



Dépendance et Addiction au Cannabis au Maroc : Enjeux Culturels et Implications de Santé Publique

Cannabis Dependence and Addiction in Morocco: Cultural Issues and Public Health Implications

ESSFIOUI Laila

Docteure en psychopathologie et psychologie clinique
Faculté des Lettres et des Sciences Humaines
Université Mohammed V, Rabat-Maroc

ZERROUK Zineb

Docteure en psychologie sociale du développement et des organisations,
Faculté des Lettres et des Sciences Humaines
Université Mohammed V, Rabat-Maroc

Date de soumission : 12/07/2024

Date d'acceptation : 28/08/2024

Pour citer cet article :

ESSFIOUI. L. & ZERROUK. Z. (2024). «Dépendance et Addiction au Cannabis au Maroc : Enjeux Culturels et Implications de Santé Publique», Revue Internationale du chercheur «Volume 5 : Numéro 3» pp : 922-941



Résumé

L'usage des substances psychoactives, notamment le cannabis, a connu un essor important ces trente dernières années avec la diversification des drogues et leurs modes d'utilisation.

Cet article explore les dynamiques de consommation du cannabis au Maroc, en mettant l'accent sur la dépendance, l'addiction, et les facteurs culturels et sociaux sous-jacents. Basé sur une analyse des données disponibles, l'étude montre que le cannabis est la substance psychoactive la plus consommée, couramment acceptée pour ses effets anxiolytiques et sédatifs. La dépendance se manifeste psychiquement par un désir compulsif et physiquement par une tolérance accrue, nécessitant des doses plus élevées.

Le cannabis est souvent perçu comme une automédication contre des angoisses profondes, malgré les risques potentiels pour la santé mentale.

L'article souligne que l'acceptation croissante du cannabis dans la société marocaine pose des défis pour la santé publique, notamment en termes de prévention de la dépendance et de gestion des risques associés, nécessitant une approche équilibrée qui reconnaît les usages traditionnels du cannabis tout en mettant en place des stratégies de prévention efficaces.

En conclusion, bien que le cannabis puisse avoir des bénéfices, les risques associés à son usage, notamment en termes de dépendance et d'impact sur la santé mentale, exigent une gestion informée et des initiatives de sensibilisation.

Mots clés : Cannabis ; Addiction ; Législation ; Santé ; Automédication.

Abstract

The use of psychoactive substances, particularly cannabis, has significantly increased over the past thirty years, driven by the diversification of drugs and their usage methods. This article explores the dynamics of cannabis consumption in Morocco, focusing on dependence, addiction, and underlying cultural and social factors. Based on an analysis of available data, the study reveals that cannabis is the most commonly used psychoactive substance, widely accepted for its anxiolytic and sedative effects. Dependence manifests both psychologically through compulsive desire and physically through increased tolerance, requiring higher doses. Cannabis is often viewed as self-medication for deep-seated anxieties, despite potential mental health risks. The article highlights that the growing acceptance of cannabis in Moroccan society presents public health challenges, particularly in terms of preventing dependence and managing associated risks. It calls for a balanced approach that acknowledges traditional uses of cannabis while implementing effective prevention strategies. In conclusion, while cannabis may offer certain benefits, the associated risks, especially regarding dependence and mental health impacts, necessitate informed management and awareness initiatives.

Keywords : Cannabis; Addiction; Legislation; Health; Self-Medication.



Introduction

La consommation de drogue n'est pas un phénomène récent au Maroc. De tout temps, les êtres humains ont cherché à modifier leur état de conscience, que ce soit dans le but de mieux 'communiquer avec l'au-delà', de se purifier, de se guérir, de se surpasser, ou tout simplement de se détendre. Cependant, cette pratique a évolué au fil du temps et varie en fonction des époques et des lieux (Bellarabi, 2007). Parmi les substances psychoactives (SPAs), le cannabis restera sans doute la drogue la plus répandue à travers le monde depuis des milliers d'années. Cela tient à son effet anxiolytique qui fournirait une issue au mal-être. Désigné comme « *le guide du paradis* » par certains prêcheurs musulmans du Pakistan (Bellarabi, 2007), le cannabis est utilisé dans leur quête de relaxation, de bien-être, d'euphorie, et pour l'extinction de la souffrance. Il sert également à mettre à distance la détresse psychique engendrée pour divers facteurs de stress.

Depuis le début des années 1990, le Maroc a été le sujet de nombreuses études épidémiologiques visant à comprendre la consommation de substances psychoactives, en particulier le cannabis, dont le pays est l'un des principaux producteurs mondiaux (ONUDC, 2014, 2015). Ces différentes études ont clairement montré que le cannabis est principalement consommé par les adultes, avec environ 5 à 6% des Marocains âgés de plus de 15ans le consomment régulièrement. Cette substance psychoactive devance l'alcool, les psychotropes, la cocaïne, l'héroïne et les solvants organiques. Parallèlement à l'usage traditionnel du cannabis, le domaine de la consommation et de la toxicomanie a connu un essor important ces trente dernières années avec la diversification des drogues et de leurs modes d'utilisation.

Aujourd'hui au Maroc, les jeunes garçons et filles sont particulièrement touchés par la toxicomanie qui suscite de plus en plus d'inquiétudes. Et compte tenu la conjoncture actuelle de la réforme législative de cannabis à usage médical, le gouvernement marocain a approuvé le 11 mars 2021 le projet de loi 13-21, qui a été approuvée par l'ONU et l'OMS, qui permettrait l'utilisation du cannabis à des fins médicales, cosmétiques et industrielles tout en maintenant l'interdiction de son usage récréatif. Cette législation met en avant la qualité et l'utilité médicinale du cannabis et a conduit à la création de l'Agence Nationale de Réglementation des Activités relatives au Cannabis (ANRAC). Cette agence est chargée de réguler l'achat et la vente de cannabis à des fins médicales, en particulier dans les provinces du Nord.



