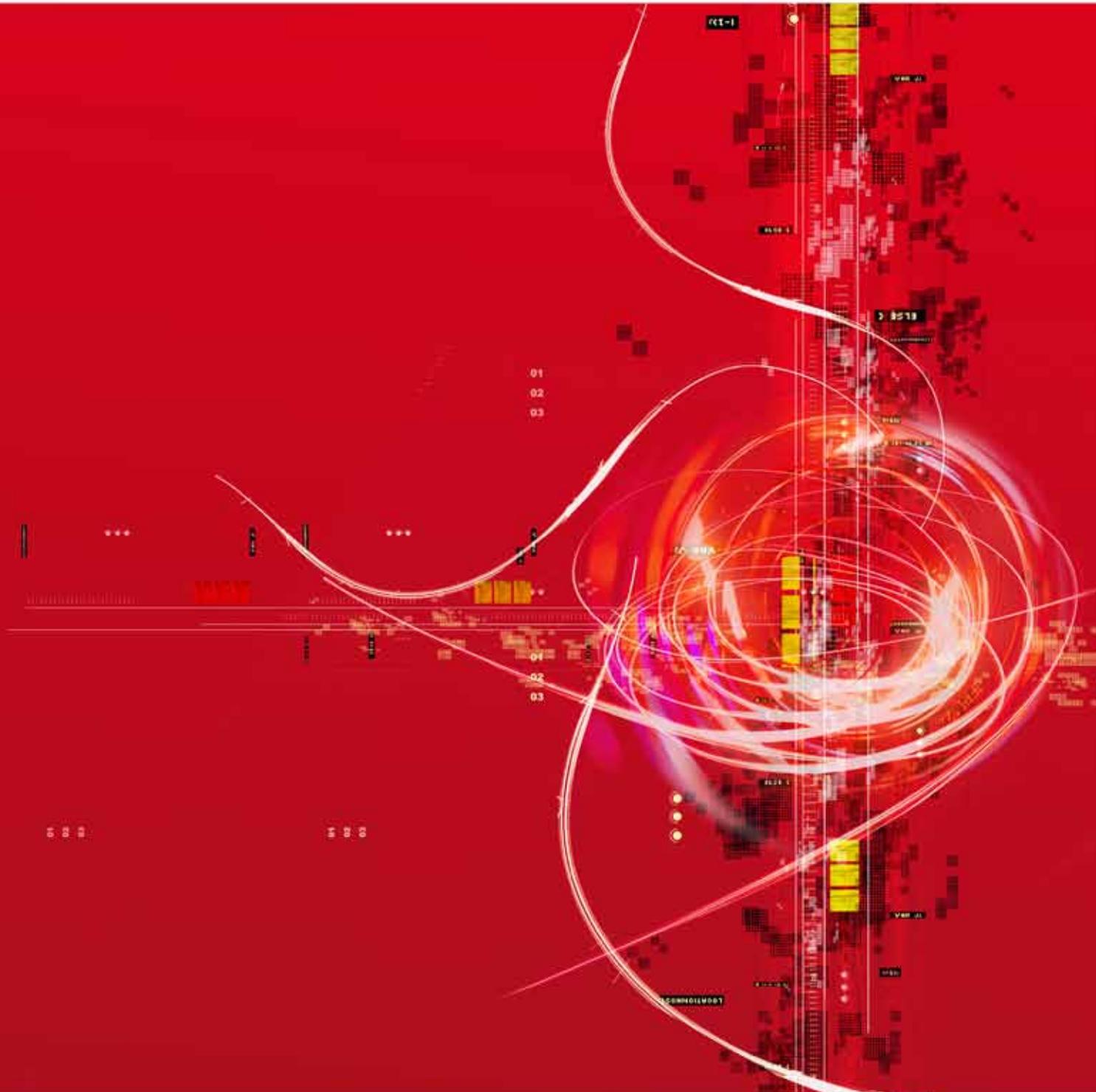




# Rapport Annuel

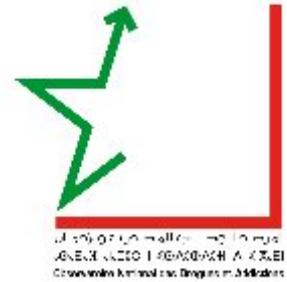
de l'Observatoire National des Drogues et Addictions

# 2014



[www.onda-drogues.com](http://www.onda-drogues.com)





# Rapport Annuel 2014 de l'Observatoire National des Drogues et Addictions

## MAROC

[www.onda-drogues.com](http://www.onda-drogues.com)

# Comité de rédaction

Professeur Jallal Toufiq (directeur)

Professeur Fatima El Omari

Docteur Maria Sabir

# Comité scientifique

- Professeur Abderrahmane Maaroufi : Directeur de l'Épidémiologie et de la Lutte contre les Maladies / Ministère de la Santé
- Dr Soumya Rachidi : En charge du Service Central de la Santé Mentale (Programme de lutte contre les Toxicomanies) / Ministère de la Santé
- Professeur Mehdi Paes : Addictologue
- Professeur Fatima Elomari : Addictologue

# 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 la Justice et des Libertés,
  - ◆ Ministère de l'Economie et des Finances  
(Administration des Douanes et des Impôts Indirects),
  - ◆ Ministère de l'Education Nationale et de la Formation Professionnelle  
(Enquêtes Medspad) ,
  - ◆ Ministère de la Santé  
(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**
- **A l'Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies**
- **Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies**
- **Mention spéciale au Docteur Maria Sabir pour la compilation et la saisie des données.**

# Sommaire

PRÉFACE.	08
PRÉAMBULE. Analyse brève de la situation des drogues au Maroc	10
<b>PARTIE A. NOUVEAUX DÉVELOPPEMENTS ET TENDANCES</b>	<b>13</b>
<b>1. Politique des drogues : législation, stratégies et analyse économique</b>	<b>13</b>
1.1. Introduction	13
1.1.1. Définitions	13
1.1.2. Outils de collecte de données	14
1.2. Cadre légal et textes de mise en application des lois	15
1.2.1. Historique de la politique du Maroc en matière de stupéfiants	15
1.2.2. Cadre légal de la vente et consommation d'alcool	16
1.2.3. Cadre légal de la vente et consommation de tabac	17
1.2.4. Contexte général actuel Marocain	18
1.2.5. Cadre légal actuel	19
1.2.6. Usage de stupéfiants	20
1.2.7. Trafic de stupéfiants et blanchiment de capitaux	21
1.2.8. Cadre légal de la Réduction Des Risques	24
1.3. Plan d'action national : stratégie et évaluation	26
1.3.1. Historique et contexte d'adoption des plans d'action Santé Mentale et Toxicomanies	26
1.3.2. Plan d'action national de lutte contre les Addictions 2012-2016	29
1.3.3. Plan d'action national de Réduction des Risques	31
1.3.3.1. Historique de la politique de Réduction Des Risques au Maroc	31
1.3.3.2. Plan d'action national Réduction Des Risques VIH parmi les UDI 2012-2016	34
1.4. Coordination nationale et internationale	37
1.4.1. Coordination nationale et Observatoire National des Drogues et Addictions (ONDA)	37
1.4.2. Coordination et coopération internationale	39
<b>2. Usage de drogues en population générale et au sein de groupes spécifiques</b>	<b>42</b>
2.1. Usage de drogues en population générale	42
2.1.1. Enquête nationale sur les prévalences des troubles mentaux et des toxicomanies	42
2.2. Usage de drogues en population scolaire	43
2.2.1. Enquête MedSPAD 2006	44
2.2.2. Enquête MedSPAD 2009	45
2.2.3. Enquête MedSPAD 2013	46
<b>3. Prévention</b>	<b>48</b>
3.1. Introduction	48
3.2. Contextes généraux et principaux acteurs	50
3.3. Observations et données	50
3.4. Cadre législatif	50
3.5. Coordination Nationale	50
3.6. Politique de prévention contre les addictions – Vision stratégique et plan d'action 2012-2016	51
3.6.1. Les axes stratégiques du plan d'action 2012-2016	52
<b>4. Usage problématique de drogues</b>	<b>55</b>
4.1. Contexte spécifique de l'usage problématique des drogues au Maroc	55
4.2. Résultats des principales enquêtes réalisées	58
4.2.1. Enquête Evaluation Rapide des Risques VIH parmi les UDI (phase I ; 2005-2006)	58
4.2.2. Etudes bio-comportementales /Etudes RDS Tanger 2009 et Nador 2011	61
4.2.3. Déterminants de la vulnérabilité au VIH/Sida et au VHC chez les usagers de drogues	61
4.2.3.1. Déterminants individuels comportementaux de la vulnérabilité des UDI au VIH et au VHC	61
4.2.3.2. Déterminants sociétaux et sociaux	61

<b>5. Prise en charge : demande et offre de soins</b>	<b>63</b>
5.1. Description générale	63
5.1.1. Stratégie et politique de prise en charge des addictions	63
5.1.2. Principaux domaines d'activités des centres d'addictologie au Maroc	65
5.2. Offre de soins actuelle en matière de prise en charge des addictions	65
5.2.1. Infrastructure	65
5.2.2. Ressources humaines	66
5.2.3. Programmes de traitements résidentiels pour les usagers de drogues	66
5.2.3.1. Le Centre National de Traitement, de Prévention et de Recherche en Addictions de l'Hôpital Ar-razi de Salé (CNTPRA)	66
5.2.3.2. Service d'addictologie du CHU Ibn Rochd à Casablanca	66
5.2.4. Programme Thérapie de Substitution aux Opiacés (TSO) au Maroc	68
5.2.5. Perspectives du programme Méthadone au Maroc	71
<b>6. Conséquences sanitaires de l'usage de drogues</b>	<b>73</b>
6.1. Analyse de la situation épidémiologique des maladies infectieuses en lien avec l'usage de drogues au Maroc	73
6.2. Réponse nationale face à l'épidémie de VIH et de VHC	77
6.3. Mortalité liée à l'usage de drogues et mortalité des usagers de drogues	79
<b>7. Réduction Des Risques et réintégration sociale des usagers de drogues</b>	<b>80</b>
7.1. Plan stratégique National de lutte contre le sida pour la période 2012-2016	80
7.2. Implantation du traitement de substitution à la méthadone dans les prisons	83
7.3. Réintégration sociale des usagers de drogues	84
<b>8. Criminalité liée aux drogues et prisons</b>	<b>86</b>
8.1. Politique nationale de lutte contre l'abus et le trafic de drogues	86
8.1.1. Approche globale poursuivie par le Maroc en matière de lutte antidrogue	86
8.1.2. Les efforts de répression du trafic de drogues	87
8.1.3. Culture/Production/Eradication des cultures de champs de cannabis	87
8.1.4. Circulation/Transit des drogues	88
8.2. Condamnations	89
8.3. Prisons	91
<b>9. Données sur l'offre des drogues</b>	<b>92</b>
9.1. Données de l'Administration des Douanes et Impôts Indirects (ADI)	92
9.2. Lutte contre le trafic illicite de stupéfiants	93
9.3. Lutte contre l'usage abusif de drogues	93
9.4. Lutte contre le trafic illicite et l'usage abusif de drogues aux espaces environnant les établissements scolaires	94
<b>10. La problématique de la légalisation du cannabis à but médical ou industriel</b>	<b>95</b>
<b>- Partie B: Synthèse et recommandations</b>	<b>98</b>
<b>SYNTHÈSE</b>	<b>98</b>
<b>RECOMMANDATIONS</b>	<b>99</b>
<b>- Conclusions</b>	<b>100</b>
<b>- Partie C. Bibliographie et annexes</b>	<b>101</b>

# Préface :

**« ... Dresser l'état de la situation de la nation nous offre l'opportunité d'apprécier la portée des progrès enregistrés, en faisant usage de tous les mécanismes connus qui permettent de mesurer ces évolutions... » Discours du Trône, 2014.**

Le Royaume du Maroc a démontré, depuis quelques années, une volonté politique manifeste d'affronter les problèmes de l'usage de drogues de façon volontariste et pragmatique. Nul ne peut prétendre aborder ce problème, de manière efficace et efficiente, sans en maîtriser la nature et l'étendue, ce qui sous-entend une évaluation précise, régulière, et scientifique du phénomène. On ne peut gérer que ce qu'on connaît, et on ne peut connaître que ce qu'on a mesuré.

Cette évaluation est la mission principale de L'Observatoire National des Drogues et Addictions (ONDA). Le rapport annuel en est l'émanation. En usant de mécanismes scientifiques bien établis, les rapports annuels successifs contribueront, à l'avenir, à dresser un bilan précis de l'évolution de la situation dans notre pays et, ce faisant, offriront des données fiables pour l'élaboration de programmes adaptés et taillés sur mesure, pour une meilleure gestion de la problématique des addictions.

L'approche *evidence-based*, ou basée sur les faits scientifiques, voulue par le Royaume du Maroc, a présidé à la création de l'ONDA, un instrument de collecte de données, d'analyse et de restitution de rapports au service des politiques et décideurs institutionnels ; somme toute, l'ONDA est la résultante d'une politique responsable, réaliste et objective.

L'ONDA a pour mission d'aider les décideurs politiques, et tous les intervenants dans le domaine, à disposer de données fiables et actualisées afin de mener des actions adaptées au contexte dans les différents domaines liés à l'usage de drogues, à savoir la prévention, le traitement, la réduction des risques, ou encore la réhabilitation.

Pour réussir sa mission, l'ONDA collabore avec les différents départements concernés aussi bien par la réduction de la demande que par celle de l'offre. La collecte de données concerne les caractéristiques épidémiologiques des demandes de traitement, des conditions secondaires à l'usage, de l'usage dans la population générale et certaines populations spécifiques, de la morbidité et mortalité associées, du trafic et des saisies ... Les indicateurs collectés répondent à des exigences scientifiques bien connues et sont concordants avec ceux des observatoires internationaux et notamment l'Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies.

Ce premier rapport, véritable acte de naissance de l'ONDA, est le fruit du partage de données consenti par les Ministères de la Santé, de la Justice, de l'Intérieur, à travers la Direction Générale de la Sûreté Nationale, et par l'Administration des Douanes et Impôts Indirects. Il est validé par une commission scientifique indépendante et connue pour sa crédibilité scientifique.

L'ONDA aura également pour mission de communiquer, le cas échéant, autour de ce rapport et à jouer le rôle d'interlocuteur vis-à-vis des différents acteurs politiques, communautaires, institutionnels et de la société civile.

L'ONDA est le reflet d'une politique pragmatique, dans un pays de droits qui affronte le problème de l'usage de drogues de façon frontale et holistique, dans l'intérêt de ses citoyens souffrant d'abus et de dépendance aux drogues, mais également dans le but de mener des actions de prévention bien ciblés pour le bien être de ceux non encore concernés par ce fléau.

Il va sans dire que ce premier rapport ne saurait être exhaustif. Il nécessitera à l'avenir des ajouts et des compléments d'information. Mais il a le mérite de constituer un premier document de travail, et de compilation de données, susceptible de fournir une idée plus ou moins juste de la situation actuelle de l'usage de drogues. Ceci dit, seule l'étude des tendances, à travers les rapports ultérieurs, saurait donner une vision claire de l'évolution du phénomène.

Même si le rapport s'intéresse essentiellement aux drogues illicites, il n'en demeure pas moins, que le tabac reste la drogue la plus néfaste et la plus coûteuse sur le plan de la santé publique. C'est également celle qui suscite le moins d'intérêt sur le plan préventif. L'espoir est de voir un jour un programme global et agressif de lutte contre l'usage de tabac dans notre pays.

Enfin, ce rapport aspire à fédérer tous les départements concernés autour du concept de partage de données pour une meilleure mutualisation de l'information. L'accès à l'information, seul garant de politiques pragmatiques et éclairées, est un droit qui reflète indéniablement l'état d'avancement de la démocratie dans notre pays.

**Pr Jallal Toufiq**  
**Directeur**



# Préambule :

Le Maroc connaît un certain nombre de facteurs de risques à même de contribuer à l'aggravation de la situation de l'usage de drogues durant les années à venir. Le Maroc dispose également d'atouts et de facteurs protecteurs qu'il faudra consolider et pérenniser. Voici une analyse rapide de la situation actuelle :

## *Analyse brève de la situation des drogues au Maroc :*

### ■ **Forces :**

1. Une volonté politique manifeste.
2. Un environnement libre et respectueux des droits des patients dans un pays de droits.
3. Une présence de programmes et d'outils spécifiques de gestion de l'usage de drogues, surtout dans le domaine de la réduction de la demande et de la prise en charge: programme national de santé mentale et de toxicomanies avec un plan d'action national holistique ambitieux attestant de façon claire le droit des usagers dépendants à une prise en charge décente.
4. Relative bonne connaissance des aspects épidémiologiques de l'usage de drogues au Maroc.
5. Des ressources humaines qualifiées de grande qualité : existence de diplômés universitaires en addictologie à la Faculté de Médecine et de Pharmacie à Rabat, à Casablanca, et bientôt à Marrakech ; existence d'une association Nationale d'addictologues.
6. Existence d'un environnement de travail propice avec respect du droit du citoyen souffrant de dépendance aux drogues et prônant la réduction des conséquences liées aux drogues comme priorité.
7. Existence d'une trame de soins relativement honorable avec une extension et une diversification progressive de l'offre de prise en charge.
8. Existence d'une expérience et un savoir-faire Marocain accumulés sur les trente dernières années et faisant du Maroc un pays pionnier dans la région.
9. Implication des usagers eux-mêmes à travers la constitution d'associations propres.
10. Début d'engagement, timide certes, mais visible de la société civile.
11. Très bonne ouverture du Maroc sur le savoir-faire international et sur les opportunités de coopération avec les organismes gouvernementaux et non gouvernementaux spécialisés.
12. Volonté manifeste à continuer à réduire les cultures de cannabis.

### ■ **Faiblesses :**

1. Retard certain dans la réponse au phénomène avec un passif pénalisant les efforts actuels et ce essentiellement dans le domaine de l'offre de soins et la prévention.
2. Ressources humaines qualifiées encore limitées surtout dans les volets recherche et prévention.

3. Ressources matérielles limitées dans le domaine de la recherche.  
Palette de soins encore peu diversifiée et peu accessible dans certaines régions du pays.
5. Législation permettant l'injonction thérapeutique pour les usagers peu claire et pas toujours utilisées.
6. Programmes de prévention limités, souvent sans référentiel scientifique valable et peu adaptés sur le plan socio-culturel.
7. Programmes de réhabilitation quasi inexistants.
8. Toujours pas de programmes spécifiques aux addictions sans substances (jeu pathologique,...etc.).
9. Stigma autour de l'usage de drogues affectant négativement l'accès au traitement.
10. Culture certes beaucoup plus basse qu'auparavant de cannabis dans la région du Nord, mais la production est toujours présente avec accès facile et exposition importante des jeunes.
11. Politique timide et ambivalente vis-à-vis du tabac, première drogue d'usage dans le Monde et première cause de mortalité.
12. Une législation encore trop pénalisante pour l'utilisateur de drogues en possession de produits de consommation personnelle.

## ■ Opportunités

1. Environnement respectueux des droits de l'Homme propice à toute initiative de prise en charge des populations en souffrance.
2. Bon environnement de recherche.
3. Bonne connaissance du phénomène.
4. Bonne disposition des pouvoirs publics, et notamment du Ministère de la Santé, à accélérer l'extension des programmes de prise en charge.
5. Amélioration progressive de la perception de la société quant au phénomène des addictions.
6. Dynamique positive de prise en charge des usagers de drogues permettant l'émulation et l'amélioration des programmes existants.
7. Existence de l'Observatoire National des Drogues et des Addictions comme instrument de collecte de données et d'analyse de la situation pour des programmes evidence-based.
8. Volonté de partenaires institutionnels internationaux à aider le Maroc (Union Européenne, Organisation Mondiale de la Santé, UNODC ...).
9. Représentation du Maroc dans le Réseau Mednet depuis 2006.
10. Adhésion du Maroc au Groupe Pompidou du Conseil de l'Europe (2011).
11. Disposition de l'Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies à collaborer avec la Maroc à travers l'ONDA.

## ■ Menaces :

Ce sont tous les facteurs de risques d'aggravation, à savoir :

1. Une population encore jeune permettant une inflation de l'incidence annuelle par le seul fait démographique de l'importance de la sous-population à risque de début d'usage et de dépendance notamment celle de 15-25 ans.
2. Un accès facile au cannabis à bas coût.
3. Un accès facile au tabac et aux solvants pour les jeunes.
4. Un accès facile à l'alcool, notamment pour les jeunes.
5. Une perception banalisante du tabac et un manque de décision réelle pour l'opérationnalisation de l'interdiction de l'usage dans les lieux publics.
6. Un accès difficile aux soins avec son lot d'aggravation des cas de dépendance et surtout des conséquences telles que l'infection par le VIH ou l'hépatite C.
7. La situation du Maroc sur les routes internationales du trafic :
  - La proximité de l'Europe du Sud, marché important de l'usage de cocaïne ;
  - La route de trafic de benzodiazépines arrivant de l'Est ;
  - La route du trafic de la cocaïne venant de l'Amérique Latine, transitant par l'Afrique Sub-saharienne et traversant le Maroc vers l'Europe
  - La route du trafic de l'héroïne venant de l'Afghanistan, transitant par la corne de l'Afrique et l'Afrique Sub-saharienne pour traverser le Maroc vers l'Europe.
8. La grande mobilité de populations que connaît le Maroc, soit à travers les populations migrantes, soit à travers les Marocains Résidant à l'Etranger ou encore les touristes.
9. La grande accessibilité du Maroc par ses longues côtes, frontières et points d'entrée (aéroports, ports, voies terrestres...).
10. Facteurs économiques facilitant le flux d'argent liquide (taux de bancarisation, transactions en cash ...).

Cette analyse ne saurait, bien entendu, être exhaustive. Il s'agit d'une lecture rapide de quelques facteurs de risque et d'autres protecteurs. Il est crucial de minimiser les premiers et de renforcer les seconds. Seule une étude des tendances de la situation, à travers la collecte régulière de données relatives à la gestion de la demande et de l'offre, est susceptible de nous guider vers des politiques pragmatiques et efficaces.

## Partie A. Nouveaux développements et tendances

### 1. Politique des drogues : législation, stratégies et analyse économique

#### 1.1. Introduction

Confronté à une situation préoccupante liée au développement du trafic des drogues, ajouté aux besoins en matière de prévention, de traitement et de réinsertion des usagers de drogues qui sont en augmentation, le Maroc a réitéré sa volonté d'agir de concert avec tous les Etats concernés pour lutter contre la drogue et la criminalité qui lui est liée et d'apporter ainsi, dans un esprit de responsabilité partagée, une réponse globale, équilibrée et coordonnée, à la menace que représente ce fléau pour l'ensemble des sociétés.

##### 1.1.1. Définitions

Le droit Marocain ne fait pas référence à la notion de drogue mais envisage celle de substances vénéneuses, reprenant les classifications contenues dans la Convention unique sur les stupéfiants de 1961 et la Convention de Vienne de 1971 retenant trois catégories : les produits toxiques (tableau A), les produits stupéfiants (tableau B), les produits dangereux (tableau C).

Dans le contexte Marocain, la dimension globale du mot « drogue » n'est appréhendée que par certains spécialistes et militants associatifs.

Par convention, dans ce rapport, le terme « drogues » (ou produits psychoactifs ou encore substances psychoactives) comprend les drogues licites et illicites, à l'exclusion des produits dont l'usage problématique est exceptionnel (café, chocolat, etc.).

Les drogues licites incluent les substances telles que l'alcool, le tabac et les médicaments psychotropes (surtout hypnotiques/anxiolytiques). Les drogues illicites regroupent les produits stupéfiants et certains produits non classés comme stupéfiants mais qui sont détournés de leur usage normal (colles, solvants, médicaments...) ou qui n'ont pas de statut juridique clair (nouveaux produits de synthèse).

Les consommations de substances psychoactives peuvent varier dans leur fréquence. Dans ce rapport, la consommation pourra être qualifiée d'expérimentation, d'usage dans l'année, d'usage régulier ou d'usage quotidien :

- L'expérimentation : avoir consommé au moins une fois le produit au cours de la vie. Cette notion illustre davantage la diffusion du produit dans une société que de réels niveaux d'usage ;
- L'usage dans l'année correspond à une consommation au moins une fois dans l'année écoulée ;

- L'usage régulier correspond à 10 usages ou plus au cours des 30 derniers jours ;
- L'usage quotidien correspond à une consommation renouvelée chaque jour ;
- L'usage récent correspond à au moins une consommation durant les 30 derniers jours.
- Le taux de Prévalence : nombre total de cas dans une population déterminée à un moment donné sans distinction de l'ancienneté sur l'ensemble de la population. Il s'agit d'une « photographie » de la population à un temps t qui peut être reproduite dans le temps et dans l'espace pour suivre l'évolution des paramètres étudiés et permettre des comparaisons temporo-spatiales.

En matière de comportements, deux diagnostics cliniques sont actuellement distingués : l'usage nocif (ou abus) et la dépendance. Ces distinctions sont communément admises dans le milieu scientifique international et reposent sur des définitions médicales (Classification internationale des maladies (CIM 10) de l'Organisation mondiale de la santé et *le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM IV) de l'Association américaine de psychiatrie) :

- L'usage nocif (ou abus) est entendu comme une consommation ou un comportement qui implique, ou peut impliquer, des dommages de nature sanitaire, sociale ou judiciaire. Ils peuvent dépendre de contextes particuliers (conduite automobile, grossesse) et être causés à l'utilisateur lui-même ou à un tiers. Par définition, les concepts d'usage nocif et d'abus impliquent une répétition du comportement.
- La dépendance est entendue comme un comportement psychopathologique présentant certaines caractéristiques biologiques, psychologiques et sociales au-delà de la seule dépendance physique. Les principaux critères contribuant à sa définition sont : le désir compulsif du produit, la difficulté à contrôler la consommation, la prise du produit pour éviter le syndrome de sevrage, le besoin d'augmenter la dose pour atteindre les mêmes effets qu'auparavant et la place centrale prise par le produit dans la vie du consommateur.

