 8 élèves interrogés sur 10 ne connaissent pas le crack (19%).

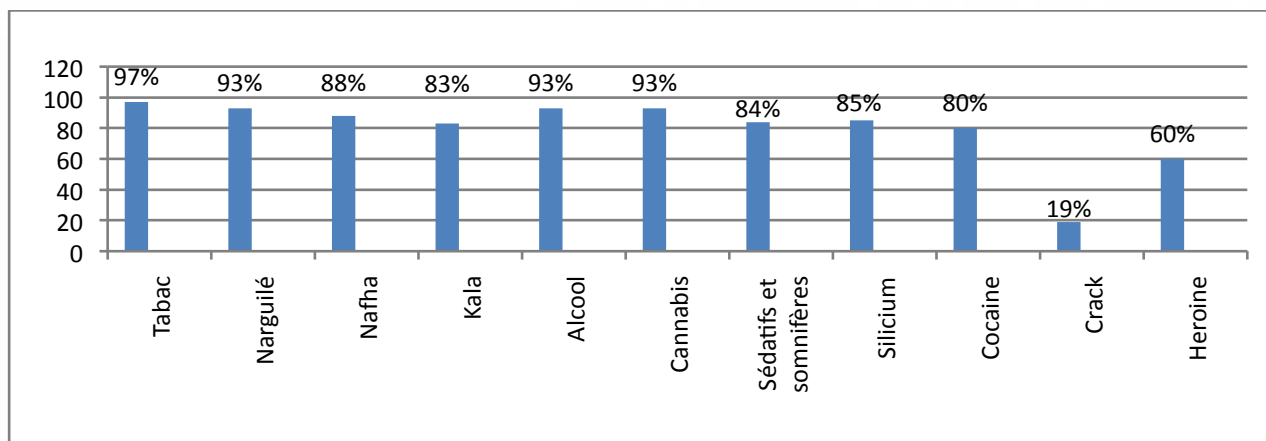


Figure 7. Répartition des élèves selon leur connaissance des substances psycho-actives

«Plus de 9 élèves interrogés sur 10 connaissent le tabac, l'alcool, le cannabis et la chicha»

3. L'étude des Prévalences

3.1. Le tabac

En 2017, plus d'1 élève sur 10 interrogés (16%) a déclaré avoir fumé au moins une cigarette durant la vie. La prévalence durant les 12 derniers mois est de 9%. La prévalence durant les 30 derniers jours concerne moins d'un adolescent sur dix (6,7%).

Les différences entre les deux sexes sont significatives en matière de consommation de cigarettes au cours des trente derniers jours, les douze derniers mois et durant la vie ; avec un usage du tabac plus important chez les garçons ($p < 0.0001$).

Le tabac reste par ailleurs le produit psychoactif dont l'expérimentation est la plus précoce ($14,3 \pm 1,7$ ans) chez les élèves de 15-17 ans.

D'autres formes d'usage de tabac ont été également rapportées par les élèves interrogés avec notamment l'usage de la *chicha*, de la *nafha* et de la *kala*.

Concernant la prévalence durant la vie de la *chicha*, elle a été estimée à 15,6%.

Dans la tranche d'âge des 15-17 ans, 15% ont consommé de la *chicha* durant la vie.

Concernant les autres formes d'usage de tabac, les prévalences durant la vie chez l'ensemble des élèves interrogés sont respectivement de 10,6% pour la *nafha* et de 8,9% pour la *kala*.

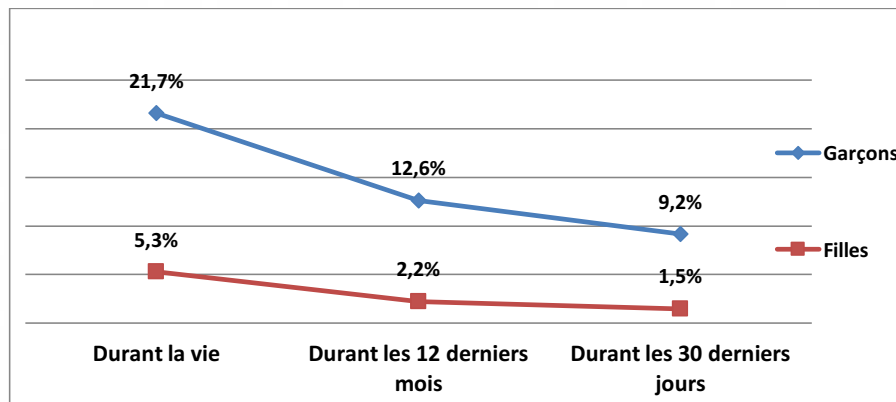


Figure 8. Prévalences de l'usage de tabac selon le sexe chez les 15-17 ans

Chez les 15-17 ans, plus de trois élèves sur quatre (67,2%), ayant fumé des cigarettes durant les 30 derniers jours, ont pris moins d'une cigarette par jour. L'usage des cigarettes reste dans la majorité des cas en phase d'expérimentation.

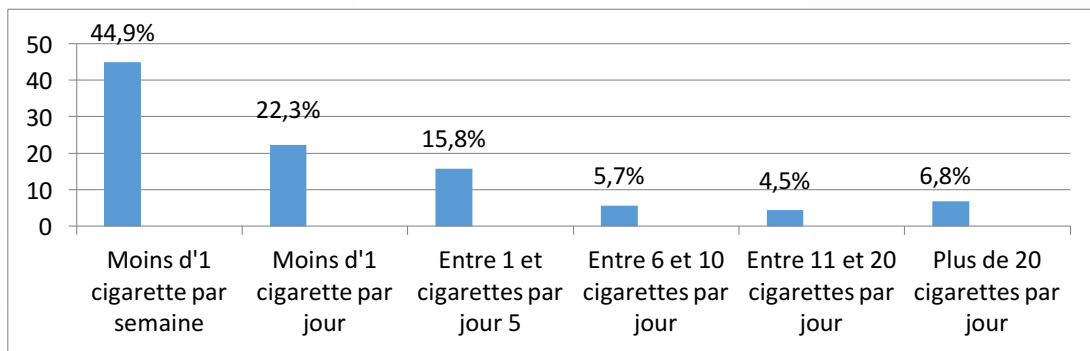


Figure 9. Quantités de cigarettes fumées durant les 30 derniers jours chez les 15-17 ans (n= 265)

Des relations statistiquement significatives ($p < 0.001$) ont été retrouvées entre l'usage du tabac, l'absentéisme de l'établissement scolaire, une note inférieure à la moyenne lors du dernier trimestre, des nuits passées en dehors du domicile, un membre de la famille ou un ami consommateur du tabac et une absence de la perception du grand danger lié à l'usage du tabac.

Enfin, il ne semble pas y avoir de relation significative entre l'usage du tabac et le milieu de résidence de l'élève (interne ou non), le niveau socioéconomique de la famille et le niveau scolaire des parents.

«En 2017, plus d'1 élève sur 10 interrogés (16%) a déclaré avoir fumé au moins une cigarette durant la vie. Le tabac reste par ailleurs le produit psychoactif dont l'expérimentation est la plus précoce ($14,3 \pm 1,7$ ans) chez les élèves de 15-17 ans.»

3.2. L'alcool

L'expérimentation d'alcool durant la vie est déclarée respectivement par 8,0% de l'ensemble des élèves interrogés et par 6,0% des jeunes de 15-17 ans.

Durant les 30 derniers jours, la prévalence d'usage d'alcool chez l'ensemble des jeunes interrogés est de 3% (n=192).

Les garçons s'avèrent plus souvent consommateurs que les filles, et ce, quel que soit le niveau d'usage déclaré.

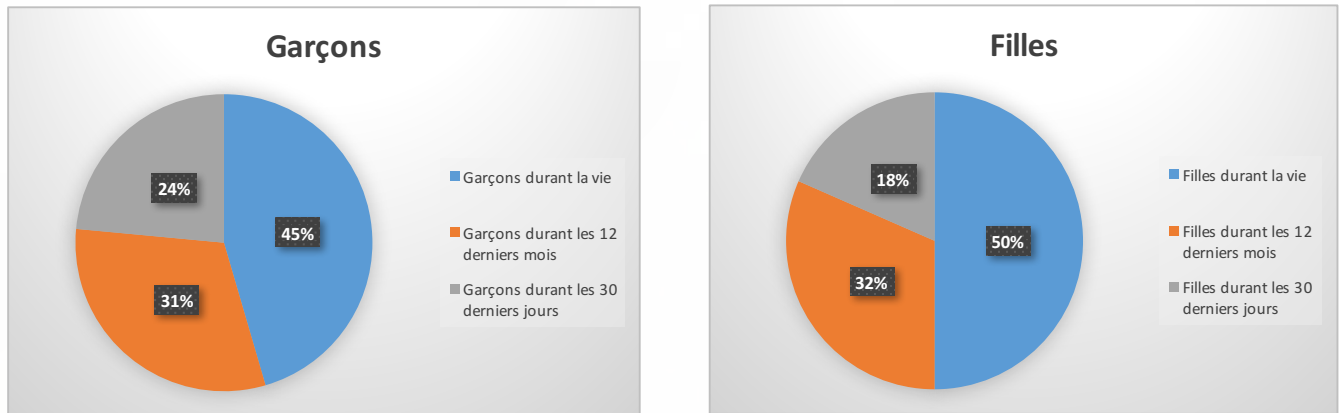


Figure 10. Prévalences de l'usage d'alcool selon le sexe chez les 15-17 ans

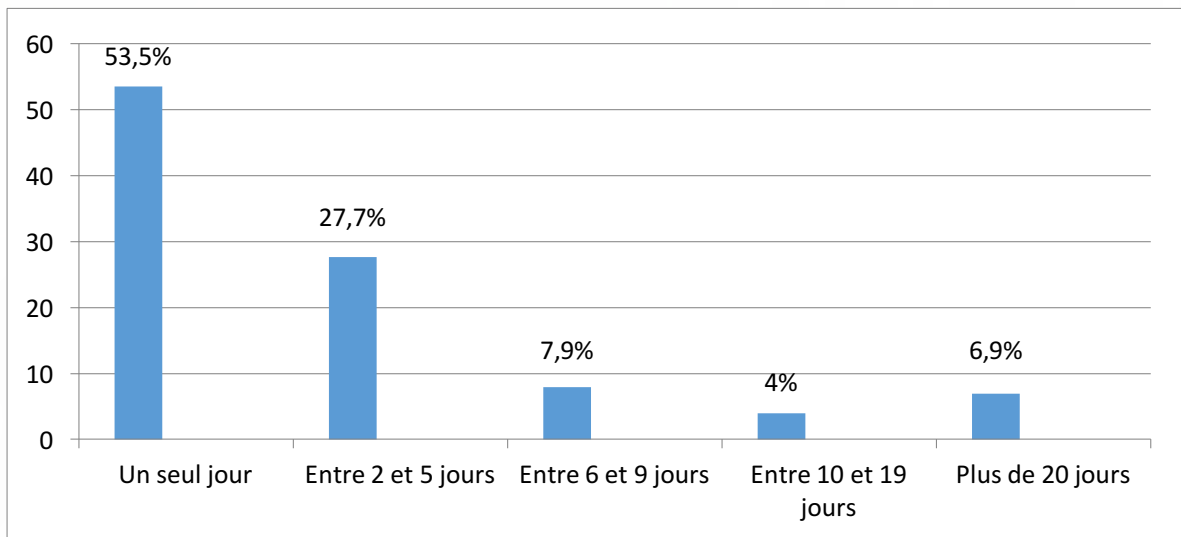


Figure 11. Quantités d'alcool consommées durant les 30 derniers jours chez les 15-17 ans (n=101)

L'analyse des variables a retrouvé des relations statistiquement significatives ($p < 0.001$) entre l'usage d'alcool et l'absentéisme de l'établissement scolaire, une note inférieure à la moyenne lors du dernier trimestre, des nuits passées en dehors du domicile, un membre de la famille ou un ami consommateur de l'alcool, une méconnaissance de l'interdiction de l'usage de drogues, une facilité de la procuration de substances et une absence de la perception du grand danger lié à l'alcool.

3.3. Le cannabis

Près d'un élève sur dix interrogés (9,0%) dit avoir consommé au moins une fois du cannabis au cours de sa vie. 6,0% de l'ensemble des élèves interrogés en ont consommé au cours des douze derniers mois et 5,0% rapportent en avoir consommé durant les trente derniers jours.

Chez les 15-17 ans, 3, 0% d'entre eux ont consommé du cannabis durant les 30 derniers jours. Parmi ceux ayant consommé du cannabis durant les 30 derniers jours, plus de trois élèves sur dix interrogés (30.3%) déclarent l'avoir fumé au moins 1 fois. Tandis que près d'un élève sur trois (31.0%) en a consommé entre 2 et 5 jours et environ quatre élèves sur dix (38,6%) ont pris le cannabis pendant plus de 5 jours. Cette population de jeunes consommateurs paraît être déjà impliquée dans un usage régulier ou pathologique.

L'écart entre les sexes est important et augmente avec l'élévation des fréquences. En moyenne, l'expérimentation a lieu vers la fin de la quinzième année (15,8 ans).

