

**USAGE DES OPIOIDES AU MAROC: ANALYSE DES PROFILS ET COMPORTEMENTS
DE 210 PATIENTS****Yassine Atbib^{*1}, Mariama Jalaoui², Hajar ZHAR³, Omar El Hamdaoui⁴, Yassir Bousliman⁵**

Morocco.

***Corresponding Author: Yassine Atbib**

Morocco.

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.18958354>**How to cite this Article:** Yassine Atbib^{*1}, Mariama Jalaoui², Hajar ZHAR³, Omar El Hamdaoui⁴, Yassir Bousliman⁵. (2026). Usage Des Opioides Au Maroc: Analyse Des Profils Et Comportements De 210 Patients. European Journal of Pharmaceutical and Medical Research, 13(3), 576–593.

This work is licensed under Creative Commons Attribution 4.0 International license.



Article Received on 15/02/2026

Article Revised on 05/03/2026

Article Published on 10/03/2026

ABSTRACT

Introduction: The use of opioids represents a major public health issue due to their role in pain management and the risks associated with misuse, dependence, and adverse effects. Access to certain molecules, particularly codeine and tramadol, raises concerns regarding appropriate use and the frequency of self-medication. As a frontline healthcare professional, the community pharmacist plays a central role in ensuring safe dispensing, providing patient counseling, and preventing high-risk use. This study aims to analyze, through a survey conducted among patients, opioid consumption patterns and related practices, in order to identify key findings and areas for improvement. **Methods:** A descriptive survey was conducted among 210 opioid-using patients in the Rabat-Salé-Kénitra region. The questionnaire explored sociodemographic profiles, patterns of opioid consumption, self-medication, and adverse effects. **Results:** The patient population was slightly predominantly male (52.9%) and mainly aged 18–30 years (29%). Codeine was the most commonly used opioid, with 45.2% of patients reporting daily consumption. Self-medication was frequent (32.4%), and more than half of the participants reported adverse effects (56.7%) as well as a perception of dependence (55.2%). **Conclusion:** The appropriate use of opioids remains a challenge, characterized by a high frequency of self-medication, suboptimal adherence, and underreporting of adverse effects. Community pharmacists play a pivotal role in securing the dispensing process and preventing misuse, highlighting the importance of continuous training and strengthened physician–pharmacist collaboration.

KEYWORDS: Opioids; Self-medication; Misuse; Dependence.**I- INTRODUCTION**

Les opioïdes occupent une place centrale en médecine depuis des siècles, apportant un soulagement précieux aux patients souffrant de douleurs aiguës et chroniques. Cependant, leur utilisation est un équilibre délicat entre bénéfices thérapeutiques et risques de dépendance.

Au Maroc, comme ailleurs dans le monde, la consommation d'opioïdes est plus strictement surveillée en raison de leur potentiel d'abus, de mésusage et des complications qu'ils engendrent. L'émergence de nouveaux profils d'utilisateurs, depuis les patients recevant des traitements anti-douleur jusqu'aux consommateurs dans des contextes récréatifs, souligne la nécessité de mieux comprendre les habitudes de

consommation, les facteurs de risque et les conséquences associées.

Dans ce contexte, cette étude cherche à établir un portrait détaillé des usagers d'opioïdes à partir d'une enquête menée auprès des utilisateurs. Nos objectifs incluent l'analyse des habitudes de consommation, l'identification des facteurs de risque liés à l'usage de ces substances, ainsi que l'évaluation de leur impact sur la santé publique.

Cet article aspire ainsi à éclairer la consommation d'opioïdes au Maroc, en vue d'améliorer la prévention, la gestion et la régulation de ces substances cruciales mais potentiellement risquées.

II- OBJECTIF DE L'ÉTUDE

L'objectif de cette étude est d'identifier le profil des consommateurs d'opioïdes, d'explorer leurs pratiques de consommation, de repérer les éventuels signes de mésusage, et d'évaluer, parallèlement, les impacts, dépendance et perceptions.

Dans ce contexte, un questionnaire a été élaboré et destiné aux usagers d'opioïdes se présentant en officine.

III- MATÉRIEL ET MÉTHODES

Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive analytique, réalisée auprès des patients consultant une officine dans la ville de Salé, région Rabat-Salé-Kénitra.

Lieu

L'enquête a été menée dans une officine située à Salé, où les patients ont été interrogés directement lors de leur passage.

Période

La collecte des données a débuté le 1^{er} janvier 2025 et s'est poursuivie jusqu'à le 1^{er} septembre de la même année.

Critères d'inclusion

- Acceptation libre et éclairée de participer.
- Patients adultes plus de 18ans se présentant à l'officine pour demander ou obtenir des médicaments à base d'opioïdes, avec ou sans ordonnance.

Critères de non-inclusion

- Refus de participation.
- Patients dont la réponse au questionnaire était incomplète ou non exploitable.
- Patients ne pouvant pas répondre pour des raisons linguistiques ou cognitives.

Objectifs de l'enquête

- Décrire le profil des usagers des antalgiques opioïdes.
- Identifier les situations potentielles de mésusage.
- Analyser les motifs de consommation et les modes d'accès.
- Explorer les perceptions, la compréhension des risques et les signes possibles de dépendance.

Analyse des données

Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel Microsoft Excel, permettant la réalisation de statistiques descriptives, tableaux et graphiques.

Considérations éthiques

- Fournir aux patients une information claire, simple et facilement compréhensible, en utilisant un langage adapté à leur niveau d'éducation et à leur état de santé.
- Assurer la confidentialité et la protection de l'identité des participants, en évitant toute collecte de données nominatives non indispensables.

- Garantir aux participants la possibilité de refuser ou d'interrompre leur participation à tout moment, sans conséquence sur leur prise en charge au sein de l'officine.

Elaboration et contenu du questionnaire

Le questionnaire était structuré en 24 questions, majoritairement à choix multiple, réparties en trois sections distinctes.

- La première partie, «Données générales et caractéristiques des patients», recueillait les données sociodémographiques et quelques informations relatives au recours à l'officine.
- La deuxième partie, « Profil de consommation des opioïdes », explorait les types d'opioïdes utilisés, les modalités d'utilisation, la fréquence de prise et la présence éventuelle d'automédication.
- La troisième partie, « Impacts, dépendance et perceptions », s'intéressait aux signes possibles d'usage problématique, à la tolérance, à la dépendance, ainsi qu'à la perception des dangers associés à ces traitements.

Il a été administré oralement par l'enquêteur et les réponses ont été directement saisies dans un document Excel.

IV- RÉSULTATS

Suite aux nombreux résultats obtenus dans le cadre de l'enquête, seuls quelques-uns seront présentés et discutés dans cet article.

1- Profils sociodémographiques des patients

a- Répartition selon le sexe

Selon les données obtenues et illustrées dans le diagramme ci-après (Figure 1), la répartition selon le sexe montre une légère prédominance masculine parmi les patients inclus dans l'étude. En effet, 52,90 % des répondants sont des hommes, contre 47,10 % de femmes, soit un sex-ratio H/F de 1,12.

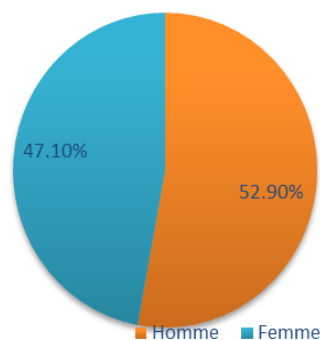


Figure 1: Répartition par sexe.

b- Distribution selon les tranches d'âge

Les patients ont été répartis en différentes tranches d'âge afin de permettre une analyse plus précise de la distribution de l'échantillon (Figure 2). Les résultats montrent que la tranche d'âge la plus représentée est

celle des 18 à 30 ans, qui regroupe 29 % des participants. Elle est suivie par les patients âgés de 46 à 60 ans (27,6 %) et ceux de plus de 60 ans (26,2 %), indiquant une

proportion importante de sujets d'âge mûr et avancé. En revanche, la tranche des 31 à 45 ans est moins représentée, avec 17,1 % des répondants.

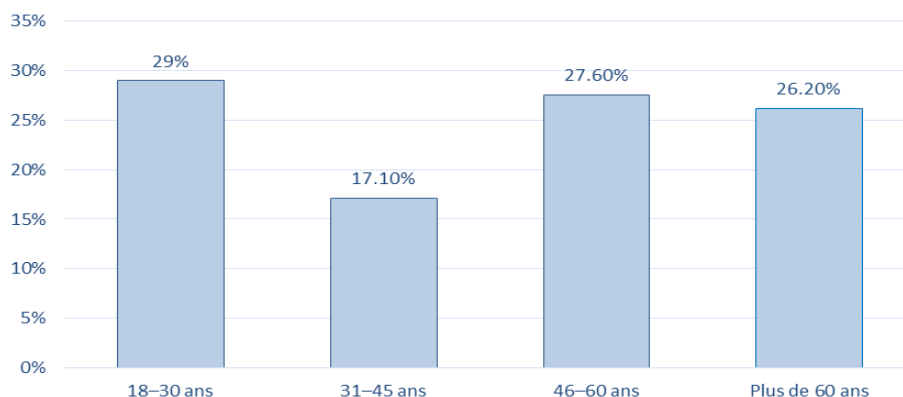


Figure 2: Répartition selon l'âge des patients.

c- Répartition par niveau d'étude

Les patients ont été répartis selon leur niveau d'instruction afin de caractériser le profil socio-éducatif de l'échantillon étudié (Figure 3). Les résultats montrent que la catégorie des patients non scolarisés est la plus représentée, avec 34,76 % des répondants. Elle est suivie par ceux ayant un niveau primaire, qui représentent 24,76 % de l'échantillon. Les niveaux secondaire et universitaire concernent respectivement 20,95 % et 19,52 % des participants (Tableau 1).

la population étudiée, tout en soulignant la présence non négligeable de patients ayant un niveau d'études secondaire ou supérieur.

