

Faire face aux conduites addictives : état des lieux & recommandations

Rapport du Conseil Economique, Social et Environnemental

Auto-Saisine

Rapport du Conseil Economique, Social et Environnemental

Faire face aux conduites addictives :
état des lieux & recommandations

Auto-Saisine



Sa Majesté le Roi Mohammed VI que Dieu L'assiste

Auto-saisine

- Conformément à l'article 6 de la loi organique N°128-12 relative à son organisation et à son fonctionnement, Le Conseil Economique Social et Environnemental (CESE) s'est autosaisi afin de préparer un rapport sur les conduites addictives. Dans ce cadre, le bureau du Conseil a confié à la commission permanente chargée des Affaires sociales et de la solidarité la préparation du présent rapport et de l'avis.
- Lors de sa 129^{ème} Session ordinaire tenue le 29 décembre 2021, l'Assemblée Générale du Conseil Economique, Social et Environnemental a adopté à l'unanimité le rapport sur «Faire face aux conduites addictives : état des lieux & recommandations».

Le Conseil Economique, Social et Environnemental
présente son rapport :

Faire face aux conduites addictives : état des lieux & recommandations

Rapport préparé par :

Commission des Affaires Sociales et de la Solidarité

Président de la commission : Abdelhai Bessa

Rapporteurs de la thématique : Leila Berbich et Fouad Benseddik

Synthèse

Introduction

Contexte

Les conduites addictives sont un phénomène complexe, longtemps et aujourd'hui encore mal connu, entouré de tabous, de stéréotypes et de préjugés, alors même qu'il se répand, se diversifie et s'aggrave. Les conduites addictives constituent à la fois, et à part entière, une maladie et un fait de société. Elles génèrent des volumes d'affaires importants et pèsent de façon structurelle sur le PIB (plus de 3%) et sur les recettes fiscales (près de 9%)¹. Le trouble de l'addiction est une altération de l'intégrité psychique et une menace pour la santé des personnes, en même temps qu'une épreuve aux coûts élevés et aux effets potentiellement très préjudiciables pour l'équilibre relationnel des individus et de leurs familles, pour leurs revenus et leurs ressources matérielles, pour l'état sanitaire et moral de la collectivité nationale et, par extension, pour la vitalité et le potentiel de développement économique, social et culturel de tout le pays. Un pays dont une partie importante de la jeunesse et de la population en âge d'activité subit la dépendance à des substances ou à des activités addictives est en effet un pays entravé dans sa capacité à édifier et tirer bénéfice du plein épanouissement des facultés créatives, productives et culturelles de sa population et ne peut pas préparer au mieux l'avenir de ses générations futures. En cela, la bonne connaissance des addictions, l'identification, la prévention de leurs risques et l'atténuation de leurs conséquences sont un défi collectif pour notre société et une responsabilité commune de tous ceux qui contribuent à la conception et au déploiement des politiques publiques.

L'addiction est une pathologie du cerveau, à laquelle peuvent conduire des substances et des chemins comportementaux multiples. Ses manifestations sont multiformes, ses causes multifactorielles, à la fois biologiques, psychologiques et sociales. Son traitement a besoin d'un cadre cohérent, animé par des spécialistes et des professionnels, et conjuguant un traitement qui peut être médicamenteux, un suivi psychologique individuel et/ou collectif, un accompagnement social et des dispositifs d'information, de sensibilisation, de prévention et de prise en charge impliquant une chaîne étendue de parties prenantes qui inclut, en plus des pouvoirs publics, les entreprises, les acteurs de la société civile, les sociétés savantes, les médias, l'école et les universités.

1 - Préciser la source

Pourquoi cet avis sur les addictions ?

A travers cet avis, le Conseil Économique, Social et Environnemental (CESE) souhaite alerter contre les risques liés aux conduites addictives et de faire progresser la prise de conscience collective sur l'ampleur, la pluralité des formes, le danger de la banalisation et la gravité des risques des addictions dans notre pays. Une des grandes recommandations de ce rapport est d'en appeler à un plan national de mesures d'urgence de santé publique basé sur la reconnaissance des conduites addictives pour ce qu'elles sont, c'est-à-dire une maladie dont les protocoles de soins médicaux et d'accompagnement psychosociaux doivent être formalisés, mutualisés et remboursés sans discrimination par les organismes de sécurité sociale et les compagnies d'assurance gestionnaires de l'assurance maladie. La prévention et la prise en charge des addictions concerne aussi le monde du travail et les entreprises. Cet avis met en exergue la gravité des conduites addictives sur les lieux de travail et/ou en rapport avec l'activité professionnelle et en appelle aussi à l'intégration et la prise en charge de ce risque par la médecine du travail.

Pour relever le défi de la protection de la société marocaine contre les effets des conduites addictives, l'État doit développer les infrastructures et mettre en place des mesures dédiées à la prévention et au soin des addictions en utilisant éventuellement les recettes fiscales issues des produits et les services à haut potentiel d'addiction. Ce rapport met en évidence et alerte sur le poids structurel qu'a pris le secteur des activités et substances à fort potentiel addictif dans l'économie nationale. Il démontre le besoin de favoriser l'investissement dans des secteurs d'activités alternatifs, aux externalités sanitaires et sociales moins toxiques, afin de réduire la dépendance de l'économie et du budget de l'État par rapport aux revenus des biens et services à potentiel addictif.

Le CESE considère que le moment est venu de transformer notre regard collectif sur les addictions, dans un esprit de responsabilité et de solidarité qui privilégie l'évidence scientifique contre la superstition, l'action rationnelle plutôt que la résignation, la protection des victimes plutôt que leur stigmatisation, l'émancipation des personnes, des familles et de la société au sens large plutôt que leur vulnérabilité aux substances et aux comportements qui menacent leur autonomie et leur sécurité sanitaires.

Ce que ne sont pas et ce que sont les conduites addictives

L'état des connaissances scientifiques et le développement de la recherche neurobiologique établissent de façon désormais indiscutable que les addictions ne sont pas une fatalité (*'blia'*) et n'ont rien d'une force majeure imprévisible, inévitable et insurmontable. Elles ne constituent pas un « vice » inné, ni ne résultent d'un verdict irrésistible et irréversible du destin. L'addiction n'est pas un effet insondable de l'action de forces surnaturelles sur le comportement des individus. Et l'addiction n'est pas non plus - contrairement au statut que lui imputent encore certains organismes

d'assurance-maladie pour motiver leur refus d'en rembourser les soins - un acte volontaire résultant d'un fait intentionnel autonome. L'ère est en effet révolue où la personne victime d'addiction peut être regardée, dans un mélange de superstition, de jugement moral et d'effroi, tantôt comme un être irrémédiablement dépourvu de discernement, possédé par des « esprits », tantôt comme un sujet coupable de persister délibérément dans la consommation et/ou l'exercice d'activités d'une fréquence et d'une intensité préjudiciables pour sa santé et son milieu. Il convient ici de signaler que ne sont pas considérées comme des addictions les goûts passionnés, exercés dans des proportions maîtrisées, récréatifs ou professionnels pour des activités telles que la musique, le sport, la lecture, les jeux individuels ou collectifs. La distance séparant la gourmandise de la boulimie, ou la passion de la frénésie suggère la différence entre l'exercice de la volonté autonome et la perte du contrôle de soi dans l'addiction.

Une addiction est définie par une dépendance à une substance ou à une activité, avec des conséquences préjudiciables et potentiellement graves pour l'intégrité psychique, pour la santé physique et/ou pour l'intégration scolaire et professionnelle et l'équilibre relationnel des personnes concernées. La dépendance se manifeste par la surpuissance du désir, pouvant devenir compulsif, de consommer ou de pratiquer une activité lorsqu'il entraîne un renoncement généralement progressif aux autres activités, aux relations sociales et aux responsabilités. La personne en situation d'addiction a basculé dans l'impossibilité de s'abstenir de consommer, elle a perdu le contrôle de l'usage d'une substance psychoactive ou d'un comportement addictif alors même qu'elle en observe les conséquences négatives sur sa santé et sur sa vie sociale. L'addiction est comme une noyade, un naufrage, où la volonté est mise en échec. Le propre de l'addiction est qu'elle peut en effet comporter des tentatives répétées de réduction ou d'arrêt de l'usage des substances ou de rupture avec le comportement en cause dans le basculement vers la dépendance. Mais, en l'absence d'une prise en charge médicale et/ou psychosociale spécifiques, souvent hors de portée des individus et de leurs familles, ces tentatives d'auto-sauvetage ont de fortes probabilités d'échouer. Après des périodes d'abstinence, les signes de la dépendance se réinstallent, bien plus vite et plus que durant la phase d'initiation à la substance ou au comportement addictifs. Ce processus devient un cercle vicieux, de sevrages en rechutes, et une cause douloureuse de souffrances et de démotivation pour les personnes en situation d'addiction et pour leur entourage. Aucun pays, aucune communauté religieuse, aucun milieu social, aucun profil quel que soit son niveau intellectuel n'est à l'abri des conduites addictives et de leurs effets délétères.

Ce rapport passera en revue quelques-unes des principales vulnérabilités aux addictions avec ou sans consommation de substances addictives. Parmi les addictions aux substances dites psychoactives, les plus répandues sont le tabac, le cannabis et l'alcool, auxquels s'ajoutent de plus en plus les opiacés -cocaïne, héroïne-, les dérivés de synthèse comme la méthamphétamine et des substances en forme de

médicaments telles que les amphétamines, ou la morphine. Les addictions dites comportementales sont des addictions non directement liées à la consommation de substances addictives, elles résultent de la recherche irrésistible et incontrôlée du plaisir procuré par l'exercice d'activités telles que les jeux de hasard et d'argent, les jeux vidéo, l'usage des smartphones, la consultation et l'interaction avec les réseaux sociaux. D'autres addictions telles que les addictions à l'activité sexuelle, les achats compulsifs, les addictions au sucre, les troubles du comportement alimentaire (anorexie et boulimie) sont considérés comme des addictions comportementales pouvant justifier le recours à un accompagnement psychothérapeutique.

Caractéristiques communes et effets des conduites addictives

Une consommation occasionnelle, limitée, maîtrisée et récréative de substances ou l'exercice d'activités à potentiel addictif ne sont pas nécessairement le signe d'une conduite addictive. Mais dès lors que la fréquence de la consommation s'accroît, devenant incontrôlée et ayant des répercussions négatives sur la vie sociale, les signes d'addiction deviennent alarmants. Le problème est que les personnes, les familles et les entreprises sont souvent, par manque d'information et absence de structures de soutien et de prise en charge, démunies face à l'installation et l'aggravation des symptômes de l'addiction.

Les conduites addictives peuvent aussi, et à première vue, ne prendre que l'allure de micro-drames individuels, cachés, comme honteux, d'ordre personnel et de caractère privé. Mais les déterminants de l'addiction vont peu à peu envahir la vie quotidienne de l'individu, au détriment de sa vie familiale, scolaire ou professionnelle. A la perte de contrôle de soi, s'ajoute l'impossibilité de stopper les comportements addictifs alors même que la personne est consciente que son envie de consommer la ou les substances et/ou de pratiquer la ou les activités addictives sont inappropriées et contraires à ses intérêts. A ce stade, la personne ne parvient pas à surmonter seule ni même à atténuer son désir de consommer la substance ou d'exercer l'activité à l'égard desquelles elle a basculé dans la dépendance. Les personnes dans cette situation ne doivent être ni moquées, ni stigmatisées, ni abandonnées : elles ont besoin de pouvoir accéder à des structures d'information, de soins, d'accompagnement afin de recouvrer leur autonomie de volonté et d'action.

Les conséquences sociales de l'addiction sont lourdes, potentiellement graves et souvent cumulatives, durables et mutuellement entretenues : isolement, déscolarisation, perte d'emploi, éclatement des familles, problèmes financiers, délinquance. Aux effets immédiats (overdose, coma éthylique, perte de sommes d'argent importantes), s'ajoutent peu à peu l'augmentation des risques d'accident, l'escalade dans la quantité et la puissance des substances psychoactives utilisées (alcool, tabac, drogues...) puis, à plus long terme, la multiplication des effets tels que cancers, troubles neurologiques, contamination par le VIH (virus de l'immunodéficience humaine) lors d'échange de seringues chez les consommateurs

de drogues injectables, troubles psychiques et cognitifs (notamment les troubles de l'attention et de la mémoire, les difficultés de concentration, d'expression), surendettement parmi les joueurs et les parieurs d'argent, perte de la motivation, dégradation des relations avec l'entourage, absentéisme scolaire et professionnel, désocialisation, paupérisation, marginalisation.

Ce tableau illustre le caractère cumulatif des effets des conduites addictives. Il suggère aussi le poids potentiellement dévastateur de leurs effets sur les familles, sur les collectifs de travail dans les entreprises, et pour la cohésion et l'équilibre des relations de voisinage dans les immeubles et les quartiers. Les conduites addictives sont directement associées aux phénomènes de délinquance et de violence notamment parmi les jeunes et les adolescents, à l'exacerbation des violences, aux accidents de la voie publique et/ou aux accidents du travail. Elles se nourrissent autant qu'elles entretiennent et amplifient des processus de déstructuration du lien familial, les phénomènes de détresse, de solitude, la dégradation des liens sociaux, l'affaiblissement des valeurs de responsabilité et de solidarité, la montée de l'individualisme, la réduction des capacités cognitives et des capacités de travail, de dégradation des relations professionnelles, les dépenses irrationnelles, l'appauvrissement, le développement des pratiques mafieuses et des réseaux de criminalité, l'augmentation de la population dans les prisons.

Les addictions sont d'un coût incommensurable en termes de détresses émotionnelles et affectives, qu'elles concernent les populations pauvres, les personnes et les groupes vulnérables et socialement déprotégées telles que les travailleuses et les travailleurs du sexe, les enfants et les adolescents des rues, qu'elles concernent la population carcérale dont un tiers est identifié comme en situation d'addiction à des substances psychoactives, ou qu'elles concernent des jeunes et des adultes en âge ou en situation d'activité ainsi que des femmes ou des personnes en situation de handicap, les uns et les autres ayant basculé dans la dépendance selon les cas aux écrans, aux jeux, à l'alcool, aux drogues, à l'alcool, ou aux médicaments psychotropes.

Les addictions ailleurs, et au Maroc

Il y a 1,3 milliards de consommateurs de tabac à travers le monde, dont plus de 80% vivent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire². L'OMS estime à 3,3 millions par an le nombre de décès liés à un usage nocif d'alcool, soit 5,9% des décès dans le monde³. Plus de 400 000 décès par an⁴ sont imputés à l'usage de drogue. En 2018, on estimait à environ 269 millions le nombre de personnes ayant consommé de la drogue au cours de l'année écoulée⁵, soit 5,4% de la population mondiale âgée

2 - <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>

3 - <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>

4 - Ministère de la Santé, Direction de l'épidémiologie et de lutte contre les maladies, « Plan stratégique national de prévention et de prise en charge des troubles addictifs 2018-2022 »

5 - UNDOC, « WORLD DRUG REPORT 2020 », Booklet 2.

entre 15 et 64 ans⁶. Parmi ces personnes, environ 35 millions souffrent de troubles directement liés à l'usage de drogues. Sur 11,3 millions injecteurs de drogues, environ 6 millions étaient porteurs de l'hépatite C et 1,4 millions porteurs du VIH⁷.

Même si les statistiques concernant l'addiction aux jeux d'argent sont rares et divergentes, on estime qu'entre 0,5% et 7,6% de la population mondiale est concernée par le problème du jeu excessif, avec un risque 2 à 4 fois plus élevés pour les jeunes et les adolescents⁸.

Au Maroc, les chiffres relatifs aux conduites addictives commencent à être collectés via des enquêtes éparses relatives à l'usage des drogues, à la consommation de tabac et d'alcool, ou aux paris d'argent. Ces enquêtes ne sont pas consolidées. Une étude⁹ régionale de 2016 estimait à 18500 les personnes qui s'injectent des drogues au Maroc, avec des prévalences élevées du VIH (11,4%) et de l'Hépatite C (57%).

Une enquête ancienne (2005) en population générale chez les plus de 15 ans sur la prévalence des troubles mentaux estimait l'usage de substances psychoactives durant les douze derniers mois à 4,1% de la population, l'abus de substances psychoactives à 3%, la dépendance aux substances psychoactives à 2,8%, l'abus d'alcool à 2%, la dépendance alcoolique à 1,4% et le cannabis qui est la drogue la plus consommée à 3,94% de la population.

L'OMS estime la prévalence de la consommation d'alcool au Maroc à 0,6 litres par personne par an, ce qui rapporté à la population des plus de 15 ans, donne 24,5 litres par personne. 0,5% de la population présente une consommation excessive, ce qui occasionne des troubles de santé pour 0,4% des Marocains, dont 0,2% souffrent d'addiction à l'alcool¹⁰.

Les Marocains consommeraient entre 15 milliards et 18 milliards de cigarettes par an¹¹. 13,4% de la population consomme régulièrement du tabac principalement sous forme fumée, et 16,5% de la population à l'intérieur des maisons et 35,6% dans les lieux publics et professionnels est exposée au tabagisme passif.

Il n'existe pour l'instant pas de chiffres concernant la prévalence des paris et jeux d'argent en dehors de ceux fournis par les opérateurs de jeux eux-mêmes¹². Selon les estimations de ces derniers, entre 2,8 et 3,3 millions de personnes pratiquent le jeu d'argent au Maroc dont 620.000 personnes parient régulièrement sur les courses hippiques. 40% des joueurs sont considérés à risque excessif.

6 - *Idem*, page 10.

7 - *Idem*, page 39.

8 - Joan-Carles Suris et al., « La problématique des jeux d'argent chez les adolescents », *Raisons de santé*, N°192, 2011.

9 - *Global state of Harm Reduction 2016, Epidémiologie VIH VHC, réponses RDR en MENA.*

10 - <http://rho.emro.who.int/rhodata/?vid=2687>

11 - Mohamed Ben Amar, *Drogues. La réalité marocaine, Casablanca, La Croisée des Chemins, 2016.*

12 - *Audition de la SGLN (16/06/2021), de la SOREC (23/06/2021) et de la MDJS (07/07/2021).*

S'il est de fait que le Maroc semble tarder à développer des politiques et des infrastructures de prévention, de prise en charge et de recherche sur les addictions, force est cependant de constater qu'il est à cet égard pionnier parmi les pays de la région MENA. Depuis 2006 en particulier, suite à son adhésion au réseau MEDNET rattaché au « Groupe Pompidou »¹³, le Royaume a lancé une succession de plans de prévention avec des mesures graduées, dites de niveau primaire, secondaire et tertiaire, visant la réduction des risques, les traitements et la réhabilitation. Ces mesures ont été formalisées dans un premier Plan National de Santé Mentale (2008-2012), suivi par un deuxième plan similaire sur la période 2012-2016 puis dans un « Plan stratégique national de prévention et de prise en charge des troubles addictifs 2018-2022 ».

Le présent rapport constate que, malgré ses efforts, les besoins du pays restent immenses en termes de niveau et de couverture territoriale de l'offre de soins, avec seulement 15 centres d'addictologie ambulatoires et 3 services résidentiels d'addictologie (CHU), un manque important de ressources humaines qualifiées¹⁴, l'absence de reconnaissance de la spécialité d'addictologie, la rareté et la disparité des données, le manque de consultations spécifiques pour les jeunes consommateurs, l'absence de prise en compte des besoins spécifiques des femmes, le très faible accès de la population carcérale aux soins en addictologie, l'absence de structures de postcure et/ou des communautés thérapeutiques et une forte dépendance à l'égard du financement extérieur¹⁵.

Par ailleurs et selon plusieurs experts auditionnés dans le cadre de la préparation du présent avis, le Maroc est gravement exposé à une montée des conduites addictives pour plusieurs raisons notamment, les transformations démographiques et la croissance structurelle de la part des jeunes dans la population (tranche des 20-25 ans étant considérée comme une des plus vulnérables aux risques d'addiction), la position géographique du Maroc au carrefour des continents et des mers qui destine son territoire à l'appétit des convoyeurs et des opérateurs sur toutes les routes de trafic international de drogues, le système économique et financier ouverts et favorables aux transactions immobilières et aux investissements.

Portée et limites de l'auto-saisine

Ce rapport porte sur :

- Les définitions des conduites addictives, la connaissance de la nature et de l'enchaînement de leurs causes et de leurs conséquences, et l'établissement d'une typologie des conduites addictives, l'évaluation de leur ampleur avec état

13 - Instrument européen pour l'harmonisation de la gestion de l'usage des drogues en Europe.

14 - Selon les données du plan stratégique 2018- 2022, on estime le personnel dans les centres en 2016 à : 41 infirmiers/ 10 psychiatres/06 médecins généralistes/08 équipes d'intervenants sanitaires formés en matière de prévention et d'intervention de proximité (entre 5 à 10 personnes/équipe)/09 assistantes sociales/03 psychomotriciens.

15 - Notamment du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme qui menace depuis quelques années de se retirer.

des lieux (description qualitative) de leurs conséquences, avec une revue des cadres législatif, réglementaire, administratif et judiciaire relatifs aux conduites addictives ;

- Un focus sur les principales vulnérabilités aux conduites addictives, à des produits ou à des activités, à fortes externalités sociales négatives, certaines peu connues, comme les addictions sur les lieux de travail, en milieu carcéral ou celles liées au tabac, à l'alcool, aux drogues mais aussi à l'activité sportive, aux jeux d'argent, à internet et aux jeux vidéo, au sexe ou aux médicaments.
- L'estimation du poids de l'économie des conduites addictives et de sa part dans les finances publiques : volumes d'affaires et recettes fiscales des activités et substance à fort potentiel addictif
- Revue des parties prenantes et de leurs engagements contre les addictions
- Recommandations finales

Limites du rapport

Ce rapport n'est pas un avis expert en addictologie, ni au sujet de cette discipline médicale, qui étudie les pratiques de consommation et les conduites de dépendance à des substances ou à des pratiques ou des comportements déterminés. Il ne comporte pas de section dédiée à la description, aux modalités d'analyse et de traitement des addictions aux plans clinique, biologique, neurologique, psychosocial. Aucun élément de ce rapport n'a vocation ni ne saurait être utilisé en faveur ou à l'encontre de quelque école ou protocole de soin ou de traitement que ce soit.

Méthodologie

Cet avis résulte d'une auto-saisine conduite par la Commission Permanente des Affaires sociales et de la Solidarité. Il a donné lieu à un rapport réalisé en appui sur la méthodologie conventionnelle du CESE, basée sur la revue de la documentation généraliste disponible et sur les auditions de personnalités qualifiées, de spécialistes reconnus en addictologies, d'auteurs de recherches et de publications, et représentants des départements ministériels, les administrations publiques, les associations spécialisées. La Commission a ainsi organisé 17 séances d'auditions telles que figurant dans le tableau annexé.

Partie I - Ce que sont les addictions et quelques enjeux de leur définition

Définitions des addictions

L'expression « addiction » est une notion popularisée à partir des années '70 dans les pays de langue anglo-saxonne. Elle trouve son origine latine dans « addictus » qui désignait en droit romain, la personne devenue esclave et hypothéquant son corps en garantie de ses dettes. La notion d'addiction renvoie ainsi aux idées de « perte de liberté », d'asservissement à une habitude. On parle de « conduites addictives » pour désigner l'ensemble des usages et activités susceptibles, à une fréquence, une intensité et dans des conditions déterminées d'entraîner et d'installer durablement un trouble psychique et des risques sanitaires et sociaux en rapport avec une pathologie cérébrale.

Sur les plans scientifique et médical, les addictions sont évoquées au pluriel comme des pathologies cérébrales définies et reconnaissables par une dépendance à une substance ou une activité aux conséquences délétères.

Il existe deux grandes classifications qui permettent, l'une et l'autre, aux médecins et aux scientifiques, de diagnostiquer l'existence d'une addiction.

La classification dite américaine

Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM 5) dans sa cinquième version, élaborée en 2013 par « l'American Psychiatric Association », arrête 11 critères, pour déterminer l'existence de **troubles liés à l'usage d'une substance ou à une activité** tel que le jeu d'argent :

1. Besoin impérieux et irrésistible de consommer la substance ou de jouer faisant échec à la volonté de cesser la consommation ou d'interrompre l'activité en question (appelé aussi « craving ») ;
2. Perte de contrôle sur la quantité et le temps dédié à la prise de substance ou au jeu ;
3. Quantité importante et manifestement excessive de temps consacré à la recherche de substances ou au jeu ;
4. Augmentation de la tolérance au produit addictif ;
5. Présence d'un syndrome de sevrage, c'est-à-dire de l'ensemble des symptômes provoqués par l'arrêt brutal de la consommation ou du jeu (agitation, anxiété, irritabilité, troubles sensoriels et digestifs, etc...)
6. Incapacité de remplir des obligations importantes ;

7. Usage persistant même en présence d'un risque physique ;
8. Problèmes personnels ou sociaux ;
9. Désir ou efforts persistants pour diminuer les doses ou l'activité ;
10. Activités réduites au profit de la consommation ou du jeu ;
11. Poursuite de la consommation malgré les dégâts physiques ou psychologiques.

La sévérité des troubles dépend du nombre de critères constatés au cours d'une période de douze mois. La présence de 2 à 3 critères est considérée comme une addiction faible, de 4 à 5 critères constitue une addiction modérée et la présence de 6 critères ou plus peut être considérée comme une addiction sévère.

La classification de l'Organisation Mondiale de la Santé

Elaborée dans sa première version en 1994 et connue sous le titre de **Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé (CIM)**, elle identifie les notions de dépendance et d'usage nocif sur la base de 6 critères :

1. **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.
2. **La dépendance** : un comportement psychopathologique présentant certaines caractéristiques biologiques, psychologiques et sociales au-delà de la seule dépendance physique. **Pour établir ce diagnostic, au moins 3 des manifestations suivantes doivent avoir été simultanément observées au cours de la dernière année :**
 - i. le désir compulsif du produit,
 - ii. la difficulté à contrôler la consommation,
 - iii. la prise du produit pour éviter le syndrome de sevrage,
 - iv. le besoin d'augmenter la dose pour atteindre les mêmes effets qu'auparavant,
 - v. la place centrale prise par le produit dans la vie du consommateur,
 - vi. la poursuite de la consommation de la substance malgré ces conséquences manifestement nocives.

La 11^{ème} version de cette classification (CIM11) a été adoptée, au terme d'un processus complexe, caractérisé en particulier par les interventions de défenseurs d'intérêts industriels et financiers en mai 2019. Elle entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

Le chemin difficile et l'urgente nécessité de reconnaître et soigner les addictions comme une maladie

La reconnaissance des addictions comme maladie est relativement récente. Cette reconnaissance et ses domaines d'application se sont heurtées à, et continuent de soulever, des oppositions principalement liées à des considérations de nature économique et financière elles-mêmes favorisées par la persistance de stéréotypes sociétaux et culturels.

De la stigmatisation morale au triple défi biologique, psychologique et social

À l'origine (16^{ème} siècle), la notion de maladie en lien avec l'addiction n'a concerné que la dépendance à des activités, notamment les jeux de hasard, et non à des produits. Un renversement de perspective intervient au 19^{ème} siècle privilégiant alors une définition de l'addiction comme dépendance à des substances plutôt qu'une dépendance à des comportements. Ainsi, le Traité dit de Pascasius sur le jeu publié en 1561 considère pour la première fois l'addiction au jeu non plus comme une hérésie attentatoire à la religion et à la morale, mais comme une maladie devant être traitée par la médecine. Le concept de maladie addictive en rapport avec la consommation de substance va pour sa part s'affirmer à partir du 19^{ème} siècle, en rapport avec les travaux de recherche sur l'incidence et les conséquences de l'alcool parmi la population et notamment les milieux ouvriers et populaires européens. L'ampleur et la gravité des effets sanitaires et sociaux de l'alcoolisme suscite la pluridisciplinarité des méthodes en sciences médicales et en sciences humaines pour l'observation des phénomènes biologiques, de psychologie du sujet, et de sociologie (approches dites anatomopathologiques, psychopathologiques et socio pathologiques). Ce mouvement s'accompagne d'une dé-moralisation et d'un renforcement de l'objectivité des expressions utilisées face aux phénomènes de l'addiction à la boisson, abandonnant par exemple la notion d'ivrognerie au profit de la notion d'alcoolisme puis de toxicomanie. L'expression « toxicomanie » désignera désormais la dépendance accompagnée d'effets délétères à toute nature de substance¹⁶.

En 1964, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a recommandé l'abandon du terme de « toxicomanie » pour celui de dépendance.

Des tournants dans la reconnaissance des substances et des activités addictives : le tabac et les jeux d'argent

La liste des addictions restera longtemps limitée aux addictions aux substances psychoactives après avoir intégré, au début du XX^{ème} siècle, les stupéfiants, notamment le pavot à opium (héroïne), puis à partir des années 1980 la cocaïne et les amphétamines, et la marijuana dans les années 1990. Il convient de faire observer que le tabac/nicotine ne sera reconnu par les autorités sanitaires comme

16 - Pr. Jean Claude Dupont et Pr Mickaël Naassila « Une brève histoire de l'addiction », *Alcoologie et Addictologie* Vol. 38, N°2, 2016

addictif qu'en 1988, alors que les travaux et observations scientifiques, rigoureux et probants, alertaient depuis le milieu des années 1950 sur ses effets de mise en dépendance des fumeurs et de toxicité¹⁷. La reconnaissance du tabagisme comme une addiction s'est heurtée, et se heurte encore souvent, aux stratégies d'influence (lobbying) et de manipulation marketing et publicitaires des firmes de production et de commercialisation du tabac. Il est important ici de souligner que la redéfinition de la consommation du tabac comme une addiction a constitué une avancée historique, qui a permis de déconstruire la fausse idée de l'innocuité du tabac, longtemps entretenue au prétexte qu'il s'agit d'une substance autorisée par l'Etat et faisant, de surcroît, l'objet d'images et de messages valorisants dans les publicités et les productions cinématographiques. La reconnaissance de l'effet addictif du tabac s'est appuyée sur la reconnaissance du schéma de consommation compulsive et la difficulté d'y mettre fin dans lesquels se retrouvent les fumeurs sous l'effet des ingrédients délibérément mélangés à leurs produits par les fabricants de cigarettes. La reconnaissance du schéma de consommation compulsive résultant du tabac sera suivie par celle, en 2013, du jeu d'argent comme une addiction comportementale à part entière au niveau de la cinquième version du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM 5).

La réticence à l'égard de la reconnaissance comme maladie des addictions aux activités dites « sans substances » semble avoir longtemps freiné les positions de l'OMS ; ce n'est en effet qu'en mai 2019, à la suite de l'adoption de la 11^{ème} version de la classification internationale des maladies (CIM 11), dont l'entrée en vigueur était prévue pour le 1er janvier 2022, que l'OMS a pour la première fois reconnu les troubles liés aux jeux vidéo et à l'usage excessifs des écrans comme des conduites addictives intégrées à la section relatives aux maladies liées aux troubles de l'addiction.

L'inclusion à la liste des maladies reconnues par l'OMS d'une addiction à une substance qu'il s'agisse d'alcool, de stupéfiants, ou de tabac, ou à une activité qu'il s'agisse de paris d'argent, de jeux en ligne, d'usage d'écrans ou de jeux vidéo n'est pas sans conséquence d'un point de vue social et économique. En effet, l'inclusion d'un trouble de la dépendance parmi la classification des maladies de l'OMS devrait ouvrir la voie à sa reconnaissance par les autorités sanitaires de ses pays membres et, dès lors, rendre éligibles les conduites addictives concernées à des protocoles de prises en charge à la fois sur le plan médical et sur le plan des droits aux assurances et à la protection sociales.

Les difficultés et les conséquences de la reconnaissance par l'OMS de l'addiction aux jeux vidéo comme une maladie

On notera ici que, aussitôt annoncée en 2018, l'intention de l'OMS de reconnaître comme maladie l'addiction au jeux vidéo a provoqué une vive réaction des opérateurs du secteur. Dans un communiqué conjoint, diffusé le 1^{er} mars 2018,

¹⁷ - Stanton Peele, « L'addiction au XXI^e siècle », <https://www.cairn.info/revue-psychotropes-2009-4-page-27.htm>

plusieurs fédérations d'éditeurs de jeux vidéo avaient appelé l'OMS à revenir sur sa décision¹⁸. Le ministre de la Culture de la Corée du Sud, un pays réalisant plus de 10 milliards de dollars de revenus en 2018 à partir des jeux vidéo, avait alors annoncé son intention de déposer un recours auprès de l'OMS pour protéger son industrie vidéoludique¹⁹. Plus récemment en Chine, en début août 2021, les critiques d'un média d'Etat contre l'addiction aux jeux vidéo ont provoqué la chute jusqu'à 12% du cours en bourse des grandes entreprises de l'internet chinois²⁰. Les autorités chinoises expriment de plus en plus ouvertement leurs préoccupations et leurs critiques envers la dépendance des jeunes aux écrans et prennent désormais des mesures actives de prévention contre leurs conséquences sanitaires. La réglementation empêche ainsi les jeunes Chinois de moins de 18 ans d'accéder aux jeux vidéo en ligne entre 22h et 8h. Plusieurs commentateurs ont suggéré que l'attitude du gouvernement chinois pourrait aussi, en plus de ses motivations sanitaires, être sous-tendue par une volonté politique, non explicitement exprimée, de contrôler ou de pousser les concepteurs de logiciels à autocontrôler le conformisme des valeurs et des messages implicites et/ou les soubassements idéologiques des messages portés par les jeux en question.

Pour l'instant, les classifications internationales officiellement reconnues laissent à leur marge plusieurs addictions comportementales telles que les addictions aux achats et au travail.

On ne trouve pas non plus parmi les Objectifs de développement durable de l'ONU (ODD de l'Agenda 2030) de référence explicite aux conduites addictives hors substances, ni de référence de façon directe aux substances autres que l'alcool et les stupéfiants (notamment le tabac, les médicaments, la caféine...). La cible 3.5 ne parle que de « renforcer la prévention et le traitement de l'abus de substances psychoactives, notamment de stupéfiants et d'alcool ».

Un autre élément important à signaler est l'inflexion survenue dans l'appréhension internationale du défi de la drogue : l'approche traditionnelle principalement pénale et répressive évolue vers une approche médicosociale de santé publique à visée préventive et curative. Cette orientation a été mise en évidence lors de la session extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies (UNGASS) sur la drogue de 2016 avec l'adoption d'une Résolution (19 avril 2016, S-30/1) appelant les États à déployer des politiques intégrées, aux fins de « *favoriser des modes de vie sains* », de prendre des initiatives efficaces, globales, fondées sur la science pour réduire la demande, et de, au lieu de prévoir, au lieu de la seule répression, des mesures de prévention, d'intervention précoce, de traitement, de prise en charge, de rétablissement, de réadaptation et de réinsertion sociale, « *ainsi que des initiatives et mesures visant à réduire au minimum les conséquences néfastes de l'abus de drogues sur la santé publique et la société* »

18 - <https://www.addictaide.fr/actualite/fronde-contre-la-reconnaissance-par-loms-de-laddiction-aux-jeux-video/>

19 - <https://www.rfi.fr/fr/asie-pacifique/20190529-seoul-refuse-addiction-jeux-video-classifiee-maladie-mentale>

20 - <https://www.capital.fr/entreprises-marches/chine-la-presse-condamne-les-jeux-video-le-secteur-plonge-en-bourse-1411156>

Encadré n°1 : L'engrenage de l'addiction

Ce rapport n'est pas un travail expert sur les mécanismes, les causes ou les effets physiologiques (neurologiques et biologiques) des addictions. La littérature scientifique sur ce sujet est abondante au niveau international et au Maroc. On retiendra, de façon sommaire²¹, que les addictions résultent d'un processus en trois stades :

1. **La recherche de plaisir par activation du circuit cérébral dit « circuit de la récompense »**: la consommation d'un produit addictif ou l'exercice d'une activité addictive va provoquer la libération d'une substance, la dopamine, dans une zone du cerveau, le noyau accumbens, de manière telle que la répétition de cette consommation ou de cette activité va créer un conditionnement conduisant la personne à rechercher la reproduction de la sensation de plaisir associée à la consommation ou à la pratique de l'activité en question. Cette phase de recherche de plaisir va, par effet de répétition, susciter une modification des systèmes de transmission de l'information entre un certain nombre de neurones (neurotransmission) mettant en jeu d'autres molécules qui commandent le contrôle de la douleur et/ou la sensation de bien-être, avec pour effet une diminution de la capacité du cerveau à produire naturellement les endorphines, substances généralement associées au plaisir. A partir de là, le plaisir n'est plus suscité par le fonctionnement ordinaire du cerveau mais par l'apport du produit consommé ou de l'effet de l'activité exercée, ce qui génère un besoin accru de consommer la substance ou de pratiquer l'activité en question assorti d'une sensation de manque dès que ladite substance ou que ladite activité viennent à manquer.
2. **Le deuxième stade est celui de la diminution progressive du circuit de la récompense**, qui devient moins sensible aux substances qui le stimulent. La libération répétée de dopamine sous l'effet de la consommation de la substance ou de l'activité qui procuraient du plaisir conduisent à une modification du fonctionnement d'un organe nommé l'amygdale cérébrale, augmentant alors le stress et les émotions négatives (dysphorie). Ce qui apportait du plaisir devient moins motivant et seule un accroissement de la dose de substance consommée ou du temps consacré à l'activité peut à la fois satisfaire le circuit de la récompense et soulager du stress et des émotions négatives. A ce stade, la consommation ou la pratique excessives ne visent donc plus à procurer du plaisir mais juste à sortir du stress et/ou de l'état émotionnel négatif, et non plus à prendre du plaisir. Cette phase de plus accompagnée d'une perte progressive de la plasticité du cerveau, ce qui réduit les capacités cognitives
3. **Le troisième stade est celui dit de la perte de contrôle**. Les circuits de la récompense et des émotions, qui étaient contrôlés par le cerveau, sont modifiés. La personne a perdu ses capacités d'autorégulation de son comportement, la décision de consommer ou de résister aux envies de consommer lui échappe. Ce stade de perte de contrôle (ou *craving*) explique les rechutes répétées, même lorsque le désir d'arrêter est sincère.

21 - Cette note est tirée du site de l'INSERM (France), « Addictions, du plaisir à la dépendance », <https://www.inserm.fr/dossier/addictions/>

L'observation par imagerie (IRM ou PET-Scan) du cerveau de personnes dépendantes montre notamment une diminution des flux sanguins, une hypo-activation des régions du cerveau (corticales frontales) et une hyper-activation des régions impliquées dans la motivation, la mémoire, le conditionnement et les émotions.

Est-ce que la dérégulation fonctionnelle du cerveau est une prédisposition qui précède le développement de l'addiction, ou résulte-t-elle de la consommation chronique de drogue ? La réponse à cette question reste l'objet d'hypothèses et de débats entre spécialistes.

