

QUESTIONNAIRE SUR LES REPRÉSENTATIONS ET LES USAGES DES MÉDICAMENTS
CHEZ LES ÉTUDIANTS DES CÉGEPs ET DES UNIVERSITÉS DU QUÉBEC

PARTIE 2 – AVEC MÉDICAMENT

1- Au cours des 6 derniers mois, avez-vous consulté un médecin?

Oui 1 Non 2 \Rightarrow (Si non passez à la question 7)

2- S'agissait-il d'un médecin **spécialiste** (gynécologue, dermatologue, ORL, ophtalmologiste, psychiatre, etc.)?

Oui 1 Non 2

3- À votre souvenir, quelle était la durée approximative de votre **dernière** consultation avec un médecin?

plus de 1 heure	de 30 minutes à 1 heure	de 16 à 30 minutes	de 5 à 15 minutes	moins de 5 minutes
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

4- Spécifiez votre degré de satisfaction quant à ce temps accordé par le médecin lors de votre **dernière** consultation?

Très satisfait(e)	Plutôt satisfait(e)	Ni satisfait(e) ni insatisfait(e)	Plutôt insatisfait(e)	Très insatisfait(e)
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

5- Au cours des **6 derniers mois**, avez-vous consulté un (des) médecin(s) sans **qu'un médicament vous soit prescrit**?

Oui 1 Non 2

6- Si **oui**, quel(s) étai(en)t ce(s) problème(s) de santé?

7- Veuillez écrire trois **mots ou expressions** qui vous viennent spontanément à l'esprit lorsque vous entendez le mot « **médicament** ».

Premier mot : 1) _____

Deuxième mot : 2) _____

Troisième mot : 3) _____

8- Le **médicament** est généralement défini comme une substance ou composition présentant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies, ou pouvant être administré en vue d'établir un diagnostic médical. Êtes-vous d'accord avec cette définition?

Tout à fait en accord	Plutôt en accord	Moyennement d'accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Tous droits réservés

© GEIRSO (Groupe d'étude sur l'interdisciplinarité et les représentations sociales, Université du Québec à Montréal, 2006)

9- **Justifiez** votre réponse : _____

10- Lors de votre (vos) dernière(s) visite(s) chez un (des) **médecin(s)**, vous est-il arrivé de lui (leur) poser une (des) question(s) concernant un (des) médicament(s) de prescription?

Oui 1 Non 2 \Rightarrow **(Si non passez à la question 12)**

11- Si **oui**, indiquez votre degré de satisfaction quant à la (aux) réponse(s) données par le (les) **médecin(s)**.

Très satisfait(e) 1 Plutôt satisfait(e) 2 Ni satisfait(e) ni insatisfait(e) 3 Plutôt insatisfait(e) 4 Très insatisfait(e) 5

12- À votre souvenir, quel est le nom ou la classe du **dernier médicament** qu'un médecin vous a **prescrit**?

13- Indiquez le degré de précision quant à l'information donnée par le **médecin** concernant ce médicament sur :

	Très précise	Plutôt précise	Ni précise ni imprécise	Plutôt imprécise	Très imprécise	Je ne sais pas
a) Les effets secondaires indésirables (dépendances, somnolence, allergie et autres risques).....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
b) L'efficacité.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
c) La posologie (dosage, moment, fréquence de la prise)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
d) Les interactions possibles avec d'autres médicaments, drogues, tabac ou alcool	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

14- Avez-vous l'impression d'avoir été **impliqué(e)** dans le choix de ce médicament?

Tout à fait impliqué 1 Beaucoup impliqué 2 Moyennement impliqué 3 Un peu impliqué 4 Pas du tout impliqué 5

15- Est-ce important pour vous d'être **impliqué(e)** dans le choix du médicament qu'un médecin vous prescrit?

Tout à fait impliqué 1 Beaucoup impliqué 2 Moyennement impliqué 3 Un peu impliqué 4 Pas du tout impliqué 5

16- Avez-vous **pris** ce dernier médicament?

Oui 1 Non 2

17- **Si non** quelles en sont les raisons?

_____ **(Si non, passez à la question 22)**

18- Si vous avez répondu oui à la question 16, l'avez-vous pris pendant toute la période indiquée par le médecin?

Oui 1 Non 2

19- Si non quelles en sont les raisons? (Plusieurs réponses possibles)

- a) Effets secondaires indésirables..... 1
- b) Oubli de prendre le médicament..... 2
- c) Disparition des symptômes..... 3
- d) Difficulté d'intégrer la prise du médicament à la vie quotidienne..... 4
- e) Manque d'efficacité du médicament..... 5
- f) Mauvaise compréhension des indications du médecin ou du pharmacien..... 6
- g) Changement de traitement (autre médication, traitements alternatifs)..... 7
- h) Autres, précisez _____..... 8

20- Toujours concernant ce dernier médicament, avez-vous respecté le dosage prescrit par le médecin?

Oui 1 Non 2 Je ne m'en souviens plus 3

21- Si non, pourquoi? (Plusieurs réponses possibles)

- a) Effets secondaires indésirables..... 1
- b) Oubli de prendre le médicament..... 2
- c) Disparition des symptômes..... 3
- d) Difficulté d'intégrer la prise du médicament à la vie quotidienne..... 4
- e) Manque d'efficacité du médicament..... 5
- f) Mauvaise compréhension des indications du médecin ou du pharmacien..... 6
- g) Changement de traitement (autre médication, traitements alternatifs)..... 7
- h) Autres, précisez _____..... 8

22- Veuillez écrire trois mots ou expressions qui vous viennent spontanément à l'esprit lorsque vous entendez le mot « malade ».

Premier mot : 1) _____

Deuxième mot : 2) _____

Troisième mot : 3) _____

23- Avez-vous déjà refusé de prendre un médicament qui vous a été prescrit par un médecin?

Oui 1 Non 2 \Rightarrow (Si non, passez à la question 26)

24- Si oui, de quel(s) médicament(s) s'agissait-il? (Indiquez soit le nom du médicament ou sa classe)

25- Si oui, pourquoi ce refus?

26- Avez-vous déjà **demandé** à un médecin de vous prescrire un médicament (ou un type de médicament) en particulier?

Oui 1 Non 2 \Rightarrow (Si non, passez à la question 29)

27- Si **oui**, quel était ce médicament (ou ce type de médicament)? (Indiquez soit le nom du médicament ou sa classe)

28- Si **oui**, comment avez-vous pris connaissance de l'existence de ce médicament?

- | | | | |
|-------------------------------|----------------------------|---|-----------------------------|
| a) Courriel..... | <input type="checkbox"/> 1 | h) Télévision..... | <input type="checkbox"/> 8 |
| b) Feuillet publicitaire..... | <input type="checkbox"/> 2 | i) Cabinet de médecin..... | <input type="checkbox"/> 9 |
| c) Journal..... | <input type="checkbox"/> 3 | j) Ami..... | <input type="checkbox"/> 10 |
| d) Panneau publicitaire..... | <input type="checkbox"/> 4 | k) Pharmacie..... | <input type="checkbox"/> 11 |
| e) Revue, magazine, | <input type="checkbox"/> 5 | l) Autres professionnels de la santé..... | <input type="checkbox"/> 12 |
| f) Radio..... | <input type="checkbox"/> 6 | m) Autre : _____ | <input type="checkbox"/> 13 |
| g) Internet..... | <input type="checkbox"/> 7 | | |

29- Un **médecin** a-t-il déjà refusé de vous prescrire un médicament que vous lui demandiez?