Tableau 1: Répartition en fonction du niveau d'étude.

Niveau d'éducation	Nombre	Pourcentage
Non scolarisé	73	34,76%
Primaire	52	24,76 %
Secondaire	44	20,95 %
Universitaire	41	19,52 %
Total	210	100 %

Cette répartition met en évidence une prédominance des niveaux d'instruction faibles à intermédiaires au sein de

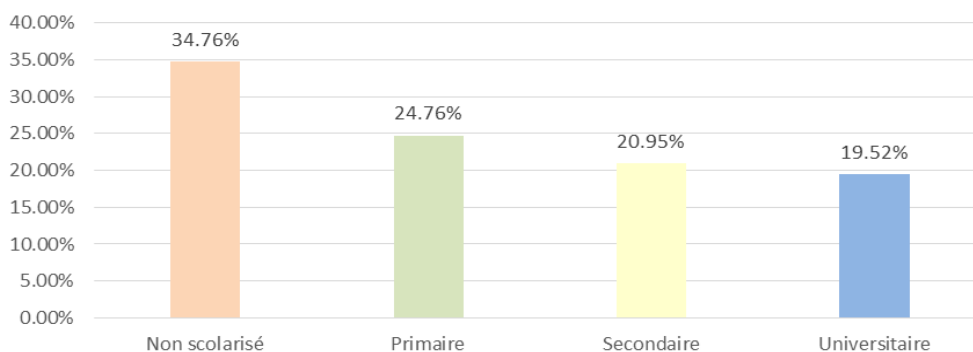


Figure 3: La répartition en fonction du niveau d'étude.

2- Profil de consommation des opioïdes

a- Répartition des patients selon la fréquence de consommation des opioïdes

L'analyse de la fréquence de consommation met en évidence une utilisation majoritairement quotidienne,

tandis que les consommations occasionnelles se révèlent moins représentées.

La répartition complète des modalités de fréquence est illustrée dans le tableau 2 et la figure 4:

Tableau 2: Représentation graphique de la fréquence de consommation des opioïdes.

Réponse	Effectif	Pourcentage (%)
Quotidiennement	95	45,24%
Quelques fois par semaine	49	23,34%
Rarement / Quelques fois par mois	66	31,42 %
Total	210	100%

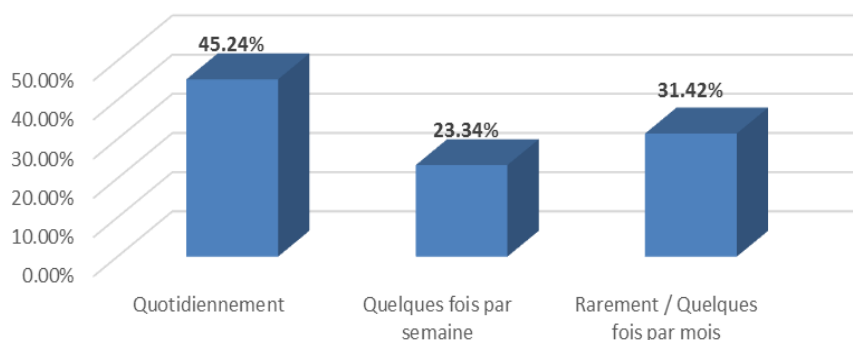


Figure 4: Répartition selon la fréquence de consommation des opioïdes.

b- Type d'opioïde utilisé par les patients

L'analyse du type d'opioïde utilisé montre une nette prédominance de la codéine, tandis que le tramadol est

moins fréquemment rapporté par les patients. La répartition détaillée est présentée dans la figure 5 ci-après.

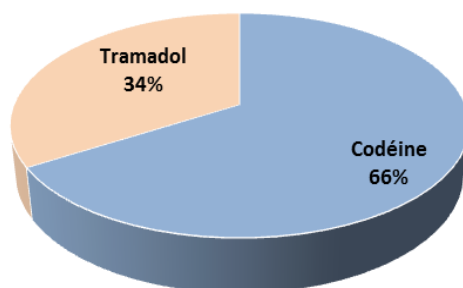


Figure 5: Répartition selon le type d'opioïde consommé par les patients.

c- Motifs déclarés d'utilisation des opioïdes

Les motifs de consommation des opioïdes ont été analysés afin d'identifier les principales raisons d'usage au sein de la population étudiée (Figure 6).

Les résultats montrent que l'automédication constitue le motif le plus fréquemment rapporté, représentant 32,38 % des réponses. Elle est suivie par la gestion de la douleur chronique, qui concerne 27,62 % des patients, traduisant un recours important aux opioïdes dans un contexte de prise en charge prolongée de la douleur.

La gestion de la douleur aiguë représente 20,48 % des motifs de consommation, tandis que l'usage récréatif est rapporté par 19,52 % des participants.

Cette répartition met en évidence une prédominance des usages hors cadre strictement médical, notamment l'automédication, tout en soulignant la diversité des contextes de consommation.

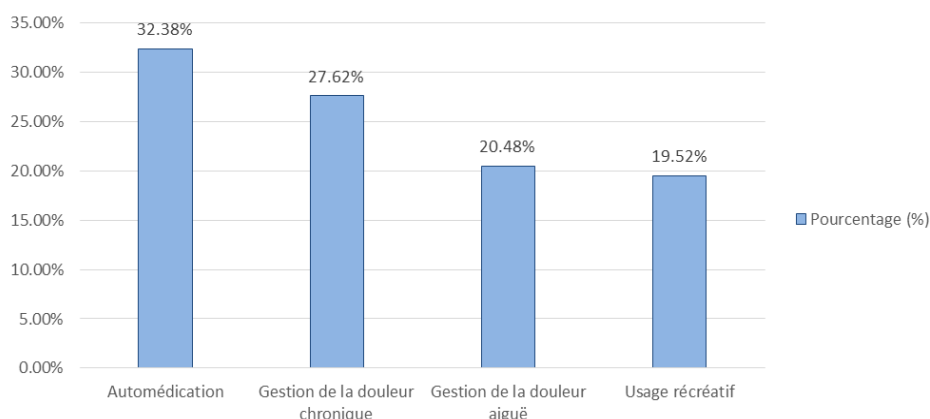


Figure 6: Représentation graphique des motifs déclarés de consommation des opioïdes.

3- Impacts, dépendance et perceptions

a- Impact sur la santé physique et mentale

a -1 Répartition de la présence d'effets indésirables selon la fréquence de consommation

Une analyse comparative a été réalisée afin d'évaluer l'association entre la fréquence de consommation des

opioïdes et la survenue d'effets indésirables. Les résultats correspondants sont présentés dans le tableau 3 et la figure 7 ci-dessous.

Tableau 3: Présence d'effets indésirables selon la fréquence de consommation.

Fréquence de consommation	Aucun EI	≥ 1 EI	Total	p-value
Quotidiennement	37 (38,9%)	58 (61,1%)	95	
Quelques fois par semaine	19 (38,8%)	30 (61,2%)	49	
Quelques fois par mois	7 (43,8%)	9 (56,2%)	16	
Rarement	28 (56,0%)	22 (44,0%)	50	
Total	91 (43,3%)	119 (56,7%)	210	p = 0,2189 > 0,05

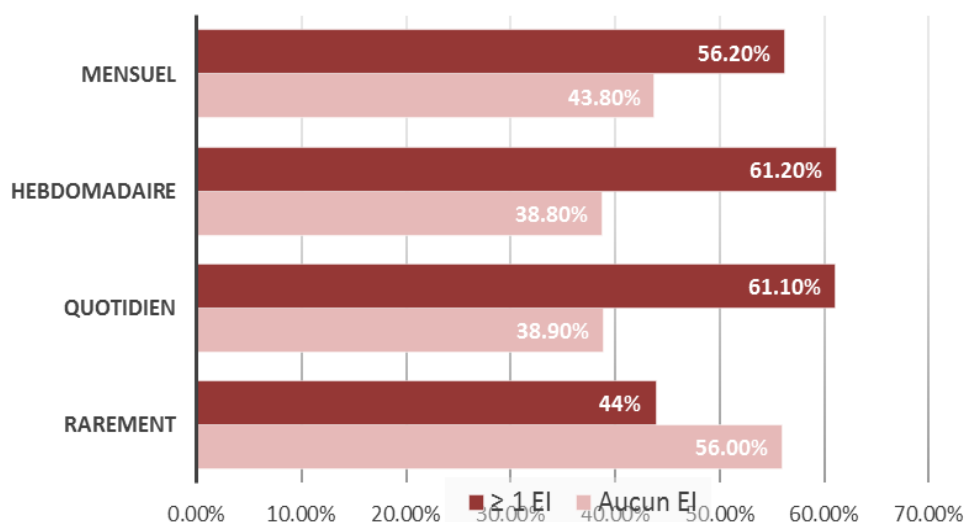


Figure 7: Présence d'effets indésirables selon la fréquence de consommation.

a -2 Répartition des effets indésirables rapportés par les patients

Les effets indésirables rapportés se concentrent principalement autour de la somnolence, suivie de la

constipation, tandis que les nausées et les problèmes respiratoires sont moins fréquemment mentionnés. La répartition est illustrée dans la figure ci-dessous (Figure 8).

