

Questionnaire de tabacologie

Si vous êtes d'accord, nous vous proposons de compléter ce questionnaire avant votre consultation de tabacologie afin de mieux connaître votre histoire avec le tabac et de faciliter votre prise en charge.

Remplissez-le du mieux que vous le pouvez. Si certains points nécessitent d'être approfondis ou précisés, le (la) tabacologue vous demandera des précisions.

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Âge :

Quelle est votre situation professionnelle actuelle ?

Actif. Profession :		Invalidité	
En formation / Etudiant		Retraité	
Homme / Femme au foyer		Au chômage	

Quel est votre niveau d'étude ?

Sans diplôme		Niveau secondaire (Cycle)	
Maturité		Brevet fédéral / Diplôme de Technicien	
Maturité + 2		➤ Maturité + 2	

Pourquoi avez-vous pris rendez-vous en consultation de tabacologie ?

- J'aimerais prendre des renseignements concernant le sevrage tabagique
- J'aimerais diminuer ma consommation de tabac
- J'aimerais arrêter complètement ma consommation de tabac
- J'ai arrêté de fumer, j'aimerais de l'aide pour maintenir mon arrêt

☐
☐
☐
☐

J'ai une échéance particulière :

1. Etat de santé actuel

Avez-vous l'un des facteurs de risque cardio vasculaire suivants ?

	OUI	NON	Je ne sais pas
Hypertension artérielle			
Diabète			
Dyslipidémie (trouble du cholestérol)			
Sédentarité, absence d'activité physique			

Avez-vous ou avez-vous eu une des pathologies suivantes ?

	OUI	NON	Je ne sais pas
Infarctus du myocarde, angine de poitrine			
Accident vasculaire cérébral			
Artérite des membres inférieurs			
Cancer du poumon, de la gorge, du larynx, de la vessie			
Bronchite chronique, BPCO			
Asthme			
Dépression, syndrome anxieux			

Avez-vous des pathologies particulières autres que celles précédemment citées ?

Prenez-vous un traitement régulièrement ? Si oui, lequel ?

Devez-vous vous faire opérer prochainement ?

Pour les femmes, êtes-vous enceinte ?

Le saviez-vous ? Chez les patients atteints de maladies cardiovasculaires, les bénéfices du sevrage tabagique dépassent ceux attendus d'autres stratégies de prévention telles que le contrôle de la pression artérielle ou du cholestérol. (AT Suisse)

2. Dépistage et évaluation du risque de pathologie secondaire au tabagisme

- Dépistage du risque de broncho-pneumopathie obstructive (BPCO)

Suis-je ou ai-je été fumeur / fumeuse ?

Est-ce que je tousse fréquemment, même sans refroidissement ?

Le matin, ai-je une toux avec des expectorations ?

Est-ce que je souffre d'essoufflement, surtout lors d'efforts physiques ?

Est-ce que j'ai une respiration sifflante ?

Ai-je plus de 45 ans ?

Est-ce que je souffre d'asthme ?

OUI	NON

Si vous répondez par l'affirmative à au moins 3 questions, des examens complémentaires sont recommandés à la recherche d'une BPCO.

- Risque d'angine de poitrine ou d'infarctus du myocarde.

L'angine de poitrine ou angor désigne une douleur thoracique qui apparaît généralement pendant un effort ou un stress. L'angine de poitrine est due principalement à l'athérosclérose dont un des facteurs de risque principal est le tabagisme.

La douleur d'angine de poitrine est thoracique, rétrosternale, parfois ressentie au niveau de l'estomac. Cette douleur peut irradier dans la mâchoire, les épaules ou le bras gauche. C'est une douleur à type d'oppression, de « sensation d'étau ». La douleur peut être accentuée par le froid et la marche en montée. Parfois le patient ne ressent qu'une sensation de fatigue, de baisse des performances physiques ou des signes digestifs qui sont des manifestations atypiques.

Ressentez-vous ce type de douleur ou avez un doute à ce sujet ?

