Diplôme Inter Universitaire
de Tabacologie et d'aide au sevrage tabagique

Universités de Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Lyon et Saint-Etienne

Mémoire

ROLE DES PHARMACIENS DANS LA PRISE EN CHARGE DU FUMEUR ET IMPACT DE LA FORMATION SUR LEUR EXERCICE AU QUOTIDIEN

Marie-José POJER- MEDEVILLE
Année 2007-2008
U.F.R Médecine, Université Clermont-Ferrand 1

Remerciements

A Monsieur le Docteur Perriot
Pour m'avoir donné envie d'aller plus avant en tabacologie ; pour l'écoute éclairée, la rigueur, la confiance apportée, les encouragements souvent renouvelés. Veuillez recevoir l'expression de mon respect et tous mes remerciements.

A Madame le Professeur Marie-Pierre Sauvant-Rochat
Pour votre aide précieuse, votre disponibilité sans faille et votre patience. Veuillez recevoir l'expression de ma profonde gratitude.

A Monsieur Patrice Lemaire
Pour sa réactivité et sa disponibilité chaque fois que cela a été nécessaire.

A mon mari et mes enfants
Pour les sacrifices consentis, pour leur patience, leur soutien et leur tendresse.

A mes parents
Toujours à l'écoute depuis le début de ma vocation de pharmacien ; sans qui je ne serai pas là.

A ma belle mère
Pour son aide discrète et efficace lors de la phase d'envoi des questionnaires.

A l'équipe de la pharmacie
Qui m'a bien épaulée durant cette année et qui chaque jour fait passer le message de « tabacologie » à l'officine.

Sommaire

1. Introduction page 1
2. Méthodologie
   - 2.1. Type d'enquête page 1
   - 2.2. Lieu et date d'enquête page 2
   - 2.3. Mode de recueil des données page 2
   - 2.4. Analyse statistique des données page 2
3. Résultats
   - 3.1. Le taux de participation page 2
   - 3.2. Les caractéristiques des officines
     - 3.2.1. La localisation page 3
     - 3.2.2. La taille des officines page 3
     - 3.2.3. Le nombre de clients page 4
     - 3.2.4. La composition des équipes page 5
     - 3.2.5. Le statut tabagique des équipes page 5
     - 3.2.6. La formation au sevrage tabagique page 6
   - 3.3. Les pratiques à l'officine
     - 3.3.1. Les outils de sensibilisation au sevrage tabagique page 9
     - 3.3.2. Le dialogue spontané sur le tabac page 9
     - 3.3.3. Le conseil minimal page 10
     - 3.3.4. L'aide au sevrage tabagique page 11
     - 3.3.5. Les outils et supports utilisés lors de l'entretien de sevrage page 19
     - 3.3.6. L'orientation vers un médecin ou une consultation spécialisée page 23

3.3.7. Le conseil officinal page 26

3.3.8. La surveillance lors du suivi page 30

3.3.9. La conception de l'aide page 31

3.4. Facteurs favorisant l'aide au sevrage tabagique à l'officine page 32

3.5. Facteurs limitant l'aide au sevrage tabagique à l'officine page 33

3.6. Formation en tabacologie et pratique officinale

3.6.1. La représentativité de la formation dans les officines page 35

3.6.2. Les impacts de la formation en tabacologie sur la pratique officinale

3.6.2.1. Impact sur le nombre hebdomadaire d'entretiens page 35

3.6.2.2. Impact sur la sensibilisation faite sur le tabagisme page 36

3.6.2.3. Impact sur le dialogue tabac page 36

3.6.2.4. Impact sur le conseil minimal page 37

3.6.2.5. Impact sur l'aide au sevrage tabagique page 38

3.6.2.6. Impact sur le déroulement de l'entretien de sevrage tabagique page 39

3.6.2.7 Impact sur l'orientation du patient vers un médecin ou une consultation spécialisée page 48

3.6.2.8. Impact sur le conseil officinal page 48

3.6.2.9. Impact sur la surveillance lors du suivi page 50

3.6.2.10. Impact sur la conception de l'aide au sevrage tabagique page 52

3.6.2.11. Impact sur la conception des facteurs favorisant la prise en charge page 53

3.6.2.12. Impact sur la conception des facteurs limitant la prise en charge page 54

4. Discussion page 55

5. Conclusion page 58

6. Bibliographie page 59

7. Annexes page 61

7.1. Lettre d'accompagnement du questionnaire

7.2. Le questionnaire

7.3. Mini mémoire

7.4. Arbre décisionnel « conseil minimal » (Biaud J.)

7.5. Bénéfices de l'arrêt du tabagisme

7.6. Rapidité de la diminution des risques à l'arrêt du tabagisme

7.7. Fiche de suivi de réduction tabagique (Pfizer)

7.8. Screening du fumeur (Dr Perriot)

7.9. Test de dépendance à la nicotine (Fargerström)

7.10. Arbre décisionnel d'identification du stade de maturité (Prochaska et Di Clemente)

7.11. Test d'évaluation de la motivation (Richmond)

7.12. Test d'auto évaluation de réussite (De Maria-Grimaldi)

7.13. Test d'évaluation de l'état de l'état d'anxiété- dépression (HAD)

7.14. Questionnaire d'évaluation de la dépression (Beck)

7.15. Questionnaire Audit : dépistage du mésusage d'alcool, usage nocif, usage avec dépendance

7.16. Syndrome de sevrage tabagique (Hughes J,Hatsukami DK)

7.17. Fiche de suivi (Lagrue G)

7.18. Consultations de Tabacologie de la région Auvergne

Liste des tableaux

Tableau 1 : Répartition des pharmacies dans la région Auvergne et taux de participation à l'enquête p 3

Tableau 2 : Répartition en taille des officines ayant répondu, exprimé en nombre de personnes équivalent temps plein p 4

Tableau 3 : Nombre moyen de clients déclarés pour les officines ayant répondu p 4

Tableau 4 : Répartition des officinaux au sein de chaque statut tabagique p 5

Tableau 5 : Type de formation suivie par les titulaires p 7

Tableau 6 : Formation au sevrage tabagique de l'équipe p 7

Tableau 7 : Type de formation suivie par l'équipe p 8

Tableau 8 : Principaux outils utilisés pour informer les fumeurs p 9

Tableau 9 : Contextes pour dialoguer sur le tabac p 10

Tableau 10 : Fréquence de pratique du conseil minimal p 11

Tableau 11 : Principales raisons invoquées pour expliquer le peu ou l'absence de pratique du conseil minimal p 11

Tableau 12 : Principales raisons invoquées pour expliquer l'absence d'aide au sevrage tabagique p 12

Tableau 13 : Personne pratiquant à l'officine l'aide au sevrage tabagique p 12

Tableau 14 : Conditions de déroulement de l'entretien p 13

Tableau 15 : Lieu de déroulement de l'entretien p 13

Tableau 16 : Durée de l'entretien initial p 13

Tableau 17 : Durée de l'entretien de suivi p 14

Tableau 18 : Fréquence du questionnement sur la situation personnelle du patient p 14

Tableau 19 : Fréquence de questionnement sur la situation professionnelle du patient p 14

Tableau 20 : Fréquence du questionnement sur la consommation d'alcool du patient p 15

Tableau 21 : Fréquence du questionnement sur l'usage de cannabis par le patient p 15

Tableau 22 : Fréquence du questionnement sur le traitement médicamenteux du patient p 16

Tableau 23 : Fréquence du questionnement sur l'ancienneté du tabagisme du patient p 16

Tableau 24 : Fréquence du questionnement sur la consommation quotidienne de tabac du patient p 16

Tableau 25 : Fréquence du questionnement sur le type de tabac consommé par le patient p 17

Tableau 26 : Fréquence du questionnement sur les tentatives antérieures d'arrêt p 17

Tableau 27 : Fréquence du questionnement sur les causes antérieures de reprise p 17

Tableau 28 : Fréquence du questionnement sur les motivations tabagiques p 18

Tableau 29 : Fréquence du questionnement sur les motifs de la tentative d'arrêt p 18

Tableau 30 : Fréquence du questionnement sur les freins du patient et ses craintes de l'arrêt p 19

Tableau 31 : Fréquence de l'utilisation du CO testeur par les officinaux p 19

Tableau 32 : Fréquence de l'utilisation du PICO 6 par les officinaux p 19

Tableau 33 : Fréquence de l'utilisation du test de Fagerström par les officinaux p 20

Tableau 34 : Fréquence de l'utilisation du cycle de Prochaska par les officinaux p 20

Tableau 35 : Fréquence de l'évaluation par les officinaux de la motivation du patient p 20

Tableau 36 : Fréquence de l'évaluation par les officinaux des chances de réussite de de l'arrêt du patient p 21

Tableau 37 : Fréquence de l'évaluation par les officinaux de l'indice de bien être du patient p 21

Tableau 38 : Fréquence de l'uilisation par les officinaux du test d'évaluation HAD p 21

Tableau 39 : Fréquence d'utilisation par les officinaux du dossier de consultation de l'INPES p 22

Tableau 40 : Fréquence d'utilisation par les officinaux d'un carnet ou d'une fiche de suivi p 22

Tableau 41 : Fréquence d'utilisation par les officinaux des programmes d'assistance des laboratoires p 22

Tableau 42 : Orientation du patient par les officinaux vers un médecin p 23

Tableau 43 : Contextes d'orientation vers un médecin p 23

Tableau 44 : Contact du médecin par les officinaux préalablement à l'orientation du patient p 24

Tableau 45 : Orientation du patient par les officinaux vers une consultation spécialisée p 24

Tableau 46 : Contextes d'orientation vers une consultation spécialisée p 25

Tableau 47 : Contact de la consultation spécialisée par les officinaux préalablement à l'orientation du patient p 25

Tableau 48 : Délivrance de conseils pratiques par les officinaux p 26

Tableau 49 : Proposition par les officinaux de la réduction de consommation p 28

Tableau 50 : Proposition par les officinaux d'une réduction de consommation avec substitution nicotinique p 28

Tableau 51 : Proposition par les officinaux d'une réduction de consommation en vue d'un sevrage total ultérieur p 29

Tableau 52 : Proposition par les officinaux d'une réduction de consommation en vue d'un sevrage temporaire p 29

Tableau 53 : Proposition par les officinaux lors de l'arrêt de l'association de 2 patchs p 29

Tableau 54 : Proposition par les officinaux lors de l'arrêt de l'association d'un patch et d'une forme orale p 30

Tableau 55 : Surveillance du poids par les officinaux lors du suivi p 30

Tableau 56 : Surveillance par les officinaux de l'apparition de troubles anxio dépressifs lors du suivi p 30

Tableau 57 : Surveillance par les officinaux de l'existence d'un syndrome de manque lors du suivi p 31

Tableau 58 : Surveillance lors du suivi par les officinaux de l'apparition de troubles du transit p 31

Tableau 59 : Conception par les officinaux que l'aide doit être ponctuelle p 31

Tableau 60 : Conception par les officinaux que l'aide doit être programmée p 32

Tableau 61 : Durée du suivi envisagée par les officinaux dans le cadre d'une aide programmée p 32

Tableau 62 : Remboursement significatif des substituts nicotiniques délivrés par le pharmacien hors prescription médicale comme aide à la dispensation p 33

Tableau 63 : Participation du pharmacien dans un réseau de santé ciblé en tabacologie comme aide à la prise en charge du fumeur p 33

Tableau 64 : Facteurs pour les officinaux limitant l'aide au sevrage tabagique p 33

Tableau 65 : Coût des traitements substitutifs comme frein au sevrage tabagique p 34

Tableau 66 : Répartition des différents groupes de formation pour les officines ayant répondu p 35

Tableau 67 : Principaux outils utilisés pour sensibiliser les fumeurs selon l'existence ou non de formation en Tabacologie p 36

Tableau 68 : Pratique du dialogue sur le tabac selon l'existence ou non de formation en Tabacologie p 36

Tableau 69 : Contextes de dialogue sur le tabac selon l'existence ou non de formation en Tabacologie p 37

Tableau 70 : Connaissance du conseil minimal selon l'existence ou non de formation en Tabacologie p 37

Tableau 71 : Pratique du conseil minimal selon l'existence ou on de formation en Tabacologie p 37

Tableau 72 : Principales raisons invoquées pour expliquer le peu ou l'absence de pratique du conseil minimal selon l'existence ou non de formation en Tabacologie p 38

Tableau 73 : Pratique de l'aide au sevrage tabagique selon l'existence ou non de formation en Tabacologie p 38

Tableau 74 : Principales raisons invoquées pour expliquer l'absence d'aide au sevrage tabagique selon l'existence ou non de formation en Tabacologie p 38

Tableau 75 : Personnes pratiquant à l'officine l'aide au sevrage tabagique selon l'existence ou non de formation en Tabacologie p 39

Tableau 76 : Lieu de l'entretien selon l'existence ou non de formation en Tabacologie p 39

Tableau 77 : Durée de l'entretien initial selon l'existence ou non de formation en Tabacologie p 39

Tableau 78 : Durée de l'entretien de suivi selon l'existence ou non de formation en Tabacologie p 40

Tableau 79 : Fréquence du questionnement sur la situation personnelle du patient selon l'existence ou non de formation en Tabacologie p 40

Tableau 80 : Fréquence du questionnement sur la situation professionnelle du patient selon l'existence ou non de formation en Tabacologie p 40

Tableau 81 : Fréquence du questionnement sur le traitement médicamenteux du patient selon l'existence ou non de formation en Tabacologie p 41

Tableau 82 : Fréquence du questionnement sur la consommation d'alcool du patient selon l'existence ou non de formation en Tabacologie p 41

Tableau 83 : Fréquence du questionnement sur la consommation de cannabis du patient selon l'existence ou non de formation en Tabacologie p 41

Tableau 84 : Fréquence du questionnement sur l'ancienneté du tabagisme du patient selon l'existence ou non de formation en Tabacologie p 42

Tableau 85 : Fréquence du questionnement sur la consommation quotidienne de tabac du patient selon l'existence ou non de formation en Tabacologie p 42

Tableau 86 : Fréquence du questionnement sur le type de tabac consommé par le patient selon l'existence ou non de formation en Tabacologie p 42

Tableau 87 : Fréquence du questionnement sur les arrêts antérieurs du patient selon l'existence ou non de formation en Tabacologie p 43

Tableau 88 : Fréquence du questionnement sur les causes antérieures de reprise du patient selon l'existence ou non de formation en Tabacologie p 43

Tableau 89 : Fréquence du questionnement sur les raisons pour lesquelles le patient fume selon l'existence ou non de formation en Tabacologie p 43

Tableau 90 : Fréquence du questionnement sur les motifs de la tentative d'arrêt selon l'existence ou non de formation en Tabacologie p 43

Tableau 91 : Fréquence du questionnement sur les freins et craintes de l'arrêt selon l'existence ou non de formation en Tabacologie p 44

Tableau 92 : L'utilisation du Co testeur selon l'existence ou non de formation en Tabacologie p 44

Tableau 93 : L'utilisation du carnet ou fiche de suivi selon l'existence ou non de formation en Tabacologie p 44

Tableau 94 : Utilisation du Pico 6 selon l'existence ou non de formation en Tabacologie p 45

Tableau 95 : Utilisation du test de Fagerström selon l'existence ou non de formation en Tabacologie p 45

Tableau 96 : Utilisation du cycle de Prochaska selon l'existence ou non de formation en Tabacologie p 45

Tableau 97 : Evaluation de la motivation du patient selon l'existence ou non de formation en Tabacologie p 46

Tableau 98 : Evaluation de la réussite du patient selon l'existence ou non de formation en Tabacologie p 46

Tableau 99 : Evaluation de l'indice de bien être du patient selon l'existence ou non de formation en Tabacologie p 46

Tableau 100 : Evaluation de l'état anxio-dépressif du patient selon l'existence ou non de formation en Tabacologie p 47

Tableau 101 : Utilisation par les officinaux du dossier de consultation de l'Inpes selon l'existence ou non de formation en Tabacologie p 47

Tableau 102 : Utilisation par les officinaux des programmes d'assistance des laboratoires selon l'existence ou non de formation en Tabacologie p 47

Tableau 103 : Orientation vers une consultation spécialisée selon l'existence ou non de formation en Tabacologie p 48

Tableau 104 : Contact préalable à l'orientation vers une consultation spécialisée selon l'existence ou non de formation en Tabacologie p 48

Tableau 105 : Délivrance de conseils pratiques au patient selon l'existence ou non de formation en Tabacologie p 48

Tableau 106 : Proposition d'une réduction de consommation, selon l'existence ou non de formation en Tabacologie p 49

Tableau 107 : Proposition d'une réduction avec substitution nicotinique, selon l'existence ou non de formation en Tabacologie p 49

Tableau 108 : Proposition d'une réduction en vue d'un sevrage total, selon l'existence ou non de formation en Tabacologie p 49

Tableau 109 : Proposition d'un sevrage temporaire, selon l'existence ou non de formation en Tabacologie p 49

Tableau 110 : Conseil par l'officinal d'une association de 2 patchs, selon l'existence ou non d'une formation en Tabacologie p 50

Tableau 111 : Conseil par l'officinal d'une association de patch et de forme orale, selon l'existence ou non d'une formation en Tabacologie p 50

Tableau 112 : Surveillance du poids du patient par les officinaux formés et non formés en Tabacologie p 50

Tableau 113 : Surveillance de troubles du transit du patient par les officinaux formés et non formés en Tabacologie p 51

Tableau 114 : Surveillance de l'apparition chez le patient de troubles anxio-dépressifs, par les officinaux formés et non formés en Tabacologie p 51

Tableau 115 : Surveillance, par les officinaux formés et non formés en Tabacologie, de l'apparition chez le patient d'un syndrome de manque p 51

Tableau 116 : Conception d'une aide programmée, par les officinaux formés et non formés en Tabacologie p 52

Tableau 117 : Durée du suivi conçue par les officinaux formés et non formés en Tabacologie p 52

Tableau 118 : Conception d'une aide ponctuelle, par les officinaux formés et non formés en Tabacologie p 53

Tableau 119 : Conception, par les officinaux formés et non formés en Tabacologie, de l'intérêt du remboursement des substituts nicotiniques délivrés hors prescription médicale p 53

Tableau 120 : Conception, par les officinaux formés et non formés en Tabacologie, de l'intérêt d'être impliqué dans un réseau p 53

Tableau 121: Conception, par les officinaux formés et non formés en Tabacologie, du frein que peut représenter le coût des traitements substitutifs p 54

Tableau 122 : Facteurs limitant la prise en charge du patient mentionnés par les officinaux formés et non formés en Tabacologie p 54

Liste des abréviations

AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AMM	Autorisation de mise sur le marché
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
CESSPF	Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française
CESPHARM	Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française
CFES	Comité français d'éducation pour la santé (devenu INPES)
CO	Monoxyde de carbone
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
HAD	Hospital anxiety and depression scale (Questionnaire d'évaluation de l'état d'anxiété-dépression)
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
ORL	Oto-rhino-laryngologie
UTIP	Union technique inter-pharmaceutique (formation pharmaceutique continue)

1. INTRODUCTION

Dès le 8 octobre 1998, la Conférence de consensus « arrêt de la consommation du tabac » note clairement que « les pharmaciens se doivent de souligner les risques importants de fumer, d'encourager l'abstention tabagique, de conseiller et d'accompagner le fumeur qui cesse de fumer » (1).

Suite au Plan Gouvernemental de Lutte contre le Tabagisme (26 mai 1999), le délistage des substituts nicotiniques dans le but d'en faciliter l'accès à toute personne souhaitant arrêter de fumer est publié au Journal officiel (5/12/1999).
De plus, ce plan prévoit de renforcer l'implication des professionnels de santé et la formation des pharmaciens au sevrage. Cette dernière est mise en place par le Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française (CESSPF) avec l'aide de l'Union technique interprofessionnelle (UTIP) et du Comité français d'éducation pour la santé CFES dans un programme national nommé « Pharmacien et Fumeur » (2).

En 2003 paraissent les recommandations de bonne pratique de l'AFSSAPS : « Stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac », définissant entre autre le rôle du pharmacien (3).
Par ailleurs à la même période, à la faculté de Pharmacie de Clermont-Ferrand, un module de 15 heures sur les « conduites addictives » au cours duquel la tabacologie est abordée, est inclus dans le cursus universitaire des étudiants.
Différentes enquêtes réalisées en 2000, 2001,2002 et 2003 ont permis de mettre en évidence les pratiques quotidiennes et les difficultés rencontrées par les officinaux souhaitant accompagner les fumeurs (4.5.6.7.8) (Annexe 7.3.).

Dans ce contexte, une enquête descriptive transversale a été initiée pour préciser les spécificités en Auvergne, et pour tenter de répondre aux questions suivantes :

- Qu'en est-t-il de la pratique des pharmaciens auvergnats en 2008 ?
- Quels sont les facteurs favorisant ou limitant l'aide au sevrage tabagique à l'officine ?
- Quel est l'impact de la formation du pharmacien et/ou de l'équipe sur la pratique ?
- Quelles sont les pistes d'amélioration ?

2. METHODOLOGIE

2.1. TYPE D'ENQUETE

L'enquête réalisée est une enquête descriptive transversale.

2.2. LIEU ET DATE D'ENQUETE

Cette enquête a été réalisée sur une période de 2 mois, du 5 mai 2008 au 30 juin 2008. Cinq cent quatre vingt dix sept questionnaires ont été envoyés par l'intermédiaire de deux grossistes répartiteurs ainsi que par la poste. Soit un questionnaire à chacune des officines de la région Auvergne, à partir du fichier fourni par le Conseil régional de l'Ordre des pharmaciens. Le courrier, comprenant une lettre présentant l'enquête, le questionnaire et une enveloppe retour timbrée, a été adressé au(x) titulaire(s) de chaque officine.

2.3. MODE DE RECUEIL DES DONNEES

Les données ont été recueillies à l'aide d'un auto-questionnaire standardisé, anonyme et élaboré pour l'enquête (annexe 7.2.). Il est constitué de questions ouvertes et fermées, à réponses unique et/ou multiple et de questions numériques.

Ce questionnaire comprend différentes parties permettant de préciser :

- les caractéristiques des officines et des équipes officinales,
- les pratiques et outils en matière d'accompagnement des fumeurs,
- les facteurs favorisant ou limitant l'aide au sevrage.

2.4. ANALYSE STATISTIQUE DES DONNEES

Le dépouillement des questionnaires et l'analyse statistique des données ont été réalisés à l'aide du logiciel Modalisa 6.0 (Kynos, Paris).
Le traitement des données a été effectué par tri à plat et par tri croisé, à l'aide du test du Khi-2(pour les variables qualitatives) et du test de Fisher (pour les variables quantitatives).
Lors de l'analyse statistique, le seuil de significativité retenu a été $p < 0,05$.

3. RESULTATS

3.1. LE TAUX DE PARTICIPATION

Sur les 597 questionnaires envoyés, 350 ont été complétés et analysés.
Les pharmacies ayant participé à l'enquête sont réparties sur les 4 départements de la région Auvergne.
Le taux global de participation est de 58,6 %.
Les taux de participation par département sont comparables (avec une légère sur-représentativité du Puy de Dôme). Cependant, ils sont tous le reflet de la représentativité des pharmacies au sein de chaque département.

Les résultats obtenus lors de cette enquête peuvent donc être considérés comme représentatifs des pratiques des pharmaciens auvergnats.

Tableau n°1 : Répartition des pharmacies dans la région Auvergne et taux de participation à l'enquête.

	Allier	Cantal	Haute-Loire	Puy de Dôme	Total
Nombre de pharmacies par département	175	73	89	260	597
Représentativité des pharmacies du département par rapport au nombre total de pharmacies en Auvergne	29,3 %	12,2 %	14,9 %	43,6 %	100,0 %
Nombre de pharmacies ayant répondu à l'enquête	91	37	56	166	350
Taux de participation (%)	52,0 %	50,7 %	62,9 %	63,8 %	58,6 %
Représentativité des pharmacies du département par rapport à l'ensemble des réponses à l'enquête (effectif - %)	91 / 350 26 %	37 / 350 10,6 %	56 / 350 16,0 %	166 / 350 47,4 %	350 / 350 100 %

3.2. LES CARACTERISTIQUES DES OFFICINES

3.2.1. LA LOCALISATION

Les officines ayant répondu sont réparties de façon à peu près égale entre les zones rurales (51,1% -179 répondants / 350) et les zones urbaines (48,6% - 170 répondants / 350). La localisation d'une seule officine n'est pas renseignée.

Pour les pharmacies urbaines, la répartition est la suivante :
- quartier : 58,2% (99 répondants / 170),
- centre ville : 27,6% (47 répondants / 170),
- centre commercial : 13,5%. (23 répondants / 170),
- non réponse : 0,7% (1 répondant / 170).

3.2.2. LA TAILLE DES OFFICINES

▫ Les pharmacies ayant participé à cette enquête ont une équipe composée en moyenne de 4,5 -/+ 2,2 personnes [extrêmes : 1 – 14 ; 349 répondants / 350]. La répartition des officines en fonction de l'effectif de l'équipe est présentée dans le Tableau n°2.

La majorité des officines en Auvergne compte entre 3 et 5 personnes dans l'équipe (41,8% - 146 répondants/349).

Tableau n°2 : Répartition en taille des officines ayant répondu, exprimé en nombre de personnes équivalent temps plein

Nombre de personnes équivalent temps plein	Effectifs	%
de >=1 à 3	60	17,2%
de >=3 à 5	146	41,8%
de >=5 à 7	96	27,5%
de >=7 à 9	23	6,6%
de >=9 à 11	16	4,6%
de >=11 à 14,1	8	2,3%
Total	349	100,0%

▫ Les officines ayant un effectif « >1 à =5 personnes » sont majoritaires et ce aussi bien en milieu rural (79,5%) qu'en milieu urbain (65,9%) (Khi2 = 7,29 - ddl = 1 - p = 0,007).

▫ Pour les officines urbaines, les effectifs varient significativement en fonction du lieu d'implantation de l'officine (Khi2 = 14,3 - dd l = 2 - p = 0,001).

- officines de quartier 68,0% ont un effectif de >1 à =5.
- officines de centre ville 74,5% ont un effectif de >1 à =5.
- officines de centre commercial 69,6% ont un effectif de >5 à 14.

3.2.3. LE NOMBRE DE CLIENTS

Le nombre moyen journalier de clients déclarés par les pharmaciens est de 136,9 -/+ 87,5 [extrêmes : 20- 650 ; 317 répondants / 350].
Le nombre moyen hebdomadaire de clients avec lesquels le pharmacien déclare avoir un entretien de sevrage tabagique est de 5,8 -/+ 6,9 [extrêmes : 0,3-72 ; 238 répondants / 350]; soit en moyenne 1 par jour.

Tableau n°3 : Nombre moyen de clients déclarés pour les officines ayant répondu

Estimation	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum	Nombre
Nombre **journalier** de clients	136,9	87,5	20	650	317
Nombre **hebdomadaire** de clients ayant un entretien de sevrage tabagique	5,8	6,9	0,3	72	238

RQ : Il est à noter que le nombre d'entretien de sevrage n'est pas en rapport avec l'activité moyenne d'une officine : 1 par jour ouvré pour une activité quotidienne moyenne de 136,9.
Si l'on considère la population moyenne fréquentant une officine chaque jour, il devrait y avoir 11,5 entretiens de sevrage quotidiennement (hypothèse de calcul 136,9 x 30% de fumeurs dans la population française ,70% d'entre eux désirent arrêter de fumer et 40% de ceux ci essayent d'arrêter).

