

Enquête de satisfaction auprès des pharmaciens ayant participé au projet EOL

Afin d'améliorer encore l'accompagnement à l'arrêt du tabac, nous avons besoin de votre opinion et de votre vécu de l'accompagnement de vos patients. Merci de répondre aux questions suivantes (cela ne vous prendra que quelques minutes). Les résultats seront analysés de manière globale et permettront d'améliorer encore le programme et son organisation.

Concernant le programme et l'organisation

1. Quel est le code postal de votre commune d'exercice ? / _ / _ / _ / _ / _ /
2. Combien de patients avez-vous accompagné dans le cadre du programme EOL (phase 2) ?
/ ____ / patients Si vous n'avez pas suivi de patients suite à la formation,
pourquoi ? _____
3. Diriez-vous que la formation suivie vous a apporté les éléments et informations nécessaires à l'accompagnement des patients souhaitant arrêter de fumer ?
1 ☐ Oui, totalement 2 ☐ Oui, plutôt 3 ☐ Non, pas vraiment 4 ☐ Non, pas du tout
4. Durant la formation, pensez-vous avoir acquis les connaissances nécessaires à la réalisation des entretiens motivationnels et au suivi des patients ?
1 ☐ Oui, tout à fait 2 ☐ Oui, plutôt 3 ☐ Non, pas vraiment 4 ☐ Non, pas du tout
5. Y'a-t-il un type de public que vous avez eu du mal à convaincre de participer ?
☐ Oui
☐ Non, tous les patients ont accepté
6. Est-ce que la mise en œuvre d'un entretien motivationnel a été facile ?
☐ Oui ☐ Oui, plutôt ☐ Non, pas vraiment ☐ Non, pas du tout
7. Les outils proposés dans le cadre du programme pour mener les entretiens sont-ils adaptés ?
1 ☐ Oui, tout à fait 2 ☐ Oui, plutôt 3 ☐ Non, pas vraiment 4 ☐ Non, pas du tout
8. Diriez-vous que la rémunération proposée pour le suivi/accompagnement des patients est adaptée ?
1 ☐ Oui, tout à fait 2 ☐ Oui, plutôt 3 ☐ Non, pas vraiment 4 ☐ Non, pas du tout

Concernant les résultats et l'impact

9. Selon votre pratique, estimez-vous que l'accompagnement proposé a été efficace (est une réussite) ?

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

10. En fin de programme, quel pourcentage (environ) de vos patients suivis ont arrêté de fumer ?

- 1 ☐ 100% 2 ☐ 75% 3 ☐ 50% 4 ☐ Moins de 25%

11. Pensez-vous que la pharmacie soit un lieu adapté pour ce type d'accompagnement ?

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

12. Est-ce que le programme a amélioré votre relation avec vos patients/bénéficiaires ?

- ☐ Oui, plus de confiance
☐ Oui, plutôt
☐ Pas vraiment de changement (déjà bonnes relations)
☐ Non, certains patients ne sont pas/plus revenus

13. Diriez-vous que le programme, a permis de renforcer les liens avec les autres professionnels de proximité du patient ? (MG et IDE).

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

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

15. Dans le futur, seriez-vous prêt à poursuivre cette action d'accompagnement des personnes souhaitant arrêter de fumer ?

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

9 ☐ Je ne sais pas

Si NON, pourquoi ?

16. Selon vous quels sont les éléments à revoir pour améliorer le programme ?

Merci pour votre participation.

Merci de renvoyer le questionnaire complété à l'URPS (joindre les questionnaires de satisfaction patients et la charte d'engagement) à l'adresse suivante :

URPS Pharmaciens des Pays de la Loire – Maison des URPS – 5 bd Vincent Gâche, 44200 NANTES