Ces définitions internationales d'abus et de dépendance sont généralement difficiles à transposer dans des enquêtes. Il est par contre possible d'intégrer dans ces enquêtes de courtes séquences de questions permettant de dépister les personnes ayant un usage problématique, c'est-à-dire « un usage susceptible d'induire des dommages sanitaires et sociaux importants pour soi ou pour autrui ».

### **1.1.2. Outil de collecte des données**

Les principales sources utilisées sont les textes juridiques Marocains relatifs à l'usage des stupéfiants ainsi que les documents officiels relatifs aux diverses conventions internationales.

## 1. 2. Cadre légal et textes de mise en application des lois

### 1.2.1. Historique de la politique du Maroc en matière de stupéfiants

L'histoire de la politique du Maroc en matière de stupéfiants, comme celle de la politique pénale, est liée à la période de colonisation française.

En 1954 est créée la Régie Marocaine des tabacs et des kifs contrôlant la commercialisation du kif, identifié par le droit international comme stupéfiant dès 1952.

A l'indépendance, le Maroc est signataire de toutes les conventions relevant du domaine des stupéfiants, signées par la France lors du protectorat (convention de la Haye du 23 Janvier 1912 sur l'opium, convention de Genève du 11 Février 1925 sur l'opium, convention de Genève du 13 Juillet 1931 pour limiter la fabrication et réglementer la distribution des stupéfiants, *protocole de Lake Success de New York du 11 Décembre 1946* et amendement les conventions précédentes).

A la veille de l'indépendance, le protectorat français fit adopter le Dahir du 24 Avril 1954 portant sur la prohibition du chanvre à kif.

La législation Marocaine reste inchangée pendant une vingtaine d'années après l'indépendance.

Après l'indépendance, le Maroc a procédé à la ratification, le 22 Novembre 1966, de la convention unique sur les stupéfiants signée le 30 Mars 1961 à New York, et publiée par le décret royal n° 236-66 du 22 Octobre 1966. Le Maroc a également ratifié par le Dahir n°1-97-98 du 03 Avril 2002, le protocole de Genève signé le 25 Mars 1972 et portant amendement de la Convention de 1961.

L'adoption du Code Pénal du 26 Novembre 1962 constitue la première législation pénale du Maroc indépendant. Ce code ne consacra néanmoins aucune disposition ni au trafic des stupéfiants ni à leur consommation. Cette question continua à relever du Dahir du 02 Décembre 1922 portant règlement sur l'importation, le commerce, la détention et l'usage des substances vénéneuses ainsi que le Dahir du 24 Avril 1954 portant prohibition du chanvre à kif.

Ce Dahir du 26 Novembre 1962 établit toutefois à des principes importants, notamment le principe du placement judiciaire dans un établissement thérapeutique. Ce principe faisant référence à la « mise sous surveillance dans un établissement approprié, par décision d'une juridiction de jugement, d'un individu, auteur, coauteur ou complice soit d'un crime, soit d'un délit correctionnel ou de police, atteint d'intoxication causée par l'alcool ou les stupéfiants, lorsque la criminalité de l'auteur de l'infraction apparaît liée à cette intoxication » (Article 80).

### 1.2.2. Cadre légal de la vente et consommation d'alcool

Deux textes de loi citent l'alcool dans la législation Marocaine, les deux remontent à 1967. Le premier est un arrêté du Directeur Général du **Cabinet Royal** daté du 17 Juillet 1967 réglementant le commerce des boissons alcooliques et alcoolisées. Le second est le **Décret Royal** du 14 Novembre de la même année.

■ Arrêté du Directeur Général du **Cabinet Royal** du 17/7/67 réglementant le commerce des boissons alcooliques et alcoolisées :

- **Article 28** : Il est interdit à tout exploitant d'un établissement soumis à licence de vendre ou d'offrir gratuitement des boissons alcooliques ou alcoolisées aux Marocains musulmans.
- Article 29 : il est interdit de recevoir dans les débits de boissons des mineurs de moins de 16 ans qui ne sont pas accompagnés de leur père, mère ou toute personne ayant la charge.
- **Article 30** : il est interdit à tout exploitant d'un établissement soumis à licence de vendre ou d'offrir gratuitement des boissons alcooliques ou alcoolisées à des mineurs de moins 16 ans.
- **Article 31** : Est puni de l'emprisonnement d'un à 6 mois et d'une amende de 100 à 1 000 DH quiconque a fait boire jusqu'à l'ivresse un mineur de 16 ans. En cas de récidive, ces peines peuvent être portées au double.
- **Article 32** : les débitants de boissons qui donnent à boire à des gens manifestement ivres ou les reçoivent dans leurs établissements sont punis d'une amende de 150 à 500 DH.

■ **Décret Royal** n° 724-66 du 11 Chaâbane 1387 (14 Novembre 1967) portant loi relative à la répression de l'ivresse publique.

- Quiconque est trouvé en état d'ivresse manifeste dans les rues, chemins, cafés, cabarets ou autres lieux publics ou accessibles au public est puni de l'emprisonnement d'un à six mois et d'une amende de 150 à 500 dirhams ou de l'une de ces deux peines seulement. Ces peines peuvent être portées au double si l'individu trouvé en état d'ivresse a causé du tapage troublant la tranquillité publique.
- Toute personne trouvée en état d'ivresse publique et manifeste doit être, par mesure de police, conduite à ses frais, au poste de police ou de gendarmerie le plus proche pour y être retenue, jusqu'à ce qu'elle ait recouvré la raison, pendant un délai qui ne peut excéder celui prévu par l'article 68 du Code de procédure pénale, avant d'être déférée à la juridiction compétente. Ces peines peuvent être portées au double si l'individu trouvé en état d'ivresse a causé du tapage troublant la tranquillité publique.

### 1.2.3. Cadre légal de la vente et consommation de tabac

Le Maroc a signé la Convention Cadre de la Lutte Anti-Tabac (CCLAT) depuis 2004. La CCLAT est le premier traité de l'OMS de la lutte contre le tabac suite à la mondialisation de la consommation du tabac. Cette convention est basée sur une stratégie de la réduction de la demande et de celle de l'offre du tabac.

Par ailleurs, la loi antitabac n°15-91 a été adoptée par le Parlement Marocain le 23 Juillet 2008 et devait entrer en vigueur en Janvier 2010. La loi n°15-91 est relative à l'interdiction de la consommation du tabac et de la publicité de ce produit dans les lieux publics ainsi que sa vente aux mineurs. Le texte de loi qui comporte 14 articles prévoit une sanction pécuniaire pour toute infraction constatée. Ainsi, fumer une cigarette dans un lieu public exposera son auteur à une amende de 100 DH et le double en cas de récidive. Cette amende est portée à 500 DH si l'auteur du forfait est responsable ou gestionnaire de ce lieu public. Le texte désigne par lieu public, les établissements publics, les administrations et les bureaux, les cours intérieures des établissements scolaires, les cafés et les restaurants dont la superficie ne dépasse pas les 50 m<sup>2</sup>. A noter que les cafés et restaurants visés par le texte peuvent néanmoins aménager des espaces fumeurs. Mais pour cela, ils devront respecter certains critères. Ces espaces doivent être bien aérés et être complètement isolés du reste du local.

Les autres sanctions prévues par la proposition de loi concernent la publicité faite pour le tabac et l'absence du message de prévention sur les paquets de cigarettes. Dans ce cas, les amendes peuvent atteindre les 10.000 DH. Le texte autorise la Police Judiciaire à dresser, dans les limites de ses pouvoirs, des constats de toute infraction en la matière. Le texte précise également que les montants des diverses amendes collectées seront reversés pour la moitié aux bureaux municipaux d'hygiène et aux établissements hospitaliers. L'autre moitié sera attribuée aux associations de lutte contre les méfaits du tabac.

Pour ce qui est du second texte portant sur l'interdiction de la vente de tabac au mineur, ce dernier indique que pour acheter un paquet de cigarettes, il faudra dorénavant présenter sa carte d'identité nationale. Autre mesure, la vente de cigarettes aux mineurs est passible d'une amende de 2000 DH. En cas de récidive, celle-ci s'élèvera à 5.000 DH avec possibilité de retrait de licence pour le buraliste. En outre, toute personne surprise en train de proposer des cigarettes aux mineurs de moins de 18 ans, sera également sanctionnée.

La proposition d'amendement de la loi interdisant le tabac dans les lieux publics vient ainsi renforcer les dispositions légales en la matière et la prévention du tabagisme. Elle vise également à combler le vide juridique. Rappelons à ce sujet que les sanctions appliquées par la loi 15-91 portant interdiction de fumer dans les lieux publics n'étaient pas dissuasives.

En effet, fumer dans un lieu où c'est interdit n'engendrait qu'une amende de 10 à 50 DH. Le nouveau texte de loi vise à limiter les effets néfastes du tabagisme, à générer des ressources financières supplémentaires et à réduire la publicité au tabac.

La non application de la loi sur l'interdiction du tabagisme dans certains lieux est due à l'absence des décrets d'application de cette loi.

#### **1.2.4. Contexte général actuel Marocain**

Le contexte actuel est marqué par l'adoption de la nouvelle Constitution (2011) qui souligne les droits des citoyens, dont le droit aux soins de santé (Art.31) par la mise en place de réformes législatives, de réorganisation du système de soins et d'un régime d'assistance médicale aux économiquement démunies (RAMED). Ceci nécessite d'une part, une mise à niveau de l'existant en matière de services de santé et la création de nouvelles structures de soins et de prise en charge selon un cadre normatif, avec identification des filières de soins spécifiques ; la mise à disposition de ressources humaines formées et en nombre suffisant ; nécessite d'autre part, le renforcement des capacités de gestion et de coordination à tous les niveaux d'intervention, la collaboration intersectorielle et le partenariat avec la société civile.

Pour sa politique de Santé Mentale, le Ministère de la Santé a adopté tout au long des dix dernières années, un éventail de réformes: la décentralisation, l'intégration des soins de santé mentale dans les soins de santé de base, la réduction du nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques, réduisant ainsi les structures asilaires non adéquates, tout en améliorant l'accès aux soins par l'orientation vers une psychiatrie communautaire et de proximité. Ceci, dans le but de réduire les problèmes d'accessibilité et de continuité des soins et du déficit en ressources humaines et en infrastructures. La tendance de cette politique va de pair avec les recommandations rendues publiques récemment par le rapport du Conseil National des Droits de l'Homme relatif à la santé mentale.

### 1.2.5. Cadre légal actuel

Un des actes législatifs les plus importants au Maroc en matière de drogues est le Dahir portant loi n°1-73-282 du 21 Mai 1974, relatif à la répression de la toxicomanie. Ce texte prévoit trois catégories d'infractions : le trafic, l'incitation et l'usage. Il punit ainsi à la fois la détention et l'usage des substances ou plantes classées comme stupéfiants et le fait de faciliter l'usage de ces substances ou plantes par un quelconque moyen.

L'article 8 de cette loi prend en compte l'intérêt des usagers de drogues, puisqu'il accorde de l'importance au traitement et au suivi des consommateurs de stupéfiants. En effet, cet article dispose que « les poursuites pénales ne seront pas engagées si l'auteur de l'infraction consent, après examen médical effectué sur réquisition du Procureur du Roi, à se soumettre pour la durée nécessaire à sa guérison, à une cure de désintoxication [...] » et que « le Juge d'instruction peut, après avis du Procureur du Roi, ordonner que l'intéressé soit soumis à ce traitement ». L'article 8 indique également la possibilité exceptionnelle, lorsqu'il est question de mineurs, de « traiter les auteurs de ces infractions en milieu familial, et conformément aux conditions déterminées par un arrêté du Ministre de la Justice pris après consultation du Ministre de la Santé ».

Cependant, en pratique, les dispositions de l'article 8 ne sont que très rarement appliquées.

Le Dahir du 3 Octobre 1977 (modifié par n°1993/52) a mis en place la Commission Nationale des Stupéfiants. Cette Commission est composée par différents départements ministériels ayant en charge principalement des domaines médicaux et sociaux ou bien de répression. Elle a pour mission le contrôle des substances psycho-actives licites, la répression des cultures, du commerce et du trafic des drogues illicites et aussi la mise en place d'une politique de prévention de l'usage des drogues.

L'adhésion du Maroc au droit international en matière de lutte contre les stupéfiants s'est poursuivie par l'adhésion du Maroc le 07 Novembre 1979 à la Convention de Vienne sur les substances psychotropes qui a été signée le 21 Février 1971. Il a également ratifié en date du 09 Octobre 1992, la Convention des Nations Unies contre le trafic illicite des stupéfiants et des substances psychotropes, signée à Vienne le 20 Décembre 1988. Le Maroc adopta également le protocole portant amendement de la Convention Unique sur les stupéfiants de 1961, fait à Genève le 25 Mars 1972 7 par Dahir n° 1-97-98 du 03 Avril 2002.

### 1.2.6. Usage de stupéfiants

Les dispositions du Code Pénal en matière de stupéfiants se trouvent aux articles 80 (Placement dans un établissement thérapeutique), 571 (Recel), et 89 (Confiscation). De plus, un Arrêté du Ministre de la Santé Publique, (dernière modification en 1997), liste toutes les drogues licites et illicites.

Pour ce qui est des peines applicables en cas d'infractions liées à la drogue, elles peuvent aller jusqu'à 30 ans, assorties d'une amende pouvant aller jusqu'à 60 000€ (soit 665 458,72 MAD). Cependant, en moyenne un trafiquant de drogue écope d'une peine allant de huit à dix ans.

Selon les chiffres fournis par les autorités Marocaines, pour l'année 2010, environ 29% de la population carcérale avait été inculpée pour des infractions liées à la drogue allant de simple consommation personnelle jusqu'au trafic en bande organisée.

La consommation de drogues reste encore criminalisée, ce qui va parfois de pair avec un sentiment de stigmatisation parmi les usagers. Selon une étude menée en 2011 et commanditée par la Délégation Générale à l'Administration Pénitentiaire et à la Réinsertion auprès de 300 usagers de drogues, la moitié a vécu la façon dont ils avaient été pris en charge par le personnel médical comme « portant atteinte à leurs droits fondamentaux » et 87% d'entre eux indiquaient avoir subi des violences de la part des forces de police. Lorsqu'il leur était demandé de préciser de quels mauvais traitements ils avaient fait les frais, 83% évoquaient le harcèlement et 65% des « pratiques illégales ».

### 1.2.7. Trafic de stupéfiants et blanchiment de capitaux

La loi Marocaine prévoit une peine de prison maximale de 30 ans autorisée pour les délits de drogue, ainsi que des amendes pour les infractions des drogues illégales allant de 20.000 dollars (soit 174 000 MAD) jusqu'à 80.000 dollars (soit 670 000 MAD). La peine de dix à quinze ans de prison reste la peine typique pour les grands trafiquants de drogues condamnés au Maroc.

Par ailleurs, selon sa politique gouvernementale, le Maroc condamne fermement la production et la distribution de drogues et le blanchiment d'argent issu des transactions illégales de drogues. Depuis 2003, le Maroc a adopté une série de mesures pour renforcer le contrôle de la loi contre le blanchiment de capitaux avec notamment la mise en vigueur en Mai 2007 d'une loi contre le blanchiment de capitaux et la création à Rabat d'une Unité du traitement du renseignement financier. Cette loi exige l'obligation de rendre compte de transactions financières suspectes opérées par toute partie responsable, aussi bien du secteur public que privé, qui, dans l'exercice de ses fonctions, réalise ou conseille des mouvements de fonds possiblement liés au trafic de drogue, à la traite d'êtres humains, au trafic d'armes, à la corruption, au terrorisme, à l'évasion fiscale ou à la contrefaçon.

À la fin des années 2008, le gouvernement marocain a créé l'Instance Centrale pour la Prévention de la Corruption. En 2010, le gouvernement a lancé un programme biennal destiné à promouvoir l'intégrité et la transparence des services publics, renforcer la supervision administrative en interne et réformer la législation anticorruption. En 2011, avec l'adoption de la nouvelle Constitution Marocaine, plus de pouvoir a été donné à l'Autorité Centrale pour la Prévention de la Corruption, dans la mesure où cette dernière change de statut pour devenir une agence indépendante.

De plus, le Conseil de l'Europe a lancé en Juillet 2013, à Rabat, le processus de diagnostic du cadre légal et institutionnel anticorruption du Maroc. Ce processus se base sur la méthodologie GRECO, et est mené par une équipe d'experts sur place nommés par le Conseil de l'Europe et par les autorités Marocaines. Un projet de rapport de diagnostic sera, par la suite, discuté avec l'Instance Centrale de Prévention de la Corruption, les autres institutions publiques concernées ainsi que par les représentants de la société civile. Les résultats du diagnostic permettront de mieux cibler les activités dans le domaine de la lutte contre la corruption et le blanchiment de capitaux qui seront réalisées pendant la deuxième phase de mise en œuvre du Programme Sud.

Récemment, dans le cadre du Programme UE/Conseil de l'Europe « Renforcer la réforme démocratique dans les pays du voisinage méridional » (Programme Sud), une visite sur place de l'équipe d'experts a été organisée au Maroc en Septembre et Octobre 2013. La visite a été menée dans le cadre du diagnostic du cadre légal et institutionnel Marocain contre la corruption.

Les experts ont eu des discussions et des échanges avec les parties prenantes Nationales, y compris les représentants du gouvernement, des agences chargées de l'application de la loi, des représentants du Parlement ainsi que de la société civile.

Pour lutter contre le blanchiment d'argent, le gouvernement Marocain a également créé l'Unité de traitement du renseignement financier (Unité), en 2009. Elle est chargée de recueillir, traiter et diffuser les renseignements financiers et assurer la coordination des moyens d'action des services d'enquête et d'investigation des administrations, établissements publics et autres personnes morales de droit public.

La loi n°43-05 adoptée et promulguée en 2007, a permis de renforcer le cadre réglementaire National, pénalisant les activités liées au trafic de drogues. L'Unité peut échanger, avec les autorités étrangères ayant une compétence similaire, les renseignements financiers liés au blanchiment de capitaux et au financement du terrorisme. Dans ce cadre, l'Unité a reçu, entre Octobre 2009 et Décembre 2012, 184 demandes de renseignements (DR) en provenance de 10 cellules de renseignement financier (CRF) étrangères (DR envoyées : 28).

En Février 2010, le Maroc s'est engagé à un haut niveau politique à travailler avec le Groupe d'Action Financière (GAFI) et le Groupe d'Action Financière du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord (GAFIMOAN) afin de remédier à ses défaillances stratégiques en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme (LBC/FT). Depuis, le Maroc a réalisé des progrès en améliorant son régime de LBC/FT, notamment en adoptant des amendements étendant le champ des infractions de blanchiment de capitaux et de financement du terrorisme, en élargissant les obligations de vigilance à l'égard de la clientèle et en prenant des mesures afin de rendre la CRF opérationnelle. Cependant, le GAFI a constaté que certaines défaillances stratégiques en matière de LBC/FT demeurent. Le Maroc devrait poursuivre la mise en œuvre de son plan d'action afin de remédier à ces défaillances, notamment en incriminant de manière satisfaisante le financement du terrorisme.

En effet, en Février 2013, le GAFI a relevé quelques défaillances stratégiques en termes de LBC/FT. Le GAFI n'a pas encore l'assurance que le Maroc ait réalisé des progrès suffisants dans la correction de sa défaillance la plus importante, qui a trait à l'incrimination du financement du terrorisme. S'il a mené à bien les autres éléments de son plan d'action, le Maroc devrait coopérer avec le GAFI et le GAFIMOAN afin de corriger cette défaillance restante en promulguant la législation nécessaire.

C'est pourquoi en Avril 2013, le Parlement Marocain a adopté un projet de loi relatif à la lutte contre le blanchiment d'argent qui s'étend également sur le financement d'activités terroristes. Ce projet de loi comporte deux articles :

- Le premier affine la définition de l'acte terroriste. Ainsi, le financement du terrorisme constitue un acte de terrorisme, même s'il est réalisé hors des frontières Marocaines.
- Le deuxième article définit les revenus comme « tous les types d'avoirs corporels ou incorporels, meubles ou immeubles, divis ou indivis, ainsi que les actes ou documents juridiques, attestant la propriété de ces avoirs ou des droits qui s'y rattachent ».

Le nouveau texte étend le champ des actes incriminés pour englober la lutte contre le financement du terrorisme et élargit les pouvoirs et compétences de la justice Marocaine pour réprimer les crimes de blanchiment d'argent commis sur le territoire National ou à l'étranger.

### 1.2.8. Cadre légal de la Réduction Des Risques

L'augmentation de l'usage de drogues injectables et la déclaration de cas de contamination de VIH et d'hépatites B et C parmi les UDI notamment dans les régions de Tanger-Tétouan et de l'Oriental a justifié l'introduction de mesures de prévention adéquates pour faire face à l'extension de ces épidémies au Maroc.

Le Programme de Réduction des Risques (RDR) chez les usagers de drogues injectables (UDI) a démarré en 2008 à Tanger puis a été étendu à Tétouan, Nador, Oujda et El Hoceima. La gamme de services comprend la sensibilisation et l'éducation dans les lieux de fréquentation, la distribution des kits d'injection et des préservatifs, la collecte des seringues, l'appui social et l'auto-support.

Les traitements de substitution sont une des options thérapeutiques offertes aux personnes dépendantes aux opiacés. Ils consistent à prescrire des médicaments à base de dérivés morphiniques, qui ont une activité pharmacologique similaire à celle de la substance psychoactive à l'origine de la dépendance. Les traitements de substitution sont considérés comme un moyen efficace de réduire la consommation d'opioïdes, l'usage problématique d'autres drogues, l'activité criminelle et le taux de mortalité. Ils ont également fait leurs preuves en matière de réduction des comportements à risques liés à l'usage des drogues injectables, notamment les comportements présentant des dangers de transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), du virus de l'hépatite C et des infections sexuellement transmissibles (IST).

Ainsi, le Programme de Traitement de Substitution aux Opiacés (TSO) au Maroc s'inscrit dans le cadre du dispositif de réduction des risques infectieux liés à l'usage de drogues injectables.

Un consensus unanime entre professionnels de santé et intervenants en matière d'addictologie a été à l'origine de l'implantation d'un projet pilote de substitution. Les éléments pris en compte pour faire le choix de la méthadone sont l'expérience internationale et le contexte marocain (coût, structures de soins, prévalence et foyers d'usagers de drogues).

La méthadone a obtenu l'autorisation de mise sur le marché en 2009 et a été inscrite dans la liste des médicaments essentiels du Ministère de la Santé.

Le traitement de substitution à la méthadone a été introduit à titre pilote en Juin 2010, avec l'objectif de faire bénéficier 100 usagers d'opiacés au niveau de trois sites (Tanger, Salé et Casablanca). Le but était de favoriser l'amélioration de la santé physique et mentale des UDI, de prévenir les contaminations VIH et des hépatites B et C et d'améliorer leur réinsertion sociale. Un document d'orientation en matière de traitement de substitution aux opiacés a été élaboré par le Ministère de la Santé.

Une impulsion décisive a été donnée par **Sa Majesté le Roi Mohammed VI** qui a lancé l'introduction de la méthadone dans la prison d'Okacha à Casablanca. Les actions de réduction des risques sont appuyées par la Fondation Mohamed V pour la Solidarité, dans le cadre d'une convention avec le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Intérieur pour la construction de 7 centres de réduction des risques à l'échelle Nationale.

Une évaluation du Programme de Réduction des Risques et du Programme Pilote de Substitution à la Méthadone a été conduite fin 2011. Cette évaluation a montré la pertinence de l'intervention dans le contexte Marocain avec l'acquisition d'expérience par les équipes dans la pratique de la réduction des risques et de la substitution, autorisant ainsi une extension et mise à l'échelle au niveau territorial.

Le Plan Stratégique de Lutte contre le Sida (PSN) 2012-2016 a prévu ainsi de renforcer et d'étendre le programme de réduction des risques auprès des UDI incluant le traitement de substitution à la méthadone aux principaux sites de consommation y compris dans les prisons.

## 1.3. Plan d'Action National : stratégie et évaluation

### 1.3.1. Historique et contexte d'adoption des Plans d'Actions Santé Mentale et Toxicomanies

Ces trente dernières années, le Maroc a vu se développer, à côté de l'usage traditionnel de cannabis, une consommation d'autres drogues et une diversification des modalités de consommation. Les facteurs sous-jacents à la diffusion de ces nouvelles drogues au Maroc et à la diversification des modalités de consommation semblent être en lien avec la proximité géographique du Maroc avec l'Europe ainsi que les interactions multiples favorisées par les flux migratoires des populations.

Les autorités Marocaines, alertées par le phénomène d'usage de drogues dans le pays, ont alors procédé à une analyse de la situation épidémiologique de l'usage de drogues au Maroc par le biais d'études quantitatives et qualitatives. Les résultats de cette évaluation ont été remis aux autorités compétentes au milieu de l'année 2006 et ont mis en évidence l'ampleur de la problématique d'usage de drogues au Maroc. Les premières données ont ainsi montré une transition de la consommation classique (cannabis) au profit d'autres drogues, une problématique liée à l'utilisation de drogues par voie injectable et des pratiques à risques infectieux.

Les premiers Plans Stratégiques en Santé Mentale du Ministère de la Santé remontent à 1990 (1990-1995 ; 1996-2001 ; 2002-2006 ; 2007-2011 révisé en 2008 pour donner le plan 2008-2011 et le plan actuel 2012-2016).

Avant 2006, le Plan Stratégique en Santé Mentale comportait un volet « addictions », axé essentiellement sur la réduction de la demande.

Une des nouveautés en 2007 est la spécification d'un Plan Stratégique National de Lutte contre les Addictions, basé sur les composantes prévention, traitement et réhabilitation.

Le premier Plan d'Action pour la Réduction des Risques parmi les Usagers de Drogues Injectables remonte à 2008-2012.

L'alerte sur l'évolution des modes de consommation des drogues a été à l'origine des évaluations rapides de situations de l'usage de drogues et des risques (en concordance avec les orientations du Plan National de Lutte contre le Sida parmi les populations à risque).

Le Ministère de la Santé a réalisé plusieurs évaluations rapides en 2006 et en 2008 (phase 1 : 4 sites; phase 2 : 4 autres sites), et ce, avec l'appui de l'UNODC et de l'ONUSIDA.

