

Points de repère du rédacteur

- ▶ Le diabète sucré de type 2 (DST2) est un problème courant qui se prête bien à la décision partagée, mais les complexités en cause ont habituellement rendu l'exercice difficile. Pour surmonter ce défi, les auteurs ont élaboré une aide exhaustive à la décision, axée sur les résultats, pour aider les cliniciens à collaborer avec leurs patients, et à prendre des décisions basées sur leurs valeurs et fondées sur des données probantes.
- ▶ L'outil interactif en ligne à utiliser dans une rencontre, disponible en français et en anglais, enrichit les aides à la décision sur le DST2 antérieures en informant les patients de leurs risques individualisés de complications dues au DST2 sur 10 ans, et en leur donnant un aperçu actualisé des bienfaits et des préjudices quantifiés des options pharmacologiques disponibles. L'aide à la décision est structurée en 4 étapes : 1) l'estimation du risque; 2) la demande au patient sur ce qui lui importe le plus; 3) le choix des options de traitement; et 4) un résumé de la discussion.
- ▶ L'outil est conçu pour être utilisé durant une rencontre clinique, après avoir été rempli par les cliniciens ou leur personnel aux fins de la discussion entre patients et cliniciens. En s'engageant dans une conversation bilatérale, les cliniciens et les patients peuvent en venir à une décision concertée sur le meilleur régime thérapeutique individualisé.

Approche de la décision partagée concernant la prise en charge du diabète de type 2

Blair J. MacDonald PharmD James P. McCormack PharmD Ricky D. Turgeon ACPR PharmD

Résumé

Objectif Offrir une aide à la décision interactive en ligne pour faciliter la prise de décision partagée dans le contexte des choix de traitements pour les patients atteints du diabète sucré de type 2 (DST2).

Sources de l'information Le meilleur modèle de prédiction clinique pour les patients atteints du DST2 a été choisi en se fondant sur une revue des lignes directrices, DynaMed et UpToDate, et sur une recension dans PubMed. Une liste des options pharmacothérapeutiques pour le DST2 a été compilée à partir d'une analyse des lignes directrices, des revues narratives et de l'opinion d'experts. Pour déterminer les bienfaits et les préjudices de chaque traitement, des moteurs de recherche fédérée ont servi à trouver des méta-analyses d'essais randomisés contrôlés auxquelles des résultats d'essais randomisés contrôlés individuels, mais non signalés dans les méta-analyses, ont été ajoutés en complément.

Message principal Environ 2,1 millions de Canadiens sont atteints du DST2 et courent un risque accru de décès, de maladie cardiovasculaire et de complications microvasculaires. Même si plus d'une douzaine d'options pharmacologiques sont disponibles, les décisions concernant ces médicaments sont difficiles, parce que les préférences des patients varient. La décision partagée a le potentiel d'individualiser ces décisions difficiles, mais le nombre des complications liées au diabète et des options de traitements disponibles ont traditionnellement rendu cet exercice difficile à réaliser. C'est dans ce contexte que l'aide à la décision sur la médication pour le diabète a été élaborée. Cette aide à la décision présente aux patients les estimations individualisées du risque, sur une période de 10 ans, de souffrir de 6 complications cliniquement importantes liées au diabète. L'outil permet aussi aux patients de se concentrer sur les résultats qui leur importent le plus, et de comparer les bienfaits et les préjudices de 12 options thérapeutiques différentes. Cette information est présentée en nombres absolus individualisés et inclut des renseignements pratiques, comme le coût.

Conclusion L'aide à la décision sur la médication pour le diabète offre un outil pratique qui peut permettre aux patients de prendre des décisions bien éclairées et de manière autonome sur les médicaments.

Environ 2,1 millions de Canadiens sont atteints du diabète sucré de type 2 (DST2)^{1,2}, ce qui augmente leurs risques de décès, d'incidents cardiovasculaires, d'insuffisance cardiaque et de complications microvasculaires. Bien que plus d'une douzaine de médicaments soient disponibles pour gérer ces risques^{3,4}, la recherche a démontré que les patients atteints de DST2 ont des préférences différentes quant à leurs médicaments^{5,6}. Plus précisément, une expérience à choix discret a fait valoir que les préférences de médicaments chez les patients atteints de DST2 étaient divisées entre l'empagliflozine (41 %), la sitagliptine (31 %), le sémaglutide par voie orale (11 %) ou aucune de ces options (17 %); chaque option était présentée avec un

profil unique de risque-bienfait pour 8 bienfaits et préjudices différents⁵. La sensibilité aux préférences a aussi été démontrée dans l'essai randomisé contrôlé (ERC) et transversal, où 38 % des patients ont préféré la canagliflozine (principalement en raison de son efficacité perçue), 35 % ont préféré la sitagliptine (à cause d'un ensemble perçu d'efficacité et d'innocuité) et 25 % ont préféré le pioglitazone (surtout pour son innocuité perçue) après avoir essayé chaque traitement⁶.

