



## ECHELLE DE MOTIVATION

# SEVRAGE MÉDICAMENTEUX

Placez une croix sur les lignes ci-dessous pour vous situer entre 0 et 10.

JE SUIS CONVAINCU·E QUE MA CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS CONSTITUE UN PROBLÈME														
Absolument pas							Oui, absolument							
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pouvez-vous motiver ci-dessous le choix de ce chiffre ?														
JE VEUX DIMINUER MA CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS														
Absolument pas							Oui, absolument							
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pouvez-vous motiver ci-dessous le choix de ce chiffre ?														
Qu'est-ce qui pourrait renforcer votre souhait ?														
JE ME SENS ACTUELLEMENT SUFFISAMMENT FORT·E POUR ARRÊTER MON MÉDICAMENT														
Absolument pas							Oui, absolument							
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pouvez-vous motiver ci-dessous le choix de ce chiffre ?														
Qu'est-ce qui pourrait augmenter votre confiance en vous ?														
JE ME SENS PRÊT·E A COMMENCER MON SEVRAGE MÉDICAMENTEUX ?														
Dans plusieurs mois							Dès demain							
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pouvez-vous motiver ci-dessous le choix de ce chiffre ?														
Qu'est-ce qui pourrait faire que votre niveau de priorité augmente ?														

