



Avis

Faire face aux conduites addictives : état des lieux & recommandations

Président de la commission : Abdelhai Bessa

Rapporteurs de la thématique : Fouad Benseddik et Laila Berbich

Table des matières

Synthèse	5
Introduction.....	6
I. Un phénomène multiforme aux risques croissants sur la société marocaine	8
Par milieux.....	9
1. Les comportements addictifs en milieu professionnel	9
2. Les comportements addictifs en milieu sportif.....	10
Par catégorie de population.....	11
3. Addictions chez les enfants et les jeunes	11
4. Vulnérabilités des femmes aux risques d'addictions aux substances.....	12
5. Addictions parmi la population carcérale	12
Par nature des substances addictives ou quasi addictive	13
6. L'addiction au cannabis	13
7. L'addiction aux médicaments psychotropes et produits dits de synthèse	14
8. La dépendance au tabac.....	14
9. La dépendance à l'alcool	16
10. Addiction aux paris et jeux d'argent.....	17
11. Les conduites addictives au sexe ou « troubles du comportement sexuel compulsif » et les achats compulsifs.....	18
12. Addictions chez les personnes souffrant des troubles de développement ou de maladies mentales.....	19
13. Les usages pathologiques des écrans vidéo, des jeux vidéo et d'internet.....	20
14. La consommation excessive de produits sucrés est-elle une conduite addictive ?.....	21
II. Une approche institutionnelle en deçà des aspirations du pays et des besoins de la population malgré l'avance prise sur la région.....	22
1. Maroc, pionnier dans la région MENA	23
2. Les moyens mobilisés restent en deçà des besoins	23
3. L'économie des conduites addictives : un poids financier important qui interpelle les politiques et les choix de développement	24
4. Pluralité des lignes de défense, dynamisme des intervenants mais cloisonnement de l'action	27
III. Recommandations.....	27
Annexe 1 : Définitions et classifications internationales	34
Ce que ne sont pas et ce que sont les addictions	34
Classifications internationales.....	35
Annexe 2 : Liste des acteurs auditionnés	36

Annexe 3 : Liste des membres de la Commission permanente des Affaires Sociales et de la
Solidarité 37

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, aux fins 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 l'élaboration d'un rapport sur le sujet.

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 intitulé « faire face aux conduites addictives : état des lieux & recommandations », dont est extrait le présent avis.

Synthèse

Le monde connaît une recrudescence des conduites addictives qu'elles soient liées à l'usage de substances psychoactives de diverses natures (tabac, sucre, alcool, drogues, *etc.*) ou à la pratique de certaines activités potentiellement addictogènes (paris, jeux d'argent, jeux vidéo, Internet, *etc.*).

Le Maroc ne déroge pas à la règle. La revue des différentes manifestations des conduites addictives révèle que le phénomène y est répandu et multiforme. Les indicateurs et données les plus récents caractérisent cette situation préoccupante :

- l'usage des substances psychoactives est estimé à 4,1%, l'abus et la dépendance aux drogues à près de 3%, l'abus d'alcool à 2% et la dépendance alcoolique à 1,4% ;
- 18.500 personnes s'injectent des drogues, avec des prévalences élevées de l'Hépatite C (57%) et du VIH (11,4%) ;
- une population estimée à près de 6 millions de fumeurs de cigarettes dont un demi-million de mineurs de moins de 18 ans ;
- 2,8 à 3,3 millions de personnes pratiquent le jeu d'argent, dont 40% sont considérés comme des joueurs à risques excessifs ;
- l'usage pathologique des écrans, jeux vidéo et internet, est en plein développement, touchant particulièrement les adolescents et les jeunes.

Toutes ces addictions atteignent gravement ceux qui en dépendent et altèrent leur intégrité psychique et leur santé. Elles constituent, en même temps, 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 le potentiel de développement économique et social de notre pays.

Malgré l'existence d'une stratégie nationale de lutte contre les addictions portant sur la période 2018-2022 élaborée par le ministère de la Santé, les conduites addictives ne sont pas suffisamment reconnues et prises en charge par les organismes de protection sociale, ni traitées comme des maladies alors qu'elles sont définies comme telles par L'OMS. Les politiques publiques en la matière demeurent insuffisantes, dominées par une approche répressive et fondées sur un cadre légal désuet et non-protecteur.

Face à ce constat, le CESE préconise un ensemble de recommandations, dont il est permis de citer :

1. Reconnaître les addictions, avec ou sans substance, comme des maladies éligibles à des soins remboursables.
2. Réviser et actualiser le cadre légal de la couverture médicale aux fins de clarifier la nature et préciser la typologie des troubles addictifs considérés comme des maladies nécessitant des traitements.
3. Réviser le code pénal en rendant systématique l'application des dispositions ouvrant droit à l'injonction thérapeutique pour les consommateurs de drogues et en renforçant les sanctions contre les trafiquants de substances illicites.

4. Réserver une part pérenne (10%) des recettes de l'Etat tirées des biens et services licites issus des activités à potentiel addictif (tabacs, alcools, paris hippiques, loterie, paris sportifs) vers le soin, la recherche et la prévention. Il est à signaler sur ce point que ces biens et services génèrent un chiffre d'affaires de plus de 32 milliards de dirhams, soit près de 9% des recettes fiscales et 3% du PIB.
5. Reconnaître légalement la discipline et le diplôme universitaire d'addictologie et adopter les statuts des autres métiers en lien avec cette discipline (psychologues, ergothérapeutes, etc.) en vue de développer les ressources humaines.
6. Renforcer les ressources de l'observatoire marocain des drogues et addictions (OMDA) en vue de 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.
7. Lancer un plan national de prévention et de lutte contre les addictions en milieu professionnel.
8. Mettre en place une autorité nationale de surveillance et de régulation technique et déontologique des établissements et sociétés de paris et de jeux pour prévenir et lutter contre les addictions.
9. Généraliser l'accès aux traitements par substitution aux opiacés dans l'ensemble des établissements pénitenciers tout en garantissant la possibilité d'accès aux soins à toute personne dépendante détenue qui en exprime le souhait.