Tenant compte du contexte, des besoins des patients et des propositions des professionnels et experts en santé mentale et en addictologie, le gouvernement a décidé la mise en œuvre d'un premier Plan d'Action National pour faire face à cette situation et à ses conséquences sanitaires.

Le Ministère de la Santé, tout en poursuivant sa politique de proximité et de décentralisation de la prise en charge psychiatrique, adoptée conformément aux recommandations de l'OMS, a engagé depuis 2006 un processus national de concertation pour la révision et la réactualisation des stratégies en matière de lutte contre les maladies mentales et les toxicomanies.

Les objectifs du premier Plan d'Action National 2008-2012 de lutte contre les toxicomanies étaient les suivants :

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

Ce premier Plan d'Action National 2008-2012 prévoyait ainsi un certain nombre d'actions :

**Tableau 1.1 : Actions prévues par le Plan d'Action National 2008-2012  
Santé Mentale et Toxicomanies**

<b>Action 132:</b> Réduction de la demande	- Mise en place d'une stratégie de communication sociale.
<b>Action 133:</b> Réduction des risques VIH et hépatite C chez les usagers de drogues injectables	- Autorisation de la mise sur le marché de la Méthadone.
<b>Action 134 :</b> Prise en charge et réhabilitation des usagers de drogues (priorité 2008)	- Création de 16 unités de sevrage pour usagers de drogues dans les structures psychiatriques ; - Création de 16 centres médico-psychologiques de prévention, d'accueil et d'orientation pour les usagers de drogues ; - Création de 16 unités « bas seuil d'exigence » pour la réduction des risques chez les usagers de drogues injectables reliées aux centres médico-psychologiques.
<b>Action 135 :</b> Réalisation d'études et d'enquêtes épidémiologiques	- Analyses rapides de la situation de l'usage de drogues en rapport aux risques VIH : 4 sites étudiés par an.
<b>Action 136 :</b> Renforcement des ressources humaines, recrutement, formation et formation continue des intervenants en santé mentale.	- Recrutement de professionnels interdisciplinaires qualifiés ; - Renforcement et création des curricula au sein du Ministère de la Santé : ergothérapeutes ; - Cours de formation et formation continue des professionnels de santé mentale en matière de prévention et de prise en charge des usagers de drogues.

### 1.3.2. Plan d'Action National de Lutte contre les Addictions 2012-2016

Tenant 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 Addictions 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 addictifs ;
- 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 Addictions 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 de programmes et l'élaboration de modules et guides sur les interventions en soins prévention primaire (éducateurs, enseignants, parents) ;
- Mise en place d'actions par les pairs ayant reçu une formation ;
- Implication des organismes non gouvernementaux.

#### ■ **Axe 2 : Prise en charge des personnes souffrant d'addictions**

La prise en charge des personnes souffrant d'addictions 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.

**Tableau 1.2 : Etat des lieux concernant les centres d'addictologie au Maroc**

<b>Centres d'addictologie de proximité existants</b>	<b>Sites prévus</b>
<b>Centres ambulatoires :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rabat</li> <li>• Tanger</li> <li>• Tétouan</li> <li>• Nador</li> <li>• Al Hoceima</li> <li>• Oujda</li> <li>• Marrakech</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agadir</li> <li>• Fès</li> <li>• Laksar El Kebir</li> <li>• Assilah</li> <li>• Chefchaouen</li> <li>• Larache</li> <li>• Berkane</li> <li>• Tanger</li> </ul>
<b>Centres résidentiels :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Salé</li> <li>• Casablanca</li> </ul>	

- ◆ 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 addictifs ;
  - Formation d'autres acteurs et intervenants en addictologie : enseignants, éducateurs, parents, acteurs sociaux, ONG...etc.

**■ Axe 3 : Réduction des risques liés à l'usage de drogues injectables (voir Plan d'Action National de Réduction des Risques 2012-2016)**

**■ Axe 4 : Suivi et évaluation du Plan d'Action National de Lutte contre les Addictions 2012-2016**

Le suivi et l'évaluation du Plan d'Action National de Lutte contre les Addictions 2012-2016 sera monitoré par un ensemble de structures comprenant un Comité de Suivi du programme National, la Commission Nationale de Lutte contre les Stupéfiants et l'Observatoire National des Drogues et Addictions (ONDA).

L'ONDA, considéré comme un centre d'expertise sur les stratégies d'intervention en matière d'addictologie, a pour missions la collecte des données y compris leur analyse et interprétation, la production d'information factuelle utile pour les prises de décisions politiques en matière d'addictologie, la diffusion de rapports, la réalisation d'études et de recherches dans le domaine des addictions et une rôle de surveillance et de veille.

### 1.3.3. Plan d'Action National de Réduction des Risques

#### 1.3.3.1. Historique de la politique de Réduction des Risques au Maroc

La politique de Réduction des Risques au Maroc est le fruit d'un long processus de préparation et de concertation entre les décideurs, les professionnels du champ de soins des addictions, du champ de prévention et de soins VIH/Sida, les associations thématiques, les représentants de la société civile et les usagers de drogues eux-mêmes.

C'est en 2005 que le Ministère de la Santé a engagé, en collaboration avec l'ONUSIDA, l'UNODC et le Fonds Mondial, le processus d'élaboration d'une stratégie nationale de lutte contre les addictions. Une évaluation rapide de la situation des risques VIH/Sida liés à l'usage de drogues injectées et injectables a été réalisée sur 4 sites (Rabat-Salé, Casablanca, Tanger et Tétouan). Les résultats de l'étude, rendus publics au début de l'année 2006, ont pointé la nécessité et l'urgence de mener une politique cohérente de prévention du VIH au sein de ce groupe en introduisant une composante « réduction des risques » chez les usagers de drogues injectables.

Ce processus, qui a impliqué tous les acteurs dans le champ de la santé mentale et des addictions, a permis d'exprimer les difficultés auxquelles sont confrontés les professionnels, les intervenants des autres départements ainsi que les usagers et leurs familles. La stratégie a été alors révisée en tenant compte des données épidémiologiques nationales et en prenant en considération les caractéristiques démographiques, culturelles et socio-économiques de la population marocaine.

Les objectifs de cette nouvelle stratégie étaient les suivants :

- Consolider la prévention primaire et secondaire dans le cadre d'une approche communautaire de proximité, en étant axée sur les moyens de réduire les facteurs de risque et sur la réduction de la demande ;
- Mettre en place un plan d'action pour la réduction des risques à VIH et Hépatite C parmi les usagers de drogues ;
- Améliorer la prise en charge de cette population par le développement de techniques de réhabilitation et de réinsertion ;
- Assurer un suivi de la situation pour une meilleure connaissance qualitative et quantitative de la problématique.

La réduction des risques infectieux a été ainsi l'un des trois axes de la Stratégie Nationale de Lutte contre les Toxicomanies 2006-2010. Cet axe visait à attirer les usagers actifs vers le système de soins et de prévention sans que l'arrêt de la consommation de drogues constitue une condition préalable, assumant ainsi un double rôle :

- Un rôle de prévention des maladies infectieuses dans un segment difficile à atteindre, à savoir celui des injecteurs marginalisés;
- Et un rôle de « passerelle » vers une prise en charge des troubles addictifs.

Le Plan d'Action National Réduction des Risques VIH parmi les usagers de drogues injectables 2008-2011 s'est fixé comme objectif principal d'«assurer aux usagers de drogues un accès à des services de prévention, dépistage du VIH, de traitement et de prise en charge de qualité ». Cet objectif sera traduit sur le terrain par le renforcement des activités de prévention répondant aux besoins des UDI exposés au risque d'infection VIH et VHC ; assurer aux UDI identifiés un accès au dépistage, au traitement et à la prise en charge adéquats ; stimuler les réponses communautaires des usagers de drogues dans la lutte contre le VIH/Sida et VHC et, enfin, d'instaurer un pilotage national du dispositif de réduction de risques.

Trois axes prioritaires de travail ont été définis. Il s'agit du ciblage systématique des populations difficiles à atteindre (travail de proximité et programmes d'échange de seringues) ; de la mise en place des programmes de maintenance aux produits de substitution (méthadone) et l'encouragement à la formation et au soutien de groupes d'auto-support d'usagers de drogues.

Durant les quatre années 2008-2011, un nombre important d'actions de réduction des risques a pu être mené. Parmi les plus importantes, citons :

- La conception de supports de prévention pour UDI;
- La mise en place et l'élargissement des programmes de substitution à la méthadone dans trois sites expérimentaux (Tanger, Salé et Casablanca) ;
- La formation du premier groupe d'auto-support d'usagers de drogues qui participe activement aux actions de prévention en direction des UDI notamment par le truchement de son journal entièrement rédigé par les usagers pour leurs pairs ;
- Le démarrage des actions de réinsertion professionnelle avec l'appui de la coopération catalane (Casal Del Infante) ;

- La formation de dizaines de professionnels aux actions de réduction de risques et à la prescription de la méthadone ;
- Les nombreux plaidoyers en faveur de la réduction de risques et droits humains des usagers ;
- Les nombreuses études et évaluations rapides de la situation et les études RDS ;
- Les actions de prévention et d'éducation par les pairs dans de nombreux établissements pénitenciers du Maroc ;
- Et la création d'un comité de pilotage national de réduction des risques.

Ce premier Plan d'Action National Réduction des Risques VIH parmi les usagers de drogues injectables 2008-2011 a été évalué et a permis de documenter les interventions notables réalisées sur le terrain depuis 2008. En effet, grâce au programme de coopération du Ministère de la Santé avec le Fonds Mondial de Lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, un appui au fonctionnement et financement des ONG thématiques a pu être réalisé ainsi que des formations et l'acquisition entre autres des kits d'injection et de la méthadone.

L'appui de l'ONUSIDA, de l'UNODC et des autres partenaires techniques a permis de mettre en œuvre différents volets, notamment la réalisation d'études, le renforcement des capacités des acteurs et de mise en réseau des intervenants.

Les principales activités du plan réalisées ont permis en l'espace de 4 ans de faire de l'expérience du Maroc un modèle pour toute la région MENA.

L'évaluation a permis également de cerner les points faibles de ce premier Plan d'Action National Réduction des Risques 2008-2011 avec la mise en évidence des difficultés et obstacles qui ont entravé la réalisation de certaines actions et le dégagement de pistes de réflexion pour y remédier. Les actions qui n'ont pas pu être réalisées comprennent les actions relatives aux femmes UDI, au travail avec les pharmaciens au niveau de tous les sites, la prise en charge de l'Hépatite C, le soutien psychosocial et la mise en place d'un système de suivi et d'évaluation national standardisé de l'ensemble des actions et des structures partenaires.

### **1.3.3.2. Plan d'Action National Réduction Des Risques VIH parmi les usagers de drogues injectables 2012-2016**

L'objectif principal du Plan d'Action National Réduction des Risques VIH parmi les usagers de drogues injectables 2012-2016 est de réduire de 50% les nouvelles infections par le VIH chez les usagers de drogues injectables d'ici 2016.

Les objectifs spécifiques sont les suivants :

- Accès des UDI de l'ensemble des sites prioritaires aux activités de prévention combinée régulières et de qualité par le biais des équipes de proximité;
- Accès des UDI au traitement de substitution aux opiacés dans tous les sites prioritaires pour prévenir l'injection des drogues;
- Accès des UDI aux prises en charge médicale et psychosociale combinées et globales;
- Optimisation de la coordination et la gestion du dispositif réduction des risques au niveau national et local.

Le Plan d'Action National Réduction des Risques VIH parmi les usagers de drogues injectables 2012-2016 met l'accent sur une approche de « prévention combinée » qui comporte 7 composantes :

1. Accès aux outils nécessaires pour injecter, fumer ou sniffer des drogues à moindre risque de contamination ;
2. Prescription du traitement de substitution au plus grand nombre possible d'usagers d'héroïne;
3. Accès au dépistage et au traitement antirétroviral pour les séropositifs au VIH et au VHC nécessitant un traitement ;
4. Actions visant le changement du comportement individuel à l'aide des supports écrits et audiovisuels ;
5. Actions visant le changement des normes dans la sous-culture par des actions « de l'intérieur », une mobilisation communautaire et l'auto-support ;
6. Appui psychosocial, insertion et réinsertion professionnelle ;
7. Lutte contre la stigmatisation sociale, la discrimination et la défense des Droits Humains fondamentaux.

**Tableau n°1.3 : Cible pour la couverture par la prévention combinée des usagers de drogues injectables et injecteurs actuels « actifs »**

	<b>Valeurs de Base (2011)</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
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	ND	600	1000	1300	1600	2000

Les modalités d'intervention du Plan National Réduction des Risques VIH parmi les usagers de drogues injectables 2012-2016 comprennent :

- La création de centres à bas seuil d'exigences (BSE) (de réduction des risques et des centres de prise en charge des addictions (Fondation Mohammed V pour la Solidarité) impliquant la création de consultations spécialisées avec suivi et orientation, des unités fixes et mobiles de prévention des risques (ONGs thématiques), l'intervention d'équipes pluridisciplinaires, le renforcement des capacités des intervenants auprès des UDI, l'établissement de liens fonctionnels avec les services de dépistage du VIH et un travail en réseau avec les acteurs de proximité (programmes d'insertion socioprofessionnelle, protection juridique...etc.) ;
- La mise en place de programmes d'échange de seringues ;
- L'appui à l'auto-support ;
- Et le développement du programme de thérapie de substitution aux opiacés (TSO - Méthadone).

Les principaux défis de l'actuel Plan d'Action National Réduction des Risques VIH parmi les usagers de drogues injectables 2012-2016 comprennent :

- La mise en place d'une stratégie multisectorielle pour la prévention de l'usage des drogues particulièrement chez les jeunes ;
- Le développement des structures de réhabilitation et des dispositifs de réinsertion sociale pour les usagers de drogues ;
- L'extension des dispositifs de prise en charge en général et de réduction des risques pour les populations hautement vulnérables: femmes, détenus, toutes populations en situation de précarité...etc. ;
- Le renforcement de l'accès des usagers de drogues aux services de santé (traitement de substitution à la méthadone, traitement antirétroviral, prise en charge de la tuberculose... etc.);
- Le renforcement des capacités des ONG et l'implication des usagers de drogues dans les interventions ;
- La mobilisation des médias et l'éducation y compris pour la lutte contre la stigmatisation ;
- La pérennité des programmes: ressources humaines spécialisées et intervenants de proximité formés ;
- Et la maîtrise de l'évolution de la situation de l'usage de drogues par la réalisation d'évaluations et d'études.

## 1.4. Coordination Nationale et Internationale

### 1.4.1. Coordination Nationale et Observatoire National des Drogues et Addictions (ONDA)

Conscient qu'une approche globale et intégrée du phénomène des drogues s'impose, le Maroc inscrit son action en matière de lutte contre les drogues dans une stratégie axée sur la réduction de l'offre, la répression à la fois du trafic et de la demande et la mise en place de mesures favorisant le développement alternatif.

Sur le plan institutionnel, le Maroc s'est doté d'une Unité de Coordination de la lutte anti-drogue (UCLAD) en 1996 dans un effort d'améliorer la coordination entre les différents services chargés de l'application de la loi et d'une Commission Nationale des Stupéfiants.

Depuis 2005, une stratégie nationale de lutte antidrogues a été mise en œuvre appelant à concerter les efforts pour assurer une coordination tant au niveau institutionnel qu'au niveau de la mise en œuvre d'actions multidimensionnelles communes à plusieurs secteurs.

Ainsi, dans le cadre d'une approche globale adoptée dans le domaine de la réduction de l'offre, les opérations d'éradication sont accompagnées par une approche de développement plus large favorisant le développement alternatif et les cultures de remplacement.

Aux grands projets structurants s'ajoutent d'autres projets visant la lutte contre la précarité et la pauvreté et favorisant le développement humain dans le cadre global de l'Initiative Nationale du Développement Humain (INDH).

Cette Stratégie, à la fois de lutte et de prévention, a permis aux autorités Marocaines de réduire les superficies cultivées en cannabis de plus de 65%, passant de 134000 hectares en 2003 à 47500 en 2010 (durant l'année 2010, 9400 hectares ont été éradiqués).

La réalisation du cahier de charges des campagnes d'éradication à grande échelle et de lutte contre le trafic de drogue, a mobilisé d'importants moyens financiers, matériels et humains.

Depuis 2009, il a été procédé à la mise en place d'un programme gouvernemental de développement alternatif intégré au niveau des provinces de la façade nord du Royaume d'une enveloppe budgétaire de 900MDH. Plusieurs projets de développement socioéconomique et environnemental ont été initiés au niveau de 74 communes rurales ciblées.

Concernant la disponibilité des données, les autorités Marocaines ont mené plusieurs enquêtes et études qui permettent de rendre compte de tendances notamment quant à la prévalence, la demande ou l'usage de drogues en milieu scolaire. Elles dépendent principalement du Ministère de la Santé, de la Justice ou de l'Éducation et, suivant leurs objectifs, sont menées à des échelles différentes. À titre d'exemple, des études « capture-recapture » menées dans le Nord du pays et dans les principales zones urbaines par le Ministère de la Santé ont permis de mieux appréhender le traitement (médical et social) des usagers de drogues.

De même, le Ministère de la Justice a fourni des données sur la consommation de drogues en milieu carcéral. En Janvier 2013, plusieurs enquêtes étaient en cours, notamment sur la pureté et le prix de la drogue, ainsi que sur la proportion de détentions liées à l'usage ou au trafic de drogues.

Les principales données manquantes sont celles liées aux conséquences de l'usage de drogues, telles que les données sur la morbidité et la mortalité liées à la consommation de drogues.

De manière à centraliser les informations et données relatives aux drogues et aux addictions déjà existantes, et à pouvoir collecter celles encore manquantes, le Maroc a créé en 2011 son Observatoire National des Drogues et Addictions (ONDA). L'ONDA a été lancé officiellement le 11 juin 2013.

L'ONDA est un organisme indépendant qui fournit aux décideurs des informations factuelles, objectives, fiables et comparables en matière de l'usage de drogues et de toxicomanie, ainsi que de leurs conséquences. L'ONDA 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 de toxicomanie.

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

**Les missions de l'ONDA sont les suivantes :**

- Fournir des informations jugées indispensables à l'élaboration des politiques et à l'organisation de services liés à la drogue ;
- Fournir des informations relatives aux questions d'intérêt général liées à l'usage de drogues;
- Collecter et produire les informations nécessaires pour satisfaire aux obligations de rapports imposées par des programmes Nationaux et Internationaux d'observation et de contrôle des drogues.

**Les fonctions de l'ONDA consistent à :**

- Collecter des données et observations au niveau national ;
- Analyser et interpréter des informations collectées ;
- Produire des rapports et diffuser des résultats ;
- Publier annuellement un rapport National ou, tout au moins, une information actualisée sur la situation Nationale ;
- Produire des études spécifiques et autres rapports à la demande.

**Les stratégies de l'ONDA sont les suivantes :**

- Adopter des outils internationaux de référence ;
- Créer ou adopter un cadre de référence national pour l'établissement de rapports;
- Trouver les données ainsi que les experts pour interpréter les données ;
- Structurer les sources d'informations identifiées en un système cohérent ;
- Créer et développer progressivement un réseau National de collecte des données.

**1.4.2. Coordination et coopération Internationale**

Confronté à une situation préoccupante liée au développement du trafic des drogues, ajouté aux besoins en matière de prévention, de traitement et de réinsertion des usagers de drogues qui sont en augmentation, le Maroc a réitéré sa volonté d'agir de concert avec tous les Etats concernés pour lutter contre la drogue et la criminalité qui lui est liée et d'apporter ainsi, dans un esprit de responsabilité partagée, une réponse globale, équilibrée et coordonnée, à la menace que représente ce fléau pour l'ensemble des sociétés.

Le Maroc est ainsi signataire des diverses conventions des Nations Unies sur les stupéfiants et les substances psychotropes (1961, 1971, 1988) et de la Convention des Nations Unies contre la criminalité transnationale organisée (2000).

Le Maroc dispose de multiples textes juridiques réglementant tous les aspects liés aux drogues (culture, trafic, consommation). Le dispositif législatif et réglementaire national pénalisant les activités liées au trafic des drogues a été renforcé par la loi 43-05, sur le blanchiment d'argent, adoptée et promulguée en 2007.

Dans le cadre de l'entraide judiciaire, le Maroc coopère pleinement avec ses partenaires pour lutter contre le trafic de drogue, notamment dans le cadre des demandes d'extradition, mais la réciprocité n'est pas toujours possible avec certains pays européens qui tolèrent la détention et la consommation de certaines drogues, ce qui encourage également le trafic.

Conformément aux recommandations des Nations Unies, le Maroc a, dès 1977, mis en place un cadre institutionnel chargé de la coordination des mesures de lutte contre le trafic et l'abus des drogues, avec la création de la Commission Nationale des Stupéfiants.

La participation de l'ONUDC aux enquêtes sur le cannabis au Maroc, témoigne de la volonté du Maroc d'associer la communauté internationale et les bailleurs de fonds à ses efforts de lutte anti-drogue.

Le Maroc entretient des relations suivies avec l'Organe International de Contrôle des Stupéfiants (OICS), dont les rapports soulignent les efforts déployés par le Maroc et les progrès accomplis dans le domaine de l'éradication de la culture du cannabis et la lutte contre les drogues.

Le Maroc entretient par ailleurs une collaboration étroite avec le réseau MedNET (réseau de coopération sur les drogues et les addictions dans la région méditerranéenne du Groupe Pompidou) avec pour objectifs de promouvoir la coopération, l'échange et le transfert réciproque de connaissances entre pays du Sud de la Méditerranée et les pays européens (échange Nord-Sud et Sud-Sud). Le réseau Mednet auquel le Maroc a adhéré depuis sa naissance en 2006, œuvre à promouvoir une coopération mutuelle et à mener de nombreuses activités dans le domaine de la gestion de l'usage de drogues (formations, visites d'étude, mise en place de diplômes universitaires d'addictologie à Rabat et à Casablanca, réalisation d'enquêtes nationales MedSPAD concernant la prévalence de l'usage de drogues en milieu scolaire, production de matériel de prévention...etc.).

La relation fructueuse avec le réseau Mednet a présidé à la requête du Maroc à adhérer au Groupe Pompidou du Conseil de l'Europe le 1er juillet 2011. Cette adhésion démontre la crédibilité dont jouit le Maroc et constitue une reconnaissance claire des efforts accomplis par le Maroc dans le domaine des droits de l'Homme, pilier fondamental de la charte du Conseil de l'Europe. Le Maroc est devenu le premier pays, en dehors de la zone géographique Européenne, à devenir membre à part entière du Groupe Pompidou. La coopération entre le réseau Mednet et le GP est aujourd'hui exemplaire et aspire à une plus grande consolidation.

Le Royaume du Maroc travaille également en collaboration rapprochée avec d'autres pays de la région méditerranéenne autour de la question des stupéfiants. En effet, le Ministère des Affaires Etrangères et de la Coopération a réitéré également le soutien fort et l'attachement du Maroc à la préservation de la stabilité, la sécurité et l'unité des pays frères du Golfe, réaffirmant la détermination du Royaume à poursuivre la coopération avec ses partenaires dans la lutte contre le terrorisme, le trafic de drogue et d'armes, le blanchiment d'argent et le crime transnational.

La période 2008-2009 a été marquée par la création d'un Comité Mixte de Lutte Antidrogue entre le Maroc et l'Espagne, par l'adhésion du Royaume au Centre de Coordination de Lutte Anti-Drogue dans le bassin occidental de la Méditerranée (CECLAD-M).

Le Maroc a également le statut de membre observateur auprès du Maritime Analysis Operational Center (MAOC-N). Les ministres de l'Intérieur de l'Espagne et du Maroc ont également mis en place une stratégie de détection des stupéfiants dans les aéroports, mais aussi à travers le détroit de Gibraltar.

Le Maroc travaille en outre en étroite collaboration avec les différentes agences des États-Unis, comme le Federal Bureau of Investigation (FBI), Drug Enforcement Administration (DEA), et le Department of Homeland Security (DHS). De plus, le Department of State's Bureaus of International Narcotics and Law Enforcement Affairs and Diplomatic Security reste en relation de travail avec les organismes marocains compétant en la matière.

Le Maroc entretient ainsi, de manière efficace, des partenariats avec les pays européens, les États-Unis et des pays africains visant à renforcer la coordination et la lutte contre les réseaux internationaux de trafic de drogues, tout en créant des mécanismes afin de mieux contrer le transit de drogue via ses frontières.

Depuis la création de l'ONDA, le Maroc a bénéficié d'un soutien technique spontané et volontariste de la part de l'Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies (OEDT). L'OEDT a manifesté une volonté manifeste à aider l'ONDA dans ses missions et à établir des liens pérennes de coopération. Un cadre de collaboration étroit est aujourd'hui en discussion entre les deux parties. L'ONDA adopte les mêmes instruments et indicateurs de l'OEDT et entend jouer un rôle de lien entre l'OEDT et les autres observatoires en création dans la région MENA.

## 2. Usage de drogues en population générale et au sein de groupes spécifiques

Plusieurs enquêtes en population générale et spécifique ont été réalisées au cours de ces dix dernières années et permettent d'appréhender la situation de la consommation de drogues en lien avec l'infection au VIH.

Dès le début des années 1990, le Maroc a procédé au lancement d'une série d'études épidémiologiques ayant conduit à la connaissance du phénomène et à la mise en place de plans stratégiques, de grande envergure, adaptées à la réalité des chiffres et à l'évolution de la consommation de drogues. Les premières études épidémiologiques concernant l'usage de drogues au Maroc remontent ainsi à 1993-1995 dans le pays (enquête concernant les enfants de rue, enquêtes en milieu psychiatrique).

### 2.1. Usage de drogues en population générale

#### 2.1.1. Enquête nationale sur les prévalences des troubles mentaux et des toxicomanies

Il s'agit de la première étude réalisée par le Ministère de la Santé en population générale sur la prévalence des troubles mentaux et des toxicomanies, avec l'appui de l'OMS et en collaboration avec les Centres Psychiatriques Universitaires de Salé et de Casablanca.

