

## Enquête de satisfaction auprès des personnes accompagnées pour arrêter de fumer

Afin d'améliorer encore l'accompagnement à l'arrêt du tabac, nous avons besoin de votre opinion et de votre vécu de l'accompagnement par votre pharmacien. Merci de répondre aux questions suivantes (cela ne vous prendra que quelques minutes). Les résultats sont anonymes et seront analysés de manière globale.

### Concernant le programme et l'organisation

**1. D'un point de vue organisationnel, diriez-vous que vous êtes satisfait(e) du suivi réalisé par votre pharmacien pour arrêter votre consommation de tabac ?**

| Concernant                   | Oui, tout à fait           | Oui, plutôt                | Non, pas vraiment          | Non, pas du tout           |
|------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Le nombre de rendez-vous     | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| La fréquence des rendez-vous | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |

**2. Combien avez-vous eu de rendez-vous au total ? Nombre : /\_\_\_\_\_/ entretiens**

**3. Si vous avez dû arrêter le programme (en cours de route, avant la fin), quelle en est la raison principale ?**

- 1 Trop contraignant
- 2 Manque de motivation
- 3 Manque de temps ...
- 4 Autre : précisez : .....

**4. Considérez-vous que la pharmacie soit un lieu adapté pour ce type d'entretien ?**

- 1 Oui, tout à fait       2 Oui, plutôt       3 Non, pas vraiment       4 Non, pas du tout

**5. Diriez-vous que l'on vous a donné les informations nécessaires pour comprendre les objectifs de l'accompagnement ?**

- 1 Oui, tout à fait       2 Oui, plutôt       3 Non, pas vraiment       4 Non, pas du tout

**6. Avez-vous été orienté vers d'autres structures d'accompagnement (consultation tabacologique...)?**

- 1 Oui                       2 Non                       3 Non concernée

### Concernant votre consommation de tabac

**7. Aujourd'hui, quelle est votre situation par rapport au tabac ?**

- 1 J'ai arrêté de fumer
- 2 J'ai diminué ma consommation de tabac
- 3 Je suis passé aux substituts nicotiques (patch, gomme...)

- Je suis passé à la e-cigarette  
 Je continue à fumer (pas de changement)

**8. Si vous avez arrêté ou diminué le tabac, quelle part de cette réussite attribuez-vous au programme ?**

- 0% (cela ne m'a pas aidé)       25%       50%       75%  
 100% (sans le programme je n'aurais jamais arrêté).

**9. Quelle note sur 10 donneriez-vous à votre satisfaction globale sur le programme ?**

/ \_\_\_\_ / 10 (« 0 très mauvaise note => 10 très satisfait »)

**10. Est-ce que le programme a changé la perception que vous avez du rôle de votre pharmacien ?**

- Oui, tout à fait       Oui, plutôt       Non, pas vraiment       Non, pas du tout

**11. Recommanderiez-vous ce programme à vos proches et amis qui souhaiteraient arrêter de fumer ?**

- Oui, tout à fait       Oui, plutôt       Non, pas vraiment       Non, pas du tout



**Si NON, pourquoi ?**

---

---

---

---

**12. Avez-vous des suggestions d'amélioration du programme d'accompagnement à l'arrêt du tabac ?**

---

---

---

***Merci pour votre participation***