

SYMPOSIUM Novo Nordisk/Afdet
Regards croisés sur la prise de décision partagée

**Un exemple pratique de la prise
de décision partagée, dans le
domaine du diabète de type 2**

Pr Alfred Penfornis, Centre hospitalier Sud Francilien

Paris, 8 février 2018

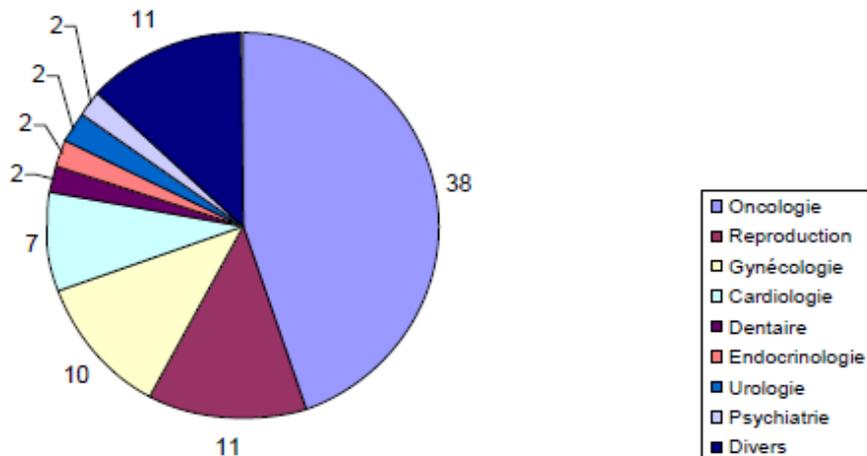
Prise de décision partagée et diabète : une approche relativement nouvelle

- Spécialité pionnière et leader dans le domaine de l'ETP
- Peu de travaux dans le domaine de la prise de décision partagée

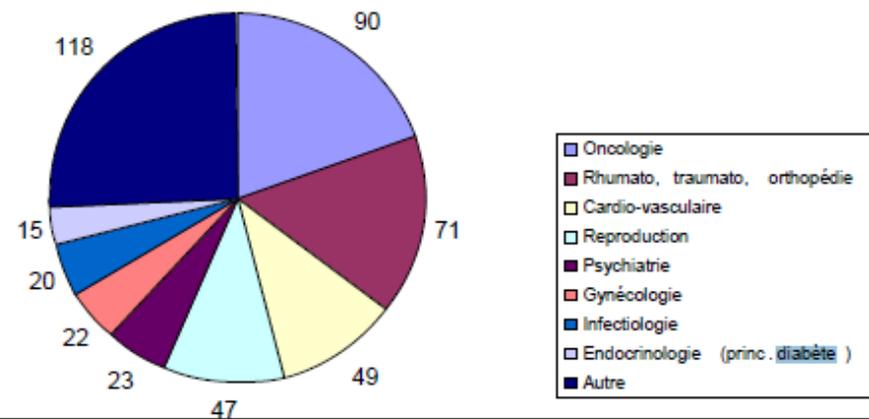
Décision médicale partagée – État des lieux

Selon la situation clinique

Répartition des essais contrôlés randomisés retenus par la revue Cochrane selon les situations cliniques (n = 85)



Répartition des aides à la décision recensées sur le site decisionaid.org selon les situations cliniques - Juillet 2013 (n = 455)



- Légaré F, et al. [Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals.](#) **Cochrane Database Syst Rev.** 2014

Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes: A Patient-Centered Approach

Position Statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD)

Société Francophone du Diabète

Prise en charge de l'hyperglycémie chez le patient diabétique de type 2 : une stratégie centrée sur le patient

Prise de position de l'American Diabetes Association (ADA) et l'European Association for the Study of Diabetes (EASD)

Une prise de position partagée par la Société Francophone du Diabète (SFD)

