

Questionnaire sur la dépendance aux benzodiazépines (BDEPQ)

Dans les questions qui suivent, vous serez interrogé(e) sur votre expérience de l'utilisation de médicaments connus sous les noms de somnifères, sédatifs, hypnotiques, "benzos" ou calmants. Ces médicaments sont également connus sous les noms commerciaux suivants : "Xanax", "Lexomil", "Temesta", pour n'en citer que quelques-uns parmi les plus vendus. Leur nom chimique finit par « AM » (ex. : Alprazolam, Bromazépam, Lorazépam). Ils concernent aussi des médicaments apparentés (ex. : Zopiclone commercialisé sous le nom "Imovane" ou Zolpidem disponible sous le nom de "Stilnox" ou "Zoldorm"). Tous ces produits seront dénommés **sédatifs, tranquillisants ou somnifères** dans les questions.

Lorsque vous répondez aux questions, veuillez penser à vos expériences **au cours du dernier mois**. Cochez la case en dessous de la réponse qui correspond le mieux à vos expériences du mois dernier.

1. Au cours du dernier mois, avez-vous pris un autre sédatif ou tranquillisant ou somnifère dès que les effets du précédent commençaient à se dissiper ?

Jamais Parfois Souvent Toujours

2. Avez-vous pris des sédatifs/tranquillisants/somnifères au cours du dernier mois parce que vous aimez l'effet qu'ils vous procurent ?

Toujours Souvent Parfois Jamais

3. Au cours du dernier mois, avez-vous eu le sentiment que vous ne pouviez rien affronter qui sorte de l'ordinaire sans prendre un sédatif/tranquillisant/somnifère ?

Jamais Parfois Souvent Tous les jours

4. Avez-vous le sentiment que vous ne pouvez pas passer la journée et/ou la nuit sans l'aide de vos sédatifs/tranquillisants/somnifères ?

Jamais Parfois Souvent Tous les jours

5. Avez-vous besoin d'emporter vos sédatifs/tranquillisants/somnifères avec vous lors de vos déplacements ?

Toujours Souvent Parfois Jamais

6. Avez-vous essayé de réduire le nombre de sédatifs/tranquillisants/somnifères que vous prenez parce qu'ils ont perturbé votre fonctionnement ?

Énormément Quelque peu Un peu Non

7. Au cours du dernier mois, avez-vous constaté que vous deviez prendre davantage de sédatifs/tranquillisants/somnifères pour obtenir le même effet par rapport à la période où vous les avez pris pour la première fois ?

Non Parfois Souvent Toujours

8. Avez-vous besoin de prendre des sédatifs/tranquillisants/somnifères pour faire face aux problèmes dans votre vie ?

Jamais Parfois Souvent Tous les jours

9. Vous sentez-vous mal si vous ne prenez pas de sédatifs/tranquillisants/somnifères ?

Tous les jours Souvent Parfois Jamais

10a. Au cours du mois dernier, craigniez-vous que votre médecin ne continue pas à vous prescrire vos sédatifs/tranquillisants/somnifères ?

Jamais Parfois Souvent Beaucoup

10b. Quelle a été l'intensité de cette inquiétude ?

Légère Modérée Forte

11. Pourriez-vous arrêter de prendre des sédatifs/tranquillisants/somnifères demain sans aucune difficulté ?

- Non, ce serait impossible
 Peut-être, avec beaucoup de difficulté
 Oui, avec un peu de difficulté
 Oui, sans difficulté

12. Comptez-vous le temps qu'il vous reste avant de pouvoir prendre votre prochain sédatif/tranquillisant/somnifère ?

- Toujours Souvent Parfois Jamais

13a. Avez-vous ressenti un soulagement lorsque vous avez pris des sédatifs/tranquillisants/somnifères au cours du dernier mois ?

- Jamais Parfois Souvent Beaucoup

13b. Quelle est l'intensité de ce soulagement ?

- Légère Modérée Forte

14a. Au cours du mois dernier, vous êtes-vous senti(e) mal ou malade parce que les effets des sédatifs/tranquillisants/somnifères se sont dissipés ?

- Oui Répondez à la question suivante
 Non Passez à la question 15

14b. Avez-vous pris un autre sédatif/tranquillisant/somnifère pour réduire ces contrecoups ?

- Jamais Parfois Souvent Beaucoup

15. Au cours du mois dernier, avez-vous pris des sédatifs/tranquillisants/somnifères contre l'avis de votre médecin ou plus fréquemment que la posologie conseillée ?