Le processus de décision partagée (PDP) a le potentiel d'aider à individualiser les décisions à propos de la médication de manière à faire concorder les soins avec les préférences et les valeurs des patients. Au sens classique de l'expression, le PDP comporte de communiquer l'existence de choix, de présenter des solutions de rechange et d'apprendre à mieux connaître le patient (y compris ses valeurs et ses préférences)⁷. En s'engageant dans une conversation bilatérale et en suivant ces étapes, un clinicien et un patient peuvent en venir à une décision en collaboration sur le meilleur régime thérapeutique individualisé.

Même si, théoriquement, les choix de médicaments se prêtent bien au PDP, les patients et les cliniciens peuvent se sentir dépassés à l'idée de prendre en compte un si grand nombre d'options et d'issues différentes. Dans ce contexte, cet article présente l'aide à la décision sur la médication pour le diabète du groupe PEER, qui a pour but de faciliter le PDP sur le traitement des patients atteints de DST2. Cet outil représente un enrichissement des aides à la décision antérieures pour les patients atteints du DST2 (p. ex. l'outil de sélection de la médication pour le diabète de la Clinique Mayo)⁸ et présente à chaque patient une estimation individualisée du risque d'effets indésirables après 10 ans, de même qu'un aperçu actualisé des bienfaits et des préjudices quantifiés des options pharmacologiques disponibles. Cet outil interactif en ligne est conçu pour être utilisé durant une rencontre clinique après que les cliniciens ou leur personnel clinique ont inscrit les renseignements applicables. Il est accessible gratuitement en français et en anglais à <https://decisionaid.ca/diabetes>.

Descriptions du cas

Voici 2 cas hypothétiques inspirés des expériences cumulatives de cliniciens qui ont utilisé cet outil dans leur pratique et qui illustrent le recours à cette aide décisionnelle.

Cas 1. D.K. est une femme de 55 ans de race blanche qui se présente pour un suivi des résultats de la mesure de son hémoglobine A_{1c} (HbA_{1c}) à la suite d'améliorations considérables à son alimentation et à son activité physique, qui se sont traduites par une perte pondérale de 20 livres. Il y a 6 mois, son taux d'HbA_{1c} était de 8,5 %; il se situe maintenant à 7,5 % sans médicament. Elle n'a pas d'antécédents médicaux et ne prend aucun autre médicament,

supplément ou produit naturel. En clinique, sa tension artérielle systolique est de 130 mm Hg, et ses paramètres de laboratoire pertinents sont les suivants : taux de créatinine sérique de 70 µmol/L (débit de filtration glomérulaire estimé [DFGe] de 85 mL/min/1,73 m²), ratio albumine sur créatinine urinaire de 2 mg/mmol, taux de cholestérol total de 4,0 mmol/L et taux de cholestérol à lipoprotéines de haute densité de 1,0 mmol/L. Elle n'a pas de polydipsie ni de polyurie. Un lien vers l'aide à la décision sur la médication pour le diabète du groupe PEER où les renseignements particuliers à D.K. ont été inscrits se trouve à <https://shorturl.at/cfmuH>.

Cas 2. M.M. est un homme de 65 ans d'origine hispanique qui se présente pour un suivi de son DST2 de longue date. Sa principale préoccupation concerne sa fonction rénale et sa crainte d'une insuffisance rénale comme en souffre sa sœur qui doit subir une hémodyalyse 3 fois par semaine. Ses antécédents médicaux incluent aussi de l'hypertension, une maladie pulmonaire obstructive chronique, un tabagisme continu (20 paquets-années) et de l'arthrose aux 2 genoux. Sa médication actuelle inclut 10 mg de ramipril par jour, 20 mg d'atorvastatine par jour et 1 g de metformine 2 fois par jour. Sa tension artérielle systolique à la clinique se situe à 128 mm Hg et les paramètres de laboratoire pertinents sont les suivants : taux de créatinine sérique de 145 µmol/L (DFGe de 45 mL/min/1,73 m²), ratio albumine sur créatinine urinaire de 80 mg/mmol, taux de cholestérol total de 3,7 mmol/L, taux de cholestérol à lipoprotéines de haute densité de 1,2 mmol/L et taux d'HbA_{1c} de 9,0 %. Il n'a pas de polydipsie ni de polyurie. Un lien vers l'aide à la décision sur la médication pour le diabète du groupe PEER où les renseignements particuliers à M.M. ont été inscrits se trouve, en anglais, à <https://shorturl.at/qtzI7>.