Introduction

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, une maladie et un fait de société. Elles génèrent un chiffre d'affaires de 32,19 milliards de dirhams, soit près de 3% du PIB et représente 9,1% des recettes fiscales¹.

Le trouble de l'addiction est une altération de l'intégrité psychique et une menace pour la santé des personnes. Il constitue en même temps une épreuve, aux coûts élevés et aux effets potentiellement très préjudiciables, pour l'équilibre relationnel des individus et de leurs

¹ Estimations du CESE sur la base de la loi de finance de 2019 et des données communiquées par les opérateurs de jeux, voir le rapport intégral du CESE sur les conduites addictives, dont est extrait le présent avis (pages 96 à 99), sur le lien : <https://www.cese.ma/media/2022/01/Rapport-conduites-addictives-VF.pdf>.

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.

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.

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.

Une reconnaissance progressive porteuse d'enjeux

La reconnaissance des addictions² comme maladie est relativement récente et l'extension de ses domaines d'application soulève souvent des oppositions liées aux intérêts économiques et financiers en jeux.

Le concept de maladie addictive s'affirme à partir du 19^{ème} siècle en rapport à l'alcool. Ce n'est qu'à partir du 20^{ème} siècle que s'effectue progressivement l'intégration des stupéfiants à la liste des addictions (héroïne, cocaïne et amphétamines dans les années 80, et la marijuana en 1990). Il convient de faire observer que le tabac/nicotine ne sera reconnu par les autorités sanitaires comme 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 toxicité.

L'extension des domaines de définition des facteurs addictifs soulève souvent des oppositions, des pressions et l'action de groupes d'intérêts, favorisées par la persistance de stéréotypes sociétaux et culturels. En 2018, l'annonce par l'OMS de l'intégration de la dépendance aux jeux vidéo à la liste des conduites addictives a provoqué une vive réaction des opérateurs du secteur, voire de certains Etats. A titre d'exemple, 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 vidéoludique.

² Voir annexe : définition et classifications internationales

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.

Pour l'instant, les classifications internationales officiellement reconnues laissent à leur marge plusieurs addictions comportementales telles que les addictions aux achats ou 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* ».

I. Un phénomène multiforme aux risques croissants sur la société marocaine

A l'instar de l'ampleur du phénomène et de la gravité des effets des conduites addictives au niveau mondial, tel qu'il apparaît au niveau de l'encadré ci-dessous, une revue de leurs différentes manifestations révèle que le phénomène est également répandu et multiforme au Maroc.

Aperçu mondial de l'ampleur et des effets de quelques addictions	
1,3	Milliards de consommateurs de tabac à travers le monde, dont plus de 80% dans pays à revenu faible ou intermédiaire ³ => le tabac tue 1 fumeur sur 2
8	Millions de décès annuels à cause du tabac ⁴
3,3	Millions de décès/an liés à un usage nocif d'alcool, soit 5,9% des décès dans le monde ⁵
400.000	Décès/an sont imputés à l'usage de drogue ⁶ (hors décès suites aux violences et conflits liés aux trafics)

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

⁴ Idem

⁵ <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>

⁶ 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 »

269	Millions de personnes ayant consommé de la drogue au cours de l'année 2017, soit 5,4% de la population mondiale âgée entre 15 et 64 ans (UNDOC 2020) ⁷
35	Millions souffrent de troubles directement liés à l'usage de drogues ⁸
11,3	Millions injecteurs de drogues, environ 6 millions étaient porteurs de l'hépatite C et 1,4 millions porteurs du VIH ⁹
0,5-7,6%	Part 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 adolescents ¹⁰
Effets covid	Hausse des consommations, des poly-consommations et de la dépendance aux substances et aux jeux, aux réseaux sociaux... (ennui, anxiété, incertitude et précarité sociale, solitude, sentiments d'isolement, recherche de plaisirs, ...) ¹¹

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.

Le CESE, en fonction des données disponibles, a passé en revue les facteurs de risques d'exposition et quelques grandes catégories de vulnérabilités aux addictions qui pèsent sur la société marocaine. Ceci, à travers un certain nombre de focus ordonnés par milieu (monde du travail, milieu sportif) ; par catégorie de population (enfants et adolescents, femmes, population carcérale) ; selon la nature des substances addictives ou quasi addictives (tabac, alcool, cannabis, psychotropes et produits dits de synthèse, sucres) ; par pathologies pouvant induire des troubles addictifs ; ainsi que par activités à fort potentiel addictifs (jeux d'argent, écrans et jeux vidéo, sexe).

Par milieu

1. Les comportements addictifs en milieu professionnel

Il y a tendance à sous-estimer et méconnaître les risques pourtant réels des conduites addictives qui peuvent prendre différentes formes en milieu professionnel. Ceci peut se traduire par **la consommation de substances psychoactives** liée aux conditions de travail ou de la pression et du stress au travail, convivialité et activités récréatives entre collègues, et autres, ou encore par **l'apparition de dépendances comportementales à l'égard de l'activité professionnelle** connues sous les vocables de « **workaholisme** »¹² (dépendance au travail) ou « **techno-dépendance** » qui renvoie à l'utilisation inadéquate ou abusive des technologies de l'information (internet, téléphone, agenda électronique)¹³. 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

⁷ UNDOC, « WORLD DRUG REPORT 2020 », Booklet 2.

⁸ Idem

⁹ Idem

¹⁰ Joan-Carles Suris et al., « La problématique des jeux d'argent chez les adolescents », Raisons de santé, N°192, 2011.