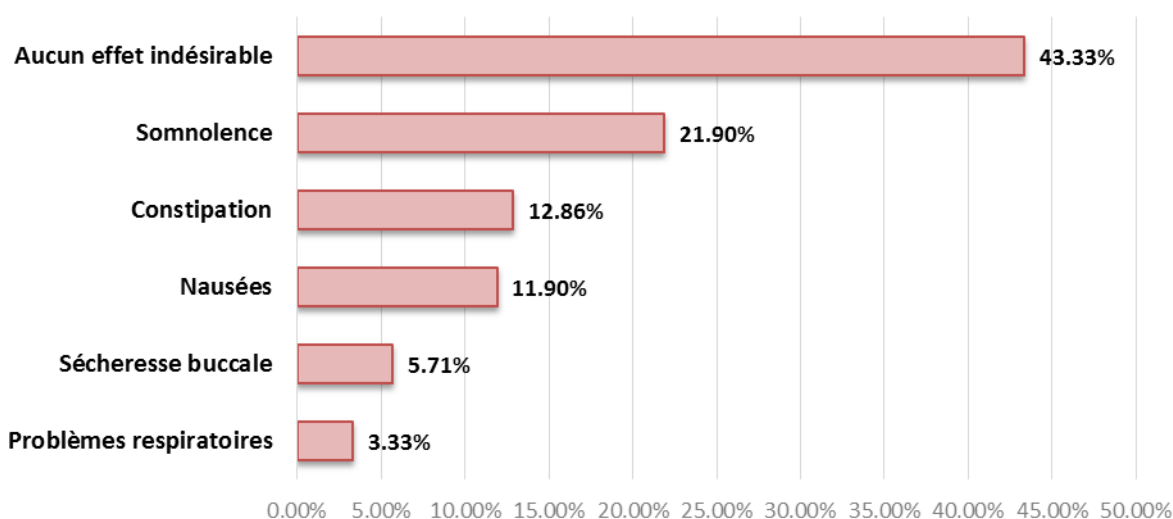


Figure 8: Répartition des effets indésirables rapportés par les patients.

a -3 Répartition selon les effets indésirables des opiacés les plus fréquemment rapportés par les patients

Les réponses mentionnées dans la figure 9 indiquent que la dépendance physique ou psychologique constitue l'effet indésirable le plus fréquemment rapporté par les patients, représentant 42,1 % des cas.

La somnolence (23,4 %) et la constipation (18,1 %) sont également des effets indésirables couramment signalés. Les nausées et vomissements concernent 11,7 % des patients.

En revanche, les manifestations telles que les vertiges (1,8 %), la confusion mentale (1,8 %) et les céphalées (1,2 %) sont rapportées de manière beaucoup plus marginale.

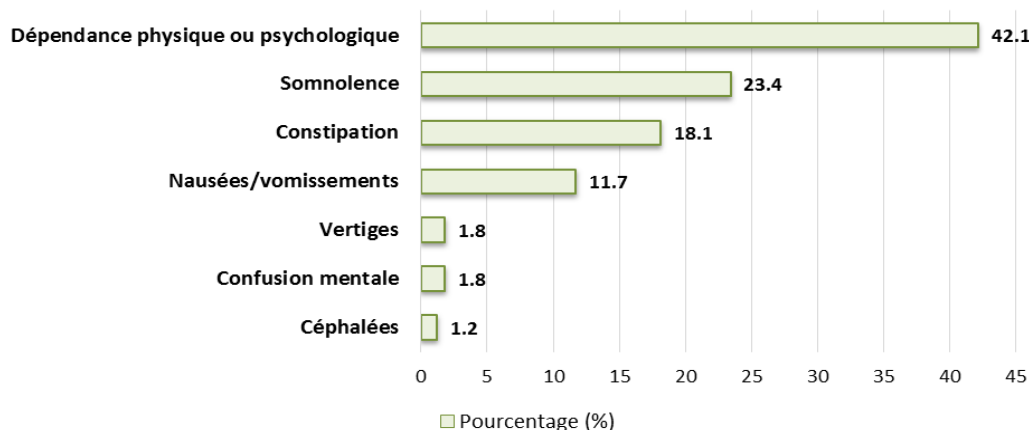


Figure 9: Répartition selon la nature des effets indésirables des opiacés rapportés par les patients.

a -4 Répartition des effets indésirables selon le type d'opioïde consommé

Une analyse comparative a été réalisée afin d'examiner l'association entre le type d'opioïde consommé et la

survenue d'effets indésirables chez les patients. Les résultats de cette analyse sont présentés dans le tableau 4 ci-dessous.

Tableau 4: Répartition des effets indésirables selon le type d'opioïde consommé.

Type d'opioïde	Aucun EI	≥ 1 EI	Total	p-value
Codéine	66 (47,5 %)	73 (52,5 %)	139	
Tramadol	25 (35,2 %)	46 (64,8 %)	71	
Total	91 (43,3 %)	119 (56,7 %)	210	p = 0,1211 > 0,05

Le graphique (Figure 10) montre la répartition des patients selon l'opioïde consommé et la survenue d'effets indésirables. Pour la codéine, 47,5% des patients ne

rapportent aucun effet indésirable et 52,5% en rapportent au moins un. Pour le tramadol, ces proportions sont respectivement de 35,2 % et 64,8 %.

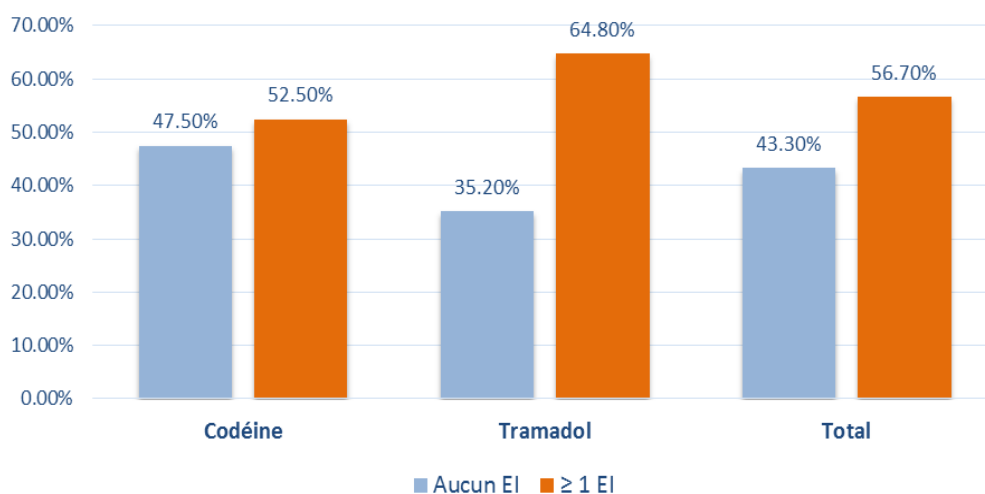


Figure 10: Répartition des effets indésirables selon le type d'opioïde consommé.

a -5 Répartition des patients selon l'impact de la consommation d'opioïdes sur l'état mental

Les résultats (Figure 11) montrent que plus de la moitié des patients rapportent un impact de la consommation d'opioïdes sur leur état mental. En effet, 46,19 % des

participants déclarent aucun impact, tandis que 53,81 % rapportent des répercussions psychologiques, principalement sous forme de sentiment de dépendance (32,86 %), d'anxiété (16,19 %) et, dans une moindre mesure, de dépression (4,76 %).

