

REVUE ECONOMIE & SOCIETE

E- ISSN: 2820-6991
P- ISSN: 2820-7211



REVUE SCIENTIFIQUE À COMITÉ DE LECTURE CONSACRÉE AUX ÉTUDES DANS LES DOMAINES DE L'ÉCONOMIE, DE LA GESTION ET DES SCIENCES SOCIALES

DIRECTRICE DE PUBLICATION: DR. SANAA HAOUATA - REDACTEUR EN CHEF: DR BRAHIM MEDDEB

N°3 Vol.4
Juillet/ Septembre 2025

METHADONE ET ACCOMPAGNEMENT PSYCHOSOCIAL DANS LE TRAITEMENT DES ADDICTIONS AU MAROC

LE CAS DU CENTRE D'ADDICTOLOGIE
DE BNI MAKADA, TANGER

AZMANI HAJIRA



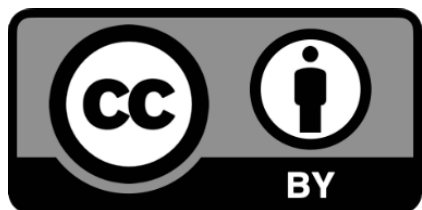
METHADONE ET ACCOMPAGNEMENT PSYCHOSOCIAL DANS LE TRAITEMENT DES ADDICTIONS AU MAROC : LE CAS DU CENTRE D'ADDICTOLOGIE DE BNI MAKADA, TANGER

METHADONE AND PSYCHOSOCIAL SUPPORT IN THE TREATMENT OF ADDICTION IN MOROCCO: THE CASE OF THE ADDICTION TREATMENT CENTER IN BNI MAKADA, TANGIER

AZMANI HAJIRA

*Master « Ingénierie en management des
organisations et l'action sociale »*

Institut National de l'Action Sociale, Tanger, Maroc



Citation:

AZMANI, H. (2025). METHADONE ET
ACCOMPAGNEMENT PSYCHOSOCIAL DANS LE
TRAITEMENT DES ADDICTIONS AU MAROC : LE CAS
DU CENTRE D'ADDICTOLOGIE DE BNI MAKADA,
TANGER. REVUE DROIT ET SOCIATA, 4(3).
<https://doi.org/10.5281/zenodo.17751158>



METHADONE ET ACCOMPAGNEMENT PSYCHOSOCIAL DANS LE TRAITEMENT DES ADDICTIONS AU MAROC : LE CAS DU CENTRE D'ADDICTOLOGIE DE BNI MAKADA, TANGER



Résumé

De nombreuses études ont examiné l'efficacité du traitement psychosocial combiné au traitement médicamenteux, mais l'impact réel de l'accompagnement psychosocial auprès des patient•e•s sous méthadone demeure insuffisamment documenté. Notre enquête qualitative, menée au pôle social du centre d'addictologie de Bni Makada à Tanger, s'est appuyée sur l'observation non participante, des entretiens semi-directifs et des focus groups. Les résultats révèlent un paradoxe central : si la méthadone contribue à réduire significativement les risques biomédicaux, son efficacité reste fragile en l'absence d'un dispositif psychosocial structuré. Trois dynamiques principales se dégagent : la nécessité d'une prise en charge individualisée et globale ; les bénéfices concrets en termes de mieux-

AZMANI HAJIRA

Master « Ingénierie en management des organisations et l'action sociale »

*Institut National de l'Action Sociale,
Tanger, Maroc*

être, de stabilité et d'insertion ; et les obstacles persistants liés à la stigmatisation, aux contraintes institutionnelles et à la précarité sociale. L'étude conclut que l'accompagnement psychosocial ne constitue pas un simple adjuvant, mais un levier essentiel du processus de rétablissement, appelant à une révision des pratiques professionnelles et des politiques publiques en addictologie.

Mots-clés : *addiction ; méthadone ; accompagnement psychosocial ; réduction des risques ; stigmatisation*

METHADONE AND PSYCHOSOCIAL SUPPORT IN THE TREATMENT OF ADDICTION IN MOROCCO: THE CASE OF THE ADDICTION TREATMENT CENTER IN BNI MAKADA, TANGIER

ABSTRACT

Numerous studies have examined the effectiveness of combining psychosocial and pharmacological treatments, yet the specific impact of psychosocial support for patients on methadone remains insufficiently documented. This qualitative study, conducted at the social unit of the Bni Makada Addiction Center in Tangier, employed non-participant observation, semi-structured interviews, and focus groups. The findings reveal a central paradox: while methadone significantly reduces biomedical risks, its effectiveness remains fragile without a structured psychosocial framework. Three key dynamics emerge: the need for individualized and comprehensive care; tangible benefits in terms of well-being, stability, and social integration; and persistent obstacles related to stigma, institutional constraints, and socioeconomic precarity. The study concludes that psychosocial support is not merely an adjunct but a crucial lever in the recovery process, underscoring the need to rethink professional practices and public policies in addiction care.

AZMANI HAJIRA

*Master's Degree in
Organizational Management and
Social Action Engineering
National Institute of Social Action,
Tangier, Morocco*

Keywords: *addiction; methadone; psychosocial support; harm reduction; stigma*

Introduction¹

Les troubles liés à l'usage des opioïdes² représentent aujourd'hui une crise sanitaire mondiale. L'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2021) estime que près de 27 millions de personnes

¹ Cet article est issu d'un mémoire de licence en travail social, parcours animation sociale, soutenu à l'Institut National de l'Action Sociale (INAS) au titre de l'année universitaire 2023-2024. Réalisé sous la direction du professeur Mohamed Outahar, le mémoire portait sur « L'accompagnement psychosocial des personnes souffrant de dépendance aux opiacés (héroïne) suivant un traitement à la méthadone au sein de l'association Hasnouna : cas du centre d'addictologie de Bni Makada à Tanger ».

souffrent de dépendance aux opioïdes, avec des conséquences dramatiques en termes de morbidité et de mortalité. L'héroïne et d'autres substances injectables se trouvent au cœur de cette problématique, associées à un risque accru de surdoses³, de transmission du VIH et du VHC, ainsi qu'à une marginalisation sociale persistante.

De fait, les données internationales dressent un constat alarmant : une enquête de 2005 évaluait à 243 millions le nombre de consommateurs de drogues dans le monde, dont 13 millions pratiquaient l'injection, avec un taux de prévalence du VIH de 13 % et du VHC de 52 %. Ces chiffres, repris par le Ministère de la Santé et de la Protection sociale (2018), soulignent l'urgence de considérer la toxicomanie⁴ non seulement comme un problème médical, mais aussi comme un enjeu global de santé publique.

Dans ce contexte, le Maroc a introduit en 2010 un programme médico-psychosocial fondé sur le traitement par méthadone⁵. Cette orientation s'inscrit dans une logique de réduction des risques, visant à limiter les dommages sanitaires tout en proposant un accompagnement social et psychologique. Trois centres d'addictologie ont été implantés à Tanger (Bni Makada, Casabarata et Bier Chifae), reflétant la concentration de la consommation d'opiacés dans cette région. La gouvernance de ces centres illustre une collaboration institutionnelle : le pôle médical relève du Ministère de la Santé, tandis que le Pôle social est confié à l'association Hasnouna⁶, dans le cadre d'une convention-cadre signée en 2006 avec la Fondation Mohamed V pour la Solidarité et l'Association nationale de réduction des risques.

Cependant, les spécificités du terrain révèlent la complexité de cette mise en œuvre au centre d'addictologie⁷ de Bni Makada de proximité des trafics d'héroïne, parfois distribuée gratuitement par

² Les *opioïdes* regroupent l'ensemble des substances naturelles (opiacés dérivés du pavot, comme la morphine ou la codéine), semi-synthétiques et synthétiques (oxycodone, hydromorphone, fentanyl). Ils agissent sur les récepteurs opioïdes du système nerveux central, produisant un effet analgésique mais comportant un fort potentiel de dépendance. On distingue les opioïdes prescrits légalement, utilisés dans un cadre médical, et les opioïdes illicites, tels que l'héroïne ou les contrefaçons de fentanyl (Nardon, 2018 ; Lapointe, 2024).

³ La *surdose* est définie par l'OMS comme l'usage de toute drogue en une quantité telle qu'elle entraîne des effets physiques ou mentaux aigus, pouvant aller jusqu'au décès. (World Health Organization, 2014)

⁴ La *toxicomanie* est considérée comme l'un des exemples les plus emblématiques de l'addiction. Elle ne se réduit pas seulement à l'usage d'une substance, mais implique une interaction complexe entre les effets pharmacologiques, le contexte socioculturel et la personne dans sa globalité biologique, psychologique et comportementale (Varescon, 2010). Il est important de souligner que la consommation d'une substance psychoactive n'entraîne pas nécessairement une dépendance : des critères spécifiques permettent de distinguer un usage occasionnel d'un usage abusif ou addictif (Varescon, 2010). Dans une acception plus critique, elle peut être définie comme « la perte de la liberté de s'abstenir du (ou des) psychotrope(s) consommé(s) » (*Dictionnaire critique d'action sociale*, p. 397).