¹¹ <https://www.lefigaro.fr/sciences/les-addictions-s-aggravent-avec-les-effets-de-la-crise-du-covid-20210412>

¹² 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, 3ème trimestre 2008.

¹³ Idem

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 induit stress, surmenage et parfois, au harcèlement professionnel à l'égard des collaborateurs¹⁴. 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.

Ce champs demeure inexploré au Maroc. Le Plan stratégique national pour la prévention des troubles addictif 2018-2022 ne traite pas des addictions au sein des entreprises.

L'intervention sur le risque d'addiction sur les lieux de travail permet :

- **L'amélioration de la santé** à travers le dépistage de certaines maladies psychiatriques, la prévention de l'aggravation de certaines maladies chroniques, arrêt de l'intoxication par des substances psychoactives et le bien-être au travail ;
- **L'amélioration de la sécurité** par la prévention des accidents du travail et des accidents de circulation (15 à 20% des accidents du travail ont pour origine des conduites addictives, lesquels seraient la cause de 28% des accidents mortels)¹⁵.

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** ». 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 à une pratique excessive de sport.

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.

Aussi bien, la bigorexie que le dopage, peuvent entraîner des conséquences potentiellement dangereuses sur la santé physique. La bigorexie peut donner lieu à un épuisement, des déchirures musculaires et tendinites, voire un infarctus. L'usage de substances psychoactives (stimulants)¹⁶, en particulier lorsqu'ils résultent de la consommation d'amphétamines, peuvent provoquer des lésions cérébrales graves et être la cause de décès.

Au Maroc, suite aux orientations royales¹⁷ et conformément aux engagements internationaux du Royaume¹⁸, une loi (n°97-12) relative à la lutte contre le dopage dans le sport a été promulguée en

¹⁴ Idem

¹⁵ Selon les données partagées par le médecin du travail de la REDAL, lors de son audition le 02/02/2021.

¹⁶ Il s'agit principalement des amphétamines, de la caféine, de la cocaïne, de l'adrénaline et l'éphédrine ou autres substances apparentées.

¹⁷ 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.

¹⁸ Convention Internationale de l'UNESCO contre le dopage dans le sport (ratifiée par le Maroc en 2009).

août 2017 (avec ses textes d'application, promulgués ultérieurement), 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 pour les sportifs de haut niveau.

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 et 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.

Par catégorie de population

3. Addictions chez les enfants et les jeunes

La Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant¹⁹ définit l'enfant comme étant 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 ans²⁰. 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, arrive à maturation²¹.

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 conduites addictives de l'enfant et de l'adolescent, tout comme chez l'adulte sont communément réparties en deux groupes d'une part, les 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.

Parmi les troubles du comportement de l'enfant à « haut risque » d'induire une conduite addictive plus tard, il convient de citer « les troubles du déficit de l'attention avec hyperactivité » (TDAH), qui couvrent un large spectre de dysfonctionnements cognitifs et comportementaux (encore assez méconnu et insuffisamment diagnostiqué et pris en charge au Maroc). Il y a lieu de signaler que 30 à 50% des adolescents abusant des substances ont un TDAH²².

Au Maroc, selon les dernières enquêtes en la matière menées par le ministère en charge de la Santé²³, l'usage des substances psychoactives auprès des adolescents scolarisés n'en est pas moins alarmant. Avec une prévalence de 9% au tabac²⁴, il y a lieu de relever que 7,9% des élèves âgés entre 13 et 17 ans sont des fumeurs dont 63,3% ont commencé avant l'âge de 14 ans, 9,0% disent avoir consommé au moins une fois du cannabis au cours de leur vie (64% ont commencé avant l'âge de 14 ans), 13,3% ont expérimenté la consommation de l'alcool, 5% ont expérimenté la consommation des psychotropes et la prévalence de la cocaïne durant la vie était de 1,4%.

Par ailleurs, l'usage pathologique des écrans, jeux vidéo et internet commencent à se développer dans notre pays, bien que ces problématiques restent actuellement ignorés, une étude épidémiologique effectuée par un cabinet privé en 2020 sur un échantillon de 800 adolescents âgés de 13 à 19 ans à

¹⁹ Ratifiée par le Maroc en 1989.

²⁰ https://www.who.int/fr/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1

²¹ Données transmises par le Professeur Ghislaine Benjelloun, pédopsychiatre et enseignante – chercheuse lors de son audition par le CESE le 27/01/2021

²² <https://www.tdah-france.fr/Le-TDAH-et-les-addictions.html>

²³ Enquêtes MedSPAD Maroc 2017 et GSHS 2016.

²⁴ (Durant les 12 derniers mois précédant l'enquête).

Casablanca, révèle que 40% ont un usage problématique à internet et environ 8% sont en situation d'addiction²⁵.

4. Vulnérabilités des femmes aux risques d'addictions aux substances

Les femmes sont en situation de triple vulnérabilités :

- **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 recherches²⁶, le stade d'abus et de dépendance à la consommation de substances psychoactives (antidépresseurs, alcool, drogues).
- **Vulnérabilité dite « étiopathogénique »**, du fait de facteurs neurobiologiques et hormonaux, comorbidité avec des troubles mentaux (dépression, troubles anxieux, etc.).

Sur les plans cliniques, les effets des substances psychoactives sur la santé sont plus nocifs chez les femmes.

Selon certaines études²⁷, les femmes seraient plus enclines à consommer des médicaments de prescription, comme les stupéfiants analgésiques et tranquillisants à des fins non médicales.

Il existe une très grande stigmatisation des femmes en situation d'addiction à l'échelle internationale. En 2020, les femmes et les filles représentent un tiers des personnes qui consomment des drogues dans le monde mais seulement un cinquième de celles qui suivent un traitement. Ces difficultés d'accès aux traitements est le fait d'importants obstacles structurels, sociaux, culturels et personnels²⁸.