«L'expérimentation d'alcool durant la vie est déclarée respectivement par 8,0% de l'ensemble des élèves interrogés et par 6,0% des jeunes de 15-17 ans. Les garçons s'avèrent plus souvent consommateurs que les filles, et ce quel que soit le niveau d'usage déclaré. »

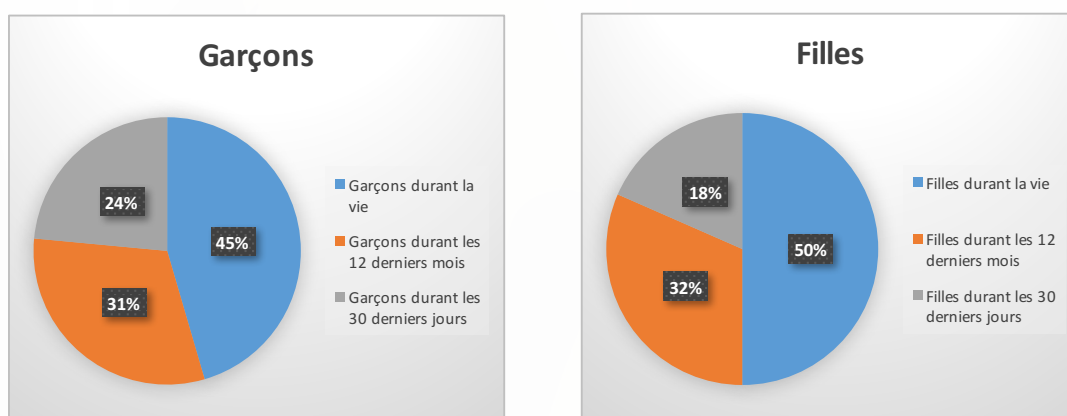


Figure 12. Prévalences de l'usage de cannabis selon le sexe chez les 15-17 ans

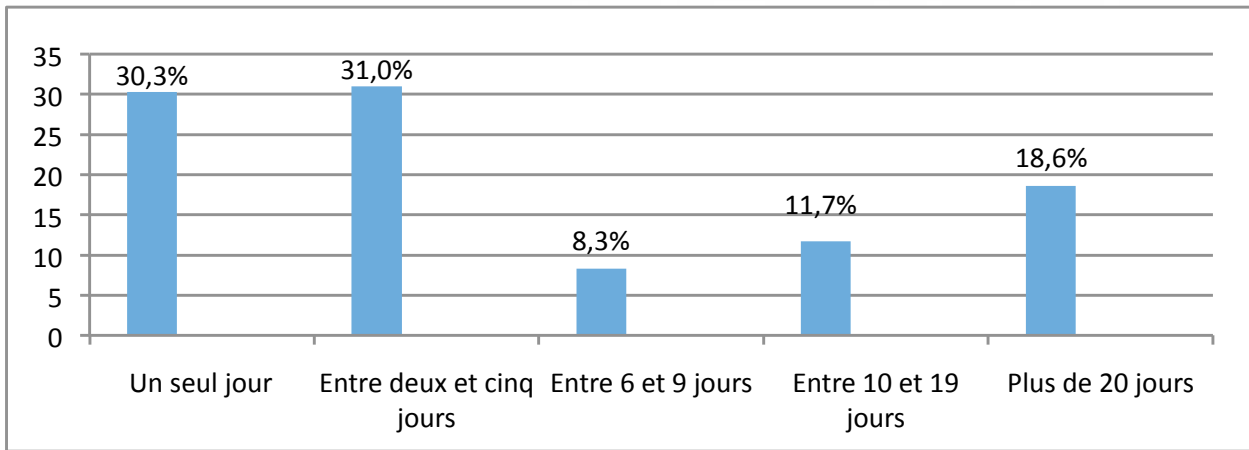


Figure 13. Quantités de cannabis consommées durant les 30 derniers jours chez les 15-17 ans (n=145)

«Près d'un élève sur dix interrogés (9,0%) disent avoir consommé au moins une fois du cannabis au cours de leur vie. »
 En moyenne, l'expérimentation a lieu vers la fin de la quinzième année (15,8 ans). »

3.4. Les médicaments psychotropes (tranquillisants ou somnifères) sans prescription médicale

Sur l'ensemble des élèves interrogés, 5% ont déclaré consommer des psychotropes sans avis ni prescription médicale au cours de leur vie. La consommation au cours des douze derniers mois concerne 3,0% de l'ensemble des jeunes interrogés et celle au cours des trente derniers jours concerne 2,0% de l'ensemble des jeunes interrogés.

Les chiffres de prévalence ne sont pas influencés par le sexe de l'élève.

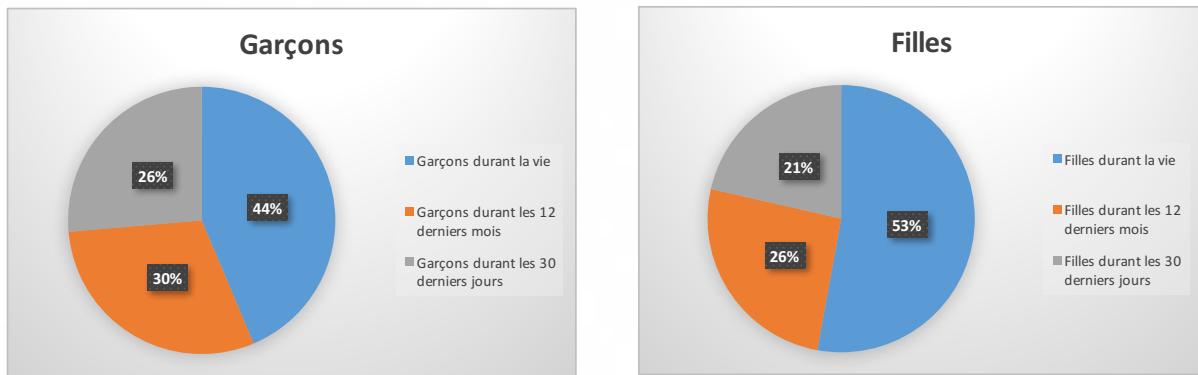


Figure 14. Prévalences de l'usage des médicaments psychotropes (somnifères/tranquillisants) sans prescription médicale selon le sexe chez les 15-17 ans

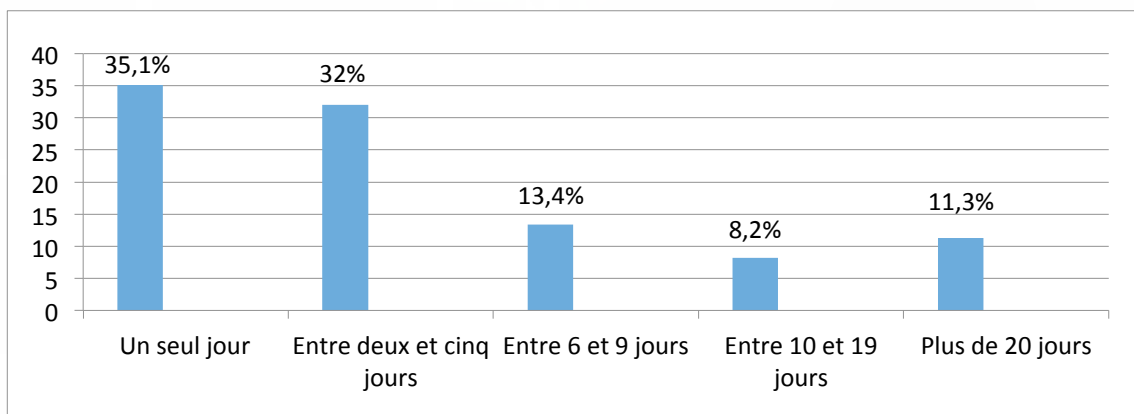


Figure 15. Quantités de médicaments psychotropes (somnifères/tranquillisants) sans prescription médicale consommées durant les 30 derniers jours chez les 15-17 ans (n= 97)

«Sur l'ensemble des élèves interrogés, 5% ont déclaré consommer des psychotropes sans avis ni prescription médicale au cours de leur vie. Les chiffres de prévalence ne sont pas influencés par le sexe de l'élève.»

Des relations statistiquement significatives ($p < 0.001$) ont été retrouvées entre l'usage des psychotropes sans prescription médicale et l'absentéisme de l'établissement scolaire, une note inférieure à la moyenne lors du dernier trimestre, des nuits passées en dehors du domicile, un membre de la famille ou un ami consommateur de ces substances, une méconnaissance de l'interdiction de l'usage de drogues, une facilité de la procuration de substances et une absence de la perception du grand danger lié à l'usage des psychotropes.

3.5. La cocaïne et le crack

Concernant la cocaïne et le crack, les prévalences durant la vie chez l'ensemble des jeunes interrogés étaient respectivement de 1,4% et 0,7%.



Figure 16. Prévalences de l'usage de cocaïne selon le sexe chez les 15-17 ans



Figure 17. Prévalences de l'usage de crack selon le sexe chez les 15-17 ans

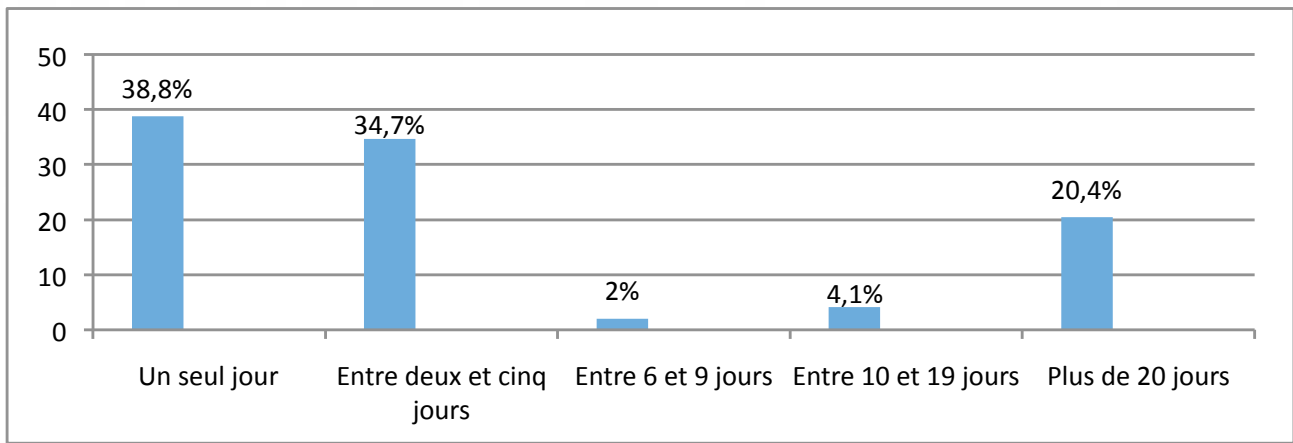


Figure 18. Quantités de cocaïne consommées durant les 30 derniers jours chez les 15-17 ans

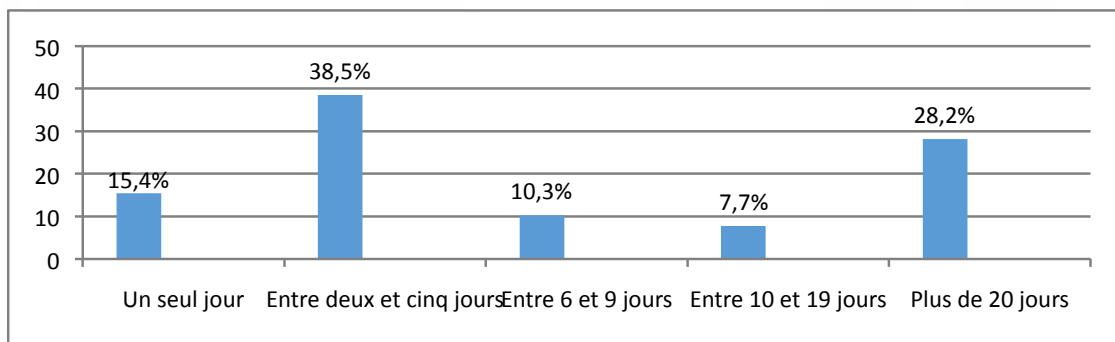


Figure 19. Quantités de crack consommées durant les 30 derniers jours chez les 15-17 ans (n=39)

«Concernant la cocaïne et le crack, les prévalences durant la vie chez l'ensemble des jeunes interrogés étaient respectivement de 1,4% et 0,7%.»

Des relations statistiquement significatives ($p < 0.001$) ont été retrouvées entre l'usage de la cocaïne et/ou le crack et l'absentéisme de l'établissement scolaire, une note inférieure à la moyenne lors du dernier trimestre, des nuits passées en dehors du domicile, un membre de la famille ou un ami consommateur de ces substances, une méconnaissance de l'interdiction de l'usage de drogues, une facilité de la procuration de substances et une absence de la perception du grand danger lié à l'usage des psychotropes.

Enfin, il ne semble pas y avoir de relation significative entre l'usage des différentes substances psychoactives et le milieu de résidence de l'élève (interne ou non), le niveau socio-économique de la famille et le niveau scolaire des parents.

3.6. Les autres drogues (héroïne, ecstasy...etc.)

Chez les 15-17 ans, 4% d'entre eux ont déclaré avoir pris d'autres drogues, parmi lesquelles l'héroïne qui a été consommée durant la vie chez 1,37% des élèves, l'ecstasy et les produits à inhaler (colles, autre inhalant).

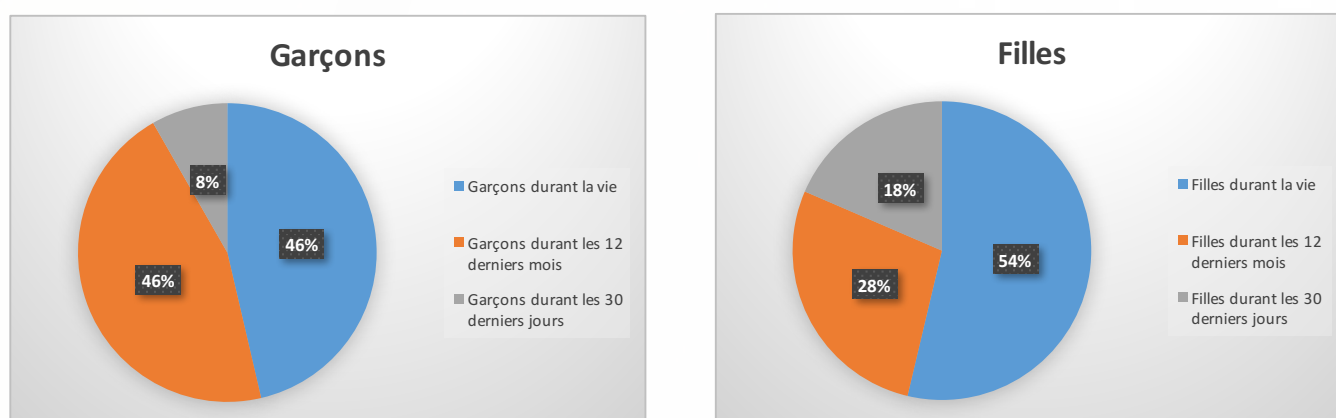


Figure 20. Prévalences de l'usage d'héroïne selon le sexe chez les 15-17 ans

«Chez les 15-17 ans, 4% d'entre eux ont déclaré avoir pris d'autres drogues, parmi lesquelles l'héroïne qui a été consommée durant la vie chez 1,37% des élèves, l'ecstasy et les produits à inhaler (colles, autre inhalant).»

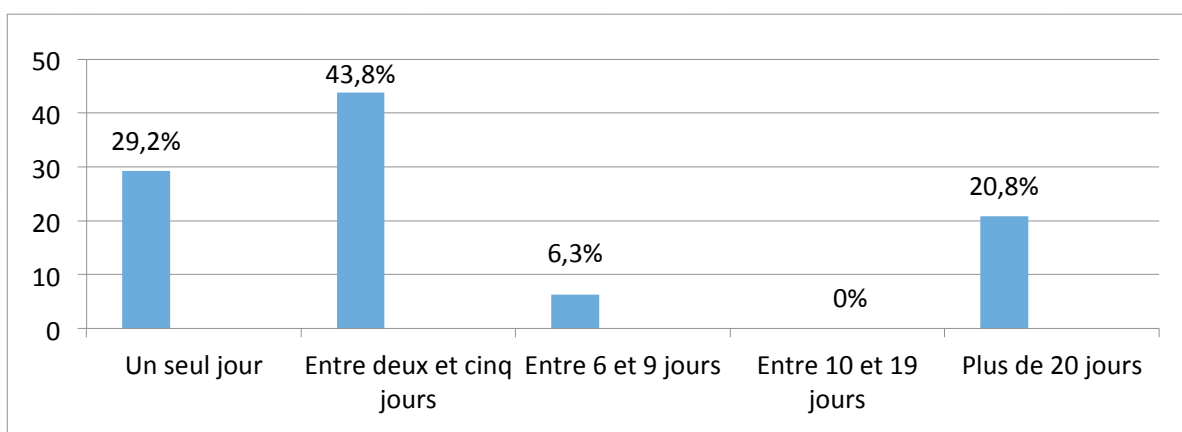


Figure 21. Quantités d'héroïne consommées durant les 30 derniers jours chez les 15-17 ans (n=20)

3.7. L'usage de plusieurs drogues

Près d'un tiers de l'ensemble des élèves interrogés (37,7%) a déclaré avoir consommé au moins une substance psycho-active durant sa vie. Parmi ces derniers, 18,9% ont expérimenté deux substances et 12,7 % trois substances. L'expérimentation de quatre substances, quant à elle, est retrouvée chez 8,6% des usagers. Enfin, 8,6% des usagers ont utilisé plus de 5 substances.