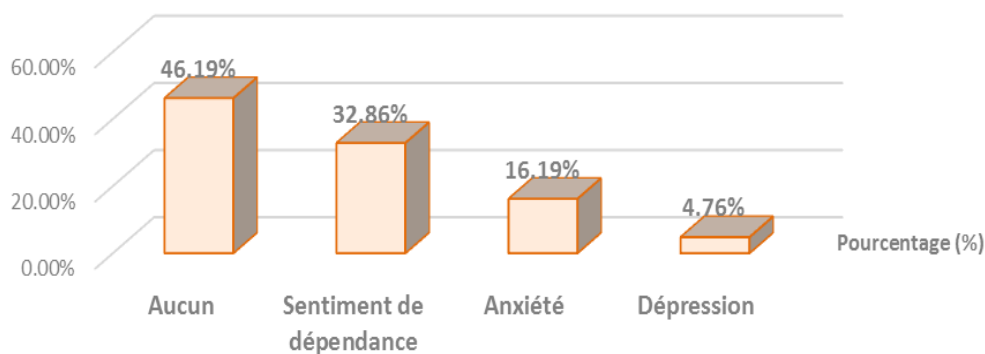


Figure 11: L'impact de la consommation d'opioïdes sur l'état mental.

a - 6 Répartition des patients selon l'impact de la consommation d'opioïdes sur les relations familiales et sociales

La répartition des patients selon l'impact de la consommation d'opioïdes sur les relations familiales et sociales (Figure 12) montre que 51,43 % des répondants déclarent l'absence d'impact. En revanche, 48,57 % des patients rapportent une modification de leurs relations,

dont 27,14 % perçoivent un impact positif et 21,43 % un impact négatif.

Ces résultats mettent en évidence que près de la moitié des patients font état de répercussions relationnelles associées à la consommation d'opioïdes, traduisant une influence notable sur la sphère sociale et familiale.

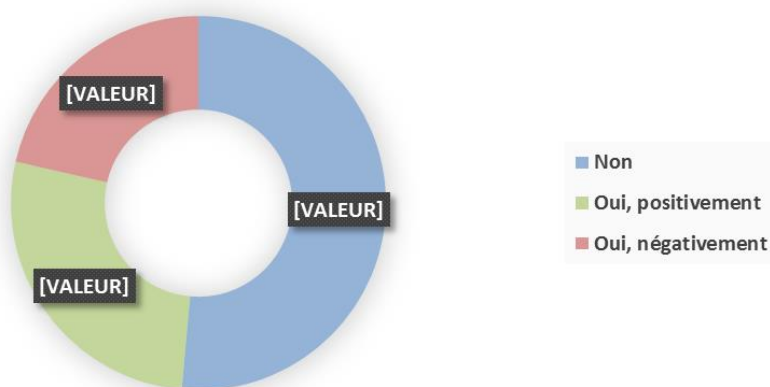


Figure 12: Répartition des patients selon l'impact de la consommation d'opioïdes sur les relations familiales et sociales.

a -7 Répartition des patients selon l'impact de la consommation d'opioïdes sur le travail ou les études

La répartition des patients selon l'existence de difficultés professionnelles ou scolaires liées à la consommation d'opioïdes (Figure 13) montre que 57,62 % des répondants ne rapportent aucune difficulté. En revanche, 42,38 % des patients déclarent avoir rencontré des

difficultés, dont 23,81 % perçoivent un impact positif et 18,57 % un impact négatif.

Ces résultats indiquent que, bien qu'une majorité relative ne signale pas de répercussions sur le travail ou les études, une proportion substantielle des patients fait état de modifications de leur fonctionnement professionnel ou scolaire associées à la consommation d'opioïdes.

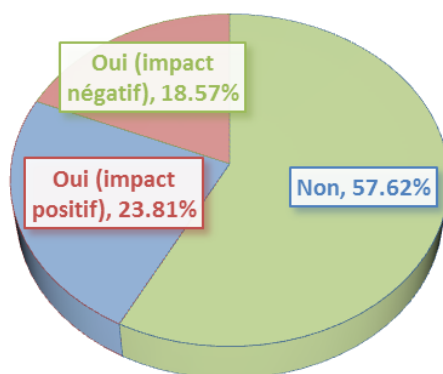


Figure 13: L'impact de la consommation d'opioïdes sur le travail ou les études.

b- Dépendances et perceptions

b -1 Répartition des patients selon leurs tentatives d'arrêt de la consommation d'opioïdes

Les réponses recueillies montrent que certains patients ont tenté d'arrêter leur consommation d'opioïdes, avec

ou sans succès, tandis qu'une proportion notable n'a rapporté aucune tentative. La répartition est présentée dans la figure ci-dessous (Figure 14).

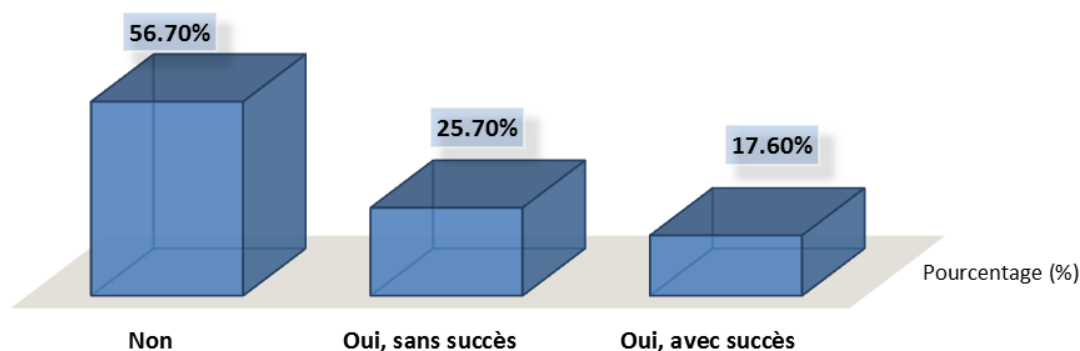


Figure 14: Représentation graphique du statut des patients vis-à-vis des tentatives d'arrêt.

b -2 Répartition de la Perception de dépendance selon la durée de consommation

La durée de consommation a été répartie en différentes catégories temporelles, permettant d'explorer l'évolution du ressenti de dépendance en fonction du temps d'exposition aux opioïdes.

Les résultats présentés ci-dessous (Tableau 5) mettent en évidence les variations de la perception de dépendance selon la durée de consommation et permettent d'apprécier l'existence d'une tendance progressive associée à l'allongement de la consommation.

Tableau 5: Répartition de la Perception de dépendance selon la durée de consommation.

Réponse	Non	Oui	incertain	Total	p-value
< 1 mois	23 (82,1%)	3 (10,7%)	2 (7,1%)	28	
1–6 mois	20 (48,8%)	16 (39,0%)	5 (12,2%)	41	
> 6 mois	33 (23,4%)	97 (68,8%)	11 (7,8%)	141	
Total	76 (36,2%)	116 (55,2%)	18 (8,6%)	210	$1.68 \times 10^{-8} < 0,001$

Le graphique (Figure 15) illustre la répartition des réponses selon la durée de consommation. Parmi les patients ayant une durée de consommation inférieure à un mois, 82,1 % répondent « non », 10,7 % « oui » et 7,1 % « incertain ».

Chez ceux dont la consommation est comprise entre un et six mois, 48,8 % déclarent « non », 39,0 % « oui » et 12,2 % « incertain ».

Enfin, pour les patients consommant depuis plus de six mois, les réponses se répartissent entre 23,4 % « non », 68,8 % « oui » et 7,8 % « incertain ».

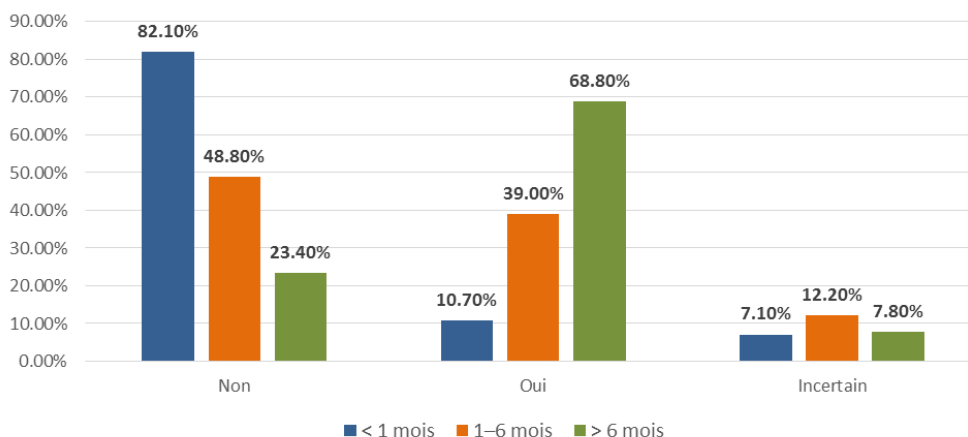


Figure 15: Répartition de la Perception de dépendance selon la durée de consommation.

b -3 Répartition de la perception de dépendance selon les antécédents psychologiques Une analyse comparative a été réalisée afin d'évaluer l'association

entre les antécédents psychologiques et la perception de dépendance (Tableau 6).

Tableau 6: Répartition de la perception de dépendance selon les antécédents psychologiques.