Bien que la législation soit justifiée par les avantages médicaux de la plante, elle présente également des risques. Étant donné que cette drogue dite « douce » est déjà tolérée culturellement au Maroc, cette démarche pourrait accroître l'acceptation sociale de sa consommation, facilitant ainsi et encourageant son usage.

La question de l'essor du cannabis en tant que principal SPA au Maroc soulève des interrogations quant aux raisons de son choix par rapport à d'autres drogues. L'hypothèse proposée est que la banalisation de la consommation de cannabis, son image positive, sa perception comme une drogue « douce », ainsi que ses effets anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques, contribuent à sa popularité.

Cette étude théorique explore donc pourquoi le cannabis est souvent préféré à d'autres substances. Elle attribue cette préférence à la banalisation de la consommation du cannabis au Maroc, à son image positive dans certaines régions, à sa perception comme « drogue douce » en raison de son faible pouvoir addictif comparé à d'autres drogues, à sa disponibilité et à ses effets anxiolytiques, hypnotique et sédatifs, qui offriraient une issue au mal-être.

Cette étude repose sur une analyse approfondie des données disponibles sur la consommation de cannabis au Maroc, en s'appuyant sur une revue exhaustive de la littérature et l'intégration des statistiques nationales. Elle aborde plusieurs aspects clés, notamment les processus de fabrication du cannabis, les effets liés à sa consommation, l'épidémiologie de l'usage de substances psychoactives au Maroc, l'adaptation de la législation marocaine, ainsi que les stratégies nationales de prévention, de réduction des risques et de traitement des dommages associés à la consommation de SPAs. En outre, l'étude examine les modalités de consommation du cannabis et les dynamiques sous-jacentes à son usage.

1. Cadre théorique

1.1. Cannabis ou Haschich : de la plante au joint

Le Maroc est producteur de cannabis et premier exportateur mondial. Le dérivé cannabique le plus consommé est le haschich (résine de cannabis), fumé à l'aide de joints. Pour mieux saisir le différent type et différentes utilisations de cette plante, il s'avère intéressant d'aborder son étymologie, ses propriétés, sa culture, son processus de fabrication, ainsi que l'état des lieux de son usage au Maroc et ses différents effets.

1.1.1 Etymologie et propriétés du cannabis



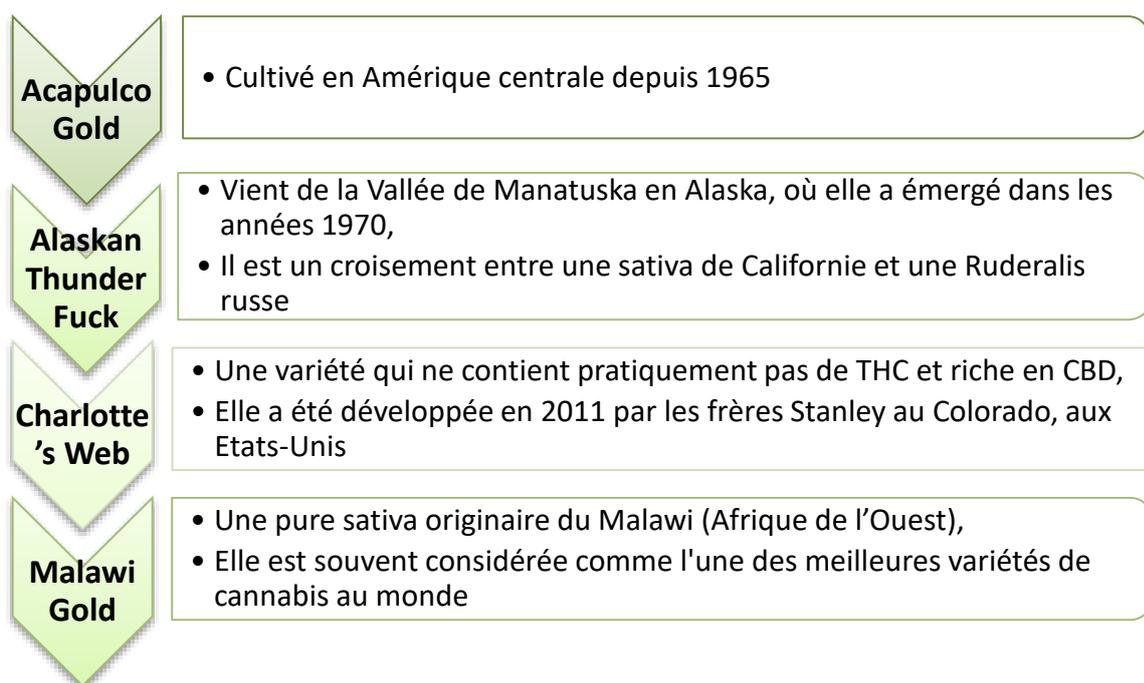
Le terme latin "cannabis", qui trouve son origine dans le mot grec "kannabis", partage avec ses homologues arabe, hébreu ou celte une racine commune assyrienne "quanabu". Il s'agit en effet l'une des plantes les plus anciennement connues par l'homme. « *La plante de cannabis est connue en Chine depuis environ 6000 ans* » (Nolin, 2002).

Le chanvre indien se décline en plusieurs variétés, dont les plus connues sont Cannabis sativa, Cannabis indica, Cannabis sinsemilla¹ et Cannabis ruderalis.

La plante de cannabis sativa est largement répandue, poussant dans pratiquement tous les types de sols (Nolin, 2002) et sous presque tout climat, c'est une plante résistante à la sécheresse et au froid, elle est plantée en mars et récoltée en septembre (Bellarabi, 2007).

Il existe plusieurs variétés de cannabis sativa, dont :

Figure N°1 : Les différentes variétés de cannabis sativa



Le cannabis est un perturbateur et un modulateur, classifié en pharmacopée comme psychodysléptique, psychotomimétique ou hallucinogène, ce qui signifie qu'il modifie les émotions et les perceptions. Il est classifié, comme stupéfiant, dans les législations nationales et les conventions internationales.