	Metformine +	Metformine +	Metformine +	Metformine +	Metformine +
Bithérapie orale	Sulfamides ^b	Thiazolidine-dione (TZD)	Inhibiteur DPP-4	Agoniste des récepteurs au GLP-1 (GLP-1 RA)	Insuline (généralement basale)
Efficacité (↓HbA _{1c})	Elevée	Elevée	Intermédiaire	Elevée	La plus élevée
Hypoglycémie	Risque modéré	Faible risque	Faible risque	Faible risque	Risque fort
Poids	Prise de poids	Prise de poids	Neutre	Perte de poids	Prise de poids
Effets indésirables sévères	Hypoglycémie ^c	Oedème, IC, Fx ^c	Rares ^c	GI ^c	Hypoglycémie ^c
Coût	Faible	Elevé	Elevé	Elevé	Variable

Si nécessaire pour atteindre une cible d'HbA_{1c} individualisée après -3 mois, avancer à la bithérapie orale (l'ordre ne dénote aucune préférence)

Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes: A Patient-Centered Approach

- Ce que l'on lit
 - *Le soin centré sur le patient est défini comme une démarche « destinée à apporter un soin qui soit respectueux du patient, adapté aux préférences individuelles de celui-ci, à ses besoins et ses valeurs, et qui fasse en sorte que les valeurs du patient guident l'ensemble des décisions cliniques »*

Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes: A Patient-Centered Approach

- Ce que l'on lit
 - *Cela devrait être le principe organisateur sous-jacent des soins de santé pour les personnes ayant une maladie chronique, mais étant donné nos incertitudes en termes de choix ou d'une séquence de thérapie, il est particulièrement appropriée dans le diabète de type 2*
 - *En raison du peu d'essais disponibles ayant comparé leur efficacité sur le long terme, on ne peut pas formuler de recommandations uniformes sur le meilleur médicament à ajouter à la metformine. Aussi, avantages et désavantages de chaque médicament particulier devraient être considérés pour chaque patient (voir le tableau 1)*

Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes: A Patient-Centered Approach

- Ce que l'on lit
 - *En fin de compte, ce sont les patients qui prennent les décisions finales concernant leurs choix de vie et, dans une certaine mesure, les interventions pharmaceutiques qu'ils utilisent ; leur mise en œuvre se produit dans le contexte de la vie réelle des patients...*

Prise de décision partagée

Qu'est-ce que ça n'est pas?

- **Médecine personnalisée**

- souvent associée au développement des thérapies ciblées

- **Approche individualisée**

- selon le phénotype

- Risque d'hypoglycémie
- IMC
- Durée du diabète
- HbA1c
- Comorbidités CV
- Complications : insuffisance rénale...

Prise de décision partagée

Qu'est-ce que ça n'est pas?

- **Médecine personnalisée et approche individualisée**
 - Parfaitement justifiées quand un marqueur (clinique, biologique, génétique...) permet de prédire, sur un plan individuel, si un traitement sera efficace ou, au contraire, inefficace
 - Actuellement, aucun marqueur de ce type n'existe dans le domaine du DT2, il n'existe que des probabilités statistiques
 - Dans tous les cas, elles n'intègrent pas ou peu l'implication et la participation du patient, ce qui les différencie de l'approche centrée sur le patient
 - Ces 2 concepts ne s'opposent pas mais sont complémentaires et tous 2 indispensables

Prise de position de la Société Francophone du Diabète (SFD) sur la prise en charge médicamenteuse de l'hyperglycémie du patient diabétique de type 2

*Management of hyperglycemia in type 2 diabetes:
Position Statement of the Francophone Diabetes Society*

*Patrice Darmon, Bernard Bauduceau, Lyse Bordier, Jacques Bringer, Gérard Chabrier,
Bernard Charbonnel, Bruno Detournay, André Grimaldi, Pierre Fontaine,
Pierre Gourdy, Bruno Guerci, Alfred Penforis, Jean-Pierre Riveline, André Scheen,
pour la Société Francophone du Diabète (SFD)*