Oui 1 Non 2 \Rightarrow (Si non passez à la question 33)

30- Si **oui**, quel était ce médicament? (Indiquez soit le nom du médicament ou sa classe)

31- Si **oui**, qu'avez-vous fait suite à ce refus? Choisissez **un seul** énoncé parmi les suivants.

- | | |
|--|----------------------------|
| a) Vous avez accepté la décision de votre médecin sans la remettre en question..... | <input type="checkbox"/> 1 |
| b) Vous avez discuté avec votre médecin des raisons de ce refus et vous êtes parvenu à une solution alternative..... | <input type="checkbox"/> 2 |
| c) Vous avez exprimé votre mécontentement à votre médecin sans discuter d'une solution alternative (exemple : autre traitement ou autre médication)..... | <input type="checkbox"/> 3 |
| d) Vous avez pris la décision de ne plus consulter ce médecin..... | <input type="checkbox"/> 4 |
| e) Vous avez pris rendez-vous avec un autre médecin pour avoir un deuxième avis..... | <input type="checkbox"/> 5 |
| f) Vous avez consulté plusieurs autres médecins pour discuter et obtenir le médicament qui vous a été refusé par votre médecin | <input type="checkbox"/> 6 |
| g) Autre (précisez) : _____ | <input type="checkbox"/> 7 |

32- Indiquez le degré de précision quant à l'information donnée par le **pharmacien** concernant le **dernier médicament qu'un médecin vous a prescrit** :

Très précise	Ni précise ni imprécise	Très imprécise	
	Plutôt précise	Plutôt imprécise	

- | | | | | | |
|---|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------|
| a) Les effets secondaires indésirables (dépendances, somnolence, allergie et autres risques)..... | <input type="checkbox"/> 1.... | <input type="checkbox"/> 2.... | <input type="checkbox"/> 3.... | <input type="checkbox"/> 4.... | <input type="checkbox"/> 5 |
| b) L'efficacité..... | <input type="checkbox"/> 1.... | <input type="checkbox"/> 2.... | <input type="checkbox"/> 3.... | <input type="checkbox"/> 4.... | <input type="checkbox"/> 5 |
| c) La posologie (dosage, moment, fréquence de la prise)..... | <input type="checkbox"/> 1.... | <input type="checkbox"/> 2.... | <input type="checkbox"/> 3.... | <input type="checkbox"/> 4.... | <input type="checkbox"/> 5 |
| d) Les interactions possibles avec d'autres médicaments, drogues, tabac ou alcool | <input type="checkbox"/> 1.... | <input type="checkbox"/> 2.... | <input type="checkbox"/> 3.... | <input type="checkbox"/> 4.... | <input type="checkbox"/> 5 |

33- Au cours des **6 derniers mois**, avez-vous posé des questions à un (des) **pharmacien(s)** concernant un (des) médicament(s) de prescription?

Oui 1 Non 2 \Rightarrow **(Si non, passez à la question 35)**

34- Si **oui**, indiquez votre degré de satisfaction quant à la (aux) réponse(s) données par le (les) **pharmacien(s)**.

Très satisfait(e) 1 Plutôt satisfait(e) 2 Ni satisfait(e) ni insatisfait(e) 3 Plutôt insatisfait(e) 4 Très insatisfait(e) 5

35- Quelles sont les personnes à **qui vous diriez que vous prenez** les médicaments suivants. Cochez **toutes** les réponses correspondantes.

Connaissances	Ma famille	Personne
Mon entourage amical	Mon / ma partenaire	

a) Antidépresseurs :..... 1.... 2.... 3.... 4.... 5
 b) Antibiotiques pour les infections des voies respiratoires :..... 1.... 2.... 3.... 4.... 5
 c) Antibiotiques pour les infections transmises sexuellement :..... 1.... 2.... 3.... 4.... 5

36- Vous arrive-t-il de prendre un (des) médicament(s) **pour fuir des tracas**?

Oui 1 Non 2 \Rightarrow **(Si non, passez à la question 38)**

37- Si **oui**, quel(s) médicament(s) prenez-vous pour cette raison?

38- Vous arrive-t-il de **vous sentir coupable** après avoir pris certains médicaments?

Oui 1 Non 2 \Rightarrow **(Si non, passez à la question 42)**

39- Si **oui**, pourquoi?

40- Si vous avez **répondu oui** à la question **38**, quel (s) était (ent) ce (s) médicament(s)?

41- La question 41 a été supprimée.

42 Avez-vous tendance à **caler** votre consommation de certains médicaments?

Oui 1 Non 2 \Rightarrow **(Si non, passez à la question 45)**

43- Si **oui**, pourquoi?

44- Si **oui**, de quel(s) médicament(s) s'agit-il?

45- Vous est-il déjà arrivé d'essayer de **contrôler** (arrêter, réduire) votre consommation de certains médicaments?

Oui 1 Non 2 \Rightarrow (Si non, passez à la question 47)

46- Si **oui**, de quel(s) médicament(s) s'agit-il?

47- Avez-vous déjà vécu une **dépendance** (physique ou psychologique) à l'égard d'un (plusieurs) médicament(s)?

Oui 1 Non 2 \Rightarrow (Si non, passez à la question 51)

48- Si oui, quelles étaient les principales manifestations (symptômes) de cette dépendance ?

49- Si **oui**, avez-vous fait des **efforts pour contrôler** votre consommation de ce (ces) médicament(s)?

Tout à fait 1 Beaucoup 2 Moyennement 3 Un peu 4 Pas du tout 5

50- Avez-vous réussi à contrôler cette dépendance?

Oui 1 Non 2

51- Veuillez écrire trois **mots ou expressions** qui vous viennent spontanément à l'esprit lorsque vous entendez le mot « **médicament efficace** ».

Premier mot : 1) _____

Deuxième mot : 2) _____

Troisième mot : 3) _____

52- Le plus souvent, à quel endroit **rangez-vous** les médicaments?

	Pendant les périodes où vous les utilisez	Pendant les périodes où vous ne les utilisez pas
	52.1	52.2
a) Dans une pharmacie.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 1
b) Dans une armoire de cuisine.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 2
c) Dans un tiroir.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 3
d) Sur vous (poches, sac, etc.).....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 4
e) Dans une boîte.....	<input type="checkbox"/> 5.....	<input type="checkbox"/> 5
f) Dans le réfrigérateur.....	<input type="checkbox"/> 6.....	<input type="checkbox"/> 6
g) Dans aucun endroit précis.....	<input type="checkbox"/> 7.....	<input type="checkbox"/> 7
h) Autre, précisez : _____	<input type="checkbox"/> 8.....	<input type="checkbox"/> 8

53- Vérifiez-vous la **date d'expiration** des médicaments avant de les prendre?

Toujours 1 Souvent 2 De temps à autre 3 Rarement 4 Jamais 5

54- Une fois les médicaments expirés, **comment en disposez-vous** habituellement?