Les résultats de l'Enquête Nationale en Santé Mentale et Toxicomanies réalisée entre septembre et décembre 2003, sur un échantillon de six mille personnes de 15 ans et plus, représentatif de la population marocaine, montrent que :

- La prévalence vie entière de l'usage de substances psychoactives était de 4,8%.
- La prévalence de l'abus d'alcool était de 2%, la dépendance alcoolique était de 1,4%.
- La prévalence de l'abus de substances était de 3,3 % alors que la dépendance était de 2,8 %, quel que soit le produit et le mode de consommation.
- L'abus et la dépendance aux substances, dont l'alcool, était l'apanage des hommes à hauteur d'une femme pour 10 hommes.
- L'abus de substances était plus l'apanage du milieu rural qu'urbain par contre l'abus et dépendance alcoolique étaient un fait urbain.
- La prévalence de l'usage de drogues, au cours des 12 derniers mois montrait que c'est principalement le cannabis qui était le plus utilisé. Quant aux sédatifs, qui se situaient au second rang, ils ne représentaient que 0,18% de la population, suivi de la cocaïne 0,05%, des solvants à 0,04% et enfin des opiacés à 0,02. Toutefois, il est à noter que la méthodologie de l'enquête ne favorisait pas le repérage de consommation de substances à très faible prévalence dans la population générale telles que la cocaïne et l'héroïne au Maroc.

## 2.2. Usage de drogues en population scolaire

Le Maroc porte une attention particulière à la prévalence de l'usage de drogues en milieu scolaire. C'est dans ce cadre qu'ont été menées les enquêtes MedSPAD (Mediterranean School Survey Project on Alcohol and other Drugs) en 2006, 2009 puis 2013.

MedSPAD est une adaptation aux pays méditerranéens de l'enquête européenne ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs), qui s'inscrit dans le cadre des activités du réseau MedNET.

Les enquêtes MedSPAD Maroc ont été réalisées par deux équipes conjointes du Ministère de l'Education Nationale et de l'Enseignement Supérieur et à l'Hôpital Universitaire Psychiatrique Arrazi de Salé. La première enquête Medspad, réalisée en 2006, a ciblé les élèves de la région de Rabat-Salé. Deux autres enquêtes MedSPAD ont été réalisées par la suite en 2009 puis en 2013 et ont intéressé l'ensemble du territoire marocain. Ces enquêtes ciblent essentiellement les élèves âgés entre 15 et 17 ans et sont reproduites tous les 3-4 ans pour évaluer les tendances du phénomène de l'usage de drogues dans cette tranche d'âge.

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

L'enquête MedSPAD, découlant de l'enquête ESPAD, a été revue dans son entier pour être opérationnelle et adaptée à la culture marocaine. Plusieurs réunions de travail préalables ont réuni les équipes du Ministère de l'Education Nationale et de l'Hôpital Universitaire Psychiatrique Arrazi de Salé pour discuter, point par point, l'ensemble des modalités de l'enquête et établir des stratégies de réalisation optimales.

Les objectifs des enquêtes MedSPAD sont variés : connaître les âges d'initiation aux substances psychoactives, mettre en évidence les facteurs pouvant être prédateurs de l'usage des drogues chez les élèves, avoir une meilleure compréhension des opinions et des comportements de cette population et faire ressortir des informations qui permettraient d'élaborer des recommandations et agir dans le domaine de la prévention de l'usage des substances psychoactives en milieu scolaire.

### 2.2.1. Enquête Medspad 2006

L'enquête s'est déroulée en Février 2006. L'instrument utilisé était un autoquestionnaire de 57 items anonymes et traduits en arabe.

L'échantillon était constitué de 2139 élèves, leur âge variait entre 14 et 23 ans. La tranche d'âge des 15-17 ans représentait 52,2% des lycéens.

Il y avait une légère prédominance du sexe féminin chez les élèves de 15-17 ans (59% de l'échantillon). Les taux de prévalence de l'usage de drogues augmentaient avec l'âge de l'élève et dépendaient du sexe. Une différence de préférence de la drogue variait selon le sexe de façon significative ( $p=0.000$ ).

Les courbes de prévalence étaient en faveur de l'utilisation des drogues en phase d'expérimentation.

Durant la vie, le tabac était la substance la plus consommée chez les élèves de 15-17 ans pour les deux sexes (garçons 19.5%, filles 10.2%).

Chez les garçons, la prévalence durant la vie de l'alcool était de (16.6%), celle du cannabis de 12.5% et les psychotropes venaient en dernier (9.5%).

Durant la vie, les filles consommaient les psychotropes dans 8,4% des cas, puis l'alcool dans 4.7% des cas et le cannabis était consommé en dernier dans 1.5% des cas.

La consommation durant la vie, d'autres drogues comme la cocaïne, les dérivés opiacés, les solvants organiques et l'ecstasy était déclarée chez 1.4% des élèves.

L'expérimentation de plus d'une drogue était retrouvée chez 40% des élèves de 15-17 ans. Jusqu'à deux élèves usagers sur cinq avaient un membre de la famille ou un ami qui consomme la même drogue.

L'âge d'initiation aux substances psycho-actives était précoce chez les élèves les plus jeunes. 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, étaient liés de façon statistiquement significative à la prise de drogues.

## 2.2.2. Enquête Medspad 2009

Le tableau 2.1. présente les principaux résultats de l'enquête Medspad 2009.

**Tableau 2.1 : Prévalences de l'usage de substances psycho-actives  
(Enquête MedSPAD 2009) (en %)**

Substances	Population	Durant la vie	Durant les 12 derniers mois	Durant les 30 derniers jours
Tabac	Overall	20,4	10,7	7,6
	15-17 ans	18,5	9,3	4,3
Chicha	Overall	22,3		
	15-17 ans	18,9		
Alcool	Overall	10	5,8	3,6
	15-17 ans	7,7	4,2	2,5
Cannabis	Overall	9,3	6,3	4,2
	15-17 ans	7,2	4,6	2,6
Psychotropes	Overall	4,3	2,4	1,7
	15-17 ans	4	2,2	1,3
Cocaïne	Overall	1,5	0,9	0,6
	15-17 ans	1,2	0,7	0,4
Crack	Overall	0,9	0,5	0,5
	15-17 ans	0,6	0,3	0,3
Autres	Overall	7,4		
	15-17 ans	5,8		

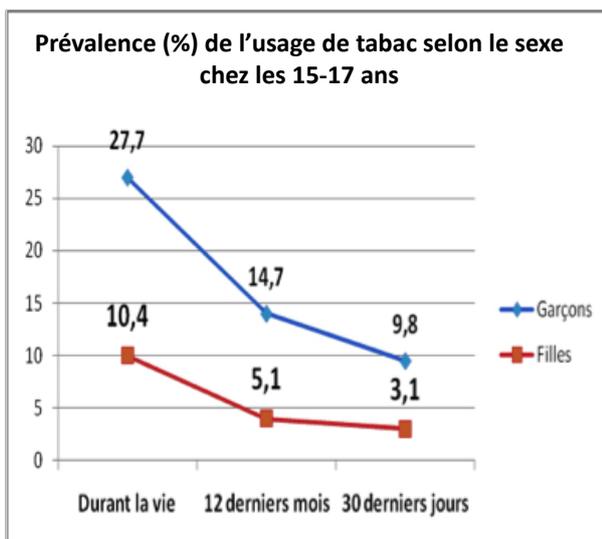
### 2.2.3. Enquête Medspad Maroc 2013

La réalisation de l'enquête MedSPAD 2013 au niveau du Maroc, a été confiée aux deux équipes conjointes du Ministère de L'Education Nationale et à l'Hôpital Universitaire Psychiatrique Arrazi de Salé. Cette enquête à grand échelle vient répondre à une volonté politique commune des Ministères de l'Education Nationale et du Ministère de la Santé pour évaluer le problème d'usage de drogues en milieu scolaire, à l'échelon national, et établir des recommandations adéquates et adaptées pour la prise en charge de ce phénomène.

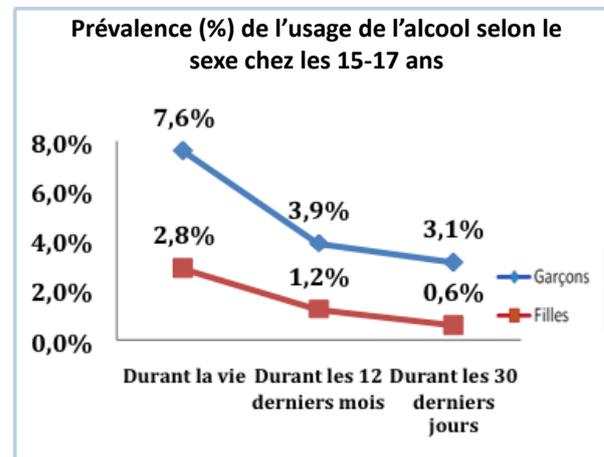
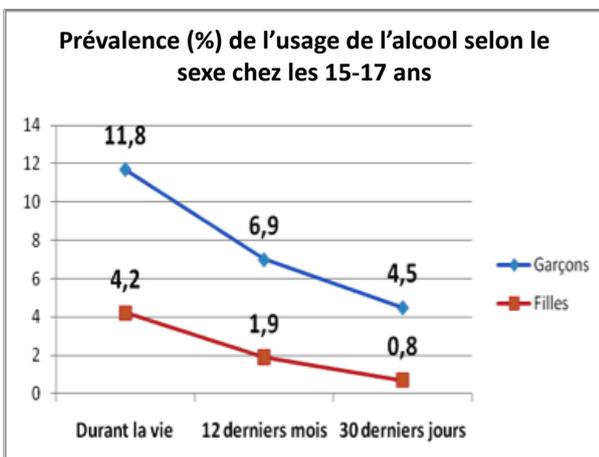
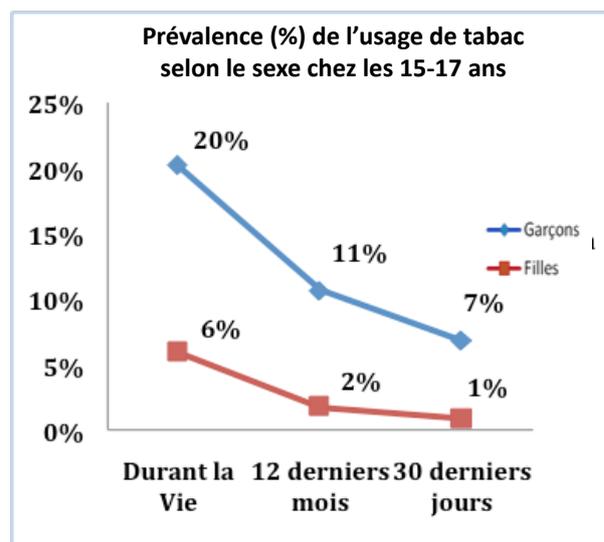
Les comparaisons avec l'enquête Medpad 2009 relèvent une réduction des chiffres de prévalence pour le tabac, l'alcool et le cannabis chez les 15-17 ans. Les chiffres concernant les psychotropes paraissent augmentés par rapport à ceux trouvés en 2009.

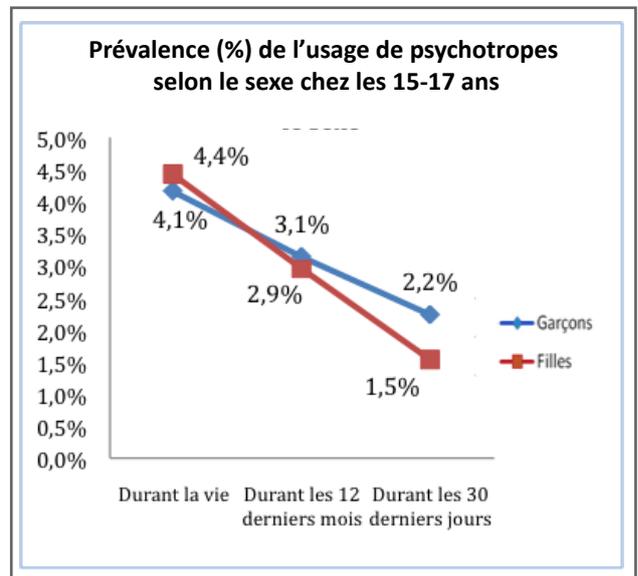
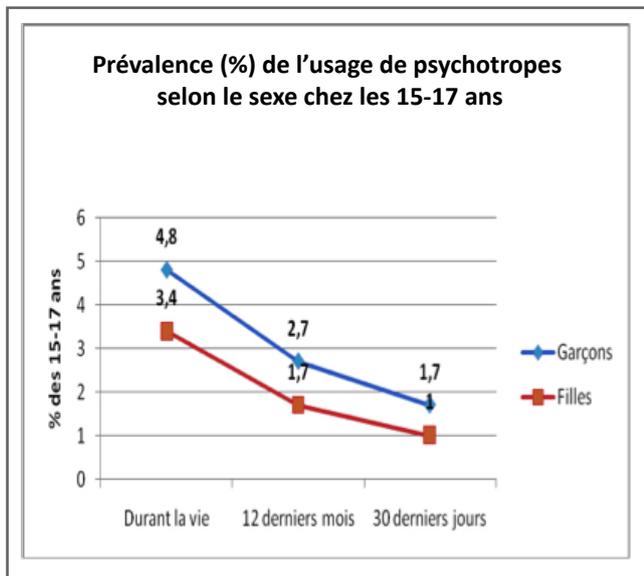
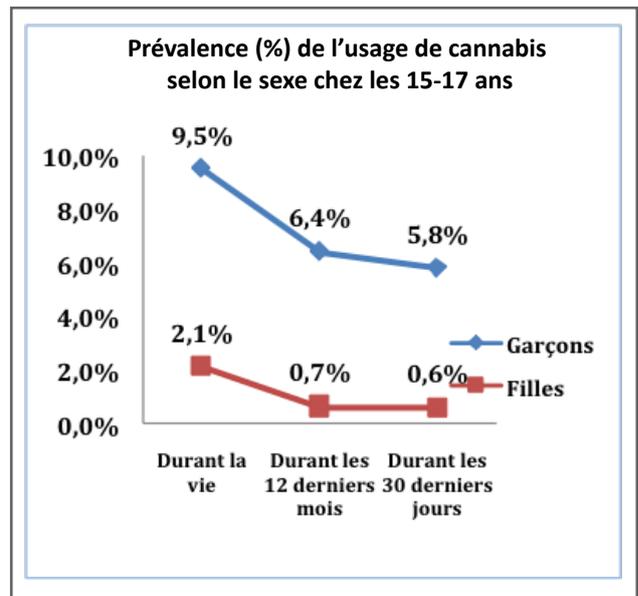
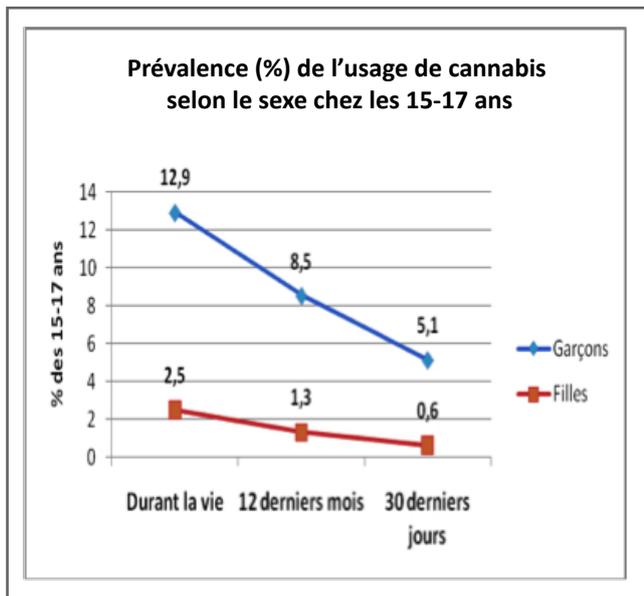
**Tableau 2.2 : Comparaison entre MedSPAD 2009 et MedSPAD 2013**

#### MedSPAD 2009



#### MedSPAD 2013





L'analyse globale de l'usage de drogues chez les lycéens Marocains démontre un certain nombre de facteurs de risques 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.

## 3. Prévention

### 3.1. Introduction

La politique de prévention des usages de drogues est mise en œuvre à différents niveaux au Maroc. Elle a pour principes premiers d'empêcher l'initiation des consommations, ou du moins la retarder, et d'éviter ou réduire les abus. En milieu scolaire, le cadre général d'intervention est celui de la prévention des conduites addictives, relevant plus largement de l'éducation pour la santé.

Les Ministères intervenant dans la prévention sont le Ministère de la Santé, le Ministère de l'Education Nationale et de la Formation Professionnelle, le Ministère de l'Intérieur, le Ministère de la Justice et des Libertés, le Ministère de la Jeunesse et des Sports, le Ministère de l'Enseignement Supérieur, le Ministère des Habous et des Affaires Islamiques, le Ministère de la Solidarité, de la Femme, de la Famille et du développement social et le Ministère de l'Emploi et des affaires sociales.

De plus, au niveau local, beaucoup d'associations complètent le travail du gouvernement, en étant présentes auprès de la population et en organisant des activités dans le cadre de la prévention de l'usage des drogues.

Des enquêtes en milieu scolaire ont été réalisées pour mieux connaître le public cible et faire un meilleur diagnostic : Enquête Nationale scolaire en 1994 ; Enquête de prévalence des troubles mentaux et toxicomanies en 2003 ; Enquête MedSPAD en 2006, 2009 et 2013.

La création de « clubs de la citoyenneté » constitue les prémices d'une action nationale en matière de prévention. Parmi eux, le club de la santé, la communication, le théâtre et d'autres activités de loisirs ont été mis en place dans les établissements afin de mieux encadrer les élèves et de leur expliquer les sérieux dangers de la drogue. Dans certaines écoles publiques, l'idée de surélever les murs a été envisagée pour lutter contre les intrusions des dealers. De plus, des cellules d'écoute menées également par des professeurs ont été mises en place avec pour objectif de sensibiliser et de trouver des solutions aux cas les plus sérieux.

Le Ministère de la Santé a mis en place une « Stratégie de communication sociale pour la prévention de l'usage des drogues » pour la période 2008-2012. Les objectifs de ce programme étaient :

- La prévention de la toxicomanie parmi les jeunes et les populations vulnérables, associée à la promotion de la santé mentale.
- L'amélioration de la quantité de la prise en charge des usagers de drogues.

- La réduction des risques d'infection VIH/SIDA et Hépatites C chez les usagers de drogues injectables.
- Le traitement des toxicomanies et la réhabilitation des usagers de drogues.
- La lutte contre la stigmatisation des usagers de drogues.

Le Ministère de la Santé a mis en place une nouvelle stratégie nationale de prévention des drogues à travers un Plan d'Action sur 2012-2014.

Ce plan prévoit des actions ciblées pour les jeunes, les adultes, ainsi que les populations vulnérables. Le Ministère prévoit la prévention des conduites addictives associées à la promotion des modes de vie sains, notamment à travers la mise en place d'une stratégie de communication sociale. Dans le but de rendre les mesures de préventions plus efficaces, le Ministère prévoit de développer la collaboration, les partenariats. En effet, pour rendre les mesures de prévention efficaces et importante, il est nécessaire de les réaliser dans une politique intégrée et intersectorielle.

Certaines associations marocaines interviennent également dans le domaine de la prévention en matière de drogues.

C'est le cas par exemple de l' « Association marocaine de lutte contre le tabac et les drogues » qui a réalisé « un certain nombre de campagnes de prévention tout au long de l'année, sur l'ensemble du territoire », pour « faire prendre conscience aux Marocains du risque auquel ils s'exposent via l'usage de ces substances illicites ». C'est à travers plusieurs journées portes ouvertes, interventions de spécialistes, portes à portes, activités sportives, que l'association sensibilise les citoyens.

Une campagne de sensibilisation a été lancée en Mars 2012, en partenariat avec l'Association des Enseignants des Sciences de la Vie et de la Terre au Maroc (AESVT), dans 10 établissements scolaires (privés et publics) de la ville de Marrakech. Un concours, ouvert sur toute discipline, a ainsi été lancé aux élèves sur le thème de la drogue. L'AESVT intervient également dans le cadre de ses activités d'éducation à la santé en milieu scolaire, dans certains établissements scolaires. À l'occasion de la journée mondiale de lutte contre le tabagisme, la section AESVT Nador a organisé le 31 Mai 2013 en collaboration avec les clubs de lycée Farkhana une soirée de sensibilisation de lutte contre le tabagisme.

De même, la Direction Générale de la Sûreté Nationale (DGSN) a lancé une campagne de sensibilisation au cours de l'année scolaire (allant de Septembre 2013 au 27 Avril 2014) au profit des enfants scolarisés que ce soit dans les établissements publics ou privés pour les mettre en garde contre le fléau de l'usage de drogues et plus particulièrement celui des comprimés psychotropes, et dont le nombre de bénéficiaires a atteint 777 631 élèves répartis dans 5646 établissements scolaires.

En l'absence d'un système d'observation adéquat, au Maroc, la mise en œuvre des pratiques en matière de prévention de l'usage de drogues est peu évaluée. Mais certaines idées semblent désormais répandues : les limites d'une approche exclusivement informative et la pertinence du développement de compétences psychosociales, d'une approche interactive ou encore du rôle préventif des parents.

### **3.2. Contextes généraux et principaux acteurs**

Les actions réalisées relèvent principalement de la prévention universelle et sont majoritairement menées dans le cadre de l'enseignement secondaire où elles impliquent largement la communauté éducative, tant pour la coordination que pour leur réalisation.

Trois grandes catégories d'acteurs interviennent auprès des jeunes : les personnels scolaires d'éducation, de santé ou sociaux ; les intervenants des associations spécialisées de prévention ou d'éducation pour la santé ; les gendarmes et policiers spécialement formés.

### **3.3. Observation et données**

Il n'existe pas de système d'observation National sur les actions de prévention qui soit transversal aux principaux secteurs actifs dans le domaine.

Ainsi, peu de données sont disponibles sur la couverture des actions de prévention en milieu scolaire.

La synthèse des réponses de prévention menées au Maroc s'appuie sur la consultation des acteurs de santé institutionnels et la caractérisation d'actions de terrain repose sur des remontées d'informations parcellaires.

### **3.4. Cadre législatif**

Relativement peu de textes de loi encadrent la prévention des usages de drogues. En matière de tabac et d'alcool, un important cadre législatif en régit la publicité, l'accessibilité et l'usage dans les lieux publics, ainsi que la fiscalité visant à limiter les consommations.

### **3.5. Coordination Nationale**

Les politiques de prévention des usages de drogues licites ou illicites sont définies par les plans gouvernementaux et notamment par une Stratégie Nationale de Prévention des Drogues élaborée par la Direction de l'Epidémiologie et de la lutte contre les maladies du Ministère de la Santé.

### **3.6. Politique de prévention contre les addictions - Vision stratégique et plan d'action 2012-2016**

La prévention est un axe majeur de la Stratégie Nationale de Lutte contre les Addictions. Le plan d'action marocain de lutte contre les addictions la décrit comme prioritaire avec la nécessité de mettre en place des actions pertinentes, une optimisation des moyens et une action globale et multifactorielle.

Le concept de prévention globale structurée et multifactorielle implique :

- Un partage des connaissances fiables;
- Une promotion des modes de vie sains;
- Une éducation à la santé;
- Une promotion et un renforcement des habiletés de vie;
- Et la mise en place d'un cadre légal avec des mesures règlementaires et juridiques.

Cette politique de prévention a pour ambitions de toucher toutes les populations cibles dans tous leurs lieux de vie :

- Le grand public ;
- Les établissements scolaires et universitaires ;
- Les espaces de loisirs et sportifs ;
- Le milieu du travail ;
- Et les populations vulnérables.

### 3.6.1. Les axes stratégiques du plan d'action 2012-2016

#### ■ **Axe 1: Prévention des conduites addictives associées à la promotion des modes de vie sains**

##### ◆ **Mesure 1: Mise en place d'une stratégie de communication sociale**

- **Action 1 :** conception et diffusion de supports d'informations et de communication fondées sur des données scientifiques visant à renforcer les connaissances du grand public (spots TV et radio, film, guides, affiches...) avec la conception d'un « document d'orientation en matière de communication en prévention de l'usage des drogues chez les jeunes ».
- **Action 2:** élaboration et mise en place des programmes efficaces de sensibilisation destinés aux éducateurs, enseignants et élèves (intégration dans le cursus scolaire).
- **Action 3:** élaboration de guides et manuels d'aide et conseil au profit des ONG, parents, éducateurs...etc. A cet effet, un guide d'orientation dédié aux ONG œuvrant auprès des jeunes (appui OMS et collaboration avec l'Hôpital Ar-Razi, Salé) et un module didactique dédiés aux éducateurs et enseignants (appui OMS et collaboration avec le CPU Ibn Rochd Casablanca) ont été conçus.
- **Action 4:** élaboration et mise en place des programmes efficaces d'aide et de sensibilisation destinés aux parents.

#### ■ **Axe 2: Dépistage et diagnostic précoce des troubles addictifs**

##### ◆ **Mesure 1 : Intégration de la composante prévention des conduites addictives chez les jeunes dans les soins de santé de base et au niveau de tous les lieux de soins à assise communautaire (espaces santé jeunes)**

- **Action 1 :** intégration de la composante prévention de l'usage des drogues dans les activités des centres d'addictologie.
- **Action 2 :** encouragement de l'intégration de la composante prévention de l'usage des drogues dans les plans régionaux de la santé et de la création d'unités multidisciplinaires dans les soins de santé de base.

## ◆ **Mesure 2 : Renforcement des compétences des professionnels de santé et autres acteurs en addictologie**

- **Action 1 :** formation de 30 médecins généralistes et psychiatres en addictologie tous les 2 ans (DU d'addictologie des CHU Rabat-Salé et de Casablanca)
- **Action 2 :** formation du personnel de soins (infirmiers, médecins et autres acteurs) dans les soins de santé de base.
- **Action 3 :** formation continue au profit des professionnels de soins de santé de base avec la réalisation en 2013 et programmation en 2014-2015 d'ateliers de formation aux techniques de la brève intervention (appui OMS, collaboration Hôpital Ar-Razi).