Sources de l'information

Dans le but de choisir le meilleur modèle de prédiction clinique disponible (aussi appelé un calculateur de risque), nous avons passé en revue des lignes directrices, DynaMed et UpToDate, et nous avons fait une recension dans PubMed pour trouver des revues systématiques et des études de validation de modèles de prédiction clinique pour 1 ou plusieurs complications importantes du diabète chez les patients atteints de DST2. En définitive, nous avons choisi RECODE⁹⁻¹¹, qui intégrait des variables facilement accessibles en pratique clinique, qui avait une capacité prédictive raisonnable de la plupart des complications majeures du diabète (p. ex. discrimination et calibration) et qui avait fait l'objet d'une validation externe dans une cohorte qu'il est possible de généraliser dans une population canadienne.

Nous avons compilé une liste d'options pharmacothérapeutiques pour le DST2 en nous fondant sur

des lignes directrices, des revues narratives et l'opinion d'experts^{4,12}. Pour choisir les meilleures données probantes sur les bienfaits et les préjudices des interventions incluses, des moteurs de recherche fédérée (ACCESSSS et Trip Database) ont servi à trouver des méta-analyses d'ERC auxquelles des résultats d'ERC individuels, mais non signalés dans les méta-analyses, ont été ajoutés en complément.

Une liste complète des sources des données probantes utilisées dans l'aide à la décision sur la médication pour le diabète du groupe PEER est disponible dans la section de la foire aux questions, à <https://decisionaid.ca/diabetes/faq.html>.

Élaboration. L'aide à la décision sur la médication pour le diabète du groupe PEER a été élaborée conformément au Modèle d'aide à la décision d'Ottawa et à la liste de vérification de l'International Patient Decision Aid Standards^{13,14}. L'exercice a été effectué en collaboration avec un groupe de médecins de soins primaires et de pharmaciens. Ces cliniciens ont offert leur rétroaction durant tout le processus de l'élaboration et ont utilisé l'aide à la décision avec des patients dans le contexte de sa mise à l'essai.

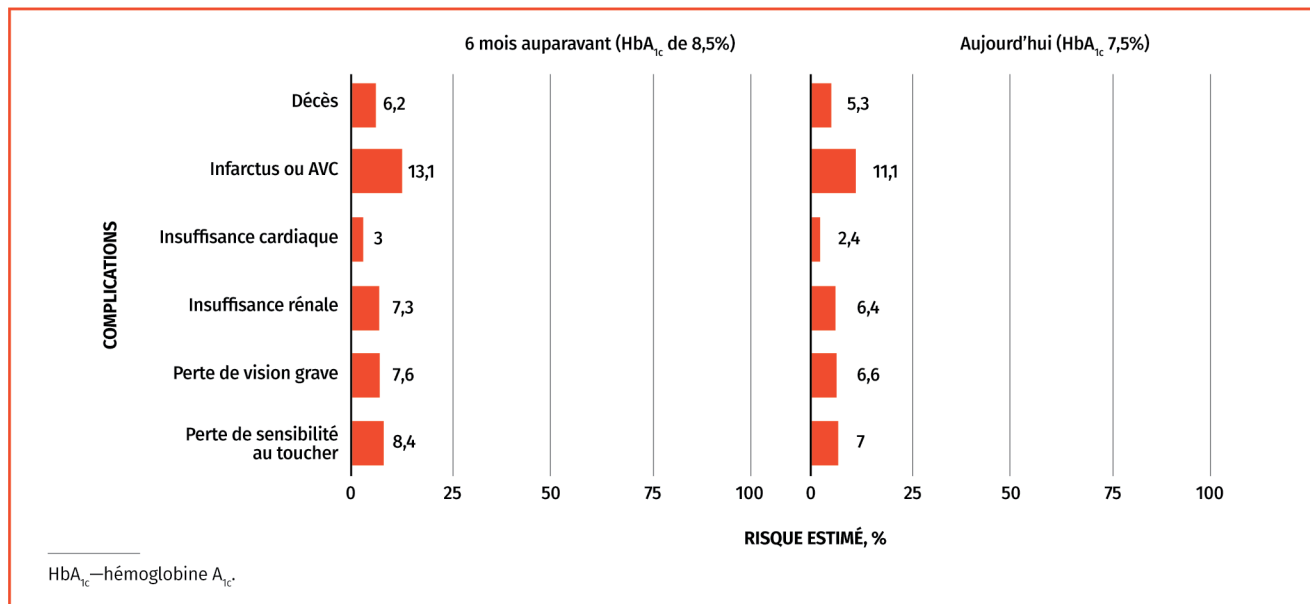
Message principal

Aperçu de l'aide à la décision. L'aide à la décision est structurée en 4 étapes : 1) estimer le risque; 2) questionner sur ce qui importe le plus au patient; 3) choisir parmi les options de traitement; et 4) résumer la discussion. Ces étapes ont pour but d'imiter le processus de la décision partagée et sont utilisées durant les discussions entre les patients et les cliniciens.