Chez les 15-17 ans, le quart des élèves interrogés (43,9%) a déclaré avoir consommé au moins une substance psycho-active durant sa vie.

4. Les âges d'initiation aux substances psycho-actives :

4.1. L'âge d'initiation au tabac

De l'ensemble des élèves, l'âge moyen du premier usage de tabac se situe autour de l'âge de 15 ans \pm 1,2. L'âge moyen d'initiation au tabac chez les 15-17 ans est aux alentours de 14,3 \pm 1,7 ans. La plupart des élèves âgés de 15 ans se sont initiés au tabac vers l'âge de 13 ans, contre 15 ans chez les élèves âgés de 17 ans.

Le tabac reste par ailleurs le produit psycho-actif dont l'expérimentation est la plus précoce chez les élèves de 15-17 ans.

«Près d'un tiers de l'ensemble des élèves interrogés (37,7%) a déclaré avoir consommé au moins une substance psycho-active durant sa vie. Chez les 15-17 ans, le quart des élèves interrogés (43,9%) a déclaré avoir consommé au moins une substance psycho-active durant sa vie.»

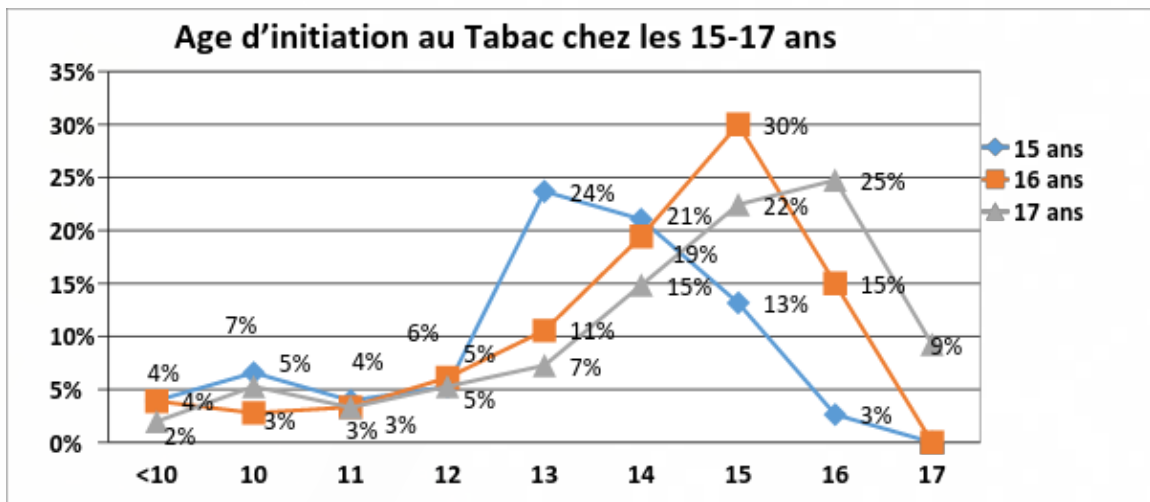


Figure 22. Age d'initiation au tabac auprès des 15-17 ans

4.2. L'âge d'initiation à l'alcool

De l'ensemble des élèves, l'âge moyen du premier usage d'alcool se situe vers l'âge de $16,3 \pm 1,1$ ans. Parmi les 15-17 ans, l'âge d'initiation est plus précoce, il est situé autour de 15 ans.

L'initiation à l'alcool est située autour de 13 ans chez les élèves âgés de 15 ans, et de 15,5 ans chez les élèves âgés de 16 ans (voir figure 23).

Les moyennes d'âges d'initiation à l'alcool sont de 12,64 pour les 15 ans, 14,83 pour les 16 ans et de 15,52 pour les 17 ans.

«Le tabac reste par ailleurs le produit psychoactif dont l'expérimentation est la plus précoce chez les élèves de 15-17 ans.»

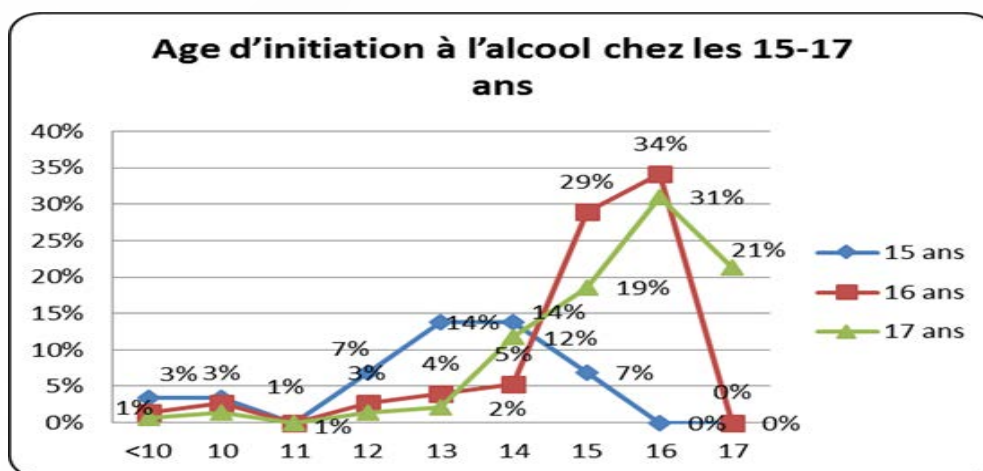


Figure 23. Age d'initiation à l'alcool auprès des 15-17 ans

4.3. L'âge d'initiation au cannabis

L'expérimentation du cannabis a lieu en moyenne vers le début de la quinzième année (15,4 ans \pm 1,4). Le premier usage du cannabis est plus précoce chez les 15-17 ans, il est situé vers le milieu de la quatorzième année (14,0 ans \pm 0,4). Comme avec le tabac et l'alcool, l'initiation au cannabis est précoce chez les plus jeunes élèves.

Les moyennes d'âges d'initiation au cannabis sont de 14,17 pour les 15 ans, 14,98 pour les 16 ans et de 15,39 pour les 17 ans.

«De l'ensemble des élèves, l'âge moyen du premier usage d'alcool se situe vers l'âge de 16,3 \pm 1,1 ans. L'initiation est située autour de 13 ans chez les élèves âgés de 15 ans, et de 15,5 ans chez les élèves âgés de 16 ans.»

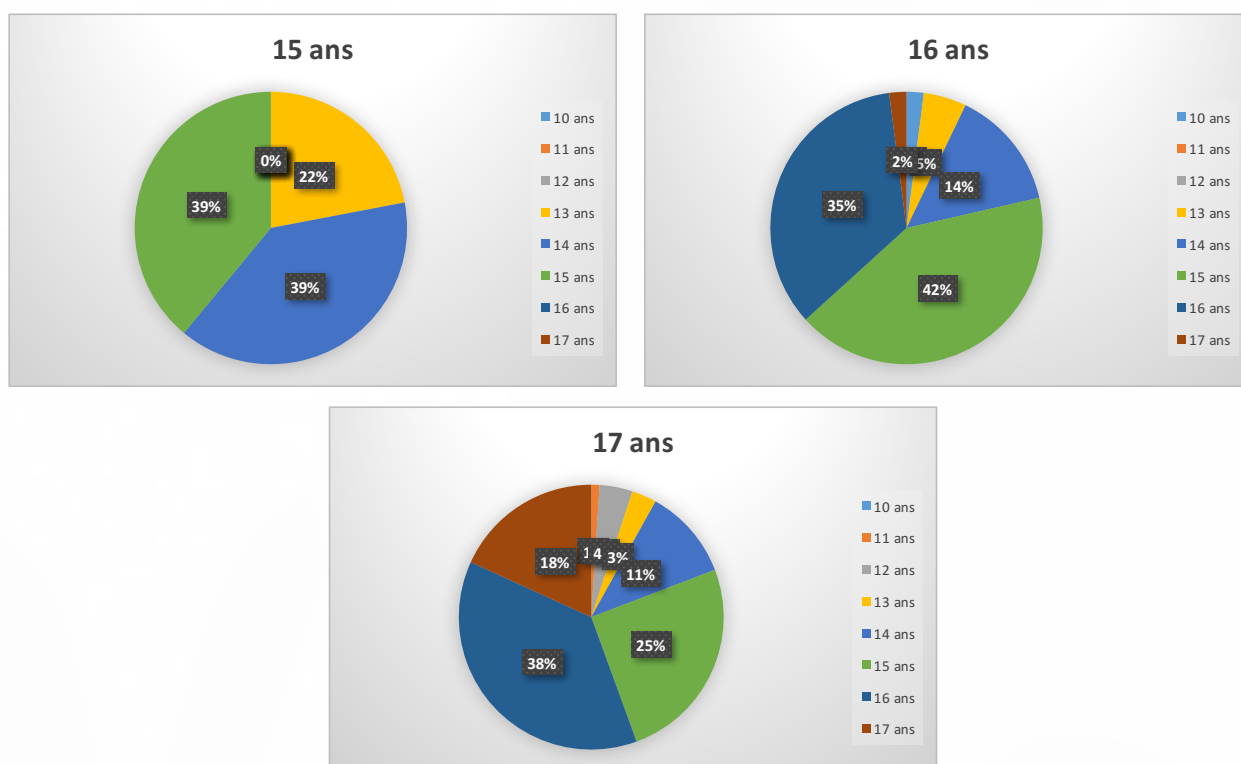


Figure 24. Age d'initiation au cannabis auprès des 15-17 ans

4.4. L'âge d'initiation aux médicaments psychotropes (tranquillisants ou somnifères) sans prescription médicale

De l'ensemble des élèves, l'âge moyen du premier usage des médicaments tranquillisants ou somnifères sans prescription médicale se situe vers l'âge de 17 ans. Cet âge est plus précoce chez les 15-17 ans, il est situé autour de 16 ans.

Il est aussi constaté le rajeunissement de l'initiation aux médicaments tranquillisants ou somnifères sans prescription médicale (voir figure 25).

Les moyennes d'âges d'initiation aux médicaments psychotropes (tranquillisants ou somnifères) sans prescription médicale sont de 13,27 pour les 15 ans, 14,53 pour les 16 ans et de 15,31 pour les 17 ans.

«L'expérimentation du cannabis a lieu en moyenne vers le début de la quinzième année (15,4 ans \pm 1,4). Le premier usage du cannabis est plus précoce chez les 15-17 ans ; il est situé vers le milieu de la quatorzième année (14,0 ans \pm 0,4).»

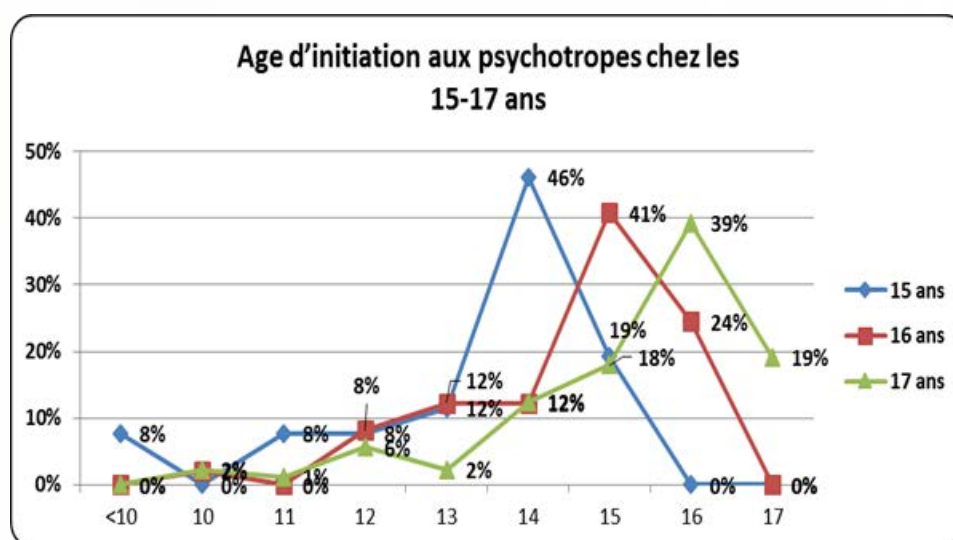


Figure 25. Age d'initiation aux médicaments psychotropes (somnifères et sédatifs) sans prescription médicale

4.5. L'âge d'initiation à la cocaïne et au crack

Les âges d'initiation à la cocaïne et au crack se situent respectivement autour de 15,2 ans \pm 1,6 et de 15,6 ans \pm 1 chez les élèves âgés de 15-17 ans.

4.6. L'âge d'initiation à l'héroïne et aux inhalants

Les âges d'initiation à l'héroïne et aux inhalants « *Silicioum, Deliou, Siraje, Kola, Essence..* » se situent respectivement autour de 15,1 ans \pm 1.6 et de 14,3 ans \pm 2 chez les élèves âgés de 15-17 ans.