## ■ **Axe 3: Collaboration, Partenariat et Multisectorialité**

### - **Actions :**

- Plaidoyers avec la nécessité de mesures de prévention efficaces et l'importance de politiques intégrées et intersectorielles.
- Mise en place de programmes intersectoriels.
- Encouragement à la mise en place de programmes de partenariats avec les ONG.
- Mise en place de programmes spécifiques de coopération.
- « Pactes-Médias »...etc.

### - **Collaborations intra-santé avec les partenaires suivants:**

- Direction de la Population- Santé Scolaire: élaboration de manuels et guides sur la santé des jeunes et adolescents, élaboration de guide pour éducateurs en milieu scolaire et mise à disposition d'une page Web au profit des jeunes et adolescents.
- Unité des modes de vie sains (DELM): lutte anti-tabac.
- Commission Nationale des Stupéfiants.

### - **Multisectorialité impliquant :**

- Le Ministère de l'Enseignement Supérieur- Santé Universitaire avec élaboration de brochures informatives;
- La réalisation en 2013 d'un atelier multisectoriel de concertation pour la mise en œuvre d'une politique multisectorielle en santé mentale, y compris la prévention de l'usage des drogues;
- La Direction Générale de la Sûreté Nationale avec l'organisation en 2012 d'une journée de réflexion sur la problématique de l'usage des drogues et les addictions et en Décembre 2013 une journée de réflexion pour une politique multisectorielle en prévention de l'usage des drogues et des addictions.

**- Partenariat avec les ONG et Organismes internationaux:**

- Projets annuels de plans d'action pour la prévention de l'usage des drogues chez les jeunes.
- Partenariat avec l'UNESCO : organisation en 2012 d'une journée de réflexion portant sur l'«état des lieux et stratégies de prévention de l'usage des drogues en milieu scolaire ».
- Partenariat avec MedNet/Groupe Pompidou.
- Partenariat avec l'UNODC.

■ **Axe 4: Suivi, Evaluation et Recherche**

◆ **Mesure 1: Mise en place d'un Comité National de Pilotage en matière de Prévention des Addictions**

◆ **Mesure 2 : Mise en place d'un Observatoire national des Drogues et Addictions (ONDA)**

*Plusieurs rôles ont été définis pour l'ONDA :*

- la recherche et la surveillance des tendances ;
- le partage de l'information et des expertises ;
- l'appui à la planification ;
- et la conception et la validation des outils d'interventions.

◆ **Mesure 3: Promouvoir la Recherche –Action en matière de prévention de l'usage des substances psychoactives**

■ **Etapes futurs et recommandations du Plan d'Action 2012-2016**

◆ **Renforcement du partenariat avec les ONGs par :**

- Un partage de l'information ;
- Le renforcement de l'appui technique et financier aux ONG avec encadrement dans les actions de prévention ;
- La mise à disposition d'outils validés (ateliers de formation, WEB..etc..).
- La mise en place d'activités de renforcement des capacités ;
- L'établissement d'un état des lieux avec listing des associations œuvrant dans le domaine de la prévention des addictions.

◆ **Adoption d'un ou plusieurs modèles standardisés d'intervention au niveau National découlant d'un consensus National.**

◆ **Elaboration d'une stratégie multisectorielle.**

◆ **Promotion de l'ONDA en tant que médiateur et jouant un rôle dans le renforcement des échanges internationaux.**

## 4. Usage problématique de drogues

### 4.1. Contexte spécifique de l'usage problématique des drogues au Maroc

Une montée progressive de la préoccupation des Pouvoirs Publics, des professionnels de santé et des organisations de la société civile a conduit à une évolution majeure de la politique de lutte contre le sida au Maroc en lien avec les phénomènes de consommation de drogues.

En 2003, le Ministère de la Santé a réalisé la première enquête nationale sur la santé mentale en population générale (données recueillies auprès d'un échantillon de six mille personnes représentatives) ; cette enquête, dont les résultats ont été communiqués en 2006- 2007, comportait un volet « addiction » cherchant à évaluer la prévalence de l'usage, de l'abus et de la dépendance aux substances chez les Marocains de plus de 15 ans.

Les résultats ont permis de disposer d'une première base Nationale de connaissances sur l'ampleur des phénomènes de consommations de substances psycho-actives.

Ainsi, 4,8 % des personnes enquêtées déclaraient un usage de substances psycho-actives au cours des 12 derniers mois ; 3 % et 2,8 % étaient respectivement dans une situation d'abus et de dépendance à ces substances.

Ces résultats ont conduit les pouvoirs publics à investiguer plus précisément l'ampleur des usages de drogues au Maroc. C'est ainsi qu'une enquête consacrée à la thématique des usagers de drogues a été conçue : une « évaluation rapide de la situation sur le risque d'infection à VIH en relation avec l'usage de drogues injectées et injectables et à problème au Maroc », enquête conduite en 2005 et publiée en 2006.

Elle a permis de dresser un tableau précis du profil de ces usagers de drogues et de leurs consommations. La voie injectable a aussi été documentée, ce qui était un des objectifs de cette enquête : 3 usagers de drogues sur 4 avaient consommé des drogues par voie injectable et la moitié avaient réutilisé des seringues.

Le Maroc disposait ainsi d'une première base de connaissance pour les usagers de drogues et les consommations (produits, modes d'administration) potentiellement concernés par des approches de type RDR.

Cette première base a ouvert la voie à la conception d'un Plan d'Action National RDR, qui a été effectivement élaboré pour la période 2008-2011 et ciblait les personnes utilisant des drogues injectables.

Le Plan d'Action RDR comportait plusieurs axes d'intervention dont la mise en place de programmes de proximité de RDR en partenariat avec des ONG (avec accès au matériel stérile d'injection) et l'introduction des traitements de substitution aux opiacés (TSO).

Le premier dispositif de RDR de proximité au Maroc, avec un programme d'Echange de Seringues (PES), fut initié à Tanger par l'Association de Soutien au CMP Hasnouna (ASCMPH), association dédiée à la RDR et créée sur la base du CMP Hasnouna (ce site est devenu ultérieurement, en Juin 2010, un des trois premiers sites pilotes pour le programme de traitement de maintenance avec de la méthadone).

L'ALCS a ensuite ouvert le second programme en 2009 dans la ville de Tétouan et les environs. Puis l'équipe de RDR Maroc a ouvert le troisième en 2010 dans la ville de Nador et les environs.

En parallèle à la mise en œuvre du Plan d'Action RDR, une seconde phase d'évaluation a été menée en Novembre et Décembre 2008 sur quatre autres sites définis comme prioritaires dans le Plan d'Action RDR : Nador, Al Hoceima, Oujda, Fès.

A la différence de la première phase menée en 2005, celle-ci incluait aussi un volet biologique (prélèvement de sang capillaire sur buvard) pour contribuer à l'estimation nationale de la séroprévalence du VIH et du VHC dans le groupe des usagers de drogues (donnée essentielle à la stratégie nationale de lutte contre le sida et qui manquait jusqu'alors).

Ce second volet n'a été réalisé qu'à Nador et Al Hoceima.

Les deux phases d'évaluation rapide ont été menées selon la technique dite « boule de neige » pour le recrutement des personnes enquêtées.

L'héroïne était le produit principalement consommé (77 %), en particulier à Nador (100 %) et à Al Hoceima (97 %). 60 % avaient utilisé au moins une fois la voie injectable au cours de leur vie, avec une amplitude de fréquence variant de 98 % à Nador à 3 % à Fès. Phénomène préoccupant dans une logique de RDR : le taux de partage de seringues parmi les injecteurs était de 73 %, soit un taux plus élevé que celui constaté dans la première phase.

Si le risque de transmission du VIH par le partage de seringue était bien identifié pour neuf répondants sur dix, il n'en allait pas de même pour le partage du petit matériel, et surtout le niveau de connaissance du risque de transmission du VHC était bien plus confus et faible. Les conséquences de ces pratiques de consommation à risques associées à de faibles niveaux de connaissance sont traduites par les résultats du volet biologique : 38% de séropositivité au VIH chez les usagers de drogues testés à Nador (aucune séropositivité au VIH détectée à Al Hoceima); respectivement 89 % et 9 % de séropositivité au VHC chez les usagers de drogues testés à Nador et Al Hoceima.

Cette seconde phase de l'évaluation rapide des risques infectieux VIH chez les usagers de drogues au Maroc a clairement permis d'établir le lien entre les consommations de drogues injectables et la stratégie de lutte contre le sida, malgré les limites méthodologiques de ces enquêtes (liées au recrutement des usagers de drogues). C'est pourquoi les acteurs marocains de la lutte contre le sida et de la RDR ont souhaité, dans le cadre du pilotage National du Plan d'Action RDR, approfondir les connaissances sur les phénomènes associés à la consommation de drogues injectables : une série d'enquêtes utilisant la méthode d'échantillonnage RDS (*Respondent Driven Sampling*) a été décidée pour cinq sites prioritaires, dont Tanger, Nador et Tétouan<sup>2</sup>. Cette nouvelle série, qui cible les injecteurs, doit permettre de :

- Déterminer l'ampleur de l'usage des drogues par injection et estimer la taille de cette population ;
- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des injecteurs ainsi que leurs pratiques à risques infectieux ;
- Contribuer à l'estimation nationale de la séroprévalence du VIH et VHC dans le groupe des usagers de drogues ;
- Identifier les besoins des usagers en matière de prévention du VIH et du VHC et du soin en addiction.

Le site de Tanger a été choisi pour tester cette méthode et l'enquête y a été réalisée entre Octobre 2010 et Février 2011. L'enquête sur le site de Nador a été réalisée en novembre et Décembre 2011. En moins de 10 ans, le Maroc a ainsi pu affiner les connaissances sur les phénomènes liés aux consommations de drogues et, surtout, préciser progressivement la nature des interactions entre ces consommations et la dynamique du VIH/Sida, ouvrant ainsi la voie à une forte préoccupation quant aux interventions ciblant les PUD dans les stratégies de lutte contre le VIH/Sida.

Dans le cadre de cette évolution, il était dès lors naturel que les associations de lutte contre le sida s'investissent pleinement dans ces interventions et, plus généralement, dans les actions concernant les usagers de drogues au Maroc.

## 4.2. Résultats des principales enquêtes réalisées

### 4.2.1. Enquête Evaluation Rapide des Risques VIH parmi les Usagers de Drogues Injectables (phase I ; 2005-2006)

L'évaluation rapide de la situation sur le risque d'infection à VIH en relation avec l'usage des drogues injectées et injectables et à problème a été réalisée en 2005-2006 sur un échantillon de 495 usagers d'héroïne, cocaïne ou médicaments psychotropes principalement injecteurs.

Les objectifs de l'étude étaient de déterminer l'ampleur de l'usage de drogues injectées et injectables, estimer la prévalence de consommation de ces drogues ainsi que les pratiques à risques infectieux dans cette population. 70% des participants ont été recrutés dans la rue, 25% en milieu carcéral et les 5% en milieu hospitalier. 36% des usagers ont été recrutés à Tanger, 24% à Tétouan et à Casablanca et 16% à Rabat-Salé.

L'étude n'est pas représentative de l'ensemble de la consommation de drogues dans le Royaume, car elle cible essentiellement les usagers injecteurs ou consommant des substances susceptibles d'être utilisées par injection intraveineuse et elle n'a pu être réalisée que dans un nombre limité de sites.

L'échantillon est constitué de 347 hommes (84,14%) et 77 femmes (15,59%). La tranche d'âge la plus représentée est celle des 25-35 ans, soit 63,7%.

Six personnes enquêtées sur dix (58,6%) se déclarent célibataires contre un peu moins d'une personne sur cinq (18,6%) mariées. Quatre enquêtés sur dix sont sans emploi et seulement un sur quatre a une activité professionnelle au moment de l'enquête. Un peu moins d'un usager sur quatre possède un logement personnel (23,2%), les autres vivent chez leurs parents (54,1%), des proches (8,9%) et une petite minorité (3,2%) déclare être sans domicile fixe.

Quelque soit le site, les caractéristiques socio-démographiques des usagers de drogues (âge, statut matrimonial, scolarité, activité et résidence) ne révèlent pas de variations significatives.

■ **Consommation des substances :**

Au cours des 12 derniers mois, 9 personnes enquêtées sur 10 (89,9%) ont consommé du cannabis, 8 sur 10 des médicaments psychotropes non opiacés (75,9%) essentiellement, 7 sur 10 (69%) de l'héroïne, 6 sur 10 (60,4%) de la cocaïne et 5 sur 10 (54,9%) de l'alcool.

■ **Injections :**

74% des enquêtés déclarent avoir injecté une drogue au moins une fois au cours de la vie. Dans cet échantillon, la catégorie d'injecteurs représente 50% chez les 25-34 ans et un tiers chez les 35-44 ans. L'héroïne et la cocaïne sont les deux substances les plus injectées (un usager sur deux d'héroïne et un usager sur trois de cocaïne).

■ **Pratiques à risque :**

Parmi les injecteurs, presque une personne sur deux déclare avoir partagé une seringue avec un autre usager. Les deux tiers des usagers s'injectent à domicile, contre près d'un tiers qui le fait dans la rue. Près de 50% des injecteurs déclarent avoir utilisé des seringues déjà utilisées. Si 3 UDI sur 4 « désinfectent » les seringues utilisées, la plupart le font avec de l'eau. La connaissance des modes de contamination et de protection du VIH et du VHC en lien avec les modes d'administration intraveineux, nasale et pulmonaire s'est avérée, le plus souvent, insuffisante ou confuse.

50% des hommes et 70% des femmes ont des partenaires sexuels multiples alors que seulement 10% des hommes et 22% des femmes utilisent régulièrement un préservatif.

Trois femmes sur quatre (74%) déclarent avoir eu des rapports sexuels contre de l'argent ou de la drogue. Les femmes usagères de drogues par injection partagent, proportionnellement, plus de seringues avec d'autres injecteurs que les hommes de la même catégorie (70,6% versus 62,8% respectivement). L'enquête a fait ressortir également les spécificités suivantes : elles sont plus jeunes, consomment moins souvent de l'héroïne, injectent moins souvent les drogues qu'elles consomment, bénéficient plus rarement d'un dépistage des affections virales et enfin ont moins facilement accès aux traitements de sevrage.

■ **Mobilité et séjour en Europe :**

Près de 47% des enquêtés ont effectué un séjour à l'étranger notamment en Europe (94%). Ce sont surtout des usagers du nord du Maroc. En effet, il existe une similitude entre les substances qui étaient consommées pendant le séjour en Europe et celles qui le sont actuellement au Maroc. Parmi ceux ayant séjourné à l'étranger, un peu moins de sept usagers sur dix a consommé de l'héroïne (66%) et/ou cocaïne/crack (66% également).

■ Incarcération :

Près de la moitié des usagers consultés ont été arrêtés pour un problème qui se rapporte à la drogue. Les premières drogues consommées par les usagers incarcérés sont, par ordre décroissant: l'héroïne, la cocaïne et les psychotropes. Environ un usager sur cinq ayant consommé des drogues en prison déclare se l'être administré par voie intraveineuse. Parmi les UDI ayant pratiqué l'injection en prison, 60% déclarent avoir partagé leur seringue avec d'autres personnes.

■ Prévalence VIH et VHC :

Le dépistage de l'hépatite C et du sida a été fait par une minorité, respectivement 14,4 % et 12,4% des enquêtés. La prévalence du VIH et du VHC parmi les personnes enquêtées ayant fait le test et ayant pris connaissance des résultats est respectivement de 7% (4/58) et de 18% (13/71). Alors que la part des usagers de drogues injecteurs parmi les cas de sida notifiés depuis 1986 est de 4% à l'échelle nationale, elle représente 10% dans la région de Tanger-Tétouan. L'ensemble des tests VIH, pratiqués dans le cadre de la surveillance sentinelle en 2006 et 2007, se sont avérés négatifs. Toutefois, les résultats sont à interpréter avec précaution car ces tests ont été pratiqués dans une seule ville (Tanger) et sur un nombre assez limité d'injecteurs (une centaine par année). Ils ne sont pas représentatifs de la situation nationale dans son ensemble.

#### **4.2.2. Etudes bio-comportementales/ Etudes RDS Tanger 2009 et Nador 2011**

Les études RDS correspondent à des études dont l'échantillonnage est fondé sur le répondant. Selon les études bio comportementales RDS conduite en 2010 à Tanger et en 2011 à Nador, les prévalences du VIH et du VHC au niveau des deux sites sont les suivantes :

- Tanger : prévalence du VIH de 0,4% et du VHC de 41% ;
- Nador : prévalence du VIH de 22%.

67 % des UDI ont déclaré avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection. En outre, 30% indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport. Seuls 11% ont subi un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat.

#### **4.2.3. Déterminants de la vulnérabilité au VIH/Sida et VHC chez les usagers de drogues**

Les principaux déterminants de l'infection par le VIH/Sida et VHC chez les usagers de drogues au Maroc sont de deux ordres : individuels, sociétaux et sociaux.

##### ***4.2.3.1. Déterminants individuels comportementaux de la vulnérabilité des UDI au VIH et au VHC***

Les comportements à risque infectieux sont très répandus notamment en ce qui concerne le partage du matériel d'injection :

- Le partage du récipient (petite cuillère) qui consiste à mettre le produit en commun puis à pomper une partie du liquide ;
- L'utilisation de la seringue comme instrument de mesure ;
- Le partage de la seringue elle-même ;
- La réutilisation d'une seringue abandonnée ou cachée par un autre usager ;
- La réutilisation de sa propre seringue ;
- Le partage de l'eau de préparation et de rinçage ;
- Le partage des pailles pour fumer l'héroïne et la cocaïne base (crack).

##### ***4.2.3.2. Déterminants sociétaux et sociaux***

- La dépendance au produit : les effets du produit et les conditions du marché de la drogue- trouver l'argent nécessaire puis le produit absorbent beaucoup d'énergie- moralement et physiquement. Les préoccupations liées à la santé sont souvent supplantées par celles relatives à l'obtention et/ ou la consommation des drogues. Cela est particulièrement vrai pour les utilisateurs de produits injectables, et notamment l'héroïne.

- Les conditions de survie matérielles : l'usager actif type dépense généralement la plupart de ses ressources et revenus pour se procurer les produits dont il a besoin pour sa consommation journalière. Les ex-usagers, eux, sont souvent sans formation et sans emploi et ne disposent pas non plus de ressources suffisantes.
- L'organisation sociale et la culture des usagers de drogues par voie intraveineuse : l'organisation sociale des usagers de drogues actifs tourne principalement autour du marché de la drogue. Les rapports entre dealers, revendeurs, et consommateurs sont gérés en fonction des conditions imposées par ce marché. Or, à chaque étape, à chaque moment, chacun de ces protagonistes présente un danger pour les autres. La clandestinité dans laquelle vivent les usagers de drogues impose à son tour un type de rapports humains dominé par la méfiance réciproque et, souvent, le manque de solidarité.
- La forte mobilité des usagers de drogues marocains entre le Maroc et les pays d'Europe du Sud à très forte prévalence VIH et VHC comporte le risque de transfert des épidémies du VIH/Sida et du VHC aux usagers résidant au Maroc.

## 5. Prise en charge : demande et offre de soins

### 5.1. Description générale

#### 5.1.1. Stratégie et politique de prise en charge des addictions

Le Maroc, en tant que pays du Maghreb, a été pionnier dans le domaine de la prise en charge des usagers de drogues avec la réalisation, depuis la fin des années 80, d'une série d'études épidémiologiques qui s'intéressent à la nature et à l'étendue de la problématique.

L'offre de soins en addictologie souffre 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 à la pathologie addictive et à ses conséquences sur le plan social et familial.

La prise en charge des usagers de drogues au Maroc incluant la cure, postcure et la réhabilitation est dispensée par des structures spécialisées en addictologie incluant des structures ambulatoires et résidentielles.

L'offre de soins inclue des centres d'addictologie résidentiels à Salé et à Casablanca ainsi que des centres médico-psychologiques (CMP) ambulatoires à Rabat, Tanger, Tétouan, Oujda, Nador et Marrakech ainsi que des centres de réduction de risques. 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 inexistantes.

Le Ministère de la Santé Marocain a adopté une stratégie nationale pour faire face à la problématique de l'usage de drogues et a annoncé la mise en place de 14 unités de traitement des addictions à l'horizon 2020 dans les régions marquées par une recrudescence de ce fléau.

La stratégie du Ministère de la Santé pour faire face aux addictions est fondée sur l'amélioration des prestations médicales au profit des usagers de drogues, la mise en place d'unités de consultations spécialisées dans les différentes régions, le renforcement du réseau de traitement, la création d'unités mobiles spécialisées au niveau des Centres Hospitaliers Universitaires ainsi que le promotion d'espaces santé de la jeunesse à Rabat, Béni Mellal, Marrakech et Casablanca qui offrent une consultation psychiatrique.

Par ailleurs, en 2010, le programme de substitution à la méthadone a débuté dans trois sites pilotes (Tanger, Salé et Casablanca), avec le soutien du réseau MedNET du Groupe Pompidou pour la formation du personnel médical. Ce type de traitement fait partie du Programme National de Réduction des Risques au Maroc. Le choix de la méthadone a fait consensus à l'échelle nationale, et aucune base législative spécifique n'a été nécessaire puisque la méthadone est inscrite au Maroc dans la liste des médicaments essentiels de santé publique.

Ce type de programme de substitution a été évalué très positivement en 2011. En conséquence, le gouvernement marocain a approuvé son extension à sept autres villes (Oujda, Rabat, Marrakech, Tétouan, Nador, Al Hoceima et Agadir).

En comparaison de la prévalence de la dépendance aux stupéfiants, l'accessibilité des services d'addictologie paraît assez limitée. En effet, en 2012 le rapport préliminaire Santé mentale et droits de l'Homme du Conseil National des Droits de l'Homme les décrit en effet comme « insuffisants [...] et presque inaccessibles aux faibles ressources financières des toxicomanes, qui ne trouvent ni les moyens ni les structures » adéquats pour lutter contre leurs addictions.

Le Plan d'Action National 2012-2016 de lutte contre les addictions prévoit d'ouvrir des unités hospitalières d'addictologie à Berrechid, Kénitra, El Kelâa Sraghna et Agadir.

**Tableau 5.1 : Planification budgétaire de l'implantation des structures d'addictologie**

Domaines	Budget par année en Millions de Dhs									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Construction des hôpitaux	25	50	50							
Construction de services intégrés	18	13.5	9	13.5	-	13.5	-	13.5	-	-
Création d'unités de pédopsychiatrie (CHU)	4.5	4.5	4.5	4.5						
Création d'unités d'addictologie	4.5		4.5		4.5		4.5		4.5	
Aménagement et réhabilitation		25								
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>78</b>	<b>68</b>	<b>18</b>	<b>4.5</b>	<b>13.5</b>	<b>4.5</b>	<b>13.5</b>	<b>4.5</b>	<b>-</b>

### 5.1.2. Principaux domaines d'activités des centres d'addictologie au Maroc :

Les principaux domaines d'activité des centres d'addictologie au Maroc sont les suivants :

- La prise en charge des usagers de drogues consultations ambulatoires en matière d'addictions, un suivi thérapeutique des patients et orientation vers les structures hospitalières et de sevrage ;
- La réduction de la demande basée essentiellement sur l'information, la sensibilisation et l'éducation;
- La réduction des risques de contamination du VIH, VHC, tuberculose liés à la consommation des drogues injectables via les unités «bas seuil d'exigence» et des unités mobiles ;
- Et l'appui psychosocial et l'accompagnement communautaire des usagers de drogues.

## 5.2. Offre de soins actuelle en matière de prise en charge des addictions

### 5.2.1. Infrastructure :

Les consommateurs de substances psychoactives en difficulté avec leur consommation peuvent trouver de l'aide auprès de différents professionnels du soin. Il existe tout d'abord des établissements spécialisés, les centres d'addictologie dont la mission principale est d'accueillir ces patients pour un traitement résidentiel ou en ambulatoire.

En dehors de ces établissements spécialisés, les patients peuvent également être accueillis dans les hôpitaux psychiatriques.

L'infrastructure actuelle en matière de prise en charge des addictions comporte :

#### ■ Centres Ambulatoires :

- Centre d'Addictologie de Marrakech, Rue Ben Qaddama, Préfecture de Marrakech Menara ;
- Centre d'Addictologie de Nador, Cité El-Matar, Province de Nador ;
- Centre Médico-Psychologique Hasnouna, Quartier Marchane, Préfecture de Tanger-Asilah, Ville de Tanger ;
- Centre d'Addictologie d'Oujda, Hay El-Irfane, Ville d'Oujda ;
- Centre d'Addictologie de Rabat, Cité Yacoub-Elmansour, Ville de Rabat ;
- Centre d'Addictologie de Tétouan, Quartier Lahmama, Province de Tétouan.

#### ■ Centres Résidentiels :

- Service d'Addictologie, Hôpital Psychiatrique Universitaire Arrazi de Salé, Centre Hospitalier Ibn Sina de Rabat-Salé ;
- Service d'Addictologie, Centre Hospitalier Ibn-Rochd de Casablanca.

## 5.2.2. Ressources humaines :

Au 1er Avril 2014, les ressources humaines formées en addictologie comportent :

- 6 équipes formées en matière de prévention et d'intervention de proximité (professionnels de santé et membres d'ONG œuvrant dans le champ des addictions) localisées à Tanger, Rabat, Tétouan, Nador, AlHoceima et Oujda.
- 53 médecins addictologues formés au niveau des facultés de Médecine de Casablanca et de Rabat (Diplôme Interuniversitaire (DIU) d'addictologie d'une durée de deux ans et sanctionné par un certificat).
- 12 psychiatres, 22 infirmiers et 9 médecins généralistes travaillant dans les structures de prise en charge des usagers de drogues.