Étape 1. Estimer le risque : Au moyen du modèle de prédiction clinique RECODE, l'aide à la décision estime les risques individualisés du patient en se fondant sur de multiples caractéristiques cliniques (médicaments actuels, antécédents médicaux et résultats des analyses de laboratoire). Plus précisément, l'aide à la décision calcule le risque de décès, d'infarctus du myocarde ou d'AVC, d'insuffisance cardiaque, d'insuffisance rénale (définie comme la nécessité d'une dialyse ou une concentration de créatinine sérique >290 µmol/L), de perte de vision grave (<20/200 d'acuité visuelle selon le tableau de Snellen) et de neuropathie (définie comme la perte de sensibilité au toucher) au cours des 10 prochaines années. L'aide à la décision tiendra compte par défaut des moyennes dans la population pour les résultats de laboratoire si les renseignements spécifiques au patient ne sont pas disponibles. L'aide à la décision limite la fourchette des âges acceptables (p. ex. de 30 à 74 ans), pour tenir compte de la population incluse dans l'élaboration du calculateur de risque RECODE qui est utilisé dans l'aide à la décision. Une discussion plus approfondie de la validité du modèle RECODE et de sa comparaison avec d'autres modèles se trouve dans la section de la foire aux questions (<https://decisionaid.ca/diabetes/faq.html>).

Plutôt que dire aux patients qu'ils ont une « hyperglycémie » ou font du « diabète », ce calculateur peut être utilisé pour communiquer l'impact absolu des facteurs de risque sur le risque d'un patient de complications d'une importance clinique (**Figure 1**). La transmission de cette information aide à faciliter une décision bien informée et respectueuse de l'autonomie du patient. Toutefois, il importe de signaler que le simple changement d'un facteur de risque dans le calculateur n'indique pas ce qu'il pourrait advenir du risque si le facteur de risque était

Figure 1. Estimation du risque de complications liées au diabète au cours des 10 prochaines années chez la patiente D.K.



modifié par un traitement. Ces renseignements ne peuvent venir que des données probantes tirées d'ERC concernant des traitements précis. Par exemple, le risque de décès prédit de D.K. serait plus faible si son HbA_{1c} était de 6,5 %, mais cela ne signifie pas que l'abaissement de son HbA_{1c} à cette valeur grâce à un traitement réduirait son risque de décès (et, de fait, selon l'essai ACCORD, l'effet serait d'augmenter son risque de décès)¹⁵. Cette réalité est démontrée davantage par certains soi-disant médicaments hypoglycémisants, comme les inhibiteurs du cotransporteur sodium-glucose de type 2 (SGLT2) et les agonistes des récepteurs du glucagon-like peptide-1 (GLP1), qui procurent des bienfaits cardiovasculaires qui sont largement indépendants de leurs effets d'abaissement des taux d'HbA_{1c}¹⁶⁻¹⁸.

Étape 2. Questionner sur ce qui importe le plus au patient : Cette étape est l'occasion d'entamer un dialogue avec le patient à propos de la valeur qu'il accorde à 6 complications. Cette étape concerne la sollicitation des préférences, une partie fondamentale du PDP, et présente la possibilité d'orienter la discussion sur une complication en particulier en fonction des préférences du patient, réduisant ainsi la complexité décisionnelle. Ce choix changera aussi la façon dont l'étape 3 est affichée dans l'aide à la décision (comme il est décrit de manière plus détaillée plus loin). Même si les options fournies à l'étape 2 ont trait seulement à des résultats « d'efficacité » (p. ex. décès, rétinopathie), des renseignements sont aussi fournis à l'étape 3 pour faciliter la discussion sur d'autres considérations importantes liées à des objectifs potentiels du patient (p. ex. minimiser le fardeau pharmacologique).

