



Evaluation « Campagne de dépistage du diabète et des maladies cardio-vasculaires du nord de la province de Luxembourg »

1. Processus de mise en place

Le projet Chronilux a pour objectif de tester un protocole de dépistage du diabète en pharmacie sur l'ensemble de la province du Luxembourg d'ici la fin de l'année 2022. Pour cela, trois campagnes seront organisées en divisant la province de manière géographique : nord, centre et sud. La première campagne décrite ici a eu lieu dans le nord de la province.

Pour mettre en place une telle campagne, Chronilux s'est basé sur le premier projet pilote de Belgique à avoir organisé ce dépistage : TakingCare. Ce projet lancé par l'Union Royale des pharmaciens du Limbourg en 2015 avait pour objectif d'évaluer la valeur ajoutée du pharmacien dans le dépistage du diabète en officine et l'analyse des résultats : nombre de patients dépistés à risque et ressentis des participants. Chronilux a utilisé le même protocole de dépistage, c'est-à-dire le questionnaire FINDRISK suivi d'une éventuelle mesure de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) en fonction des résultats au questionnaire. La méthode de dépistage utilisée par Chronilux a donc déjà été analysée par TakingCare. Nous avons continué les réflexions déjà entamées telles que les critères de renvois vers le médecin traitant, l'intérêt de la mesure de l'HbA1c ou du questionnaire FINDRISK seul, l'impact du dépistage sur les participants et les suites données, le ressenti des pharmaciens... Trois campagnes dans 17 pharmacies de 5 communes de la province du Luxembourg ont déjà été organisées par Chronilux. Ces campagnes à plus petites échelles, ont permis de réfléchir, tester et améliorer le processus de mise en place ainsi que le protocole de dépistage.

Chaque pharmacie a été contactée individuellement par téléphone, a reçu une brève explication du projet et pouvait décider de participer ou non à l'action. Ensuite, tout le personnel des différentes pharmacies a été convié à une soirée de présentation du projet par Zoom. Un enregistrement de la présentation a été envoyé à chaque pharmacie. Tous des médecins de la zone ont également été invités à la réunion et ont eu la possibilité de recevoir l'enregistrement de la soirée. Pour terminer la préparation de la campagne, nous avons reçu un ou plusieurs membres de chaque pharmacie dans un point central du nord de la province afin de répondre à leurs éventuelles questions, leur remettre le matériel, leur faire une démonstration de la machine Analyseur Afinion 2 permettant de réaliser le dépistage et une démonstration de la Webtool. La WebTool est un outil d'encodage informatique mis à disposition par l'Association des Pharmaciens Belges (APB) destiné à faciliter la procédure de dépistage. Les retours des pharmaciens par rapport aux informations reçues sont plutôt positifs même s'ils mettent en évidence la difficulté liée à la masse d'informations reçues en peu de temps.

Une farde a été distribuée aux pharmaciens pour les accompagner tout au long du dépistage. Elle reprenait toutes les informations liées au dépistage, à l'utilisation de la machine, l'utilisation de la Webtool, au processus d'évaluation, aux facteurs de risque du diabète et des maladies cardio-vasculaires (MCV), aux données de contact de professionnels en lien avec le diabète et les MCV : diététiciens, tabacologue, cardiologues... Nous leur avons aussi mis à disposition des cahiers de santé de la province sur le diabète, les MCV et l'alimentation, à utiliser comme outils d'éducation à la santé avec les participants. Tous ces outils ont été décrits comme suffisants par les pharmaciens dans l'évaluation.

Tout au long du dépistage, l'équipe Chronilux, les partenaires APB et Charlotte Vanghewule (déléguée de la société Abbott) étaient joignables afin d'accompagner au mieux les pharmaciens.

Le protocole de dépistage (décrit plus loin) a été réfléchi avec plusieurs professionnels de santé : diabétologues, médecins généralistes, infirmiers éducateurs en diabétologie, pharmaciens, représentants du groupe stratégique Chronilux...

La nouveauté de cette campagne est l'évaluation du risque cardiovasculaire en plus du dépistage du diabète. Ce protocole de dépistage est basé sur un dépistage similaire organisé en 2021 par le projet Care Test en collaboration avec l'APB à Bruxelles.

2. Couverture de l'action :

Les détails de cette première campagne dans le nord de la province sont décrits dans le tableau ci-dessous. Au total, ce sont 31 pharmacies qui ont été contactées pour prendre part au projet, 20 (64%) ont répondu présentes. Celles qui ont refusé l'ont fait par manque de personnel ou d'espace pour faire le dépistage.

Durée de la campagne	Du 24-01-22 au 31-03-22 (10 semaines)
Nombre de pharmacies participantes	20
Nombre de communes concernées	11
Durbuy	Pharmacie Tilman Pharmacie Huart Multipharma Barvaux
Gouvy	Pharmacie de Cherain
Hotton	Pharmacie Juspin Pharmacie Mouchet
Houffalize	Multipharma Nadrin
Nassogne	Pharmacie de Nassogne
Rendeux	Pharmacie Boclinville
Marche-en-Famenne	Pharmacie Debor Centre Pharmacie Debor Boulevard Pharmacie Familia Marloie Pharmacie Denis-Famenne Pharma Santé Aye Pharmacie Crochelet

Tellin	Pharmacie Familia Tellin
Tenneville	Pharmacie Noël
Vielsalm	Pharmacie Triffaux
Wellin	Pharmacie Bastien

Public cible :

Pour pouvoir participer au dépistage, les participants doivent habiter en province du Luxembourg et avoir au moins 18 ans. Les critères d'exclusion sont les suivants :

- ✚ Femme enceinte
- ✚ Diabète ou maladie cardiovasculaire connu
- ✚ Suivi régulier chez le médecin traitant

Dans les faits, le critère d'exclusion « MCV connue » n'a pas pu être suivi de manière stricte. Les personnes avec une MCV connue, comme l'hypertension par exemple, n'étaient pas forcément suivies de façon régulière par leur médecin généraliste. Il n'aurait donc pas été logique de les refuser au sein du projet. Les pharmaciens pouvaient dès lors accepter les personnes sous traitement pour une MCV à condition qu'elles n'aient pas de suivi régulier chez leur médecin.

