

SOMMAIRE

Introduction.....	1
Partie 1 : Méthodologie générale de gestion de projet	2
La méthode A.P.P.R.E.T	2
1. Analyser.....	2
1.1. Analyse de la demande	3
1.2. Analyse du contexte	3
1.2.1. Le diagramme d'Ishikawa.....	4
1.3. Analyser les réponses préventives	5
2. Prioriser	5
2.1. Définir les priorités	5
2.2. Définir les objectifs	6
3. Planifier.....	7
3.1. Planifier les actions	7
3.2. Définir les moyens	7
3.2.1. Partenaires	7
3.2.2. Budget.....	8
4. Réaliser.....	9
4.1. Pilotage	9
4.2. Plan d'action.....	10
5. Evaluer.....	14
5.1. Caractéristiques de l'évaluation d'un projet	14
5.2. Différents niveaux d'évaluation	14
5.3. Critères et indicateurs d'évaluation.....	15
6. Transformer	17
6.1. Rédaction du rapport d'évaluation et de diffusion.....	17
6.2. Communication externe.....	18
Partie 2 : Application à un projet de prévention le sevrage tabagique	19
1. Etat des lieux	19
1.1. Epidémiologie.....	19
1.1.1. Au niveau international.....	19
1.1.1.1. Organisation Mondiale de la Santé	19
1.1.1.2. Commission Européenne	21
1.1.2. Au niveau national.....	22
1.1.2.1. INPES	22

1.1.2.2.	InVS.....	26
1.1.2.3.	INSERM.....	28
1.1.3.	Au niveau régional	29
1.1.3.1	ORS Pays de la Loire	29
1.1.3.2.	L'Agence Régionale de Santé Pays de la Loire.....	31
1.2.	Mesures en faveur du sevrage tabagique	32
1.2.1.	Au niveau national.....	32
1.2.2.	Au niveau régional.....	33
2.	Le projet.....	33
2.1.	Description du projet.....	33
2.1.1.	Origine.....	33
2.1.2.	Naissance du projet.....	33
2.1.3.	Présentation du projet	36
2.2.	Objectifs	40
2.2.1.	Objectif général	40
2.2.2.	Objectifs stratégiques	40
2.2.3.	Objectifs opérationnels	40
2.3.	Arbre des objectifs.....	41
2.4.	Population cible	42
2.5.	Partenaires	42
2.5.1.	L'Agence Régionale de Santé Pays de la Loire	42
2.5.1.1.	Missions.....	42
2.5.1.2.	Rôle dans le projet.....	42
2.5.2.	Union Régionale des Professionnels de Santé pharmaciens	43
2.5.2.1.	Présentation	43
2.5.2.2.	Missions.....	44
2.5.2.3.	Rôle dans le projet.....	44
2.5.3.	Unité de coordination de tabacologie (UCT).....	44
2.5.3.1.	Présentation	45
2.5.3.2.	Missions.....	45
2.5.3.3.	Rôle dans le projet.....	45
2.5.4.	Pharmaciens officinaux	45
2.5.4.	Médecins	48
2.5.5.	Instance Régionale d'Education et de Prévention de la Santé	48

2.5.5.1.	Présentation	48
2.5.5.2.	Missions.....	49
2.5.5.3.	Rôle dans le projet.....	50
2.5.6.	Service Universitaire de Médecine Préventive de la Santé	50
2.5.6.1.	Présentation	50
2.5.6.2.	Missions.....	50
2.5.6.3.	Rôle dans le projet.....	50
2.5.7.	Centre de Soins d'Accompagnements et de Prévention en Addictologie en ambulatoire.....	51
2.5.7.1.	Présentation	51
2.5.7.2.	Missions.....	52
2.5.7.3.	Rôle dans le projet.....	52
2.5.8.	Consultation Jeunes Consommateurs (CJC)	53
2.6.	Pilotage	53
2.7.	Plan d'action.....	54
2.7.1.	Actions réalisées par l'URPS.....	56
2.7.2.	Actions réalisées par Vincent Loubrieu	56
2.8.	Budget.....	57
2.8.1.	Budget lié à l'organisation du projet	57
2.8.2.	Budget lié à la formation des pharmaciens.....	58
2.8.2.1.	La formation ETP	58
2.8.2.2.	La formation tabacologie	59
2.8.3.	Budget lié à la rémunération des pharmaciens	59
3.	L'évaluation.....	59
3.1.	Evaluation du projet.....	60
3.1.1.	Le site cdt.net	60
3.1.2.	Evaluation des résultats	61
3.1.3.	Evaluation du processus	63
3.1.3.1.	Evaluation de la formation des pharmaciens.....	64
3.1.3.2.	Evaluation des entretiens réalisés par les pharmaciens	68
3.2.	Evaluation du budget.....	70
3.3.	Rédaction du rapport d'évaluation et de diffusion.....	70
	Conclusion.....	71
	Annexes.....	72
	Bibliographie.....	91

Liste des Tableaux

- Tableau 1 : Exemple de critères et d'indications pouvant être utilisés lors d'une évaluation ^[14]
- Tableau 2 : Comparatif du pourcentage des jeunes déclarants fumer (Pays de la Loire/France)
- Tableau 3: Comparatif de l'âge des fumeurs fréquentant des centres de tabacologie et des officines ^[54]
- Tableau 4 : Extrait du plan opérationnel prévisionnel au 26 Mars 2014
- Tableau 5 : Plan de Formation Tabacologie
- Tableau 6 : Tableau des différents indicateurs utilisés lors de l'évaluation des résultats

Liste des Figures

- Figure 1 : Diagramme d'Ishikawa ou des 5M ^[6]
- Figure 2 : Schéma d'un arbre des objectifs ^[9]
- Figure 3 : Budget prévisionnel ^[10]
- Figure 4 : Exemple d'échéancier ^[8]
- Figure 5 : Exemple de diagramme de PERT ^[11]
- Figure 6 : Schéma récapitulatif des différentes notions dans l'évaluation d'un projet ^[15]
- Figure 7 : Comparaison entre les recettes fiscales des produits du tabac et les dépenses de lutte anti- tabac en 2007 et 2008 ^[22]
- Figure 8 : Evolution de l'usage quotidien de tabac parmi les femmes (15-75ans) ^[26]
- Figure 9 : Evolution de l'usage quotidien de tabac parmi les hommes (15-75ans) ^[26]
- Figure 10 : Statut tabagique selon l'âge parmi les 15 – 75ans (en %) ^[26]
- Figure 11 : Statut tabagique selon l'âge parmi les 15 – 30 ans (en %) ^[26]
- Figure 12 : Le conseil minimal au comptoir
- Figure 13 : Cycle de Proschaska et Di Clemente ^[63]
- Figure 14 : Arbre des objectifs
- Figure 15 : Evaluation de la Formation « Education Thérapeutique du Patient »
- Figure 16 : Evaluation de la réalisation des entretiens de sevrage tabagique

ABREVIATIONS

AFDET : Association Française pour le Développement de l'Education Thérapeutique

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

ARS : Agence Régionale de la Santé

AVG : Année de Vie Gagnée

BEH : Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire

CCAA : Centre de Cure en Ambulatoire en Alcoologie

CCLAT : Convention-Cadre pour la Lutte Anti-Tabac

CDT : Consultation de Dépendance Tabagique

CEDIP : Centre d'Evaluation de Documentation et d'Innovation Pédagogique

CESAME : CEntre de SAnTé MEntale

CESPHARM : Comité d'Education Sanitaire et sociale de la PHARMacie Française

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

Cire : Cellules inter-régionales d'épidémiologie

CJC : Consommation Jeune Consommateur

CM : Conseil Minimal

CO : Monoxyde de carbone

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CSST : Centre de Soins Spécialisés aux Toxicomanes

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

ETP : Education Thérapeutique pour le Patient

FNORS : Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé

HPST : Hôpital, Patient, Santé et Territoire

INPES : Institut National pour la Prévention et l'Education pour la Santé

INSERM : Institut National de la Santé et de Recherche Médicale

InVS : Institut national de Veille Sanitaire

IREPS : Institut Régionale d'Education et de Prévention pour la Santé

IST : Infection Sexuellement Transmissible

MSA : Mutualité Sociale Agricole

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORS : Observatoire Régionale de la Santé

PERT: Programm Evaluation and Review Technic

PRS: Projet Régional de Santé

SFD : Société Francophone du Diabète

SFT : Société Française de Tabacologie

SUMPS : Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé

UCT : Unité de Coordination de Tabacologie

UE : Union Européenne

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

Introduction

Depuis la promulgation de la loi « Hôpital, Patient, Santé et Territoire » du 21 juillet 2009, les pharmaciens d'officine se sont vus attribués de nouvelles missions, notamment la prévention.

« La feuille de route du gouvernement pour la stratégie nationale de santé indique comme premier axe la priorité de la prévention », c'est par cette phrase que, M. Claude Dreux, président du Comité d'Education Sanitaire et Sociale de la pharmacie française, commence son intervention le 2 avril 2014 devant les Académies de Médecine et de Pharmacie.

D'après lui, les « pharmaciens sont en première ligne » ; en effet, tout patient entrant dans une pharmacie sur le territoire français, peut demander un conseil, sans prise de rendez-vous, de manière gratuite et de qualité. La prévention est le domaine où le pharmacien peut s'inscrire de manière durable dans le système de santé. Elle peut se réaliser de différentes façons : à l'échelle de l'officine, sur le plan local (au niveau d'une ville), départemental, régional voire national.

L'activité officinale restant soumise à une conjoncture difficile ainsi qu'à une maîtrise constante des dépenses de santé, il est nécessaire de redynamiser l'offre de services et développer de nouvelles activités.

La création de programme de prévention n'est pas si facile qu'on pourrait le penser et nécessite une certaine organisation.

Cette thèse a pour but de détailler, dans une première partie, une méthodologie de gestion de projet : la méthode A.P.P.R.E.T. Puis, dans une seconde partie, celle-ci sera appliquée à un projet concret : le sevrage tabagique. Cette idée de programme provient d'un pharmacien d'officine qui réalise des rendez vous à son officine pour les personnes souhaitant arrêter de fumer.

Partie 1 : Méthodologie générale de gestion de projet

La méthode A.P.P.R.E.T

Une méthode est un ensemble ordonné de manière logique de règles, de principes, d'étapes qui constituent un moyen pour parvenir au résultat ^[1].

Construire un programme, c'est choisir d'annoncer, de décrire, d'écrire la suite des actions que l'on se propose d'accomplir selon une démarche ordonnée pour arriver à un résultat défini à l'avance dans un délai fixé ^[2]. Le travail, la persévérance ainsi que la patience sont les principaux ingrédients nécessaires à la bonne conduite d'un projet.

Dans cette partie, la méthode A.P.P.R.E.T sera explicitée.

Cette méthode est décrite dans un manuel destiné aussi bien pour des professionnels de la santé que pour ceux du secteur social ou éducatif. Elle est présentée comme une grille de lecture, un aide-mémoire qui permet d'aider les acteurs de terrain à clarifier et développer leur demande de soutien méthodologique en orientant vers des méthodes, des ressources appropriées à leurs questions.

Il est structuré de manière simple et basé sur des éléments qui s'emboîtent : six étapes, dix-sept éléments et quarante quatre questions. L'A.P.P.R.E.T. est une méthode gigogne ^[2].

Cet acronyme signifie :

- A : Analyser
- P : Prioriser
- P : Planifier
- R : Réaliser
- E : Evaluer
- T : Transformer

Les différentes étapes de cette méthode seront décrites ci après.

1. Analyser

Au départ de toute action, il émerge une idée personnelle, un constat sur une situation ou cela peut être également une demande d'une institution. Quel que soit le point de départ, le problème

doit être identifié clairement et peut être réalisé selon trois axes : l'analyse de la demande, du contexte et des réponses préventives.

1.1. Analyse de la demande

C'est une phase importante car elle permet de décrire les demandes du public ou des promoteurs. Cette analyse se réalise facilement au cours d'une séance de brainstorming.

Elle consiste à répondre aux questions ^[2]:

- Qui est à l'origine du programme ?
- Comment l'idée d'un tel programme est-elle née?
- Quelle est la demande du promoteur ?
- Est-ce un programme ascendant (demande du public) ou descendant (demande d'une institution) ?
- Quel est le public visé ?

1.2. Analyse du contexte

Cette analyse permet d'identifier, de décrire les besoins de santé et les facteurs qui les influencent. Pour celle-ci, il est possible d'utiliser comme trame les questions suivantes ^[2]:

- Quel est le besoin de santé identifié pour quel public ?
- Quels sont les facteurs en relation avec le problème de santé défini ?
- Quels sont les éléments épidémiologiques disponibles sur le problème de santé ?
- Quels sont les éléments de description de la communauté disponibles?
- Quelles sont les caractéristiques psycho-sociales du public-cible ?

Différents outils peuvent être utilisés ^[3]:

- le recueil de données : elles peuvent être obtenues par des enquêtes sur le terrain (interview, questionnaires...) ou par des documents ;
- la recherche documentaire sur le problème concerné : elle est basée principalement par l'obtention de statistiques et de données épidémiologiques ;
- les réunions

Lorsque ce travail en amont a été réalisé on peut le schématiser sous la forme d'un diagramme causes-effet (ou diagramme d'Ishikawa ou des 5M). Il permet de classer par familles et sous-familles toutes les causes identifiées pour un effet observé.

1.2.1. Le diagramme d'Ishikawa

Le déroulement du diagramme peut se décrire en cinq étapes (figure 1) ^[4] :

- Étape 1 : Placer une flèche horizontale, pointée vers le problème.
- Étape 2: Classer les causes recherchées en grandes familles
 - **Matière** : matière première, fourniture, pièces, ensemble, qualité, ...
 - **Matériel** : machines, outils, équipement, maintenance, ... recense les causes qui ont pour origine les supports techniques et les produits utilisés.
 - **Main d'œuvre** : directe, indirecte, motivation, formation, absentéisme, expérience, problème de compétence,
 - **Milieu** : environnement physique, lumière, bruit, poussière, localisation, aménagement, température, législation,
 - **Méthode** : instructions, manuels, procédures, modes opératoires utilisés,

Ou peut ajouter aux 5M deux critères supplémentaires (Management et Moyens financiers) pour obtenir les 7M.

- Étape 3: Flèches secondaires

Ces flèches secondaires correspondent au nombre de familles de causes identifiées. Il faut les raccorder à la flèche horizontale. Chaque flèche identifie une des familles de causes potentielles.

- Étape 4: Minis flèches

Les causes rattachées à chacune des familles sont inscrits sur des minis flèches. Il faut avoir toutes les causes potentielles.

- Étape 5: Finalisation

Il faut rechercher parmi les causes potentielles, les causes réelles du problème. Il faut agir dessus, les corriger en proposant des solutions.

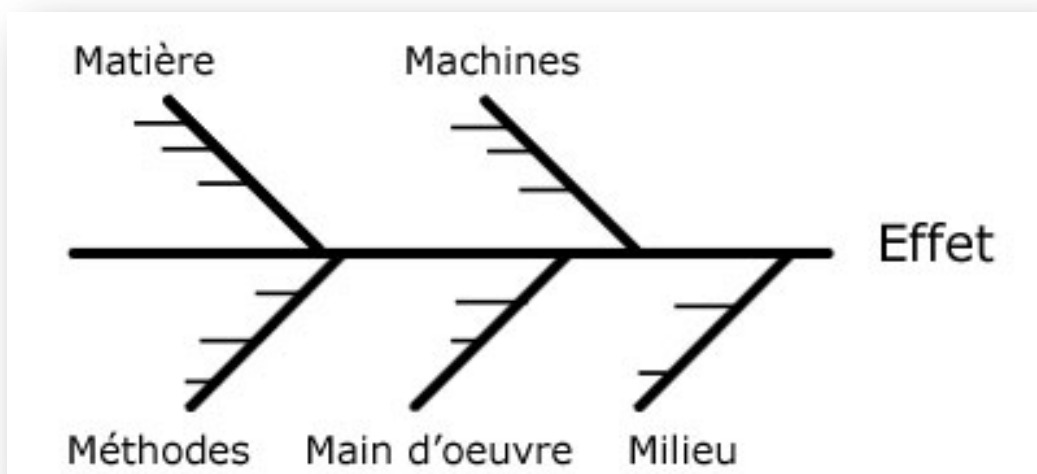


Figure 1: Diagramme d'Ishikawa ou des 5M ^[5]

1.3. Analyser les réponses préventives

Cette étape permet de connaître s'il existe des réponses préventives à apporter au problème posé et s'il existe des programmes d'éducation pour la santé. Il permet de décrire les structures, les ressources disponibles ainsi que les contraintes.

Cette première étape d'analyse est primordiale pour le bon déroulement du projet. Elle permet de clarifier ses idées et de tirer les grandes lignes du programme.

2. Prioriser

Après avoir identifié les grands axes du projet, il est nécessaire de déterminer de manière plus précise les priorités et d'élaborer les différents objectifs.

2.1. Définir les priorités

Il n'existe pas de solutions uniques à un problème donné d'où la nécessité d'établir des priorités et de faire des choix ^[2]. Il est important d'énoncer clairement aux partenaires quels ont été les critères de choix. Cette étape permet de connaître en quoi et pour qui le projet est important et prioritaire.

2.2. Définir les objectifs

Lorsque les priorités ont été dégagées, les différents objectifs (généraux, spécifiques et opérationnels) du projet doivent être définis.

Un objectif, c'est le résultat que l'on veut atteindre. Il doit être **SMART**: c'est-à-dire **S**pécifique, **M**esurable, **A**ccessible, **R**éaliste et fixé dans le **T**emps ^[6].

Il existe différents niveaux de formulation ^[7] :

- *Objectif général* : ce que l'on veut sur du long terme, la formulation est très large ;
- *Objectif spécifique (ou stratégique)* : ce que l'on veut obtenir dans différents domaines ou axes fixés pour atteindre l'objectif général, la formulation répond à la question « dans quels domaines agir ? » par exemple : axe financier, axe vie sociale, axe pédagogique... ;
- *Objectif opérationnel (ou d'action)* : ils sont plus pratiques, détaillent les objectifs précédents, ils permettent de déduire les actions à mener.

La hiérarchie des objectifs et leurs liens entre eux peuvent être visualisés dans un schéma que l'on appelle : l'arbre des objectifs. L'ensemble est ordonné de façon visuelle en cascade, du haut en bas. Chaque niveau de l'arbre correspond à un type d'objectif : objectif général, objectifs spécifiques, objectifs opérationnels (cf. figure 2) ^[8].

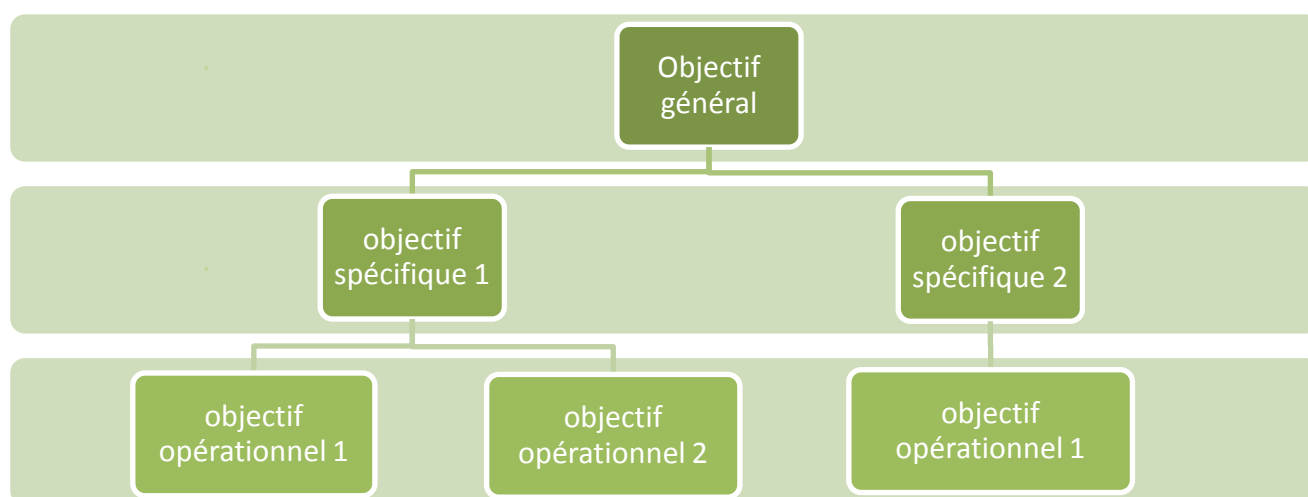


Figure 2 : Schéma d'un arbre des objectifs ^[8]

3. Planifier

Les buts ont été déterminés et précisés. Maintenant, il faut connaître par les actions à mener pour pouvoir les atteindre.

3.1. Planifier les actions

Les actions à réaliser peuvent être de tout type et sont à adapter aux différents objectifs opérationnels définis préalablement. Il n'y a pas de liste exhaustive. Cela peut être :

- des mises en situation ;
- des animations, des jeux de rôles ;
- des formations ;
- des groupes de paroles ;
- des ateliers...

Les actions mises en place peuvent être de manière individuelle ou collective et, ponctuelles ou au contraire au long cours.

3.2. Définir les moyens

Pour voir si un projet est viable, il faut définir les ressources humaines, matérielles et financières.

3.2.1. Partenaires

Si l'état des lieux a bien été réalisé, le choix des partenaires potentiels se dessinent au fur et à mesure. Les aides peuvent parvenir de toute part et de tout type d'organisme : mairies, associations, entreprises, fondations...

Il est possible d'obtenir, selon l'organisation ^[9] :

- Un soutien financier : sponsoring, mécénat, prêt, subvention, bourse, prix... ;
- Une aide en nature : réduction sur du matériel, prêt d'un local ;
- Un parrainage médiatique : articles ou reportages sur votre projet ;
- Des conseils et des contacts : mise en relation avec d'autres partenaires potentiels ;
- Une caution morale : les encouragements de vos partenaires sont précieux, surtout si ce sont des personnalités reconnues ;

- Une approche nouvelle ou des pistes pour développer votre projet à laquelle vous n'aviez pas pensé.