Au Maroc, il n'existe pas encore de stratégies spécifiquement dédiées à la prévention et la prise en charge des femmes. 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.

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.

²⁵ Données transmises par le Professeur Ghislaine Benjelloun, pédopsychiatre et enseignante – chercheuse lors de son audition par le CESE le 27 janvier 2021

²⁶ ONUDC, « Les femmes et les drogues » rapport mondial sur les drogues 2018.

²⁷ UNDOC rapport 2020 « usage des drogues et genre »

²⁸ Idem

Au Maroc, 18% des détenus condamnés et 34% des nouveaux détenus, le sont pour des affaires liées aux drogues.²⁹

Près de 13,45% des détenus sont dépendants à 4 types de drogues (cannabis à hauteur de 31,88% ; psychotropes 11,91%, héroïne 5,76% et cocaïne 4,24%)³⁰.

A cela s'ajoute une insuffisance d'accès de la population carcérale aux soins en addictologie. Ainsi, sur 76 établissements pénitenciers seulement 10 disposent d'une unité d'addictologie, dont 5 offrant le traitement de substitution aux opiacés.³¹

Par nature des substances addictives ou quasi addictive

6. L'addiction au cannabis

Le cannabis ou chanvre indien est, après le tabac, le psychotrope le plus consommé au Maroc³² et à l'échelle internationale, et dont le Maroc est considéré comme un des principaux producteurs mondiaux³³.

Cette plante fait l'objet depuis quelques années d'hybridation et de modifications génétiques visant à en renforcer le rendement et la teneur en substances psychoactives. Des recherches récentes³⁴ ont établi certaines vertus thérapeutiques du cannabis et ses dérivés mais il reste que le cannabis est une drogue dont la consommation régulière entraîne une dépendance et peut induire des altérations durables du comportement.

L'enquête nationale de prévalence des troubles mentaux dans la population générale marocaine réalisée par le ministère en charge de la Santé en 2005 estimait la prévalence de l'usage du cannabis au sein de la population à 3,94%. L'Observatoire marocain des Drogues et des Addictions, dont le dernier rapport publié remonte à 2014, estimait le nombre d'usagers de cannabis à 800.000 personnes ; ce chiffre est très largement dépassé aujourd'hui. Cette prévalence est bien plus importante chez les jeunes, qui comme indiquait plus haut, atteint 9% en 2017³⁵.

Tout en relevant 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, 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 permettent pas finalement de disposer d'une image claire sur la situation marocaine et des conséquences de la dépendance au 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

²⁹ Données présentées par la Délégation Générale de l'Administration Pénitentiaire et de la Réinsertion, lors de l'audition organisée par le CESE le 25/08/2021.

³⁰ Idem

³¹ Données transmises par le Ministère de la Santé lors de l'audition organisé par le CESE le 01/09/2021

³² Enquête MedSPAD 2017, Ministère de la santé.

³³ Cf. Focus du Rapport annuel du CESE 2020 sur le cannabis.

³⁴ <https://www.futura-sciences.com/sante/actualites/medecine-cannabis-10-usages-therapeutiques-averes-etude-61144/>

³⁵ Enquête MedSPAD 2017, Ministère de la santé.

thérapeutique, cosmétique ou textile ont conduit le Maroc à 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.

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

Il y a lieu de souligner une multiplication³⁶ de l'offre des médicaments psychotropes et « produits de synthèse » à la faveur de leur importation par des réseaux criminels, de détournements des circuits de commercialisations 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. De plus, 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.

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.

Selon une étude 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.

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, 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.

8. La dépendance au tabac

Le tabac est la substance parmi les plus addictives au monde. 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 fumeur régulier sur deux en moyenne meurt à cause de son tabagisme³⁷. 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

³⁶ Audition de la présidente de l'Agence marocaine antidopage, Thèse de Nouvellon Pauline pour le diplôme d'Etat de docteur en pharmacie "les nouvelles drogues chimiques de synthèse : présentation d'un phénomène", Université Angers 2014, Rapport de 2019 de l'Organe International de Contrôle de stupéfiants (https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2019/Annual_Report/French_ebook_AR2019.pdf)

³⁷ Fondation Lalla Salma, https://www.contrelecaner.ma/fr/le_tabac_en_chiffres

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 telles que l'ulcères, le diabète, l'hypercholestérolémie, l'hypertriglycéridémie, la parodontite.

Le tabac est le produit psychoactif le plus consommé au Maroc, avec 6 millions de personnes qui fument, dont 5,4 millions d'adultes et un demi-million de mineurs de moins de 18 ans³⁸.

Environ 15 milliards de cigarettes sont consommées chaque année³⁹ d'une teneur en nicotine et en substances toxiques supérieures aux produits autorisés en Europe⁴⁰. 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 Maroc⁴¹.

En 2012, le gouvernement avait annoncé un 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 (10-1-10), mais ce texte⁴² qui vient d'être récemment adopté par le Conseil du gouvernement le 06 septembre 2021 ne sera appliqué qu'à partir du 1^{er} janvier 2024.

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 lui estimé à 35,6%.

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).

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 ⁴³. La vente de cigarettes au détail ne constitue pas qu'une infraction à la loi⁴⁴, 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

³⁸ Mohamed Ben Amar, *Drogues. La réalité marocaine*, Casablanca, La Croisée des Chemins, 2016.

³⁹ Idem.

⁴⁰ https://www.google.com/amp/s/www.liberation.fr/planete/2019/07/04/les-cigarettes-suissees-enfument-le-maroc_1737957/%3foutputType=amp

⁴¹ Idem

⁴² Décret n°2.21.235 fixant les taux maximums de goudron, de nicotine et de monoxyde de carbone dans les cigarettes, publié au Bulletin Officiel en date du 23 septembre 2021.