« De l'ensemble des élèves, l'âge moyen du premier usage des médicaments tranquillisants ou somnifères sans prescription médicale se situe vers l'âge de 17 ans. Cet âge est plus précoce chez les 15-17 ans, il est situé autour de 16 ans. »

5. Les études de tendance : enquêtes MedSPAD 2009, 2013 et 2017

Substances		Durant la vie			12 derniers mois			30 derniers jours		
		2017	2013	2009	2017	2013	2009	2017	2013	2009
Tabac	Total	15,8%	17,0%	20,4%	9,0%	8,8%	10,7%	6,7%	6,0%	7,6%
	15-17 ans	12,4%	11,6%	18,4%	6,9%	5,4%	9,3%	4,9%	3,3%	4,3%
Alcool	Total	8,0%	8,5%	10%	4,5%	4,6%	5,8%	2,7%	4,6%	3,6%
	15-17 ans	5,9%	4,7%	7,7%	3,6%	2,3%	4,2%	2,3%	2,3%	2,5%
Cannabis	Total	8,8%	9,2%	9,3%	6,1%	5,6%	6,3%	4,5%	5,6%	4,2%
	15-17 ans	6,5%	5,0%	7,2%	4,5%	3,0%	4,6%	3,1%	3,0%	2,6%
Médicaments psychotropes (tranquillisants ou somnifères)	Total	4,6%	5,3%	4,3%	2,7%	5,6%	2,4%	2,2%	2,3%	1,7%
	15-17 ans	4,1%	4,3%	4,0%	2,3%	3,0%	2,2	2,0%	1,8%	1,3%
Cocaïne	Total	1,4%	1,3%	1,5%	0,8%	0,7%	0,9%	0,5%	1,0%	0,6%
	15-17 ans	1,3%	0,7%	1,2%	0,7%	0,4%	0,7	0,3%	1,0%	0,4%
Crack	Total	0,7%	1,3%	0,9%	0,6%	0,5%	0,5%	0,4%	0,5%	0,5%
	15-17 ans	0,6%	1,2%	0,6%	0,4%	0,4%	0,3	0,3%	0,5%	0,3%
Héroïne	Total	0,9%	1,2%	-	0,8%	0,6%	-	0,4%	0,7%	-
	15-17 ans	0,8%	0,9%	-	0,7%	0,4%	-	0,2%	0,6%	-

Tableau 18 : Evolution des chiffres de prévalences des enquêtes MedSPAD 2009, 2013 et 2017

6. Comparaison des chiffres de prévalences d'usage de substances psycho-actives durant la vie avec les pays de la rive sud de la Méditerranée (Enquêtes MedSPAD Maroc, Algérie, Tunisie, Liban)

Enquêtes Substances	Maroc MedSPAD 2017 (15-17 ans)	Algérie MedSPAD 2006 (15-16 ans)	Tunisie MedSPAD 2013 (15-17 ans)	Liban MedSPAD 2008 (12-19 ans)
Tabac	12,0%	- Garçons : 40,5% - Filles : 10,2%	22%	49,5%
Alcool	6,0%	- Garçons : 13,6% - Filles : 3,0%	6%	36,5%
Cannabis	6,0%	- Garçons : 17,0% - Filles : 1,2%	1,4%	4%
Psychotropes sans prescription médicale	4,0%	- Garçons : 14,9% - Filles : 12,6%	2,1%	-
Cocaïne	1,3%	-	0,5%	-

Tableau 19 : Comparaison des chiffres de prévalences durant la vie des enquêtes MedSPAD Maroc, Algérie, Tunisie et Liban

« Entre 2013 et 2017, il y a une recrudescence de l'usage des drogues chez les lycéens marocains. »

III. DISCUSSION

L'enquête MedSPAD Maroc 2017, troisième enquête réalisée à l'échelon national, reste d'un grand apport dans le domaine de la surveillance épidémiologique de l'usage d'alcool et de drogues en milieu scolaire marocain. La réalisation de ces enquêtes à intervalle régulier permet de mieux appréhender l'ampleur et l'évolution du problème de consommation de drogues chez les adolescents scolarisés marocains et sur certains facteurs associés.

Cette troisième enquête nationale sur la consommation de substances psycho-actives chez les élèves marocains a retrouvé des chiffres de prévalence en faveur d'un usage toujours en phase d'expérimentation.

Les chiffres de prévalences témoignent aussi d'une prédominance de l'usage chez les garçons avec une différence de préférence des substances selon le genre.

Le tabac reste la substance la plus consommée chez nos jeunes. Il est suivi du cannabis, puis de l'alcool et enfin des psychotropes chez les garçons.

Les filles utilisent plus les psychotropes que le cannabis. La cocaïne, le crack et l'héroïne restent peu consommés.

Concernant les élèves de 15-17 ans, en plus de la prédominance de l'usage de drogues chez les garçons, il existe aussi une différence des préférences des substances psycho-actives selon le sexe. Les drogues en vente libre ou les plus faciles à se procurer sont les plus consommées (tabac, alcool, cannabis et psychotropes).

La prévalence de l'usage d'au moins une drogue durant la vie était d'autant plus élevée que le niveau de bien être mental et social était plus faible aussi bien chez les filles que chez les garçons. La perception de l'accessibilité à l'alcool et à la drogue, du lieu d'acquisition et des fournisseurs de drogues par les enquêtés était significativement différente selon le genre.

La majorité des élèves a déclaré qu'il est facile de se procurer de la drogue et presque un élève sur quatre de la tranche 15-17 ans n'est pas bien informé sur l'interdiction de la consommation des drogues au Maroc. Le non-respect de la législation d'interdiction de tabac aux mineurs ainsi que sa facilité d'octroi peut facilement faire diffuser le tabac, l'alcool et les autres drogues auprès des jeunes.

Dans ce cas, le renforcement des dispositifs législatifs peut s'avérer utile. Ainsi, la mise en place des zones sans tabac et sans drogues autour des établissements scolaires, la limitation d'un âge pour l'octroi du tabac et de l'alcool avec interdiction de la vente aux mineurs de tous types de drogues peut réduire l'initiation aux substances. L'application d'une législation contre les vendeurs de tabac aux détails peut aussi limiter l'exposition précoce des jeunes.

Le non-respect de la législation d'interdiction de tabac aux mineurs ainsi que sa facilité d'octroi peut facilement faire diffuser le tabac, l'alcool et les autres drogues auprès des jeunes.

Les fournisseurs de drogues viennent dans leur majorité de l'environnement scolaire. Toutefois, le renforcement de la sécurité autour des établissements avec mise en place d'une législation sévère des fournisseurs des drogues aux élèves peut aider à limiter l'offre.

«Le tabac reste la substance la plus consommée chez nos jeunes. Il est suivi du cannabis, puis de l'alcool et enfin des psychotropes chez les garçons. Les filles utilisent plus les psychotropes que le cannabis. La cocaïne, le crack et l'héroïne restent peu consommés»

Les substances psycho-actives sont dans notre étude utilisées au stade d'expérimentation: il est nécessaire de mettre en place des moyens de prévention en milieu scolaire évitant l'évolution vers l'addiction, ou vers les complications psychiatriques ou infectieuses liées à l'usage de drogues (HIV, hépatites virales ou autres) pour cette tranche d'âge.

«Les chiffres de prévalences témoignent d'une prédominance de l'usage chez les garçons avec une différence de préférence des substances selon le genre.»

On constate déjà une légère augmentation des chiffres de prévalence entre l'enquête MedSPAD 2013 et MedSPAD 2017 et ce pour le tabac, l'alcool, le cannabis et les somnifères, auprès des 15-17 ans. Les chiffres de prévalences concernant les psychotropes

paraissent augmentés par rapport à ceux trouvés en 2009, principalement pour les filles. Ce constat est bien confirmé lors de cette enquête. Néanmoins, l'expérimentation apparaît plus précoce par rapport à l'enquête MedSPAD précédente.

La consommation de substances psycho-actives affecte les jeunes lycéens au Maroc, nos taux de prévalence restent pourtant proches de ceux retrouvés chez nos voisins algériens et tunisiens et sont beaucoup plus bas que les taux retrouvés chez les jeunes européens et américains.

L'enquête démontre qu'il existe une catégorie d'élèves non négligeable déjà concernée par un usage régulier ou problématique. Cette proportion est estimée selon les substances, entre 20 et 40% des usagers durant le dernier mois. Ainsi, la mise en place des programmes de sensibilisation des enseignants, des éducateurs et des parents à la détection précoce des premiers signes de l'usage, ainsi que la création de liens entre les espaces santé, les parents d'élèves et les centres spécialisés permettra la prise en charge précoce des élèves usagers de drogues. De même, des programmes de prévention sélectifs ou ciblés spécifiques aux élèves en situations difficiles

ou ayant un comportement à risques (échec scolaire, agressivité, instabilité, fugues, absentéisme) sont à promouvoir en milieu scolaire.

«Les substances psycho-actives sont utilisées au stade d'expérimentation: il est nécessaire de mettre en place des moyens de prévention en milieu scolaire évitant l'évolution vers l'addiction, ou vers les complications psychiatriques ou infectieuses liées à l'usage de drogues, (HIV, hépatites virales ou autres) pour cette tranche d'âge.»

Les jeunes consommateurs de substances psycho-actives ont tendance à consommer la même substance que celle consommée par les amis ou les membres de la famille.

«On constate une légère augmentation des chiffres de prévalence entre l'enquête MedSPAD 2013 et MedSPAD 2017 et ce pour le tabac, l'alcool, le cannabis et les somnifères, auprès des 15-17 ans.»

La sensibilisation spécifique des parents par rapport à la disponibilité de certaines substances psycho-actives à la maison (médicaments psychotropes, tabac, alcool et autres) et aussi à l'égard de la nécessité d'établir une relation de confiance avec le jeune adolescent, en lui permettant de communiquer de manière adéquate ses difficultés et ses émotions.

L'âge d'initiation précoce à la drogue impose l'installation de programmes de prévention et de sensibilisation pour les élèves les plus jeunes. Cet âge du premier usage est devenu plus précoce par rapport à la précédente enquête MedSPAD de 2013. La mise en place d'un programme de prévention au niveau primaire devrait mettre en valeur la promotion de la santé et de l'hygiène mentale chez les écoliers. La prévention auprès des collégiens du 1^{er} cycle cible la promotion des attitudes positives et des compétences de gestion des situations difficiles.

Certains comportements des élèves sont liés de façon statistiquement significative à la prise de drogues comme les absences de l'école, les fugues du domicile, les notes au-dessous de la moyenne et la non satisfaction de la relation avec les parents. Ces facteurs pourraient être prédictifs de prise de drogues et devraient alerter aussi bien les parents que le milieu scolaire. S'impose alors une sensibilisation spécifique des enseignants, quant à des mesures de soutien scolaire, de renforcement des compétences scolaires et de lutte contre l'absentéisme, l'échec et la stigmatisation des élèves à problème.

L'absentéisme est le signe le plus perceptible d'un début de dérive comportementale de l'élève.

La majorité des élèves a déclaré se procurer les informations sur les drogues à travers internet et les médias. Peu d'élèves ont rapporté les avoir eu à travers les programmes scolaires. La révision et le renforcement des curricula dédiés à la promotion de l'hygiène mentale et l'usage de drogues dans les programmes des collèges et lycées est indispensable permettant de donner des informations et une éducation adéquate autour des comportements à risque et de l'usage du tabac et des drogues chez les lycéens.

L'utilisation des outils électroniques dans les programmes de prévention scolaire permettrait de toucher cette jeune population en utilisant par exemple l'internet, les réseaux sociaux et les téléphones portables.

Les médias sont aussi une très bonne ressource qui permettraient de sensibiliser une plus large population en termes de drogues et leur impact sur la santé. La plus grande vigilance doit être observée par rapport aux messages qui sont donnés aux jeunes.

«L'âge d'initiation précoce à la drogue impose l'installation des programmes de prévention et de sensibilisation pour les élèves les plus jeunes.»

«Certains comportements des élèves sont liés de façon statistiquement significative à la prise de drogues comme les absences de l'école, les fugues du domicile, la note en dessous de la moyenne et la non satisfaction de la relation avec les parents.»

«Il est souhaitable de renforcer la sensibilisation spécifique des enseignants, dans le domaine de la prévention de l'usage de drogues»

Chapitre 3.

Enquête pilote sur le jeu excessif au Maroc : Principaux résultats

I) INTRODUCTION

La pratique des jeux de hasard et d'argent peut être considérée comme un choix individuel. Cette activité est influencée par des facteurs favorisant ou non la pratique du jeu, mais aussi la façon et le degré de cette pratique.

Faisons tout de suite la part des choses entre le jeu normal et le jeu pathologique, deux pratiques complètement différentes. Les récentes transformations sociales et culturelles au Maroc ont fait émerger des préoccupations de santé publique relatives aux dangers potentiels des conduites de jeux pathologiques. Certes, au Maroc, il n'existe aucune étude sur la prévalence des joueurs excessifs ou pathologiques mais le marché Marocain des jeux de hasard et d'argent global pèse plus de 8.4 milliards de Dhs, sans prendre en compte le chiffre d'affaire généré par les casinos et les jeux clandestins.

Dans sa démarche « de jeu responsable », la Marocaine des Jeux et Des Sports (MDJS), en collaboration avec l'Observatoire Marocain des Drogues et Addictions a mené une étude sur la prévalence des joueurs dits à problème (pathologiques ou excessifs). Dans un premier temps, une étude de faisabilité et de pertinence sur la prévalence du jeu a été menée à Casablanca. Par la suite, une enquête nationale va être réalisée.



«Les récentes transformations sociales et culturelles au Maroc ont fait émerger des préoccupations de santé publique relatives aux dangers potentiels des conduites de jeux.»

Les objectifs de cette étude sont multiples :

- Définir la prévalence de la population de Casablanca concernée par le jeu excessif ou pathologique ;
- Etablir une classification des différents types de joueurs à travers plusieurs filtres :
 - Selon la fréquence du jeu (régulier, occasionnel, dépensier, pathologique.....) ;
 - Selon les données sociodémographiques (Age, genre, niveau d'éducation...) ;
 - Selon la typologie des jeux pratiqués (paris sportifs, hippiques...).

II) MÉTHODOLOGIE

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude cas témoin transversale réalisée chez la population de la ville de Casablanca, comprenant deux groupes : un groupe de joueurs et un groupe témoin.

2. Période de l'étude

L'étude a été faite en Décembre 2015.

3. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusions ont été les suivants :

- Population de Casablanca intramuros ;
- Population en zone urbaine ;
- Genre : Hommes et femmes
- Age : 15 ans et plus ;
- Toutes catégories socioprofessionnelles confondues (revenu et type d'habitat).

L'échantillon se compose de 1848 personnes, et l'effectif des joueurs est de 136.

4. Outil de mesure de la prévalence

L'instrument utilisé est l'ICJE (Indice Canadien de Jeu Excessif), plus largement adopté que le SOGS.

L'ICJE est d'avantage centré sur les problèmes et conséquences liés au jeu. Il est plus graduel que le SOGS, et permet de mesurer l'intensité des critères de prévalence. Il a été prouvé, par ailleurs, que les scores de l'ICJE sont les plus proches du DSM-IV utilisé lors du diagnostic clinique.

5. Analyse statistique

L'analyse statistique a été effectuée avec le logiciel SPSS.

L'échantillon se compose de 1848 personnes, et l'effectif des joueurs est de 136.

III) PRINCIPAUX RÉSULTATS

1. Prévalence du jeu excessif

La prévalence du jeu à « problème » révèle un niveau élevé.

En effet, les 2 stades les plus exposés atteignent un score de 78% des interrogés avec près de 37% d'entre eux jugés comme joueurs excessifs.