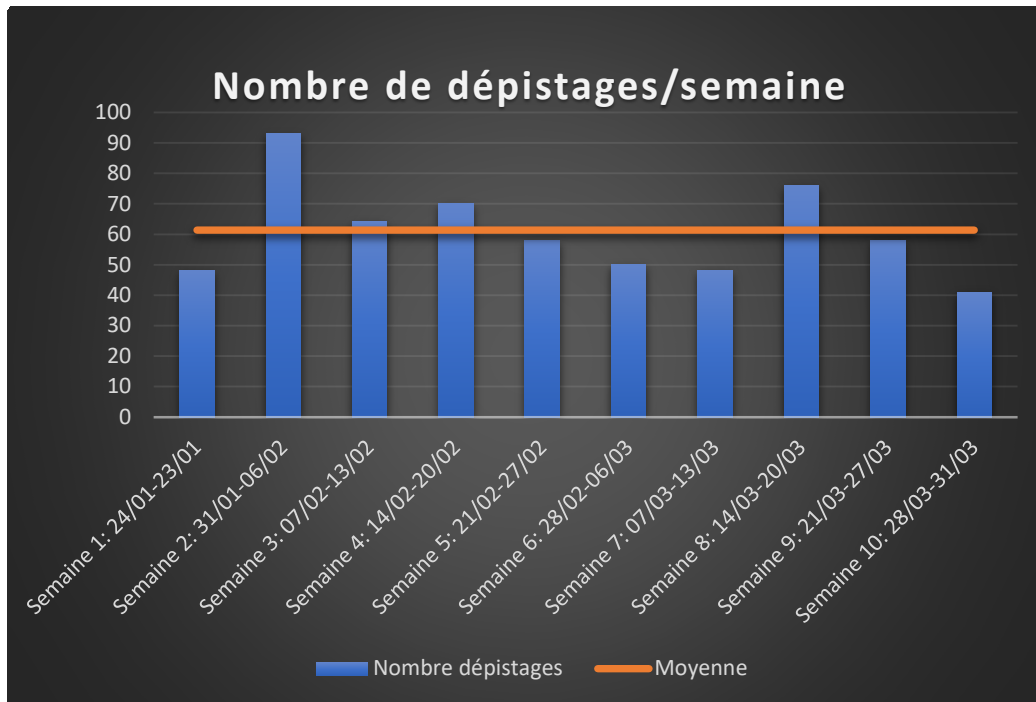
Nombre de dépistages

Durant les 10 semaines de campagne, 699 dépistages ont été réalisés et 618 enregistrements sont exploitables dans cette évaluation. Cela représente une moyenne de plus de 10 dépistages quotidiens, en comptant les 58 jours d'ouverture effectifs des pharmacies. Comme on peut le voir dans le graphique ci-dessous, la répartition des dépistages entre les 3 mois de campagnes est assez homogène (le mois de janvier représente seulement 12% de la durée de la campagne).



Le nombre de dépistages réalisés par semaine semble être influencé par la campagne de communication :

- Le nombre de dépistages élevés la deuxième semaine de campagne est sans doute lié aux toutes-boîtes d'informations distribués dans le courant de la semaine précédente.
- La ré-augmentation du nombre de dépistages réalisés à partir de 14/03 est concomitante avec les spots radios publicitaires diffusés sur 2 radios régionales.



Campagne de communication :

La campagne de communication complète est décrite ci-dessous :

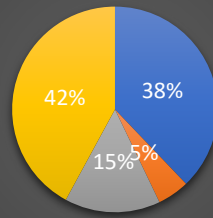
1. Publicité Facebook le jeudi 20/01.
2. Toutes-boîtes la semaine du 24/01-28/01.
3. Début février publicité sur Facebook.
4. Spots radio du 14/02 au 26/02.
5. A partir de début mars, publicités Facebook

A cette campagne de publicité, s'ajoute une transmission de l'information par les communes partenaires qui utilisent leurs canaux : page Facebook, site internet, bulletins communaux. S'ajoutent également les affiches et flyers distribués par les pharmaciens dans les endroits stratégiques de leur zone.

L'information a aussi largement été relayée dans les médias TV, radio et presse imprimée : Vivacité, RTL TVI local, TvLux et l'Avenir du Luxembourg.

Le détail des moyens de communication utilisés est décrit dans le graphique ci-dessous. Le moyen de communication le plus efficace est le toutes-boîtes (folder).