⁴³ Données transmises par Philip Moris lors de son audition par le CESE 16 septembre 2021.

⁴⁴ 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 ».

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.

9. La dépendance à l'alcool

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 ans. Il constitue en outre un facteur de risque dans plus de 200 pathologies⁴⁵. 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.

L'alcool est la troisième substance psychoactive la plus consommée au Maroc, après le tabac et le cannabis.⁴⁶ 350.000 personnes, soit 1,4% de la population marocaine âgée de plus de 15 ans, souffrent de dépendance à l'alcool (alcoolisme)⁴⁷. Ce phénomène concernerait 2% des plus de 15 ans⁴⁸.

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 hectolitres⁴⁹.

En parallèle d'un secteur légal, se prolifère des réseaux informels de production, de distribution, et de commercialisation de boissons alcoolisées. Paradoxalement, alors que les restrictions réglementaires sur les horaires et les jours de fermeture étaient supposées contenir la consommation d'alcool, la concentration des débits et des points de vente dans les centres villes, ces restrictions ont favorisé la prolifération de vendeurs clandestins, désignés sous le nom de « *guerraba* » (marchands ambulants d'alcool fort au détail).

⁴⁵ 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, les céphalées ...etc.

⁴⁶ Ministère de la Santé, Enquête Épidémiologique Nationale sur la Prévalence des Troubles Mentaux et les Toxicomanies, 2005.

⁴⁷ Ibid

⁴⁸ Mohamed Ben Amar, "Drogues. La réalité marocaine », Casablanca, La Croisée des Chemins, 2016.

⁴⁹ https://www.cfcim.org/wp-content/uploads/2018/09/Maroc_-Le-marche-des-Vins-et-spiritueux.pdf

Une étude sur la prévalence au jeu pathologique et excessif au Maroc a été menée en 2020 par la MDJS⁵⁴. 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 personnes mariées (21,4%) auraient 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 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).

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 principales 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. Il reste que le budget alloué à ces actions reste disproportionné par rapport aux chiffres d'affaires.⁵⁵

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

Le trouble du comportement sexuel compulsifs

Il 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 2019⁵⁶.

⁵⁴ 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.

⁵⁵ Le budget alloué par la Loterie Nationale pour le financement de ses « recherches » sur le jeu responsable est d'un montant annuel de 250.000,00 MAD contre un chiffre d'affaires proche d'un milliard de dirhams. Le budget dédié par la SOREC à l'intégration des règles du jeu responsable est d'un montant déclaré de 850.000 dirhams. 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.

⁵⁶ 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. ... 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

D'après l'OMS, la personne sujette à l'addiction au sexe, dans neuf cas sur dix est un homme.

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 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 compulsifs⁵⁷. 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 plusieurs spécialistes de la psychiatrie et donnant lieu à une multitude d'études internationales. En France, le trouble d'achats compulsifs peut être reconnu par les tribunaux⁵⁸. Les prises en charge de ce trouble peuvent conjuguer, en fonction des prescriptions médicales⁵⁹, 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.

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. Concernant les achats compulsifs, il n'existe pas d'étude nationale sur le sujet.

12. Addictions chez les personnes souffrant des 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. Elles peuvent résulter de la prescription inappropriée et récurrente à des personnes, 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 psychiatriques⁶⁰. Cette situation est d'autant plus dangereuse dans le cas de

marquée ou une déficience significative dans les domaines personnel, familial, social, éducatif, professionnel ou d'autres domaines importants du fonctionnement. "

⁵⁷ <https://www.sante-sur-le-net.com/fievre-acheteuse-signes-addiction/>
Voir aussi <https://ifac-addictions.chu-nantes.fr/les-achats-compulsifs-1>

⁵⁸ <https://www.sante-sur-le-net.com/fievre-acheteuse-signes-addiction/>

⁵⁹ idem

⁶⁰ Alain Morel et Amandine Luquiens, « Troubles psychiques et addictions » in Alain Morel et al., *Addictologie*, Dunod, 2019, page 303 à 325.

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 administrés⁶¹.

Par ailleurs, l'addiction aggrave la maladie psychiatrique ou mentale et empêche la stabilisation, et la maladie psychiatrique ou mentale aggrave l'addiction. Aussi 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.

Au Maroc, l'absence de diagnostic précoce⁶² 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, l'anxiété, l'agressivité, l'automutilation, etc. sans traiter la condition sous-jacente⁶³. 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.

Les avis sont partagés sur la problématique juridique des modalités d'expression et de recueil du consentement des patients aux traitements qui leur sont prescrits notamment, 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 matière⁶⁴.

Une autre problématique en cas de « double diagnostic »⁶⁵ a trait à la nécessité de développer des actions multidisciplinaires combinées et coordonnées. 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.⁶⁶

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

La dépendance aux jeux vidéo est désormais reconnue comme une addiction par l'OMS au niveau de sa nouvelle classification CIM 11, adoptée en mai 2019 et qui entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

⁶¹ <https://comprendrelautisme.com/lusage-excessif-des-medicaments-chez-les-personnes-autistes/>

⁶² « 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.

⁶³ <https://comprendrelautisme.com/lusage-excessif-des-medicaments-chez-les-personnes-autistes/>

⁶⁴ Selon le Comité des droits des personnes handicapées (ONU) « Observation générale N°1 (2014), paragraphe 41 : « 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».

⁶⁵ A la fois de troubles mentaux et psychiques et des troubles d'addiction.

⁶⁶ 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.

Les avis restent partagés sur la possibilité de qualifier de pathologique l'utilisation excessive d'Internet. A l'heure actuelle, elle n'est pas intégrée au sein 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 Psychiatrie, 'APA').

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 généraliste⁶⁷.

Les 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, les jeux de hasard 7,8%. Il ressort, par ailleurs, de cette étude que 40% ont un usage problématique à internet et environ 8% sont en situation d'addiction.