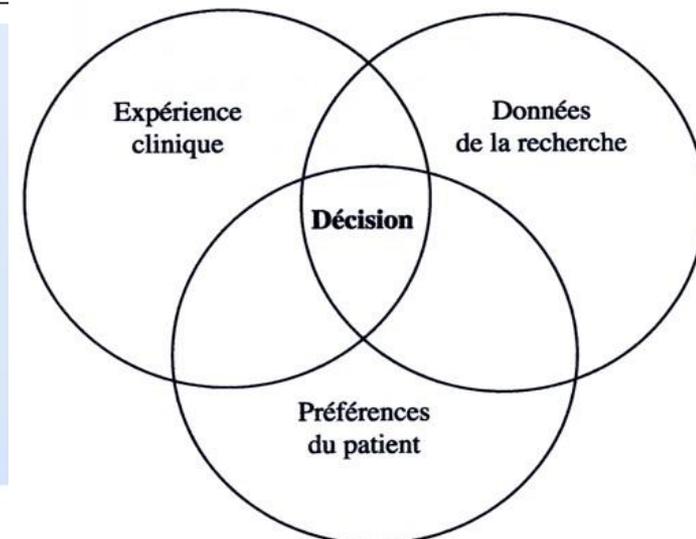
B. Médecine fondée sur les preuves et décision médicale partagée

Avis n°2 - Médecine fondée sur les preuves et décision médicale partagée

La médecine fondée sur les preuves vise à prendre les meilleures décisions médicales personnalisées pour chaque patient et repose sur les connaissances scientifiques établies, mais aussi sur l'expertise et l'expérience du clinicien, le profil du patient, ses préférences et ses choix.

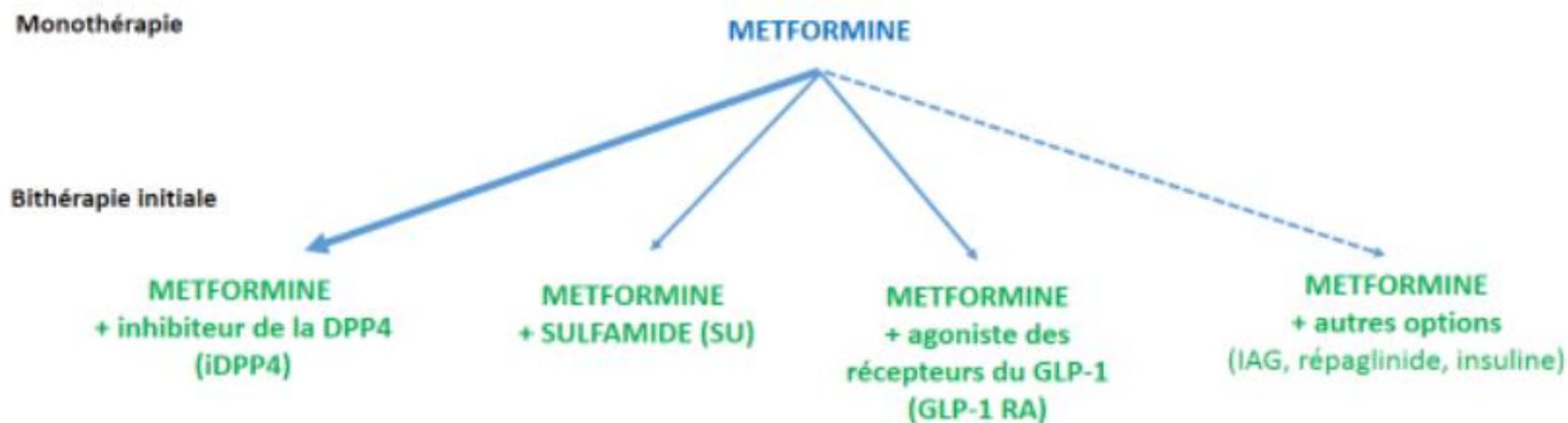
L'approche centrée sur le patient implique une décision médicale partagée, fondée sur l'échange d'informations détaillées autour de toutes les options possibles et conclue par une prise de décision éclairée, acceptée mutuellement par le patient et le soignant.