Étape 3. Choisir les options de traitement : À cette étape, il est possible de voir les impacts de jusqu'à 12 options de médicaments. Aux fins de cette discussion, seuls les médicaments qui ont une efficacité éprouvée pour la complication choisie à l'étape 2 peuvent être sélectionnés (les médicaments sans effets connus—aucune donnée probante ou données probantes sur l'absence d'effets—apparaissent en gris). Les médicaments qui n'ont pas de bienfait éprouvé pour l'une ou l'autre des 6 complications sont affichés en gris, quelle que soit la complication (même « tous ») choisie à l'étape 2. Le finirénone est un cas particulier, parce qu'il n'a été étudié que chez les patients ayant un DST et un DFGe réduit ou encore une albuminurie¹⁹, et c'est pourquoi il ne peut être sélectionné que par les patients qui répondent à ces critères (**Tableau 1**). Les médicaments déjà inscrits à l'étape 1 apparaîtront comme « déjà pris » et ne pourront pas être choisis.

Si, à l'étape 2, « tous » est coché, la colonne de droite affichera chaque complication dans un graphique à barres illustrant les risques absolus avec et sans les médicaments choisis. Lorsqu'une seule complication est cochée à l'étape 2 (p. ex. fonction rénale), 2 graphiques comparatifs avec émoticônes sourires sont affichés, et illustrent le risque actuel et le risque avec les médicaments choisis à l'étape 3 et, sous le graphique, apparaît le risque relatif cumulatif.

Des choix multiples peuvent être effectués simultanément (p. ex. la metformine, un inhibiteur du SGLT2 et une statine), ce qui affichera leurs effets cumulatifs, tels que calculés par la multiplication des rapports de cotes (p. ex. la combinaison de 2 médicaments qui procurent tous 2 des réductions de 25 %

Tableau 1. Extrait de la section de la FAQ* de l'aide à la décision présentant les données probantes en faveur des options de traitement qui réduisent le risque de complications néphrologiques chez les patients atteints de DST2

RR DE COMPLICATIONS CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE DST2						
TRAITEMENT	DÉCÈS	MCVA	INSUFFISANCE CARDIAQUE	INSUFFISANCE RÉNALE	PERTE DE VISION GRAVE	NEURO-PATHIE
Inhibiteur de l'ECA ou IRA	0,75	0,75	0,80	Aucune NPC avec albuminurie : SO NPC avec albuminurie : 0,60	SO	SO
Finirénone	0,90 (RR=1,00 si le DFGe ≥60 mL/min/1,73 m ² et le RAC ≤30 mg/mmol)	1,00	0,80 (RR=1,00 si le DFGe ≥60 mL/min/1,73 m ² et le RAC ≤30 mg/mmol)	0,85 (RR=1,00 si le DFGe ≥60 mL/min/1,73 m ² et le RAC ≤30 mg/mmol)	SO	SO
Agonistes des récepteurs du GLP1	0,90	0,90	1,00	0,85	SO	1,00
Inhibiteurs du SGLT2	0,90	0,90	0,65	Aucune NPC avec albuminurie : 0,70 NPC avec albuminurie : 0,65	SO	1,00

ECA—enzyme de conversion l'angiotensine, DFGe—débit de filtration glomérulaire estimée, DST2—diabète sucré de type 2, FAQ—foire aux questions, GLP1—glucagon-like peptide-1, IRA—inhibiteur des récepteurs de l'angiotensine, MCVA—maladie cardiovasculaire athéroscléreuse, NPC—néphropathie chronique, RAC—ratio albumine-créatinine, RR—risque relatif, SGLT2—cotransporteur du sodium-glucose de type 2, SO—sans objet (en raison de l'absence de données probantes).

*Voir la section de la FAQ pour une liste actualisée des références à <https://decisionaid.ca/diabetes/faq.html>.

du risque relatif produira une réduction cumulative de 44 % [$100 \times (1 - [0,75 \times 0,75])$], plutôt que 50 %). Ce calcul peut servir à démontrer qu'une approche plus intensive ne produit pas nécessairement les bienfaits auxquels s'attendent les patients, en raison des rendements décroissants avec chaque médicament additionnel, et qu'aucun régime ne peut éliminer entièrement le risque. Avant tout, le calcul présume que ces bienfaits sont uniformes dans toutes les combinaisons de médicaments et les populations—une hypothèse étayée par les conclusions d'essais individuels (p. ex. les bienfaits de l'empagliflozine sont indépendants des caractéristiques de référence et des antécédents thérapeutiques)²⁰.

On peut cliquer sur une flèche vers le bas dans la case de chaque médicament pour voir ses effets indésirables, son coût en dollars canadiens et d'autres renseignements pratiques (p. ex. routine, lien vers un plan d'action en cas de jours de maladie). Cette information permet une discussion équilibrée sur le pour et le contre de chaque médicament, étayée par des renseignements numériques lorsqu'ils sont accessibles. Même si le coût estimé est fourni par l'aide à la décision, les cliniciens devront compléter cette information par une discussion sur la couverture par les régimes publics et privés d'assurance médicaments.