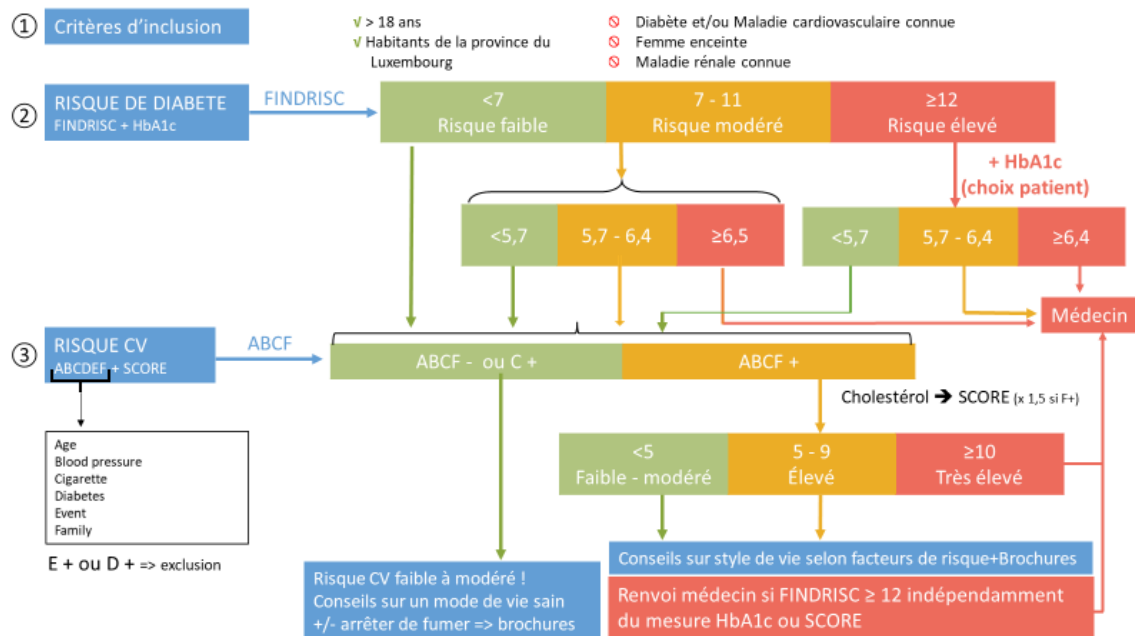
Connaissance du projet



■ Via la pharmacie ■ Via une connaissance ■ Via la presse locale ■ Via le folder

Déroulement du dépistage :

En plus du dépistage du diabète, une évaluation du risque cardiovasculaire était réalisée. Le protocole de dépistage était le suivant :



Le dépistage se réalisait donc en 4 étapes :

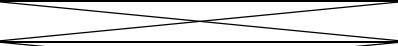
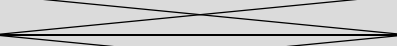
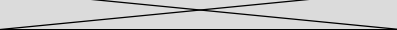
1. Réponse au questionnaire FINDRISK
2. Mesure de l'hémoglobine glyquée (réalisée ou non en fonction des résultats au test précédent)
3. Réponse au questionnaire SCORE (réalisée ou non en fonction des résultats au test précédent)
4. Prise de tension et mesure du taux de cholestérol (réalisée ou non en fonction des résultats au test précédent)

Le nombre de dépistages total a été comptabilisé en fonction du nombre de FINDRISK encodés dans la Webtool.

Dans le tableau ci-dessous, vous trouverez le détail des dépistages effectués. Les chiffres en pourcents représentent des proportions par rapport au nombre total de dépistages réalisés.

Dépistages réalisés	699
Enregistrements exploitables	618
Mesures d'HbA1c	513
Mesures du cholestérol	385
Personnes dirigées vers leur médecin	270 (43,6%)
Personnes dirigées chez leur médecin pour un risque de diabète	241 (39%)
Personnes dirigées chez leur médecin pour un risque cardio-vasculaire (score élevé)	39 (6%)
Personnes dirigées chez leur médecin pour un risque de diabète et un risque cardio-vasculaire	10 (1,6%)

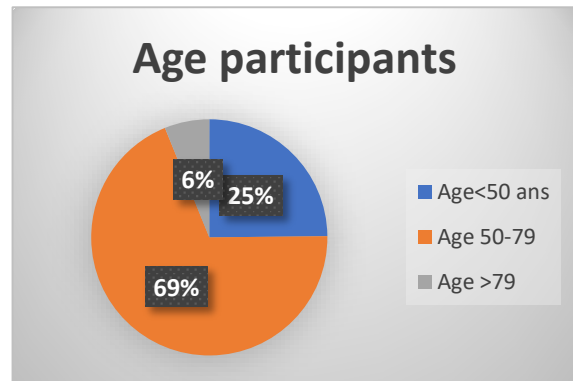
Dans le tableau ci-dessous, les résultats étapes par étapes. Les cases barrées sont celles où cette partie du dépistage n'est pas réalisée, suivant le protocole de dépistage présenté précédemment. Les cases grises représentent les personnes envoyées vers leur médecin suite au dépistage.

Résultats FINDRISK	Résultats HbA1c	Résultats Score (dont taux de cholestérol)
FINDRISK faible : 100 (16%)		Score faible : 64 (10,3%)
		Score modéré : 16 (2,6%)
		Score élevé : 4 (0,6%)
FINDRISK modéré : 278 (45%)	HBA1C faible : 216 (35%)	Score faible : 107 (17,3%)
		Score modéré : 50 (8,1%)
		Score élevé : 19 (3,1%)
	HBA1C modérée : 59 (10%)	Score faible : 25 (4%)
Score modéré : 13 (2,1%)		
		Score élevé : 6 (1%)
FINDRISK élevé : 240 (39%)	HBA1C faible : 151 (24%)	Score faible : 77 (12,6%)
		Score modéré : 31 (5%)
		Score élevé : 10 (1,6%)
	HBA1C modérée : 80 (33%)	
	HBA1C élevée : 6 (2,5%)	

Les caractéristiques du public atteint sont décrites dans le tableau suivant :

Sexe	Femmes	65%
	Hommes	35%
Age moyen		58,7 ans
Participants en surpoids ou obèse (IMC≥26)		49%
Public précarisé		39%

L'âge et l'indice de masse corporelle (IMC) correspondent au public ciblé à risque de développé un diabète de type II ou une MCV. La grande majorité des participants avait entre 50 et 79 ans. On note une prédominance féminine dans les participants. Pourtant, les hommes sont plus touchés que les femmes par le diabète de type 2 et les MCV¹. Même si la différence n'est ici pas énorme, les chiffres du dépistage vont dans ce sens car 48% des hommes ont été guidés chez leur médecin pour un résultat indiquant un risque de diabète ou MCV contre 41% de femmes.



Dans l'évaluation du risque cardiovasculaire, la tension artérielle était prise et a montré des résultats particulièrement élevés d'hypertension. Sur les 422 personnes pour qui une tension a été prise, 37% avaient une hypertension systolique et/ou diastolique. Ces chiffres montrent la nécessité d'une mesure de la tension artérielle de la population.