⁵ La *méthadone* est un opioïde de synthèse, agoniste des récepteurs μ -opioïdes. Sa puissance analgésique est comparable à celle de la morphine. Administrée par voie orale, elle agit de manière prolongée et stabilisatrice, tandis que par injection intraveineuse, elle produit un effet rapide et intense. (Zweben & Payte, 1990, p. 590)

⁶ L'Association Hasnouna de soutien aux usagers de drogues (AHSUD), fondée en mai 2006, est une entité marocaine à but non lucratif qui opère principalement à travers le centre médico-psychologique de Hasnouna (CMP). Ce centre incarne l'alliance entre les professionnels de la santé et les militants sociaux, tous dédiés à la promotion des pratiques de réduction des risques (RdR) liées à l'usage de drogues. Leur collaboration vise à élaborer des stratégies efficaces pour atténuer les dangers associés à la consommation de substances, démontrant ainsi leur engagement envers le bien-être social. (Plateforme ELISA, 2021)

⁷ Morel (2006) définit l'addictologie comme un champ d'investigation multidisciplinaire centré sur les conduites humaines d'autostimulation pouvant entraîner une perte de liberté de ne plus y recourir. Son modèle écologique et multivarié repose sur le triptyque individu-produit-société. Il souligne que l'approche médicale, comme l'approche psychodynamique avant elle, ne peut à elle seule appréhender l'ensemble du système bio-psycho-social. Dans ce modèle, le lien culturel entre la substance et les valeurs sociales est un déterminant clé, surpassant en importance le statut légal de la substance.

les dealers pour concurrencer la méthadone, menace directement le déroulement du traitement. Les centres de Tanger, situés dans des quartiers identifiés comme zones de consommation, sont exposés à cette tension permanente entre réduction des risques et maintien des circuits de drogue.

Ainsi, la toxicomanie à Tanger apparaît non seulement comme un enjeu médical, mais aussi comme un défi sociétal. Elle affecte la cohésion sociale, fragilise les familles et expose les usagers à une double stigmatisation : celle liée à la consommation et celle liée au traitement. Comme l'a rappelé Jauffret-Roustide (2016), l'addiction ne peut être réduite à une dimension pharmacologique ou légale : elle doit être comprise comme un phénomène social total, intégrant comportements individuels, trajectoires collectives et contexte culturel.

Alors que l'efficacité pharmacologique de la méthadone est abondamment documentée, l'accompagnement psychosocial demeure peu exploré, en particulier dans les contextes à ressources limitées. L'absence de recherches qualitatives contextualisées, centrées sur les récits et les trajectoires des bénéficiaires, contribue à reléguer ce champ au second plan de la production scientifique. C'est précisément pour combler cette lacune que s'inscrit notre étude, en adoptant une approche qualitative immersive destinée à mettre en lumière les dynamiques concrètes de l'accompagnement psychosocial au sein d'un centre marocain. Par cette démarche, notre recherche vise à rééquilibrer l'attention scientifique, en affirmant que l'accompagnement psychosocial n'est pas un simple adjuvant du traitement pharmacologique, mais bien un pilier essentiel dans la réussite des parcours de rétablissement.

C'est dans cette perspective que s'inscrit notre recherche, qui vise à analyser l'accompagnement psychosocial des personnes bénéficiant d'un traitement agoniste aux opiacés à base de méthadone. Au-delà des données quantitatives, l'objectif est de saisir, à partir des récits et des expériences de terrain, la manière dont ce processus se déploie, les bénéfices qu'il produit ainsi que les obstacles qui en fragilisent la portée.

Sur le plan de la problématique de recherche, cet article vise à approfondir la compréhension du rôle et de l'efficacité de l'accompagnement psychosocial auprès des personnes bénéficiant d'un traitement par méthadone. Plus spécifiquement, il s'organise autour de trois questions centrales : (1) comment se déploie, au quotidien, l'accompagnement psychosocial des patient·e·s sous méthadone ? (2) quels bénéfices en retirent les usager·ère·s ainsi que les acteur·trice·s du centre d'addictologie de Beni Makada ? et (3) quels obstacles en limitent la portée et en compromettent l'efficacité ?

Sur le plan des hypothèses, cette recherche s'organise autour de l'hypothèse principale suivante : l'accompagnement psychosocial constitue un élément déterminant et multidimensionnel dans la stabilisation et le rétablissement des personnes dépendantes aux opiacés bénéficiant d'un traitement par méthadone, en particulier dans des contextes à ressources limitées et exposés à des proximités du trafic et à la stigmatisation.

Cette hypothèse principale s'articule autour de trois hypothèses spécifiques :

(H1) L'accompagnement psychosocial au centre de Bni Makada se déploie selon des modalités et des logiques singulières, façonnées par l'articulation entre les pôles médical et social, par les ressources limitées, et par l'adaptation aux réalités contextuelles locales.

(H2) Les bénéfices de l'accompagnement psychosocial opèrent sur plusieurs niveaux interconnectés : la stabilisation sanitaire, la reconstruction du lien social et l'autonomisation des usagers, au-delà d'une simple logique de réduction des risques.

(H3) Les obstacles limitant l'efficacité de l'accompagnement psychosocial sont de nature multifactorielle et systémique : institutionnelle, environnementale et individuelle, demandant une compréhension écologique et contextualisée.

Méthodologie⁸ :

D'un point de vue méthodologique, cette recherche adopte une approche qualitative, répondant à l'exigence d'explorer en profondeur la réalité vécue par les usager·ère·s et les acteur·trice·s, en s'appuyant sur la richesse des récits et l'observation directe des pratiques. Elle repose sur neuf semaines d'immersion au pôle social du Centre d'addictologie de Beni Makada, géré par l'association Hasnouna à Tanger, dans le cadre du projet d'Accompagnement psychosocial (APS). L'orientation choisie, qualitative et exploratoire, vise à saisir la complexité des expériences, des perceptions et des dynamiques propres à ce contexte.

L'échantillonnage adopté est de type intentionnel et diversifié, visant la triangulation des perspectives (institutionnelle, professionnelle et bénéficiaire). Les critères d'inclusion pour les usagers étaient : (1) être bénéficiaire actif du programme de traitement agoniste aux opiacés (TAO) au centre de Beni Makada ; (2) avoir participé aux dispositifs d'accompagnement psychosocial. Les critères d'exclusion concernaient toute personne dont l'état de santé psychique ou physique ne permettait pas un consentement éclairé ou une participation sereine.⁹

Trois outils principaux ont guidé la collecte des données. L'observation non participante, menée tout au long de l'immersion, a permis de documenter les interactions entre le personnel et les bénéficiaires, consignées dans une grille structurée sous Excel. Dix entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de profils variés, ainsi que trois anciens bénéficiaires intégrés à l'équipe. Enfin, deux focus groups ont été conduits auprès de dix bénéficiaires (une femme et neuf hommes), afin de recueillir leur perception des atouts et des limites du dispositif.

Tout au long de la recherche, nous avons veillé à respecter avec rigueur les principes éthiques. Le consentement éclairé a été sollicité avant chaque entretien ou focus group, et l'anonymisation des données a été assurée par l'utilisation de codes. Les enregistrements n'ont été effectués qu'avec l'accord explicite des participant·e·s et ont été supprimés après transcription, garantissant ainsi confidentialité et respect du secret professionnel. L'analyse des données a suivi une démarche itérative : les propos recueillis ont été transcrits puis organisés autour de trois axes : fonctionnement, processus et efficacité/obstacles. Ces matériaux ont ensuite été confrontés afin de faire émerger convergences, divergences et nuances. La triangulation des points de vue institutionnels, professionnels et usagers a permis d'élaborer une compréhension plus dense, plus nuancée et plus fidèle du terrain.

Revue de la littérature

Les troubles liés à l'usage des opioïdes constituent une crise de santé publique d'envergure mondiale. Le traitement par agonistes opioïdes, tel que la méthadone, s'est imposé comme une stratégie de réduction des risques, efficace pour atténuer la consommation d'opioïdes illicites, les symptômes de manque "*Mono*", diminuer la mortalité et améliorer la rétention dans les programmes (Mattick et al., 2003 ; WHO, 2009). Toutefois, ces travaux mettent principalement l'accent sur des indicateurs

⁸ - Outils de traduction & vérification linguistique : La traduction, la reformulation et la révision linguistique de l'article ont été assistées par des outils d'intelligence artificielle, notamment ChatGPT (OpenAI, 2025). Ces outils ont été mobilisés à des fins de clarification syntaxique, d'harmonisation stylistique et d'optimisation de la lisibilité rédactionnelle : (1) OpenAI. (2025). ChatGPT (version GPT-4o) [Grand modèle de langage]. <https://chat.openai.com/>.

⁹ L'échantillonnage de l'étude est intentionnel et comprend 23 participant·e·s uniques (N=23). Le groupe des bénéficiaires actifs (N=10, focus groups) est composé de 9 hommes et 1 femme, âgé·e·s de 22 à 51 ans, dont 90 % sont sans emploi. Les entretiens individuels (N=13) ont été réalisés auprès de 10 professionnels du centre (incluant un psychologue, une assistante sociale et un chef de projet) et de 3 anciens bénéficiaires réinsérés professionnellement, qualifiés de "cas de succès", dont l'ancienneté dans l'abstinence varie de 8 à 14 ans. Ces données détaillées sont présentées en annexe dans les Tableaux 1, 2 et 3.

biomédicaux – posologie, adhérence, rechute – au détriment de la dimension psychosociale, pourtant jugée essentielle par l'OMS (2009) et l'EMCDDA (2022).

Dans la littérature, l'accompagnement psychosocial des personnes bénéficiant d'un traitement agoniste à base de méthadone a été scruté à travers divers champs d'études, notamment *l'addictologie* (Amato, 2008 ; Ramsey, 2016 ; Harvey et al., 2020 ; Ameral et al., 2022 ; Darke & Hall, 2003 ; Dugosh et al., 2016), *le travail social* (Eymard, 2011 ; Es-Souadi, 2021 ; Samlali et al., 2022) et *la pharmacologie* (Sabir et al., 2013 ; Mattick et al., 2003).

La majorité de ces recherches plaident pour des approches systémiques et holistiques, intégrant les dimensions médicales, psychologiques et sociales du traitement. Elles convergent sur l'idée que le counseling, la thérapie cognitive, la médiation familiale et l'insertion socioprofessionnelle renforcent l'efficacité globale du traitement (Eymard, 2011 ; Amato, 2008 ; Dugosh et al., 2016).