3.2.4. LA COMPOSITION DES EQUIPES

Les titulaires sont en moyenne 1,3 par officine -/+ 0,5 [extrêmes : 1-3 ; 349 répondants / 350].
Les adjoints sont en moyenne 0,8 par officine-/+ 0,8 [extrêmes : 0-4 ; 349 répondants / 350].
Les préparateurs sont en moyenne 2,5 par officine -/+ 1,6 [extrêmes : 0-10 ; 349 répondants /350].

3.2.5. LE STATUT TABAGIQUE DES EQUIPES

Le statut tabagique des officinaux a été recueilli, en différenciant les fumeurs réguliers (au moins 1 cigarette par jour), les fumeurs occasionnels (moins de 1 cigarette par jour), les ex-fumeurs (ayant fumé au cours de leur vie et ne fumant plus du tout) et les non fumeurs (n'ayant jamais fumé). Leur répartition par officine est précisée dans le Tableau n°4.

- Les fumeurs réguliers sont en moyenne 0,6 -/+ 0,9 [extrêmes : 0-5 ; 330 répondants /350].
- Les fumeurs occasionnels sont en moyenne 0,3 -/+ 0,6 [extrêmes: 0-4 ;322 répondants/350].
- Les ex-fumeurs sont en moyenne 0,7 -/+ 0,9 [extrêmes : 0-6 ; 295 répondants /350].
- Les non fumeurs sont en moyenne 3,1 -/+ 2,0 [extrêmes : 0-16 ; 295 répondants /350].

Tableau n°4 : Répartition des officinaux au sein de chaque statut tabagique

NB FUMEURS REGULIERS			***NB FUMEURS OCCASIONNELS***		
Nombre de fumeurs réguliers dans l'officine	Nombre d'officines	%	Nombre de fumeurs occasionnels dans l'officine	Nombre d'officines	%
0	192	58,2			
1	81	24,6	0	233	72,4
2	42	12,7	1	69	21,4
3	12	3,6	2	17	5,3
4	2	0,6	3	2	0,6
5	1	0,3	4	1	0,3
Total	330	100	Total	322	100
NB EX-FUMEURS			***NB NON FUMEURS***		
Nombre d'ex fumeur dans l'officine	Nombre d'officines	%	Nombre de non fumeur dans l'officine	Nombre d'officines	%
			0	14	4,7
0	165	55,9	de 1 à 3 exclu	116	39,3
1	86	29,2	de 3 à 6 exclu	140	47,5
2	31	10,5	de 6 à 9 exclu	19	6,5
3	7	2,4	de 9 à 12 exclu	5	1,7
4	5	1,7	de 12 à 15 exclu	0	0
6	1	0,3	Plus de 15	1	0,3
Total	295	100	Total	295	100

Les principaux résultats ressortant de notre enquête sur le statut tabagique des équipes officinales montrent que :

➔ pour les fumeurs réguliers :

▫ dans la majorité des officines, les équipes ne comptent pas de fumeurs réguliers (58,2 % - 192 / 330 officines) ;

▫ dans les officines ayant des fumeurs réguliers (41,8 %), leur nombre est faible (le plus souvent, un seul est mentionné) .

➔ pour les fumeurs occasionnels :

▫ dans la majorité des officines, les équipes ne comptent pas de fumeurs occasionnels (72,4 % - 233 / 322 officines) ;

▫ dans les officines ayant des fumeurs occasionnels (27,6 %), leur nombre est faible (le plus souvent, un seul est mentionné).

➔ pour les ex-fumeurs :

▫ dans au moins 44,1 % des officines, les ex-fumeurs sont représentés (130 / 295 officines).

➔ pour les non-fumeurs :

▫ dans 4,7 % des officines, il n'y a pas de non-fumeurs (14 / 295 officines), ce qui sous-entend que toutes les personnes de l'équipe officinale sont soit des fumeurs réguliers ou occasionnels.

RQ 1 : Le statut d'ex fumeur est peut être sous estimé au profit du statut non fumeur ; en effet il est possible qu'il ait été donné sans tenir compte du passé tabagique des personnes par respect de la vie personnelle. Dans ce cas, des personnes désignées comme non fumeur peuvent en réalité être des ex fumeurs.

RQ 2 : La quantité d'ex-fumeurs et de non fumeurs est sous estimée car dans 14 questionnaires il est indiqué qu'il n'y a pas de fumeur dans l'équipe, sans préciser le nombre d'ex ou de non fumeur. De plus, dans 30 questionnaires les statuts de fumeur régulier et occasionnel sont remplis, mais les statuts d'ex et de non fumeur ne le sont pas.
Ces 44 questionnaires n'ont donc pu être retenus lors de l'analyse des données et ne sont pas intégrés dans les effectifs mentionnés dans le Tableau n°4.

3.2.6. LA FORMATION AU SEVRAGE TABAGIQUE

➔Un **pharmacien titulaire** sur 3 est formé au sevrage tabagique :

- formés : 32,8% (113 répondants / 345)
- non formés : 67,2% (232 répondants / 345)

▫ Les titulaires d'officine d'effectif de >5 à =14 ayant répondu sont plus fréquemment formés au sevrage tabagique (45,7%) que les titulaires de pharmacie d'effectif de >1 à =5 (28,0%) (Khi2 = 8,62 - ddl = 1 - p = 0,003).

▫ Les titulaires d'officine urbaine ayant répondu semblent être plus fréquemment formés au sevrage tabagique (40,8%) que leurs confrères ruraux (25,0%) (Khi2 = 10,9 - ddl = 4 - p= 0,027).

▪ Les titulaires sont en grande majorité formés par les laboratoires commercialisant les médicaments de sevrage tabagique (qu'ils soient listés ou non) (69 répondants / 101).
De plus il est à noter que :

- 52 répondants ne sont formés que par les laboratoires pharmaceutiques,
- 26 n'ont reçu qu'un type de formation (autre que par les laboratoires pharmaceutiques),
- 20 ont reçu deux types de formations différentes,
- 2 répondants ont reçu trois types de formations différentes,
- 1 répondant en a reçu quatre types de formations différentes.

Tableau n°5 : Type de formation suivie par les titulaires

Types de formation	Nombre de réponses	% calculés sur la base des répondants
Formation par les laboratoires pharmaceutiques	69	68,3%
Formation post-universitaire :	37	36,6%
-soirées avec un tabacologue (Dr Perriot)	*11*	*10,9%*
-soirées à thème	*8*	*7,9%*
-UTIP	*8*	*7,9%*
-enseignement post universitaire	*8*	*7,9%*
-association des maitres de stage	*2*	*2,0%*
Auto formation écrite :	14	13,9%
-revues professionnelles	*10*	*9,9%*
-documents Cespharm	*2*	*2,0%*
-livret de groupement d'achat	*2*	*2,0%*
Formation universitaire (à la faculté de pharmacie)	8	7,9%

Interrogés : 350 / Répondants : 101 / Réponses : 128

➔Une **équipe officinale** sur 3 est formée au sevrage tabagique :

- formées : 33,8% (94 répondants / 278),
- non formées : 66,2% (184 répondants / 278).

Tableau n°6 : Formation au sevrage tabagique de l'équipe

	Effectif	% calculés sur la base des interrogés	% calculés sur la base des répondants
Non réponse	72	20,6%	
Non	184	52,6%	66,2%
Oui	94	26,8%	33,8%
Total	350	100,0%	100,0%

Interrogés : 350 / Répondants : 278

- Sur les 83 répondants :
  - 55 équipes ont été formées par les laboratoires de médicament de sevrage,
  - 10 équipes ont reçu un seul type de formation (autre que laboratoire),
  - 14 équipes ont reçu deux types de formations,
  - 4 équipes ont reçu trois types de formations différentes.

Tableau n°7 : Type de formation suivie par l'équipe

Types de formation	Nombre de réponses	% calculés sur la base des répondants
Formation par les laboratoires pharmaceutiques	70	84,3%
Formation post-universitaire :	20	24,1%
-soirées à thème	*9*	*10,8%*
-soirées avec un tabacologue (Dr Perriot)	*4*	*4,8%*
-UTIP	*2*	*2,4%*
-enseignement post universitaire	*2*	*2,4%*
-formation par le titulaire	*2*	*2,4%*
-association des maitres de stage	*1*	*1,2%*
Auto formation écrite :	11	13,3%
-revues professionnelles	*4*	*4,8%*
-documents Cespharm	*4*	*4,8%*
-livret de groupement d'achat	*3*	*3,6%*
Formation universitaire (à la faculté de pharmacie)	4	4,8%

Interrogés : 350 / Répondants : 83 / Réponses : 105

▫ Les équipes d'officine d'effectif de >5 à =14 ayant répondu sont plus fréquemment formées au sevrage tabagique (59,7%) que les équipes de pharmacie d'effectif de >1 à =5 (24,4%) (Khi2 = 29 - ddl = 1 - p = 0,001).

▫ Les équipes des officines urbaines ayant répondu sont plus fréquemment formées (44,2%) que les équipes des pharmacies rurales (23,6%) (Khi2 = 13,9 - ddl = 4 - p = 0,008).

➔ Généralement quand le pharmacien titulaire est formé, la formation de l'équipe officinale est également effectuée et inversement, quand le titulaire n'est pas formé, l'équipe n'est pas formée (cette situation est rencontrée dans les 2/3 des cas) (Khi 2 = 151,7 - ddl = 1 - p = 0,001).

3.3. LES PRATIQUES A L'OFFICINE

3.3.1. LES OUTILS DE SENSIBILISATION AU SEVRAGE TABAGIQUE

Pour les 348 répondants/350, les outils les plus utilisés pour informer sur le tabac sont :

- les brochures de diverses provenances : 87,6% (305 réponses / 348),
  (Laboratoires, Cespharm, Inpes)
- l'exposition en linéaire des substituts nicotiniques : 82,2% (286 réponses / 348),
- la vitrine sur le sevrage tabagique : 49,7% (173 réponses / 348),
- les affiches dans l'espace client : 29,0% (101 réponses / 348).

Ont été mentionnés comme autres outils utilisés pour informer les fumeurs :

- le dialogue : (7 réponses / 348 répondants),
- un écran vidéo : (6 réponses / 348 répondants),
- une bibliothèque : (1 réponses / 348 répondants).

Tableau n°8 : Principaux outils utilisés pour informer les fumeurs

	Effectif	% calculés sur la base des interrogés	% calculés sur la base des répondants
Non réponse	2	0,6%	
Brochures	305	87,1%	87,6%
des laboratoires pharmaceutiques	235	67,1%	67,5%
du Cespharm	75	21,4%	21,6%
de l' Inpes	30	8,6%	8,6%
Exposition des substituts nicotiniques en linéaire	286	81,7%	82,2%
Vitrine sur le sevrage tabagique	173	49,4%	49,7%
Affiches dans l'espace client	101	28,9%	29,0%
Autres	14	4,0%	4,0%
Total interrogés	350		

Interrogés : 350 / Répondants : 348 / Réponses : 1219

3.3.2. LE DIALOGUE SPONTANE SUR LE TABAC

➔ Un peu plus de 2 répondants sur 3 parlent spontanément du tabac à leurs clients, soit :

68,6% (240 répondants / 350),

tandis que 1 répondant sur 3 ne l'évoque pas spontanément, soit :

31,4% (110 répondants / 350).

▫ La taille de l'officine (estimée à partir de l'effectif en personnel (> ou < 5)), n'influe pas sur le dialogue spontané à propos du tabac (Khi-2 = 1,19 – ddl = 1 – p = 0,274).

▪ RQ : La notion de « spontanéité » n'a pas été retenue lorsque le tabac n'est évoqué que lors de la demande de substituts nicotiniques.

➔ Pour les 275 répondants /350, le dialogue au sujet du tabac se fait le plus souvent :

- lors de la demande de substituts nicotiniques : 94,9% (261 réponses),
- lors d'échanges au sujet de la maladie du patient : 57,1% (157 réponses),
- lors de la délivrance de médicaments de la sphère ORL : 48,0% (132 réponses),
- à propos de la grossesse : 43,3% (119 réponses),
- lors de la délivrance d'antiasthmatiques : 42,9% (118 réponses),
- lors de la délivrance de médicaments de cardiologie : 38,5% (106 réponses),
- lors de la délivrance de contraceptif : 36,4% (100 réponses),
- à propos de la pathologie d'un enfant : 23,6% (65 réponses).

Il se pratique aussi dans d'autres cas mais de façon moins fréquente (voir tableau n°9).

D'autres contextes sont évoqués par quelques répondants :

- « en toute occasion » : (2 réponses / 6 répondants),
- « lorsque le patient sent le tabac » : (3 réponses / 6 répondants),
- « aux sportifs » : (1 réponse / 6 répondants).

Tableau n°9 : Contextes pour dialoguer sur le tabac

	Effectifs	% calculés sur la base des interrogés	% calculés sur la base des répondants
Non réponse	75	21,4%	
Demande de substituts nicotiniques	261	74,6%	94,9%
Maladie	157	44,9%	57,1%
Délivrance médicaments sphère ORL	132	37,7%	48,0%
Grossesse	119	34,0%	43,3%
Délivrance antiasthmatique	118	33,7%	42,9%
Délivrance médicaments cardiovasculaires	106	30,3%	38,5%
Délivrance contraceptif	100	28,6%	36,4%
Pathologie enfant	65	18,6%	23,6%
Délivrance antihypertenseur	57	16,3%	20,7%
Naissance enfant	56	16,0%	20,4%
Délivrance hypocholestérolémiants	31	8,9%	11,3%
Délivrance antiulcéreux	30	8,6%	10,9%
Délivrance antidiabétiques	24	6,9%	8,7%
Délivrance médicaments des troubles de l'érection	22	6,3%	8,0%
Demande de dentifrice	21	6,0%	7,6%
Lors de la vente de dermo-cosmétiques	13	3,7%	4,7%
Autre	6	1,7%	2,218%
Total interrogés	350		

Interrogés : 350 / Répondants : 275 / Réponses : 1318

3.3.3. LE CONSEIL MINIMAL

➔ Ce conseil est connu par près des 3/4 des répondants (74,1% - 258 répondants / 348) tandis que 1/4 d'entre eux ne le connaît pas (25,9% - 90 répondants / 348).

Il est pratiqué « parfois» par plus de la moitié des répondants (59,2% - 78 répondants /301) et « souvent » par environ 1/4 des répondants (25,9% - 78 répondants / 301).

Tableau n° 10 : Fréquence de pratique du conseil minimal

	Effectifs	% calculés sur la base des interrogés	% calculés sur la base des répondants
Non réponse	49	14,0%	
Parfois	178	50,9%	59,2%
Souvent	78	22,3%	25,9%
Jamais	41	11,7%	13,6%
Systématiquement	4	1,1%	1,3%
Total	350	100,0%	100,0%

Interrogés : 350 / Répondants : 301

➔ Les raisons invoquées lorsque le conseil minimal est peu pratiqué sont principalement :

- « Je n'y pense pas » : 74,8% (98 réponses / 131 répondants),
- « Je n'ai pas le temps » : 16,0% (21 réponses / 131 répondants).

Tableau n° 11: Principales raisons invoquées pour expliquer le peu ou l'absence de pratique du conseil minimal

	Effectifs	% calculés sur la base des interrogés	% calculés sur la base des répondants
Non réponse	219	62,6%	
Je n'y pense pas	98	28,0%	74,8%
Je n'ai pas le temps	21	6,0%	16,0%
Autres raisons	17	4,9%	13,0%
Total interrogés	350		

Interrogés : 350 / Répondants : 131 / Réponses : 136

Les autres raisons invoquées (17 réponses /131 répondants) sont :

- « par discrétion » : (5 réponses / 131 répondants),
- « selon le contexte » : (4 réponses / 131 répondants),
- « par peur d'agresser le client » : (3 réponses / 131 répondants),
- « évidence quand le patient sent le tabac » : (2 réponses / 131 répondants),
- « patient non réceptif » : (2 réponses / 131 répondants),
- « pas judicieux » : (1 réponse / 131 répondants).

3.3.4. L'AIDE AU SEVRAGE TABAGIQUE

➔ Une aide au sevrage est **pratiquée** dans 71,3 % des pharmacies (248 répondants / 348).

Seulement 28,7 % (100 répondants / 348) déclarent ne pas faire d'aide au sevrage.
Les raisons invoquées le plus fréquemment sont :

- le « manque de temps » : 70,3% (64 réponses / 91 répondants),
- le « manque d'espace de confidentialité » : 31,9% (29 réponses / 91 répondants).

Tableau n° 12 : Principales raisons invoquées pour expliquer l'absence d'aide au sevrage tabagique

	Effectifs	% calculés sur la base des interrogés	% calculés sur la base des répondants
Non réponse	259	74,0%	
Manque de temps	64	18,3%	70,3%
Manque d'espace de confidentialité	29	8,3%	31,9%
Pas intéressé	6	1,7%	6,6%
Pas le rôle du pharmacien	1	0,3%	1,1%
Autres raisons	12	3,4%	13,2%
Total interrogés	350		

Interrogés : 350 / Répondants : 91 / Réponses : 112

Les autres raisons évoquées (12 réponses / 91 répondants) pour expliquer l'absence d'aide au sevrage sont :

« Si demandé » 4 réponses
« Par manque de formation » 3 réponses
« Conseil mais pas de suivi » 3 réponses
« C'est le rôle du médecin » 1 réponse
« Pas demandé » 1 réponse

▫ Il n'est pas observé de relation statistiquement significative entre le nombre d'entretiens pour sevrage tabagique et la taille de l'officine (estimée par rapport au nombre de clients par jour) ($Y= 3,133.X + 127,8 – R^2 = 0,055$ – ns).

➔ 81,1% des répondants déclarent que l'aide est pratiquée **par n'importe quel membre de l'équipe** (198 réponses / 244 répondants).

Tableau n°13 : Personne pratiquant à l'officine l'aide au sevrage tabagique

	Effectifs	% calculés sur la base des interrogés	% calculés sur la base des répondants
Non réponse	106	30,3%	
N'importe quelle personne de l'équipe	198	56,6%	81,1%
Pharmacien spécialisé en Tabacologie	46	13,1%	18,9%
Préparateur spécialisé en Tabacologie	16	4,6%	6,6%
Total interrogés	350		

Interrogés : 350 / Répondants : 244 / Réponses : 260

L'aide effectuée par une personne spécialisée tend à être plus importante dans les officines dont le titulaire répondant est situé dans la fourchette d'âge de 41 à 61 ans. Elle est pratiquée soit par un pharmacien formé (24,6% en moyenne), soit par un préparateur formé (10,0% en moyenne). (Les réponses dans la tranche d'âge > à 61 ans n'ont pas pu être retenues en raison de l'effectif de répondant trop faible) (Khi2 = 15,9 - ddl = 10 - p = 0,102).

➔ L'entretien se déroule **sans rendez vous** dans 98,7% des officines (155 réponses / 157 répondants).

Tableau n°14 : Conditions de déroulement de l'entretien

	Effectifs	% calculés sur la base des interrogés	% calculés sur la base des répondants
Non réponse	193	55,1%	
Sans rendez-vous	155	44,3%	98,7%
Avec rendez-vous	5	1,4%	3,2%
Total interrogés	350		

Interrogés : 350 / Répondants : 157 / Réponses : 160

Il est à noter que les 5 répondants recevant sur rendez vous appartiennent à la tranche d'âge de 41 à moins de 61 ans.

➔ Le patient est reçu **au comptoir** dans 91,2% des officines (208 réponses / 228 répondants) et/ou dans un **espace à l'écart** dans 14,0% des pharmacies (32 réponses / 228 répondants).

Tableau n°15 : Lieu de déroulement de l'entretien

	Effectifs	% calculés sur la base des interrogés	% calculés sur la base des répondants
Non réponse	122	34,9%	
Au comptoir	208	59,4%	91,2%
Dans un espace à l'écart	32	9,1%	14,0%
Total interrogés	350		

Interrogés : 350 / Répondants : 228 / Réponses : 240

➔ **L'entretien initial** dure de 5 à 10 minutes dans 69,1% des officines (208 répondants /301),
de 10 à 20 minutes dans 29,3% des officines (88 répondants / 301),
au-delà de 20 minutes dans 1,6% des officines (5 répondants / 301).

Tableau n°16 : Durée de l'entretien initial

	Effectifs	% calculés sur la base des interrogés	% calculés sur la base des répondants
Non réponse	49	14,0%	
5 à 10 mn	208	59,4%	69,1%
10 à 20 mn	88	25,2%	29,3%
20 à 30 mn	4	1,1%	1,3%
+ de 30 mn	1	0,3%	0,3%
Total	350	100,0%	100,0%

Interrogés : 350 / Répondants : 301

Il est à noter que les 5 répondants pratiquant l'entretien initial plus de 20 minutes appartiennent à la tranche d'âge 31-51 ans.

➔ **L'entretien de suivi** dure de 5 à 10 minutes dans 88,9% des officines (263 répondants/296) et plus de 10 minutes dans 11,1% des officines (33 répondants/296).

Tableau n°17 : Durée de l'entretien de suivi

	Effectifs	% calculés sur la base des interrogés	% calculés sur la base des répondants
Non réponse	54	15,4%	
5 à 10 mn	263	75,2%	88,9%
10 à 20 mn	32	9,1%	10,8%
20 à 30 mn	1	0,3%	0,3%
Total	350	100,0%	100,0%

Interrogés : 350 / Répondants : 296

➔ **La situation personnelle** du patient est prise en compte par les officinaux dans les 2/3 des cas et ce afin de mieux l'aider dans sa démarche de sevrage tabagique. Elle est :

- parfois demandée dans 35,2% des officines (113 répondants / 321),
- souvent demandée dans 34,3% des officines (110 répondants / 321),
- toujours demandée dans 18% des officines (58 répondants / 321),
- jamais demandée dans 12,5% des officines (40 répondants / 321).

Tableau n°18 : Fréquence du questionnement sur la situation personnelle du patient

	Effectifs	% calculés sur la base des interrogés	% calculés sur la base des répondants
Non réponse	29	8,3%	
Parfois	113	32,3%	35,2%
Souvent	110	31,4%	34,3%
Toujours	58	16,6%	18,0%
Jamais	40	11,4%	12,5%
Total	350	100,0%	100,0%

Interrogés : 350 / Répondants : 321

➔ **La situation professionnelle** du patient est également prise en compte par les officinaux dans les 2/3 des cas. Elle est :

- parfois demandée dans 41,8% des officines (130 répondants / 311),
- souvent demandée dans 27,3% des officines (85 répondants / 311),
- toujours demandée dans 11,6% des officines (36 répondants / 311),
- jamais demandée dans 19,3% des officines (60 répondants / 311).

Tableau n°19 : Fréquence du questionnement sur la situation professionnelle du patient

	Effectifs	% calculés sur la base des interrogés	% calculés sur la base des répondants
Non réponse	39	11,1%	
Parfois	130	37,2%	41,8%
Souvent	85	24,3%	27,3%
Jamais	60	17,1%	19,3%
Toujours	36	10,3%	11,6%
Total	350	100,0%	100,0%

Interrogés : 350 / Répondants : 311

➔ Le questionnement par les officinaux au sujet des autres pratiques addictives du patient est peu souvent fait pour l'alcool et encore plus rarement pour le cannabis.

▪ **La consommation d'alcool** du patient n'est jamais demandée dans 53,1% des officines (171 répondants / 322). Elle est :

- parfois demandée dans 32,0% des officines (103 répondants / 322),
- souvent demandée dans 10,6% des officines (34 répondants / 322),
- toujours demandée dans 4,3% des officines (14 répondants / 322).

Tableau n°20 : Fréquence du questionnement sur la consommation d'alcool du patient

	Effectifs	% calculés sur la base des interrogés	% calculés sur la base des répondants
Non réponse	28	8,0%	
Jamais	171	48,9%	53,1%
Parfois	103	29,4%	32,0%
Souvent	34	9,7%	10,6%
Toujours	14	4,0%	4,3%
Total	350	100,0%	100,0%

Interrogés : 350 / Répondants : 322

▪ **L'usage de cannabis** par le patient est très peu demandé :

- jamais demandé dans 81,9% des officines (257 répondants / 314),
- parfois demandé dans 14,3% des officines (45 répondants / 314).

Tableau n°21 : Fréquence du questionnement sur l'usage de cannabis par le patient

	Effectifs	% calculés sur la base des interrogés	% calculés sur la base des répondants
Non réponse	36	10,3%	
Jamais	257	73,4%	81,9%
Parfois	45	12,9%	14,3%
Souvent	11	3,1%	3,5%
Toujours	1	0,3%	0,3%
Total	350	100,0%	100,0%

Interrogés : 350 / Répondants : 314

➔ Par contre, les officinaux interrogent plus fréquemment le patient sur son ou ses **traitements médicamenteux** :

- souvent 35,7% (115 répondants / 322),
- toujours 23,9% (77 répondants / 322),
- parfois 22,7% (73 répondants / 322),
- jamais 17,7% (57 répondants / 322).

Tableau n°22 : Fréquence du questionnement sur le traitement médicamenteux du patient

	Effectifs	% calculés sur la base des interrogés	% calculés sur la base des répondants
Non réponse	28	8,0%	
Souvent	115	32,8%	35,7%
Toujours	77	22,0%	23,9%
Parfois	73	20,9%	22,7%
Jamais	57	16,3%	17,7%
Total	350	100,0%	100,0%

Interrogés : 350 / Répondants : 322

▫ Le questionnement sur le traitement médicamenteux du patient est pratiqué aussi bien par les hommes que par les femmes. Cependant il est à noter que les femmes le font avec une plus grande fréquence (toujours 28,1%, souvent 31,5%) que les hommes (toujours 16,1%, souvent 43,2%) (Khi2 = 7,49 - ddl = 3 - p = 0,057).

➔La question sur **l'ancienneté du tabagisme** du patient est très fréquemment posée:

- toujours posée dans 77,4% des officines (253 répondants / 327),
- souvent posée dans 16,5% des officines (54 répondants / 327),
- parfois posée dans 5,5% des officines (18 répondants / 327).

Tableau n°23 : Fréquence du questionnement sur l'ancienneté du tabagisme du patient

	Effectifs	% calculés sur la base des interrogés	% calculés sur la base des répondants
Non réponse	23	6,6%	
Toujours	253	72,3%	77,4%
Souvent	54	15,4%	16,5%
Parfois	18	5,1%	5,5%
Jamais	2	0,6%	0,6%
Total	350	100,0%	100,0%

Interrogés : 350 / Répondants : 327

➔ **La consommation quotidienne de tabac** est quasiment toujours l'objet de question :

- toujours 91,5% des officines (299 répondants / 327),
- souvent 5,8% des officines (19 répondants / 327).

