

Annexe 1

Échelle d'évaluation des effets de la cigarette*

Évaluez s.v.p. les effets de la cigarette que vous venez de fumer et répondez aux questions suivantes en cochant une des réponses possibles :

Pas du tout	1
Très peu	2
Légèrement	3
Modérément	4
Beaucoup	5
Énormément	6
Extrêmement	7

	1	2	3	4	5	6	7
1. Cette cigarette vous a-t-elle donné satisfaction ?							
2. Avez-vous aimé le goût de cette cigarette ?							
3. Avez-vous éprouvé une sensation de vertige après avoir fumé cette cigarette ?							
4. Cette cigarette vous a-t-elle calmé (e) ?							
5. Cette cigarette vous a-t-elle aidé à mieux vous concentrer ?							
6. Cette cigarette vous a-t-elle rendu plus éveillé (e) ?							
7. Cette cigarette vous a-t-elle permis d'atténuer votre faim ?							
8. Cette cigarette vous a-t-elle donné la nausée ?							
9. Cette cigarette vous a-t-elle rendu moins irritable ?							
10. Avez-vous aimé la sensation de la fumée dans la gorge et dans la poitrine ?							
11. Cette cigarette a-t-elle immédiatement coupé votre envie de fumer ?							

Scores

Satisfaction : questions 1 + 2 (satisfaction, goût agréable)

Récompense psychique : questions 4 + 5 + 6 + 7 + 9 (effet calmant, effet sur la concentration, effet sur la vigilance, effet sur l'appétit, effet sur l'irritabilité)

Aversion : questions 3 + 8 (vertige, nausées)

Sensations plaisantes : question 10 (sensations plaisantes dans la gorge, poitrine)

Réduction de l'envie de fumer : question 11 (effet sur le désir de fumer)

* *Cigarette evaluation scale* (CES), J.E. Rose et F. Behm, traducteurs : F. Behm et I. Berlin

Annexe 2 :
Échelle d'évaluation sensorielle des bouffées de cigarette*

Évaluez s.v.p. les bouffées de la cigarette que vous venez de fumer et répondez aux questions suivantes en cochant une des réponses possibles :

- Pas du tout 1
- Très peu 2
- Légèrement 3
- Modérément 4
- Beaucoup 5
- Énormément 6
- Extrêmement 7

	1	2	3	4	5	6	7
1. À quel point avez-vous aimé les bouffées de cette cigarette ?							
2. Les bouffées de cette cigarette étaient-elles satisfaisantes ?							
3. Le contenu en nicotine des bouffées était-il élevé ?							
4. Les bouffées de cette cigarette étaient-elles comparables à celles de votre cigarette habituelle ?							
5. En utilisant la même échelle, déterminez l'impact des bouffées de fumée dans les régions suivantes :							
6. Sur la langue ?							
7. Dans le nez ?							
8. Dans la gorge ?							
9. Dans la trachée ?							
10. Dans la poitrine ?							

* *Sensory questionnaire*, auteurs : J.E. Rose et F. Behm, traducteurs F. Behm et I. Berlin

Annexe 3

Questionnaire de dépendance tabagique pour les adolescents*

	Oui	Non
<hr/>		
1. Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer mais vous ne pouviez pas ?		
2. Fumez-vous actuellement parce que c'est vraiment difficile d'arrêter ?		
3. Avez-vous déjà pensé que vous fumez parce que vous êtes dépendant(e) du tabac ?		
4. Avez-vous déjà eu des envies impérieuses de fumer ?		
5. Avez-vous déjà senti que vous aviez vraiment eu besoin d'une cigarette ?		
6. Est-ce difficile de ne pas fumer aux endroits où c'est interdit comme par exemple à l'école ?		
<hr/>		
Quand vous avez essayé d'arrêter de fumer ... ou quand vous n'avez pas fumé depuis un certain temps...		
<hr/>		
7. Avez-vous trouvé difficile de vous concentrer sur votre travail parce que vous ne pouviez pas fumer ?		
8. Avez-vous été plus irritable parce que vous ne pouviez pas fumer ?		
9. Avez-vous senti un besoin urgent, une envie impérieuse de fumer ?		
10. Vous êtes-vous senti(e) nerveux (se), incapable de rester tranquille, ou angoissé(e) parce que vous ne pouviez pas fumer ?		
11. Vous êtes-vous senti(e) triste ou déprimé(e) parce que vous ne pouviez pas fumer ?		
<hr/>		

* *Hooked on nicotine checklist* (HONC), DiFranza et coll. (2002a) et O'Loughlin et coll. (2002), traducteur : I. Berlin

Annexe 4

Questionnaire de Fagerström pour la tolérance

1. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?
 - a moins de 15
 - b de 15 à 25
 - c plus de 25
 2. Quelle marque fumez-vous ?
Taux de nicotine de vos cigarettes ?
 - a moins de 0,8 mg
 - b de 0,8 à 1,5 mg
 - c plus de 1,5 mg
 3. Avalez-vous la fumée ?
 - a jamais
 - b parfois
 - c toujours
 4. Fumez-vous de façon plus rapprochée au début de la journée ?
 - a oui
 - b non
 5. À quel moment fumez-vous votre première cigarette ?
 - a dans la 1/2 heure qui suit le lever
 - b plus tard
 6. Quelle cigarette trouvez-vous la plus indispensable ?
 - a la première
 - b une autre
 7. Fumez-vous, même si une maladie (grippe, angine...) vous oblige à rester au lit ?
 - a oui
 - b non
 8. Trouvez-vous difficile de ne pas fumer dans les endroits interdits (cinéma, métro, salle d'attente) ?
 - a oui
 - b non
-

Annexe 5

Test de Fagerström pour la dépendance à la nicotine

Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?

Dans les 5 minutes	3
De 6 à 30 minutes	2
De 31 à 60 minutes	1
Après 60 minutes	0

Trouvez-vous difficile de ne pas fumer dans les endroits où c'est interdit ?

Oui	1
Non	0

À quelle cigarette de la journée vous serait-il le plus difficile de renoncer ?

La première	1
Une autre	0

Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

10 ou moins	0
11 à 20	1
21 à 30	2
31 ou plus	3

Fumez-vous à un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi ?

Oui	1
Non	0

Fumez-vous lorsque vous êtes si malade que vous devez rester au lit presque toute la journée ?

Oui	1
Non	0