¹Sinsemilla : un mot espagnol signifiant "sans graines"



Il existe plus de 460 composants chimiques dans le cannabis, dont plus de 60 ont été identifiés comme cannabinoïdes, le principal ingrédient actif du cannabis est le D9-tétrahydrocannabinol "THC", identifié en 1964 par l'équipe du docteur Mechoulam. D'autres cannabinoïde présents dans le chanvre indien comprennent le delta-8-tétrahydrocannabinol, le cannabinoïde et le cannabidiol "CBD". Cependant, ils sont présents en quantités relativement faibles et n'ont pas d'effets significatifs sur le comportement. Ils peuvent néanmoins contribuer à moduler l'effet global du produit (Nolin, 2002).

Le cannabidiol (CBD) est un cannabinoïde présent dans la plante de cannabis qui agit sur les récepteurs endocannabinoïdes² de la même manière que le Δ 9-THC mais sans avoir les mêmes effets. Bien que le CBD ait des propriétés anxiolytiques, relaxantes et même sédatives, il manque de qualités euphorisantes (Observatoire français des drogues et des toxicomanies , 2019). Le cannabis qui contient une forte concentration en THC et pauvre en CBD a un effet anxiogène.

Il est à noter que le cannabis présente un risque de surdosage très faible voire quasi inexistant du fait de sa toxicité extrêmement faible (Observatoire français des drogues et des toxicomanies , 2019).

1.1.2 Types de consommation de cannabis

La substance cannabique peut être consommée sous plusieurs formes, les trois les plus courants au Maroc sont :

❖ L'herbe, constituée de feuilles et de fleurs séchées de la plante de cannabis, elle est produit à partir de l'ensemble des parties de la plante séchées, appelée *marijuana* en Amérique du nord, *dagga* en Afrique du sud et *kif* au Maroc. La teneur en THC de la marijuana sous cette forme est plus faible, on l'augmente notamment en sélectionnant les extrémités florales de la plante femelle.

❖ La résine de cannabis (ou haschich), est la substance utilisée pour fabriquer du tabac à fumer, on l'obtient à partir des sommités florifères de cannabis, il peut aussi parfois être obtenu à partir de feuilles de la plante. Le nom le plus courant de cette substance sous cette forme est *le pot, mari, herbe, dope* (Nolin, 2002), bien qu'elle soit également connu sous le nom de hasch, shit (en Afrique du Nord), *ganja* en Inde et en Jamaïque ou charas en Inde.

² Le système cannabinoïde, composé de récepteurs tels que CB1 et CB2, participe à la régulation d'un très large éventail de fonctions physiologiques et psychologiques (immunitaires, homéostasie énergétique, mémoire, régulation du stress, etc.)



Cette résine visqueuse d'origine végétale est obtenue par broyage des feuilles et des sommités florales séchées, puis compressée pour obtenir ce qu'en France appelle une barrette. Il faudra environ 45 à 75kg de cannabis pour produire un kilogramme de haschich, il se présente sous la forme de morceau de couleur brun pâle à noir, de consistance molle ou dure. Le haschich est fumé en cigarettes, appelées joints ou pétards.

❖ L'huile de cannabis, est un liquide vert foncé à brun extrait de l'herbe ou du haschisch par extraction de la résine par de l'alcool à 90° (Costes, J.M.,2007). Après une période de distillation de 6 à 8 heures, le liquide est soumis à une filtration et à un chauffage jusqu'à ce que tout l'alcool s'évapore complètement. Ensuite, il est appliqué sur du papier à cigarette puis inhalée. Pour produire un litre d'huile il faut dix kg de haschisch.

1.2. Processus de fabrication du cannabis au Maroc

L'extrait suivant, tiré d'un rapport rédigé par Labrousse et Romero pour l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies en 2001 sur la production de haschich au Maroc, décrit très bien les différentes étapes de la production :

La plante entière de cannabis, connue sous le nom de "kif" coupé et séché au soleil (en général sur les toits), pendant au moins un mois et demi. Il est ensuite conservé dans les maisons sous la protection de bâches en plastique. Il sera haché manuellement sur une planchette à l'aide d'un outil spécial appelé SHAFRA avant d'être mélangé à du tabac et fumé. Traditionnellement, le mélange contient 1/3 de kif et 2/3 de tabac. Il est fumé dans le sebsi, une longue pipe en bois au fourneau de terre cuite ou de pierre (Labrousse, 2001).

La poudre qui résulte des gouttelettes de résine qui s'échappent de sommités des plantes femelles est appelée chira. Les transformateurs battent ou secouent les plantes séchées sur une fine toile de nylon qui sert de tamis pour en séparer la résine. La première poudre à tomber est une substance de couleur beige appelée sigirma. Sa qualité supérieure, connue sous le nom de double zéro, est réputée contenir jusqu'à 20 % de THC. Puis tombe une poudre appelée hamda, mêlée de déchets végétaux, donnant à l'objet une couleur verdâtre. La poudre y est chauffée et compressée avant d'être placée dans des sachets en cellophane pour donner la résine ou le haschich, le produit sera présenté sous forme de savonnettes ou de plaquettes (généralement de 250 grammes) appelées "tbisla" ou "petit plateau" qui sera ainsi destinée à la commercialisation (Bellarabi, 2007).

Aujourd'hui au Maroc, avec l'introduction de variétés hybrides dans la culture de cannabis, de nouveaux néologismes émergent pour décrire cette transformation du haschisch, comme

«khardala, berraniya», qui se distingue par ses propriétés calmantes, une saveur forte et distincte et des effets puissants.