- | | Oui | Non |
|--|---------------------------------|----------------------------|
| a) Je les rapporte au pharmacien..... | <input type="checkbox"/> 1..... | <input type="checkbox"/> 2 |
| b) Je les jette à la poubelle..... | <input type="checkbox"/> 1..... | <input type="checkbox"/> 2 |
| c) Je les jette dans les toilettes..... | <input type="checkbox"/> 1..... | <input type="checkbox"/> 2 |
| d) Je les jette dans le lavabo..... | <input type="checkbox"/> 1..... | <input type="checkbox"/> 2 |
| e) Je les laisse dans leur lieu de rangement habituel..... | <input type="checkbox"/> 1..... | <input type="checkbox"/> 2 |
| f) Je continue parfois de les prendre..... | <input type="checkbox"/> 1..... | <input type="checkbox"/> 2 |
| g) Autre, précisez _____ | | 3 |

55- Pour chacun des **modes d'administration médicamenteux** ci-dessous, cochez si vous l'avez déjà utilisé ou non. Pour les modes d'administration déjà utilisés, indiquez vos préférences.

			<u>Satisfaction</u>						
			Très apprécié	Ni apprécié ni non apprécié	Pas du tout apprécié				
			<u>Déjà utilisé</u>		Plutôt apprécié		Moins apprécié		
			OUI	NON	1	2	3	4	5
a) Ampoule.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b) Comprimé effervescent.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c) Crème.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d) Gel.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e) Goutte.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f) Granule.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
g) Infusion.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
h) Inhalation.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
i) Injection intraveineuse.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
j) Injection musculaire.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
k) Lotion.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
l) Pastille.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
m) Timbre (patch).....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
n) Pâte.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
o) Pilule, comprimé.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
p) Poudre.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
q) Sirop.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
r) Vaporisateur (spray) buccal.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
s) Vaporisateur (spray) nasal.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
t) Suppositoire.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

56- Veuillez identifier, dans la liste suivante, le(s) médicament(s) que vous avez pris au cours des **6 derniers mois** (plusieurs réponses possibles) :

Nom de la classe du médicament	Nom (commercial ou générique) du (des) médicament(s)
a) analgésiques (contre la douleur : acétaminophène Tylenol®).....	<input type="checkbox"/> 1 _____
b) antibiotiques (infections autres que infections transmises sexuellement)....	<input type="checkbox"/> 2 _____
d) antibiotiques (infections transmises sexuellement).....	<input type="checkbox"/> 3 _____
e) antidépresseurs (Effexor®, Zoloft®, Celexa®, etc.)	<input type="checkbox"/> 4 _____
f) antihistaminiques (traitement des allergies, de l'eczéma)	<input type="checkbox"/> 5 _____
g) anti-inflammatoires (Novasen®, Vioxx®, Celebrex®, etc.)	<input type="checkbox"/> 6 _____
h) antispasmodiques (traitement des spasmes digestifs ou génito-urinaires)...	<input type="checkbox"/> 7 _____

Nom de la classe du médicament	Nom (commercial ou générique) du (des) médicament(s)
i) anxiolytiques (Xanax®, Diazepam®, Zapex®, Atarax®, etc.).....	<input type="checkbox"/> 8 _____
j) broncho-dilatateurs (traitement de l'asthme)	<input type="checkbox"/> 9 _____
k) hormones (pilule contraceptive) (Microval, Aleese).....	<input type="checkbox"/> 10 _____
l) hormones (traitement de l'hypo ou hyper thyroïdie).....	<input type="checkbox"/> 11 _____
m) ibuprofène (Advil®, Motrin®), Aspirine®, etc.)	<input type="checkbox"/> 12 _____
n) insuline	<input type="checkbox"/> 13 _____
o) médicaments cardiovasculaires (anti-arythmiques, etc.)	<input type="checkbox"/> 14 _____
p) médicaments pour problèmes gastriques (antiacides, etc.).....	<input type="checkbox"/> 15 _____
q) réducteurs de cholestérol.....	<input type="checkbox"/> 16 _____
r) stimulants (dexédrine®, xanax®, amphétamines).....	<input type="checkbox"/> 17 _____
s) somnifères	<input type="checkbox"/> 18 _____
t) médicaments contre l'acné (Accutane ®, Diane-35®, etc.)	<input type="checkbox"/> 19 _____
u) autres	<input type="checkbox"/> 20 _____

57- Avez-vous déjà eu des **expériences négatives** liées à la consommation de médicaments?

Oui 1 Non 2 ⇒ **(Si non, passez à la question 60)**

58- Si **oui**, de quel(s) médicament(s)?

59- Si **oui**, décrivez cette (ces) expérience(s) en quelques mots.

60- Si vous preniez plusieurs médicaments différents **sur une même période**, craindriez-vous les **risques associés au mélange** (interactions) de ces médicaments ?

Tout à fait Beaucoup Moyennement Un peu Pas du tout
 1 2 3 4 5

61- **Justifiez** votre réponse : _____

62- Lorsque vous allez chercher une prescription à la pharmacie, **accepteriez-vous** de recevoir à meilleur prix le médicament **équivalent** (générique) au **médicament prescrit** (original breveté)?

Toujours Souvent De temps à autre Rarement Jamais
 1 2 3 4 5

63- Veuillez écrire trois **mots ou expressions** qui vous viennent spontanément à l'esprit lorsque vous entendez l'expression « **effets secondaires** ».

Premier mot : 1) _____

Deuxième mot : 2) _____

Troisième mot : 3) _____

64- Avez-vous déjà utilisé la **pilule contraceptive**?

(Pour les garçons, passez à la question 73).

Oui 1

Non 2 \Rightarrow

(Si non, passez à la question 72)

65- Indiquez le **nom** de la (des) pilule(s) utilisée(s).

66- Pour quel(s) **motif(s)** avez-vous pris la pilule contraceptive? (Plusieurs réponses possibles)

a) Comme contraceptif..... 1

d) Pour espacer les menstruations..... 4

b) Contre l'acné..... 2

e) Pour régulariser le cycle des menstruations.. 5

c) Pour atténuer les crampes menstruelles 3

f) Autre, précisez _____ 6

67- Prenez-vous votre pilule contraceptive au **même moment** de la journée?

Toujours
 1

Souvent
 2

De temps à autre
 3

Rarement
 4

Jamais
 5

68- Que faites-vous (ou feriez-vous) si vous **oubliez de prendre** votre pilule contraceptive?

69- Avez-vous déjà rencontré des **difficultés relatives à la prise** de la pilule contraceptive?

Oui 1

Non 2 \Rightarrow

(Si non, passez à la question 72)

70- Si **oui**, veuillez indiquer les difficultés rencontrées. (Plusieurs réponses possibles)

a) Gains de poids..... 1

e) Nausées..... 5

b) Gonflement des seins..... 2

f) Pertes sanguines entre les

c) Grossesse non désirée..... 3

menstruations..... 6

d) Maux de tête..... 4

g) Autre, précisez _____ 7

71- Si vous avez répondu **oui à la question 69** et que vous êtes sexuellement active, avez-vous **changé de moyen** de contraception?

Oui 1

Non 2

72- S'il vous arrive d'utiliser **un autre moyen de contraception** que la pilule contraceptive, quel(s) moyen(s) utilisez-vous?

a) Anneaux contraceptifs..... 1

g) Diaphragme..... 7

b) Cape cervicale..... 2

h) Spermicides..... 8

c) Condom féminin..... 3

i) Stérilet..... 9

d) Condom masculin..... 4

j) Timbres contraceptifs..... 10

e) Contraceptifs injectables..... 5

k) Aucun autre moyen..... 11

f) Contraception naturelle (température,

l) Autre _____ 12

retrait, glaire cervicale)..... 6

73- Indiquez si vous avez **déjà reçu** les **vaccins** suivants en cochant la case correspondante.