- Jamais Occasionnellement Parfois Souvent

16. Êtes-vous inquiet du nombre de sédatifs/tranquillisants/somnifères que vous avez pris au cours du dernier mois ?

- Énormément Beaucoup Un peu Pas du tout

17. Avez-vous pris plus de sédatifs/tranquillisants/somnifères en un jour ou une nuit que ce que vous aviez prévu ?

- Tous les jours Souvent Parfois Jamais

18a. Avez-vous trouvé les effets des sédatifs/tranquillisants/somnifères agréables ?

- Jamais Parfois Souvent Toujours

18b. Quelle est l'intensité de ce sentiment agréable ?

- Légère Modérée Forte

19. Avez-vous pris des sédatifs/tranquillisants/somnifères pendant une période plus longue que celle prévue lorsque vous avez commencé ?

- Jamais Parfois Souvent Très souvent

20a. Vous êtes-vous senti(e) tendu(e) ou anxieux/se lorsque votre prescription de sédatifs/tranquillisants/somnifères a commencé à s'épuiser ?

- Jamais Parfois Souvent À chaque fois

20b. Quelle a été l'intensité de ces émotions ?

- Légère Modérée Forte

21a. Avez-vous ressenti une envie irrépressible ou un désir de prendre des sédatifs/tranquillisants/somnifères au cours du dernier mois ?

- Jamais Parfois Souvent Tous les jours

21b. Quelle est l'intensité de cette envie irrépressible ou de ce désir ?

- Légère Modérée Forte

22. Au cours du mois dernier, avez-vous pris des sédatifs/tranquillisants/somnifères alors que vous n'en aviez pas vraiment besoin ?

Jamais Parfois Souvent Tous les jours

Instructions: Dans la prochaine série de questions, veuillez cocher la case en dessous de la réponse qui correspond à ce que vous pensez.

23. Je me sens incapable de m'empêcher de prendre un sédatif/tranquillisant/somnifère lorsque je suis anxieux/se, tendu(e) ou malheureux/se.

Pas du tout d'accord Plutôt pas d'accord Plutôt d'accord Tout à fait d'accord

24. Je ne serais pas capable de gérer mes problèmes si je ne prend pas un sédatif/tranquillisant/somnifère.

Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord Pas du tout d'accord

25. Les petites disputes me contrarient tellement que je dois prendre un sédatif/tranquillisant/somnifère.

Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord Pas du tout d'accord

Consignes de notation

La notation du BDEPQ ne requiert pas plus que des compétences administratives de base. Les étapes suivantes décrivent comment calculer un score total et les scores sur les trois sous-échelles.

1. Notez les éléments comme suit (les labels de référence sont omis ci-dessous)

a. Notez la plupart des items comme suit

0 1 2 3

b. Sauf les items 2, 5, 6, 9, 12, 16, 17 et 24, lesquels sont inversés. Notez ceux-ci comme suit

3 2 1 0

c. Notez la deuxième partie (b) des items à deux parties (les items 10a et b, 18a et b, 20a et b, 21a et b) comme 0 si la première partie (a) est noté 0.

d. Ne tenez pas compte de l'item 14a.

e. Notez l'item 11 comme suit

3 Non, ce serait impossible
 2 Peut-être, avec beaucoup de difficulté
 1 Oui, avec un peu de difficulté
 0 Oui, sans difficulté

2. Additionnez les éléments pour obtenir un score total.

3. Calculer facultativement les notes de sous-échelle comme suit :

a. Additionnez les items 1, 6, 7, 10a, 10b, 14b, 15, 16, 17, 19, 20a, 20b, 21a, et 22 pour obtenir un score sur la sous-échelle *Dépendance Générale*.

b. Additionnez les items 2, 13a, 13b, 18a, 18b, et 21b pour obtenir un score sur la sous-échelle *Effets Agréables*.

c. Additionnez les items 3, 4, 5, 8, 9, 11, 12, 23, 24, et 25 pour obtenir un score sur la sous-échelle *Besoin Perçu*.

Références : Anders, R., Meloni, F., Peter-Derex, L., Chapoutot, M., Gustin, M.-P., & Putois, B. (2024). The Benzodiazepine Dependence Questionnaire (BDEPQ): Development of a brief version and validation of a French adaptation. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*, 34, 100510.