3.2.2. Budget

Il est impératif d'élaborer un budget prévisionnel. Celui-ci doit refléter fidèlement l'analyse des besoins et des ressources. Voici quelques principes à respecter (figure 3) ^[9] :

- les recettes et les dépenses doivent toujours être présentées en colonnes équilibrées (cf. figure);
- chaque dépense doit être justifiée : les chiffres ne doivent pas être estimés, ils doivent faire l'objet de devis ou de relevés précis ;
- il est nécessaire de prévoir une marge d'imprévu d'au moins 8 % de dépenses ;
- dans la colonne des recettes, les ressources déjà disponibles doivent apparaître dans le plan de financement (apport personnel ou autofinancement...);
- Le budget étant perpétuellement évolutif il devra être toujours daté.

Dépenses TTC	Euros	Recettes TTC	Euros
Installation du local		Apport financier	
Travaux (plomberie, électricité, peinture, sol)	2 134 €	Autofinancement (apport personnel)	732 €
Mise aux normes de sécurité	823 €	Mairie – mobilier (acquis)	1 200 €
Équipement mobilier (tables, chaises, placards)	1 951 €	Conseil général (en cours)	2 000 €
		Association MJC (acquis)	915 €
Frais de fonctionnement 1^{ère} année		Association des commerçants du quartier acquis)	1 220 €
Assurance	274 €	Mairie (50 du loyer)	2 742 €
Électricité	762 €	Société Ordinafort (50% sur les ordinateurs)	2 400 €
Loyer et charges (350 x 12mois)	4 200 €	Associations des professeurs (30 heures de cours offertes)	732 €
Publicité	671 €	Bénévolat valorisé rénovation du local (10 jours x 3 personnes x76€)	2 280 €
Matériel pour activités		RÉSULTAT INTERMÉDIAIRE	14 221 €
Achat de 4 ordinateurs avec les logiciels	4 800 €	Reste à trouver (18 615€ - 14 221€)	4 394 €
Documentation, abonnement	600 €		
Intervention de professeur (60 heures x 15€)	900 €		
Divers, imprévus	1 500 €		
Total	18 615 €	Total	18 615 €

Figure 3 : Exemple de budget prévisionnel ^[9]

4. Réaliser

Réfléchir sur l'exécution du programme permet de déterminer les méthodes et les moyens de la coordination ainsi que du pilotage.

4.1. Pilotage

Le pilotage du projet consiste ^[3] :

- à définir la stratégie (choix des orientations et des objectifs) et les moyens à mettre en œuvre (actions, opérateurs, coûts) ;

- à diriger et coordonner les actions : planification et répartition des tâches, recherche de financement ;
- évaluer en cours et en fin de processus.

Le pilotage veille à la viabilité et à la pertinence du projet. Il est assuré par le chef de projet.

4.2. Plan d'action

Pour organiser les actions, il existe différents outils d'organisation et de planification ^[7].

On peut utiliser un cahier des charges, des plannings, des échéanciers, des calendriers ou encore un diagramme de PERT.

- *Le cahier des charges* est un document écrit qui détermine les obligations réciproques entre le pilotage du projet et les acteurs qui auront à conduire le projet ;
- *Les plannings* permettent de visualiser l'organisation du travail le déroulement des activités ;
- *Les échéanciers* sont des plannings qui permettent de visualiser les dates limites de réalisation des différentes actions à mener (figure 4)

Dates	Activités	Acteurs
À partir du 5 janvier	<ul style="list-style-type: none"> Diagnostic par thématique : santé, scolarité, parentalité, emploi/insertion sociale, culture/loisirs. 	L'équipe du Centre social récolte, analyse et exploite les données.
Début janvier	<ul style="list-style-type: none"> Création du Comité de pilotage composé d'élus et de techniciens qui valident la démarche ainsi que les actions déjà réalisées (rencontre partenariale, bilan interne). 	Invitations rédigées par le Directeur du Centre social et signées par l'Adjointe aux affaires sociales.
	<ul style="list-style-type: none"> Communication et invitation des habitants aux réunions de quartier. Organisation et déroulement des rencontres. 	Directeur et équipe du Centre social, responsable du service communication de la Mairie.
Du 29 janvier au 13 février	<ul style="list-style-type: none"> Rencontres sur les quartiers : présentation du Centre social et proposition d'ateliers thématiques (avec inscription des intéressés). 	M. le Maire, Adjointe aux affaires sociales, Directrice du CCAS, Directeur et animateurs du Centre social.
	<ul style="list-style-type: none"> Réunion des groupes de travail thématiques associant habitants, élus et partenaires le 13 février à 17 h 30. 	
Le 12 février	<ul style="list-style-type: none"> Attentes et contenus des animateurs (Accueils de loisirs et Développement social local) au regard du projet. 	M. le Maire, Adjointe aux affaires sociales, Directrice du CCAS, Directeur et animateurs du Centre social.
Le 19 février	<ul style="list-style-type: none"> Croisement des données des résultats des rencontres du 13 février. 	M. le Maire, Adjointe aux affaires sociales, Directrice du CCAS, Directeur et animateurs du Centre social.
Le 24 février	<ul style="list-style-type: none"> Assemblée Générale du Comité des Usagers du Centre Social : proposition d'ateliers thématiques. 	Adjointe aux affaires sociales, Directrice du CCAS, adhérents et bénévoles, Directeur et animateurs du Centre social.
Le 12 mars	<ul style="list-style-type: none"> Écriture avec l'équipe : ajouts suite à l'Assemblée Générale du Comité des Usagers du Centre social. 	Adjointe aux affaires sociales, Directrice du CCAS, Directeur et animateurs du Centre social.

Figure 4: Exemple d'échéancier ^[7]

- Les calendriers permettent de noter toutes les dates clés
- Le diagramme de P.E.R.T ou Programm Evaluation and Review Technic : c'est-à-dire technique d'ordonnancement des tâches et contrôles de programmes, est une méthode consistant à mettre en ordre sous forme de réseau plusieurs tâches qui grâce à leur dépendance et à leur chronologie concourent toutes à l'obtention d'un résultat fini ^[11].

Pour réaliser un diagramme de P.E.R.T, les différentes étapes doivent être effectuées dans le bon ordre ^[10]:

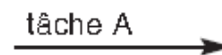
- Etape 1 : lister les tâches et estimer leurs durées

Etapes	Tâches à effectuer	Durée
A		
B		
C		
D		
E		
F		
G		
H		
I		
J		
K		

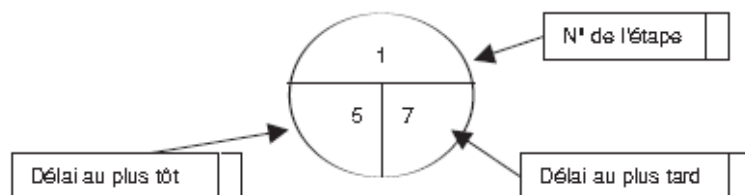
- Etape 2 : déterminer l'ordre des tâches

Pour faire	Il faut faire
A	
B	A
C	B
D	
E	
F	D-E
G	F
H	G
I	C
J	I-H
K	J

- Etape 3 : dessiner le graphe de PERT
 - Les tâches sont représentées par des flèches

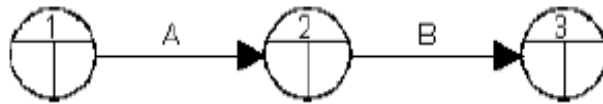


- Les étapes sont représentées par des cercles

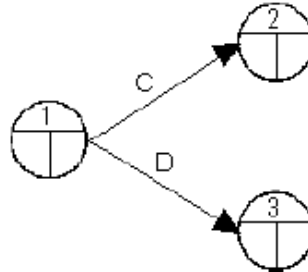


- Les règles de représentations sont :

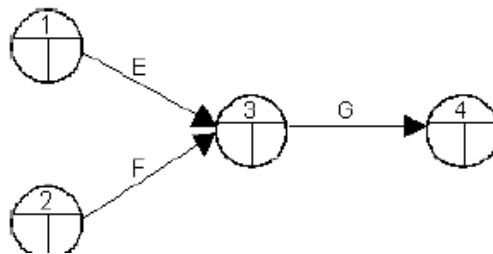
- Toute tâche a une étape de début et une tâche de fin



- Deux tâches simultanées



- Deux étapes convergentes



- Etape 4 : déterminer le chemin critique

Le chemin le plus critique est la chaîne des tâches partant du début et aboutissant à la fin. C'est le chemin le plus long entre le début et la fin. L'addition de toutes les durées des tâches situées sur le chemin critique donne le délai de réalisation du projet.

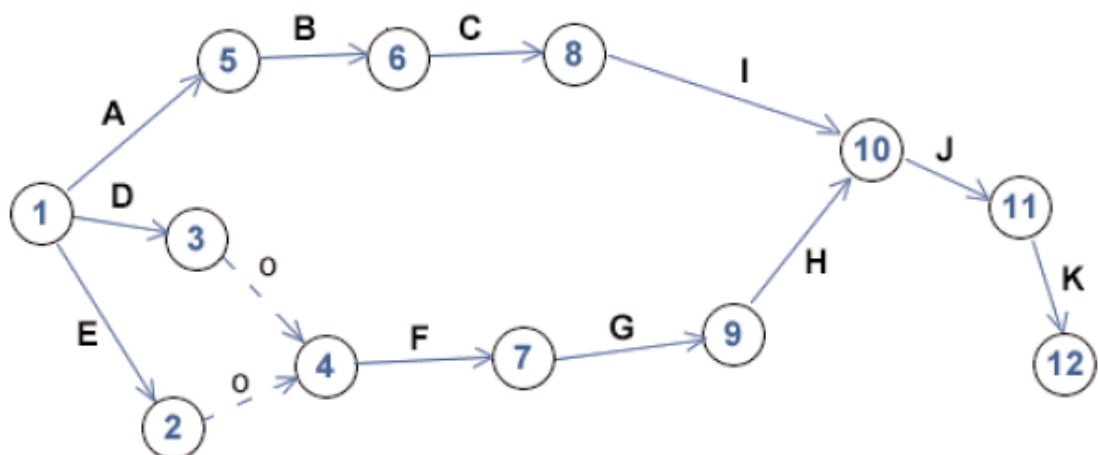


Figure 5 : Exemple de diagramme de Pert ^[10]

5. Evaluer

C'est un processus d'analyse qui consiste à apprécier le déroulement d'un projet ainsi que de mesurer ses effets. Une démarche d'évaluation s'appuie sur la comparaison des données recueillies et d'un référentiel.

5.1. Caractéristiques de l'évaluation d'un projet

Ces caractéristiques peuvent se résumer à la méthode connue QQOCCP ^[11] :

- *Qui évalue ?* : si c'est en cours de projet, ce sera alors le chef de projet ou le comité de pilotage tandis qu'à la fin du projet ce sera le commanditaire du projet.
- *Quoi, qu'est ce qu'on évalue ?* : les différentes étapes de la procédure ainsi que les résultats
- *Quand évalue t-on ?* : au cours ou à la fin de la démarche
- *Où sont stockés les résultats ?*
- *Comment, sur quoi évalue t on ?* : sur des critères de pertinence, d'impact, d'efficacité, d'efficience...
- *Comment, avec quelles méthodes évalue t-on ?* : grâce à des enquêtes par questionnaires, des observations directes, des entretiens, des consultations de documents statistiques...
- *Pourquoi, dans quels buts ?* : pour réviser le projet en cours, pour reconduire le projet tel quel ou en le modifiant, faire évoluer les pratiques des professionnels

5.2. Différents niveaux d'évaluation

On distingue différents niveaux d'évaluation ^[12]:

- *Evaluation stratégique* : elle permet d'interroger la pertinence des objectifs par rapport aux problèmes à résoudre et peut intervenir à tout moment ;
- *Evaluation de la structure* : elle permet d'apprécier la quantité, la qualité, et l'organisation des ressources humaines, matérielles et financières du programme ;
- *Évaluation des résultats* : elle permet de vérifier que les actions prévues ont effectivement été réalisées et ont effectivement atteint les objectifs prévus ;

- *Evaluation du processus* : elle concerne tout ce qui a été mis en œuvre aussi bien les acteurs que les structures, l'organisation, les partenaires, l'adéquation entre les moyens et les actions ;
- *Evaluation de l'impact* : elle permet de se rendre compte des changements directs ou indirects (qu'ils soient négatifs ou positifs) non prévus dans les objectifs initiaux.

Dans une évaluation, il faut au minimum réaliser une évaluation des résultats ainsi qu'une évaluation du processus.

On peut réaliser une évaluation intermédiaire (ou en cours de projet) et/ou une évaluation finale.

5.3. Critères et indicateurs d'évaluation

Pour évaluer un projet, il faut, au préalable, définir des critères (souvent ce sont des objectifs) et choisir des indicateurs (tableau 1) ^[12].

Il existe 3 catégories d'indicateurs :

- *Indicateurs de contexte* : ils permettent de connaître la situation, le constat de départ
- *Indicateurs de résultats* : ils permettent de décrire ce qui a été fait ou obtenu
- *Indicateurs de performance* : ils permettent de faire le rapport entre les résultats obtenus et les moyens mis en œuvre (temps passé, moyens financiers, moyens humains).

Tableau 1: Exemple de critères et d'indicateurs pouvant être utilisés lors d'une évaluation ^[12]

Objets d'évaluation	Exemples de critères d'indicateurs
Les moyens	Adaptation de la salle <ul style="list-style-type: none"> • Surface disponible de la salle • Isolation phonique, température, éclairage • Etat global des locaux • Accessibilité de la salle
	Adaptation du matériel pédagogique <ul style="list-style-type: none"> • Adaptation au contenu de la formation • Accessibilité, état • Conformes aux matériels en service • Possibilité d'utilisation
La pédagogie	Contenu <ul style="list-style-type: none"> • Difficulté • Intérêt des objectifs, utilité de la formation • Articulation des thèmes

	Prestations du formateur <ul style="list-style-type: none"> • Conformité du contenu de programme • Atteinte des objectifs • Prise en compte de l'hétérogénéité des participants • Adaptation du contenu, du rythme • Qualité des exemples • Durée
Les acteurs	Le formateur <ul style="list-style-type: none"> • Aptitudes (élocutions, postures, tenue) • Motivation • Compétences • Disponibilité
	Le maître d'œuvre <ul style="list-style-type: none"> • Présence • Motivation • Compétences
	Les participants <ul style="list-style-type: none"> • Ambiance générale • Nombre, présence, motivation • Hétérogénéité • Attention, participation
L'organisation	Réception des informations <ul style="list-style-type: none"> • Délais
	Planning de la formation <ul style="list-style-type: none"> • Phasage
	Gestion du temps <ul style="list-style-type: none"> • Durée de la formation, des pauses • équilibre entre les séquences • temps de réflexion personnelle
	Respect des engagements <ul style="list-style-type: none"> • Objectifs, dates

Lors d'une évaluation, plusieurs notions sont mesurées (figure 6) ^[14].

- La pertinence (ou l'utilité) : les objectifs du programme correspondent-ils bien aux besoins identifiés ?
- L'impact : correspond à l'importance des effets sur la population ciblée ;
- L'efficacité : correspond à la mise en relation des objectifs et des résultats ;
- L'efficience : correspond à la mise en relation des moyens mobilisés et des résultats ;
- La cohérence : correspond à la logique des liens entre les différentes actions du plan ;
- Le réalisme : les résultats énoncés dans l'objectif général peuvent ils être réellement obtenus ?
- L'évaluabilité : les objectifs formulés sont-ils évaluables ?

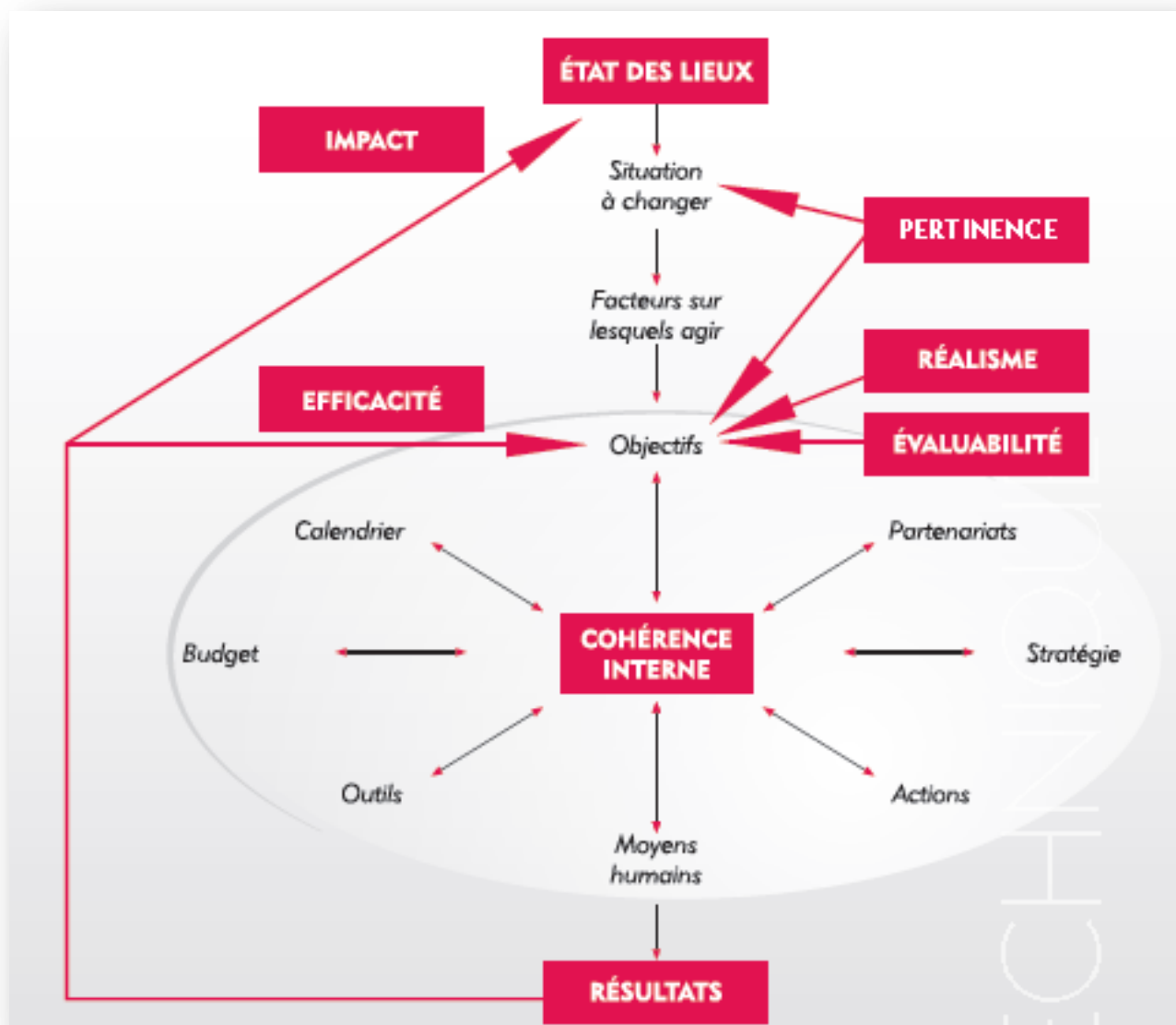


Figure 6 : Schéma récapitulatif des différentes notions dans l'évaluation d'un projet ^[13]

6. Transformer

Après avoir effectué l'ensemble des actions pour la mise en place du projet, un rapport d'évaluation est rédigé et diffusé.

6.1. Rédaction du rapport d'évaluation et de diffusion

L'évaluation consiste à faire la synthèse de résultats et leurs interprétations ^[7]. Le rapport se composera :

- d'une introduction reprenant la description de l'action de santé ayant été réalisée, ses objectifs et ses méthodes d'intervention ;
- d'un développement précisant les méthodes d'évaluation, les techniques de collecte de l'information ainsi que les méthodes d'analyses et d'interprétation des résultats, et la présentation des résultats (graphes...) ;
- d'une conclusion faisant la synthèse générale de l'évaluation.

6.2. Communication externe

Elle permet de faire connaître le projet auprès des bénéficiaires par le biais de différents moyens comme :

- Communication orale : entretiens directs ou à distance, réunions d'information ou débats ;
- Communication écrite : échanges de courriels, lettres standardisées ;
- Communication visuelle : affiches, messages sur panneaux électroniques ;
- Communication de masse : site internet, tracts, dépliants, communiqués ou articles de presse, spots audiovisuels.

Partie 2 : Application à un projet de prévention le sevrage tabagique

Dans cette seconde partie, la méthodologie de gestion de projet, préalablement expliquée, sera appliquée à un exemple concret : le sevrage tabagique. C'est un pharmacien, titulaire à Avrillé dans le Maine et Loire, réalisant des suivis pour les patients souhaitant arrêter de fumer à l'officine de manière gratuite, qui a eu l'idée d'un tel programme.

Tout d'abord, un état des lieux sera réalisé puis les différentes étapes du projet seront développées et enfin l'évaluation du projet clôturera cette dernière partie.

1. Etat des lieux

Cette étape va être réalisée par l'étude de données épidémiologiques issues de différents organismes ainsi que du Projet Régional de Santé (PRS) de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Pays de la Loire.

1.1. Epidémiologie

L'épidémiologie permet d'étudier au sein des populations la fréquence et la répartition des problèmes de santé dans le temps et dans l'espace ^[14].

L'étude de cette répartition des événements de santé sert de fondement aux interventions faites dans l'intérêt de la santé publique et de la médecine préventive. Les données actuelles concernant le tabagisme sont aussi bien extraites d'organismes internationaux que des organisations nationales, régionales et départementales.