OUI	NON

Le saviez-vous ? Pour les maladies cardiovasculaires les plus fréquentes, l'arrêt du tabac est associé à un bénéfice pour la santé dans les 6 mois, et le risque se rapproche de celui des non-fumeurs après 10-15 ans. (AT Suisse)

- Questions complémentaires

Est-ce que j'ai plus de 50 ans ?

Est-ce que j'ai fumé plus de 20 paquets années (PA) ?

(ce qui équivaut à fumer 1 paquet de cigarettes /jour pendant 20 ans)

Est-ce que je ressens des douleurs dans les jambes à la marche de façon systématique limitant mon périmètre de marche ?

Est-ce que j'ai perdu du poids ces derniers mois ?

Est-ce que j'ai déjà craché du sang ?

Est-ce que j'ai déjà uriné du sang ?

Est-ce que j'ai des difficultés à avaler apparues récemment ?

Est-ce que ma voix s'est modifiée récemment ?

Est-ce que je suis inquiet(ète) pour ma santé concernant une pathologie en particulier ?

OUI	NON

Si vous avez répondu oui à une de ces questions, pouvez-vous nous apporter des précisions ?

Le saviez-vous ? Les gens vivent beaucoup plus longtemps s'ils arrêtent de fumer, quel que soit l'âge auquel ils arrêtent. (AT Suisse)

3. Evaluation de la consommation de tabac et de la dépendance à la nicotine

- Combien de cigarette fumez-vous par jour ?

- Consommez-vous d'autres produits apportant de la nicotine ?

Si oui, de quoi s'agit-il et combien en consommez-vous par jour ?

Produit	Oui j'en consomme	Quantité par jour
Cigarettes industrielles		
Cigarettes roulées		
Cigares et pipes		
Bidees		
Narghilé, pipe à eau, chicha		
Tabac oral et snus		
Tabac à priser (Snuff)		

- Utilisez-vous une vapoteuse / vaporette (= cigarette électronique) ?

Si oui, quelle concentration de nicotine en mg/ml utilisez-vous ?

Quel volume de liquide utilisez-vous par jour (ou par semaine) ?

Combien de temps dure une recharge de 10mL ?

Le saviez-vous ? L'usage de cigarettes électroniques avec nicotine semble efficace pour arrêter de fumer. Les effets secondaires rapportés à court terme sont généralement mineurs. Il manque cependant de données sur les effets du vapotage à long terme et son potentiel addictif entraine souvent une durée d'usage supérieure à celle des aides médicamenteuses. (<https://www.pepra.ch/fr/tabac#les-cigarettes-electroniques>)

Degré de dépendance à la nicotine (test de Fagerstrom)

Merci d'entourer le chiffre qui correspond à votre réponse.

- Le matin, combien de temps après être réveillé(e), fumez-vous votre première cigarette ?
 - Dans les 5 minutes 3
 - 6 - 30 minutes 2
 - 31 - 60 minutes 1
 - Plus de 60 minutes 0
- Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ? (ex : cinémas, bibliothèques)
 - Oui 1
 - Non 0
- À quelle cigarette renonceriez-vous le plus difficilement ?
 - À la première de la journée 1
 - À une autre 0
- Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?
 - 10 ou moins 0
 - 11 à 20 1
 - 21 à 30 2
 - 31 ou plus 3
- Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?
 - Oui 1
 - Non 0
- Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?
 - Oui 1
 - Non 0

Faites le total de vos réponses : Total : _____

Selon Fagerström KO, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: A review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. J Behav Med. 1989; 12:159-181.

Fumez-vous à l'intérieur de votre habitation ?

Y a-t-il d'autres fumeurs dans votre foyer ?

Le saviez-vous? Les avantages immédiats de l'arrêt du tabac comprennent une amélioration de l'oxygénation, une baisse de la pression artérielle, une amélioration de l'odeur, du goût, de la circulation et de la respiration, une augmentation de l'énergie et une amélioration de la réponse immunitaire? (AT Suisse)

4. Consommation d'alcool

Combien d'unités d'alcool consommez-vous par jour ? Combien d'unités d'alcool consommez-vous par semaine ?	 une unité d'alcool
---	---

Questionnaire ACME (CAGE)

Avez-vous déjà ressenti le besoin d'arrêter de consommer de l'alcool?