Les trois composantes des décisions cliniques



Prise de position de la Société Francophone du Diabète (SFD) sur la prise en charge médicamenteuse de l'hyperglycémie du patient diabétique de type 2

Figure 1. Stratégie thérapeutique si HbA1c > objectif personnalisé malgré modifications thérapeutiques du mode de vie et monothérapie par metformine à dose maximale tolérée bien observée



E. Stratégie thérapeutique dans le DT2 (situation « commune »)

Dans les chapitres suivants, sont abordées différentes situations cliniques dans lesquelles sont présentées les alternatives thérapeutiques possibles, fondées sur les données de la littérature et l'expérience des experts du groupe de travail de la SFD. La prise en compte de la troisième composante de la médecine fondée sur les preuves, les préférences du patient, consiste à présenter les avantages et inconvénients de chacune de ces alternatives thérapeutiques et à en discuter avec le patient. Les cliniciens peuvent s'appuyer, pour ce faire, sur des outils d'aide à la décision tel que le Tableau 2 présenté ci-dessous.

**Prise de position de la Société Francophone du Diabète (SFD)
sur la prise en charge médicamenteuse de l'hyperglycémie
du patient diabétique de type 2**

Les outils d'aide à la décision

- Les aides à la décision destinées aux patients ont fait preuve de leur efficacité pour proposer aux patients des soins correspondant mieux à leurs valeurs et leur permettre d'acquérir une plus juste perception du risque qu'ils encourent.
- Ceci sera facilité si les recommandations de bonne pratique mettent explicitement en évidence les différentes options disponibles avec leurs résultats respectifs sur les critères de jugement utiles au patient et sont formulées de manière à inciter le professionnel à partager l'information avec le patient.

Les outils d'aide à la décision

- **Les aides à la décision destinées aux patients, notamment développées parallèlement aux recommandations de bonne pratique** ou associées à la formation des professionnels de santé, permettent de répondre au deuxième enjeu de la décision médicale partagée, qui est l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

Outil d'aide à la décision : comparer les différentes options de traitement

Blood Sugar	Daily Routine	Daily Sugar Testing	Low Blood Sugar	Weight Change	Side Effects	Costs
Weight Change			Low Blood Sugar (Hypoglycemia)		Blood Sugar (A1c Reduction)	
<p>Metformin None</p> <p>Insulin 4 to 6 lb. gain</p> <p>Pioglitazone More than 2 to 6 lb. gain</p>			<p>Metformin No Severe Risk = Most = 0 - 1%</p> <p>Insulin Severe = 1 - 3% = Most = 30 - 40%</p> <p>Pioglitazone No Severe Risk = Most = 1 - 2%</p>		<p>Metformin 1 - 2%</p> <p>Insulin Unlimited %</p> <p>Pioglitazone 1%</p>	
Daily Routine			Daily Sugar Testing (Monitoring)		Cost	
<p>Metformin \$4 OR \$40</p> <p>Insulin \$4 OR \$40</p> <p>Pioglitazone \$4</p> <p>Liraglutide / Exenatide \$24 OR \$24</p> <p>Sulfonylureas \$4 OR \$40</p> <p>Gliptins \$4</p> <p>SGLT2 inhibitors \$4</p>			<p>Metformin S M T W T F S No monitoring necessary</p> <p>Insulin S M T W T F S Monitor once or twice daily, less often once stable.</p> <p>Pioglitazone S M T W T F S No monitoring necessary</p> <p>Liraglutide/Exenatide S M T W T F S Monitor twice daily after meals when used with Sulfonylureas. Diets not needed.</p> <p>Sulfonylureas S M T W T F S Monitor 2 - 5 times weekly, less often once stable.</p> <p>Gliptins S M T W T F S No monitoring necessary.</p> <p>SGLT2 inhibitors S M T W T F S No monitoring necessary.</p>		<p><small>These figures are estimates and are for comparison reference only. Actual out-of-pocket costs may vary from the amounts. Insurance plan coverage, various state and federal, local laws and other factors may be responsible for cost to patients.</small></p> <p>Metformin (Generic available) \$0.10 per day \$10 / 3 months</p> <p>Insulin (No generic available - price varies by dose) Lantus: \$40 per 100 units; \$45 per 300 units; \$60 per 500 units; \$50 per 100 units; \$30 per 300 units; \$45 per 500 units Short acting analog insulin: \$30 per 100 units; \$45 per 300 units; \$45 per 500 units</p> <p>Pioglitazone (Generic available) \$10.00 per day \$300 / 3 months</p> <p>Liraglutide/Exenatide (No generic available) \$11.00 per day \$330 / 3 months</p> <p>Sulfonylureas Gliclazide, Glimepiride, Glyburide (Generic available) \$0.10 per day \$10 / 3 months</p> <p>Gliptins (No generic available) \$7.50 per day \$225 / 3 months</p> <p>SGLT2 inhibitors (No generic available) \$8.00 per day \$240 / 3 months</p>	