## 5.2.3. Programmes de traitements résidentiels pour les usagers de drogues :

### **5.2.3.1 Le Centre National de Traitement, de Prévention et de Recherche en Addictions (CNTPRA) de l'Hôpital Ar-razi de Salé**

Le Centre National de Traitement, de Prévention et recherche en Addictions de l'Hôpital Ar-Razi (CNTPRA) est ouvert à tous les patients qui présentent un usage problématique de drogues, quelle que soit leur origine géographique. L'admission est décidée par une équipe médicale spécialisée. Un entretien à l'admission permet une évaluation globale (motivation, conduites addictives, état psychiatrique, somatique, situation familiale et sociale).

Chaque patient est lié à l'équipe soignante par un contrat thérapeutique et de confiance qui lui permettra durant son séjour de bénéficier :

- d'une aide médicale régulière avec un traitement adapté ;
- de séances de psychothérapie (thérapie motivationnelle, thérapie cognitive, groupe de parole, thérapies corporelles et de relaxation, techniques de gestion et prévention de la rechute, etc.) ;
- de séances d'informations et d'éducation (information sur l'addiction, sur les méfaits des différentes drogues, risques liés à l'usage de la voie injectable - sida/hépatites B et C-, prévention des rechutes...);
- de séances d'ergothérapie et d'intégration sociale (projections vidéo, activités sportives, éducatives, musique, ateliers d'écriture et de dessin...);
- d'un accompagnement psychosocial et de mesures de réhabilitation, d'un accompagnement et d'une prise en charge familiale ainsi que d'un suivi après l'hospitalisation.

Suite à l'évaluation initiale réalisée en vue d'évaluer le degré de sévérité des conduites addictives et l'existence éventuelle de comorbidité psychiatrique et/ou somatique, l'usager de drogues est intégré dans « un programme de désintoxication résidentiel » qui dure entre 5 et 10 jours et qui exige un bilan toxicologique et biologique, ainsi qu'un traitement médical de confort contre les symptômes de sevrage. Ce traitement se fait en fonction du ou des substances psycho-actives à l'origine du trouble addictif mais aussi en fonction des comorbidités psychiatriques et/ou somatiques. Le patient est orienté, après une deuxième évaluation, vers le programme de postcure durant lequel la thérapie sera centrée sur la prévention des rechutes et des activités occupationnelles, le tout selon un canevas bien établi. La durée de la postcure est de 3 mois renouvelables après avis de l'équipe soignante. Le centre qui reste ouvert toute l'année assure une confidentialité totale à ses malades.

L'Unité Hommes du CNTPRA dispose de 4 lits de désintoxication pour hommes et de 12 lits pour les programmes de postcure. L'Unité Femmes, quant à elle, dispose de 2 lits de désintoxication et de 4 lits pour les programmes de postcure.

### **5.2.3.2. Service d'addictologie du CHU Ibn Rochd à Casablanca**

Le service d'addictologie du CHU Ibn Rochd à Casablanca offre des possibilités de prise en charge des troubles addictifs en ambulatoire et en hospitalier. Ce centre reçoit une moyenne de quarante consultants par jour avec près de 12 nouveaux cas quotidiens.

L'établissement accueille des patients de tout âge. Ces derniers ont généralement entre 14 et 50 ans, la moyenne d'âge étant de 28 ans. On y trouve des écoliers, des étudiants, des personnes en activité professionnelles tout comme des individus sans ancrage professionnel ou même social. Les cas nécessitant une hospitalisation sont accueillis dans le centre pour une cure de désintoxication. Cependant, la capacité d'accueil du centre ne dépasse pas 10 patients à raison de deux par chambre. Le centre est équipé de salles d'ergothérapie, de sport, de lecture et de loisirs, il met à la disposition des patients une panoplie d'activités sportives et de loisirs. Les malades sont éloignés de leurs amis, de leurs proches et de tout ce qui peut leur rappeler leurs habitudes passées.

Les séjours varient entre 1 à 3 mois selon l'évolution du traitement, le degré de dépendance et la nature des drogues consommées. C'est une période d'abstinence totale où le patient s'engage à ne pas consommer de drogues.

#### 5.2.4. Programme Thérapie de substitution aux opiacés (TSO) au Maroc

Le programme TSO au Maroc s'inscrit dans le cadre du Programme National de Réduction des Risques liés à l'usage des drogues, en particulier injectables.

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

Les principaux objectifs visés par le programme ont été de prévenir les contaminations virales VIH, hépatites et autres maladies infectieuses chez les usagers de drogues injectables ; mettre à disposition une meilleure prise en charge médicale, favoriser la réduction de la consommation de drogues illicites, et permettre une meilleure insertion sociale pour cette population.

Cette introduction au Maroc des traitements de substitution aux opiacés (TSO) à visée de maintenance a fait l'objet d'une véritable concertation entre les acteurs. Cette démarche concertée a conduit également à la rédaction des « recommandations pratiques pour favoriser une mise en œuvre du programme de traitement de substitution ». Sur la base de ces recommandations, trois programmes pilotes (Salé, Tanger et Casablanca) ont été autorisés, en Juin 2010, à prescrire cette molécule aux usagers dépendant aux opiacés, selon un modèle « haut seuil de sécurité ».

Le protocole National prévoyait deux principes clés pour la phase pilote : délivrance quotidienne sur site et prise supervisée. Cette rigueur était justifiée par les enjeux cruciaux en matière d'acceptabilité sociale de la méthadone à son démarrage. Mais le protocole envisageait aussi que les modalités de dispensation devaient évoluer vers plus de souplesse (délivrance fractionnée et emport au domicile) à la condition que les patients soient stabilisés et que le programme méthadone soit bien établi socialement et politiquement.

L'évaluation du volet méthadone dans le cadre de la revue du Plan d'Action Réduction des Risques 2008-2011 montre clairement que, en termes de contenus techniques et de pratiques professionnelles, le Maroc dispose aujourd'hui d'un solide socle de connaissance lui permettant d'envisager sereinement une mise à l'échelle de l'accès au traitement de substitution à la méthadone.

Afin d'assurer la mise à l'échelle nationale de ce programme, c'est-à-dire passer de 120 patients bénéficiaires de la méthadone à 2000 bénéficiaires d'ici 2016, les deux mesures suivantes ont été appliquées :

■ Autoriser une délivrance fractionnée de la méthadone (une semaine, voire deux semaines pour ceux qui habitent loin du centre). Cette modalité a permis aux centres actuels, sans qu'il y ait forcément une augmentation du personnel en charge de la prescription et de la délivrance, d'intégrer de nouveaux usagers qui étaient sur liste d'attente.

■ Former d'autres corps des médecins à la prescription des traitements de substitution. En effet, le Maroc ne dispose pas suffisamment de psychiatres pour assumer la phase de mise à l'échelle nationale telle qu'elle a été planifiée. Quels que soient les profils des futures équipes, il conviendra de s'assurer que toutes ont acquis un socle minimal de connaissances dans la prise en charge des addictions et dans les approches de RdR. Les médecins généralistes et le personnel paramédical travaillant dans les centres de santé de base peuvent contribuer largement à la réussite, dans des bonnes conditions, de cette phase critique de mise à l'échelle. La formation théorique et pratique de ces acteurs de santé se fait dans le cadre des Diplômes Universitaires d'Addictologie des Facultés de Médecine de Rabat et de Casablanca. En effet, les deux centres universitaires forment déjà, chaque année, une quarantaine de médecins généralistes et psychiatres.

Outre ces mesures, il conviendrait lors de la phase de mise à l'échelle et en complément des deux mesures susmentionnées, de :

- Etablir un partenariat avec les hôpitaux : encourager la formalisation de partenariats entre les centres méthadone et les hôpitaux prenant en charge, pour d'autres pathologies, les patients sous traitement méthadone. Il s'agirait d'assurer la mise à disposition de la quantité de méthadone correspondant aux doses quotidiennes requises pour la durée d'hospitalisation ; cette quantité serait conservée sous la responsabilité des équipes soignantes hospitalières et distribuées quotidiennement aux patients.

- Introduire la buprénorphine : le protocole national a privilégié la méthadone pour l'introduction du traitement de substitution aux opiacés essentiellement pour des raisons de coût-efficacité. Si la prise en compte des inconvénients de la buprénorphine (en matière de mésusage en particulier) pouvait être légitime dans le choix de l'exclure au moment de l'introduction des TSO au Maroc, les pouvoirs publics et les professionnels peuvent envisager, sur la base des succès de la phase pilote, d'introduire la buprénorphine, en particulier pour les patients dont le profil répond le mieux aux indications de celle-ci. L'introduction de la buprénorphine pourra être opérationnelle, dans un premier temps dans les trois premiers centres pilotes, dont les équipes sont formées à la prescription de ce médicament, avant élargissement aux autres prescripteurs.

Pour ce qui est du milieu carcéral, il est recommandé dans un premier temps de garantir la continuité de soins des personnes substituées avant l’incarcération et d’envisager l’initiation en milieu carcéral tout en assurant le relai de prise en charge à la sortie.

**Sa Majesté le Roi Mohamed VI** a inauguré, en 2011, le premier centre méthadone en milieu pénitentiaire au Maroc, à Casablanca. La prison d’Oukacha est le plus grand établissement pénitentiaire du pays pouvant accueillir jusqu’à 8000 détenus.

Une consultation a été menée en 2012 pour modéliser la prescription de la méthadone dans les prisons et élaborer un guide à ce sujet. Le rapport issu de celle-ci estime que près de 10% des usagers de drogues se trouvent en prison. Suivant la couverture prévue au niveau national (2000 substitués en 2016), et en tenant compte que 10% des TSO (soit 200 en 2016) se feront dans les prisons, il propose d’échelonner l’admission au programme méthadone en milieu carcéral comme suit :

**Tableau 5.2 : Echelonnement de l’admission au programme méthadone en milieu carcéral**

<b>Année</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Nombre d’UDI sous méthadone en milieu carcéral	0	75	100	150	200

Les usagers des opiacés incarcérés auront accès au TSO selon les critères d’admissions prioritaires suivantes :

1. Le détenu est entrant et se présente parce qu’il était déjà dans un programme hors prison ou dans une autre prison marocaine;
2. Le détenu est entrant et se présente parce qu’il était déjà dans un programme à l’étranger (prison ou société) ;
3. Le détenu est entrant mais ne s’est pas présenté. Sa présence est remarquée à l’aide de l’échange hebdomadaire des files actives entre centre spécialisé et prison ;
4. Le détenu est reconnu comme usager de drogues injectables par le médecin traitant au cours d’une consultation. Les détenus séropositifs sont toujours prioritaires ;
5. Le détenu se présente spontanément comme héroïnomane et demande de l’aide.

A cet effet, une convention tripartite sera établie entre le Ministère de la Santé, la Direction Générale de l’Administration Pénitentiaire et de la Réinsertion et les Organisations non gouvernementales intervenantes dans les établissements pénitentiaires. Une telle convention aura pour but d’assurer la continuité de soin pour ceux qui entrent en prison (ayant bénéficié de la substitution avant l’incarcération) et pour ceux qui l’en sortent (ayant bénéficié de la substitution lors de l’incarcération).

### 5.2.5. Perspectives du programme Méthadone au Maroc

Les perspectives du programme Méthadone au Maroc sont les suivantes :

- Création d'unités d'addictologie intégrées aux nouveaux hôpitaux psychiatriques programmés au niveau des régions pour l'hospitalisation : Oujda, El Kelaâ des Sraghna, Kénitra et Agadir ;
- Création d'au moins un centre de traitement spécialisé par site prioritaire pour les femmes (usagers de drogues, mères, sœurs et épouses des usagers de drogues) capables de se concentrer sur la santé reproductive (contraceptions ; grossesse, les soins aux enfants), la violence et la stigmatisation à leur encontre. Le centre devrait développer et promouvoir la méthodologie d'intervention / traitement adaptés aux conditions sociales et culturelles du pays et former les professionnels de santé concernés par les soins et les interventions spécifiques au genre ;
- Création de structures de réinsertion communautaires pour les jeunes utilisateurs de drogues bien aménagées avec tous les équipements nécessaires (hébergement, des ateliers de formation dans les métiers, etc) afin d'accélérer la réintégration des personnes bénéficiaires jeunes ;
- Mise en place d'un système d'information intégré et cohérent de collecte des données, répondant à tous les besoins, ceux des structures elles-mêmes et ceux des ministères et des partenaires nationaux et internationaux dans le domaine de la réduction de la demande de drogues.

**Tableau 5.3 : Perspectives du Programme Méthadone au Maroc**

	2012	2013	2014	2015	2016
1. Autoriser la délivrance fractionnée de méthadone pour les patients stabilisée	x				
2. - Expérimenter le dispositif de « partage de soins » à Tanger	x				
- Etendre le dispositif de « partage de soins » à l'ensemble du pays		x	x	x	x
3. Développer un module court et accéléré de formation théorique et pratique aux futurs médecins généralistes prescripteurs, commun aux trois centres de méthadone existants	x				
4. - Définir les modalités d'indemnisation des permanences des médecins généralistes prescripteurs de méthadone et infirmiers	x				
- Appliquer les modalités d'indemnisation des médecins généralistes prescripteurs de méthadone et des infirmiers effectuant des permanences à l'ensemble d'adhérents au système		x			
5. - Expérimenter la buprénorphine haut dosage dans les trois centres de prescription de substitution existants		x			
- Etendre la prescription de la buprénorphine haut dosage à l'ensemble du pays			x	x	x
- Rédiger et tester un protocole de continuité de soins des patients sous méthadone hospitalisés pour d'autres pathologies		x			
- Transmettre le protocole de continuité de soins des patients sous méthadone hospitalisés à l'ensemble des services hospitaliers susceptibles d'accueillir ces patients			x		
➤ Modéliser et produire un guide de prescription de la substitution dans les prisons	x				
➤ Expérimenter et évaluer des modalités de continuité de traitement de substitution lors des incarcérations à Tanger, Nador et Casablanca		x	x		
➤ Etendre le conventionnement des centres méthadone/administration pénitentiaire, en vue d'assurer la continuité de soins pour ceux en ayant bénéficié avant incarcération, à l'ensemble des sites prioritaires				x	x

## 6. Conséquences sanitaires de l'usage de drogues

### 6.1. Analyse de la situation épidémiologique des maladies infectieuses en lien avec l'usage de drogues au Maroc

Selon la surveillance sentinelle (Rapport National 2014 sur la Mise en Œuvre de la Déclaration Politique sur le VIH/sida du Ministère de la Santé), la prévalence du VIH au Maroc reste faible et relativement stable chez la population générale (autour de 0,14%) et chez les femmes enceintes (0,1%). Elle est cependant beaucoup plus élevée chez les populations clés les plus exposées aux risques d'infection du VIH telles que les professionnelles du sexe (2.0%), les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (4.5%), les usagers de drogues injectables (14%) et les migrants (4.5%). Des prévalences élevées ont aussi été enregistrées parmi certaines populations vulnérables telles que les détenus (0.3-1%) et les ouvrières saisonnières (0.4-1%).

Les usagers de drogues injectables, avec leurs partenaires, représenteraient 6,5% des nouvelles infections dans le pays<sup>1</sup>. Ces données générales cachent en fait une situation très hétérogène. En effet, les études réalisées parmi les usagers de depuis 2005 révèlent une situation très contrastée quand au recours à l'injection intraveineuse et quant à la prévalence VIH et VHC.

Le nord du Maroc, notamment les villes côtières ou proches de la bordure méditerranéenne, semblent être le foyer ou se concentrent à la fois la consommation de l'héroïne et la pratique d'injection intraveineuse notamment. Il s'agit principalement de quatre sites : Tanger, Tétouan, Nador et Al Hoceima. On entend par site la ville chef –lieu ainsi que les communes environnantes. La mobilité des usagers de drogues entre l'Europe (notamment du Sud) et le Nord du Maroc est, sans doute, un élément important pour comprendre la diffusion de l'héroïne, de la cocaïne, de l'injection, du VIH et du VHC dans cette partie du Royaume.

La prévalence VIH dans les quatre sites du Nord du Royaume est assez contrastée. Alors qu'elle est nulle à Al Hoceima (aucun cas en 2008) et faible à Tanger (0,4% en 2010), une prévalence de 25% a été relevée à Nador (2011). La situation à Tétouan, faute d'études bio-comportementale appropriée, n'est pas connue avec précision mais des faisceaux d'indices laissent suggérer l'existence d'un foyer épidémique dont l'ampleur n'est pas connue. En effet, une opération de dépistage volontaire en milieu ouvert réalisée par l'ALCS en décembre 2011 a fait apparaître un taux de séroprévalence de 18% (6 positifs au VIH sur 34 dépistés).

Pour ce qui est de la prévalence du VHC, elle est de 9,3% à Al Hoceima (2008), 45,4% à Tanger (2010) et 73% à Nador (2011). Parmi ces personnes, un certain nombre aurait été contaminé au cours des premiers mois ou des premières années du recours à l'injection intraveineuse.

En outre, des poches d'utilisation des drogues injectables ont été localisées notamment dans le site de Berkane (région de l'Oriental) ainsi qu'à Casablanca.

La majorité des usagers injecteurs sont dans situations socioéconomiques qui les placent plutôt parmi les catégories sociales défavorisées ou désaffiliées. Le profil-type de ces sujets est un homme de 30 à 35 ans, pas ou peu instruit, célibataire, n'ayant jamais travaillé ou qui exerce une activité occasionnelle, qui vit encore dans le domicile familial ou est hébergé par des amis ou des proches.

Dans cette population, les pratiques à risque liées au mode d'administration injectable sont à la fois nombreuses et très répandues. Les modalités de partage des matériels d'injection les plus fréquemment rapportées sont :

- Le partage de la seringue : dans ce cas de figure, deux usagers ou plus utilisent la même seringue après l'avoir nettoyée sommairement, à l'eau froide ou chaude dans le meilleur des cas ;
- Le partage du récipient (petite cuillère), qui consiste à mettre le produit en commun puis à pomper une partie du liquide ;
- L'utilisation de la seringue comme instrument de mesure : dans ce cas de figure, toute la quantité est pompée dans une seule seringue. Grâce à la graduation de celle-ci, la quantité due à chaque usager est déterminée. La quantité due à l'autre usager est remise dans le récipient. Ce dernier utilise alors sa propre seringue pour pomper le liquide du récipient commun ;
- La réutilisation d'une seringue abandonnée ou cachée par un autre usager. Par crainte de la police et/ou de la famille, certains usagers cachent leurs seringues sur leurs lieux habituels de consommation. En cas de manque de seringues, l'injecteur peut en trouver, cachées par d'autres. Ce faisant, il prend le risque d'utiliser une seringue sans connaître son propriétaire et à fortiori son statut sérologique VIH et VHC. A cela, il faut ajouter la réutilisation de sa propre seringue, le partage de l'eau de préparation et de rinçage.

Ainsi, dans l'étude RDS de Tanger (2010), le taux de partage au cours du dernier mois était de 33,1% pour les seringues ; 35,9% pour l'eau de préparation ; 35,1% pour l'eau de rinçage ; 35,2% pour le récipient (cuillère) et 32,3% pour le coton/filtre. Dans l'étude RDS de Nador (2011), le taux de partage au cours du dernier mois était de 36,2% pour les seringues ; 44,5% pour l'eau de préparation; 41,8% pour l'eau de rinçage ; 40,9% pour le récipient (cuillère) et 31,1% pour le coton/filtre.

Au partage des matériels d'injection s'ajoute d'autres pratiques à risque de contamination par le VIH et/ou VHC : 84,1% à Tanger et 83,1% à Nador ont réutilisé leurs seringues au cours du dernier mois et respectivement 35,9% et 29,9% ont eu recours à des seringues déjà utilisées lors de la dernière injection.

Même si la quasi-totalité (98,2% à Tanger et 99,2% à Nador) déclare « toujours » ou « parfois » désinfecter la seringue en cas de réutilisation et/ou partage, pour 96,5% à Tanger et 89,3% à Nador, c'est l'eau qui est utilisée à cette fin. Un usager sur deux (Tanger 45,9% ; Nador 50,8%) a fait sa dernière injection dans la rue ou le risque de partage des matériels d'injection est élevé.

Ces prises de risques sont particulièrement préoccupantes lorsqu'elles se doublent d'un déficit de connaissance des modes de transmission du VIH/VHC. En effet, dans ce groupe, les choses se passent comme si pratiques à risques et connaissances autour de ces mêmes risques procédaient par ordre inversé : les premières sont fréquentes et nombreuses alors que les secondes sont plutôt lacunaires et/ou totalement erronées.

Qu'elles soient lacunaires, erronées ou correctes, les connaissances des risques diffèrent considérablement selon le virus (VIH ou VHC) mais aussi pour le même virus entre les matériels proposés.

Ainsi, les connaissances autour des modes de transmission du VHC lors du partage des matériels d'injection sont plus confuses que pour le VIH. Les enquêtés sont nombreux à estimer que la transmission du VHC est moins probable que celle du VIH en cas de partage des matériels servant à l'injection. C'est évidemment une affirmation en contradiction avec les données scientifiques disponibles sur la virulence de chacun de ces deux virus. Ces exemples mettent en exergue une réelle méconnaissance de transmission du VHC, et dans une moindre mesure, du VIH. Cette méconnaissance est d'autant plus importante quand on sait que nombreux parmi eux sont séropositifs à ce virus et qu'un certain nombre d'entre eux ont été contaminés au début de leur consommation de drogues par injection et probablement dans les premiers mois de leur pratique d'injection.

Pour ce qui est de la prise de risque sexuel, parmi ceux ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois :

- 58,2% à Tanger et 75% à Nador n'ont jamais ou rarement utilisé le préservatif ;
- Un peu moins d'un sur quatre (Tanger 23,9% ; Nador 24,7%) n'a pas utilisé le préservatif lors du dernier rapport ;
- 18,0% et 24,4% respectivement ont eu des rapports sexuels pour de l'argent (prostitution) ;
- 24,4% à Tanger et 18,8% à Nador ont eu des rapports sexuels autres qu'avec le partenaire régulier au cours des 12 derniers mois.

Parmi les sites pour lesquels on dispose de données fiables, la situation de Nador est incontestablement la plus préoccupante pour les deux épidémies VIH et VHC. Les données disponibles, à défaut de déterminer les causes de développement de ce foyer épidémique concentré de VIH et de VHC, permettent, au moins, d'en formuler trois facteurs qui auraient interagi :

- Le premier est en lien avec la position géographique de Nador comme site limitrophe de l'enclave espagnole de Melilla. En effet, Melilla et Nador forment ensemble à la fois un « marché commun » de drogues et en même temps une « scène de consommation commune » aux usagers de deux agglomérations. Ce n'est peut être pas par hasard que la plupart des usagers injecteurs se concentrent dans un périmètre de 15/20 Km autour de l'enclave ;
- Le second facteur est en lien avec la mobilité des usagers de drogues de cette région vers l'Espagne. En effet, l'Espagne fut et reste toujours la première destination de l'immigration de la région de Nador vers l'Europe. Or, au cours des années quarante et quatre-vingt dix, la prévalence VIH en Espagne fut parmi les plus élevées d'Europe. Il est fort probable que la mobilité des usagers des drogues entre l'Espagne et le Maroc, combinée à la mixité des héroïnomanes injecteurs de la scène Nador-Melilla, auraient conjointement contribué au transfert de l'épidémie du VIH de l'Espagne vers cette région.
- Le troisième facteur est en lien avec la pénurie des seringues stériles due aux difficultés d'accès auprès des pharmaciens d'officines.

## 6.2. Réponse nationale face à l'extension de l'épidémie de VIH et de VHC

La réponse nationale face à l'extension de l'épidémie de VIH et de VHC dans le groupe des usagers de drogues injectables, est exemplaire à bien des égards. Trois facteurs essentiels sont à l'origine de cette réussite :

- La volonté dès le départ, d'assurer le soutien politique au plus haut niveau d'une stratégie de réduction de risques cohérente basée sur la réalité locale, mais enrichie des dernières avancées de l'expérience internationale en la matière. Ce soutien politique a été au Maroc, un levier important d'initiation et d'accélération de la mise en place de la politique de réduction des risques.
- La capacité à mobiliser des ressources nationales et internationales pour mettre en place cette politique et de pérenniser les actions mises en place. Ainsi, l'appui du Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (round 6) a été déterminant pour le démarrage des activités sur le terrain à Tanger et Nador. Grace aux actions concrètes réalisées, cet appui a été même catalyseur pour la mobilisation d'autres ressources, notamment celles de l'INDH et de DROSOS. Aussi, l'assistance technique de l'ONUSIDA et des autres partenaires pour la mise en œuvre des différents axes, a contribué d'en assurer un encadrement de qualité à travers la mobilisation des consultants internationaux experts.
- La mobilisation des professionnels et des acteurs de la société civile qui, en dehors de toute rivalité ou conflit d'intérêt, ont pu concevoir en un temps record et mettre en place l'ensemble des actions nécessaires ou planifiées. Les principaux acteurs militant dans ce domaine ont pu s'organiser pendant cette période en associations et en réseau et tisser des liens stratégiques avec d'autres partenaires pour être plus efficace.

La politique Marocaine de réduction des risques s'est fixé comme objectif principal d'«assurer aux usagers de drogues un accès à des services de prévention, dépistage du VIH, de traitement et de prise en charge de qualité ». Cet objectif traduit sur le terrain, a permis de (1) renforcer les activités de prévention répondant aux besoins des UDI exposés au risque d'infection au VIH et VHC ; (2) assurer aux UDI identifiés un accès au dépistage, au traitement et à la prise en charge adéquats ; (3) stimuler les réponses communautaires des usagers de drogues dans la lutte contre le VIH/sida et VHC et, (4) instaurer un pilotage national du dispositif de réduction des risques afin de garantir la complémentarité et la cohérence de l'ensemble.

Pour y parvenir, trois axes prioritaires de travail ont été définis. Il s'agit du ciblage systématique des populations difficiles à atteindre (travail de proximité et programmes d'échange de seringues) ; de la mise en place des programmes de maintenance aux produits de substitution, essentiellement la méthadone et, enfin, de l'encouragement à la formation et au soutien des groupes d'auto-soutien d'usagers de drogues.

Ces trois axes de travail, tout en visant des objectifs différents, se complètent dans leur finalité : le ciblage systématique des populations difficiles à atteindre vise au changement du comportement individuel ; les programmes de dispensation de méthadone visent au changement dans le style de vie, principalement à la sortie de la clandestinité ; l'auto-soutien vise à changer les normes dans la sous-culture de la drogue par une action de « l'intérieur ». Ces trois axes ont interagi pour aboutir à des résultats incontestablement satisfaisants.