La littérature internationale témoigne d'une tension entre deux courants.

- Le premier démontre que l'ajout d'interventions psychosociales augmente la qualité de vie, améliore l'observance thérapeutique et réduit le risque de rechute (Eymard, 2011 ; Amato, 2008 ; Dugosh et al., 2016 ; Ramsey, 2016).
- Le second relativise leur impact, certains essais n'observant pas de différence significative entre traitement pharmacologique seul et traitement combiné (Amato et al., 2011 ; Harvey et al., 2020 ; Ameral et al., 2022).

Ces divergences reflètent la richesse du débat scientifique mais aussi les limites méthodologiques persistantes : prédominance d'études quantitatives, manque d'analyses qualitatives approfondies, absence d'évaluations en contexte réel de vulnérabilité.

Au Maroc, l'introduction du traitement par méthadone en 2010 a marqué une avancée majeure en matière de santé publique et de réduction des risques (ministère de la Santé, 2012 ; OMS, 2008). Toutefois, les travaux scientifiques demeurent rares. Quelques études méritent d'être mentionnées.

D'abord, dans son article « Partager le monopole des savoirs dans l'usage de drogues. Le cas des junkies au Maroc », Es-Souadi (2021) met en exergue l'importance de placer le patient « junkie » au cœur de l'approche médicale en reconnaissant ses expériences et connaissances singulières, soulignant ainsi la nécessité d'une approche plus inclusive en vue d'améliorer la prise en charge et de favoriser la réinsertion sociale. Ensuite, Samlali et al. (2022) abordent les « Schémas précoces inadaptés et la rechute lors du traitement de maintien par la méthadone chez les toxicomanes (une approche cognitive) ». Cette étude évalue les schémas précoces inadaptés (SPI) chez les consommateurs d'héroïne et leur corrélation avec la rechute lors d'un traitement de substitution par la méthadone. Enfin, Sabir et al. (2013) proposent une revue des « thérapies de substitution aux opiacés », en mettant l'accent sur les aspects pharmacologiques et cliniques, examinant ainsi l'évolution des traitements, les substances employées et les résultats obtenus, tout en soulignant l'importance de ces thérapies dans la réduction des risques et des dommages associés à l'usage des opiacés.

L'analyse croisée des travaux existants montre que, bien qu'ils apportent des éclairages complémentaires, rares sont ceux qui abordent de manière intégrée les deux dimensions essentielles de l'accompagnement psychosocial dans un cadre associatif à visée sociale. La majorité des recherches tend à se concentrer soit sur l'évaluation des dispositifs institutionnels, soit sur les trajectoires individuelles, en négligeant l'articulation entre ces deux volets. Ce déficit contribue à maintenir la dimension psychosociale de l'accompagnement comme un champ marginal dans la littérature scientifique.

C'est précisément dans cette brèche que s'inscrit notre étude, en proposant une analyse empirique et contextualisée de l'accompagnement psychosocial au sein d'un centre marocain. En mobilisant une

approche qualitative, elle vise à interroger la manière dont l'accompagnement est vécu, perçu et évalué à la fois par les usager·ère·s et par les acteur·trice·s. L'originalité de cette recherche réside dans l'articulation entre l'expérience subjective des patient·e·s sous méthadone et l'analyse des contraintes institutionnelles et associatives qui en limitent la portée. Elle se positionne ainsi comme une contribution critique à la réflexion sur l'amélioration des dispositifs existants et sur l'élaboration de politiques publiques plus adaptées en matière d'accompagnement psychosocial.

Cadre conceptuel : clarifications autour de la notion d'accompagnement

Après avoir situé notre recherche dans la littérature scientifique consacrée à l'accompagnement psychosocial des personnes bénéficiant d'un traitement agoniste à base de méthadone, il importe désormais de préciser le sens et la portée du concept analytique central qui oriente notre étude : l'accompagnement. Une telle clarification s'avère nécessaire, car dans le champ social, ce terme est fréquemment utilisé de manière interchangeable avec des notions voisines telles que la prise en charge ou le suivi. Définir ces concepts avec précision permet non seulement de mieux circonscrire leur usage, mais aussi d'identifier les critères qui en déterminent la mise en œuvre.

D'ailleurs, au cœur de cette recherche, **l'accompagnement psychosocial** est retenu comme concept analytique central. Dans le cadre d'un traitement agoniste des opiacés (méthadone), il ne se confond ni avec un suivi administratif ni avec une suite d'« interventions » ponctuelles : il désigne un *processus relationnel continu*, co-construit entre un·e professionnel·le et une personne, visant à soutenir l'autonomie et à articuler, dans la durée, les dimensions médicale, psychologique et sociale du parcours de soin.

Sur le plan sémantique, les définitions usuelles rappellent l'évidence fondamentale d'« être aux côtés de ». Ainsi, l'Académie française renvoie à l'histoire du verbe *accompagner*, tandis que le Larousse insiste sur la dimension concrète de la présence, le fait de « marcher avec » (Académie française, s.d. ; Larousse, s.d.). Dans le champ du travail social, la notion acquiert une précision supplémentaire : l'accompagnement y est défini comme un processus contractuel d'insertion engageant réciproquement le professionnel et l'usager (Dictionnaire critique de l'action sociale, 1996, pp. 16–18). Cette contractualisation ne constitue pas une simple formalité ; elle établit un cadre de responsabilité partagée, fixe des repères et instaure un rythme qui structurent la relation d'aide.

Dans une perspective phénoménologique, accompagner signifie se joindre à autrui pour partager sa route et ajuster son pas au sien : une dynamique d'alliance qui privilégie la synchronisation plutôt que la simple direction (Paul, 2012, p. 7). Autrement dit, la relation ne constitue pas un décor secondaire, mais l'instrument central de l'action.

Il convient dès lors de distinguer clairement accompagnement, aide et tutorat. L'aide renvoie au soutien apporté pour accomplir ce qui ne pourrait l'être seul ; elle peut être ciblée, ponctuelle et multiforme (matérielle, émotionnelle, logistique) et ne suppose pas nécessairement un cadre contractuel. Le tutorat, pour sa part, désigne un guidage intermittent, généralement inscrit dans un temps délimité et orienté vers un objectif éducatif ou professionnalisant ; il mobilise l'expertise d'un mentor et vise des acquisitions circonscrites (Dictionnaire critique de l'action sociale, 1996, p. 18).

L'accompagnement, lui, s'inscrit pleinement dans le champ du travail social. Il est global, en ce sens qu'il couvre simultanément les dimensions médicale, psychologique, sociale et communautaire ; continu, car il se déploie dans la durée ; et contractuel, puisqu'il formalise une alliance et des responsabilités partagées. Sa finalité n'est pas l'achèvement ponctuel d'une tâche, mais la restauration de la capacité à habiter pleinement sa vie.

Sur le plan opératoire, l'accompagnement psychosocial se déploie sous la forme de plusieurs dimensions imbriquées, activées selon les besoins spécifiques des bénéficiaires :

- une dimension relationnelle (écoute active, reconnaissance des vécus, renforcement du pouvoir d'agir) ;
- une dimension informationnelle et éducative (transmission de connaissances sur la méthadone, gestion des effets secondaires, réduction des risques, accès aux droits et aux ressources) ;
- une dimension d'insertion (accès à l'emploi, à la formation, au logement et aux droits sociaux) ;
- une dimension clinique (coordination avec l'équipe médicale, repérage des comorbidités, soutien à l'adhésion thérapeutique) ;
- une dimension communautaire (implication des familles, partenariats avec les associations et acteurs locaux pour réduire la stigmatisation).

Ces différentes couches ne s'enchaînent pas de manière linéaire ; elles se co-activent et s'ajustent en fonction du rythme et des priorités de chaque situation. C'est précisément cette polyvalence contextualisée — davantage qu'un protocole standardisé — qui confère à l'accompagnement psychosocial sa valeur spécifique dans le cadre du traitement agoniste : articuler l'efficacité clinique et la dimension humaine du soin.

Le contexte marocain, et en particulier celui du centre d'addictologie de Bni Makada à Tanger, accentue ces enjeux : ressources spécialisées limitées, stigmatisation persistante, financements instables et coordinations institutionnelles hétérogènes. Dans ce cadre, réduire l'accompagnement à une simple *intervention* ponctuelle (au sens anglophone) revient à méconnaître sa dimension processuelle ; l'enfermer dans un *processus* administratif (au sens parfois employé en francophonie) contribue à l'appauvrir. Ici, accompagner relève d'une véritable pratique d'alliage : relier, dans la durée, une série de micro-actes souvent invisibles qui, cumulés, rendent possible l'adhésion thérapeutique, l'accès effectif aux droits, la restauration des liens sociaux, la réduction des risques et, plus largement, la reconstruction d'un pouvoir d'agir (IGAS, 2018, pp. 9–12).

Dès lors, notre usage du concept d'accompagnement psychosocial dépasse une simple définition descriptive ou opérationnelle. Il est mobilisé ici comme un outil analytique permettant d'examiner les modalités concrètes par lesquelles les dispositifs associatifs articulent soutien psychologique et appui social. Cette perspective vise à analyser les dynamiques relationnelles, les pratiques professionnelles et les interactions entre bénéficiaires, intervenant·e·s et institutions. Elle offre ainsi un cadre pour identifier non seulement les conditions favorables à un accompagnement efficace, mais aussi les contraintes structurelles, culturelles et organisationnelles susceptibles d'en limiter la portée.