Tableau n°24 : Fréquence du questionnement sur la consommation quotidienne de tabac du patient

	Effectifs	% calculés sur la base des interrogés	% calculés sur la base des répondants
Non réponse	23	6,6%	
Toujours	299	85,4%	91,5%
Souvent	19	5,4%	5,8%
Parfois	7	2,0%	2,1%
Jamais	2	0,6%	0,6%
Total	350	100,0%	100,0%

Interrogés : 350 / Répondants : 327

➔ La question sur **le type de tabac** consommé par le patient est :

- parfois posée dans 29,9% des officines (95 répondants / 318),
- toujours posée dans 28,0% des officines (89 répondants / 318),
- souvent posée dans 15,1% des officines (48 répondants / 318),
- jamais posée dans 27,0% des officines (86 répondants / 318).

Tableau n°25 : Fréquence du questionnement sur le type de tabac consommé par le patient

	Effectifs	% calculés sur la base des interrogés	% calculés sur la base des répondants
Non réponse	32	9,1%	
Parfois	95	27,2%	29,9%
Toujours	89	25,4%	28,0%
Jamais	86	24,6%	27,0%
Souvent	48	13,7%	15,1%
Total	350	100,0%	100,0%

Interrogés : 350 / Répondants : 318

➔ La demande sur **les tentatives d'arrêt antérieures** est le plus souvent faite.

- toujours pour 56,3% des pharmacies (183 répondants / 325),
- souvent pour 31,7% des pharmacies (103 répondants / 325),
- parfois pour 10,5% des pharmacies (34 répondants / 325).

Tableau n°26 : Fréquence du questionnement sur les tentatives antérieures d'arrêt

	Effectifs	% calculés sur la base des interrogés	% calculés sur la base des répondants
Non réponse	25	7,1%	
Toujours	183	52,3%	56,3%
Souvent	103	29,5%	31,7%
Parfois	34	9,7%	10,5%
Jamais	5	1,4%	1,5%
Total	350	100,0%	100,0%

Interrogés : 350 / Répondants : 325

➔ **Les causes antérieures de reprise** de la consommation de tabac par le patient sont

- toujours évoquées dans 47,7% des officines (154 répondants / 323),
- souvent évoquées dans 31,9% des officines (103 répondants / 323),
- parfois évoquées dans 19,5% des officines (63 répondants / 323).

Tableau n°27 : Fréquence du questionnement sur les causes antérieures de reprise

	Effectifs	% calculés sur la base des interrogés	% calculés sur la base des répondants
Non réponse	27	7,7%	
Toujours	154	44,0%	47,7%
Souvent	103	29,4%	31,9%
Parfois	63	18,0%	19,5%
Jamais	3	0,9%	0,9%
Total	350	100,0%	100,0%

Interrogés : 350 / Répondants : 323

➔ **Les raisons** pour lesquelles le patient **fume** sont évoquées :

- parfois dans 29,2% des officines (92 répondants / 315),
- souvent dans 26,3% des officines (83 répondants / 315),
- toujours dans 23,5% des officines (74 répondants / 315),
- jamais dans 21,0% des officines (66 répondants / 315).

Tableau n°28 : Fréquence du questionnement sur les motivations tabagiques

	Effectifs	% calculés sur la base des interrogés	% calculés sur la base des répondants
Non réponse	35	10,0%	
Parfois	92	26,3%	29,2%
Souvent	83	23,7%	26,3%
Toujours	74	21,1%	23,5%
Jamais	66	18,9%	21,0%
Total	350	100,0%	100,0%

Interrogés : 350 / Répondants : 315

▫ Dans les officines de petite taille (effectif >1 à =5) cette question des « raisons de fumer » est évoquée plus fréquemment (toujours 24,8%, souvent 29,2%) que dans les officines plus importantes (effectif >5 à 14 (toujours 20,0%, souvent 18,75) (Khi2 = 9,96 - ddl = 3 - p = 0,019).

➔ **Les motifs de la tentative d'arrêt** sont demandés régulièrement :

- Toujours dans 43,6% des officines (139 répondants / 319),
- Souvent dans 35,7% des officines (114 répondants / 319),
- Parfois dans 16,3% des officines (52 répondants / 319).

Tableau n°29 : Fréquence du questionnement sur les motifs de la tentative d'arrêt

	Effectifs	% calculés sur la base des interrogés	% calculés sur la base des répondants
Non réponse	31	8,8%	
Toujours	139	39,7%	43,6%
Souvent	114	32,6%	35,7%
Parfois	52	14,9%	16,3%
Jamais	14	4,0%	4,4%
Total	350	100,0%	100,0%

Interrogés : 350 / Répondants : 319

➔ Le questionnement sur **les freins et craintes de l'arrêt** est fait fréquemment :

- Souvent dans 40,4% des officines (130 répondants / 322),
- Toujours dans 37,9% des officines (122 répondants / 322),
- Parfois dans 17,1% des officines (55 répondants / 322).

Tableau n°30 : Fréquence du questionnement sur les freins du patient et ses craintes de l'arrêt

	Effectifs	% calculés sur la base des interrogés	% calculés sur la base des répondants
Non réponse	28	8,0%	
Souvent	130	37,1%	40,4%
Toujours	122	34,9%	37,9%
Parfois	55	15,7%	17,1%
Jamais	15	4,3%	4,6%
Total	350	100,0%	100,0%

Interrogés : 350 / Répondants : 322

3.3.5. LES OUTILS ET SUPPORTS UTILISES LORS DE L'ENTRETIEN DE SEVRAGE

➔ **La mesure du CO expiré** par le patient au moyen du **CO testeur** est rarement pratiquée à l'officine : 49,3% ne la pratiquent jamais (134 répondants / 272). En outre, 44,1% des officinaux interrogés déclarent ne pas connaître cet outil (120 répondants / 272).

Tableau n°31 : Fréquence de l'utilisation du CO testeur par les officinaux

	Effectifs	% calculés sur la base des interrogés	% calculés sur la base des répondants
Non réponse	78	22,3%	
Jamais	134	38,3%	49,3%
Ne connaît pas	120	34,3%	44,1%
Parfois	9	2,6%	3,3%
Souvent	7	2,0%	2,6%
Toujours	2	0,5%	0,7%
Total	350	100,0%	100,0%

Interrogés : 350 / Répondants : 272

➔ **L'utilisation du PICO 6** par l'officine (mesure du volume expiré en 6 secondes) est, elle aussi, peu répandue dans les officines auvergnates.

L'appareil est inconnu de 57,1% des officines (153 répondants / 268),
et jamais utilisé par 40,7% des officines (109 répondants / 268).

Tableau n°32 : Fréquence de l'utilisation du PICO 6 par les officinaux

	Effectifs	% calculés sur la base des interrogés	% calculés sur la base des répondants
Non réponse	82	23,4%	
Ne connaît pas	153	43,7%	57,1%
Jamais	109	31,2%	40,7%
Parfois	4	1,1%	1,5%
Souvent	2	0,6%	0,7%
Total	350	100,0%	100,0%

Interrogés : 350 / Répondants : 268

➔ Par contre **la pratique du test de Fagerström** par les officinaux pour évaluer le degré de dépendance tabagique du patient est très fréquente :

- toujours 48,9% des officines (158 répondants / 323),
- souvent 30,4% des officines (98 répondants / 323),
- parfois 10,8% des officines (35 répondants / 323).

Tableau n°33 : Fréquence de l'utilisation du test de Fagerström par les officinaux

	Effectifs	% calculés sur la base des interrogés	% calculés sur la base des répondants
Non réponse	27	7,7%	
Toujours	158	45,2%	48,9%
Souvent	98	28,0%	30,4%
Parfois	35	10,0%	10,8%
Jamais	18	5,1%	5,6%
Ne connaît pas	14	4,0%	4,3%
Total	350	100,0%	100,0%

Interrogés : 350 / Répondants : 323

➔ **L'utilisation du cycle de Prochaska** par les officinaux pour évaluer le stade de maturation du patient est rare.

Ce cycle n'est pas connu de 65,7% des officines (176 répondants / 268)
et jamais utilisé par 31,7% des officines (85 répondants / 268).

Tableau n°34 : Fréquence de l'utilisation du cycle de Prochaska par les officinaux

	Effectifs	% calculés sur la base des interrogés	% calculés sur la base des répondants
Non réponse	82	23,4%	
Ne connaît pas	176	50,3%	65,7%
Jamais	85	24,3%	31,7%
Souvent	4	1,1%	1,5%
Parfois	2	0,6%	0,7%
Toujours	1	0,3%	0,4%
Total	350	100,0%	100,0%

Interrogés : 350 / Répondants : 268

➔ **L'évaluation de la motivation du patient** n'est pas connue de 36,5% des officines (100 répondants / 274) et 29,9% ne l'utilisent pas (82 répondants / 274).

Elle n'est évaluée souvent que seulement par 13,5% des officines (37 répondants / 274)
et toujours par 7,7% des officines (21 répondants / 274).

Tableau n°35 : Fréquence de l'évaluation par les officinaux de la motivation du patient

	Effectifs	% calculés sur la base des interrogés	% calculés sur la base des répondants
Non réponse	76	21,7%	
Ne connaît pas	100	28,6%	36,5%
Jamais	82	23,4%	29,9%
Souvent	37	10,6%	13,5%
Parfois	34	9,7%	12,4%
Toujours	21	6,0%	7,7%
Total	350	100,0%	100,0%

Interrogés : 350 / Répondants : 274

➔ **L'évaluation des chances de réussite de l'arrêt** n'est pas connue de 40,3% des officines (108 répondants / 268) et jamais utilisée par 39,9% (107 répondants / 268).

Tableau n°36 : Fréquence de l'évaluation par les officinaux des chances de réussite de l'arrêt du patient

	Effectifs	% calculés sur la base des interrogés	% calculés sur la base des répondants
Non réponse	82	23,4%	
Ne connaît pas	108	30,8%	40,3%
Jamais	107	30,6%	39,9%
Parfois	28	8,0%	10,5%
Souvent	17	4,9%	6,3%
Toujours	8	2,3%	3,0%
Total	350	100,0%	100,0%

Interrogés : 350 / Répondants : 268

➔ **L'évaluation de l'indice de bien être du patient** est méconnu par 46,4% des officines (108 réponses / 268) et jamais utilisée par 39,0% (107 répondants / 268).

Tableau n°37 : Fréquence de l'évaluation par les officinaux de l'indice de bien être du patient

	Effectifs	% calculés sur la base des interrogés	% calculés sur la base des répondants
Non réponse	83	23,7%	
Ne connaît pas	124	35,5%	46,4%
Jamais	104	29,7%	39,0%
Parfois	19	5,4%	7,1%
Souvent	12	3,4%	4,5%
Toujours	8	2,3%	3,0%
Total	350	100,0%	100,0%

Interrogés : 350 / Répondants : 267

➔ **Le test HAD pour évaluer l'état anxio dépressif du patient** n'est pas connu de 46,8% des officines (125 répondants / 267) et jamais utilisé par 37,8% (101 répondant / 267).

Tableau n°38 : Fréquence de l'utilisation par les officinaux du test d'évaluation HAD

	Effectifs	% calculés sur la base des interrogés	% calculés sur la base des répondants
Non réponse	83	23,7%	
Ne connaît pas	125	35,7%	46,8%
Jamais	101	28,9%	37,8%
Parfois	25	7,1%	9,4%
Souvent	10	2,9%	3,7%
Toujours	6	1,7%	2,3%
Total	350	100,0%	100,0%

Interrogés : 350 / Répondants : 267

➔ **Le dossier de consultation** tabacologique de l'**INPES** n'est jamais utilisé par 48,7% (133 répondants / 273) et pas connu de 34,8% des officines (95 répondants / 273).

Tableau n°39 : Fréquence d'utilisation par les officinaux du dossier de consultation de l'INPES

	Effectifs	% calculés sur la base des interrogés	% calculés sur la base des répondants
Non réponse	77	22,0%	
Jamais	133	38,0%	48,7%
Ne connaît pas	95	27,2%	34,8%
Parfois	25	7,1%	9,2%
Souvent	12	3,4%	4,4%
Toujours	8	2,3%	2,9%
Total	350	100,0%	100,0%

Interrogés : 350 / Répondants : 273

➔ **Le carnet de suivi de l'INPES ou la fiche de suivi du Cespharm** ne sont jamais utilisés par 48,9% des officines (134 répondants / 274) et méconnu par 21,2% (58 répondants / 274). Il est utilisé parfois par seulement 17,1% des officines (47 répondants / 274).

Tableau n°40 : Fréquence d'utilisation par les officinaux d'un carnet ou d'une fiche de suivi

	Effectifs	% calculés sur la base des interrogés	% calculés sur la base des répondants
Non réponse	76	21,7%	
Jamais	134	38,3%	48,9%
Ne connaît pas	58	16,6%	21,2%
Parfois	47	13,4%	17,1%
Souvent	23	6,6%	8,4%
Toujours	12	3,4%	4,4%
Total	350	100,0%	100,0%

Interrogés : 350 / Répondants : 274

➔ **Les programmes d'assistance des laboratoires** pour aider les patients ne sont jamais utilisés par 34,9% des officinaux (96 répondants / 275) et inconnu de 16,0% (44 répondants / 275).

Ils sont parfois utilisés par 32,0% des officines (88 répondants / 275).

Tableau n°41 : Fréquence d'utilisation par les officinaux des programmes d'assistance des laboratoires

	Effectifs	% calculés sur la base des interrogés	% calculés sur la base des répondants
Non réponse	75	21,4%	
Jamais	96	27,4%	34,9%
Parfois	88	25,2%	32,0%
Ne connaît pas	44	12,6%	16,0%
Souvent	33	9,4%	12,0%
Toujours	14	4,0%	5,1%
Total	350	100,0%	100,0%

Interrogés : 350 / Répondants : 275

➔ D'autres outils d'aide au sevrage utilisés à l'officine sont mentionnés par 3 répondants. Il s'agit de fascicule informatif, du Peak flow, d'échanges verbaux.

3.3.6. L'ORIENTATION VERS UN MEDECIN OU UNE CONSULTATION SPECIALISEE

➔ Il arrive à 74,8% des officinaux d'**oriente**r le patient, souhaitant un sevrage tabagique, **vers un médecin** (249 répondants / 333).

Tableau n°42 : Orientation du patient par les officinaux vers un médecin

	Effectifs	% calculés sur la base des interrogés	% calculés sur la base des répondants
Non réponse	17	4,9%	
Oui	249	71,1%	74,8%
Non	84	24,0%	25,2%
Total	350	100%	100,0%

Interrogés : 350 / Répondants : 333

➔ Les **contextes** évoqués pour l'**orientation vers un médecin** sont principalement liés à des antécédents d' « échec » de sevrage tabagique (que ce soit par manque de motivation ou en raison d'une forte dépendance), à la présence de pathologies chroniques (cardiovasculaires, respiratoires, psychiatriques) ou à la présence d'un état anxio-dépressif.
La demande de thérapeutique spécifique (Champix* ou Zyban*) et personnalisée est également évoquée ainsi que la prise en charge financière forfaitaire par la Sécurité Sociale, très présente.

Tableau n°43 : Contextes d'orientation vers un médecin

Contextes d'orientation vers un médecin	Nombre de réponses	% calculés sur la base des répondants
Quand déjà « échec » de plusieurs tentatives antérieures	36	20,6 %
Pour prescription de Champix* ou de Zyban*	32	18,3 %
En cas de poly pathologies	29	16,6 %
Si anxiété ou dépression	26	14,9 %
Pour une prise en charge du forfait	24	13,7 %
Si problème cardiologique	20	11,4 %
Si forte dépendance	18	10,3 %
Si problème pulmonaire, asthme ou ORL	17	9,7 %
Quand manque de motivation	12	6,9 %
Pour un suivi personnalisé et thérapeutique	10	5,7 %

Si problème psychiatrique	9	5,1 %
Pour choisir la méthode	6	3,4 %
En cas de grossesse	6	3,4 %
Si poly addictions	4	2,3 %
En cas d'urgence clinique	3	1,7 %
Quand manque de confiance en soi du patient	2	1,1 %
Si souhait d'homéopathie	2	1,1 %
Si souhait d'acupuncture	2	1,1 %
Pour adapter la posologie (signes de manque)	2	1,1 %
Si patient en surpoids	1	0,6 %
Médecin tabacologue	1	0,6 %
En cas de problèmes sociaux	1	0,6 %
Si le patient est un jeune	1	0,6 %
De façon systématique à la première demande	1	0,6 %

Interrogés : 350 / répondants : 175 / réponses : 265

➔Lors de l'orientation, le médecin n'est **quasiment jamais contacté préalablement** par le pharmacien 97,1% (237 répondants / 244).

Tableau n°44 : Contact du médecin par les officinaux préalablement à l'orientation du patient

	Effectifs	% calculés sur la base des interrogés	% calculés sur la base des répondants
Non réponse	106	30,3%	
Non	237	67,7%	97,1%
Oui	7	2,0%	2,9%
Total	350	100%	100,0%

Interrogés : 350 / Répondants : 244

➔ **L'orientation vers une consultation spécialisée** est pratiquée par 42,7% des officinaux (97 répondants / 227).

Tableau n°45 : Orientation du patient par les officinaux vers une consultation spécialisée

	Effectifs	% calculés sur la base des interrogés	% calculés sur la base des répondants
Non réponse	123	35,1%	
Non	130	37,2%	57,3%
Oui	97	27,7%	42,7%
Total	350	100%	100,0%

Interrogés : 350 / répondants : 227

▫ L'orientation vers une consultation spécialisée a tendance à être plus fréquemment pratiquée par les femmes (47,8%) que par les hommes (34,4%) (Khi2 = 3,43 - ddl = 1 - p = 0,061).
▫ De plus, une pratique de l'orientation vers une consultation spécialisée plus importante est observée dans les pharmacies de zone urbaine (49,6%) que dans celles de zone rurale (34,6%) (Khi2 = 9,2 - ddl = 4 - p = 0,055).

➔ Les **contextes d'orientation vers une consultation spécialisée** sont comparables à ceux mentionnés pour l'orientation vers le médecin traitant.

Tableau n°46 : Contextes d'orientation vers une consultation spécialisée

Contextes d'orientation vers une consultation spécialisée	Nombre de réponses	% calculés sur la base des répondants
Quand déjà « échec » plusieurs tentatives antérieures	26	33,8 %
Si forte à très forte dépendance	19	24,7 %
En cas de poly pathologies	10	13,0 %
Si problème psychiatrique	8	10,4 %
Pour un suivi personnalisé et thérapeutique	7	9,1 %
Si anxiété ou dépression	6	7,8 %
Consultation hospitalière de tabacologie	6	7,8 %
Si poly addictions	5	6,5 %
Pour prescription de Champix* ou de Zyban*	4	5,2 %
Si problème pulmonaire, asthme ou ORL	4	5,2 %
Quand manque de motivation	3	3,9 %
Pour adapter la posologie (signes de manque)	3	3,9 %
En cas d'urgence clinique	3	3,9 %
Si problème cardiologique	2	2,6 %
Quand manque de confiance en soi du patient,	2	2,6 %
Systématiquement à la première demande	2	2,6 %
En cas d'échec avec le médecin généraliste	2	2,6 %
Sur demande du patient	2	2,6 %
Pour une prise en charge du forfait	1	1,3 %
En cas de problèmes sociaux	1	1,3 %
Pour choisir la méthode	1	1,3 %
En cas de grossesse	1	1,3 %
Si patient en surpoids	1	1,3 %

Interrogés : 350 / Répondants : 77 / Réponses : 119

➔Pour la grande majorité des répondants, 95,8% (92 répondants / 96), **aucun contact** n'est pris **préalable**ment à l'orientation du patient vers la consultation spécialisée:

Tableau n°47 : Contact de la consultation spécialisée par les officinaux préalablement à l'orientation du patient

	Effectifs	% calculés sur la base des interrogés	% calculés sur la base des répondants
Non réponse	254	72,6%	
Non	92	26,3%	95,8%
Oui	4	1,1%	4,2%
Total	350	100%	100,0%

Interrogés : 350 / Répondants : 96

▫ De plus, avant d'orienter les patients souhaitant une aide au sevrage tabagique, les officines, qu'elles soient rurales ou urbaines, contactent aussi peu les consultations spécialisées (zone rurale 5,7% et zone urbaine 3,3%) (Khi2 = 11,4 - ddl = 4 - p = 0,022).

Il est à noter que les 4 officinaux orientant se trouvent dans la tranche d'âge de 41 à 60 ans.

3.3.7. LE CONSEIL OFFICINAL

➔ 84,7% des répondants prodiguent des **conseils pratiques** (260 répondants / 307) tandis que 15,3% ne le font pas (47 répondants / 307).

Tableau n°48 : Délivrance de conseils pratiques par les officinaux

	Effectifs	% calculés sur la base des interrogés	% calculés sur la base des répondants
Non réponse	43	12,3%	
Oui	260	74,3%	84,7%
Non	47	13,4%	15,3%
Total	350	100,0%	100,0%

Interrogés : 350 / Répondants : 307

En moyenne, les officinaux donnent 2,7 conseils aux patients souhaitant un sevrage tabagique (467 réponses / 175 répondants). Ces conseils se répartissent en 7 catégories :

▪ *Conseils hygiéno-diététiques* (176 réponses / 175 répondants)

RQ : Le nombre de réponses est supèrieur au nombre de répondants, certains ayant délivré plusieurs conseils hygiéno-diététiques et d'autres n'en ayant pas donné.

Diététique	51
Pratiquer ou reprendre une activité sportive	51
Hygiène de vie	23
Ne pas grignoter	19
Boire beaucoup d'eau	13
Diminuer les excitants	9
Surveillance du poids	6
Jus de fruit le matin	2
Vitamine C le matin	2

▪ *Conseils pour gérer les envies de fumer* (140 réponses / 175 répondants)

Boire un verre d'eau	33
Prendre une pomme, chewing-gum ou bonbon sans sucre	15
Eviter les situations à risque	15
Conseils divers de gestion des pulsions à fumer	14
Changer d'habitude de vie	12

Dissocier le geste des moments	12
Remplacer le geste, s'occuper	10
Faire disparaître les objets rappelant le tabac	6
Changer de pièce	5
Exercices respiratoires	5
Relaxation	5
Se brosser les dents	3
Pensées positives, liste des bénéfices	2
Se faire plaisir autrement	2
Aérer la maison	1

▪ *Conseils d'aide complémentaire lors du suivi* (53 réponses / 175 répondants)

Homéopathie et/ou phytothérapie	33
Pour les troubles de l'humeur	6
Pour les signes de manque	6
Pour la gestion du stress	4
Proposition de thérapie de groupe	2
Proposition d'acupuncture	1
Proposition d'un diététicien	1

▪ *Information sur les médicaments de sevrage* (39 réponses / 175 répondants)

Mode d'emploi des substituts	31
Effets indésirables	3
Type de sevrage	3
Ne pas fumer si patch	2

▪ *Aide décisionnelle* (28 réponses / 175 répondants)

Utilisation des balances décisionnelles	11
Conseil de choisir une période propice	8
Délivrance de brochures	5
Dédramatisation et analyse du ou des échecs précédents	2
Indication de site	1
Conseil de choisir une date précise d'arrêt	1

▪ *Conseils de réduction* (10 réponses / 175 répondants)

Conseil de réduction si difficulté à arrêter	4
Espacer les cigarettes	2
Retarder la première cigarette	2
Terminer la réduction par les cigarettes les plus difficiles à supprimer	1
Remplacer une cigarette par un verre d'eau	1

▪ *Conseils divers* (21 réponses / 175 répondants)

Conseils pratiques	6
Conseil d'arrêt simultané du conjoint	5
Conseil d'avertir l'entourage	5
Réponses aux questions posées	2
Information sur le remboursement	1
Ne jamais refumer même une cigarette	1
Expérience personnelle	1

➔ Une grande majorité des répondants (88,5% - 299 répondants / 338) propose une **réduction de consommation** tandis que (11,5% - 39 répondants / 338) ne la propose pas.

Tableau n°49 : Proposition par les officinaux de la réduction de consommation

	Effectifs	% calculés sur la base des interrogés	% calculés sur la base des répondants
Non réponse	12	3,4%	
Oui	299	85,4%	88,5%
Non	39	11,2%	11,5%
Total	350	100,0%	100,0%

Interrogés : 350 / Répondants : 338

▫ De plus, les femmes proposent cette réduction plus souvent que les hommes (91,4% *versus* 83,3%) (Khi2 = 4,22 - ddl = 1 - p = 0,038).

▪ Cette réduction est proposée **avec substitution nicotinique** dans 92,6% des officines (261 répondants / 282).

Tableau n°50 : Proposition par les officinaux d'une réduction de consommation avec substitution nicotinique

	Effectifs	% calculés sur la base des interrogés	% calculés sur la base des répondants
Non réponse	68	19,4%	
Oui	261	74,6%	92,6%
Non	21	6,0%	7,4%
Total	350	100,0%	100,0%

Interrogés : 350 / Répondants : 282

▪ La réduction est proposée **en vue d'un sevrage total ultérieur** dans 89,7% des pharmacies (227 répondants / 253).

Tableau n°51 : Proposition par les officinaux d'une réduction de consommation en vue d'un sevrage total ultérieur

	Effectifs	% calculés sur la base des interrogés	% calculés sur la base des répondants
Non réponse	97	27,7%	
Oui	227	64,9%	89,7%
Non	26	7,4%	10,3%
Total	350	100,0%	100,0%

Interrogés : 350 / Répondants : 253

▪ Une réduction est proposée **en vue d'un sevrage temporaire** dans seulement 44,3% des officines (97 répondants /219), tandis que 55,7% ne la proposent pas (122 répondants / 219).

Tableau n°52 : Proposition par les officinaux d'une réduction de consommation en vue d'un sevrage temporaire

	Effectifs	% calculés sur la base des interrogés	% calculés sur la base des répondants
Non réponse	131	37,4%	
Non	122	34,9%	55,7%
Oui	97	27,7%	44,3%
Total	350	100,0%	100,0%

Interrogés : 350 / Répondants : 219

➔ Lors de l'arrêt, il arrive qu'il soit proposé :

▪ Une **association de 2 patchs** dans seulement 8,2% des officines (26 répondants / 316) tandis que 91,8% ne la proposent pas (290 répondants / 316), le pharmacien respectant alors strictement les consignes d'Autorisation de mise sur le marché (AMM).

Tableau n°53 : Proposition par les officinaux lors de l'arrêt de l'association de 2 patchs

	Effectifs	% calculés sur la base des interrogés	% calculés sur la base des répondants
Non réponse	34	9,7%	
Non	290	82,9%	91,8%
Oui	26	7,4%	8,2%
Total	350	100,0%	100,0%

Interrogés : 350 / Répondants : 316

▪ L'**association de patch et forme orale** est beaucoup plus fréquemment observée : 82,1% des officines (279 répondants / 340). Seulement 17,9% ne la propose pas (61 répondants / 340).

