



TEST DE FAGERSTRÖM POUR LA DÉPENDANCE À LA NICOTINE (ADULTES)

- 1. Après votre réveil, quand fumez-vous votre première cigarette? **Score****
- Au plus 5 minutes.....3
 - De 6 à 30 minutes2
 - De 31 à 60 minutes1
 - Après 60 minutes0
- 2. Trouvez-vous difficile d'avoir à vous abstenir de fumer dans des endroits où c'est interdit (p. ex. à l'église, à la bibliothèque, au cinéma)?**
- Oui.....1
 - Non.....0
- 3. Quelle cigarette auriez-vous le plus de mal à abandonner?**
- La première du matin.....1
 - N'importe quelle autre0
- 4. Combien de cigarettes par jour fumez-vous?**
- 10 ou moins.....0
 - 11–20.....1
 - 21–30.....2
 - 31 ou plus.....3
- 5. Fumez-vous plus souvent dans les premières heures après le réveil que pendant le reste de la journée?**
- Oui.....1
 - Non.....0
- 6. Fumez-vous même si vous êtes malade au point que vous restez couché(e) la majeure partie de la journée?**
- Oui.....1
 - Non.....0

Score total :



QUESTIONNAIRE DE TOLÉRANCE MODIFIÉ DE FAGERSTRÖM (ADOLESCENTS)

- | | <u>Score</u> |
|--|--------------|
| 1. Combien de cigarettes par jour fumez-vous? | |
| <input type="checkbox"/> Plus de 26 cigarettes par jour..... | 2 |
| <input type="checkbox"/> Environ 16 à 25 cigarettes par jour..... | 1 |
| <input type="checkbox"/> Environ 1 à 15 cigarettes par jour..... | 0 |
| <input type="checkbox"/> Moins d'une par jour | 0 |
| 2. Inhalez-vous? | |
| <input type="checkbox"/> Toujours | 2 |
| <input type="checkbox"/> Assez souvent..... | 1 |
| <input type="checkbox"/> Rarement | 1 |
| <input type="checkbox"/> Jamais..... | 0 |
| 3. Après votre réveil, quand fumez-vous votre première cigarette? | |
| <input type="checkbox"/> Dans les 30 minutes | 1 |
| <input type="checkbox"/> 30 minutes ou plus après le réveil, mais avant midi..... | 0 |
| <input type="checkbox"/> L'après-midi | 0 |
| <input type="checkbox"/> Le soir | 0 |
| 4. Quelle cigarette auriez-vous le plus de mal à abandonner? | |
| <input type="checkbox"/> La première cigarette du matin..... | 1 |
| <input type="checkbox"/> Toute autre cigarette avant midi..... | 0 |
| <input type="checkbox"/> Toute autre cigarette l'après-midi..... | 0 |
| <input type="checkbox"/> Toute autre cigarette le soir..... | 0 |
| 5. Trouvez-vous difficile d'avoir à vous abstenir de fumer dans des endroits où c'est interdit (p. ex. à l'église, à la bibliothèque, au cinéma)? | |
| <input type="checkbox"/> Oui, très difficile | 1 |
| <input type="checkbox"/> Oui, assez difficile..... | 1 |
| <input type="checkbox"/> Non, ce n'est pas habituellement difficile | 0 |
| <input type="checkbox"/> Non, ce n'est pas du tout difficile..... | 0 |
| 6. Fumez-vous même si vous êtes malade au point que vous restez couché(e) la majeure partie de la journée? | |
| <input type="checkbox"/> Oui, toujours..... | 1 |
| <input type="checkbox"/> Oui, assez souvent | 1 |
| <input type="checkbox"/> Non, pas habituellement..... | 0 |
| <input type="checkbox"/> Non, jamais | 0 |
| 7. Fumez-vous plus souvent dans les 7 premières 2 heures après le réveil que pendant le reste de la journée? | |
| <input type="checkbox"/> Oui | 1 |
| <input type="checkbox"/> Non | 0 |

Score total:

Prokhorov AV, Pallonen UE, Fava JL, Ding L, Niaura R. Measuring nicotine dependence among high-risk adolescent smokers. *Addict Behav* 1996;21(1):117-127.

Prokhorov AV, Koehly LM, Pallonen UE, Hudmon KS. Adolescent nicotine dependence measuring by the modified Fagerström Tolerance Questionnaire at two time points. *J Child Adolesc Subst Abuse* 1998;7(4):35-47.



ÉCHELLE DE DÉPENDANCE AU TABAC SANS FUMÉE

- 1. Combien de contenants ou poches de tabac sans fumée utilisez-vous habituellement chaque semaine?**
- | | <u>Score</u> |
|--|--------------|
| <input type="checkbox"/> 1 ou moins chaque semaine | 0 |
| <input type="checkbox"/> 2 à 4 chaque semaine | 1 |
| <input type="checkbox"/> 5 ou plus chaque semaine | 2 |
- 2. À quelle fréquence utilisez-vous du tabac sans fumée?**
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 jour par semaine ou moins | 0 |
| <input type="checkbox"/> 2 à 5 jours chaque semaine | 1 |
| <input type="checkbox"/> 6 à 7 jours chaque semaine | 2 |
- 3. Avalez-vous intentionnellement le jus du tabac?**
- | | |
|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Non..... | 0 |
| <input type="checkbox"/> Oui..... | 1 |
- 4. Utilisez-vous du tabac sans fumée lorsque vous êtes malade ou lorsque vous avez des lésions buccales?**
- | | |
|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Non..... | 0 |
| <input type="checkbox"/> Oui..... | 1 |
- 5. Quand après le réveil de votre période de sommeil normale faites-vous votre première utilisation du tabac à chiquer ou à priser?**
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> After 30 minutes of waking | 0 |
| <input type="checkbox"/> Within 30 minutes of waking..... | 1 |
- 6. Do you smoke cigarettes?**
- | | |
|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Non..... | 0 |
| <input type="checkbox"/> Oui..... | 1 |
- 7. Est-ce difficile pour vous de ne pas utiliser de tabac sans fumée où son utilisation est restreinte ou interdite?**
- | | |
|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Non..... | 0 |
| <input type="checkbox"/> Oui..... | 1 |

Score total :