Encadré n°2 : Sortir de l'addiction - la désintoxication est une trajectoire en plusieurs étapes-

Faire cesser le besoin compulsif d'une substance ou d'une activité déterminée peut sembler facile à court terme, notamment dans le cadre de cures dites de désintoxication, mais la durabilité et l'irréversibilité de la rupture exigent un processus structuré. Les spécialistes s'accordent sur le fait que la désintoxication par rapport au besoin physique de consommer une substance donnée n'est qu'une première étape et c'est généralement la plus simple et la plus brève. La personne reçoit un substitut à la substance consommée pour l'aider à surmonter les troubles dus au manque de la drogue dont elle dépend.

Le défi, pour les patients, leurs médecins et leurs entourages, réside dans la phase consécutive à la cure de désintoxication, durant laquelle la personne va devoir apprendre à vivre sans la substance dont elle était devenue dépendante. Cette phase appelle une prise en charge psychosociale, ou d'accompagnement psychosocial. Le recours à l'aide de psychologues, de psychothérapeutes et ergothérapeutes prend une importance souvent sous-estimée au Maroc comme dans de nombreux autres pays du fait du manque d'information sur les possibilités de consultation de spécialistes, de leur rareté et de leurs coûts mais aussi de la complexité des liens et souvent de la faible coopération entre médecins psychiatres et psychologues cliniciens. Or, cette phase est clé pour que les personnes aient la capacité de contrôler leur rapport aux substances addictives.

Les progrès dans la prise en charge médicale et psychosociale sont pourtant importants, grâce à l'amélioration des sciences et des techniques cognitives, des méthodes de psychothérapies individuelles et collectives. Il est indispensable de mieux équiper les centres d'addictologie en ressources humaines et en dispositifs d'information pour accompagner les patients dans leur trajectoire postcure pour réduire les risques, toujours élevés, de rechutes et d'aggravation des situations de dépendance.

Partie II- L'approche marocaine des addictions : en-deçà des capacités du pays et des besoins de la population malgré l'avance prise sur la région

Au Maroc, les actes diagnostiques et thérapeutiques des troubles addictifs ne font pas partie des actes répertoriés dans la « Nomenclature Générale des Actes Professionnels » (NGAP) donnant lieu à un remboursement par les assurances sociales. La notion d'addiction n'apparaît qu'au niveau de la liste des affections de longue durée (ALD) fixées par l'arrêté du Ministre de la santé (n°2518-05) qui évoque « les troubles addictifs graves » sous la catégorie (n°35) des « troubles graves de la personnalité ». Cette formulation, imprécise, laisse place à une marge d'interprétation large et discrétionnaire qui donne lieu à des décisions et des pratiques de prise en charge différenciées de la part des organismes gestionnaires de l'assurance maladie, avec des risques avérés de discriminations et d'éviction des soins à l'encontre de nombreux assurés sociaux et de leurs ayants-droits. En effet, plusieurs compagnies d'assurances ne remboursent pas les hospitalisations ni les traitements de longue durée liés à l'addiction²², de même qu'elles ne remboursent les coûts de sevrage aux substances psychoactives ou à l'alcool « réputées être interdits par la loi marocaine »²³.

Cet écart entre le cadre normatif d'un côté et la réalité et les besoins sociaux d'un autre côté est d'autant plus paradoxal qu'il existe bien, au niveau des structures sanitaires publiques, un itinéraire de soins au sein de services d'addictologie dont la distribution est formalisée à plusieurs niveaux de la pyramide des soins, depuis les établissements de soins de santé primaire vers les établissements médicaux sociaux (centres d'addictologie ambulatoire) puis vers les hôpitaux offrant des soins spécialisés et de là vers les hôpitaux universitaires. Autrement dit, les services publics de santé assument ainsi, de fait, et de façon très inégale, le traitement d'une maladie qui n'est reconnue parmi les affections de longue durée (ALD) que lorsqu'il s'agit de « troubles addictifs graves » donnant lieu à des « troubles graves de la personnalité » et au moyen d'actes de soins non reconnus parmi les soins éligibles à un remboursement. Ce tableau est d'autant plus dommageable que l'addiction est une maladie non seulement réelle, rigoureusement reconnue par l'OMS, mais que ses différentes formes peuvent générer plusieurs pathologies organiques, psychiques et avoir des conséquences sociales critiques pour la sécurité matérielle, professionnelle, pour les relations sociales et pour l'ordre public.

22 - Voir en annexe les réponses des organismes de prévoyance et d'assurance sociales transmises au CESE à ce sujet.

23 - Explications avancées par des médecins traitants du secteur privé lors de leurs auditions par le CESE.

Le Maroc fait pourtant figure de pionnier parmi les pays africains et ceux de la région du Moyen-Orient et du Maghreb (MENA) pour avoir adopté une définition moderne, basée sur l'évidence scientifique et convergente, dans ses principes fondamentaux, avec les meilleures orientations internationales en faveur de politiques publiques sanitaires dédiées à la prévention et la prise en charge des troubles addictifs.

Les avancées du Maroc dans la prise en charge des addictions demeurent sérieusement limitées du fait qu'elles ne se concentrent, et avec des moyens eux-mêmes limités, que sur les substances psychoactives, notamment les drogues dures, sans offre de soins ni prise en charge par les assurances maladie des frais de traitements contre les addictions à des substances comme l'alcool ou le tabac. En outre, l'approche marocaine méconnaît encore, à ce jour, les conduites addictives sans substances. Ainsi, **le Plan stratégique national de prévention et de prise en charge des troubles addictifs 2018-2022** porte sur les troubles addictifs aux substances psychoactives et ne fait pas référence aux troubles liés aux addictions comportementales. Un signe positif d'inflexion mérite cependant d'être relevé avec la publication en juillet 2019 du « **Guide national de référence sur le paquet minimum de service en addictologie** » de la Direction de l'Épidémiologie et de la Lutte contre les Maladies du ministère de la Santé, dans le cadre du Programme national de prévention et de prise en charge des addictions, qui élargit les missions des centres d'addictologie « *aux personnes souffrant d'addiction sans substances, comme le jeu pathologique, les troubles alimentaires,...* » et souligne, que « *leur vocation est d'assurer une prise en charge pluridisciplinaire et conceptuelle sur les conduites addictives quel qu'en soit l'objet* ». Il reste que, sur le terrain, peu, voire aucun centre, ne met en évidence la disponibilité de ressources humaines et de techniques appropriées à la prise en charge des conduites addictives comportementales notamment celles qui concernent le jeu pathologique.

L'approche légale des addictions au Maroc : primat de la répression et inefficacité des mesures de protection et de prise en charge des victimes

Le cadre légal marocain n'aborde l'addiction, en tant que maladie nécessitant des soins, que dans le cadre pénal de la répression du trafic et de l'usage des drogues, et ce à titre de moyen, quasiment jamais activé, permettant au juge de prononcer une injonction de soins en faveur des usagers de drogues acceptant de recourir à des soins. Cette modalité, définie par la loi (n°1-73-282 du 21 mai 1974) relative « à la répression de la toxicomanie et à la prévention des toxicomanes » autorise le juge à dispenser de poursuites pénales l'usager de stupéfiant qui consent, après examen médical, à se soumettre « pour la durée nécessaire à sa guérison », à une cure de désintoxication dans un établissement thérapeutique ou une clinique privée agréée par le ministère de la santé publique. Les autorités publiques auditionnées expliquent l'inapplication de cette disposition par le volume très important des cas de poursuites présentés quotidiennement aux juridictions et la faiblesse de leurs moyens pour activer et suivre le prononcé de l'injonction thérapeutique, de surcroît dans un contexte de rareté des centres de soins. Plusieurs observateurs mettent également en cause

le déficit de formation des juges en matière d'addictions et, de façon générale, les préjugés considérant les usagers dépendants aux drogues comme des délinquants et non comme des personnes malades en situation de vulnérabilité ayant droit à une protection et une prise en charge sanitaires appropriées. Le même texte prévoit l'adoption, non intervenue à ce jour, d'un texte fixant les modalités d'application de verdicts portant injonction de soins pour les mineurs en milieu familial.

Hormis la possibilité quasi-inappliquée laissée au juge de prononcer une injonction de soins, la doctrine régissant le cadre légal marocain demeure dominée par un paradigme répressif. Le Maroc avait sous le régime du Protectorat, adopté une série de textes réglementant la production et la commercialisation des stupéfiants, notamment la surveillance et la répression de la contrebande des tabacs et du kif²⁴, et la réglementation de la culture du chanvre à kif (dahir du 3 novembre 1919). Au titre de la loi du 21 mai 1974 relative à «la répression de la toxicomanie et la prévention des toxicomanes », tout usage et toute contribution à l'usage de drogues, quelles qu'elles soient, restent interdits et punis de deux à dix ans de prison et d'une amende de 5.000 à 500.000 dirhams, au même titre que l'importation, le commerce, la détention, la production, la fabrication, le transport ou l'export de substances classées comme stupéfiants. Ces dispositions pénales ne comportent pas de différenciation entre les consommateurs et les fournisseurs, ni entre les produits. Elles criminalisent uniformément les victimes et les bénéficiaires du commerce des drogues là où plusieurs pays prévoient des peines pouvant aller jusqu'à la détention à perpétuité pour les narcotrafiquants.

Le Royaume a ratifié l'ensemble des conventions internationales relatives aux stupéfiants dont notamment, la Convention unique sur les stupéfiants de 1961, la Convention de 1971 sur les substances psychotropes, ainsi que la Convention contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988 et la Convention arabe du même nom. C'est dans ce cadre qu'a été mise en place en 1977, la Commission Nationale des stupéfiants présidée par le ministre de la Santé et dont la mission est « *de proposer les mesures d'application des conventions et protocoles internationaux en matière de drogues toxicomanogène ; d'élaborer des programmes d'informations sur les méfaits des stupéfiants ; de rechercher les moyens permettant de lutter efficacement contre la production, le trafic illicite, la détention, la vente, la circulation et l'utilisation des drogues toxicomanogène ;...* »²⁵.

24 - Dahir du 02 Décembre 1922 portant règlement sur l'importation, le commerce, la détention et l'usage des substances vénéneuse

- Dahir du 24 Avril 1954 portant sur la prohibition du chanvre à kif.

25 - Voir l'article 2 du décret n°2-77-626 du 3 Octobre 1977 portant création de la Commission nationale des stupéfiants.

Le Maroc, partenaire actif de la coopération internationale : des pratiques innovantes dans le voisinage européen

Le Maroc joue un rôle actif dans la coopération internationale contre les addictions aux drogues. Membre du réseau MedNET²⁶, le Royaume a formalisé une méthode d'observation et d'évaluation des politiques publiques de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives qui affirme s'inscrire dans une perspective de protection des Droits de l'homme des usagers de drogues. Le réseau MedNet défend l'idée clé que les conduites addictives sont un défi de premier plan pour les sociétés contemporaines et qu'elles appellent une réponse globale, prenant en compte les droits de l'homme, et conjuguant prévention, santé, lutte contre les trafics de drogues, application de la loi, ainsi que formation et recherche. Cette approche implique de développer une coopération dynamique, y compris avec la société civile. Cette approche a conduit le réseau MedNet de proposer à ses membres un référentiel de bonnes pratiques en 11 points :

1. Approche sanitaire des pouvoirs publics : considérer la consommation de drogues comme une maladie à part entière qui doit être prise en charge par des professionnels de santé qualifiés ;
2. Accessibilité et fiabilité de la prise charge thérapeutique : rendre les soins accessibles, abordables, fondés sur des connaissances scientifiques et les bonnes pratiques ;
3. Effectivité et fiabilité de la prévention : veiller à la validité scientifique et l'alignement des mesures de prévention sur les bonnes pratiques ;
4. Garantie du droit d'accès à l'information : respecter le droit d'accès du grand public et des professionnels à l'information ;
5. Disponibilité et accessibilité services de réadaptation et de réinsertion sociale ;
6. Accessibilité des soins et des prises en charge médicale pour les populations dites « spécifiques », détenus, usagers de drogues, travailleurs du sexe, femmes enceintes, migrants, réfugiés, personnes âgées, etc.) ;
7. Lutte contre la stigmatisation et sensibilisation de l'ensemble de la société ;
8. Adaptation de la législation en vue du respect des droits fondamentaux en particulier pour les mineurs et les consommateurs qui ne font pas de trafic ;
9. Respect et promotion du droit des usagers de drogues de créer leurs propres ONG et groupes d'entraide ;

26 - Depuis 2006, les pays du réseau MedNET travaillent ensemble pour initier et conduire des projets ambitieux, en s'appuyant à la fois sur une coopération Sud-Sud, Nord-Sud et Sud-Nord afin d'assurer leur succès. Le réseau MedNET vise à promouvoir l'interaction entre la politique, la pratique et la science, afin d'adapter la mise en œuvre au contexte des différents pays.

10. Respect et promotion du droit d'accès à un traitement pour toutes les conséquences de la consommation de drogues (sida, VIH, etc.) ;
11. Définition de plans d'action visant la réduction des conséquences sanitaires, économiques, sociales et juridiques de la consommation de drogues ;

L'approche sanitaire devrait permettre de faire reconnaître la dépendance aux drogues comme une maladie, nécessitant en matière pénale une prise en charge par des professionnels de santé et, autant que de besoin, la suspension des procédures de poursuite et des condamnations le temps de prodiguer les soins aux mis en cause. Le principe clé est de favoriser le traitement plutôt que la sanction et l'emprisonnement. Plusieurs gouvernements européens ont rendu possible le recours à un traitement de substitution aux opiacés ainsi que des traitements pharmacologiques et psychosociaux. La règle dans ces pays est que le système de sécurité sociale finance effectivement le traitement de la dépendance au moyen de soins aussi bien en milieu établissement hospitalier qu'en hôpital de jour (soins dits ambulatoires) dispensés par des CSAPA (centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie). Un élément important de la prise en charge des addictions, observé en France, est la gratuité et l'anonymat de la prise en charge dans le cadre du système de santé, dans des lieux dits « salles de consommation à moindre risque ».

La prévention fondée sur la science, les faits et les bonnes pratiques implique la mise en place de programmes de formation des intervenants en matière psychosociale, la publication de travaux de recherches sur la situation et l'évolution de la consommation de drogues à l'attention des décideurs politiques pour leur permettre de prendre des décisions basées sur les données scientifiques les plus récentes. La réadaptation et la réinsertion sociales des personnes en situation d'addiction sont indispensables au respect des droits autant qu'à la prévention des récidives et des rechutes. En France, une personne condamnée a ainsi la possibilité de demander au juge que sa condamnation soit effacée de son casier judiciaire afin de pouvoir réaliser un projet professionnel. De même, depuis 1994, la loi française permet aux détenus d'être pris en charge par le service public hospitalier et de bénéficier de la protection sociale.

Le défi de la cohérence et du réalisme des politiques publiques

La politique publique marocaine contre les risques liés aux addictions est relativement récente. Elle fait l'objet de deux instruments en cours de mise œuvre : le « Plan en santé 2025 » qui comporte un volet « addictions » sous la responsabilité du ministère de la Santé au sein d'un service dédié à la fois aux maladies mentales et aux maladies dégénératives lui-même dépendant de la division des maladies non transmissibles et de la direction de l'épidémiologie et de lutte contre les maladies ; et le « Plan stratégique national de prévention et de prise en charge des troubles addictifs 2018-2022 » piloté par le ministère de la Santé dans le cadre d'un partenariat financier avec le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. Elle se concentre sur l'information et le soin à l'égard de la consommation des drogues. Les

addictions liées aux comportements restent à ce jour hors du champ d'intervention des politiques de prévention et de prise en charge.

Aussi, ce n'est qu'à partir de 2005, à la suite des résultats de l'enquête en population générale chez les plus de 15 ans sur la prévalence des troubles mentaux que l'ampleur du phénomène a pu être mesurée et a permis de tirer la sonnette d'alarme pour considérer les troubles addictifs comme un problème de santé publique prioritaire.²⁷ « 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 »²⁸. La tenue en 2007 d'une « Conférence Nationale de Santé Mentale, sous le Haut Patronage du Roi » souligne la nécessité d'une mobilisation générale et de la mise en place d'une stratégie nationale globale et intégrée.

A partir de cette date, alors que le Plan Stratégique en Santé Mentale précédent comportait un volet « addictions », axé essentiellement sur la réduction de la demande, un plan national de lutte contre les addictions sera spécifiquement consacré, avec les composantes de prévention, traitement et réhabilitation.

Cette démarche sera formalisée par un :

- Plan d'Action National 2008-2012 de lutte contre les toxicomanies ;
- Plan National de Lutte contre les Addictions 2012-2016 ;
- Premier plan d'action pour la réduction des risques, auprès des usagers de drogue injectable (2008-2012) ;
- Deuxième plan d'action pour la réduction des risques, auprès des usagers de drogue injectable (2012-2016) ;
- Plan stratégique national de prévention et de prise en charge des troubles addictifs 2018-2022.

Parallèlement et conformément à ses engagements internationaux, le Maroc a adopté une « stratégie globale » qui régit la question de l'offre²⁹, l'effort de réduction de la demande³⁰, ainsi que la question de la consommation qui fait partie des ODD.

En coopération avec l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (UNODC) le Maroc a adopté depuis 2003 le développement dit alternatif et les cultures de remplacement, ce qui a permis de réduire les superficies cultivées en cannabis de près de 70%, passant de 134000 hectares en 2003 à 47500 en 2010. La superficie mesurée pour l'année en cours est estimée à environ 21.000 hectares.³¹

27 - Plan stratégique national de prévention et de prise en charge des troubles addictifs 2018-2022, page 20.2022

28 - Rapport annuel de l'Observatoire National des Drogues et Addictions, 2014, page 26.

29 - le Maroc est un pays producteur de cannabis.

30 - Conformément aux recommandation de l'UNGASS 2016

31 - Données présentées par le ministère de l'Intérieur lors de leur audition par le CESE le 28/07/2021.

La production marocaine de cannabis est principalement orientée vers le marché européen qui en absorbe pratiquement la totalité à la faveur du pouvoir d'achat et de la proximité géographique et au bénéfice principalement des trafiquants et des intermédiaires bien plus qu'à celui des petits cultivateurs. En 2020 des saisies record de 451 tonnes de *chira*, contre 320 tonnes en 2019 ont été réalisées par les autorités marocaines. Cette progression des saisies s'expliquerait par l'effet du Covid qui a stimulé une forte demande pour le cannabis au niveau du marché européen³².

Concernant la consommation, les autorités marocaines ont mené durant les années 2000 plusieurs enquêtes et études qui permettent de rendre compte de tendances. Ainsi selon les chiffres disponibles, l'usage des substances psychoactives se situe à 4,1% de la population ayant un âge supérieur à 15 ans.³³ Le cannabis reste la drogue la plus consommée avec une prévalence de 3,9%. Les autres drogues sont principalement l'héroïne, avec 0,02% et la cocaïne 0,05%.³⁴ La prévalence de l'abus de l'alcool est de 2% et la dépendance à l'alcool de 1,4%. On estime en 2021, 1300 injecteurs de drogues avec des prévalence élevées en VIH (14%).³⁵ Un important travail de prévention est effectué auprès des jeunes, chez lesquels l'âge d'initiation aux premières consommations est au cœur du problème à travers l'amélioration des connaissances sur les pratiques d'usages des élèves, l'information et la formation des professionnels au contact du public jeune et la sécurisation par les forces publiques du voisinage des écoles. Le diagnostic précoce est assuré au sein de 30 Centres de Références de Santé Scolaire et Universitaire, 30 Centres Médico universitaires, 32 infirmeries universitaires et 28 Espaces Santé Jeunes.³⁶ En matière d'offre de soins, le Maroc dispose de 18 structures d'addictologie, composées de 15 centres ambulatoires, dont 5 offrant le Traitement de Substitution aux Opiacés (TSO) et 3 services résidentiels, dont 2 offrant le TSO. Il existe également 10 unités d'addictologie en milieu pénitentiaire dont 5 offrant le TSO.³⁷ En matière de ressources humaines, seuls 64 médecins sont formés en addictologie et on observe un manque significatif de ressources spécialisées (psychologues, ergothérapeutes...). De plus bien qu'il existe un diplôme universitaire d'une durée de 2 ans au niveau des facultés de Médecine de Casablanca et de Rabat, et à la Faculté Privée Cheikh Khalifa, la spécialité addictologie n'est toujours pas reconnue et son attractivité demeure limitée.

Au niveau institutionnel, la coordination est effectuée par la Commission nationale des stupéfiants, qui constitue une exigence prévue par la convention de 1961, dont l'action est complétée au niveau sécuritaire, par des comités de sécurité au sein du ministère de l'Intérieur, les drogues étant aujourd'hui au cœur de la criminalité

32 - *Idem*

33 - *Données de 2005 (Enquête en population générale chez les plus de 15 ans sur la prévalence des troubles mentaux).*

34 - *Idem*

35 - *Données présentées par le ministère de la santé lors de leur audition par le CESE le 1er septembre 2021.*

36 - *Plan stratégique national de prévention et de prise en charge des troubles addictifs 2018-2022, page 38*

37 - *Données présentées par le ministère de la santé lors de leur audition par le CESE le 1er septembre 2021.*



transfrontalière. Un Observatoire National des Drogues et Addictions (ONDA) chargé de centraliser les informations et données relatives aux drogues et aux addictions a été créé en 2011 et lancé officiellement en 2013.

Principales forces et faiblesses

Il ressort des différentes analyses portant ³⁸ sur les politiques publiques à l'égard des conduites addictives, les éléments de forces et faiblesses suivants :

Points forts	Axes à améliorer
<ul style="list-style-type: none"> • La consécration du droit à la santé par la Constitution ; • Les engagements internationaux du Maroc. • L'existence de plusieurs programmes et dispositifs de soins concernant notamment, la réduction de la demande et de la prise en charge ; • L'existence d'un Observatoire Marocain des Drogues et Addictions ; • L'existence d'Observatoires Régionaux de la Santé qui constitue des outils d'évaluation et de décision des politiques régionales. • Une bonne ouverture du Maroc sur le savoir-faire international et sur les opportunités de coopération avec les organismes gouvernementaux et non gouvernementaux spécialisés ; • Des médecins spécialistes engagés en faveur du renforcement de la connaissance, de l'information, de la prévention et de la prise en charge des troubles de l'addiction • Une société civile dynamique et engagée dans ce domaine. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les conduites addictives restent encore un sujet tabou, à forte charge émotionnelle en l'absence de plan de communication. • L'approche dominante est centrée sur les drogues et reste orientée vers une réponse sécuritaire et pénale. • L'absence de définition, de reconnaissance et de prise en charge des troubles addictifs dans la nomenclature de la couverture médicale marocaine ne permet pas le remboursement de tous les soins liés au traitement des addictions, de façon homogène, par les organismes de l'assurance maladie obligatoire et constitue un motif de refus de prise en charge par certains organismes d'assurance. • La Législation permettant l'injonction thérapeutique pour les usagers existe mais n'est pas appliquée. • L'absence de programmes spécifiques de prévention et de traitements des addictions sans substances (jeu pathologique, ...etc.).

38 - Parmi ces analyses ont été également reprises celles effectuées par le ministère de la Santé et l'Observatoire National des Drogues et addictions.

Points forts	Axes à améliorer
	<ul style="list-style-type: none"> • L'absence de programmes de prévention et de prise en charge des conduites addictives en milieu professionnel. • Les besoins importants non couverts en termes d'offre de soins et de couverture territoriale (18 structures d'addictologie et 10 unités d'addictologie en milieu pénitentiaire). • Manque de consultations spécifiques pour les jeunes consommateurs (enfants et adolescents). • Absence de prise en compte des besoins spécifiques des femmes. • Insuffisance d'accès de la population carcérale aux soins en addictologie. • Quasi-inexistence de services d'hospitalisation en addictologie au sein des hôpitaux psychiatriques. • Inexistence de réseaux organisés pour la prise en charge de personnes porteuses de comorbidités ou de troubles associés. • Rareté des ressources humaines qualifiées. • Absence de reconnaissance de la spécialité en addictologie. • Rareté des données sur les diverses consommations et sur les différents types d'addictions au niveau national. • Absence de structures de postcure et/ou des communautés thérapeutiques. • Faiblesse des ressources dédiées à la prévention et à la prise en charge et dépendance des financements extérieurs.

Partie III - Diversité et gravité des risques de l'addiction : protéger les personnes et les groupes vulnérables et actualiser les concepts et les dispositifs de défense de l'ordre public sanitaire et social.

Cette partie passe en revue les facteurs de risques d'exposition et les phénomènes de l'addiction au Maroc en distinguant les addictions à des substances et les addictions à des activités (addictions comportementales). Les focus sont ordonnés par cadre d'activité ou de vie (monde du travail, milieu sportif, milieu carcéral) ; puis par catégories de populations aux vulnérabilités spécifiques (petits enfants, enfants adolescents, femmes) ; puis selon la nature des substances addictives (drogue, alcool, médicaments, produits de synthèses, sucres) ; un focus est consacré aux pathologies mentales pouvant induire des troubles addictifs ; les activités à fort potentiel addictif, encore très peu étudiées au Maroc alors qu'elles se révèlent massives (jeux d'argent, écrans et jeux vidéo, sexe).

Cet examen fait ressortir la diversité des conduites addictives au Maroc, leur ampleur, la gravité de leurs effets et, en conséquence, la nécessité d'alerter sur l'urgence d'une nouvelle approche collective et multi parties-prenantes, qui soit basée sur une meilleure compréhension et des moyens mutualisés, efficaces et accrus de prise en charge de l'addiction pour réduire les vulnérabilités et mieux préserver l'intégrité psychique des personnes et renforcer l'ordre public sanitaire et social.

On rappellera ici que les addictions se développent souvent « en collier », un trouble de la dépendance pouvant rétroagir, susciter, résulter et/ou coexister avec un ou de nombreux autres troubles. On retiendra aussi qu'il n'existe pas de recette unique pour vaincre les addictions : face à certaines substances comme le tabac ou à certains usages compulsifs comme les écrans ou les jeux d'argent- des approches dites pragmatiques, visant à atténuer les effets des risques sanitaires de l'addiction par la réduction de la fréquence ou de l'intensité de l'usage sont parfois préconisées. Mais la réponse aux addictions sévères a besoin d'une approche stratégique, méthodique, basée sur la science, appuyée primordialement sur la volonté politique et les moyens de l'Etat, associant le plus largement possible les spécialistes, les organismes de protection sociale, les entreprises, le monde éducatif, les organisations de la société civile, les médias, ainsi que les acteurs politiques et sociaux.

1. Les comportements addictifs en milieu professionnel

On pourrait, *a priori*, considérer que l'exercice d'une activité professionnelle représente un facteur d'immunisation contre les conduites addictives. Cette vision conduit à sous-estimer et méconnaître les risques pourtant réels de telles conduites.

Le monde du travail fait partie de la vie sociale, et les actifs sont exposés aussi bien à la consommation de substances psychoactives sur ou en dehors des lieux de leur travail, parfois du fait de leurs conditions de travail ou de la pression et du stress liés à leur travail, et parfois du fait de l'apparition de dépendances comportementales à l'égard de l'activité professionnelle en elle-même qui conduit au « workaholisme » et/ou à la techno dépendance³⁹.

La personne active peut ainsi importer et poursuivre sur son lieu de travail la consommation de substances addictives ; ou bien verser dans la consommation de ces substances et « acquérir » une addiction à la suite de sollicitations conviviales et récréatives intervenues dans le cadre de travail (convivialité et activités récréatives entre collègues) ; ou enfin s'accoutumer à des substances psychoactives à la suite d'un processus dit « d'adaptation » supposé aider « à tenir » le rythme et l'intensité des activités au quotidien, pour surmonter la peur, le stress, mais aussi parfois pour supporter les difficultés (discriminations, vexations, douleurs chroniques). Ainsi, la consommation de substances psychoactives, peut prendre plusieurs formes en milieu professionnel, soit collective soit individuelle, occasionnelle ou répétitive, à l'occasion de moments festifs, conviviaux ou en raison de situations personnelles perçues comme difficiles et pouvant donner lieu à une consommation pathologique d'un ou plusieurs produits.

Certains secteurs d'activité sont réputés plus exposés, notamment ceux de l'hébergement, de la restauration, des arts et des spectacles, du commerce et du négoce, tous riches en interactions sociales, et ceux des activités récréatives.

La dépendance au travail ou « workaholisme », également qualifié de « mal des temps modernes » serait plus répandu qu'on ne l'imagine *a priori*. La dépendance au travail devient centrale dans la vie de la personne dépendante qui n'essaie ni ne parvient à cesser son activité professionnelle durant les périodes de repos (week-end et vacances), cet état pathologique induisant stress, surmenage et parfois au harcèlement professionnel à l'égard des collaborateurs.⁴⁰ Cette addiction est d'autant plus dangereuse qu'à la différence des autres types d'addiction, elle renvoie à une image positive de la personne dépendante. D'autres types d'addictions peuvent être développés en relation avec le milieu professionnel tel que l'utilisation inadéquate ou abusive des NTIC (internet, téléphone, agenda électronique).⁴¹

Le Plan stratégique national pour la prévention des troubles addictif 2018-2022 ne traite pas des addictions au sein des entreprises. D'autre part, et à l'exception positive et remarquable de l'expérience développée dans le cadre de la médecine du travail par le groupe Véolia au niveau de sa filiale REDAL à Rabat, il ne semble pas que les

39 - E. Durand, C. Gayet, L. Laborde, C. Van De Weerd, E. Farges « Conduites addictives et travail », INRS, Documents pour le médecin de travail n°115, 3^{ème} trimestre 2008.

40 - *Idem*

41 - *Idem*

addictions sur les lieux de travail soient un sujet significativement pris en considération par les entreprises marocaines. Il ressort des principaux constats et conclusions de la démarche développée par REDAL que :

- Les conduites addictives en milieu professionnel ont pour effets une baisse de la productivité, l'extension de l'absentéisme, la dégradation du climat de travail avec le développement de conflits et de l'agressivité dans les relations de travail,
- 15 à 20% des accidents du travail ont pour origine des conduites addictives, lesquels seraient la cause de 28% des accidents mortels.
- Un pourcentage important des personnes en situation de dépendance à une substance présente également une pathologie psychiatrique, dont le traitement non maîtrisé est souvent à l'origine de l'addiction (troubles anxieux, dépressifs, épisodes maniaque, troubles psychotiques et troubles de la personnalité).
- Une personne dépendante sur quatre nécessite une prise en charge par un psychiatre et pour une d'entre-elle sur deux la prise en charge a abouti à l'abstinence à l'égard de la substance (47,25%).

L'intervention sur le risque de l'addiction a été jugée bénéfique pour et par le personnel de l'entreprise par sa contribution, d'une part, à l'amélioration de la santé (dépistage de certaines maladies psychiatriques, prévention de l'aggravation de certaines maladies chroniques, arrêt de l'intoxication par des substances psychoactives chez 47% des malades, bien-être au travail) et, d'autre part à l'amélioration de la sécurité (prévention des accidents du travail et des accidents de circulation). L'expérience réussie de Veolia fait ressortir 4 facteurs clés de succès dans la prévention et le traitement des addictions en milieu professionnel : 1. *La gratuité des soins* ; 2. *La confidentialité et le respect du secret médical* ; 3. *Un climat de confiance* ; 4. *Un médecin de travail diplômé en addiction*.

2. Les comportements addictifs en milieu sportif

Si la pratique du sport est bénéfique en termes de santé et de bien-être psychosocial des individus, sa fréquence et son intensité mal maîtrisées jusqu'à l'excès peuvent générer des conduites addictives comportementales connues sous le nom de « bigorexie ». Par ailleurs, il n'est pas rare que les sportifs de compétition, dits de haut niveau, aient recours à des substances dopantes pour améliorer leurs performances ou pour réduire leur stress avant ou après une compétition, la répétition de ce type de consommation pouvant entraîner une situation de dépendance à certaines substances psychoactives.

La bigorexie est reconnue en tant que maladie par l'OMS depuis 2011. Elle peut toucher aussi bien les athlètes de haut niveau que les sportifs amateurs qui basculent dans la dépendance suite une pratique excessive de sport. « *Le sport n'est plus considéré comme*

un simple plaisir ou un divertissement, mais devient obsédant, presque contraignant et doit correspondre à une routine journalière.⁴² La production des endorphines pendant et après une activité physique intense qui stimulent le circuit dit dopaminergique (circuit du plaisir) pourrait être à l'origine de cette addiction comportementale. Les hypothèses et les interprétations de ce phénomène sont nombreuses, évoquant le plus souvent des facteurs psychologiques, le sport intensif pouvant être un moyen d'apaiser l'anxiété ou la souffrance liée à un ou des événement(s) douloureux, ou encore une recherche d'amélioration de l'estime de soi en cultivant la recherche d'un « corps parfait »⁴³. Les symptômes de la bigorexie sont à l'exemple des autres addictions :

- Un comportement dit « obsessionnel » ;
- L'isolement social ;
- Le sacrifice de tout réseau relationnel au profit du sport ;
- Une perte d'intérêt pour tout ce qui ne touche pas au sport ;
- La concentration des dépenses dans la pratique sportive (protéines, équipement, abonnements, achat de licences, alimentation spécifique dite « *healthy* » ...) ;
- Culpabilité et irritabilité en cas d'impossibilité de pratiquer les entraînements physiques ;
- Dissimulation et mensonges sur l'intensité et la fréquence de la pratique sportive ;
- Manque de recul malgré la connaissance des conséquences négatives sur la santé (risques de blessures graves, de recours à du dopage...).

La bigorexie s'accompagne de conséquences potentiellement dangereuses sur la santé physique : épuisement, déchirures musculaires et tendinites, infarctus, et peut nécessiter une prise en charge pluridisciplinaire (psychologue, addictologue, médecin du sport ou au niveau d'un centre de soins en addictologie).

La recherche compulsive de performances peut exposer les sportifs à la tentation du dopage via l'usage de substances psychoactives (stimulants)⁴⁴ avec pour effets artificiels recherchés⁴⁵ des phénomènes comme la diminution des sensations de faim et de fatigue, l'augmentation de l'endurance, la sensation de facultés cérébrales augmentées, le pouvoir de concentration amélioré, des sensations d'euphorie et de bien-être à la suite de l'activation de la sécrétion de certaines hormones liées à ce

42 - <https://sante.journaldesfemmes.fr/fiches-sante-du-quotidien/2441123-bigorexie-addiction-sport-definition-cause-symptome-test-consequence-danger-traitement/>

43 - <https://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=bigorexie>

44 - Il s'agit principalement des amphétamines, de la caféine, de la cocaïne, de l'adrénaline et l'éphédrine ou autres substances apparentées.

45 - Données présentées lors de l'audition du Docteur Fatema Abouali, Présidente de l'Agence Marocaine Antidopage, 9 juin 2021.

type de sensations avec une perception de désinhibition.

Ces stimulants, en particulier lorsqu'ils résultent de la consommation d'amphétamines, peuvent provoquer des lésions cérébrales graves et être la cause de décès.

Au Maroc, à la suite des orientations royales⁴⁶ et conformément aux engagements internationaux du Royaume⁴⁷, une loi (n°97-12) relative à la lutte contre le dopage dans le sport a été adoptée en août 2017 suivie de la mise en place de l'Agence Marocaine Antidopage (AMAD) en 2020.

Parmi ses missions, l'AMAD doit préparer et exécuter un programme annuel antidopage, coordonner les actions de prévention et de lutte contre le dopage, entreprendre des campagnes d'information, assister les administrations et les fédérations, les associations et les sociétés sportives sur les mesures à prendre pour la prévention et la lutte contre le dopage, mettre en œuvre un programme d'éducation, de formation et de sensibilisation, aussi bien pour les sportifs que pour le personnel d'encadrement. Elle doit en outre suivre et statuer sur tous les dossiers à caractère disciplinaire relatifs aux affaires de dopage, octroyer les autorisations à usage thérapeutique, reconnaître la validité des autorisations d'usage à des fins thérapeutiques délivrées par d'autres instances. La lutte antidopage ainsi confiée à la très récente AMAD s'articule autour du triptyque visant la préservation de la santé des athlètes, la protection de l'éthique du sport, et l'assurance sur la validité de la performance sportive.

Il reste que dans notre pays, le problème de dopage dépasse la seule population des sportifs de haut niveau : l'offre de produits est étendue, accessible en vente libre en l'absence de réglementation encadrant les substances qualifiées de « compléments alimentaires ». Certains produits qui ne devraient être délivrés que sur ordonnance sont librement accessibles. La lutte contre le dopage a besoin d'être érigée en programme de santé publique.⁴⁸ En principe, au titre de la Convention internationale de l'UNESCO contre le dopage dans le sport qu'il a ratifiée en 2009, le Maroc devrait publier chaque année au Bulletin Officiel un décret portant une nouvelle liste de produits dopants.

3. Addiction chez les jeunes et les enfants

En Droit positif, l'enfant est toute personne ayant moins de 18 ans. L'OMS définit l'adolescence comme étant la phase de développement mental et physique comprise entre 10 à 19 ans. En pédopsychiatrie, il est admis que la fin de l'adolescence se situe plutôt vers 25 ans, âge moyen auquel la partie préfrontale (cortex préfrontal) du cerveau qui gère les comportements et les capacités de prendre des décisions,

46 - Message de Sa Majesté le Roi Mohamed VI, que Dieu le glorifie et l'assiste, aux participants aux assises nationales du sport, Skhirat 24 octobre 2008.

47 - Convention Internationale de l'UNESCO contre le dopage dans le sport (ratifiée par le Maroc en 2009).

48 - Audition du Docteur Fatema Abouali, Présidente de l'Agence Marocaine Antidopage, 9 juin 2021.

arrive à maturation.

La délimitation de ces périodes de vie, quoique évolutive et approximative, est cependant importante, notamment en matière de conduites addictives, les statuts d'enfant ou d'adulte ayant, légalement, des implications différenciées en matière de prise en charge médico-psychosociale, de sanctions pénales et de ciblage des politiques publiques.

Cette phase du cycle de vie est vulnérable à plusieurs égards, l'enfant et l'adolescent n'ayant pas acquis toutes les capacités d'autonomie et d'autocontrôle et étant, de plus, vulnérables à plusieurs formes de dominations.

Les différentes formes de conduites addictives chez l'enfant et l'adolescent

Les conduites addictives de l'enfant et de l'adolescent, tout comme chez l'adulte sont communément réparties en deux groupes : les toxicomanies d'une part, qui sont des addictions à des substances licites ou illicites et d'autre part les addictions sans substance, principalement aux jeux, mais aussi à la pornographie ou au sexe.

« Les conduites de consommation qui débutent et s'installent à l'adolescence sont à l'heure actuelle un problème de santé publique. Au Maroc, la consommation de substances psychoactives chez les adolescents, est en accroissement jour après jour, et responsables, à long terme, d'une morbidité et d'une mortalité considérables. »⁴⁹

Selon les résultats de « l'enquête MedSPAD Maroc, 2017 »⁵⁰ l'usage de substances psychoactives auprès des adolescents scolarisés se présente comme suit :

- Presque un adolescent sur dix est fumeur (9% de prévalence du tabac durant les 12 derniers mois) ;
- Presque un sur dix affirme avoir consommé au moins une fois du cannabis (9%)
- 8% disent avoir expérimenté l'alcool au moins une fois dans sa vie ;
- 5% disent avoir consommé des psychotropes au cours de leur vie ;
- La prévalence à la cocaïne durant la vie était de 1,4%.