Les personnes ayant un faible niveau d'instruction ou bénéficiant d'une intervention majorée sont plus à risque de souffrir de diabète sans le savoir¹. Les personnes ayant un statut socio-économique élevé sont plus enclines à participer à une campagne de dépistage^{2,3,4} ce qui montre que le dépistage risque d'amplifier les inégalités socio-économiques. Nous avons tenté de réduire au maximum ce risque en proposant un dépistage gratuit et de proximité en pharmacie (tout le monde n'a pas de médecin traitant mais tout le monde a un pharmacien). Dans l'évaluation, nous nous sommes intéressés au niveau de précarité des participants. Pour cela nous avons utilisé le questionnaire validé EPICES qui a montré que 39% des répondants avaient un statut de précarité (114 répondants). Il est difficile de dire si nous touchons réellement plus de personnes vivant dans la précarité que dans d'autres campagnes de dépistage car il n'existe, à ma connaissance, aucune donnée comparable dans la littérature. Nous pourrions néanmoins évaluer le taux de précarité atteint ici et dans les campagnes futures.

Par rapport à la couverture de l'action, nous nous sommes demandé si l'aspect rural ou urbain pouvait jouer un rôle dans le nombre de dépistages réalisés, possiblement en lien avec la concentration de médecin plus importante en ville qu'à la campagne. Les pharmacies ayant réalisé le plus de dépistages se situent plutôt dans un environnement rural qu'urbain mais nous ne pouvons à l'heure actuelle pas confirmer le rôle exact de l'environnement vu le nombre important de facteurs à prendre en compte (distribution des pharmacies

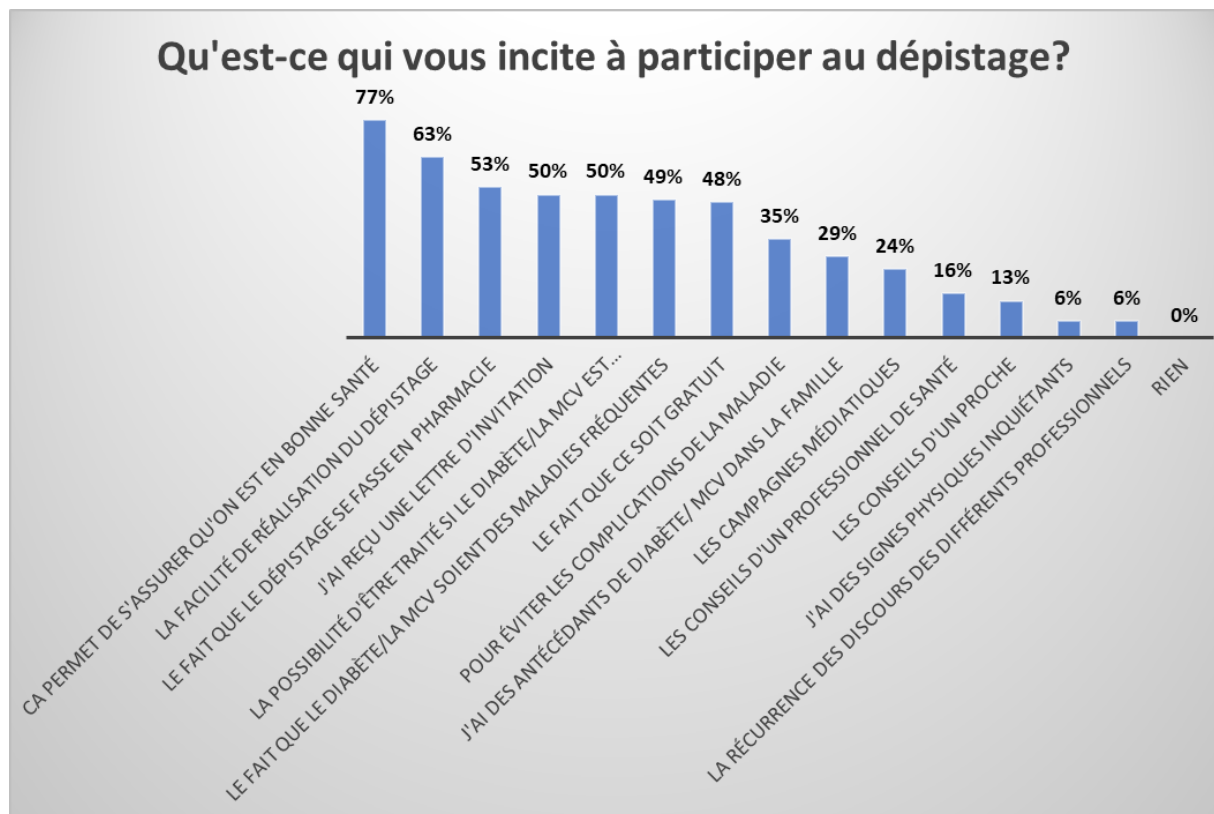
participantes, critères objectifs pour définir une pharmacie rurale ou urbaine, charge de travail supplémentaire possible liée aux épidémies de covid qui pouvaient être locales...).

3. Questionnaire de satisfaction

Parmi les participants, 114 ont accepté de répondre à un questionnaire de satisfaction soit en ligne, soit via un questionnaire papier. Les répondants sont uniquement des personnes incluables dans le projet, c'est-à-dire, des personnes ayant eu un résultat pathologique.

