

**Attribuer 1 point en cas de réponse « vrai »,  
sauf à la question 10 (1 point en cas de réponse « faux »)**

Les questions ci-dessous concernent certaines idées que vous pouvez avoir sur les médicaments **tranquillisants** et/ou **somnifères** que vous prenez.

Si une proposition correspond à ce que vous pensez, cochez la case « vrai » ; cochez la case « faux » dans le cas contraire.

Il est indispensable de répondre à **toutes** les propositions avec **une seule** réponse « vrai » ou « faux », même si vous n'êtes pas très sûr(e) de votre réponse.

Nom du médicament concerné : .....

|   | <b>Vrai</b>                | <b>Faux</b>                |
|---|----------------------------|----------------------------|
| 1. Où que j'aille, j'ai besoin d'avoir ce médicament avec moi.....      | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 2. Ce médicament est pour moi comme une drogue .....                    | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 3. Je pense souvent que je ne pourrai jamais arrêter ce médicament..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 4. J'évite de dire à mes proches que je prends ce médicament.....       | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 5. J'ai l'impression de prendre beaucoup trop de ce médicament.....     | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 6. J'ai parfois peur à l'idée de manquer de ce médicament.....          | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 7. Lorsque j'arrête ce médicament, je me sens très malade.....          | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 8. Je prends ce médicament parce que je ne peux plus m'en passer.....   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 9. Je prends ce médicament parce que je vais mal quand j'arrête.....    | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 10. Je ne prends ce médicament que lorsque j'en ressens le besoin.....  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 |

Nom, prénom : .....

Date : .....