Selon une enquête menée auprès de 800 collégiens de la Région du Grand Casablanca en 2019, les principales toxicomanies concernent principalement le tabac fumé, le cannabis, les psychotropes et l'alcool :

- Le taux de consommation de substances psychoactives était de 40,25%,
- Le tabac, le cannabis et l'ecstasy sont les produits les plus consommés, et seuls 30% des adolescents souhaitaient en arrêter la consommation.

49 - Audition professeur Ghislaine Benjelloun

50 - Rapport OMDA, 2018.

- La consommation de psychotropes arrive en quatrième position après le tabac, le cannabis et l'ecstasy avec un taux de 8%.
- La consommation d'alcool est le phénomène le plus faible (4%) parmi les adolescents

Les facteurs de risques des conduites addictives chez les enfants et les adolescents

Il ne s'agit pas dans ce rapport d'énumérer l'ensemble des déterminants socioéconomiques et environnementaux de la santé mentale de l'enfant mais de focaliser l'attention sur les facteurs connus pour avoir un lien de causalité direct avec les conduites addictives et sur lesquelles il est possible d'agir.

Parmi les troubles du comportement de l'enfant dont on sait aujourd'hui qu'ils sont à « haut risque » d'induire une conduite addictive plus tard, il convient de citer « les troubles du déficit de l'attention avec hyperactivité », qui couvrent un large spectre de dysfonctionnements cognitifs et comportementaux encore assez méconnu et insuffisamment diagnostiqué et pris en charge au Maroc.

- 30-50% des adolescents abusant des substances ont un TDAH ;
- Au début de l'âge adulte, le risque d'abus de substances est 2-5 fois plus grand chez les jeunes présentant des troubles du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) ;
- Le TDAH raccourcit le délai de première consommation et celui entre abus et dépendance ;
- Le TDAH est associé à une consommation plus sévère et à des difficultés de sevrage plus importantes ;
- Le tableau de consommation est similaire à celui de la population générale : tabac, alcool, cannabis ;
- Il n'y a pas de « préférence » des sujets TDAH pour des stimulants⁵¹.

Les facteurs de risques pendant l'adolescence susceptibles de générer des conduites addictives

Les facteurs de risques inhérents à l'adolescence. L'adolescence est une période exploratoire d'exposition délibérée au risque (conduites addictives, sexualité, etc.) et d'expérimentation, notamment de prise de substances psychoactives, afin d'assouvir une curiosité, de faire une expérience euphorisante, de plaire, de se soumettre à la pression de groupes de pairs, de se conformer à la « normalité supposée », par ennui tout simplement, pour avoir du plaisir, se relaxer, apaiser son stress, s'affirmer et/ou dans un esprit de rébellion⁵².

51 - Audition du Professeur Ghizlane Benjelloun, pédopsychiatre et enseignante chercheuse

52 - Moolchan ET, Ernst M, Henningfield JE. A review of tobacco smoking in adolescents: treatment implications. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2000

C'est aussi la période des angoisses et des peurs- angoisse de l'avenir, de la recherche de soi, période des questionnements sur soi, sa sexualité-, des dilemmes, du souci de s'affirmer en s'opposant, du désir paradoxal à la fois de se libérer de la tutelle et de la peur de perdre la tutelle en question.

Autres éléments importants :

- **le cerveau de l'adolescent, plus vulnérable** aux substances psychoactives que le cerveau de l'adulte, est dans un état de transition vers l'état adulte.
- les adolescent (e)s se révèlent **peu sensibles aux risques sanitaires** à long terme, car trop loin pour eux dans le temps (myopie à l'égard des risques).

L'association de cette vulnérabilité « naturelle » à d'autres facteurs va déterminer le développement des comportements addictifs et leur trajectoire. Ces facteurs sont:

- **des facteurs de vulnérabilité et de résistance individuels**: génétiques, biologiques, psychologiques (mauvaise estime de soi, difficultés à résoudre des problèmes, évènements de la vie, traumatismes ...) et psychiatriques.
- **des facteurs de risques liés à l'environnement dans lequel vit l'adolescent**: le domicile, le quartier, l'école. L'environnement scolaire est propice à l'initiation, au premier contact et à la distribution de substances psychoactives, le plus souvent en dehors de toute difficulté psychopathologique.⁵³ L'adolescent sera une cible privilégiée des réseaux criminels dont le seul but est d'élargir leur marché et d'écouler leurs produits. Différentes dimensions du « quartier », le niveau socio-culturel de ses habitants, son aménagement, sa situation géographique, sa gestion administrative, peuvent être propices à l'installation de la conduite addictive. L'environnement familial propre de l'adolescent va aussi déterminer la trajectoire qu'il prendra, selon le mode de fonctionnement familial établi, l'attitude parentale par rapport aux substances psychoactives, leur disponibilité, leur capacité d'écoute, leur vigilance, leur réaction, leur niveau social, leur niveau d'éducation
- **les facteurs de risques liés aux produits et aux comportements**: chaque produit qu'il soit une substance, un support ou un objet, a son propre pouvoir addictif, ses propres effets médico-psychosociaux, son propre statut social et ses distorsions cognitives spécifiques.⁵⁴

Ainsi les trajectoires de développement d'une addiction après une première consommation sont variables: expérience unique sans lendemain, expériences répétées mais distantes l'une de l'autre, consommation régulière, consommation

53 - Kaminer Y. *Adolescent substance abuse. A comprehensive guide to theory and practice.* New York : Plenum Medical Book Company; 1994.

54 - Une distorsion cognitive est un schéma de pensée exagéré ou irrationnel impliqué dans l'apparition et la perpétuation d'états psychopathologiques, en particulier ceux qui sont plus influencés par des facteurs psychosociaux, tels que la dépression et l'anxiété.

abusives épisodiques ou régulières, passage à la dépendance sans prise en charge médico-psycho-sociale, consommation régulière prise en charge précocement, dépendance prise en charge précocement ...

La dépendance des jeunes et des enfants aux jeux vidéo et aux jeux numériques

La dépendance aux jeux vidéo a été intégrée par l'OMS à la 11^{ème} version de la Classification internationale des maladies (la CIM-11) adoptée en mai 2019 avec cette définition :

« un comportement persistant et répétitif d'utilisation avec 1) une perte de contrôle sur le jeu (survenue, fréquence, intensité, durée, arrêt, contexte), 2) une priorité accrue accordée au jeu, au point que celui-ci prenne le pas sur d'autres centres d'intérêt et activités quotidiennes, 3) la poursuite ou la pratique croissante du jeu en dépit de répercussions dommageables. Pour que ce trouble soit diagnostiqué en tant que tel, le comportement doit être d'une sévérité suffisante pour entraîner une altération non négligeable des activités personnelles, familiales, sociales, éducatives, professionnelles ou d'autres domaines importants du fonctionnement. Ce comportement peut être continu, épisodique, ou répétitif et se manifester clairement sur une période d'au moins 12 mois. Cette durée peut être raccourcie si tous les critères de diagnostic sont présents avec gravité des symptômes. »

Même si le trouble du jeu vidéo ne touche qu'une faible partie des usagers des jeux numériques ou des jeux vidéo, l'OMS met en garde sur le fait que *« tout joueur doit être attentif au temps passé sur les jeux, en particulier si ses activités quotidiennes en pâtissent, ainsi qu'à tout changement physique ou psychologique, sur le plan social et celui de sa santé, qui pourrait être attribué à un comportement de jeu. »*⁵⁵

A ce jour, sur 27 études réalisées entre 1998 et 2016 et dans 14 pays d'Europe, 8 pays d'Asie du Sud-Est, les Etats-Unis, et notamment l'Australie, le pourcentage moyen de prévalence est de 4,7 %.

En France, l'enquête PELLEAS menée en 2013 faisait déjà apparaître que pour 1 adolescent sur 8, l'usage des jeux vidéo est problématique.⁵⁶

L'inclusion des « gaming disorders » dans la CIM-11 est l'aboutissement d'un débat contradictoire parmi les scientifiques et entre l'industrie du jeu et l'OMS, bien résumé dans un article du « Journal of behavioral addictions »⁵⁷.

Cette reconnaissance implique que les États membres de l'OMS pourront désormais inscrire l'addiction aux jeux vidéo dans la liste des maladies éligibles à des actes diagnostiques et thérapeutiques de soins intégrés-dans la nomenclature des actes médicaux professionnels pris en charge et/ou remboursables, initier des plans de prévention, d'information et soutenir la recherche scientifique et le développement

55 - <http://www.who.int/features/qa/gaming-disorder/fr/>

56 - <https://www.drogues.gouv.fr/actualites/loms-reconnait-officiellement-trouble-jeu-video-gaming-disorder>

57 - *Journal of Behavioral Addictions* 7(3), pp. 556–561 (2018) DOI: 10.1556/2006.7.2018.59 First published online July 2, 2018

de protocoles de soins pour mieux appréhender, évaluer et atténuer les impacts, protéger les populations et réduire les préjudices liés à ce phénomène.

Les conséquences des conduites addictives sur les adolescents et les jeunes

Elles sont multiples, de nature diverse, souvent lourdes et invalidantes :

- Les conséquences sanitaires : elles dépendent, sur des temporalités différentes, des substances consommées avec des effets selon les cas stimulants et/ou relaxants et/ou désinhibants. Ainsi, la consommation de tabac aura plutôt des effets délétères sur la santé à long terme, n'impactera pas immédiatement les facultés cognitives et la mémoire, et n'aura quasiment pas d'effet « criminogène », le tabac ayant un effet psychoactif réputé purement stimulant. En revanche, la consommation de substances qui désinhibent comme l'alcool et certains psychotropes, même en dehors de l'addiction, peuvent avoir des effets délétères immédiats (accidents, intoxications aiguës, comas ...), ce qui en rend la consommation qu'elle soit abusive, unique ou régulière, potentiellement très dangereuse. Par ailleurs, il n'est pas rare que plusieurs substances soient associées donnant lieu à une pluralité de troubles psychiatriques (comorbidité). L'information sur les risques, l'éducation des enfants, associées à la sensibilisation et la participation active des parents auprès de la communauté éducative en appui sur des infrastructures médicales et associatives de proximité pour des réponses rapides aux besoins d'écoute, d'accompagnement et de traitement sont indispensables pour une protection active des jeunes et des adolescents.
- Les conséquences sociales : difficultés et décrochages scolaires, délinquance, et déstabilisation des relations intrafamiliales. Le désarroi, la sidération, les peurs et angoisses, l'incompréhension, la violence intrafamiliale suite à la découverte de la consommation de drogue par leur enfant peut faire basculer la famille dans une situation de blocage de la communication et de la coopération entre ses membres, de conflits entre parents et adolescents, de fixation sur le sujet de la consommation, avec une circulation émotionnelle familiale qui se stérilise et se fige.⁵⁸

En conclusion, il convient de retenir que l'enfance et l'adolescence sont des périodes cruciales du développement et que tout adolescent présente une « potentialité addictive »⁵⁹. Ainsi, la prévention des conduites addictives avec des substances ou sans (les « écrans », les jeux électroniques et vidéos...), doit commencer par la détection précoce des signes précurseurs d'un trouble du comportement et la prise en charge rapide dans le milieu naturel de l'enfant, c'est-à-dire la cellule familiale et l'école mais aussi dans les institutions qui hébergent et accompagnent des enfants en difficultés.

58 - Audition du Professeur Ghizlane Benjelloun, pédopsychiatre et enseignante chercheuse

59 - Idem.

La prévention des conduites addictives doit constituer une composante indissociable de la Politique publique intégrée de protection de l'enfance en tant que cadre d'action multipartite piloté par les pouvoirs publics, et devrait viser 3 grands objectifs :

1. **Prévenir les conduites addictives** : prévenir l'initiation à la consommation de substances psychoactives, la retarder au maximum dans le temps, éviter les usages réguliers de substances psychoactives, repérer les usages précoces et réguliers de substances psychoactives, diagnostiquer et prendre en charge les TDAH et, dans le même esprit, veiller à retarder, prévenir et contrôler les usages solitaires, fréquents et prolongés des écrans et des jeux vidéo.
2. **Développer les compétences psychosociales des enfants et des parents** en s'appuyant sur des données scientifiques, des approches structurées privilégiant l'interaction, sans stigmatisation et sans jugement moral, le but à atteindre, par rapport aux adolescents notamment, étant de développer leur résistance à l'influence éventuellement négative de leurs pairs, leurs capacités à résoudre des problèmes, à mieux gérer leurs émotions, à dépasser leurs peurs et angoisses, à prendre les meilleures décisions, à communiquer, à s'affirmer et à renforcer leur estime de soi. Par rapport aux parents il s'agit de les accompagner et de les guider, de les informer des dernières données scientifiques de manière appropriée pour qu'ils puissent dédramatiser, mieux comprendre ce qui se passe, mieux communiquer, mieux gérer les conflits et in fine mieux réagir à la situation qu'ils vivent.
3. *Développer une prise en charge au niveau territorial*, multidisciplinaire et multi parties prenantes adaptée pour éviter les dommages sanitaires et sociaux à court, moyen et long terme.

4. Vulnérabilités des femmes aux risques de l'addiction aux substances

Pas plus que pour les enfants et les adolescents, les vulnérabilités des femmes aux conduites addictives⁶⁰ ne font encore l'objet de dispositifs de prévention et de prise en charge en rapport avec la gravité et les conséquences des risques auxquels elles sont exposées. Les femmes sont en effet en situation de triple vulnérabilité :

- vulnérabilité sociale : elles sont exposées à des risques importants de subir des violences et abus sexuels, surtout en cas de précarité économique et usage de drogues.
- vulnérabilité particulière par rapport à la substance, les femmes atteindraient plus rapidement, d'après plusieurs recherches, le stade d'abus et de dépendance à la consommation de substances psychoactives (antidépresseurs, alcool, drogues).

60 - La majorité des données dans cette partie sont reprises de la présentation du Docteur Soumia Berrada, psychiatre et spécialiste en addictologie lors de son audition par le CESE sur la question « des addictions chez les femmes », le 22/01/2021.

- Vulnérabilité dite « étiopathogénique », du fait de facteurs neurobiologiques et hormonaux, comorbidité avec des troubles mentaux (dépression, troubles anxieux, ...).

Sur les plans cliniques, les effets des substances psychoactives sur la santé sont plus nocifs chez les femmes. A titre illustratif, les femmes du fait d'un volume de liquide corporel plus faible que celui des hommes métaboliseraient l'alcool différemment, ce qui entraîne un taux d'alcool plus élevé à quantité ingérée égale. Elles développent des problèmes de santé liés aux consommations, comme des maladies du foie liées à l'alcool, plus rapidement que les hommes (cirrhose après 10 ans de consommation contre 15 ans chez l'homme). L'alcool peut provoquer l'infertilité, des cancers du sein (2 fois plus) et des fausses couches. La consommation de tabac augmente le risque de cancer du col de l'utérus ou le cancer du sein. Il provoque également une baisse de la fertilité féminine et une augmentation des grossesses extra-utérines. La consommation des opiacés induit des cycles menstruels irréguliers voire une aménorrhée ce qui entraîne secondairement un risque plus élevé de grossesse non désirée chez les consommatrices. La consommation de substances psychoactives durant la grossesse peut avoir des effets sanitaires délétères sur le fœtus et le nouveau-né.

Selon certaines études⁶¹, les femmes seraient plus enclines à consommer des médicaments de prescription, comme les stupéfiants analgésiques et tranquillisants (par exemple, benzodiazépines) à des fins non médicales.

En 2020, les femmes et les filles représentaient un tiers des usagers de drogues dans le monde mais seulement un cinquième des personnes bénéficiant de traitement. Ces difficultés d'accès aux traitements est le fait d'importants obstacles structurels, sociaux, culturels et personnels.⁶²

Selon les données de l'Office des Nations unies contre les Drogues et le Crime, à l'échelle mondiale la proportion des femmes en prison pour des affaires liées aux drogues est bien plus importante que celle des hommes. Ce taux serait de 35% pour les femmes contre 19% pour les hommes. Cette proportion ne se retrouve pas au Maroc, les femmes étant très minoritaires parmi la population incarcérée pour des motifs liés à la consommation de drogues, avec un taux de l'ordre de 2% (voir section suivante).

61 - UNDOC rapport 2020 « usage des drogues et genre »

62 - *Idem*

A higher proportion of women than men are in prison for drug-related offences



Source: Based on Roy Walmsley, "World prison population list", 11th ed. (Institute for Criminal Policy Research, 2016) and Roy Walmsley, "World female imprisonment list", 4th ed. (Institute for Criminal Policy Research, 2017). Share of prisoners for drug offences based on 50 Member States (UNODC, Special data collections on persons held in prisons (2010-2014), United Nations Surveys on Crime Trends and the Operations of Criminal Justice Systems (UN-CTS).

Les traitements s'adressant spécialement aux femmes enceintes ne sont disponibles que dans 31 % des pays et ceux destinés aux travailleuses du sexe dans seulement 26 % des pays. Il y a également peu de données quantitatives spécifiques et peu de recherches qualitatives.

Encadré n° 3 : Les femmes confrontées à la solitude et la stigmatisation

Qu'elles soient « riches, pauvres, jeunes et moins jeunes, célibataires, mères de famille... elles partagent deux points communs, une vulnérabilité psychologique et une addiction. Rien ne les prédisposait pourtant à perdre le contrôle de leur vie et de leur être » observait une excellente enquête de Zineb Ibnouzahir Lahlou⁶³ publiée en 2015 par le magazine « Femmes du Maroc ». L'enquête avait été menée auprès de, l'hôpital Arrazi de Salé, le seul qui à ce jour et depuis 2009 consacre aux femmes une unité de désintoxication. La quasi-absence dans le Royaume d'unités de soins pour les femmes ne signifie pas l'absence d'addiction parmi les Marocaines ni que celles-là n'ont pas besoin de prise en charge médicale et d'accompagnement. Elle est l'illustration du puissant tabou qui empêche les femmes en situation de dépendance, encore plus que les hommes, de faire part de leur détresse et de solliciter de l'aide. Le même tabou pèse sur l'entourage familial et sur l'environnement professionnel qui, le plus souvent, ne savent, ne veulent, ni ne peuvent identifier et aborder le sujet en tant que problème de santé. L'addiction est stigmatisante, honteuse, culpabilisante, tant dans le regard des femmes sur elles-mêmes que de la part de leur entourage, au lieu d'être considérée et traitée pour ce qu'elle est – c'est-à-dire une maladie lourde, à forts risques de rechutes même après traitement médical.

63 - Zineb Ibnouzahir Lahlou, « Des femmes dans l'enfer de l'addiction », « Femmes du Maroc », 2015, <https://femmesdumaroc.com/enquete/des-femmes-dans-lenfer-de-laddiction-2527>

Même si le nombre de personnes en situation de dépendance addictive semble plus élevé parmi les hommes que les femmes, on retrouve parmi elles les mêmes catégories de déterminants et la même dynamique d'exacerbation des vulnérabilités, notamment au tabac et à l'alcool, mais aussi aux psychotropes et aux anxiolytiques, de même que se développent parmi elles les addictions comportementales, la dépendance pathologique aux jeux de hasard, aux jeux en ligne sur internet, mais aussi le « workaholisme », les achats compulsifs, les troubles du comportement alimentaire (boulimie, anorexie), le sport extrême ou intensif, l'addiction sexuelle...

Le développement des conduites addictives avec ou sans substances, pour les femmes comme pour les hommes, ne résulte pas seulement de la mondialisation des usages de substances et de technologies addictives, mais aussi du déficit d'information, d'éducation et de prévention contre le danger des drogues et des conduites addictives dans un contexte d'explosion, de sophistication des offres et des techniques de ciblage et manipulations publicitaires et psycho-cognitives en direction des consommateurs des substances et des addictives de tous les âges et de tous les milieux sociaux.

Au Maroc, il n'existe pas encore de stratégies spécifiquement dédiées à la prévention et la prise en charge des femmes, et une seule structure leur a été jusqu'ici dédiée par le service d'addictologie de Salé qui a créé une « unité femmes ». Dans le secteur médical privé, le traitement des femmes et des hommes est indifférencié.

Nos recommandations découlant de ces observations portent sur :

- L'allocation de ressources spécifiques pour le développement et l'actualisation d'enquêtes épidémiologiques sur la vulnérabilité, la protection particulière et le développement de protocole d'accueil et de soins des femmes en situation de dépendance,
- L'allocation de budget pour le dépistage précoce et l'accompagnement des femmes et la création de départements d'accueil et de soins mères-enfants,
- La formation et le recrutement de ressources humaines spécialisées,
- Le développement de campagnes de prévention et de sensibilisation ainsi qu'un dépistage précoce et un accompagnement mère-enfant.

5. Addictions parmi la population carcérale

La population des détenus est vulnérable aux risques liés aux addictions, en raison de la précarité psychosociale caractérisant souvent les parcours individuels des personnes détenues, des pressions psychologiques en rapport avec la privation de liberté, les conditions de vie et les effets des sureffectifs dans les lieux de détention ainsi qu'en raison des effets du mimétisme pouvant pousser à la découverte puis à l'habitude de consommation de substances psychoactives.

Au Maroc, la population carcérale était estimée au 31/12/2020 à 84.990 personnes détenues, dont 97,52% de sexe masculin (82.880 personnes) et 2,48% de sexe féminin (2.110 personnes). La majorité des détenus (95,30%) était âgée de plus de 20 ans, soit 80.996 personnes détenues, tandis que 4,70% étaient âgés de moins de 20 ans, soit 3.994 personnes. Près de la moitié de la population carcérale (45,70%) se trouvait en détention préventive (38.837 personnes) et 54,30% exécutaient une peine prononcée à leur encontre par les tribunaux ou faisaient l'objet d'une décision de contrainte par corps (46.153 personnes).⁶⁴ Le flux (turnover) de détenus arrivant dans les établissements pénitentiaires en 2020 était de 104.917 nouveaux détenus.

Les détenus pour commerce et consommation de drogues représentent respectivement 30% et 34% du total du nombre de nouveaux détenus arrivant dans les établissements pénitentiaires, la majorité (97%) étant de sexe masculin contre 3% de femmes. Les détenus condamnés pour des affaires liées aux drogues représentaient en moyenne 18% de la population carcérale globale entre les années 2016 et 2020. 90% d'entre eux étaient détenus pour des motifs de commerce de drogue tandis que 10 étaient détenus pour des motifs de consommation (voir tableaux ci-dessous).⁶⁵ Pour ces deux catégories de détenus les pourcentages de femmes ne dépassaient pas 2%.

Évolution du pourcentage des détenus pour commerce et consommation de drogues par rapport à la population carcérale globale (2016-2020)

	2016	2017	2018	2019	2020
Population carcérale globale	78.716	83.102	83.757	86.384	84.990
Détenus condamnés dans des affaires de drogue	15.304	14.997	15.255	16.199	14.274
Pourcentage	19%	18%	18%	19%	17%
Détenus condamnés pour commerce de drogue	14.201	13.818	13.922	14.152	12.533
Pourcentage	93%	92%	91%	87%	88%
Détenus condamnés pour usage de drogue	1.103	1.179	1.333	2.047	1.741
Pourcentage	7%	8%	9%	13%	12%

64 - Données présentées par Dr. Abtal Taoufiq, chef de Division Action Sanitaire à la Délégation Générale de l'Administration Pénitentiaire et de la Réinsertion, lors de son audition par le CESE le 25/08/2021.

65 - Idem

Évolution des effectifs des détenus condamnés pour consommation de drogue (2016-2020)

	2016		2017		2018		2019		2020	
Sexe	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Total	1.085	18	1.164	15	1.314	19	2.015	32	1.719	22
Total	1.103		1.179		1.333		2.047		1.741	
Pourcentage	98%	2%	99%	1%	99%	1%	98%	2%	99%	1%

Il y a lieu de souligner, néanmoins, qu'il existe des détenus incarcérés pour des crimes ou délits qui ne portent pas sur le commerce et la consommation des drogues mais qui se trouvent en situation d'addiction, notamment aux stupéfiants.

La problématique de la consommation des drogues est sous revue de la direction générale des prisons qui a conduit deux études sur ce sujet. Une première évaluation a porté en 2015 **sur la consommation de stupéfiants et des risques qui lui sont liés**. Elle a concerné 5 établissements pénitentiaires⁶⁶ et montré que 13,45% des détenus consomment effectivement 4 sortes de drogues (cannabis ; cocaïne ; héroïne ; psychotropes) répartis comme suit : 31,88% des détenus addicts consomment du cannabis ; 11,91% des psychotropes ; 5,76% de l'héroïne ; et 4,24% de la cocaïne. Par ailleurs, 82,66% des détenus consomment du tabac. **Une deuxième étude réalisée en 2018 réalisée par la Délégation Générale de l'administration pénitentiaire et de la réinsertion et portant sur la prévalence des troubles mentaux chez la population carcérale, a établi une corrélation entre d'une part la consommation de stupéfiants et les troubles mentaux et d'autre part entre la consommation de stupéfiants et la récidive**. Ainsi, le pourcentage des détenus présentant à la fois des troubles mentaux et une addiction aux stupéfiants est de 74% chez les hommes, 44% chez les femmes, et 88% chez les mineurs. Le pourcentage d'addiction aux drogues chez les « récidivistes »⁶⁷ est de 72% chez les hommes, 69% chez les femmes et 100% chez les mineurs. Ce taux spectaculaire souligne l'absence de prise en charge médico-psychosociale en milieu carcéral des mineurs détenus pour cause de consommation ou de trafic de drogue et, non moins grave, l'effet criminogène de la détention sur les jeunes.

En l'absence d'un identifiant national⁶⁸ des détenus, on ne dispose pas de statistiques précises concernant la récidive au Maroc. Cela dit, l'administration pénitentiaire estime aujourd'hui ce taux à 33%.

66 - Il s'agit de la prison locale de Nador, celle de Tétouan, de Tanger, de Aarjat et de Ain Sebaa à Casablanca.

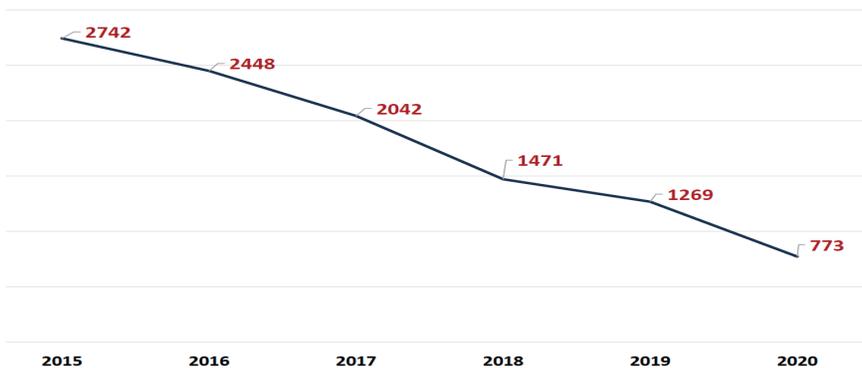
67 - On entend par récidive, sur le plan légal, « la perpétration par un individu du même crime ou délit à moins d'un an d'intervalle ».

68 - La mise en place en cours d'un système d'identifiant national permettra dans les années futures d'avoir une estimation précise du taux de récidive.

Aussi en matière de lutte contre le phénomène des addictions et de prévention de ses effets sur les détenus, la DGAPR a développé une approche articulant des objectifs à la fois sécuritaires et préventifs ; curatifs/préventifs ; et d'intégration/réhabilitation.

L'**approche sécuritaire/préventive** revendique pour objectif de « neutraliser » la poursuite en détention des activités de vente et de consommation de stupéfiants, le moyen principal étant de lutter contre l'introduction de drogues au sein des prisons, à travers notamment le renforcement des opérations de fouille, de détection par scanner, de surveillance électronique, d'installation de grillages sur les fenêtres et autour des cours et d'interdiction et, depuis 2018, de l'interdiction de l'entrée des paniers alimentaires des familles de détenus rendue possible par la concession du service de restauration à des prestataires privés⁶⁹. Ces mesures ont permis la réduction par 3,5 fois les introductions de substance psychotropes au sein des établissements pénitentiaires, comme l'indique le graphique ci-dessous. La suspension des visites, en lien avec les mesures sanitaires pour cause de pandémie de COVID-19, a également contribué aussi à cette réduction.

Évolution des cas de saisie de drogues au sein des établissements pénitentiaires entre 2015 et 2020.



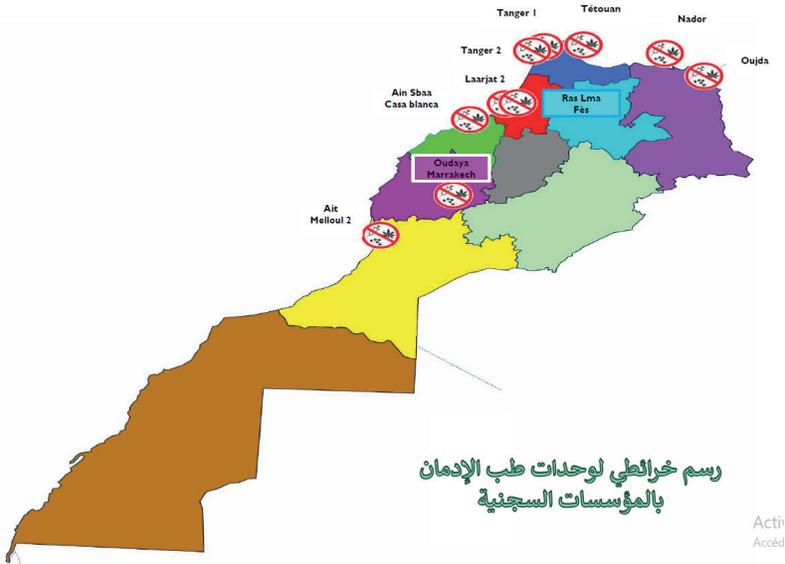
Source : DGAPR

L'**approche curative/préventive** vise à apporter un soutien aux détenus en situation de sevrage forcé du fait de leur détention. A ce titre, certains centres de détention ont rendu possibles les traitements de substitution par méthadone, se conformant ainsi à la stratégie nationale définie par le ministère de la Santé pour la réduction des risques

69 - Avant, les établissements pénitentiaires devaient gérer un flux d'environ deux millions de paniers. Les difficultés de procéder à une fouille minutieuse de tous ces paniers augmentait les risques d'introductions de drogues au sein des prisons. Vu le flux important de paniers, le nombre limité d'employés, et l'impératif de garder le temps d'attente des familles en visite à des délais raisonnables, la DGAPR a amorcé en 2017 des expériences pilotes d'interdiction des paniers alimentaires. Cette initiative a été favorablement accueillie par les familles de détenus.

liés à l'usage des drogues, particulièrement les drogues injectables. La première unité de soin par méthadone à destination de la population carcérale a été inaugurée en 2011 au sein de la prison locale de Ain Sebaa à Casablanca⁷⁰. En 2016, 4 nouvelles unités de traitement par méthadone ont été ouvertes, puis 5 autres en 2018, donnant lieu à un total de 10 unités.

Cartographie des unités d'addictologie au sein des unités carcérales



Aujourd'hui, la DGAPR dispose de 14 médecins diplômés en addictologie. Des formations ont été dispensées au profit de 245 médecins et dentistes, de 100 psychologues, de 156 infirmiers ainsi qu'au profit des fonctionnaires de l'administration pénitentiaire. Parallèlement entre 2015 et 2020 plusieurs campagnes de sensibilisation sur les risques et dangers du tabac et autres substances addictives ont été menées auprès des personnes détenues.

Le développement des unités d'addictologie et le traitement par méthadone au sein des établissements pénitenciers a bénéficié à 267 détenus dont 6 femmes en 2020.

70 - Sachant que la stratégie nationale du ministère de la Santé a démarré en 2010.

Effectifs des détenus traités par méthadone entre 2016-2020

	2016	2017	2018	2019	2020
Bénéficiaires	75	123	152	187 (dont 3 femmes)	267 (dont 6 femmes)

Source : DGAPR

L'effectif de la population carcérale dépendant de psychotropes est estimé à 6%. En l'absence d'enquête rigoureuse, la frontière est difficile à déterminer entre la consommation de ces substances à titre de soins de troubles psychiques avérés ou à titre de substituts aux drogues. La difficulté est réelle pour l'administration pénitentiaire de conduire cette distinction pour assurer la dispensation supervisée et rigoureusement dosée des substances psychoactives aux détenus qui en expriment le besoin. L'amélioration de situation implique la mise en place d'un dispositif médico-administratif approprié. Elle met en exergue l'acuité de la problématique du système de santé mentale dans notre pays et les déficits en structures d'accueil, de prise en charge et en ressources humaines qualifiées.

L'approche intégrative/réhabilitante vise à compléter les deux approches précédentes en favorisant des trajectoires destinées à faciliter la réinsertion des détenus grâce à l'apprentissage et l'exercice d'une activité ou d'un métier. Durant les cinq dernières années, 35% des détenus ayant bénéficié d'un programme de réhabilitation étaient incarcérés pour des motifs en lien avec des affaires de drogues.

En dépit des avancées permises par la mise en œuvre de cette stratégie d'importantes contraintes persistent en termes de :

- Ressources financières, insuffisantes pour acquérir les équipements électroniques nécessaire à la lutte contre l'introduction de drogues au sein des établissements pénitentiaires ;
- Ressources humaines spécialisées et qualifiées insuffisantes (médecins et infirmiers spécialisés dans les maladies mentales et psychiques, psychologues et assistants sociaux) pour prendre en charge de façon appropriée la population carcérale en situation d'addiction aux substances psychoactives ; les spécialistes en addictologie sont très rares et la plupart des médecins de la DAGPR sont généralistes tandis que le secteur est très peu attractif pour des médecins externes ;
- Absence de généralisation des centres et unités d'addictologie au niveau de toutes les régions du Royaume ;
- Faiblesse du niveau de scolarisation des détenus pour crimes ou délits en lien avec la drogue, ce qui limite les possibilités de les faire bénéficier des programmes de réinsertion disponibles au sein des établissements pénitentiaires ;

- Difficultés de réhabilitation que rencontrent les détenus titulaires de diplômes de formation professionnelle ou d'enseignement supérieure et qui entravent leur accès au marché du travail. Les anciens détenus, malgré les efforts déployés pour leur réinsertion se retrouvent durablement stigmatisés par leur casier judiciaire.
- Rareté des associations de la société civile agissant dans le champ des drogues et de la réduction des risques liés à leur consommation et à l'accompagnement des personnes en situation d'addiction.

Ces contraintes nécessitent d'être levées à travers notamment :

- Le renforcement des ressources matérielles et humaines de la DGAPR qui concentre une part importante de la population souffrante et payant les frais de conduites addictives ;
- La généralisation des traitements par substitution au niveau de tous les établissements pénitenciers et la possibilité d'accès aux soins aux services adéquats à toute personne dépendante qui en exprime le souhait ;
- L'opérationnalisation du dispositif d'injonction aux soins et des peines alternatives aux peines privatives de liberté pour les délits de consommation de drogues ;
- Le renforcement du rôle du secteur privé dans le soutien de la stratégie déployée par le gouvernement pour la lutte contre les drogues et la réhabilitation des anciens détenus ou usagers de drogues ;
- L'adhésion des associations de la société civile et des médias pour soutenir les efforts déployés dans la lutte contre les addictions.
- La mise en œuvre des recommandations des instances publiques en rapport avec le sujet et la publication de guides permettant de :
 - Unifier les concepts et les définitions ;
 - Clarifier le cadre référentiel national et international ;
 - Faire connaître la typologie des addictions et leurs classifications ;
 - Sensibiliser sur les risques liés aux addictions ;
 - Déterminer le rôle et la responsabilité des différents acteurs ;
 - Etablir une grille d'évaluation des programmes de prévention, prise en charge et réhabilitation.

6. L'addiction au cannabis

Le cannabis ou chanvre indien est, après le tabac, le psychotrope le plus consommé au Maroc et à l'échelle internationale, et dont le Maroc est considéré comme un des principaux producteurs mondiaux. Cette plante qui poussait traditionnellement à l'état sauvage en zones tropicales et tempérées est l'objet depuis quelques années d'hybridation et de modifications génétiques visant à en renforcer le rendement et la teneur en substances psychoactives. L'époque n'est plus où la consommation de la feuille de cannabis naturelle et à faible teneur en principe actif était un usage populaire à caractère récréatif relevant de la sociabilité.

Des recherches récentes ont établi certaines vertus thérapeutiques du cannabis et ses dérivés : antiémétique pour soulager les nausées liées à la chimiothérapie ; stimulant de l'appétit dans certaines maladies comme le cancer ou le SIDA ; analgésique ; antispasmodique et relaxant musculaire ; soulagement du syndrome de la Tourette (tics moteurs et verbaux) ; anticonvulsivant (épilepsies) ; diminution de la pression intra-oculaire (glaucome)⁷¹. Mais le cannabis est une drogue dont la consommation régulière peut induire des altérations durables du comportement; un syndrome dit « amotivationnel » (apathie, passivité, indifférence, perte d'intérêt et de motivation, manque d'initiative, baisse du rendement dans les études ou le travail, déficits de la mémoire, de l'attention et de la concentration); des problèmes respiratoires et cardiovasculaires; des perturbations du système endocrinien; l'affaiblissement du système immunitaire; l'accroissement du risque de certains cancers.

La consommation fréquente de doses élevées de cannabis entraîne donc une dépendance, même si elle peut paraître relativement modérée. Le syndrome de sevrage plus limitée que pour d'autres psychotropes se caractérise néanmoins par des maux de tête, de la perte d'appétit, de la transpiration, des nausées, de l'insomnie, de l'agitation, de l'anxiété, de l'irritabilité et des tremblements.

La dépendance au cannabis, compte tenu de l'interdiction légale de sa consommation, ne fait pas partie des affections de longue durée officiellement reconnues au Maroc et son absence de la nomenclature des actes médicaux est invoquée par les assurances privées en charge de la gestion de l'assurance-maladie et par certaines mutuelles de santé pour en refuser la prise en charge et le remboursement des traitements de soins et des médicaments.

Le contexte marocain

L'échec de la politique répressive visant l'éradication du cannabis, la reclassification de cette substance par la Commission des stupéfiants de l'ONU, la légalisation de sa production et/ou de son usage dans de nombreux pays, l'accroissement de sa production à l'international, les opportunités du marché légal local et international du cannabis à usage thérapeutique, cosmétique ou textile ont conduit le Maroc à

71 - *Ibid.*

reconsidérer la prohibition de principe de la production de cannabis en faveur d'un cadre légal à la fois plus réaliste, économiquement et socialement plus avantageux pour les régions de production et leur population. La loi 13.21 relative aux usages licites du cannabis a été promulguée le 14 juillet 2021. Elle vise, en réglementant les usages industriels et pharmaceutiques du cannabis, à réduire l'offre illicite, à développer une chaîne de valeur du cannabis à forte valeur ajoutée, et à positionner le Maroc sur les marchés internationaux structurés et transparents de cette plante et de ses dérivés.