Il convient de faire remarquer que le contrôle glycémique ou les seuils de glycémie ne sont pas des options offertes dans cet outil. Cela simplifie le processus décisionnel, car des facteurs à considérer comme les effets secondaires et les coûts ne peuvent pas être estimés pour une valeur ciblée d'HbA_{1c}. De plus, depuis la publication d'ERC comparant différents seuils d'HbA_{1c}²¹, plusieurs nouveaux médicaments sont apparus qui améliorent les issues liées au diabète indépendamment de leurs effets sur la glycémie³. Par conséquent, il persiste des incertitudes quant à la possibilité de généraliser ces essais plus anciens visant des seuils d'HbA_{1c} dans la pratique contemporaine.

Étape 4. Résumer la discussion : Cette étape présente un résumé de tous les médicaments choisis à l'étape 2 et de leurs effets globaux sur les 6 complications, et elle permet de faire un choix définitif (utiliser, ne pas utiliser ou prendre plus de temps pour décider) pour chaque médicament choisi à l'étape 3.

Pour faciliter la documentation de ces discussions complexes, le bouton « Générer une note pour le DME » permet de produire une note qui peut être copiée et collée dans le dossier médical électronique et révisée pour ajouter des renseignements additionnels. Le lien vers « Sauvegarder/Partager » génère un lien persistant qui vous ramènera vers la page active (sauvegardant les variables de risque individualisées, les préférences et les choix de médicaments), qui peut être partagée avec le patient (p. ex. pour revoir la décision) ou d'autres cliniciens. Elle peut servir à compléter l'information de l'étape 1 avant la prochaine rencontre avec le patient

(p. ex. par le clinicien ou son personnel médical) pour simplifier le déroulement du travail. Aucun identifiant personnel n'est contenu dans ce lien, ce qui peut atténuer les préoccupations concernant la confidentialité.

Résolution des cas

Cas 1. À l'aide du calculateur à l'étape 1, les risques estimés de D.K. au cours des 10 prochaines années varient de 2,4 % (insuffisance cardiaque) à 11,1 % (infarctus ou AVC). D.K. estimait que toutes les complications étaient d'importance égale et a décidé se concentrer sur toutes. Étant donné que la metformine est généralement considérée comme un agent de première intention pour le DST2, elle est présentée comme une option pour D. K., mettant en évidence qu'elle réduit le risque d'un infarctus du myocarde et d'un AVC, mais n'a pas de bienfait éprouvé pour d'autres complications. D.K. décide de suivre un traitement à la metformine, parce qu'elle offre les plus grands bienfaits pour la prévention des infarctus et des AVC, ce qui, selon elle, contrebalance les effets secondaires potentiels, à un coût minime. Lors de son suivi après 3 mois, D.K. est satisfaite de son choix et se sent rassurée que son clinicien puisse lui proposer à l'avenir d'autres options de traitement au besoin (p. ex. si ses risques estimés changent de manière significative).

Cas 2. En suivant l'étape 1 et en se concentrant sur les préoccupations de M.M. à propos de la dialyse, son risque estimé d'insuffisance rénale au cours des 10 prochaines années est de 20,2 % (ce qui est aussi choisi comme priorité à l'étape 2). Puisque M.M. prend déjà un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, les options qui restent pour réduire le risque d'insuffisance rénale comprennent un inhibiteur du SGLT2, un agoniste des récepteurs du GLP1 et le finérénone. Ces médicaments peuvent être envisagés 1 à la fois ou choisis en diverses combinaisons pour connaître leur impact sur l'insuffisance rénale et d'autres complications. Après avoir examiné chacun des 3 médicaments, M.M. décide de commencer à prendre un inhibiteur du SGLT2 (en raison de ses bienfaits pour les reins [**Encadré 1**]) et de ses effets secondaires peu nombreux); de prendre plus de temps pour décider s'il utilisera un agoniste des récepteurs du GLP1 (parce que ce médicament pourrait aussi apporter des bienfaits sur le plan de la perte pondérale, quoique M.M. souhaite commencer 1 médicament à la fois); et de ne pas prendre du finérénone (car il n'est pas à l'aise avec le risque d'hypercalcémie, ayant vu auparavant sa sœur aux prises avec des anomalies dans ses électrolytes). Pour aider M.M. à examiner plus à fond son éventuelle utilisation d'un agoniste des récepteurs du GLP1, son médecin copie le lien vers « Sauvegarder/Partager » et l'envoie par courriel à M.M. Lors de son suivi après 3 mois, M.M. indique qu'il

Encadré 1. « Générer une note pour le DME » du patient M.M.