Enfin, par souci de précision terminologique, il convient de privilégier l'expression *traitement agoniste* plutôt que celle de *substitution*. La méthadone, souvent stigmatisée comme une « drogue légale », ne se réduit pas à un simple relais pharmacologique. Elle s'inscrit dans une logique thérapeutique active poursuivant un double objectif : prévenir et atténuer les symptômes physiques et psychiques du manque, tout en permettant une réduction progressive de la consommation susceptible de conduire, à terme, à un éventuel sevrage. Ces traitements favorisent également l'accès aux soins somatiques et psychiques, tout en contribuant à la diminution des conduites délinquantes liées à l'approvisionnement. En ce sens, la méthadone constitue un véritable appui pharmacologique, dont la pleine efficacité se déploie dans et par l'accompagnement psychosocial (Aknine & Morel, 2019).

Résultats et analyse des données

Afin de répondre à la problématique de notre recherche, cette section présente les principaux résultats obtenus, organisés en trois axes. Elle propose d'abord une analyse du déroulement du processus d'accompagnement psychosocial des personnes sous traitement à la méthadone, puis évalue

l'efficacité de ce dispositif ainsi que l'impact des interventions menées, avant d'identifier les limites structurelles, institutionnelles et contextuelles qui entravent son plein déploiement.

1. Le déroulement du processus d'accompagnement psychosocial des personnes sous traitement à la méthadone

Dans ce premier axe d'analyse, sont présentés les résultats portant sur la compréhension des mécanismes opérationnels de l'accompagnement psychosocial, son déroulement concret au sein du centre, ainsi que l'identification des principaux acteurs impliqués dans sa mise en œuvre.

1.1. Un processus individualisé, centré sur les besoins et guidé par les bénéficiaires

L'analyse des entretiens réalisés auprès des acteur.trice.s du pôle social révèle un consensus clair : l'accompagnement psychosocial des personnes sous traitement à la méthadone doit impérativement s'articuler autour des besoins spécifiques des bénéficiaires. Comme l'a formulé le chef de projet, « *les priorités d'intervention sont intégralement dictées par les besoins des patients* » (Chef de projet, entretien semi-directif, avril 2024).

Cette approche individualisée, confirmée par plusieurs intervenant.e.s, s'oppose à toute standardisation excessive. Comme l'a rappelé un travailleur social : « *Aucun protocole uniforme n'est applicable ; chaque parcours est adapté au cas par cas* » (Intervenant social/terrain n°1, entretien semi-directif, avril 2024). Un autre a précisé : « *Le bénéficiaire co-construit son intervention en définissant lui-même ses objectifs prioritaires* » (Intervenant social/terrain n°2, entretien semi-directif, avril 2024).

Cette flexibilité opérationnelle s'avère essentielle pour répondre aux réalités complexes vécues par les usager.ère.s, notamment celles et ceux en situation d'itinérance. Les observations de terrain ont montré que, face à l'épuisement engendré par des séances longues, il est préférable de privilégier des formats réduits et des activités interactives. Comme l'a noté un éducateur communautaire : « *L'établissement progressif de la confiance via des engagements modestes constitue un prérequis à la délégation de responsabilités plus significatives* » (Éducateur communautaire, entretien semi-directif, mai 2024).

Enfin, les données mettent en évidence un objectif transversal, partagé par les professionnel.le.s interrogé.e.s : « *former des citoyen.ne.s actif.ve.s, autonomes et responsables* » (Intervenant social/terrain n°3, entretien semi-directif, avril 2024). Cette finalité illustre la centralité de l'empowerment dans le processus de rétablissement, où l'autonomisation et la responsabilisation sont perçues comme des leviers thérapeutiques incontournables.

1.2. Phase initiale : susciter l'engagement

L'accompagnement psychosocial débute par une phase déterminante visant à susciter l'intérêt des usagers d'héroïne pour les services de l'association. Cette mobilisation initiale s'opère selon deux modalités complémentaires :

L'unité mobile du Guichet de Réduction des Risques (RDR) initie le contact dans les espaces fréquentés par les usagers. Une stratégie proactive "aller-vers". Lors de la distribution de kits d'injection stériles (seringues, eau désinfectée, préservatifs), les professionnels présentent les objectifs de l'action et informent systématiquement sur les services du pôle social du Centre d'Addictologie (accès aux douches, lave-linges, espaces de convivialité). Cette démarche constitue une première étape vers l'établissement d'un lien de confiance. Comme l'explique le chef de projet:

« L'offre de collations ou de café revêt une importance stratégique, les usagers d'héroïne consacrant souvent l'intégralité de leurs ressources à l'évitement des symptômes de sevrage. Ces incitations matérielles peuvent s'avérer plus immédiatement attractives que le contenu des séances elles-mêmes ». (Entretien semi-directif, mai 2025)

Cette approche méthodique facilite la familiarisation avec la structure et l'orientation progressive vers le traitement à la méthadone.

Une fois l'intérêt éveillé, l'intervenant social oriente les bénéficiaires vers des services complémentaires tels que l'hygiène et le lavage, anime des ateliers de sensibilisation aux protocoles de traitement agoniste aux opiacés, développe des compétences psychosociales favorisant l'autonomisation et met en œuvre un accompagnement global visant une réinsertion durable.

Un second scénario, rapporté par l'intervenant social (terrain n°2), repose sur le bouche-à-oreille : *« L'observation des bénéfices obtenus par les pairs motive l'initiation du traitement »* (entretien semi-directif, avril 2024). Ce parcours débute par un entretien d'évaluation « premier contact » analysant les modalités de consommation, la situation socio-économique et les déterminants de santé pour concevoir des interventions sur mesure.

L'accompagnement psychosocial des personnes en situation de résilience ne suit pas des étapes prédéfinies ; il n'existe pas de feuille de route établie pour les professionnels soutenant les patients au sein du centre. Ce processus repose essentiellement sur une approche individualisée, guidée par les besoins spécifiques des patients. Le terme « besoins » est central et constitue les lignes directrices du dispositif. Cette flexibilité s'avère particulièrement pertinente au regard des caractéristiques et des défis propres à cette population.

1.3. Traitement contractualisé et accompagnement intégré

Les réussites observées chez les bénéficiaires du programme médico-psychosocial (MPS) et l'attrait exercé par les services du pôle social du centre d'addictologie suscitent, chez de nombreux usagers, la volonté d'initier un traitement agoniste aux opiacés. Dès l'accueil, marqué par une écoute attentive et bienveillante, s'amorce une seconde étape déterminante : l'intégration dans le processus thérapeutique. Celle-ci repose sur un engagement contractuel, indissociable d'un accompagnement psychosocial individualisé.

Dans un premier temps, l'intervenant social, en collaboration avec l'assistante sociale, oriente les personnes vers l'hôpital afin d'effectuer des examens cliniques, notamment un électrocardiogramme (ECG) et un bilan médical complet servant à définir la posologie adaptée. Comme le rappelle un professionnel, *« une dose initiale de 30 ml peut s'avérer insuffisante pour des patients souffrant de tuberculose, nécessitant un ajustement afin de garantir l'efficacité du traitement »* (L'assistante sociale, entretien semi-directif, avril 2024). Cette étape illustre la nécessaire articulation entre dimension médicale et dimension sociale dans l'accompagnement.

Une fois la posologie déterminée, la méthadone est administrée. L'accompagnement psychosocial se poursuit en parallèle, soutenu par l'assistante sociale qui facilite le lien avec le pôle médical et prépare, en amont, l'intégration progressive au suivi social. La première prise est suivie d'une observation de deux heures destinées à repérer d'éventuels effets indésirables. Au cours de la première semaine, les doses sont ajustées quotidiennement par l'infirmière, en fonction de la réponse individuelle et des antécédents de consommation d'héroïne.

Cet engagement contractuel repose sur une logique de transparence et de confiance mutuelle. Comme l'a exprimé un intervenant : *« L'accompagnement psychosocial est à la fois une relation d'aide et un engagement contractuel entre le centre d'addictologie et les usagers. Il est crucial que les usagers en soient conscients. »* (Intervenant social/terrain n°3, entretien semi-directif, avril 2024). Ce contrat, bien

que formalisé par écrit, s'exprime surtout à travers le consentement éclairé, garantissant aux bénéficiaires le respect de leurs droits fondamentaux : accès à l'information, intégrité, dignité, et usage approprié des médicaments.

Le règlement intérieur de l'association, élaboré en concertation avec les usagers, constitue un autre élément structurant. Plus qu'un instrument disciplinaire, il reflète une démarche participative, ancrée dans l'idée que la coresponsabilité favorise l'adhésion et la continuité du suivi.

En définitive, cette phase d'intégration illustre l'articulation entre contrat thérapeutique et accompagnement social. Elle marque une transition progressive vers la méthadone, respectueuse des rythmes individuels, et prépare le terrain pour les étapes ultérieures, notamment l'accompagnement social et psychologique. Cette contractualisation ne réduit pas l'accompagnement à un simple accord formel : elle l'ancre dans un processus de co-construction, où l'alliance entre institution et bénéficiaires devient un levier thérapeutique majeur.

1.4. L'articulation de l'accompagnement social et psychologique : une réponse intégrée aux besoins des usager.ère.s

Le processus d'accompagnement psychosocial s'articule autour des besoins spécifiques des usager.ère.s, qu'ils.elles soient exprimées ou repérées de manière proactive par les professionnelles du pôle social, en observation constante. Cette flexibilité constitue une condition de possibilité d'une prise en charge holistique, adaptée à la complexité des trajectoires des personnes sous traitement agoniste aux opiacés. L'évaluation repose à la fois sur des entretiens et sur l'observation des comportements, et vise l'établissement d'une relation de confiance, préalable indispensable à une communication ouverte.

