

Journal Homepage: [-www.journalijar.com](http://www.journalijar.com)

INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI:10.21474/IJAR01/24342

DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/24342>

RESEARCH ARTICLE

PROFIL CLINIQUE ET DÉLAI DE RECOURS AUX SOINS DES MINEURS CONSULTANT EN ADDICTOLOGIE À MARRAKECH: ADDICTIONS AUX SUBSTANCES ET USAGE PROBLÉMATIQUE DES ÉCRANS

H. Belhadga

1. Pédiopsychiatre, Psychothérapeute, Addictologue. Centre D'addictologie El Mellah, Consultation De Pédiopsychiatrie - Marrakech, Maroc Étude Observationnelle Rétrospective, Avril 2025 – Septembre 2026.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 10 August 2026

Final Accepted: 12 September 2026

Published: October 2026

Key words:-

Addictologie pédiatrique ; adolescent ;
délai de recours aux soins ; TDAH ;
trouble du jeu vidéo ; Maroc.

Abstract

Objectif. Décrire la population des mineurs reçus en consultation d'addictologie pédiopsychiatrique, comparer les profils des consommateurs de substances et des usagers problématiques d'écrans, quantifier le délai de recours aux soins et rechercher les facteurs associés à l'interruption du suivi.

Méthodes. Étude observationnelle descriptive et analytique, rétrospective et monocentrique sur dossiers, portant sur les patients de 18 ans ou moins reçus entre le 15 avril 2025 et le 29 septembre 2026. Diagnostics selon le DSM-5-TR. Comparaisons par test exact de Fisher et test de Mann-Whitney, correction de Benjamini-Hochberg.

Résultats. Trente patients ont été inclus : 21 troubles liés à l'usage de substances et 9 usages problématiques des écrans. Le délai médian entre la première consommation et la première consultation était de 48 mois [36-60]. Vingt-neuf patients sur 30 présentaient au moins une comorbidité psychiatrique et 14 un TDAH. Les antécédents familiaux d'addiction (95 % contre 44 % ; $p=0,005$) et le niveau socio-économique bas (76 % contre 22 % ; $p=0,013$) distinguaient les deux groupes. Dix-sept patients ont interrompu leur suivi, le trouble des conduites étant le seul facteur associé ($p=0,042$). Aucun patient n'a été adressé par un établissement scolaire.

Conclusion. Le recours aux soins intervient quatre ans après la première consommation, à un stade sévère et presque toujours comorbide. Le repérage en milieu scolaire et le maintien dans le soin des jeunes porteurs d'un trouble des conduites constituent les deux leviers prioritaires.

"© 2026 by the Author(s). Published by IJAR under CC BY 4.0. Unrestricted use allowed with credit to the author."

Introduction:-

Les troubles liés à l'usage de substances débutent majoritairement à l'adolescence, période durant laquelle la précocité de l'initiation constitue l'un des prédicteurs les plus robustes de sévérité ultérieure [1]. Au Maroc, les données disponibles proviennent presque exclusivement d'enquêtes en milieu scolaire. Elles situent la prévalence vie

Corresponding Author:- H. Belhadga

Address:- Pédiopsychiatre, Psychothérapeute, Addictologue. Centre D'addictologie El Mellah, Consultation De Pédiopsychiatrie — Marrakech, Maroc Étude Observationnelle Rétrospective, Avril 2025 – Septembre 2026.

entière du cannabis autour de 8 %, celle de l'alcool à 4 % et celle des solvants à 2 % chez les collégiens et lycéens du nord du pays [2], et montrent sur vingt ans une recomposition des usages, la cigarette électronique devenant la substance psychoactive la plus consommée devant la cigarette et la chicha, parallèlement à la progression des tranquillisants détournés et des addictions comportementales [3].

Ces enquêtes renseignent sur les usages en population générale, non sur les mineurs qui parviennent jusqu'au soin. Les travaux marocains conduits en structure spécialisée portent sur des populations adultes : ils rapportent des taux de comorbidité psychiatrique de 71 % à Oujda [4] et 80 % à Salé [5], et décrivent, chez les usagers de solvants volatils, un âge moyen de début des conduites addictives de 14,4 ans avec une polyconsommation constante [6]. La population pédiatrique et adolescente reçue en addictologie n'a, à notre connaissance, pas fait l'objet de description spécifique au Maroc.