Le haschich peut être consommé de différentes manières, notamment sous forme de joint, sebsi et maâjoun. Pour le Maâjoun ou 'Barboka', il s'agit d'une pâte à base des graines de cannabis fabriquée localement à laquelle sont ajoutées des plantes atropinique à propriétés hallucinogènes telles que les feuilles de belladone (بيلاذونا أو ست الحسن), les grains de Datura (شذق الجمل), de jusquiame (السيكران) et la mandragore (BedLghoul). D'autres substances peuvent être associées comme la noix de muscade (جوزة الطيب), la cardamome (قعقلة), la cantharide (Debbanat Lhend, الذباب الاسباني), la maniguette (كوزة صحراوية), etc. De manière inconstante, la composition du maâjoun peut contenir des grains de pavot (الخشخاش), des médicaments psychotropes et d'autres substances (Ounnir, 2011). Le maâjoun était le plus souvent utilisé pour agrémenter les fêtes dans certaines régions.

Dans cette recherche, le terme "cannabis" est utilisé de manière générique pour désigner l'ensemble des produits dérivés de la plante de cannabis, ainsi que les trois modes de consommation : celle de haschich "sous forme de joints fumés", celle de kif" feuille de cannabis fumé 'sebsi'" et de maâjoun.

1.3. Effets liés à la consommation de cannabis

Les effets du cannabis varient en fonction des graines utilisés et selon la teneur en THC et CBD de la plante. Il y a trois effets : effets anxiogènes (si l'herbe contient une forte concentration de THC et pauvre en CBD), effets apaisants et planants (qui fait planer et met en extase) et effets sédatifs et antalgiques.

Les effets de la substance cannabique «*apparaissent environ 15 à 20 minutes après la consommation s'il est fumé, et après plusieurs heures s'il est ingéré. Ses effets durent entre trois et six heures*» (Référentiel en psychiatrie et addictologie, 2021).

1.3.1. Effets somatiques

Les effets physiques les plus courants du cannabis sont : la dilatation des vaisseaux conjonctivaux, c'est-à-dire l'œil rouge, et une tachycardie modérée. A forte dose, une hypotension orthostatique peut apparaître. L'intoxication au cannabis s'accompagne d'une augmentation de l'appétit et une sécheresse de la bouche.

1.3.2. Effets psychiques

Sous la forme mineure, l'intoxication cannabique aiguë provoque une légère ivresse, de l'euphorie et de l'onirogène associée à une somnolence.

Les perturbations neuropsychiques sont plus importantes avec des doses plus élevées de THC ou chez des sujets plus sensibles à ses effets ; Après la phase de bien-être, d'illusions sensorielles et d'éventuelles hallucinations, une phase de calme suivie d'endormissement, apparaît secondairement. Anxiété, irritabilité, désorientation temporo-spatiale peuvent s'ajouter à ce tableau clinique (Reynaud, 2006).

La consommation chronique de la substance cannabique pourrait entraîner des perturbations de performances cognitives, particulièrement des troubles de mémoire, d'attention et des fonctions exécutives (Référentiel en psychiatrie et addictologie, 2021).

Il existe trois phases liées à l'ivresse cannabique : Phase de la montée (sensation de soulagement physique et psychique), du plateau (étape de la planète, '*flying*', perception de temps long ou ralenti, tachypsychie) et la phase de la descente.

2. Epidémiologie de l'usage de substances psychoactives au Maroc

Une enquête nationale pionnière sur la prévalence des troubles mentaux et des toxicomanies a été menée au Maroc entre septembre et décembre 2003 et publié en 2005. Elle a été réalisée par le Ministère de la Santé avec l'appui de l'OMS et en partenariat avec les Centres Psychiatriques Universitaires de Rabat et de Casablanca. Il comprenait un échantillon de 6 000 de personnes âgées de 15 ans et plus qui étaient représentatives de la population du pays. Cette enquête a démontré que :

- La prévalence de l'usage de SPAs au cours de la vie entière était de 4,8% ;
- La prévalence de l'abus d'alcool était de 2%, tandis que la dépendance à l'alcool atteignait 1,4% ;
- Quelle que soit la substance et le mode de consommation, la prévalence de l'abus de SPAs était de 3,0 % alors que la dépendance était de 2.8% ;
- La prévalence de la consommation de SPAs au cours des douze derniers mois a montré que le cannabis était principalement le plus consommé. Les sédatifs se situaient au deuxième rang avec une prévalence de seulement 0,18% de la population. La cocaïne représentait 0,05%, suivie des solvants à 0,04% et enfin des opiacés à 0,02%.

Tous les abus et les dépendances à l'alcool et aux substances sont plus fréquents chez les hommes que chez les femmes et dans les tranches d'âge 20-29 ans et 30-44 ans. Ils sont aussi



plus fréquents chez les célibataires et chez les personnes qui ont une activité professionnelle (Asouab, et al., 2005).

Cette étude nous a amené à la conclusion que le cannabis est la substance la plus consommée chez la population marocaine. Cette augmentation du nombre des usagers de SPAs au Maroc est un signal alarmant.

En 2009, une deuxième enquête nationale Med SPAD (Projet d'enquête sur la consommation d'alcool et d'autres drogues dans les milieux scolaires méditerranéens) a été réalisée en collaboration avec le Ministère de l'éducation Nationale et l'hôpital psychiatrique Arrazi de Salé. Elle a ciblé un échantillon de 6173 élèves marocains, dont leur âge varie entre 10 et 23ans (médiane=16.5 2.4). L'analyse s'est concentrée sur le groupe d'étudiants âgés de 15 à 17 ans qui représentait 71,9% des élèves. L'étude a démontré que le cannabis est le quatrième produit psychoactif consommé après le narguilé, le tabac et l'alcool. Le narguilé est la substance la plus consommée pour les deux sexes (19,4%, n=853), suivi du tabac (18,4%, n=830) ; avec 27,7% pour les garçons et 10,4% pour les filles. La prévalence de l'alcool est de (7,7%, n=348) avec 11,8% pour les garçons et 4,2% pour les filles, celle du cannabis est de 7,2 % des 15-17 ans (12,5% pour les garçons et 2,5 % pour les filles). En 2014, le nombre d'usagers de drogues, en dehors du tabac, a été estimé de 800.000 dont 95% soit 750.000 sont des consommateurs de cannabis (Observatoire National des Drogues et Addictions, Maroc, 2014), le même rapport a révélé que le tabac est la substance la plus consommée par les marocains suivie du cannabis, de l'alcool, des benzodiazépines et d'autres drogues.