	Sulfonylureas	DPP-4s	TZDs	SGLT2s	GLP-1s	Insulin
Pill or shot 						
Weight gain or loss 		No change				
Bringing down blood sugar (A1C) levels 						
Chance of low blood sugar 	Yes	No**	No**	No**	No**	Yes
Cost 	\$	\$\$	\$\$\$	\$\$\$	\$\$\$	\$-\$\$\$
Years on the market 	40+	1-10	10-15	1-10	1-10	75+

AC Shillington, et al.

Development of a patient decision aid for type 2 diabetes mellitus for patients not achieving glycemic control on metformin alone.

Patient Preference and Adherence
2015:9 609–617

	 Efficacité sur la baisse de la glycémie	 Effet sur le poids	 Risque d'hypoglycémie	 Modalité d'administration	 Auto-surveillance glycémique	 Effets secondaires	 Bénéfices cardio-vasculaires (CV) mortalité patients en prévention CV secondaire	 Recul
Metformine	★★ -----	↔ (ou ↓ modeste)	Non -----	 2 à 3 prises/jour -----	Pas indispensable -----	Digestifs -----	Sécurité démontrée -----	50 ans -----
Sulfamides et glinides	★★ -----	↑	Oui + -----	 1 à 4 prises/jour -----	Pour dépister les hypoglycémies -----	Hypoglycémies, prise de poids -----	Sécurité non démontrée (absence d'études) -----	20 à 50 ans -----
Inhibiteurs des alpha-glucosidases	★ -----	↔	Non -----	 3 à 4 prises/jour -----	Pas indispensable -----	Digestifs -----	Étude en cours -----	+ 20 ans -----
Gliptines Inhibiteurs de DPP-4	★★ -----	↔	Non -----	 1 à 2 prises/jour -----	Pas indispensable -----	- -----	Sécurité démontrée (particulièrement pour la sitagliptine) -----	+ 10 ans -----
Agonistes du récepteur du GLP1	★★★★ -----	↓↓	Non -----	 1/jour à 1/semaine -----	Pas indispensable -----	Digestifs -----	Bénéfices démontrés pour le liraglutide -----	3 à 10 ans -----
Analogues lents de l'insuline	★★★★★ -----	↑↑	Oui ++ -----	 1/jour -----	1 à 2/jour -----	Hypoglycémies, prise de poids -----	Sécurité démontrée pour la glargine -----	4 à 17 ans -----

Des outils pour illustrer les notions de risque

Pictographe expliquant la réduction du risque cardiovasculaire liée à la prise de statines



Figure 2: Statin Choice Decision Aid showing 10-year cardiovascular risk calculator and a pictogram of the current and future cardiovascular risk if a high-dose statin was used