Le délai entre la première consommation et le premier contact avec le soin constitue un indicateur simple de l'accessibilité du dispositif. Dans les enquêtes internationales, il atteint une médiane de 6 à 18 ans pour les troubles liés à l'usage de substances, et une initiation plus précoce s'accompagne paradoxalement d'un délai plus long [7,8]. Cet indicateur n'a pas été mesuré en population pédiatrique au Maghreb.

Un second motif de recours s'est par ailleurs imposé en consultation : l'usage problématique des écrans et du jeu vidéo. Sa place nosographique reste distincte de celle des troubles liés aux substances. Le DSM-5-TR maintient le trouble du jeu sur Internet en section III, parmi les affections proposées pour études complémentaires, avec neuf critères et un seuil de cinq sur douze mois, tandis que la CIM-11 a retenu le trouble du jeu vidéo comme trouble dû à des comportements addictifs sous le code 6C51 [9,10]. Ces situations sont habituellement étudiées en population scolaire, rarement telles qu'elles se présentent dans une file active clinique, aux côtés des addictions aux substances. Ce travail décrit la population des mineurs reçus en consultation de pédopsychiatrie au centre d'addictologie El Mellah de Marrakech, compare les profils des deux groupes, quantifie le délai de recours aux soins et recherche les facteurs associés à l'interruption du suivi.

Méthodes:-

Étude observationnelle descriptive et analytique, rétrospective et monocentrique, conduite sur dossiers. Elle porte sur l'ensemble des mineurs reçus en consultation de pédopsychiatrie au centre d'addictologie El Mellah de Marrakech entre le 15 avril 2025 et le 29 septembre 2026. La rédaction suit les recommandations STROBE pour les études observationnelles.

Critères d'inclusion. Patients âgés de 18 ans ou moins à la première consultation, ayant bénéficié d'au moins une consultation documentée sur la période. Aucun dossier n'a été exclu pour données insuffisantes.

Recueil. Les données ont été extraites des dossiers par un investigateur unique au moyen d'une grille standardisée de 114 variables, couvrant les caractéristiques sociodémographiques, les antécédents familiaux et personnels, le parcours de consommation, les comorbidités psychiatriques, la prise en charge et l'évolution. Les décisions de codage, les définitions opérationnelles et les cas litigieux ont été consignés dans un journal tenu au fil du recueil.

Définitions et critères diagnostiques. Les diagnostics ont été portés selon les critères du DSM-5-TR [9]. Les troubles liés à l'usage de substances ont été cotés sur leurs onze critères, la sévérité suivant les seuils du manuel : léger pour deux à trois critères, modéré pour quatre à cinq, sévère pour six et plus. L'usage problématique des écrans et du jeu vidéo a été évalué au regard des critères proposés du trouble du jeu sur Internet, maintenu en section III du DSM-5-TR, et de la définition du trouble du jeu vidéo de la CIM-11 [10] ; aucun seuil de sévérité n'étant établi pour cette entité, les seuils des troubles liés aux substances y ont été transposés, procédure non validée dont la portée est discutée dans les limites. Le délai de recours est l'intervalle entre l'âge de première consommation, tous produits confondus, et l'âge à la première consultation. La rupture de suivi est définie comme une absence de plus de trois mois sans reprise de contact.

Suivi. Le statut à 3, 6 et 12 mois n'a été renseigné que pour les patients dont le recul depuis la première consultation atteignait le terme considéré. Les autres ont été codés non évaluable et exclus du dénominateur correspondant, afin d'éviter une surestimation de l'adhésion au suivi.

Analyse statistique. Les variables quantitatives sont exprimées en médiane et intervalle interquartile, les qualitatives en effectif, pourcentage et intervalle de confiance à 95 % calculé par la méthode de Wilson. Les deux groupes ont été comparés par le test exact de Fisher pour les variables qualitatives et par le test de Mann-Whitney pour les variables quantitatives, avec calcul de la corrélation rang-bisérial comme taille d'effet. Les associations entre variables continues ont été évaluées par le coefficient de Spearman. Le seuil de signification était fixé à 0,05 bilatéral. Compte tenu du nombre de comparaisons, les valeurs p des comparaisons entre groupes ont été corrigées

par la procédure de Benjamini-Hochberg et sont rapportées sous forme de valeurs q. Aucune analyse multivariée n'a été conduite : avec 30 patients et 17 événements pour le critère de rupture de suivi, un modèle de régression serait surajusté. L'ensemble des analyses est exploratoire et destiné à générer des hypothèses. Les calculs ont été réalisés avec Python 3.12 et la bibliothèque SciPy.