Tableau n°54 : Proposition par les officinaux lors de l'arrêt de l'association d'un patch et d'une forme orale

	Effectifs	% calculés sur la base des interrogés	% calculés sur la base des répondants
Non réponse	10	2,9%	
Oui	279	79,7%	82,1%
Non	61	17,4%	17,9%
Total	350	100,0%	100,0%

Interrogés : 350 / Répondants : 340

▫ L'association patch/forme orale semble être plus souvent pratiquée dans les grandes officines (effectif de >5 à 14) que dans les petites (effectif de >1 à 5), respectivement 89,0% et 80,3% (Khi2 = 2,99 - ddl = 1 - p = 0,08).

3.3.8. LA SURVEILLANCE LORS DU SUIVI

➔ 50,0% des officines surveillent **le poids** du patient (158 répondants / 316).

Tableau n°55 : Surveillance du poids par les officinaux lors du suivi

	Effectifs	% calculés sur la base des interrogés	% calculés sur la base des répondants
Non réponse	34	9,8%	
Oui	158	45,1%	50,0%
Non	158	45,1%	50,0%
Total	350	100,0%	100,0%

Interrogés : 350 / Répondants : 316

➔ 76,9% des pharmacies surveillent **l'apparition de troubles anxio dépressifs** chez le patient en cours de sevrage (247 répondants / 321).

Tableau n°56 : Surveillance par les officinaux de l'apparition de troubles anxio dépressifs lors du suivi

	Effectifs	% calculés sur la base des interrogés	% calculés sur la base des répondants
Non réponse	29	8,3%	
Oui	247	70,6%	76,9%
Non	74	21,1%	23,1%
Total	350	100,0%	100,0%

Interrogés : 350 / Répondants : 321

➔ **Le syndrome de manque** est surveillé par 84,7% des officines (271 répondants / 320).

Tableau n°57 : Surveillance par les officinaux de l'existence d'un syndrome de manque lors du suivi

	Effectifs	% calculés sur la base des interrogés	% calculés sur la base des répondants
Non réponse	30	8,6%	
Oui	271	77,4%	84,7%
Non	49	14,0%	15,3%
Total	350	100,0%	100,0%

Interrogés : 350 / Répondants : 320

➔ L'interrogatoire sur des **troubles du transit** éventuels n'est fait que par 23,9% des officines (73 répondants / 306).

Tableau n°58 : Surveillance lors du suivi par les officinaux de l'apparition de troubles du transit

	Effectifs	% calculés sur la base des interrogés	% calculés sur la base des répondants
Non réponse	44	12,6%	
Non	233	66,6%	76,1%
Oui	73	20,8%	23,9%
Total	350	100,0%	100,0%

Interrogés : 350 / Répondants : 306

3.3.9. LA CONCEPTION DE L'AIDE

➔ 97,2% d'officines considèrent leur **aide** comme devant être **ponctuelle** (318 répondants / 327). Dans ce contexte, le patient vient quand il veut et l'officinal répond à la demande exprimée.

Tableau n°59 : Conception par les officinaux que l'aide doit être ponctuelle

	Effectifs	% calculés sur la base des interrogés	% calculés sur la base des répondants
Non réponse	23	6,6%	
Oui	318	90,8%	97,2%
Non	9	2,6%	2,8%
Total	350	100,0%	100,0%

Interrogés : 350 / Répondants : 327

➔ Une **aide programmée dans le temps (suivi)** est une pratique observée dans 35,5% des officines ayant répondu (75 répondants / 211).

Tableau n°60 : Conception par les officinaux que l'aide doit être programmée

	Effectifs	% calculés sur la base des interrogés	% calculés sur la base des répondants
Non réponse	139	39,7%	
Non	136	38,9%	64,5%
Oui	75	21,4%	35,5%
Total	350	100,0%	100,0%

Interrogés : 350 / Répondants : 211

▫ Les officines d'effectif de >5 à 14 sont plus nombreuses que celles d'effectif de >1 à 5 à concevoir leur aide comme devant être programmée (44,4% *versus* 30,8%) (Khi2 = 3 - ddl = 1 - p = 0,079).

▪ En moyenne, la **durée du suivi** est de 156,742 jours -/+ 138,913 [extrêmes : 7- 730].

▪ La durée envisagée pour le suivi est dans la majorité des cas inférieure à 6 mois.
Cependant ,différents schémas de suivi sont mentionnés par les officinaux :

- de 1 à 3 mois pour 24,6% (16 répondants / 65),
- de 3 à 6 mois pour 27,7% (18 répondants / 65),
- de 6 à 12 mois pour 15,4% (10 répondants / 65),
- jusqu'au sevrage définitif pour 15,4% (10 répondants / 65),
- variable selon les patients pour 13,9% (9 répondants / 65).

Tableau n°61 : Durée du suivi envisagée par les officinaux dans le cadre d'une aide programmée

	Effectifs	% calculés sur la base des interrogés	% calculés sur la base des répondants
Non réponse	285	81,4%	
De 3 à 6 mois	18	5,2%	27,7%
De 1 à 3 mois	16	4,6%	24,6%
De 6 mois à 1 an	10	2,8%	15,4%
Sevrage définitif	10	2,8%	15,4%
Variable selon les patients	9	2,6%	13,9%
Moins d'un mois	1	0,3%	1,5%
Plus de 1 an	1	0,3%	1,5%
Total	350	100,0%	100,0%

Interrogés : 350 / Répondants : 65

3.4. FACTEURS FAVORISANT L'AIDE AU SEVRAGE TABAGIQUE A L'OFFICINE

▪ Le **remboursement significatif des substituts nicotiniques délivrés par le pharmacien hors prescription médicale** serait une aide à la dispensation pour 71,2% (249 répondants / 350), tandis que 21,7% (76 répondants / 350) ne le pensent pas.

Tableau n°62 : Remboursement significatif des substituts nicotiniques délivrés par le pharmacien hors prescription médicale comme aide à la dispensation

	Effectifs	% calculés sur la base des interrogés	% calculés sur la base des répondants
Oui	249	71,2%	71,2%
Non	76	21,7%	21,7%
Sans opinion	25	7,1%	7,1%
Total	350	100,0%	100,0%

Interrogés : 350 / Répondants : 350

▪ Pour 84,5% des officinaux (283/ 335), l'**implication dans un réseau de santé ciblé en tabacologie** pourrait aider dans la prise en charge des fumeurs.

Tableau n°63 : Participation du pharmacien dans un réseau de santé ciblé en tabacologie comme aide à la prise en charge du fumeur

	Effectifs	% calculés sur la base des interrogés	% calculés sur la base des répondants
Non réponse	15	4,3%	
Oui	283	80,9%	84,5%
Non	52	14,8%	15,5%
Total	350	100,0%	100,0%

Interrogés : 350 / Répondants : 335

3.5. FACTEURS LIMITANT L'AIDE AU SEVRAGE TABAGIQUE A L'OFFICINE

▪ Les **freins évoqués** le plus souvent par les officinaux **comme limitant** l'aide au sevrage sont :
- « le manque de temps » : 58,1% (194 réponses / 334 répondants),
- « la résistance des clients » : 34,7% (116 réponses / 334 répondants),
- «le manque de formation » : 34,4% (115 réponses / 334 répondants),
- «le patient se confie plus à son médecin » : 31,7% (106 réponses / 334 répondants).

Tableau n°64 : Facteurs pour les officinaux limitant l'aide au sevrage tabagique

	Effectifs	% calculés sur la base des interrogés	% calculés sur la base des répondants
Non réponse	16	4,6%	
Manque de temps	194	55,4%	58,1%
Résistance des clients	116	33,1%	34,7%
Manque de formation	115	32,9%	34,4%
Patient se confie d'avantage à son médecin	106	30,3%	31,7%
Problème de confidentialité	56	16,0%	16,8%
Sujet difficile à aborder	55	15,7%	16,5%
Activité non rémunérée	45	12,9%	13,5%
Pas le rôle du pharmacien	3	0,9%	0,9%
Autre	26	7,4%	7,8%
Total interrogés	350		

Interrogés : 350 / Répondants : 334 / Réponses : 716

▫ Les facteurs limitant l'aide au sevrage tabagique varient significativement avec la taille de l'officine (Khi2 = 14,3 - ddl =8 - p = 0,074).
Le « manque de temps » est évoqué plus fréquemment par les pharmacies d'effectif de >5 à 14 que par celles d'effectif de >1 à 5 (66% *versus* 54,4%). Il en est de même pour « l'activité est non rémunérée » (18,6% *versus* 11,0%) et pour « le patient se confie d'avantage à son médecin » (36,0% *versus* 30,8%).
Inversement, les officines d'effectif de >1 à 5 sont plus nombreuses que les officines d'effectif de >5 à 14 à évoquer comme frein :
- « sujet difficile à aborder » (18,6% *versus* 8,1%),
- « problème de confidentialité » (17,7% *versus* 11,6%),
- « autre » (9,7% *versus* 3,5%).

Les autres facteurs évoqués comme limitant la prise en charge à l'officine étant :

Facteurs limitant	Nombre de réponses	% calculés sur la base des répondants
Aucun facteur limitant	11	42,4 %
Manque de sollicitation des fumeurs pour une aide	4	15,4 %
Difficulté pour les petites officines d'avoir des prix bas	3	11,6 %
Problème de motivation du patient	2	7,7 %
Prise en charge du forfait seulement si prescription	2	7,7 %
Manque de réceptivité des deux cotés	1	3,8 %
Notre démotivation	1	3,8 %
Nous ne sommes pas tabacologue	1	3,8 %
Pas de suivi	1	3,8 %

Interrogés : 350 / Répondants : 26 / Réponses : 26

▪ Le **coût du traitement** ne semble pas être un frein au sevrage pour 51,7% (181 répondants / 350), tandis que 42,9% (150 répondants /350) des officinaux pensent le contraire.

Tableau n°65 : Coût des traitements substitutifs comme frein au sevrage tabagique

	Effectifs	% calculés sur la base des interrogés	% calculés sur la base des interrogés
Non	181	51,7%	51,7%
Oui	150	42,9%	42,9%
Sans opinion	19	5,4%	5,4%
Total	350	100,0%	100,0%

Interrogés : 350 / Répondants : 350

3.6. FORMATION EN TABACOLOGIE ET PRATIQUE OFFICINALE

3.6.1. LA REPRESENTATIVITE DE LA FORMATION DANS LES OFFICINES

▫ Dans les pharmacies, une ou plusieurs formation(s) en tabacologie a/ont été suivie(s) soit par le pharmacien titulaire, soit par l'équipe (au moins une personne de l'équipe), soit par le ou les pharmaciens titulaires (au moins un titulaire) et/ou l'équipe.
Les officines non formées (« Non ») : pharmacien titulaire et équipe non formés,
Les officines formées (« Oui ») :
regroupe les « Oui : Oui » pharmacien titulaire et équipe formés,
les « Oui : Non » pharmacien titulaire formé, équipe non formée,
les « Non : Oui » pharmacien titulaire non formé, équipe formée.

Les officines non formées représentent 58,9% des répondants (163 répondants / 277)
Les officines formées représentent 41,1% des répondants (114 répondants / 277)

Tableau n°66 : Répartition des différents groupes de formation pour les officines ayant répondu

Groupes de formation		Effectifs	% calculés sur les répondants	
Non		163	58,9%	58,9%
Oui	Oui : Oui	82	29,6%	41,1%
	Oui : Non	20	7,2%	
	Non : Oui	12	4,3%	
Total		277	100,0%	100,0%

Khi2 = 274,8 - ddl = 3 - p = 0,001

▫ La présence de personne formée dans l'équipe officinale s'observe majoritairement dans les **officines urbaines** (respectivement 51,4% des officines urbaines (71/138) et 30,9% des officines rurales (43/139)) (Khi2 = 11,2 - ddl = 1 - p = 0,001).

▫ La présence de personne formée se retrouve plus fréquemment dans les équipes des officines situées **dans les centres commerciaux** (84,2% - 16 équipes formées dans les 19 pharmacies de centre commercial). Dans les officines de quartier et de centre ville, les proportions sont respectivement de 53,8% (42/78) et de 34,9% (15/43) (Khi2 = 13,1 - ddl = 2 - p = 0,002).

▫ Les personnes formées à la tabacologie se retrouvent plus fréquemment dans les équipes d'**officines d'effectif de >5 à 14,** que dans celles d'effectif de >1 à 5 (53,8% *versus* 31,9%) (Khi2 = 12,6 - ddl = 1- p = 0,001).

3.6.2. LES IMPACTS DE LA FORMATION EN TABACOLOGIE SUR LA PRATIQUE OFFICINALE

3.6.2.1. Impact sur le nombre hebdomadaire d'entretiens

▫ Il n'y a **pas de différence significative** en ce qui concerne le nombre d'entretiens hebdomadaire de sevrage entre les officines formées et celles non formées (Khi2 = 2,03 - ddl = 5 - p = 0,847).

3.6.2.2. Impact sur la sensibilisation faite sur le tabagisme

▫ Les officines formées semblent utiliser un peu plus fréquemment les outils pour informer leurs clients sur le tabagisme, que les officines non formées (Khi2 = 7,45 - ddl = 7 - p = 0,384) . Les outils les plus utilisés sont :

- l'exposition des substituts nicotiniques en linéaire (91,2% *versus* 80,9%)
- les brochures de laboratoires pharmaceutiques (76,3% *versus* 64,8%)
- la vitrine sur le thème du sevrage tabagique (62,3% *versus* 43,8%)
- affiches dans l'espace client (31,6% *versus* 24,1%)

Tableau n° 67 : Principaux outils utilisés pour sensibiliser les fumeurs selon l'existence ou non de formation en Tabacologie

Outils de sensibilisation	Effectif			% calculés sur la base des répondants	
	Oui	Non	Total	Oui	Non
Brochures	103	139	242	90,4%	85,8%
Laboratoires pharmaceutiques	87	105	192	76,3%	64,8%
Cespharm	24	37	61	21,1%	22,8%
Inpes	11	17	28	9,6%	10,5%
Exposition des substituts en linéaire	104	131	235	91,2%	80,9%
Affiches dans l'espace client	36	39	75	31,6%	24,1%
Vitrine sur le sevrage tabagique	71	71	142	62,3%	43,8%
Autres	10	4	14	8,8%	9,9%
Total répondants	114	162		Plusieurs réponses possibles par répondant	

Khi2 = 7,45 - ddl = 7- p = 0,384

3.6.2.3. Impact sur le dialogue tabac

▫ Les officines formées auraient tendance à **pratique**r plus souvent le **dialogue tabac** que les non formées (75,4% *versus* 66,9%) (Khi2 = 1,97 - ddl =1 - p = 0,156).

Tableau n° 68 : Pratique du dialogue sur le tabac selon l'existence ou non de formation en Tabacologie

Pratique du dialogue tabac	Effectif			% calculés sur la base des répondants	
	Oui	Non	Total	Oui	Non
Oui	86	109	195	75,4%	66,9%
Non	28	54	82	24,6%	33,1%
Total	114	163	277	100%	100%

Khi2 = 1,97-– ddl = 1 - p = 0,156

▫ Les **contextes** dans lesquels les officinaux **dialogue**nt sur le tabac avec leurs clients semblent être sensiblement les mêmes entre les pharmacies formées et non formées (Khi2 = 19,4 - ddl = 16 - p = 0,25).
On remarquera cependant que les officines non formées mentionnent plus fréquemment comme contexte : - la maladie (65,6% *versus* 52,6%)
- pathologie d'un enfant (30,4% *versus* 16,5%)

tandis que les pharmacies formées dialoguent sur le tabac légèrement plus fréquemment lors de la délivrance de : - médicaments cardiovasculaires (43,3% *versus* 34,4%)
- médicaments hypocholestérolémiants (16,5% *versus* 7,2%)

Tableau n° 69 : Contextes de dialogue sur le tabac selon l'existence ou non de formation en Tabacologie

Contextes de dialogue	Effectif			% calculés sur la base des répondants	
	Oui	Non	Total	Oui	Non
Maladie	51	82	133	52,6%	65,6%
Grossesse	41	60	101	42,3%	48,0%
Naissance enfant	18	31	49	18,6%	24,8%
Pathologie enfant	16	38	54	16,5%	30,4%
Délivrance médicaments sphère ORL	51	61	112	52,6%	48,8%
Délivrance contraceptif	39	42	81	40,2%	33,6%
Délivrance antihypertenseur	19	28	47	19,6%	22,4%
Délivrance médicaments cardiovasculaires	42	43	85	43,3%	34,4%
Délivrance antidiabétiques	10	10	20	10,3%	8,0%
Délivrance antiulcéreux	11	14	25	11,3%	11,2%
Délivrance antiasthmatique	46	55	101	47,4%	44,0%
Délivrance hypocholestérolémiants	16	9	25	16,5%	7,2%
Délivrance médicaments des troubles de l'érection	11	8	19	11,3%	6,4%
Demande de substituts nicotiniques	91	120	211	93,8%	96,0%
Demande de dentifrice	11	6	17	11,3%	4,8%
Lors de la vente de dermo-cosmétiques	6	4	10	6,2%	3,2%
Autre	3	3	6	3,1%	2,4%
Total des répondants	97	125		Plusieurs réponses possibles par répondant	

Khi2 = 19,4 - ddl = 16 - p = 0,25

3.6.2.4. Impact sur le conseil minimal

▫ La **connaissance** du conseil minimal ne diffère pas significativement entre les officines formées et non formées (77,2% *versus* 72,7%) (Khi2 = 0,502 - ddl = 1 - p = 0,485).

Tableau n° 70 : Connaissance du conseil minimal selon l'existence ou non de formation en Tabacologie

Connaissance du conseil minimal	Effectif			% calculés sur la base des répondants	
	Oui	Non	Total	Oui	Non
Oui	88	117	205	77,2%	72,7%
Non	26	44	70	22,8%	27,3%
Total	114	161	275	100%	100%

Khi2 = 0,502 - ddl =1 - p = 0,485

▫ Par contre les officines formées semblent **pratique**r le conseil minimal avec une plus grande fréquence que les non formées (« souvent » : 34,7% *versus* 22,9%) (Khi2 = 4,69 - ddl = 3 - p = 0,194).

Tableau n° 71 : Pratique du conseil minimal selon l'existence ou non de formation en Tabacologie

Pratique du conseil minimal	Effectif			% calculés sur la base des répondants	
	Oui	Non	Total	Oui	Non
Systématiquement	0	3	3	0%	2,1%
Souvent	34	32	66	34,7%	22,9%
Parfois	52	84	136	53,1%	60,0%
Jamais	12	21	33	12,2%	15,0%
Total	98	140	238	100%	100%

Khi2 = 4,69 - ddl = 3 - p = 0,194

▫ La fréquence des diverses **raisons** invoquées pour expliquer le **peu ou** l'**absence de pratique** du conseil minimal ne diffère pas significativement entre les officinaux formés et non formés (Khi2 = 0,384 - ddl = 2 - p = 0,827).

Tableau n° 72 : Principales raisons invoquées pour expliquer le peu ou l'absence de pratique du conseil minimal selon l'existence ou non de formation en Tabacologie

Raison de peu ou pas de conseil minimal	Effectif			% calculés sur la base des répondants	
	Oui	Non	Total	Oui	Non
Je n'y pense pas	31	50	81	77,5%	71,4%
Je n'ai pas le temps	5	11	16	12,5%	15,7%
Autre raison	4	9	13	10,0%	12,9%
Total	40	70	110	100%	100%

Khi2 = 0,384 - ddl = 2 - p = 0,827

3.6.2.5. Impact sur l'aide au sevrage tabagique

▫ L'aide au sevrage est significativement plus souvent **pratiqué**e par les officines formées que par les non formées (83,3% *versus* 67,7%) (Khi2 = 7,74 - ddl = 1 - p = 0,005).

Tableau n°73 : Pratique de l'aide au sevrage tabagique selon l'existence ou non de formation en Tabacologie

Pratique de l'aide au sevrage	Effectif			% calculés sur la base des répondants	
	Oui	Non	Total	Oui	Non
Oui	95	109	204	83,3%	67,7%
Non	19	52	71	16,7%	32,3%
Total	114	161	275	100,0%	100,0%

Khi2 = 7,74 - ddl = 1 - p = 0,005

▫ Il semble ne pas y avoir de différence significative entre les officines formées et non formées en ce qui concerne les **raisons** évoquées pour expliquer l'**absence d'aide** au sevrage (Khi2 = 0,464 - ddl =4 - p = 0,974). Ce résultat est toutefois à prendre avec prudence compte tenu du faible taux de réponse à cet item (22,9% - 80/350).

Tableau n° 74 : Principales raisons invoquées pour expliquer l'absence d'aide au sevrage tabagique selon l'existence ou non de formation en Tabacologie

Raisons de l'absence d'aide au sevrage	Effectif			% calculés sur la base des répondants	
	Oui	Non	Total	Oui	Non
Manque de temps	12	32	44	57,1%	54,2%
Manque d'espace de confidentialité	5	18	23	23,8%	30,5%
Pas intéressé	1	4	5	4,8%	6,8%
Autre	3	5	8	14,3%	8,5%
Total	21	59	80	100%	100%

Khi2 = 0,464 - ddl = 4 - p = 0,974

▫ L'aide au sevrage tabagique au sein des deux groupes (officines formées et non formées) est majoritairement pratiquée par « **n'importe quelle personne » de l'équipe** officinale (Khi2 = 0,68 - ddl = 2 - p = 0,717).

Tableau n° 75 : Personnes pratiquant à l'officine l'aide au sevrage tabagique selon l'existence ou non de formation en Tabacologie

Personne pratiquant l'aide au sevrage	Effectif			% calculés sur la base des répondants	
	Oui	Non	Total	Oui	Non
N'importe quelle personne de l'équipe	77	88	165	81,9%	81,5%
Pharmacien spécialisé en Tabacologie	16	20	36	17,0%	18,5%
Préparateur spécialisé en Tabacologie	8	6	14	8,5%	5,6%
Total répondants	94	108		Plusieurs réponses possibles par répondant	

Khi2 = 0,68 - ddl = 2 - p = 0,717

▫ Les officines formées reçoivent, comme les non formées, à plus de 98% **sans rendez vous** (Khi2 = 0,926 - ddl = 1- p = 0,338).

▫ La fréquence des entretiens de sevrage tabagique réalisés **au comptoir** est similaire dans les deux groupes (respectivement, 91,0 % dans les officines formées et 89,9 % dans les officines non formées). Par contre, les entretiens dans un **espace à l'écart** (permettant de respecter la confidentialité) tendent à être plus fréquemment réalisés dans les officines formées (respectivement, 20,2 % *versus* 12,1 %) (Khi2 = 1,1 - ddl = 1 - p = 0,294).

Tableau n° 76 : Lieu de l'entretien selon l'existence ou non de formation en Tabacologie

Lieu de déroulement de l'entretien	Effectif			% calculés sur la base des répondants	
	Oui	Non	Total	Oui	Non
Au comptoir	81	89	170	91,0%	89,9%
Dans un espace à l'écart	18	12	30	20,2%	12,1%
Total répondants	99	101		Plusieurs réponses possibles par répondant	

Khi2 = 1,1 - ddl =1 - p = 0,294

3.6.2.6. Impact sur le déroulement de l'entretien de sevrage tabagique

▫ La **durée de l'entretien initial** semble être plus longue dans les officines formées que dans celles non formées. Elle est en effet > à 10 minutes pour 40% des formées, contre 28,0% pour les non formées (Khi2 = 3,47 - ddl = 3 - p = 0,325).

Tableau n° 77 : Durée de l'entretien initial selon l'existence ou non de formation en Tabacologie

Durée de l'entretien initial	Effectif			% calculés sur la base des répondants	
	Oui	Non	Total	Oui	Non
5 à 10 mn	63	100	163	60,0%	72,0%
10 à 20 mn	38	38	76	36,2%	27,3%
20 à 30 mn	3	1	4	2,9%	0,7%
+ de 30 mn	1	0	1	0,9%	0%
Total	105	139	244	100%	100%

Khi2 = 3,47 - ddl = 3 - p = 0,325

▫ La **durée de l'entretien de suivi** ne diffère pas significativement entre les officines formées et non formées (Khi2 = 0,601 - ddl = 3 - p = 0,896). Elle est pour la très grande majorité des officines (près de 90,0%) de 5 à 10 minutes.

Tableau n° 78 : Durée de l'entretien de suivi selon l'existence ou non de formation en Tabacologie

Durée de l'entretien de suivi	Effectif			% calculés sur la base des répondants	
	Oui	Non	Total	Oui	Non
5 à 10 mn	91	123	214	86,7%	90,4%
10 à 20 mn	13	13	26	12,4%	9,6%
20 à 30 mn	1	0	1	0,9%	0%
Total	105	136	241	100%	100%

Khi2 = 0,601 - ddl = 3 - p = 0,896

▫ La formation au sevrage tabagique n'influe pas sur l'attention accordée par l'équipe officinale à la **situation personnelle** (Khi2 = 2,83 - ddl = 3 - p = 0,42) **ou professionnelle du patient** (Khi2 = 3,08 - ddl = 3 - p = 0,38).

Tableau n° 79 : Fréquence du questionnement sur la situation personnelle du patient selon l'existence ou non de formation en Tabacologie

Questionnement sur la situation personnelle du patient	Effectif			% calculés sur la base des répondants	
	Oui	Non	Total	Oui	Non
Toujours	21	26	47	19,8%	17,2%
Souvent	42	51	93	39,6%	33,8%
Parfois	34	52	86	32,1%	34,4%
Jamais	9	22	31	8,5%	14,6%
Total	106	151	257	100%	100%

Khi2 = 2,83 - ddl = 3 - p = 0,42

Tableau n° 80 : Fréquence du questionnement sur la situation professionnelle du patient selon l'existence ou non de formation en Tabacologie

Questionnement sur la situation professionnelle du patient	Effectif			% calculés sur la base des répondants	
	Oui	Non	Total	Oui	Non
Toujours	16	17	33	15,2%	11,5%
Souvent	24	42	66	22,9%	28,4%
Parfois	48	57	105	45,7%	38,5%
Jamais	17	32	49	16,2%	21,6%
Total	105	148	253	100%	100%

Khi2 = 3,08 - ddl = 3 - p = 0,38

▫ La formation au sevrage tabagique n'influe pas sur l'attention accordée par l'équipe officinale à la **consommation par le patient** de **médicaments** (Khi2 = 0,383 - ddl = 3 - p = 0,943) ou de **substances addictives** (alcool (Khi2 = 0,973 - ddl = 3 - p = 0,81) et cannabis (Khi2 = 1,39 - ddl = 3 - p = 0,712).