- | | OUI | NON | Ne sais pas |
|--|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------|
| a) Le RRO (contre la rougeole, la rubéole et les oreillons)..... | <input type="checkbox"/> 1..... | <input type="checkbox"/> 2..... | <input type="checkbox"/> 3 |
| b) Le vaccin 5-en-1 (diphtérie, coqueluche, tétanos, polio et Hib) | <input type="checkbox"/> 1..... | <input type="checkbox"/> 2..... | <input type="checkbox"/> 3 |
| c) Le vaccin contre la varicelle..... | <input type="checkbox"/> 1..... | <input type="checkbox"/> 2..... | <input type="checkbox"/> 3 |
| d) Le vaccin contre la méningite..... | <input type="checkbox"/> 1..... | <input type="checkbox"/> 2..... | <input type="checkbox"/> 3 |
| e) Le vaccin contre la pneumonie..... | <input type="checkbox"/> 1..... | <input type="checkbox"/> 2..... | <input type="checkbox"/> 3 |
| f) Le vaccin contre l'hépatite A..... | <input type="checkbox"/> 1..... | <input type="checkbox"/> 2..... | <input type="checkbox"/> 3 |
| g) Le vaccin contre l'hépatite B..... | <input type="checkbox"/> 1..... | <input type="checkbox"/> 2..... | <input type="checkbox"/> 3 |
| h) Le vaccin contre l'influenza (la grippe)..... | <input type="checkbox"/> 1..... | <input type="checkbox"/> 2..... | <input type="checkbox"/> 3 |

74- Quelles sont les raisons qui vous amènent (ou pourraient vous amener) à vous soigner **avec un médicament sans consulter un médecin**?

(Plusieurs réponses possibles)

- | | |
|--|-----------------------------|
| a) Je ne veux pas consulter de médecin | <input type="checkbox"/> 1 |
| b) J'ai peur du diagnostic..... | <input type="checkbox"/> 2 |
| c) Je crois que le médecin me prescrira le même médicament..... | <input type="checkbox"/> 3 |
| d) Je crois que le médecin ne m'écouterà pas..... | <input type="checkbox"/> 4 |
| e) Je crois que le problème n'est pas grave..... | <input type="checkbox"/> 5 |
| f) Je ne fais pas confiance au médecin..... | <input type="checkbox"/> 6 |
| g) Je suis négligent(e) envers ma santé..... | <input type="checkbox"/> 7 |
| h) Il s'agit d'un problème qu'un membre de mon entourage a déjà eu et que je sais soigner..... | <input type="checkbox"/> 8 |
| i) Il s'agit d'un problème que j'ai déjà eu et que je sais soigner..... | <input type="checkbox"/> 9 |
| j) Je souhaite échapper au contrôle médical..... | <input type="checkbox"/> 10 |
| k) Le temps d'attente des cliniques médicales..... | <input type="checkbox"/> 11 |
| l) Autres, précisez _____ | 12 |

75- Veuillez écrire trois **mots ou expressions** qui vous viennent spontanément à l'esprit lorsque vous entendez le mot « **Ritalin** ».

Premier mot : 1) _____

Deuxième mot : 2) _____

Troisième mot : 3) _____

76- Avez-vous déjà **donné** à quelqu'un de votre entourage un(des) médicament(s) qui vous a(ont) été prescrit(s) au cours des **6 derniers mois**?

Oui 1

Non 2



(Si non, passez à la question 79)

77- Si **oui**, pouvez-vous indiquer à **qui** vous avez donné ce(ces) médicaments?

- | | |
|--|----------------------------|
| a) Ami(e)..... | <input type="checkbox"/> 1 |
| b) Collègue (de travail ou d'étude)..... | <input type="checkbox"/> 2 |
| c) Membre de la famille..... | <input type="checkbox"/> 3 |
| d) Autre, précisez _____ | 4 |

78- Si **oui**, pouvez-vous également indiquer le **nom du(des) médicament(s)** concerné(s)?

79- Vous êtes-vous déjà **procuré** un(des) médicament(s) auprès d'un tiers (ami / membre de la famille) au cours des **6 derniers mois**?

Oui 1 Non 2 ⇒ (**Si non, passez à la question 82**)

80- Si **oui**, pour quelle raison?
(Plusieurs raisons possibles)

- a) Cette personne avait le même problème de santé que moi..... 1
- b) Je n'avais pas les moyens d'acheter le médicament..... 2
- c) Je n'avais pas le temps d'acheter le médicament..... 3
- d) Je n'avais pas le temps de consulter un médecin pour obtenir la prescription... 4
- e) Autres, précisez _____ 5

81- Si **oui**, pouvez-vous également indiquer le **nom du(des) médicament(s)** concerné(s)?

82- Y a-t-il un **moment de la journée** où vous prenez plus volontiers des médicaments?

- a) Au coucher..... 1
- b) Au moment d'un repas..... 2
- c) Aucun moment particulier.... 3
- d) Avant un repas..... 4
- e) Le matin..... 5
- f) Le soir..... 6
- g) Autres, précisez _____ 7

83- **À quel endroit** prenez-vous vos médicaments habituellement? (Plusieurs réponses possibles)

- a) À la maison, dans la chambre à coucher..... 1
- b) À la maison, dans la salle à dîner ou la cuisine 2
- c) À la maison, dans la salle de bain..... 3
- d) À l'université ou au CEGEP..... 4
- e) Au travail..... 5
- f) Autres, précisez _____ 6

84- Y a-t-il des médicaments **que vous préférez prendre que lorsque vous êtes seul(e)**?

Oui 1 Non 2

85- Si **oui**, précisez le **nom de ce(s) médicament(s)** (ou de leurs classes).

86- **Quand vous prenez un médicament**, quelle importance accordez-vous aux aspects suivants?

- | | Très important | Plutôt important | Ni important ni pas important | Plutôt pas important | Pas du tout important |
|------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------|
| a) Son efficacité..... | <input type="checkbox"/> 1..... | <input type="checkbox"/> 2..... | <input type="checkbox"/> 3..... | <input type="checkbox"/> 4..... | <input type="checkbox"/> 5 |
| b) Son odeur..... | <input type="checkbox"/> 1..... | <input type="checkbox"/> 2..... | <input type="checkbox"/> 3..... | <input type="checkbox"/> 4..... | <input type="checkbox"/> 5 |
| c) Sa couleur..... | <input type="checkbox"/> 1..... | <input type="checkbox"/> 2..... | <input type="checkbox"/> 3..... | <input type="checkbox"/> 4..... | <input type="checkbox"/> 5 |
| d) Sa rapidité d'action..... | <input type="checkbox"/> 1..... | <input type="checkbox"/> 2..... | <input type="checkbox"/> 3..... | <input type="checkbox"/> 4..... | <input type="checkbox"/> 5 |
| e) Sa taille..... | <input type="checkbox"/> 1..... | <input type="checkbox"/> 2..... | <input type="checkbox"/> 3..... | <input type="checkbox"/> 4..... | <input type="checkbox"/> 5 |
| f) Son goût..... | <input type="checkbox"/> 1..... | <input type="checkbox"/> 2..... | <input type="checkbox"/> 3..... | <input type="checkbox"/> 4..... | <input type="checkbox"/> 5 |

	Très important	Plutôt important	Ni important ni pas important	Plutôt pas important	Pas du tout important
g) Son mode d'administration	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
h) Ses effets indésirables...	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
i) Son contenant.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
j) Sa texture.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5

87- De quels « trucs » ou « moyens » disposez-vous pour **ne pas oublier de prendre** vos médicaments?