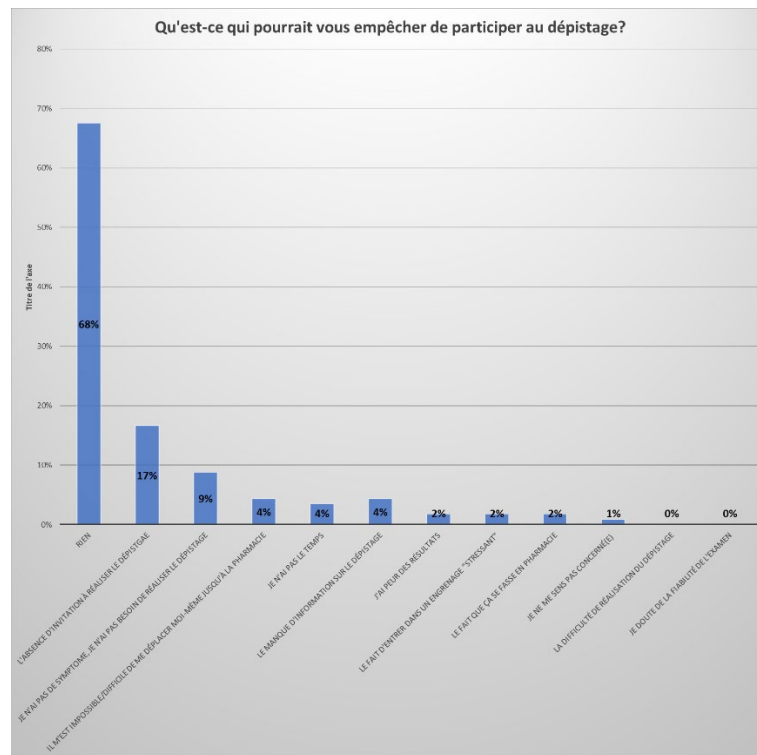
Adjuvants et freins au dépistage

Nous nous sommes intéressés aux adjuvants à la réalisation de ce dépistage. Les résultats dans le graphique ci-dessous montrent que les principales raisons de participation sont : pour s'assurer d'être en bonne santé, la facilité de réalisation du dépistage et le fait que ça se fasse en pharmacie. On note aussi les raisons suivantes évoquées par la moitié des répondants : le fait d'avoir reçu une lettre d'invitation (faisant référence au toutes-boîtes), la possibilité d'être traitée en cas de dépistage positif, le fait que le diabète et les MCV soient fréquentes et le fait que ce soit gratuit.



Il leur a aussi été demandé ce qui aurait pu les empêcher de participer au dépistage afin de déceler les freins potentiels à ce dépistage en pharmacie. La grande majorité des répondants dit que rien n'aurait pu les empêcher. Le frein le plus rapporté est l'absence d'invitation à réaliser le dépistage. Ce frein concerne sans doute les personnes qui n'ont pas reçu le toutes-boîtes : hors commune participante ou ne souhaitant pas recevoir de publicités (envoi

commercial du toutes-boîtes). Ce qui met en avant l'importance d'utiliser les canaux communaux comme les bulletins communaux qui permettent de toucher l'ensemble de la population. Aucun participant n'a trouvé le dépistage difficile à réaliser ou n'a douté de sa fiabilité. Ce qui est positif vu que la réalisation du dépistage par des pharmaciens est innovant.



Impacts du dépistage sur le participant

L'impact du dépistage sur le participant semble positif. Presque la totalité des répondants estime avoir reçu des informations utiles à sa santé. Environ les trois-quarts pensent modifier certaines de leurs habitudes de vie (activité sportive, alimentation...) et ont envie de participer à d'autres actions dans le but d'améliorer leur santé.

Avez-vous reçu des informations utiles pour votre santé ? (Oui)	99%
Pensez-vous modifier certaines habitudes de vie suite au dépistage ? (Oui)	77%
Est-ce que votre participation au dépistage vous donne envie de participer à d'autres actions dans le but d'améliorer votre santé ? (Oui)	74%

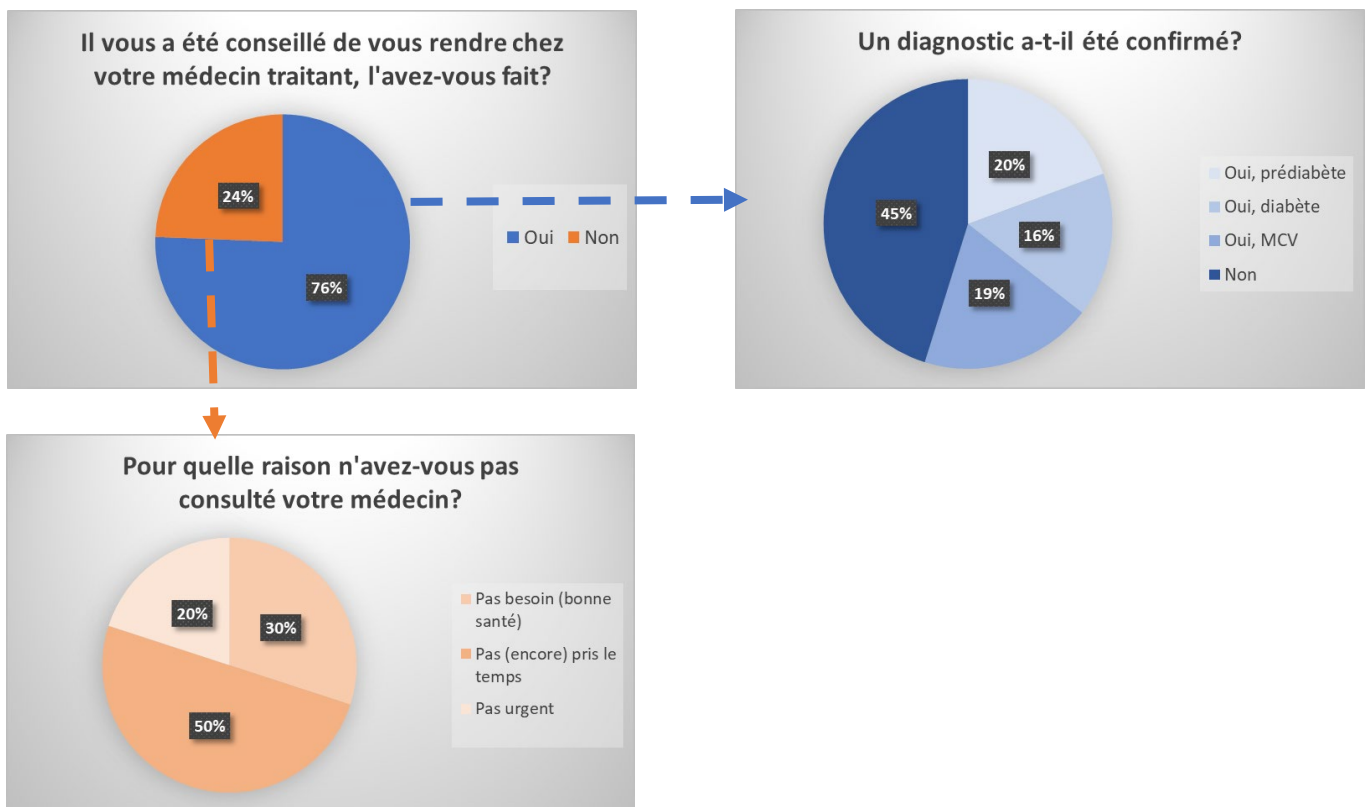
Satisfaction générale des participants

La satisfaction des participants est très élevée puisque, 98% des répondants seraient prêts à conseiller ce dépistage à un proche et leur niveau de satisfaction moyen est supérieur à 9/10.