Éthique. Les dossiers ont été anonymisés à la source et identifiés par un numéro séquentiel ; la table de correspondance a été conservée séparément par l'investigateur.

Résultats:-

Caractéristiques de la population:-

Trente mineurs ont été inclus : 21 pour une addiction à une substance et 9 pour un usage problématique des écrans. L'âge médian à la première consultation était de 16 ans et 26 patients sur 30 étaient des garçons. Les deux groupes se distinguent nettement sur le plan social. Les consommateurs de substances vivaient majoritairement dans un foyer de niveau socio-économique bas et rapportaient presque tous un antécédent familial d'addiction, situation retrouvée chez moins de la moitié des usagers d'écrans. La déscolarisation et le redoublement étaient également plus fréquents dans ce groupe.

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques et cliniques selon le groupe

Variable	Total (n=30)	Substances (n=21)	Écrans (n=9)
Âge à la 1 ^{re} consultation, ans	16 [15-17]	17 [15-17]	16 [13-17]
Sexe masculin	26 (87 %)	20 (95 %)	6 (67 %)
Milieu urbain	29 (97 %)	20 (95 %)	9 (100 %)
Déscolarisé au recours	17 (57 %)	13 (62 %)	4 (44 %)
Au moins un redoublement	21 (70 %)	16 (76 %)	5 (56 %)
Niveau socio-économique bas	18 (60 %)	16 (76 %)	2 (22 %)
Famille monoparentale ou institution	11 (37 %)	9 (43 %)	2 (22 %)
Antécédents familiaux d'addiction	24 (80 %)	20 (95 %)	4 (44 %)
Maltraitance physique	8 (27 %)	6 (29 %)	2 (22 %)
Témoin de violences intrafamiliales	15 (50 %)	11 (52 %)	4 (44 %)
TND connu avant le recours	19 (63 %)	12 (57 %)	7 (78 %)
Âge de 1 ^{re} consommation, ans	12 [10-13]	12 [11-13]	10 [8-12]
Délai de recours, mois	48 [36-60]	36 [36-60]	60 [48-72]
Polyconsommation	19 (63 %)	19 (90 %)	0 (0 %)
Trouble sévère (≥ 6 critères DSM-5-TR)	19 (63 %)	13 (62 %)	6 (67 %)
Au moins une comorbidité psychiatrique	29 (97 %)	20 (95 %)	9 (100 %)
Nombre de comorbidités	2 [1-3]	2 [1-3]	2 [1-2]
TDAH	14 (47 %)	10 (48 %)	4 (44 %)
Trouble des conduites	9 (30 %)	6 (29 %)	3 (33 %)
Épisode dépressif caractérisé	10 (33 %)	9 (43 %)	1 (11 %)
Traitement pharmacologique	29 (97 %)	21 (100 %)	8 (89 %)
Nombre de consultations	4 [3-7]	4 [3-6]	6 [3-10]
Rupture de suivi	17 (57 %)	13 (62 %)	4 (44 %)

Médiane [interquartile] ou n (%).

La comorbidité psychiatrique était quasi constante : 29 patients sur 30 présentaient au moins un diagnostic associé, avec une médiane de deux. Le TDAH concernait près d'un patient sur deux dans les deux groupes, et un trouble neurodéveloppemental était déjà connu avant le recours chez 19 patients.