Prévalence de la consommation de cannabis au Maroc

L'Observatoire marocain des Drogues et des Addictions, dont le dernier rapport, publié, remonte à 2014 et dont le site n'est plus mis à jour depuis cette date, estimait en 2014 le nombre d'usagers de cannabis à 800.000 personnes ; ce chiffre est très largement dépassé aujourd'hui.

L'édition 2017 de l'enquête MedSPAD sur l'usage des substances psychoactives auprès des adolescents scolarisés au Maroc réalisée auprès d'un échantillon de 7.000 élèves de 15 à 17 ans a révélé que 9% de la population interrogée a déclaré avoir consommé du cannabis au moins une fois dans leur vie (contre 9,4 en 2013 et 9,2 en 2009)⁷².

Dans la région d'Erfoud-Rissani, une enquête réalisée en 1995 auprès de 2.000 adultes a révélé que 43,5% des enquêtés avaient consommé du cannabis au moins une fois dans leur vie. L'enquête nationale sur l'usage des drogues en milieu psychiatrique effectuée en 1992 sur 3400 patients hospitalisés ou consultant dans 13 services psychiatriques a retrouvé que 19,26% des patients avaient consommé du cannabis⁷³.

Une enquête réalisée par l'Economiste-Sunergia en 2020 auprès d'un échantillon de 1.000 personnes a révélé que 32% (26% de femmes et 38% d'hommes) des interviewés connaissent quelqu'un dans leur entourage qui consomme du cannabis. Ce taux est de 33% chez les jeunes contre 20% chez les seniors, et de 36% chez les catégories socio professionnelles A/B⁷⁴.

Une enquête réalisée en 1992 sur l'usage du tabac, du cannabis et d'autres drogues auprès de 2.446 personnes âgées de 18 à 37 ans a révélé que 3% des enquêtés ont eu une consommation ponctuelle de cannabis, et 0,8% une consommation abusive. En 1991, une enquête réalisée auprès d'enfants en situation de rue, de sexe masculin, âgés de 8 à 13, ans, a révélé une consommation de cannabis chez 20% des sujets.

Une étude sur la toxicomanie féminine en milieu universitaire à Rabat réalisée auprès d'un échantillon de 1208 étudiantes a révélé que 11,6% des personnes sondées consomment du cannabis⁷⁵.

72 - <https://www.coe.int/fr/web/pompidou/mednet/medspad>

73 - Fatima El Omari et Jallal Toufiq, « Le cannabis au Maroc : Historique et épidémiologie », in : Emmanuel Streeb et al., Cannabis, De Boeck, 2008.

74 - <https://groupe-sunergia.com/market-insights/consommation-cannabis-maroc-vision-futur/>

75 - Salwa Kijiri et al. « La toxicomanie féminine en milieu universitaire », La Revue de Santé de la Méditerranée orientale, Vol. 11, N°3, 2005.

Une enquête réalisée en 2005 auprès de 418 étudiants de l'Université Cadi Ayyad de Marrakech a révélé un taux de 9,8 de consommation de cannabis. 63% des concernés ont consommé cette substance pour la première fois entre 15 et 18 ans, 4,9% avant 15 ans, 29,3% entre 18 et 21 ans, et 2,4% après 21 ans. 51,2% d'entre eux en consomment de manière régulière (34,1% hebdomadaire et 17% quotidienne)⁷⁶. Une étude menée auprès de 371 étudiants de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat en 2015 a révélé une consommation de cannabis chez 13% de la population enquêtée⁷⁷.

L'enquête nationale de prévalence des troubles mentaux dans la population générale marocaine réalisée par le ministère de la Santé en 2005 a révélé une prévalence d'abus de substances psychoactives de 3%. Elle ne précise pas la part du cannabis dans ce pourcentage, mais cette substance reste le produit illicite le plus consommé au Maroc.

Ce patrimoine d'enquêtes illustre à la fois l'intérêt porté par une pluralité d'acteurs à l'observation et la compréhension sociologique et médicale du phénomène de la consommation de cannabis au Maroc mais fait ressortir aussi la pauvreté de l'information officielle sur le sujet, la limitation des périmètres de recherche, l'hétérogénéité des méthodes et la discontinuité des bases de données ne permettant pas au final de disposer d'une image claire sur la situation marocaine, les mécanismes et les conséquences de la dépendance au cannabis.

Recommandations

- Ériger clairement la dépendance au cannabis en trouble de santé mentale éligible à prise en charge médicale ;
- Instituer, auprès du Ministère de la Santé, un Observatoire national de la consommation de cannabis chargé de la veille sur la nature, le taux de substances actives, les effets, la prévalence, l'information du public et des consommateurs, l'offre de soins et les traitements effectivement accessibles aux personnes en situation de dépendance ;
- Développer les programmes d'information et de prévention à l'attention des jeunes, des éducateurs et des parents sur la toxicité du cannabis et de la résine de cannabis et sur les règles et symptômes permettant d'identifier les premiers signaux de dépendance ;
- Prendre acte de la réalité massive de l'usage récréatif du cannabis et en réguler la consommation par voie législative, administrative et sanitaire, notamment en contrôlant la commercialisation, en interdisant la vente et la distribution aux jeunes de moins 25 ans, en plafonnant autorisés les taux de THC

76 - Mohammed Essaid Gourani, *Approche épidémiologique de la toxicomanie en milieu universitaire à Marrakech*, thèse pour l'obtention du Doctorat en Médecine, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech, 2007.

77 - Ahmed El Yaakoubi, *Toxicophilie. Enquête auprès des étudiants de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat*, Thèse pour l'obtention du Doctorat en Pharmacie, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat, 2016.

- Renforcer l'arsenal judiciaire et pénal contre les trafiquants, les importateurs et vendeurs de cannabis de teneur en THC supérieure à la norme autorisée, en portant les peines applicables aux niveaux les plus élevés observés parmi les pays les plus actifs dans la protection de la population contre les addictions aux drogues.

7. L'addiction aux médicaments psychotropes et produits dits de synthèse

Des substances psychoactives, dites « produits de synthèse », le plus souvent de composition principalement chimique se sont multipliées à la faveur de leur importation par des réseaux criminels, de détournements des circuits de commercialisation de produits pharmaceutiques dont la prescription et la vente sont supposées être contrôlées et à la faveur de la croissance des ventes sur internet de produits pharmaceutiques et de produits qualifiés de « compléments alimentaires » à effets psychoactifs. La plupart de ces produits, dont près de 450 types sont identifiés en Europe et qualifiés en anglais de « research chemicals » ou de « designer drugs », revendiquent d'apporter à leurs consommateurs des effets selon les cas similaires à ceux des amphétamines, du cannabis, de la cocaïne, de la MDMA dite aussi « ecstasy », drogue composée de molécules chimiques produites dans des laboratoires clandestins dérivée des amphétamines).

Le phénomène envahissant du « Karkoubi »

Ce même phénomène a pris au Maroc, avec les produits désignés sous le vocable courant de « Karkoubi » des proportions à la fois impressionnantes, dramatiques et manifestement durables malgré le renforcement des mesures de contrôles aux frontières et les renforcements des sanctions pénales. Ces dernières ont pour limites, comme évoqué par ailleurs dans ce rapport de réprimer de façon indifférenciée les importateurs, les vendeurs, les revendeurs et les consommateurs quel que soit leur âge et sans que ces derniers puissent, dans les faits, bénéficier de l'injonction de soins ou des soins en milieu familial pourtant prévue par la loi du 21 mai 1974 (article 8). Selon diverses études, une des premières étant celle réalisée par le psychiatre Khalid Ouqezza, en 2009 la consommation de karkoubi touchait 3% de la population marocaine. Ces chiffres ont augmenté depuis à la faveur de l'explosion de l'offre et de la chute des prix elles-mêmes entraînant en retour l'explosion de la demande et de la consommation. Il n'existe pas dans le domaine public de revue exhaustive des produits dits de synthèse assortie de mise en garde à l'attention des jeunes en particulier sur leur dangerosité. Sont souvent évoqués le « Touar » qui aurait été ou serait importé de Libye et qui a pour effet de faire perdre tout sens de la réalité à son utilisateur ; le « Timssah », une version du « Krokodil » réputé provenir d'Algérie, « Al katila » un type de karkoubi mélangeant psychotropes en gouttes et cannabis et entraînant des comportements extrêmement violents. A fortes doses, ces

psychotropes « peuvent entraîner leur consommateur à commettre des folies, à avoir des réactions très agressives, d'une impulsivité incroyable » selon le Professeur Jalal Taoufik, directeur du Centre national de prévention et de recherche en toxicomanie⁷⁸. L'autre produit dominant au Maroc serait le Rivotril, distribué en forme de comprimés de couleur rouge, appelé «*Bola Hamra*», dont la molécule appartient à la famille des benzodiazépines. Le valium, qui est de la même famille, est lui aussi de plus en plus utilisé en détournement de ses fonctions thérapeutiques. Le Rivotril, importé d'Algérie et d'Europe, après sa diffusion initiale dans les grandes villes s'est désormais répandu dans les petites localités au tarif de 2 à 100 dirhams la pilule, ciblant les portes des collèges et des lycées.

Les vulnérabilités de la société et de l'Etat face aux drogues de synthèse

La quasi-totalité des substances désignées sous le vocable de Karkoubi ne sont pas formellement classées dans la catégorie des « stupéfiants », leur prescription par les ordonnateurs de soins, notamment les médecins de ville, ne sont pas soumises à un contrôle appuyé sur un système de *reporting* rigoureux, et leur consommation n'est pas prohibée. Ces substances demeurent ainsi hors du périmètre de la législation sur les stupéfiants. Au Maroc, et à l'instar de ce que font différents pays européens, une politique active à cet égard devrait consister soit à recenser pour les interdire au cas par cas, soit à les classer en une seule catégorie et à prohiber toutes les familles de molécules à effets psychoactifs similaires.

La publicité, la commercialisation et la distribution des produits de synthèse à partir d'internet constituent également un vif défi pour la protection de l'intégrité psychique et physique des jeunes, et pour la protection l'ordre public sanitaire et sécuritaire du pays. Ce défi est d'autant plus redoutable que les sites de vente en ligne utilisent des serveurs hébergés dans des pays aux législations permissives. Les stratégies de communication et le marketing agressif des vendeurs en ligne s'attaquent à des publics souvent vulnérables, insuffisamment alertés et peu formés au décryptage des promesses trompeurs et mensongers sur la composition et les effets des produits qu'ils proposent.

La fabrication des drogues de synthèse n'étant soumise à aucun contrôle ni à aucune norme de santé ou de sécurité, ces substances, dont la consommation en milieu hospitalier doit parfois être contrôlée au millimètre près, peuvent avoir des effets tragiques sur les consommateurs. En Europe, l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT) a identifié et surveille plus de 450 substances⁷⁹, l'apparition de plus de la moitié d'entre-elles datant de moins de cinq ans.

78 - <https://parismatch.be/actualites/societe/120807/le-karkoubi-la-drogue-de-la-violence-qui-inquiete-le-maroc>

79 - <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/nouveaux-produits-de-synthese/>

Recommandations

- Initier un Plan national d'urgence de prévention et de lutte contre les drogues de synthèse, dédié à l'information, la sensibilisation et la protection des jeunes, ainsi qu'au renforcement des mesures de prévention, de prise en charge et d'accompagnement sanitaire et psychosocial des patients et de leurs familles.
- Mettre sur pied un Observatoire en charge de la surveillance et de l'alerte sur la nature, la composition, les effets, la localisation et les modalités de distribution de ces substances,
- Développer un service national, doté de structures au niveau de chaque région et province du pays, dédié à l'accueil des personnes et des familles et à leur orientation et leur aide dans la prise en charge des soins contre l'addiction aux substances psychoactives

8. La dépendance au tabac

Le tabac qui est une des substances parmi les plus addictives au monde est le produit psychoactif le plus consommé au Maroc. Un fumeur régulier sur deux en moyenne meurt à cause de son tabagisme. Les deux seuls moyens de prévenir les risques liés au tabac, pour soi et pour son environnement, sont soit de ne jamais commencer à fumer, soit d'arrêter le tabac. L'addiction qu'il provoque est une double dépendance, d'une part à des substances inhérentes ou ajoutées au tabac par les fabricants de cigarettes et, d'autre part, à des gestuelles ritualisées et des comportements répétitifs du quotidien. Un cancer sur trois est dû au tabagisme, notamment le cancer des poumons, et d'autres cancers sont aussi le fait du tabac tels que les cancers de la gorge, de l'oropharynx, des lèvres, du pancréas, de la vessie, de l'utérus ou de l'œsophage. Il est la cause de plusieurs maladies cardio-vasculaires et constitue un des principaux facteurs de risque d'infarctus du myocarde. D'autres maladies peuvent être causées ou aggravées par le tabagisme, ulcères, diabète, hypercholestérolémie, hypertriglycéridémie, parodontites. Le caractère licite du tabac, les publicités et la communication souvent insidieuses valorisant selon les cas l'acte de fumer, la personnalité des fumeuses et des fumeurs, ou des actions auto-qualifiées de citoyennes par les industriels du tabac font partie de l'arsenal des arguments longtemps et aujourd'hui encore utilisés pour augmenter la consommation et l'effectif des consommateurs de tabac.

Des engagements contre les tabacs insuffisamment appliqués

6 millions de personnes fument au Maroc, dont 5,4 millions d'adultes et un demi-million de mineurs de moins de 18 ans. Environ 15 milliards de cigarettes sont consommées chaque année⁸⁰ d'une teneur en nicotine et en substances toxiques

80 - Mohamed Ben Amar, *Drogues. La réalité marocaine, Casablanca, La Croisée des Chemins, 2016.*

supérieures aux produits autorisés en Europe⁸¹. Ainsi par exemple les cigarettes importées de Suisse, dont le Maroc est le deuxième destinataire après le Japon et avant l’Afrique du Sud, soit 2 900 tonnes annuelles, ne se conforment pas à la norme imposée dans plusieurs pays dite des «10-1-10 » (soit un maximum par cigarette de 10 mg de goudron, 1 mg de nicotine et 10 mg de monoxyde de carbone). Les taux de ces trois composants dépassent ces plafonds au Maroc⁸². A ces constats, les industriels du tabac opérant au Maroc répondent qu’ils ne contreviennent pas aux exigences réglementaires applicables. En 2012, le gouvernement avait annoncé un projet de décret pour aligner les normes nationales sur les normes européennes et réguler la teneur du tabac en goudron, en monoxyde de carbone et en nicotine, mais ce texte⁸³ qui vient d’être récemment adopté par le Conseil du gouvernement le 06 septembre 2021 ne sera appliqué qu’à partir du 1er janvier 2024. A date, la teneur du tabac en nicotine est principalement contrôlée à des fins fiscales pour déterminer le taux de taxation applicable et non à des fins de protection contre les effets toxiques et addictifs des cigarettes. Cette situation conforte la critique adressée aux pouvoirs publics d’entretenir à l’égard du tabac une politique déséquilibrée, motivée par le volume des recettes fiscales, (11,1 milliards de dirhams de taxe Intérieure de consommation en 2020) davantage que par la protection de la santé des citoyens.

La lutte contre le tabagisme a été pourtant érigée en priorité nationale de santé publique, et inscrite dans le Plan National de la Prévention et du Contrôle du Cancer (PNPCC) 2010-2019 élaboré en partenariat entre la Fondation Lalla Salma de Prévention et de Traitement des Cancers et le ministère de la Santé. Ce plan comprenait 78 mesures dont 8 consacrées à la lutte contre le tabagisme (PNPCC 2010-2019).

Ampleur du tabagisme au Maroc

L’addiction au tabac est un phénomène massif au Maroc. Selon les informations fournies par le site de la Fondation Lalla Salma, plus d’un homme sur trois (31,5%) et 3,3% des femmes sont fumeurs. De plus, 41% de la population est exposée au tabagisme passif. Ces chiffres confirmés par le ministère de la Santé en 2018 ont été revue à la baisse au niveau de « l’enquête nationale sur les facteurs de risques communs des maladies non transmissibles (Ministère de la Santé 2017-2018) publiée en 2020. Selon les résultats de cette dernière enquête, la prévalence du tabagisme au Maroc est de 13,4% chez les adultes de plus de 18 ans, dont 26,90% chez les hommes et 0,4% chez les femmes. L’exposition au tabagisme passif dans les lieux publics et professionnels est quant à elle estimé à 35,6%.

81 - https://www.google.com/amp/s/www.liberation.fr/planete/2019/07/04/les-cigarettes-suisse-enfument-le-maroc_1737957/%3foutputType=amp

82 - *Idem*. L’article cite une enquête de l’association Public Eye dirigée par la journaliste Marie Maurisse, qui a réalisé des tests indépendants dans un laboratoire de Lausanne validé par l’OMS. Il évoque les exemples d’une Marlboro dite Light «made in Switzerland» fumée au Maroc qui contient 1,12 mg de nicotine, contre 0,79 mg pour une Marlboro Rouge en France. *Idem* pour le monoxyde de carbone, qui atteint 9,62 mg pour une cigarette Winston Blue au Maroc, contre 8,06 mg en France. Pour les «particules totales», dont le goudron, qui se trouve dans la fumée inhalée la différence est également frappante pour les Camel : leur teneur passe de 9,83 mg en France à 14,10 mg au Maroc.

83 - Décret n°2.21.235 fixant les taux maximums de goudron, de nicotine et de monoxyde de carbone dans les cigarettes.

Il n'existe pas de date de statistique sur les chiffres de décès directement imputables à la consommation de tabac mais 90% des cancers du poumon et 25% des insuffisances coronaires dont l'infarctus y sont directement liés.

Une étude sur la prévalence du tabagisme chez les collégiens et lycéens dans trois préfectures de Casablanca (Moulay Rachid; Sidi Othmane et Hay Hassani) a été réalisée en 2010⁸⁴. Elle a porté sur un échantillon stratifié de 576 élèves, avec une moyenne d'âge de 16,3 ans, et 55% de filles. L'enquête a révélé une prévalence de tabagisme chez la population sondée de 7,5% (11,4% chez les garçons, et 4,6% chez les filles). 15% des fumeurs avaient commencé à consommer du tabac avant 11 ans, 32,5% entre 11 et 14 ans, et 52,5% entre 14 et 18 ans. 63,4% dépensent plus de 10 MAD par jour pour le tabac, 22% entre 5 et 10 MAD, et 14,6% moins de 5 MAD.

La question des vendeurs de cigarettes au détail

Le développement de l'addiction au tabac n'est pas sans rapport avec la proportion très élevée de ventes au détail qui représentent 38% des cigarettes commercialisées au Maroc. Des estimations⁸⁵ non officielles évaluent à plus de 200.000 les familles qui tireraient leur subsistance de la vente de cigarettes au détail (vendeurs réguliers, gardiens de voitures, serveurs de cafés, vendeurs de fruits secs...). La vente de cigarettes au détail ne constitue pas qu'une infraction à la loi⁸⁶, elle provoquerait de fait un manque à gagner pour les recettes de l'Etat (une étude du cabinet KPMG estimait le manque à gagner pour l'Etat à 1,5 Mds MAD en 2017). Ce circuit constituerait aussi une source d'écoulement à la fois de cigarettes de contrebande, voire de cigarettes contrefaites et de substances stupéfiantes, souvent mélangées à d'autres produits dangereux pour la santé. De par leur disponibilité, leur proximité et l'accessibilité de leurs tarifs, les ventes ambulantes constituent une porte d'entrée des plus jeunes vers l'addiction au tabac et aux autres substances telles que le cannabis ou les drogues de synthèse.

Le miroir aux alouettes de la cigarette électronique et du tabac chauffé

Face à l'évidence de la toxicité de la cigarette fumée par combustion, les industriels du tabac ont développé des produits qu'ils présentent comme d'une « nocivité réduite », la cigarette dite « électronique » dont le principe est l'inhalation d'un aérosol créé par combustion de mélanges de substances sous forme liquide (nicotine et arômes ...) et, des inhalateurs des substances libérées par du tabac chauffé. Cependant l'OMS est catégorique à cet égard. La cigarette électronique de même que le tabac chauffé sont nocifs, comportant des substances cancérigènes,

84 - Zineb Serhier, Mohammed Bennani Othmani, Samy Housbane, Ihssane Lembachar, Mina Moumaris, « Tabagisme aux collèges publics de Casablanca », Santé Publique, Vol.24, N°3, 2021, pp. 219-228.

85 - Estimation de Al Rashideen International Holding Company, Emiratie-Marocaine pour l'industrie et la Distribution (EMID), filiale du distributeur exclusif des produits Philip Morris au Maroc

86 - L'article 24 de la loi n° 46-02 relative au régime des tabacs bruts et des tabacs manufacturés stipule que « le fractionnement du contenu des paquets de tabacs manufacturés, pour la vente au détail, est formellement interdit ».

et donnent lieu à, ou entretiennent la dépendance au tabac. L'OMS recommande⁸⁷ d'empêcher la promotion des inhalateurs électroniques de nicotine auprès des non-fumeurs, des femmes enceintes et des jeunes et d'éviter qu'ils n'utilisent ces produits. Elle préconise d'interdire les allégations sanitaires infondées au sujet de l'innocuité des inhalateurs électroniques de nicotine et du tabac chauffé et de veiller à ce que les mesures de lutte antitabac existantes ne soient pas infléchies par les intérêts commerciaux de l'industrie du tabac. De même, l'OMS recommande aux Etats de s'interdire tout partenariat avec l'industrie du tabac et d'interdire les activités décrites comme « socialement responsables » par cette industrie, y compris, mais non exclusivement, les activités prétendument menées au titre de la « responsabilité sociale de l'entreprise ». L'OMS recommande l'adoption d'une réglementation stricte et exhorte les Etats d'éviter de laisser «renormaliser» l'acte de fumer en société. 32 pays interdisent la vente des inhalateurs électroniques de nicotine et 79 ont adopté au moins une mesure pour en limiter l'usage comme l'interdiction de la publicité.

Pour un plan national d'urgence et une politique anti-tabac cohérente et volontariste

L'action contre les addictions et les conséquences sanitaires et sociales du tabac, pour être efficace, ne peut pas être une action fragmentaire ni ne devrait être durablement écartelée entre d'un côté le poids structurel de la rente fiscale prélevée par l'Etat sur le chiffre d'affaires de l'industrie du tabac et, d'un autre côté, l'extension des addictions au tabac, la mise en péril de la santé de la population, notamment des jeunes, le développement des cancers et des maladies directement et indirectement associées, ainsi que l'explosion des coûts des soins et des traitements des conséquences de la consommation de tabac.

Rompre avec l'inhibition légale et dépasser le primat de la rente fiscale pour respecter le droit à la vie et à la santé des citoyens

A date, et dans le cadre de la lutte contre la covid-19, la consommation de tabac non fumé (chicha) semble avoir été interdite dans les lieux publics. Cette initiative confirme la pleine capacité des pouvoirs publics à prendre et faire exécuter des mesures de protection de la santé publique, quand ils y sont déterminés par une volonté politique claire.

Le Maroc fait partie, avec le Danemark, la Géorgie, les Pays-Bas, le Portugal, le Sri Lanka, des six pays identifiés par l'OMS⁸⁸ comme ayant adopté une des meilleures pratiques de lutte contre le tabagisme grâce à la Taxe Intérieure sur la Consommation (TIC) sur le tabac. Les taxes sur le tabac représentent entre 73% et 78% du prix de vente des cigarettes et du tabac à rouler.

87 - *Contentieux relatifs à la réglementation des nouveaux produits du tabac et à base de nicotine : comparaison entre les pays [Litigation relevant to regulation of novel and emerging nicotine and tobacco products: comparison across jurisdictions]*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

88 - <https://www.who.int/fr/news/item/27-07-2021-who-reports-progress-in-the-fight-against-tobacco-epidemic>

La lutte contre le tabagisme ne progresse cependant que peu ou prou, les fabricants et les importateurs de cigarettes faisant preuve d'une capacité singulièrement élevée d'adaptation de leur narratif. Ainsi, s'ils consentent désormais à reconnaître explicitement la nocivité du tabac, ils prétendent développer des produits et des procédés d'une « toxicité réduite » au bénéfice des gens qui ne veulent ni ne peuvent arrêter de fumer et à l'attention desquels, de fait, ils perpétuent des offres orientées vers la mise ou le maintien en dépendance à l'égard du tabac.

Recommandations sur le tabac, en ligne avec les principes et les orientations de l'OMS :

Le CESE recommande l'activation d'un plan national d'urgence contre les addictions au tabac en appui sur les principes directeurs de l'OMS et les meilleures pratiques internationales, et comportant de façon combinée les mesures suivantes (en ligne avec la stratégie dite « MPOWER ») :

- **Observer (monitoring).** Mettre sur pied un observatoire national indépendant de la consommation des tabacs et d'évaluation des politiques de prévention ; encourager la recherche universitaire et les départements d'études des organismes publics et privés de protection sociale à développer des systèmes d'information et des programmes d'observation sur les effets et les coûts de la consommation du tabac.
- **Actualiser et donner sa pleine effectivité à la loi** contre le tabagisme (*Protecting*). Le Maroc fut le premier pays de la Région à adopter en 1991 une loi (15-91) interdisant de fumer dans les lieux publics et de diffuser de la publicité pour le tabac. Cette loi, promulguée et publiée en 1995, devait entrer en vigueur en 1996 mais aucun décret d'application n'a été adopté à cette fin. Elle fixait une liste de lieux où il est interdit de fumer, et prévoyait des amendes d'un montant très faible qui aurait besoin aujourd'hui d'être significativement augmenté. Cette même loi (article 2) prévoyait la détermination par décret des teneurs réglementaires des produits de tabac en nicotine et goudron. Un arrêté devait adopter la norme dite 10-1-10 (teneur maximum à 10 mg de goudron, 1 mg de nicotine, et 10 mg de monoxyde de carbone) mais il est à son tour demeuré à l'état de projet depuis 2012. On a appris que le Conseil de gouvernement, lors de sa réunion du lundi 6 septembre 2021, avait adopté le décret (n°2.21.235) fixant les taux maximums de goudron, de nicotine et de monoxyde de carbone dans les cigarettes. L'application de ce projet devrait imposer l'inscription obligatoire sur les paquets de cigarettes de leur teneur en monoxyde de carbone en plus des données déjà obligatoires relatives aux taux de nicotine et de goudron. Dans sa version actuelle, la législation sur le tabac n'édicte aucune interdiction de vente des produits de tabac aux mineurs (l'Alliance nationale de lutte contre les drogues avance le chiffre de 500.000 mineurs fumeurs au Maroc). Il convient par ailleurs de relever que deux propositions visant à amender la loi n°15-91 ont été déposées

respectivement devant la Chambre des Représentants en date du 14/12/2007, et devant la Chambre des Conseillers en date du 24/11/2015. Ce second texte fut soumis à la Commission de l'Enseignement des Affaires Culturelles et Sociales de la Chambre des Conseillers le 14/01/2016. Son examen a été inscrit à l'ordre du jour de la commission concernée de la Chambre des Conseillers le 23/05/2018, mais a été reporté à une date indéterminée. Il proposait un élargissement de la liste des lieux publics concernés par l'interdiction de fumer (art. 3), soumettait la production ou l'importation des produits de tabac à des analyses certifiant le respect des normes en matière de teneur en nicotine et goudron (art.6), interdisait la fabrication, l'importation et la vente de friandises ou de jouets pour enfants sous forme de produits de tabac (art.7), interdisait la vente de cigarettes à moins de 500 m d'une école ou dans un kiosque d'un établissement scolaire, de santé ou dans tout établissement public (art.8), interdisait la vente de produits de tabacs à des jeunes de moins de 18 ans (art.9). Cette proposition de loi dont le CESE recommande la réactivation sans délai prévoyait aussi des augmentations substantielles des amendes, et l'affectation de leur produit au financement des établissements de santé et aux organismes de recherche scientifique.

- **Aider les personnes** (*Offering*) qui veulent arrêter de fumer. Le tabagisme est une addiction dont le traitement justifie d'être inscrit dans la nomenclature des actes médicaux reconnus et pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie qu'ils soient gérés par des établissements publics ou des entreprises privées. Les autorités publiques en charge de la santé et de l'éducation, ainsi que les organismes de protection sociale devraient conjointement développer des programmes de soins et des protocoles de traitement dédiés à l'information sur les dangers et à l'arrêt de la cigarette.
- **Alerter** (*Warning*) sur les méfaits du tabac : les autorités en charge de la régulation de la communication audio-visuelle, des publicités et des productions audiovisuelles doivent alerter les images trompeuses et les messages subliminaux qui font la promotion du tabac. Les allégations des entreprises du secteur du tabac sur leurs engagements dits sociétaux et/ou de responsabilité sociale doivent être rigoureusement interdits et leur responsabilité éthique et morale questionnée chaque fois qu'elles revendiquent de servir la liberté ou de contribuer au bien-être des personnes dépendantes du tabac,
- **Interdire la publicité** (*Enforcing*), en faveur de consommation du tabac et sa promotion sous quelque forme que ce soit et prohiber le parrainage par les industriels du tabac de tout évènement public;
- **Augmenter régulièrement et drastiquement** (*Raising*) les taxes sur le tabac et en fléchir une partie significative (30 à 40%) en direction du renforcement du cadre légal, de l'information, de la prévention et du contrôle de l'application des lois et règlements de lutte contre le tabagisme, ainsi qu'en faveur du développement d'activités de substitution pour les marchands ambulants de tabac.

- Créer un fonds d'aide aux victimes du tabagisme financé à hauteur d'au moins 10% (1 milliard de dirhams) des recettes annuelles des taxes et impôts sur les tabacs.

9. La dépendance à l'alcool

L'alcool est la troisième substance psychoactive la plus consommée au Maroc, après le tabac et le cannabis. 350.000 personnes, soit 1,4% de la population marocaine âgée de plus de 15 ans, souffrent de dépendance à l'alcool (alcoolisme)⁸⁹. Ce phénomène concernerait 2% des plus de 15 ans.⁹⁰

Selon l'OMS, l'usage abusif d'alcool est la cause de 5,9% des décès dans le monde, soit près de 3,3 millions de décès par an. Il constitue en outre un facteur de risque dans plus de 200 pathologies⁹¹. Il est en cause dans de nombreux troubles comportementaux et mentaux, des traumatismes, et des maladies non transmissibles. Des liens de causalité ont récemment été établis entre l'évolution du sida ou la prévalence de la tuberculose et d'autres maladies infectieuses et entre l'usage nocif d'alcool. L'usage abusif d'alcool impacte également les conditions économiques et sociales des individus et de leur entourage.

Prévalence de la consommation et de la dépendance à l'alcool au Maroc

Selon l'OMS, la consommation de boissons alcoolisées au Maroc était en 2016 de 0,6 litre par personne et par an. Rapporté à la population des consommateurs de plus de 15 ans, le chiffre est de 24,5 litres par personne (29,2 l pour les hommes, et 10,6l pour les femmes) par an. Cette consommation consistait en 43% en bières, 40% de vins et 17% de spiritueux. Selon cette enquête, la consommation excessive d'alcool concernerait 0,5% de la population totale (plus de 60 g d'alcool dans les 30 jours précédant l'enquête). Ce chiffre est de 0,9% pour les hommes, et 0,1% pour les femmes. Mais rapporté à la population des consommateurs de plus de 15 ans, il apparaît que 17,7% des personnes qui boivent de l'alcool en font une consommation excessive, parmi eux 21,8% sont des hommes, et 5,7% des femmes.

Une enquête nationale sur la prévalence des troubles mentaux chez les plus de 15 ans réalisée par le ministère de la santé entre 2003 et 2005 indiquait un taux d'abus d'alcool de 2%, et un taux de dépendance alcoolique de 1,4%.

89 - Ibid.

90 - Mohamed Ben Amar, "Drogues. La réalité marocaine", Casablanca, La Croisée des Chemins, 2016.

91 - La consommation régulière et excessive d'alcool induit le risque de développer de nombreuses pathologies (maladies du système nerveux et troubles psychiques ; troubles gastro-intestinaux ; maladies du foie ; maladies du pancréas ; troubles cardiovasculaires ; troubles sanguins ; troubles métaboliques ; troubles hormonaux ; augmentation du risque d'infection ; augmentation du risque de cancer). Ce type d'usage de l'alcool peut conduire à, et/ou être la manifestation de l'addiction à l'alcool et de ses symptômes en forme de troubles comportementaux, cognitifs et sanitaires (syndrome de sevrage, persistance et escalade du besoin de boire ; perte d'autonomie de la volonté, renoncement ou dégradation des conditions d'exercice des responsabilités, etc). Le syndrome dit sevrage (manque) se traduit par des symptômes parfois spectaculaires, tremblements, diminution de l'attention ; altération de la mémoire, du jugement et de la concentration ; hypersensibilité à la lumière, à la douleur et aux sons, insomnie, anxiété, agitation, irritabilité, hallucinations, désorientation, confusion, convulsions, perte d'appétit, nausée, hypersudation, fièvre, céphalées, etc.

L'enquête Méditerranéenne sur l'usage d'alcool et d'autres drogues en milieu scolaire (MedSPAD) réalisée en 2017 auprès d'élèves âgés de 15 à 17 ans a révélé que 8% des élèves interrogés ont déclaré avoir consommé au moins une fois de l'alcool. 3% en ont consommé dans les 30 jours qui ont précédé l'enquête. L'étude a établi une corrélation forte entre l'usage d'alcool et l'absentéisme et la baisse des notes des élèves concernés.

Une enquête réalisée par L'Economiste-Sunergia du 20 janvier au 29 mars 2021 sur un échantillon par quotas de 1017 personnes a révélé que 2 répondants sur 10 déclarent consommer, eux ou l'une de leur connaissance, de l'alcool (26% d'hommes). Les principaux consommateurs ont entre 35 ans et 44 ans. On dénombre plus de consommateurs d'alcool chez les classes socio-professionnelles supérieures (31% pour les A/B ; 21% pour les C ; et 17% pour les D/E).

Une enquête réalisée par *The Economist* et *Euromintor* en 2013 indiquait que les Marocains consomment annuellement 131 millions de litres d'alcool, dont 38 millions de bouteilles de vin, 400 millions de bouteilles de bière, et 2,5 millions de bouteilles de liqueurs et spiritueux.

Les premières traces de production de boissons alcoolisées au Maroc remontent à l'antiquité phénicienne et romaine. La production locale s'est maintenue depuis, avec durant la période du protectorat le développement d'une économie dynamique des boissons alcoolisées, autour de différents vignobles et caves dans différentes régions, ou le brassage de bière par la société Brasseries du Maroc, fondée en 1919, et introduite en bourse en 1943.

A date, les 11 vignobles que compte le Royaume produisent 40 millions de bouteilles par an, et réalisent des exportations d'une valeur de 8,7 millions d'euro par an. En 2019, le principal brasseur du pays a vendu 892.492 hectolitres de bières, tandis que la consommation nationale annuelle était de 951.000 hectolitres.

Le circuit informel de l'alcool au Maroc

En parallèle d'un secteur légal économiquement important, on évoque au Maroc des réseaux informels de production, de distribution, et de commercialisation de boissons alcoolisées. Ainsi, la liqueur de figes sèches locale, la *mahia* (eau-de-vie) traditionnellement consommée par les Marocains de confession hébraïque dans le respect de normes séculaires de qualité, serait aujourd'hui produite de manière clandestine, sans contrôle sanitaire ni rapport avec le produit traditionnel. Ce breuvage puissant, comparable à de l'alcool à brûler, accélère la tolérance à l'alcool et l'addiction⁹².

92 - Marie-Pierre Anglade, *Casablanca, une "ville à l'envers". Urbanités métropolitaines au prisme de la marginalité sociale au Maroc*, thèse de doctorat en sociologie, Université François-Rabelais, Tours, 2015 ; Marie-Pierre Anglade, « Sociabilités et interdépendances au souk de Derb Cuba à Casablanca, Maroc », *Espaces et Sociétés*, n°126, 2006, pp. 87-102.

Paradoxalement, alors qu'elles étaient supposées contenir la consommation d'alcool, la concentration des débits et des points de vente dans les centres villes et les restrictions réglementaires sur les horaires et les jours de fermeture, ont favorisé la prolifération de vendeurs clandestins, désignés sous le nom de *guerraba* (marchands ambulants d'alcool fort au détail). Ces commerçants clandestins servent durant des plages horaires plus étendues des produits de contrebande, de contrefaçon, ou de production informelle. Les médias évoquent souvent les conséquences dramatiques de la consommation de ce type d'alcools (décès d'une vingtaine de personnes ayant consommé de l'alcool frelaté fabriqué clandestinement par un *guerrab* à Oujda en 2021⁹³ ; décès de 10 personnes ayant consommé de l'alcool frelaté à Nador en 2021⁹⁴ ; décès de 11 personnes ayant consommé de l'alcool à brûler à El Hajeb en 2017⁹⁵ ...).

Des opérations des forces de l'ordre ont permis ces dernières années la saisie de quantités importantes d'alcool de contrebande (dont une partie était écoulée dans le circuit formel grâce à de faux timbres fiscaux). L'arrestation en 2014 d'un célèbre *guerrab* du quartier Derb Sultan à Casablanca⁹⁶, ou la saisie de 1 million de bouteilles, de 203.016 timbres fiscaux et de 9,23 millions de dirhams en espèces⁹⁷ illustrent cette situation.

Prévenir et lutter contre les addictions à l'alcool

Ce que préconise l'OMS

Une résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé a dessiné en 2010 les principes directeurs d'une stratégie mondiale pour réduire l'usage nocif de l'alcool⁹⁸. Elle exhorte les États membres de l'OMS un ensemble assez classique de mesures regroupées en dix domaines d'intervention complémentaires, associant engagement solennel des pouvoirs publics et information active sur les risques de la consommation excessive d'alcool, le développement et l'accessibilité des services de santé, l'encouragement de l'action associative contre la dépendance à l'alcool (action communautaire), des dispositifs de dissuasion contre l'alcool au volant, la maîtrise des circuits et mécanismes d'offre, de commercialisation et de fixation des prix de l'alcool, des actions structurées de réduction des conséquences négatives de la consommation d'alcool et de l'ébriété, la réduction de l'impact sur la santé publique de l'alcool illicite et la lutte contre production d'alcool clandestine ou informelle.