4. Questionnaire de rappel :

Il était demandé aux pharmaciens de contacter par téléphone les participants ayant été dirigés vers leur médecin 1 mois après leur dépistage et de répondre à un questionnaire avec eux. Ce questionnaire a pour objectif d'évaluer l'impact du dépistage sur les participants.

Quarante-et-une personnes ont répondu au questionnaire. La durée moyenne entre le dépistage et le rappel est de 37 jours. Parmi les répondants, 79% avaient été envoyés chez leur médecin pour un risque de diabète et 21% pour un risque de MCV. Comme on le voit dans les graphiques ci-dessous, 76% avaient consulté leur médecin généraliste et parmi eux 55% avaient eu une confirmation de pré-diabète, diabète ou MCV. Deux personnes ont eu à la fois un diagnostic de diabète et de maladie cardiovasculaire. Parmi ceux qui n'ont pas consulté leur médecin, trois raisons sont évoquées : le fait de ne pas avoir besoin de consulter, le fait de ne pas avoir (encore) pris le temps, le fait qu'il n'y ait pas d'urgence.



Nous avons constaté que le nombre de personnes dirigées vers leur médecin était peut-être trop important. Dans la prochaine campagne, nous ne dirigerons pas systématiquement les personnes ayant un FINDRISC ≥ 12 vers leur médecin. En effet, parmi elles, celles ayant une HbA1c $< 5,7$ ont certes un risque de développer un diabète vu le FINDRISK mais physiologiquement, tout est normal. Ce qui risque d'entraîner, comme nous avons pu le constater suite à plusieurs échanges avec le terrain, certains désagréments : investigations inutiles, nocivité psychologique, pression sur le système de santé, discordance de discours entre pharmacien et médecin qui peut entraîner une perte de confiance du patient envers le

dépistage en pharmacie... Pour ce groupe de personnes, les pharmaciens insisteront donc sur l'éducation à la santé et conseilleront un dépistage annuel.

Un questionnaire va être envoyé aux médecins ayant reçu des patients suite au dépistage et une des questions portera sur la sélection des personnes dirigées vers leur médecin. Elle sera donc peut-être encore modifiée dans la dernière campagne de 2022 suite aux résultats de l'évaluation.

Une série de questions ayant pour objectif d'évaluer l'impact du dépistage et ses suites ont été posées. Voici les résultats des personnes ayant consulté leur médecin généraliste dans le tableau ci-dessous :

Votre médecin vous a-t-il prescrit des médicaments ? (Oui) (Lorsque le diagnostic a été confirmé)	12/15 (80%)
<i>Pré-diabète</i>	3/7 (42,8%)
<i>Diabète</i>	3/3 (100%)
<i>Maladies cardio-vasculaires</i>	4/4 (100%)
<i>Diabète et MCV</i>	2/2 (100%)
Avez-vous changé vos habitudes alimentaires ? (Oui) (Question posée uniquement aux personnes ayant consulté leur médecin)	10/29 (34,5%)
<i>Pas de confirmation de diagnostic</i>	4/16 (25%)
<i>Pré-diabète</i>	4/6 (66%)
<i>Diabète</i>	2/2 (100%)
<i>MCV</i>	0/3 (0%)
<i>Diabète + MCV</i>	0/2 (0%)
Avez-vous consulté une diététicienne pour cela ? (Oui)	1 (10%)
Avez-vous mis en place une activité physique régulière ? (Oui)	3/29 (10,3%)
<i>Pas de diagnostic confirmé</i>	0/15 (0%)
<i>Pré-diabète</i>	2/6 (33%)
<i>Diabète</i>	0/2 (0%)
<i>MCV</i>	1/4 (25%)
<i>Diabète + MCV</i>	0/2 (0%)
Pour les personnes qui présentaient un excès de poids, avez-vous perdu du poids ? (Oui)	3/14 (21,4%)
Votre médecin vous a-t-il adressé à d'autres professionnels de santé ou conseillé des activités dans le but d'améliorer votre santé ? (Oui)	3/26 (11,5%)
Le(s)quel(s) ?	Néphrologue (1/3) Diabétologue (2/3)

(N.B : certaines questions n'ont pas été remplies par les participants, ce qui explique les différences de chiffres totaux aux différentes questions).

Plusieurs éléments vont dans le sens de l'utilité du dépistage : le nombre de diagnostics confirmés, la mise en place d'un traitement quand c'était nécessaire, la modification des habitudes de vie pour certains participants, la redirection vers des professionnels spécialisés.

Les comportements essentiels à adopter pour éviter l'apparition de diabète de type II, de MCV ou leurs aggravations/complications sont entre-autres d'avoir des habitudes alimentaires saines et une activité physique régulière. Or, on remarque dans les résultats que parmi les personnes ayant eu une confirmation de diagnostic, seul 46% ont modifié leurs habitudes alimentaires et 21% ont mis en place une activité physique régulière, souvent de la marche. Mettre en place ce type d'activité physique est positif mais il interroge sur la poursuite à plus long terme. En effet, les personnes en reprise d'activité physique peuvent avoir besoin d'un accompagnement/soutien pour continuer sur le long terme, ce qui ne semble pas être le cas ici. Concernant les personnes qui disent avoir modifié leurs habitudes alimentaires, seule une s'est faite accompagnée par une diététicienne. Il est donc pertinent de se demander si ces personnes ont réellement toutes les cartes en mains pour pouvoir adopter des habitudes alimentaires saines. Ces deux chiffres de modification d'habitudes de vie sont assez faibles comparativement au 80% de personnes pour qui un traitement médicamenteux a été mis en place. Idéalement, un traitement médicamenteux est mis en place lorsque la modification des comportements de santé ne suffit pas à réguler la glycémie ou le cholestérol et va dans tous les cas de pairs avec la modification de ces habitudes de vie.