Tableau n° 81 : Fréquence du questionnement sur le traitement médicamenteux du patient selon l'existence ou non de formation en Tabacologie

Questionnement sur le traitement médicamenteux du patient	Effectif			% calculés sur la base des répondants	
	Oui	Non	Total	Oui	Non
Toujours	26	38	64	24,1%	25,3%
Souvent	39	52	91	36,1%	34,7%
Parfois	22	34	56	20,4%	22,7%
Jamais	21	26	47	19,4%	17,3%
Total	108	150	258	100%	100%

Khi2 = 0,383 – ddl = 3 – p = 0,943

Tableau n° 82 : Fréquence du questionnement sur la consommation d'alcool du patient selon l'existence ou non de formation en Tabacologie

Questionnement sur la consommation d'alcool du patient	Effectif			% calculés sur la base des répondants	
	Oui	Non	Total	Oui	Non
Toujours	4	9	13	3,7%	6,0%
Souvent	13	15	28	11,8%	10,1%
Parfois	35	45	80	31,8%	30,2%
Jamais	58	80	138	52,7%	53,7%
Total	110	149	259	100%	100%

Khi2 = 0,973 – ddl = 3 – p = 0,81

Tableau n° 83 : Fréquence du questionnement sur la consommation de cannabis du patient selon l'existence ou non de formation en Tabacologie

Questionnement sur la consommation de cannabis du patient	Effectif			% calculés sur la base des répondants	
	Oui	Non	Total	Oui	Non
Toujours	0	1	1	0%	0,7%
Souvent	3	8	11	2,8%	5,4%
Parfois	13	22	35	12,0%	14,9%
Jamais	92	117	209	85,2%	79,0%
Total	108	148	256	100%	100%

Khi2 = 1,39 – ddl = 3 – p = 0,712

▫ La fréquence du questionnement sur l'**ancienneté du tabagisme** semble être plus élevée dans les officines formées (Khi2 = 6,72 - ddl = 3 - p = 0,08) (Tableau n°84).

▫ Le questionnement sur la **consommation tabagique quotidienne** (Khi2 = 1,15 - ddl = 3- p = 0,769), sur le **type de tabac** (Khi2 = 4,59 - ddl = 3 - p = 0,203), sur les **arrêts antérieurs** (Khi2 = 2,43 - ddl = 3- p = 0,49), sur les **causes de reprise** (Khi2 = 1,65 - ddl = 3 - p = 0,653), les **raisons de fumer** (Khi2 = 1,01 - ddl = 3 - p = 0,801), sur les **motifs** pour la **tentative d'arrêt** (Khi2 = 1,02 - ddl = 3 - p = 0,799) et les **freins/craintes de l'arrêt** (Khi2 = 1,67 - ddl = 3 - p = 0,647) ne diffère pas significativement entre les officines formées et non formées.

Tableau n° 84 : Fréquence du questionnement sur l'ancienneté du tabagisme du patient selon l'existence ou non de formation en Tabacologie

Questionnement sur l'ancienneté du tabagisme du patient	Effectif			% calculés sur la base des répondants	
	Oui	Non	Total	Oui	Non
Toujours	85	119	204	78,0%	78,8%
Souvent	22	19	41	20,2%	12,6%
Parfois	2	12	14	1,8%	7,9%
Jamais	0	1	1	0%	0,7%
Total	109	151	260	100%	100%

Khi2 = 6,72 - ddl = 3 - p = 0,08

Tableau n° 85 : Fréquence du questionnement sur la consommation quotidienne de tabac du patient selon l'existence ou non de formation en Tabacologie

Questionnement sur la consommation quotidienne de tabac du patient	Effectif			% calculés sur la base des répondants	
	Oui	Non	Total	Oui	Non
Toujours	102	140	242	92,7%	92,1%
Souvent	7	7	14	6,4%	4,6%
Parfois	1	5	6	0,9%	3,3%
Total	110	152	262	100%	100%

Khi2 = 1,15 - ddl = 3 - p = 0,769

Tableau n° 86 : Fréquence du questionnement sur le type de tabac consommé par le patient selon l'existence ou non de formation en Tabacologie

Questionnement sur le type de tabac consommé par le patient	Effectif			% calculés sur la base des répondants	
	Oui	Non	Total	Oui	Non
Toujours	30	47	77	27,8%	31,6%
Souvent	18	17	35	16,7%	11,4%
Parfois	37	40	77	34,2%	26,8%
Jamais	23	45	68	21,3%	30,2%
Total	108	149	257	100%	100%

Khi2 = 4,59 - ddl = 3 - p = 0,203

Tableau n° 87 : Fréquence du questionnement sur les arrêts antérieurs du patient selon l'existence ou non de formation en Tabacologie

Questionnement sur les arrêts antérieurs du patient	Effectif			% calculés sur la base des répondants	
	Oui	Non	Total	Oui	Non
Toujours	65	78	143	59,1%	51,7%
Souvent	36	52	88	32,7%	34,4%
Parfois	8	19	27	7,3%	12,6%
Jamais	1	2	3	0,9%	1,3%
Total	110	151	261	100%	100%

Khi2 = 2,43 - ddl = 3 - p = 0,49

Tableau n° 88 : Fréquence du questionnement sur les causes antérieures de reprise du patient selon l'existence ou non de formation en Tabacologie

Questionnement sur les causes antérieures de reprise	Effectif			% calculés sur la base des répondants	
	Oui	Non	Total	Oui	Non
Toujours	53	71	124	48,6%	47,3%
Souvent	39	47	86	35,8%	31,3%
Parfois	16	31	47	14,7%	20,7%
Jamais	1	1	2	0,9%	0,7%
Total	109	150	259	100%	100%

Khi2 = 1,65 - ddl = 3 - p = 0,653

Tableau n° 89 : Fréquence du questionnement sur les raisons du tabagisme selon l'existence ou non de formation en Tabacologie

Questionnement sur les raisons pour lesquelles le patient fume	Effectif			% calculés sur la base des répondants	
	Oui	Non	Total	Oui	Non
Toujours	29	33	62	27,1%	22,8%
Souvent	26	37	63	24,3%	25,5%
Parfois	32	42	74	29,9%	29,0%
Jamais	20	33	53	18,7%	22,7%
Total	107	145	252	100%	100%

Khi2 = 1,01 - ddl = 3 - p = 0,801

Tableau n° 90 : Fréquence du questionnement sur les motifs de la tentative d'arrêt selon l'existence ou non de formation en Tabacologie

Questionnement sur les motifs de la tentative d'arrêt	Effectif			% calculés sur la base des répondants	
	Oui	Non	Total	Oui	Non
Toujours	51	63	114	35,8%	42,6%
Souvent	39	52	91	35,8%	35,1%
Parfois	14	25	39	12,8%	16,9%
Jamais	5	8	13	4,6%	5,4%
Total	109	148	257	100%	100%

Khi2 = 1,02 - ddl = 3 - p = 0,799

Tableau n° 91 : Fréquence du questionnement sur les freins et craintes de l'arrêt selon l'existence ou non de formation en Tabacologie

Questionnement sur les freins et craintes de l'arrêt	Effectif			% calculés sur la base des répondants	
	Oui	Non	Total	Oui	Non
Toujours	44	57	101	40,0%	38,3%
Souvent	47	57	104	42,7%	38,3%
Parfois	15	26	41	13,7%	17,4%
Jamais	4	9	13	3,6%	6,0%
Total	110	149	259	100%	100%

Khi2=1,67 - ddl=3 - p=0,647

▫ La **connaissance et l'utilisation des principaux outils d'aide au sevrage** tabagique différent entre les officines formées et non formées.

Des différences significatives sont observées pour :

- le **CO-testeur** (Khi2 = 13,6 - ddl = 4 - p = 0,009) (Tableau n° 90),
- le **carnet ou fiche de suivi** (Khi2 = 9,31 - ddl = 4 - p = 0,053) (Tableau n° 91).

Tableau n° 92 : L'utilisation du Co testeur selon l'existence ou non de formation en Tabacologie

Utilisation du CO testeur	Effectif			% calculés sur la base des répondants	
	Oui	Non	Total	Oui	Non
Toujours	2	0	2	2,1%	0%
Souvent	5	1	6	5,3%	0,8%
Parfois	7	1	8	7,3%	0,8%
Jamais	51	62	113	53,7%	47,7%
Ne connaît pas	30	66	96	31,6%	50,7%
Total	95	130	225	100,0%	100,0%

Khi2 =13,6 - ddl = 4 - p = 0,009

Tableau n° 93 : L'utilisation du carnet ou fiche de suivi selon l'existence ou non de formation en Tabacologie

Utilisation du carnet ou de la fiche de suivi	Effectif			% calculés sur la base des répondants	
	Oui	Non	Total	Oui	Non
Toujours	8	3	11	8,1%	2,3%
Souvent	12	6	18	12,1%	4,7%
Parfois	17	27	44	17,2%	21,1%
Jamais	47	62	109	47,5%	48,5%
Ne connaît pas	15	30	45	15,1%	23,4%
Total	99	128	227	100%	100%

Khi2 = 9,31 - ddl = 4 - p = 0,053

Par ailleurs, la connaissance et l'utilisation des autres outils d'aide au sevrage tabagique *ne différent pas significativement* entre les officines formées et non formées *pour* :

- le **Pico 6** (Khi2 = 1,08 - ddl = 4 - p = 0,897) (Tableau n° 92),
- le **test** de **Fagerström** (Khi2 = 6,98 - ddl = 4 - p = 0,136) (Tableau n° 93),
- le **cycle** de **Prochaska** (Khi2 = 1,23 - ddl = 4 - p = 0,873) (Tableau n° 94),
- le test d'**évaluation** de la **motivation** (Khi2 = 1,26 - ddl = 4 - p = 0,869) (Tableau n° 95),
- l'indice d'**évaluation** de la **réussite** (Khi2 = 7,62 - ddl = 4 - p = 0,105) (Tableau n° 96),
- **l'indice de « bien-être »** (Khi2 = 6,73 - ddl = 4 - p = 0,149) (Tableau n° 97),
- le **test d'évaluation** de l'**état anxio-dépressif** (HAD) (Khi2 = 3,42 - ddl = 4 - p = 0,493) (Tableau n° 98),
- le **Dossier de consultation** de Tabacologie (document publié par l'INPES) (Khi2 = 5,31 - ddl = 4 - p = 0,256) (Tableau n°99),
- les **programmes ou numéros d'assistance des laboratoires** (Khi2=5,25 - ddl=4 - p=0,262) (Tableau n° 100).

Tableau n° 94 : Utilisation du Pico 6 selon l'existence ou non de formation en Tabacologie

Utilisation du Pico 6	Effectif			% calculés sur la base des répondants	
	Oui	Non	Total	Oui	Non
Souvent	0	1	1	0%	0,8%
Parfois	2	1	3	2,1%	0,8%
Jamais	42	50	92	45,2%	38,7%
Ne connaît pas	49	77	126	52,7%	59,7%
Total	93	129	222	100%	100%

Khi2 = 1,08 - ddl = 4 - p = 0,897

Tableau n° 95 : Utilisation du test de Fagerström selon l'existence ou non de formation en Tabacologie

Utilisation du test de Fagerström	Effectif			% calculés sur la base des répondants	
	Oui	Non	Total	Oui	Non
Toujours	63	69	132	56,8%	46,0%
Souvent	32	43	75	28,8%	28,7%
Parfois	10	18	28	9,0%	12,0%
Jamais	2	12	14	1,8%	8,0%
Ne connaît pas	4	8	12	3,6%	5,3%
Total	111	150	261	100%	100%

Khi2 = 6,98 - ddl = 4 - p = 0,136

Tableau n° 96 : Utilisation du cycle de Prochaska selon l'existence ou non de formation en Tabacologie

Utilisation du cycle de Prochaska	Effectif			% calculés sur la base des répondants	
	Oui	Non	Total	Oui	Non
Toujours	1	0	1	1,0%	0%
Souvent	2	2	4	2,1%	1,6%
Parfois	2	0	2	2,1%	0%
Jamais	28	42	70	29,5%	32,8%
Ne connaît pas	62	84	146	65,3%	65,6%
Total	95	128	223	100%	100%

Khi2 =1,23 - ddl = 4 - p = 0,873

Tableau n° 97 : Evaluation de la motivation du patient selon l'existence ou non de formation en Tabacologie

Evaluation de la motivation du patient	Effectif			% calculés sur la base des répondants	
	Oui	Non	Total	Oui	Non
Toujours	9	9	18	9,2%	6,9%
Souvent	14	18	32	14,3%	13,9%
Parfois	13	15	28	13,3%	11,5%
Jamais	30	37	67	30,6%	28,5%
Ne connaît pas	32	51	83	32,6%	39,2%
Total	98	130	228	100%	100%

Khi2 = 1,26 - ddl = 4 - p = 0,869

Tableau n° 98 : Evaluation de la réussite du patient selon l'existence ou non de formation en Tabacologie

Evaluation de la réussite du patient	Effectif			% calculés sur la base des répondants	
	Oui	Non	Total	Oui	Non
Toujours	4	3	7	4,2%	2,4%
Souvent	10	3	13	10,5%	2,4%
Parfois	11	15	26	11,6%	11,8%
Jamais	38	51	89	40,0%	40,1%
Ne connaît pas	32	55	87	33,7%	43,3%
Total	95	127	222	100%	100%

Khi2 = 7,62 - ddl = 4 - p = 0,105

Tableau n° 99 : Evaluation de l'indice de bien être du patient selon l'existence ou non de formation en Tabacologie

Evaluation de l'indice de bien-être du patient	Effectif			% calculés sur la base des répondants	
	Oui	Non	Total	Oui	Non
Toujours	4	3	7	4,2%	2,4%
Souvent	8	2	10	8,4%	1,6%
Parfois	9	7	16	9,5%	5,6%
Jamais	33	51	84	34,7%	40,8%
Ne connaît pas	41	62	103	43,2%	49,6%
Total	95	125	220	100%	100%

Khi2 = 6,73 - ddl = 4 - p = 0,149

Tableau n° 100 : Evaluation de l'état anxio-dépressif du patient selon l'existence ou non de formation en Tabacologie

Evaluation de l'état anxio-dépressif du patient	Effectif			% calculés sur la base des répondants	
	Oui	Non	Total	Oui	Non
Toujours	4	2	6	4,3%	1,6%
Souvent	4	3	7	4,3%	2,4%
Parfois	12	9	21	12,9%	7,1%
Jamais	32	51	83	34,4%	40,1%
Ne connaît pas	41	62	103	44,1%	48,8%
Total	93	127	220	100%	100%

Khi2 = 3,42 - ddl = 4 - p = 0,493

Tableau n° 101 : Utilisation par les officinaux du dossier de consultation de l'Inpes selon l'existence ou non de formation en Tabacologie

Utilisation du dossier de consultation de l'Inpes	Effectif			% calculés sur la base des répondants	
	Oui	Non	Total	Oui	Non
Toujours	3	3	6	3,1%	2,3%
Souvent	3	6	9	3,1%	4,7%
Parfois	13	7	20	13,5%	5,4%
Jamais	47	62	109	49,0%	48,1%
Ne connaît pas	30	51	81	31,3%	39,5%
Total	96	129	225	100%	100%

Khi2 = 5,31 - ddl = 4 - p = 0,256

Tableau n° 102 : Utilisation par les officinaux des programmes d'assistance des laboratoires selon l'existence ou non de formation en Tabacologie

Utilisation des programmes d'assistance des laboratoires	Effectif			% calculés sur la base des répondants	
	Oui	Non	Total	Oui	Non
Toujours	8	4	12	8,2%	3,1%
Souvent	14	15	29	14,3%	11,6%
Parfois	34	44	78	34,7%	34,1%
Jamais	32	43	75	32,6%	33,4%
Ne connaît pas	10	23	33	10,2%	17,8%
Total	98	129	227	100%	100%

Khi2 = 5,25 - ddl = 4 - p = 0,262

3.6.2.7. Impact sur l'orientation du patient vers un médecin ou une consultation spécialisée

▫ Les officines formées et non formées **orientent** de façon comparable **vers** un **médecin** (respectivement 75,7% - (84 / 111) et 75,3% (116 / 154)) et le contactent aussi peu préalablement (respectivement 3,6% (3 / 83) et 3,4% (4 / 116))(Khi2 = 0 - ddl = 1 - p = 0,999).

▫ Les officines formées tendent à orienter plus fréquemment **vers** une **consultation spécialisée** que les officines non formées (48,8% *versus* 38,5%) (Khi2 = 1,65 - ddl = 1 - p = 0,196). Mais elles la contactent préalablement à l'orientation aussi peu souvent que les officines non formées (Khi2 = 0,004 - ddl = 1 - p = 0,945).

Tableau n° 103 : Orientation vers une consultation spécialisée selon l'existence ou non de formation en Tabacologie

Orientation vers une consultation spécialisée	Effectif			% calculés sur la base des répondants	
	Oui	Non	Total	Oui	Non
Oui	41	42	83	48,8%	38,5%
Non	43	67	110	51,2%	61,5%
Total	84	109	193	100%	100%

Khi2 =1,65 - ddl =1- p = 0,196

Tableau n° 104 : Contact préalable à l'orientation vers une consultation spécialisée selon l'existence ou non de formation en Tabacologie

Contact préalable avec la consultation spécialisée	Effectif			% calculés sur la base des répondants	
	Oui	Non	Total	Oui	Non
Oui	2	1	3	5,0%	2,3%
Non	38	42	80	95,0%	97,7%
Total	40	43	83	100%	100%

Khi2 = 0,004 - ddl = 1 - p = 0,945

3.6.2.8. Impact sur le conseil officinal

▫ Les officines formées sont significativement plus nombreuses que les non formées à délivrer des **conseils pratiques** au patient fumeur (95,3% *versus* 79,0%) (Khi2 = 12,1 - ddl =1 - p = 0,001).

Tableau n° 105 : Délivrance de conseils pratiques au patient selon l'existence ou non de formation en Tabacologie

Délivrance de conseils pratiques	Effectif			% calculés sur la base des répondants	
	Oui	Non	Total	Oui	Non
Oui	101	113	214	95,3%	79,0%
Non	5	30	35	4,7%	21,0%
Total	106	143	249	100%	100%

Khi2 =12,1 - ddl =1 - p = 0,001

▫ La proposition de **réduction de consommation (**Khi2 = 0,121 - ddl = 1 - p = 0,728), qu'elle soit faite avec substitution nicotinique (Khi2 = 0,061 - ddl =1 - p = 0,8), en vue d'un sevrage total (Khi2 = 0 - ddl = 1 - p = 0,999) ou bien en vue d'un sevrage temporaire (Khi2 = 0,07 - ddl =1 - p = 0,788) ne diffère pas significativement entre les officines formées et non formées.

Tableau n° 106 : Proposition d'une réduction de consommation, selon l'existence ou non de formation en Tabacologie

Proposition de réduction de consommation	Effectif			% calculés sur la base des répondants	
	Oui	Non	Total	Oui	Non
Oui	100	139	239	90,1%	88,0%
Non	11	19	30	9,9%	12,0%
Total	111	158	269	100%	100%

Khi2 = 0,121 - ddl = 1 - p = 0,728

Tableau n° 107 : Proposition d'une réduction avec substitution nicotinique, selon l'existence ou non de formation en Tabacologie

Réduction avec substitution nicotinique	Effectif			% calculés sur la base des répondants	
	Oui	Non	Total	Oui	Non
Oui	86	121	207	90,5%	92,4%
Non	9	10	19	9,5%	7,6%
Total	95	131	226	100%	100%

Khi2 = 0,061 - ddl = 1 - p = 0,800

Tableau n° 108 : Proposition d'une réduction en vue d'un sevrage total, selon l'existence ou non de formation en Tabacologie

Réduction en vue d'un sevrage total	Effectif			% calculés sur la base des répondants	
	Oui	Non	Total	Oui	Non
Oui	84	111	195	91,3%	91,0%
Non	8	11	19	8,7%	9,0%
Total	92	122	214	100%	100%

Khi2 = 0 - ddl = 1 - p = 0,999

Tableau n° 109 : Proposition d'un sevrage temporaire, selon l'existence ou non de formation en Tabacologie

Proposition de sevrage temporaire	Effectif			% calculés sur la base des répondants	
	Oui	Non	Total	Oui	Non
Oui	35	45	80	44,3%	41,3%
Non	44	64	108	55,7%	58,7%
Total	79	109	188	100%	100%

Khi2 = 0,07 - ddl = 1 - p = 0,788

▫ Les officines formées et non formées conseillent de façon comparable l'**association de deux patchs** lors du sevrage (Khi2 = 0,564 - ddl = 1 - p = 0,459) ou l'association d'un **patch et** d'une **forme orale** (Khi2 = 1,94 - ddl =1- p = 0,16).
Cependant l'association patch/forme orale semble être plus souvent proposée par les officinaux formés que par les non formés (88,5% *versus* 81,5%).

Tableau n° 110 : Conseil par l'officinal d'une association de 2 patchs, selon l'existence ou non d'une formation en Tabacologie

Conseil d'association de patchs	Effectif			% calculés sur la base des répondants	
	Oui	Non	Total	Oui	Non
Oui	12	11	23	11,0%	7,5%
Non	97	136	233	89,0%	92,5%
Total	109	147	256	100%	100%

Khi2 = 0,564 - ddl =1 – p = 0,459

Tableau n° 111 : Conseil par l'officinal d'une association de patch et de forme orale, selon l'existence ou non d'une formation en Tabacologie

Conseil d'association de patch et forme orale	Effectif			% calculés sur la base des répondants	
	Oui	Non	Total	Oui	Non
Oui	100	128	228	88,5%	81,5%
Non	13	29	42	11,5%	18,5%
Total	113	157	270	100%	100%

Khi2 = 1,94 - ddl =1 - p = 0,16

3.6.2.9. Impact sur la surveillance lors du suivi

▫ La **surveillance du poids** du patient est significativement plus pratiquée par les officinaux formés que par les non formés (60,9% *versus* 40,8%) (Khi2 = 9,37 - ddl = 1 - p = 0,002).

Tableau n° 112 : Surveillance du poids du patient par les officinaux formés et non formés en Tabacologie

Surveillance du poids du patient	Effectif			% calculés sur la base des répondants	
	Oui	Non	Total	Oui	Non
Oui	67	60	127	60,9%	40,8%
Non	43	87	130	39,1%	59,2%
Total	110	147	257	100%	100%

Khi2 = 9,37 - ddl = 1 - p = 0,002

▫ Les officinaux formés tendent également à **surveille**r plus fréquemment les **troubles du transit** que leurs confrères non formés (30,6% *versus* 20,8%) (Khi2 = 2,61 - ddl = 1 - p = 0,102).

Tableau n° 113 : Surveillance de troubles du transit du patient par les officinaux formés et non formés en Tabacologie

Surveillance de troubles du transit	Effectif			% calculés sur la base des répondants	
	Oui	Non	Total	Oui	Non
Oui	33	30	63	30,6%	20,8%
Non	75	114	189	69,4%	79,2%
Total	108	144	252	100%	100%

Khi2 = 2,61 - ddl = 1 - p = 0,102

▫ De plus , il n'existe pas de différence significative entre les officines formées et non formées pour la **surveillance** de l'apparition de **troubles anxio-dépressifs** (Khi2 = 0,843 - ddl = 1 - p = 0,362) et la surveillance de l'apparition d'un **syndrome de manque** (Khi2 = 0,598 - ddl = 1 - p = 0,445).

Tableau n° 114 : Surveillance de l'apparition chez le patient de troubles anxio-dépressifs, par les officinaux formés et non formés en Tabacologie

Surveillance de troubles anxio-dépressifs	Effectif			% calculés sur la base des répondants	
	Oui	Non	Total	Oui	Non
Oui	89	113	202	80,9%	75,3%
Non	21	37	58	19,1%	24,7%
Total	110	150	260	100%	100%

Khi2 = 0,843 - ddl = 1 - p = 0,362

Tableau n° 115 : Surveillance, par les officinaux formés et non formés en Tabacologie, de l'apparition chez le patient d'un syndrome de manque

Surveillance d'un syndrome de manque	Effectif			% calculés sur la base des répondants	
	Oui	Non	Total	Oui	Non
Oui	99	126	225	89,2%	85,1%
Non	12	22	34	10,8%	14,9%
Total	111	148	259	100%	100%

Khi2 = 0,598 - ddl =1 - p = 0,445

3.6.2.10. Impact sur la conception de l'aide au sevrage tabagique

▫ Pour les officines formées l'**aide** au sevrage tabagique doit être **programmée.** Cette conception de l'aide diffère significativement entre les officinaux formés et non formés (45,2% *versus* 30,0%) **(**Khi2 = 3,92 - ddl = 1 - p = 0,045).

Tableau n° 116 : Conception d'une aide programmée, par les officinaux formés et non formés en Tabacologie

Conception d'une aide programmée	Effectif			% calculés sur la base des répondants	
	Oui	Non	Total	Oui	Non
Oui	38	30	68	45,2%	30,0%
Non	46	70	116	54,8%	70,0%
Total	84	100	184	100%	100%

Khi2 = 3,92 - ddl = 1 - p = 0,045

▫ La **durée du suivi** ne diffère pas significativement entre les officines formées et non formées (Khi2 = 4,43 - ddl = 7 - p = 0,731).
Cependant les durées de 6 mois à un an, voir jusqu'à sevrage définitif, semblent être plus souvent évoquées par les officinaux formés. Toutefois ce résultat est à prendre avec prudence compte tenu du faible taux de réponse à cet item (17,1% - 60/350).

Tableau n° 117 : Durée du suivi conçue par les officinaux formés et non formés en Tabacologie

Conception de la durée du suivi	Effectif			% calculés sur la base des répondants	
	Oui	Non	Total	Oui	Non
Moins d'un mois	1	0	1	2,8%	0%
De 1 à 3 mois	6	7	13	16,7%	29,2%
De 3 à 6 mois	8	9	17	22,2%	37,5%
De 6 mois à 1 an	7	2	9	19,4%	8,3%
Plus de 1 an	1	0	1	2,8%	0%
Sevrage définitif	8	2	10	22,2%	8,3%
Variable selon les patients	5	4	9	13,9%	16,7%
Total	36	24	60	100%	100%

Khi2 = 4,43 - ddl = 7 - p = 0,731

▫ La conception d'une **aide ponctuelle** est largement partagée par les officines formées comme par les non formées (plus de 95%) (Khi2 = 0,594 - ddl = 1 - p = 0,447).

Tableau n° 118 : Conception d'une aide ponctuelle par les officinaux formés et non formés en Tabacologie

Conception d'une aide ponctuelle	Effectif			% calculés sur la base des répondants	
	Oui	Non	Total	Oui	Non
Oui	101	149	250	98,1%	95,5%
Non	2	7	9	1,9%	4,5%
Total	103	156	259	100%	100%

Khi2 = 0,594 - ddl = 1 - p = 0,447

3.6.2.11. Impact sur la conception des facteurs favorisant la prise en charge

▫ L'opinion des officinaux formés et non formés ne diffère pas en ce qui concerne les facteurs pouvant aider à la prise en charge des fumeurs tels que:

- le **remboursement** significatif des substituts nicotiniques délivrés par le pharmacien hors prescription médicale (Khi2 = 0,654 - ddl = 2 - p = 0,726),
- l'**implication** du pharmacien **dans un réseau** de santé ciblé en tabacologie (Khi2 =0,158 - ddl = 1 - p = 0,693).