Deux dimensions principales structurent ce processus : l'accompagnement social et l'accompagnement psychologique. Leur articulation répond à des besoins multidimensionnels et permet de soutenir les usager.ère.s dans leurs efforts de rétablissement.

Dans un premier temps, l'accompagnement social apparaît comme une dimension centrale, particulièrement lorsqu'une part importante des usager.ère.s a été initiée très tôt à l'héroïne, parfois dès l'enfance selon les observations de terrain, ce qui a provoqué une déstructuration profonde des repères sociaux, familiaux et personnels. L'intégration dans un programme médico-psychosocial représente alors une tentative de réappropriation de leur trajectoire de vie. Dans ce contexte, l'accompagnement social se déploie sur trois registres essentiels :

- **Accompagnement sanitaire** : il vise le traitement des pathologies associées (tuberculose, hépatite, autres maladies chroniques). Les intervenant.e.s sociaux.ales facilitent l'accès aux soins, accompagnent les patient.e.s lors des consultations et veillent à leur inscription dans les programmes d'assurance maladie (AMO, RAMED). Comme le rapporte un intervenant : « *Ils ne sont pas acceptés au sein des structures telles que l'hôpital* » (Intervenant social/terrain n°2, entretien semi-directif, mai 2024). Cette exclusion rend la médiation sociale d'autant plus indispensable.
- **Accompagnement social et juridique** : l'assistante sociale collabore avec un avocat bénévole afin de soutenir les usager.ère.s confronté.e.s à des situations complexes (divorces, héritages, violences). Elle facilite également les démarches administratives (obtention de la carte nationale, accès aux aides sociales) et défend les droits fondamentaux des bénéficiaires.
- **Médiation familiale** : elle vise la réintégration progressive des patient.e.s dans leur environnement familial. Toutefois, cette démarche demeure fragile : « *sur dix patients, un seul a des chances réelles d'être réintégré, à condition de remplir l'ensemble des critères* » (Assistante sociale et psychologue, entretiens (individuelles) semi-directif, mai 2024). Le respect du protocole méthadone est considéré comme un indicateur déterminant de réussite pour enclencher cette étape.

Dans un deuxième temps, l'accompagnement psychologique vise à soutenir la reconstruction identitaire. Dès l'initiation du traitement, la contractualisation avec le pôle médical s'accompagne d'une première séance avec la psychologue, marquant l'intégration systématique des patient.e.s dans le suivi psychologique. Celui-ci comprend dix séances réparties sur six mois, complétées par des ateliers collectifs centrés sur la santé mentale et le développement personnel (estime de soi, gestion des émotions, prévention des rechutes). L'objectif est de favoriser une prise de conscience et de consolider un processus de transformation intérieure.

Ce suivi s'appuie sur une approche cognitivo-comportementale. Comme le précise la psychologue : « *C'est un processus en chaîne : la personne me consulte après avoir rencontré soit le premier, soit le deuxième intervenant social, soit l'assistante sociale* » (Psychologue, entretien semi-directif, mai 2024). Cette coordination rapide entre professionnel.le.s vise à réduire le risque de retour à la consommation comme réponse immédiate aux difficultés vécues.

1.5. Vers une approche intégrée et évolutive

Une fois le processus engagé, un suivi régulier et concerté est assuré : les acteur.trice.s sociaux.ales observent quotidiennement les usager.ère.s, échangent sur leur état de santé et ajustent les interventions en fonction des évolutions constatées. Cette vigilance est cruciale, car les consommations parallèles de psychotropes peuvent engendrer des instabilités et accroître les risques de surdose. L'interprétation des « non-dits » est également un outil central de ce suivi, permettant de révéler des problématiques latentes.

Par ailleurs, une évaluation annuelle externe du Guichet d'Accompagnement Psychosocial (APS) est organisée sous forme de colloque. Quinze participant.e.s externes excluant volontairement les acteur.trice.s de l'APS sont invité.e.s afin de garantir la neutralité et la pertinence de l'évaluation. Les questions posées, telles que « *Parmi vous, qui a déjà bénéficié de l'APS ?* », visent à recueillir avis et recommandations pour améliorer le dispositif.

En somme, l'accompagnement social et psychologique, conçu comme deux axes interconnectés, constitue un mécanisme transitionnel essentiel entre la gestion quotidienne de la dépendance et la réinsertion. Son efficacité repose à la fois sur la souplesse des dispositifs et sur l'engagement actif des usager.ère.s, transformant progressivement leur vulnérabilité en ressources de résilience.

1.6. L'insertion professionnelle : prolongement thérapeutique et vecteur de réinsertion

Après une période de traitement à la méthadone, accompagnée d'un soutien social et psychologique, l'usager.ère peut décider de s'engager vers une existence stable et durable, en exprimant le souhait de se former ou de réintégrer le marché du travail.

Ce processus, conçu comme une extension naturelle de l'accompagnement psychosocial, vise à consolider les acquis du traitement et à favoriser une réintégration sociale durable. Comme l'a souligné le technicien de l'insertion professionnelle : « *Ce service fait partie intégrante du projet d'accompagnement psychosocial, offrant ainsi une gamme complète de services pour répondre précisément aux besoins des personnes en rémission d'une dépendance à l'héroïne, et facilitant leur réinsertion sociale.* » (Conseiller en insertion professionnelle, entretien semi-directif, avril 2024).

Cette étape est déclenchée lorsque le.la bénéficiaire manifeste le désir de se réinsérer dans le monde du travail. Elle repose sur une coordination entre l'assistante sociale et le conseiller en insertion professionnelle, qui évaluent conjointement les compétences de l'usager.ère, identifient ses atouts ainsi que les domaines nécessitant un renforcement, et élaborent un parcours de formation personnalisé, adapté aux exigences du marché de l'emploi.

La clôture du processus d'accompagnement psychosocial correspond soit à la fin du traitement à la méthadone, soit à l'insertion professionnelle. Comme l'a précisé le chef de projet : « *La clôture correspond à la fin du traitement à la méthadone ou à l'insertion professionnelle.* » (Chef de projet APS, entretien semi-directif, mai 2024). Cette phase peut survenir après une réduction progressive de la dose de méthadone, généralement envisagée à partir du sixième mois, si le protocole est rigoureusement suivi. En revanche, en cas de non-respect du protocole, la durée nécessaire au sevrage demeure incertaine.

Les professionnel.le.s du terrain soulignent toutefois que la réussite n'est pas garantie. Comme l'a formulé un intervenant social : « *La rechute est la norme, le sevrage est l'exception.* » (Intervenant social/terrain n°3, entretien individuel, avril 2024). De son côté, un autre intervenant rapporte : « *J'ai constaté de nombreux cas de rechutes répétées et d'interruptions du traitement en raison de multiples obstacles... Certain.e.s luttent contre leur addiction depuis une décennie.* » (Intervenant social/terrain n°2, entretien individuel, avril 2024).

En cas de rechute, il est impératif d'interrompre temporairement le traitement jusqu'à l'obtention d'une désintoxication complète, car une reprise non déclarée accroît le risque de surdose, notamment en raison de la nature synthétique de la méthadone.

Pour synthétiser ce premier axe, l'analyse montre que le processus d'accompagnement psychosocial des personnes sous traitement à la méthadone ne suit pas une séquence figée, mais s'ajuste continuellement aux besoins exprimés et perçus. Les usager·ère·s en deviennent les acteur·trice·s centraux, plaçant leur expérience au cœur du dispositif. Ce processus constitue une passerelle entre l'action pharmacologique de la méthadone et la réinsertion sociale et professionnelle, inscrivant le traitement dans une perspective de transformation durable. En complément du suivi médical, l'accompagnement psychosocial apparaît ainsi comme un levier fondamental de résilience et d'autonomie, faisant de la sortie du protocole non une finalité, mais un tremplin vers une vie réadaptée.

2. L'impact et l'efficacité des interventions d'accompagnement psychosocial

Dans ce deuxième axe, nous analysons les données relatives à l'impact des interventions psychosociales et à leur efficacité. L'objectif est d'appréhender dans quelle mesure l'accompagnement psychosocial contribue à améliorer la qualité de vie des personnes bénéficiant d'un traitement agoniste aux opiacés à base de méthadone.

Afin de mesurer cette efficacité, nous avons retenu le changement de comportement comme indicateur opératoire. Ce choix résulte d'un dialogue constant avec les acteur·trice·s du centre et les usager·ère·s, et a été nourri par une observation non participante de neuf semaines. Les bénéficiaires et les professionnel·le·s ont rapporté des transformations notables dès l'initiation du traitement, renforcées par la participation aux séances de sensibilisation. Toutefois, il convient de souligner certaines limites. L'état mental ou la consommation active de certain·e·s participant·e·s a compromis leur implication lors des focus groups, produisant des interventions incomplètes ou incohérentes. Ces données, bien qu'elles témoignent des difficultés inhérentes à la population étudiée, n'ont pas été retenues comme éléments d'évaluation.

2.1. Articulation faible des champs de l'accompagnement social : du soin à l'insertion

Sur le versant de l'accompagnement social, les bénéficiaires décrivent des expériences contrastées, dont l'intensité varie selon leurs besoins et leur parcours.

L'accompagnement sanitaire apparaît comme la dimension la moins visible et la moins investie. Certains bénéficiaires en ont fait l'expérience, mais plusieurs ignoraient jusqu'à son existence : « *Je n'étais pas au courant, c'est la première fois que j'en entends parler* » (Participant·n°2, groupe de discussion n°2, mai 2024). Ce déficit d'information, déjà souligné par les intervenant·e·s, met en évidence un enjeu de communication continue, particulièrement crucial dans une population exposée aux psychotropes et aux ruptures de suivi.