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.

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 dépendance⁶⁸.

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.

⁶⁷ 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.

⁶⁸ 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/> juillet 2017

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 an⁶⁹. 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.

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 prématurés⁷⁰. 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 prédiabétiques.

Visant pour la première fois la réduction de la consommation en sucre, si la taxe intérieure de consommation⁷¹ 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 insuffisante au regard de la part structurellement élevée du sucre dans l'alimentation des citoyens (au moins 2 fois supérieure aux recommandations de l'OMS).

II. Une approche institutionnelle en deçà des aspirations du pays et des besoins de la population malgré l'avance prise sur la région

Il y a lieu de signaler 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* »

Au Maroc, malgré l'existence d'une stratégie nationale de lutte contre les addictions et l'avance du Royaume par rapport à la région MENA, la réponse collective et les politiques publiques en la matière demeurent insuffisantes, dominées par une approche répressive, fondée sur un cadre légal désuet et non protecteur.

⁶⁹ <https://aujourd'hui.ma/economie/betterave-a-sucre-114-tonnes-ha-de-rendement-en-2020>

⁷⁰ <https://www.sante.gov.ma/Pages/Communique.aspx?IDCom=345>

⁷¹ 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.

1. Maroc, pionnier dans la région MENA

Le Maroc est l'un des premiers pays africains et de ceux de la région du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord (MENA) à avoir adopté des politiques publiques sanitaires dédiées à la prévention et la prise en charge des troubles addictifs. Plusieurs actions traduisent cet état de fait.

Il s'agit notamment de l'identification des axes stratégiques liés à la prévention primaire, secondaire et tertiaire, à la réduction des risques, aux traitements et à la réhabilitation à partir des années 2000. Une démarche formalisée à travers :

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

L'adhésion du Maroc au Réseau MedNet en 2006 et au Groupe Pompidou en 2012 (Conseil de l'Europe) témoigne du rôle actif joué par notre pays dans la coopération internationale contre les addictions aux drogues.

Le plan stratégique national de prévention et de prise en charge des troubles addictifs 2018-2022 adopte une approche basée sur l'évidence scientifique et en convergence avec les principes fondamentaux et les meilleures orientations internationales.

Parallèlement et conformément à ses engagements internationaux, le Maroc a adopté une « stratégie globale » qui régit la question de l'offre, l'effort de réduction de la demande, ainsi que la question de la consommation qui fait partie des ODD. Ainsi, 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 hectares⁷². 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 européen⁷³.

2. Les moyens mobilisés restent en deçà des besoins

La lutte contre les addictions se confond encore avec la lutte (nécessaire mais non suffisante) contre les drogues. Les addictions aux comportements sans substance (jeux d'argent, jeux vidéo, cyberdépendance, achats compulsifs, etc.) demeurent hors du champ des politiques de prévention et de prise en charge. Notre pays dispose seulement de 18 structures d'addictologie (dans le cadre d'un partenariat avec la Fondation Mohammed V pour la Solidarité), 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. Il y a lieu de relever également une pénurie en ressources humaines avec seulement 64 médecins généralistes ou psychiatres formés en addictologie. L'absence de reconnaissance du diplôme d'addictologie ainsi que

⁷² Données présentées par le ministère de l'Intérieur lors de leur audition par le CESE le 28/07/2021.

⁷³ Idem

l'absence de reconnaissance et de régulation du statut de psychologue constitue des facteurs de démotivation de nature à renforcer cette pénurie. A cela s'ajoute l'absence de structures de postcure et/ou des communautés thérapeutiques essentiels pour ce type de pathologies.

L'existence d'un itinéraire de soins au sein de services d'addictologie dont la distribution est formalisée à plusieurs niveaux de la pyramide des soins (ESSB, Centres d'addictologie, hôpitaux régionaux, CHU) est paradoxalement limité par les difficultés, voire le refus de prise en charge et de remboursement (mise à part CNOPS et CNSS) par les assurances sociales. Ce paradoxe est dû à l'absence de reconnaissance claire des addictions comme maladie au niveau du cadre légal de la couverture médicale de base notamment, à travers le manque de référence aux actes diagnostiques et thérapeutiques des troubles addictifs dans la « Nomenclature Générale des Actes Professionnels » (NGAP) donnant lieu à un remboursement par les assurances sociales et à la formulation restrictive et imprécise au niveau de l'arrêté du ministre de la Santé du 5 septembre 2005 fixant la liste des affections de longues durées (ALD) qui limite la prise en charge aux ⁷⁴« troubles graves de la personnalité ».

Par ailleurs, le Dahir portant loi du 21 mai 1974 « relative à "la répression de la toxicomanie et la prévention des toxicomanes » regroupe et réprime au niveau du même texte aussi bien les usagers de drogues que les trafiquants de stupéfiants. Ce qui rend les mesures de protection et de prise en charge des victimes inefficaces. Aussi, bien que ce texte de loi permette au juge de prononcer une injonction de soins en faveur des usagers de drogues acceptant de recourir à des soins, le volume très important des cas de poursuites présentés quotidiennement aux juridictions et la faiblesse de leurs moyens dans un contexte de rareté extrême de centres de soins, rend quasi-ineffective la possibilité de bénéficier d'une injonction thérapeutique.

3. L'économie des conduites addictives : un poids financier important qui interpelle les politiques et les choix de développement

Les biens et services licites issus des activités à potentiel addictif génèrent un chiffre d'affaires de 32,19 milliards de dirhams, soit près de 3% du PIB et 9,1% des recettes fiscales. Sur ce montant, l'Etat prélève plus 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 Sociétés⁷⁵ (IS), ou bien 5 fois les versements en 2020 de l'OCP à l'Etat.