88- Avec quel(s) **boisson(s) ou aliment(s)** avalez-vous habituellement les pilules?

89- Avez-vous déjà pris du **Viagra**?

Oui 1

Non 2

Je ne sais pas 3

90- **Si oui**, à quelle(s) occasion(s) (party, rencontres d'amis, rave, etc.)?

91- Lorsque vous prenez des médicaments, **échangez-vous** avec votre entourage sur...

	Toujours	Très souvent	Souvent	Rarement	Jamais
a) L'expérience vis-à-vis du médicament.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
b) L'origine du médicament.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
c) Le diagnostic et le choix d'un traitement.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
d) Le dosage du médicament.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
e) Le prix du médicament.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
f) Le suivi avec le médecin.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
g) Le suivi avec le pharmacien.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
h) Les effets secondaires du médicament.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
i) Les modalités d'accès du médicament (moment, lieu).....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
j) Les risques associés au mélange de médicaments (interactions).....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5

92- Votre **entourage** échange-t-il avec vous sur...

	Toujours	Souvent	De temps à autres	Rarement	Jamais
a) L'expérience vis-à-vis des médicaments.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
b) L'origine des médicaments.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
c) Le diagnostic et le choix d'un traitement.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
d) Le dosage des médicaments.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
e) Le prix des médicaments.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
f) Le suivi avec le médecin.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
g) Le suivi avec le pharmacien.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
h) Les effets secondaires des médicaments.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
i) Les modalités d'accès du médicament (moment, lieu).....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
j) Les risques associés au mélange de médicaments (interactions).....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5

93- Veuillez écrire et placer en ordre d'importance trois **mots ou expressions** qui vous viennent spontanément à l'esprit lorsque vous entendez le mot « **produits naturels** ».

Premier mot : 1) _____

Deuxième mot : 2) _____

Troisième mot : 3) _____

94- **Au cours de votre vie**, vous est-il déjà arrivé(e) de consulter pour un problème de santé un (plusieurs) des professionnels suivants? Cochez la (les) case(s) appropriée(s).

- | | | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|---|-----------------------|--------------------------|----|
| Acupuncteur..... | <input type="checkbox"/> | 1 | Massothérapeute..... | <input type="checkbox"/> | 7 |
| Chiropraticien..... | <input type="checkbox"/> | 2 | Naturopathe..... | <input type="checkbox"/> | 8 |
| Guérisseur, ramancheur, rebouteur.. | <input type="checkbox"/> | 3 | Ostéopathe..... | <input type="checkbox"/> | 9 |
| Homéopathe..... | <input type="checkbox"/> | 4 | Physiothérapeute..... | <input type="checkbox"/> | 10 |
| Hypnologue..... | <input type="checkbox"/> | 5 | Psychologue..... | <input type="checkbox"/> | 11 |
| Kinésithérapeute..... | <input type="checkbox"/> | 6 | Autres: _____ | | 12 |

95- À quelle fréquence (jour, semaine, etc.) prenez-vous des **suppléments de vitamines et minéraux ou plantes**?

96- Si vous en prenez, **lesquels**?

97- À quelle fréquence (jour, semaine, etc.) prenez-vous des **suppléments alimentaires** (graines, protéines, etc.)?

98- Si vous en prenez, **lesquels**?

99- Avez-vous déjà participé à un **essai clinique** sur des médicaments? Un essai clinique (ou une étude clinique) étant une recherche dans laquelle on vise à évaluer les effets d'un médicament.

Oui 1 Non 2 \Rightarrow (**Si non, passez à la question 106**)

100- Si **oui**, auprès de quelle compagnie ou dans quel(le) hôpital/clinique?

101- Si **oui**, pour quelles raisons avez-vous participé?

102- Si **oui**, est-ce que la façon de procéder vous paraissait rigoureuse sur le plan **scientifique**?

- | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Tout à fait rigoureuse | Beaucoup rigoureuse | Moyennement rigoureuse | Un peu rigoureuse | Pas du tout rigoureuse |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

103- Si **oui**, est-ce qu'on vous a suffisamment informé des **implications** de votre participation?

Tout à fait informé 1 Beaucoup informé 2 Moyennement informé 3 Un peu informé 4 Pas du tout informé 5

104- Seriez-vous **prêt à participer** (à nouveau) à une étude clinique sur des médicaments?

Oui 1 Non 2 Peut-être 3

105- **Expliquez** brièvement ce qui motive votre réponse.

106- **Pour chacun des médicaments** apparaissant dans la première colonne du tableau, répondez aux questions des trois autres colonnes en sélectionnant l'énoncé qui correspond le mieux à votre réponse.

Médicament	106.1 Je connais le nom de ce médicament	106.2 À quelle classe ce médicament appartient-il selon vous? (cochez la bonne réponse)	106.3 Je connais quelqu'un de mon entourage qui prend ou a pris ce médicament
a) Alesse®	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2	Antibiotique..... <input type="checkbox"/> 1 Contraceptif..... <input type="checkbox"/> 2 Anticancéreux..... <input type="checkbox"/> 3 Ne sais pas..... <input type="checkbox"/> 4	Moi-même..... <input type="checkbox"/> 1 Ami..... <input type="checkbox"/> 2 Famille <input type="checkbox"/> 3 Connaissance..... <input type="checkbox"/> 4 Non (personne)..... <input type="checkbox"/> 5
b) Apo-amoxi®	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2	Anti-inflammatoire <input type="checkbox"/> 1 Antidépresseur..... <input type="checkbox"/> 2 Antibiotique..... <input type="checkbox"/> 3 Ne sais pas..... <input type="checkbox"/> 4	Moi-même..... <input type="checkbox"/> 1 Ami..... <input type="checkbox"/> 2 Famille <input type="checkbox"/> 3 Connaissance <input type="checkbox"/> 4 Non (personne)..... <input type="checkbox"/> 5
c) Ritalin®	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2	Antibiotique..... <input type="checkbox"/> 1 Stimulant..... <input type="checkbox"/> 2 Antidépresseur..... <input type="checkbox"/> 3 Ne sais pas..... <input type="checkbox"/> 4	Moi-même..... <input type="checkbox"/> 1 Ami..... <input type="checkbox"/> 2 Famille <input type="checkbox"/> 3 Connaissance <input type="checkbox"/> 4 Non (personne)..... <input type="checkbox"/> 5
d) Thalidomide	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2	Anti-inflammatoire <input type="checkbox"/> 1 Antidépresseur..... <input type="checkbox"/> 2 Contraceptif <input type="checkbox"/> 3 Ne sais pas..... <input type="checkbox"/> 4	Moi-même..... <input type="checkbox"/> 1 Ami..... <input type="checkbox"/> 2 Famille <input type="checkbox"/> 3 Connaissance <input type="checkbox"/> 4 Non (personne)..... <input type="checkbox"/> 5
e) Rivotril®	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2	Benzodiazépine... <input type="checkbox"/> 1 Antidépresseur... <input type="checkbox"/> 2 Contraceptif..... <input type="checkbox"/> 3 Ne sais pas..... <input type="checkbox"/> 4	Moi-même..... <input type="checkbox"/> 1 Ami..... <input type="checkbox"/> 2 Famille <input type="checkbox"/> 3 Connaissance <input type="checkbox"/> 4 Non (personne)..... <input type="checkbox"/> 5
f) Viagra®	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2	Anti-inflammatoire <input type="checkbox"/> 1 Contraceptif..... <input type="checkbox"/> 2 Dysfonction érectile.. <input type="checkbox"/> 3 Ne sais pas..... <input type="checkbox"/> 4	Moi-même..... <input type="checkbox"/> 1 Ami..... <input type="checkbox"/> 2 Famille <input type="checkbox"/> 3 Connaissance..... <input type="checkbox"/> 4 Non (personne)..... <input type="checkbox"/> 5