L'accompagnement juridique et administratif, bien que présent, montre également des limites. Un bénéficiaire a relaté avoir été soutenu dans le cadre d'un divorce et lors d'un transfert de dossier entre deux centres d'addictologie (Tanger et Al-Hoceima), mais sans percevoir de changements tangibles dans sa vie quotidienne. Comme pour l'accompagnement sanitaire, les effets relèvent davantage de facilitations ponctuelles que de véritables leviers de transformation.

La médiation familiale illustre une tension récurrente. Utile pour sortir de la rue et renouer des liens, elle demeure fragile et rarement concluante, en raison de ruptures anciennes et de la stigmatisation persistante. Un bénéficiaire exprime ainsi sa colère : « *Je leur ai demandé de m'accompagner chez moi, de lui dire que je suis en traitement maintenant... mais ils ne l'ont pas fait* » (Participant· n°5, groupe de discussion n°2, mai 2024). Derrière ces témoignages, on retrouve des démarches familiales parfois tentées mais restées sans suite, comme ce refus exprimé par une mère, vécu comme une absence de soutien par l'intéressé. Ici, la non-linéarité du processus se heurte à des attentes fortes, parfois idéalisées, d'un accompagnement matériel (hébergement, repas, vêtements) que l'APS n'est pas en mesure d'assumer structurellement.

L'insertion professionnelle concentre à la fois espoirs et frustrations. L'enthousiasme initial au moment de l'inscription contraste avec une faible assiduité et un engagement limité : « *Tout le monde veut intégrer le programme, mais il y a peu de présents et peu d'engagement* » (Conseiller en insertion professionnelle, entretien individuel, avril 2024). Le même acteur souligne l'ampleur du défi : « *Sur 10 personnes, nous avons réussi à en intégrer au maximum 2 ou 3* » (ibid.). Du côté des bénéficiaires, les critiques portent sur des exigences administratives jugées irréalistes « *Cela fait un an et demi qu'on me réclame un acte de naissance... c'est injuste* », Participant· n°5, groupe de discussion n°2, mai 2024) ou sur la qualité des formations proposées « *La couture est décevante... J'ai failli me blesser, et le professeur continue de parler* », Participante n°3, groupe de discussion n°2, mai 2024).

Dans l'ensemble, ces résultats révèlent un contraste marqué entre les intentions du dispositif et les perceptions des bénéficiaires. Ces derniers soulignent à la fois des obstacles structurels externes (réticences des employeurs, « listes noires » industrielles, contraintes documentaires) et des marges d'amélioration internes (qualité et organisation de certaines formations, souplesse procédurale). L'impact global sur le processus d'autonomisation apparaît ainsi freiné par la tension entre les ambitions affichées du programme et les conditions socio-économiques réelles auxquelles les bénéficiaires demeurent confrontés.

2.2. L'accompagnement psychologique : Résistance et effet à court terme

L'accompagnement psychologique constitue une composante centrale du processus de rétablissement associé au traitement agoniste par méthadone. Toutefois, son efficacité apparaît contrastée et souvent limitée dans le temps. L'analyse croisée des entretiens semi-directifs, des focus groupes et de l'observation de terrain met en lumière une série de résistances, d'effets transitoires et de facteurs structurels qui conditionnent ses résultats.

D'abord, plusieurs bénéficiaires manifestent une réticence explicite à l'égard des séances, cherchant parfois à les éviter, ou y assistant sous l'influence de psychotropes. Certains réagissent avec méfiance, voire hostilité : « *De nombreuses questions sur ma vie et mon enfance... J'étais sur le point d'être admis en psychiatrie* » (participant n° 4, groupe de discussion n° 2, mai 2024). Ces résistances révèlent

à la fois la fragilité psychique des patient·e·s et l'intensité des enjeux biographiques mobilisés par l'intervention.

Ensuite, les professionnel·le·s insistent sur l'hétérogénéité des effets observés. Les caractéristiques individuelles – âge, degré de maturité, trajectoires de consommation – influencent fortement la portée de l'accompagnement. Une minorité parvient à stabiliser un changement profond et durable : « *Je ne suis plus la personne que j'étais ; je fais du sport et je travaille quand c'est possible* » (participant n° 1, groupe de discussion n° 1, mai 2024). Pour d'autres, le bénéfice reste circonscrit et éphémère : « *Je me suis senti soulagé après la séance... Oui, ça m'a été bénéfique* » (participant n° 3, groupe de discussion n° 1, mai 2024).

Les limites de l'intervention tiennent aussi à son format institutionnel : dix séances réparties sur six mois, souvent en décalage avec les attentes des bénéficiaires. La psychologue souligne par ailleurs la nécessité d'une coordination rapide et fluide avec le pôle social : « *C'est un processus en chaîne : la personne me consulte après avoir rencontré l'un.e des intervenant.e.s sociaux.ales* » (psychologue, entretien semi-directif, mai 2024). Mais l'impact est freiné par deux obstacles majeurs : la consommation parallèle de substances, qui perturbe l'attention et l'adhésion, et la difficulté à comprendre les contenus des séances, évoquée par 9 participant·e·s sur 10.

Paradoxalement, l'observation des groupes révèle que les patient·e·s expriment entre eux une empathie mutuelle plus tangible que celle ressentie vis-à-vis des professionnel·le·s. Gestes de soutien, silences partagés, écoute attentive deviennent autant de ressources alternatives, qui renforcent la cohésion du groupe et atténuent ponctuellement la souffrance. Cependant, cet espace horizontal reste fragile : la consommation simultanée de substances psychoactives en réduit la portée et compromet la consolidation des acquis.

2.3. Cas de réussite : la primauté de la volonté individuelle

Afin de compléter l'évaluation de l'efficacité du processus d'accompagnement en question, nous avons recueilli des entretiens auprès de personnes considérées comme des « cas réussis » au sein de l'association. Quinze ans après leur prise en charge, ces ancien·ne·s patient·e·s, autrefois usager·ère·s de drogues, sont devenu·e·s membres actifs et ressources clés pour la structure. Leurs récits constituent une source précieuse pour analyser les bénéfices à long terme du dispositif.

Toutefois, leurs témoignages soulignent une nuance essentielle : le succès de leur rétablissement est attribué avant tout à leur volonté personnelle, à leur résilience et à l'efficacité du traitement médical, plutôt qu'à l'accompagnement psychosocial en tant que tel. L'un d'entre eux affirme : « *Il s'agit d'un travail sur moi-même et de ma détermination à changer ma vie* » (Interviewé n°3, entretien individuel, mai 2024). Une autre, malgré son parcours de réinsertion, confie : « *Je suis continuellement persuadée que les gens me regardent et me reconnaissent comme une toxicomane, c'est mon pire cauchemar* » (Interviewée n°2, entretien individuel, mai 2024). Enfin, un éducateur communautaire relate : « *Je n'avais pas besoin d'un suivi psychologique, mais l'assistante sociale m'accompagne aux hôpitaux car je suis séropositif pour l'hépatite C* » (Interviewé n°1, entretien individuel, mai 2024).

Ces récits convergent vers une double lecture. D'une part, l'accompagnement psychosocial n'a pas été perçu comme l'élément central de leur rétablissement. D'autre part, le soutien continu de l'association, l'empathie des professionnel·le·s et leur intégration progressive en tant qu'acteurs du projet ont contribué à renforcer leur confiance et leur sentiment d'utilité sociale. L'association, en leur offrant un rôle actif dans la réduction des risques, a participé à transformer leur trajectoire personnelle en ressource collective.

En somme, les cas réussis témoignent de l'importance d'une combinaison de facteurs – motivation intrinsèque, traitement médical, soutien institutionnel et reconnaissance sociale. Si l'accompagnement

psychosocial n'apparaît pas comme le moteur principal de la réussite, il a néanmoins créé un cadre favorable à l'émergence et au maintien de changements de comportement durables.

En résumé, l'analyse de l'axe 2 met en lumière un écart significatif entre les ambitions de l'accompagnement psychosocial et la réalité de sa réception par les bénéficiaires. D'une part, les usagers expriment des attentes spécifiques – parfois en décalage avec ce que l'association peut offrir – notamment en termes d'hébergement ou de soutien continu. D'autre part, les professionnel·le·s et les intervenant·e·s soulignent des résistances variées de la part des bénéficiaires, notamment lors des séances d'accompagnement psychologique ou dans certaines étapes du parcours social et administratif.

Ces résultats révèlent finalement que l'accompagnement psychosocial, bien qu'indispensable, agit surtout comme un cadre facilitateur : il crée les conditions d'un changement, mais ne peut seul garantir la transformation. L'efficacité perçue dépend largement de l'articulation entre la motivation personnelle des usagers, le soutien familial et institutionnel, et la qualité des interactions sociales qui s'y tissent.

En somme, cet axe montre que si l'accompagnement psychosocial ne constitue pas le moteur unique du rétablissement, il reste une pièce maîtresse qui, bien orchestrée, peut significativement améliorer la qualité de vie et l'insertion des bénéficiaires.

3. Les défis contextuels et institutionnels de l'accompagnement psychosocial

L'analyse de ce troisième axe aborde la dernière question de notre recherche, portant sur les défis qui entravent le bon fonctionnement du processus d'accompagnement psychosocial. Trois ensembles de contraintes apparaissent et tendent à se renforcer mutuellement. Le premier concerne les limites internes à l'association, telles que l'insuffisance des financements, la pénurie de personnel et la fragilité psychologique des équipes. La deuxième relève de la complexité propre à la population bénéficiaire, marquée par des trajectoires souvent traversées de traumatismes, de comorbidités psychiatriques et de stratégies de survie telles que la victimisation ou la manipulation. Le troisième renvoie à des forces externes, notamment la stigmatisation systémique et les défaillances de coordination entre acteurs médico-sociaux. L'effet conjugué de ces obstacles produit un biais structurel qui compromet la continuité des parcours, se traduisant par des ruptures répétées, une attrition importante des bénéficiaires et une fréquence élevée des rechutes.