En 2017, une autre enquête nationale a été réalisée, dans le même cadre du projet Med SPAD, dans le but de déterminer la prévalence de la consommation de SPAs chez les jeunes élèves marocains (lycéens). En ciblant un échantillon d'environ 7000 élèves avec tranche d'âge des 15-17 ans.

Cette enquête indique que les SPAs les plus fréquemment consommées par les jeunes garçons étaient le tabac, suivi du cannabis, puis de l'alcool et enfin les psychotropes (somnifères). N'oublions pas que puisque les joints sont associés à la fois au haschisch et au tabac, les consommateurs de cannabis sont également des consommateurs de tabac. Les filles utilisent plus les psychotropes que le cannabis. La cocaïne, le crack et l'héroïne restent peu consommés.

Les différentes études réalisées au Maroc ont clairement montré que le tabac reste la substance la plus répondue chez les adolescents et que le cannabis est principalement consommé par les adultes, entre 5 à 6% de marocains âgés de plus de 15ans consomment du



cannabis. Cette substance psychoactive devance l'alcool, les psychotropes, la cocaïne, l'héroïne, les solvants organiques, puis beaucoup plus loin, les autres drogues de synthèse comme l'ecstasy.

Aujourd'hui au Maroc, la toxicomanie touche particulièrement les jeunes garçons et les jeunes filles, qui suscite de plus en plus d'inquiétudes. Parallèlement à l'usage traditionnel du cannabis, le domaine de la consommation et de la toxicomanie a connu un essor important ces trente dernières années avec la diversification des drogues et de leurs modes d'utilisation. Cela semble être lié à la fois à la proximité géographique du Maroc avec l'Europe et à la diversité des interactions facilitées par les flux migratoires de populations. Cela implique, évidemment, une modification des politiques et les expériences de planification adaptées à ce phénomène.

3. Adaptation de la législation marocaine

L'une des lois les plus importantes sur les drogues au Maroc est le Dahir, inscrit dans la loi n°1-73-282 du 21 mai 1974 portant la répression de la toxicomanie. Cette loi définit trois catégories d'infractions : le trafic, l'incitation et l'usage de stupéfiants. Elle prévoit des sanctions pour la possession, l'usage des substances ou de plantes classées comme stupéfiants, et la facilitation de leur utilisation (Observatoire National des Drogues et Addictions, Maroc, 2014). Il propose également l'injonction thérapeutique à la place d'une sanction pénale sévère. Aucune poursuite pénale ne sera engagée si l'auteur de l'infraction s'engage, après l'examen médical requis par le procureur, à se soumettre à une cure de désintoxication. Cette approche vise à favoriser le traitement et la réhabilitation des personnes ayant des problèmes de toxicomanie, plutôt que de les criminaliser systématiquement.

Par ailleurs, le Dahir du 3 octobre 1977 (modifié par n°1993/52) a institué la Commission Nationale des Stupéfiants. Cette commission, composée de différents départements ministériels, sa principale responsabilité concerne les domaines médicaux et sociaux, voire l'application de la loi. Ses missions comprennent le contrôle des SPAs licites (surveiller leur utilisation, de contrôler leur distribution et de s'assurer de leur conformité aux réglementations en vigueur). En ce qui concerne les drogues illicites, la commission a pour mission de réprimer les cultures, le commerce et le trafic des drogues ainsi que l'élaboration des stratégies de prévention de son usage (Observatoire National des Drogues et Addictions, Maroc, 2014).

4. Stratégies nationale de prévention, réduction des risques et traitement des dommages liés à la consommation de SPAs

Au cours des dernières années, le Royaume du Maroc a montré une volonté politique claire d'affronter les problèmes de consommation de drogue de manière proactive et pragmatique (Observatoire National des Drogues et Addictions, Maroc, 2014). Conscient de la nécessité d'une approche globale et intégrée du problème de la drogue, les mesures du Maroc dans la lutte contre la drogue comprennent des mesures visant à réduire l'offre, à freiner le commerce et la demande et à soutenir le développement alternatif.

Sur le plan institutionnel, le Maroc a créé en 1996 l'Unité de Coordination de la Lutte Anti-drogue (UCLAD). Cette unité vise à améliorer la coordination entre les différents services impliqués dans l'application de la loi en matière de lutte contre la drogue (Observatoire National des Drogues et Addictions, Maroc, 2014).

En somme, le Maroc met en œuvre plusieurs mesures pour lutter contre la drogue, notamment en renforçant la coordination entre les services chargés de l'application de la loi, en mettant en place des actions de prévention et de répression, et en soutenant des initiatives de développement alternatif. Depuis 2005, une stratégie nationale de lutte contre la drogue a été mise en place appelant à concerter les efforts pour assurer une coordination institutionnelle ainsi que et la mise en œuvre d'initiatives impliquant divers secteurs. Dans ce contexte, des opérations d'éradication des cultures de cannabis sont soutenues par une stratégie de développement plus large encourageant le développement alternatif et les cultures de remplacement (Observatoire National des Drogues et Addictions, Maroc, 2014).