1.1.1. Au niveau international

1.1.1.1. *Organisation Mondiale de la Santé*

L'OMS est l'autorité directrice et coordonatrice, dans le domaine de la santé, des travaux ayant un caractère international au sein du système des Nations-Unies. Son rôle est ^[15].

- Jouer le rôle de chef de file dans les domaines essentiels de la santé et de créer des partenariats ;
- Fixer des priorités de recherche ;
- Fixer des normes et des critères, et suivre leurs applications ;
- Définir des politiques conformes à l'éthique ;
- Surveiller la situation sanitaire et évaluer les tendances en matière de santé.

Dans son rapport publié en 2009 sur l'épidémie mondiale du tabagisme, l'OMS indique que la lutte anti-tabac a beaucoup progressé et qu'en 2008, plus de 400 millions de personnes supplémentaires ont bénéficié de mesures contre le tabagisme^[16]. Cependant, le tabac continue toujours de tuer plus de 5 millions de personnes dans le monde. Le directeur général adjoint de l'OMS, M. Ala Alwan, explique dans l'introduction de ce rapport, que « la lutte anti-tabac est relativement peu onéreuse tandis que les bénéfices qui en découlent sont considérables ».

Le 27 février 2005 est entré en vigueur un traité appelé la Convention-Cadre de l'OMS pour la Lutte Anti-Tabac (CCLAT)^[17]. Ce traité est le premier négocié par l'OMS avec plus de 177 états signataires dont la Communauté Européenne. Cette convention réaffirme le droit de tous les peuples à obtenir le niveau de santé le plus élevé possible et indique les stratégies de réduction de la demande au même titre que la réduction de l'offre en matière de tabagisme.

L'OMS a introduit un programme MPOWER pour aider les pays à mettre en place des mesures efficaces pour lutter contre le tabagisme conformément à la convention cadre que les états ont signés. MPOWER signifie^[18] :

- Monitor : surveillance de la consommation de tabac et les politiques de prévention ;
- Protect : protéger la population contre la fumée de tabac ;
- Offer : offrir une aide à ceux qui veulent renoncer au tabac ;
- Warn : mettre en garde des dangers du tabagisme ;
- Enforce : faire respecter l'interdiction de publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage ;
- Raise : augmenter les taxes sur le tabac.

Chaque point est détaillé dans une publication qui explicite les différentes actions à mettre en place. Par exemple, dans la publication « Offer », il est indiqué que peu de fumeurs bénéficient de l'aide dont ils ont besoin ^[19]. En effet, le traitement de la dépendance au tabac incombe avant tout au système de soins de chaque pays. Les états doivent trouver des programmes conduisant à des interventions peu onéreuses. Pour trouver des financements, l'OMS propose à l'occasion du 31 mai 2014, journée mondiale sans tabac, d'augmenter les taxes sur le tabac pour qu'ensuite les recettes fiscales soient réinvesties dans des programmes nationaux de lutte anti tabac. Or, il a pu être observé que ce n'était pas le cas (figure 7)

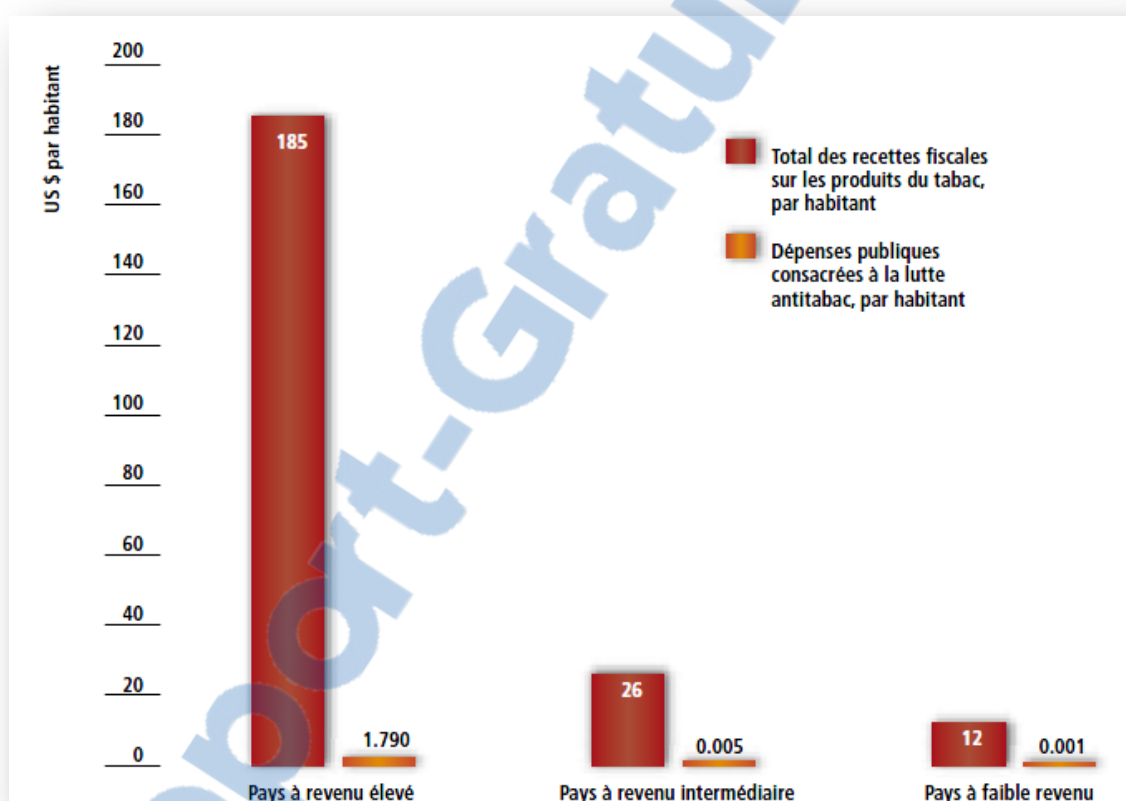


Figure 7: Comparaison entre les recettes fiscales des produits du tabac et les dépenses de lutte anti-tabac en 2007 et 2008 ^[20]

1.1.1.2. Commission Européenne

L'Union Européenne (UE) mène également des actions contre le tabagisme en coopération avec l'OMS dans le cadre du CCLAT. Pour cela, les états membres ont adoptés plusieurs mesures anti-tabac comprenant :

- La réglementation des produits du tabac (emballages, étiquetage...);

Partie 2 : Application à un projet de prévention le sevrage tabagique

- Des restrictions en matière de publicité ;
- La création d'espaces non-fumeurs ;
- Des mesures fiscales et de lutte contre le commerce illicite ;
- Des campagnes anti-tabac.

La direction générale européenne de la santé et des consommateurs constate que le nombre de fumeurs reste élevé dans l'UE. Ils représentent 28 % de la population totale et 29 % des 15 – 24 ans ^[21].

En résumé, de nombreux efforts ont été fournis en matière de lutte contre le tabac dans le monde, mais il est nécessaire que les états financent de manière régulière des programmes nationaux.

1.1.2. Au niveau national

En France, il existe plusieurs organismes nationaux où il est possible d'obtenir des données qualitatives et quantitatives. Les 3 principaux sont l'Institut National de la Prévention et d'Education pour la Santé (INPES), l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) et l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM).

1.1.2.1. INPES

L'INPES est un établissement public administratif composé de 146 personnes ^[22] créé par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ^[23]. L'Institut est sous la tutelle du ministère de la santé.

Ses missions sont de:

- mettre en œuvre, pour le compte de l'État et de ses établissements publics, les programmes de santé publique ;
- exercer une fonction d'expertise et de conseil en matière de prévention et de promotion de la santé ;
- assurer le développement de l'éducation pour la santé sur l'ensemble du territoire ;
- participer, à la demande du ministre chargé de la santé, à la gestion des situations urgentes ou exceptionnelles ayant des conséquences sanitaires

collectives, notamment en participant à la diffusion de messages sanitaires en situation d'urgence ;

- établir les programmes de formation à l'éducation à la santé, selon des modalités définies par décret.

L'INPES est un expert des connaissances des comportements des Français. Il réalise des enquêtes et des études sur la santé des Français qui permettent de :

- disposer d'indicateurs quantifiés sur les attitudes, connaissances, opinions et comportements de la population dans les différents domaines étudiés ;
- disposer d'indications précieuses sur la modification des comportements et donc l'impact des politiques de santé publique au fil du temps ;
- de mieux comprendre les attentes de la population et des professionnels de santé ainsi que les freins à certaines pratiques.

Un des documents très attendu de l'INPES est la parution du Baromètre santé, le dernier est paru en 2010 ^[24]. Il permet de faire le point sur l'évolution des nombreuses thématiques. Les thèmes du baromètre santé 2010 sont :

- Signalétique, perceptions de santé ;
- Santé et travail, qualité de vie, Internet et santé ;
- Vaccination ;
- Virus respiratoires ;
- Poids et troubles des conduites alimentaires ;
- Tabac, alcool, drogues illicites ;
- Suicide et santé mentale ;
- Sexualité, contraception et IST ;
- Consommation de soins et de médicaments ;
- Événements de vie et violence ;
- Sommeil ;
- Jeu pathologique ;
- Maladies chroniques, handicaps ;
- Maladie d'Alzheimer ;
- Accidents.

L'étude concernant l'observation de la prévalence du tabagisme a été réalisée sur un échantillon important (27 658 personnes) et permet d'étudier ces évolutions sur l'ensemble de la population mais aussi sur des tranches d'âge particulières par rapport au dernier Baromètre Santé réalisé en 2005.

Le principal constat que l'on puisse tirer de ce Baromètre Santé 2010 est que le tabagisme est en augmentation en France par rapport à 2005 et en particulierité chez les femmes. En effet, la part de fumeurs quotidien a augmenté de 2 points passant de 27,3% à 29,1% en 5 ans sur l'ensemble de la population de 15 - 75 ans (Figure 8)

L'augmentation de la prévalence du tabagisme quotidien chez les femmes se révèle assez importante car elle prend 3 points (de 23,3% à 26,1%) et est particulièrement importante pour les 45 - 54 ans (21,9% à 29,3%) (Figure 9). Par contre, chez les hommes, l'augmentation n'est pas significative comparativement à 2005.

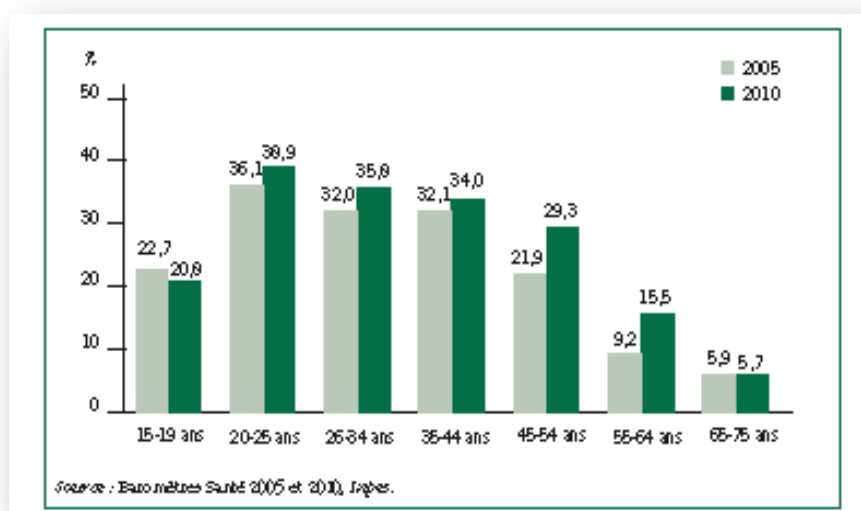


Figure 8: Evolution de l'usage quotidien de tabac parmi les femmes (15 - 75 ans)^[24]

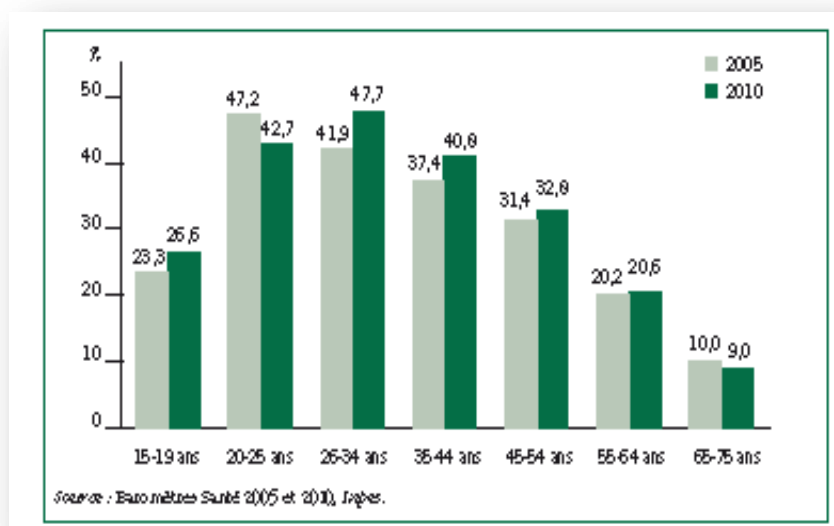


Figure 9 : Evolution de l'usage quotidien de tabac parmi les hommes (15 - 75 ans)^[24]

Il existe également le même type d'étude mais concernant la tranche d'âge des 15 - 30 ans : le baromètre santé jeunes 2010 ^[25]. Il a été réalisé sur un effectif de 6 004 personnes sur la France entière.

Les résultats montrent que, parmi les 15 - 75ans, les jeunes de 15 à 30 ans sont les plus nombreux à fumer soit 44% des fumeurs actuels (Figure 10).

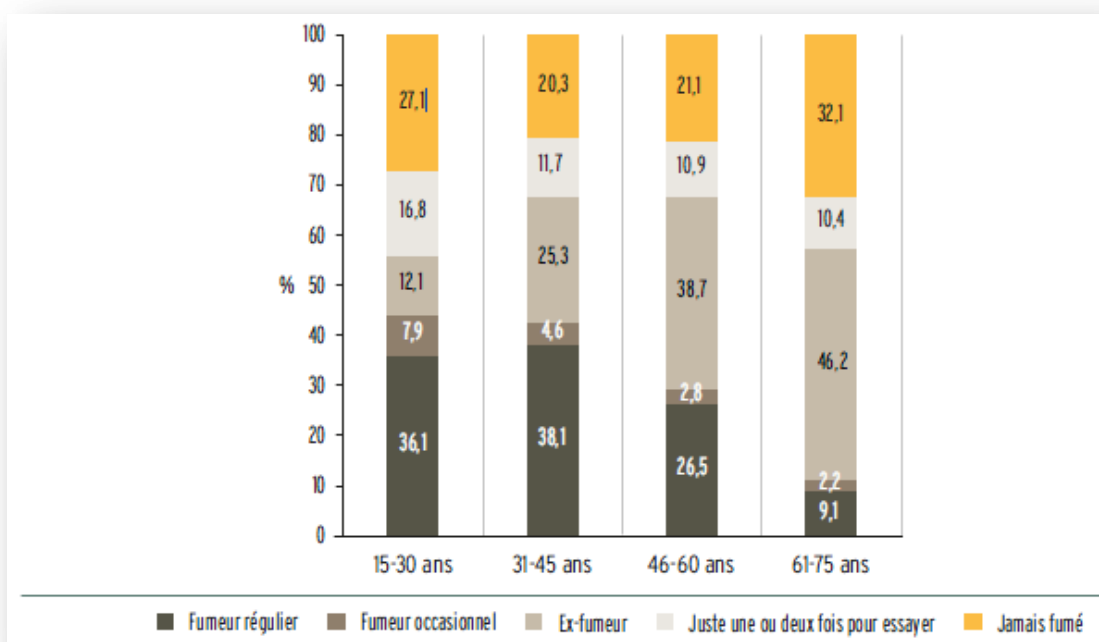


Figure 10 : Statut tabagique selon l'âge parmi les 15 - 75 ans (en %)^[25]

Au sein des 15 - 30 ans, les fumeurs occasionnels restent stables quelque soit la tranche d'âge tandis que le pourcentage de fumeurs réguliers croît avec l'âge (Figure 11).

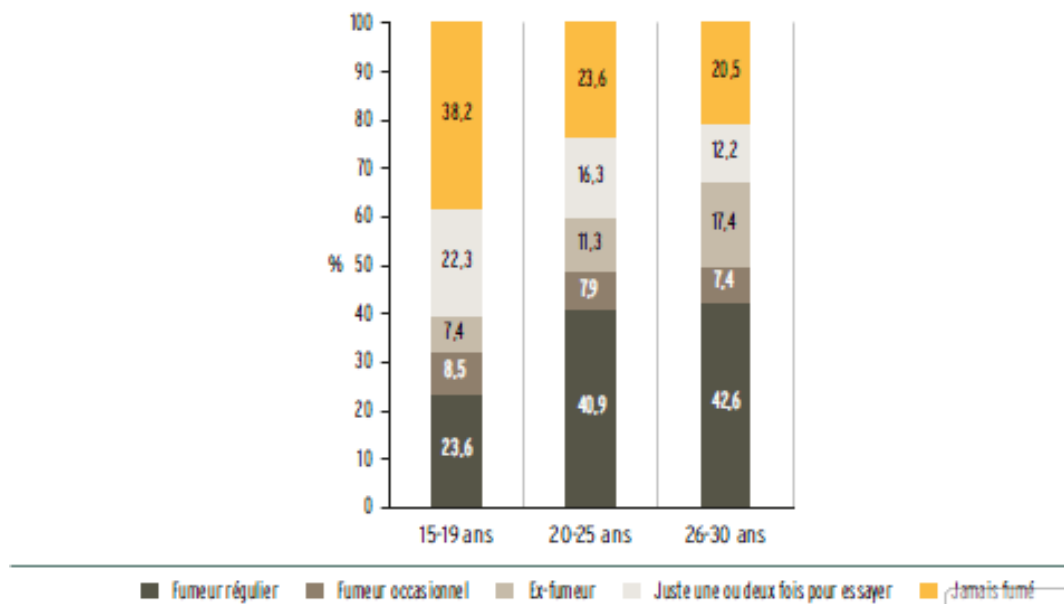


Figure 11: Statut tabagique selon l'âge parmi les 15 - 30 ans (en %)^[25]

1.1.2.2. InVS

L'InVS est un établissement public, également placé sous la tutelle du ministère de la Santé ^[26]. Il a été créé par la loi du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et au contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme ^[27]. Ses missions ont été renforcées par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique pour répondre aux nouveaux défis révélés par des crises sanitaires et des risques émergents ^[28].

Il est composé de plusieurs départements et services, et dispose d'un réseau régional composé lui-même de Cellules interrégionales d'épidémiologie (Cire). Il existe 17 Cire, qui sont localisées au sein des ARS et animent la veille en région.

Ses missions sont :

- la surveillance et l'observation permanente de l'état de santé de la population
- la veille et la vigilance sanitaires
- l'alerte sanitaire
- une contribution à la gestion des situations de crise sanitaire

Les missions de l'InVS s'appliquent à l'ensemble des domaines de la santé publique : les maladies infectieuses, les effets de l'environnement sur la santé, les risques d'origine professionnelle, les maladies chroniques et les traumatismes, les risques internationaux (pandémie grippale, Ebola...).

L'InVS a publié le 31 mai 2011, journée mondiale sans tabac, son bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH), un communiqué d'une vingtaine de pages écrit par différents professionnels (professeurs, médecins, associations, épidémiologistes...) qui traitent de sujets rapportant au tabagisme en France tels que : l'augmentation récente du tabagisme en France, l'effet du tabagisme passif, les bénéfices cardiovasculaires du sevrage tabagique ou encore le traitement de la dépendance ^[29].

L'éditorial est écrit par Claude Evin, aujourd'hui directeur général de l'ARS d'Ile de France mais, plus particulièrement connu pour la mise en place de la loi Evin lorsqu'il était ministre de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale en 1991. Cette loi, appelée aussi loi du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, lutte contre le tabagisme en établissant le principe d'une interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif, ainsi que dans les lieux collectifs de transport ^[30].

Il rappelle, dans le BEH, que « la lutte anti-tabac reste une vigilance permanente » et nous indique que les chiffres concernant le tabagisme restent médiocres (cf. Baromètre Santé 2010), que la consommation de tabac augmente de nouveau alors qu'elle diminuait depuis une vingtaine d'années ^[31].

Gérard Dubois, chef de service d'évaluation médicale au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) d'Amiens, rappelle, dans le BEH, que le tabac est la première cause évitable de décès dans le monde et que l'aide au sevrage tabagique est la mesure qui présente les meilleurs résultats sur la santé pour les dépenses investies. D'après l'Assurance Maladie, un euro investi dans le sevrage tabagique permettrait d'économiser 6 à 7 euros sur les dépenses de santé ^[32]. Actuellement, l'investissement estimé pour la lutte contre le tabac est de 0,06 et 0,08 euros par habitant et par an ^[33].

1.1.2.3. INSERM

Créé en 1964, l'INSERM est un établissement public à caractère scientifique et technologique placé sous la tutelle du Ministère de la Santé et du Ministère de la Recherche ^[34]. C'est le seul organisme public de recherche français entièrement dédié à la santé humaine. Il a la responsabilité d'assurer la coordination stratégique, scientifique et opérationnelle de la recherche biomédicale.

Depuis le 11 mars 2009, par le décret n°2009-278, l'INSERM peut assumer ses missions dans le contexte de la recherche face aux nouveaux défis scientifiques, sanitaires et économiques du XXI^e siècle. L'expertise et la veille scientifiques sont, désormais, inscrites comme missions officielles de l'Institut ^[35].

En février 2014, l'INSERM publie un rapport : « les conduites addictives chez les adolescents, principaux principes et recommandations » ^[36].