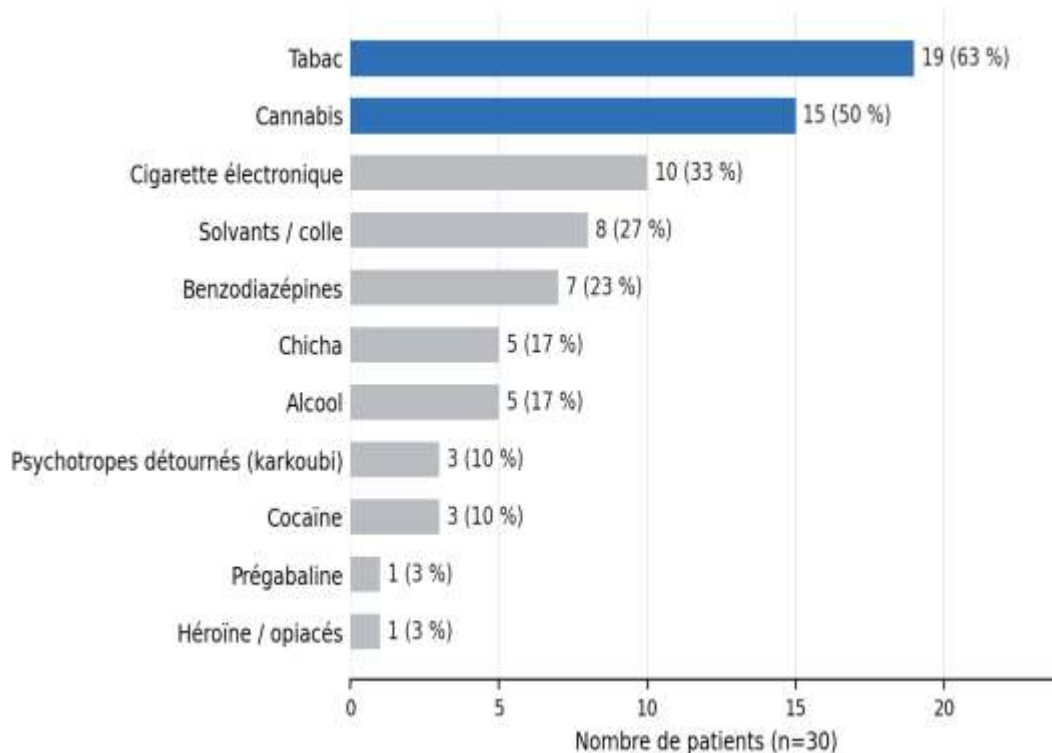
Produits consommés:-

Figure 1. Produits consommés au cours des 12 mois précédant le recours (n=30).

Le tabac était le produit d'initiation le plus fréquent, suivi par les écrans et la cigarette électronique. La polyconsommation concernait 19 patients sur les 21 du groupe substances, avec une médiane de quatre produits. Trois produits méritent d'être soulignés dans ce contexte. Les solvants volatils, consommés par 8 patients, restent peu documentés chez les mineurs au Maghreb. Les psychotropes détournés désignés localement sous le terme de karkoubi concernaient 3 patients. La cigarette électronique, consommée par 10 patients et produit d'initiation chez 6 d'entre eux, apparaît comme une porte d'entrée émergente dans cette file active.

Délai de recours et devenir du suivi:-

Le délai médian entre la première consommation et la première consultation était de 48 mois, soit quatre ans, avec des valeurs s'étendant de 12 à 96 mois. Ce délai était plus long dans le groupe écrans que dans le groupe substances, 60 mois contre 36, alors même que la première consommation y survenait plus tôt, à 10 ans contre 12. La demande émanait de la famille dans 28 cas sur 30 et de deux adolescents eux-mêmes ; aucun patient n'a été adressé par un établissement scolaire. L'ensemble des patients a été pris en charge en ambulatoire, avec un entretien motivationnel et un traitement pharmacologique chez 29 d'entre eux. Dix-sept patients sur 30 ont interrompu leur suivi, après un délai médian de 4 mois [3-8] et dans sept cas dès le troisième mois. Les taux de présence sont rapportés sur les seuls patients ayant atteint le recul correspondant : 25 patients sur 29 évaluable étaient encore suivis à 3 mois, 15 sur 23 à 6 mois et 5 sur 9 à 12 mois.

Analyse comparative:-

Aucune différence entre les deux groupes ne reste significative après correction pour comparaisons multiples, ce qui tient autant à l'effectif qu'à l'absence de différence réelle.