Antécédents psychologiques	Non	Oui	Incertain	Total	p-value
Non	51 (43,59 %)	54 (46,15 %)	12 (10,26 %)	117	p = 0,0122 <0,05
Oui	25 (26,88 %)	62 (66,67 %)	6 (6,45 %)	93	
Total	76	116	18	210	

Le graphique (Figure 16) présente la répartition de la perception de dépendance selon la présence d'antécédents psychologiques.

Parmi les patients sans antécédents psychologiques, 43,59 % déclarent ne pas percevoir de dépendance, 46,15

% déclarent en percevoir une et 10,26 % se déclarent incertains. En revanche, chez les patients présentant des antécédents psychologiques, 26,88 % répondent « non », 66,67 % répondent « oui » et 6,45 % expriment une incertitude quant à la perception de dépendance.

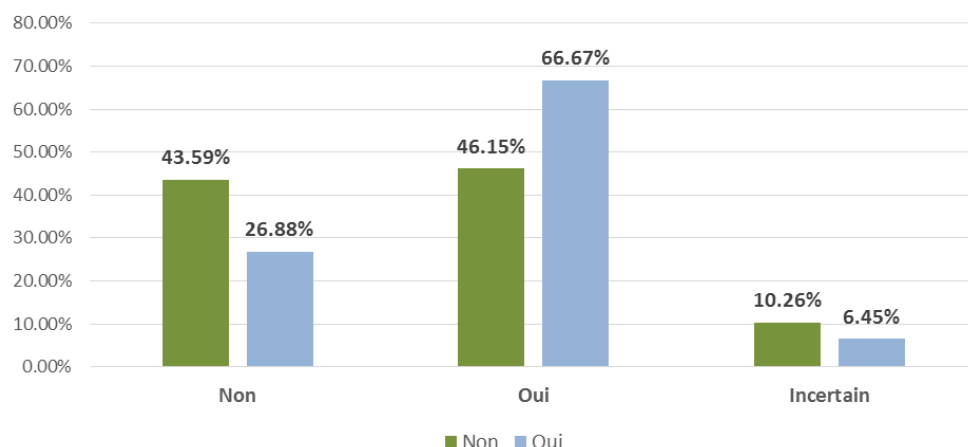


Figure 16: Répartition de la perception de dépendance selon les antécédents psychologiques.

b - 4 Répartition des tentatives d'arrêt selon la durée de consommation: Une analyse comparative a été

menée afin d'évaluer l'association entre la durée de consommation et les tentatives d'arrêt (Tableau 7).

Tableau 7: Répartition des tentatives d'arrêt selon la durée de consommation.

Durée de consommation	Non	Oui	Total	p-value
< 6 mois	28 (40,58 %)	41 (59,42 %)	69	0,00167 < 0,01
≥ 6 mois	91 (64,54 %)	50 (35,46 %)	141	
Total	119	91	210	

Les patients ayant une durée de consommation inférieure à 6 mois déclarent plus fréquemment une perception de dépendance (59,42 %) comparativement à ceux consommant depuis 6 mois ou plus (35,46 %).

À l'inverse, l'absence de perception de dépendance est davantage rapportée chez les patients ayant une consommation prolongée (64,54 %). (Figure 17).

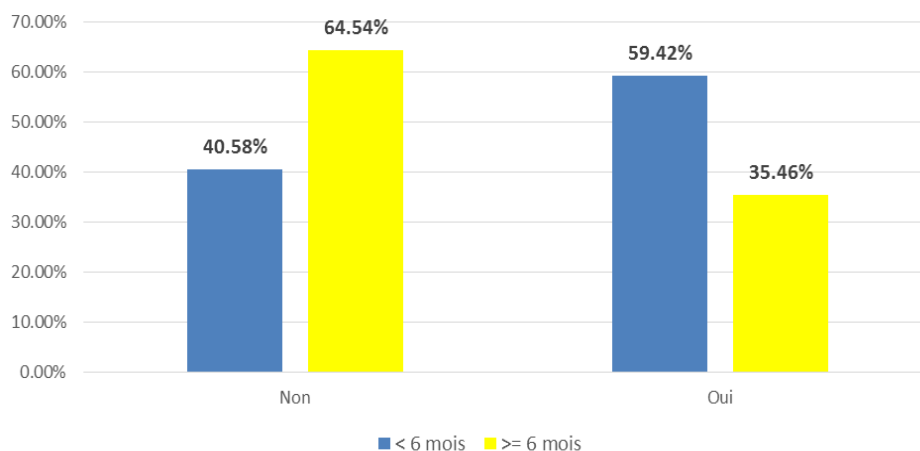


Figure 17: Répartition des tentatives d'arrêt selon la durée de consommation.

V- DISCUSSION

1- Introduction

L'utilisation des opioïdes dans la prise en charge de la douleur s'inscrit dans une problématique complexe, située à l'interface entre nécessité thérapeutique et risque d'usage problématique. Si ces médicaments occupent une place essentielle dans l'arsenal thérapeutique, leur consommation prolongée ou non encadrée peut conduire à des conséquences sanitaires et psychosociales notables, nécessitant une analyse approfondie des profils d'utilisateurs et des modalités d'utilisation observées en pratique réelle.

Les données issues de la littérature internationale mettent en évidence que l'exposition répétée aux opioïdes peut favoriser l'apparition de phénomènes de tolérance, de dépendance et d'effets indésirables, tout en influençant négativement le bien-être psychologique et le fonctionnement social des patients.^{[1],[2]}

Ces risques sont d'autant plus marqués dans les contextes où le suivi médical est insuffisant, où l'accès aux structures spécialisées reste limité et où l'information du patient sur les modalités d'utilisation demeure incomplète. Dans les pays à revenu intermédiaire, ces facteurs contextuels peuvent accentuer la vulnérabilité des usagers et contribuer à des pratiques de consommation inadéquates.

L'analyse des caractéristiques individuelles des patients, incluant les paramètres sociodémographiques et les habitudes de consommation, permet ainsi d'identifier des profils à risque et de mieux comprendre les déterminants de l'usage prolongé ou inapproprié des opioïdes. De même, l'étude des modalités d'accès aux médicaments, de la durée et de la fréquence d'utilisation, ainsi que des motifs déclarés de consommation, apporte un éclairage

essentiel sur les dynamiques d'usage observées en officine.

Par ailleurs, l'exploration des répercussions rapportées par les patients met en lumière l'impact global de la consommation d'opioïdes, dépassant le cadre strictement somatique. Les atteintes psychologiques, les difficultés relationnelles et les perturbations de la vie professionnelle constituent des dimensions importantes à considérer dans l'évaluation des conséquences de l'usage des opioïdes. La perception subjective de la dépendance et les tentatives d'arrêt évoquées par certains patients traduisent également la complexité des parcours de consommation et les obstacles rencontrés dans la gestion de ces traitements.

Cette discussion a pour objectif d'interpréter les résultats obtenus auprès des patients en les confrontant aux données disponibles dans la littérature scientifique, afin de mieux appréhender les enjeux liés à l'usage des opioïdes dans le contexte étudié. Elle vise également à dégager des pistes de réflexion permettant d'améliorer l'accompagnement des patients et de renforcer les actions de prévention et de réduction des risques, en lien avec le rôle des professionnels de santé de proximité.

2- Profils sociodémographiques des patients

Dans notre étude, la population des patients usagers d'opioïdes comportait une légère prédominance masculine (52,9 % d'hommes et 47,1 % de femmes). Cette quasi-parité témoigne d'un rapprochement des profils de consommation entre sexes, par rapport aux tendances historiques qui rapportaient une nette prédominance masculine dans l'usage des opioïdes, notamment en dehors d'un cadre médical strict (UNODC, World Drug Report).^[3]

Cette observation est cohérente avec des données récentes montrant que l'écart entre hommes et femmes dans l'usage des opioïdes tend à se réduire dans certains contextes cliniques, notamment en raison des différences biologiques et psychosociales dans la perception de la douleur et dans la réponse aux antalgiques.^[4] En effet, la littérature scientifique indique que les hommes et les femmes ne sont pas équivalents face au traitement de la douleur par des opioïdes. Des variations biologiques dans la réponse à la morphine et à d'autres opioïdes ont été documentées, ce qui peut influencer les profils de prescription et d'usage rapportés par les patients.^[4]

Cela suggère que la représentation importante des femmes dans notre échantillon pourrait s'expliquer par une augmentation relative de prescriptions médicales chez les femmes, en particulier pour des indications douloureuses chroniques, ainsi que par une meilleure sensibilisation à la prise en charge de la douleur.

Sur le plan de l'âge, les résultats de notre étude, menée au Maroc, mettent en évidence une distribution bimodale des usagers d'opioïdes, avec une forte représentation des jeunes adultes âgés de 18 à 30 ans (29 %) et des sujets d'âge plus avancé, les patients âgés de 46 ans et plus représentant plus de 53 % de l'effectif cumulé.