3.1. Contraintes internes : un équilibre fragile entre ressources limitées et exigences croissante

Le manque de financement constitue un défi majeur pour l'association, compromettant la qualité des services proposés. Les besoins non satisfaits, tels que l'embauche d'un psychologue permanent, d'un addictologue ou d'un médecin généraliste, ainsi que la relance des activités de divertissement, demeurent insatisfaits. Comme l'a souligné le chef de projet : « *Le manque de ressources limite notre capacité à plaider en faveur des droits des bénéficiaires et à recruter une équipe polyvalente.* » (Chef de projet APS, entretien semi-directif, avril 2024).

Cette situation affecte également la sécurité du centre, où des incidents, tels que des vols, ont été rapportés en raison de l'absence de caméras de surveillance. De surcroît, les bailleurs de fonds imposent des objectifs quantitatifs (nombre de personnes intégrées, formations dispensées, etc.), qui peuvent compromettre la qualité des services. Par exemple, le technicien d'insertion professionnelle a déclaré : « *Des objectifs doivent être réalisés, mais ils ne reflètent pas toujours la qualité des résultats.* » (Le technicien d'insertion professionnelle, entretien semi-directif, avril 2024) Ces contraintes financières et bureaucratiques entravent l'efficacité globale du programme.

En outre, l'association Hassnouna, acteur essentiel du soutien psychosocial, se heurte à une pénurie de personnel qualifié. L'absence de spécialistes (addictologue, médecin généraliste, psychologue) rend les services incomplets et précaires. Un intervenant social a exprimé son désarroi : « *C'est une vulnérabilité du système, un ensemble incomplet de services.* » (L'intervenant social/terrain n°2, entretien semi-directif, avril 2024)

Cette pénurie affecte non seulement les bénéficiaires, mais aussi les acteurs du pôle social, qui doivent gérer des conflits et des tensions supplémentaires. La division entre le volet médical (ministère de la Santé) et le volet social (AHSUD) complique davantage la situation, car les deux aspects sont indissociables pour les usagers. Cette pénurie de personnel compromet la qualité des interventions et la continuité du traitement.

Les acteurs du pôle social sont confrontés à des défis psychologiques majeurs en raison de leur exposition quotidienne à des situations difficiles. La psychologue a révélé : « *Plusieurs collègues ont démissionné, et certains ont même envisagé le suicide.* » (Entretien semi-directif, avril 2024) Les intervenants doivent gérer des bénéficiaires en détresse, parfois violents et agressifs, tout en faisant face à leur propre impuissance.

Le technicien d'insertion sociale a partagé : « *Chaque jour, je me lève en anticipant le pire.* » (Entretien semi-directif, avril 2024) Cette pression constante entraîne un épuisement émotionnel et un risque de burn-out. Il est essentiel de mettre en place des stratégies de soutien psychologique pour le personnel et de créer un environnement de travail sécurisant et transparent.

Enfin, ces défis internes à l'institution, qu'ils soient d'ordre financier, liés au personnel ou d'ordre psychologique, se répercutent directement sur la qualité des services offerts aux bénéficiaires. Toutefois, les obstacles ne se limitent pas à l'association elle-même. La population visée, avec ses caractéristiques et ses besoins spécifiques, présente également des défis complexes qui entravent l'efficacité de l'accompagnement psychosocial.

En somme, les défis auxquels fait face l'association s'accumulent tel un effet boule de neige : le manque de financement engendre une pénurie de personnel, qui exacerbe la crise psychologique des intervenants. Cette dynamique compromet la qualité des services ainsi que la pérennité du programme. Une intervention à la source s'avère nécessaire pour rompre ce cercle vicieux.

3.2. Complexité de la population : traumatismes, comorbidités et normes de survie

Le deuxième défi identifié renvoie à la complexité intrinsèque de la population accompagnée, marquée par des parcours de vie fragmentés, des traumatismes répétés et des mécanismes de survie profondément ancrés. Ces éléments ne sont pas des obstacles ponctuels, mais des réalités structurelles qui façonnent le processus d'accompagnement psychosocial.

Les attitudes de victimisation et de manipulation reviennent fréquemment dans les discours des acteur·trice·s du centre. Comme l'a résumé le chef de projet : « *La victimisation par les utilisateurs pose des problèmes. Ils se considèrent comme des victimes et expriment leur mécontentement envers le personnel* » (chef de projet APS, entretien semi-directif, avril 2024). Cette posture nourrit un climat tendu, fragilise la relation de confiance et conduit parfois à des sanctions, telles que la suspension du traitement.

La manipulation, quant à elle, constitue un frein récurrent au déroulement des interventions. Un bénéficiaire l'exprime avec lucidité : « *La vie dans la rue ne nous enseigne rien, si ce n'est la consommation de drogue et les comportements déviants* » (Participant n° 1, groupe de discussion n° 2, mai 2024). Ce constat illustre combien certaines attitudes, construites dans la rue comme des stratégies de survie, deviennent ensuite des entraves au rétablissement et aux dynamiques collectives.

La question de l'engagement constitue un autre défi majeur. Le technicien d'insertion professionnelle observe que : « *Les usagers présentent un désengagement important et ont du mal à percevoir le temps de manière linéaire* » (entretien semi-directif, avril 2024). Cette difficulté à se projeter dans la durée complique non seulement le suivi psychosocial, mais aussi les perspectives d'insertion professionnelle, où régularité et ponctualité sont des prérequis incontournables.

Enfin, les comorbidités psychiatriques et somatiques aggravent la situation. La psychologue souligne : « *C'est la population la plus difficile à gérer en raison de leurs comportements ; ils peuvent se montrer violents, injurieux et sont souvent sous l'influence de substances psychotropes* » (entretien semi-directif, avril 2024). Cette réalité oblige les intervenant-e-s à composer avec une instabilité constante, où les séances peuvent être interrompues par des accès de violence ou par l'incapacité du patient à participer.

En définitive, la complexité de cette population n'est pas un simple paramètre de contexte : elle constitue un défi structurel qui oblige à réinventer en permanence les modalités d'accompagnement. Entre attitudes de survie, désengagement et troubles associés, les professionnel-le-s se trouvent confronté-e-s à une équation instable, dont la résolution dépasse leurs seules compétences.

3.3. Forces externes : stigma et coordination médicale fragile

Le troisième défi concerne les forces externes qui pèsent sur le dispositif : *stigmatisation* sociale persistante et coordination défailante avec le pôle médical. Ces dimensions, bien qu'extérieures à l'association, exercent une influence directe sur la continuité et l'*efficacité* de l'accompagnement.

La stigmatisation apparaît comme un phénomène omniprésent, aux niveaux *macro* (société), *méso* (institutions) et *micro* (famille). Les bénéficiaires eux-mêmes en témoignent avec force : « *C'est comme si le mot JUNKIE était inscrit sur notre front. La société ne nous acceptera jamais* » (Patient/bénéficiaire ¹⁰ sous traitement à la méthadone, séance de TED Talk for healers, avril 2024). Une participante ajoute : « *Mes frères et sœurs m'ont beaucoup blessée, ils me considèrent toujours comme une junkie* » (TED Talk, avril 2024). Ces récits traduisent une exclusion systémique qui fragilise l'estime de soi, empêche la réinsertion et alimente le risque de rechute.

Les professionnel-le-s confirment ce diagnostic. L'intervenant social/terrain n° 3 note : « *Ce n'est pas seulement l'individu qui est stigmatisé, mais aussi le traitement. La méthadone est souvent perçue comme une drogue légale* » (entretien individuel, avril 2024). Cette perception dévalorise non seulement les patients, mais aussi l'ensemble du dispositif, compromettant l'adhésion des familles et renforçant l'isolement social des bénéficiaires.

À cette stigmatisation s'ajoute le problème de coordination avec le pôle médical. Le responsable du projet APS observe : « *L'absence de coordination et de coopération avec le personnel médical entrave l'efficacité des processus* » (entretien individuel, mai 2024). Les bénéficiaires eux-mêmes dénoncent le manque d'empathie et l'indisponibilité du personnel médical. Un intervenant social illustre ce dysfonctionnement : « *Le centre reste ouvert jusqu'à 17 heures, mais le personnel quitte à 14 heures. Les patients viennent chercher leurs médicaments et ne trouvent personne* » (entretien individuel, avril 2024). Ces défaillances renforcent la méfiance, compromettent l'adhésion au traitement et accroissent les tensions avec le pôle social, injustement perçu comme responsable.

En résumé, stigma et manque de coordination médicale forment un couple délétère : l'un marginalise les patients dans la société, l'autre fragilise leur prise en charge institutionnelle. Leur combinaison contribue à un climat d'exclusion et d'instabilité qui réduit drastiquement l'efficacité du processus d'accompagnement psychosocial.

¹⁰ Il est un patient du pôle médical et un bénéficiaire des services du pôle social.

En définitive, notre recherche révèle que les défis de l'accompagnement psychosocial des personnes sous méthadone forment un enchevêtrement de contraintes systémiques. La stigmatisation n'est pas une simple entrave isolée : c'est un système qui façonne la perception de la méthadone, érode la confiance des familles et empêche l'intégration des bénéficiaires dans le tissu social.

De même, la dépendance aux bailleurs de fonds impose des critères parfois déconnectés des réalités des usagers, ajoutant une couche de complexité et de frustration. Les personnes concernées, souvent maintenues dans la rue, montrent que leurs besoins ne sont pas pleinement pris en compte, et que l'association seule ne peut pas inverser ce cycle sans une transformation d'ensemble.