Comme il est indiqué dans l'avant-propos du rapport, « l'objectif de cette expertise a été d'évaluer au mieux l'ampleur du phénomène chez les jeunes âgés de 10-18 ans, d'identifier les principaux produits concernés et l'évolution des modes de consommation, les facteurs de risque, les principaux effets sur la santé ainsi que les dommages sociaux associés, et enfin de décrire les stratégies d'intervention ayant fait l'objet d'une évaluation, dans le but de proposer des recommandations utiles à la prévention et à la prise en charge ». L'INSERM a réuni un groupe pluridisciplinaire d'experts en épidémiologie, santé publique, sciences humaines et sociales, addictologie, neurosciences, communication pour réaliser ce rapport.

Concernant le tabagisme chez les jeunes de 10 -18 ans, il a été constaté que le tabac est le premier produit psychoactif consommé quotidiennement à l'adolescence et qu'après une longue période de baisse, nous avons pu voir une reprise du tabagisme depuis les années 2007-2008. Il est indiqué que la France se situe en 2011 parmi les pays européens où la prévalence du tabagisme chez les jeunes âgés de 16 ans est la plus élevée.

1.1.3. Au niveau régional

Les deux organismes pouvant délivrer des données (qualitatives et/ou quantitatives), des rapports ainsi que des références au niveau des Pays de la Loire sont l'Observatoire Régionale de la Santé ORS et l'ARS.

1.1.3.1 ORS Pays de la Loire

L'ORS est un organisme scientifique indépendant qui a pour mission de contribuer à l'observation régionale de la santé, à travers la production, l'analyse et le partage des connaissances sur la santé de la population ^[37].

L'ORS des Pays de la Loire, actuellement dirigé par le Dr. A. TALLEC, médecin de santé publique et membre du Haut conseil de la santé publique, s'appuie sur une équipe pluridisciplinaire de douze personnes.

Chaque région possède un ORS. Ils sont regroupés au sein de la Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé (FNORS) ^[38].

Les activités de l'ORS sont réparties en deux grands domaines :

- un centre ressources, qui assure une mission permanente d'observation de l'état de santé de la population, cofinancé par l'Agence régionale de santé et le Conseil régional ;
- des études réalisées à la demande d'acteurs régionaux ou nationaux.

Les missions permanentes s'organisent autour de trois axes :

- assurer la veille, maintenir les outils, développer le partenariat et l'expertise nécessaire à une observation de la santé de qualité ;
- produire des documents généraux ou thématiques analysant les données de santé directement disponibles (téléchargement via le site internet) ; l'ORS édite, tous les trois à quatre ans, le tableau de bord régional « La santé observée » rassemblant les principaux indicateurs de santé de la région et ainsi qu'annuellement des tableaux de bord thématiques publiés (périnatalité, dépistage des cancers, Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH)/sida, suicides...);
- partager l'information et l'expertise de santé publique.

L'ORS dispose de nombreuses données concernant la santé de la population, c'est un site incontournable lors de la préparation d'un projet de prévention de santé publique au niveau régional ou départemental.

Dans le cadre d'un projet de sevrage tabagique, il a été trouvé un document concernant le tabagisme des jeunes ligériens appelé le baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2010 ^[39].

Le Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2010 est une enquête en population qui décline régionalement le Baromètre santé national mis en œuvre par l'INPES.

Réalisé tous les cinq ans, son objectif est de mettre à la disposition des acteurs régionaux des données sur les déterminants et l'état de santé des jeunes ligériens et leur évolution.

Il porte sur les connaissances, attitudes et comportements des 15-25 ans dans le domaine de la santé et produit des informations sur les perceptions, conduites et habitudes de vie des jeunes de la région. Les questions posées explorent la santé perçue et la qualité de vie, les consommations d'alcool, de tabac et de drogues, les comportements liés à la sexualité (contraception, prévention des infections sexuellement transmissibles), les activités sédentaires et les activités sportives, les événements de vie et la violence subie, les accidents etc.

Cette étude a pu mettre en évidence qu'il n'y a pas de recul, ni du tabagisme, ni de la dépendance tabagique, par rapport aux études effectuées en 2000 et 2005, chez les jeunes ligériens. La moyenne des jeunes déclarants fumés dans la région est supérieure à la moyenne nationale (cf. tableau 2).

Tableau 2: Comparatif du pourcentage des jeunes déclarants fumer (Pays de la Loire/France)

Age	Pourcentage Région Pays de la Loire	Pourcentage France
15 ans	52 %	44%
16 ans	67%	55%
17 ans	64%	55%

1.1.3.2. L'Agence Régionale de Santé Pays de la Loire

Chaque région possède une ARS, leur organisation est basée sur le même schéma. Créée en Avril 2010, l'ARS des Pays de la Loire est un établissement public autonome au niveau administratif et financier ^[40]. Elle assure la coordination entre les services de l'Etat et l'Assurance Maladie, en regroupant d'anciennes structures traitant de la santé publique et de l'organisation des soins, telles que la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS), l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) et la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS).

Dirigée par Mme Marie-Sophie Desaulle, l'ARS est découpée en 3 directions :

- Direction métiers : Promotion de la santé, offre de soins *etc.* ;
- Délégations territoriales : Loire-Atlantique, Maine-et-Loire, Mayenne, Sarthe et Vendée ;
- Directions Supports : Ressources humaines, système d'informations, *etc.*

L'ARS assure le dialogue avec les acteurs de santé de la région pour définir et conduire une stratégie régionale de santé, appelé le Projet Régional de Santé (PRS). Ce PRS permet d'identifier les objectifs que s'est fixée la région en matière de santé publique pour répondre aux besoins de santé de la population.

Il est propose 3 orientations stratégiques :

- D'améliorer de l'espérance de vie sans incapacité et le taux de mortalité évitable avant 65 ans des ligériens par une politique de promotion de la santé pour tous ;
- De faire progresser l'organisation du système de santé en s'appuyant sur des professionnels compétents et mobilisés ;
- De faire face à l'augmentation de la population, et au nombre de personnes vivant avec une maladie ou un handicap en répondant à leur besoin d'accompagnement personnalisé.

Le PRS est constitué de 3 schémas régionaux de santé, de 5 programmes territoriaux (correspondant aux 5 départements de la région Pays de la Loire) et de 4 programmes régionaux thématiques qui déclinent concrètement les actions qui vont être réalisées.

Partie 2 : Application à un projet de prévention le sevrage tabagique

Les objectifs des schémas régionaux de santé sont découpés comme ci-après :

- 15 objectifs pour la prévention et la promotion de la santé ;
- 31 objectifs pour l'organisation des soins ;
- 18 objectifs pour l'accompagnement médico-social.

Le projet de sevrage tabagique pourrait répondre à un des objectifs fixé dans le schéma régional de prévention qui est de « développer la formation à la prévention et à la promotion de la santé auprès de l'ensemble des professionnels de santé dans une approche globale et s'appuyer sur les acteurs de santé, notamment du premier recours, pour la mise en œuvre des actions de prévention afin d'en généraliser et d'en amplifier les effets » ^[41].

1.2. Mesures en faveur du sevrage tabagique

Les mesures anti-tabac peuvent être prises par le ministère de la Santé, mais les ARS peuvent également soutenir et promouvoir des projets à l'échelle régionale et/ou départementale.

1.2.1. Au niveau national

Actuellement, il existe un remboursement des substituts nicotiques, sur prescription médicales, à hauteur de 50€ par an et par patient et de 150€ pour les femmes enceintes ^[42].

Dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale 2014, il a été décidé de renforcer l'aide à l'arrêt du tabac chez les jeunes adultes en augmentant ce forfait à 150€ ^[43].

Les personnes souhaitant arrêter de fumer peuvent faire appel à la ligne téléphonique Tabac Info Service au 3989 où il y a la possibilité de se faire accompagner par un tabacologue tout au long dans son arrêt.

Elles peuvent également se rendre dans un centre de tabacologie du CHU le plus proche de chez eux.

Mises à part les mesures en faveur du sevrage tabagique, le gouvernement annonce une série de mesures contre le tabagisme : augmentation du prix des paquets de cigarettes, mise en place du paquet neutre.

1.2.2. Au niveau régional

D'après les tabacologues du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) d'Angers et de Tours dont certains font parti de la Société Française de Tabacologie (SFT), il n'existe pas, à l'heure actuelle, de programme de sevrage tabagique à l'officine sous forme de suivis réguliers. Des pharmaciens officinaux sont activement impliqués dans le sevrage tabagique mais il est difficile de les répertorier et de les mettre en relation.

En effet, il n'existe pas de coordination en matière de sevrage tabagique entre les différents professionnels de santé. Chaque acteur de prévention (médecin généraliste ou hospitalier, sage femme, pharmacien, dentiste, associations...) travaille à son échelle. Il n'y a ni de partage ni d'échange entre les différentes « branches » qui pourraient être associé au sein d'une même entité et surtout en faveur d'un même but : diminuer la prévalence du tabac.

2. Le projet

L'idée d'un projet de prévention en santé provient d'un constat fait par une personne dont le problème préoccupe et qui a envie de le porter à un niveau local, départemental ou régional pour que tout le monde puisse en bénéficier. Cela nécessite une certaine organisation comme cela été expliqué dans la première partie.

2.1. Description du projet

2.1.1. Origine

C'est un pharmacien d'officine, titulaire d'un diplôme interuniversitaire (DIU) de tabacologie qui est à l'origine de ce projet. Depuis 2011, il propose au sein de son officine des suivis de sevrage tabagique pour les fumeurs souhaitant arrêter de fumer.

2.1.2. Naissance du projet

Il fait suite à deux constats. Tout d'abord, au niveau du territoire français, la consommation de tabac tue 200 personnes par jour en faisant perdre en moyenne

10 à 15 ans d'année de vie à chaque fumeur. C'est la 1^{ère} cause de mortalité évitable^[44].

L'étude de Doll et coll. indique qu'un fumeur sur deux meurt prématurément du tabagisme ^[45]. La lutte contre le tabagisme est un enjeu de santé publique où la prévention joue un rôle primordial.

Warner DD. et coll. ont réalisé une étude sur les lignes téléphoniques d'arrêt du tabac, les « quitlines » (équivalent du Tabac Info Service français) dans l'état du Massachusetts, aux Etats Unis de 2002 à 2011 ^[46].

En partenariat avec les différents systèmes de santé privés, les professionnels de santé ont enregistré les patients fumeurs à ce service téléphonique. Depuis 2002, le nombre de patients inscrits ne cessent d'augmenter. Les auteurs expliquent que cet engouement est du à une double action : la distribution gratuite de kit de démarrage de patch ainsi que l'introduction d'un dossier médical électronique facilitant ainsi la mise en relation des patients avec les lignes téléphoniques d'arrêt.

La Société Française de Tabacologie (SFT) via sa lettre mensuelle de septembre 2012 indique que tous les outils existent en France. Cependant, un manque de coordination entre les différents systèmes freine l'opérationnalité de ce service ^[47].

Le sevrage tabagique permettrait des économies de santé non négligeables à long terme : diminution des cancers bronchiques, des maladies cardiovasculaires entraînant alors une diminution des hospitalisations et donc une diminution des dépenses.

Des chercheurs français, K. Chevreul et coll. ont évalué « le coût –efficacité » de la prise en charge à 100% du sevrage tabagique par l'assurance maladie (à partir de données françaises) contre l'actuel forfait annuel de 50 € par bénéficiaire et par an^[48]. Le résultat est sans appel puisque le ratio coût-efficacité par année de vie gagnée (AVG) est de 1 786 €/AVG : le sevrage tabagique est très « coût-efficace », notons que cette étude ne prend pas en compte la diminution de la prévalence des maladies liées au tabac.

Les chercheurs comparent ce résultat aux autres actions de prévention primaire et secondaire mises en place dans les pathologies cardiovasculaires comme les

statines qui présentent un ratio coût-efficacité de 2 579 €/AVG ^[49] et celui de l'aldostérone qui s'élève à 17 333 €/AVG ^[50]. L'article précise aussi que si cette stratégie est adoptée par l'assurance maladie, les prix des médicaments pourront être renégociés et seraient alors moins chers.

Par ailleurs, le deuxième constat provient de l'étude réalisée par M. Vincent Loubrieu dans son mémoire de DIU de tabacologie ^[51]. Elle est constituée de deux volets : un questionnaire « pharmacien » et un dossier « entretien pharmacien ». Le questionnaire a été envoyé aux 450 officines adhérentes au groupement Giropharm permettant de connaître la typologie de l'officine, la formation et l'implication de l'équipe officinale.

Le dossier « Entretien Pharmacien » a permis d'analyser le profil des fumeurs à partir des dossiers patient, leur état de dépendance et le suivi du sevrage.

Soixante - douze pharmacies ont répondu à cette étude permettant de recueillir 237 dossiers (131 femmes et 106 hommes). L'étude compare les résultats obtenus grâce aux questionnaires envoyés aux pharmacies avec les résultats de l'étude de M^{me} Anne Le Faou et coll. qui a permis d'analyser les caractéristiques des personnes fréquentant les centres de tabacologie ^[52].

L'étude de M. Vincent Loubrieu cible une population beaucoup plus jeune et moins dépendante que celle retrouvée dans les consultations de tabacologie des centres hospitaliers, les fumeurs s'adressant aux officines ont une moyenne d'âge de 37,7 ans contre 42,6 ans dans les centres de tabacologie. Concernant les tranches d'âge, les 15 - 34 ans représentent environ 42% des pharmacies contre environ 22% dans les centres de tabacologie (tableau 3).

Tableau 3 : Comparatif de l'âge des fumeurs fréquentant des centres de tabacologie et des officines ^[52]

		Centre de tabacologie	Pharmacies Giropharm
Age moyen		42,6 ans	37,7 ans
Classe d'âge	15 - 24 ans	2,1 %	15,4 %
	25 - 34 ans	20,5 %	26,6 %
	35 - 44 ans	30,7 %	29,5 %
	45 - 54 ans	28 %	18,7 %
	55 - 64 ans	11,8 %	9,3 %
	Plus de 65 ans	3,9 %	0,5 %

La plupart des patients des unités de soins (pneumologie, cardiologie, endocrinologie, *etc.*) nécessitant un sevrage tabagique, sont directement envoyés dans les centres de tabacologie présents au sein des centres hospitaliers.

En septembre 2012, la SFT publie dans sa lettre mensuelle, un article concernant le rôle important des cardiologues dans le sevrage tabagique où elle cite deux publications ^[47].

La première réalisée par Raupach et coll. rappelle que le tabagisme est le facteur de risque le plus modifiable dans les pathologies cardiovasculaires ^[53]. La seconde d'Alboyans et coll. démontre les bénéfices de l'arrêt du tabac ^[54]. Cette étude réalisée en Angleterre et en Ecosse entre 1981 et 2000 indique que le sevrage tabagique a évité près de 25 000 décès tandis que le traitement des dyslipidémies et de l'hypertension ont évité respectivement la mort de 7 000 et 5 000 personnes. Cependant, ils constatent également que les cardiologues ne remplissent pas leur rôle dans le cadre de la prévention.

2.1.3. Présentation du projet

Le projet serait de mettre en place un programme de sevrage tabagique coordonné par le pharmacien d'officine et pluridisciplinaire (médecins généralistes, pharmaciens, tabacologues, Instance Régionale d'Education et de Prévention de la Santé, Service Universitaire de Médecine Préventive de la Santé, *etc.*) dans le cadre

des nouvelles missions accordées par la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire (HPST) du 21 Juillet 2009 ^[55]. Ce programme serait rémunéré sous forme de forfait. L'inclusion du patient se ferait à l'officine par le biais du Conseil Minimal (CM) et en accord avec le médecin généraliste du fumeur.

Le CM est une intervention qui s'adresse à tous les fumeurs qu'ils soient prêts ou non à arrêter de fumer et qui doit être, normalement, réalisée par tous les professionnels de santé selon un rapport de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits en Santé (maintenant Agence Nationale de la Sécurité du Médicament)^[56].

Comme l'expliquent Mesdames Béatrice Le Maitre, Sylviane Ratte et Anne Stoebner, auteures de l'ouvrage « Sevrage tabagique : des clés indispensables pour les praticiens », le but est de motiver les fumeurs à tenter d'arrêter de fumer, c'est-à-dire de faire passer le fumeur à un stade où il n'est plus heureux de fumer ^[57].

Le CM intervient avant les interventions d'arrêt du tabac qui, elles, sont réservées aux personnes prêtes. Il dure environ une minute et consiste à poser 2 questions au patient :

- Fumez-vous ?
- Avez-vous déjà envisagé d'arrêter ?

Suivant les réponses données par le patient, le pharmacien s'orientera vers « le parcours » qui correspondra au mieux à son patient (figure 12)

Conseil Minimal

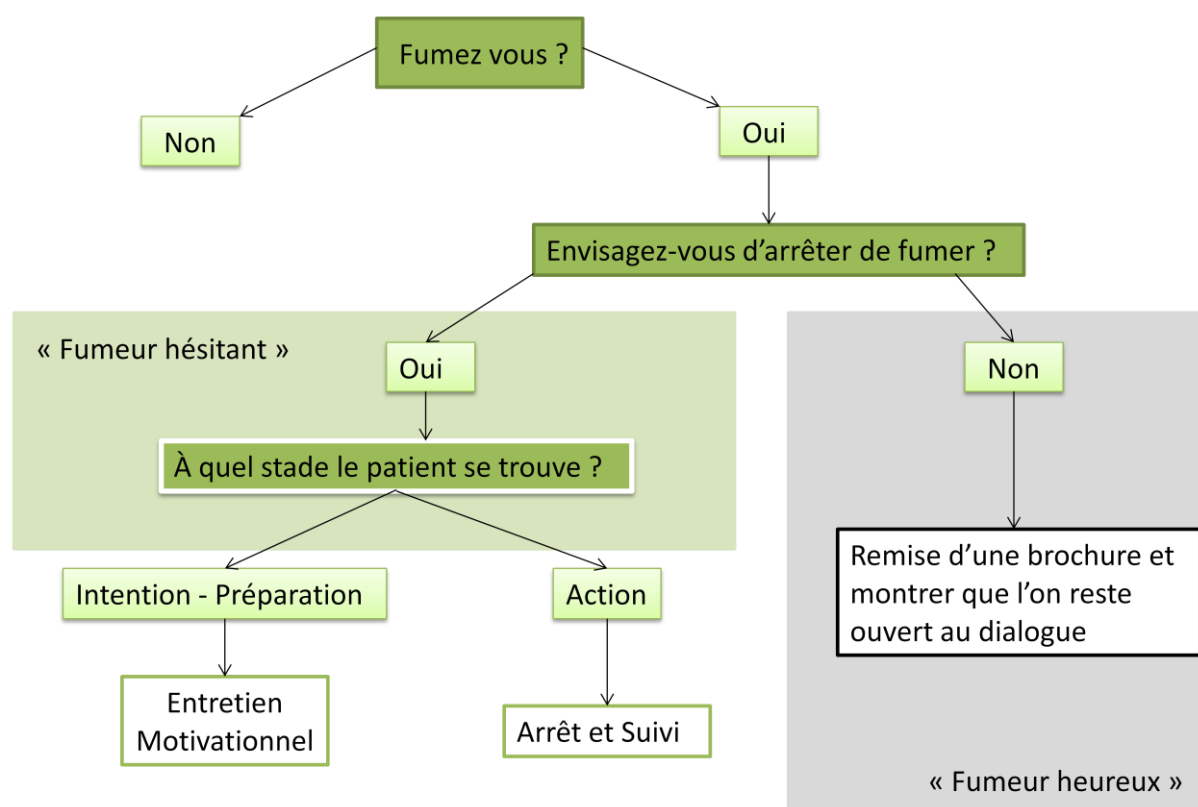


Figure 12 : le Conseil Minimal au comptoir

Dans sa thèse d'exercice, M^{me} Laura Delépine, pharmacienne officinale, cite deux études montrant l'efficacité du CM ^[58].

D'une part, une étude, réalisée aux Etats-Unis, montre la capacité « d'une intervention brève à modifier le comportement des patients fumeurs ». Les auteurs ont suivi le cas de 205 patients qui ont été partagés en 3 groupes ^[59]:

- Groupe 1 : intervention sur l'arrêt du tabac par le médecin (message de conseil d'arrêt et consultation brève sur les bénéfices de l'arrêt).
- Groupe 2 : intervention sur l'arrêt du tabac par le médecin plus un manuel d'aide à l'arrêt.
- Groupe 3 : groupe témoin.

Un mois après la consultation, trois fois plus de patients ont arrêtés de fumer dans le groupe 2 par rapport au groupe témoin et six mois après, ce sont deux fois plus de patients du groupe 2.

D'autre part, une seconde étude est réalisée en Australie sur 1238 fumeurs, répartis en 2 groupes ^[60] :

Partie 2 : Application à un projet de prévention le sevrage tabagique

- Groupe 1 : groupe témoin (aucune intervention de la part du médecin)
- Groupe 2 : groupe ayant reçu un conseil et distribution d'un manuel

Après une évaluation à un an, « 7,5% des fumeurs ayant reçu l'intervention brève avaient arrêté de fumer pendant six mois ou plus contre 3,2% dans le groupe témoin ».

Le fonctionnement du programme serait calqué sur les mêmes principes que ceux mis en place dans le cadre d'un projet d'éducation thérapeutique.

Lors du premier rendez-vous, le pharmacien, formé à la tabacologie, effectuera le « diagnostic éducatif » afin de déterminer le stade du fumeur dans le cycle de Prochaska ainsi que le degré de motivation et de dépendance ^[61] (figure 13). Le pharmacien appréhendera, alors, les besoins du fumeur.