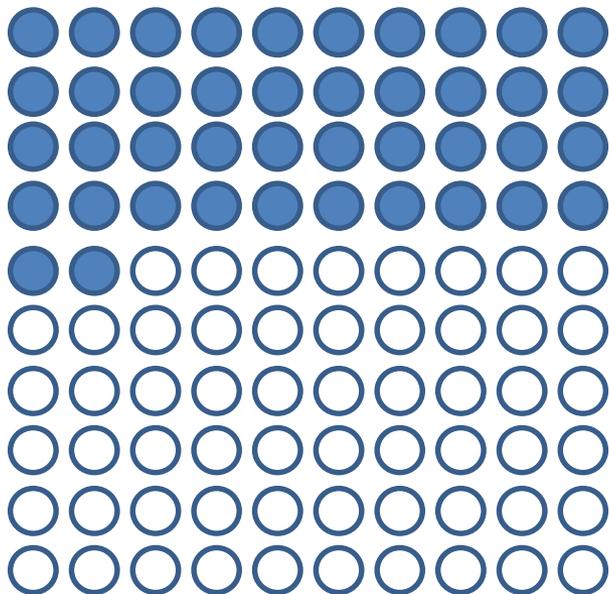
Figure shows data for the patient in the example case (panel 2). Produced with permission of the Mayo Foundation for Research and Education.

	 Efficacité sur la baisse de la glycémie	 Effet sur le poids	 Risque d'hypoglycémie	 Modalité d'administration	 Auto-surveillance glycémique	 Effets secondaires	 Bénéfices cardio-vasculaires (CV) mortalité patients en prévention CV secondaire	 Recul
Metformine	★★	↔ (ou ↓ modeste)	Non	 2 à 3 prises/jour	Pas indispensable	Digestifs	Sécurité démontrée	50 ans
Sulfamides et glinides	★★	↑	Oui +	 1 à 4 prises/jour	Pour dépister les hypoglycémies	Hypoglycémies, prise de poids	Sécurité non démontrée (absence d'études)	20 à 50 ans
Inhibiteurs des alpha-glucosidases	★	↔	Non	 3 à 4 prises/jour	Pas indispensable	Digestifs	Étude en cours	+ 20 ans
Gliptines Inhibiteurs de DPP-4	★★	↔	Non	 1 à 2 prises/jour	Pas indispensable	-	Sécurité démontrée (particulièrement pour la sitagliptine)	+ 10 ans
Agonistes du récepteur du GLP1	★★★★	↓↓	Non	 1/jour à 1/semaine	Pas indispensable	Digestifs	Bénéfices démontrés pour le liraglutide	3 à 10 ans
Analogues lents de l'insuline	★★★★★	↑↑	Oui ++	 1/jour	1 à 2/jour	Hypoglycémies, prise de poids	Sécurité démontrée pour la glargine	4 à 17 ans

Communiquer les résultats : exemple de l'expression de la réduction du risque cardiovasculaire liée à l'administration du liraglutide

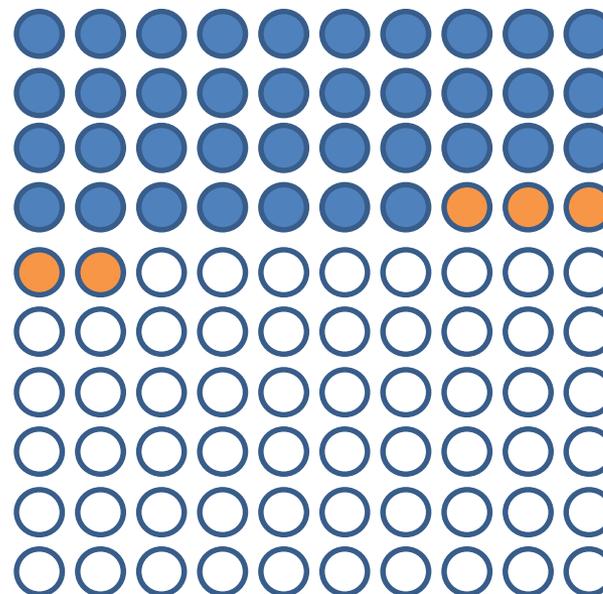
Mortalité CV, IDM non-fatal, ou AVC non-fatal
pour 100 patients traités – Exposition au traitement pendant 10 ans