Tableau n° 119 : Conception, par les officinaux formés et non formés en Tabacologie, de l'intérêt du remboursement des substituts nicotiniques délivrés hors prescription médicale

Intérêt du remboursement des SN délivrés hors prescription par le pharmacien	Effectif			% calculés sur la base des répondants	
	Oui	Non	Total	Oui	Non
Oui	84	119	203	73,7%	73,0%
Non	23	37	60	20,2%	22,7%
Sans opinion	7	7	14	6,1%	4,3%
Total	114	163	277	100%	100%

Khi2 = 0,654 - ddl = 2 - p = 0,726

Tableau n° 120 : Conception, par les officinaux formés et non formés en Tabacologie, de l'intérêt d'être impliqué dans un réseau

Intérêt de l'implication dans un réseau	Effectif			% calculés sur la base des répondants	
	Oui	Non	Total	Oui	Non
Oui	92	135	227	82,9%	85,4%
Non	19	23	42	17,1%	14,6%
Total	111	158	269	100%	100%

Khi2 = 0,158 - ddl = 1 - p = 0,693

3.6.2.12. Impact sur la conception des facteurs limitant la prise en charge

▫ L'opinion des officinaux formés et non formés ne diffère pas en ce qui concerne le **coût des traitements substitutifs** comme frein éventuel au sevrage tabagique (Khi2 = 0,903 - ddl = 2 - p = 0,643).

Tableau n° 121: Conception, par les officinaux formés et non formés en Tabacologie, du frein que peut représenter le coût des traitements substitutifs

Coût des traitements substitutifs	Effectif			% calculés sur la base des répondants	
	Oui	Non	Total	Oui	Non
Oui	53	69	122	46,5%	42,3%
Non	57	85	142	50,0%	52,2%
Sans opinion	4	9	13	3,5%	5,5%
Total	114	163	277	100%	100%

Khi2 = 0,903 - ddl = 2 - p = 0,643

▫ Les **facteurs évoqués comme limitant** la prise en charge du fumeur à l'officine diffèrent significativement entre les officinaux formés et non formés (Khi2 = 24,5 - ddl = 8 - p = 0,002) :

- « manque de formation », « sujet difficile à aborder» et « problème de confidentialité » sont plus fréquemment cités par les officinaux non formés
- tandis que l'« activité non rémunérée » et la « résistance des clients » sont plus souvent mentionnés par les officinaux formés.

Tableau n°122 : Facteurs limitant la prise en charge du patient mentionnés par les officinaux formés et non formés en Tabacologie

Facteurs limitant la prise en charge	Effectif			% calculés sur la base des répondants	
	Oui	Non	Total	Oui	Non
Manque de temps	58	92	150	52,7%	58,6%
Manque de formation	22	72	94	20,0%	45,9%
Activité non rémunérée	22	16	38	20,0%	10,2%
Résistance des clients	47	50	97	42,7%	31,8%
Pas le rôle du pharmacien	1	0	1	0,9%	0%
Sujet difficile à aborder	12	30	42	10,9%	19,1%
Problème de confidentialité	13	32	45	11,8%	20,4%
Patient se confie d'avantage à son médecin	39	48	87	35,5%	30,6%
Autre	11	14	25	10,0%	8,9%
Total répondants	110	157		Plusieurs réponses possibles par répondant	

Khi2 = 24,5 - ddl = 8 - p = 0,002

4. DISCUSSION

➔ Une revue de la littérature montre que les pharmaciens pensent que leur rôle est important en prévention et sont favorables à son développement (9), ils se sentent impliqués dans la lutte contre le tabagisme (10).
Il semble que depuis 2000 le nombre de formations proposées aux officinaux ait baissé ; parmi celles proposées, la plupart émanent des laboratoires et de l'UTIP faisant intervenir des médecins tabacologues ou spécialisés dans le sevrage tabagique. La consultation de brochures semble être pour eux un moyen rapide et pratique pour se former (dans la plupart des cas ce sont des brochures de laboratoire, articles de l'Ordre et revues professionnelles). Les pharmaciens sont conscients de leur devoir de formation (18).
Bien que la connaissance du conseil minimal soit en progression, sa pratique reste faible.
Le dialogue spontané au sujet du tabac reste très pratiqué.
Les officinaux ont toujours plus tendance à évoquer les bénéfices de l'arrêt plutôt que les effets néfastes du tabac.
L'évaluation de la dépendance par le test de Fagerström reste toujours aussi fréquente et particulièrement pour les officines formées.
La prise de conscience de la nécessité d'un espace de confidentialité semble faire son chemin (l'absence de cet espace limitant la fréquence et la durée des échanges).
Les pharmaciens sont conscients de l'importance du suivi et de l'attente des fumeurs mais il semble y avoir inadéquation avec le temps qu'ils sont prêts à consacrer au suivi d'un sevrage.

➔ En 2008 sur l'Auvergne

→ *Validité de l'étude*

L'échantillon composé des 350 officines répondantes est représentatif de la population de référence du fichier fourni par le Conseil régional de l'Ordre des Pharmaciens, aussi bien en raison du taux de participation global (58,6%), que de la répartition entre les différents départements de la région Auvergne (malgré une légère sur-représentativité du Puy de Dôme de 4%) La répartition par sexe du titulaire répondant (37% d'hommes, 63% de femmes) est elle aussi tout à fait représentative de la population de référence (statistiques fournies par la DRASS : 39% *versus* 61%).
Les officinaux ayant répondu sont à peu prés également répartis entre les zones rurale et urbaine (51,1% *versus* 48,6%) permettant ainsi de faire ressortir d'éventuelles différences dans la façon d'exercer selon la localisation.

Cependant il peut être observé **deux biais** dans cette étude.

- L'un provient des termes utilisés d'une part pour estimer les effectifs dans les officines (exprimés en « nombre de personnes équivalent temps plein »), et d'autre part pour évaluer le statut tabagique (exprimé en personne physique exerçant à l'officine). Il n'y a donc pas concordance possible entre l'effectif des officines et l'effectif selon le statut tabagique.
- L'autre provient du choix fait de n'envoyer qu'un questionnaire par officine, à l'attention du ou des titulaires, une seule personne devant répondre. Il est impossible de savoir si le pharmacien ayant répondu a rempli seul le questionnaire ou en concertation avec l'équipe. Ceci ne nous permet donc pas de différencier la pratique individuelle du pharmacien, des pratiques collectives de l'équipe. Les pratiques déclarées ne sont donc peut-être pas représentatives des pratiques globales de l'officine.

→*Constats de l'étude*

☼ L'**officine** reste un **espace de prévention** et ce quelque soit sa localisation, sa taille ou l'existence d'une formation au sevrage tabagique.
Cependant les officines formées pratiquent plus de sensibilisation sur le tabagisme (outils, dialogue, conseil minimal).

- Les outils de **sensibilisation** sont très largement utilisés (brochures et exposition des substituts en linéaire le plus fréquemment mais aussi les vitrines).
- Le dialogue sur le tabac est lui aussi beaucoup pratiqué, les occasions étant fréquentes ; elles pourraient cependant être nettement plus exploitées lors de l'exécution des ordonnances.
- Le conseil minimal bien que connu par une large majorité des officinaux, est trop peu utilisé, limitant ainsi la formidable potentialité de **dépistage** qui pourrait exister si il était pratiqué systématiquement lors de la création du dossier informatique du patient (la raison invoquée le plus souvent étant « je n'y pense pas »).

- Si la proposition de **réduction de consommation** est très pratiquée par les officinaux, en revanche le sevrage temporaire l'est beaucoup moins.

☼ Les modalités de prise en charge du fumeur : **aide et accompagnement**.

- Les 3/4 des officinaux pratiquent une aide au sevrage. Le patient fumeur est conseillé le plus souvent par n'importe quelle personne de l'équipe (même lorsqu'il y a une personne formée au sein de l'officine), sans rendez-vous et au comptoir. L'entretien initial et de suivi durent le plus souvent entre 5 et 10 minutes.
  Cependant les officines formées pratiquent l'aide au sevrage plus fréquemment sans pour autant qu'il y ait plus d'entretiens (ceci parait paradoxal et pose la question de notion d'entretien de sevrage) ; elles utilisent également plus souvent un espace à l'écart permettant de respecter la confidentialité et l'entretien initial est plus long.
- Le questionnement sur la consommation quotidienne est quasiment systématique.
  Cependant les officinaux formés s'intéressent plus fréquemment à l'ancienneté du tabagisme du patient et utilisent nettement plus que les non formés le CO testeur et le carnet de suivi.
  Quelques commentaires peuvent être faits sur les outils suivants :
  - le Pico 6 est mal connu aussi bien dans les officines formées que non formées. De plus, dans les officines formées et le connaissant, il n'est que très rarement utilisé.
  - le test de Fagerström paraît être un peu plus souvent utilisé par les officines formées que par les non formées (85,6% *versus* 74,7%).
  - l'indice d'évaluation de la réussite et l'indice de « bien être » paraissent mieux connus et plus fréquemment utilisés par les officines formées.
  - le test d'évaluation de la motivation ainsi que le dossier de consultation de Tabacologie semblent être mieux connus des officines formées, mais ils sont peu utilisés.
  - les programmes ou numéros d'assistance des laboratoires sont aussi bien connus des officines formées que non formées. Mais, ils sont globalement plus utilisés par les pharmacies formées (22,5% *versus* 14,7%).
- L'**orientation** vers une consultation médecin est pratiquée par les 3/4 des officinaux qu'ils soient formés ou non mais le contact est rarement pris préalablement ; tandis que l'orientation vers une consultation spécialisée est plus fréquente pour les officines formées sans toutefois qu'elles effectuent un contact préalablement.

▫ Les **conseils** pratiques, la **surveillance** du poids et des troubles du transit sont plus fréquemment faits au sein des officines formées. Ils correspondent tout à fait à leur notion de durée de suivi > à 6 mois.
La surveillance de l'apparition de troubles anxio-dépressifs et d'un syndrome de manque sont effectués par plus des 3/4 des officinaux.
Rq : Ceux ayant déclaré ne pas pratiquer d'aide au sevrage en pratiquent tout de même une (mais posent moins fréquemment les éléments du screening et la surveillance des troubles).

☼ Les officinaux dans leur très grande majorité pensent que l'implication dans un réseau de Tabacologie ainsi que la prise en charge significative des substituts nicotiniques délivrés par le pharmacien hors prescription pourraient aider à la dispensation.
En ce qui concerne les facteurs limitant, la « non rémunération » et la « résistance des clients »sont plus présents pour les officines formées tandis que le « problème de confidentialité »et le « sujet difficile à aborder » sont plus évoqués par les non formés qui soulignent d'autre part leur « manque de formation » comme étant un frein à l'aide.

➔<u>Pistes d'amélioration</u>

-Le développement du sevrage tabagique à l'officine doit tenir compte des freins à la prise en charge des fumeurs (4-12) .Ces freins sont liés :
▪ à l'exercice officinal (manque de temps et de personnel, absence de lieu de confidentialité),
▪ au professionnel lui-même (ne se sent pas compétent, ne porte pas d'intérêt personnel au sevrage, n'ose pas aborder la question du tabagisme qui lui semble être de l'ordre de la vie privée),
▪ au système de soins (absence de reconnaissance de l'acte de prévention non rémunéré),
▪ au patient lui-même (méconnaissance des missions du pharmacien, se confie d'avantage à son médecin, dépendance difficile à vaincre, méfiance à l'égard des substituts nicotiniques).
Il pourrait donc être envisagé :
▪ d'intégrer lors de l'enregistrement informatique du patient une zone « conseil minimal » (fumeur /non-fumeur, date du questionnement, stade de maturité),
▪ l'aménagement d'un espace de confidentialité indispensable pour que puisse exister une meilleure prise en charge du patient (9-11),
▪ des entretiens brefs et répétés (plus efficaces que des longs et espacés),
▪ pris de préférence sur rendez vous afin d'être sûr de la disponibilité à la fois du patient et de l'officinal,
▪ de confier à une personne formée et motivée (plutôt qu'à n'importe quel membre de l'équipe),
▪ d'utiliser un dossier simplifié.

-Une formation continue en matière de tabacologie est nécessaire, avec une reconnaissance par la Commission Professionnelle comme étant une formation prioritaire et ce en complément de la formation initiale universitaire (pour les pharmaciens) ou scolaire (pour les préparateurs) qui est indispensable pour assurer une couverture plus large de personnes ayant des compétences validées en tabacologie.

-Un partenariat admis de la part des médecins permettrait une meilleure cohésion autour du patient afin de l'accompagner efficacement.
L'implication de professionnels de santé au sein d'un réseau ciblé en Tabacologie serait l'idéal car il permettrait d'exercer en synergie sur tous les aspects intervenant dans le sevrage du patient fumeur et ainsi d'assurer la continuité des soins.

-Informer davantage le public des compétences du pharmacien en matière de prévention, d'éducation pour la santé et d'éducation thérapeutique (vient d'être mis en place par le Conseil de l'Ordre des pharmaciens).

5. CONCLUSION

Le pharmacien d'officine a un rôle primordial à jouer en matière de prévention primaire et secondaire. Il peut aider au dépistage, informer, conseiller, accompagner le patient fumeur et/ou l'orienter vers un médecin ou une consultation spécialisée. Il fait partie d'une longue chaîne de praticiens de santé qui doivent coopérer pour mieux aider.

6. BIBLIOGRAPHIE

1- ANAES : Conférence de consensus « arrêt de la consommation du tabac » Paris 8 et 9/10/1998

2- Les Nouvelles pharmaceutiques 5/10/2000 ; n°202 : p 4-5

3- AFSSAPS : Recommandations de bonne pratique. « Stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du Tabac » mai 2003

4- Le Louarn A.,Gérard S. : L'aide au sevrage tabagique assurée par les pharmaciens d'Alsace.Santé publique 2002, volume 14, n°2, pp. 121-134

5- Grasset S. : Le rôle du pharmacien dans la prise en charge du sevrage tabagique. Thèse du 5/02/01

6- Perrier C. : Accompagnement du sevrage tabagique (moyens actuels, rôle du pharmacien et enquête auprès des pharmaciens d'officine de Grenoble). Thèse du 8/11/01

7- Ronnaux-Baron AS. : La prévention du tabagisme mené par les pharmaciens (enquète auprès des professionnels d'officine du département du Rhône) .Mémoire du 25/10/02

8- Perrin H., Gauthier A.: Baromètre santé médecins/ pharmaciens 2003. Editions Inpes, pp. 141-151

9- Collin JF. : Enquête auprès des pharmaciens d'officine 98/99. CFES baromètres pp 33

10- Touraine F.,Phan Van Ho C.,Vincent F.,Antonini MT.,Bonnaud F. : Le rôle des pharmaciens dans la lutte contre le tabagisme (résultats d'une étude descriptive). Actualités pharmaceutiques n°415 janvier 2003 pp 9-11

11- Jacquemet S., Dr Certain A. : Education thérapeutique du patient : rôles du pharmacien . Bulletin de l'ordre 367 juillet 2000 pp.269-275

12- Le Louarn A.: Place du pharmacien en Tabacologie. Bilan actuel. Comment optimiser son intervention ? Journées de Tabacologie Clermont-Ferrand. 27-28 juin 2003

13- La revue du Praticien –Vol. 51, N°8, 30 avril 2001, p. 877-882

14- Dr Le Maitre B., Pr Hirsch A. : Pharmacien et Tabac (Prise en charge de l'arrêt du tabac). Fiche technique CESSPF, mai 2007

15- Perriot J., PLlorca PM., Boussiron D., Schwan R. : Tabacologie et sevrage tabagique. Editions John Libbey Eurotext 2003

16- Biaud J. : Optimisation de l'aide au sevrage tabagique à l'officine. Thèse de Doctorat en Pharmacie Dijon 14/11/07

17- Moulin I. : Prise en charge du sevrage tabagique à l'officine. Thèse de Doctorat en Pharmacie Clermont I 27/4/2007

18- Girardot E. : Evolution des pratiques de prise en charge des patients en sevrage tabagique depuis l'année 2000 : enquête auprès de 59 pharmaciens de Grenoble. Thèse 15/11/2005

19- Savanovitch C.,Marchiset-Ferlay N.,Sauvant-Rochat MP. : Tabac et pharmacien : un rôle renforcé en éducation sanitaire. 1°Congrés national de la SFT 25 et 26/10/07 Résumé

7. ANNEXES

7.1. Lettre d'accompagnement du questionnaire

7.2. Le questionnaire

7.3. Mini mémoire

7.4. Arbre décisionnel « conseil minimal » (Biaud J.)

7.5. Bénéfices de l'arrêt du tabagisme

7.6. Rapidité de la diminution des risques à l'arrêt du tabagisme

7.7. Fiche de suivi de réduction tabagique (Pfizer)

7.8. Screening du fumeur (Dr Perriot)

7.9. Test de dépendance à la nicotine (Fargerström)

7.10. Arbre décisionnel d'identification du stade de maturité (Prochaska et Di Clemente)

7.11. Test d'évaluation de la motivation (Richmond)

7.12. Test d'auto évaluation de réussite (De Maria-Grimaldi)

7.13. Test d'évaluation de l'état de l'état d'anxiété- dépression (HAD)

7.14. Questionnaire d'évaluation de la dépression (Beck)

7.15. Questionnaire Audit : dépistage du mésusage d'alcool, usage nocif, usage avec dépendance

7.16. Syndrome de sevrage tabagique (Hughes J,Hatsukami DK)

7.17. Fiche de suivi (Lagrue G)

7.18. Consultations de Tabacologie de la région Auvergne

Madame POJER- MEDEVILLE Marie-josé
Pharmacien

1, place Royale
63000 Clermont-Ferrand
Tél : 04 73 91 65 67

Clermont-Ferrand 30/04/08

Chère consœur, cher confrère

Dans le cadre de mon **DIU de Tabacologie et d'Aide au sevrage tabagique**, je rédige un mémoire sur le sujet suivant : « Rôle des pharmaciens dans la prise en charge du fumeur ».

Ce travail a pour objectif de mettre en exergue **le rôle de notre profession dans l'aide à l'arrêt du tabagisme** et à cette fin, d'évaluer les moyens, besoins, et pratiques des officinaux en la matière.

Je sais que votre temps est précieux, mais la réussite de mon mémoire dépend de votre participation et du remplissage de ce questionnaire anonyme qui vous est confié. Je vous saurais donc gré de bien vouloir le remplir dès réception, et de le retourner dans l'enveloppe ci-jointe le plus vite possible.

Je m'engage à vous faire parvenir la synthèse des résultats de mes travaux dès la fin de cette année.

Merci encore de bien vouloir remplir et me retourner ce questionnaire que je vous transmets.

Veuillez agréer, cher confrère, chère consœur, l'expression de ma profonde reconnaissance.

Marie-josé POJER-MEDEVILLE

A L'OFFICINE, COMMENT PRENEZ-VOUS EN CHARGE LES FUMEURS ?

Aidez-moi à préciser notre rôle de pharmacien en répondant à ce questionnaire.
Vos réponses – traitées anonymement – me seront utiles pour la validation de mon D.I.U de Tabacologie

Concernant vos pratiques quotidiennes

1 - Quels outils ou supports utilisez-vous pour informer les fumeurs ?

□ Brochures : ➔ □ laboratoires pharmaceutiques □ Cespharm □ Inpes
□ Exposition des substituts nicotiniques en linéaire
□ Affiches dans l'espace client
□ Vitrine sur le sevrage tabagique
Autres, précisez :

2 - Parlez- vous spontanément du tabac à vos clients ? □ oui □ non

si oui : □ A propos de leur maladie ?
□ A propos de leur(s) enfant(s): ➔ □ grossesse □ naissance □ pathologie
□ Lors de la délivrance de certains médicaments ?
□ sphère orl □ contraceptif □ antihypertenseur □ cardiologie □ antidiabétique
□ antiulcéreux □ antiasthmatique □ hypocholestérolémiant □ troubles de l'érection
□ Lors de demande de substituts nicotiniques ? □ de dentifrice ?
□ Lors de la vente de dermo-cosmétiques ?
Autres, précisez :

3 - Connaissez-vous le « Conseil minimal » ? :(« Fumez-vous ? » - « Envisagez-vous d'arrêter ? »)
□ oui □ non

4 - Le pratiquez-vous : □ systématiquement □ souvent □ parfois □ jamais

si parfois ou jamais : □ je n'y pense pas □ je n'ai pas le temps
Autre, précisez :

5 - Pratiquez-vous une aide au sevrage tabagique ? □ oui □ non

si non : □ manque de temps □ manque d'espace de confidentialité
□ pas intéressé □ pas le rôle du pharmacien
Autre, précisez:

si oui : à qui est-elle confiée ? : □ n'importe quelle personne de l'équipe
□ une personne spécialisée en Tabacologie ➔ □ pharmacien □ préparateur
se déroule-t-elle ? : □ sans rendez vous □ avec rendez-vous
□ au comptoir □ dans un espace à l'écart

6 - L'entretien initial dure en moyenne ...
□ 5 à 10 mn □ 10 à 20 mn □ 20 à 30 mn □ + de 30 mn

7 - Lors du suivi, les échanges durent ...
□ 5 à 10 mn □ 10 à 20 mn □ 20 à 30 mn □ + de 30 mn

8 - Vous renseignez vous auprès du patient sur sa situation ...

personnelle :	□ toujours	□ souvent	□ parfois	□ jamais
professionnelle :	□ toujours	□ souvent	□ parfois	□ jamais

9 - Questionnez-vous votre patient sur ses autres consommations?

Alcool :	□ toujours	□ souvent	□ parfois	□ jamais
Cannabis :	□ toujours	□ souvent	□ parfois	□ jamais
Médicaments :	□ toujours	□ souvent	□ parfois	□ jamais

10 - Questionnez-vous votre patient sur ...

l'ancienneté de son tabagisme ?	□ toujours	□ souvent	□ parfois	□ jamais
sa consommation quotidienne ?	□ toujours	□ souvent	□ parfois	□ jamais
le type de cigarettes (roulées/manufacturées) ?	□ toujours	□ souvent	□ parfois	□ jamais
ses arrêts antérieurs ?	□ toujours	□ souvent	□ parfois	□ jamais
les causes de reprise ?	□ toujours	□ souvent	□ parfois	□ jamais
ses raisons de fumer ?	□ toujours	□ souvent	□ parfois	□ jamais
ses motifs pour la tentative d'arrêt ?	□ toujours	□ souvent	□ parfois	□ jamais
ses freins et craintes de l'arrêt ?	□ toujours	□ souvent	□ parfois	□ jamais

11 - Utilisez-vous ces outils ou supports ?

CO Testeur	□ toujours	□ souvent	□ parfois	□ jamais	□ ne connaît pas
Pico 6	□ toujours	□ souvent	□ parfois	□ jamais	□ ne connaît pas
Test de Fagerström	□ toujours	□ souvent	□ parfois	□ jamais	□ ne connaît pas
Stade de maturation (Prochaska)	□ toujours	□ souvent	□ parfois	□ jamais	□ ne connaît pas
Test d'évaluation de la motivation	□ toujours	□ souvent	□ parfois	□ jamais	□ ne connaît pas
Indice d'évaluation de la réussite	□ toujours	□ souvent	□ parfois	□ jamais	□ ne connaît pas
Indice de « bien être »	□ toujours	□ souvent	□ parfois	□ jamais	□ ne connaît pas
Test d'évaluation état anxio-dépressif	□ toujours	□ souvent	□ parfois	□ jamais	□ ne connaît pas
Dossier de consultation de Tabacologie	□ toujours	□ souvent	□ parfois	□ jamais	□ ne connaît pas
Carnet ou fiche de suivi	□ toujours	□ souvent	□ parfois	□ jamais	□ ne connaît pas
Programme ou n° d'assistance des labo	□ toujours	□ souvent	□ parfois	□ jamais	□ ne connaît pas

Autres, précisez :

12 - A combien estimez vous en moyenne le nombre quotidien d'entretien de sevrage tabac ?.....

13 - Vous arrive t-il d'orienter un patient vers ...

un médecin : □ oui □ non

- si oui, dans quel(s) cas ?

- le contactez-vous préalablement (par courrier, mail, téléphone) ? □ oui □ non

une consultation spécialisée : □ oui □ non

- si oui , dans quel(s) cas ?

- le contactez-vous préalablement (par courrier, mail, téléphone) ? □ oui □ non

14 - Délivrez- vous des conseils pratiques ? □ oui □ non

si oui, précisez :

15 - Vous arrive-t-il de proposer la réduction de consommation ? □ oui □ non

si oui, est-ce avec substitution nicotinique ? □ oui □ non

est-ce en vue d'un sevrage total ultérieur ? □ oui □ non

est-ce en vue d'un sevrage temporaire (voyage / hospitalisation ...) ? □ oui □ non

16 - Lors de l'arrêt vous arrive-t-il de proposer ...

L'association de 2 patchs : □ oui □ non

L'association de patch et forme orale : □ oui □ non

17 - Lors du suivi surveillez- vous ...

le poids du patient □ oui □ non

troubles anxio dépressifs □ oui □ non

symptômes de manque □ oui □ non

troubles du transit □ oui □ non

Votre avis

18 - Facteurs limitant la prise en charge du fumeur à l'officine :

□ manque de temps □ manque de formation □ activité non rémunérée
□ résistance des clients □ pas le rôle du pharmacien
□ sujet difficile à aborder □ problème de confidentialité
□ patient se confie d'avantage à son médecin
Autre, précisez :

19 - Pensez-vous que le remboursement significatif des substituts nicotiniques délivrés par le Pharmacien d'officine hors prescription médicale, serait une aide à leur dispensation ?

□ oui □ non □ sans opinion

20 - Pensez-vous que le coût des traitements substitutifs soit un frein au sevrage tabagique ?

□ oui □ non □ sans opinion

21 - Comment voyez-vous votre aide ...

ponctuelle (le patient vient quand il veut) □ oui □ non
programmée par vous dans le temps (suivi) □ oui □ non
si oui, durée du suivi ? ……..

22 - Pensez-vous que l'implication des pharmaciens dans un réseau de santé ciblé en Tabacologie pourrait aider dans la prise en charge des fumeurs ? □ oui □ non

Pour mieux vous connaître

23 - Vous qui remplissez ce questionnaire : Vous êtes ... □ un homme □ une femme
Vous êtes âgé(e) de …… ans.
Votre ancienneté en officine est de …… ans.

24 - Avez-vous reçu une formation pour aider au sevrage tabagique ? □ oui □ non
si oui, laquelle :
Et l'équipe ? □ oui □ non
si oui, laquelle :

25 - L'officine est située : □ zone rurale □ zone urbaine
...et plus précisément : □ centre ville □ dans un quartier □ centre commercial

26 - Quel est le n° de votre département d'exercice ? : ……

27 - Nombre de personnes exerçant dans l'officine (en équivalent temps plein) :
Pharmacien titulaire : …… Pharmacien adjoint : …… Préparateur : ……

28 - Dans votre officine, combien êtes-vous de fumeur ...
Régulier ……. Occasionnel ……. Ex fumeur ……. Non fumeur …….

29 - Nombre de clients fréquentant l'officine en moyenne par jour ? .....