Néanmoins, parmi les joueurs excessifs, le score est réalisé par les joueurs ayant obtenu entre 8 et 11 points qui eux même totalisent ces points essentiellement grâce aux 4 dernières propositions du test relatives à la culpabilité et le regard externe omniprésents dans la culture marocaine. Ceci explique également le faible taux de joueurs ne présentant aucun risque

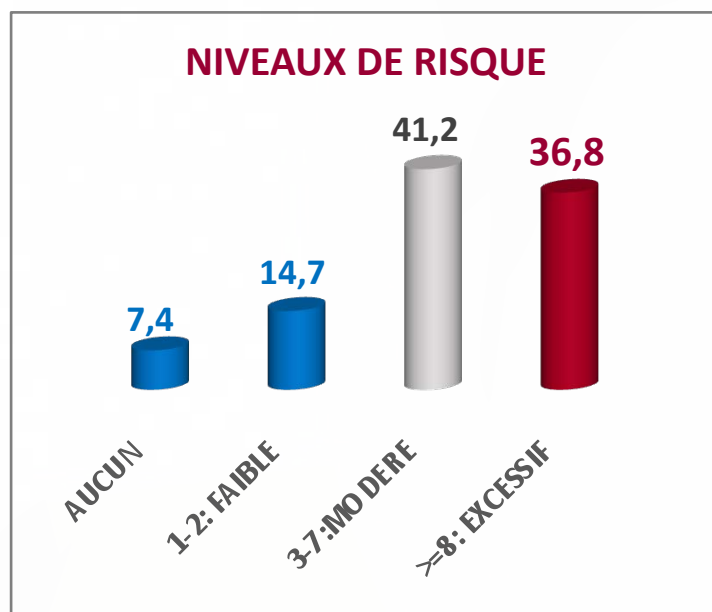


Figure 26. Niveaux de risque de jeu excessif

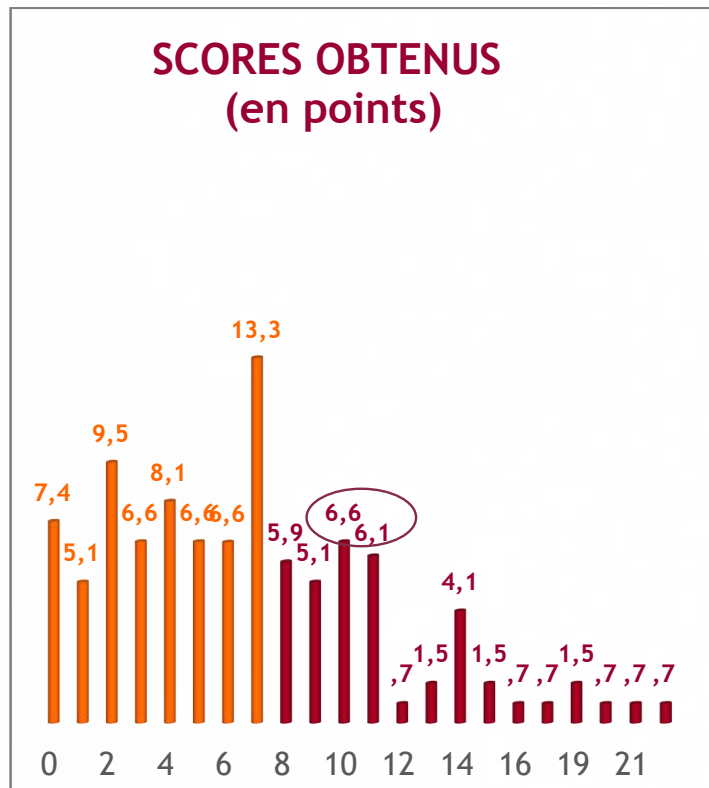


Figure 27. Scores obtenus à l'ICJE

«La prévalence du jeu à « problème » révèle un niveau élevé. Les 2 stades les plus exposés atteignent un score de 78% des interrogés avec près de 37% d'entre eux jugés comme joueurs excessifs.»

2. Niveaux de risque par tranche d'âge

La tranche d'âges qui révèlent le plus de joueurs excessifs est « 50 – 59 ans ».

Cependant, il est à signaler que l'influence de l'âge n'est pas corrélée au niveau du risque, selon les tests statistiques de corrélation.

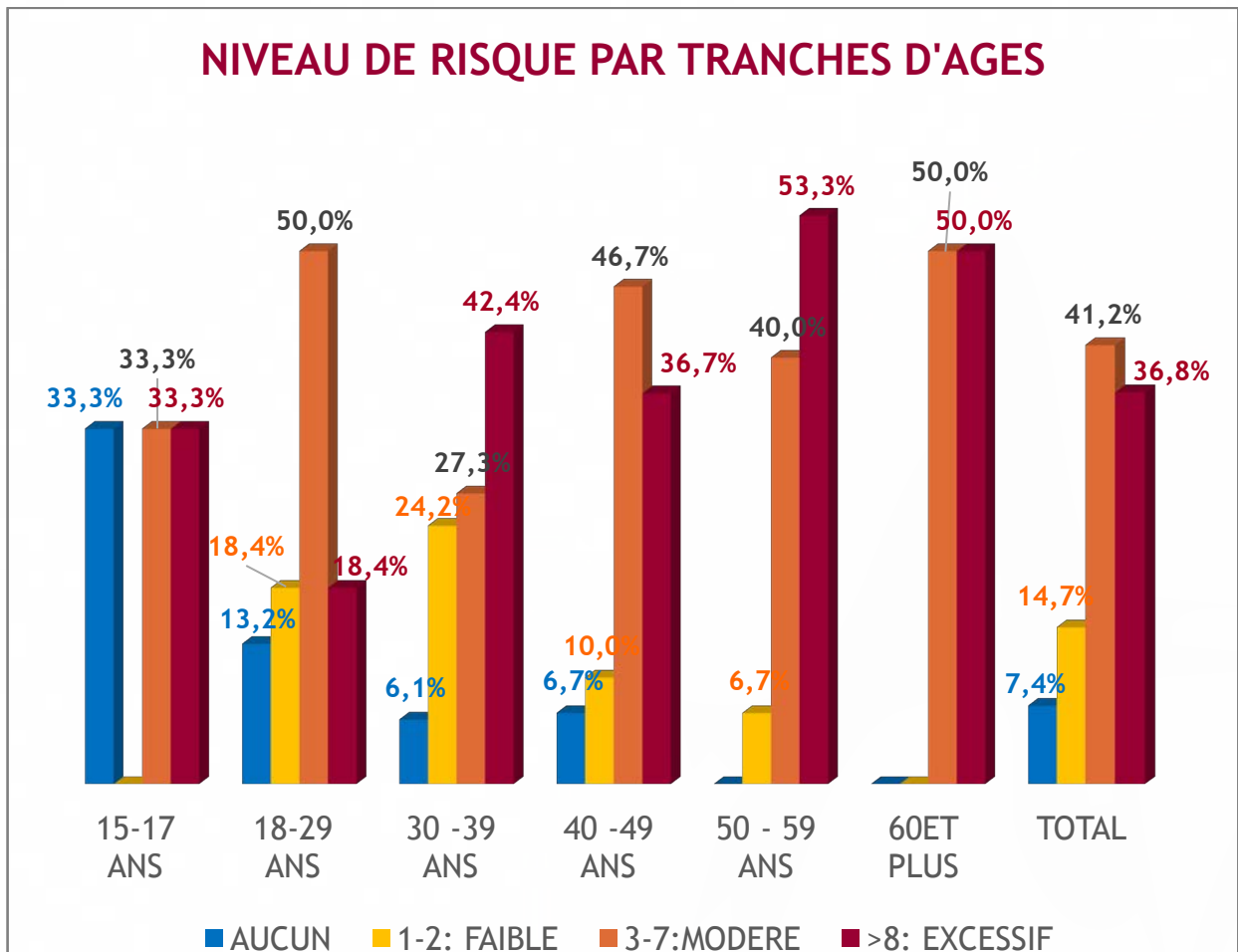


Figure 28. Niveaux de risque par tranche d'âge.

3. Profil du joueur excessif

Sur la base de l'ICJE et suite à l'analyse des scores obtenus par les joueurs excessifs et des facteurs de prévalence qui y ont contribué, mais également des mises hebdomadaires qu'ils jouent, il semble pertinent de différencier les profils au sein de cette même catégorie eu égard aux différences importantes de comportement de ces joueurs.

«La tranche d'âge qui compte le plus de joueurs excessifs est « 50 – 59 ans ».

3.1. Profil du joueur excessif :

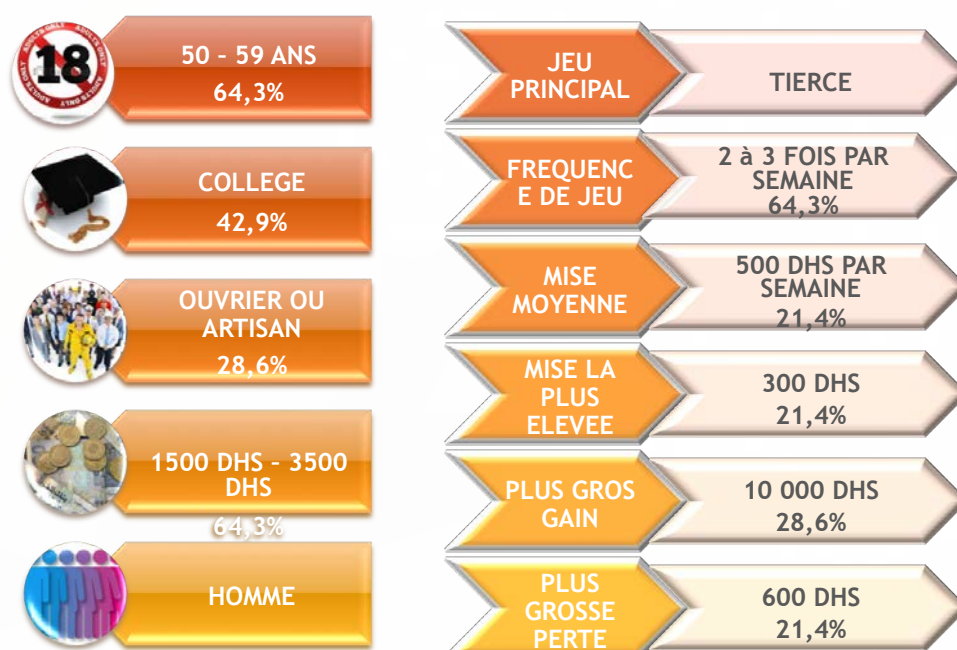


Figure 29. Profil du joueur excessif

3.2. Facteurs ICJE contribuant au score :

L'âge du 1^{er} jeu se situe entre 19 et 29 ans.

La motivation au jeu est représentée par le fait de gagner le gros lot (100%).

	LA PLUS PART DU TEMPS	PRESQUE TOUJOURS
Mise trop élevée	7,1	50
Miser + pour + d'excitation	42,9	28,6
Rejouer pour récupérer	21,4	28,6
PBS de jeu	50	7,1
Stress/angoisse	35,7	50
Critiques	42,9	14,3
PBS financiers	28,6	64,3
Culpabilité	35,7	42,9

« L'âge du 1^{er} jeu se situe entre 19 et 29 ans.
La motivation au jeu est représentée par le fait de gagner le gros lot (100%) ».

Chapitre 4

Résumé des résultats globaux

I. PRISE EN CHARGE DES TROUBLES LIÉS À L'USAGE DE DROGUES AU MAROC : INDICATEURS DE DEMANDE DE TRAITEMENT

L'indicateur de demande de traitement (appelé IDT pour Treatment Demand Indicator) lié à l'usage de drogues est l'un des cinq indicateurs épidémiologiques clés récoltés dans les pays de l'union européenne de façon à évaluer la problématique de l'usage de drogues et des assuétudes.

Le IDT est un enregistrement annuel des demandes de traitement introduites auprès des services d'aide et de soin pour un trouble liés à l'usage de drogues. Il vise à fournir une estimation annuelle du nombre, et à dresser le profil, des personnes ayant fait une telle demande de soin.

L'objectif est de pouvoir dépeindre la situation épidémiologique relative à l'usage de drogues et aux problématiques associées, et d'en suivre l'évolution dans le temps.

Actuellement en 2018, quinze centres de traitement spécifiques sont disponibles à travers le Royaume.

Dans les villes ne disposant pas de structures dédiées à l'addictologie, les hôpitaux et services de psychiatrie servent de lieux de soins, de désintoxication et de suivi pour usagers de drogues.

Les structures spécifiques de réhabilitation, quant à elles, sont pour le moment quasi-inexistantes.

Ressources humaines :

Au plan national à la fin 2016, on compte *300 personnes formées en addictologie*, (généralistes, résidents, psychiatres, autres spécialistes et psychologues cliniciens) qui ont été formés en addictologie dans le cadre des Diplômes Universitaires d'Addictologie des Facultés de Médecine et de Pharmacie de Rabat et de Casablanca.

Patients reçus en 2016 dans les structures de soins en addictologie

5250 personnes ont été reçues au moins une fois dans les centres ambulatoires au Maroc.

Plus de 9 hommes sur 10 consultants sont des hommes (92,6%).

Le nombre de patients suivis en continu durant 6 mois au moins dans les centres d'addictologie est 1134 durant l'année 2016.

Répartition de la file active selon les traitements reçus par le passé dans les Centres d'Addictologie en 2016

Concernant les patients dont les antécédents de suivi par le passé sont connus, près d'un patient sur deux (47,6%) étaient suivis par le passé.

Répartition de la file active selon l'origine de demande de consultation

Chez près de **6 consultants sur 10** durant l'année 2016 (n = 3089 ; 58,8%), l'origine de la demande de consultation émanait soit du patient lui-même soit d'une orientation par la famille, amis...etc.

Drogue principale consommée par la file active dans les Centres d'Addictologie en 2016

La grande majorité des demandes de prise en charge concernent le cannabis (n= 1743 ; 33,2%) devant les opiacés (n= 970 ; 18,4%) même si de réelles différences existent entre les différents Centres d'Addictologie.

Drogue principale	Effectif file active durant l'année 2016
Opiacés	970
Cocaïne	621
Stimulants autres que cocaïne	53
Hypnotiques et sédatifs	628
Hallucinogènes	9
Solvants volatils	198
Cannabis	1743
Autres substances	717
Non connu	311

Voie d'administration habituelle de la drogue principale consommée par la file active dans les Centres d'Addictologie en 2016

Concernant les patients dont la voie d'administration habituelle de la drogue principale est connue, près de six patients sur dix (n= 376 ; 61,67%) ont eu recours à la voie ingérée/bue durant l'année 2016.

La part des personnes reçues utilisant la voie veineuse est faible (n=10 ; 1,9%).

Existence d'un problème de poly-consommation chez la file active

Chez les patients de la file active estimée dont la typologie d'usage est connue, un peu plus de six patients sur dix (n= 493, 65,3%) ont été dans un mode de poly-consommation durant l'année 2016.

Traitements agonistes aux opiacés (TAO)

La file active des usagers de drogues sous Traitements Agonistes aux Opiacés durant l'année 2016 (fin T2) comprenait **1034 patients**.

Tests de dépistage du VIH

Plus de **neuf patients sur dix** de la file active estimée avaient un **statut sérologique inconnu** pour le **VIH durant l'année 2016 (n=4850 ; 92,3%)**.

Tests de dépistage du VHC

Seul un patient sur dix de la file active estimée (n=707 ; 13,4%) a réalisé un test de dépistage du VHC durant l'année 2016.

