

Mois sans tabac



# Moi(s) sans tabac

## Je le tente avec mon P.A.P.O

(Plan d'Accompagnement Personnalisé à l'Officine)

**Dossier patient à renvoyer à l'URPS Pharmaciens PACA  
37/39 bd Vincent Delpuech – 13006 Marseille**

*Tout dossier incomplet ne sera pas soumis à indemnités (renseignez toutes les pages)*

Identification patient

N° de dossier	3 premières lettres du nom de famille	5 premiers chiffres du N° de sécu	Si Fac : N° étudiant Si Phcie : N° FINESS
---------------	---------------------------------------	-----------------------------------	--

TAMPON PHARMACIE + NOM DU PHARMACIEN

### Coordination scientifique et opérationnelle

- Pr. S. HONORE, Président SPFC, AMU
- Dr. T. AUGIER, Responsable filière officine, AMU
- Dr. F. FERRERA BIBAS, Vice-Présidente URPS pharmaciens PACA
- Dr. V. ROCCHI, Tabacologue, Pharmacie de la Pounche 13
- Dr. V. TRAMINI, Président gpt ORPHIE, Pharmacie du Verdon 04
- Dr. F. CORREARD, APHM – AMU

## 6 questions pour vous aider...

**Qu'est ce que vous voulez?**

*Visez toujours la lune. Même si vous la manquez, vous atterrirez parmi les étoiles  
Les Brown*

**Qu'est ce que cela va vous apporter ?**

*Cela va m'apporter ...*

*Trouvez cinq bénéfiques et gardez les constamment en mémoire*

**Comment saurais-je que j'aurai réussi ?**

*Qu'est ce que je verrai, entendrai, sentirai lorsque j'aurai réussi...  
Imaginez-vous*

**Quels inconvénients la réussite va entraîner ?**

*Imaginez comment remédier à ses inconvénients ?*

*Qu'est ce qui vous freine, qu'est ce qui vous limite? Chez vous, dans votre environnement?*

**De quoi j'ai besoin pour réussir?**

*Qu'est ce qui vous freine, qu'est ce qui vous limite? Chez vous, dans votre environnement?*

Pharmacie :

Tampon + nom pharmacien(s) titulaire(s)

Tel portable :

Mail :

Nombre de patient

(dans la limite maximum de 10) :

Charte d'engagement « MOI(S) SANS TABAC , je le tente avec mon P.A.P.O

Je soussigné

Accepte de participer à l'opération « moi(s) sans tabac,» dans le cadre du projet URPS Pharmaciens PACA, et certifie :

- Que j'ai suivi une formation DPC sur le sevrage tabagique
- Que je suivrai la méthodologie proposée par l'URPS Pharmaciens pour la consultation de sevrage, le suivi du patient et son évaluation.

Fait à,

La pharmacien

# **J0 : C'est parti ! DOSSIER PATIENT TABACOLOGIE**

## **Bilan du 1<sup>er</sup> entretien**

DATE :	
<b>INFORMATIONS GENERALES</b>	
NOM :	
PRENOM :	
TEL :	
AGE :	SEXE :
POIDS :	
TAILLE :	
SITUATION PROFESSIONNELLE :	Si étudiant noter l'année + la Fac de rattachement (médecine, pharma, dentaire..)
<b>VOTRE SANTE</b>	
MEDECIN TRAITANT	
TRAITEMENT EN COURS OU ANTERIEUR POUR	
MALADIES CARDIOVASCULAIRES	
MALADIES RESPIRATOIRES	
DEPRESSION NERVEUSE	
PRISE DE TRANQUILISANTS	
AUTRE ADDICTIONS	
RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES	

## VOS HABITUDES ET VOTRE MODE DE VIE

PRATIQUEZ VOUS UN SPORT ?	
QUELS SONT VOS HOBBIES ?	
BUVEZ-VOUS DU CAFE ?	
COMBIEN / J ?	
CONSOMMEZ-VOUS DES BOISSONS ALCOOLISEES ?	
COMBIEN DE VERRES / J ?	
QUEL EST VOTRE RYTHME ALIMENTAIRE (repas, grignotage) ?	
QUEL EST VOTRE ENVIRONNEMENT FUMEUR? (amis, famille...)	
FUMEZ-VOUS A L'INTERIEUR DE VOTRE HABITATION ?	
MESURE DU C.O	
QUELLE(S) SERAI(EN)T VOTRE- VOS PRINCIPALE( S ) MOTIVATION ( S ) POUR ARRETER DE FUMER ? (5 réponses Max)	

## VOTRE HISTOIRE AVEC LE TABAC

A QUEL AGE AVEZ-VOUS FUME VOTRE 1 <sup>ère</sup> CIGARETTE ?	
COMBIEN DE CIGARETTES FUMEZ-VOUS PAR JOUR ?	
ROULEES OU MANUFACTUREES ?	
FUMEZ-VOUS DU CANNABIS ?	
COMBIEN ?	
VAPOTEZ-VOUS ?	
QUEL VOLUME ?	
QUELLE CONCENTRATION ?	
QUEL BUDGET MENSUEL CONSACREZ-VOUS A LA CIGARETTE ?	
AVEZ-VOUS DÉJÀ ESSAYÉ D'ARRÊTER ? QUAND ? DE QUELLE MANIÈRE ?	
COMMENT VOUS SENTIEZ-VOUS PENDANT CET ARRÊT ?	
SELON VOUS POUR QUELLES RAISONS AVEZ-VOUS REPRIS ?	

