

NOM :

Date :

Prénom :

Âge :

Sexe :  Homme  Femme

## ÉVALUATION DE LA DÉPENDANCE CORPORELLE

*Ce questionnaire a pour but d'évaluer la part respective  
de plusieurs axes de votre dépendance au tabac.*

*Entourez votre réponse sur l'échelle de notation.*

### 1. A quel point vous sentez-vous dépendant du geste de fumer ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout Totalement

### 2. A quel point vous sentez-vous dépendant des aspects sensoriels (vue / toucher / respiration / odorat) ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout Très fortement

### 3. Pensez-vous avoir besoin d'un outil gestuel et sensoriel pour vous aider à vous libérer du tabac ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout Totalement