Prise en charge des troubles liés à l'usage de drogues

	Nombre de patients suivis en ambulatoire (au moins 5 consultations dans l'année)	Nombre de patients ayant bénéficié des activités thérapeutiques de groupe	Prise en charge des comorbidités	Appui à la réinsertion (patients ayant bénéficié d'un appui à la réinsertion sociale/familial et/ou socioprofessionnelle)
File active de patients durant 2016 (n=5250)	638	153	2054	25

Plan d'action RDR 2012/ 2016 Maroc

Le plan d'action de Réduction des Risques 2012-2016 s'est assigné pour objectifs que **90% des patients qui s'injectent des drogues (PID) puissent utiliser les services de réduction des risques (RDR) et que 60% d'entre eux puissent avoir accès au traitement agonistes aux opiacés dans tous les sites.**

II. USAGE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES AUPRÈS DES ADOLESCENTS SCOLARISÉS AU MAROC/ PRINCIPAUX RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE MEDSPAD MAROC 2017

Cette troisième enquête nationale sur la consommation de substances psycho-actives chez les élèves marocains a retrouvé des chiffres de prévalence en faveur d'un usage toujours en phase d'expérimentation.

Le tabac reste la substance la plus consommée chez nos jeunes. Il est suivi du cannabis, puis de l'alcool et enfin des psychotropes chez les garçons.

Les filles utilisent plus les psychotropes que le cannabis. La cocaïne, le crack et l'héroïne restent peu consommés.

Concernant les élèves de 15-17 ans, en plus de la prédominance de l'usage de drogues chez les garçons, il existe aussi une différence des préférences des substances psycho-actives selon le sexe. Les drogues en vente libre ou les plus faciles à se procurer sont les plus consommées (tabac, alcool, cannabis et psychotropes).

Ainsi, chez les enfants âgés de 15-17 ans, l'enquête a permis d'identifier les prévalences suivantes :

- **Durant la vie, le tabac était la substance la plus consommée** chez les élèves de 15-17 ans pour les deux sexes : 12,4% (garçons 21,7 %, filles 5,3%).
- **Chez les garçons**, la prévalence durant la vie de l'usage du cannabis était de 17,6 %, celle de l'alcool de 10,76% et les psychotropes venaient en dernier (4,8%).
- Durant la vie, les chiffres de prévalence d'usage de substances psycho-actives **chez les filles** étaient de 3,7% pour les psychotropes, de 2,2% pour l'alcool et de 1,9% pour le cannabis.

L'âge d'initiation aux substances psychoactives est précoce chez les élèves. Les absences de l'école, les fugues du domicile, une note au-dessous de la moyenne et l'insatisfaction de la relation avec les parents, sont liées de façon statistiquement significative à la prise de drogues.

L'analyse globale de l'usage de drogues chez les lycéens marocains établit un certain nombre de facteurs de risque notamment trois cruciaux :

- La facilité d'accès aux drogues, parfois vendues à proximité des établissements scolaires ;
- La perception banalisante de l'usage de drogues.
- L'absence de programmes préventifs étendus à tout le pays, constants, adaptés et évalués.

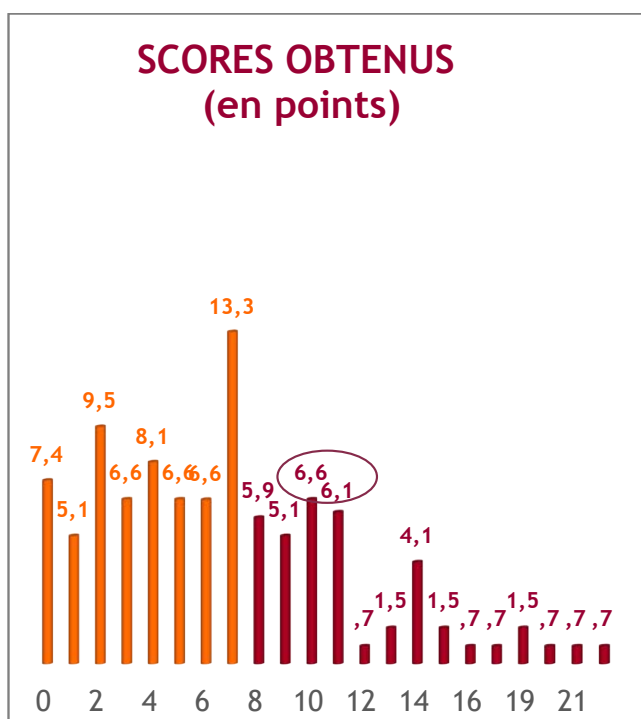
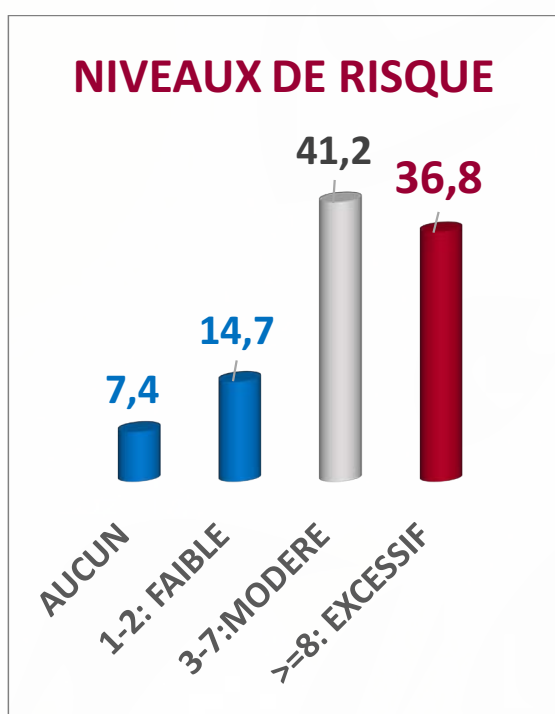
III. ENQUÊTE PILOTE SUR LE JEU EXCESSIF AU MAROC : PRINCIPAUX RÉSULTATS

L'échantillon se composait de 1848 personnes, et l'effectif des joueurs était de 136. L'instrument utilisé est l'ICJE (Indice Canadien de Jeu Excessif), plus largement adopté que le SOGS.

Prévalence du jeu excessif

La prévalence du jeu à « problème » révèle un niveau élevé.

En effet, les 2 stades les plus exposants atteignent un score de 78% des interrogés avec près de 37% d'entre eux jugés comme joueurs excessifs.

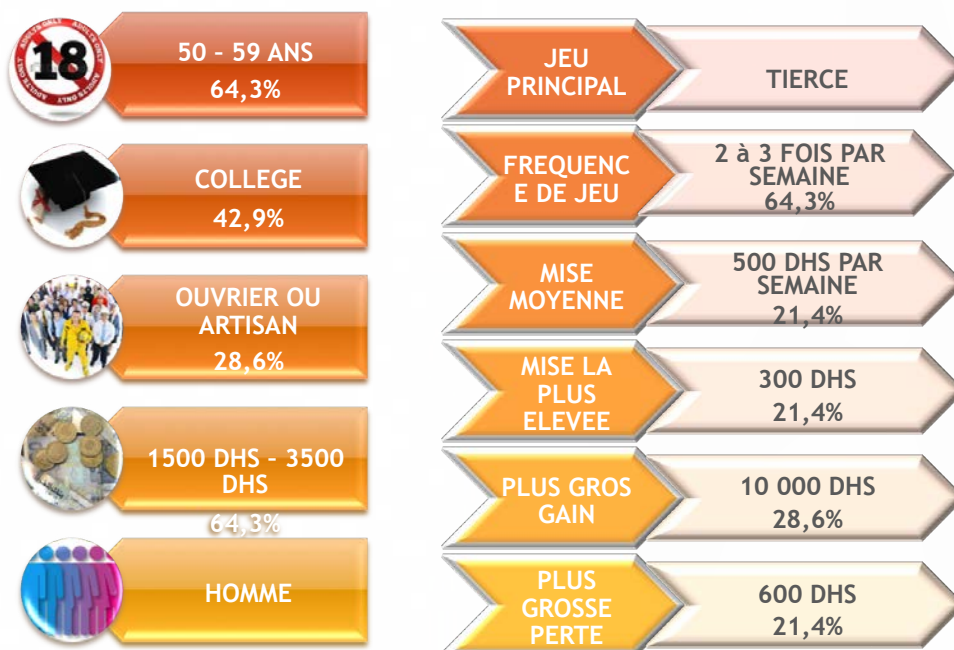


Niveaux de risque par tranche d'âge

La tranche d'âges qui révèlent le plus de joueurs excessifs est « 50 – 59 ans ».

Cependant, il est à signaler que l'influence de l'âge n'est pas corrélée au niveau du risque, selon les tests statistiques de corrélation.

Profil du joueur excessif



Facteurs ICJE contribuant au score

L'âge du 1^{er} jeu se situe entre 19 et 29 ans.

La motivation au jeu est représentée par le fait de gagner le gros lot (100%).

Chapitre 5

Recommandations

Les recommandations suivantes sont inhérentes aux prérogatives de l'OMDA. Elles visent à sensibiliser les pouvoirs publics à l'importance de l'implication dans la promotion d'une collecte de données rationnelle, utile et basée sur une méthodologie scientifique. Elle est seule capable de mieux orienter les décideurs publics vers des stratégies éclairées, pragmatiques, pertinentes, faisables, efficaces et efficientes.

I) LA COLLECTE DES DONNÉES

1. Réaliser une nouvelle enquête nationale des ménages sur l'usage de drogues. Il faut également la répéter à des intervalles réguliers. Elle est la seule capable de donner une idée sur la prévalence de l'usage sur le plan national et permettre, avec le temps, d'établir une courbe de tendance. L'évolution du phénomène demeure l'indicateur essentiel pour élaborer, modifier, et ajuster les programmes de santé publique liés à l'usage de drogues.
2. Pérenniser les enquêtes MedSPAD. Leur répétition régulière donne une idée sur la tendance de l'usage chez les 15-17 ans. Celle-ci renseigne parfaitement sur les nouvelles évolutions tant au niveau produits que comportement et attitude. L'analyse de ces enquêtes permettent l'élaboration de programmes de prévention sur mesure et adaptés. Elles aident aussi à établir des systèmes d'alerte précoce dont l'importance n'est plus à démontrer en matière de prévention et d'interventions précoces.
3. Colliger de façon régulière, systématique, et informatisée les registres d'admission dans les centres de traitement à l'échelle nationale. L'indicateur de demande de traitement renseigne de façon détaillée les caractéristiques, les comportements à risque, et les modes d'usage chez les personnes usant des drogues. Ceci permet surtout de mieux saisir les comportements des usagers et d'établir des programmes de traitement, d'accompagnements et de prévention adaptés.
4. Monter un registre national de décès liés aux drogues, soit directement par intoxication (overdose), soit indirectement par maladies, accidents, violence ou suicide. Ceci permet de disposer d'un excellent d'indicateur sur les conséquences de l'usage de drogues.
5. Monter un registre national de maladies infectieuses liées aux drogues. Il s'agit surtout du VIH, de l'hépatite C et B. Les personnes concernées sont surtout les usagers de drogues par voie injectable.
6. Conduire d'autres enquêtes spécifiques comme celles sur le jeu pathologique à l'échelle nationale, l'usage de drogues en prisons, celui en milieu psychiatrique, dans des populations à risque ou vulnérables, et autres.
7. Monter un système d'alerte précoce relatif aux nouvelles substances psychoactives (NPS).

8. Encourager les analyses toxicologiques des eaux usées des grands centres urbains.
9. Institutionnaliser cette collecte de données avec des échéanciers et des budgets programmés de façon régulière et pérenne.

Après avoir suggéré des recommandations dans le domaine de la collecte de données, en voici quelques unes relatives à la situation de l'usage de drogues dans les volets traitement, réhabilitation, prévention et formation. Il est évident que ce chapitre n'a nullement la prétention de se substituer aux recommandations du plan d'action national sur les drogues et les addictions en cours d'élaboration par le Ministère de la Santé, mais au contraire, il fournit uniquement une synthèse succincte des différents points et axes de réflexion.

II) LE TRAITEMENT

1. Améliorer la disponibilité de programmes thérapeutique par l'extension à d'autres régions du territoire national
2. Normaliser les guidelines thérapeutiques à l'échelle nationale
3. Renforcer cette disponibilité dans les régions à forte demande par la création de centres supplémentaires surtout au Nord.
4. Faciliter l'accès en instaurant la gratuité dans tous les centres y compris ceux relevant des centres universitaires (en octroyant éventuellement une subvention spéciale).
5. Diversifier la palette de soins et les programmes thérapeutiques.
6. Renforcer les programmes de réduction des risques.
7. Renforcer les programmes spécifiques pour femmes.
8. Renforcer les programmes spécifiques dans les prisons.
9. Créer des programmes spécifiques pour jeu pathologique, jeu sur internet et autres types d'addictions sans substances (comportementales).
10. Créer et renforcer les programmes de réhabilitation, y compris les programmes communautaires, ceux basés sur les familles, par le travail, dans les entreprises et autres.
11. Créer et soutenir les groupes de soutien en les adaptant aux spécificités culturelles.
12. Soutenir les programmes thérapeutiques communautaires et renforcer l'implication de la société civile dans ce domaine tout en soutenant la formation scientifique des intervenants.
13. Créer des programmes thérapeutiques pour usage de drogues et comorbidité diagnostique dans les milieux psychiatriques.

III) LA RÉHABILITATION

1. Créer le cadre légal et réglementaire concernant la réinsertion par le travail pour les usagers de drogues en partenariat avec le secteur privé
2. Créer des programmes d'insertion professionnelle et de réhabilitation pour usagers de drogues dans toutes les régions du pays.
3. Offrir des programmes de réhabilitation basés sur la famille et la communauté.
4. Légiférer sur les quotas d'offres d'emploi pour usagers ou ex-usagers de drogues dans les entreprises publiques et privées.
5. Permettre aux usagers de drogues d'accéder à la formation professionnelle dans les instituts de formation spécialisés.

IV) LA RÉDUCTION DES RISQUES (RDR)

1. Normaliser les programmes de RdR à l'échelle nationale selon les standards scientifiques internationaux.
2. Soutenir les programmes actuels de traitement par les agonistes aux opioïdes (TAO), utilisant la méthadone, par la création d'autres programmes de proximité surtout dans le Nord du pays.
3. Introduire au plus vite la buprénorphine et assurer sa disponibilité et son accessibilité à tous.
4. Assurer des soins de qualité à travers des services à vocation médico-psycho-sociale équilibrée.
5. Renforcer la formation des professionnels dans le domaine des techniques psychothérapeutiques et des interventions thérapeutiques diverses.
6. Soutenir les programmes d'échange de seringues et autres.
7. Étendre les interventions de RdR aux prisons et autres populations à risques accrus.
8. Soutenir les associations œuvrant dans ce domaine en assurant une formation ciblée.