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

⁷⁴ https://anam.ma/anam/wp-content/uploads/2021/09/ALD_Liste070206.pdf

⁷⁵ Estimées à 53.53 milliards de dirhams au titre de 2020

non plus les chiffres d'affaires de la production illicite du cannabis estimés, pour les exploitants, à quelques 3,25 milliards de dirhams⁷⁶.

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 ⁷⁷	- TIC : 11.300,00 - TVA : 1.747,700 - Droits d'imp. : 606,00 TOTAL : 13.654, 400⁷⁸
Alcools	4.000,00 ⁷⁹	-TIC : 1.50,003 ⁸⁰ -TVA : 414,00 ⁸¹ TOTAL : 1.916,003
Paris hippiques	7.200,00 ⁸²	1.440,00 ⁸³
Loterie	792,00 ⁸⁴	385,00 ⁸⁵
Paris sportifs	3.200,00 ⁸⁶	732,00 ⁸⁷
Casinos	Non publié	Non publié
Total jeux légaux	11.192,00⁸⁸	2.557,00
Médicaments psychotropes	Non publié	Non publié
Cannabis ⁸⁹ ,	3 250,00	Non applicable

⁷⁶ 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

⁷⁷ Estimations pour 2020, Audition de Philip Morris Maroc par la Commission des Affaires sociales et de la solidarité, CESE, 15/09/2021.

⁷⁸ Chiffres de 2019, Administration des Douanes et des Impôts Indirects :

<https://www.douane.gov.ma/dms/loadDocument?documentId=84308>

⁷⁹ 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>

⁸⁰ Loi de finances 2019.

⁸¹ Chiffres de 2019, Administration des Douanes et des Impôts Indirects :

<https://www.douane.gov.ma/dms/loadDocument?documentId=84308>

⁸² Chiffres de 2019. Audition de la SOREC, 23/06/2021.

⁸³ Chiffres de 2019. Audition de la SOREC, 23/06/2021.

⁸⁴ Chiffres de 2019. Audition de la SGLN, 16/06/2021.

⁸⁵ Chiffres de 2019. Audition de la SGLN, 16/06/2021.

⁸⁶ Chiffres de 2019. Auditions de la MDJS, 07/07/2021.

⁸⁷ Chiffres de 2019. Auditions de la MDJS, 07/07/2021.

⁸⁸ Hors Casinos.

⁸⁹ Estimations 2020. Chiffres communiqués par le ministère de l'Intérieur. Audition du 28/07/2021.

revenu estimé des exploitants		
Total⁹⁰	32.192,00	18.128,00

Montants et % des recettes fiscales et non fiscales 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
2019**	212.638	8,52	247.495	7,32

*LF (provisoire)

** réalisées

L'attention doit être ainsi portée sur l'imbrication des questions économiques, financières, sanitaires et sociétales. Une croissance économique durable et des équilibres budgétaires 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, l'insatisfaction, l'anxiété, l'impulsivité, la hausse des dépressions. 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 des services à haut potentiel d'addiction. Il y a 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'Etat par rapport aux revenus des biens et services à potentiel addictif.

Certes, l'Etat est confrontée à conflit de priorités entre d'un côté, le devoir 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.

⁹⁰ Hors Casinos et médicaments psychotropes et revenu estimé du cannabis.

4. Pluralité des lignes de défense, dynamisme des intervenants mais cloisonnement de l'action

Une pluralité d'intervenants marocains activement engagés contre les addictions, constituent une ressource de première importance mais sont, pour la plupart, confrontés à l'absence d'un cadre de coordination structuré, à l'insuffisance de moyens humains et financiers et à l'inadaptation du cadre légale aujourd'hui applicable aux troubles et aux effets de la dépendance. Il s'agit aussi bien d'acteurs institutionnel⁹¹, d'opérateurs économiques (Société de Gestion de la Loterie Nationale, Société Royale d'Encouragement du Cheval, Marocaine des Jeux et des Sports), de fondations et d'associations⁹², d'auteurs de rapports et d'ouvrages et médecins spécialistes ainsi que les personnes qui œuvrent au niveau des centres d'addictologie dans des conditions souvent difficiles.

III. 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. **L'application effective et systématique des dispositions ouvrant droit à l'injonction thérapeutique pour les consommateurs de drogues.**

⁹¹ Ministère de la Santé, Ministère de l'Education Nationale, de la Formation professionnelle, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique, Ministère de l'Intérieur, Ministère de la Justice, Gendarmerie Nationale, DGSN, Délégation Générale de l'Administration Pénitentiaire et de la Réinsertion, Ministère d'Etat chargé des droits de l'Homme et des relations avec le parlement, Présidence du ministère public, Conseil National des droits de l'Homme, Organismes de sécurité sociale.

- ⁹² Fondation Mohammed V pour la Solidarité ; Fondation Lalla Salma- prévention et traitement des cancers ;
- Associations des professionnels de la santé mentale (Association Marocaine d'Addictologie; Association Marocaine de médecine addictive et pathologies associées; Associations de psychologues cliniciens; Associations de psychiatres)
- Associations d'aide aux personnes en situation d'addiction et de réduction des risques liés à la consommation de drogues et lutte contre le VIH/SIDA (Association Marocaine pour l'Ecoute et le Dialogue (AMED) ; La Fédération marocaine de lutte contre le tabagisme et la drogue ; Fédération des associations marocaines de prévention de l'usage des drogues (regroupent plus de 100 associations) Association Nassim de prévention et lutte contre les addictions; AHSUD (association pionnière de réduction risque) ; L'association Nationale de Réduction des Risques des Drogues de psychiatrie/ Sila pour la santé mentale, ALCS ; OPALS ;...)