Médicament	106.1 Je connais le nom de ce médicament	106.2 À quelle classe ce médicament appartient-il selon vous? (cochez la bonne réponse)	106.3 Je connais quelqu'un de mon entourage qui prend ou a pris ce médicament
g) Vioxx®	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2	Anti-inflammatoire <input type="checkbox"/> 1 Antidépresseur..... <input type="checkbox"/> 2 Stimulant..... <input type="checkbox"/> 3 Ne sais pas..... <input type="checkbox"/> 4	Moi-même..... <input type="checkbox"/> 1 Ami..... <input type="checkbox"/> 2 Famille <input type="checkbox"/> 3 Connaissance..... <input type="checkbox"/> 4 Non (personne)..... <input type="checkbox"/> 5
h) Ativan®	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2	Antibiotique..... <input type="checkbox"/> 1 Contraceptif..... <input type="checkbox"/> 2 Benzodiazépine... <input type="checkbox"/> 3 Ne sais pas..... <input type="checkbox"/> 4	Moi-même..... <input type="checkbox"/> 1 Ami..... <input type="checkbox"/> 2 Famille <input type="checkbox"/> 3 Connaissance..... <input type="checkbox"/> 4 Non (personne)..... <input type="checkbox"/> 5
i) Celebrex®	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2	Anti-inflammatoire <input type="checkbox"/> 1 Antidépresseur..... <input type="checkbox"/> 2 Antibiotique..... <input type="checkbox"/> 3 Ne sais pas..... <input type="checkbox"/> 4	Moi-même..... <input type="checkbox"/> 1 Ami..... <input type="checkbox"/> 2 Famille <input type="checkbox"/> 3 Connaissance..... <input type="checkbox"/> 4 Non (personne)..... <input type="checkbox"/> 5
j) Ziban®	Oui <input type="checkbox"/> 1 Non <input type="checkbox"/> 2	Anti-tabac..... <input type="checkbox"/> 1 Stimulant..... <input type="checkbox"/> 2 Benzodiazépine.... <input type="checkbox"/> 3 Ne sais pas..... <input type="checkbox"/> 4	Moi-même..... <input type="checkbox"/> 1 Ami..... <input type="checkbox"/> 2 Famille <input type="checkbox"/> 3 Connaissance..... <input type="checkbox"/> 4 Non (personne)..... <input type="checkbox"/> 5

107- Dans le cadre de vos études, avez-vous reçu des informations sur :

Beaucoup	Peu	Pas du tout
Passablement	Très peu	

- a) La façon dont on développe les médicaments..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5
- b) Les risques et dangers associés aux médicaments... 1..... 2..... 3..... 4..... 5
- c) La façon dont les médicaments sont évalués à
travers les essais cliniques..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5

108- Veuillez indiquer votre **degré d'accord** avec les affirmations suivantes, en cochant la case qui reflète le mieux votre opinion.

Tout à fait d'accord	Ni en accord Ni en désaccord	Tout à fait en désaccord
Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	

- a) Le médicament implique une action
chimique qui combat un problème de santé..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5
- b) Le médicament concrétise la relation entre
le patient et le médecin..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5
- c) Certains médicaments peuvent provoquer une
dépendance physique..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5
- d) Le médicament joue le rôle d'un produit
magique face aux problèmes de santé..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5
- e) Le médicament est un bon soutien
psychologique pour le patient..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5

	Tout à fait d'accord	Plutôt en accord	Ni en accord Ni en désaccord	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord
f) Le médicament est une source d'espoir pour le patient.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
g) Le médicament permet de diminuer ou d'enlever la souffrance.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
h) Certains médicaments peuvent provoquer une dépendance psychologique.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
i) Le médicament apaise les symptômes plutôt que de régler les problèmes de santé.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
j) Le médicament joue un rôle important dans le processus de guérison.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
k) L'avenir de la profession médicale repose sur les médicaments.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
l) Le médicament comporte toujours un risque pour la santé.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
m) Le médicament est efficace parce qu'on y croit.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
n) Le médicament est toxique.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
o) Le médicament comporte toujours des effets secondaires.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
p) La prescription d'un médicament confirme l'existence d'un problème de santé....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
q) Les bénéfices des médicaments sont supérieurs aux effets secondaires indésirables...	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5

109- Veuillez indiquer votre **degré d'accord** avec les affirmations suivantes, en cochant la case qui reflète le mieux votre opinion.

	Tout à fait d'accord	Plutôt en accord	Ni en accord Ni en désaccord	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord
a) De nos jours, il y a trop de médicaments sur le marché.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
b) Les nouveaux médicaments mis en marché sont utiles pour améliorer la santé des populations.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
c) Les effets secondaires des nouveaux médicaments sont connus du public.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
d) Il vaut mieux privilégier des médicaments qui ont fait leurs preuves que des nouveaux médicaments...	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
e) Il faut croire au potentiel des nouveaux médicaments	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
f) Les nouveaux médicaments sont dangereux.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
g) Les effets secondaires des nouveaux médicaments sont connus des médecins.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5

110- Veuillez indiquer votre **degré d'accord** avec les affirmations suivantes, en cochant la case qui reflète le mieux votre opinion.

Tout à fait d'accord	Ni en accord Ni en désaccord	Tout à fait en désaccord
Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	

- a) La maladie est causée par l'introduction d'une bactérie ou d'un virus..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5
- b) La maladie est causée par un surmenage physique 1..... 2..... 3..... 4..... 5
- c) La maladie est causée par l'angoisse et les soucis..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5
- d) La maladie est causée par l'hérédité ou une faible constitution du sujet..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5
- e) La maladie est causée par des accidents, des blessures..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5
- f) La maladie est une fatalité..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5
- g) La maladie est causée par des habitudes personnelles (tabac, alcool, etc.)..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5
- h) La maladie est causée par la pollution..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5
- i) La maladie est causée par la nourriture industrielle..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5

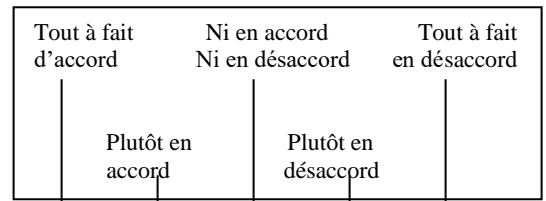
111- Indiquez votre **degré d'accord** avec cette affirmation : l'utilisation actuelle des médicaments psychotropes (antidépresseurs, anxiolytiques, stimulants, etc.) représente un moyen imposé par la société pour contrôler l'humeur des personnes.

Tout à fait d'accord	Plutôt en accord	Ni en accord ni en désaccord	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

112- Veuillez indiquer votre **degré d'accord** avec les affirmations suivantes, en cochant la case qui reflète le mieux votre opinion.