Vous êtes-vous déjà senti coupable vis-à-vis de votre consommation?

Avez-vous déjà bu de l'alcool le matin pour mieux vous réveiller?

Avez-vous déjà été ennuyé par des critiques de vos proches?

TOTAL

OUI 1	NON 0

5. Autre consommation ou dépendance

Avez-vous fumé du cannabis au cours des 12 derniers mois ?

Si oui,

- Au moins 1 usage au cours des 30 derniers jours ?
- Au moins 10 usages au cours des 30 derniers jours ?
- Tous les jours ?

Si vous consommez d'autres produits ou avez d'autres dépendances, vous pouvez les inscrire ici ou en parler avec votre tabacologue.

Le saviez-vous ? La consommation d'alcool, même en petites quantités, augmente les risques pour la santé et le cancer. (OMS 07/01/2023)

6. Comment vous sentez vous ?

1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)

- La plupart du temps 3
- Souvent 2
- De temps en temps 1
- Jamais 0

2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

- Oui, tout autant 0
- Pas autant 1
- Un peu seulement 2
- Presque plus 3

3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

- Oui, très nettement 3
- Oui, mais ce n'est pas trop grave 2
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1
- Pas du tout 0

4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses

- Autant que par le passé 0
- Plus autant qu'avant 1
- Vraiment moins qu'avant 2
- Plus du tout 3

5. Je me fais du souci

- Très souvent 3
- Assez souvent 2
- Occasionnellement 1
- Très occasionnellement 0

6. Je suis de bonne humeur

- Jamais 3
- Rarement 2
- Assez souvent 1
- La plupart du temps 0

7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)

- Oui, quoi qu'il arrive 0
- Oui, en général 1
- Rarement 2
- Jamais 3

8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

- Presque toujours 3
- Très souvent 2
- Parfois 1
- Jamais 0

9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

- Jamais 0
- Parfois 1
- Assez souvent 2
- Très souvent 3

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence

- Plus du tout 3
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1
- J'y prête autant d'attention que par le passé 0

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place

- Oui, c'est tout à fait le cas 3
- Un peu 2
- Pas tellement 1
- Pas du tout 0

12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses

- Autant qu'avant 0
- Un peu moins qu'avant 1
- Bien moins qu'avant 2
- Presque jamais 3

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique

- Vraiment très souvent 3
- Assez souvent 2
- Pas très souvent 1
- Jamais 0

14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision

- Souvent 0
- Parfois 1
- Rarement 2
- Très rarement 3

Additionnez les points des réponses : 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 : Total A = _____

Additionnez les points des réponses : 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 : Total D = _____

Echelle HAD (Hospital Anxiety and Depression scale)

Le saviez-vous ? Le sevrage tabagique est associé à une amélioration des fonctions cognitives, du bien-être psychologique et de l'estime de soi. (AT Suisse)

7. Vos habitudes alimentaires

- Combien de tasses de café buvez-vous par jour ?
- Combien de repas prenez-vous par jour ?
- Vous arrive-t-il fréquemment de sauter un repas ? Oui Non
- Avez-vous tendance à grignoter entre les repas ? Oui Non
- Votre poids est-il stable ? Oui Non
- Avez-vous eu des variations importantes de poids dans votre vie ? Oui Non
- Si oui, à quelle(s) occasion(s) ?

8. Activité physique et sédentarité

Questionnaire de Marshall (Marshall Al, Miller Yd, Burton Nw, Brown Wj.)

Combien de fois par semaine faites-vous 20 minutes d'activité physique intense au point de transpirer ou de haleter (être essoufflée) ? (par exemple : jogging, port de charge lourde, aérobic ou cyclisme à allure rapide).
(Entourez votre réponse)

- plus de 3 fois par semaine (score : 4)
- 1 à 2 fois par semaine (score : 2)
- jamais (score : 0)

Combien de fois par semaine faites-vous 30 minutes d'activité physique modérée, ou de la marche, qui augmente votre fréquence cardiaque ou qui vous font respirer plus fort que normalement ? (par exemple : tondre la pelouse, porter des charges légères, faire du vélo à allure modérée ou jouer au tennis en double).