SANS
liraglutide



42 patients
ont eu un
premier
événement

AVEC
liraglutide



37 patients
ont eu un
premier
événement

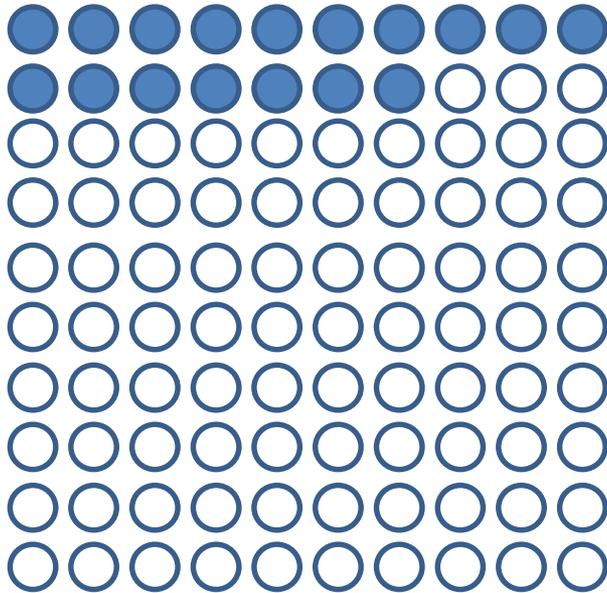
5 patients
traités par
liraglutide
ont été
épargnés

Communiquer les résultats : exemple de l'expression de la réduction de la mortalité cardiovasculaire liée à l'administration du liraglutide

Mortalité CV

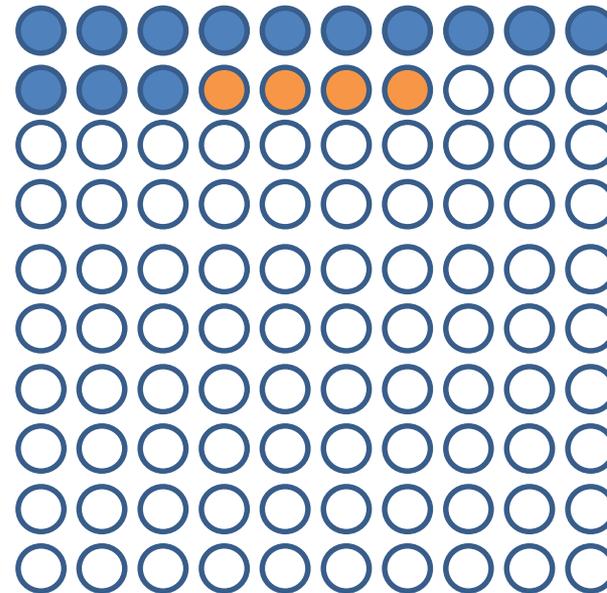
pour 100 patients traités – Exposition au traitement pendant 10 ans