Tout à fait d'accord	Ni en accord Ni en désaccord	Tout à fait en désaccord
Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	

- a) Le fait de prendre des médicaments est une menace à l'autonomie de la personne..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5
- b) Le médicament procure aux médecins le pouvoir de maintenir un certain contrôle sur le patient..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5
- c) Le développement des médicaments vise davantage les profits des compagnies pharmaceutiques que le traitement des maladies..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5
- d) Le développement des médicaments favorise davantage les profits des médecins que le traitement des patients..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5
- e) Les médicaments sont des substances chimiques étrangères au corps..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5



- f) Les médicaments diminuent la résistance du corps aux infections et aux maladies..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5
- g) Les médicaments combattent seulement les symptômes et non les causes de la maladie..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5
- h) Les médicaments offrent un traitement « standard », uniforme qui ne tient pas compte des différences individuelles (ex. genre, poids, génétique, etc.)..... 1..... 2..... 3..... 4..... 5

113- Parmi les instances suivantes, cochez celles auxquelles **vous avez déjà eu recours** pour obtenir de l'**information sur les médicaments**. Ensuite, **pour chacune des instances** apparaissant dans le tableau, indiquez l'importance que vous accordez à cette instance.

	Recours	Importance accordée 113.2				
	113.1	Très importante	Plutôt importante	Ni importante ni pas importante	Plutôt pas importante	Pas du tout importante
Professionnels de la santé						
a) Médecin	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b) Dentiste	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c) Pharmacien	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d) Infirmière/Infirmier	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Médias						
e) Presse, journaux, revues, magazines	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f) Émission de télévision	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
g) Émission de radio	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
h) Site Internet	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
i) Courriel	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Organismes gouvernementaux						
j) Bureau gouvernemental	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
k) Conseil du médicament (organisme rattaché au ministère de la santé et des services sociaux)	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Relations interpersonnelles						
l) Conjoint(e)	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
m) Parents (mère ou père)	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
n) Ami(e)s	<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
o) Frère (s) ou sœur (s)	<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
p) Collègue(s)	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
q) Connaissance (s)	<input type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

	113.1	Très importante	Plutôt importante	Ni importante ni pas importante	Plutôt pas importante	Pas du tout importante
Autres						
r) Protection du consommateur	<input type="checkbox"/> 17	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
s) Associations de patients	<input type="checkbox"/> 18	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
t) Ligne téléphonique Info Santé	<input type="checkbox"/> 19	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
u) Compagnies pharmaceutiques	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
v) Autres, précisez _____	<input type="checkbox"/> 21	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

DONNÉES SIGNALÉTIQUES

1- Quel est votre **âge**? _____

2- Quel est votre **sexe**?

Féminin 1

Masculin 2

3- Quel est votre **statut civil**?

Célibataire
 1

Conjoint de fait/Marié (e)
 2

Divorcé (e)/Séparé(e)
 3

Veuf / veuve
 4

4- Combien avez-vous d'**enfants à charge**? _____

5- Quels sont les **âges des enfants**, s'il y a lieu? 1 _____ 2 _____ 3 _____

6- Quel est votre **ville de résidence** actuelle? _____

7- Quel est votre **lieu de naissance**?

Ville : _____

Province : _____

Pays : _____

8- Quel est le nom de l'**établissement scolaire** que vous fréquentez actuellement?

9- Quelle est votre **origine culturelle** (par exemple québécois, haïtien, etc.)?

10- Quelle(s) **langue(s)** parlez-vous :

- | | français | anglais | autre, précisez |
|---|---------------------------------|---------------------------------|------------------------|
| a) le plus fréquemment généralement? ... | <input type="checkbox"/> 1..... | <input type="checkbox"/> 2..... | _____ |
| b) le plus fréquemment à la maison? | <input type="checkbox"/> 1..... | <input type="checkbox"/> 2..... | _____ |
| c) le plus fréquemment avec les amis? | <input type="checkbox"/> 1..... | <input type="checkbox"/> 2..... | _____ |

11- Quelle est votre **religion**?

- | | | | |
|---------------------|----------------------------|------------------------------|----------------------------|
| a) Catholique..... | <input type="checkbox"/> 1 | e) Bouddhiste..... | <input type="checkbox"/> 5 |
| b) Protestante..... | <input type="checkbox"/> 2 | f) Sans religion..... | <input type="checkbox"/> 6 |
| c) Musulmane..... | <input type="checkbox"/> 3 | g) Autres, précifiez : _____ | <input type="checkbox"/> 7 |
| d) Juive..... | <input type="checkbox"/> 4 | | |

12- Quel est votre niveau de **pratique** de cette religion?

- | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Très élevé | Élevé | Moyen | Faible | Très faible | Ne s'applique pas |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |

13- Êtes-vous croyant?

- | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Beaucoup | Moyennement | Un peu | Pas du tout |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |

14- Indiquez votre niveau d'**études** actuel, votre année et le nom de votre programme, s'il y a lieu :

- c) Collégial technique..... 1 année (1 à 3) : ___ programme : _____
- d) Collégial pré-universitaire.. 2 année (1 à 3) : ___ programme : _____
- e) Universitaire 1^{er} cycle..... 3 année (1 à 4) : ___ programme : _____
- f) Universitaire 2^e cycle..... 4 année (1 à ..) : ___ programme : _____
- g) Universitaire 3^e cycle..... 5 année (1 à ..) : ___ programme : _____
- h) Autre, précisez..... 6 _____

15- En plus d'être aux études, êtes-vous sur le **marché du travail** actuellement?

- Oui 1 Non 2

16- Si **oui**, quelle est votre **occupation** (type de travail) :

17- Avec qui résidez-vous actuellement :
(plusieurs réponses possibles)

- a) Ami(e)(s), colocataire(s)..... 1 e) Sœur(s) et/ou frère(s) 5
b) Enfant(s)..... 2 f) Vous résidez seul(e)..... 6
c) Conjoint(e) de fait ou marié(e)..... 3 g) Autre, spécifiez : _____ 7
d) Père et/ou mère..... 4

18- Comment qualifieriez-vous votre **état de santé général**?

- Très bon 1 Bon 2 Moyen 3 Mauvais 4 Très mauvais 5

19- Considérez-vous avoir un **problème de poids**?

- Oui 1 Non 2

20- Indiquez : - votre **poids** : _____ livres (ou ____ kg)

- votre **grandeur** : ____ pieds ____ pouces (ou ____ m ____ cm)

21- Comment vous **alimentez** vous?

- Très bien 1 Bien 2 Ni bien ni mal 3 Mal 4 Très mal 5

22- Dans l'ensemble, votre **estime personnelle** est :

- Très élevée 1 Élevée 2 Moyenne 3 Faible 4 Très faible 5

23- Combien d'heure(s) par semaine consacrez-vous à l'**activité physique**, en moyenne?

_____ heure(s) par semaine

24- Combien de **cigarette(s)** par jour, fumez-vous, en moyenne?

_____ cigarette(s) par jour

25- Combien de **verre(s) d'alcool** prenez-vous par semaine, en moyenne?

_____ verre(s) par semaine

26- Indiquez à quel point chaque énoncé **vous correspond**.