V) LA PRÉVENTION

1. Faire de la prévention l'axe majeur du plan d'action national sur les drogues et les addictions.
2. Elaborer un guide national spécifique sur la prévention des drogues et addictions au Maroc.
3. Investir dans des programmes de prévention universelle, sélective et indicative, adaptés à notre culture et taillés sur mesure en fonction des populations cibles.
4. Encadrer et soutenir la formation des intervenants dans le domaine associatif.
5. Intensifier les efforts de prévention dans les écoles et les lycées.
6. Créer des programmes pour addictions sans substances, surtout le jeu pathologique.
7. Créer des programmes de prévention sur le lieu de travail.
8. Créer des programmes de prévention à l'intérieur des prisons.
9. Evaluer et ajuster les programmes de prévention.

VI) LA FORMATION

1. Soutenir les formations diplômantes : académiques à travers d'autres diplômes universitaires ou autres par le biais de certificats spécifiques.
2. Ouvrir des formations courtes à d'autres intervenants notamment dans le milieu associatif.
3. Renforcer les curricula d'enseignement sur les addictions dans les facultés de médecine, les facultés des lettres (filiale de psychologie), et les instituts de formation (pour les infirmiers spécialisés).

VII) LA LOI

L'addiction est une condition médicale chronique avec rechutes fréquentes. Cette maladie, car il s'agit bien d'une maladie du cerveau, affecte des milliers de marocains qui se trouvent sous son emprise et donc incapables d'arrêter la consommation. Le meilleur exemple pour illustrer cette impuissance devant la drogue est celui du tabac. Six millions de décès par an dans le Monde et pourtant il est extrêmement difficile pour les fumeurs d'arrêter malgré les conséquences sanitaires extrêmement néfastes.

La loi actuellement en vigueur au Maroc ne répond plus à la réalité du terrain. Les appréhensions de personnes mineurs en possession de petites quantités de drogues, l'instruction de leurs cas, les procédures judiciaires y afférentes, et leur détention coûtent énormément à l'état sans forcément aboutir à des résultats probants. Ceux qui consomment continuent à le faire même après leur sortie de prison. Pire, pour une jeune, faire de la prison est la principale de rupture sociale, scolaire, académique, professionnelle et communautaire. Pire, un jeune atterrit en prison pour quelques grammes de cannabis en poche et - quelques mois et des dépenses considérables par le système judiciaire plus tard - il en ressort en situation de déviance avec tous les risques que cela comporte. Il est temps de revoir la loi et réfléchir à une dépénalisation de la possession à usage personnel de petites quantités de cannabis.

Dans ce sens, la revue et ou la refonte du Dahir du 21 Mai 1974 est à envisager.

Un jeune atterrit en prison pour quelques grammes de cannabis en poche et - quelques mois et des dépenses considérables par le système judiciaire plus tard - il en ressort en situation de déviance avec tous les risques que cela comporte.

Le volet « offre »

Le présent chapitre traite de quelques aspects relatifs au trafic, à la criminalité associée et à la disponibilité des drogues. Il ne s'agit pas de donner une vue exhaustive de la situation mais de donner aux politiques une idée globale sur la situation de l'offre au Maroc. Le rapport se veut fidèle au contenu et à la forme des données relayées par les différents départements sollicités.

Le trafic

I. LUTTE CONTRE LES CULTURES ILLICITES DU CANNABIS

1. Une lutte progressive des superficies cultivées

Depuis 2003, année de la réalisation de la première enquête socioéconomique sur la culture du cannabis en collaboration avec l'Office des Nations Unies Contre la Drogue et le Crime (ONUDC), le Maroc n'a cessé de diversifier les actions de lutte contre les cultures de cannabis au niveau de ces zones dans l'objectif de réduire progressivement les superficies cultivées.

Aussi, et dans la lignée des objectifs de la stratégie de la réduction de l'offre de drogues, les autorités marocaines ont poursuivi leur lutte mobilisant d'importants moyens matériels et humains, ce qui a abouti jusqu'à présent à une réduction des superficies cultivées en cannabis de plus de 65%. A rappeler dans ce cadre que plus de 1147 hectares ont été éradiquées en 2015.

2. L'approche de développement

Le Maroc ne cesse d'intégrer l'approche participative et le développement alternatif intégré comme étant des clés fondamentales de notre stratégie de lutte contre ce fléau, notamment à travers la promotion des activités génératrices de revenu et de développement économique et social des zones touchées.

Le développement alternatif : un pilier fondamental de la stratégie du Maroc de lutte contre le cannabis :

Parallèlement aux actions d'éradication des cultures illicites au niveau des Provinces concernées, les Autorités Publiques sont conscientes de l'importance de la mise en œuvre des programmes du développement alternatif en tant qu'impératif permanent de la stratégie de lutte adoptée dans ce domaine.

Dans le cadre d'une vision d'ensemble, le Maroc ne cesse de concrétiser des actions de développement multidimensionnelles à moyen et long terme, notamment à travers la mise en place de projets structurants de l'état tels que le développement des infrastructures des régions du Nord, le plan Maroc Vert 2022 et les projets pilotés par l'Initiative Nationale du Développement Humain (INDH).

La mise en place d'une Convention cadre de développement intégré

Dans la continuité de sa politique volontariste de lutte contre le cannabis, le gouvernement marocain a décidé en 2009, de consolider ses acquis dans le cadre d'un programme de développement intégré des provinces concernées par les cultures illicites du cannabis.

Cette démarche est novatrice dans le sens où il ne s'agit pas d'un simple programme de mise à niveau ou d'éradication mais d'une approche globale et coordonnée plaçant les populations et le traitement de la culture du cannabis au cœur de la problématique.

Ce programme est le fruit d'une convention cadre multipartite réunissant plusieurs partenaires et concernant 94 communes rurales (dont 74 étaient prioritaires).

La mise en œuvre de la convention est axée sur 4 piliers fondamentaux à savoir :

Domaine n°1 : Développement des actions productives et développement de cultures alternatives à forte valeur ajoutée à travers :

- Le développement et la promotion des activités génératrices de revenus.
- La création des unités de valorisation de produits de terroir ;
- L'intensification des productions animales et amélioration du pastoralisme ;
- La mise en place de périmètre irrigués et petites et moyennes hydrauliques ;
- L'Amélioration de l'employabilité par le biais de la formation professionnelle
- L'offre d'emploi par la création des journées de travail ... ;

Domaine n°2 : Renforcement des infrastructures et désenclavement des zones rurales ciblées à travers :

- La mise en place des programmes de désenclavement des zones concernées ;
- La construction et aménagement des routes rurales ;
- La construction des ouvrages d'art et des ouvrages de franchissement ;
- La construction et aménagement des ouvrages hydrauliques ;
- L'amélioration de l'accès à l'eau potable et à l'électrification ;
- La mise en place d'infrastructure et des équipements de base ;
- La mise à niveau des centres urbains
- L'élaboration et actualisation des documents d'urbanisme ;
- L'amélioration de l'offre du logement social au profit des populations concernées.

Domaine n°3 : Amélioration des services aux populations et renforcement des actions de développement à travers :

- La promotion des actions de développement social et humain ;
- Le renforcement de l'accès aux services sociaux de base ;
- L'aménagement et équipement des établissements sanitaires
- L'acquisition d'ambulance et de minibus pour le transport scolaire ;
- La création et mise à niveau des centres d'accueil aux profits des femmes et des jeunes au milieu rural ;
- L'aménagement et construction d'espace de récréation culturelle et sportive ;
- L'animation socioculturelle et sportive ;
- Le renforcement des capacités locales de gestion et de développement

Domaine n°4 : La mise en place des actions de protection de l'environnement à travers :

- La réhabilitation et reconstruction des espaces forestiers ;
- L'entretien et ouverture des chemins forestiers ;
- La sécurisation de l'assiette foncière du domaine forestier ;
- La protection de la biodiversité.

Aussi, les efforts engagés par le Maroc dans le domaine de la réduction de l'offre restent encore pénalisés par des contraintes géostratégiques liées à la forte demande du cannabis en Europe et à l'augmentation du courant de la dépénalisation au niveau de plusieurs pays de ce continent.

II. LES EFFORTS DE LUTTE CONTRE LES RÉSEAUX DE TRAFIC

Le Maroc continue à redoubler l'effort pour faire face à ces menaces qui ne cesse de s'accroître. Des mesures importantes ont été initialisées pour l'optimisation de la surveillance des frontières terrestres, maritimes et aérienne et le renforcement des capacités des services de sécurité sur le plan opérationnel. Cette politique de verrouillage renforcé constitue une ligne de défense avancée par rapport aux nouveaux itinéraires du trafic international de drogues via l'Afrique.

- **Evolution des saisies par type de drogue 2010-2016**

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016 jusqu'au 29 décembre
Chira (tonnes)	118,168	125,674	137,335	100,8	155	234	229
Kif (tonnes)	186,633	138,46	154,4	219,32	221	313	276
Cocaïne(Kg)	58.46	57.093	23.53	14.44	632	122	1616
Héroïne (kg)	4.85	2.006	9.72	3.17	7.3	4.09	15.4
Psychotropes (unités)	105940	60917	71172	450357	298871	267020	960899

- La résine du cannabis

Le trafic de résine du cannabis se fait par voie maritime, aérienne et terrestre. Aussi, selon les investigations, le trafic par voie maritime est considéré depuis plusieurs années comme étant un modus privilégié pour ce type de trafic.

Les postes frontières les plus empruntés sont les ports maritimes de Tanger, Casablanca, Agadir, Nador et le poste frontière de Bab- Sebta et Béni-nsar.

Depuis 2009, une autre tendance du trafic international de la résine du cannabis s'est évoluée notamment via les frontières Est et Sud du pays. Aussi, la situation sécuritaire des Etats sahélo-sahariens et quelques pays du Maghreb constitue un catalyseur pour l'évolution du trafic de drogue via ces pays.

- Le trafic de la cocaïne

Durant ces dernières années, le Maroc se trouve de plus en plus confronté aux organisations criminelles dédiées au trafic de cocaïne. Des réseaux de trafic à ramifications internationales utilisent désormais l'Afrique comme plateforme centrale de transit et de trafic, dont le Maroc est désormais l'une des principales victimes notamment, après l'ouverture de la ligne commerciale aérienne reliant le Maroc et le Brésil.

En 2014 les quantités de cocaïne saisies ont atteint le pic avec plus de 632 kg. Depuis cette date, des actions importantes ont été prises au niveau de l'aéroport international de Casablanca pour contrecarrer les réseaux de trafic intercontinental de cocaïne via notre pays.

Si en 2015 on a enregistré une diminution des quantités saisies, l'année 2016 correspond à un record de plus de 1616 kg notamment après le démantèlement d'un grand réseau du trafic international de la cocaïne par voie maritime au niveau des zones sud du pays.

En 2017, c'est 2.5 tonnes de cocaïne qui ont été saisies au Maroc, une saisie record.

- Le trafic d'héroïne

Les saisies d'héroïne sont assez réduites par rapport à la cocaïne. Le marché national n'est généralement approvisionné par des quantités provenant principalement des pays d'Europe occidentale, en empruntant notamment le circuit de la contrebande à travers les postes frontières Nord du Maroc.

- Le trafic des psychotropes

Le Maroc est également très préoccupé des dangers que représentent le trafic et la consommation des comprimés psychotropes sur la santé, la sécurité et la stabilité sociale. Plus de 90% des médicaments psychotropes saisies concernent le « Rivotril » qui est suspendu du marché national depuis 2008. Le marché illicite national des substances psychotropes reste essentiellement alimenté à partir des frontières Est du pays.

Quant à la stratégie de l'Administration des Douanes et Impôts Indirects (ADII) en matière de lutte anti drogue, elle s'inscrit parfaitement dans les axes tracés par la stratégie nationale, ayant trait aux actions sectorielles liées au contrôle et à la réduction de l'offre. Elle revêt plusieurs aspects qui s'articulent autour d'un compromis entre la fluidité des opérations de dédouanement et l'efficacité des actions de contrôle.

Pour ce faire, des actions, aussi bien stratégiques qu'opérationnelles, sont menées avec une dynamique qui tient compte de l'évolution des modes opératoires et de l'environnement de la fraude en général. Parmi ces actions on recense :

- L'intégration du risque afférent au trafic de stupéfiants dans le système d'analyse du risque de l'Administration, aussi bien à l'importation qu'à l'exportation ;
- La mise en place d'unités dédiées spécialement à la lutte contre le trafic illicite de drogues au niveau des principaux ports du Royaume. Ces unités opèrent en étroite collaboration avec les éléments de la Police ;
- Le recours de plus en plus aux moyens d'inspection non intrusifs (Scanners) pour détecter les produits stupéfiants dans les conteneurs et les ensembles routiers au départ et à l'arrivée des plateformes portuaires nationales, ainsi qu'au niveau du poste frontalier avec la Mauritanie (Guergarate) ;
- Le renforcement du contrôle au niveau des aéroports pour contrecarrer le trafic international de drogues dures en provenance notamment des pays d'Afrique de l'Ouest et d'Amérique Latine ;
- Le renforcement et la dynamisation de l'échange de renseignements au niveau national (Autres Corps de sécurité) et au niveau international (OMD-CEN, Interpol, ONUDC, ...) ;
- La participation à des opérations de contrôle conjoint, organisées à l'échelle internationale par certaines organisations mondiales concernées (OMD, Interpol, ONUDC...)

Sur le plan opérationnel, plusieurs mesures ont été prises pour le renforcement de la lutte contre le trafic illicite de stupéfiants notamment à travers :

- La coordination avec les services de sécurité par la réussite des opérations de livraison surveillée au niveau des postes frontaliers nationaux ;
- Le renforcement des capacités en matière d'investigation et de recherche de stupéfiants notamment, à travers les nouvelles technologies de détection et l'échange d'expériences entre services opérationnels nationaux et internationaux.

Ces mesures ont permis de générer un impact positif certain sur l'activité de lutte contre le trafic illicite de produits stupéfiants grâce à leur effet dissuasif comme en témoignent les quantités saisies durant l'année écoulée enregistrant une hausse de 56,08 %.

	Année 2014	Année 2015	Variation en %
Quantité de stupéfiants saisis (Tonnes)	37,8	59	56,08

*Tableau des saisies de produits stupéfiants
durant les années 2014 et 2015*

LUTTE CONTRE L'USAGE ABUSIF ET LE TRAFIC ILLICITE DE STUPÉFIANTS

L'action des services de police, axée essentiellement sur l'initiative des entités et personnel engagés dans ce domaine, a permis d'enregistrer 70.816 affaires en 2015, contre 66.142 en 2014, soit une progression de 4.674 affaires (+7%).

Cette action est d'autant plus significative au niveau des saisies de drogues, notamment les amphétamines et les substances psychotropes, tel qu'indiqué dans le tableau ci-après :

L'action des services de police, axée essentiellement sur l'initiative des entités et personnel engagés dans ce domaine , a permis d'enregistrer 70.816 affaires en 2015, contre 66.142 en 2014, soit une progression de 4.674 affaires (+7%).