- 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 comportementales 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. Dédier une Direction, au sein du département de la santé, à la prévention et au développement de la prise en charge des addictions et consacrer un programme spécifique en la matière au niveau des directions régionales du ministère de la Santé.
 - d. Etablir 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.
 - e. Reconnaître légalement la discipline et le diplôme universitaire d'addictologie et adopter les statuts des autres métiers en lien avec cette discipline (psychologues, ergothérapeutes, etc.) en vue de développer les ressources humaines.
 - f. 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.
 - g. Renforcer les structures de soin et les moyens des soignants dans le cadre d'une politique régionale de Santé, tenant compte de l'épidémiologie et des spécificités des territoires.
 - h. 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. **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 part de l'économie à l'égard des biens et services licites issus des activités à potentiel addictif (près de 3% du PIB) et la réduction du pourcentage (9%) du budget de l'Etat à l'égard des ressources fiscales tirées des substances et des activités à potentiel addictif.
 - b. La réservation 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 développement des centres spécialisés et d'amélioration de l'accès aux soins contre les addictions sous toutes leurs formes, de recherche universitaire et clinique et de sociologie, d'information et de prévention.

- 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, sportifs et faiseurs d'opinion pour sensibiliser sur la nature pathologique des addictions, mobiliser et favoriser l'action contre les conduites addictives.

Recommandations spécifiques

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.

2. En lien avec le sport :

- Renforcer les moyens et les missions de l'Agence Marocaine de lutte antidopage (AMAD) et 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 texte réglementaire portant 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 pénitentiers 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 et la réinsertion, 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 territoriales 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 préjugés, 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 de manière non violente, 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 au régime d'assurance maladie.
- 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 des conduites addictives liées à l'usage du cannabis et réguler les circuits de sa commercialisation pour usage médical, personnel et curatif par voie législative, administrative et sanitaire, notamment en interdisant sa vente et son usage par les jeunes de moins de 25 ans et en plafonnant les taux autorisés de THC.
- Renforcer l'arsenal judiciaire et pénal contre les trafiquants, les importateurs et vendeurs de cannabis et de dérivés de teneur en THC supérieure à la norme autorisée (en attendant la promulgation du décret d'application fixant les taux autorisés).

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 les 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 pertinentes, notamment :
 - Mettre en place 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 rendre effective la loi contre le tabagisme. 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 ; et affecter le produit des amendes contre les contrevenants à la recherche scientifique dans le domaine de la santé. 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 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 sur les méfaits du tabac et sur les images publicitaires trompeuses et les messages subliminaux qui en font la promotion.
 - Interdire la publicité 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 les taxes sur le tabac et en flécher une partie significative (30 à 40%) en direction du renforcement du cadre légal, du soutien des structures de traitement et de prise en charge des maladies causées par le tabagisme, 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 entreprises 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 le soutien 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 d'attention 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 en vue de garantir le droit à des soins de santé sur la base du consentement libre et éclairé des personnes souffrant de troubles mentaux ou psychiques.
- Rendre effective l'institution du tuteur testamentaire ou datif en tenant compte des intérêts des personnes souffrant des troubles mentaux, psychiques et sensoriels.
- Adopter rapidement 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 éligibles à une prise en charge psychosociale et médicale.
- Allouer des budgets appropriés et développer entre les ministères en charge 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.
- 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.
- Instituer, par le ministère en charge de la santé et les organismes publics et privés de protection sociales, 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 de sensibilisation des parents contre la compulsion aux bonbons et confiseries.

Annexe 1 : Définitions et classifications internationales

Ce que ne sont pas et ce que sont les addictions

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. L'addiction n'est pas non plus, contrairement au statut que lui imputent encore certains organismes d'assurance-maladie, 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. 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.

Classifications internationales

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 irrépressible 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

La Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé (CIM-10) établit la dépendance sur la base de 6 critères. Pour diagnostiquer une dépendance au moins

3 des manifestations suivantes doivent avoir été présentes en même temps, au cours de la dernière année :

1. le désir compulsif du produit,
2. la difficulté à contrôler la consommation,
3. la prise du produit pour éviter le syndrome de sevrage,
4. le besoin d'augmenter la dose pour atteindre les mêmes effets qu'auparavant,
5. la place centrale prise par le produit dans la vie du consommateur
6. la poursuite de la consommation de la substance malgré ces conséquences manifestement nocives.

Une 11^{ème} version de cette classification (CIM11) adoptée en mai 2019 et qui entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2022 ajoute à la section sur les troubles de l'addiction : la trouble de la dépendance aux jeux vidéo.

Annexe 2 : 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

Opérateurs économiques	<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
Experts	<ul style="list-style-type: none"> - Professeur Jallal Toufik - Docteur Soumia Berrada - Professeur Ghislaine Benjelloun - Docteur Imane Kendili - M. Mounir Alaoui

Annexe 3 : Liste des membres de la Commission permanente des Affaires Sociales et de la Solidarité

Experts
1. Benseddik Fouad (rapporteur du thème)
2. Himmich Hakima
3. Lamrani Amina
4. Rachdi Abdelmaksoud
5. Zoubeir Hajbouha
Syndicats
6. Bahanniss Ahmed
7. Bensaghir Mohamed (vice-rapporteur de la Commission)
8. Dahmani Mohamed (vice-président de la Commission)
9. Essaïdi Mohamed Abdessadek
10. Hansali Lahcen (rapporteur de la Commission)
11. Khlafa Mustapha
12. Abderrahmane Kandila
13. Jamaâ El Moâtassim
Organisations professionnelles
14. Bensalah Mohamed Hassan
15. Bessa Abdelhai (Président de la Commission)
16. Boulahcen Mohamed
Société civile
17. Berbich Laila
18. Chouaib Jaouad
19. Elkhadiri Mohamed
20. Zahi Abderrahmane
21. Zaoui Zahra
Membres de droit
22. Adnane Abdelaziz
23. Cheddadi Khalid
24. Lotfi boujendar

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