Tableau N°1 : Culture, production et éradication du cannabis au Maroc 2016-2017

Année	Produit	Superficie cultivée (en hectare)	Superficie éradiquée (en hectares)	Superficie exploitable (en hectares)	Production (en tonnes)
2016	Plants	47 000,00	395,00	46 605,00	
2017	Plants	47 500,00	523,00	46 977,00	
2016	Herbe	35 652,83			35 652,83
2017	Herbe	35 702,90			35 702,90
2016	résine	713,00			713,00
2017	résine	714,06			714,06

Source : Questionnaires de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime destinés aux rapports annuels, rapports des gouvernements et rapports sur la stratégie internationale de lutte contre les stupéfiants établis par les États-Unis d'Amérique. *In*, (ONU DC, 2019)



Ce tableau présente les chiffres de la culture, la production et l'éradication du cannabis au Maroc pour la période 2016-2017. Cette double stratégie de lutte et de prévention a permis aux autorités marocaines de réduire la culture de cannabis de plus de 65 %, passant de 134 000 hectares en 2003 à 475 00 hectares en 2010 (Observatoire National des Drogues et Addictions, Maroc, 2014). 9400 hectares ont été éradiqués en 2010 et 52300 hectares en 2017. Prenant en considération l'augmentation des usagers des drogues, les problématiques liées à la consommation et les recommandations des professionnels de la santé mentale et en addictologie. Un observatoire national des drogues et addictions (ONDA) a été créé en 2011, afin de centraliser les informations et données relatives aux drogues et addictions (Observatoire National des Drogues et Addictions, Maroc, 2014), il a été lancé officiellement le 11 juin 2013 et son premier rapport a été publié en 2014.

Dans la même veine, le Ministère de la Santé a lancé les premiers Plans Stratégiques en Santé Mentale en 1990-1995, puis 1996-2001, 2002-2006, 2008-2011, 2012-2016 et le plan 2018-2022.

Le plan stratégique 2018-2022 a pour mission de promouvoir la santé mentale, de prévenir et détecter précocement les addictions, de réduire les risques et la discrimination des usagers de drogues, d'offrir des soins et des thérapies, etc. (Plan Stratégique National de prévention et de prise en charge des troubles addictifs, 2019).

5. Modalités de la consommation de cannabis

Dans la clinique de l'usage on trouve différents types de consommation ; l'usage expérimental, occasionnel, régulier, à risque, nocif, etc. Dans l'usage expérimental, l'individu cherche à explorer et expérimente lui-même les effets de la substance, c'est un usage en général unique. Nous n'allons pas aborder ce type de consommation dans le présent paragraphe.

L'utilisateur trouve dans son produit une action spécifique qu'il recherche (euphorie, stimulation, hypnose, sédation, anesthésie).

Globalement, on distingue trois types de consommation des SPAs :

❖ Consommation festive ou récréative ; " Je fais la fête, donc je fume quelques joints ", cette affirmation pourrait décrire ce type de consommation. Il s'agit d'un usage sporadique, souvent entre amis, pour créer de l'ambiance, faire des nouvelles expériences, rechercher des sensations et avoir du plaisir, sans complication pour la santé de consommateur, et il n'est pas considéré comme pathologique ;

❖ Consommation auto-thérapeutique : se caractérise par un usage régulier et souvent solitaire, cette consommation condense les facteurs de vulnérabilité psychologique et psychiatrique. Les facteurs de risque incluent la présence de facteurs psychopathologiques tels que l'insomnie, l'anxiété ou la dépression pendant l'adolescence ou la petite enfance ;

❖ Consommation toxicomaniaque : elle se caractérise par un usage quotidien et compulsif pour atténuer l'effet de manque.

La consommation des différentes SPAs dans des circonstances festives et les effets positifs ressentis (euphorie, engourdissement, bien-être, soulagement, calme, *'flying'*, se vider la tête, nouvelle sensation, joie, etc.) pourrait constituer la porte royale de glisser vers une consommation à risque ou une évolution vers une dépendance, en fonction de produit consommé, de la personnalité de l'individu et d'autres facteurs de vulnérabilité et de risque. Les chapitres suivants fourniront une description et un traitement détaillés de ces déterminants.

Pour distinguer les trois types de consommation, il est nécessaire de connaître les moments et les temps de l'usage, les durées de consommation d'une SPA, de savoir si l'usage a lieu seul ou en groupe et de rechercher des éléments psychopathologiques sous-jacents" (Reynaud, Karila, & Aubin, 2016).

6. Consommation de substances psychoactives : Usage, Abus, Toxicomanie et Dépendance

6.1. Usage

Se caractérise par la consommation l'usage de substances sans complications somatiques ni dommages physiques. Les seules complications sont d'ordre pénal ou social (Reynaud, 2006). Signalant que ce type d'usage à risque présente le prélude de l'abus et de la dépendance.

6.2. Abus

L'abus de DSM-IV ou l'usage nocif de la CIM-10, est caractérisé par un usage répété de substances qui porte atteinte au bien-être physique, psychoaffectif ou social.

Contrairement aux critères de dépendance à une substance, les critères de DSM-IV pour l'abus ne prennent en compte que les effets néfastes de la consommation répétée et n'incluent pas la tolérance, le sevrage ou les comportements compulsifs.

La notion de l'abus a été abolie dans la récente version du DSM-5. Il est important de souligner que dans le DSM- IV l'abus et la dépendance sont définis comme deux pathologies distinctes, alors que DSM-5 rassemble les deux catégories en une seule catégorie de

Désordres liés à l'Usage de Drogue (DUD). Ainsi, les critères DUD résultent du regroupement des listes des critères précédemment utilisés pour la dépendance et l'abus en une seule liste constitué de onze critères (Reynaud, Karila, & Aubin, 2016).

6.3. Concept de la toxicomanie

La toxicomanie ou assuétude (ou asservissement) est un état d'intoxication chronique ou périodique engendrée par la consommation répétée d'une drogue naturelle ou synthétique (Alain Pesce, 1988). La toxicomanie est donc directement « *liée à la notion-clé de dépendance, bien que dans l'acception trivial, est considéré comme drogué tout consommateur de produits illicites, même si le sujet n'est pas dépendant et donc pas toxicomane* » (Oughourlian, 1986).