Cette action est d'autant plus significative au niveau des saisies de drogues, notamment les amphétamines et les substances psychotropes, tel qu'indiqué dans le tableau ci-après :

Type de drogue	Quantité saisies
Résine de cannabis (Chira)	60 tonnes 497 Kgs 80 Grs
Cocaïne	121 Kgs 662 Grs
Héroïne	2Kgs 914 Grs
Les amphétamines « Ecstasy »	12.505 cachets
Produits psychotropes	247.647 Unités

Dans ce cadre, 85.248 individus, dont 281 étrangers ont été déférés devant la justice.

Promotion du droit et à la prise en charge de la douleur

Dans le contexte national marqué par une réforme de la constitution, qui reconnaît le droit aux soins pour tout citoyen marocain dans son article 31, le Maroc poursuit et consolide son engagement de respect des droits humains tels qu'ils sont reconnus par les pactes et conventions internationaux.

L'approche « droits à la santé » est intégrée dans la législation sanitaire et les programmes du Ministère de la Santé à travers la création de centres régionaux d'oncologie et d'unités de soins palliatifs, la refonte de la réglementation des prix des médicaments dans l'approche « disponibilité/accessibilité ».

Promotion de la disponibilité et de l'accessibilité

En application des résolutions afférentes à la disponibilité des opiacés et au programme d'accès aux médicaments sous contrôle de l'OMS : « Assurer l'équilibre dans les politiques nationales relatives aux substances sous contrôle-Orientation pour la disponibilité et l'accessibilité des médicaments sous contrôle », le Ministère de la Santé a poursuivi ses actions visant :

- La continuité de l'effort de sensibilisation, d'information et d'accompagnement des médecins sur la nécessité de disposer de l'outil de prescription des stupéfiants nécessaires à la prise en charge de la douleur et à sa promotion en tant que droit ;
- L'élargissement de l'arsenal thérapeutique destiné au traitement de la douleur et aux soins palliatifs avec les enregistrements d'autres stupéfiants, sous différentes présentations et dosages : Oxycodones, ainsi que l'introduction de nouvelles formes pharmaceutiques et dosages de la Buprénorphine ;
- L'accessibilité financière en procédant à la révision à la baisse des médicaments stupéfiants (opioïdes), allant jusqu'à 18,16%.

La criminalité associée

Dans le cadre de ses attributions statutaires, la Direction Générale de la Sûreté Nationale met à contribution toutes les ressources humaines, logistiques et matérielles mises à sa disposition pour juguler le fléau de la criminalité et lutter contre les trafiquants de drogues et des comprimés psychotropes.

Dans ce sens, la DGSN ne se contente pas de la simple approche répressive mais consolide son action visant le renforcement de la sécurité, de la santé et du bien être des citoyens par l'implication des différents intervenants (institutionnels et acteurs de la société civile), et ce, dans le cadre de sa stratégie d'ouverture axée sur la coproduction de la sécurité.

Cette stratégie demeure en parfaite cohérence avec la stratégie nationale de lutte anti-drogue mise en place par le Royaume, ainsi qu'avec les politiques générales adoptées en la matière par la communauté internationale.

ANALYSE DE TENDANCE

L'année 2015, a été marquée, à l'instar de l'année 2014, par la tendance de l'usage du mode opératoire « *In-corpore* » *, dans le trafic international de résine de cannabis, généralement associé à la technique dite « balle de chasse »**.

En 2014, 84 personnes ont été interpellées en possession de 213Kgs 865 Gr de résine de cannabis sous forme de capsules. En 2015, 55 personnes ont été interpellées en possession de 261 Kg 154 Gr de résine de cannabis.

S'agissant de la cocaïne, le Maroc se trouve de plus en plus confronté aux organisations criminelles dédiées au trafic de ce genre de drogue, classée deuxième parmi les produits stupéfiants en circulations illégale sur le marché national, après la résine de cannabis.

Au niveau de l'aéroport International Mohammed V, 100 Kg 134 Gr de cocaïne ont été saisis, avec l'arrestation de 32 individus, contre 313 Kg 662 Gr de cocaïne, et 100 individus arrêtés en 2014.

Néanmoins, il semble que les cartels de cocaïne privilégient toujours la voie maritime pour expédier des grandes cargaisons de ladite drogue.

Cette tendance se confirme par le démantèlement, en 2014, par le SPPJ Marrakech, d'un réseau dédié au trafic international de cocaïne et de résine de cannabis, L'enquête a révélé que la quantité de 226 Kg de cocaïne saisie, entre autres, dans cette affaire, a été acheminée depuis l'Amérique Latine en transitant par Las Palmas, avant d'être introduite illégalement au Maroc après son transbordement en haute mer.

A signaler que dans ce genre de trafic, l'on constate l'implication de subsahariens. 28 individus ont été arrêtés en 2015, possession de 591gr de cocaïne, contre 41 subsahariens interpellés en 2014, en possession de 4Kg 496 Gr de la même drogue.

S'agissant de l'héroïne, 02Kgs 914 Gr ont été saisis, contre 07kgs 29Grs en 2014. Ce genre de drogue qui ne semble pas être très prisé par les toxicomanes, circule particulièrement dans le nord du pays, notamment à Tanger et à Tétouan.

* *Ingurgiter par voie orale des capsules contenant de petites quantités de drogues.*

***Consiste à envoyer 06 ou 07 convoyeurs de drogues dures, ne se connaissant pas entre eux, (système de cloisonnement) à bord d'un même avion pour augmenter les chances de réussite d'une opération.*

Quant aux amphétamines de type Ecstasy, 12.505 cachets ont été saisis en 2015, contre 8426 en 2014, soit une progression de 48%. Les principales saisies ont été opérées à Casablanca, Oujda, Marrakech et Tanger.

Les substances Psychotropes continuent à constituer un défi majeur, en raison non seulement de l'impact sur la santé publique, mais également sur la criminalité violente. Dans ce cadre, 247.647 Unités ont été saisies en 2015.

En s'appuyant sur l'analyse des affaires traitées, il est à noter que le marché illicite national des substances psychotropes reste essentiellement alimenté à partir du territoire algérien, et dans une moindre mesure par son détournement du circuit légal.

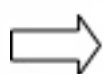
La région orientale du Royaume demeure toujours la plaque tournante de ce trafic, dans la mesure où elle abrite les réseaux intermédiaires entre les fournisseurs établis en Algérie et les distributeurs au niveau du territoire national.

LUTTE CONTRE LE TRAFIC ILLICITE ET L'USAGE ABUSIF DE DROGUE AUX ESPACES ENVIRONNANT LES ETABLISSEMENTS SCOLAIRES

A partir de l'année scolaire 2007/2008 (19 mars 2008), la sûreté Nationale a mis en place un dispositif sécuritaire approprié, traduisant concrètement sa volonté à renforcer la sécurité et à assainir les espaces environnant les établissements scolaires et universitaires.

Depuis lors, et au début de chaque rentrée scolaire, la DGSN redynamise et optimise sa stratégie afin de lutter efficacement contre la prolifération des actes d'incivilités et de délinquances aux abords immédiats des établissements scolaires et universitaires.

Aussi, le bilan annuel reflétant l'action répressive de ce dispositif, au titre de l'année scolaire 2015/2016 (période allant du 15 Septembre 2015 jusqu'au 30 Juin 2016) se présente comme suit :



Le nombre global des affaires traitées a connu une stabilisation, soit 2.876 affaires contre 2.868 au cours de l'année scolaire précédente, comme détaillé dans le tableau ci-après :

	Année scolaire 2014/2015	Année scolaire 2015/2016	Fluctuation en nombre
Total des affaires traitées :	2.868	2.867	- 01
Liées au trafic et à l'usage de drogue :	991	1.056	+ 65
Liées aux autres types d'infractions :	1.877	1.811	- 66



L'action policière en matière des saisies de drogues, se présente comme suit :

Types de drogues	Année scolaire 2014/2015	Année scolaire 2015/2016
Résine de cannabis (Chira)	03 Kg 180 Gr	07 Kg 065 Gr
Cannabis en feuilles (Kif)	06 Kg 247 Gr	03 Kg 830 Gr
Substances psychotropes	262 Unités	147 Unité
Maâjoune	05 Kg 534 Gr	439 Gr
Cocaïne	-----	-----
Héroïne	59 doses	09 doses

L'action répressive menée dans ce cadre, a permis l'arrestation et la présentation à la justice de 3.128 personnes.

Conclusions

Au moment où le Monde continue à connaître un usage de drogues de plus en plus important, des prévalences et des nombres globaux d'usagers en constante augmentation, il est impératif que le Maroc puisse se doter des moyens humains et matériels à même d'en minimiser l'impact sur sa société, sa santé et son économie.

Le présent rapport est le parfait exemple de cet effort. La collecte de données est importante et cruciale pour toute politique de santé publique sérieuse.

Il est clair que le Maroc continuera à être exposé au phénomène de l'usage de drogues. Sa population jeune et ses caractéristiques géographiques, économiques, politiques, culturelles et sociétales sont autant de facteurs de risque à considérer.

Ainsi, la position géographique sur les routes du trafic international, la proximité avec l'Europe, l'importante mobilité de populations qu'il connaît à travers la migration et le tourisme (flux Sud-Nord, Nord-Sud et Sud-Sud), la production du cannabis non encore tarie et en constante mutation, sont autant de facteurs de risques pour le pays.

Le pauvre investissement dans le domaine de la prévention est un frein majeur à la réduction de la prévalence de l'usage de drogues dans le pays. Le manque d'engagement de la société civile dans la prévention est aussi à regretter.

La lutte contre l'usage du tabac doit être au centre de la politique de santé publique relative à la prévention de l'usage de drogues. Une volonté politique claire est seule garante de la réussite de la politique anti-tabac. Une certitude épidémiologique, la prévention soutenue de l'usage du tabac implique forcément une prévention indirecte de l'usage d'autres drogues. Il est grand temps de combattre la vente libre aux jeunes du tabac, d'en augmenter le prix de façon draconienne, de contrôler le marché noir et de dynamiser la prévention anti-tabac tout-azimut.

Le Monde change également avec l'introduction de politiques de légalisation du cannabis à usage récréatif dans beaucoup de pays. Les premiers résultats en sont l'impact sur la perception peu à peu banalisante des jeunes adolescents par rapport au cannabis. De façon indiscriminée, que ce soit le cannabis légalisé et à teneur faible en tétra-hydro-cannabinol (THC) produit sous supervision étatique, ou celui à forte teneur de THC et vendu dans la rue, les jeunes se font une perception du cannabis de plus en plus laxiste impactant de ce fait les attitudes, et de là les comportements. Si les politiques de légalisation du cannabis à visée récréative pour adultes pourraient trouver des arguments sanitaires, médicaux et droits-humanistes, elles ne protègent pas suffisamment le préadolescent et l'adolescent chez qui l'effet du cannabis sur le cerveau, en plein développement, est dramatique.

Le Maroc s'est inscrit dans une dynamique volontariste de protection et de prise en charge de sa population souffrant d'usage de drogues selon une philosophie de droits humains et basée sur l'évidence scientifique. Il est temps aussi qu'il diversifie ses programmes de traitement et de réhabilitation, et qu'il puisse enfin réserver la place qu'il faut à la prévention, seule voie vers une amélioration d'une situation qui ne ferait que s'aggraver autrement.

ANNEXES

STRUCTURES SPECIALISEES EN ADDICTOLOGIE

Centres d'Addictologie (CA)	Adresse	Tél	Type de structure
CMP Hasnouna de Tanger	Quartier Marchane, préfecture Tanger-Asilah. Rue My Idriss, Hasnouna	05 39 33 50 63	Centre de consultation et de prévention des risques avec unité de TSO
CA de Tanger Bir Chifa	Centre d'addictologie, Avenue Arabie Saoudite, Quartier Bir Chifaa.	-	Centre ambulatoire de prévention et de prise en charge avec programme de RdR et unité de TSO
CA de Tanger ELhay El Jadid	Quartier El Hay El Jadid-Tanger.	05 39 38 88 87	Centre ambulatoire de prévention et de prise en charge avec programme de RdR et unité de TSO
CA de Tétouan	Quartier Lahmama, Province Tétouan	-	Centre ambulatoire de prévention et de prise en charge avec programme de réduction des risques et TSO
CA Yaacoub El Mansour de Rabat	Yaâcoub El Mansour, Rabat	05 35 79 79 88	Centre ambulatoire de prévention et de prise en charge
Service d'Addictologie Universitaire de Salé	Hôpital Psychiatrique Universitaire Ar-Razi, Rue Bnou Rochd Salé, 11005	05 37 85 64 46 0537861908	Centre d'addictologie universitaire résidentiel (22 lits) Femmes et Hommes avec Unité de TSO
CA Sidi Bernoussi-Attacharouk	Quartier Sidi Bernoussi	-	Centre de consultation et de prise en charge ambulatoire.
CA de Casablanca	CHU Ibn Rochd. Casablanca Anfa- Maârif	-	Centre d'addictologie universitaire résidentiel (15 lits) avec Unité de TSO
CA de Nador	Cité El-Matar. Rue Nador Al Jadid, Près de la Protection Civile-Nador	05 36 33 68 88	Centre ambulatoire de prévention et de prise en charge avec programme de RdR et unité de TSO
CA d'Oujda	Hay Al Irfane, Oujda Ville	05 36 53 29 36 /05 36 53 30 56	Centre ambulatoire de prévention et de prise en charge avec programme de RdR
CA de Meknès	Meknès	-	Centre de consultation et de prise en charge ambulatoire.
CA de Fès	Hay Tarik I, Fès	-	Centre de consultation et de prise en charge ambulatoire.
CA universitaire de Fès	Centre Hospitalier Universitaire Hassan II, Fès	05 28 22 49 09	Centre universitaire résidentiel (15 lits) de prévention et de prise en charge des addictions
CA de Marrakech	Rue Ben Qaddama, préfecture de Marrakech Menara	05 24 44 87 37	Centre de consultation et de prise en charge ambulatoire avec programme de RdR.
CA d'Agadir	Agadir Ida Outanane	-	Centre de consultation et de prise en charge ambulatoire.

- CA : Centre d'Addictologie
- CMP : centre médico-psychologique
- TSO : traitement de substitution aux opiacés.
- RdR : Réduction des Risques.

Liste des sigles et abréviations utilisées dans le rapport

ALCS	Association de Lutte Contre le Sida
ASCMPH	Association de Soutien au CMP Hasnouna
CBD	Cannabidiol
CMP	Centre Medico-Psychologique
CNTPRA	Centre National de Traitement, de Prévention et de Recherche en Addictions
ILS	Infraction à la Législation sur les Stupéfiants
MDMA	Méthylène-dioxy-methamphétamine
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONU DC	Office des Nations Unies de lutte contre les Drogues et la Criminalité
ONUSIDA	Programme conjoint des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PES	Programme d'échange de seringues
PA-RDR	Plan d'action de Réduction Des Risques
RDR	Réduction Des Risques
THC	Tétrahydrocannabinol
TMM	Traitement de Maintenance avec Méthadone
TSO	Traitements de Substitution aux Opiacés
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