MERCI POUR VOTRE COOPERATION

Diplôme Inter Universitaire de Tabacologie et d'aide au sevrage tabagique

Universités de Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Lyon et Saint-Etienne

Mini Mémoire

Rôle des pharmaciens dans la prise en charge du fumeur

Marie-José POJER- MEDEVILLE
Année 2007-2008
U.F.R Médecine, Université Clermont-Ferrand 1

SOMMAIRE

I - INTRODUCTION

II - METHODOLOGIE

III - RESULTATS

IV- DISCUSSION

V - CONCLUSION

VI - BIBLIOGRAPHIE

VII - ANNEXES

I - Introduction

Responsable de 66000 décès par an en France (soit 1 décès sur 9), le tabagisme est un véritable problème de santé publique. Comportement complexe appris puis entretenu par une dépendance ; il débute souvent à l'adolescence pour des motifs psychosociaux et touche à l'âge adulte un tiers des français. Si 75% des fumeurs souhaitent arrêter leur consommation, seulement 35% essaient chaque année et 5% réussissent sans aide. Avec un accompagnement et une pharmacothérapie on peut espérer 30% d'arrêt à un an (6).

Chaque professionnel de santé a un rôle à jouer, formant ainsi le maillon d'une chaine au sein de laquelle la cohérence des interventions est primordiale afin d'identifier le fumeur puis de l'amener à avancer dans sa maturation pour aboutir à la décision d'arrêt et au maintien de l'abstinence.
Si l'information est importante tout d'abord pour éviter l'entrée des jeunes dans le tabagisme ou ultérieurement pour amener les fumeurs vers leur décision d'arrêt ; la prise en charge l'est tout autant.
Un accompagnement coordonné, prolongé est indispensable et ce d'autant plus que le fumeur a une dépendance importante (population psychiatrique, poly-addicte) ou un risque particulier (femmes enceintes, populations précaires).

Le pharmacien, professionnel de santé de première ligne, facilement accessible, a un rôle stratégique à jouer dans la lutte contre le tabagisme (4):

- quel peut être son rôle ? qu'en est-il en pratique?
- quelles sont les pistes d'amélioration ?
- quelles en sont les limites ?

II - Méthodologie

1) <u>Déroulement de mon travail</u>

Lors de la définition du sujet, le Docteur Perriot m'a proposé de faire un état des lieux des pratiques des pharmaciens dans la prise en charge du fumeur.

Partie d'un état des lieux fait en 2000 en Alsace, donc peu de temps après la mise en place du plan de lutte contre le tabagisme instaurant entre autre le délistage des substituts nicotiniques(SN) et la formation des pharmaciens d'officine (programme national « Pharmacien et Fumeur») mise en place par le CESSPF avec l'aide des UTIP et du CFES; j'ai également consulté la fiche Cespharm de mai 2007 donnant les grandes lignes de conduite pour la prise en charge de l'arrêt à l'officine.
Sur les conseils du Dr Perriot, j'ai également consulté la thèse de doctorat en médecine de L.Doly-Kuchcik sur les pratiques de sevrage tabagique en médecine générale .En effet, même si le cadre est différent, les généralistes sont aussi en première ligne face aux millions de fumeurs candidats à l'arrêt.

2) Recherches bibliographiques

Le Pr MP. Sauvant-Rochat m'a spontanément fourni des articles et des références de thèse de doctorat en pharmacie.
Le Dr J.Perriot m'a ouvert sa bibliothèque et permis d'accéder à divers articles et documents en sa possession.
J'ai fait appel au service de documentation du Cespharm ; consulté des ouvrages de la bibliothèque universitaire Médecine-Pharmacie.
Enfin une recherche sur internet m'a permis de disposer :
- de thèses se rapportant au sujet (évolution des pratiques, procédures, optimisation) sur le site www.sudoc.abes.fr
- de textes de référence comme les conférences de consensus et textes de l'Afssaps sur les sites www.prn-addictions.org et www.has-sante.fr
- de documents d'information à l'attention des patients et d'autres pour les professionnels de santé sur le site www.inpes.sante.fr

III – Résultats

1) Quel peut être le rôle du pharmacien d'officine?

Le pharmacien doit définir, au sein de l'équipe, une stratégie standardisée d'intervention, efficace et réalisable en pratique afin d'optimiser la prise en charge (9):

que fait-on ? comment le fait-on ?
quand ? qui le fait ? suivi

□ Diffusion des **informations de prévention et de santé** :

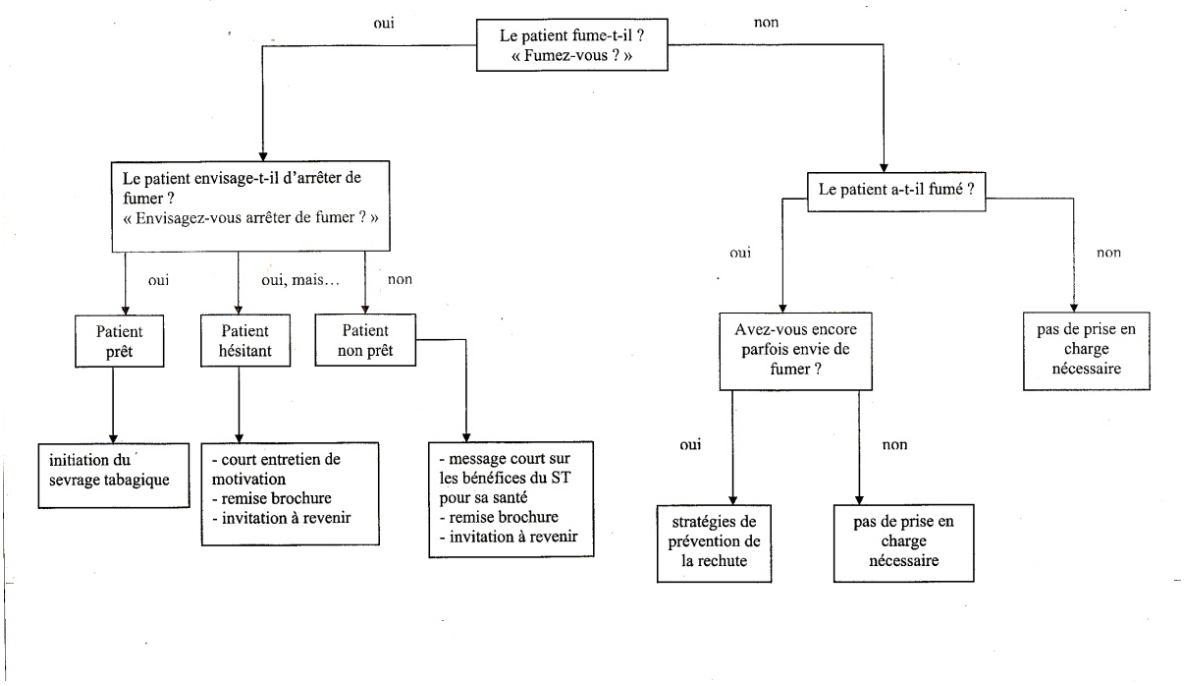
- en affichant l'officine comme espace sans tabac
  espace de conseil et d'accompagnement au sevrage
- vitrine sur le thème du sevrage tabagique : reflet du professionnalisme,
  pédagogique
- affiches dans l'espace client : favorisent la demande spontanée de conseil
  faire preuve d'imagination
  faire appel au familier des patients
- brochures sur le tabac ou le sevrage : permettent d'ouvrir le dialogue
- exposition en linéaire des différentes formes de substituts nicotiniques

□ Pour tout patient, se renseigner sur son statut tabagique en pratiquant **systématiquement** et avec empathie le « conseil minimal » = **dépistage**:
« Fumez-vous ?»-« Envisagez-vous d'arrêter ?» et remise de document INPES.
Car il a été prouvé que ce simple questionnement suivi d'une remise de brochure à ceux qui répondaient « oui » à la deuxième question, doublait le taux de succès de l'arrêt à long terme par rapport à l'arrêt spontané dans le groupe témoin. (4)
Pour ceux désirant s'arrêter ou hésitants cela permet d'engager le dialogue.
L'empathie, l'écoute et l'absence de jugement moral sont appréciées par les patients.
Pour ceux répondant « non », leur dire simplement qu'il serait bon d'y réfléchir et les assurer de sa disponibilité en leur remettant une brochure.
A l'officine, le dossier informatique permet l'inscription et le suivi de ces données.

On notera : F (fumeur) NF (non fumeur) XF (ex fumeur)
la date MM/AA (mois, année) à laquelle a été fait le « conseil minimal »
la remise de document sera codifiée par DOC ou un +
le stade de maturation des fumeurs sera mentionné par :

	PI pré-intention	I intention	P préparation	A action
ou	PP pas prêt	H hésitant		P prêt

Figure1- : Conseil minimal arbre décisionnel (9)



□ Parler **spontanément** du tabac lors de la délivrance de produits de santé, qu'ils requièrent ou non une prescription médicale = **sensibilisation**.

Ceci est d'autant plus aisé que le statut tabagique aura été mentionné précédemment dans l'informatique (cf. ci-dessus).

Mais même en l'absence d'identification du patient, c'est une occasion supplémentaire de faire avancer un patient fumeur dans la dissonance et d'être un maillon de plus de la chaine de santé. Préférer parler en termes de bénéfices à l'arrêt.

● Systématiquement lors de la délivrance de médicaments pour lesquels le tabac est un facteur de risque ou aggravant la pathologie traitée :

contraceptif oral : contre indiqué et permet de sensibiliser à grossesse ultérieure
prescription pour FIV : baisse la fertilité masculine comme féminine
traitement substitutif ménopause : facteur de risque d'ostéoporose
troubles de l'érection : 8O% sont des fumeurs
antihypertenseur
prescription de cardiologie

hypocholestérolémiant
antidiabétique : insulino résistance
antiulcéreux
bronchodilatateurs ou bronchodilatateurs+corticoïdes inhalés
antitussif et antibiotique à visée ORL : qu'ils soient pour le patient ou pour son enfant (tabagisme passif) ou même…pour son animal de compagnie

- Lors de la délivrance de médicaments dont l'activité peut être modifiée en cas de tabagisme.
  Activité diminuée par le tabagisme : (donc attention au surdosage lors du sevrage)
  anti ulcéreux, béta bloquants, flécaïnide, héparine, théophylline, warfarine
  benzodiazépines, neuroleptiques
- Lors des contacts avec les femmes enceintes ou récentes accouchées : l'échange empathique est particulièrement important.
  La stigmatisation est contre productive .Il faut par contre essayer de repérer leurs craintes.
  Ne pas hésiter à remettre une brochure spécifique soit sur la grossesse, soit sur l'allaitement et réaffirmer sa disponibilité.
- Lors de la délivrance de test de grossesse (idem ci-dessus)
- Lors de la délivrance de : produits d'hygiène dentaire (gingivites, parodontites, taches)
  dermo-cosmétiques (antirides, teint terne)

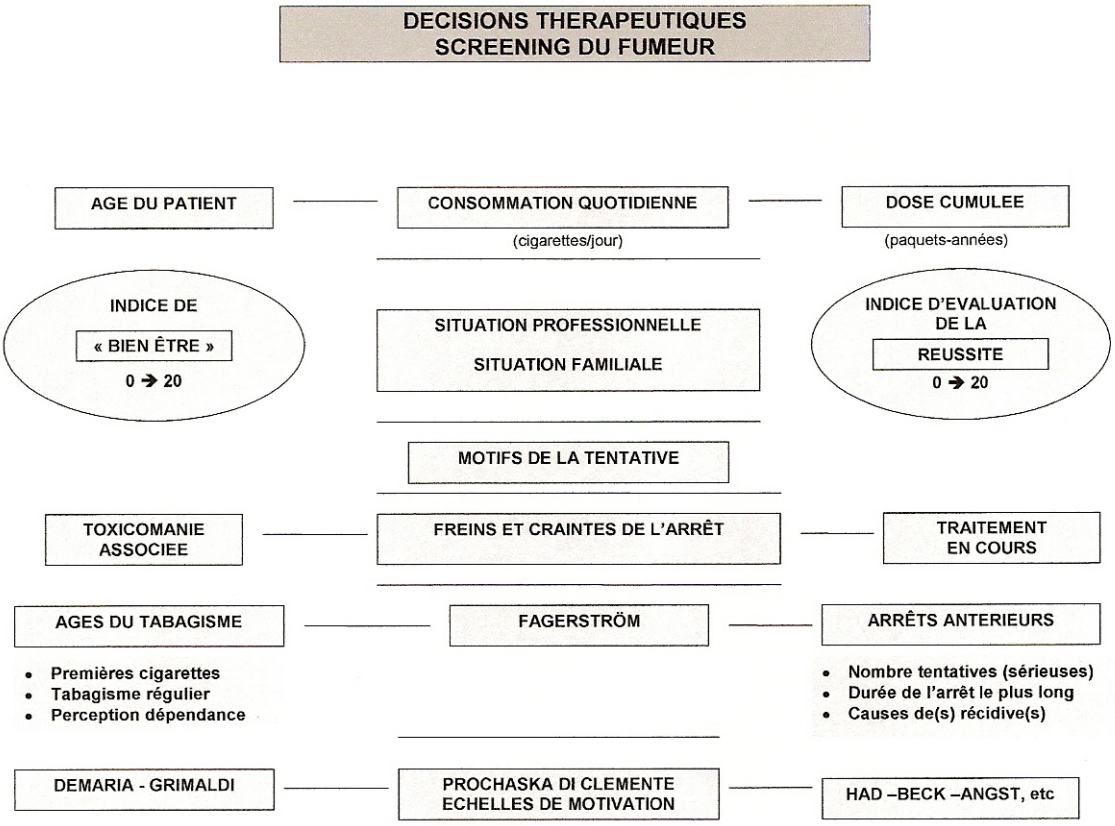
□ **Aider et accompagner**

- <u>Dans le stade de préparation à l'action</u>:
  Le fumeur affirme avoir l'intention d'arrêter d'ici à 6 mois.
  Le féliciter pour sa décision.
  Lui faire préciser ses motivations actuelles et les bénéfices attendus.
  Rechercher ses freins à l'arrêt et ses craintes pour pouvoir le rassurer.
  Répondre à ses questions sur les différents traitements et stratégies d'arrêt.
  Lui proposer s'il le désire une réduction avec SN orale et de revenir faire le point.
  Lui remettre de la documentation sur le sevrage.
  Apporter des conseils pratiques à propos de son environnement
  de ses habitudes de vie
  de ses habitudes alimentaires
  et ne pas hésiter à les mettre par écrit.
  C'est le patient qui fixe son jour d'arrêt.

- <u>Dans le stade d'action :</u>
  Soit exécution d'une prescription médicale :
  s'assurer de la bonne compréhension de la prescription par le patient
  de la connaissance des conseils comportementaux
  empathie
  l'assurer de notre disponibilité comme relai
  Soit sur rendez vous fixé précédemment par écrit avec le patient (date, heure, entête de l'officine, nom de la personne qui mènera l'entretien).
  Ce sont les conditions idéales de temps et de connaissance du patient.

A réaliser dans un endroit calme, en retrait de l'activité officinale.
Travail sur le dossier Inpes remis au patient lors de la prise du 1° rendez-vous.
Etablissement du « screening » du patient (fig.2).
Mesure CO expiré, poids IMC, prise tensionnelle,VEMS
Décision thérapeutique.
Orientation vers son médecin ou une consultation spécialisée si besoin (ne pas hésiter à téléphoner ou à faire un mot de liaison).
Conseils pratiques comportementaux et alimentaires à mettre par écrit.
Remise d'un carnet ou d'une fiche de suivi et l'expliquer.
Fixation d'un autre rendez-vous à 7 jours.
Confirmation de l'arrêt à 48h, par téléphone (voir le rappeler).

Figure 2 - : Screening du fumeur (Dr Perriot)



Soit demande spontanée de SN par un patient inconnu de la pharmacie
qui démarre un sevrage « autonome » : idem ci-dessus
mais le temps accordé par le patient peut-être plus réduit.

Orientation vers son médecin :
si le patient est dépressif ou a des antécédents de dépression
si le patient souhaite arrêter avec du bupropion ou de la varénicline

Orientation vers une consultation spécialisée :
si fumeur très dépendant
si pathologie lourde associée
si coaddictions
si patient à troubles psychiatriques majeurs
si femme enceinte (appel pour prise en charge rapidement)

● Dans le stade de suivi

S'assurer de l'absence de signes anxio-dépressifs sinon prévenir médecin
de signes de sous-dosage (ajuster)
de signes de surdosage
d'effets indésirables (adapter)

Surveiller le poids
Faire valoir les effets bénéfiques déjà ressentis
L'encourager
Prévenir les rechutes
Suivi prolongé : 12 mois

2) Qu'en est-il en pratique ?

● Une enquête menée en Alsace en 2000 donne les résultats suivants (7):

-85,4% des pharmacies pratiquent l'aide au sevrage et ce aussi bien en milieu rural qu'urbain.

-la formation influe peu sur les pratiques ; seules différences :
groupe formé évalue plus souvent la motivation d'arrêt
utilise davantage le test de Fagerström
oriente moins souvent vers une consultation médicale
groupe non formé conseille plus souvent de ne pas commencer le sevrage le jour même de l'entretien initial mais un jour choisi par le fumeur et donne davantage de petits conseils

-officine espace de prévention :affiches 73,2%
brochures 93,9%
boites à la vue 74,4%
conseil minimal 73,1%

- conditions de la prise en charge : 91% au comptoir, peu dans un lieu confidentiel
90% sans rendez- vous préalable

- l'entretien préalable : 51,5% dure 10 à 20 minutes
47% dure moins de 10 minutes

- les entretiens de suivi : 79% moins de 10 minutes

- pour le fumeur souhaitant débuter un sevrage :
. dans 87,1% des cas sa motivation est recherchée
77,3% en entretien ouvert
18,2% en questionnant
4,5 % avec test de motivation
. dans 90% des cas la dépendance est évaluée (Fagerström)
. dans 81,8% des cas la date d'arrêt est propre au fumeur ou dépend de la motivation estimée lors de l'entretien initial
. la dose initiale est souvent déterminée à partir du Fagerström

- pour le fumeur en cours de sevrage :
  le suivi est proposé à l'achat et rarement à intervalles prédéfinis
  60,6% entretien à chaque rencontre
  87,1% conseils pratiques
  36,6% orientent vers généraliste, vers consultation tabacologie, vers spécialiste

- Différentes enquêtes menées auprès de pharmaciens d'officine à Clermont et Grenoble en 2001 ainsi que sur le département du Rhône en 2002, mettent en évidence certains points (12, 13,14):

- Si seulement la moitié des pharmaciens ont assisté aux réunions organisées (lors du délistage des SN) par les UTIP à l'initiative du Conseil de l'Ordre des Pharmaciens ; en revanche, tous ont consulté des brochures d'information sur le sevrage édités par le CESSPF ou par les laboratoires.

- Presque tous les pharmaciens pensent avoir un rôle à jouer dans la lutte contre le tabagisme et estiment qu'évaluer la dépendance, faire des conseils approfondis et prendre en charge dans le temps sont de leur devoir.

- « Le conseil minimal » ne se fait la plupart du temps qu'à l'occasion d'une ordonnance ou d'une demande de conseil pour une pathologie liée au tabac, avec un effort particulier auprès des femmes enceintes pour les sensibiliser.
  Les jeunes femmes et les pathologies d'ulcère sont moins l'objet d'un « conseil minimal ».

- Les pharmaciens préfèrent intervenir auprès du fumeur lorsqu'il a pris sa décision et qu'il est déjà motivé, afin de renforcer ses motivations.

- Ils ont plutôt tendance à mettre en avant les effets bénéfiques de l'arrêt plutôt que les effets néfastes du tabac sur la santé.

- Les patients sont très attentifs et demandeurs d'informations sur le sevrage (infos produits, produit lui-même, traitement, documents, adresse de consultation d'aide à l'arrêt).

- Une majorité des pharmaciens passent entre 5 à 10 minutes avec le fumeur lors de la première entrevue tandis que ¼ passent entre 15 à 20 minutes.

- Environ la moitié des pharmaciens interrogés ressentent un obstacle pour donner une information complète sur le sevrage :
  dans près de ¾ des cas le manque de temps est évoqué
  puis le manque de confidentialité
  le manque de formation
  l'attitude du patient lui-même

- Il arrive à la majorité des pharmaciens d'orienter le fumeur vers une consultation médicale (patient fortement dépendant, à trouble psychiatrique ou présentant plusieurs pathologies associées ou des addictions).

- Moins de la moitié des pharmaciens interrogés se renseignent sur la situation personnelle ou professionnelle du patient (motif invoqué : crainte d'indiscrétion) tandis que les ¾ se renseignent sur son état de santé.

- Lors de leurs conseils, la plupart gardent à l'esprit les critères d'efficacité des SN :
  motivation
  évaluation de la dépendance
  arrêt brutal et total
  éducation du patient
  posologie adaptée (mais sans possibilité de s'appuyer sur dosage de la cotininémie)
  suivi du patient
  prévention des reprises

- Et pourtant dans la plupart des cas aucun suivi n'est proposé d'emblée au candidat au sevrage (si ce n'est une « aide en cas de difficulté »). Ceux proposant un suivi délivrent pour sept jours dans les débuts puis espacent. Le patient pourtant fait appel (parfois à souvent) au pharmacien pendant la durée du sevrage.

- La majorité des pharmaciens :
  . aident les fumeurs à trouver des compensations psychologiques et comportementales
  . ont connaissance des effets indésirables possibles : prise de poids et nervosité…
  (50 % les signalent avant la mise en route du sevrage, 50 % après) et n'ont pas de difficulté pour aider à surmonter avec des conseils appropriés.

- Les pharmaciens signalent que beaucoup de fumeurs viennent au rendez-vous dans le premier temps du sevrage puis plus :
  * Est-ce un désir du patient de continuer seul ?
  * une rechute dans le tabagisme par un manque de motivation ?
  une trop forte dépendance ?
  une situation de stress ou problèmes personnels ?
  un mauvais choix du moment ?
  une prise de poids ?

● Le baromètre santé 2003 souligne quelques points en ce qui concerne les pharmaciens et le tabac (10):

- plus des trois quarts pensent que leur rôle concernant le tabagisme est important ou très important (contre moins d'un tiers pour l'alcool) et un sur cinq pense qu'il joue seulement un rôle limité.
  Le nombre de formations continues suivies dans l'année semble avoir un lien avec la perception d'avoir un rôle important.

- plus de la moitié déclarent souvent parler spontanément à leurs patients de leur consommation de tabac et un sur 10 jamais
  . lors délivrance contraceptifs oraux 6,6% en parlent systématiquement
  68,1% en parlent selon les cas
  25,3% n'en parlent jamais
  . lors de délivrance à patient asthmatique ils sont 19,6% à en parler
- utilisation des tests lors de la vente de SN :
  58,7% évaluent par un test la motivation du patient
  64,7% effectuent test Fagerström
  semble liée au fait d'avoir fait des aménagements pour améliorer la confidentialité

.

IV – Discussion

Si le rôle du pharmacien dans le contrôle de l'ordonnance et la dispensation de conseils nécessaires au bon usage du médicament est connu, en revanche celui de prévention et d'éducation thérapeutique l'est beaucoup moins (8,18). La conférence de consensus d'octobre 1998 (4) note pourtant clairement que « les pharmaciens se doivent de souligner les risques importants de fumer, d'encourager l'abstention tabagique, de conseiller et d'accompagner le fumeur qui cesse de fumer ».

Les pratiques professionnelles en matière de tabacologie peuvent être améliorées .Cela passe par la formation : qu'elle soit initiale (intégrée depuis 2003 dans le cursus universiataire avec un module de 15 heures sur les « conduites addictives ») ou continue (l'enseignement du DIU de tabacologie).Mais aussi les sites institutionnels dédiés tabac et les informations des laboratoires .Se former pour mieux informer.

Le travail en réseaux avec un partenariat admis de la part des médecins est aussi une piste pour améliorer la prise en charge du fumeur en assurant ainsi une continuité des soins.

Les freins au développement du sevrage en officine sont multifactoriels (8).

-liés à l'exercice officinal : manque de temps et de personnel
l'absence d'un lieu de confidentialité
-liés au professionnel lui-même : ne se sent pas compétent pour aider un fumeur
ne porte pas d'intérêt personnel au sevrage
n'ose pas aborder la question du tabagisme avec le client
-liés au système de soins : absence de reconnaissance de l'acte de prévention non rémunéré
-liés au fumeur : méconnaissance des missions du pharmacien

V - Conclusion

Dans le contexte de « dé-normalisation » du tabagisme initié et soutenu par de nombreuses mesures de santé publique, la demande d'aide au sevrage est croissante. La mobilisation de tous les acteurs de santé est nécessaire. L'officine est un espace ouvert au dialogue et fait du pharmacien l'un des premiers interlocuteurs vers lequel se tourne le fumeur souhaitant réduire ou arrêter sa consommation(17). Le pharmacien est aussi un acteur de prévention et peut donc aussi faire progresser les fumeurs dans leur cycle de maturation.