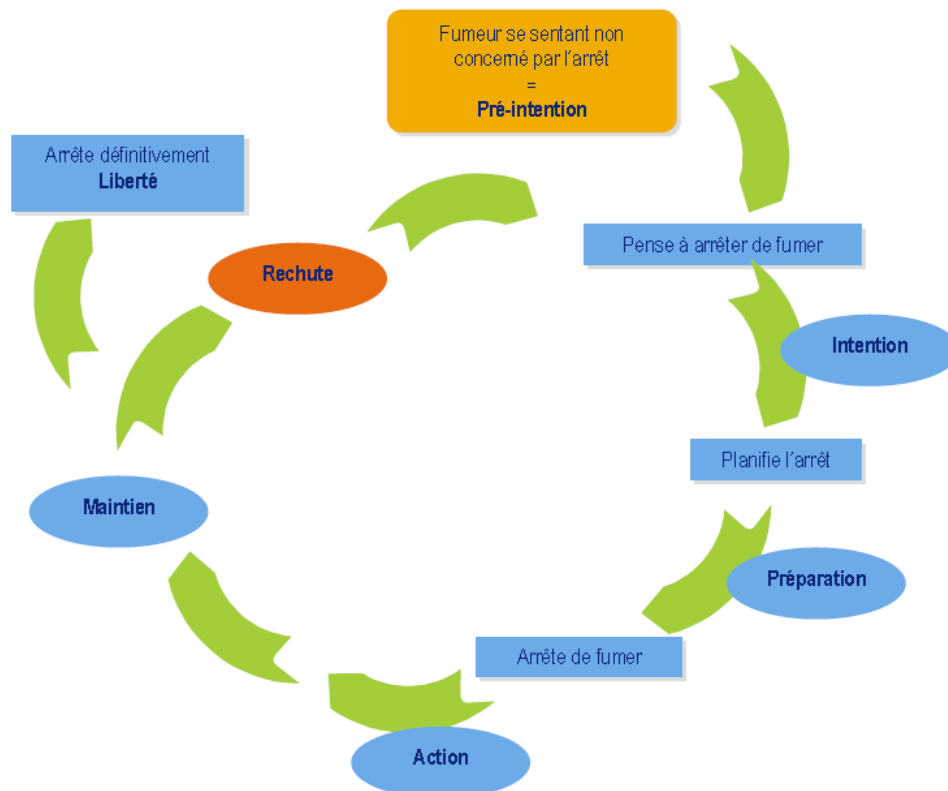


Figure 13: Cycle de Prochaska et de Di Clemente ^[61]

Des objectifs précis seront dégagés afin de mettre en place un « programme » de sevrage tabagique. Le pharmacien et le patient se rencontreront lors de séances de suivi selon la demande et les besoins du patient. Il y aura également des réévaluations régulières des objectifs voire une réorientation vers un autre

professionnel de santé en fonction de l'évolution du sevrage et des compétences de chaque intervenant.

Des conducteurs des séances de suivi sont prévus pour chaque séance accompagnés d'outils comme le test de Fagerström ^[62], le testeur de monoxyde de carbone (CO), les tests HAD ^[63] et QMat ^[64], la balance décisionnelle ^[65], des vignettes « situation à risque », une feuille de suivi personnel de sevrage (cf. annexes 3/4/5/6), *etc.*

Une évaluation du programme sera réalisée afin de mettre en valeur les points positifs et les points négatifs. Cela permettra d'envisager que le projet se généralise afin de donner la possibilité à l'ensemble des officines du territoire national de participer au sevrage tabagique.

2.2. Objectifs

Suite à l'état des lieux, les différents objectifs du projet ont pu être dégagés.

2.2.1. Objectif général

L'objectif principal de ce projet est de diminuer la prévalence du tabagisme dans la population des 18 - 30 ans, dans le département du Maine et Loire au sein d'une quinzaine d'officines.

2.2.2. Objectifs stratégiques

1^{er} objectif : développer un accompagnement à l'officine des patients souhaitant arrêter de fumer

2^{ème} objectif : promouvoir le projet auprès des personnes compétentes

2.2.3. Objectifs opérationnels

Le premier objectif stratégique se découpe en 4 objectifs opérationnels :

- Obtenir un financement ;
- Recruter et former les pharmaciens ;
- Informer les patients des officines de l'existence d'un programme de sevrage tabagique ;
- Réaliser des entretiens à la pharmacie.

Quant au deuxième objectif, il se décline en 2 types d'actions :

- Présenter le projet aux médecins traitants et certaines associations ciblant l'âge de la population (IREPS, SUMPS, CSAPA, CJC) ;
- Elaborer un répertoire des acteurs du projet pour que chaque professionnel de santé puisse rediriger les patients si c'est nécessaire.

2.3. Arbre des objectifs

L'arbre des objectifs permet de visualiser sous forme de schéma les différents liens existant entre les objectifs (figure 14)

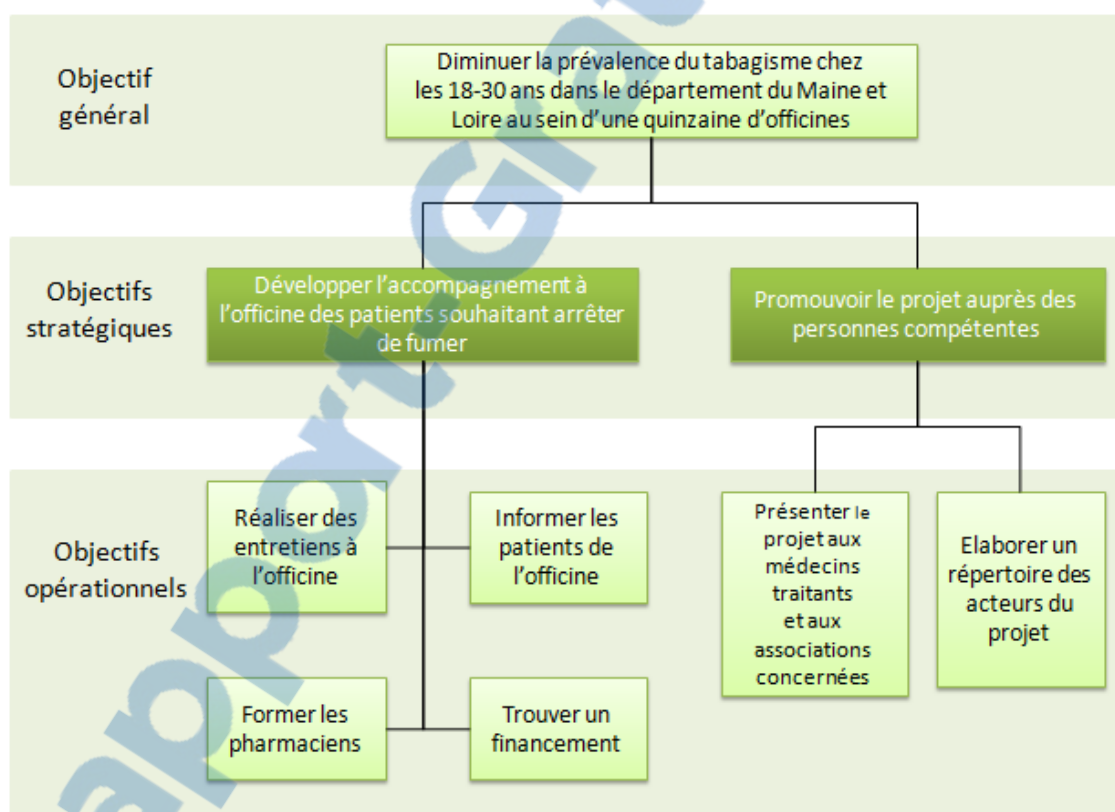


Figure 14 : Arbre des objectifs

2.4. Population cible

Les patients entrant dans les officines étant plus jeunes que ceux des centres de tabacologie, une population correspondant aux 18 - 30 ans, hommes et femmes a été ciblée ^[52;53].

2.5. Partenaires

Plusieurs partenaires peuvent faire parti du projet : ce sont des organisations régionales, des associations d'addictologie, des professionnels de santé...

2.5.1. L'Agence Régionale de Santé Pays de la Loire

2.5.1.1. Missions

Elle a pour mission de mettre en place la politique de santé dans la région. Son organisation s'appuie sur un projet de santé élaboré en concertation avec l'ensemble des professionnels et des usagers, dans un souci d'efficacité et de transparence. Elle propose une approche globale et transversale de la santé, qui couvre tous les domaines de la santé publique (prévention, promotion de la santé, veille et sécurité sanitaires, organisation de l'offre de soins dans les cabinets médicaux de ville, en établissements de santé et dans les structures médico-sociales) ^[66].

2.5.1.2. Rôle dans le projet

L'ARS permet de promouvoir le projet au sein de sa région. Elle peut également participer au financement de projets de santé qu'ils soient proposés par les professionnels ou par des associations.

Dans notre cas, elle financera la formation des pharmaciens à la tabacologie et sera inclus dans le projet par un contrat d'objectifs et de moyens, existant entre l'ARS et l'Union Régionale des Professionnels de Santé Pharmaciens des Pays de la Loire.

2.5.2. Union Régionale des Professionnels de Santé pharmaciens

2.5.2.1. Présentation

Les URPS ont été créées dans le cadre de la loi HPST du 21 juillet 2009 ^[55]. D'après l'article L. 4031-1 de cette loi, « Dans chaque région et dans la collectivité territoriale de Corse, une union régionale des professionnels de santé rassemble, pour chaque profession, les représentants des professionnels de santé exerçant à titre libéral. Ces unions régionales des professionnels de santé sont regroupées en une fédération régionale des professionnels de santé libéraux ».

Les URPS sont constitués de membres élus par les professionnels de santé en activité exerçant à titre libéral, pour une durée de 2 ans. Les URPS pour les différents acteurs en santé concernés sont :

- Biologistes responsables ;
- Sages-femmes ;
- Pédiatures-podologues ;
- Orthophonistes – orthoptistes ;
- Infirmiers ;
- Masseurs-kinésithérapeutes ;
- Chirurgiens-dentistes ;
- Pharmaciens ;
- Médecins

C'est l'article L. 4031-3 du code de la santé qui explicite le rôle des URPS : « Les unions régionales des professionnels de santé et leurs fédérations contribuent à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé au niveau régional, notamment à la préparation du projet régional de santé et à sa mise en œuvre » ^[68].

2.5.2.2. Missions

Les URPS peuvent conclure des contrats avec l'ARS et assurer des missions particulières impliquant les professionnels de santé libéraux dans les domaines de compétence de l'agence ^[69].

Elles participent à différentes missions, telles que :

- La préparation et à la mise en œuvre du projet régional de santé ;
- L'analyse des besoins de santé et de l'offre de soins, en vue notamment de l'élaboration du schéma régional d'organisation des soins ;
- L'organisation de l'exercice professionnel, notamment en ce qui concerne la permanence des soins, la continuité des soins et les nouveaux modes d'exercice ;
- Des actions dans le domaine des soins, de la prévention, de la veille sanitaire, de la gestion des crises sanitaires, de la promotion de la santé et de l'éducation thérapeutique ;
- A la mise en œuvre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les réseaux de santé, les centres de santé, les maisons de santé et les pôles de santé, ou des contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins ;
- Au déploiement et à l'utilisation des systèmes de communication et d'information partagés ;
- A la mise en œuvre du développement professionnel continu.

2.5.2.3. Rôle dans le projet

Interlocuteur privilégié des pharmaciens, l'URPS pharmaciens possède un rôle de soutien et permet de porter des projets au niveau des institutions nationales (notamment l'ARS) grâce à son statut. Elle participe au financement du projet, fait parti du comité de pilotage.

2.5.3. Unité de coordination de tabacologie (UCT)

Cette unité, présente au CHU, permet aux patients d'être suivis durant leur sevrage tabagique.

2.5.3.1. *Présentation*

L'UCT est une unité fonctionnelle du département Pneumologie du CHU d'Angers dirigée par le Pr Thierry Urban, professeur des universités -praticien hospitalier ^[71]. Le responsable de l'UCT est le Dr Claude Guillaumin, praticien hospitalier. L'équipe de l'UCT est composée de praticiens hospitaliers, d'une diététicienne, d'une psychologue et d'une cadre de santé.

2.5.3.2. *Missions*

Le département Pneumologie exerce différentes activités notamment des actions de prévention et d'éducation thérapeutique :

- Consultations d'aide à l'arrêt du tabac (UCT) ;
- Consultations d'éducation thérapeutique chez l'asthmatique ;
- Education thérapeutique en allergie alimentaire ;
- Conseils en environnement extérieur

2.5.3.3. *Rôle dans le projet*

L'UCT joue plusieurs rôles. Les pharmaciens d'officine, réalisant ces entretiens, pourront rediriger les patients au besoin à l'UCT et réciproquement, l'UCT pourra proposer à ces patients d'être pris en charge en ville. Il peut être également envisagé d'échanger entre les pharmaciens et l'UCT sur des cas difficiles ou posant des difficultés.

M. Guillaumin, en collaboration avec M. Loubrieu, a permis de construire le plan de formation destiné aux pharmaciens d'officine pour la réalisation des entretiens.

2.5.4. Pharmaciens officinaux

Depuis la loi HPST publiée le 21 juillet 2009 ^[55], le métier de pharmacien est en pleine évolution et de nouvelles missions lui sont affectées : soins de premier recours, coopération entre professionnels de santé, mission de service public de la permanence des soins, actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé, éducation thérapeutique, etc.

Plusieurs études, aux Etats-Unis ainsi qu'en Grande Bretagne, ont pu mettre en évidence l'efficacité du conseil donné par les pharmaciens dans l'arrêt du tabac. L'étude américaine réalisée en 2007 inclue 101 fumeurs répartis en 2 groupes^[71] :

- Groupe 1 : participation à deux ou trois sessions de thérapie ;
- Groupe 2 : participation à une session téléphonique de 5 à 10 minutes réalisée par un pharmacien.

Après une évaluation à 6 mois, 28 % des participants ont arrêtés dans le groupe 2 contre 12 % dans le groupe 1. Cette étude montre que les pharmaciens sont des professionnels efficaces et compétents dans le sevrage tabagique.

L'étude, réalisée en Grande Bretagne en 2001, est composée de 484 fumeurs également réparti en 2 groupes^[72]:

- Groupe 1 : dispensation d'un conseil par un pharmacien avec recueil de données (médicales, motivation), remise d'une brochure et suivi hebdomadaire puis mensuelle ;
- Groupe 2 : groupe témoin.

Après un an, le taux d'abstinence était de 14,3% pour le groupe 1 contre 2,7% dans le groupe témoin.

Le pharmacien d'officine est donc un acteur efficace et compétent dans ce type d'intervention.

Le 2 avril 2014, le Pr Claude Dreux, membre de l'académie de pharmacie et de médecine et président du Comité d'Education Sanitaire et Sociale de la Pharmacie Française (CESPHARM), a indiqué que « le pharmacien a un rôle primordial à jouer dans le domaine de la prévention ». Le gouvernement lui a confié la mission de rédiger un rapport dans le cadre d'un groupe de travail « Culture de prévention de santé » pour la mise en place d'une loi sur la santé publique qui doit être présentée au Parlement en 2015.

Le rapport de 27 pages, non exhaustif, propose de développer « une véritable culture de prévention dans le domaine de la santé »^[73]. Il propose dix recommandations prioritaires :

- 1. La nécessité d'une gouvernance forte des actions de prévention par la désignation d'un délégué interministériel à la prévention en santé**

Partie 2 : Application à un projet de prévention le sevrage tabagique

rattaché au Premier Ministre qui serait entouré d'un comité pluridisciplinaire représentatif de tous les acteurs de la prévention en France. Sa mission serait d'assurer la coordination des actions de prévention en santé [...].

2. **L'attribution de crédits d'Etat affectés uniquement à la prévention en santé** non transférables sur les soins. Ces crédits seraient affectés aux ARS en fonction des programmes prioritaires propres à chaque région.
3. **La rédaction d'un rapport coût - efficacité des actions de prévention** suivant les principes de la «prévention par les preuves » confié à la Haute Autorité de la Santé (HAS).
4. **La Prévision d'actions de prévention ciblées** sur les populations en état de précarité [...]. Des efforts particuliers devraient porter sur la réduction des inégalités sociales et des comportements à risque.
5. **Le renforcement de l'information objective du public et les campagnes de prévention** par les organismes accrédités (dont en priorité l'Institut de prévention et d'éducation en santé) en s'appuyant largement sur les techniques d'information et d'éducation en santé particulièrement efficaces auprès des jeunes [...]. L'accent devrait être mis particulièrement sur les bénéfices de la prévention en santé plutôt que sur les interdits.
6. **L'initiation de l'éducation à la santé dès l'école primaire** et la poursuivre tout le long de la scolarité sous l'égide du Ministre de l'Education Nationale
7. **La création d'un service de santé scolaire** en renforçant la médecine scolaire par une réforme du statut et du traitement des praticiens et en assurant leur coordination avec les infirmières scolaires.
8. **La mise en place d'un parcours de prévention** comportant des consultations gratuites tous les 5 ans jusqu'à 20 ans puis tous les 10 ans chez les adultes et seniors.
9. **L'application d'engagements internationaux** récents concernant la santé : tabac, alcool, alimentation, sédentarité, pratique des activités physiques et sportives.

10. Le développement des recherches sur le génome afin de mettre en place une médecine prédictive respectueuse de l'intérêt des individus et de leur famille, en respectant les principes de l'éthique et de l'humanisation de la santé

Le Pr Claude Dreux termine son intervention en concluant par « bien répartis sur tout le territoire, les pharmaciens ont toute leur place dans la promotion de la santé ».

Notre projet s'inscrit dans cette dynamique de prévention et peut permettre d'ajouter une nouvelle dimension au métier de pharmacien.

Pour l'instant, dix-sept pharmaciens du Maine et Loire et de Mayenne participent au projet. Si les évaluations du projet sont satisfaisantes et avec le soutien de l'ARS, le projet pourra être élargi à l'ensemble de la région des Pays de la Loire ou à d'autres régions.

2.5.4. Médecins

Le projet va être présenté à l'URPS médecins qui va, à son tour, communiquer sur le programme de sevrage tabagique auprès de ses confrères. Les médecins seront informés par le biais d'un courrier envoyé par le pharmacien choisi par le patient.

2.5.5. Instance Régionale d'Education et de Prévention de la Santé

Cette association, en lien étroit avec les personnes ciblées dans le programme, permettra de communiquer sur le projet.

2.5.5.1. Présentation

L'IREPS est une association de loi 1901 dont le siège est situé à Nantes ^[74]. Dans chaque département composant les Pays de la Loire, les équipes professionnelles déclinent les missions de centre de ressources en éducation pour la santé. Chaque pôle départemental est doté d'un centre de documentation, et propose diverses prestations d'appui aux acteurs de terrain.

Partie 2 : Application à un projet de prévention le sevrage tabagique

Leurs interventions se fondent sur le respect des représentations, des savoirs et des compétences des personnes, ainsi que sur leur participation. L'IREPS est un véritable appui auprès des professionnels, étudiants ou bénévoles du milieu social, de la santé, du médico-social, de l'éducation ainsi qu'auprès des élus locaux. Elle aide à développer un projet d'éducation, de promotion de la santé ou d'éducation thérapeutique en réalisant des entretiens avec un chargé de mission de l'IREPS pour une aide à la réflexion, au montage, au suivi ou à l'évaluation du projet. L'IREPS anime également le pôle de compétences en éducation et promotion de la santé des Pays de la Loire ; c'est une plateforme de ressources et de services au service de porteurs de projets.

2.5.5.2. Missions

Les missions proposées par l'IREPS sont ^[75] :

- Accompagner les acteurs sur les territoires en proposant dans chaque centre de ressources départemental
 - Des centres de documentation spécialisés en éducation, promotion de la santé et éducation thérapeutique.
 - Un appui aux acteurs de proximité avec du conseil méthodologique et d'accompagnement de projet, des formations, de l'échange de pratiques.
- Agir pour la santé des populations
 - Interventions de terrain, en développant des projets de santé globale ou thématiques : addiction, alimentation, santé mentale, etc. avec la participation des personnes.
- Coopérer pour agir sur la santé
- Participer à la mise en œuvre opérationnelle des politiques régionales de santé publique par différentes collaborations entre associations et institutions de santé

L'IREPS propose des formations telles qu'un diplôme universitaire « Education thérapeutique, Education pour la santé » en partenariat avec la formation continue de l'Université de Nantes ou des stages sur des techniques de communication et d'animation, sur les concepts de la conduite de projet.

2.5.5.3. *Rôle dans le projet*

Le rôle essentiel de l'IREPS est la promotion du programme de sevrage tabagique auprès de la population cible au sein de leurs différentes antennes et interventions (jeux, tables rondes, posters...)

2.5.6. Service Universitaire de Médecine Préventive de la Santé

En lien direct avec une catégorie spécifique de personnes, le SUMPS est un partenaire utile au programme de sevrage tabagique.

2.5.6.1. *Présentation*

Le SUMPS est un service commun de l'Université ouvert à tous ses étudiants ^[76].

2.5.6.2. *Missions*

Ses missions sont définies par décret et ont été élargies au fil des années en fonction de la demande des usagers :

- Visite médicale obligatoire des primo-inscrits ;
- Accueil permanent et personnalisé pour ceux qui souhaitent demander conseil, mettre à jour une vaccination, obtenir un certificat médical, consulter pour un problème médical qui relève de l'urgence ou tout autre problème d'ordre gynécologique, psychologique, psychiatrique, diététique ou social ;
- Prévention de la santé (alcool, tabac, cannabis, troubles alimentaires, suicide).

Son but est de tout mettre en œuvre pour assurer au mieux le bien-être physique, psychique et social des étudiants.

2.5.6.3. *Rôle dans le projet*

Tout comme l'IREPS, le SUMPS permet de faire connaître le programme auprès d'un autre type de population : les étudiants.

Partie 2 : Application à un projet de prévention le sevrage tabagique

2.5.7. Centre de Soins d'Accompagnements et de Prévention en Addictologie en ambulatoire

Structure récente, les CSAPA vont devenir des organisations de plus en plus sollicitées pour la prise en charge des addictologies.

2.5.7.1. Présentation

Les CSAPA sont des structures résultant du regroupement des lieux d'accueil spécialisés pour l'alcool (Centre de Cure en Ambulatoire en Alcoologie (CCAA)) et les drogues illicites (Centre de Soins Spécialisés aux Toxicomanes (CSST)), ayant été prévu par le plan gouvernemental 2007-2011, de prise en charge et de prévention des addictions ^[77].