Tableau 2. Comparaison des deux groupes

Variable	Substances (n=21)	Écrans (n=9)	p	q
Antécédents familiaux d'addiction	20 (95 %)	4 (44 %)	0,005	0,095
Niveau socio-économique bas	16 (76 %)	2 (22 %)	0,013	0,108
Âge de 1 ^{re} consommation, ans	12 [11-13]	10 [8-12]	0,017	0,108
Sexe masculin	20 (95 %)	6 (67 %)	0,069	0,270
Démêlés judiciaires	7 (33 %)	0 (0 %)	0,071	0,270
Délai de recours, mois	36 [36-60]	60 [48-72]	0,170	0,461
Épisode dépressif caractérisé	9 (43 %)	1 (11 %)	0,204	0,484
Rupture de suivi	13 (62 %)	4 (44 %)	0,443	0,647
TDAH	10 (48 %)	4 (44 %)	1,000	1,000
Nombre de comorbidités	2 [1-3]	2 [1-2]	0,740	1,000

p : test exact de Fisher ou Mann-Whitney. **q** : **p** corrigée par Benjamini-Hochberg sur l'ensemble des 19 comparaisons effectuées.

Les antécédents familiaux d'addiction ($p=0,005$) et le niveau socio-économique bas ($p=0,013$) séparent le mieux les deux groupes, avec des tailles d'effet substantielles. L'âge de première consommation était plus précoce dans le groupe écrans ($p=0,017$; $|r|=0,56$). Le délai de recours plus long dans ce groupe, bien que marqué en valeur absolue, n'atteint pas le seuil de signification ($p=0,170$).

Facteurs associés à la rupture de suivi. Le trouble des conduites était le seul facteur associé à l'interruption du suivi, 8 patients sur 9 contre 9 sur 21 ($p=0,042$). L'association avec les démêlés judiciaires allait dans le même sens sans atteindre le seuil (6/7 contre 11/23 ; $p=0,104$). Ni l'âge, ni le délai de recours, ni la sévérité du trouble, ni le groupe d'appartenance n'étaient associés à la rupture.

Associations entre variables continues. Le nombre de comorbidités psychiatriques était corrélé au nombre de critères DSM-5-TR ($\rho=+0,45$; $p=0,013$), de même que le nombre de produits consommés ($\rho=+0,41$; $p=0,025$). Le TDAH n'était pas associé à une initiation plus précoce dans cette série (12 ans contre 12 ans ; $p=0,674$).

Deux associations ont été écartées comme artefactuelles. La corrélation négative entre âge de première consommation et délai de recours ($\rho=-0,48$; $p=0,007$) est algébrique, le délai étant calculé par soustraction à partir de cet âge. De même, le nombre plus faible de consultations chez les patients en rupture (3 contre 6 ; $p=0,007$) est une conséquence de la définition de la rupture, non un facteur de risque.

Discussion:-

Trois constats se dégagent de cette série:-

Le recours aux soins est tardif, mais moins que chez l'adulte. Quatre ans séparent la première consommation du premier contact avec le centre. L'initiation se situant à 12 ans, les jeunes arrivent au soin à un âge où le trouble est déjà sévère, puisque près des deux tiers réunissaient au moins six critères du DSM-5-TR. Ce délai reste inférieur aux médianes de 6 à 18 ans rapportées dans les enquêtes populationnelles internationales [7,8], ce qui tient à la nature même de l'échantillon : des mineurs, par définition encore proches de leur initiation. Il faut y voir non pas un dispositif performant mais un effet de troncature, les jeunes qui ne consultent pas avant 18 ans échappant à cette file active et alimentant les délais très longs observés chez l'adulte. L'observation faite ailleurs qu'une initiation plus précoce s'accompagne d'un délai plus long [8] suggère que les patients les plus précocement initiés sont aussi ceux dont une partie manque encore à l'appel. Qu'aucun patient n'ait été adressé par son établissement scolaire, alors que 17 d'entre eux étaient déjà déscolarisés et 21 avaient redoublé, indique que les signaux d'alerte scolaires ne se traduisent pas en orientation vers le soin. Le repérage en milieu scolaire apparaît dès lors comme le levier le plus accessible, d'autant qu'il est outillé : la version en arabe dialectal marocain de l'échelle CRAFFT a été validée chez l'adolescent et le jeune adulte consultant pour trouble de l'usage [11].