SANS
liraglutide



17 décès liés à
un événement
cardiovasculaire

AVEC
liraglutide



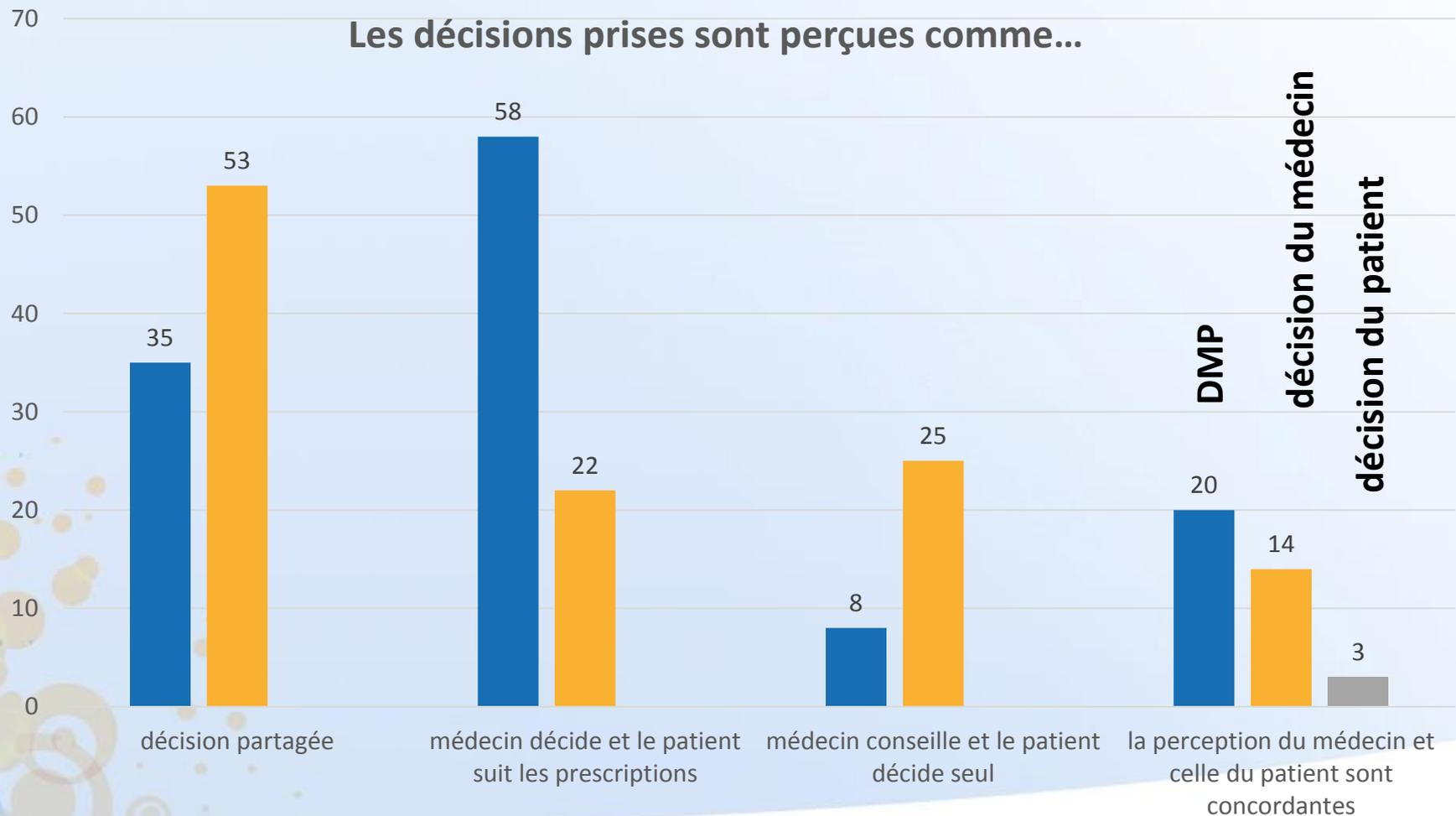
13 décès liés à
un événement
cardiovasculaire

4 patients
traités par
liraglutide
ont été
épargnés

Tendance du médecin à surestimer le rôle du patient dans la prise de décision

● Enquête Entred 2007-2010

- Échantillon représentatif, 2 065 patients diabétiques, 2 125 médecins (80 % généralistes, 11 % diabétologues libéraux, 9 % diabétologues hospitaliers)



**Tout ce qui est fait pour moi, sans
moi, est fait contre moi**