Cette structuration suggère l'existence de deux dynamiques distinctes d'usage. Chez les plus jeunes adultes, la consommation apparaît davantage orientée vers l'automédication et des usages expérimentaux ou non thérapeutiques. Cette tendance est appuyée par l'étude nationale américaine de Hudgins, qui rapporte une prévalence plus élevée du mésusage des opioïdes sur ordonnance chez les 18–25 ans, avec des modes d'obtention majoritairement informels (amis, entourage), traduisant un recours fréquent en dehors d'un cadre médical structure.^[5]

À l'inverse, chez les sujets plus âgés, la consommation d'opioïdes est majoritairement liée à la prise en charge de douleurs chroniques. Cette observation est cohérente avec les données épidémiologiques rapportées par Schieber en 2020^[6], qui montrent que les taux de dispensation d'opioïdes augmentent nettement avec l'âge, atteignant leurs niveaux les plus élevés chez les personnes âgées de 65 ans et plus, en lien avec la prévalence accrue des pathologies chroniques et dégénératives nécessitant un traitement antalgique prolongé.

Sur le plan socio-éducatif, la population étudiée se caractérise par une prédominance de niveaux d'instruction faibles à intermédiaires, avec une proportion importante de patients non scolarisés ou ayant un niveau primaire. En effet, 34,76 % des patients sont non scolarisés et 24,76 % ont un niveau primaire, soit près de 60 % de l'échantillon, tandis que les niveaux secondaire et universitaire représentent respectivement 20,95 % et 19,52 % des patients.

Cette observation suggère que le niveau d'éducation pourrait constituer un facteur associé aux modalités d'usage des opioïdes, notamment au recours à l'automédication et à une moindre perception des risques liés à ces médicaments.

Cette interprétation est renforcée par les résultats de la thèse de Chinweuba (2024)^[7], qui met en évidence une association significative entre faible niveau éducatif et mésusage non médical des opioïdes. Toutefois, contrairement au contexte nord-américain de cette thèse, notre étude s'inscrit dans un environnement socioculturel différent, marqué par des inégalités d'accès à l'information sanitaire et au suivi médical.

Dans ce contexte, le faible niveau d'instruction pourrait amplifier le recours à l'automédication observé dans notre enquête, soulignant le rôle central de la littératie en santé comme levier de prévention du mésusage.

Ainsi, au-delà de la simple comparaison des résultats, l'analyse croisée du sexe, de l'âge et du niveau d'instruction met en évidence que l'usage des opioïdes est influencé par des facteurs biologiques, sociaux et éducatifs interdépendants. Ces éléments plaident pour une approche différenciée et ciblée de la prévention et de la prise en charge, intégrant à la fois le repérage des usages à risque chez les jeunes adultes, l'accompagnement des patients âgés sous traitement chronique et le renforcement de l'éducation thérapeutique auprès des populations à faible niveau d'instruction.

3- Profil de consommation des opioïdes

L'analyse du type d'opioïde consommé révèle une utilisation majoritaire de la codéine par rapport au tramadol dans notre étude. La codéine est rapportée par 66,19 % des patients, tandis que le tramadol concerne 33,81 % des répondants. Ce résultat suggère que, dans le contexte étudié, la codéine occupe une place centrale dans les pratiques de consommation des opioïdes, en particulier en dehors des cadres spécialisés de prise en charge de la douleur.

Cette configuration contraste avec les données françaises, où le tramadol apparaît comme l'opioïde le plus prescrit et le plus consommé, selon les rapports de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).^[8] Toutefois, cette divergence ne doit pas être interprétée uniquement en termes de volumes de consommation, mais plutôt à la lumière des modalités d'accès, de prescription et de perception des différentes molécules. En effet, la codéine est souvent perçue comme un antalgique « faible », associé fréquemment à des combinaisons avec le paracétamol, ce qui peut contribuer à une banalisation de son usage et à une sous-estimation de son potentiel de dépendance.

Cette interprétation est renforcée par les résultats de la thèse de Célérier-Noaille^[9], réalisée en France dans la

région du Limousin qui montre que, bien que le tramadol soit quantitativement plus consommé en France, la codéine est l'opioïde le plus concerné par le mésusage en pratique officinale. Ainsi, la forte prévalence de la codéine observée dans notre étude pourrait traduire un terrain favorable au mésusage, en particulier lorsque l'accès au médicament est perçu comme plus simple ou moins strictement contrôlé.

L'analyse des motifs de consommation confirme cette hypothèse avec une prédominance de l'automédication (32,4 %), suivie de la douleur chronique (27,6). Cette distribution met en évidence un glissement progressif de l'usage médical vers des pratiques non encadrées, phénomène largement décrit dans la littérature internationale comme un facteur central de la crise des opioïdes.

L'automédication, en particulier, expose les patients à des prises répétées, à des ajustements posologiques non contrôlés et à une absence de suivi clinique, favorisant l'installation d'un usage problématique.

Par ailleurs, L'analyse conjointe de la durée et de la fréquence de consommation des opioïdes met en évidence une exposition répétée et prolongée chez une proportion importante des patients interrogés. La présence d'une consommation fréquente, parfois quotidienne, associée à une durée d'utilisation s'étendant sur plusieurs mois, traduit une chronicisation de l'usage des opioïdes initialement introduits pour des motifs antalgiques. Cette dynamique est particulièrement préoccupante, car elle constitue un terrain propice au développement de la tolérance, de la dépendance et du mésusage.

Ces observations sont cohérentes avec les données de la littérature, notamment une revue systématique qui souligne que la combinaison d'une durée prolongée et d'une fréquence élevée d'exposition constitue l'un des principaux déterminants du mésusage et de la dépendance aux opioïdes, y compris chez des patients sans antécédents d'usage de substances illicites.^[10] Ces résultats mettent en évidence que le risque ne se limite pas aux profils traditionnellement considérés comme vulnérables, mais concerne également des patients initialement traités pour une douleur légitime.

De manière complémentaire, les résultats d'une étude américaine longitudinale montrent que les caractéristiques de la prescription initiale, notamment la durée de la prescription et le nombre de jours de traitement, influent fortement sur la probabilité de passage à un usage à long terme. Ainsi, la probabilité qu'un patient continue à utiliser des opioïdes au-delà d'un an augmente significativement avec chaque jour supplémentaire de traitement prescrit dès le départ, particulièrement après 5 jours d'exposition et en cas d'ordonnances multiples ou de longs renouvellements.^[11] Ces éléments renforcent l'idée que la chronicisation

observée dans notre étude pourrait résulter, au moins en partie, d'une initiation insuffisamment encadrée du traitement opioïde.

Dans notre population, cette exposition prolongée s'accompagne d'une perception élevée de dépendance et d'un retentissement psychologique significatif, comme en témoigne l'association statistiquement significative mise en évidence par le test du Khi² ($p < 0,001$).

Cette corrélation suggère que la durée d'usage ne constitue pas seulement un marqueur de consommation, mais également un facteur influençant la manière dont les patients perçoivent leur rapport au médicament et leur perte de contrôle progressive. Ces constats rejoignent les recommandations internationales en matière de prise en charge de la douleur, qui insistent sur la nécessité de limiter la durée et la fréquence des prescriptions, en particulier dans le traitement des douleurs non cancéreuses.^[12]

Dans l'ensemble, le profil de consommation observé se caractérise par une utilisation fréquente et parfois prolongée des opioïdes, dominée par la codéine, avec des motifs de consommation largement orientés vers l'automédication et la douleur chronique. Le mode de premier contact, lorsqu'il survient en dehors d'un cadre médical structuré, semble favoriser une banalisation de l'usage et un risque accru de mésusage, comme le souligne la littérature.^[13]

Ces éléments soulignent la nécessité d'un encadrement précoce et d'un suivi thérapeutique régulier et d'une implication renforcée des professionnels de santé afin de prévenir l'évolution vers des usages problématiques.

4- Impacts, dépendance et perceptions

Afin de bien cerner les répercussions de la consommation d'opioïdes sur les patients, il est essentiel d'analyser non seulement les effets pharmacologiques directs, mais également les dimensions psychologiques, sociales et comportementales qui en découlent.

L'analyse des résultats montre que 56,7 % des patients rapportent la survenue d'au moins un effet indésirable lié à la consommation d'opioïdes, confirmant la fréquence élevée de ces manifestations. Les effets les plus souvent rapportés sont la somnolence et la constipation, tandis que les nausées et les troubles respiratoires sont moins fréquents. Cette distribution est conforme au profil pharmacologique classiquement décrit pour les opioïdes et confirme leur potentiel d'effets indésirables, même dans un cadre d'utilisation thérapeutique.

Il convient toutefois de préciser que les troubles respiratoires rapportés concernent majoritairement des patients présentant déjà des antécédents respiratoires. Dans ces situations, la consommation d'opioïdes ne constitue pas nécessairement le facteur déclenchant initial, mais semble plutôt aggraver ou majorer des

troubles préexistants, en raison de leurs effets dépressifs sur la fonction respiratoire. Ainsi, les opioïdes apparaissent davantage comme un facteur aggravant que comme une cause primaire des troubles respiratoires observés dans notre population.