- plus de 5 fois par semaine (score : 4)
- 3 à 4 fois par semaine (score : 2)
- 1 à 2 fois par semaine (score : 1)
- jamais (score : 0)

Additionner vos points.

- Score ≥ 4 => Vous êtes « suffisamment » actif. Continuez ainsi !
- Score entre 0 et 3 => Si cela est possible, il vous est recommandé d'augmenter votre activité physique

Evaluation de la sédentarité

En cumulé, combien d'heures par jour passez-vous en position assise ou allongée (hors sommeil) ?
(Entourez votre réponse)

Moins de 3 heures

Entre 3 et 7 heures

Plus de 7 heures

niveau faible de sédentarité

niveau modéré de sédentarité

niveau élevé de sédentarité

9. Quelle est votre histoire avec le tabac ?

• À quel âge avez-vous fumé votre première cigarette ? à ans

• À quel âge avez-vous commencé à fumer quotidiennement ? à ans

• Quel budget annuel consacrez-vous au tabac ?

Ou quel budget par semaine consacrez -vous au tabac ?

• Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer ? Oui Non

De quelle manière ?

• Combien de temps a duré votre arrêt le plus long ?

• Quelle est la date de votre dernière tentative ?

• Quels troubles avez-vous ressentis à l'arrêt du tabac ?

Aucun		Augmentation de l'appétit	
Difficultés de concentration		Agitation	
Pulsion à fumer		Nervosité	
Trouble du sommeil		Anxiété	
Irritabilité		Humeur dépressive	
Colère			
Autres :			

- Avez-vous pris du poids en arrêtant de fumer ? Oui Non

Si oui, combien de kilos ?

Si vous avez repris le tabac après avoir arrêté, pour quelle(s) raison(s) pensez-vous avoir recommencé ? (par ordre d'importance)

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

10. Pourquoi fumez-vous ?

Évaluez par une note de 0 à 10 les raisons qui vous poussent à fumer.

Lisez chaque proposition et entourez le chiffre qui correspond à votre réponse :

0 signifie "Jamais" et 10 signifie "Toujours".

Je fume	Jamais										Toujours
Parce que c'est un geste automatique	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Par convivialité	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pour le plaisir	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pour combattre le stress	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pour mieux me concentrer	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pour ne pas grossir	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Autre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

11. Degré de motivation

Évaluez, par une note de 0 à 10, votre intention actuelle d'arrêter de fumer (0 signifie "Je n'ai absolument pas envie d'arrêter de fumer" et 10 signifie "Je suis fermement décidé(e) à arrêter").

Absolument pas envie

Fermement décidé(e) à arrêter

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Parmi les phrases ci-dessous, laquelle vous décrit le mieux ?

- « Je ne veux pas arrêter de fumer »
- « Je pense que je devrais arrêter de fumer, mais je ne le souhaite pas vraiment »
- « Je veux arrêter de fumer, mais je n'ai pas réfléchi au moment où je le ferai »
- « Je veux arrêter de fumer, mais je ne sais pas quand je le ferai »
- « Je veux arrêter de fumer et souhaite le faire bientôt »
- « Je veux réellement arrêter de fumer, et j'envisage de le faire au cours du trimestre à venir »
- « Je veux réellement arrêter de fumer, et j'envisage de le faire dans le mois qui vient »

12. Pourquoi voulez-vous arrêter de fumer ?

J'aimerais bien arrêter de fumer parce que je voudrais

13. Que craignez-vous en arrêtant de fumer ?

En essayant d'arrêter de fumer, j'ai peur de

Merci d'avoir rempli ce questionnaire qui va nous aider à vous accompagner vers une vie sans tabac !

Ce questionnaire a été élaboré à partir des recommandations de l'Association Suisse pour la prévention du tabagisme et de la société francophone de tabacologie, et en particulier du dossier de tabacologie de la SFT (2018) par la Dre. Sylvaine Hoch, tabacologue.