Jusqu'à-là, l'existence des CSST et CCAA, ainsi que les consultations pour la consommation de tabac, associait la prise en charge en addictologie à un produit spécifique. Or, le CSAPA a la vocation d'apporter une prise en charge pluridisciplinaire et conceptuelle sur les conduites addictives, quel qu'en soit l'objet.

Les CSAPA sont des centres médico-sociaux, qui peuvent être gérés par des établissements publics de santé (hôpitaux) ou par des associations régies par la loi du 1^{er} Juillet 1901, sous condition de l'obtention d'un conventionnement du ministère de la santé.

Les personnes accueillies au sein des CSAPA sont des personnes confrontées à une addiction à l'égard des drogues illicites, de l'alcool, des médicaments ou d'une pratique (jeux, sexualité, anorexie/boulimie, etc.). Ceux-ci accueillent également l'entourage (parents, conjoints, famille, amis). Par ailleurs, des personnes se questionnant sur leur consommation ou une conduite à risque peuvent se présenter, afin de faire un bilan avec un professionnel.

Les CSAPA sont implantés dans tous les départements français. Les deux tiers d'entre eux sont gérés par le secteur associatif.

2.5.7.2. Missions

- L'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale et l'orientation de la personne concernée ou de son entourage. L'équipe peut également aider au repérage des usages nocifs ;
- La réduction des risques liés à la consommation ou au comportement en cause ;
- La prise en charge médicale (bilan de santé, sevrage) et psychologique (soutien, psychothérapie individuelle ou familiale, groupes de parole) ;
- La prescription et le suivi de traitements médicamenteux, dont les traitements de substitution aux opiacés ;
- La prise en charge sociale et éducative, qui comprend l'accès aux droits sociaux et l'aide à l'insertion ou à la réinsertion,
- L'accueil des jeunes et de leur entourage dans le cadre de Consultations Jeunes Consommateurs est une mission non obligatoire du CSAPA. Cela est possible dans les locaux ou dans les antennes délocalisées de certains CSAPA.

Les centres assurent des soins ambulatoires, et peuvent également gérer des services de soins résidentiels dans un cadre individuel ou collectif.

2.5.7.3. Rôle dans le projet

Les CSAPA accueillent, de façon gratuite, et anonyme sur demande, toute personne qui souhaite être aidée et en fait la démarche. L'accueil est donc basé sur le volontariat des personnes, mais celles-ci peuvent également être orientées suite à une mesure judiciaire (injonction de soins par exemple).

L'accueil et l'accompagnement sont assurés par des équipes pluridisciplinaires, notamment des médecins, des infirmiers, des psychologues, des éducateurs spécialisés, des assistantes sociales, etc. Les CSAPA peuvent être des partenaires extérieurs du programme de sevrage tabagique.

2.5.8. Consultation Jeunes Consommateurs (CJC)

Dans le Maine et Loire, la CJC est présente sur les différents sites du CSAPA de l'Association Ligérienne d'Addictologie (Angers, Cholet, Saumur) et dans plusieurs consultations de proximité ^[78].

Elle s'adresse principalement à des consommateurs de moins de 25 ans. Cependant, des consommateurs plus âgés peuvent également être reçus.

On peut s'adresser à un adulte à qu'il y est possible parler honnêtement et en toute confiance, et qui pourra en retour faire profiter de son expérience, tout en étant guider vers un professionnel au besoin.

La prise en charge repose sur la parole et le dialogue, à l'aide de questionnaires d'évaluation ou d'autoévaluation, d'un programme d'objectifs et de moyens établis ensemble.

2.6. Pilotage

Le pilotage du projet consiste à définir la stratégie et les moyens à mettre en œuvre et permet de diriger, de coordonner les actions.

En janvier 2014, il est envisagé deux scénarii différents. Le choix d'un des deux scénarii dépendra de la décision de l'ARS vis-à-vis du dépôt de dossier de candidature le 21 février 2014.

- *1^{er} scenario* : projet accepté par l'ARS et soutenu par l'URPS Pharmaciens

Le projet prévoit d'inclure 10 pharmacies par département : Maine et Loire, Sarthe, Mayenne, Vendée, Loire Atlantique ce qui représenterait 50 pharmacies dans la région des Pays de la Loire. Chaque pharmacie devra inclure 5 patients soit potentiellement un échantillon de 250 patients.

- *2^{ème} scenario* : projet refusé par l'ARS mais soutenu par l'URPS Pharmaciens
L'URPS soutiendra le programme à une plus petite échelle, en incluant 15 pharmacies du Maine et Loire ; chaque officine devra inclure 6 patients représentant un effectif de 90 patients. Ce projet serait un projet pilote et permettrait, après son évaluation, de le présenter à l'ARS afin d'obtenir un financement pour qu'il soit étendu au niveau régional voire à d'autres régions.

A la mi-février, c'est le deuxième scénario qui est retenu car le financement par l'ARS via son appel à projets 2014 ne concerne que des actions déjà existantes éliminant ce programme qui ne rentre pas dans le cahier des charges de l'ARS.

Cependant, il existe un contrat d'objectifs et de moyens entre l'ARS et l'URPS Pharmaciens. Ce projet va ainsi s'inscrire dans le cadre de ce contrat pour que l'ARS puisse y être intégrée.

Le chef du projet est composé de l'URPS Pharmaciens en coordination avec M. Loubrieu, pharmacien tabacologue à l'origine du programme et moi-même.

2.7. Plan d'action

M. Vincent Loubrieu élabore ce projet depuis plus de deux ans. Le travail du chef de projet a consisté à le finaliser en coordonnant les différents acteurs et les organisations pour que le projet voit le jour.

Au mois de décembre avant la constitution du pilotage, M. Vincent Loubrieu a présenté l'ensemble du projet à l'assemblée générale de l'URPS Pharmaciens Pays de la Loire qui soutient alors le programme. C'est Diane Chaumeil, chargée de mission à l'URPS, qui va aider à la concrétisation du projet en collaboration avec M. Loubrieu et moi-même.

Le travail a été repartitionné entre les différentes personnes du pilotage, ponctué de réunions régulières qui ont permis de mettre en commun ce qui a été fait et de définir de nouveaux objectifs.

Les différentes actions ont été répertoriées dans un planning opérationnel prévisionnel (cf. tableau 4). Il est réévalué en fonction de l'avancée du projet.

Objectif stratégique	Objectif opérationnel	Activité	Responsable	Ressources humaines	Ressources financières et matérielles	Partenaires	Calendrier	Ajustement et évaluation
Développer l'accompagnement des patients souhaitant arrêter de fumer	Trouver un financement	Dépôt de dossier de candidature suite à l'appel à projet de l'ARS Pays de la Loire	URPS Pharmaciens		URPS	C.Clément V.Loubrieu	21/02/14	Dossier non déposé car hors cahier des charges- Financement par URPS
	Former les pharmaciens	Création d'un plan de formation	C.Clément V.Loubrieu	Maitres de conférences, professeurs, médecins	ARS	M. Guillaumin Faculté de pharmacie S. Faure	19/02/14	Plan de formation faite - Prise de contact avec l'AFDET
	Informers les patients de l'officine	Réalisation des outils de communication (affiches)						
	Réaliser des entretiens à l'officine	Création de conducteurs de séances	C.Clément V.Loubrieu			ARS		Réalisé
Promouvoir le projet auprès des personnes compétentes	Présenter le projet aux médecins traitants et aux partenaires		URPS pharmaciens	URPS Medecins/Sages femmes, asso d'utilisateurs)		C.Clément V.Loubrieu		
	Elaborer un répertoire des personnes ressources	Création d'un répertoire où figure les différents acteurs du programme				C.Clément V.Loubrieu		

Tableau 4: Extrait du Plan opérationnel prévisionnel au 26 mars 2014

2.7.1. Actions réalisées par l'URPS

La chargée de mission doit élaborer un plan de financement du programme ainsi que d'assurer la communication avec le comité de pilotage.

2.7.2. Actions réalisées par Vincent Loubrieu

Il a été convenu que Vincent Loubrieu et moi-même devions créer les différents conducteurs de séances utilisés lors des entretiens par les pharmaciens, le plan de formation des pharmaciens ainsi qu'un protocole d'inclusion du patient au comptoir (cf. présentation du projet).

Il a été établi trois conducteurs de séances (cf. annexes 6/7/8) :

- « 1^{er} rendez-vous »;
- « Suivi »;
- « Entretien motivationnel ».

Pour l'élaboration des deux premiers conducteurs de séance, nous nous sommes basés sur le dossier de l'INPES concernant la consultation de tabacologie ainsi que de l'expérience de M. Vincent Loubrieu grâce aux entretiens qu'il réalise. Le troisième conducteur de séance s'appuie sur une thèse écrite par M^{me} Emilie Blanchet, pharmacien, qui a réalisé son travail sur l'intérêt de l'entretien motivationnel dans l'éducation thérapeutique ^[79]. Elle a élaboré un dépliant pour la mise en œuvre de l'entretien motivationnel dans le cadre des entretiens pharmaceutiques.

Le plan de formation (tableau 5) a été établi en collaboration avec M. Vincent Loubrieu et le Dr Claude Guillaumin.

Tableau 5 : Plan de Formation Tabacologie

Cours	Intervenant	Durée
Epidémiologie	Thierry Urban	2 heures
Contrôle du Tabac	Gérard Audureau	1 heure
Le phénomène de dépendance	Jacques Le Houezec	4 heures
Processus de maturation vers l'arrêt, Proschaska, Comprendre la motivation à l'arrêt pour mieux réagir	Anne Dansou	2 heures
Traitements validés du sevrage tabagique (CM, utilisation du dossier de consultation et des tests)	Alexandra Gentil	3 heures
Particularités du sevrage chez la femme enceinte - Place du conjoint Cannabis	Claude Guillaumin	2 heures
Tabac et Cancer	Thierry Urban	2 heures

Ensuite, le chef de projet va présenter au comité de pilotage les détails du projet afin de connaître les points de vue des différents partis et pouvoir apporter des améliorations.

Après l'aval du comité de pilotage, une présentation du projet va être réalisée aux partenaires.

2.8. Budget

Le plan de financement permet d'avoir une vue de l'ensemble des dépenses inhérentes au projet.

2.8.1. Budget lié à l'organisation du projet

Le budget lié à l'organisation doit prendre en compte plusieurs paramètres comme les frais liés aux impressions de documents (affiches, répertoires...), aux envois postaux...

Le pharmacien aura en sa possession des cartes de rendez vous avec le logo du programme qu'il pourra remettre à ces patients lors des suivis, ainsi qu'un dossier « patient » pour chacun de ses patients, fidèles au dossier de l'INPES rempli par les tabacologues lors de leurs consultations de sevrage.

Lorsque la liste des partenaires aura été correctement établie, un répertoire de l'ensemble des partenaires du programme de sevrage tabagique sera réalisé et distribué aux patients souhaitant entrer dans le projet.

2.8.2. Budget lié à la formation des pharmaciens

La formation des pharmaciens sera constituée de deux volets : une formation d'Education Thérapeutique pour le Patient (ETP) de 40 heures soit 5 jours et une formation spécifique de tabacologie de 16 heures soit 2 jours.

2.8.2.1. La formation ETP

Le chef de projet a choisi l'Association Française pour le Développement de l'Education Thérapeutique (AFDET) pour réaliser la formation Education Thérapeutique des pharmaciens participant au projet ^[80].

L'AFDET a pour objet de promouvoir l'ETP, au niveau national et territorial. C'est une association à but non lucratif qui regroupe des professionnels de santé, dans toute leur diversité, mais aussi d'autres professionnels (psychologues, sociologues, éducateurs médico-sportifs...) et des représentants d'associations de patients.

Initialement créée par les professionnels de diabétologie, l'AFDET reste en étroite relation avec la Société francophone du diabète (SFD) et la SFD Paramédical. En 2011, elle confirme l'ouverture initiée depuis plusieurs années vers les professionnels et les patients confrontés à d'autres maladies chroniques que le diabète.

Les objectifs de l'AFDET sont :

- Former, en pluri-professionnalité, les acteurs concernés par l'éducation thérapeutique ;
- Contribuer au développement de la recherche en éducation thérapeutique ;

- Assurer la diffusion de travaux scientifiques dans ce domaine et la valorisation d'expériences
- Participer aux travaux des différentes institutions de santé sur l'éducation thérapeutique ;
- Travailler en partenariat avec d'autres sociétés savantes ou associations impliquées dans l'éducation thérapeutique.

La formation ETP sera prise en charge par l'ARS des Pays de la Loire.

2.8.2.2. *La formation tabacologie*

Elle va être réalisée par des praticiens hospitaliers (pneumologues, tabacologues...).

Elle se déroulera sur 2 jours à raison de 8 heures de formation par jour.

Une heure de formation coûte en moyenne 50 € soit environ 800 € par pharmacien pour la formation tabacologie. Le projet comprend 15 pharmaciens soit une enveloppe de 12 000€.

En plus du coût de la formation, il faut également prendre en compte les frais de remplacement du titulaire, si c'est le cas, dans le prix de la formation.

2.8.3. Budget lié à la rémunération des pharmaciens

Le pharmacien percevra un forfait de 200 € correspondant au 1^{er} rendez vous et aux 2 suivis prévus par patient correspondant à une première enveloppe de 3000 €. Si le patient ressent le besoin de venir par la suite à l'occasion de nouveaux suivis, le pharmacien recevra 30 € par suivi.

La rémunération du pharmacien est basée sur les taux utilisés dans les programmes relatifs aux nouvelles missions soit 1 € par minute.

Les budgets concernant la formation tabacologie et la rémunération des pharmaciens seront pris en charge par l'URPS Pays de la Loire.

3. L'évaluation

Une démarche d'évaluation s'appuie sur la comparaison des données recueillies et d'un référentiel, dans le cas présent, ce serait avant/après.

L'expertise sera faite par le chef de projet et comportera deux volets : une évaluation des résultats et une évaluation du processus. Elle sera réalisée au bout d'une année de pratique, sera basée sur des indicateurs de contexte et de résultats préalablement établis (cf. ci-après) et sera réalisée par le biais de questionnaires.

3.1. Evaluation du projet

Pour récupérer les données du projet pour réaliser des statistiques, les pharmaciens, réalisant les entretiens de sevrage tabagique, devront renseigner les différents indicateurs sur le site cdt.net.

3.1.1. Le site cdt.net

Le projet CDT, Consultation de Dépendance Tabagique, est né de la volonté du Ministère de la Santé d'évaluer l'activité des consultations de tabacologie au sein des établissements hospitaliers français ^[81]. Cette volonté d'évaluation fait suite à la circulaire DH/EO2/DGS/2000/182 du 3 Avril 2000 relative à la lutte contre le tabagisme ^[82].

L'évaluation des centres est basée sur l'informatisation du dossier de prise en charge du fumeur élaboré selon les avis conjoints d'un comité d'experts et de l'INPES.

Le projet repose sur une composante essentielle : le site Internet comprenant ce même dossier ainsi que la mise à disposition des résultats de l'évaluation des consultations de l'ensemble du territoire Français (régionale et nationale).

Les objectifs généraux de cdt.net sont :

- Mettre à disposition des consultations, un support minimal standardisé et structuré de prise en charge des fumeurs souhaitant arrêter de fumer ;
- Permettre un accès simple et rapide aux différents éléments du dossier.

Les objectifs spécifiques sont :

- Système de saisie des données du fumeur : création, protection et mémorisation d'un dossier individuel (stockage dans une base de données sécurisée) ;

- Proposer les comptes rendus d'activité qualitatifs et quantitatifs des consultations à la fois individuellement (la consultation) et collectivement (nationaux et régionaux) ;
- Fournir aux médecins l'édition d'un compte rendu détaillé de la consultation ainsi qu'une forme allégée à destination du consultant ou à destination du médecin traitant ;
- Proposer un rappel automatique des dossiers à 6 ou 12 mois pour l'évaluation du statut du fumeur (édition automatique d'une lettre de rappel).

Le projet CDT s'adresse en particulier aux personnels des consultations d'aide au sevrage tabagique ainsi que les médecins généralistes ou spécialistes souhaitant apporter une aide médicale au fumeur voulant vaincre sa dépendance.

Un code « établissement » sera donné à l'ensemble des pharmaciens inclus dans le programme et chaque pharmacien aura un mot de passe afin qu'il puisse entrer les données recueillies au cours des entretiens qu'ils auront menés. Ainsi, des statistiques pourront être réalisées pour l'évaluation des résultats.

3.1.2. Evaluation des résultats

Pour cette évaluation, deux types d'indicateurs seront utilisés: de contexte et de résultats (cf. tableau 6).

Tableau 6 : Tableau des différents indicateurs utilisés lors l'évaluation des résultats

Indicateurs de Contexte	Critères épidémiologiques	Sexe
		Age
		Poids
		Taille
		Indice de Masse Corporelle
	Maladies et	Hypertension Artérielle

	traitements actuels	Diabète de type 1 et de type 2
		Hypercholestérolémie
		Infarctus du Myocarde
		Accident Vasculaire Cérébral
		Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs
		Cancer des poumons
		Bronchopathie Pulmonaire Constrictive Obstructive
		Asthme
		Anxiolytiques
		Anti dépresseurs
		Traitements de substitution
		Antécédents de dépression
		Indicateurs de Contexte
Nombre de cigarettes (ou cigares...) par jour		
Age de la 1 ^{ère} cigarette		
Age du tabagisme quotidien		
Nombre d'arrêts antérieurs		
Score de Fagerström		
Taux de CO au 1 ^{er} rendez-vous		
HONC		
Habitudes de vie	Variation importante de poids	
	Crainte prendre du poids	

		Confiance pour ne pas prendre du poids
		Nombre de tasses de café par jour
		Nombre d'alcools par jour
	Motivation	Importance de l'arrêt
		Confiance dans l'arrêt
		Score au QMat
		Entourage du patient
	Indicateurs de résultats	Bilan des suivis
Délai entre les suivis		
Dernier taux de CO		
Dernière consommation déclarée de cigarettes		
Evaluation à 1, 2, 3, 6 et 12 mois		<ul style="list-style-type: none"> • perdu de vue • arrêt du tabac • réduction de la consommation de 50% et plus • poursuite du tabagisme et décès)

Ces différents indicateurs, présents dans la base de données CDT.net et qui seront complétés par le pharmacien après chaque entretien, permettront de pouvoir réaliser des statistiques sous forme de tableaux et de graphiques et de tirer ainsi des conclusions sur l'efficacité et l'impact du programme de sevrage tabagique. L'ensemble des résultats seront renseignés dans un rapport qui sera envoyé à chaque partenaire.

3.1.3. Evaluation du processus



Cette évaluation permettra de connaître l'efficacité et la pertinence d'un tel programme et ainsi apporter les améliorations nécessaires pour promouvoir le projet à l'échelle régionale voire nationale.

Dans notre cas, l'évaluation se fera essentiellement par le biais de questionnaires envoyés aux principaux intéressés par le chef de pilotage.

3.1.3.1. *Evaluation de la formation des pharmaciens*

Les pharmaciens recevront un questionnaire d'évaluation de la formation ETP ainsi que de la formation de tabacologie inspirés des fiches présentes sur le site du Centre d'Évaluation, de Documentation et d'Innovation Pédagogique (CEDIP), qui est un service à compétence nationale rattaché au Secrétariat Général commun au Ministère du logement et de l'Égalité des Territoires, et au ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie ^[83].

Ce questionnaire présentera trois parties :

- Évaluation de la satisfaction des participants ;
- Évaluation des connaissances et des savoir-faire acquis (réalisé par l'AFDET) ;
- Évaluation du dispositif de formation (réalisé par l'AFDET) ;

L'AFDET devra fournir les résultats des évaluations au comité de pilotage afin d'en déduire s'ils sont bien en adéquation avec les objectifs fixés et pour qu'ils puissent figurer dans le rapport final d'évaluation.

Le questionnaire serait identique pour l'évaluation de la formation de l'ETP et pour la formation tabacologie. Il pourrait se présenter comme indiqué ci-après.

Il a été réalisé grâce au site Internet Formaeva, qui a mis en ligne des exemples de questionnaires ^[84].

Evaluation de la Formation « Education Thérapeutique du Patient »

Merci d'exprimer votre degré d'accord avec chacune des affirmations à l'aide de l'échelle suivante

1 : totalement en désaccord

2 : plutôt en désaccord

3 : ni en accord, ni en désaccord

4 : plutôt en accord

5 : totalement en accord

❖ *Préparation de la formation en amont*

J'ai été préalablement informé du contenu et des objectifs de la formation	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

J'étais motivée à l'idée de suivre cette formation	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

❖ *Organisation de la formation*

Les conditions matérielles de la formation sont satisfaisantes (accueil, moyens, salles....)	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

La composition du groupe de formation est bien adaptée (taille du groupe, niveau des participants...)	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

❖ *Contenu de la formation*

Le contenu de la formation est suffisant pour que je puisse progresser	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

Les supports pédagogiques utilisés en formation étaient utiles pour apprendre (Documents, vidéos...)	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

Les supports remis me seront utiles pour utiliser ce que j'ai appris	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

❖ *Structure de la formation*

La durée de la formation est adaptée	Trop courte	Adaptée	Trop longue
--------------------------------------	-------------	---------	-------------

La progression pédagogique est adaptée (rythme, difficulté progressive...)	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

❖ *Animation de la formation*

Le formateur sait transmettre ses connaissances (maîtrise son sujet, donne des exemples pratiques...)	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

Le formateur sait mobiliser les participants (donne envie de participer...)	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

Le formateur sait s'adapter à chaque participant (personnalise son message, s'adapte au contexte...)	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

❖ *Satisfaction globale*

Globalement j'ai été satisfait de cette formation	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

Quels étaient les points forts de cette formation ?

Si vous deviez suivre à nouveau cette formation, que proposeriez-vous pour l'améliorer

3.1.3.2. *Evaluation des entretiens réalisés par les pharmaciens*

Après avoir évalué la formation en elle-même, il faut également évaluer les effets de la formation sur les compétences mises en œuvre en situation professionnelle, c'est-à-dire lors des entretiens.