Seules 3 personnes ont été dirigées vers d'autres professionnels de santé, aucun vers des activités de santé tel que de l'activité physique adaptée ou des ateliers diététiques. Sans doute lié à un manque de connaissance de ces ateliers ou des effets bénéfiques qu'ils peuvent avoir.

La mise en place, lors de la prochaine campagne, d'une consultation gratuite pour les personnes dépistées à risque de prédiabète prend ici tout son sens. Ces personnes, en consultant un référent en éducation thérapeutique pourrions réfléchir et mettre en place des actions concrètes pour éviter ou reculer au maximum le risque de diabète, si possible, sans usage de traitement médicamenteux. L'objectif sera de s'assurer que toutes les personnes dépistées à risque aient la possibilité d'être prises en charge.

Dans les résultats, nous avons été interpellés par le fait que cinq personnes aient déclaré que le diagnostic était déjà connu auparavant, alors que c'était un critère d'exclusion à la participation. Nous insisterons sur ce point dans les prochaines campagnes.

5. Satisfaction des professionnels

Sept pharmaciens ont répondu au questionnaire de satisfaction.

Certains répondants ont mis en évidence la masse d'informations importante à assimiler. Il faut dire que le couplage du dépistage diabète et MCV a nettement augmenté le nombre d'informations à transmettre. Cela sera diminué à l'avenir par la suppression de l'évaluation du risque cardio-vasculaire.

Tous ont déclaré avoir eu les outils suffisants pour informer, éduquer et guider les participants. Concernant la durée idéale d'une telle campagne, les réponses varient entre 1 mois et 3 mois.

La procédure de dépistage du diabète a semblé adaptée à la majorité des répondants. Certains notent que les participants n'ayant pas droit à un test HbA1c, étaient frustrés de ne pas pouvoir réaliser le test pour lequel ils sont venus. Nous insisterons dans les prochaines campagnes sur le caractère inutile et inefficace de réaliser le test HbA1c chez les personnes non à risque de diabète, suite au questionnaire, pour que les pharmaciens puissent l'expliquer aux participants.

La procédure de dépistage des MCV n'a pas semblé adaptée pour la majorité des répondants. La mesure de la tension paraissait importante mais la mesure du cholestérol était difficile pour plusieurs raisons : temps d'analyse très long (8 minutes), cassettes non efficaces/fiables (nécessité de recommencer plusieurs fois pour avoir un résultat), certaines machines déficientes pour l'analyse du cholestérol, besoin d'une grosse goutte de sang, difficulté de cibler les participants (comme expliquer précédemment qui accepter et qui refuser en fonction des traitements/suivis ?).

La WebTool, la rémunération, la procédure de dépistage du diabète sont des éléments qui sont à conserver dans les prochaines campagnes. Le dépistage des MCV est plus compliqué et moins efficace. Le fait de coupler deux dépistages augmente considérablement le nombre d'informations à assimiler pour le participant et rend difficile le ciblage de ces informations. Le fait de scinder les différents dépistages serait sans doute plus efficace. Le personnel à affecter au dépistage est considérable mais à analyser à nouveau dans les prochaines campagnes où le dépistage prendra moins de temps (sans l'évaluation du risque cardiovasculaire).

Concernant l'atteinte du public cible, les ¾ des répondants pensent avoir atteint des personnes qui n'auraient pas réalisé ce dépistage chez leur médecin traitant. Après plusieurs discussions avec les pharmaciens, il ressort néanmoins que les participants étaient majoritairement des personnes soucieuses de leur santé. Certains ne pensent pas que ce dépistage ait permis de toucher les personnes non soucieuses de leur santé ou dans une moindre mesure.

Les résultats sont dans le tableau suivant :

Aviez-vous le personnel suffisant ? (Oui)	4 (57,1%)
La rémunération était-elle suffisante ? (Oui)	6 (85,7%)
La WebTool était-elle facile à utiliser ? (Oui)	6 (85,7%)
Est-il contraignant de devoir disposer d'un local isolé pour réaliser les entretiens ? (Oui)	1 (14,3%)
La procédure de dépistage du diabète est-elle adaptée ? (Oui)	6 (85,7%)
La procédure de dépistage des MCV est-elle adaptée ? (Oui)	3 (42,9%)

La campagne de dépistage a-t-elle permis d'atteindre le public cible (personnes qui n'auraient pas réalisé ce dépistage chez leur médecin traitant) ? (Oui)	5 (71,4%)
La redirection des participants vers leur médecin était-elle pertinente ? (Oui)	5 (71,4%)

Les points positifs mis en avant par les pharmaciens sont les suivants :

- Valorisation du rôle du pharmacien en tant que professionnel de santé (et non uniquement vendeur de médicaments).
- Renforcement de la relation pharmacien-patient, moment privilégié en « tête-à-tête » avec le participant qui favorise le dialogue.
- Dépistage du diabète rapide et efficace
 - FINDRISK permet d'aborder beaucoup de sujets avec le participant
 - Mesure de l'HbA1c simple et résultats immédiats
- La prise de la tension
- Toutes-boîtes efficace pour informer la population
- Sensibilisation des personnes exclues du dépistage (critères d'exclusion) qui se rendent ensuite chez leur médecin pour réaliser le dépistage

Les points faibles sont les suivants :

- Difficulté de cibler les personnes ayant droit au dépistage (traitement hypertension mais pas de suivi régulier chez médecin, suivi régulier chez le médecin mais jamais d'évaluation du risque de diabète...).
- Fait de prendre rendez-vous et de postposer le dépistage semble être un frein pour certains participants.
- Parfois, manque de reconnaissance du travail du pharmacien à l'extérieur.
- Longue durée du dépistage quand réalisé dans sa totalité.
- Difficulté de réaliser la mesure du cholestérol avec la machine Abbott car cassettes sensibles, nécessité d'une grosse goutte de sang (nombreuses cassettes jetées, nécessité de piquer plusieurs fois les participants...).
- Trop de personnes guidées chez leur médecin (référence aux FINDRISK>12 et HbA1C <5,7).