L'analyse statistique ne met pas en évidence d'association significative entre la fréquence de consommation et la survenue d'effets indésirables ($p = 0,2189 > 0,05$), bien que les consommateurs quotidiens et hebdomadaires présentent des proportions plus élevées (environ 61 %). De même, aucune association significative n'est observée entre le type d'opioïde consommé et la présence d'effets indésirables ($p = 0,1211 > 0,05$), malgré une fréquence plus élevée chez les consommateurs de tramadol (64,8 %) comparativement à la codéine (52,5 %). Ces résultats suggèrent que la survenue des effets indésirables ne dépend pas uniquement du type de molécule ou de la fréquence d'exposition, mais s'inscrit dans un ensemble de facteurs individuels et contextuels.

Ces résultats sont comparables à ceux rapportés dans une étude africaine menée au Soudan, où la constipation (61 %) et la sédation (49 %) figuraient parmi les effets indésirables les plus fréquents chez des patients recevant des opioïdes, avec des différences significatives selon la molécule ($p < 0,005$), soulignant que le profil d'effets indésirables dépend à la fois du type d'opioïde et du contexte Clinique.^[14]

Cette concordance souligne que le profil d'effets indésirables est fortement influencé par le contexte clinique et les modalités d'utilisation, au-delà du seul choix pharmacologique.

Dans ce contexte, le pharmacien d'officine occupe une position stratégique dans la prise en charge des patients traités par opioïdes, en raison de son accessibilité, de la régularité des contacts avec les patients et de son rôle central dans la dispensation et le suivi thérapeutique. Les effets indésirables liés aux opioïdes, notamment la constipation, la somnolence ou les nausées, constituent fréquemment des motifs de consultation spontanée en officine et peuvent altérer l'adhésion au traitement s'ils ne sont pas correctement pris en charge.

Cette place centrale du pharmacien est illustrée par une étude menée au Danemark, réalisée en officine lors de la dispensation d'un traitement opioïde. Dans cette étude, fondée sur 286 entretiens conduits par des pharmaciens ou des membres formés de l'équipe officinale, seuls 28,3 % des patients déclaraient avoir été informés du risque de constipation au moment de l'initiation du traitement.^[15]

Ce constat met en évidence non seulement la fréquence de cet effet indésirable, mais également l'importance du rôle éducatif du pharmacien dans l'information des

patients, la prévention des complications et l'optimisation de l'adhésion thérapeutique.

Par ailleurs, l'analyse de l'impact psychologique met en évidence que plus de la moitié des patients (53,81 %) rapportent un impact psychologique lié à la consommation d'opioïdes. Les manifestations les plus fréquemment décrites sont le sentiment de dépendance (32,86 %), suivi de l'anxiété (16,19 %) et, dans une moindre mesure, de la dépression (4,76 %). Ces résultats traduisent une atteinte psychique notable, même dans un contexte d'usage initialement antalgique.

Ces observations rejoignent les conclusions de la thèse de Davies (2019)^[16], réalisée aux États-Unis, qui met en évidence une prévalence élevée des troubles anxieux, des symptômes dépressifs et du sentiment de perte de contrôle chez les patients exposés de manière prolongée aux opioïdes, y compris dans un cadre médical. L'auteur souligne que l'impact psychologique constitue l'un des déterminants majeurs du mésusage et de la chronicisation de la consommation, indépendamment de la dose initiale prescrite.

Cette dimension psychologique est renforcée par les résultats de l'analyse comparative, qui montrent une association statistiquement significative entre les antécédents psychologiques et la perception de dépendance ($p = 0,0122$). En effet, 66,67 % des patients présentant des antécédents psychologiques se déclarent dépendants, contre 46,15 % chez ceux n'en rapportant pas. Cette corrélation suggère un terrain de vulnérabilité psychique favorisant l'installation d'une dépendance subjective aux opioïdes.

Sur le plan social et professionnel, près de la moitié des patients déclarent un impact négatif de leur consommation sur leurs relations sociales (48,57 %) et sur leur vie professionnelle ou académique (42,38 %). Ces résultats font écho aux travaux qualitatifs menés au Canada auprès de patients souffrant de douleur chronique traités par opioïdes, lesquels mettent en évidence des phénomènes de stigmatisation, de remise en question de la légitimité de la douleur et d'isolement social, y compris lorsque les traitements sont médicalement justifiés.^[17] Cette stigmatisation constitue un facteur aggravant de la souffrance psychologique et peut entraver l'intégration sociale et professionnelle des patients.

Dans notre étude, l'analyse des tentatives d'arrêt met en évidence qu'une proportion importante des patients a déjà envisagé ou tenté d'interrompre sa consommation d'opioïdes. Globalement, 43,3 % des patients déclarent avoir tenté d'arrêter leur consommation, tandis que 56,7 % n'ont entrepris aucune démarche en ce sens. Ces résultats traduisent une prise de conscience non négligeable du caractère problématique de l'usage des opioïdes au sein de la population étudiée, tout en soulignant qu'une majorité de patients demeure dans une

consommation maintenue sans démarche d'arrêt formalisée.

L'analyse comparative selon la durée de consommation met en évidence une association statistiquement significative entre ces deux variables (χ^2 , $p = 0,00167 < 0,01$). En effet, chez les patients dont la durée de consommation est inférieure à 6 mois, 59,42 % déclarent avoir tenté d'arrêter leur consommation, contre 40,58 % n'ayant effectué aucune tentative. À l'inverse, parmi les patients consommant des opioïdes depuis 6 mois ou plus, la proportion de tentatives d'arrêt diminue nettement (35,46 %), tandis que 64,54 % déclarent n'avoir jamais tenté d'arrêter.

Ces résultats suggèrent que les tentatives d'arrêt sont plus fréquentes aux phases précoces de la consommation, période durant laquelle les patients semblent davantage sensibles aux effets indésirables, au risque de dépendance ou aux répercussions psychologiques, favorisant l'émergence d'une volonté d'arrêt. À mesure que la durée de consommation s'allonge, la raréfaction des tentatives d'arrêt pourrait refléter une installation progressive de la dépendance, une banalisation de l'usage, ou encore une perte d'espoir quant à la capacité d'arrêter, phénomène fréquemment décrit dans les trajectoires d'addiction.

Ces observations rejoignent celles rapportées dans une thèse réalisée en Éthiopie, où une association significative entre la durée de consommation et la probabilité d'arrêt a également été mise en évidence, les usagers chroniques présentant moins de tentatives d'arrêt spontanées ($p < 0,01$).^[18]

Dans l'ensemble, les résultats de cette étude mettent en évidence un impact multidimensionnel de la consommation d'opioïdes, affectant les sphères physique, psychologique, sociale et professionnelle. Les effets indésirables, la souffrance psychologique et les difficultés d'arrêt apparaissent étroitement intriqués et soulignent la nécessité d'une prise en charge précoce, globale et pluridisciplinaire, intégrant à la fois l'éducation thérapeutique, le suivi pharmacologique et l'accompagnement psychosocial des patients.

CONCLUSION

Cette étude s'inscrit dans une démarche visant à mieux comprendre les profils des usagers d'opioïdes et les dynamiques qui entourent leur consommation dans le contexte marocain.

À travers l'analyse des données recueillies auprès des patients, elle met en évidence la complexité des usages, oscillant entre nécessité thérapeutique, mésusage et risque de dépendance. Les résultats montrent que la consommation d'opioïdes s'inscrit fréquemment dans des parcours marqués par une automédication prolongée, une perception parfois banalisée des risques et une

connaissance incomplète des effets indésirables associés à ces traitements.

L'étude met également en lumière la diversité des profils d'usagers, tant sur le plan sociodémographique que comportemental, confirmant que l'usage des opioïdes ne se limite pas à une population spécifique mais concerne des catégories variées de patients. La fréquence des effets indésirables rapportés, associée à la persistance de pratiques de consommation non encadrées, souligne la vulnérabilité de ces usagers et la nécessité d'un encadrement plus structuré du parcours thérapeutique.

Dans ce contexte, le rôle du pharmacien apparaît comme central. En tant que professionnel de santé de proximité, il occupe une position stratégique pour repérer les situations à risque, prévenir le mésusage et orienter les patients vers une prise en charge médicale adaptée.