Evaluation de la réalisation des entretiens de sevrage tabagique

Merci d'exprimer votre degré d'accord avec chacune des affirmations à l'aide de l'échelle suivante

- 1 : totalement en désaccord
- 2 : plutôt en désaccord
- 3 : ni en accord, ni en désaccord
- 4 : plutôt en accord
- 5 : totalement en accord

❖ *Formation*

La formation que j'ai reçue a été
suffisante pour réaliser les entretiens
avec les patients

	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

Une réactualisation de mes
connaissances est nécessaire

	Tous les 2 ans	tous les 5 ans	Jamais
--	----------------	----------------	--------

❖ *Contenus du dossier remis au pharmacien*

Le contenu du dossier est adapté aux
séances.

	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

Les conducteurs de séances sont clairs et
utiles

	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

❖ *Lien entre les différents partenaires*

Je me suis senti(e) inclus(e) dans un programme interdisciplinaire	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

En cas de difficultés avec un patient, j'ai pu m'appuyer facilement sur les autres partenaires du programme	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

❖ *Durée des entretiens*

La durée de chaque séance est adaptée	Trop courte	Adaptée	Trop longue
---------------------------------------	-------------	---------	-------------

Le nombre de patients inclus dans le programme est suffisant	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

Le temps consacré à compléter la base de données CDT.net est adapté	Trop courte	Adaptée	Trop longue
---	-------------	---------	-------------

❖ *Satisfaction globale*

Globalement j'ai été satisfait(e) de la réalisation de ces entretiens	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

Quels étaient les points forts des entretiens?

Que proposeriez-vous pour améliorer l'organisation, le contenu de ce programme ?

3.2. Evaluation du budget

L'évaluation du budget consistera à comparer le budget prévisionnel réalisé lors de l'élaboration de ce projet au coût réel du programme de sevrage tabagique, qui sera exprimé sous forme de graphiques.

Après l'analyse de ces chiffres, le budget sera adapté pour que le projet puisse être prolongé, voire élargi à l'ensemble de la région.

L'ensemble de ces évaluations va permettre de mettre en évidence la pertinence et l'efficacité du projet, c'est-à-dire si les objectifs identifiés au départ, lors de l'élaboration du projet, sont en adéquation avec les besoins identifiés et si les moyens (humains et financiers) sont suffisants pour obtenir des résultats.

3.3. Rédaction du rapport d'évaluation et de diffusion

L'évaluation consiste à faire la synthèse de résultats et leurs interprétations.

Le rapport se composera :

- d'une introduction reprenant la description de l'action de santé ayant été réalisée, ses objectifs et ses méthodes d'intervention ;
- d'un développement précisant les méthodes d'évaluation, les techniques de collecte de l'information ainsi que les méthodes d'analyses et d'interprétation des résultats, et la présentation des résultats (graphes...);
- d'une conclusion faisant la synthèse générale de l'évaluation.

L'évaluation aboutit à la publication d'un rapport qui sera envoyé à l'ensemble des partenaires du programme. Dans notre cas, le rapport d'évaluation sera réalisé par le comité de pilotage.

Conclusion

La mise en place d'un programme de prévention en santé nécessite une organisation très méthodique qu'il faut respecter pour ne pas oublier d'étapes et se retrouver dans l'incapacité de réaliser le projet.

Avant toute chose, la demande doit être analysée (qui est à l'origine du programme, comment est-il né ? *etc.*), ensuite le contexte est analysé en réalisant un état des lieux du problème posé. Puis, on définit les priorités et les objectifs. Les différentes actions du programme sont planifiées et lorsque tout est bien établi (qui fait quoi, avec quels moyens et dans quelles conditions), le projet peut alors être réalisé.

Enfin, tout projet doit comporter une évaluation. Cela permet de tirer les conséquences des actions effectuées et de pouvoir les rectifier si besoin. Cela sert également d'enseignement lors de la création d'un nouveau programme pour éviter de reproduire les mêmes erreurs.

Il est clair que la première difficulté provient du fait que la prévention nécessite une interdisciplinarité à laquelle les différents acteurs ont peu l'habitude d'être confrontés. Chacun travaille à sa manière et chaque corps de métier applique les enseignements qu'ils lui ont été appris en laissant de côté les prises d'initiatives et des directions encore inconnues. Il existe, en France, une quantité très importante d'associations, d'organismes, d'institutions méconnus des officines qui pourraient pourtant être utiles.

Ce genre de programme nécessite du temps que certains pharmaciens n'ont pas. Cependant, depuis certaines années, le métier de pharmacien évolue et ce changement est nécessaire dans un contexte économique de plus en plus difficile pour les officines. Les pharmaciens doivent s'inscrire dans une nouvelle dynamique et accepter de s'investir dans de nouveaux projets comme la prévention. Cet investissement ne donnera pas de résultats économiques immédiats mais, il est possible, qu'à plus long terme, ce soit le cas.

Grâce à la prévention, l'officine peut rehausser son image d'acteur de santé et donner un nouvel élan à sa profession, il ne lui reste plus qu'à franchir le pas.

Annexes

Annexe 1 : Test de dépendance à la nicotine de Fagerström ^[63]

Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?	dans les 5 premières minutes	3
	entre 6 et 30 minutes	2
	entre 31 et 60 minutes	1
	plus de 60 minutes	0
Trouvez-vous difficile de s'abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?	oui	1
	non	0
A quelle cigarette de la journée renonceriez-vous le plus difficilement ?	la première du matin	1
	n'importe quelle autre	0
Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?	10 ou moins	0
	11 à 20	1
	21 à 30	2
	plus de 30	3
Fumez-vous à un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi ?	oui	1
	non	0
Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?	oui	1
	non	0
Total		

Interprétation

Score de 0 à 2 :

Le sujet n'est pas dépendant à la nicotine. Il peut arrêter de fumer sans avoir recours à des substances nicotiques. Si toutefois le sujet redoute l'arrêt, vous pouvez lui apporter des conseils utiles de type comportementaux (jeter les cendriers, boire un verre d'eau...) Vous pouvez également lui conseiller d'appeler Tabac Info Service au 39 89.

Score de 3 à 4 :

Le sujet est faiblement dépendant à la nicotine. Il peut arrêter de fumer sans avoir recours à un substitut nicotinique. En cas de manque ou de difficultés passagères (irritabilité, manque, envie très forte...) vous pouvez éventuellement lui conseiller de prendre un substitut nicotinique par voie orale (comprimé à sucer, gomme à mâcher, comprimé sublingual...). Si le sujet redoute l'arrêt, vous pouvez également lui conseiller d'appeler Tabac Info Service au 39 89 pour recevoir des conseils et du soutien.

Score de 5 à 6

Le sujet est moyennement dépendant. L'utilisation des traitements pharmacologiques de substitution nicotinique va augmenter ses chances de réussite. Vos conseils seront utiles pour l'aider à choisir la galénique la plus adaptée à son cas.

Score de 7 à 10 :

Le sujet est fortement ou très fortement dépendant à la nicotine. L'utilisation de traitements pharmacologiques est recommandée (traitement nicotinique de substitution ou bupropion LP ou varénicline). Ce traitement doit être utilisé à doses suffisante et adaptée. En cas de difficultés, orienter le patient vers une consultation spécialisée.

Annexe 2: Test HAD ou évaluation d'anxiété et de dépression ^[64]

		A	D
1. Je me sens tendu, énérvé	la plupart du temps	3	
	Souvent	2	
	de temps en temps	1	
	Jamais	0	
2. Je prends plaisir au même chose qu'autrefois	oui tout autant		3
	pas autant		2
	un peu seulement		1
	presque plus		0
3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver	oui très nettement	3	
	oui mais ce n'est pas trop grave	2	
	un peu mais cela ne m'inquiète pas	1	
	pas du tout	0	
4. Je ris assez facilement et voit le bon côté des choses	autant que par le passé		3
	plus autant qu'avant		2
	vraiment moins qu'avant		1
	pas du tout		0
5. Je me fais du souci	très souvent	3	
	assez souvent	2	
	occasionnellement	1	
	très occasionnellement	0	
6. Je suis de bonne humeur	Jamais		3
	Rarement		2
	assez souvent		1
	la plupart du temps		0
7. Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté	oui, quoiqu'il arrive	3	
	oui, en général	2	
	Rarement	1	
	Jamais	0	
8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti	presque toujours		3
	très souvent		2
	Parfois		1
	Jamais		0
9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué	Jamais	3	
	Parfois	2	
	assez souvent	1	
	très souvent	0	

Interprétation :

Pour l'anxiété

Additionner les points des réponses 1, 3, 5, 7, 9, 11 et 13

Total A =

Pour la dépression

Additionner les points des réponses 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14

Total D =

Pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives, l'interprétation suivante peut être proposée pour chacun des scores A et D :

Score de 7 ou moins : Absence de symptomatologie

Score de 8 à 10 : Symptomatologie douteuse

Score 11 et plus : Symptomatologie certaine

Annexe 3 : Test Qmat ou évaluation de la motivation à l'arrêt du tabac,
d'après Légeron-Lagrue

1. Pensez-vous que dans 6 mois:	
a) vous fumerez toujours autant ?	0
b) vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarettes	2
c) vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarettes	4
d) vous aurez arrêté de fumer ?	8
2. Avez-vous actuellement envie d'arrêter de fumer:	
a) pas du tout	0
b) un peu	1
c) beaucoup	2
d) énormément	3
3. Pensez-vous que dans 4 semaines:	
a) vous fumerez toujours autant ?	0
b) vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarettes ?	2
c) vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarettes ?	4
d) vous aurez arrêté ?	6
4. Vous arrive t il de ne pas être content de fumer ?	
a) jamais	0
b) quelque fois	1
c) souvent	2
d) très souvent	3
Score	< 6: Motivation insuffisante (faibles chances de réussites de sevrage)
	de 7 à 13: Motivation moyenne
	> 13: bonne ou très bonne motivation

Annexe 5 : Suivi personnel du sevrage tabagique réalisé par le
groupement Giropharm

SUIVI PERSONNEL DU SEVRAGE TABAGIQUE

Nom :		Prénom :		Cachet du pharmacien																		
Traitement : 0 = pas du tout 1 = léger 2 = moyen 3 = extrême		11	12	13	14	15	16	17	18	19	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121
CRITÈRES																						
Pulsion à fumer																						
Irritabilité																						
Accès de colère																						
Agitation / nervosité																						
Anxiété																						
Tendance dépressive																						
Difficulté de concentration																						
Augmentation de l'appétit																						
Constipation																						
Troubles du sommeil																						
Activités de rêve																						
Nbre de cafés																						
Nbre de verres d'alcool																						
Nbre de cigarettes fumées																						
Nbre de gommes																						
Nbre de comprimés																						
Nbre de cartouches (inhaléur)																						
Dosage du timbre																						

Fiche élaborée par le Pr. Gilbert Lagrus (Créteil)

Traitement : (dosage et posologie)

Patch :

Gomme / Pastille :

Phytothérapie associée :

Homéopathie associée :

Autres conseils :

Annexe 6 : Conducteur de séance - 1^{er} rendez-vous

Programme d'aide au sevrage tabagique à l'officine
1^{er} rendez-vous

Objectifs de la séance :

1. Faire le bilan de l'historique du tabagisme
2. Déterminer le degré de dépendance et de motivation du patient
3. Mettre en place le plan d'action et organiser le suivi

- *Public concerné* : toute personne âgée de 18 à 30 ans souhaitant arrêter de fumer
- *Intervenant* : Pharmacien d'officine
- *Durée de la séance* : 30 min
- *Outils et documents associés*
 - Dossier Patient
 - Test de Fagerström
 - Test de motivation QMat
 - Balance décisionnelle
 - Document « Suivi personnel du sevrage tabagique »
- *Matériels à prévoir*
 - Feuilles et stylos
 - Testeur de CO

Objectifs opérationnels	Activité de l'intervenant	Activité du patient	Durée	Evaluation
1. Faire le bilan de la consommation de tabac				
<p>➤ Exprimer l'histoire du tabagisme avec le patient (nombre d'arrêts, cause des reprises...)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Lire le dossier Patient, préalablement rempli par le patient - Poser les questions au patient : <i>Depuis quand fumez vous ?</i> <i>Avez-vous déjà arrêté de fumer ?</i> <i>Comment ? Quand ? et dans quelles circonstances ?</i> <i>Quelles ont été les raisons de la reprise</i> <i>Comment vous organisez vous pour acheter votre tabac pour pouvoir fumer dans la journée ?</i> <i>Combien de temps cela vous prend il par jour ?</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Répond aux questions 	5 min	<ul style="list-style-type: none"> - Connaissance du comportement tabagique - Prise de conscience du temps consacré au tabac
<p>➤ Mettre en évidence les avantages et les inconvénients à fumer, les avantages et les inconvénients à ne pas fumer</p> <p>➤ Exprimer les craintes à l'arrêt</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Compléter avec le patient avec la balance décisionnelle 	<ul style="list-style-type: none"> - Complète la balance décisionnelle 	5 min	<ul style="list-style-type: none"> - Prise de conscience des freins au sevrage ainsi que des moteurs - <i>Dédramatiser</i>

Objectifs opérationnels	Activité de l'intervenant	Activité du patient	Durée	Evaluation
2. Mettre en évidence le degré de motivation et de dépendance				
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Exprimer le degré de dépendance physique 	<ul style="list-style-type: none"> - Présentation du test de Fagerström - Présentation du testeur de CO 	<ul style="list-style-type: none"> - Répond au test de Fagerström - Souffle dans le testeur 	5 min	<ul style="list-style-type: none"> - Score au test de Fagerström - Score du testeur de CO
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Exprimer le degré de motivation 	<ul style="list-style-type: none"> - Présentation du test QMat 	<ul style="list-style-type: none"> - Répond aux questions 	3 min	<ul style="list-style-type: none"> - Score du test QMat
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Exprimer le degré de dépendance psychique 	<ul style="list-style-type: none"> - Poser les questions au patient : <i>Pouvez-vous me décrire une journée type vis-à-vis du tabac ?</i> <i>Quelles sont les situations ou les émotions qui déclenchent l'envie de fumer ?</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Complète la feuille Agenda - Indiquer sur la feuille Agenda les situations ou émotions à risque 	3 min	<ul style="list-style-type: none"> - Faire la différence entre dépendance physique et psychique - Identification des situations ou émotions déclenchant une envie de fumer
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Gérer les situations à risques 	<ul style="list-style-type: none"> - Expliquer les cigarettes « envie » et « besoin » - Poser la question au patient <i>Quels changements lors de situations à risques pourrait-on envisager ?</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Entoure les cigarettes « besoin » sur la feuille Agenda - Répond à la question - Envisage des changements qu'il se sent de mettre en place 	3 min	<ul style="list-style-type: none"> - Lister les changements qui peuvent être mises en place par le patient

Objectifs opérationnels	Activité de l'intervenant	Activité du patient	Durée	Evaluation
3. Mettre en place le plan d'action et organiser le suivi				
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Identifier la date de début du sevrage ainsi que ces modalités 	<ul style="list-style-type: none"> - Poser les questions au patient : <i>Quel moment vous semble idéal pour débuter l'arrêt ?</i> <i>Connaissez-vous des moyens pour arrêter de fumer ?</i> <i>Ressentez vous des craintes vis-à-vis de ces moyens ?</i> - Expliquer les différentes aides au sevrage 	<ul style="list-style-type: none"> - Répond aux questions 	3 min	<ul style="list-style-type: none"> - Identification d'une date de sevrage - Connaissances des différentes aides existantes
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Connaitre les différentes formes de substituts nicotiques 	<ul style="list-style-type: none"> - Poser les questions au patient <i>Connaissez-vous des formes de substituts nicotiques ?</i> <i>Avez-vous des craintes vis-à-vis de ces formes ?</i> - Présenter les dispositifs au patient 	<ul style="list-style-type: none"> - Répond aux questions 	5 min	<ul style="list-style-type: none"> - Choisir un substitut nicotinique

- Remise du document « suivi personnel de sevrage tabagique »

Annexe 7 Conducteur de séance - Suivi

Programme d'aide au sevrage tabagique à l'officine
Suivi d'arrêt

Objectifs de la séance :

1. Faire le bilan de l'arrêt du tabac
2. Evaluer la motivation et le moral du patient
3. Réévaluation du dosage de nicotine et des objectifs

➤ *Public concerné* : toute personne de 18 à 30 ans en sevrage tabagique

➤ *Intervenant* : Pharmacien d'officine

➤ *Durée de la séance* : 30 min

➤ *Outils et documents associés*

- Dossier Patient
- Test de Fagerström
- Test QMat

➤ *Matériels à prévoir*

- Feuilles et stylos
- Testeur de CO

Objectifs opérationnels	Activité de l'intervenant	Activité du patient	Durée	Evaluation
1. Faire le bilan de l'arrêt de tabac				
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Connaitre le nouveau comportement tabagique 	<ul style="list-style-type: none"> - Lire le dossier Patient - Poser les questions au patient : <i>Comment cela se passe t-il depuis le dernier rendez vous ?</i> <i>Etes-vous en arrêt ? Depuis combien de jours ?</i> <i>Racontez-moi vos journées avec votre nouveau rythme « tabac ».</i> <i>Décrivez moi les moments agréables et les plus difficiles</i> - Mesure du taux de CO expire 	<ul style="list-style-type: none"> - Répond aux questions - Souffle dans le testeur 	5 min	<ul style="list-style-type: none"> - Connaissance du nouveau comportement tabagique - Score du testeur CO
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Parler des « effets secondaires » liés à l'arrêt 	<ul style="list-style-type: none"> - Poser la question au patient <i>Que ressentez vous comme signes à l'arrêt ?</i> <i>Comment est votre sommeil ? votre transit ?</i> <i>Au niveau de votre alimentation, racontez-moi vos repas depuis l'arrêt du tabac ?</i> <i>Ressentez vous le besoin de manger entre les repas ?</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Répond aux questions 	3 min	<ul style="list-style-type: none"> - Rassurer le patient et proposer des solutions

Objectifs opérationnels	Activité de l'intervenant	Activité du patient	Durée	Evaluation
2. Evaluer la motivation et le moral du patient				
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Connaitre le moral du patient 	<ul style="list-style-type: none"> - Poser les questions au patient <i>Quel bénéfice avez-vous ressenti à l'arrêt ?</i> <i>Si une échelle de 0 à 10, dites moi de quel état d'esprit êtes-vous ?</i> - Test du QMat si besoin 	<ul style="list-style-type: none"> - Répond aux questions 	5 min	<ul style="list-style-type: none"> - Score échelle - Score au QMat
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Faire exprimer les craintes ou les nouvelles craintes 	<ul style="list-style-type: none"> - Poser les questions au patient: <i>Est-ce que les craintes que vous aviez au moment de l'arrêt sont toujours présentes ?</i> <i>De nouvelles craintes sont-elles apparues ?</i> <i>Comment avez-vous géré les situations à risque ?</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Répond aux questions 	5 min	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Dédramatiser</i> - Capacité à gérer les situations à risque

3. Réévaluation du dosage de nicotine et des objectifs

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Revoir les objectifs fixés lors du 1^{er} rendez vous 	<ul style="list-style-type: none"> - Lire le dossier Patient - Posez la question au patient : <i>Quelles sensations et quelles réactions avez-vous lors d'une envie de fumer ?</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Répond aux questions 	<p>2 min</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Evolution du comportement vis-à-vis du tabac
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Connaitre le moral du patient et faire exprimer les craintes 	<ul style="list-style-type: none"> - Poser les questions au patient : <i>Quels freins ressentez-vous ?</i> <i>Comment vos craintes exprimées au premier rendez vous ont-elles évoluées ?</i> Réévaluer avec l'aide de la balance décisionnelle 	<ul style="list-style-type: none"> - Répond aux questions 	<p>2 min</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Lister les problèmes que cela a posés au patient - Evolution de la Balance décisionnelle
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Réadaptation du traitement 	<ul style="list-style-type: none"> - Proposition d'adaptation du traitement au patient suite à l'entretien - Mesure du nouveau taux de CO 	<ul style="list-style-type: none"> -est en accord ou pas avec l'intervenant - souffle dans le testeur de CO 	<p>5 min</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Modification ou non du dosage des substituts nicotiques - Ajout de traitements adjuvants (homéopathie, phytothérapie) - Mesure du taux de CO
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fixation de nouveaux objectifs pour la prochaine séance 	<ul style="list-style-type: none"> - Proposition de nouveaux objectifs au patient 		<p>3 min</p>	

Programme d'aide au sevrage tabagique à l'officine
Entretien Motivationnel

Objectifs de la séance :

1. Faire exprimer par le patient le « discours-changement » : conduire le patient du stade de « fumeur hésitant » au stade de l'arrêt
2. Soutenir, remotiver le fumeur en sevrage avec une période de découragement ou le soutenir dans le maintien de l'arrêt

➤ *Public concerné* : toute personne de 18 à 30 ans :

- Dans la position de « fumeur hésitant » dans le cycle de Prochaska
- En période de sevrage avec une période de découragement ou de reprise

➤ *Intervenant* : Pharmacien d'officine

➤ *Durée de la séance* : 30 min

➤ *Outils et documents associés*

- *Balance décisionnelle*

- *Cycle de Prochaska*

- *Qmat*

- *Jeux de cartes pour les situations à risques*

Objectifs opérationnels	Activité de l'intervenant	Activité du patient	Durée	Evaluation
1. Faire exprimer par le patient le « discours-changement »				
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Faire exprimer au patient : <ul style="list-style-type: none"> - son désir d'arrêter de fumer - ses raisons vis- à -vis de son arrêt - ses besoins - ses atouts et ses freins à l'arrêt du tabac - les situations à risques pour les anticiper et les corriger 	<ul style="list-style-type: none"> - Poser des questions ouvertes - Utiliser le jeu de cartes avec les situations à risques 	<ul style="list-style-type: none"> - Répond aux questions - S'aide du jeu de cartes pour ses situations à risques 	20 min	<ul style="list-style-type: none"> - Balance décisionnelle - Score Qmat - Jeux de cartes
<ul style="list-style-type: none"> ➤ S'assurer de la bonne compréhension du contenu du discours du patient 	<ul style="list-style-type: none"> - Reformuler les éléments exprimés par le patient pour qu'ils soient réentendus par le patient. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ecoute l'intervenant 	2 min	<ul style="list-style-type: none"> -