## Test de Fagerström simplifié en deux questions

1. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

10 ou moins	0
11 à 20	1
21 à 30	2
31 ou plus	3
  
2. Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?

Moins de 5 minutes	3
6 à 30 minutes	2
31 à 60 minutes	1
Après plus d'1 heure	0

Interprétation selon les auteurs :

- 0-1 : pas de dépendance ;
- 2-3 : dépendance modérée ;
- 4-5-6 : dépendance forte.

SCORE :

## MOTIVATIONS ET CRAINTES

Quelles sont vos motivations ?

Pourquoi avez-vous décidé aujourd'hui d'arrêter de fumer ?

- Protéger ma santé
  - Retrouver une bonne condition physique
  - Protéger la santé de mon entourage
  - Retrouver le goût, l'odorat et mieux respirer
  - Faire des économies
  - Être mieux dans ma peau
  - Faire plaisir à mes proches
  - Ne plus être dépendant
  - Mieux respirer
  - Accompagner un proche
  - Ne plus être imprégné de l'odeur
  - Retrouver une bonne haleine
  - Autre
- .....

Avez-vous des craintes à l'arrêt ?

- Prise de poids
  - Pulsions à recommencer
  - Irritabilité
  - Tristesse / Dépression
  - Agitation / Nervosité
  - Difficultés de concentration
  - Troubles du sommeil
  - Anxiété
  - Autres
- .....

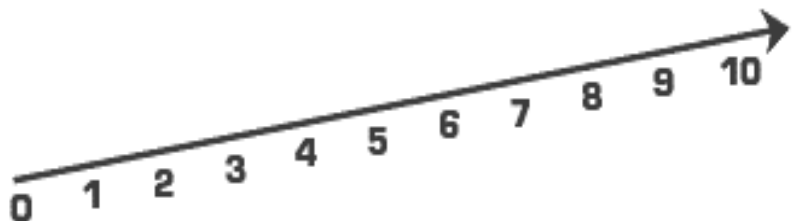
Avez-vous confiance en vous ?

Si vous arrêtiez de fumer aujourd'hui, à combien estimeriez-vous vos chances de réussite ?

Placez-vous sur une échelle de 0 à 10 :

- 0 signifie «je suis tout à fait sûr(e) que je n'y arriverai pas»
- 10 signifie «je suis tout à fait sûr(e) que je réussirai»

Entourez le chiffre correspondant à la réponse.



Objectifs de sevrage co-conclus :

Arrêt total

Réduction

Nb cigarettes max :



## TEST DE RICHMOND

Aimeriez-vous arrêter de fumer si vous pouviez le faire facilement ?	Oui Non	0 1
Avez-vous réellement envie de cesser de fumer ?	Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup	0 1 2 3
Pensez-vous réussir à cesser de fumer dans les 2 semaines ?	Non Peut-être Vraisemblablement Certainement	0 1 2 3
Pensez-vous être un ex-fumeur dans 5 mois ?	Non Peut-être Vraisemblablement Certainement	0 1 2 3
<b>TOTAL</b>		<input type="text"/>

### **SCORE $\geq 8$**

Bonne motivation

### **SCORE 6-8**

Motivation moyenne. Un soutien motivationnel peut être utile pour valoriser et augmenter les côtés positifs de l'arrêt

### **SCORE $\leq 5$**

Motivation faible qui nécessite une aide motivationnelle et un soutien avant de démarrer le sevrage.



**J+7 : On s'accroche !**

DATE :

**Entretien de suivi - Bilan du 2<sup>ème</sup> entretien**

NOMBRE DE CIGARETTES	
MESURE DU CO	
QUEL EST VOTRE RESSENTI ? (tolérance cutanée / buccale...)	
AVEZ-VOUS EU DES DIFFICULTES? LESQUELLES ?	
QUEL EST VOTRE NOUVEL OBJECTIF ?	

### PLAN PERSONNALISE DE SEVRAGE

2 <sup>ème</sup> visite / DATE			
TRAITEMENT PRESCRIT	NOMS	DOSAGE	POSOLOGIE QUOTIDIENNE MOY & MAX
Patchs			
Pastilles ou comprimés			
Gommes			
Spray			
Inhaleur			
Autres			

EVALUATION DU SOMMEIL	
EVALUATION DE L'ANXIETE	
EVALUATION DU TRANSIT	
EVALUATION DU POIDS	

DATE DU PROCHAIN RDV	
----------------------	--



# Entretien de suivi 3<sup>ème</sup> entretien (reproduisez autant de fois cette page pour les entretiens de suivi)

DATE :

NOMBRE DE CIGARETTES	
MESURE DU CO	
QUEL EST VOTRE RESENTI ? (tolérance cutanée / buccale...)	
AVEZ-VOUS EU DES DIFFICULTES? LESQUELLES ?	
QUEL EST VOTRE NOUVEL OBJECTIF ?	