Au cours des quatre années 2008-2011, un nombre important d'actions de réduction des risques a été mis en place. On se contentera de mentionner les plus essentielles ci-après :

- La conception de supports de prévention pour UDI ;
- La mise en place d'actions de prévention de proximité pour les UDI les plus difficiles à atteindre, notamment un centre fixe à Tanger et trois unités mobiles à Tanger, Nador et Tétouan avec la mobilisation de plus de 20 intervenants salariés ;
- L'accès au dépistage du VIH et VHC dans le centre fixe de Tanger ;
- La mise en place et l'élargissement des programmes de substitution à la méthadone dans trois sites expérimentaux (Tanger, Salé et Casablanca) ;
- La formation du premier groupe d'auto soutien d'usagers de drogues qui participe activement aux actions de prévention en direction des UDI notamment par le truchement de son journal entièrement rédigé par les usagers pour leurs pairs ;
- Le démarrage des actions de réinsertion professionnelle avec l'appui de la coopération catalane (Casal Del Infante) ;
- La formation de dizaines de professionnels aux actions de réduction de risques et à la prescription de la méthadone ;
- Le plaidoyer en faveur de la réduction de risques et les droits humains des usagers ;
- La conduite de nombreuses études notamment et des évaluations rapides de la situation et des enquêtes RDS ;
- Les actions de prévention et d'éducation par les pairs dans de nombreux établissements pénitenciers ;
- La création d'un comité de pilotage National des politiques de RdR.

Ainsi, à la fin de l'année 2011, les actions suivantes étaient opérationnelles :

- Trois dispositifs de RdR de proximité opérationnels et dotés d'une expérience (Tanger, Tétouan, Nador) ;
- Environ 3300 UDI ont été atteints par les actions de prévention sur l'ensemble de la période dans les trois sites d'intervention ;
- 278 000 seringues ont été distribuées sur la période avec un taux de retour des seringues usagées de 40% ;
- Deux dispositifs RdR de proximité naissants à la fin de la programmation (Rabat, Casablanca) non dotés d'un programme d'échange de seringues.

### **6.3. Mortalité liée à l'usage de drogues et mortalité des usagers de drogues**

Les données sur les dommages liés aux drogues illicites sont beaucoup plus rares que pour les substances licites. Les effets à long terme liés à une consommation chronique sont notamment peu connus, en raison à la fois d'un développement de ces consommations relativement récent, du caractère par définition plus caché et clandestin des usages de ces substances. La comparaison des données de mortalité doit en particulier tenir compte de ce problème.

A l'heure actuelle, il n'existe pas de registre National comportant des données spécifiques concernant la mortalité liée à l'usage de drogues et la mortalité des usagers de drogues.

## 7. Réduction Des Risques et réintégration sociale des usagers de drogues

### 7.1. Plan Stratégique National de Lutte contre le Sida pour la période 2012-2016

L'objectif principal est de réduire de 50% les nouvelles infections par le VIH chez les usagers de drogues injectables d'ici 2016.

Cet objectif s'inscrit dans la mise en œuvre des objectifs de la Déclaration Politique sur le VIH/sida adoptée suite à la réunion de Haut Niveau en Juin 2011, et la vision des « trois zéros » qui vise à parvenir à zéro nouvelle infection à VIH, zéro décès et zéro discrimination liés au sida.

Pour atteindre cet objectif principal, le Plan Stratégique National de Lutte contre le Sida pour la période 2012-2016 a défini quatre objectifs spécifiques :

- Les UDI de l'ensemble des sites prioritaires ont accès aux activités de prévention combinée régulières et de qualité par le biais des équipes de proximité ;
- Les UDI ont accès au traitement de substitution aux opiacés dans tous les sites prioritaires pour prévenir l'injection des drogues ;
- Les UDI bénéficient d'une prise en charge médicale et psychosociale combinée et globale ;
- La coordination et la gestion du dispositif RDR sont optimisées au niveau national et local.

**Tableau 7.1 : Cible pour la couverture par le programme RDR des UDI et injecteurs actuels « actifs »**

	Valeurs de base (2011)	2012	2013	2014	2015	2016
Nombre d'UDI (héroïne et/ou cocaïne/crack), toutes voies confondues, qui ont bénéficié du programme de RDR	1700	2000	2400	2700	3200	4000
Nombre d'injecteurs actifs qui ont bénéficié du programme de RDR	ND	600	1000	1300	1600	2000

La prévention du VIH chez les consommateurs de drogues fait partie du premier résultat du PSN 2012-2016 «Les nouvelles infections par le VIH sont réduites de 50% d'ici 2016 ». Ce résultat prévoit d'étendre les interventions de réduction des risques (RDR) pour les usagers de drogues injectables (UDI) pour toucher 4000 UDI par les programmes de prévention de proximité et 2000 par le traitement de substitution à la méthadone en 2016. Des cibles annuelles de couverture ont été définies avec des indicateurs de suivi et évaluation incluant les indicateurs de la déclaration politique. Les objectifs et cibles du PSN ont été déclinés pour les régions où il existe une prévalence de la consommation des drogues injectables et ce, dans le cadre des plans stratégiques régionaux initiés en 2012.

Le programme RDR, mis en place à Tanger depuis l'année 2008, a été consolidé et étendu aux sites de Tétouan et de Nador dans le cadre d'un partenariat Ministère de la Santé, AHSUD (Association Hasnouna de Soutien aux Usagers de Drogues), Association RDR/Maroc et ALCS.

Un nouveau Plan National de Réduction des Risques (RDR) auprès des UDI pour la période 2012-2016 a été élaboré selon une approche participative avec tous les partenaires concernés. La disponibilité d'une gamme de services est assurée dans les zones géographiques concernées, incluant les activités de proximité pour la sensibilisation et l'éducation, la distribution des kits d'injection et des préservatifs, la collecte des seringues utilisées, l'appui social et l'auto support ainsi que le traitement de substitution à la méthadone.

Cette période a connu la consolidation du programme de substitution à la Méthadone mis en place à Tanger, Salé et Casablanca depuis Juin 2010. Le recrutement des nouveaux UDI bénéficiant du traitement de substitution à la méthadone qui a continué au niveau des trois centres pour atteindre 300 au CMP Tanger, 42 au Centre d'addictologie Ibn Rochd de Casablanca et 26 à l'Hôpital Ar-razi à Salé. L'extension de ce programme dans les sites de Tétouan et de Nador a été faite.

Par ailleurs, et en vue de l'implantation de la substitution en milieu carcéral, les modalités et normes de prescription et dispensation de la Méthadone dans les prisons ont été définies avec la préparation de directives et d'un guide.

Une étude bio- comportementale (RDS) auprès des UDI, a été conduite au niveau du site de Tétouan. Cette étude a permis de mettre à jour les données relatives aux UDI, et de disposer des informations stratégiques pour renforcer le programme RDR.

Un film documentaire “Ceux de M’sallah” de 52 minutes tourné au quartier M’sallah de Tanger, avec la collaboration de l’AHSUD a été diffusé sur la chaîne de télévision nationale 2M le 1er Décembre 2013. Ce film met en exergue l’action du Ministère de la Santé et de la Société Civile qui a permis de faire reculer la consommation de drogues injectables dans la ville de Tanger et de réduire la transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables.

Forte de l’expertise consolidée grâce à son travail sur le terrain, AHSUD, a créé en 2013 un centre de ressources et formation sur la réduction des risques liés à la consommation de drogues. Ce centre est conçu pour répondre aux besoins en renforcement des capacités des acteurs Nationaux mais également à la demande des pays du Maghreb et de l’Afrique Francophone.

2.231 UDI injecteurs et non injecteurs ont été couverts par le programme en 2012 et 2839 au cours de l’année 2013. Le nombre moyen de seringues reçues par consommateur de drogues injectables et par an a atteint 75 en 2102 et 68 en 2013. Le nombre d’UDI sous traitement de substitution à la Méthadone a atteint 387 en fin 2013.

## 7.2. Implantation du traitement de substitution à la méthadone dans les prisons

Le Plan Stratégique National de Lutte contre le Sida (PSN) 2012-2016 a prévu de renforcer et d'étendre le programme de réduction des risques auprès des UDI incluant le traitement de substitution à la méthadone aux principaux sites de consommation y compris dans les prisons.

Une impulsion décisive a été donnée par **Sa Majesté le Roi Mohammed VI** qui a lancé l'introduction de la méthadone dans la prison Oukacha à Casablanca. Les actions de réduction des risques sont appuyées par la Fondation Mohammed V pour la Solidarité, dans le cadre d'une convention avec le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Intérieur pour la construction de 7 centres de RDR à l'échelle Nationale.

Une évaluation du programme de réduction des risques et du programme pilote de substitution à la méthadone a été conduite en fin 2011. Cette évaluation a montré la pertinence de l'intervention dans le contexte du Maroc et acquis et expériences des équipes dans la pratique de la réduction des risques et de la substitution autorisant ainsi une extension et mise à l'échelle au niveau territorial.

A cet effet, le Maroc a eu recours à une assistance technique internationale, qui a travaillé en étroite collaboration avec le Service de la Santé mentale qui gère le programme méthadone, le comité de pilotage du programme méthadone, le PNLs, la Délégation générale de l'Administration carcérale, l'ONUSIDA, l'ONUDC et l'Unité de gestion du Fonds mondial, pour appuyer la phase d'implantation du programme de substitution à la méthadone dans les prisons au Maroc.

Cette consultation a donné lieu à un modèle opérationnel pour l'implantation du programme de substitution adapté au contexte des prisons au Maroc.

Le modèle comprend notamment les éléments ci-après :

- Un état des lieux et une analyse des besoins en matière de mise place du programme de substitution dans les prisons ;
- Des recommandations pour l'opérationnalisation de ce programme et les différentes étapes pour sa mise en œuvre ;
- Les critères d'admission au programme de substitution dans les prisons pour les personnes déjà sous traitement de substitution avant leur incarcération et celles ayant besoin d'un traitement de substitution ;
- Les modalités de dispensation au niveau des prisons : les lieux et horaires de dispensation, les quantités de méthadone à dispenser, dosage de la méthadone et le contrôle d'urine ;

- L'organisation et gestion des équipes de dispensation, et équipements nécessaires ;
- Les modalités de planification et de gestion des stocks de méthadone ;
- Les aspects organisationnels du programme notamment : systèmes de référence et contre référence, gestion et coordination avec les services extérieurs qui dispensent le traitement de substitution à la méthadone ;
- La disponibilité et usage d'autres moyens de prévention incluant aiguilles, seringues et préservatifs ;
- Les mesures d'accompagnement à mettre en œuvre ;
- Le système d'information et de suivi à mettre en place.

La couverture prévoit la prise en charge de 10% des personnes bénéficiant du programme TSO (200 en 2016) dans les prisons marocaines.

### **7.3. Réintégration sociale des usagers de drogues**

Dans un contexte juridique et socioculturel discriminatoire, l'addiction aux drogues conduit indéniablement les usagers à la marginalisation, à l'isolement croissant et à la précarité de leurs conditions de vie.

De nombreuses associations Marocaines œuvrent dans le but d'aider à la réintégration sociale des usagers de drogues.

Parmi ces associations, l'Association Nationale de Réduction des Risques de Drogues, RdR-Maroc, a été créée le 18 Juillet 2008 pour fédérer les différentes actions pour la réduction des risques parmi les usagers de drogues et pour promouvoir la création d'associations thématiques au niveau national et le développement des compétences de la société civile dans le domaine de la Réduction des Risques liés à l'usage de drogues.

RdR- Maroc est une association marocaine à but non lucratif œuvrant dans le sens de la prévention, du traitement et de la réduction des risques liés à l'addiction en général et à la consommation de substances psychoactives en particulier.

RdR-Maroc rassemble parmi ses membres aussi bien des professionnels de santé et autres professionnels/acteurs concernés par la problématique, que les parents ou amis d'usagers ou ex-usagers et compte 5 sections régionales à Nador, Al Hoceima, Oujda, Rabat et Marrakech et 3 comités préparatoires à Tanger, Larache et Casablanca.

Les missions de l'association RdR-Maroc sont :

- Sensibiliser et prévenir les risques socio-sanitaires liés à la consommation des drogues ;
- Accompagner les usagers de drogues pour qu'ils soient actifs et agents de développement ;
- Aider à la réhabilitation et réinsertion des usagers de drogues ;
- Défendre les droits des usagers de drogues en tant que citoyens à part entière ;
- Lutter contre la stigmatisation et l'exclusion sociale des usagers de drogues ;
- Favoriser et appuyer la recherche pour la réduction des risques chez les usagers de drogues ;
- Mobiliser et rassembler les acteurs concernés par la réduction des risques liés aux drogues afin de fédérer leurs efforts à l'échelle régionale.

A ce jour, les actions de réhabilitation et de réintégration des usagers de drogues sont toujours limitées et nécessitent un partenariat et un travail en réseau de différents Ministères (Ministère de la Santé, Ministère de la Jeunesse et des Sports, Ministère de l'Emploi et des Affaires Sociales...etc.).

## 8. Criminalité liée aux drogues et prisons

### 8.1. Politique Nationale de Lutte contre l'Abus et le Trafic de Drogues

#### 8.1.1. Approche globale poursuivie par le Maroc en matière de lutte antidrogue

Conscient qu'une approche globale et intégrée du phénomène des drogues s'impose, le Maroc inscrit son action en matière de lutte contre les drogues dans une stratégie axée sur la réduction de l'offre, la répression à la fois du trafic et de la demande et la mise en place de mesures favorisant le développement alternatif.

Concrètement, cette stratégie met l'accent à la fois sur les actions de police, l'éradication des cultures de cannabis, notamment à travers des programmes de développement de cultures alternatives, et sur une réduction de la demande qui passe par le développement économique, de manière à ralentir la production de cannabis dans les régions du Nord du pays.

Sur le plan institutionnel, le Maroc s'est doté d'une Unité de Coordination de la lutte anti-drogue (UCLAD) en 1996 dans un effort d'améliorer la coordination entre les différents services chargés de l'application de la loi et d'une Commission Nationale des Stupéfiants.

Depuis 2005, une stratégie nationale de lutte antidrogues a été mise en œuvre appelant à concerter les efforts pour assurer une coordination tant au niveau institutionnel qu'au niveau de la mise en œuvre d'actions multidimensionnelles communes à plusieurs secteurs.

Ainsi, dans le cadre d'une approche globale adoptée dans le domaine de la réduction de l'offre, les opérations d'éradication sont accompagnées par une approche de développement plus large favorisant le développement alternatif et les cultures de remplacement.

Aux grands projets structurants s'ajoutent d'autres projets visant la lutte contre la précarité et la pauvreté et favorisant le développement humain dans le cadre global de l'Initiative Nationale du Développement Humain (INDH).

Cette Stratégie, à la fois de lutte et de prévention, a permis aux autorités marocaines de réduire les superficies cultivées en cannabis de plus de 65%, passant de 134000 hectares en 2003 à 47500 en 2010 (durant l'année 2010, 9400 hectares ont été éradiqués).

La réalisation du cahier de charges des campagnes d'éradication à grande échelle et de lutte contre le trafic de drogue, a mobilisé d'importants moyens financiers, matériels et humains.

Depuis 2009, il a été procédé à la mise en place d'un programme gouvernemental de développement alternatif intégré au niveau des provinces de la façade nord du Royaume d'une enveloppe budgétaire de 900MDH. Plusieurs projets de développement socioéconomique et environnemental ont été initiés au niveau de 74 communes rurales ciblées.

### **8.1.2. Les efforts de répression du trafic de drogues**

Concernant la répression du trafic, les efforts du Maroc ont principalement porté sur la mise en place d'unités spécialisées, le renforcement des dispositifs de contrôle et la modernisation des infrastructures sur les frontières maritimes, terrestres et aériennes. Les quantités totales de stupéfiants saisies par les services douaniers sont en progression depuis 2004.

Le Gouvernement a ainsi renforcé l'effectif des Forces de l'Ordre dans les montagnes du Rif et dans les zones côtières du nord pour interdire les expéditions des drogues et maintenir les postes de contrôle de lutte contre les stupéfiants. La Marine Marocaine effectue les patrouilles de mer habituelles. Les forces du Gouvernement du Maroc utilisent à présent des hélicoptères, des avions, des bateaux rapides, des scanners mobiles à rayons X, des appareils à ultrasons, et des satellites dans leur lutte contre la drogue.

Par ailleurs, la loi Marocaine prévoit une peine de prison maximale de 30 ans autorisée pour les délits de trafic de drogues, ainsi que des amendes pour les infractions des drogues illégales allant de 20.000 dollars jusqu'à 80.000 dollars. La peine de dix à quinze ans de prison reste la peine typique pour les grands trafiquants de drogues condamnés au Maroc.

### **8.1.3. Culture / Production / Eradication des cultures de champs de cannabis**

Avec le Mexique et l'Afghanistan, Le Maroc demeure un pays de grande production. Ceci dit, la production de cannabis ne cesse de diminuer parallèlement à la diminution de la surface cultivée. Le Gouvernement du Maroc a réduit de manière significative la production de cannabis et de résine de cannabis au cours des dernières années. La surface totale cultivée est descendue à approximativement 47.000 hectares en 2013 (UNODC 2013 World Drug Report).

A l'opposé, les cultures en milieu couvert (indoor) en Europe, aux Etats Unis, et en Océanie posent toujours un problème. A titre indicatif, la DEA a estimé la quantité cultivée de cannabis aux USA en 2012 à presque 4.400.000 plantes. Une grande opération d'éradication a eu lieu en 2013.

Les efforts du Maroc en matière de lutte contre la culture, la production et le trafic illicites de cannabis a permis l'éradication de 9 400 hectares de cultures illicites de cannabis en 2010. Ainsi, la surface totale des cultures illicites de cannabis a chuté de 134 000 hectares en 2003 à moins de 47 500 hectares en 2012.

La politique Marocaine de détection et de répression des infractions en matière de drogues s'appuie sur une stratégie globale de développement alternatif et sur un programme de substitution des cultures estimé à 116 millions de dollars, qui ont permis d'entreprendre des projets de développement socioéconomique et Environnemental dans 74 communes rurales.

#### 8.1.4. Circulation / Transit des drogues

Compte tenu de sa proximité du Maroc, l'Espagne représente un point de transfert du cannabis produit au Maroc et destiné à l'Europe, d'où il pourrait être transbordé vers la plupart des autres destinations de l'Europe occidentale. La France, la Belgique, les Pays-Bas et l'Italie sont également de grandes destinations européennes du cannabis en provenance du Maroc.

La plupart des grandes expéditions illicites de cannabis à destination de l'Espagne sont transportées par voie maritime à bord d'engins rapides pour des traversées aller-retour d'à peu près une heure. Les autres moyens tels que les bateaux de pêche, les yachts et autres hors-bords sont également utilisés. Les passeurs de drogue continuent à transporter le cannabis par camions et par voitures à travers les enclaves occupées de Sebta et Melilia et le port Marocain de Tanger, en traversant le détroit de Gibraltar.

Le déploiement par l'Espagne d'un réseau de radars fixes et modulaires, d'infrarouges, de capteurs de vision autour du détroit de Gibraltar, à partir de 1999, et connu sous le nom de Système Intégré de Surveillance Extérieure (SIVE), a forcé les trafiquants Marocains à prendre des routes plus longues et plus risquées.

Au cours des dernières années, les organisations de drogues en Amérique latine ont commencé à exploiter les itinéraires marocains bien établis de cannabis pour le trafic de la cocaïne et de l'héroïne vers l'Europe. Bien que les plus grands centres africains de redistribution de la cocaïne en provenance d'Amérique latine restent sub-sahariens, notamment le Ghana, la Guinée, la Guinée-Bissau, et le Nigéria, le Maroc est de plus en plus utilisé en tant que pays de transit. L'activité empruntant la route du désert vers le Maroc risque de connaître un accroissement à l'avenir.

Le dernier rapport de l'ONUDD, sur la situation de l'usage de drogues en 2013, estime que la production du cannabis au Maroc pourrait baisser.

## 8.2. Condamnations liées aux drogues

Les dispositions du Code Pénal en matière de drogues se trouvent aux articles 80 (Placement dans un établissement thérapeutique), 571 (recel), et 89 (confiscation). De plus, un Arrêté du Ministre de la Santé Publique, (dernière modification en 1997), liste toutes les drogues licites et illicites.

Pour ce qui est des peines applicables en cas d'infractions liées à la drogue, elles peuvent aller jusqu'à 30 ans, assorties d'une amende pouvant aller jusqu'à 60 000€. Cependant, en moyenne un trafiquant de drogue écope d'une peine allant de huit à dix ans.

Selon les chiffres fournis par les autorités marocaines, pour l'année 2011, environ 25% de la population carcérale avait été inculpée pour des infractions liées à la drogue allant de simple consommation personnelle jusqu'au trafic en bande organisée.

La consommation de drogues reste encore criminalisée, ce qui va parfois de pair avec un sentiment de stigmatisation parmi les usagers. Selon une étude menée en 2011 auprès de 300 usagers de drogues, la moitié ont vécu la façon dont ils avaient été pris en charge par le personnel médical comme « portant atteinte à leurs droits fondamentaux » et 87% d'entre eux indiquaient avoir subi des violences de la part des forces de police. Lorsqu'il leur était demandé de préciser de quels mauvais traitements ils avaient fait les frais, 83% évoquaient le harcèlement et 65% des « pratiques illégales ».

**Tableau 8.1 : Evolution du nombre de crimes liés aux drogues de 2002 à 2013**

Type de drogues	Nombre de cas													Total	Moyenne annuelle	Pourcentage
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013				
Kif	3800	2695	2626	2296	6809	4698	4788	3673	4172	4939	5476	9157	55129	4594	16%	
Résine de cannabis (chira)	17428	15712	13964	13696	11469	26725	20211	19770	22736	22876	26478	31964	243029	20252	69%	
Huile de cannabis	86	643	401	13	4	1	0	11	32	4	29	1	1225	102	0%	
Cocaïne	209	190	170	256	203	384	403	443	457	1099	433	310	4557	380	1%	
Opiacés	0	0	0	0	0	0	298	35	0	298	549	578	1758	147	0%	
Héroïne	305	261	247	348	253	364	432	571	614	347	440	400	4582	382	1%	
Morphine	0	0	0	0	0	7	0	1	22	0	1	0	31	3	0%	
Drogues de synthèse	329	303	82	169	156	1890	93	229	307	204	155	274	4191	349	1%	
Psychotropes	207	380	287	171	163	87	268	229	358	513	308	425	3396	283	1%	
Psychostimulants	652	1165	947	1937	1333	999	670	977	1355	991	1356	1608	13990	1166	4%	
Solvants	899	948	800	940	1051	1260	1556	1103	868	1856	2129	2799	16209	1351	5%	
Gaz hallucinogènes	198	21	7	3	39	65	748	77	80	46	102	21	1407	117	0%	
Maâjoune	-	-	-	-	-	-	-	89	2	6	52	95	244	20	0%	
Tabac	-	-	-	-	-	-	-	216	393	2111	450	1733	4903	409	1%	
Total	24113	22318	19531	19829	21480	36480	29467	27424	31396	35290	37958	49365	354651	29555	100%	

**Tableau 8.2 : Evolution du nombre de personnes poursuivies pour crimes liés aux drogues de 2002 à 2013**

Type de drogues	Nombre de personnes poursuivies pour crimes liés aux drogues de 2002 à 2013													Total	Moyenne annuelle	Pourcentage
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013				
Kif	4895	3078	3376	2878	12883	5957	7457	5070	5397	5692	6669	10539	73891	6158	16%	
Résine de cannabis (chira)	21973	21320	16234	15327	20312	32198	29816	29960	35150	28428	32837	39822	323377	26948	69%	
Huile de cannabis	100	651	523	24	6	1	0	11	32	4	35	1	1388	116	0%	
Cocaïne	233	225	226	359	319	547	601	578	564	1590	579	385	6206	517	1%	
Opiacés	0	0	0	0	0	0	564	188	0	340	595	591	2278	190	0%	
Héroïne	385	288	305	439	354	465	571	706	842	524	634	549	6062	505	1%	
Morphine	0	0	0	0	0	8	0	1	33	0	1	0	43	4	0%	
Drogues de synthèse	583	387	82	200	163	2393	101	263	409	225	174	420	5400	450	1%	
Psychotropes	249	448	326	189	178	93	314	263	438	606	354	586	4044	337	1%	
Psychostimulants	921	1341	1118	2099	1491	1007	764	1114	1628	1135	1648	2008	16274	1356	3%	
Solvants	1016	1131	935	873	1157	1482	2150	1466	1007	2047	2382	4184	19830	1653	4%	
Gaz hallucinogènes	214	24	8	4	46	75	1308	89	93	53	125	21	2060	172	0%	
Maâjoune	-	-	-	-	-	-	-	89	3	14	68	101	275	23	0%	
Tabac	-	-	-	-	-	-	-	249	499	2204	1472	1959	6383	532	1%	
Total	30569	28893	23133	22392	36909	44226	43646	40047	46095	42862	47573	61166	467511	38959	100%	

### 8.3. Prisons

La population totale des prisons au 1er janvier 2013 était de 72 000 personnes, soit 220 prisonniers pour 100 000 habitants. Alors que la capacité d'accueil totale de prisonniers est de 40 000 places.

En Afrique, le Maroc se trouve à la 6e place selon le taux de prisonniers par habitant. Parmi ces prisonniers, 1 152 personnes sont des mineurs, soit 1,6%.

D'après les statistiques de la Délégation Générale de l'Administration Pénitentiaire et de la Réinsertion, 27,05% des personnes incarcérées le sont pour trafic de drogues, soit 19 476 personnes. L'Observatoire Marocain des Prisons signale quelques problèmes quant à la circulation des drogues, comprimés hallucinogènes et autres substances prohibées dans les prisons, ainsi que l'extension de l'usage des produits prohibés du fait des complicités qui permet de les introduire dans le milieu carcéral et en faire un moyen de troc. Ces pratiques entraîneraient ainsi la propagation de maladies parmi les détenus et menaceraient leur santé.

