

FEUILLE D'ÉVALUATION MOI(S) SANS TABAC

Afin d'évaluer l'action Moi(s) sans tabac dans les pharmacies de la Haute-Vienne, nous vous remercions de remplir ce questionnaire anonyme (moins de deux minutes) et de nous le renvoyer dans l'enveloppe T ci-jointe. Votre réponse contribuera à l'amélioration de l'action.

Date (de remplissage de ce questionnaire) :

1. Votre objectif était-il d'arrêter de fumer :

- Totalement Partiellement

2. Où en êtes-vous aujourd'hui ?

- Je ne fume plus du tout
 Je fume moins qu'avant novembre 2017
 Je fume comme avant novembre 2017
 Je fume plus qu'avant novembre 2017

3. Avez-vous utilisé le kit Moi(s) sans tabac distribué lors de l'opération ? (livret "je me prépare", l'agenda, carte "le stress ne passera pas par moi", sticker " je retrouve la forme, pas les formes", la roue des économies)

- Oui Non

4. Par qui avez-vous été aidé(e) pendant l'opération Moi(s) sans tabac ?

- Mon pharmacien
 Mon médecin traitant
 Un médecin spécialisé en addictologie
 Un(e) conjoint(e) ou ami(e)
 Autre (précisez) :

5. Quelle(s) méthode(s) avez-vous utilisé pour vous aider à arrêter de fumer pendant l'opération Moi(s) sans tabac ? Plusieurs réponses possibles

- Aucune
 Substituts nicotiniques transdermiques (patch)
 Substituts nicotiniques oraux
 Cigarette électronique
 Psychothérapie
 Homéopathie ou phytothérapie (plantes médicinales)
 Hypnose
 Acupuncture
 Activités physiques
 Application de e-coaching
 Autre (précisez) . : ...

6. Parmi ces méthodes, merci d'indiquer celles que vous continuez à utiliser actuellement ?

Plusieurs réponses possibles

- Aucune
- Substituts nicotiques transdermiques (patch)
- Substituts nicotiques oraux
- Cigarette électronique
- Psychothérapie
- Homéopathie ou phytothérapie (plantes médicinales)
- Hypnose
- Acupuncture
- Activités physiques
- Application de e-coaching
- Autre (préciser) : ...

7. Combien de temps avez-vous tenu sans fumer ou en diminuant votre consommation de tabac ?

- moins d'une semaine
- 2 semaines
- 3 semaines
- 1 mois
- plus d'1 mois

7. Combien d'entretiens avez-vous eu en pharmacie pour vous aider à arrêter de fumer ?

- aucun
- 1 seul entretien
- 2 entretiens
- 3 entretiens
- 4 entretiens
- plus de 4 entretiens

8. Quelles difficultés avez-vous rencontré pendant votre expérience d'arrêt du tabac ?

- aucune
- aide du pharmacien ne répondait pas à mes attentes
- efficacité insuffisante des produits utilisés
- produits trop chers pour moi
- attente trop longue en pharmacie
- absence de remboursement des produits proposés
- autre (préciser) : ...

9. Entourez votre niveau de satisfaction concernant l'aide du pharmacien dans votre arrêt du tabac (0 pas du tout satisfait, 10 très satisfait) :

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

Ce questionnaire est fini, merci de votre participation, vous pouvez nous le renvoyer dans l'enveloppe T jointe.