La comorbidité psychiatrique est la règle, non l'exception. Avec 29 patients sur 30 porteurs d'au moins un diagnostic associé (96,7 % ; IC95 % 83,3-99,4) et près d'un sur deux d'un TDAH (46,7 % ; IC95 % 30,2-63,9), cette file active relève autant de la pédopsychiatrie que de l'addictologie. Un trouble neurodéveloppemental était déjà identifié avant le recours chez 19 patients, ce qui situe une part de ces trajectoires dans le prolongement de difficultés repérées des années plus tôt. Le taux de TDAH dépasse les estimations méta-analytiques obtenues en population adulte traitée pour trouble de l'usage, de l'ordre de 23 %, mais rejoint celles rapportées chez l'adolescent [12] ; il souligne qu'une consultation d'addictologie pour mineurs ne se conçoit pas sans compétence neurodéveloppementale. La comorbidité globale observée dépasse celle des structures marocaines pour adultes, 71 % à Oujda et 80 % à Salé [4,5], écart attendu dans une file active pédopsychiatrique mais qui confirme l'intrication. Le TDAH n'était en revanche pas associé à une initiation plus précoce dans cette série, l'âge médian de première consommation étant de 12 ans dans les deux groupes ($p=0,674$). Ce résultat contraste avec une littérature solide. Les méta-analyses prospectives établissent que le TDAH de l'enfant prédit le développement ultérieur d'un trouble lié à l'usage de substances [13,14], et une revue systématique récente retrouve chez ces sujets une initiation plus précoce, de l'ordre de 1,4 an pour le tabac et 1,0 an pour l'alcool [15]. Avec 14 patients concernés, notre série est insuffisamment puissante pour détecter un écart de cette amplitude, et l'absence de différence observée ne vaut pas démonstration d'absence d'association. La part attribuable au TDAH lui-même reste par ailleurs débattue indépendamment du trouble des conduites, une méta-analyse ne retrouvant plus d'association significative avec l'usage de substances illicites après ajustement sur le trouble des conduites ou le trouble oppositionnel [16].

Les usagers d'écrans forment une population distincte. Ce qui les sépare le mieux des consommateurs de substances n'est pas le tableau clinique mais le terrain familial et social : les antécédents familiaux d'addiction concernaient 95 % du groupe substances contre 44 % du groupe écrans ($p=0,005$), et le niveau socio-économique bas 76 % contre 22 % ($p=0,013$). L'âge de première consommation y était plus précoce, 10 ans contre 12 ($p=0,017$; $|r|=0,56$). À l'inverse, la sévérité du trouble, le nombre de comorbidités, la fréquence du TDAH et le taux de rupture de suivi ne différaient pas entre les deux groupes. Ces jeunes arrivent donc par une porte sociale différente mais avec une charge clinique comparable, ce qui plaide pour leur prise en charge dans le même dispositif plutôt que dans une filière séparée.

La question nosographique pèse ici directement sur la pratique. Le DSM-5-TR maintient le trouble du jeu sur Internet en section III et le trouble du jeu d'argent reste la seule addiction comportementale reconnue dans le corps du manuel, tandis que la CIM-11 a intégré le trouble du jeu vidéo parmi les troubles dus à des comportements addictifs [9,10]. Les deux systèmes ne désignent pas les mêmes patients : appliqués au même échantillon, les critères de la CIM-11, plus restrictifs et centrés sur le retentissement fonctionnel, identifient environ la moitié des cas repérés par ceux du DSM, et la prévalence estimée est près de deux fois moindre [17]. Nos neuf patients ont été retenus sur un faisceau clinique plutôt que sur l'un ou l'autre seuil, ce qui limite la comparabilité de leur effectif avec la littérature, sans remettre en cause la réalité de leur demande de soins.

Le profil des produits reflète enfin le contexte local et son évolution récente. Les solvants volatils, consommés par plus d'un quart des patients, demeurent l'une des conduites les moins étudiées malgré leur gravité, et la littérature marocaine disponible, conduite chez l'adulte, associe leur usage à une comorbidité psychotique élevée et à un début des conduites addictives dès 14 ans en moyenne [6,18]. Les enquêtes scolaires nationales les identifient comme une porte d'entrée vers les autres substances, accessibles et peu coûteuses [19]. La cigarette électronique, consommée par un tiers des patients et produit d'initiation chez six d'entre eux, s'inscrit dans la recomposition des usages décrite à l'échelle nationale, où elle a dépassé la cigarette et la chicha [3]. Son statut de porte d'entrée vers le tabac combustible reste discuté : plusieurs méta-analyses de cohortes retrouvent un risque d'initiation multiplié par trois à quatre chez les adolescents vapoteurs [20], tandis qu'une revue systématique récente conclut à un niveau de preuve très faible pour un effet causal [21]. Nos données, transversales, ne permettent pas de trancher, mais la place de ce produit en tête des initiations chez des mineurs justifie une vigilance particulière.