J'ai utilisé l'outil d'aide à la décision sur les médicaments pour le diabète du groupe PEER, disponible au <https://decisionaid.ca/diabetes>, pour discuter des options de traitement pharmacologique avec le patient afin de réduire le risque de complications liées au diabète.

Selon le modèle de prédiction clinique RECOde et les changements apportés, nous avons estimé le risque de complications au cours des 10 prochaines années comme suit :

- Décès : 26,4 % (par rapport à 32,6 %)
- Infarctus du myocarde ou AVC : 32,0 % (par rapport à 39,5 %)
- Insuffisance cardiaque : 13,7 % (par rapport à 21,0 %)
- Insuffisance rénale (dialyse ou créatinine sérique >290 µmol/L) : 11,1 % (par rapport à 20,2 %)
- Perte de vision grave (<20/200 d'acuité visuelle selon le tableau de Snellen) : 14,2 % (par rapport à 14,2 %)
- Perte de sensation : 20,1 % (par rapport à 20,1 %)

À la suite d'une discussion sur les risques et les bienfaits des traitements possibles ainsi que les préférences du patient, nous avons décidé de ...

- **Utiliser** : un inhibiteur du SGLT2, une statine, un inhibiteur de l'ECA ou un IRA
- **Ne pas utiliser** : le finirénone
- **Prendre plus de temps pour décider de prendre ou non** : un analogue du GLP1

En anglais à <https://decisionaid.ca/diabetes/?guid=33f95bf7759d46bea4597a649a9a3578>

DME—dossier médical électronique, ECA—enzyme de conversion de l'angiotensine, GLP1—analogue du glucagon-like peptide-1, IRA—inhibiteur des récepteurs de l'angiotensine, SGLT2—cotransporteur sodium-glucose de type 2.

a changé d'idée après avoir consulté le lien et qu'il a décidé que les bienfaits additionnels d'ajouter un agoniste des récepteurs du GLP1 lui importent et espère en discuter de manière plus approfondie.

Conclusion

Le diabète sucré de type 2 (DST2) est un problème courant qui se prête bien au PDP, mais les complexités en cause ont habituellement rendu l'exercice difficile. Pour surmonter ce défi, nous avons élaboré une aide à la décision exhaustive, axée sur les résultats, pour aider les cliniciens à collaborer avec leurs patients, et prendre des décisions basées sur leurs valeurs et fondées sur des données probantes. 🌿

Le Dr **Blair J. MacDonald** (PharmD) est candidat au doctorat à la Faculté des sciences pharmaceutiques de l'Université de la Colombie-Britannique à Vancouver. Le Dr **James P. McCormack** (PharmD) est professeur à la Faculté des sciences pharmaceutiques de l'Université de la Colombie-Britannique. Le Dr **Ricky D. Turgeon** (PharmD) est professeur adjoint à l'Université de la Colombie-Britannique et spécialiste en pharmacie clinique à l'Hôpital St Paul's à Vancouver.

Collaborateurs

Le Dr **Blair J. MacDonald** a rédigé l'ébauche initiale, et passé en revue et révisé le manuscrit. Le Dr **James P. McCormack** a passé en revue et révisé le manuscrit. Le Dr **Ricky D. Turgeon** a conçu l'idée du manuscrit, l'a passé en revue et révisé, et il a exercé sa supervision. Tous les auteurs ont approuvé la version définitive aux fins de soumission.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Correspondance