En somme, ces obstacles sont autant de rappels que l'accompagnement psychosocial ne peut réussir sans une action collective et coordonnée. Il est nécessaire de sensibiliser la société, d'informer les familles, de repenser les attentes des bailleurs de fonds et de renforcer le cadre institutionnel pour offrir aux professionnels un environnement plus solide. En clarifiant ces enjeux et en travaillant ensemble, on peut espérer transformer ce cercle vicieux en un cercle vertueux.

Conclusion

Cet article, intitulé « *Méthadone et accompagnement psychosocial dans le traitement des dépendances aux opiacés au Maroc : Le cas du centre d'addictologie de Bni Makada, Tanger* », met en lumière les réalités complexes vécues par les usager·ère·s ainsi que les nombreux obstacles qui entravent le bon déroulement du processus d'accompagnement psychosocial, contribuant ainsi à l'échec du programme médico-psychosocial au Maroc.

L'objectif principal de cette recherche était d'analyser en profondeur le rôle, les effets et les limites de l'accompagnement psychosocial des personnes sous traitement par méthadone.

Pour répondre à cette problématique, l'analyse a articulé un cadre théorique et conceptuel avec un volet empirique permettant d'explorer le fonctionnement, l'efficacité et les limites du processus d'accompagnement psychosocial des personnes sous traitement à la méthadone.

S'appuyant sur une méthodologie qualitative — entretiens semi-directifs, focus groups et observations immersives —, il a permis de croiser les regards des bénéficiaires, des professionnel·le·s et des observations de terrain.

Trois conclusions générales se dégagent de cette recherche. En premier lieu, l'accompagnement psychosocial ne constitue pas une séquence linéaire mais un *processus adaptatif*, qui relie l'action pharmacologique de la méthadone à une dynamique de réinsertion sociale et professionnelle. Il agit comme un cadre qui *facilite* le changement, sans pouvoir l'imposer. En second lieu, les résultats montrent des bénéfices concrets mais *contrastés* : amélioration de comportements, soutien relationnel, insertion partielle, mais aussi résistances, incompréhensions et attentes insatisfaites. L'efficacité demeure tributaire de facteurs externes (stigmatisation, ressources institutionnelles, articulation entre pôles médical et social). Enfin, les défis structurels — manque de financement, pénurie de personnel, pressions des bailleurs, poids du stigmatisme — forment un système contraignant qui fragilise la continuité et la durabilité du dispositif.

Les résultats montrent que le processus d'accompagnement psychosocial est à la fois indispensable et fragile. Il crée des conditions de transformation, mais son impact réel dépend d'une combinaison de volontés individuelles, de soutien institutionnel et d'une reconnaissance sociale encore largement défaillante.

Notre étude présente deux limites principales : d'une part, le choix d'un seul terrain (le centre de Bni Makada), qui réduit la portée comparative ; d'autre part, la taille restreinte de l'échantillon, qui permet une compréhension fine mais non généralisable. Ces limites ouvrent la voie à de futures recherches :

comparaisons inter-centres, enquêtes longitudinales sur la stabilité des parcours, et approches interdisciplinaires intégrant politiques publiques, dynamiques communautaires et contextes socio-économiques.

Ainsi, en ouvrant un champ encore peu exploré, il appelle à développer de nouvelles investigations pour consolider la place de l'accompagnement psychosocial dans les dispositifs de traitement par méthadone dans le contexte marocain.

En définitive, cette recherche invite à dépasser une vision strictement biomédicale pour inscrire la méthadone dans une stratégie globale. L'accompagnement psychosocial n'est pas un supplément facultatif : il est l'un des piliers de la réussite du traitement. Repenser les pratiques, renforcer la formation des équipes, coordonner les acteurs et lutter contre la stigmatisation sont autant de conditions pour transformer un cercle vicieux en cercle vertueux.

Bibliographie

Académie française. (n.d.). *Accompagner*. Dans *Dictionnaire de l'Académie française* (9^e éd.). <https://www.academie-francaise.fr/dictionnaire>

Aknine, X., & Morel, A. (2019). Chapitre 39. Les traitements de substitution des opiacés. Dans A. Morel & J. Coueron (Éds.), *Addictologie : en 47 notions* (3^e éd., pp. 525–542). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.morel.2019.01.0525>

Amato, L., Minozzi, S., Davoli, M., & Vecchi, S. (2011). Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus agonist maintenance treatments alone for treatment of opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10), CD004147. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004147.pub4>

Amato, L., Minozzi, S., Davoli, M., Vecchi, S., Ferri, M. M., & Mayet, S. (2008). Psychosocial and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for opioid detoxification. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), CD005031. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005031.pub3>

Ameral, V., Hocking, E., Leviyah, X., Newberger, N. G., Timko, C., & Livingston, N. (2022). Innovating for real-world care: A systematic review of interventions to improve post-detoxification outcomes for opioid use disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 233, 109379. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2022.109379>

Darke, S., & Hall, W. (2003). Heroin overdose: Research and evidence-based intervention. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 80(2), 189–200. <https://doi.org/10.1093/jurban/jtg022>

Dictionnaire critique de l'action sociale. (1996). *Dictionnaire critique de l'action sociale* (pp. 16, 18). Éditions La Découverte.

Dugosh, K., Abraham, A., Seymour, B., McLoyd, K., Chalk, M., & Festinger, D. (2016). A systematic review on the use of psychosocial interventions in conjunction with medications for the treatment of opioid addiction. *Journal of Addiction Medicine*, 10(2), 93–103. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000193>

Es-Souadi, A. (2021). Partager le monopole des savoirs dans l'usage de drogues : Le cas des junkies au Maroc. *Lucidités subversives*, 107.

Eymard, C. (2011). Éducation en santé des personnes addictives aux substances psychoactives sous traitement de substitution: Recherche contextualisée dans un centre d'accueil et de soin pour personnes toxicomanes. *Recherche en soins infirmiers*, 106, 107.

Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. (2009). World Health Organization. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK143185/>

Harvey, L. M., Fan, W., Cano, M. A., Vaughan, E. L., Arbona, C., Essa, S., Sanchez, H., & de Dios, M. A. (2020). Psychosocial intervention utilization and substance abuse treatment outcomes in a multisite sample of individuals who use opioids. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 112, 68–75. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2020.01.016>

Inspection générale des affaires sociales. (2018). *Rapport sur l'accompagnement social dans le secteur médico-social* (pp. 9–12). Ministère des Solidarités et de la Santé. <https://www.igas.gouv.fr/accompagnement-social>

Jauffret-Roustide, M. (2016). Les déterminants sociaux des addictions. Dans M. Reynaud (Éd.), *Traité d'addictologie* (pp. 241–244). Lavoisier.

Lapointe, S. (2024). *Point de vue des professionnels travaillant auprès des personnes utilisatrices d'opioïdes sur la problématique des opioïdes* (Doctoral dissertation, Université du Québec à Chicoutimi).

Larousse. (n.d.). *Accompagner*. Dans *Larousse en ligne*. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/accompagner>

Mattick, R. P., Breen, C., Kimber, J., & Davoli, M. (2003). Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), CD002209. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002209>

Ministère de la Santé et de la Protection sociale. (2018). *Plan stratégique national de prévention et de prise en charge des troubles addictifs 2018–2022*. Ministère de la Santé. <https://sante.gov.ma>

Morel, A. (2006). L'addictologie : croyance ou révolution ? *Psychotropes*, 12(3), 21–40. <https://doi.org/10.3917/psyt.123.0021>

Nardon, L. (2018). Qu'est-ce que la crise des opioïdes? Dans *Les États-Unis de Trump en 100 questions* (pp. 273–275). Tallandier.

Office Marocain des Drogues et des Addictions (OMDA). (2008). *Programme de traitement par méthadone : Brochure de recommandations*. Ministère de la Santé. https://omda.ma/wp-content/uploads/2024/10/2008_Oct_Methadone_brochure-recommand-Final_Maroc_FRA.pdf

Organisation mondiale de la Santé. (2021). *Global status report on alcohol and health 2021*. OMS.

Paul, M. (2012). *Accompagner, construire ensemble* (p. 7). PUF.

Plateforme ELSA. (2021, août). Hasnouna (AHSUD). *Plateforme ELSA*. <https://plateforme-elsa.org>

Ramsey, S. E., Rounsaville, D., Hoskinson, R., et al. (2016). The need for psychosocial interventions to facilitate the transition to extended-release naltrexone (XR-NTX) treatment for opioid dependence: A concise review of the literature. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 10, 1–7. <https://doi.org/10.4137/SART.S39067>

Rapport, J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15(2), 121–148. <https://doi.org/10.1007/BF00919275>

Sabir, M., El Omari, F., Mehssani, J., & Toufiq, J. (2013). Les thérapies de substitution aux opiacés. *Maroc Médical*, 35(2).

Samlali, W. I., Ghailan, T., Karjouh, K., Ahami, A. O. T., & Azzaoui, F. Z. (2022). Les schémas précoces inadaptés et la rechute au cours de traitement de maintien par la méthadone chez les toxicomanes (une approche cognitive). *L'Encéphale*, 48(5), 538–545. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2022.03.007>

Smith, J., & Brown, L. (2019). The effectiveness of methadone treatment in reducing opioid-related harm: A meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 98, 123–135.

Varescon, I. (2010). Mieux comprendre la toxicomanie : Que sait-on des facteurs de vulnérabilité et de protection ? *Bulletin de psychologie*, 510, 441–444. <https://doi.org/10.3917/bupsy.510.0441>

World Health Organization. (2014). *Community management of opioid overdose*. World Health Organization.

Zweben, J. E., & Payte, J. T. (1990). Methadone maintenance in the treatment of opioid dependence: A current perspective. *The Western Journal of Medicine*, 152(5), 588–599.