Le taux de rupture de suivi, 17 patients sur 30 (56,7 % ; IC95 % 39,2-72,6) avec une médiane de 4 mois, situe le principal enjeu de la prise en charge moins dans l'accès initial que dans le maintien dans le soin. Le seul facteur associé était le trouble des conduites, présent chez 8 des 9 patients ayant rompu contre 9 des 21 autres ($p=0,042$). La littérature va dans le même sens sans être univoque. Le nombre de critères de trouble des conduites à l'admission prédit la sortie prématurée des programmes de traitement [22], et le taux moyen d'abandon des prises en charge psychosociales des troubles de l'usage avoisine 30 % toutes populations confondues [23]. À l'inverse, une étude néo-zélandaise conduite chez des adolescents suivis en groupe retrouve une meilleure rétention chez ceux porteurs d'un trouble des conduites ou engagés dans un tribunal spécialisé, l'encadrement judiciaire agissant comme facteur de

maintien [24]. Cette divergence est instructive : ce n'est pas le trouble des conduites en lui-même qui détermine l'abandon, mais l'absence de dispositif capable de le contenir.

Limites:-

L'effectif de 30 patients, recueilli dans un centre unique sur 18 mois, limite la puissance des comparaisons. Avec 21 patients dans un groupe et 9 dans l'autre, seules des différences de grande amplitude pouvaient être détectées, et aucune comparaison ne reste significative après correction pour tests multiples. Les associations rapportées sont exploratoires et appellent confirmation sur un effectif plus large ; leur absence de significativité ne vaut pas démonstration d'absence de différence. Une limite tient à l'évaluation du groupe écrans. Le DSM-5-TR ne définit aucun seuil de sévérité pour le trouble du jeu sur Internet, maintenu en section III, et la transposition des seuils des troubles liés à l'usage de substances que nous avons retenue n'est pas validée. Les effectifs de ce groupe ne sont donc pas directement comparables à ceux d'études appliquant strictement les critères du DSM-5-TR ou de la CIM-11, dont on sait qu'ils ne désignent pas les mêmes patients [17].

Le recueil est rétrospectif et dépend de ce qui a été consigné au dossier. Les dates de naissance n'étant pas systématiquement renseignées, l'âge retenu est celui porté au dossier. L'âge de première consommation est déclaratif et sujet à un biais de mémorisation, ce qui affecte directement l'estimation du délai de recours. Les antécédents d'abus sexuel n'étaient pas documentés dans 29 dossiers sur 30 et n'ont pas pu être analysés. Le recueil a été réalisé par un investigateur unique, sans double codage ni mesure d'accord inter-observateurs. Enfin, le recul de suivi est hétérogène, de quelques semaines à 18 mois. Les patients les plus récents n'ont pas pu être évalués aux termes de 6 et 12 mois, ce qui réduit les dénominateurs correspondants et impose la prudence dans l'interprétation des taux d'adhésion.

Conclusion:-

Les mineurs parvenant jusqu'à une consultation d'addictologie marocaine le font quatre ans après leur première consommation, à un stade où le trouble est sévère et presque toujours associé à une comorbidité psychiatrique. Deux populations coexistent dans cette file active, les consommateurs de substances et les usagers problématiques d'écrans, aux profils sociaux et aux trajectoires distincts. Deux leviers se dégagent. L'absence totale d'adressage par le milieu scolaire, chez des jeunes dont les difficultés scolaires étaient pourtant installées, désigne le repérage en école comme la voie la plus directe pour raccourcir le délai de recours. Et le trouble des conduites, seul facteur associé à l'interruption du suivi dans cette série, identifie le sous-groupe chez qui l'effort de maintien dans le soin doit porter en priorité. Ces constats, issus d'une série exploratoire de 30 patients, demandent confirmation sur un effectif plus large et, si possible, multicentrique.