Objectifs opérationnels	Activité de l'intervenant	Activité du patient	Durée	Evaluation
2. Encourager l'autonomie du patient dans sa prise en charge				
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Valoriser le patient 	<ul style="list-style-type: none"> - Faire des compliments, faire preuve de compréhension pour renforcer la relation avec le patient - S'appuyer sur les arrêts antérieurs pour faire ressortir l'expérience 	<ul style="list-style-type: none"> - Ecoute l'intervenant 	4 min	-
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Résumer le discours du patient pour conclure l'entretien ou changer de sujet 	<ul style="list-style-type: none"> - Récapituler avec le patient les éléments développés par le patient 	<ul style="list-style-type: none"> - Ecoute et intervient si besoin 	4 min	-

Bibliographie

1. Dictionnaire Larousse [en ligne]. Disponible sur <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/m%C3%A9thode/50965>. Consulté le 23/06/14
2. Demarteau M., *L'APPRET : une méthodologie pour construire des programmes d'éducation pour la santé*. Collection Méthodes au service de l'éducation pour la santé, 1991.
3. Education nationale, Mise en œuvre de méthodes et d'outils [en ligne]. Disponible sur http://www-zope.ac-strasbourg.fr/sections/enseignements/secondaire/pedagogie/les_disciplines/sciences_medico-soci/pedagogie/bac_st2s/methodologie/13.2_demarche_de_pro/. Consulté le 29/01/14
4. Agence Nationale pour la Promotion de l'Innovation et de la Recherche au Luxembourg [en ligne]. Disponible sur www.innovation.public.lu/fr/.../080629-Diagramme-Ishikawa-fran.pdf. Consulté le 25/06/14
5. Réseau Qualité en recherche [en ligne]. Disponible sur <http://qualite-en-recherche.cnrs.fr/spip.php?article7>. Consulté le 23/06/14
6. Réseau d'Education pour la santé Rhône-Alpes. *Tababox* [en ligne]. Disponible sur <http://www.craes-crips.org/publications/2006/tababox/fichiers/ress-lieux.htm>. Consulté le 28/11/13
7. Education nationale, Mise en œuvre de méthodes et d'outils [en ligne]. Disponible sur http://www-zope.ac-strasbourg.fr/sections/enseignements/secondaire/pedagogie/les_disciplines/sciences_medico-soci/pedagogie/bac_st2s/methodologie/13.2_demarche_de_pro/. Consulté le 29/01/14
8. Guide pratique pour conduire votre évaluation, Contact Santé-n°192, 2004 [en ligne] Disponible sur fulltext.bdsp.ehesp.fr/Grps/ContactSante/2004/192/16.pdf
9. Ministère des droits des femmes, de la ville, de la jeunesse et des sports [en ligne]. Disponible sur www.jeunes.gouv.fr%2FIMG%2Fpdf%2FNDI_guidemethodo.pdf&ei=ZPieU7PaCOPY7AaqtoHwAg&usg=AFQjCNGNx2QONp3TRIT_R5h4qf2ZuG0YhA. Consulté le 25/06/24

10. Diagramme de PERT [en ligne]. Disponible sur www.transdata.fr/bois/Cours/PERT/PERT.htm. Consulté le 15/04/14
11. Méthode QQCC : Education nationale, *Mise en œuvre de méthodes et d'outils* [en ligne]. Disponible sur http://www-zope.ac-strasbourg.fr/sections/enseignements/secondaire/pedagogie/les_disciplines/sciences_medico-soci/pedagogie/bac_st2s/methodologie/13.2_demarche_de_pro/ Consulté le 29/01/14
12. Comité régional d'éducation pour la santé Languedoc-Roussillon, Comment rédiger des critères et indicateurs d'évaluation et mesurer des effets de nos actions de prévention ou d'éducation pour la santé, 2004, 12p.
13. Nock F, *Petit guide de l'évaluation en promotion de la santé*, 2006, p21-22-23
14. Dictionnaire Larousse [en ligne]. Disponible sur <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9pid%C3%A9miologie/30371>. Consulté le 21/06/14
15. Organisation Mondiale de la Santé [en ligne]. Disponible sur <http://www.who.int/about/role.fr>. Consulté le 14/06/14
16. Organisation Mondiale de la Santé [en ligne]. Disponible sur http://whqlibdo.who.int/publications/2010/9789242563917_fre.pdf. Consulté le 14/06/14
17. Organisation Mondiale de la Santé [en ligne]. Disponible sur www.who.int/fctc/fr/. Consulté le 12/05/14
18. Organisation Mondiale de la Santé [en ligne]. Disponible sur www.who.int/tobacco/mpower/mpower_french.pdf. Consulté le 12/05/14
19. Organisation Mondiale de la Santé [en ligne]. Disponible sur <http://www.who.int/tobacco/mpower/publications/fr>. Consulté le 14/06/14.
20. Organisation Mondiale de la Santé [en ligne]. Disponible sur http://whqlibdo.who.int/publications/2010/9789242563917_fre.pdf. Consulté le 14/06/14
21. Commission Européenne [en ligne]. Disponible sur http://ec.europa.eu/health/tobacco/policy/index_fr.htm. Consulté le 14/06/14

22. Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé [en ligne]. Disponible sur <http://www.inpes.sante.fr/>. Consulté le 28/11/13
23. Légifrance.gouv.fr. *Article L-1417-1 de la loi n°2002-03 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé* [en ligne]. Disponible sur http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=DA265C80950CE1E8CDC8A29FB1EC51FA.tpdjo01v_2?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006687017&dateTexte=20140108&categorieLien=id#LEGIARTI000006687017. Consulté le 28/11/13
24. Guignard R., Beck F., Richard J-B., Peretti-Watel P., *Le tabagisme en France : analyse de l'enquête Baromètre Santé 2010*. INPES, 2013, 54p. [en ligne]. Disponible sur <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-2010/index.asp#tabac>. Consulté le 09/02/14
25. Beck F., Richard J-B., *Les comportements de santé des jeunes*. Analyses du Baromètre santé 2010. INPES, 2013, 344 p. [en ligne]. Disponible sur <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-2010/comportement-sante-jeunes/telechargement.asp>. Consulté le 05/02/14.
26. Institut Nationale de Veille Sanitaire [en ligne]. Disponible sur <http://www.invs.sante.fr/L-institut/>. Consulté le 28/11/13
27. Légifrance.gouv.fr. *Loi n°98-535 du 1 juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme* [en ligne]. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/afficTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000573437>. Consulté le 29/11/13
28. Légifrance.gouv.fr. *Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique* [en ligne]. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787078&dateTexte=&categorieLien=id>. Consulté le 29/11/13.
29. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire n°20-21, *Numéro thématique : journée mondiale sans tabac*, 31 mai 2011, 20p. [en ligne]. Disponible sur http://www.invs.sante.fr/beh/2011/20_21/beh_20_21_2011.pdf. Consulté le 28/11/13.
30. Légifrance.gouv.fr. *Loi n°91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme* [en ligne]. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT0000006072665&idArticle=LEGIARTI000006687017&dateTexte=20140108&categorieLien=id#LEGIARTI000006687017>



<http://www.legifrance.gouv.fr/afficTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000344577&dateTexte=&categorieLien=id>. Consulté le 29/11/13

31. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé [en ligne]. Disponible sur <http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/tabac/consommation/profils-fumeurs.asp>. Consulté le 29/05/14
32. Haute Autorité de la Santé [en ligne]. *Stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique. Efficacité, Efficience et prise en charge financière*, 2007, 122p. Consulté le 29/05/14
33. Rapport du député Yves Bur - Propositions pour une nouvelle politique de la lutte contre le tabac, 2012, 56p.
34. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale [en ligne]. Disponible sur <http://www.inserm.fr/>. Consulté le 26.03.14
35. Légifrance [en ligne]. Disponible sur <http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020378166&dateTexte=&categorieLien=id> Consulté le 29/05/14
36. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, *Conduites addictives chez les adolescents – usage, prévention et accompagnement*, Rapport, 2014 [en ligne]. Disponible sur Consulté 25.03.14
37. Observatoire Régional de la Santé (ORS) des Pays de la Loire [en ligne]. Disponible sur <http://www.santepaysdelaloire.com/ors/accueil-actualites/> Consulté le 28/11/13
38. Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé [en ligne]. Disponible sur <http://www.fnors.org//Inter/fnors.html>. Consulté le 28/11/13
39. Observatoire Régional de la Santé (ORS) des Pays de la Loire - Baromètre Santé jeunes Pays de la Loire, *Consommation d'alcool, de tabac et autres conduites addictives 2010* [en ligne]. Disponible sur <http://www.santepaysdelaloire.com/ors/etudes-et-publications/barometre-sante-jeunes/> Consulté le 28/11/13
40. Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire [en ligne]. Disponible sur <http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/L-ARS-Pays-de-la-Loire.84002.0.html>. Consulté le 28.11.13

41. Agence Régionale de la Santé [en ligne] Disponible sur http://www.ars.paysdelaloire.fr/fileadmin/PAYS-LOIRE/F_concertation_regionale/prs/prs_actualisation_2014/3.1-Schema_regional_Prevention_PRS_2014.pdf. Consulté le 29/05/14
42. Caisse d'Assurance Maladie [en ligne] Disponible sur <http://www.ameli.fr/assures/prevention-sante/l-arret-du-tabac.php>. Consulté le 11/06/14
43. Plan de Financement de la Sécurité Sociale.[en ligne]. Disponible sur <http://www.economie.gouv.fr/files/dossier-presse-plfss-2014.pdf> Consulté le 11/06/14.
44. Peto R, Lopez AD, Boreham J., Thun M., Mortality from smoking in developed countries 1950-2000 (2nd edition), 2006, 517 p. [en ligne]. Disponible sur <http://ctsu.ox.ac.uk/deathfromsmoking/download%20files/Original%20research/Mortality%20from%20smoking%20in%20developed%20countries%201950-2000%20%282nd%ed.%29.pdf>. Consulté le 11/02/2014
45. Doll et al., *Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male british doctors*, BMJ 2004 [en ligne]. Disponible sur <http://www.bmj.com/content/328/7455/1519>. Consulté le 11/02/14
46. Warner DD., et al., *Integrating tobacco cessation quitlines into healthcare: Massachusetts, 2002-2011*, Preventing chronic disease, 2012 [en ligne]. Disponible sur http://www.cdc.gov/pcd/issues/2012/11_0343.htm. Consulté le 10/02/14
47. Le Houezec J, Aubin H-J, Berlin I, Dewitte J-D, Wirth N, La lettre de la Société Française de Tabacologie, n°33, septembre 2012, 6 p.
48. Chevreul K, Cadier B, Durand-Zaleski I et al., *Evaluation coût-efficacité de la prise en charge à 100% du sevrage tabagique par l'assurance maladie*, BEH n°20-21, 2013. [en ligne]. Disponible sur <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2013/BEH-n-20-21-2013>. Consulté le 11/02/13
49. Lafuma A, Colin X, Solesse A, *Cost-effectiveness of atorvastatin in the prevention of cardiovascular events in diabetic patients: a French adaptation of CARDS*, Archives of Cardiovascular Diseases, 2008. [en ligne]. Disponible sur

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1875213608000314>. Consulté le 11/02/14.

50. De Pourville G, Solesse A, Beillat M, *Cost-effectiveness analysis of aldosterone blockade with eplerenone in patients with heart failure after acute myocardial infarction in the French context: the EPHEBUS study*, Archives of cardiovascular Diseases, 2008. [en ligne]. Disponible sur <http://www.emconsulte.com/article/193822>. Consulté le 11/02/14
51. Loubrieu V, *Moyens et atouts des pharmacies Giropharm dans le sevrage tabagique et lien avec la loi HPST ? Evolution à apporter ?*, Mémoire de Diplôme interuniversitaire de tabacologie, 2010, p.23-28
52. Le Faou A.-L, Scemama O, Ruelland A, Ménard J, *Caractéristiques des fumeurs s'adressant aux consultations de tabacologie*, Revue des maladies respiratoires, vol. 22, 2005, p.739-750 [en ligne]. Disponible sur <http://www.emconsulte.com/rmr/article/157159>. Consulté le 01/04/14
53. Raupach T, Brown J, Treatment of tobacco addiction and the cardiovascular specialist, Cur. Opin Cardiol., 2012. [en ligne] Disponible sur <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22820104>. Consulté le 12/02/14
54. Aboyans V, Thomas D, Lacroix P, *The cardiologist and smoking cessation*, Cur Opin Cardiol, 2010. [en ligne] Disponible sur <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20671551>. Consulté le 12/02/14
55. Légifrance.gouv.fr. *Article L1434-17 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires* [en ligne]. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020891661&dateTexte=&categorieLien=cid>. Consulté le 06/12/13
56. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits en Santé. *Recommandations de bonne pratique : les stratégies thérapeutiques et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt de tabac – Argumentaire*, 2003, 70p.
57. Le Maître B, Ratte S, Stoebner-Delbarre A, *Sevrage tabagique : des clés indispensables pour les praticiens*, éd. Doin, 2005, 176p., p.67-69

58. Thèse de Delepine L., *Pharmacien d'officine et prévention du tabagisme : Evaluation par enquête de la pratique du conseil officinal et de l'attente des fumeurs*, 2011
59. Janz N, Becker M, Kirscht J, Eraker S, Billi J, Woolliscroft J, *Evaluation of a minimal-contact smoking cessation intervention in an outpatient setting*, *Journal Public Health*, 1987, p.805-809. Disponible sur <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1647206/> Consulté le 14/04/14.
60. Wilson D, Wakefiek M, Steven I, Rohrsheim R, Esterman A, Graham N, *"Sick of Smoking": evaluation of a targeted minimal smoking cessation intervention in general practice*, *Medicine Journal Aust*, 1990, p.518-521.
61. Prochaska et al., *In search of the structure of change*, *Self Change: social psychological and clinical perspectives*, 1992, p.87-114.
62. Test de dépendance à la nicotine de Fagerström [en ligne]. Disponible sur http://www.tabac-info-service.fr/var/storage/upload/Q1_Fagertrom.pdf. Consulté le 10/02/14
63. Test de HAD [en ligne]. Disponible sur http://www.tabac-info-service.fr/var/storage/upload/Q7_Test_HAD.pdf. Consulté le 10/02/14.
64. Test QMat [en ligne]. Disponible sur <http://www.addicaa.org/page23267.asp>. Consulté le 10/02/14
65. Balance décisionnelle [en ligne]. Disponible sur http://www.quebec.cancer.ca/quebec/PDF_SIC/1_Ambivalence.pdf. Consulté le 10/02/14
66. Agence Régionale de la Santé des Pays de la Loire [en ligne]. Disponible sur <http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/L-ARS-Pays-de-la-Loire.84002.0.html>. Consulté le 28.11.13
67. Union Régionale des Professionnels de Santé – Pharmaciens Ile de France [en ligne]. Disponible sur <http://www.urps-pharmaciens-idf.fr/index.php/urps-pharmaciens/les-elus>. Consulté le 28.11.13
68. Légifrance [en ligne]. Disponible sur <http://.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=1328B74AECB3E49351>

1D68D96C37162B.tpdjo07v_2?cidTexte=LEGITEX000006072665&idArticle=LE
GIARTI000020896656&dateTexte=. Consulté le 28/11/13

69. Union Régionale des Professionnels de Santé – Pharmaciens Ile de France [en ligne]. Disponible sur <http://www.urps-pharmaciens-idf.fr/index.php/urps-pharmaciens/les-missions>. Consulté le 28.11.13
70. Unité de Coordination de Tabacologie du CHU d'Angers [en ligne]. Disponible sur http://www.chu-angers.fr/?IDINFO=65354&PARAM10498=BPRINT_1. Consulté le 29.11.13
71. Dent L, Harris K, Noonan C, *Randomized trial assessing the effectiveness of a Pharmacist-Delivered Program for smoking cessation*, The annals of pharmacotherapy, vol.43, n°2, 2009, p.194-201
72. Maguire T-A, McElnay J-C, Drummond A, *A randomized controlled trial of smoking cessation intervention based un community pharmacies*, Addiction, vol.96, 2001, p.325-331
73. Dreux C, Rapport « La Culture de la prévention en santé : des questions fondamentales », 2014, 27 p. [en ligne]. Disponible sur http://www.acadpharm.org/dos_public/Rapport_1avec_annexes_20131024.pdf. Consulté le 14/04/14
74. Instance Régional d'Education et de Promotion de la Santé Pays de la Loire [en ligne]. Disponible sur http://irepspdl.org/_front/Pages/page.php?cat=2&item=2&page=82&PHPSESSID=b9da72c788c0185c5b5fd8ce3cd22c3f. Consulté le 28.11.13
75. Instance Régional d'Education et de Promotion de la Santé Pays de la Loire – les missions [en ligne]. Disponible sur http://irepspdl.org/_front/Pages/page.php?cat=2&item=2&page=69. Consulté le 28.11.13
76. Service Universitaire de Médecine Préventive et Prévention de la Santé [en ligne]. Disponible sur <http://www.univ-angers.fr/fr/vie-a-l-universite/medecine-preventive.html>. Consulté le 29.11.13
77. Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie en ambulatoire [en ligne]. Disponible sur <http://www.drogues-info-service.fr/?Le-Centre-de-Soins-d>. Consulté le 17.03.2014.

78. Consultation Jeunes Consommateurs [en ligne]. Disponible sur <http://www.drogues-info-service.fr/?L-aide-aux-jeunes>. Consulté le 17.03.2014.
79. Blanchet E, *Intérêt de l'entretien motivationnel dans l'éducation thérapeutique du patient : Application de cette méthode de communication dans la mise en œuvre des entretiens pharmaceutiques à l'officine*
80. Association Française pour le Développement de l'Education Thérapeutique, [en ligne]. Disponible sur <http://www.afdet.net/>. Consulté le 06/03/14
81. Consultation de Dépendance Tabagique [en ligne]. Disponible sur <https://cdtnet.spim.jussieu.fr/introduction.action>. Consulté le 17.03.14
82. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. *Circulaire DH/EO2/DGS n° 2000-182 du 3 avril 2000 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé et au renforcement ou à la création de consultations hospitalières de tabacologie et d'unités de coordination de tabacologie* [en ligne]. Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2000/00-15/a0151108.htm>. Consulté le 17.03.14
83. Centre d'Evaluation, de Documentation et d'Innovation Pédagogique, *Fiche n°39 : Evaluer la satisfaction des participants*, Les fiches en ligne, 2007, 7p [en ligne]. Disponible sur http://www.cedip.equipement.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_EL39_-_eval_satisfaction_cle72deba.pdf. Consulté le 15/04/2014
84. Formaeva, exemple de questionnaire [en ligne]. Disponible sur <http://www.formaeva.com/files/documents/ressources/exemple-questionnaire-evaluation-a-chaud.pdf>. Consulté le 15/04/14

Méthodologie de gestion d'un projet de santé et son application au sevrage tabagique à l'officine

La mise en place d'un projet en santé nécessite une certaine méthodologie pour qu'il puisse voir le jour. Il n'existe pas de liste exhaustive de méthodes, il faut trouver celle qui s'adapte au mieux à ce que l'on souhaite mettre en place. Cette thèse développe la méthode A.P.P.R.E.T; c'est une méthode gigogne qui se décline en 6 étapes. Le respect de chaque étape est primordial pour assurer une bonne conduite de projet. Cet acronyme signifie :

A : Analyser / **P** : Prioriser/ **P** : Planifier /**R** : Réaliser/ **E** : Evaluer / **T** : Transformer

Les questions « Qui êtes-vous ? Que voulez vous faire ? Pourquoi ? Comment allez-vous faire ? Comment apprécier votre action ? Comment la valoriser ? » sont utilisées comme fil conducteur. Celui se détaille de manière plus précise, par la suite, avec de nouvelles questions. Cette méthode a été appliquée à un exemple concret : un programme de sevrage tabagique à l'officine. Ce projet, issu de l'idée d'un pharmacien d'officine, est basé sur des rendez-vous à l'officine réalisés entre le patient souhaitant arrêter de fumer et le pharmacien. Au comptoir, le pharmacien propose au patient en demande de sevrage tabagique, de se rencontrer au cours de rendez-vous pour essayer de mettre en évidence les difficultés qu'il rencontre et de lui apporter des solutions concrètes pour un arrêt définitif du tabac.

Mots clés : méthodologie, gestion de projet, sevrage tabagique, officine

Health project management methodology and tobacco smoking cessation in pharmacy

The implementation of a health project necessitates a definite methodology in order to be conducted successfully. However, there is no comprehensive list of methods and one needs to identify the methodology that better suits the project to be implemented. The following thesis is based on a methodology known as A.P.P.R.E.T; this drawer-like methodology follows six steps. The successful implementation of the project requires a scrupulous observance of each step. The acronym stands for:

A: Analyze / **P**: Prioritize / **P**: Plan / **R**: Realize / **E**: Evaluate / **T**: Transform

Questions like "Who are you? What do you want to do? What for? How will you do? How to value your action?" will be used throughout our study, as a guiding principle. The latter will be further detailed in the course of the study, with new sets of questions. This methodology was applied to a concrete example: a tobacco-smoking cessation program led at the pharmacy. This project originated from a pharmacist and is based on appointments between him and patients who are trying to quit smoking. At the pharmacy's counter, the pharmacist in charge offers patients to meet in order to highlight the difficulties he is facing and to try to come up with concrete smoking cessation solutions.

Keywords: methodology, project management, tobacco smoking cessation, pharmacy