## 9. Données sur l'offre des drogues

### 9.1. Données de l'Administration des Douanes et Impôts Indirects (ADI)

La stratégie de l'Administration des Douanes et Impôts Indirects (ADI) s'inscrit dans les axes tracés par la stratégie Nationale visant la réduction de l'offre et de la demande. L'action de l'Administration dans ce cadre s'opère en s'articulant autour d'un compromis régulateur entre la fluidité de passage des marchandises et des personnes et l'efficacité des actions de contrôle.

Durant l'année 2013, cette stratégie a eu impact dissuasif sur l'ampleur du trafic de stupéfiants au vu des résultats obtenus. Ainsi, la lutte dans ce domaine a enregistré des saisies relativement importantes, dans le même ordre de grandeur que celles réalisées en 2012, soit près de 42 tonnes pour un total de 395 affaires contentieuses constatées.

La résine de cannabis s'accapare la part de lion des prises réalisées.

**Tableau 9.1 : Quantités de drogues saisies durant les années 2012 et 2013**

Type de drogues	Quantités saisies	
	Année 2012	Année 2013
Résine de cannabis (chira)	41 tonnes 596 kg 986 gr	32 tonnes 104 kg
Cannabis en feuilles (Kif)	13 tonnes 340 kg 823 gr	20 tonnes 703 kg 310 gr
Cocaïne	24 kg 564 gr	14 kg 209 gr
Héroïne	6 kg 628 gr	3 kg 132 gr
Produits psychotropes	67 091 unités	411 024 unités

Parmi les saisies remarquables opérées au cours de l'année 2013, on peut citer celles réalisées dans le nord du Royaume qui ont atteint 2,981 Kg de résine de cannabis à Berkane et 2,048 Kg à Fnideq.

Fait remarquable à souligner également, est le recours au contrôle par scanner qui a contribué à l'interception de quantités importantes de résine de cannabis, notamment au niveau de la Direction Régionale de Tanger Med où plus de 22 tonnes y ont été saisis, représentant plus de la moitié des saisies totales.

Dans le même ordre d'idée, plusieurs quantités de stupéfiants, transportées dans des cachettes spécialement aménagées à divers endroits de véhicules utilitaires de Marocains Résidant à l'étranger (MRE), ont été saisies.

Le début de l'année 2014 a été marqué par le renforcement du contrôle des voyageurs au niveau des différents aéroports du Royaume et ce, afin de contrecarrer le trafic international de drogues. Ainsi, il a été permis de saisir plus de 137 Kg de cocaïne en provenance de l'Amérique du Sud (trafic faisant appel à des « mulets » transitant par divers aéroports).

Quant à la résine de cannabis, les saisies réalisées ont atteint un peu plus de 3 tonnes. La régression des saisies opérées dans ce domaine serait imputable au renforcement des contrôles opérés dans les différents points d'impact et au démantèlement des filières de trafic.

## 9.2. Lutte contre le trafic illicite de stupéfiants

Durant l'année 2013, les services de police ont traité 18 447 affaires liées au trafic illicite de stupéfiants, donnant lieu à l'arrestation de 20 898 individus.

## 9.3. Lutte contre l'usage abusif de drogues

L'action répressive menée dans le cadre de la lutte contre l'usage abusif de drogues a permis de traiter 31 291 affaires, donnant lieu à l'arrestation de 37 770 usagers dont 724 mineurs et la saisie des quantités de drogues suivantes :

**Tableau 9.2 : Quantités de drogues saisies dans le cadre de la lutte contre l'usage abusif de drogues**

Type de drogues	Quantités saisies au titre de l'année 2013
Résine de cannabis (chira)	44 kg 12 gr
Cannabis en feuilles (Kif)	67 kg 555 gr
Cocaïne	61 gr
Héroïne	11 gr
Produits psychotropes	1519 unités

#### 9.4. Lutte contre le trafic illicite et l'usage abusif de drogues aux espaces environnant les établissements scolaires

A partir du 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 à l'entame de chaque rentrée scolaire, la DGSN redynamise et optimise sa stratégie afin de lutter contre la prolifération des actes d'incivilités et de délinquances aux abords immédiats des établissements scolaires et universitaires.

Dans ce cadre, une approche novatrice, concurremment préventive et répressive, a été adoptée à l'occasion de la rentrée scolaire et universitaire 2013/2014.

En outre, la DGSN a réactivé des dispositifs des cellules mixtes chargées de la surveillance et la protection des espaces environnant les établissements scolaires.

Pour la période allant du début de la rentrée scolaire jusqu'au 15 Juillet 2013, les services de police ont traité 810 affaires, entraînant l'arrestation de 987 individus, dont 866 consommateurs.

L'action policière est d'autant plus significative au niveau des saisies de drogues opérées, notamment de résine de cannabis (résine de cannabis, kif et tabac), tel qu'indiqué dans le tableau ci-après :

**Tableau 9.3 : Quantités de drogues saisies durant l'année 2013 aux espaces environnant les établissements scolaires**

Type de drogues	Quantités saisies au titre de l'année 2013
Résine de cannabis (chira)	08 kg 117 gr
Cannabis en feuilles (Kif)	03 kg 969 gr
Maâjouné	02 kg 109 gr
Cocaïne	132 gr

## 10. La problématique de la légalisation du cannabis à usage médical ou industriel

### Introduction :

La presse Marocaine a connu ces derniers temps un foisonnement d'articles traitant de la problématique de la légalisation du cannabis à usage médical ou industriel à l'initiative de quelques partis politiques ou mouvements de la société civile. Les propos tenus par certains protagonistes et autres journalistes, teintés de flou et d'ambiguïté, nous a poussé à considérer l'inclusion de ce chapitre dans ce rapport. Le but est de clarifier les concepts et de livrer une réflexion loin de toute prise de position tranchée.

### Définition des concepts :

Plusieurs termes ont été galvaudés par la presse, et par certains intervenants, jetant le doute et le flou dans la tête des lecteurs et par conséquent dans celle de la population générale. Légalisation, dépénalisation, décriminalisation, légalisation de l'usage tout court, vente libre du cannabis...

La dépénalisation du cannabis est de considérer que l'usage est toujours un crime sanctionné par la loi mais que la sanction est levée devant certaines situations (en fonction des quantités, nombre d'appréhensions...).

La décriminalisation est de considérer que l'usage du cannabis est toujours interdit mais qu'il n'est pas puni par la loi (usage personnel du cannabis). Le but est de concentrer les ressources judiciaires sur des crimes plus graves, de réduire les coûts inhérents aux procédures judiciaires mais à condition de renforcer les ressources allouées à la prévention et au traitement. Elle permet de rapprocher la loi de la réalité pratique du terrain.

La légalisation est la régulation de l'usage du cannabis dans le cadre d'un marché libre mais sous conditions (quantité permise par an...).

Le débat actuel au Maroc est axé essentiellement autour de la légalisation de la production du cannabis à usage médical et industriel. Il n'est pas à l'ordre du jour, en tout cas pas encore, une quelconque légalisation de l'usage du cannabis à visée « récréative ». Or, le débat sur la scène politique et sociale n'a pas été précédé d'une campagne claire de définition des objectifs.

Le débat a engendré des messages ambigus, et parfois contradictoires, générant un flou et des problèmes de perception du risque lié au produit, surtout chez les jeunes. « Légaliser un produit à des fins positives » pourrait être perçu comme « attribuer à ce produit des qualités positives uniquement ». Après tout, si un responsable politique prône la légalisation d'un produit c'est que finalement ce produit n'est pas aussi néfaste que cela. C'est cela l'impact sur la perception chez les jeunes. Dans un pays où très peu de prévention est entrepris chez les jeunes, on ne doit pas parler de la légalisation du cannabis sans bien clarifier les objectifs et sans faire un effort pédagogique à l'encontre aussi de la population générale. En matière de santé publique, il y a ce qu'on appelle le coût affectif d'un message. Quand l'impact d'un message ou d'une idée sur les perceptions et les représentations collectives est beaucoup moins heureux que le but initial voulu.

Nous sommes dans une société plutôt conservatrice. Tout message pouvant être perçu comme permissif ou laxiste pourrait avoir un coût affectif négatif dans la population générale supérieur à l'objectif escompté.

Il est tout à fait légitime de penser à légaliser le cannabis pour usage médical et industriel mais pour cela deux conditions majeures sont à envisager :

- des campagnes d'information et de communication claires et didactiques
- un programme de prévention ciblé à l'attention des jeunes
- un contrôle strict des canaux de production et de distribution.

Or, pour ce qui concerne ce dernier point, la légalisation du cannabis à des fins médicales ou industrielles se fait à travers plusieurs processus, avec plusieurs objectifs et selon plusieurs modèles dans le Monde. Le modèle le plus courant se base sur le contrôle de l'Etat permettant à des sociétés privées, par le biais de licences, de collecter le cannabis et de procéder à son traitement pharmacologique ou industriel, puis à sa distribution et sa vente. L'état récolte les taxes relatives à cette opération.

D'aucuns diront qu'il suffit de légiférer pour passer à l'acte. Une loi est un texte, mais c'est aussi une pratique et surtout des effets. Des questions se posent :

- comment contrôler une production et une distribution à l'avenir lorsqu'il est difficile de le faire maintenant pour lutter contre le trafic ?
- comment contrôler le prix du marché illicite une fois la légalisation passée sachant qu'il y aura toujours des usagers « récréatifs » de cannabis ? Autrement dit, « légaliser la porte d'entrée et ne pas pouvoir contrôler l'arrière porte du trafic ».
- comment contrôler le type de plante qui est en constante mutation (taux de THC versus taux de CBD) ?
- combien même on arriverait à un contrôle hypothétiquement parfait, comment contrôler l'avènement sur le marché du cannabis de synthèse bon marché, une véritable menace actuelle dans le Monde, pour suppléer le manque de cannabis sur le marché illicite ?
- comment contrôler la tentation pour les sociétés concessionnaires de promouvoir les produits dérivés et quel impact cela aurait-il sur la perception des jeunes ?

D'innombrables questions sont posées. Les réponses constituent la base de réflexion sur le pré requis à toute initiative de légalisation à usage médical ou industriel du cannabis au Maroc. Dans tous les cas de figure, aucune politique de légalisation ne devrait faire l'économie d'une préparation sérieuse du terrain et notamment par des campagnes de prévention soutenues et adaptées en faveur de nos jeunes concitoyens.

## Partie B. Synthèse et recommandations

### Synthèse de la situation de l'usage de drogues au Maroc

Faits à retenir :

(Ces faits sont basés essentiellement sur l'enquête nationale des ménages sur les troubles mentaux et l'usage de drogues, 2006, MEDSPAD nationales 1 et 2, 2009 et 2013 et les enquêtes Respondents driven sampling parmi les usagers de drogues par voie injectables dans la région du Nord)

1. Le Tabac est la drogue la plus consommée au Maroc, suivie du cannabis, de l'alcool, des benzodiazépines détournées de leur usage, de la cocaïne, de l'héroïne, des solvants et autres colles, puis des amphétamines.
2. Pas d'étude précise sur la prévalence en population générale de l'usage du tabac, des amphétamines et autres drogues de synthèse.
3. La prévalence moyenne de l'usage de drogues, en dehors du tabac, est entre 4 et 5 % de la population adulte. Cela donne un minimum de 800.000 usagers de drogues (l'usage de drogues ne renvoie pas nécessairement à l'abus ou la dépendance qui exigent des critères plus précis).
4. Plus de 95% de ces usagers sont consommateurs de cannabis. Cela concerne plus de 750.000 marocains.
5. Entre 50.000 et 70.000 marocains, au moins, présenteraient un usage problématique d'alcool.
6. Au moins 20.000 marocains souffrent d'un usage d'héroïne dont au moins les deux tiers seraient usagers par voie injectable.
7. La moitié des usagers d'héroïne, par voie injectable, est porteuse de VIH ou d'hépatite C.
8. Au moins 20.000 marocains sont usagers de cocaïne.
9. A l'échelle nationale, un lycéen sur 5 a déjà fumé une cigarette et un sur 10 a touché au cannabis à un moment ou un autre de leur vie. Un sur 10 est consommateur actuel de tabac et un sur 30, à peu près, est usager actuel de cannabis.
10. L'usage de benzodiazépines détournées de leur usage médical est plutôt l'apanage des lycéennes filles.
11. La moitié des lycéens marocains a une perception banalisante de l'usage de drogues.
12. Un lycéen sur trois s'est vu offrir, à un moment ou un autre, une drogue à proximité de l'établissement scolaire (forte exposition environnementale).
13. L'utilisation des solvants et des colles est l'apanage des enfants vivant dans les rues.
14. L'usage des amphétamines, surtout l'ecstasy et la MDMA, se voit essentiellement dans les boîtes de nuit et autres clubs (pas de données précises).
15. Les addictions sans substances, surtout le jeu pathologique concernant les casinos et les jeux de hasard (loterie, jeux de grattage...), engendrent une demande croissante de soins.
16. Pas de données concernant l'usage de nouvelles substances psychoactives telles que les cannabinoïdes de synthèse.

## Recommandations :

Le Maroc présente des atouts évidents quant à la gestion globale de la problématique de l'usage de drogues tant sur le plan de la demande que l'offre. Il peut s'enorgueillir de la volonté claire et manifeste de ses politiques à aborder le phénomène d'une manière pragmatique, globale, multidisciplinaire et, surtout, humaniste.

Le Maroc souffre d'innombrables facteurs de risque d'aggravation de la situation. Seule une vigilance accrue contribuerait à limiter l'avancée du problème. Pour ce faire, voici quelques recommandations inhérentes surtout au volet réduction de la demande :

- Maintenir et renforcer la connaissance épidémiologique et promouvoir la recherche;
- Continuer à former des ressources humaines qualifiées ;
- Accélérer le programme d'extension de l'offre de soins sur tout le territoire ;
- Consolider et enrichir la palette de soins existante dans les régions les plus touchées, notamment le Nord du pays ;
- Créer des programmes spécifiques de prévention et de traitement sur le lieu du travail (coût très élevé des conséquences de l'usage de drogues sur le lieu du travail);
- Créer des programmes spécifiques pour le milieu carcéral ;
- Créer des cellules de *counseling* et d'aide psychologique dans les établissements scolaires et universitaires ;
- Renforcer la politique de réduction de risques ;
- Créer des programmes de réhabilitation, et notamment communautaires, adaptés ;
- Opérationnaliser et renforcer l'interdiction de l'usage de tabac dans les lieux publics (protéger les employés exposés au tabagisme passif : restaurants, boîtes de nuit ...);
- Augmenter le prix du tabac tout en contrôlant le marché noir (condition sinequanone) ce qui permet d'allouer des subventions importantes à la prévention ;
- Monter un programme national de prévention diversifié et adapté culturellement, surtout pour les jeunes et les populations vulnérables ;
- Légiférer sur l'interdiction de vente de tabac et de drogues dans les périmètres entourant les établissements scolaires (créer des zones sans drogues);
- Renforcer la collecte de données et la mise en place d'un système de veille et d'alerte, notamment par le monitoring des tendances nouvelles (ONDA);
- Lutter contre le stigma lié à la dépendance et aux comportements d'usage par une campagne nationale de sensibilisation ;
- Promouvoir les droits des patients dépendants à bénéficier de soins adaptés et accessibles ;
- Maintenir la gratuité de soins pour les plus démunis d'entre eux ;
- Encourager et accompagner les initiatives de la société civile ;
- Renforcer le lien et la collaboration entre les spécialistes, détenteurs de savoir et de technicité, la société civile et les décideurs politiques.

## Conclusions :

Avec une prévalence en population générale moyenne très légèrement supérieure à 4%, le Maroc se situe dans la moyenne Mondiale de l'usage de drogues. Cependant, beaucoup de facteurs de risques démographiques, environnementaux, économiques et sociétaux le guettent et augurent d'une aggravation du phénomène. L'usage chez les jeunes semble stable selon les enquêtes nationales chez les lycéens, mais peu de données sont disponibles chez les non scolarisés et les enfants vivant en situation précaire. La perception banalisante de l'usage de drogues chez les jeunes est un facteur de risque certain. La rareté des programmes de prévention faits de façon scientifique et adaptés culturellement grève encore plus ce risque, sur lequel l'accès facile au tabac et au cannabis pèse également lourdement.

Les infections liées à l'usage de drogues par voie intraveineuse et aux comportements sexuels à risque sous l'effet de la drogue engendrent un coût de santé publique considérable et nécessitent la consolidation des programmes de réduction de risques et de prévention.

Les autres indicateurs nécessaires à une bonne évaluation de la situation, tels que la demande de traitement et la morbidité et mortalité liées aux drogues, doivent être intégrés dans les prochains rapports. Leur mise en place demande des moyens humains, techniques et de formation à considérer à l'avenir.

Les progrès réalisés par le Maroc dans le domaine de la gestion de l'usage de drogues, dans le volet réduction de la demande, est considérable de même que la volonté politique est louable. Une accélération des programmes est nécessaire et urgente.

Le renforcement des moyens de travail de l'ONDA est seule garante d'une évaluation continue et fiable de la situation de l'usage de drogue et de ses tendances, condition indispensable pour la mise en place de politiques flexibles, adaptables, pragmatiques, efficaces et efficientes pour le bien de notre population.

## Partie C. Bibliographie et annexes

### I- Liste alphabétique des références bibliographiques utilisées

Abu-Raddad, L.J., Hilmi, N., Mumtaz, G. et al. (2010). *Epidemiology of HIV infection in the Middle East and North Africa*. AIDS 24(2) 5–23.

Bureau of International Narcotics and Law Enforcement Affairs (2011). *International Narcotics Control Strategy Report (INCSR)*.

Bureau of International Narcotics and Law Enforcement Affairs (2012). *International Narcotics Control Strategy Report (INCSR)*.

Bureau of International Narcotics and Law Enforcement Affairs (2013). *International Narcotics Control Strategy Report (INCSR)*.

Cherkaoui, A. *Un centre de traitement et de recherche en addictologie à l'hôpital Ar-Razi*.

Disponible sur : <http://www.lavieeco.com/news/medecine/un-centre-de-traitement-et-de-recherche-en-addictologie-a-l-hopital-ar-razi-12505.html>.

Coalition Plus (2012). *Programme de réduction des risques auprès des personnes usagères de drogues à l'ALCS Tétouan*. Disponible sur : <http://www.coalitionplus.org/alcs-tetouan/>.

Direction de l'Epidémiologie et de lutte contre les maladies (2006). *Evaluation rapide de la situation sur le risque d'infection à VIH en relation avec l'usage des drogues injectables au Maroc*. Ministère de la Santé avec l'appui de l'ONUSIDA et l'UNODC, Rabat.

Direction de l'Epidémiologie et de lutte contre les maladies (2008). *Rapports nationaux sur la mise en œuvre de la déclaration d'Engagement sur le VIH/sida*. Direction de l'Epidémiologie et de lutte contre les maladies, Ministère de la Santé, Rabat.

El-Rhilani, H. (2010). *UNAIDS spectrum model for Morocco*. UNAIDS Office, Rabat, Morocco.

Groupe Pompidou (2011). *Rapport MedSPAD 2009-2010, Usage de drogues en milieu scolaire marocain*. P-PG/Med (17).

Kouyoumjian, S.P., Mumtaz, G.R., Hilmi, N. et al. (2013). *The epidemiology of HIV infection in Morocco: systematic review and data synthesis*. Int J STD AIDS.

Labrousse, A., Romero, L. (2001). *Rapport sur la situation du cannabis dans le Rif marocain*. Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT), Paris.

Ministère de la Santé (2006). *Évaluation rapide de la situation sur le risque d'infection à VIH en relation avec l'usage des drogues injectées et injectables et à problème au Maroc*.

Ministère de la Santé (DELM, Programme national de lutte contre les toxicomanies, Programme national de lutte contre les IST/SIDA), Rabat.

Ministère de la Santé (2007). *Etude nationale sur les « Connaissances attitudes et pratiques des jeunes concernant les IST et le sida*. Ministère de la Santé avec l'appui de la GTZ, Rabat.

Ministère de la Santé (2007). *Etude nationale de surveillance des comportements des professionnelles du sexe*. Ministère de la Santé avec l'appui du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, Rabat.

Ministère de la Santé (2007). *Rapport sur les flux financiers en matière de population et de sida au Maroc*. Ministère de la Santé, Rabat.

Ministère de la Santé (2007). *Plan stratégique National de Lutte contre le sida 2007-2011*. Ministère de la Santé, Rabat.

Ministère de la Santé (2008). *Etude sur la co-infection Tuberculose/VIH*. Ministère de la Santé, Rabat.

Ministère de la Santé (2008). *Programme de Réduction des Risques VIH parmi les Usagers de Drogues Injectables (2008-2011)*. Ministère de la Santé (DELM, Programme national de lutte contre les toxicomanies), Rabat.

Ministère de la Santé (2009). *Rapports sur des estimations VIH au Maroc*. Ministère de la Santé, Rabat.

Ministère de la Santé (2010). *Rapports de la surveillance sentinelle. Programme National de lutte contre le sida, 2001-2009*. Ministère de la santé, Rabat.

Ministère de la Santé (2012). *Lutte contre les Troubles Mentaux de l'adulte et de l'enfant, et contre les Toxicomanies, Plan 2012-2016*. Ministère de la Santé (DELM, Programme national de lutte contre les toxicomanies), Rabat.

Ministère des Affaires Etrangères et de la Coopération du Royaume du Maroc (2013). *Les efforts du Maroc en matière de prévention et de lutte contre la culture et le trafic de drogues*. Disponible en ligne sur : <http://www.diplomatie.ma/ActionduMaroc/Lesquestionsglobales/Luttecontreladrogue/tabid/213/language/en-US/Default.aspx>.

Moussaoui, D. (2008). *La santé mentale au Maroc. Enquête nationale sur la prévalence des troubles mentaux et des toxicomanies*. L'Encéphale 33(4) 125-126.

Mumtaz, G., Hilmi, N., Zidouh, A. et al. (2010). *HIV modes of transmission analysis in Morocco*. Kingdom of Morocco Ministry of Health and National STI/AIDS Program, Joint United Nations Program on HIV/AIDS, and Weill Cornell Medical College, Qatar.

OMS, ONUDC, ONUSIDA (2009). *Guide technique à destination des pays souhaitant établir des cibles en matière d'accès universel à la prévention, au traitement et à la prise en charge du VIH chez les UDVI*. OMS, ONUDC, ONUSIDA.

Paes, M., Toufiq, J., Ouanass, A., El Omari, F. (2005). *La psychiatrie au Maroc*. L'Information Psychiatrique 81 (5) 80-471.

Rapport International sur la Stratégie de Contrôle des Stupéfiants au Maroc en 2008. <http://morocco.usembassy.gov/policy/key-reports/-rapport-2008-sur-la-strategie-de-contrôle-des-stupefiants-au-maroc.html>

Toufik, A. (2009). *Evaluation rapide de la situation sur le risque d'infection à VIH en relation avec l'usage des drogues injectables*. Ministère de la Santé, Rabat.

Toufik, A. (2011). *Etude de prévalence de l'infection au VIH et VHC chez les usagers de drogues injecteurs dans la ville de Tanger (application de la méthode RDS)*. Ministère de la Santé, Rabat.

Toufiq, J. (2006). *Enquête MedSPAD 2006 sur l'usage de la drogue en milieu lycéen de Rabat-Salé*. Hôpital psychiatrique universitaire Ar-razi, Ministère de l'Education Nationale, Ministère de l'Enseignement Supérieur, Réseau MedNET.

Toufiq, J. et al. (2011). *Usage de drogues en milieu scolaire marocain. Rapport MedSPAD 2009-2010*. Hôpital psychiatrique universitaire Ar-razi, Ministère de l'Education Nationale, Ministère de l'Enseignement Supérieur, Réseau MedNET.

Toufiq, J. Overview of the Harm Reduction Situation in the Middle East and North Africa. In Harm Reduction in Substance Use and High-Risk Behavior ; International Policy and Practice ; Ed Richard Pates, Diane Riely. Wiley-Blackwell. 2012

UNODC (2012). *World Drug Report 2012*. UNODC, New York.

UNODC (2012). *World Drug Report 2013*. UNODC, New York.

## II- Liste des références légales

- Bulletin officiel n° 2640 bis du 05 Juin 1963, p. 843.
- Bulletin Officiel n° 3214 du 05 Juin 1974, p.928.
- Convention sur les substances psychotropes, Vienne 1971, ratifiée par Dahir n° 1-80-140 du (17-12-1980) BO : 3590 du 19.08.1981.
- Bulletin Officiel n°5066 du Jeudi 19 Décembre 2002.
- Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes, Vienne 1988, ratifiée par Dahir n° 1-92-283 du (29-01-02).
- Dahir N° 1-59-413 du 28 joumada II 1382 (26 Novembre 1962) portant approbation du texte du code pénal.
- Dahir du 20 chaabane 1373 (24 avril 1954) portant prohibition du chanvre à kif.
- Dahir du 26 Novembre 1962 portant approbation du texte du Code pénal B.O n° 2640 bis du 5 Juin 1963.
- Dahir portant loi n° 1-73-282 du 28 rebia II 1394 (21 mai 1974) relatif à la répression de la toxicomanie et la prévention des toxicomanes et modifiant le dahir du 12 rebia II 1341 (2 décembre 1922) portant règlement sur l'importation, le commerce, la détention et l'usage des substances vénéneuses ainsi que le Dahir du 20 chaabane 1373 (24 Avril 1954) portant prohibition du chanvre à kif, tels qu'ils ont été complétés ou modifiés. Bulletin Officiel n° 3214 du Mercredi 5 Juin 1974.
- Décret Royal n° 236-66 du 22 Octobre 1966 portant ratification et publication de la convention unique sur les stupéfiants de 1961, faite à New York le 30 Mars 1961. Bulletin officiel n° 2640 bis du 5 Juin 1963.

### **III- Liste alphabétique des bases de données utiles disponibles sur internet**

Site de l'Observatoire National des Drogues et Addictions  
[www.onda-drogues.com](http://www.onda-drogues.com)

## **IV- 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

**ONUDD** : 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