Dr **Ricky D. Turgeon**; courriel ricky.turgeon@ubc.ca

Références

1. *Cadre sur le diabète au Canada*. Ottawa, ON: Agence de la santé publique du Canada; 2022. Accessible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/cadre-diabete-canada.html>. Réf. du 30 mai 2023.
2. *Diabète, selon le groupe d'âge*. Accessible à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/catalogue/1310009607>. Réf. du 30 mai 2023.
3. Shi Q, Nong K, Vandvik PO, Guyatt GH, Schnell O, Rydén L et col. Benefits and harms of drug treatment for type 2 diabetes: systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2023;381:e074068.
4. Ivers NM, Jiang M, Alloo J, Singer A, Ngui D, Casey CG et col. Lignes directrices de pratique clinique 2018 de Diabète Canada. Principaux messages à l'intention des médecins de famille qui traitent les patients atteints de diabète de type 2. *Can Fam Physician* 2019;65:14-24 (ang), e8-18 (fr).
5. Savarese G, Sharma A, Pang C, Wood R, Soleymanlou N. Patient preferences for newer oral therapies in type 2 diabetes. *Int J Cardiol* 2023;371:526-32. Publ. en ligne du 10 sept. 2022.
6. Shields BM, Angwin CD, Shephard MH, Britten N, Jones AG, Sattar N et col. Patient preference for second- and third-line therapies in type 2 diabetes: a prespecified secondary endpoint of the TriMaster study. *Nat Med* 2023;29(2):384-91. Publ. en ligne du 7 déc. 2022.
7. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P et col. Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med* 2012;27(10):1361-7. Publ. en ligne du 23 mai 2012.
8. Mullan RJ, Montori VM, Shah ND, Christianson TJH, Bryant SC, Guyatt GH et col. The diabetes mellitus medication choice decision aid: a randomized trial. *Arch Intern Med* 2009;169(17):1560-8.
9. Buchan TA, Malik A, Chan C, Chambers J, Suk Y, Zhu JW et col. Predictive models for cardiovascular and kidney outcomes in patients with type 2 diabetes: systematic review and meta-analyses. *Heart* 2021;107(24):1962-73. Publ. en ligne du 8 avr. 2021.
10. Basu S, Sussman JB, Berkowitz SA, Hayward RA, Yudkin JS. Development and validation of risk equations for complications of type 2 diabetes (RECODE) using individual participant data from randomised trials. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2017;5(10):788-98. Publ. en ligne du 10 août 2017.
11. Basu S, Sussman JB, Berkowitz SA, Hayward RA, Yudkin JS. Validation of risk equations for complications of type 2 diabetes (RECODE) using individual participant data from diverse longitudinal cohorts in the U.S. *Lancet Diabetes Care* 2017;5(10):586-95. Publ. en ligne du 10 août 2017.
12. ElSayed NA, Aleppo G, Aroda VR, Bannuru RR, Brown FM, Bruemmer D et col. Pharmacologic approaches to glycemic treatment: standards of care in diabetes—2023. *Diabetes Care* 2023;46(Suppl 1):S140-57.
13. *Modèle d'aide à la décision d'Ottawa (MADO)*. Ottawa, ON: Hôpital d'Ottawa; 2022. Accessible à : <https://decisionaid.ohri.ca/francais/mado.html>. Réf. du 1^{er} déc. 2020.
14. Stacey D, Volk RJ; IPDAS Evidence Update Leads. The International Patient Decision Aid Standards (IPDAS) collaboration: evidence update 2.0. *Med Decis Making* 2021;41(7):729-33. Publ. en ligne du 20 août 2021.
15. Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group; Gerstein HC, Miller ME, Byington RP, Goff DC Jr, Bigger JT et col. Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2008;358(24):2545-59.
16. König M, Riddle MC, Colhoun HM, Branch KR, Atisso CM, Lakshmanan MC et col. Exploring potential mediators of the cardiovascular benefit of dulaglutide in type 2 diabetes patients in REWIND. *Cardiovasc Diabetol* 2021;20(1):194. Publ. en ligne du 25 sept. 2021.
17. Inzucchi SE, Zinman B, Fitchett D, Wanner C, Ferrannini E, Schumacher M et col. How does empagliflozin reduce cardiovascular mortality? Insights from a mediation analysis of the EMPA-REG OUTCOME trial. *Diabetes Care* 2018;41(2):356-63.
18. Buse JB, Bain SC, Mann JFE, Nauck MA, Nissen SE, Pocock S et col. Cardiovascular risk reduction with liraglutide: an exploratory mediation analysis of the LEADER trial. *Diabetes Care* 2020;43(7):1546-52. Publ. en ligne du 4 mai 2020.
19. Agarwal R, Filippatos G, Pitt B, Anker SD, Rossing P, Joseph A et col. Cardiovascular and kidney outcomes with finerenone in patients with type 2 diabetes and chronic kidney disease: the FIDELITY pooled analysis. *Eur Heart J* 2022;43(6):474-84. Erratum dans : *Eur Heart J* 2022;43(20):1989.
20. Zinman B, Wanner C, Lachin JM, Fitchett D, Bluhmki E, Hantel S et col. Empagliflozin, cardiovascular outcomes, and mortality in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2015;373(22):2117-28. Publ. en ligne du 27 sept. 2015.
21. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet* 1998;352(9131):837-53. Erratum dans : *Lancet* 1999;354(9178):602.

Cet article donne droit à des crédits d'autoapprentissage certifiés

Mainpro+. Pour obtenir des crédits, allez à <https://www.cfp.ca> et cliquez sur le lien vers Mainpro+.

Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs.

Can Fam Physician 2024;70:310-5 (ang), 316-21 (fr).

DOI: 10.46747/cfp.7005316

This article is also in English on page 310.