VI – Bibliographie

1- La revue du Praticien –Vol. 51, N°8, 30 avril 2001, p. 877-882

2- Recommandation de Bonne Pratique. Stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non, médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du Tabac. AFSSAPS mai 2003

3- Dr Le Maitre B., Pr Hirsch A. : Pharmacien et Tabac (Prise en charge de l'arrêt du tabac). Fiche technique CESSPF, mai 2007

4- Conférence de consensus : « arrêt de la consommation du Tabac » ANAES, Paris 8 et 9 /10/1998

5- Perriot J., PLlorca PM., Boussiron D., Schwan R. : Tabacologie et sevrage tabagique. Editions John Libbey Eurotext 2003

6- Lagrue G. : Réflexion sur les chiffres du tabagisme en France .14° journées du GEST ,13-14 janvier 2006

7- Le Louarn A., Gérard S. : L'aide au sevrage tabagique assurée par les pharmaciens d'Alsace. Santé publique 2002, volume 14, n°2, pp. 121-134

8- Le Louarn A.: Place du pharmacien en Tabacologie. Bilan actuel. Comment optimiser son intervention ? Journées de Tabacologie Clermont-Ferrand. 27-28 juin 2003

9- Biaud J. : Optimisation de l'aide au sevrage tabagique à l'officine. Thèse de Doctorat en Pharmacie Dijon 14/11/07

10- Perrin H., Gauthier A.: Baromètre santé médecins/ pharmaciens 2003. Editions Inpes, pp. 141-151

11- Moulin I. : Prise en charge du sevrage tabagique à l'officine. Thèse de Doctorat en Pharmacie Clermont I 27/4/2007

12- Grasset S. : Le rôle du pharmacien dans la prise en charge du sevrage tabagique. Thèse du 5/02/01

13- Perrier C. : Accompagnement du sevrage tabagique (moyens actuels, rôle du pharmacien et enquête auprès des pharmaciens d'officine de Grenoble). Thèse du 8/11/01

14- Ronnaux-Baron AS. : La prévention du tabagisme mené par les pharmaciens (enquète auprès des professionnels d'officine du département du Rhône) .Mémoire du 25/10/02

15- Girardot E. : Evolution des pratiques de prise en charge des patients en sevrage tabagique depuis l'année 2000 : enquête auprès de 59 pharmaciens de Grenoble. Thèse 15/11/2005

16- Touraine F.,Phan Van Ho C.,Vincent F.,Antonini MT.,Bonnaud F. :Le rôle des pharmaciens dans la lutte contre le tabagisme (résultats d'une étude descriptive).Actualités pharmaceutiques n°415 janvier 2003 pp 9-11

17- Savanovitch C.,Marchiset-Ferlay N.,Sauvant-Rochat MP. : Tabac et pharmacien : un rôle renforcé en éducation sanitaire. 1°Congrés national de la SFT 25 et 26/10/07 Résumé

18- Jacquemet S., Certain A. : Education thérapeutique du patient : rôles du pharmacien .Bulletin de l'ordre 367 juillet 2000, pp.269-275

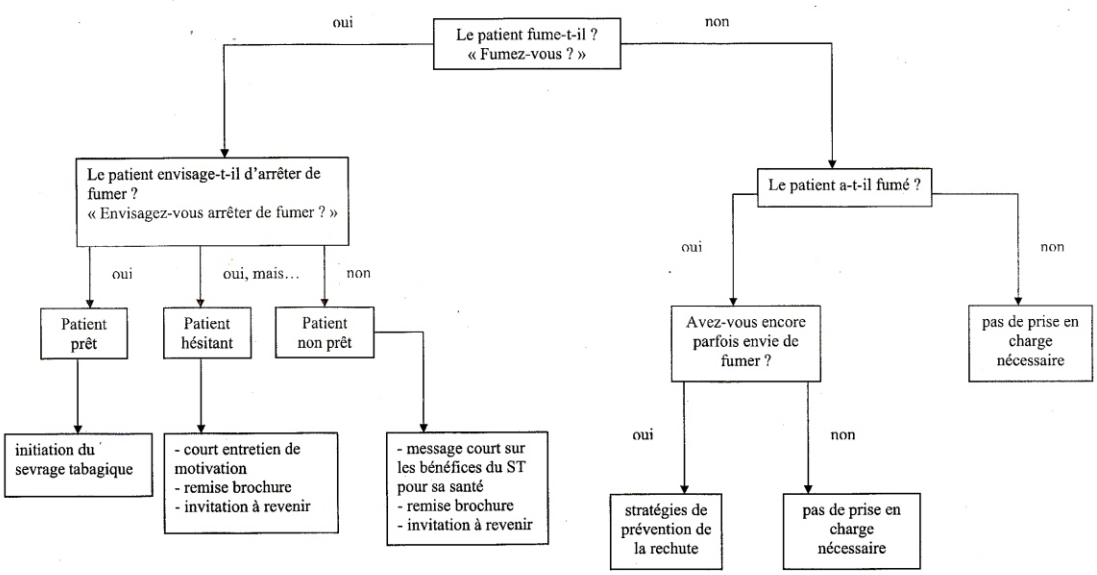
VII – Annexes

1) Abréviations

- SN : Substitut nicotinique
- CESSPF : Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française
- UTIP : Union technique interprofessionnelle (formation pharmaceutique continue)
- CFES : Comité français d'éducation pour la santé (devenu INPES)
- INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
- FIV : Fécondation in vitro
- ORL : Oto-rhino-laryngologie
- IMC : Indice de masse corporelle
- VEMS : Volume expiré maximal seconde
- DIU : Diplôme inter universitaire

2) Figures

-1- arbre décisionnel « conseil minimal » Biaud J. page 3
-2- Screening du fumeur Dr Perriot page 4


Le patient fume-t-il ?
« Fumez-vous ? »
oui
non
Le patient envisage-t-il d'arrêter de fumer ?
« Envisagez-vous arrêter de fumer ? »
oui
oui, mais…
non
Patient prêt
Patient hésitant
Patient non prêt
initiation du sevrage tabagique
- court entretien de motivation
- remise brochure
- invitation à revenir
- message court sur les bénéfices du ST pour sa santé
- remise brochure
- invitation à revenir
Le patient a-t-il fumé ?
oui
non
Avez-vous encore parfois envie de fumer ?
pas de prise en charge nécessaire
oui
non
stratégies de prévention de la rechute
pas de prise en charge nécessaire

BENEFICES DE L 'ARRET DU TABAGISME

(d'après J. Perriot, *et al* : Tabacologie et Sevrage Tabagique. John Libbey Eurotext, 2003)

PATHOLOGIE	BENEFICES DE L'ARRET
Cancers bronchiques	• ↘ 50 % du risque en 5 ans et de 80 % en 15 ans • ↗ durée, qualité de vie, tolérance des traitements • ↘ du risque de récidive après exérèse
Cancers des VADS	• Retour au risque du non fumeur en 10 ans (patient abstinent alcoolique)
AVC	• Retour au risque du non fumeur en 1 an
Coronaropathie	• Après nécrose myocardique ↘ 50 % du risque de récidive ou décès en 1 an • ↘ de l'invalidité due à un angor persistant • Après pontage : ↘ du risque de nécrose, décès, ré-intervention
Anévrysme de l'aorte abdominales	• Stabilisation du diamètre anévrysmal
AOMI	• Stabilisation de la maladie, ↗ périmètre de marche, • ↘ du besoin de pontage, ↘ du risque de nécrose et décès après intervention
BPCO	• ↘ VEMS rejoint celle du non fumeur • ↘ risque de survenue de BPCO en 15 ans d'arrêt • ↘ de fréquence des exacerbations et hospitalisations • ↘ du risque de décès dans les formes sévères
Asthme	• Meilleur contrôle de l'asthme • ↗ efficacité des corticoïdes inhalés
Gynécologie – Obstétrique	• Annule les risques cardiovasculaires et thrombo-emboliques de la contraception orale • ↗ fertilité – fécondité • Annule les risques des obstétricaux et périnataux • Retarde la ménopause et ↘ sévérité de l'ostéoporose
Période péri opératoire	• 6 à 8 semaines d'arrêt avant intervention annule tous les risques péri-opératoires liés au tabagisme (↘ cicatrisation et consolidation osseuse, complications respiratoires, séjour en USI, durée d'hospitalisation).

RAPIDITE DE LA DIMINUTION DES RISQUES A L 'ARRET DU TABAGISME

(d'après K. Abdenbi et N. Lahlou : Arrêt du Tabac : MEDI-TEXT Editions, 2005)

DELAI DEPUIS LA DERNIERE CIGARETTE	BENEFICES
20 minutes	• Retour au niveau de base des chiffres de tension artérielle et du rythme cardiaque
8 heures	• Normalisation de l'oxygénation des cellules • Taux de monoxyde de carbone dans le sang divisé par 2 • Diminution du risque de spasme coronarien
24 heures	• Début de diminution du risque d'infarctus du myocarde • La Nicotine est éliminée de l'organisme • Les poumons commencent à évacuer le mucus et les résidus de la fumée • Taux de monoxyde de carbone expiré normalisé
48 heures	• Amélioration du goût et de l'odorat • Amélioration de la qualité du sommeil • Normalisation de la croissance fœtale
72 heures	• Respirer devient plus facile • Les bronches commencent à se relacher • Diminution du risque de prématurité
2 semaines à 3 mois	• Diminution de la toux et de la fatigue • Amélioration du souffle • Les terminaisons nerveuses gustatives repoussent
1 à 9 mois	• Les cils bronchiques repoussent • L'essoufflement, toux et expectoration diminuent • La fonction pulmonaire est améliorée (VEMS, CV)

TEST D 'EVALUATION DE LA MOTIVATION

RL RICHMOND ADDICTION, 1993, 88 : 1127-35

Aimeriez-vous arrêter de fumer	**Non** **Oui**	**0** **1**
Avez-vous réellement envie de cesser de fumer	**Pas du tout** **Un peu** **Moyennement** **Beaucoup**	**0** **1** **2** **3**
Pensez-vous cesser de fumer dans les 4 semaines à venir	**Non** **Peut-être** **Vraisemblablement** **Certainement**	**0** **1** **2** **3**
Pensez-vous être ex-fumeur dans les 6 mois	**Non** **Peut-être** **Vraisemblablement** **Certainement**	**0** **1** **2** **3**

0-6 motivation faible ou moyenne **7-9** bonne motivation **10** très bonne motivation

TEST D 'AUTO EVALUATION DE REUSSITE DE MARIA -GRIMALDI

1)	Je viens à la consultation spontanément, par décision personnelle	2
	Je viens à la consultation sur avis médical	1
	Je viens à la consultation sur avis de ma famille	1
2)	J 'ai déjà arrêté de fumer pendant plus d 'une semaine	1
3)	Actuellement, je n 'ai pas de problèmes professionnels	1
4)	Actuellement, je n 'ai pas de problèmes familiaux	1
5)	Je veux me libérer de cet esclavage	2
6)	Je fais du sport ou j 'ai l 'intention d 'en faire	1
7)	Je veux être en meilleure forme physique	1
8)	Je veux préserver mon aspect physique	1
9)	Je suis enceinte, ou ma femme l 'est	1
10)	J 'ai des enfants en bas âge	2
11)	J 'ai bon moral actuellement	2
12)	J 'ai l 'habitude de réussir ce que j 'entreprends	1
13)	Je suis plutôt de tempérament calme, détendu	1
14)	Mon poids est habituellement stable	1
15)	Je veux accéder à une qualité de vie meilleure	2

(entourer le score correspondant)

≤ 6 : très difficile 6-12 : difficile ≥ 16 : fortes chances d 'arrêt

QUESTIONNAIRE D'EVALUATION DE L'ETAT D'ANXIETE-DEPRESSION (HAD)

Ce questionnaire a pour but de nous aider à mieux percevoir ce que vous ressentez. Lisez chaque question et entourez la réponse qui convient le mieux à ce que vous avez ressenti ces derniers jours. Donnez une réponse rapide : votre réaction immédiate est celle qui convient le mieux à votre état.

A. Je me sens tendu, énervé :

-la plupart du temps	3
-souvent	2
-de temps en temps	1
-jamais	0

D. Je me sens gai et de bonne humeur :

-jamais	3
-rarement	2
-assez souvent	1
-la plupart du temps	0

A. J'ai la bougeotte et je ne tiens pas en place :

-oui, c'est tout à fait le cas	3
-un peu	2
-pas tellement	1
-pas du tout	0

D J'ai toujours autant de plaisir à faire les choses qui me plaisent habituellement :

-oui, toujours	0
-pas autant	1
-de plus en plus rarement	2
-presque plus du tout	3

A. Je peux rester tranquillement assis au repos et me sentir détendu :

-jamais	3
-rarement	2
-oui, en général	1
-oui toujours	0

D. Je me réjouis à l'avance de faire certaines choses :

-comme d'habitude	0
-plutôt moins qu'avant	1
-beaucoup moins qu'avant	2
-pas du tout	3

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

-oui, très nettement	3
-oui, mais c'est pas trop grave	2
-un peu, mais cela ne m'inquiète pas	1
-pas du tout	0

D. Je me sens ralenti :

-pratiquement tout le temps	3
-très souvent	2
-quelquefois	1
-jamais	0

A. J'éprouve des sensations soudaines de panique :

-très souvent	3
-assez souvent	2
-rarement	1
-jamais	0

D. Je sais rire et voir le côté amusant des choses

-toujours autant	0
-plutôt moins	1
-nettement moins	2
-plus du tout	3

A. J'éprouve des sensations de peur et comme une boule dans la gorge :

-très souvent	3
-assez souvent	2
-parfois	1
-jamais	0

D. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou un bon programme radio ou télévision :

-souvent	0
-parfois	1
-rarement	2
-pratiquement jamais	3

A. Je me fais du souci :

-très souvent	3
-assez souvent	2
-occasionnellement	1
-très occasionnellement	0

D. J'ai perdu l'intérêt pour mon apparence :

-totalement	3
-je n'y fais plus attention	2
-je n'y fais plus assez attention	1
-j'y fais attention comme d'habitude	0

L'échelle HAD a été mise au point et validée pour fournir aux médecins non psychiatres un test de dépistage des troubles psychologiques les plus communs : anxiété et dépression. Elle permet d'identifier l'existence d'une symptomatologie et d'en évaluer la sévérité. La note de 8 constituerait un seuil optimal pour anxiété et dépression. On peut également retenir le score global (A+D) = le seuil serait alors de 19 pour les épisodes dépressifs majeurs et de 13 pour les états dépressifs mineurs.

QUESTIONNAIRE D'EVALUATION DE LA DEPRESSION (BECK)

A. Je ne me sens pas triste 0
Je me sens cafardeux ou triste 1
Je me sens tout le temps cafardeux ou triste, et je n'arrive pas à en sortir 2
Je suis triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter 3

B. Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir 0
J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir 1
Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer 2
Je sens qu'il n'y a aucun motif d'espérer 3

C. Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie 0
J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens 1
Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échec 2
J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari ou ma femme, mes enfants) 3

D. Je ne me sens pas particulièrement insatisfait 0
Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances 1
Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit 2
Je suis mécontent de tout 3

E. Je ne me sens pas coupable 0
Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps 1
Je me sens coupable 2
Je me juge mauvais et j'ai l'impression que je ne vaux rien 3

F. Je ne suis pas déçu par moi-même 0
Je suis déçu par moi-même 1
Je me dégoûte moi-même 2
Je me hais 3

G. Je ne pense pas à me faire du mal 0
Je pense que la mort me libèrerait 1
J'ai des plans précis pour me suicider 2
Si je pouvais, je me tuerai 3

H. Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens 0
Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois 1
J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens, et j'ai peu de sentiments pour eux 2
J'ai perdu tout intérêt pour les autres, et ils m'indiffèrent totalement 3

I. Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume 0
J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision 1
J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions 2
Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision 3

J. Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant 0
J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux 1
J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me paraître disgracieux 2
J'ai l'impression d'être laid et repoussant 3

K. Je travaille aussi facilement qu'auparavant 0
Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose 1
Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit 2
Je suis incapable de faire le moindre travail 3

L. Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude 0
Je suis fatigué plus facilement que d'habitude 1
Faire quoi que ce soit me fatigue 2
Je suis incapable de faire le moindre travail 3

M. Mon appétit est toujours aussi bon 0
Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude 1
Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant 2
Je n'ai plus du tout d'appétit 3

L'inventaire de dépression de Beck, dans sa forme abrégée, représente la mesure la plus simple et une des plus utilisées des aspects subjectifs de la dépression. Elle fournit une note globale du syndrome dépressif de 0 à 39. C'est une échelle brève, sensible, valide, facile à remplir ; sa structure factorielle est bien documentée. Son intérêt pratique est largement attesté par plus de quinze années de recherche.
0 à 4 : pas de dépression ; 4 à 7 : dépression modérée ; 16 et plus : dépression sévère.

QUESTIONNAIRE AUDIT :mesusage d'alcool,usage nocif,usage avec dépendance

	0	1	2	3	4	score de la ligne
1. Quelle est la fréquence de votre consommationd 'alcool?	jamais	une fois par mois ou moins	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	au moins 4 fois par semaine	
2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 ou 8	10 ou plus	
3. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou plus lors d'une occasion particulière	jamais	moins d'une fois par mois	une fois par mois	une fois par semaine	tous les jours ou presque	
4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus cabale de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé?	jamais	moins d'une fois par mois	une fois par mois	une fois par semaine	tous les jours ou presque	
5. Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous?	jamais	moins d'une fois par mois	une fois par mois	une fois par semaine	tous les jours ou presque	
6. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille?	jamais	moins d'une fois par mois	une fois par mois	une fois par semaine	tous les jours ou presque	
7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu?	jamais	moins d'une fois par mois	une fois par mois	une fois par semaine	tous les jours ou presque	
8. Au cours d el'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu?	jamais	moins d'une fois par mois	une fois par mois	une fois par semaine	tous les jours ou presque	
9. Avez-vous été blessé par quelqu'un d'autre, ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu?	non		oui mais pas au cours de l'année écoulée		oui au cours de l'année	
10. Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez?	non		oui mais pas au cours de l'année écoulée		oui au cours de l'année	
total						

- Un total supérieur à 9 évoque une consommation nocive d'alcool
- Un total supérieur à 13 évoque une dépendance à l'alcool

SYNDROME DE SEVRAGE TABAGIQUE

Hughes J, Hatsukami DK. Errors in using tobacco withdrawal scale
***Tob Control*. 1998 ; 7 (1) : 92-3**

Notez de 0 à 4, pour chacune des rubriques suivantes, ce que vous ressentez aujourd'hui en appliquant le barème suivant.

Pour chaque rubrique, entourez d 'un cercle le chiffre correspondant à votre réponse

	Inexistant, Pas du tout	Très légérement	Légèrement	Moyennement	Fortement
1 – Humeur dépressive	0	1	2	3	4
2 – Insomnie	0	1	2	3	4
3 – Irritabilité, frustration, colère	0	1	2	3	4
4 – Anxiété	0	1	2	3	4
5 – Difficulté de concentration	0	1	2	3	4
6 – Agitation, fébrilité	0	1	2	3	4
7 – Augmentation de l'appétit	0	1	2	3	4
8 – Envie de fumer	0	1	2	3	4

Score : **(évaluation du syndrome de manque au cours du suivi de l'arrêt)**

Nom :
Prénom :

CONSULTATION DE TABACOLOGIE

COMPLETEZ CHAQUE JOUR LE TABLEAU EN CHOISISSANT CHAQUE RUBRIQUE UNE NOTE DE 0 à 3

0 = nul, pas du tout 1 = léger, modéré 2 = moyen 3 = extrême, maximum

SEMAINE 1

DATE							
Pulsion à fumer							
Irritabilité, colère							
Agitation, nervosité							
Anxiété							
Tendance dépressive							
Difficulté de concentration							
Augmentation de l'appétit							
Constipation							
Troubles du sommeil							
Rêves, cauchemars							
Intolérance cutanée au timbre							
Nausée							
Motivation à l'arrêt							
Confiance en soi							
Nostalgie du tabagisme							
Satisfaction de l'arrêt							
Maux de tête							
Indiquez chaque jour votre consommation de café, de boisson alcoolisées et de tabac							
Nombre de tasses de café							
Nombre de verres d'alcool							
Nombre de cigarettes							

SEMAINE 2

DATE							
Pulsion à fumer							
Irritabilité, colère							
Agitation, nervosité							
Anxiété							
Tendance dépressive							
Difficulté de concentration							
Augmentation de l'appétit							
Constipation							
Troubles du sommeil							
Rêves, cauchemars							
Intolérance cutanée au timbre							
Nausée							
Motivation à l'arrêt							
Confiance en soi							
Nostalgie du tabagisme							
Satisfaction de l'arrêt							
Maux de tête							
Indiquez chaque jour votre consommation de café, de boisson alcoolisées et de tabac							
Nombre de tasses de café							
Nombre de verres d'alcool							
Nombre de cigarettes							

SEMAINE 3

DATE							
Pulsion à fumer							
Irritabilité, colère							
Agitation, nervosité							
Anxiété							
Tendance dépressive							
Difficulté de concentration							
Augmentation de l'appétit							
Constipation							
Troubles du sommeil							
Rêves, cauchemars							
Intolérance cutanée au timbre							
Nausée							
Motivation à l'arrêt							
Confiance en soi							
Nostalgie du tabagisme							
Satisfaction de l'arrêt							
Maux de tête							
Indiquez chaque jour votre consommation de café, de boisson alcoolisées et de tabac							
Nombre de tasses de café							
Nombre de verres d'alcool							
Nombre de cigarettes							

SEMAINE 4

DATE							
Pulsion à fumer							
Irritabilité, colère							
Agitation, nervosité							
Anxiété							
Tendance dépressive							
Difficulté de concentration							
Augmentation de l'appétit							
Constipation							
Troubles du sommeil							
Rêves, cauchemars							
Intolérance cutanée au timbre							
Nausée							
Motivation à l'arrêt							
Confiance en soi							
Nostalgie du tabagisme							
Satisfaction de l'arrêt							
Mau de tête							
Indiquez chaque jour votre consommation de café, de boisson alcoolisées et de tabac							
Nombre de tasses de café							
Nombre de verres d'alcool							
Nombre de cigarettes							

CONSULTATIONS DE TABACOLOGIE
DE LA REGION AUVERGNE

PUY DE DÔME - 63

- **Dispensaire Emile ROUX**
  Docteur Jean PERRIOT
  Docteur Denis LAIME
  Monsieur Patrice LEMAIRE
  11 rue Vaucanson
  63100 CLERMONT-FERRAND
  ☎ 04 73 14 50 80
  🗐 04 73 14 50 81
  jean.perriot@cg63.fr

- **CHU Gabriel Montpied**
  Centre Médico-Psychologique B
  Docteur Jean PERRIOT
  Mme Odile BICHARD
  Rue Montalembert
  63003 CLERMONT-FERRAND
  ☎ 04 73 75 21 25
  🗐 04 73 75 21 26

- **CHU Gabriel Montpied**
  Service de Pneumologie
  Docteur Jean PERRIOT
  Docteur Patrick MERLE
  Mme Odile BICHARD
  Mme Aline LONDAITZEHERE
  Rue Montalembert
  63003 CLERMONT-FERRAND
  ☎ 04 73 75 16 54
  🗐 04 73 75 16 56

- **Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie**
  Docteur Marie-Anne BOUFFARD
  Docteur Catherine BANVILLET
  49 avenue de Grande Bretagne
  63000 CLERMONT FERRAND
  ☎ 04 73 34 80 05
  🗐 04 73 34 76 10

- **Médecine Préventive Universitaire**
  Docteur Anne PERREVE
  25 rue Etienne Dolet
  63000 CLERMONT FERRAND
  ☎ 04 73 34 97 20
  🗐 04 73 34 97 29

- **Maternité HOTEL DIEU**
  Docteur Hélène LAURICHESSE
  Mme Isabelle LEROUX
  Mme Fanny NICOLAS
  32 Avenue Vercingétorix
  63000 CLERMONT-FERRAND
  ☎ 04 73 75 01 88
  🗐 04 73 750 157

  Clinique de Cardio-Pneumologie
  Docteur Jean Marie GBONON
  Avenue de la Paix
  63 830 DURTOL
  ☎ 04 73 43 29 29
  🗐 04 73 43 29 98

- **Centre Social Joseph Gaidier**
  Docteur Marie- Anne BOUFFARD
  12 avenue de la Libération
  63200 RIOM
  ☎ 04 73 38 60 66
  🗐 04 73 38 50 89

- **Centre Médico-Psychothérapique Sainte-Marie**
  Docteur Annie FERAL
  Docteur Didier BOUSSIRON
  10 Avenue Franklin Roosevelt
- 63000 CLERMONT-FERRAND
  ☎ 04 73 43 55 10
  🗐 04 73 43 55 88

- **Centre de Lutte contre le Cancer Jean PERRIN**
  Doct*eur Jean PERRIOT*
  Docteur Jean Louis MERLE
  58 Rue Montalembert
  BP 392
  63011 CLERMONT-FERRAND
  ☎ 04 73 27 80 80
  🗐 04 73 26 34 51

  Docteur BOCAGE – DERLICH Anne – Sophie
  Résidence Moulin Charrier
  Rue Moulin Charrier
  63 500 – ISSOIRE
  ☎ 04 73 55 07 29
  🗐 04 73 89 95 95

  Docteur BRIL Laurent
  24 – Rue Camille Joubert
  63 300 - THIERS
  ☎ 04 73 80 66 87
  🗐 04 73 89 95 95

CANTAL - 15

- **Centre Hospitalier Henri Mondor**
  Service de Pneumologie
  Docteur Pierre PASQUER
  Docteur Isabelle BOBICHON
  Docteur Eddy POIRIER
  50 Avenue de la République
  15002 AURILLAC
  ☎ 04 71 46 56 76

🗐 04 71 46 56 14

- **Centre Hospitalier Henri Mondor**
- **Maternité**
  Pavillon Mère - Enfant
  Consultation de Tabacologie
  Mme BOUDET Brigitte
  Mme POMMIER Jacqueline
  50 Avenue de la République
  15002 AURILLAC
  ☎ 04 71 46 56 76
  🗐 04 71 46 56 59

- **Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie**
  Docteur Caroline POIRIER
  14 Avenue des Pupilles
  15000 AURILLAC
  ☎ 04 71 48 48 62
  🗐 04 71 48 55 95

  Centre Hospitalier
  Docteur Alex BEDES
  5 – Avenue du Dr Mallet
  15 100 – ST FLOUR
  ☎ 04 71 60 16 85
  🗐 04 7160 16 85

- **ANPAA et CCAA**
  Docteur Alex BEDES
  5 Avenue du Dr Mallet
  15100 ST. FLOUR
  ☎ 04 71 60 16 85
  🗐 04 7160 16 85

HAUTE-LOIRE - 43

- **Centre Hospitalier Général Emile Roux**
  Service de Pneumologie
  Docteur Guy MICHEL
  12 Boulevard du Docteur Chantemesse
  43012 LE PUY EN VELAY
  ☎ 04 71 04 34 63
  🗐 04 71 04 34 29

- **Centre Hospitalier Général Emile Roux**
  Service d'Addictologie
  Docteur Antoine GERARD
  12 Boulevard du Docteur Chantemesse
  43012 LE PUY EN VELAY
  ☎ 04 71 04 35 82

- **Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie**
  Docteur Jean-Paul VINCENT
  Docteur Jean-Michel VERTIER
  21 rue des Moulins
  Résidence « Le Victor Hugo »
  43000 LE PUY EN VELAY
  ☎ 04 71 09 49 80
  🗐 04 71 02 03 40

  Centre Médical Spécialisé du Chambon
  Docteur MAZZEGLIA Michel
  Madame NOIR Brigitte
  Côte Molle
  43 400 LE CHAMBON SUR LIGNON

☎ 04 71 59 78 78
🗐 04 71 59 78 00

ALLIER – 03

- **Centre Hospitalier de Vichy**
  Consultation de Pneumologie
  Docteur Lan T N GUYEN
  Docteur Riad HAMOUI
  Madame RONCOLATO MARTY Sylviane
  Boulevard Denière
  03201 VICHY
  ☎ 04 70 97 22 39
  🗐 b04 70 97 22 63

  Centre Hospitalier de Vichy
  Maternité - Consultation de Tabacologie
  Mademoiselle Karine DUMONT
  ☎ 04 70 97 34 09
  🗐 04 70 97 34 81

- **Centre Hospitalier de Moulins-Yzeure**
  Unité d'Addictologie de Liaison
  Pasteur 3
  Consultations Alcoologie et Tabacologie
  Docteur Isabelle BERNAUPT HAROU
  Docteur Philippe DUBAND
  10 avenue du Général de Gaulle
  03000 MOULINS
  ☎ 04 70 35 78 24
  🗐 04 70 35 78 25

  Centre Médical Départemental de Tronget
  Consultation de Tabacologie
  Docteur Isabelle BERNAUPT HAROU
  Les Combres
  03240 TRONGET
  ☎ 04 70 47 64 05
  🗐 04 70 47 64 04

- **Centre Hospitalier de Montluçon**
  Site Central
  Docteur Emmanuelle FERRY
  Unité de Liaison en Addictologie
  Consultation de Tabacologie
  Avenue du 8 Mai 1945
  03100 MONTLUCON
  ☎ 04 70 02 30 30
  🗐 04 70 02 16 83

  Pavillon Paul Carnot
  Docteur Nacer DJILALI
  Consultation de Tabacologie
  Rue de la Verne
  03113 MONTLUCON
  ☎ 04 70 02 30 79
  🗐 04 70 02 78 36

- **NUMERO REGIONAL ADDICTION**

  ☎ 04 73 752 125