D'une manière générale, tous les pharmaciens :

- Sont satisfaits d'avoir participé au projet
- Pensent que ce genre de projet représente l'avenir de leur profession
- Seraient prêts à participer à nouveau au même projet
- Pensent que les participants étaient plutôt contents du projet
- Pensent que ce genre de projet renforce leur rôle de professionnel de santé

Presque tous les pharmaciens pensent que la participation au projet a été chronophage, énergivore.

Presque les $\frac{3}{4}$ ne savent pas comment ce dépistage est perçu par les médecins, les autres pensent qu'il est perçu plutôt positivement et aucun ne pense qu'il est perçu plutôt négativement. Presque la moitié (42,9%) des répondants pense que ce projet permet de renforcer la relation pharmacien-médecin traitant.

6. Conclusions de la campagne

Le fait de coupler le dépistage du diabète et des MCV n'est pas idéal pour plusieurs raisons :

- Beaucoup d'informations à assimiler en peu de temps pour les pharmaciens.
- La complexification du discours à tenir par le pharmacien fait qu'il ne sait pas toujours répondre aux questions des participants.
- La dispersion des tests et résultats pour le participant rend la compréhension plus difficile.
- La difficulté de définir les critères d'exclusion des participants.
- La durée du dépistage est plus longue et les moyens à mettre en œuvre pour le pharmacien et le participant sont donc plus importants.
- La sensibilité des cassettes cholestérol. Beaucoup de cassettes jetées et donc perte d'efficacité.

Pour ces raisons, le dépistage cardio-vasculaire ne sera plus couplé au dépistage du diabète dans les prochaines campagnes.

La modification des habitudes de vie après une confirmation de diagnostic semble compliquée. Dans les résultats on constate que pour 80% des personnes qui ont eu un diagnostic confirmé, un traitement médicamenteux a été mis en place. En parallèle, seulement 46% ont modifié leurs habitudes alimentaires et 21% ont mis en place une activité physique régulière. Pourtant, que ce soit pour le diabète ou les MCV, la modification des habitudes de vie est idéalement un préalable à tout traitement. Lorsque ce traitement devient inévitable, il doit toujours aller de pair avec de bonnes habitudes de vie. La sensibilisation tant des professionnels de santé que de la population générale sur ces facteurs de risque est essentielle.

L'accompagnement des participants après le dépistage pourrait être amélioré pour optimiser son impact. Suite à des résultats pathologiques, le participant peut avoir besoin d'être informé, soutenu et guidé pour réussir à modifier ses habitudes de vie sur le long terme. Le travail des facteurs de risque modifiables est essentiel pour éviter ou retarder la mise en place d'un traitement médicamenteux. Cela est particulièrement vrai pour les personnes prédiabétiques pour qui, il n'est pas nécessaire de mettre en place un tel traitement. Dans les prochaines campagnes, nous offrirons donc une consultation avec un référent en éducation thérapeutique des Maisons du Diabète de l'ASBL Chronicare à toutes les personnes qui auront une hémoglobine glyquée suggérant un risque de prédiabète (entre 5,7 et 6,4%).

A l'avenir, nous modifierons les critères de renvois vers le médecin en nous basant sur le taux d'HbA1c. Ce afin de mieux cibler les personnes pour qui une consultation médicale est réellement indiquée. Nous conseillerons :

- Aux personnes ayant une HbA1c entre 5,7 et 6,4 de consulter leur médecin dans un délais raisonnable (+consultation avec référent en éducation thérapeutique offerte).
- Aux personnes ayant une HbA1c supérieure à 6,4 de consulter sans tarder leur médecin généraliste.

L'objectif du dépistage étant de s'assurer que toutes les personnes dépistées positives aient la possibilité d'être prises en charge et si besoin traitées.

Plusieurs éléments de cette action vont dans le sens de l'intégration des soins : une vision plus globale de ses patients pour le pharmacien, la redirection de certains patients vers d'autres professionnels par le médecin généraliste, le dialogue qui s'est parfois créé entre pharmaciens et médecins, le fait de rendre le patient acteur de sa santé, la modification de la relation patient-pharmacien...

Un objectif important était d'atteindre le public précarisé. Il est difficile de savoir si l'objectif a été atteint comparativement à d'autres campagnes de dépistage. Dans l'absolu, nous pouvons tout de même affirmer que nous avons atteint une certaine proportion du public précarisé et pourrons comparer ces chiffres avec ceux que nous récolterons ultérieurement.

Cette première campagne de l'année 2022 est un début et il y a de grandes chances que les suivantes prennent de plus en plus d'ampleur. La deuxième campagne qui a débuté le 9 mai dans le sud était attendue par les pharmaciens et les autorités locales. Ce qui a très certainement facilité son implémentation et va sans aucun doute maximiser son impact sur les participants.

Bibliographie :

1. www.versunebelgiquebonnesante.be
2. von Wagner C, Baio G, Raine R, Snowball J, Morris S, Atkin W et al. Inequalities in participation in an organized national colorectal cancer screening programme: results from the first 2.6 million invitations in England. *Int J Epidemiol*. 2011; 40:712–8.
3. Szczepura A, Price C, Gumber A. Breast and bowel cancer screening uptake patterns over 15 years for UK south Asian ethnic minority populations, corrected for differences in socio-demographic characteristics. *BMC Publ Health*. 2008; 8:1–15.
4. Deandrea S, Molina-Barceló A, Uluturk A, Moreno J, Neamtii L, Peiró-Pérez R et al. Presence, characteristics and equity of access to breast cancer screening programmes in 27 European countries in 2010 and 2014. Results from an international survey. *Prev Med (Baltim)*. 2016; 91:250–63.