93 - <https://www.h24info.ma/maroc/hecatombe-a-oujda-apres-le-deces-dune-vingtaine-de-personnes-ayant-consomme-de-lalcool-frelate/>

94 - <https://www.yabiladi.com/articles/details/113455/l-alcool-frelate-fait-plus-victimes.html>

95 - https://telquel.ma/2017/05/25/el-hajeb-lalcool-bruler-fait-11-morts-selon-nouveau-bilan_1548090

96 - <https://www.bladi.net/al-capone-casablanca-alcool.html>

97 - <https://ledesk.ma/encontinu/saisie-dun-million-de-bouteilles-dalcool-de-contrebande-dans-plusieurs-villes-du-pays-dgsn/>

98 - OMS, stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44485>

Ce qu'a fait le Maroc

L'arsenal juridique marocain est davantage polarisé sur la perpétuation formelle de la prohibition de la vente d'alcool aux citoyens musulmans qu'il n'est orienté vers la prévention, le soin thérapeutique et la réduction des addictions liées à l'alcool. La doctrine législative est demeurée la même depuis les tout débuts du protectorat, avec l'arrêté viziriel du 27 janvier 1913 interdisant aux « sujets musulmans » de « tenir des débits de boissons à consommer sur place (ou d'y) pénétrer pour consommer des boissons alcooliques » et interdisant à tout débitant « d'employer sans autorisation des femmes ou filles », ou de « faire boire jusqu'à l'ivresse des mineurs ». Le commerce général des boissons alcooliques demeure à ce jour encadré par un simple arrêté du directeur général du cabinet royal n°3-177-66 du 17 juillet 1967 qui soumet cette activité à licence (art.1), oblige au respect des horaires d'ouverture et de fermeture fixées par les autorités (art.25), réaffirme l'interdiction de vendre ou d'offrir gratuitement des boissons alcooliques ou alcoolisées à des Marocains musulmans (art.28) ou à des mineurs de moins de 16 ans (art.30) et prohibe la vente à crédit de boissons alcooliques ou alcoolisées (art.35)⁹⁹.

L'inapplicabilité des dispositions prohibitives du cadre légal a donné lieu à une sorte de compromis, où le risque de la sanction pénale se conjugue à une tolérance de fait en faveur de la commercialisation et de la consommation des boissons alcoolisées à la condition que leur visibilité soit réduite et délimitée dans les lieux de restauration, les débits de boissons, les supermarchés et les épiceries autorisées.

Ce cadre légal et les pratiques de fait dont il est entouré entravent la reconnaissance de la consommation d'alcool comme un fait de société et l'alcoolisme comme une maladie éligible à des mesures actives, ordonnées et cohérentes. Cela entrave les possibilités de développer une information utile à l'attention du grand public sur les déterminants, les dangers de la dépendance à l'alcool et sa prise en charge médicale, et empêche l'indispensable communication sur les modèles de consommation modérée et responsable de ce type de boissons. L'écart entre la lettre de la réglementation d'une part, et l'état des pratiques sociales d'un autre côté est en quelque sorte le même concernant l'addiction à l'alcool et les relations sexuelles hors-mariage, le primat de l'interdiction et de la stigmatisation doublé de la perpétuation de la menace pénale ne permettant ni de les supprimer ni de prendre en charge les conséquences de façon appropriée et humaine.

99 - Le décret royal n°724-66 du 14 novembre 1967 portant loi punit l'ivresse publique. La conduite en état d'ivresse ou sous l'influence de l'alcool est considérée comme un délit selon l'article 183 de la loi n°52-05 portant code de la route. L'article 207 du code institue le principe de mesure du taux d'alcoolémie chez le conducteur suspecté d'ivresse. Le mécanisme d'alcootest, d'éthylotest ou d'éthylomètre sont institués par les articles 59 et 60 du Décret n° 2-10-419 du 29 septembre 2010. Un arrêté conjoint du ministre de l'équipement et des transports et de la ministre de la santé n°2707-10 du 29/09/2010 fixe le seuil d'alcoolémie toléré à 0,10 mg par litre dans l'air ou l'haleine expirés d'un conducteur, et à 0,20 g par litre dans le sang. Ce taux, est dans la moyenne basse des seuils généralement adoptés en matière de lutte contre l'alcool au volant. L'article 2 de la loi 77-03 relative à la communication audiovisuelle, et l'article 64 de la loi n°88-13 interdisent la publicité pour les boissons alcoolisées.

Recommandations : changer d'approche à l'égard des risques liés à l'alcool

Le temps est venu où l'alcoolisme au Maroc doit être reconnu pour ce qu'il est, un fait de société et une maladie assimilable à une affection de longue durée aux conséquences sanitaires et sociales aujourd'hui encore non mesurée mais dont les effets peuvent et doivent être contenus dans le cadre d'une approche responsable et mature de santé publique.

Alors et parce que la proportion des personnes effectivement soignées pour leur dépendance à l'alcool est à l'évidence infinitésimale, la lutte contre l'alcoolisme doit être placée à la fois en dehors des considérations morales et des tabous abusivement imputés aux interdits religieux et au-dessus des intérêts économiques et des considérations liées à la rente fiscale tirée des taxes sur le commerce des boissons alcoolisées. A l'aune de ce qui précède, il convient de recommander :

- La création de consultations et de services hospitaliers prenant en charge les addictions à l'alcool, aux côtés des addictions au tabac, aux autres substances psychoactives, des addictions aux jeux d'argent et des addictions au sexe ;
- L'inscription des soins de l'addiction à l'alcool à la nomenclature des actes médicaux visant les Affections de longue durée et leur prise en charge par les organismes d'assurance-maladie ;
- Développer un programme national pluridisciplinaire de recherche et d'information sur la prévalence, les formes et les effets des addictions à l'alcool ;
- Initier une refonte du cadre législatif et réglementaire relatif à la production, la commercialisation, la distribution des boissons alcooliques et alcoolisées, associée à la définition de normes nationales fixant les standards de seuils d'alcool et de qualité des ingrédients ;
- Substituer aux approches répressives contre les consommateurs de produits légaux, des dispositifs de prévention et de mesures dissuasives de sanction contre les producteurs et les trafiquants de produits frelatés ;
- Intégrer l'information et l'éducation à la prévention de la dépendance à l'école aux programmes d'information sur les chaînes de radio, de télévisions et les réseaux sociaux

10. Addictions aux paris et jeux d'argent

Définitions du jeu pathologique

Pour la personne qui en devient dépendante, le jeu n'est plus un désir procurant du plaisir mais un besoin persistant malgré ses conséquences négatives et potentiellement graves¹⁰⁰. La dépendance aux jeux et paris d'argent est un

¹⁰⁰ - Michel Reynaud, *Traité d'addictologie*, Paris, Flammarion, 2006.

trouble mental¹⁰¹ décrit par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme *un comportement de jeu persistant ou récurrent, qui peut être en ligne (c'est-à-dire sur Internet) ou hors ligne et qui se manifeste : par (1) une altération du contrôle sur le jeu (par exemple, le début, la fréquence, l'intensité, la durée, la fin, le contexte) ; par (2) une priorité croissante accordée au jeu au point que le jeu prend le pas sur les autres centres d'intérêts et les activités quotidiennes ; et par (3) la poursuite ou l'intensification du jeu malgré l'apparition de conséquences négatives.* Qu'il soit continu ou épisodique et récurrent, le jeu pathologique est un comportement qui, sur une période d'au-moins de douze mois¹⁰², entraîne une détresse ou une altération significative des relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles, du rapport à l'école et aux autres domaines importants.

On retrouve globalement les mêmes signes servant à identifier la dépendance au jeu dans le « Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux¹⁰³ » de l'Association américaine de Psychiatrie (APA) qui évoque l'impossibilité chronique de résister à ses pulsions pour le jeu, le besoin de jouer des sommes d'argent toujours plus importantes pour satisfaire son excitation ou son plaisir, les efforts répétés mais infructueux pour contrôler, réduire le jeu, ou arrêter de jouer, l'agitation ou l'irritabilité lors des tentatives d'arrêt, le refuge dans le jeu pour échapper aux difficultés (financières, familiales, professionnelles), au stress ou pour chasser des humeurs sombres, l'habitude de jouer de nouveau pour recouvrer ses pertes, le mensonge pour cacher l'ampleur des habitudes de jeu, la mise en danger ou le bouleversement de sa vie personnelle (études), de couple (affective), familiale, sociale (relations) ou professionnelle (négligences, perte d'emploi) à cause du jeu, la dépendance envers autrui pour obtenir des aides financières ou sortir de situations désespérées à cause du jeu.

Comment mesurer le degré d'addiction

Un exemple d'outil permettant aux joueurs d'autoévaluer sommairement leur degré de dépendance au jeu est l'Indice canadien de jeu excessif¹⁰⁴ (ICJE) développé par le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies¹⁰⁵. Il s'agit d'un test en 9 questions, recevant chacune un score sur une échelle à quatre niveaux en fonction des réponses des utilisateurs, la consolidation des scores permettant de positionner le niveau de dépendance sur un axe linéaire de gravité, du jeu non problématique au jeu problématique en passant par la reconnaissance des « habitudes de jeu à faible

101 - 6C50 Gambling disorder <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2f1041487064>

102 - Le diagnostic de pathologique peut être posé avant le délai de 12 mois selon l'OMS si toutes les exigences du diagnostic sont remplies et si les symptômes sont graves. Cf : <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2f1041487064>

103 - <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>

104 - <https://www.addictaide.fr/outil/indice-canadien-du-jeu-excessif-icje/>

105 - Cet indice est proposé sur leur site par certains opérateurs nationaux de jeux et de paris au Maroc (voir plus bas).

risque » et les « habitudes de jeu à risques modérés ». L'intérêt de cet outil est d'offrir à ses utilisateurs un lien leur permettant de contacter directement des structures spécialisées pour les aider à mieux comprendre et surmonter leur dépendance.

Contexte mondial

L'information sur les addictions aux jeux est rare, peu ou prou collectée par les institutions sanitaires internationales et peu encouragée par les opérateurs. Les jeux d'argent sont en constante augmentation, particulièrement depuis que les jeux et les transferts d'argent sont devenus possibles en ligne.

A la faveur d'internet, quiconque, muni d'une connexion et d'une carte de paiement peut désormais placer des paris, quel que soit son âge, à tout moment, et depuis n'importe quel endroit du monde.

Le pourcentage de personnes concernées par le jeu excessif varie, d'après différentes estimations, entre 0,5% et 7,6%. Et selon plusieurs études, les jeunes et les adolescents présenteraient 2 à 4 fois plus de risques de succomber à des pratiques de jeu problématique¹⁰⁶.

En France, près de deux millions de joueurs ont un comportement addictif aux jeux d'argent en ligne, selon l'Autorité nationale des jeux. La période de crise sanitaire et les confinements auraient exacerbé ce phénomène¹⁰⁷ avec, selon une enquête commandée par l'Autorité nationale française des jeux, l'arrivée en masse de nouveaux joueurs¹⁰⁸ prenant régulièrement part aux paris sportifs, hippiques, aux parties de poker et aux plateformes web de casinos en ligne. Ce phénomène s'est observé sur fond d'augmentation des publicités en ligne pour les jeux d'argent.

D'après certaines estimations non officielles, plus d'une personne sur quatre dans le monde (26 % de la population) a joué à un moment ou à un autre au cours de l'année précédente¹⁰⁹. Plus de 1,5 milliard de personnes font des paris.

Au Royaume-Uni, pays à forte tradition de pari, 32 % de la population jouerait chaque semaine et près de 17 % de la population participe à des jeux d'argent en ligne pour près de 5,3 milliards de livres sterling (65,4 milliards de dirhams). Aux Etats-Unis, les jeux d'argent en ligne, également en forte augmentation, représentaient en 2018 des flux de 306,5 milliards de dollars (3061,3 milliards de dirhams).

En Australie et à Singapour, les joueurs dépenseraient en moyenne 900 dollars par an, aux Etats-Unis et en Irlande autour de 500 dollars par personne, et près de 377 dollars au Royaume-Uni. A Macao, alors même qu'ils sont illégaux en Chine continentale, les

106 - Joan-Carles Suris et al., « La problématique des jeux d'argent chez les adolescents », *Raisons de santé*, N°192, 2011.

107 - <https://www.rfi.fr/france/20210401-confinements-et-addictions-des-jeux-d-argent-en-ligne-aux-effets-dé-létères>

108 - https://harris-interactive.fr/opinion_polls/les-joueurs-le-deuxieme-confinement-et-le-risque-daddiction/

109 - <https://www.worldbank.org/ge>

jeux d'argent représentent la principale activité économique de cette ville avec, en 2018, un montant de 38 milliards de dollars¹¹⁰.

Contexte national

Aucune autorité de régulation du jeu n'existe au Maroc et le jeu pathologique ne fait pas partie de la liste officielle des Affections de longue durée ni de la nomenclature des actes médicaux pris en charge par les organismes de sécurité sociale.

De même, la prévention des addictions aux jeux et aux paris d'argent est laissée à l'initiative discrétionnaire et incontrôlée des opérateurs, chacun formalisant ses engagements en appui sur des chartes éthiques et de responsabilité sociale en ligne avec les référentiels dédiés « au jeu responsable » affichés par leurs partenaires et/ homologues internationaux et visant, notamment, la prévention du jeu excessif, la protection des mineurs et la diffusion de messages de sensibilisation, la contribution à des causes d'intérêt général.

Aux fins de prohiber la prolifération du jeu clandestin et informel, la section V du code pénal marocain réserve les loteries et les jeux de hasard à des licences de l'autorité publique. Il existe aujourd'hui dans le pays trois opérateurs agréés, la Loterie Nationale (SGLN) détenue à 90% par la CDG et à 10% par l'Etat, la Marocaine des Jeux et des Sports (MDJS) détenue à 90% par le Trésor public et 10% par la CDG, et la Société Royale d'Encouragement du Cheval (SOREC) appartenant en totalité à l'Etat directement ou via des mutuelles et coopératives équinnes. Ces structures constituent l'offre légale des jeux et paris d'argent au Maroc. Les sites hors du Maroc rendent d'ores et déjà accessibles des jeux en lignes qui échappent à la réglementation actuelle.¹¹¹

Les opérateurs marocains : un monopole sans obligation de moyen contre les addictions

La loterie nationale a été créée par la loi n° 23-71 du 31 décembre 1971, qui en a confié la gestion à la Caisse de Dépôts et de Gestion (CDG), avant de créer la Société de Gestion de la Loterie Nationale (SGLN) affiliée à la CDG. Elle offre à travers des points de vente fixes et virtuels plusieurs jeux de tirages, de paris, ou autres. En 2020, elle réalisait 8% du chiffre d'affaires du secteur.

La Marocaine des Jeux et des Sports (MDJS) a été créée en 1962 pour gérer l'organisation et l'exploitation des concours de pronostics portant sur les compétitions sportives. Sous tutelle du ministère de la Jeunesse et des Sports, elle est gérée par un Conseil

110 - La croissance et le chiffre d'affaires de l'industrie mondiale du jeu en ligne sont plusieurs fois supérieurs à ceux de l'industrie du livre ou de la musique. Le marché mondial des jeux aurait généré en 2020 un chiffre d'affaires de 370 milliards de dollars US, dont 49,7% ont été réalisés par les casinos, 32% par les loteries, et 18,3% par les paris sportifs et hippiques.

111 - La MDJS verse la totalité de ses bénéfices au Fonds national du développement du sport. La Loterie nationale prélève 20% de son chiffre d'affaires au bénéfice du Trésor et son bénéfice est reversé à la Fondation CDG. La Sorec alloue la totalité de ses bénéfices à la filière équine, notamment aux haras.

d'administration comprenant le Comité National Olympique Marocain ; la Fédération Royale Marocaine de Football ; la CDG ; et les ministères des Finances et de la Jeunesse et des Sports. Elle reverse l'intégralité de ses bénéfiques au Fond National du Développement du Sport (FDNS) créé en 1987 et géré par le ministère de la Jeunesse et des Sports. Elle a réalisé en 2019 un chiffre d'affaires de 3,33 milliards de dirhams, soit 30% des parts de marché du secteur.

La Société Royale d'Encouragement du Cheval (SOREC) a été créée en 2003, et a été investie des activités des courses et des jeux hippiques en 2007. Elle gère les Haras Nationaux (depuis 2010) et est responsable de la mise en œuvre de la Stratégie Nationale de la filière équine (depuis 2011). Elle est placée sous la tutelle du ministère de l'Agriculture, de la Pêche Maritime, du Développement Rural et des Eaux et Forêts. Elle a réalisé en 2019 un chiffre d'affaires de 7,29 milliards de dirhams, soit 63% des parts de marché du secteur.

La création et l'activité légales de ces trois opérateurs publics de jeux permet au Maroc de disposer des éléments suivants :

- Un cadre de jeu sécurisé et sous contrôle public contribuant à limiter le champ des jeux clandestins et sécuriser les transactions et les données personnelles, notamment en ce qui concerne les jeux en ligne.
- Un canal diversifié de création de revenus fléchés vers le soutien et le financement de secteurs sociaux et économiques d'intérêt général (notamment la filière du cheval grâce à la Sorec et le financement du sport grâce à la MDJS), mécénat ...)

Prévalence du jeu au Maroc

L'ampleur du jeu d'argent ne semble pas avoir jusqu'ici donné lieu à une étude nationale à visée informationnelle ou préventive contre les addictions. Les estimations existantes résultent des chiffres d'exploitation et des enquêtes menées sous le seul contrôle des opérateurs nationaux des jeux. Avec des méthodologies différentes, elles font apparaître une population de joueurs potentiels âgés estimée de 20 à 28 millions de personnes¹¹². Une seule enquête, menée par la MDJS, s'est focalisée sur la part des joueurs à fort risque d'addiction.

Les données de 2020 publiées par la Loterie Nationale font apparaître un nombre de transactions quotidiennes de 224.166 paris, pour une mise moyenne de l'ordre de 10 dirhams (9.34 dhs). Chaque joueur jouerait 2,1 fois par mois, soit une population de joueurs de l'ordre de 3,3 millions de personnes correspondant à presque 12,7% de la population âgée de plus de 15 ans. Un Marocain sur dix (10,6%) âgé de plus de 15 ans serait parieur auprès de la MDJS pour un total estimé à environ 2,8 millions de joueurs. La part des hommes joueurs de plus de 15 ans est estimée à 19,4% contre 1,5%

112 - La SGLN affiche, sur la base d'une enquête confiée à Ipos, un chiffre de 20 millions de personnes tandis que la MDJS calcule à partir de l'effectif des parieurs une population de joueurs potentiel entre 27,8 et 28,3 millions.

de femmes, et elle serait deux fois plus urbaine que rurale (13,4% contre 6,1%). En 2019, les parieurs sur les courses hippiques auprès de la SOREC étaient de l'ordre de 620.000 joueurs, avec une moyenne quotidienne de 1 million de tickets, une fréquence de jeu de 2 fois par semaine et une mise mensuelle par joueur de 1.500,00 MAD.

Une étude de 2008 confiée par la SGLN au Centre Psychiatrique Universitaire Ibn Rochd avait montré que les jeux les plus fréquents concernaient à l'époque les courses de chevaux (91%) et la course de lévriers (60%) pour des joueurs ayant en majorité un niveau scolaire primaire, un revenu mensuel inférieur ou égal à 5000 dirhams ; ceux d'entre eux ayant un antécédent psychiatrique personnel ou présentant un abus de substances toxiques étaient identifiés comme les plus à risque d'être des joueurs pathologiques. Une autre enquête de la SGLN confiée à Ipsos en 2018 a montré que sur un échantillon de 612 personnes interrogées par internet et téléphone la moitié (50%) se serait déclarée « fermement opposée » aux jeux d'argent pour des raisons éthico-religieuses, et que parmi l'autre moitié un peu plus du tiers (35%) est composé de joueurs assidus, la plupart étant des hommes (74%), âgés de 18-34 ans (63%), sans diplôme (68%) et en grande partie sans emploi (44%).

Les parieurs sur les courses hippiques selon les études commanditées par la SOREC sont en majorité des hommes (99%), dont un peu plus du tiers (35%) joue deux fois par semaine. Leur âge reproduit la pyramide nationale des âges ;

Une étude nationale sur la prévalence au jeu pathologique et excessif au Maroc a été menée en 2020 par la MDJS¹¹³. L'enquête a confirmé que 40% des joueurs sont considérés comme des joueurs à risque excessif, et que 60% sont considérés comme à risques élevés et moyens. Seule une proportion de 35% des joueurs est considérée comme à faible risque d'addiction. Les joueurs appartenant aux CSP D/E et C2 auraient environ 18% moins de probabilité de présenter un risque élevé que les CSP supérieures ; les personnes mariées 21,4% plus de probabilité de présenter un risque élevé que les célibataires ; les divorcés présentent un risque 43% plus élevé que les célibataires. L'étude révèle que la consommation quotidienne de substances addictives accompagne majoritairement l'addiction aux jeux d'argent, notamment la cigarette (64% des joueurs dépendants) et le cannabis (25,8% des joueurs dépendants).

La question du jeu clandestin

La loi marocaine pénalise les loteries non autorisées par l'Autorité publique, et les opérateurs nationaux ont parmi leurs missions de lutter contre le jeu clandestin. Toutefois, les médias font régulièrement état de l'existence de points de jeux clandestins, ou de non-respect de la réglementation officielle par les distributeurs des opérateurs nationaux (particulièrement le jeu des mineurs).

113 - Elle avait pour objectifs de déterminer le taux de prévalence du jeu excessif, de révéler les habitudes et pratiques des joueurs, d'identifier les différents niveaux de prévalence, et de définir une typologie des joueurs. L'enquête a porté sur un échantillon aléatoire stratifié de 9.526 individus âgés de 15 ans et plus, et répartis entre 61 provinces et préfectures sur 12 régions du Maroc. Elle a été administrée par questionnaire en face-à-face. La période d'administration de l'enquête (octobre-décembre 2020) a coïncidé avec la crise sanitaire due à la pandémie de COVID-19.

Ainsi, un article du média électronique a publié le 16 septembre 2021 un reportage vidéo documentant la présence dans des points de vente officiels de mineurs, qui s'adonnent aux jeux d'argent, et dont plusieurs font état de leur addiction au jeu, des problèmes que ça leur occasionne, et aux difficultés pour eux d'arrêter¹¹⁴.

Par ailleurs, la presse fait régulièrement état d'informations concernant des descentes de police dans des casinos clandestins, souvent des cafés convertis en cette activité illégale¹¹⁵.

D'autre part, l'autorisation par l'Office des Changes (OC) d'effectuer des transactions en devises sur des sites internet, et en l'absence de réglementation, les marocains ont accès depuis quelques années aux sites de jeux et de paris en ligne, en l'absence de tout contrôle. L'Office des Changes a adressé une lettre au Groupement professionnel des banques du Maroc rappelant l'interdiction de l'utilisation par leurs clients marocains des cartes bancaires sur des sites incluant des casinos, des jeux vidéo d'attractions, des salles de jeux, les paris y compris les billets de loterie, les jeux de jetons de casino, les paris hors-pistes et les mises à paris mutuels¹¹⁶. Cette interdiction qui devait entrer en vigueur en janvier 2021 n'était assortie d'aucune disposition de contrôle ou de sanction, et peut être contournée à travers des sites de monétique et de paiement que proposent généralement les sites de jeux en ligne.

Les politiques de jeu responsable

Les trois opérateurs nationaux de jeux d'argent et de paris ont mis en place des politiques de jeu responsable, qui ont été certifiées par les principaux organismes internationaux. Ces dispositifs sont développés en silos, sans articulation ni coordination entre les opérateurs, en l'absence d'un organisme de supervision et de régulation technique et déontologique de l'activité des jeux. La prévention de l'addiction et la prise en charge des personnes en situation d'addiction ne font pas à date partie des obligations des opérateurs de jeux et de paris. Il convient cependant de signaler que les opérateurs ont pris des initiatives dont la revue et la consolidation pourraient servir de base à l'élaboration d'une approche nationale de prévention, de prise en charge et de réduction des préjudices du jeu pathologique.

Les principales mesures des politiques de jeu responsables mises en place par les opérateurs de jeux marocains :

114 - <https://fr.le360.ma//societe/video-addiction-au-jeu-mineurs-en-detresse-generation-en-danger-245694>

115 - <https://www.h24info.ma/maroc/tanger-un-cafe-transforme-en-casino-clandestin/>; <https://ledesk.ma/encontinuu/tanger-un-reseau-de-casinos-clandestins-demantele-20-personnes-interpellees/>; <https://www.bladi.net/casino-clandestin-marrakech-arrestations,80295.html>; <https://fr.le360.ma/societe/tanger-arrestation-du-gerant-dun-casino-clandestin-dans-le-centre-ville-244422>; https://www.libe.ma/Sans-autorisation-speciale-ni-local-approprie-Machines-a-sous-ou-machines-a-deplumer_a23981.html

116 - <https://aujourd'hui.ma/focus/usage-des-cartes-bancaires-a-l'international-ce-que-l'office-des-changes-vous-interdit-dacheter-75147>

- SGLN
 - Contact initié avec la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca pour le financement d'études de recherche sur le jeu pathologique.
 - Certifications « Jeu Responsable de l'Association Européenne de Loterie (EL) et de l'Association des Loteries mondiales (WLA) et Label RSE de la CGEM.
 - Actions de promotion des principes du Jeu Responsable conformes aux Standards Européens de Jeu Responsable.
 - Formation des collaborateurs et du réseau de distribution.
 - Distribution d'un dépliant contenant un test sur le profil du joueur, des références aux centres de traitement, et des conseils pour jouer de manière responsable.
 - Test d'auto-évaluation en ligne.
 - Intégration des messages sur le jeu responsable dans les reçus.
 - Fonctionnalités pour le respect du Jeu Responsable sur la plateforme en ligne (vérification de l'identité et de l'adresse ; vérification de l'âge ; affichage d'un message invitant le joueur à faire une pause toutes les 30 min ; système de limite de jeu par défaut ou à l'initiative du joueur ; système d'auto-exclusion temporaire ou définitive).
 - Convention avec un addictologue pour soigner et accompagner les joueurs addicts, conseiller les gagnants, et sensibiliser aux risques du jeu excessif, à travers des enregistrements audio et/ou vidéo, et des séances qui sont offertes aux joueurs addicts à leur demande (10 séances gratuites de 30 min).
 - Ligne téléphonique d'écoute et indication des coordonnées des structures d'aide en addictologie.

Le budget alloué par la Loterie Nationale pour le financement de ses « recherches » sur le jeu responsable apparaît cependant particulièrement limité, avec un montant annuel de 250.000,00 MAD contre un chiffre d'affaires proche d'un milliard de dirhams.

- SOREC
 - Adhésion à l'Association européenne de pari mutuel (EPMA) devenue la World Tote Association (WOT).
 - Label RSE de la CGEM ; attestation du niveau de maturité au regard des lignes directrices de la responsabilité sociétale ISO 26000.
 - Mesures de prévention de l'addiction au jeu :
 - Pas de publicité ou de promotion grand public.
 - Offre espacée sur une plage horaire limitée.

- Campagnes régulières de sensibilisation.
- Paiement différé des gains importants et détection des cas de gains répétitifs.
- Possibilité d'auto-exclusion du joueur en ligne.
- Projets en matière de rôle sociétal et de prévention contre l'addiction :
 - Etude sur l'addiction au jeu.
 - Constitution d'une base de données des joueurs afin de permettre de détecter le niveau d'addiction des joueurs.
 - Mise en place d'une page de sensibilisation
 - Mise en place d'une auto-évaluation d'addiction
 - Partenariats avec des associations d'aide psychologique.
 - Création d'un numéro vert d'accompagnement en cas d'addiction.
 - Ambition de créer une entité qui regrouperait tous les opérateurs de jeux au Maroc.

Le budget dédié à l'intégration des règles du jeu responsable est d'un montant déclaré de 850.000 dirhams

- MDJS
 - Certifiée aux standards WLA et The European Lotteries (EL) du jeu responsable niveau 4 (le plus élevé).
 - Préside le comité RSE de l'Association des Loteries d'Afrique (ALA).
 - Politique Jeu Responsable basée sur 5 axes : prévention du jeu excessif ; développement d'une politique de communication non agressive, transparente et assumée ; protection des mineurs ; soutien des structures en charge des joueurs en difficultés ; soutien des recherches et études permettant la compréhension des problèmes d'addiction.
 - Recherche et traitement: veille sur les meilleures pratiques à l'international; partenariats avec des experts dans les domaines des addictions et du jeu responsable; études en partenariat avec un cabinet spécialisé en études de marché; étude nationale de prévalence du jeu problématique en partenariat avec l'Observatoire marocain des drogues et addictions; redirection des joueurs problématiques vers les centres d'addictologie; ligne d'écoute et de soutien aux joueurs en partenariat avec le CHU Ibn Sina.
 - Formation des employés et des détaillants et commerciaux.
 - Identification des impacts sociaux d'un jeu avant son lancement.

- Mise en place de stratégie de réduction des risques : limitation système (mises maximales, auto-exclusion...).
- Dispositifs pour les canaux de jeux à distance : interdiction de jeu aux mineurs ; limitation par défaut des montants de dépôts, de mises et de retrait ; déconnexion automatique au bout d'une heure de jeu ; auto-exclusion temporaire ou définitive à la demande du joueur.
- Code de communication intégrant les recommandations du jeu responsable.
- Matériel spécifique dédié à la sensibilisation et l'information des joueurs.
- Campagne de communication exclusivement dédiée au jeu responsable.
- Partenaire fondateur de la chaire de régulation des jeux d'argent de l'université de Bordeaux.

Le budget alloué par la MDJS pour tous ses programmes de jeu responsable est de 5 millions de dirhams contre un chiffre d'affaires de 3,3 milliards de dirhams.

Les engagements et les mesures affichés par les opérateurs de jeux d'argent, toutes de caractère volontaire s'inspirent des meilleures pratiques internationales et convergent avec leurs objectifs mais ni leur effectivité ni leur efficacité ni leur adéquation à l'ampleur et la gravité des risques de dépendance au jeu pathologique ne sont à ce jour évaluées et ajustées en appui sur un référentiel normatif national public et contrôlable. Le CESE recommande en particulier :

- L'inscription de la dépendance aux jeux d'argent à la liste des affections de longue durée et l'inscription de leurs traitements à la nomenclature des actes médicaux éligibles au remboursement par les organismes en charge de l'assurance maladie ;
- La création d'un Haut Conseil National de surveillance et de régulation technique et déontologique des Établissements et sociétés de paris et de jeux ;
- L'intégration aux conseils d'administration de toutes les sociétés de jeux de membres indépendants spécialisés sur les questions relatives aux addictions et la création, au sein de ces conseils, de comités spécialisés dans la prévention et le reporting sur les risques d'addiction.

11. Les conduites addictives au sexe ou « trouble du comportement sexuel compulsif » et les achats compulsifs

Les comportements sexuels de caractère addictif, ou « troubles du comportement sexuel compulsif » ont longtemps, et aujourd'hui encore, constitué un puissant tabou. La dépendance sexuelle est une pathologie invalidante. Les troubles du comportement sexuel compulsif, qu'on appelle aussi en langage courant, « addiction au sexe », se caractérisent comme toutes les autres addictions sans substance

par le besoin irrésistible et répétitif à l'égard d'une activité d'une part et par ses conséquences délétères d'autre part. La dépendance sexuelle comprend des signes cliniques spécifiques, distincts du plaisir et de l'activité sexuelle ordinaires, notamment le caractère incontrôlable du comportement sexuel et l'incapacité de l'arrêter, la poursuite persistante du comportement en question même quand il est à haut risque, l'échec de la volonté ou de l'effort de le limiter, l'usage du comportement sexuel comme moyen d'affronter les épreuves, l'augmentation frénétique de la fréquence, les changements d'humeur graves associés à l'activité sexuelle, l'excès de temps consacré à la recherche de relations sexuelles, à l'activité sexuelle en tant que telle ou à la récupération après des activités sexuelles, ainsi que la gravité des conséquences sociales, physiques et psychologiques des comportements en question. Plus de 70 % des patients souffrant de trouble sexuel compulsif feraient état de symptômes dits de sevrage (de manque) entre les épisodes sexuels, notamment de nervosité, insomnie, sudation, nausées, accélération du rythme cardiaque, essoufflement et fatigue¹¹⁷. Certains observateurs distinguent deux types de troubles de la dépendance sexuelle : les symptômes comportementaux que caractérisent la recherche obsessionnelle de nouveaux partenaires sexuels, la masturbation compulsive, l'utilisation fréquente de pornographie, les tentatives renouvelées et infructueuses de réduction ou de suppression des comportements sexuels excessifs, la pratique d'activités sexuelles sans excitation physiologique, les activités sexuelles à risque, le recours aux services sexuels payants ; d'autre part, les symptômes dits « cognitifs et émotionnels » se caractérisent par des pensées obsessionnelles relatives au sexe, des sentiments de culpabilité à propos d'un comportement sexuel excessif, le désir de fuir ou de supprimer des émotions désagréables, la solitude, l'ennui, une faible estime de soi, la honte, le secret des comportements sexuels, l'indifférences envers un partenaire sexuel réguliers, une préférence pour des activités sexuelles anonymes¹¹⁸.

L'addiction au sexe vient d'être reconnue (2019) comme une maladie par l'OMS

La personne sujette à l'addiction au sexe, dans neuf cas sur dix est un homme d'après l'OMS chez qui une tendance persistante à ne pas maîtriser ses pulsions ou impulsions sexuelles, répétitives et intenses, donne lieu à un comportement sexuel répétitif sur une période prolongée (six mois ou plus) qui va entraîner des signes marqués de détresse, ou bien une altération de la vie personnelle, familiale et sociale et des difficultés qui peuvent devenir important sur le plan de la scolarité, de l'activité professionnelle et dans les autres sphères d'activités. Les manifestations de l'addiction peuvent prendre plusieurs formes dont, parmi les plus alarmantes, le fait que les activités sexuelles répétitives prennent un rang prééminent et central de la vie de l'individu au point de négliger ses besoins et ses risques sanitaires ainsi que

117 - « Un tabou qui ne l'est plus : l'addiction sexuelle », Redwan Maatoug, Psychiatre, Hôpital universitaire Pitié Salpêtrière, Paris et Laurent Karila, MD, PhD, praticien hospitalier, Centre d'enseignement, de recherche et de traitement des addictions, Hôpital universitaire Paul-Brousse, AP-HP, Université Paris-Sud, INSERM U1000, Villejuif ;

118 - *Idem*

ses responsabilités et ses intérêts personnels et ses activités sociales. La personne en situation d'addiction au sexe peut développer, comme les autres personnes en situation d'addiction, des efforts qui, en l'absence d'une prise en charge et d'un accompagnement par des spécialistes qualifiés, demeurent infructueux pour contrôler ou réduire le comportement sexuel répétitif et pour en prévenir les conséquences préjudiciables, telles que la perturbation répétée de la relation avec le conjoint et le(s) partenaire(s).

Le trouble du comportement sexuel compulsif vient d'être intégré à la section des troubles du contrôle des impulsions dans la onzième version de la Classification Internationale des Maladies (CIM-11) adoptée par l'OMS en mai 2019¹¹⁹. Au Maroc comme ailleurs, cette nouvelle classification de l'OMS devrait aider les médecins en général et les spécialistes de la santé mentale en particulier à améliorer le diagnostic, l'écoute, l'accompagnement et la prise en charge des patients et contribuer à mieux les protéger contre les sentiments de stigmatisation et de culpabilité qui aggravent leur situation de détresse et les empêchent de solliciter des soins. La reconnaissance internationale officielle du trouble du comportement sexuel compulsif devrait également contribuer à favoriser les recherches scientifiques et les publications dédiées à la prévention et la sensibilisation sur les risques des conduites addictives liées au sexe.

Les résistances à la reconnaissance de l'addiction au sexe comme maladie

Des sexologues qui se revendiquent favorables à la pornographie (« pro-porn ») et hostiles à la reconnaissance du trouble sexuel compulsif comme une addiction ont multiplié, notamment sur les réseaux sociaux, des prises de position affirmant que la nouvelle classification de l'OMS aurait « rejeté » le concept de dépendance au sujet du

119 - Définition de l'OMS, CIM11, Traduction non officielle : « Trouble du comportement sexuel compulsif : Le trouble du comportement sexuel compulsif se caractérise par un schéma persistant d'incapacité à contrôler des impulsions ou des pulsions sexuelles intenses et répétitives, ce qui entraîne un comportement sexuel répétitif. Les symptômes peuvent comprendre des activités sexuelles répétitives devenant un élément central de la vie de la personne au point de négliger les soins de santé et personnels ou d'autres intérêts, activités et responsabilités ; de nombreux efforts infructueux pour réduire de manière significative le comportement sexuel répétitif ; et la poursuite du comportement sexuel répétitif malgré les conséquences négatives ou le fait d'en tirer peu ou pas de satisfaction. L'incapacité à contrôler des impulsions ou des pulsions sexuelles intenses et le comportement sexuel répétitif qui en résulte se manifestent sur une longue période (par exemple, 6 mois ou plus) et provoquent une détresse marquée ou une déficience significative dans les domaines personnel, familial, social, éducatif, professionnel ou d'autres domaines importants du fonctionnement. La détresse qui est entièrement liée à des jugements moraux et à la désapprobation des impulsions, des pulsions ou des comportements sexuels ne suffit pas à remplir cette condition. » (Version officielle: "6C72 Compulsive sexual behaviour disorder: Compulsive sexual behaviour disorder is characterised by a persistent pattern of failure to control intense, repetitive sexual impulses or urges resulting in repetitive sexual behaviour. Symptoms may include repetitive sexual activities becoming a central focus of the person's life to the point of neglecting health and personal care or other interests, activities and responsibilities; numerous unsuccessful efforts to significantly reduce repetitive sexual behaviour; and continued repetitive sexual behaviour despite adverse consequences or deriving little or no satisfaction from it. The pattern of failure to control intense, sexual impulses or urges and resulting repetitive sexual behaviour is manifested over an extended period of time (e.g., 6 months or more), and causes marked distress or significant impairment in personal, family, social, educational, occupational, or other important areas of functioning. Distress that is entirely related to moral judgments and disapproval about sexual impulses, urges, or behaviours is not sufficient to meet this requirement").

comportement sexuel. Ces affirmations sont fausses. En effet, ni la classification dite américaine « DSM 5 » ni la CIM-11 de l'OMS n'utilisent le mot « addiction » pour décrire les addictions reconnues. Quand ils désignent la dépendance à des produits ou à des activités, tels que méthamphétamine, l'héroïne, le tabagisme, le jeu d'argent ou les jeux sur Internet, les deux manuels de diagnostic utilisent le terme « trouble » et non le terme de « dépendance ». S'il est vrai qu'aucune classification internationale officielle ne parle de « dépendance au porno », la « dépendance au sexe » ou la « dépendance au cybersexe » sont bien répertoriées dans la CIM-11 et le DSM-5 qui évoquent non pas la « dépendance à la méthamphétamine », la « dépendance à la cocaïne » ou la « dépendance au jeu », mais le trouble compulsif lié à ces substances ou à ces comportements¹²⁰.

L'addiction au sexe au Maroc

Le trouble sexuel compulsif ne semble pas, en l'état des informations publiques disponibles, avoir donné lieu à des travaux académiques de recherche ni à des indicateurs issus d'observations cliniques ou d'enquêtes sociologiques rendant compte de l'état des connaissances et des problématiques analysées et permettant de construire et d'améliorer les protocoles de prévention, d'identification et de prise en charge de ce phénomène.