References:-

1. Jordan CJ, Andersen SL. Sensitive periods of substance abuse: early risk for the transition to dependence. *Dev Cogn Neurosci* 2017;25:29-44.
2. Zarrouq B, Bendaou B, El Asri A, et al. Psychoactive substances use and associated factors among middle and high school students in the North Center of Morocco: a cross-sectional questionnaire survey. *BMC Public Health* 2016;16:468.
3. Abdala SA, Canto Oliveira F, Bouaddi O, et al. A twenty-year retrospective analysis of substance use with recent behavioral addiction indicators (social media, gaming, gambling) among school-going adolescents in Morocco. 2025. PMID 42115984.
4. Psychiatric comorbidity among patients attending an addiction treatment center in Morocco. *Eur Psychiatry* 2022;65(S1). doi:10.1192/j.eurpsy.2022.2157
5. Psychiatric comorbidities among patients hospitalized in the addictology department of Ar Razi hospital in Morocco. *Eur Psychiatry* 2024.
6. Tounsi A, Azraf F, El Moussaoui N, Sabir M, Elomari F. Inhalant use and psychosis: experience of a Moroccan addiction department. *Eur Psychiatry* 2023. doi:10.1192/j.eurpsy.2023.1362
7. Wang PS, Berglund P, Olfson M, Pincus HA, Wells KB, Kessler RC. Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62(6):603-13.
8. Chapman C, Slade T, Hunt C, Teesson M. Delay to first treatment contact for alcohol use disorder. *Drug Alcohol Depend* 2015;147:116-21.
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR). Washington DC: APA Publishing, 2022.

10. World Health Organization. 6C51 Gaming disorder. In: International Classification of Diseases, Eleventh Revision (ICD-11), 2019/2021.
11. Psychometric assessment of the Moroccan version of the CRAFFT scale among adolescents and young adults with a substance use disorder. 2025.
12. van Emmerik-van Oortmerssen K, van de Glind G, van den Brink W, et al. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder in substance use disorder patients: a meta-analysis and meta-regression analysis. *Drug Alcohol Depend* 2012;122(1-2):11-19.
13. Lee SS, Humphreys KL, Flory K, Liu R, Glass K. Prospective association of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and substance use and abuse/dependence: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 2011;31(3):328-41.
14. Charach A, Yeung E, Climans T, Lillie E. Childhood attention-deficit/hyperactivity disorder and future substance use disorders: comparative meta-analyses. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011;50(1):9-21.
15. The longitudinal link: a systematic review of childhood ADHD and early onset of substance use in adulthood. 2025. PMID 42152537.
16. Serra-Pinheiro MA, Coutinho ESF, Souza IS, et al. Is ADHD a risk factor independent of conduct disorder for illicit substance use? A meta-analysis and meta-regression investigation. *J Atten Disord* 2013;17(6):459-69.
17. Borges G, Orozco R, Benjet C, et al. (Internet) gaming disorder in DSM-5 and ICD-11: a case of the glass half empty or half full. *Can J Psychiatry* 2021;66(5):477-84.
18. A bibliometric analysis of inhalant misuse among street-involved children: trends, patterns, and research gaps. 2025. PMID 41558277.
19. Status of addictions to psychoactive substances among students in the province of Béni Mellal, Morocco. *Child Youth Serv Rev* 2020.
20. Khouja JN, Suddell SF, Peters SE, Taylor AE, Munafò MR. Gateway or common liability? A systematic review and meta-analysis of studies of adolescent e-cigarette use and future smoking initiation. *Tob Control* 2021;30(1):8-15.
21. Begh R, Conde M, Fanshawe TR, et al. Electronic cigarettes and subsequent cigarette smoking in young people: a systematic review. *Addiction* 2025.
22. Poly-substance use and antisocial personality traits at admission predict cumulative retention in a buprenorphine programme. *BMC Psychiatry* 2011;11:81.
23. Lappan SN, Brown AW, Hendricks PS. Dropout rates of in-person psychosocial substance use disorder treatments: a systematic review and meta-analysis. *Addiction* 2020;115(2):201-17.
24. Retention of adolescents with substance dependence and coexisting mental health disorders in outpatient alcohol and drug group therapy. *Int J Ment Health Nurs* 2010;19(6):388-97.