L'amélioration de la prise en charge des usagers d'opioïdes au Maroc nécessite une approche coordonnée, fondée sur la prévention, l'éducation thérapeutique et la responsabilisation de l'ensemble des acteurs du système de soins, afin de garantir une utilisation plus sûre, plus rationnelle et mieux adaptée aux besoins des patients.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Volkow ND, McLellan AT. Opioid Abuse in Chronic Pain — Misconceptions and Mitigation Strategies | New England Journal of Medicine [Internet]. [cité 23 déc 2025]. Disponible sur: doi:10.1056/NEJMra1507771.
2. Kevin E. Vowles, Mindy L. McEntee, Peter Siyahhan Julnes, Tessa Frohe, John P. Ney, David N. van der Goes. Rates of opioid misuse, abuse, and addiction in chronic pain: a systematic review and data synthesis. *Pain. Avr.*, 2015; 156(4): 569-76.
3. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2023 [Internet]. [cité 24 déc 2025]. Disponible sur: <https://www.unodc.org/unodc/data-and-analysis/world-drug-report-2023.html>
4. Yannick Goumon, Florian Gabel. Femmes / hommes : sommes-nous égaux face au traitement de la douleur par la morphine ? [Internet]. Inserm pro. 2022 [cité 24 déc 2025]. Disponible sur: <https://pro.inserm.fr/femmes-hommes-sommes-nous-egaux-face-au-traitement-de-la-douleur-par-la-morphine>
5. Hudgins JD, Porter JJ, Monuteaux MC, Bourgeois FT. Prescription opioid use and misuse among adolescents and young adults in the United States: A national survey study | PLOS Medicine. [cité 24 déc 2025]; Disponible sur: https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371%2Fjournal.pmed.1002922&utm_
6. Schieber MDLZ, Jr PGPG, Seth PP, Losby PJL. Variation in Adult Outpatient Opioid Prescription Dispensing by Age and Sex — United States, 2008–2018. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* [Internet], 2020. [cité 24 déc 2025]; 69. Disponible sur:

- <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6911a5.htm>
7. Uchenna Sam Chinweuba. Correlates for Nonmedical Prescription Opioid Use Among Young Adults. Public Health, 2019.
 8. Monzon E, Richard N, Cavalié P, Fabreguettes A, Fernandez A, Guého S. Use and abuse of opioid analgesics - February 2019. févr 2019; Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/uploads/2020/10/19/20201019-rapport-antalgiques-opioides-fev-2019-gb.pdf>
 9. Célérier-Noaille Lauriane. Troubles de l'usage liés à la consommation d'antalgiques opioïdes dans la prise en charge de la douleur non cancéreuse de l'adulte : étude de l'avis des pharmaciens d'officine du Limousin, 2020.
 10. Kevin E. Vowles, Mindy L. McEntee, Peter Siyahhan Julnes, Tessa Frohe, John P. Ney, David N. van der Goes. Rates of opioid misuse, abuse, and addiction in chronic pain: a systematic review and data synthesis. PAIN, avr 2015; 156(4): 569.
 11. Anuj Shah. Characteristics of Initial Prescription Episodes and Likelihood of Long-Term Opioid Use — United States, 2006–2015. MMWR Morb Mortal Wkly Rep [Internet]. 2017 [cité 24 déc 2025]; 66. Disponible sur: <https://www.facebook.com/CDCMMWR>
 12. Deborah Dowell. CDC Clinical Practice Guideline for Prescribing Opioids for Pain — United States, 2022. MMWR Recomm Rep [Internet]. 2022 [cité 24 déc 2025]; 71. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/71/rr/rr7103a1.htm>
 13. Laxmaiah Manchikanti. Therapeutic Use, Abuse, and Nonmedical Use of Opioids: A Ten-Year Perspective. Pain Physician, 14 Sept. 2010; 5; 13(5;9): 401-35.
 14. Moawia Mohammed Ali Elhassan, Amal Abdulbagi Abdulfatah Mohammed, Amnah Abdulazeem Omer, Arafa Ahmed Mohammed Azeem, Hiba Mohammed Abdelkfi Mohammed, Isra Elameen Mustafa Ibrahim, et al. Adverse events of opioids for cancer-related pain in a resource-limited setting: a cross-sectional study from Sudan [Internet]. 2022 [cité 25 déc 2025]. Disponible sur: <http://ecancer.org/en/journal/article/1366-adverse-events-of-opioids-for-cancer-related-pain-in-a-resource-limited-setting-a-cross-sectional-study-from-sudan>
 15. Anton Pottegård, Thomas Bøllingtoft Knudsen, Kim van Heesch, Hassan Salmasi, Simon Schytte-Hansen, Jens Søndergaard. Information on risk of constipation for Danish users of opioids, and their laxative use. Rev Int Pharm Clin., 23 févr. 2014; 36(2): 291-4.
 16. Lisa Eveline Maria Davies. Pain Points: Patient Perspectives on Opioid Treatment for Chronic Pain [Internet] [dr.]. Utrecht University; 2025 [cité 25 déc 2025]. p. 575024520250513. Disponible sur: <https://research-portal.uu.nl/en/publications/40cca995-ce1c-4928-97e5-9933066d5912>
 17. Dassieu L, Heino A, Develay É, Kaboré J-L, Moor G, Hudspith M, et al. Full article: “They think you’re trying to get the drug”: Qualitative investigation of chronic pain patients’ health care experiences during the opioid overdose epidemic in Canada. [cité 25 déc 2025]; Disponible sur: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/24740527.2021.1881886?utm_=&
 18. Rafaela M. Fontes, Allison N. Tegge, Roberta Freitas-Lemos, Daniel Cabral, Warren K. Bickel. Beyond the first try: How many quit attempts are necessary to achieve substance use cessation? Drug Alcohol Depend. Févr., 2025; 267: 112525.

ANNEXES**Questionnaire d'enquête auprès des patients sur le profil des usagers des opioïdes****1ère Partie: Informations générales****1. Âge:** Quel est votre âge ?**2. Sexe**☐ Homme☐ Femme**3. Niveau d'éducation atteint**☐ Non scolarisé☐ Primaire☐ Secondaire☐ Universitaire**4. Situation familiale**☐ Célibataire☐ Marié☐ Divorcé☐ Veuf/Veuve**5. Situation professionnelle actuelle**☐ Actif☐ Étudiant☐ Sans emploi☐ Retraité**6. Lieu de résidence**☐ Zone urbaine☐ Zone rurale**2ème Partie: Profil de consommation des opioïdes****A. Historique de consommation****1. Depuis combien de temps consommez-vous des opioïdes ?**☐ Moins d'un mois☐ D'un mois à 3 mois☐ Moins de 6 mois☐ Entre 6 mois et 1 an☐ 1 à 5 ans☐ Plus de 5 ans**2. Quel était votre premier contact avec les opioïdes ?**☐ Prescription médicale pour douleur☐ Usage récréatif☐ Autre (précisez)**3. Avez-vous des antécédents de troubles psychologiques (dépression, anxiété) ?**o ☐ Oui / ☐ Non**4. Avez-vous des antécédents familiaux ou personnels de toxicomanie ?**o ☐ Oui / ☐ Non**5. Avez-vous des antécédents de dépendance à des substances (alcool, tabac, drogues) ?**o ☐ Oui / ☐ Non**6. À quelle fréquence consommez-vous des opioïdes ?**☐ Quotidiennement

- ☐ Quelques fois par semaine
- ☐ Quelques fois par mois
- ☐ Rarement

7. Quels types d'opioïdes consommez-vous principalement ?

- ☐ Tramadol
- ☐ Codéine
- ☐ Autre :

B. Motifs et contexte de consommation

8. Pourquoi consommez-vous des opioïdes ?

- ☐ Gestion de la douleur chronique
- ☐ Gestion de la douleur aiguë
- ☐ Usage récréatif
- ☐ Automédication
- ☐ Autre (précisez)

9. Qui vous a prescrit ou fourni les opioïdes pour la première fois ?

- ☐ Médecin généraliste
- ☐ Spécialiste
- ☐ Fournisseur illégal
- ☐ Ami ou membre de la famille

10. Comment acquérez-vous les opioïdes actuellement ?

- ☐ Sur ordonnance médicale
- ☐ Sans ordonnance
- ☐ Marché noir
- ☐ Autre (précisez)

C. Modes d'administration

11. Sous quelle forme consommez-vous les opioïdes ?

- ☐ Comprimé
- ☐ Sirop
- ☐ Injections
- ☐ Autre

3ème Partie: Impacts, dépendance et perceptions

A. Impact sur la santé physique et mentale

1. Avez-vous ressenti des effets indésirables suite à la consommation d'opioïdes ?

- ☐ Nausées
- ☐ Somnolence
- ☐ Constipation
- ☐ Problèmes respiratoires
- ☐ Autre :
- ☐ Aucun effet indésirable

2. Avez-vous consulté un professionnel de santé pour des complications liées aux opioïdes ?

- o ☐ Oui / ☐ Non

3. Votre consommation a-t-elle un impact sur votre état mental ?

- ☐ Dépression
- ☐ Anxiété
- ☐ Sentiment de dépendance
- ☐ Aucun

B. Impact sur la vie sociale et professionnelle**4. Votre consommation a-t-elle affecté vos relations familiales ou sociales ?**

- ☐ Oui, positivement
☐ Oui, négativement
☐ Non

5. Avez-vous rencontré des difficultés dans votre travail ou vos études à cause des opioïdes ?

- ☐ Oui / ☐ Non

C. Dépendance et perceptions**6. Vous considérez-vous dépendant aux opioïdes ?**

- ☐ Oui
☐ Non
☐ Incertain

7. Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter la consommation ?

- ☐ Oui, avec succès
☐ Oui, sans succès
☐ Non