L'attention doit être attirée sur le fait que, dans un contexte d'explosion des applications donnant accès aux sites d'images et de vidéos pornographiques et alors que l'éducation sexuelle est inhibée par les interdits et déformée par les stéréotypes, c'est le plus souvent à travers des images dégradantes, violentes et attentatoires à la dignité humaine et contraires à leur intégrité et leur équilibre psychiques que les jeunes vont accéder à l'information sur la sexualité et consommer les images et les films en question. Plusieurs enquêtes, de rigueur et de qualité inégales, convergent cependant pour classer le Maroc parmi les principaux pays du monde consommateur de pornographie. Ce constat est à mettre en rapport avec le phénomène de frustration propre aux sociétés conservatrices où l'activité sexuelle est prohibée légalement en dehors du et avant le mariage à un moment où la moyenne d'âge du mariage augmente.

La pornographie constitue un vecteur vers l'addiction dans une société où l'absence de discussion et d'explications sur les questions sexuelles entre les plus jeunes et leurs aînés rend difficile pour les jeunes et les futurs adultes de différencier l'amour,

120 - Il convient de signaler qu'une discussion scientifique active s'était engagée avant l'adoption de la CIM11 de l'OMS au sujet de la qualification du comportement sexuel compulsif pour savoir s'il peut constituer la manifestation d'une dépendance comportementale au même titre que les autres dépendances. Dans un esprit de prudence, et en l'absence d'informations définitives sur l'analogie entre les processus impliqués dans le développement et le maintien de l'addiction au sexe et ceux observés dans les troubles liés à l'utilisation de substances, le jeu et les jeux, le trouble comportemental sexuel compulsif a été classé non pas avec les troubles dus à la toxicomanie et aux comportements addictifs, mais avec les troubles dits du contrôle de l'impulsion. En opérant de la sorte, l'OMS a adopté la même stratégie que celle utilisée auparavant pour « le trouble du jeu ». Lorsque le jeu a été diagnostiqué comme un sujet médical pour la première fois, il a également été qualifié de « trouble du contrôle des impulsions » avant d'être qualifié de trouble du comportement et de la dépendance.

l'érotisme et la réciprocité du plaisir sexuel de la fornication, de la domination et de l'assujettissement des femmes.

Il y a lieu ici de recommander à l'attention des autorités et des acteurs du champ sanitaires ainsi qu'à l'attention des éducateurs de :

- Développer et diffuser l'information sur l'évolution récente des connaissances et de la classification internationale des troubles de l'addiction et sur l'inclusion des troubles du comportement sexuel compulsif à la liste des pathologies invalidantes éligibles à un protocole médical de soins et d'accompagnement psychosocial ;
- Développer des programmes d'éducation et d'information à l'attention des adolescents et des adultes sur la prévention des troubles sexuels compulsifs privilégiant l'analyse critique des images et des messages de la pornographie ;
- Encourager le développement d'un protocole national de soins et d'accompagnement des patients via l'encouragement et la prise en charge de programmes de recherches et l'ouverture de services médicaux et psychosociaux d'écoute au sein des centres de soins.

Les achats compulsifs

Près de 5 % de la population mondiale souffrirait, à des degrés divers, du trouble de l'oniomanie appelé aussi le trouble des achats compulsifs¹²¹. Sous l'empire de cette compulsion, les personnes ne résistent pas à l'acte d'achat de produits indépendamment de toute nécessité et sans prise en compte des conséquences de l'acte en question sur leur budget. L'oniomanie, qui signifie en grec " onios " (à vendre) » et « mania » (folie) est reconnue comme un trouble identifié depuis plus d'un siècle par un large courant de la psychiatrie et donnant lieu à une multitude d'études internationales. Nous n'avons pas identifié d'étude marocaine sur le sujet. Parmi ses caractéristiques on retrouve en particulier le fait de penser de façon obsessionnelle au « shopping » et aux achats ; l'effet transformateur de l'acte d'achat sur l'humeur ; l'effet perturbateur des achats sur la vie quotidienne et le besoin d'acheter toujours plus pour atteindre la même satisfaction ; l'incapacité à réduire les achats ; la sensation de manque et de tristesse si l'achat n'a lieu, le sentiment de manque non comblé. Les achats compulsifs procurent une sensation d'euphorie immédiatement suivie d'une sensation de déception et/ou d'un sentiment de culpabilité lui-même suivi par un retour en magasin ou sur un site d'e-commerce en quête de nouveaux achats. Ce processus aboutit à des dépenses financées par des crédits aboutissant à des situations d'endettement qui peuvent être graves avec des risques désormais exacerbés par le e-commerce sur internet. En France, le trouble d'achats compulsifs peut être reconnu par les tribunaux. Les prises en charge de ce trouble peuvent conjuguer, en fonction

121 - <https://www.sante-sur-le-net.com/fievre-acheteuse-signes-addiction/>

Voir aussi <https://ifac-addictions.chu-nantes.fr/les-achats-compulsifs-1>

des prescriptions médicales, des traitements (antidépresseur ou anxiolytiques), de la psychothérapie (classique ou thérapie cognitivo-comportementale « dite TCC »), des thérapies de groupe, l'objectif étant de conduire les personnes concernées à prendre goût à des activités alternatives comme le sport, la lecture ou d'autres formes de socialisation.

12. Addictions chez les personnes souffrant de troubles de développement ou de maladies mentales

Les addictions ne résultent pas toujours de l'implication active d'une personne dans le cycle de consommation d'une substance ou d'exercice d'une activité où à la découverte du plaisir va succéder la recherche persistante, récurrente, incontrôlée et de plus en plus vaine de renouvellement de cette sensation tandis que prendront le dessus sur la volonté, les comportements et la santé des signes de plus en plus délétères.

L'OMS décrit les troubles dus à la consommation de sédatifs, d'hypnotiques ou d'anxiolytiques généralement prescrits pour le traitement à court terme de l'anxiété, de l'insomnie ou pour assurer la sédation lors de procédures médicales¹²². L'intoxication provoquée par ces substances est principalement caractérisée par le puissant désir d'en renouveler l'utilisation, une altération de la capacité à contrôler l'utilisation, une priorité croissante accordée à la consommation de la substance par rapport à d'autres activités et la persistance de l'utilisation malgré les dommages ou les conséquences négatives. Ces expériences sont souvent accompagnées d'une sensation subjective d'envie ou de besoin impérieux de consommer ces substances. Plusieurs auditions auprès de la Commission permanente du CESE en charge des Affaires sociales et de la solidarité (CPASS) ont soulevé le problème de la prescription inappropriée et récurrente à des personnes qui n'en ont pas besoin, présentant des troubles ou des maladies tels que l'autisme, des difficultés de psychomotricité et chez qui vont s'installer des conduites addictives sources de complications psychiatriques.¹²³

122 - OMS. CIM-11. Ces substances comprennent les benzodiazépines et les modulateurs allostériques positifs non benzodiazépines des récepteurs GABA (dits « drogues Z ») ainsi que de nombreux autres composés. Les sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques comprennent les barbituriques désormais moins disponibles qu'au cours des décennies précédentes. Les sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques ont des propriétés induisant une dépendance qui sont liées à la dose et à la durée de leur utilisation.

123 - Alain Morel et Amandine Luquiens, « Troubles psychiques et addictions » in Alain Morel et al., *Addictologie*, Dunod, 2019, page 303 à 325.

Sortir de la maltraitance des patients, mieux identifier et prendre en charge l'autisme

L'absence de diagnostic précoce¹²⁴ ou de connaissances suffisantes pour identifier et prendre en charge les principales caractéristiques de l'autisme à savoir « les comportements répétitifs, la difficulté avec les interactions sociales et la difficulté à communiquer », conduit souvent à prescrire des médicaments qui traitent des caractéristiques périphériques tels que l'irritabilité, anxiété, agressivité, automutilation, ... sans traiter la condition sous-jacente.¹²⁵ Cette pratique a pour effet la prescription de plusieurs médicaments psychotropes à la fois, pour chaque symptôme individuel, sans prendre en considération les interactions potentielles entre ces médicaments qui peuvent aggraver ces troubles de comportement et induire une accoutumance. Cette situation est d'autant plus dangereuse dans le cas de l'autisme que les personnes dans cette situation ne sont souvent pas en capacité d'exprimer un point de vue autonome sur les effets des traitements qui leur sont administrés¹²⁶.

La problématique juridique et quelques enjeux associés du traitement des troubles mentaux

Ce dernier point pose la problématique juridique des modalités d'expression et de recueil du consentement des patients aux traitements qui leur sont prescrits et soulève également les questions difficiles liées à l'état du discernement, à la capacité juridique et à la responsabilité des personnes souffrant de troubles mentaux ou psychiques. Les avis sont partagés sur ces sujets aux implications souvent difficiles, par exemple quand il s'agit de fixer les modalités de recueil du consentement des patients à une hospitalisation dans des situations de crise. Alors que des associations de familles affirment qu'elles doivent être autorisées à prendre des décisions d'internement psychiatrique pour le bien de leur membre qui lui-même peut-être dans le déni de sa maladie, d'autres acteurs notamment associatifs rappellent qu'il y a lieu de respecter les normes internationales en la matière, telles que la Convention des Nations Unies sur les droits des personnes handicapées qui stipule que « Le droit de jouir du meilleur état de santé possible (art. 25) implique le droit à des soins de santé sur la base du consentement libre et éclairé. Les États parties ont l'obligation d'exiger de tous les médecins et professionnels de la santé (y compris les psychiatres) qu'ils obtiennent le consentement libre et éclairé des personnes handicapées avant de les traiter. En relation avec le droit à la capacité juridique sur la base de l'égalité avec les autres, les États parties ont l'obligation de ne pas autoriser les régimes de prise de décisions substitutive pour l'expression de ce consentement. »¹²⁷

124 - « Si scientifiquement on peut aujourd'hui détecter une suspicion d'autisme chez un enfant à partir de l'âge de 9 mois, et confirmer éventuellement le diagnostic à partir de 12 à 18 mois, au Maroc le diagnostic se fait malheureusement beaucoup plus tard. », audition par le CESE de Mme Soumia Amrani, présidente du Collectif Autisme Maroc, le 09/06/2021.

125 - <https://comprendrelautisme.com/lusage-excessif-des-medicaments-chez-les-personnes-autistes/>

126 - <https://comprendrelautisme.com/lusage-excessif-des-medicaments-chez-les-personnes-autistes/>

127 - Comité des droits des personnes handicapées « Observation générale (n°1) : article 12 reconnaissance de la personnalité juridique dans des conditions d'égalité », CRPD/C/GC/1, 19 mai 2014.

Une autre problématique en cas de « double diagnostic » a trait à la nécessité de développer des actions multidisciplinaires combinées et coordonnées. En effet lorsque des personnes souffrent à la fois de troubles mentaux et psychiques et d'addiction, il faut d'abord que l'état mental et psychique soit stabilisé avant d'entamer le traitement de l'addiction. Dans ce cas, le patient est adressé par son psychiatre vers un centre d'addictologie. Or, souvent les difficultés à obtenir un rendez-vous proche favorisent le risque de rechute.¹²⁸

Aussi, parmi les demandes des structures associatives œuvrant dans le domaine, il est préconisé, entre autres, de :

- Adopter une nouvelle approche de prise en charge psychiatrique, addictologique, et psychologique globale et inclusive des patients ;
- Former les pédiatres et les médecins généralistes aux outils de dépistage précoce de certains troubles tels que l'autisme ou troubles du déficit attentionnel/hyperactivité (TDAH) ;
- Adopter de nouvelles dispositions concernant la tutelle des personnes souffrant de troubles mentaux et psychique, en instituant une commission consultative qui statuerait en fonction des intérêts des malades, et qui serait présidée par un juge du Tribunal de la Famille qui peut se faire représenter par un assistant social, et qui comprend deux proches du malade, le médecin traitant, la personne concernée (quand c'est possible), et deux représentants de la société civile ;
- Mettre en place un comité d'éthique spécialisé dans l'autisme au Maroc qui pourrait se prononcer sur les protocoles de prise en charge et les protocoles de soins adaptés, et qui pourrait agréer les intervenants dans ce domaine¹²⁹.
- Adapter les dispositions du livre IV du Code de la Famille portant sur la capacité et la représentation légale à la nouvelle Constitution et aux engagements internationaux du Maroc en matière de capacité juridique, ainsi qu'aux innovations de la recherche scientifique et médicale en matière de santé mentale ;
- Rendre effective l'institution du tuteur testamentaire ou datif en tenant compte des intérêts des personnes souffrant des troubles mentaux, psychiques et sensoriels ;
- Adopter le projet de loi N°71-13 relatif à la lutte contre les troubles mentaux et à la protection des droits des personnes atteintes de ces troubles, en prenant en compte les propositions d'amendement présentés par les aidants familiaux et par la société civile ;
- Adopter rapidement les textes d'application de la Loi-cadre N°97-13 relative à la protection et à la promotion des droits des personnes en situation de handicap.

128 - Audition de Mme Saadia Ben Lafqih Bennani, présidente de l'Association Marocaine des Familles et Amis des Personnes en Souffrance Psychiques « Moussanada », le 02 juin 2021.

129 - Audition par le CESE de Mme Soumia Amrani, présidente du Collectif Autisme Maroc, le 09/06/2021 : « plusieurs intervenants s'autoproclament experts, sans aucune compétence ni qualification, sont à l'origine de situation dramatiques ».

13. Les usages pathologiques des écrans, des jeux vidéo et d'internet

« Depuis le début de la pandémie, il ne se passe pas une journée sans qu'on ait des consultations pour des addictions liées aux jeux vidéo. C'était moins fréquent avant. C'est surtout le confinement avec l'enseignement à distance qui a accru les addictions. Cela s'est caractérisé par un accès aux écrans plus important qu'en temps normal. Mais de nombreux élèves se sont détournés des cours en ligne au profit des jeux vidéo. Souvent, les parents étaient trop occupés... ». Ce témoignage de Dr Imane Kendili, addictologue et psychiatre, auditionnée¹³⁰ par la Commission permanente du CESE en charge des Affaires sociales et de la Solidarité (CPASS) souligne non seulement la multiplication au Maroc des situations de dépendance aux jeux vidéo mais aussi la difficulté pour les familles d'y faire face. Sachant que peu de familles disposent de l'information et des moyens suffisants pour en identifier le besoin et s'adresser à des praticiens spécialisés, on ne peut que deviner l'ampleur de ce nouveau phénomène de dépendance.

En dépit des pressions exercées en sens contraire par les industriels et certains pays tirant des revenus importants de ce secteur d'activité¹³¹, la dépendance aux jeux vidéo est désormais reconnue par l'OMS comme une addiction.

Aucune des classifications internationales de référence (les CIM-10 et CIM-11 de l'Organisation mondiale de la Santé 'OMS' et le DSM5 de l'Association américaine de pédiatrie 'APA') n'intègre l'utilisation persistante et incontrôlée d'internet. Il n'y a dès lors pas de définition universelle de l'addiction ou de l'usage pathologique d'Internet. Cela ne veut pas dire que cette pathologie n'existe pas ou que nul n'en souffre.

Plusieurs grilles d'évaluation¹³² se sont efforcées de fixer des critères permettant de poser le diagnostic de l'addiction comportementale dans lesquels on retrouve la perte de contrôle et la prédominance de l'usage, les symptômes de manque, les symptômes de sevrage modifiant l'humeur, l'effet de tolérance qui pousse à augmenter l'activité, la dégradation et/ou les conflits relationnels, l'isolement, les tentatives d'interruption suivies de rechutes. La plus ancienne, et la plus connue des classifications, dites classification de Young distinguait déjà en 1996 cinq sous-catégories d'addictions à Internet (à une époque où les réseaux sociaux et les messageries en ligne n'existaient pas et où les connexions étaient beaucoup plus lentes qu'actuellement).

130 - Audition du Dr Imane Kendili, 26 mai 2021, Cheffe de l'Unité d'addictologie et des pathologies associées à la Clinique Al Andalous, Présidente de l'Association marocaine de médecine addictive et pathologies associées. Voir aussi entretien accordée par Dr Imane Kendili à l'hebdomadaire Tel Quel, n°964 du 17 au 23 septembre 2021 https://telquel.ma/2021/07/08/dr-imane-kendili-il-ne-se-passe-pas-une-journee-sans-quon-ait-des-consultations-pour-addictions-aux-jeux-vidéos_1728431

131 - https://www.francetvinfo.fr/sante/enfant-ado/jeux-vidéo-une-addiction-et-des-lobbies_2809803.html

132 - Addiction à Internet et facteurs associés chez les adolescents, Thèse de doctorat en médecine, Alexandre CLAUSE, Université de Lorraine, 30 janvier 2017

Parmi les activités problématiques les plus fréquemment rencontrées¹³³, sont évoquées :

- L'addiction aux cyber-relations c'est à dire à l'ensemble des moyens de communication synchrone comme les messageries instantanées, ou asynchrone comme les forums de discussion ou les e-mails à laquelle on peut assimiler désormais l'addiction aux réseaux sociaux et aux sites et applications de rencontres en ligne. L'addiction aux réseaux sociaux sous toutes leurs formes en est l'aspect le plus visible. A la base même de la conception de ces réseaux sont intégrés des mécanismes qui en font des outils addictifs. En effet, le « business model » des entreprises qui les proposent repose sur la maximisation du temps que les utilisateurs vont y passer ;
- Les compulsions facilitées par Internet du fait de son accès universel et de l'anonymat dont jouissent les utilisateurs :
 - Les compulsions aux jeux de hasard et d'argent facilitées par les applications et les sites en ligne ;
 - La recherche compulsive d'informations en forme de dépendance à la recherche constante d'informations (les personnes concernées passant la majorité de leur temps à rechercher et à organiser les informations, à se tenir informer des actualités, ou lorsqu'il s'agit d'un domaine précis à en rechercher toutes les informations et à les classer) ;
 - Et, bien entendu, l'addiction à la cyber sexualité, avec d'une part l'addiction à la cyberpornographie consistant à regarder, télécharger ou acheter de la pornographie en ligne, et d'autre part l'addiction à une cyber-activité sexuelle consistant à participer à des activités à caractère sexuel en ligne à l'aide de messageries instantanées et/ou de webcam.

Les grands constats liés à l'usage excessif d'internet

L'addiction à Internet serait à prédominance masculine¹³⁴ et concernerait en priorité la connexion aux réseaux sociaux (Facebook notamment), les « chats » et les jeux en ligne. Parmi les facteurs de risque, sont souvent évoqués le faible investissement parental ou de mauvaises relations avec les parents, l'inactivité physique, les troubles de dépression, de stress, et d'anxiété, de faible estime de soi, d'isolement social, de troubles narcissiques, de symptômes obsessionnels compulsifs, la toxicomanie, l'anxiété sociale, les troubles dits du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), les troubles d'instabilité émotionnelle, la mauvaise qualité du sommeil, l'âge précoce de la première utilisation à Internet.

133 - *idem*

134 - *Idem*

Les conséquences de l'addiction à Internet, comme toutes les dépendances, sont à la fois psychosociales et physiques avec le plus souvent la baisse des résultats ou l'échec scolaires lorsque les élèves tendent à se connecter durant les cours, perdant ainsi en attention et en concentration avec pour effet le décrochage scolaire. L'utilisation nocturne d'Internet diminue le temps et la qualité du sommeil provoquant de la fatigue en journée et aggravant les difficultés scolaires. A mesure que les difficultés scolaires, universitaires ou professionnelles vont s'accumuler, la personne dépendante cherchera refuge dans un monde virtuel et les cyber-relations, aggravant les risques d'échec, d'absentéisme, et de licenciement lorsque le travailleur en situation de cyberdépendance n'est plus jugé suffisamment productif ou qu'il reste au domicile sur Internet ou pour récupérer de nuits sans sommeil. Les images de « perfection » physique ou morale véhiculées par les réseaux sociaux et les influenceurs peuvent avoir un impact sur l'estime de soi qui conduit à des comportements soit dépressifs (je n'arriverai jamais à leur ressembler) soit à des égarements au niveau physique (chirurgie esthétique, anorexie, etc...).

Les addictions en ligne, notamment aux jeux d'argent et de hasard, ou les achats compulsifs en ligne peuvent provoquer des difficultés financières, des surendettements, des interdictions bancaires etc. L'addiction à Internet s'accompagne aussi de problèmes relationnels avec progressivement une tendance à l'isolement social, l'univers virtuel dominant le monde réel, aux dépens des liens familiaux, sociaux, professionnels. Parmi les conséquences psychosociales de l'addiction à Internet, plusieurs études évoquent l'apparition d'idées suicidaires et les tentatives de suicide comme signes d'une intense souffrance qui peut elle-même résulter de troubles psychopathologiques et dépressifs qui accompagnent l'addiction, ou qui peuvent être aussi la conséquence de difficultés scolaires, professionnelles ou relationnelles.

Les conséquences physiques de l'addiction à Internet se manifestent en forme de fatigue due au manque de sommeil, de maux de tête, d'impression de faiblesse, d'irritabilité, de nervosité, de maux d'estomac, parfois de vertiges. Des troubles musculo-squelettiques se manifestent en forme de mal de dos, de troubles visuels, de troubles de l'alimentation avec surpoids, ou dénutrition, ou de déshydratation. Des décès par épuisement et déshydratation sont survenus dans certains cas en Asie, lors de connexions pendant plusieurs jours d'affilée pendant des compétitions de jeux en ligne, ou dans des cybercafés. Ainsi en janvier 2015 un Taisanais de 32 ans est décédé d'épuisement après un marathon de 72 heures sans discontinuer sur son jeu favori¹³⁵.

135 - *Idem*, voir aussi https://www.huffingtonpost.fr/2012/07/19/addiction-jeux-video-tuer_n_1687034.html

Reconnaître l'addiction à Internet

Les critères les plus fréquemment cités sont ceux dits du Dr Young considérant que la personne est en situation de dépendance si elle présente 5 symptômes ou plus parmi les suivants :

1. Préoccupée par Internet (ex. : préoccupation par la remémoration de sessions en ligne passées ou par la prévision de sessions en ligne, à venir) ;
2. Besoin d'utiliser Internet de plus en plus longtemps afin d'être satisfait ;
3. Efforts répétés mais infructueux pour contrôler, réduire ou arrêter l'utilisation d'Internet ;
4. Agitation ou irritabilité lors des tentatives de réduction ou d'arrêt de l'utilisation d'Internet ;
5. Demeure en ligne plus longtemps que prévu ;
6. Met en danger ou risque de perdre une relation affective importante, un emploi ou des possibilités d'étude ou de carrière à cause d'Internet ;
7. Ment à sa famille, à son thérapeute ou à d'autres pour dissimuler l'ampleur réelle de son utilisation d'Internet ;
8. Utilise Internet pour échapper aux difficultés ou pour soulager une humeur.

La dépendance à Internet au Maroc

L'utilisation excessive d'internet et les addictions aux jeux en ligne commencent à être analysés, dans le cadre d'études d'observation menées par quelques spécialistes pionniers qui opèrent quasi exclusivement dans le secteur privé. Cette situation limite à la seule minorité solvable de la population l'accès aux consultations et aux soins, de même qu'elle laisse les pathologies liées à internet et aux jeux en ligne hors du champ de la santé publique.

Une des rares études existantes est l'étude épidémiologique transversale à visée descriptive et analytique réalisée sur une période de 3 mois (d'Octobre 2020 à Décembre 2020), et qui a consisté en l'administration d'un auto-questionnaire. Elle a porté sur un échantillon de 102 adolescents âgés de 13 à 19 ans, rencontrés dans des lieux publics de Casablanca au Maroc, ainsi que dans un cabinet privé d'un médecin généraliste¹³⁶.

136 - Informations recueillies lors de l'audition au CESE par la Commission Permanente des Affaires sociales et de la solidarité (CPASS) du Pr Ghislaine Benjelloun sur le thème des « addictions chez l'enfant et les adolescents » le 27 janvier 2021.

Usages d'internet à Casablanca (étude présentée par Dr Imane Kendili)	
Réseaux sociaux	93,1%
Musique en ligne, films séries en streaming	89,2%
Téléchargement de musiques/films	81,4%
Chat	71,6%
Recherche d'info diverses	50%
Jeux en ligne	43,1%
Recherche de documentation (plus complète)	41,2%
Achat, vente, échange en ligne	37,3%
Lecture/magazine, livres numériques en ligne	33,3%
Mail	32,4%
Jeux de hasard et d'argent	7,8%
Autres	1%

Ces observations confirment que les usages les plus massifs concernent les réseaux sociaux (93,1%), le visionnage de films (89,2%). Les jeux en ligne représentent 43,1% des usages et les jeux de hasard 7,8%.

Les déterminants les plus significatifs de la cyberdépendance, d'après cette étude, sont la (faible) disponibilité des parents et la (faible) qualité de la communication avec eux, le nombre d'heures passées sur Internet, le nombre d'heures passées par la fratrie sur Internet, l'existence de connexion pendant les cours, le type d'activité privilégiée sur Internet, le type d'activité de jeux de hasard, l'addiction au jeu, l'exposition à la dépression, la fréquence de l'usage de cannabis, l'usage d'alcool et l'usage de substances psychoactives.

Recommandations

- Actualiser la définition des affections de longue durée et y inclure formellement la dépendance aux jeux vidéo et reconnaître l'usage persistant, récurrent et problématique des réseaux sociaux comme un trouble comportemental éligibles à une prise en charge psychosociale et médicale ;
- Allouer des budgets appropriés et développer entre les ministères de la santé, de l'enseignement supérieur, de l'éducation nationale et de l'emploi et des affaires sociales des programmes de recherche et de prévention sur les risques liés à l'usage abusif d'internet et de dépendance aux jeux vidéo ;
- Développer une action de communication et de sensibilisation à destination des parents pour mieux encadrer leurs enfants lorsque ceux-ci commencent à utiliser Internet et les jeux vidéo ;

- Définir, dans le cadre d'un Plan national d'urgence contre les addictions, les mesures permettant de prévenir l'utilisation précoce¹³⁷ ou de retarder l'âge d'utilisation d'internet et des jeux vidéo, d'éviter les usages-réguliers, de repérer au plus tôt les usages immodérés précoces et réguliers et de favoriser une prise en charge rapide et adaptée des troubles sanitaires qui pourraient y être associés.

14. La consommation excessive de produits sucrés est-elle une conduite addictive ?

La consommation abusive de sucre ou de produits sucrés ne figure pas à ce jour parmi les critères de définition et de diagnostic de l'addiction. L'envie et la consommation même compulsive du sucre n'entraînent pas le même phénomène de désinvestissement à l'égard des activités et des responsabilités habituelles et l'arrêt ou la diminution de la consommation ne donnent pas lieu aux mêmes signes de manque physiologique que lorsqu'une personne est privée de la substance psychoactive à l'égard de laquelle elle se trouve en situation de dépendance¹³⁸. La consommation compulsive de sucres ne suscite pas nécessairement l'apparition de ce qui s'appelle la « tolérance progressive aux effets de la substance psychoactive » qui augmente le besoin de la quantité consommée pour conserver un niveau donné de satisfaction. De même, le besoin compulsif de consommation de sucres et de produits sucrés ne donne pas lieu, contrairement aux substances psychoactives et aux jeux addictifs, à une augmentation du temps passé à la recherche de la substance, à sa consommation ou à la récupération de ses effets. La consommation abusive de sucre, à la différence des substances psychoactives et des jeux à effets addictifs, est souvent influencée par les publicités, les modes de consommation, et s'installe à la faveur de l'ignorance de la nature et de la gravité potentielle des conséquences nocives du produit.

137 - Selon l'article de Serge Tisseron « *Prévention des traumatismes liés aux médias chez l'enfant* » il est indispensable de définir des limites en fonction de l'âge de l'enfant. Il préconise à cet effet la règle « 3-6-9-12 » qui signifie : « pas d'écran avant trois ans, pas de console de jeu personnelle avant six ans, pas d'Internet accompagné avant neuf ans et pas d'Internet seul avant douze ans (ou avant l'entrée au collège). Son but est d'établir autour des écrans une indispensable éducation, aussi bien en direction des enfants que de leurs parents et de leurs éducateurs. Elle est adoptée depuis 2011 par l'Association française de pédiatrie ambulatoire (AFPA). Cette règle est évidemment nécessaire et non suffisante : elle doit s'accompagner d'un encadrement et d'un accompagnement parental à tout âge, et aussi d'une éducation scolaire destinée à sensibiliser l'enfant aux bienfaits et aux dangers des écrans dès le plus jeune âge. » <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0222961712016534>.

Voir également « *les enfants face aux écrans un sujet de plus en plus préoccupant* » : <https://lebonusagedesecrans.fr/wp-content/uploads/2018/02/lesenfantsfaceauxecransdef.pdf>

Groupe Qualité, dossier documentaire « *la problématique des écrans sur la santé à tout âge en pratique en médecine générale* » janvier 2021, <https://apimed-pl.org/contenu/uploads/2020/12/Problematiche-des-ecrans-a-tout-age-1.pdf>

Média et actions citoyennes, Karin Dubois « *Quand les écrans sabotent l'apprentissage et impactent le développement des enfants : le nouveau fléau des familles* », 2020, <http://www.cpcp.be/wp-content/uploads/2020/05/ecrans-developpement-enfants.pdf>

138 - Clara Candy, « *Addiction au sucre : neuromarketing et santé publique: le rôle du pharmacien d'officine dans le conseil nutritionnel* » in Id: dumas-01565259 <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01565259/juillet2017>

Les effets du sucre : conséquences sanitaires et sociales

D'un volume annuel total estimé à 1,2 million de tonnes, la consommation de sucre au Maroc est une des plus élevées au monde avec 35 kg par habitant et par an¹³⁹. Une consommation modérée de sucre correspond de 6 à 8 cuillères à café de sucre par jour (soit 30 à 40 grammes), selon l'American Heart Association et de 6 à 12 cuillères à café par jour selon l'OMS (30 à 60 grammes par jour). Or, les Marocains en consomment en moyenne près de 100 grammes par jour (compte non tenu du sucre dans les produits alimentaires finis importés).

Ce niveau est d'autant plus préoccupant qu'il s'observe au Maroc dans un contexte où les maladies non transmissibles représentent 80% des causes de décès (contre 71% au niveau mondial) dont 37% de décès prématurés. L'enquête nationale sur les facteurs de risque des Maladies Non Transmissibles chez la population âgée de 18 ans et plus, réalisée par le ministère de la santé en 2018, avait révélé qu'un Marocain sur trois souffre d'hypertension (29,3%), qu'un dixième (10,6%) d'entre eux est diabétique et qu'un autre dixième (10,4%) est prédiabétique. Plus d'un Marocain sur deux est en surpoids (53%) dont 20% sont obèses, 10,5% ont un taux de cholestérol sanguin élevé. L'enquête avait aussi signalé que 21,1% sont sédentaires et 76,3% consomment moins de cinq portions de légumes et fruits par jour. C'est dans ce contexte que le ministère de la santé a lancé « le plan d'action national 2020-2021 de prévention et de contrôle des maladies non transmissibles (MNT) » faisant lui-même suite, au lancement en février 2019, de « la stratégie nationale multisectorielle de prévention et de contrôle des MNT 2019-2029 » et de la charte nationale de prévention et de lutte contre les MNT, signée en avril 2019. Visant pour la première fois la réduction de la consommation en sucre, la TIC (Taxe intérieure sur la consommation) qui est supportée par les producteurs a été augmentée de 50% afin de les inciter à réduire la concentration de sucre dans les boissons contenant des sucres ajoutés et dans les boissons dites énergisantes. Si la taxe intérieure de consommation sur les sucres peut être considérée comme une initiative positive en faveur de la lutte contre l'obésité et le diabète, cette mesure demeure cependant timide au regard de la part structurellement élevée du sucre dans l'alimentation des citoyens (au moins 2 fois supérieure aux recommandations de l'OMS). Les messages publicitaires encourageant, sans mise en garde, la consommation de produits sucrés, le régime fiscal inchangé des confiseries continueront d'exposer la population, notamment les jeunes, aux risques liés au sucre. L'absence d'information et d'éducation à la santé alimentaire continuera de favoriser l'aggravation des pathologies reconnues comme liées à la malnutrition (maladies cardio-vasculaires, diabète gras, cancers, ostéoporose...). Dans ces conditions, une politique publique orientée vers la protection de la santé devrait mettre en balance les subventions versées à l'industrie sucrière avec les coûts sanitaires de la consommation même non addictive du sucre.

139 - <https://aujourd'hui.ma/economie/betterave-a-sucre-114-tonnes-ha-de-rendement-en-2020>

Le sucre comme objet de désir et comme source de plaisir

L'attrait pour le goût sucré étant généralement décrit comme le produit d'un mécanisme physiologique naturel, on doit se demander comment distinguer ce désir et le plaisir qu'il procure du phénomène pathologique de l'addiction afin de mieux prévenir les risques et alerter sur les conséquences de consommation abusive de sucre. Le sujet peut paraître complexe car les sucres (glucides) apportent l'énergie indispensable à la vitalité du corps humain, et c'est dans le glucose que le cerveau puise sa principale source d'énergie. Les produits sucrés induisent des effets métaboliques et sensoriels qui suscitent le renforcement du plaisir et du désir de les consommer. La question n'est pas tranchée de savoir si l'accoutumance s'établit par rapport au sucre en tant que substance ou à la saveur sucrée en tant que goût. Certains auteurs considèrent que la saveur sucrée serait à la fois innée, présente depuis la naissance, congénitale, en plus d'être indispensable physiologiquement en terme calorique. Il reste que la préférence et la recherche de la saveur sucrée peuvent être modifiées, à la hausse ou la baisse, par l'éducation et que leur développement abusif est le résultat de l'habitude, du conditionnement, de la publicité et de la méconnaissance de ses conséquences sanitaires. La consommation de sucre n'est pas nécessairement liée à ce qui s'appelle le syndrome de boulimie qui correspond à une alimentation excessive et compulsive de n'importe quelle nourriture pouvant contenir ou non des produits sucrés.

Existe-il une addiction au sucre ?

Malgré des doutes parmi les scientifiques et en dépit des dénégations encouragées par l'industrie du sucre qui use de budgets et de structures de lobbying pour influencer les décideurs politiques et les positions des institutions internationales, l'utilisation du mot « addiction » s'étend pour désigner le désir compulsif de consommer des produits sucrés. Cette évolution conduit à poser la question de savoir si le sucre est assimilable à une drogue. L'OMS dans un rapport¹⁴⁰ publié en 2004, tout en reconnaissant que les aliments gras sucrés et gras salés peuvent avoir des effets addictifs a récusé l'idée que le sucre puisse être assimilé à une drogue. La controverse demeure cependant vive autour de la question de savoir si le sucre produit à lui seul ou pas le mécanisme neurobiologique spécifique qui provoque l'obésité. L'industrie du sucre, sur la défensive, multiplie les stratégies d'influence pour mettre en cause la validité et la transposition à l'homme des phénomènes de dépendance alimentaire observés en laboratoire chez les rongeurs. Plusieurs auteurs affirment que, à l'exception de la caféine et des boissons alcoolisées, il n'existerait pas de preuve qu'un aliment ou qu'une substance alimentaire déterminé provoquent la dépendance. Cette thèse, qui rappelle les dénégations longuement entretenues au sujet de l'effet addictif du tabac, s'appuie sur l'idée que le cerveau ne répondrait aux nutriments (sucre, sel, gras) de la même manière qu'il répond aux drogues telles que

140 - WHO, « Neuroscience of psychoactive substance use and dependence », 2004

l'héroïne ou la cocaïne alors même que les circuits neurobiologiques empruntés par les uns et les autres sont les mêmes. D'autres défenseurs de l'innocuité psychique du sucre critiquent l'idée de dépendance alimentaire qu'ils jugent ambiguë en estimant que la dépendance n'existe pas à l'égard du sucre en tant que substance « Food addiction » mais à l'égard de l'acte de manger « *eating addiction* ».

Les travaux scientifiques, l'attention accrue portée par les investisseurs et par les entreprises agroindustrielles à leur propre responsabilité sociale et sanitaire ainsi que la mobilisation de plus en plus puissante des organisations de la société civile dans de nombreux pays questionnent de plus en plus le lien entre la consommation de sucres et le phénomène de l'addiction.

Recommandations

- Renforcer l'éducation contre la malnutrition en général et alerter sur les conséquences négatives de la consommation excessive des produits sucrés et du sucre en rappelant qu'il existe aujourd'hui plus de 50 appellations pour désigner ce produit dont la présence et les effets sont souvent masqués dans les ingrédients des aliments industriels ;
- Développer une campagne nationale d'information, d'explication et de recommandation visant à réduire la consommation de sucre et de produits sucrés (laquelle a encore augmenté au Maroc en 2020, alors qu'elle a baissé au niveau mondial du fait du confinement, et rappeler qu'une consommation raisonnable doit être contenue entre 30 grammes à 60 grammes par personne et par jour) ;
- Systématiser et renforcer l'obligation d'information sur la teneur, la dénomination et la forme des ingrédients en sucre contenus dans l'ensemble des produits alimentaires commercialisés sur le territoire national ;
- Améliorer le contenu et la précision de l'information au sujet des produits dits édulcorants qui prétendent assurer un goût sucré sans apporter de calories aux aliments mais qui ne permettent pas de réduire l'accoutumance au goût sucré et qui peuvent au contraire contribuer à entretenir la recherche compulsive de la saveur sucrée ;
- Instituer, à la charge du ministère de la santé et des organismes publics et privés de protection sociale, l'organisation de campagnes d'information, de prévention et de dépistage du diabète et des risques de consommation abusive du sucre ;
- Systématiser et renforcer les mesures de protection et l'éducation des enfants et des parents contre la compulsion aux bonbons et confiseries et dissocier les actes de récompenses de la distribution de sucreries aux enfants.

Partie IV - Le défi : émanciper l'économie nationale et les finances publiques du poids des biens et services à potentiel addictif et consolider l'effort national contre les addictions

Le poids des biens et services à potentiel addictif sur l'économie et les finances publiques revêt un caractère systémique

Les substances et les activités addictives ou à haut potentiel addictif ne constituent pas qu'un défi de santé publique. Leur poids est tellement important qu'il a pris un caractère systémique dans l'économie et la structure budgétaire du pays mettant de fait les finances publiques en situation de dépendance à l'égard des recettes qu'elles leur procurent.

Le poids des activités et des substances addictives ou à haut potentiel addictif dans l'économie et les finances publiques

Les substances et activités à potentiel addictif légalement autorisées représentent un volume d'affaires annuel estimé de 32,19 milliards de dirhams, soit près de 3% du PIB. Sur ce montant, l'Etat prélève de la moitié (56%) via différents impôts et taxes pour un montant de 18,03 milliards de dirhams. Ces chiffres concernent les tabacs (17 milliards de dirhams de dépenses des fumeurs donnant lieu à 13,6 milliards de TIC, de TVA et de droits d'importation), les alcools (4 milliards de dirhams de volume d'affaires donnant lieu 1,9 milliards de recettes publiques), les paris et loteries (11,9 milliards de dirhams de volume d'affaires et 2,5 milliards de recettes publiques). Le seul volume d'affaires des tabacs (estimé à 17 milliards de dirhams en 2021) représente 5 fois le budget d'investissement du ministère de la Santé (3,35 milliards de dirhams projetés pour 2021). Dans le même temps, le total du chiffre d'affaires des activités licites à potentiel addictif représente 1,7 fois le budget du ministère de la Santé (18,6 milliards de dirhams). Les recettes publiques tirées de ces trois seuls postes (tabacs, alcools, jeux) pèsent environ 8% des recettes totales de l'Etat, à peu près l'équivalent du total des recettes fiscales de la direction des entreprises publiques et de la privatisation (19,9 milliards de dirhams au titre de la loi de finances de 2021), le tiers des recettes au titre de l'Impôt sur les Sociétés¹⁴¹ (IS), ou bien 5 fois les versements en 2020 de l'OCP à l'Etat.