## PLAN PERSONNALISE DE SEVRAGE

4 <sup>ème</sup> visite / DATE			
TRAITEMENT PRESCRIT	NOMS	DOSAGE	POSOLOGIE QUOTIDIENNE MOY & MAX
Patchs			
Pastilles ou comprimés			
Gommes			
Spray			
Inhaleur			
Autres			

EVALUATION DU SOMMEIL	
EVALUATION DE L'ANXIETE	
EVALUATION DU TRANSIT	
EVALUATION DU POIDS	

DATE DU PROCHAIN RDV	
----------------------	--

# ENTRETIEN FINAL

DATE DE DEBUT DU SEVRAGE	
NOMBRE DE CIGARETTES EN DEBUT DE PROGRAMME	
NOMBRE DE CIGARETTES EN FIN DE PROGRAMME	
RECHUTE OU ABANDON	
MES TAUX DE C.O	- - - -
PRÊT A POURSUIVRE LE SEVRAGE EN J+35 ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
NOMBRE D'ENTRETIENS REALISES	
LISTE DES TRAITEMENTS PRESCRITS AU PATIENT PENDANT LA PERIODE	
TNS	
AUTRES	
SOLLICITATION MEDECIN TRAITANT	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON  Si oui précisez pourquoi
SOLLICITATION RESEAU ADDICTO	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON  Si oui précisez pourquoi
SOLLICITATION AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON  Si oui précisez pourquoi

## QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION PATIENT

1. Comment jugez-vous la qualité des services que vous avez reçu ?	Excellente	Bonne	Correcte	Faible
2. Avez-vous reçu le genre de services que vous souhaitiez ?	Non, absolument pas	Non, pas vraiment	Oui, en général	Oui, absolument
3. Dans quelle mesure notre programme a-t-il satisfait vos attentes ?	Presque toutes mes attentes ont été satisfaites	La plupart de mes attentes ont été satisfaites	Quelques-unes de mes attentes ont été satisfaites	Aucune de mes attentes n'a été satisfaites
4. Si l'un(e) de vos ami(e)s avait besoin d'une aide de ce genre, recommanderiez-vous notre programme à cet(te) ami(e) ?	Non, absolument pas	Non, je ne pense pas	Oui, je pense	Oui, absolument
5. Quel est votre niveau de satisfaction de la quantité d'aide que vous avez reçue ?	Plutôt insatisfaisant	Indifférent ou un peu insatisfaisant	Globalement satisfaisant	Très satisfaisant
6. Les services que vous avez reçus vous ont-ils aidé à envisager d'une façon plus efficace vos difficultés ?	Oui, ils m'ont beaucoup aidé	Oui, ils ont aidé	Non, ils ne m'ont pas beaucoup aidé	Non, ils ont semblés empirer les choses
7. D'une façon générale, quel est votre degré de satisfaction envers le service que vous avez reçu ?	Très satisfaisant	Globalement satisfaisant	Indifférent ou un peu insatisfaisant	Plutôt insatisfaisant
8. Si vous cherchiez à nouveau de l'assistance, reviendrez-vous dans notre programme ?	Non, absolument pas	Non, je ne pense pas	Oui, je pense	Oui, absolument

# QUESTIONNAIRE D’EVALUATION EXPERIMENTATION PAR LE PHARMACIEN

(à compléter 1 seule fois si vous remettez plusieurs dossiers)

Seriez-vous prêts à reproduire cette expérience dans votre pratique quotidienne ?	Oui de suite	Oui avec des aménagements organisationnels	Non, pas dans l’immédiat	Non, jamais
Etes-vous satisfait de la rémunération obtenue (50 euros/ patient) ?	Oui, tout à fait	Oui, mais cela ne dédommage pas de notre temps passé	Non, c’est insuffisant	Non, pas du tout
Avez-vous augmenté vos sorties de TNS ?	Oui de manière significative	Oui légèrement	Non, comme d’habitude	Non, je n’en ai pas délivré
Quel est le principal bénéfice retenu à l’issu de cette expérimentation ?				
Quel est le principal frein retenu à l’issu de cette expérimentation ?				
Pourriez-vous nous faire part d’une amélioration à porter au dossier patient dans la forme ou dans le fond ?				
Pourriez-vous nous faire part d’une amélioration à porter à l’organisation du projet (formation, soirées …) ?				
Seriez-vous prêts à entraîner d’autres pharmaciens dans la formation et l’expérimentation des nouvelles missions	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON  Rayez la mention inutile SVP			