Trois étapes ont été proposées par Koob et Volkow, pour distinguer les trois phases de l'instauration du phénomène de la toxicomanie :

- ❖ La première étape : correspond à une phase de consommation au cours de laquelle les symptômes d'intoxication spécifique à chaque substance sont avant-plan ;
- ❖ La deuxième : est le syndrome de sevrage aigu, caractérisé par l'apparition des symptômes physiques et psychiques, incluant des affects négatifs comme l'anxiété et une baisse de l'humeur ;
- ❖ La troisième étape : est la préoccupation et d'anticipation de la substance. Lors de l'abstinence complète ou partielle, des comportements orientés vers la recherche de SPAs persistent et seraient liés à la rechute (Didier & Potvin, 2014).

Cette définition inclue les étapes de dépendance aux SPAs : étape impulsive, étape compulsive, et étape où les comportements de consommation deviennent des actions automatiques.

La notion de toxicomanie concerne essentiellement les produits psychoactifs susceptibles d'engendrer une dépendance. Et pour désigner d'autres types de dépendance sans drogues ou comportementales comme : jeux pathologiques, internet, achats compulsifs, addiction au sport, au travail "workaholisme"³, etc. Le terme d'addiction devient le plus approprié que la notion de toxicomanie.

Quelle que soit la substance en cause, la communauté scientifique internationale reconnaît trois principaux types de comportement liés à la consommation de SPAs : l'usage, l'abus (ou

³ C'est un néologisme ; work (travail) et alcoholism (alcoolisme), il a une composante cognitive et comportementale (activité excessive et penser qu'au travail) avec des conséquences négatives sur la santé de l'individu

usage nocif) et la dépendance (Reynaud, 2006). Seules les deux dernières sont reconnues comme des entités morbides dans les classifications internationales (Micheaux, 2008).

6.3.1. Dépendance

La dépendance est définie par la perte de contrôle de la consommation de SPAs et de la liberté de s'abstenir. Elle est généralement définie comme une entité psychopathologique et comportementale, qui interfère avec le fonctionnement habituel du sujet et se traduit par un dysfonctionnement neurobiologique provoqué par les substances psychoactives (Micheaux, 2008). La dépendance aux SPAs peut se manifester au niveau physique et/ou psychique :

❖ Dépendance psychique : Caractérisée par un besoin impérieux de consommer la substance afin de ressentir du bien-être, de plaisir, de satisfaction et de la stimulation, tout en évitant les sensations de malaise psychique qui surviennent lors du sevrage. Cela se traduit principalement par un désir et une envie irrésistible de consommer la substance, appelé "craving" et une recherche compulsive visant à obtenir la substance, même contre la raison et la volonté (Reynaud, et al., 2016). Le "craving" est un aspect clé de la dépendance aux substances, car il contribue à maintenir le cycle de consommation et rend difficile le contrôle de l'usage de la substance.

❖ Dépendance physique : Est caractérisée par le besoin incontournable de consommer, obligeant le sujet à consommer la substance afin d'éviter le syndrome de manque provoqué par la privation de la substance. Elle se distingue par la présence d'un syndrome de sevrage, qui se manifeste par l'apparition de symptômes physiques en cas de manque. Elle est également associée à une tolérance, c'est-à-dire une nécessité d'augmenter la quantité de SPA consommée. Il est important de souligner que la dépendance physique n'est pas une condition obligatoire pour poser le diagnostic de dépendance (Reynaud, et al., 2016).

6.3.2. Addiction

Le mot "addiction" est d'origine latine, dérivé du verbe "addictus" qui signifie "asservi, lié à une dette". Cette expression était à l'origine utilisée pour désigner une personne qui devait rembourser une dette, mais qui était également liée à la personne à qui elle devait de l'argent.

À l'origine, le terme était utilisé dans un contexte juridique pour désigner une personne qui avait été consacrée ou engagée à une obligation financière ou contractuelle. Au fil du temps, le terme "addictus" a été utilisé pour décrire des personnes souffrant d'une forte dépendance à des substances comme l'alcool ou les drogues. Au XVIIIe siècle, le terme "addiction" est



apparu en anglais pour désigner l'habitude de consommer une substance addictive de manière compulsive (Dictionary Oxford English, 2021).

Le concept d'addiction est ancien, mais il a surtout été développé depuis les années 1960-1970 aux États-Unis, et plus particulièrement par le psychiatre anglais Aviel Goodman. En 1990, Goodman a proposé une définition opératoire de l'addiction comme processus dans lequel un comportement, qui procure du plaisir et soulager un malaise intérieur, échappe au contrôle de la personne et persiste en dépit de la connaissance des conséquences négatives importantes (Schauder, 2007). Selon McDougall « *la terminologie en français me suggérait que celle-ci est fondée sur le désir de se faire du mal, alors que la terminologie anglo-saxonne transmet l'impression que le sujet addicté est l'esclave d'un seul remède pour soulager la douleur mentale* » (McDougall, 2004).

Par ailleurs, les facteurs environnementaux jouent également un rôle crucial dans les comportements addictifs. Ils ne se limitent pas à influencer le déclenchement initial de ces comportements et la propension à rechuter, mais contribuent également de manière fondamentale à la création d'un besoin compulsif de consommer une substance.

Cependant, il est important de noter que bien que ces substances et l'addiction puissent revêtir une fonction défensive à court terme, elles peuvent également avoir des conséquences négatives sur la santé et les performances professionnelles à long terme.

En fait, au fil du temps, la SPA censée produire le plaisir, égayer la vie et/ou réduire la tension interne, dans une forme d'automédication, perd sa capacité à récompenser et des doses plus élevées seront nécessaires pour obtenir l'effet recherché. Par conséquent, un cercle de dépendance et de souffrance commence sans fin. La substance serait donc un facteur inducteur à une maladie chronique et récidivante qui est "l'addiction". En effet, l'addiction résulte de l'interaction complexe entre l'individu, la substance, les sensations qu'elle produit, les circonstances, les conséquences du comportement, la personnalité, les processus psychiques, la biologie, les mécanismes de coping, et d'autres facteurs.