¹⁴¹ - Estimées à 53,53 milliards de dirhams au titre de 2020

Ces chiffres ne prennent pas en compte les dépenses en consommation légale de médicaments (anxiolytiques, somnifères, etc.) ni les chiffres d'affaires des casinos. Ils ne prennent par définition pas non plus les chiffres d'affaires de la production du cannabis estimés, pour les exploitants, à quelques 3,25 milliards de dirhams¹⁴².

Flux financiers et poids économique des activités à haut potentiel addictif		
Substances et activités	Volume d'affaires annuel (estimé en millions de MAD)	Recettes de l'Etat (en millions de MAD)
Tabacs	17.000,00 ¹⁴³	- TIC : 11.300,00 - TVA : 1.747,700 - Droits d'imp. : 606,00 TOTAL : 13.654, 400 ¹⁴⁴
Alcools	4.000,00 ¹⁴⁵	-TIC : 1.50,003 ¹⁴⁶ -TVA : 414,00 ¹⁴⁷ TOTAL : 1.916,003
Paris hippiques	7.200,00 ¹⁴⁸	1.440,00 ¹⁴⁹
Loterie	792,00 ¹⁵⁰	385,00 ¹⁵¹
Paris sportifs	3.200,00 ¹⁵²	732,00 ¹⁵³

142 - Les recettes des exploitants agricoles locaux représentent un montant dérisoire comparée aux quelques 120 milliards de dirhams du chiffre d'affaires estimé sur la commercialisation de la production marocaine de cannabis par les trafiquants sur les marchés internationaux

143 - Estimations pour 2020, Audition de Philip Morris Maroc par la Commission des Affaires sociales et de la solidarité, CESE, 15/09/2021.

144 - Chiffres de 2019, Administration des Douanes et des Impôts Indirects : <https://www.douane.gov.ma/dms/loadDocument?documentId=84308>

145 - Estimation non officielle du magazine La Revue du Vin de France pour 2013 : <https://www.larvf.com/vin-maroc-vente-alcool-baisse-taxe-augmentee-vins,4425528.asp>

146 - Loi de finances 2019.

147 - Chiffres de 2019, Administration des Douanes et des Impôts Indirects : <https://www.douane.gov.ma/dms/loadDocument?documentId=84308>

148 - Chiffres de 2019. Audition de la SOREC, 23/06/2021.

149 - Chiffres de 2019. Audition de la SOREC, 23/06/2021.

150 - Chiffres de 2019. Audition de la SGLN, 16/06/2021.

151 - Chiffres de 2019. Audition de la SGLN, 16/06/2021.

152 - Chiffres de 2019. Auditions de la MDJS, 07/07/2021.

153 - Chiffres de 2019. Auditions de la MDJS, 07/07/2021.

Casinos	Non publié	Non publié
Total jeux légaux	11.192,00 ¹⁵⁴	2.557,00
Médicaments psychotropes	Non publié	Non publié
Cannabis ¹⁵⁵ , revenu estimé des exploitants	3 250,00	Non applicable
Total ¹⁵⁶	32.192,00	18.128,00

Le volume d'affaires (plus de 32 milliards de dirhams) des biens et services licites à potentiel addictif, le tabac, les jeux d'argent et l'alcool, l'importance des prélèvements fiscaux sur ces produits (52%) et leur poids dans les recettes fiscales de l'Etat (9%) ne sont pas négligeables : si des sources de création de valeur alternatives n'en prennent pas le relais, le poids de l'économie des addictions peut devenir une menace pour la durabilité de l'équilibre des finances publiques et créer une situation de dépendance structurelle à l'égard du commerce des substances et des activités addictives, avec pour effet d'exacerber le conflit de priorités entre d'un côté, le devoir de l'Etat de respecter et de protéger les droits fondamentaux à la santé et d'assurer à la société marocaine et aux générations futures un mode de vie sain et, d'un autre côté, la nécessité d'assurer à court terme le financement des politiques publiques. Ce sujet est un défi qui doit trouver toute sa place au cœur de la réflexion en cours sur les inflexions et les orientations qu'appellent la rénovation des concepts et des outils du modèle national de développement.

Montants et % des recettes de l'Etat liées aux produits et services à potentiel addictif

En MDHS	Recettes fiscales	Part en % des recettes liées aux services et substances licites à potentiel addictif	Recettes ordinaires (fiscales et non fiscales, CST)	Part en % des recettes liées aux services et substances licites à potentiel addictif
2021*	195.578	9,27	232.907	7,78
2020**	198.793	9,12	229.123	7,91

154 - Hors Casinos.

155 - Estimations 2020. Chiffres communiqués par le ministère de l'Intérieur. Audition du 28/07/2021.

156 - Hors Casinos et médicaments psychotropes et revenu estimé du cannabis.

2019**	212.638	8,52	247.495	7,32
		*LOF (provisoire)	** réalisées	

L'attention des décideurs en matière de politique publique doit être attirée sur la profonde imbrication des questions économiques, financières, sanitaires et sociétales ; une croissance économique durable et des équilibres budgétaires dynamiques et solides sont difficiles à atteindre et à maintenir lorsque la sécurité sanitaire et l'intégrité psychique de la population sont exposées à des risques élevés de dérèglements comportementaux, aux excès d'usage des substances et des activités qui provoquent de l'inertie, de l'insatisfaction, de l'anxiété, de l'impulsivité, la hausse des dépressions avec leur cortège de carrières professionnelles et de parcours scolaires brisés et de vies familiales sous tension.

Changer de paradigme

Les réponses à ces défis ne sont pas dans la stigmatisation des personnes en situation de dépendance, ou dans l'interdiction et la pénalisation ni dans l'administration de traitements médicaux forcés contre les substances et les activités à potentiel addictif, que ce soit le tabac, l'alcool, internet ou les jeux, et peut-être même le cannabis traditionnel marocain dont la culture sans ingrédient chimique et la faiblesse en THC sont connus. Il importe en revanche de démultiplier l'information, la recherche et la coopération entre les acteurs institutionnels, le corps médical, les forces de sécurité (police et gendarmerie royale), les opérateurs économiques et les organisations de la société civile, pour comprendre et faire connaître mieux et pour prévenir les phénomènes de l'addiction et leur dangerosité. Il ne s'agit pas de préconiser la prohibition ou la limitation autoritaire des plaisirs ni d'organiser l'administration publique des addictions privées mais d'informer, d'alerter, de renforcer les compétences individuelles, celles des parents, des éducateurs et des jeunes contre les substances et les activités qui, au lieu d'être des facteurs de liberté et de plaisir, agissent sur les individus et contre eux comme des engrenages qui brisent leur autonomie et s'attaquent à leur santé et à leur dignité.

Cette situation sollicite la capacité des décideurs gouvernementaux et de la société marocaine dans son ensemble à prendre conscience de l'ampleur et de la gravité des addictions, à faire des choix et déployer des mesures pour sauvegarder à la fois la sécurité sanitaire collective, la liberté et l'autonomie des individus et l'activité économique sur des bases durables. La capacité du corps social marocain à préserver sa cohésion, la vitalité de ses structures familiales et ses mécanismes sociaux d'inclusion et de réciprocité, et à développer ses capacités productives et créatives risque d'être de plus en plus menacée par l'explosion des vulnérabilités aux facteurs de morbidité et d'hébétude, licites et illicites, que sont les tabagismes actif et passif, l'invasion des substances psychoactives à usage médical et/ou récréatif, les pertes de temps dues à la dépendance aux connexions aux réseaux sociaux, les

dépenses consacrées aux paris et aux jeux d'argent, l'abus des boissons alcoolisées. L'abus des aliments sucrés ou gras-sucrés, même s'il n'est pas encore classé parmi les troubles addictifs, doit être envisagé, prévenu et traité comme trouble alimentaire compulsif aux effets dévastateurs avérés sur la santé (diabète, obésité, troubles cardio-vasculaires).

L'envahissement de la société par les comportements addictifs sans substance est, et sera, désormais exacerbé par l'accès généralisé à Internet et l'individualisation de sa consommation sur les smartphones. Le défi est immense car la transition numérique est aussi une chance et une nécessité historiques qui offrent à la société marocaine de formidables opportunités technologiques, économiques, communicationnelles, informationnelles, sources d'emplois et de création de richesses. Ces technologies portent le risque - qui n'est ni imprévisible, ni inévitable ni insurmontable - de faire perdre le contrôle de sa volonté, de son temps, de sa santé, de son argent et de son destin à une partie croissante de la population, notamment les jeunes, les personnes les moins qualifiées et les catégories les plus démunies et de les faire basculer dans l'isolement, le jeu et la distraction numériques ininterrompus, l'addiction à la pornographie, l'usage compulsif des réseaux sociaux et des écrans avec la peur obsessionnelle de manquer à tout instant un message, un post ou une information sur Facebook, Youtube ou Instagram¹⁵⁷.

Recommandations

- Ériger la lutte contre les addictions en composante à part et objectif à part entière du nouveau modèle de développement, pour :
 - réduire la dépendance de l'Etat à l'égard des ressources fiscales tirées des substances et des activités à potentiel addictif ;
 - préserver l'intégrité psychique, l'autonomie et la sécurité sanitaires des citoyens et leur permettre de disposer pleinement de leur capital santé et de leurs facultés productives et créatives.
 - Augmenter de façon continue et drastique les taxes sur le tabac et ses dérivés
 - Flécher une part, d'au-moins 10%, soit 1,8 à 2 milliards de dirhams, des recettes fiscales sur les tabacs, les alcools, les jeux, et les médicaments psychotropes en direction des budgets d'investissements et d'appui aux programmes de formation de médecins et paramédicaux, de recherche universitaire clinique et de sociologie, d'information, de prévention, de développement des centres spécialisés et d'amélioration de l'accès aux soins contre les addictions sous toutes leurs formes

157 - David T. Courtwright, *The Age of Addiction. How Bad Habits Became Big Business*, Harvard University Press, 2019, 325 pages; voir aussi <https://www.lettreducadre.fr/article/capitalisme-de-l-addiction.46790>

Statut ambigu et méconnaissance des addictions dans la nomenclature des actes pris en charge par les assurances sociales

Le cadre légal de définition des maladies de longue durée et la liste des actes médicaux remboursables au titre de l'assurance maladie obligatoire présentent des insuffisances et des contradictions qui ont pour effet d'exclure de toute prise en charge une grande partie de la population pourtant affiliée aux régimes d'assurance-maladie et de laisser hors du champ de l'assurance une grande partie des addictions. Cette situation à la fois discriminante et archaïque appelle une refonte urgente du statut des addictions dans les référentiels et les procédures de gestion des régimes d'assurance sociale.

Cadre légal de la couverture médicale de base

La référence aux « troubles addictifs » en tant que maladie reconnue et prise en charge par la couverture médicale de base ne figure que dans l'arrêté du ministre de la Santé du 5 janvier 2006¹⁵⁸ fixant la liste des maladies graves ou invalidantes nécessitant des soins de longue durée ou particulièrement coûteux¹⁵⁹. Cette liste connue sous le vocable de « liste des ALD » (Affections de Longue Durée) prévoit parmi les maladies donnant droit à exonération partielle ou totale de la part restant à la charge de l'assuré, « les troubles addictifs graves » qui sont répertoriés au numéro 35 dans le cadre des « troubles graves de la personnalité », sans plus de précision. Cette absence de définition médicale légale des « troubles addictifs graves » s'accompagne d'une absence de descriptif permettant de distinguer la nature et les types de troubles addictifs entrant dans cette catégorie et ne permet pas, en conséquence, de fixer la typologie, les degrés ni les modalités de prise en charge des troubles addictifs qui ne seraient pas considérés comme « graves ».

Le statut des addictions selon l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM)

Dans son évocation des troubles addictifs, l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM)¹⁶⁰, fait référence à l'arrêté du ministre de la Santé n° 2518-05 du 30 Chaabane 1426 susmentionné. Les critères et les taux de prise en charge et de remboursement des soins des addictions varient en fonction des décrets régissant chaque organisme de prévoyance sociale. Ainsi pour les assurés relevant de la Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale (CNOPS), le taux de prise en charge est total (100%)

158 - B.O. n° 5384 du 5 janvier 2006, n° 2518-05 du 30 Chaabane 1426

159 - B.O. n° 5384 du 5 janvier 2006.

160 - Lettre de réponse de l'ANAM à la demande d'information du CESE, du 30 août 2021 (Voir annexe 1 du présent rapport).

concernant les frais de traitement relatifs aux médicaments¹⁶¹. Ce taux est partiel, plafonné à 70% de la tarification nationale de référence pour les assurés relevant de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS)¹⁶².

De fait, les actes diagnostiques et thérapeutiques concernant les troubles addictifs ne sont pas envisagés en tant que tels dans le cadre de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels¹⁶³ (NGAP) éligibles à prise en charge dans le cadre de la couverture médicale. Ils sont abordés, selon l'ANAM, dans le cadre de « la psychothérapie » appliquée aux personnes souffrant de troubles psychiques directement ou non liés à des conduites addictives. Consciente de cette anomalie, l'ANAM affirme œuvrer actuellement, en collaboration avec le ministère de la Santé, à l'adoption d'une nouvelle classification des actes médicaux dénommée « la classification commune des actes médicaux » qui devrait couvrir des prestations médicales beaucoup plus larges, bénéficiant notamment aux personnes souffrant de troubles addictifs et qui se trouve actuellement déposée auprès du Secrétariat Général du Gouvernement.

L'ANAM souligne par ailleurs que sont également prises en charge les catégories de médicaments prescrits pour le traitement des troubles addictifs tels que les anxiolytiques, neuroleptiques et anti-dépresseurs, qui sont inscrits au niveau du Guide des Médicaments Remboursables, qui reprend les substances actives des médicaments admis au remboursement et désignées par leurs Dénomination Communes Internationales (DCI) parues par arrêté du ministre de la santé¹⁶⁴ et ce, conformément aux dispositions de l'article 8 du décret n° 2-05-733 du 11 Joumada II 1426 (18 juillet 2005) pris pour l'application de la loi n° 65-00 portant code de la couverture médicale de base.

Des approches contradictoires des organismes de prévoyance et d'assurance sociales

Dans leurs réponses aux questions du CESE au sujet des principes et des règles qu'ils observent en matière de prise en charge et de remboursement des frais engagés pour le traitement des troubles addictifs, les différents organismes d'assurance sociale font état d'approches différentes, à certains égards contradictoires et, de façon générale, limitées au regard de l'ampleur, de la diversité et de la gravité des pathologies relevant des conduites addictives.

161 - Article 2 du Décret n° 2-05-736 du 11 joumada II 1426 (18 juillet 2005) fixant les taux de couverture des prestations médicales à la charge de la Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale au titre du régime de l'assurance maladie obligatoire de base.

162 - Article 2 Décret n° 2-05-737 du 11 joumada II 1426 (18 juillet 2005) fixant les taux de couverture des prestations médicales à la charge de la Caisse nationale de sécurité sociale au titre du régime de l'assurance maladie obligatoire de base.

163 - Arrêté du ministre de la Santé n°177-06 du 27/01/2006 B.O. n° 5414 du 20/04/2006.

164 - Arrêté du ministre de la Santé n°3208-15 du 23/09/2015 B.O. n° 6422 du 17/12/2015

La CNOPS¹⁶⁵ réfère à loi n° 65-00 portant code de la couverture médicale de base et à l'annexe de l'arrêté du ministre de la Santé n°2518-05 fixant la liste des maladies graves ou invalidantes nécessitant des soins de longue durée ou particulièrement coûteux. Les addictions graves y sont répertoriées selon le code S015¹⁶⁶ en tant que maladie chronique. La CNOPS réfère aussi à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP). La CNOPS estime que le remboursement ou la prise en charge de l'acte médical lié à une addiction doit s'opérer de manière identique que pour le reste des actes médicaux répertoriés dans ce guide, sans besoin d'un taux spécifique de remboursement ou de prise en charge des dépenses. Concernant les médicaments, la CNOPS prend en charge 70% du prix public du médicament générique quand il existe ou, à défaut, du prix du médicament le plus proche du générique. L'assuré auprès de la CNOPS bénéficie en outre de la couverture complémentaire de sa mutuelle qui peut ainsi porter à 100% le taux remboursement de ses soins lorsque la Commission médicale de la CNOPS considère après acceptation du dossier du patient que ce dernier fait l'objet de « troubles addictifs graves ». De fait, la CNOPS en tant que gestionnaire du régime obligatoire de base et ses mutuelles associées sont l'organisme le plus ouvert et le protecteur à l'égard des troubles liés aux addictions.

La Caisse Mutualiste interprofessionnelle Marocaine (CMIM)¹⁶⁷ a précisé que les actes donnant lieu à un remboursement par la CMIM sont ceux définis par la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) et que les affections de longue durée (ALD) prise en charge sont celles fixées par arrêté du ministre de la Santé n° 2518-05. Elle considère que « l'addiction ne fait malheureusement pas partie de cette liste et de ce fait la CMIM ne rembourse pas les traitements de longue durée et les hospitalisations liés à cette affection »¹⁶⁸. « Toutefois la CMIM rembourse les traitements simples qui peuvent-être relatif à l'addiction, s'ils sont prescrits par un médecin et qu'ils figurent dans la liste des médicaments remboursables. »¹⁶⁹

La Fédération Marocaine des Sociétés d'Assurance et de Réassurance¹⁷⁰ va plus loin, en considérant que « l'addiction est la conséquence d'un acte volontaire de l'assuré et se trouve de ce fait exclue du champ de couverture des contrats d'assurance santé, sauf si elle résulte d'une prescription médicale ». Elle rappelle que les contrats d'assurance maladie /maternité commercialisés au niveau du marché marocain couvrent « les frais de santé liés à toute altération involontaire de la santé qui n'est pas la conséquence d'un accident et qui est constatée par un médecin admis légalement à exercer ». Elle exclut, à ce titre, les addictions en les considérant, explicitement, comme le fait

165 - Lettre de réponse de la CNOPS au CESE du 14 Septembre 2021, référence 5009/DE (voir annexe 1 du présent rapport)

166 - Identique à la Classification des Affections de longue durée de France.

167 - Lettre de réponse de la CMIM au CESE du 31 août 2021, référence DIR.AA/MB N°20/2021 (voir annexe 1 du présent rapport)

168 - Idem

169 - Idem

170 - Lettre de réponse de la Fédération Marocaine des Sociétés d'Assurance et de Réassurance au CESE du 03 septembre 2021, référence L.125/2021- BB/HC (voir annexe 1 du présent rapport)

volontaire des personnes qui en souffrent, au même titre que la tentative de suicide ou la mutilation volontaire auxquels ne s'appliquent pas le contrat d'assurance.

Ces différentes positions à l'égard de la prise en charge des troubles addictifs résultent de l'absence d'un statut légal clair, reconnaissant les troubles addictifs en tant que « maladie du cerveau qui découle non pas d'un comportement déviant mais d'une vulnérabilité neurobiologique qui doit donner lieu à une prise en charge médicalisée, basée sur l'évidence scientifique et respectant la dignité des personnes en souffrance »¹⁷¹.

Recommandations :

- Donner une définition claire des troubles addictifs au niveau du cadre légal de la couverture médicale de base.
- Intégrer les addictions aux substances et les addictions comportementales à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) dans sa nouvelle version dite « nouvelle Classification Commune des Actes Médicaux ».
- Réviser et actualiser l'arrêté du ministre de la Santé n°2518-0 aux fins de clarifier la nature et préciser la typologie des troubles addictifs considérés comme des maladies chroniques nécessitant des traitements, et y inclure explicitement la dépendance au tabac, au cannabis, à l'alcool, aux médicaments, ainsi que les addictions comportementales, aux jeux et paris d'argent, aux jeux en ligne, au sexe...
- Homogénéiser les approches des organismes de prévoyance et d'assurance sociales dans la prise en charge des troubles addictifs et prohiber les approches imputant aux assurés sociaux la responsabilité des addictions dont ils souffrent et les privant de prise en charge de leurs soins.

Valoriser le rôle, structurer le dialogue et la convergence entre les acteurs de lutte contre les addictions

Les travaux de la Commission permanente du CESE en charge des Affaires sociales et de la solidarité (CPASS), notamment les séances d'audition et les revues documentaires, ont fait ressortir, tout à la fois, l'existence d'une pluralité d'intervenants marocains activement engagés contre les addictions, hautement compétents chacun dans sa sphère d'activité, porteurs d'analyses et de méthodes souvent en ligne avec les standards scientifiques internationaux les plus avancés mais qui sont, pour la plupart, confrontés à l'absence d'un cadre structuré de dialogue et de coopération, à l'insuffisance de moyens humains et financiers et à l'inadaptation du cadre légal

171 - Audition par le CESE du Docteur Jallal Taoufik, Directeur de l'Hôpital psychiatrique Arrazi de Salé et Directeur de l'Observatoire Nationale des Drogues et Addiction, le 13 janvier 2021.

aujourd'hui applicable aux troubles et aux effets de la dépendance. Il est d'intérêt général de permettre à l'ensemble des parties prenantes concernées par la lutte contre les addictions au Maroc de structurer leurs efforts, de dialoguer entre elles afin de faire émerger des solutions complémentaires et convergentes complémentaires sur les plans légal, administratif et judiciaire, de la protection sociale, médical et psychosocial. Si le Maroc a pour lui d'être un des premiers pays de la région où s'est affirmée une prise de conscience de la nécessité d'agir contre les addictions en tant que problème de santé publique, il convient désormais de transformer cet élan en une politique active et collective de santé publique. Cette transformation implique de changer de regard sur les addictions, les sortir de la stigmatisation qui les entoure, élargir l'information et la prévention des dépendances via la coopération entre les acteurs en mettant la protection de la santé, de la dignité et le rétablissement de l'autonomie des personnes au centre des politiques de soins, ainsi que la protection des victimes et des sanctions dissuasives contre les trafiquants et les réseaux criminels au cœur des politiques sécuritaires.

Acteurs institutionnels

Cette section n'est pas exhaustive. Elle passe en revue les structures institutionnelles engagées à des niveaux variables contre les addictions et met en évidence leurs objectifs et/ou leurs programmes. Ce panorama permet d'illustrer l'importance des efforts de l'appareil administratif et médicosocial public contre les addictions et de leur potentiel de mobilisation et de synergie dans le cadre d'une politique nationale coordonnée.

Ministère de la Santé

Le ministère de la Santé a vocation à jouer un rôle central dans la prévention, la réduction des risques et la prise en charge des troubles addictifs en tant que département traditionnellement « chargé de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique gouvernementale en matière de santé de la population »¹⁷².

Au niveau de l'administration centrale du ministère, les plans et programmes nationaux de prévention et de prise en charge des troubles addictifs sont dévolus¹⁷³ à la « Direction de l'Épidémiologie et de Lutte contre les Maladies » (DELM). Une des trois divisions composant cette Direction, la Division des maladies non transmissibles, est en charge du « service de la santé mentale et des maladies dégénératives » auquel sont rattachés les « troubles addictifs ». La DELM gère ainsi de grands et lourds sujets, tels que la santé mentale, la stratégie de prévention du suicide, la problématique de la démence, mais avec des effets limités, 07 personnes environ, ce qui veut dire qu'une à deux personnes seulement seraient dédiées au programme relatif au

172 - Article 1 du Décret n° 2-94-285 du 17 jourmada II 1415 (21 novembre 1994) relatif aux attributions et à l'organisation du ministère de la santé publique, B.O N° 4286 - 18 rejeb 1415 (21-12-94).

173 - A date de la rédaction de cette section du rapport, le 10 octobre 2021

troubles des addictions. D'autres directions du ministère interviennent de manière complémentaire dans la gestion de ce programme, notamment la Direction de la Population en matière de prévention contre les addictions en milieu scolaire, via la Division de la santé scolaire, la Direction des médicaments et de la pharmacie, pour l'achat et la fourniture des médicaments, ou la Direction des équipements et de la maintenance.

Au niveau local, on dénombre 18 structures d'addictologie, avec 15 centres ambulatoires dont 5 en capacité d'assurer un traitement de substitution aux opiacés (TSO) et 3 services résidentiels au niveau des Centres Hospitaliers Universitaires de Rabat, Casablanca et Fès, dont les deux premiers assurent aussi ce traitement de substitution aux opiacés. Plusieurs projets de construction de centres d'addictologie sont en cours.¹⁷⁴

En termes de ressources humaines, on dénombre 64 médecins généralistes ou psychiatres formés en addictologie dans le cadre d'un diplôme universitaire financé dans le cadre de la coopération internationale décentralisée par le Groupe Pompidou. Le Maroc souffre d'une pénurie unanimement déplorée en psychologues et ergothérapeutes qui constituent des ressources indispensables en addictologie. L'absence de reconnaissance du statut de psychologue et l'absence aussi de reconnaissance du diplôme d'addictologie sont des facteurs de démotivation de nature à renforcer cette pénurie.

Ministère en charge de l'éducation nationale

Le ministère de l'Éducation Nationale peut jouer un rôle de premier plan dans le développement des compétences des enseignants, des enfants et des jeunes en matière de connaissance, de prévention et de réduction des risques liés à toutes les formes de dépendance aux substances comme aux comportements addictifs. Selon les données qu'il a transmises en septembre 2021 au CESE, le ministère de l'Éducation Nationale¹⁷⁵ mène une pluralité d'actions visant la prévention, la détection précoce, et la réduction des risques d'addictions et de conduites addictives en milieu et dans l'environnement scolaires. Le ministère ne fournit cependant pas d'indicateurs chiffrés sur les moyens et les impacts de ses interventions, ces dernières étant cependant clairement formalisées et complémentaires.

174 - Notamment au niveau des régions de Berkane, Tétouan, Mdiq, Kénitra et Salé selon les données transmises par la DELM lors de son audition par le CESE, le 01 septembre 2021.

175 - Données transmises par courrier par le Ministère de l'Éducation Nationale au CESE, le 08 septembre 2021 sous la référence 0808/21.

Ainsi, le ministère fait état d'enquêtes régulières¹⁷⁶ pour mesurer l'ampleur des phénomènes de consommation de substances psychoactives en collaboration avec le ministère de la santé et d'autres partenaires. De même, le ministère de l'Éducation décrit son action en faveur de la prévention, de la sensibilisation et de la formation via, d'une part, l'intégration de l'éducation sanitaire et préventive contre les risques d'addiction et de l'usage des drogues dans les programmes scolaires (curricula), et via, d'autre part, la mise en place de clubs thématiques au sein des établissements scolaires et l'organisation d'activités didactiques visant la lutte contre le tabagisme et l'usage des drogues. Des activités de formation des encadrants pédagogiques sont organisées aussi par le ministère depuis 2003.

De façon innovante, pour prévenir les addictions aux écrans, à internet et aux jeux vidéo, le ministère de l'Éducation Nationale a initié depuis plusieurs années des campagnes de sensibilisation sur l'utilisation sécurisée d'internet sur la plateforme éducative dédiée aux étudiants « Massar TICE ».

Le ministère œuvre, par ailleurs, à sécuriser le milieu et l'environnement scolaire contre les trafiquants de drogues à travers des actions de partenariat avec les organismes de sécurité publics.

Le ministère affirme assurer aussi, conformément aux dispositions de la loi cadre n°51-17 « relative au système d'éducation, de formation et de recherche scientifique », un accompagnement psycho-social au profit des élèves et étudiants ayant des difficultés scolaires ou sociales à travers la généralisation de cellules d'écoute et de médiation au niveau des établissements scolaires. L'intervention de ces cellules est renforcée et supervisée par la mise en place au niveau national, régional et provincial de centres de prévention et de lutte contre la violence en milieu scolaire.

Ministère de l'Intérieur, DGSN et Gendarmerie Royale

Les organismes de sécurité publique ont favorablement et activement répondu à la demande d'audition de la Commission permanente du CESE en charge de Affaires sociales et de la solidarité (CPASS) au sujet de leur doctrine et de leurs actions contre les déterminants des conduites addictives, qu'il s'agisse de lutte contre le trafic de substances illicites ou qu'il s'agisse de veille sur le respect de la législation relatives aux activités licites à fort potentiel addictif (jeux et paris). Ces organismes affirment consacrer à la lutte contre les drogues une stratégie intégrée basée sur le constat

176 - Il s'agit, selon les données transmises par le Ministère de l'Éducation Nationale au CESE, des enquêtes suivantes :

L'Enquête mondiale en milieu scolaire sur la santé des élèves (GSHS) en collaboration avec le ministère de la Santé et l'appui de l'OMS ;

Enquête MEDSPAD en collaboration avec l'Hopital Errazi de Rabat et l'appui du Groupe Pompidou ;

Enquête nationale sur le tabagisme chez les jeunes (Global Youth Tobacco Survey) en collaboration avec le ministère de la Santé et l'appui de l'OMS.

que le trafic de stupéfiants est une composante de la criminalité transfrontalière qui appelle une approche coordonnée et des actions communes des différents organismes de sécurité nationale. L'action est chapeautée par la Direction de la Migration et de la Surveillance des Frontières relevant du ministère de l'Intérieur et s'inscrit dans le cadre de la stratégie nationale de lutte anti-drogue, elle-même en ligne avec les principes directeurs internationaux visant, à la fois, la réduction de l'offre de substances psychoactives, la répression du trafic et de la demande, le développement « alternatif » et l'encouragement de cultures et d'activités de remplacement.

Dans le cadre de la mise en œuvre de cette stratégie, la Direction de la Migration et de la Surveillance des Frontières du ministère de l'Intérieur assure la veille et l'analyse de l'état du trafic de stupéfiants au Maroc et dans le monde, élabore des rapports et propositions concernant le domaine de la gestion des stupéfiants, et assure la consolidation, le suivi et la communication des données aux instances internationales spécialisées en matière de statistiques relatives à la lutte contre les stupéfiants.

De leur côté, les structures de la DGSN et de la Gendarmerie Royale assurent les contrôles sur place, et en matière de prévention, interviennent au voisinage des établissements scolaires, participent aux campagnes et actions de sensibilisation notamment auprès des jeunes. Ils procèdent également à la coordination de leur actions au sein des comités de sécurité locale, avec les unités territoriales, les représentants du Ministère public, les directeurs d'établissements scolaires, de dispensaires et centres de santé et avec la société civile.

Selon la Déclaration transmise par le Royaume à la 63^{ème} session de la Commission des Stupéfiants, tenue à Vienne en mars 2020, les autorités marocaines auraient durant la période 2018-2020 saisi :

- 2. 615.000 cachets d'ecstasy
- Environ 85 millions unités de substances psychotropes
- 510 tonnes de résine de cannabis
- 6 tonnes et 82 kg de cocaïne et 26 kg 314 d'héroïne.

Délégation Générale de l'Administration Pénitentiaire et de la Réinsertion

18% des détenus au Maroc sont des personnes qui ont été condamnés entre 2016 et 2020 pour des affaires liées aux drogues. Cette part atteint entre 30 et 34% du total du nombre de nouveaux détenus arrivant dans les établissements pénitentiaires¹⁷⁷. Une étude menée par la DGAPR a révélé que 13,45% des détenus sont dépendants

177 - Audition de la DGAPR par le CESE, le 25/08/2021. Cette action s'inscrit dans le cadre de sa mission de prise en charge de la santé physique et psychologique des détenus et de sa participation à la mise en œuvre des programmes sanitaires prioritaires, dont le programme national de santé mentale et le programme national de prévention et de lutte contre l'addiction 2017-2021.

à 4 types de drogues (cannabis à hauteur de 31,88% ; psychotropes 11,91%, héroïne 5,76% et cocaïne 4, 24%)¹⁷⁸. Ces chiffres illustrent le poids structurel des trafics et des consommations de stupéfiants parmi les enjeux auxquels est confrontée la DGAPR à qui il revient de contribuer à l'élaboration et d'exécuter la stratégie nationale de prévention, de lutte et de protection des détenus contre les risques d'addictions sur les plans à la fois sécuritaire, curatif, de réhabilitation et de réinsertion sociales¹⁷⁹.

La DGAPR a mis en place 10 unités d'addictologie en milieu pénitentiaire dont 5 délivrant un traitement de substitution aux opiacés (TSO). Elle a assuré en 2020 la dispensation de la méthadone au profit de 267 détenus dont 6 femmes¹⁸⁰. La DGAPR dispose actuellement de 14 médecins diplômés en addictologie. En dépit des avancées, la DGAPR fait face à d'importantes contraintes en termes de ressources matérielles et humaines compte tenu de la proportion importante de la population souffrant d'addiction et de l'inapplication (sauf très rares exceptions) du dispositif permettant du substituer à l'incarcération des décisions judiciaires d'injonction de soins et/ou de peines alternatives à la prison pour les délits de consommation de drogues.

Ministère d'Etat chargé des droits de l'Homme et des relations avec le parlement

Le ministère d'État chargé des droits de l'Homme et des relations avec le Parlement vient d'éditionner en septembre 2021, un « Guide général de lutte contre le fléau de la drogue et des produits hallucinogènes ». Ce document, qui vise à renforcer les capacités des acteurs a été élaboré en lien avec plusieurs ministères et associations, et se décline en 4 volumes :

1. Le « Référentiel et concepts » passe en revue le cadre normatif international et national relatif à la lutte contre la drogue et présente la définition des concepts principalement centrée sur la dépendance aux substances psychoactives illégales.
2. Le volume « Prévention et sensibilisation » souligne l'importance de la prévention et énumère les facteurs de succès de toute campagne et plan de sensibilisation.
3. Le volume « Accompagnement et réinsertion des personnes désintoxiquées » met en exergue le rôle des centres de réhabilitation.
4. Le quatrième volume, « Société civile et lutte contre l'addiction à la drogue », livre des statistiques sur l'ampleur du phénomène au Maroc et définit le champ d'action des associations en matière de sensibilisation et d'utilisation des outils de plaidoyer.

178 - *Idem*

179 - *Pour plus de détails voir la partie du rapport sur les vulnérabilités réservée aux « addictions parmi la population carcérale ».*

180 - *Audition de la DGAPR par le CESE, le 25/08/2021.*

Ce guide apporte à la connaissance et à la sensibilisation contre les risques des stupéfiants un outil précieux. Sa définition des conduites addictives peut toutefois apparaître restrictive pour s'être focalisée sur les dépendances aux substances illégales, laissant de côté la problématique de la lutte contre l'addiction au tabac qu'il reconnaît pourtant comme étant la substance la plus consommée parmi les jeunes de 15 à 17 ans¹⁸¹. Une autre faiblesse importante de ce document est qu'il n'évoque pas ni ne fournit de référence aux addictions comportementales (paris, jeux, écran vidéo et internet, addictions au sexe, etc).

Présidence du Ministère Public

Les autorités judiciaires affichent une conscience claire de l'importance des déterminants et de la gravité des conséquences des conduites addictives. Si leur contribution est active à l'effort de lutte et à la coopération judiciaire internationale contre la criminalité transfrontalière, elle reste en-deçà des possibilités, elles-mêmes désormais limitées, que permettent les dispositions des textes législatifs en matière de traitement pénal de la consommation de stupéfiants. A ce niveau, même si la loi prévoit depuis plusieurs décennies que le juge peut substituer à la peine privative de liberté une injonction de soins, les textes d'application cette disposition n'ont jamais été adoptés. L'obstacle à l'opérationnalisation de ce principe est l'absence, l'insuffisance de places et/ou la complexité des procédures de placement dans les structures de soins. La nouvelle doctrine du Ministère public de favoriser la procédure transactionnelle pour les délits punis d'un emprisonnement de moins de 2 ans et/ou une amende de moins de 5.000,00 MAD¹⁸² ne trouve pour l'instant pas une application significative en matière de poursuite pour consommation de stupéfiants.

Conseil National des Droits de l'Homme (CNDH)

Dans le cadre de ses attributions, le CNDH veille à l'observation, à la surveillance et au suivi de la situation des droits de l'Homme aux niveaux national et régional. Il est habilité à procéder à « des visites aux lieux de détention et aux établissements pénitentiaires et surveiller les conditions des détenus et le traitement qui leur est réservé, ainsi qu'aux centres de protection de l'enfance et de la réinsertion, aux établissements de protection sociale, aux établissements hospitaliers spécialisés dans le traitement des maladies mentales et psychiques, ... »¹⁸³. C'est notamment dans ce cadre, que le CNDH a élaboré en 2013 un rapport sur « la santé mentale et les Droits de l'Homme ». Le CNDH a relevé l'inapplication de l'injonction thérapeutique autorisée par la loi, de même que la précarité et la situation de vulnérabilité des toxicomanes du fait de l'insuffisance des services d'addictologie.

181 - Quatrième volume du guide, page 4.

182 - <https://www.pmp.ma/%D9%85%D9%86%D8%A7%D8%B4%D9%8A%D8%B1-%D9%88%D8%AF%D9%88%D8%B1%D9%8A%D8%A7%D8%AA/#>

183 - <https://www.cndh.ma/fr/protection/les-attributions-du-conseil-en-matiere-de-protection-des-droits-de-lhomme-0>

Le CNDH a vocation à jouer un rôle primordial pour le succès du « plan stratégique national de prévention et de prise en charge des addictions » via une approche qui soit authentiquement axée sur la prise en compte et le respect des Droits de l'Homme dans la prévention et le traitement des addictions, en appui notamment sur la lutte contre la stigmatisation, les discriminations et la maltraitance des usagers de drogue et en faveur de la défense de leur droit à la santé, à la dignité et à la citoyenneté.¹⁸⁴

Opérateurs économiques

Sociétés de Jeux

Il n'existe pas d'instance de régulation des jeux au Maroc. Les trois grandes sociétés de jeux autorisées en tant qu'opérateurs publics conçoivent et déploient, unilatéralement et chacune à son niveau, des actions plus ou moins tangibles en matière de jeu responsable. Ces opérateurs trouvent leur raison d'être, en plus de l'organisation des loteries et jeux de paris autorisés par la loi, dans les rôles importants qu'elles jouent dans le développement du sport, dans la préservation et la durabilité du patrimoine de l'élevage du cheval et les traditions équestres du Maroc. Si les engagements de responsabilité sociale de ces entreprises (MDJS, SGLN, SOREC) sont conformes aux normes et références internationales les plus avancées, elles restent cependant parcellaires, sous-financées, et inarticulées entre elles. Ainsi, aucun lien institutionnel n'existe entre ces entreprises et le ministère de la Santé par exemple. Les partenariats entre certains opérateurs tels que la MDJS avec certains médecins spécialistes en addictologie ont une base contractuelle privée, sans cadre ou finalité institutionnels. L'encouragement de la recherche ne se traduit pas non plus par des programmes clairs et pérennes, et si certaines de ces sociétés contribuent au financement de chaires académiques à l'étranger¹⁸⁵, aucune initiative similaire n'existe au niveau national, alors que cela pourrait favoriser des recherches pluridisciplinaires sur les addictions aux jeux.