Très correspondant		Très peu correspondant
	Plutôt correspondant	
		Plutôt peu correspondant

- a) J'assume la responsabilité de mes actions..... 1 2 3 4
 b) Je pratique certaines activités pour prévenir la maladie 1 2 3 4
 c) Je connais mon corps et son fonctionnement..... 1 2 3 4

27- Au cours des **6 derniers mois**, combien de fois avez-vous rencontré un (des) **médecin(s)** (généralistes ou spécialistes)?

- 7 fois et + 4-6 fois 2-3 fois 1 fois 0 fois
 1 2 3 4 5

Si vous avez répondu 0 fois, passez à la question 31

28- Précisez le (les) **endroit(s)** où vous avez consulté ce (ces) médecin(s) :
 (Plusieurs réponses possibles)

- a) CLSC..... 1
 b) Cabinet privé..... 2
 c) Milieu hospitalier..... 3
 d) Urgence..... 4
 e) Services de santé de l'établissement scolaire ou universitaire.... 5
 f) Autre, précisez : _____ 6

29- Quel(s) **type de médecin(s)** avez-vous consulté?
 (Plusieurs réponses possibles)

- a) Médecin de famille (qui vous suit régulièrement)..... 1
 b) Médecin *généraliste* (omnipraticien)..... 2
 c) Médecin *spécialiste* (gynécologue, dermatologue,
 d) ORL, ophtalmologiste, psychiatre, etc.)..... 3
 - Identifiez le(s) type(s) de spécialiste(s) : _____
 - Si vous ne pouvez pas identifier le(s) spécialiste(s), donnez la raison pour laquelle
 vous l'(les) avez consulté(s) : _____

30- Qui a pris **l'initiative** de votre (vos) consultation(s) médicale(s)? (Plusieurs réponses possibles)

- a) Moi-même..... 1 d) Un ami ou une amie..... 4
 b) Un de mes parents..... 2 e) Mon conjoint ou ma conjointe..... 5
 c) Ma sœur ou mon frère..... 3 f) Autre, précisez : _____ 6

31- Un médecin vous a-t-il déjà **prescrit** du Ritalin®? Oui 1 Non 2

32- Avez-vous déjà pris du Ritalin®?

Oui 1

Non 2

33. Si oui pour quelle raison? _____

34- Souffrez-vous de l'un ou l'autre des **problèmes de santé chroniques** suivants, confirmés par un médecin ou un spécialiste de la santé? On entend par « problème chronique » un état **qui persiste depuis au moins 6 mois**.

- | | | |
|--|--------------------------------|--------------------------------|
| a) Problèmes menstruels | Oui <input type="checkbox"/> 1 | Non <input type="checkbox"/> 2 |
| b) Allergies alimentaires | Oui <input type="checkbox"/> 1 | Non <input type="checkbox"/> 2 |
| c) Autres allergies | Oui <input type="checkbox"/> 1 | Non <input type="checkbox"/> 2 |
| d) Troubles digestifs | Oui <input type="checkbox"/> 1 | Non <input type="checkbox"/> 2 |
| e) Maladie génétique (fibrose kystique, dystrophie musculaire, etc.) | Oui <input type="checkbox"/> 1 | Non <input type="checkbox"/> 2 |
| f) Maladies de la glande thyroïde, du foie ou des reins | Oui <input type="checkbox"/> 1 | Non <input type="checkbox"/> 2 |
| g) Maladies inflammatoires intestinales (maladie de Crohn, colite ulcéreuse) | Oui <input type="checkbox"/> 1 | Non <input type="checkbox"/> 2 |
| h) Problèmes de os et des articulations | Oui <input type="checkbox"/> 1 | Non <input type="checkbox"/> 2 |
| i) Problèmes de peau | Oui <input type="checkbox"/> 1 | Non <input type="checkbox"/> 2 |
| j) Problèmes respiratoires (asthme) | Oui <input type="checkbox"/> 1 | Non <input type="checkbox"/> 2 |
| k) Troubles émotifs, psychologiques ou nerveux | Oui <input type="checkbox"/> 1 | Non <input type="checkbox"/> 2 |
| l) Hypertension | Oui <input type="checkbox"/> 1 | Non <input type="checkbox"/> 2 |
| m) Diabète | Oui <input type="checkbox"/> 1 | Non <input type="checkbox"/> 2 |
| n) Cholestérol élevé (gras élevé dans le sang) | Oui <input type="checkbox"/> 1 | Non <input type="checkbox"/> 2 |
| o) Autre(s) problème(s), précisez : _____ | | |

35- Cochez la case qui correspond à votre **revenu brut annuel, en incluant l'aide des tiers** (parent, conjoint, etc.) :

- | | |
|---|--|
| a) Moins de 12 000 \$ <input type="checkbox"/> 1 | e) 60 001 \$ à 80 000 \$ <input type="checkbox"/> 5 |
| b) 12 001 \$ à 20 000 \$ <input type="checkbox"/> 2 | f) 80 001 \$ à 100 000 \$ <input type="checkbox"/> 6 |
| c) 20 001 \$ à 40 000 \$ <input type="checkbox"/> 3 | g) 100 001 à 120 000 \$ <input type="checkbox"/> 7 |
| d) 40 001 \$ à 60 000 \$ <input type="checkbox"/> 4 | h) 120 001 et plus <input type="checkbox"/> 8 |

36- Cochez la case qui correspond au **revenu brut combiné de vos parents** :

- | | |
|---|--|
| a) Moins de 12 000 \$ <input type="checkbox"/> 1 | f) 80 001 \$ à 100 000 \$ <input type="checkbox"/> 6 |
| b) 12 001 \$ à 20 000 \$ <input type="checkbox"/> 2 | g) 100 001 à 120 000 \$ <input type="checkbox"/> 7 |
| c) 20 001 \$ à 40 000 \$ <input type="checkbox"/> 3 | h) 120 001 et plus <input type="checkbox"/> 8 |
| d) 40 001 \$ à 60 000 \$ <input type="checkbox"/> 4 | i) Ne sait pas <input type="checkbox"/> 9 |
| e) 60 001 \$ à 80 000 \$ <input type="checkbox"/> 5 | |

37- Indiquez le **niveau d'études le plus élevé** que chacun de vos parents a complété :

- | | Mère | Père |
|---|---------------------------------|----------------------------|
| a) Primaire..... | <input type="checkbox"/> 1..... | <input type="checkbox"/> 1 |
| b) Secondaire..... | <input type="checkbox"/> 2..... | <input type="checkbox"/> 2 |
| c) Collégial technique..... | <input type="checkbox"/> 3..... | <input type="checkbox"/> 3 |
| d) Collégial pré-universitaire..... | <input type="checkbox"/> 4..... | <input type="checkbox"/> 4 |
| e) Universitaire 1 ^{er} cycle..... | <input type="checkbox"/> 5..... | <input type="checkbox"/> 5 |
| f) Universitaire 2 ^e cycle..... | <input type="checkbox"/> 6..... | <input type="checkbox"/> 6 |
| g) Universitaire 3 ^e cycle..... | <input type="checkbox"/> 7..... | <input type="checkbox"/> 7 |
| h) Ne sais pas..... | <input type="checkbox"/> 8..... | <input type="checkbox"/> 8 |
| i) Autre, précisez..... | <input type="checkbox"/> 9..... | <input type="checkbox"/> 9 |

L'équipe de recherche de la Chaîne des médicaments (GEIRSO-UQAM) vous remercie beaucoup pour votre participation à ce questionnaire. Vos réponses sont très importantes et permettront de mener à bien cette recherche.