Conclusion

L'exploration de l'usage du cannabis au Maroc révèle une consommation ancrée dans la culture et les pratiques sociales, qui a évolué au fil des décennies. La banalisation du cannabis, son image positive, ainsi que ses effets anxiolytiques, hypnotiques et sédatifs contribuent à sa popularité par rapport à d'autres substances psychoactives. Malgré les



récentes réformes législatives visant à encadrer l'usage médical du cannabis, les risques d'une acceptation sociale croissante de son usage récréatif demeurent préoccupants.

L'article souligne également l'hypothèse que l'usage de cannabis pourrait être perçu comme une forme d'automédication, offrant ainsi une réponse partielle au mal-être psychique. Néanmoins, les effets négatifs potentiels sur la santé mentale et les performances cognitives, ainsi que le risque de dépendance, appellent à une vigilance accrue.

Le constat que le cannabis est la substance psychoactive la plus consommée au Maroc, et l'une des plus accessibles, souligne la nécessité d'une approche équilibrée qui tienne compte à la fois de ses usages traditionnels et des impératifs de santé publique. L'enjeu pour le futur sera de concilier les bénéfices médicaux potentiels avec des stratégies de prévention efficaces pour limiter l'abus et la dépendance, en particulier chez les jeunes.

BIBLIOGRAPHIE

- Asouab, F; Agoub, M; Kadri, N; Moussaoui, D; Rachidi, S; Tazi; Taoufiq, J. (2005). *Prévalences des troubles mentaux dans la population générale marocaine*. Ministère de la santé.
- Bellarabi, Y. (2007). *MAROC : Drogue : Délinquance & Criminalité*. Collection Criminologie appliquée, N Dépôt légal 1496, 275 pages.
- Chouvy ,P.E.A. (2008). *Production de cannabis et de haschich au Maroc: contexte et enjeux*. <https://journals.openedition.org/espacepolitique/59#abstract>
- Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites. (2003). *Le cannabis*. VERSION ABREGEE, Les presses de l'université de Montréal, Dépôt légal : 1er trimestre, 258 pages.
- Costes, J.M. (2007). *Cannabis : données essentielles*, Observatoire français des drogues et des toxicomanies, URL : www.ofdt.fr
- Didier, J.A., Potvin, S., Caron, J. (2014). *Santé mentale au Québec. Nouveaux paradigmes en toxicomanie : Complexité et phénomène émergents à l'avant-plan*. Volume XXXIX, numéro 2, Éditeur(s) Université du Québec à Montréal, ISSN 0843-4468 (imprimé) 1703-9312 (numérique).
- EL Omari, F., Sabir, M., Toufiq, J. (2018). *Usage de substances psychoactives auprès des adolescents scolarisés au Maroc*. Résultats de l'enquête MedSPAD III, Maroc 2017.
- Guelf, J. D., Croc, M.A. (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. American Psychiatric Association DSM-5. Elsevier MASSON. ISBN 978-2-294-739229-3.
- L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies, (OFDT). (2019). *Drogues et addictions, données essentielles*. Sous la direction de Julien Morel d'Arleux.
- La Revue de référence infirmière. (2011, juin). (756).
- Labrousse, A., Romero, L. (2001). *Rapport sur la situation du cannabis dans le RIF marocain*, Paris : OFDT.
- Légalisation du cannabis : le projet de loi est passé, Conso News, URL, <https://consonews.ma/25415.html>
- McDougall, J. (2004). *L'économie psychique de l'addiction*, Presses Universitaires de France, Revue française de psychanalyse /2 Vol. 68 | pages 511 à 527, ISSN 0035-2942, ISBN 2130544347
- Micheaux, C. L. (2008). *Pratiques addictives à l'adolescence et théorie de l'attachement*.



Module de Formation en Technique d'Aide de Conseil aux Adolescents en matière d'Addiction. (2011). « Guide destiné aux intervenants auprès des jeunes », Royaume du Maroc, Ministère de la Santé, Direction de l'Epidémiologie et de la Lutte contre les Maladies.

Nolin, P. C. (2003). *Observations sur les pratiques*. In, Le cannabis : Rapport du Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites (pp. 183-188). Presses de l'Université de Montréal. <https://doi.org/10.4000/books.pum.9212>

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT). (2019). Drogues et addictions, données essentielles. OFDT. <https://www.ofdt.fr/publication/2019/drogues-et-addictions-donnees-essentielles-694>

Observatoire National des Drogues et Addictions, Maroc. (2014). Rapport Annuel. Observatoire National des Drogues et Addictions. <https://www.onda-drogues.com/rapport-annuel-2014>

Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC). (2014). Rapport Annuel. ONUDC. <https://www.unodc.org/unodc/fr/>

ONUDC. (2019). Rapport mondial sur les drogues. Résumé analytique : Conclusions et incidences stratégiques.

Oughourlian, J.M. (1986). *La personne du toxicomane*. Psychosociologie des toxicomanies actuelles dans la jeunesse occidentale, Edition Edouard Privat.

Ounnir, A. (2011). *Rapport sur l'usage de drogues et le droit au Maroc*, projet ALCS/OSF de plaidoyer pour les droits humains des personnes usagers de drogues.

Pesce, A., Cassuto, J.P., Quaranta, J.F. (1988). *Pathologie somatique du toxicomane*. Abrégés (Paris. 1971) Masson, 241 pages.

Plan Stratégique National de prévention et de prise en charge des troubles addictifs. (2019). Rapport Annuel. Ministère de la Santé. <https://www.sante.gov.ma>

Référentiel en psychiatrie et addictologie. (2021). « l'officiel ECN », presse universitaire François-Rabelais. 3ème édition.

Reynaud, M., et al. (2006). *Traité d'addictologie*. Flammarion, Médecine - Sciences, 800 pages.

Reynaud, M., Karila, L., Aubin, H.J., Benyamina, A. (2016). *Traité d'addictologie*. 2ème édition, Flammarion, Lavoisier Médecine - Sciences, Paris, ISBN° 978-2-257-20650-3, 900 pages.