Acteurs associatifs

Dans la plupart des pays dont les lois et les gouvernements se sont attaqués à la lutte contre les addictions, ce sont souvent les actions de plaidoyer et les engagements de proximité, de soutien et de solidarité sur le terrain menés par les associations qui ont catalysé les prises de conscience et accéléré les décisions d'investissement dans la transformation des cadres normatifs, la mise en place d'infrastructures et le déploiement de mesures de prévention, de prise en charge et de réduction des effets des conduites addictives. Au Maroc, le rôle des organisations de la société civile est à cet égard particulièrement important.

¹⁸⁴ - Ministère de la Santé, « plan stratégique national de prévention et de prise en charge des addictions », axe 7, page 85 et suivants.

¹⁸⁵ - Audition de la MDJS par la CESE, 07/07/2021.

Fondation Mohammed V pour la Solidarité

Cette Fondation a permis, grâce à son implication active, la mise en place des centres d'addictologie. Initié en 2010, ce processus repose sur un modèle opérationnel de coopération interministérielle et de partenariat avec la société civile. Il fait intervenir et fédère les différentes parties-prenantes. La Fondation Mohammed V pour la Solidarité se charge de la construction et de l'acquisition des équipements de base de ces centres. La prise en charge des patients est quant à elle assurée par les interventions coordonnées du personnel du ministère de la santé (pôle médical) et du tissu associatif local (pôle communautaire). La prise en charge médicale couvre la consultation de médecine générale, d'addictologie et de psychiatrie ainsi que la délivrance de méthadone. Le pôle communautaire est géré par une association locale constituée de professionnels de la santé et d'acteurs sociaux spécialisés dans la lutte contre les conduites addictives. Ces derniers assurent la prévention, la sensibilisation, la réduction des risques et l'accompagnement psychosocial, ainsi qu'un accompagnement pour l'insertion socio-professionnelle. Depuis son lancement le Programme National de Lutte Contre les Conduites Addictives a permis la mise en place de 12 centres opérationnels et 7 nouveaux projets en 2020, dont 4 en construction, et la couverture de 19 villes¹⁸⁶. Le dernier centre en date, inauguré par SM Le Roi, le 28 mai 2019 à Benslimane, a mobilisé un investissement global de 6 millions de dirhams¹⁸⁷.

Fondation Lalla Salma- prévention et lutte contre le cancer

Dans le cadre de la prévention et de la lutte contre le cancer, la Fondation mène systématique des campagnes de sensibilisation contre l'addiction au tabac, responsable selon l'OMS de la mort de 8 millions de personnes par an dans le monde. Le site de cette fondation rappelle que dans notre pays où le cancer du poumon fait des ravages, le tabac serait responsable de 90% du cancer du poumon et de 25% des insuffisances coronaires dont l'infarctus.¹⁸⁸ La Fondation a réalisé la publication de la liste des centres d'aide au sevrage tabagique, la mise en place d'un programme « Collèges, Lycées et Entreprises sans tabac » et d'un Label de référence « Entreprise sans tabac ». Ces programmes sans équivalent jusqu'à leur mise en place ont rendu possibles des activités pérennes d'information, de sensibilisation et d'éducation sur les méfaits du tabac parmi les populations scolaires et accompagne les entreprises à mettre en place des services et pratiques de prévention et de sevrage tabagique pour leur personnel¹⁸⁹.

186 - <https://www.fm5.ma/fr/programme-national-lutte-contre-conduites-addictives>

187 - <https://www.fm5.ma/fr/zoom-sur/inauguration-%E2%80%99-nouveau-centre-addictologie-benslimane>

188 - https://contrelecancer.ma/fr/le_tabac_en_chiffres

189 - https://contrelecancer.ma/fr/le_programme_cles

Associations des professionnels de la santé mentale

Associations Marocaine de Psycho- addictologie (AMPA)

Créée en 2015, à l'initiative des psychiatres, cette association a pour objet, selon ses statuts, de promouvoir l'enseignement et la recherche autour de la psycho-addictologie, en psychiatrie, en médecine et dans différents domaines professionnels ainsi que de promouvoir la formation continue en psycho-addictologie. L'AMPA a organisé depuis sa création plusieurs rencontres scientifiques et congrès internationaux sur les problématiques en addictologie. Le troisième congrès de l'AMPA organisé en Octobre 2020 a porté sur « les addictions et pathologies duelles : actualités et perspectives ». le congrès d'octobre 2021 devait porter sur le thème les « addictions et comorbidités : quels liens ? ». L'AMPA a veillé durant la période du confinement sanitaire lié à la pandémie du Covid 19 à mettre en place une cellule d'écoute et des visio-conférences pour accompagner les usagers et leur famille, le personnel et les intervenants en addictologie y compris en réduction de risques, comme elle a publié une série de recommandations et de bonnes pratiques à suivre durant la pandémie.

Association Marocaine de médecine addictive et pathologies associées (MAPA)

Cette association a pour objectif de développer des partenariats publics-privés pour appuyer la prise en charge des addictions et pathologies associées par des acteurs de la santé privée. Son action passe par une levée des fonds auprès des acteurs privés pour la rénovation et réhabilitation des centres d'addictologie et de santé mentale ainsi que par la prestation de services à titre bénévole par des équipes privées de psychiatres et de psychologues/art-thérapeutes en vue d'assurer un programme de consultations mais aussi des thérapies de groupe et d'art-thérapie et de traitement pour les plus démunis à titre gratuit.

Associations de psychologues cliniciens et Associations de psychiatres

Face à l'addiction en tant que pathologie bio-psycho-sociale, les psychiatres et les psychologues se trouvent souvent en première ligne du dispositif de prise en charge. L'action des professionnels de la santé mentale, et particulièrement des psychiatres et des psychologues cliniciens est importante pour la connaissance, la reconnaissance, et le développement de l'addictologie au Maroc. Ils contribuent à la connaissance de la situation à travers des études de terrain, et se mobilisent pour la reconnaissance de l'addiction en tant que pathologie, et non pas comme déviance ou délit, pour une meilleure prise en charge des personnes en souffrance et de leur entourage, et pour la mise en place de dispositifs adéquats à même d'aider les personnes dépendantes à dépasser leur problème et à se réinsérer. L'action de ces praticiens s'est particulièrement distinguée lors de la pandémie de COVID-19 à travers la multiplication des initiatives volontaires visant à soulager la souffrance psychiques de la population en général, et des personnes souffrant de problèmes, dont les addictions, en particulier.

Associations de familles

Association marocaine des familles et amis des personnes en souffrance psychique Moussanada

Les associations de familles et d'aidants des personnes atteintes de troubles ou de maladies mentales consacrent une partie de leur action à la question des conduites addictives. En effet, les liens entre addictions aux substances stupéfiantes et la maladie mentale se manifestent à de multiples niveaux, la consommation de certaines substances à un jeune âge pouvant même déclencher des psychoses sévères et chroniques, et particulièrement la schizophrénie, chez des personnes qui présentent une prédisposition génétique ou biologique. Par ailleurs, les troubles mentaux favorisent certaines conduites addictives chez les patients, et la consommation de substances stupéfiantes peuvent aggraver les symptômes de la maladie mentale. Ainsi, l'action des associations telles que Moussanada est importante en matière de sensibilisation et de prévention, mais aussi en matière d'information et de soutien des patients et de leurs familles, pour assurer à tous, sans discriminations de moyens ou autres, un accès aux soins d'addictologie, sans lesquels la stabilisation et le bon fonctionnement des traitements psychiatriques seraient compromis. Les associations des familles telles que Moussada, par l'organisation de conférences réunissant les familles de patients avec les représentants du corps médical, des organismes de protection sociale et des autorités publiques, font émerger des constats et des recommandations qui soulignent la nécessité d'une révision du cadre législatif et judiciaire définissant le statut, les droits aux soins et de prise en charge par l'assurance maladie, ainsi que la capacité juridique des personnes dépendantes.

Collectif Autisme Maroc

Le trouble autistique a un lien attesté avec les conduites addictives, qu'elles soient comportementales ou liées à des substances. La tendance des personnes atteintes de troubles autistiques à entretenir des rituels peuvent favoriser des addictions aux écrans par exemple. Par ailleurs, le manque de formation du personnel médical et paramédical en général aux spécificités des manifestations des troubles autistiques et des comorbidités qui leur sont liées peut donner lieu à un mauvais diagnostic. Cela a pour effet d'entraver l'interaction de qualité qui est indispensable non seulement à l'examen en bonne et due forme et au diagnostic juste mais aussi à protocole de traitement adéquat. Le Collectif Autisme Maroc mène un plaidoyer actif contre ce type de risque, notamment contre la prescription fréquente et injustifiée des psychotropes à des personnes souffrant de trouble autistique avec pour conséquence de les faire basculer dans l'accoutumance pathologique à ces médicaments. Le rôle de ces associations est irremplaçable.

Associations d'aide aux personnes en situation d'addiction, de réduction des risques liés à la consommation de drogues et de lutte contre le VIH/SIDA.

Le rôle des associations de lutte contre le Sida revêt par sa rigueur scientifique, son approche inclusive et par le dynamisme de son plaidoyer un caractère de référence historique. Une association comme l'ALCS a considérablement contribué à réduire la stigmatisation à l'égard des personnes porteuses du virus du Sida, des consommateurs de drogue et des travailleurs du sexe en mettant en exergue leurs droits fondamentaux à la vie et aux soins, et en faisant reconnaître les addictions aux substances psychoactives, notamment consommées par voie d'injection intraveineuses, comme une pathologie éligible aux soins. Cette action a rendu possibles des avancées précieuses en termes de services et de prestations délivrées par les associations d'aide aux personnes en situation d'addiction, pour la réduction des risques liés à la consommation de drogues et dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA (programme d'échange de seringues, distribution de matériel d'injection et des préservatifs, ...). Elles contribuent à renforcer les compétences des usagers des drogues et à leur faciliter l'accès aux structures de soins et autres services publics. Parmi les associations pionnières dans ce domaine il y a également lieu de citer l'Association Hasnouna de soutien aux usagers de drogues (AHSUD), l'Association Nationale de Réduction des Risques des Drogues (RdR-MAROC), l'Association Nassim de prévention et de lutte contre les addictions¹⁹⁰.

Auteurs de rapports et d'ouvrages et médecins spécialistes

La prise de conscience de la gravité et de l'ampleur du phénomène des addictions de même que le plaidoyer pour un changement d'approche du « tout répressif » vers la prise en charge sanitaire ont encore besoin d'être portés et popularisés. Leur avancée est cependant réelle et précieuse grâce à l'engagement éthique et professionnel de médecins appartenant aussi bien au secteur public qu'au secteur privé. La mise à profit de son réseau sur le plan international a permis au Maroc de bénéficier du soutien d'organismes internationaux, tels que le Réseau MedNet rattaché au Groupe Pompidou du Conseil de l'Europe, pour mener des études épidémiologiques sur la consommation de drogues au Maroc et octroyer des bourses pour la formation en addictologie. Membre actif de plusieurs structures œuvrant à promouvoir la recherche, la prévention et la prise en charge des conduites addictives dans notre pays, le Professeur Jallal Taoufik fait partie des personnes ressources qui ont permis au Maroc d'être considéré comme un des pays pionniers de la région organisant la prise en charge médicalisée des addictions, basée sur l'évidence scientifique. Le Docteur Assouab Fatima, le Docteur Mohammed Salhi, le professeur Hakima Himmich (dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA) font partie également des personnes pionnières qui ont permis au Royaume d'inaugurer une approche de réduction des risques auprès des personnes usagères de drogues et de lutter contre la stigmatisation et la marginalisation de ces groupes vulnérables.

¹⁹⁰ - Cette liste est non exhaustive.

D'autres médecins étendent désormais cet effort, à travers la réalisation d'enquêtes épidémiologiques et de travaux de recherche, des publications scientifiques et d'ouvrages de sensibilisation à l'attention du grand public, l'animation de conférences, la création d'associations de soutien et d'aide aux personnes souffrant d'addictions ; parmi eux, il y a lieu de citer Amina Baji, Ghislaine Benjelloun, Soumia Berrada, Imane Kendili, Fatima El Oumari, ainsi que les médecins addictologues et les personnes qui œuvrent au niveau des centres d'addictologie dans des conditions souvent difficiles. Leur contribution est inestimable et irremplaçable dans le changement de regard que notre société doit poursuivre sur les troubles addictifs afin de ne plus y voir des déviations volontaires mais des pathologies qui nécessitent une prise en charge médicale et psycho-sociale dans le respect de la dignité des personnes concernées et de leur droit d'accès aux soins.

Principales conclusions

1. Les addictions, conduites addictives, ou « troubles addictifs » sont des maladies identifiées par l'OMS et potentiellement graves pour les personnes, leurs environnement familial et professionnel et pour la société dans son ensemble. Elles nécessitent une politique de santé publique comprenant l'information, la prévention, le soin et la prise en charge par les régimes de protection sociale, sans discrimination et dans le respect de la dignité et des droits fondamentaux des personnes.
2. Les conduites addictives sont de deux sortes : celles liées à des substances et celles liées à des activités, avec des syndromes communs (Besoin impérieux et irrésistible de consommer la substance, ou de pratiquer une activité ou un jeu (craving) ; perte de contrôle sur la quantité et le temps consacré à la prise de substance et/ou à l'activité addictives ; durée très prolongée des temps consacrés à la recherche des substances et/ou aux jeux ou activités addictives ; augmentation des seuils, de la fréquence et des quantités de consommations des substances et/ou des activités addictives ; manifestation d'un syndrome de sevrage, malaises et difficultés provoqués par l'arrêt brutal de la consommation ou du jeu ; incapacité de remplir des obligations importantes et/ou d'assumer des responsabilités ; poursuite de la conduite addictives même en situation de risque physique ; dégradation des liens personnels et sociaux ; désir et efforts infructueux pour diminuer les doses ou l'activité ; réduction des activités professionnelles et/ou scolaires au profit de la consommation ou du jeu ; poursuite de la consommation malgré les dégâts physiques ou psychologiques
3. Les conduites addictives sont répandues au Maroc : ce rapport a mis en évidence l'existence et l'ampleur de quatorze familles d'addiction qui pèsent sur la santé mentale de la population, sur l'autonomie des citoyens et sur le dynamisme économique, social et sociétal de notre pays.
4. Mise à part une référence générale et imprécise sur « les troubles addictifs graves » liés aux troubles graves de la personnalité au niveau des ALD, les conduites addictives sont ignorées de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels et inégalement, voire pas du tout prises en charge par les organismes de sécurité sociale.
5. L'arsenal juridique applicable aux addictions est inadapté et dépassé, dominé par le primat de la répression et aggravant l'exposition, notamment des jeunes, aux addictions sans les protéger.
6. Les biens et services licites à potentiel addictif génèrent un volume d'affaires qui représente 32,19 milliards de dirhams, soit près de 3% du PIB et 9,1% des recettes

fiscales. Le seul volume d'affaires des tabacs (estimé à 17 milliards de dirhams en 2021) représente 5 fois le budget d'investissement du ministère de la Santé (3,35 milliards de dirhams projetés pour 2021).

7. Une pluralité d'intervenants marocains est activement engagée contre les addictions, hautement compétents chacun dans sa sphère d'activité, mais ils sont, pour la plupart, confrontés à l'absence d'un cadre structuré de dialogue et de coordination à l'insuffisance de moyens humains et financiers et à l'inadaptation du cadre légal applicable aux troubles et aux effets de la dépendance.
8. Les infrastructures existantes dédiées à la prise en charge des conduites addictives sont insuffisantes et souvent dysfonctionnelles.
9. Le regard de la société sur les addictions demeure voilé par la méconnaissance, les tabous, la stigmatisation, l'isolement la faible coopération entre les acteurs, autant de facteurs qui secrètent de la résignation collective.
10. Le Maroc peut relever ce défi, c'est les sens et le but de ce rapport en appui sur les recommandations suivantes.

Recommandations

Recommandations de politique générale

1. Adopter une définition nationale claire des troubles addictifs en conformité avec la Classification Internationale des Maladies (CIM-11) de l'OMS, à travers :
 - a. La révision et l'actualisation du cadre légal de la couverture médicale notamment l'arrêté du ministre de la Santé n°2518-05 de 2006 fixant la liste des maladies graves ou invalidantes nécessitant des soins de longue durée ou particulièrement coûteux aux fins de clarifier la nature et préciser la typologie des troubles addictifs considérés comme des maladies nécessitant des traitements, ainsi que la mise à jour de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) dans sa nouvelle version dite « nouvelle Classification Commune des Actes Médicaux ») pour y inclure les actes diagnostiques et thérapeutiques des troubles addictifs aux substances et aux activités.
 - b. L'homogénéisation des approches des organismes de prévoyance et d'assurance sociales dans la prise en charge des troubles addictifs et la prohibition des refus de prise en charge, imputant aux assurés sociaux la responsabilité des addictions dont ils souffrent et les privant du remboursement de leurs soins.
 - c. La dépénalisation de la consommation de drogues et l'application effective et systématique des dispositions ouvrant droit à l'injonction thérapeutique.

- d. La Définition d'une stratégie de santé publique basée sur la reconnaissance des conduites addictives en tant que maladie aux effets sanitaires et sociaux délétères, englobant aussi bien les troubles addictifs aux substances licites et illicites, que les troubles addictifs comportementaux ou aux activités.
2. Renforcer les ressources et la coordination en matière de prévention et de prise en charge des conduites addictives en adoptant les mesures suivantes :
 - a. Changer le statut et la composition de la Commission Nationale des Stupéfiants en « Commission Nationale des Addictions », chargée de coordonner et de structurer le dialogue et l'action entre les multiples intervenants.
 - b. Aider, par un appui institutionnel de haut niveau et un budget public affecté, l'ensemble des parties prenantes concernées par la lutte contre les addictions au Maroc à structurer leurs efforts, à dialoguer entre elles afin de faire émerger des solutions complémentaires et convergentes sur les plans légal, administratif et judiciaire, de la protection sociale, médical et psychosocial.
 - c. Eriger la prévention et le développement de la prise en charge des addictions en département à part entière des services centraux et en programme des directions régionales du ministère de la Santé et établir un rapport annuel à l'attention du Parlement sur l'action des pouvoirs publics en matière de prévention et de prise en charge des pathologies liées aux conduites addictives.
 - d. Reconnaître légalement la discipline et le diplôme universitaire d'addictologie et adopter les statuts des autres métiers en lien avec cette discipline (psychologues, ergothérapeutes, ...) en vue de développer les ressources humaines.
 - e. Renforcer le statut et les ressources de l'Observatoire Marocain des Drogues et Addictions (OMDA) et veiller au suivi et à la publication de façon régulière des données sur la prévalence, les formes, les effets et les modalités de prise en charge des addictions aux substances psychoactives et addictions aux activités.
 - f. Renforcer les structures de soins et les moyens des soignants dans le cadre d'une politique régionale de Santé, tenant compte de l'épidémiologie et des spécificités des territoires.
 - g. Mettre en place de structures de postcure et/ou des communautés thérapeutiques et aider activement les patients à s'autonomiser et à se réinsérer socialement.
 3. Recommandation : Préserver l'intégrité psychique, l'autonomie et la sécurité sanitaires des citoyens et leur permettre de disposer pleinement de leur capital santé et de leurs facultés productives et créatives en érigeant la lutte contre les addictions en composante et objectif à part entière du nouveau modèle de développement, à travers :

- a. La réduction de la dépendance de l'économie à l'égard des biens et services à potentiel addictif (tabac, alcool, jeux d'argent dont le volume d'affaires cumulé représente à lui seul près de 3% du PIB) et la réduction de la dépendance (9%) du budget de l'Etat à l'égard des ressources fiscales tirées des substances et des activités à potentiel addictif ;
- b. Le fléchage d'une part significative et pérenne (au-moins 10%, soit 1,8 à 2 milliards de dirhams), des recettes de l'Etat sur les tabacs, les alcools, les jeux, et les médicaments psychotropes en direction des budgets d'investissement et d'appui aux programmes de formation de médecins et paramédicaux, de recherche universitaire et clinique et de sociologie, d'information, de prévention, de développement des centres spécialisés et d'amélioration de l'accès aux soins contre les addictions sous toutes leurs formes.
- c. la mobilisation des médias pour soutenir la lutte contre les addictions et intégrer l'information et l'éducation à la prévention de la dépendance aux programmes d'information sur les chaînes de radio, de télévisions et les réseaux sociaux.
- d. L'implication des artistes pour sensibiliser sur la nature pathologique des addictions, mobiliser et favoriser l'action contre les conduites addictives.

Recommandations spécifiques contre les addictions

1. En milieu professionnel,

- Définir avec les professionnels de santé et les partenaires sociaux un plan national de prévention et d'action contre les conduites addictives en milieu professionnel et inclure ce sujet à l'agenda des médecins du travail et au périmètre du dialogue social au niveau des entreprises, ainsi qu'aux plans sectoriels, local, régional et dans le cadre du dialogue social à l'échelle nationale.
- Inclure la prévention des addictions parmi les plans de mesures dédiés à l'amélioration des conditions et de la productivité du travail, la réduction de l'absentéisme, la prévention des accidents du travail (15 à 20% des accidents du travail ont pour origine des conduites addictives, lesquels seraient la cause de 28% des accidents mortels).

2. En lien avec le sport

- Renforcer les moyens et les missions de l'Agence Marocaine de lutte antidopage (AMAD) et, au-delà de la seule population des sportifs de haut niveau, améliorer le contrôle et la régulation de l'offre de produits et substances qualifiés de « compléments alimentaires » aujourd'hui librement accessibles.
- Ériger la lutte contre le dopage en programme de santé publique et, en conformité avec la Convention internationale de l'UNESCO contre le dopage

dans le sport que le Maroc a ratifiée en 2009, publier chaque année au Bulletin Officiel un décret portant une la liste de produits dopants.

3. Dans les établissements pénitentiaires

- Renforcer les ressources de la Délégation Générale à l'Administration Pénitentiaire et à la Réinsertion (DGAPR), notamment en ressources humaines spécialisées en addictologie
- Généraliser l'accès aux traitements par substitution aux opiacés dans l'ensemble des établissements pénitenciers et garantir la possibilité d'accès aux soins à toute personne dépendante détenue qui en exprime le souhait ;
- Renforcer le rôle du secteur privé dans le soutien à la stratégie nationale de lutte contre les drogues et dans la réhabilitation, par l'accès et/ou le retour à l'emploi, des anciens détenus ou usagers de drogues.

4. Pour protéger les enfants, les adolescents et les jeunes

- Ériger la prévention des conduites addictives en composante explicite de la Politique publique de protection de l'enfance en appui sur un programme d'action pluriannuel ordonné autour d'objectifs concrets et mesurables, visant notamment à :
 - Prévenir et prendre en charge de façon précoce les conduites addictives : définir un plan national d'action à l'attention des éducateurs et des parents pour alerter sur les risques de l'initiation à la consommation de substances psychoactives, la retarder au maximum dans le temps, éviter les usages réguliers de substances psychoactives, les aider à repérer les usages précoces et réguliers de substances psychoactives, rendre accessibles les consultations et le diagnostic et la prise en charge des troubles psychiques susceptibles de favoriser les conduites addictives et, dans le même esprit, veiller à retarder, prévenir et contrôler les usages solitaires, fréquents et prolongés des écrans et des jeux vidéo
 - Développer les compétences psychosociales des enfants et des parents : encourager l'adoption de contrats-programmes entre les départements ministériels de l'Éducation, de la Santé, les collectivités locales et les associations de la société civile afin de déployer, au niveau territorial et au plus près des populations, des programmes d'information, d'accueil, d'écoute et d'accompagnement, en s'appuyant sur des approches structurées privilégiant l'interaction, sans stigmatisation et sans jugement moral, l'information et le dialogue avec les adolescents, et entre eux et leurs parents afin de les accompagner et de les guider, de les informer des dernières données scientifiques de manière appropriée pour qu'ils puissent dédramatiser, mieux comprendre ce qui se passe, mieux communiquer, mieux gérer les conflits et mieux réagir à la situation qu'ils vivent.

5. Pour mieux aider les femmes confrontées aux risques de l'addiction aux substances
 - Allouer des ressources spécifiques pour le développement et l'actualisation d'enquêtes épidémiologiques sur la vulnérabilité, les besoins spécifiques et le développement de protocoles d'accueil et de soins des femmes en situation de dépendance, dans le respect de leur dignité et la garantie de protection de leur vie privée et de leurs données personnelles
 - Affecter un budget spécifique pour les infrastructures et le fonctionnement de départements dédiés au dépistage précoce, l'accompagnement des femmes et les soins mères-enfants
 - Définir un programme pluriannuel multi-objectifs d'aide et de protection des femmes contre les addictions comprenant en particulier un volet formation et recrutement de ressources humaines spécialisées dans l'addictologie, et un volet de communication pour le développement de campagnes de prévention et de sensibilisation.
6. Pour relever le défi de l'usage addictif du cannabis
 - Ériger clairement la dépendance au cannabis en trouble de santé mentale éligible à prise en charge médicale ;

Développer les programmes d'information et de prévention à l'attention des jeunes, des éducateurs et des parents sur la toxicité du cannabis et de la résine de cannabis et sur les règles et symptômes permettant d'identifier les premiers signaux de dépendance ;

- Prendre acte de la réalité massive de l'usage récréatif du cannabis et en réguler la consommation par voie législative, administrative et sanitaire, notamment en contrôlant la commercialisation, en interdisant la vente et la distribution aux jeunes de moins 25 ans, en plafonnant les taux autorisés de THC
 - Renforcer l'arsenal judiciaire et pénal contre les trafiquants, les importateurs et vendeurs de cannabis de teneur en THC supérieure à la norme autorisée, en portant les peines applicables aux niveaux les plus élevés observés parmi les pays les plus actifs dans la protection de la population contre les addictions aux drogues.
7. Pour lutter contre l'addiction aux drogues dites dures (cocaïne, héroïne), aux médicaments psychotropes et aux produits dits de synthèse
 - Initier un Plan national d'urgence de prévention et de lutte contre médicaments psychotropes et les drogues de synthèse, dédié à l'information, la sensibilisation et la protection des jeunes, ainsi qu'au renforcement des mesures de prévention, de prise en charge et d'accompagnement sanitaire et psychosocial des patients et de leurs familles.

- Renforcer le régime de sanctions contre les trafiquants, les importateurs, et les auteurs de détournement de prescriptions médicales et de distribution illégale des médicaments psychotropes et des produits de synthèse

8. Pour faire reculer la dépendance au tabac

- Déployer les recommandations de l'OMS, notamment :
 - Observer (monitoring). Mettre sur pied un observatoire national indépendant de la consommation des tabacs et d'évaluation des politiques de prévention ; encourager la recherche universitaire et les départements d'études des organismes publics et privés de protection sociale à développer des systèmes d'information et des programmes d'observation sur les effets et les coûts de la consommation du tabac.
 - Actualiser et donner sa pleine effectivité à la loi contre le tabagisme (Protecting). Le Maroc fut le premier pays de la Région à adopter en 1991 une loi (15-91) interdisant de fumer dans les lieux publics et de diffuser de la publicité pour le tabac. Cette loi, promulguée et publiée en 1995, devait entrer en vigueur en 1996 mais aucun décret d'application n'a été adopté à cette fin.
 - Aider les personnes (Offering) qui veulent arrêter de fumer. Le tabagisme est une addiction dont le traitement justifie d'être inscrit dans la nomenclature des actes médicaux reconnus et pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie qu'ils soient gérés par des établissements publics ou des entreprises privées. Les autorités publiques en charge de la santé et de l'éducation, ainsi que les organismes de protection sociale devraient conjointement développer des programmes de soins et des protocoles de traitement dédiés à l'information sur les dangers et à l'arrêt de la cigarette.
 - Alerter (Warning) sur les méfaits du tabac et sur les images trompeuses et les messages subliminaux qui en font la promotion. Rejeter radicalement les allégations des entreprises du secteur du tabac sur leurs engagements dits sociétaux et/ou de responsabilité sociale et questionner leur responsabilité éthique et morale chaque fois qu'elles revendiquent de servir la liberté ou de contribuer au mieux-être des personnes usagers du tabac,
 - Interdire la publicité (Enforcing), en faveur du tabac sous quelque forme que ce soit et prohiber le parrainage par les industriels du tabac de tout événement public;
 - Augmenter drastiquement (Raising) les taxes sur le tabac et en flécher une partie significative (30 à 40%) en direction du renforcement du cadre légal, de l'information, de la prévention et du contrôle de l'application des lois et règlements de lutte contre le tabagisme, ainsi qu'en faveur du développement d'activités de substitution pour les marchands ambulants de tabac.

- Créer un fonds d'aide aux victimes du tabagisme financé à hauteur d'au moins 10% (1 milliard de dirhams) des recettes annuelles des taxes et impôts sur les tabacs.

9. Pour lutter contre la dépendance à l'alcool

- Créer des consultations et des services hospitaliers prenant en charge les addictions à l'alcool;
- Inscrire les soins contre l'addiction à l'alcool à la nomenclature des actes médicaux pris en charge par les organismes d'assurance-maladie ;
- Développer - entre le ministère de la santé, les organismes gestionnaires de l'assurance maladie, les centres hospitaliers universitaires (CHU) et avec la participation des associations compétentes de la société civile - un programme national pluridisciplinaire de recherche et d'information sur la prévalence, les formes, les effets et la prévention des addictions à l'alcool dans la société marocaine ;
- Initier la refonte du cadre législatif et réglementaire relatif à la production, la commercialisation, la distribution des boissons alcooliques et alcoolisées, en appui sur la définition de normes nationales fixant les standards de taux d'alcool et de qualité des ingrédients ;
- Substituer aux approches répressives contre les consommateurs de produits légaux, des dispositifs de prévention et de mesures dissuasives de sanction contre les producteurs et les trafiquants de produits frelatés ;
- Intégrer l'information et l'éducation à la prévention de la dépendance à l'école aux programmes d'information sur les chaînes de radio, de télévisions et les réseaux sociaux

10. Pour lutter contre les addictions aux paris et jeux d'argent

- Inscrire la dépendance aux jeux d'argent à la liste des affections de longue durée et son traitement à la nomenclature des actes médicaux éligibles au remboursement par les organismes en charge de l'assurance maladie ;
- Créer une Autorité nationale de surveillance et de régulation technique et déontologique des Établissements et sociétés de paris et de jeux ;
- Instituer la désignation aux conseils d'administration de toutes les sociétés de jeux de membres indépendants spécialisés sur les questions relatives à la prévention des addictions et créer, au sein de ces conseils, des comités spécialisés dans la prévention et le reporting sur les risques psychosociaux et les addictions liés aux jeux et paris d'argent.

11. Lutter contre les conduites addictives au sexe

- Développer et diffuser l'information sur l'inclusion des troubles du comportement sexuel compulsif à la liste des pathologies invalidantes éligibles à un protocole médical de soins et d'accompagnement psychosocial ;
- Développer des programmes d'éducation et d'information à l'attention des adolescents et des adultes sur la prévention des troubles sexuels compulsifs privilégiant l'analyse critique des images et des messages de la pornographie ;
- Encourager le développement d'un protocole national de soins et d'accompagnement des patients via l'encouragement et la prise en charge de programmes de recherches et l'ouverture de services médicaux et psychosociaux d'écoute au sein des centres de soins.

12. Pour prévenir les addictions chez les personnes souffrant de troubles de développement ou de maladies mentales

- Encourager les praticiens et les intervenants psychosociaux à adopter une approche de prise en charge psychiatrique, addictologique, et psychologique globale et inclusive des patients ;
- Encourager la formation des pédiatres et des médecins généralistes aux outils de dépistage précoce de certains troubles tels que l'autisme ou troubles du déficit de l'attentionnel avec ou sans hyperactivité ;
- Adopter de nouvelles dispositions concernant la tutelle des personnes souffrant de troubles mentaux et psychique, en instituant une commission consultative qui statuerait en fonction des intérêts des malades, et qui serait présidée par un juge du Tribunal de la Famille qui peut se faire représenter par un assistant social, et qui comprend deux proches du malade, le médecin traitant, la personne concernée (quand c'est possible), et deux représentants de la société civile ;
- Mettre en place un comité d'éthique spécialisé dans l'autisme au Maroc qui pourrait se prononcer sur les protocoles de prise en charge et les protocoles de soins adaptés, et qui pourrait agréer les intervenants dans ce domaine.
- Adapter les dispositions du livre IV du Code de la Famille portant sur la capacité et la représentation légale à la nouvelle Constitution et aux engagements internationaux du Maroc en matière de capacité juridique, ainsi qu'aux innovations de la recherche scientifique et médicale en matière de santé mentale ;
- Rendre effective l'institution du tuteur testamentaire ou datif en tenant compte des intérêts des personnes souffrant des troubles mentaux, psychiques et sensoriels ;

- Adopter le projet de loi N°71-13 relatif à la lutte contre les troubles mentaux et à la protection des droits des personnes atteintes de ces troubles, en prenant en compte les propositions d'amendement présentés par les aidants familiaux et par la société civile ;
 - Adopter rapidement les textes d'application de la Loi-cadre N°97-13 relative à la protection et à la promotion des droits des personnes en situation de handicap.
- 13.** Pour lutter contre les usages pathologiques des écrans, des jeux vidéo et d'internet
- Actualiser la définition des affections de longue durée et y inclure formellement la dépendance aux jeux vidéo et reconnaître l'usage persistant, récurrent et problématique d'internet comme un trouble comportemental éligible à une prise en charge psychosociale et médicale ;
 - Allouer des budgets appropriés et développer entre les ministères de la santé, de l'enseignement supérieur, de l'éducation nationale et de l'emploi et des affaires sociales des programmes de recherche et de prévention sur les risques liés à l'usage abusif d'internet et de dépendance aux jeux vidéo ;
 - Définir, dans le cadre d'un Plan national d'urgence contre les addictions, les mesures permettant de prévenir l'utilisation précoce ou de retarder l'âge d'utilisation d'internet et des jeux vidéo, d'éviter les usages réguliers, de repérer au plus tôt les usages précoces et réguliers et de favoriser une prise en charge rapide et adaptée des troubles sanitaires associés
- 14.** Pour lutter contre les troubles alimentaires compulsifs, la malnutrition et la consommation excessive de produits sucrés
- Renforcer l'éducation contre la malnutrition en général et alerter sur les conséquences négatives de la consommation excessive des produits sucrés et du sucre en rappelant qu'il existe aujourd'hui plus de 50 appellations pour désigner ce produit dont la présence et les effets sont souvent masqués dans les ingrédients des aliments industriels ;
 - Développer une campagne nationale d'information, d'explication et de recommandation visant à réduire la consommation de sucre et de produits sucrés (laquelle a encore augmenté au Maroc en 2020 alors qu'elle a baissé cette année-là au niveau mondial du fait du confinement et rappeler qu'une consommation raisonnable doit être contenue entre 30 à 60 grammes par personne et par jour) ;
 - Systématiser et renforcer l'obligation d'information sur la teneur, la dénomination et la forme des ingrédients en sucre contenus dans l'ensemble des produits alimentaires commercialisés sur le territoire national ;
 - Améliorer le contenu et la précision de l'information au sujet des produits dits édulcorants qui prétendent assurer un goût sucré sans apporter de calories aux

aliments mais qui ne permettent pas de réduire l'accoutumance au goût sucré et qui peuvent au contraire contribuer à entretenir la recherche compulsive de la saveur sucrée ;

- Instituer, à la charge du ministère de la santé et des organismes publics et privés de protection sociale, l'organisation de campagnes d'information, de prévention et de dépistage du diabète et des risques de consommation abusive du sucre ;
- Systématiser et renforcer les mesures de protection et l'éducation des enfants et des parents contre la compulsion aux bonbons et confiseries et dissocier les actes de récompenses de la distribution de sucreries aux enfants.

Annexes :

Annexe 1 : Liste des acteurs auditionnés

Le Conseil économique, social et environnemental tient à exprimer ses vifs remerciements aux différents acteurs, organismes et institutions ayant participé aux auditions organisées par le Conseil. Un remerciement particulier s'adresse à ceux qui ont envoyé des contributions écrites.

<p>Départements ministériels et organismes publics</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Ministère de la Santé - Ministère de l'Intérieur - Ministère de la Justice - Ministère de l'Education nationale, de la Formation professionnelle, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique (contribution écrite) - Présidence du Ministère Public - Délégation Générale de l'Administration Pénitentiaire et de la Réinsertion - Direction Générale de la Sûreté Nationale - Gendarmerie Royale - Agence Marocaine Anti-dopage
<p>Organisations de la société civile</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Mme Saadia Ben Lafqih Bennani, Présidente de l'Association Marocaine des Familles et Amis des Personnes en Souffrance Psychiques (Moussanada) ; - Mme Soumia Amrani, présidente du Collectif Autisme Maroc - Professeur Amine Benyamina, vice – président de Addictions- France

<p>Opérateurs économiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> - REDAL/Rabat/Groupe Véolia (Médecine du travail) - Société de gestion de la loterie nationale (SGLN) - Société Royale d'Encouragement du Cheval - Marocaine des Jeux et des Sports - Société Philip Morris
<p>Experts</p>	<p>Professeur Jallal Toufik</p> <p>Docteur Soumia Berrada</p> <p>Professeur Ghislaine Benjelloun</p> <p>Docteur Imane Kendili</p> <p>M. Mounir Alaoui</p>

Annexe 2 : Liste des membres de la Commission permanente des Affaires Sociales et de la Solidarité

<p>Experts</p>
<p>Benseddik Fouad (rapporteur du thème)</p>
<p>Himmich Hakima</p>
<p>Lamrani Amina</p>
<p>Rachdi Abdelmaksoud</p>
<p>Zoubeir Hajbouha</p>
<p>Syndicats</p>
<p>Bahanniss Ahmed</p>
<p>Bensaghir Mohamed (vice-rapporteur de la Commission)</p>
<p>Dahmani Mohamed (vice-président de la Commission)</p>
<p>Essaïdi Mohamed Abdessadek</p>
<p>Hansali Lahcen (rapporteur de la Commission)</p>

Khlaifa Mustapha
Abderrahmane Kandila
Jamaâ El Moâtassim
Organisations professionnelles
Bensalah Mohamed Hassan
Bessa Abdelhai (Président de la Commission)
Boulahcen Mohamed
Société civile
Berbich Laila (Co-rapporteure)
Chouaib Jaouad
Elkhadiri Mohamed
Zahi Abderrahmane
Zaoui Zahra
Membres de droit
Adnane Abdelaziz
Cheddadi Khalid
Lotfi boujendar

Annexe 3 : Experts ayant accompagné la Commission

Experte permanente au Conseil	Nadia Sebti
Expert permanent au Conseil	Ahmed Bendella
Traducteurs	Brahim Lassaoui/ Nadia Ourhiati