

Les quinolones, un vrai problème, une fausse solution !¹

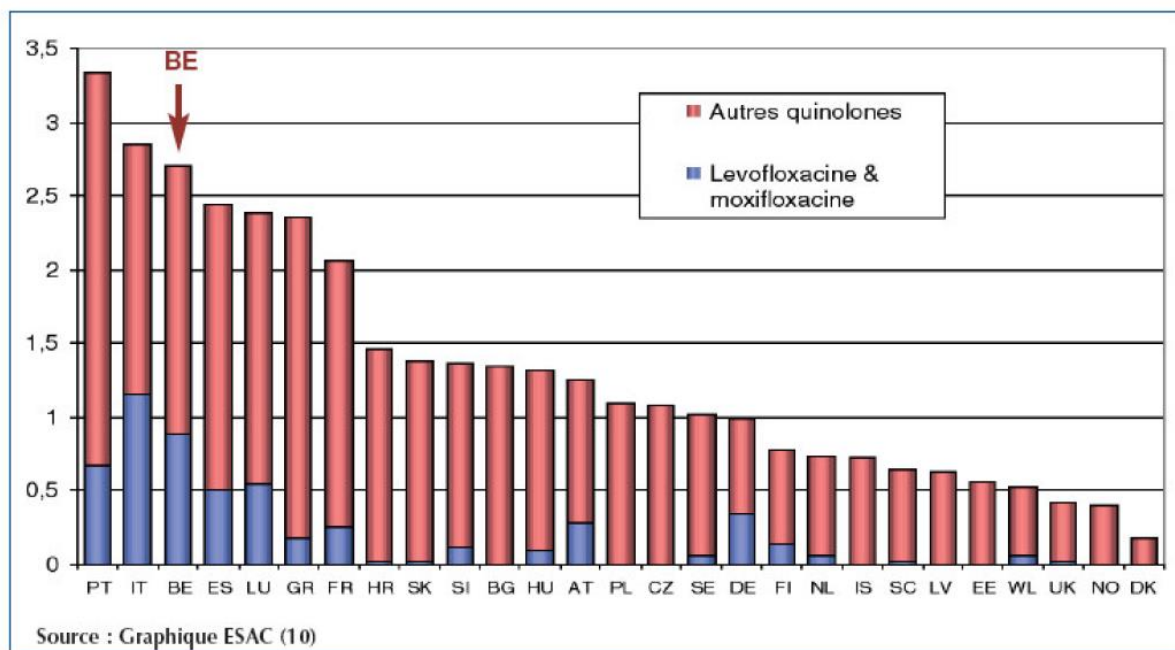
Pour le GBO, Dr Pierre DRIELSMA, Secrétaire Générale Adjoint, MD, PhD, Maître de conférences
Université de Liège

21 avril 2018

Introduction

Dans notre pays, les antibiotiques et particulièrement les quinolones sont sur-utilisées et par ailleurs pour des indications non prioritaires². Ce phénomène est connu depuis des lustres.

En Europe, en 2002, notre pays se situe en troisième position pour l'utilisation des quinolones (QN), (voir graphique 1).



Graphique 1 extrait de Medflash INAMI Janvier 2005

<http://www.inami.fgov.be/care/fr/doctors/promotion-quality/feedbacks/feedback-antibiotics/pdf/medflash200501.pdf>

Voici ce que nous écrivions le Dr I.Heymans et votre serviteur en 2004 (chiffres 2003) pour le service d'étude de de la FMM :

Part des quinolones dans l'ensemble des antibiotiques :

En MM, la part des quinolones s'élève à **8%** de l'ensemble des AB. En Belgique, (tableau de bord INAMI 2002) ce chiffre est de **11.5%**. Donc il y a 15 ans nous étions sensibilisés à cette question et souhaitons **réduire encore la prescription de quinolones**

² Nous ne disons pas indications erronées, en effet, il peut arriver que l'indication en deuxième ligne soit légitime.

Et nous avons connus une crissette du même genre peu avant une des élections médicales précédentes

Daniel Bacquelaine (question) :

Question sur la confusion entre évaluation et inspection (sanction)

« Je me permettrai d'ajouter une remarque sur les quinolones pour les avoir personnellement expérimentées dans le cadre de la formation médicale continue. Quand on demande à ceux qui sont censés détenir la science en la matière et qui dispensent la formation continue universitaire, ce qu'il faut faire dans tel ou tel cas, parce que le patient continue à tousser malgré un antibiotique à large spectre, la réponse est d'emblée la quinolone de troisième génération! » (D.Bacquelaine question parlementaire)

Rudy Demotte³ (réponse)

« Monsieur le président, monsieur le député, dans le contexte, je dois rappeler que, depuis de nombreuses années, la Belgique se situe parmi les pays les plus prescripteurs d'antibiotiques en pratique ambulatoire, même si des progrès ont été observés, il faut aussi le rappeler. Il y a eu une confusion suite à la dernière publication, mal interprétée, des résultats d'une enquête qui avait notamment été menée par une équipe de l'Université d'Anvers.

Des campagnes régulièrement adressées au public et aux médecins ont été réalisées ces dernières années. Des feed-back sont également envoyés aux médecins qui communiquent leur niveau de prescription - c'est une sorte de monitoring dont tout le monde est satisfait - en fonction de leur patientèle et sont mis en comparaison avec les médecins de leur GLEM dans leur région.

On compare également par rapport aux moyennes nationales. Plusieurs GLEM ont analysé ces feed-back. Ces mesures ont entraîné une diminution réelle des prescriptions globales d'antibiotiques. Cependant, la prescription d'antibiotiques de la classe des quinolones, et plus particulièrement celle dite de la troisième génération, reste à un niveau très élevé et constitue donc un problème en termes de santé publique et au niveau des dépenses.

Au niveau de la santé publique, un usage immodéré et non ciblé des antibiotiques entraîne un problème de résistance de plus en plus préoccupant. Au niveau budgétaire, ces quinolones présentent un coût très important par rapport à des molécules plus anciennes qui, dans la plupart des indications, sont recommandées par les études de type 'evidence based medicine'.

C'est le contexte dans lequel le Comité d'évaluation et de contrôle médical a décidé de réaliser une évaluation de la prescription de quinolones en médecine générale. Le but de cette évaluation est de connaître les conditions réelles des dites quinolones dans la pratique de terrain. La prise de connaissance du dossier du patient et un dialogue avec le prestataire permettent de connaître les circonstances réelles de la prescription. Cette connaissance devrait permettre de déterminer, si nécessaire, les moyens les plus pertinents pour mieux cibler les prescriptions en tenant compte de la réalité de terrain de la médecine générale ».

En 2007 à propos des différents chapitres de remboursement la présidente du GBO, Anne Gillet et votre serviteur écrivions :

³ <https://anzdoc.com/nous-pouvons-donc-raisonnablement-dire-que-le-remboursement-.html>

Si nous prenons les **quinolones**, le rapport du SECM⁴ montre une utilisation importante hors indication (bronchite, diarrhée, cystite simple). Il faut réguler cette prescription avec une **tolérance de 20% par exemple**. Quand un médecin utilise un médicament hors recommandations, il devrait le noter dans le dossier et motiver son choix !

Le tableau 4 donne la distribution des diagnostics.

DIAGNOSTICS	Nombre	Nombre en %
Bronchite	601	28,6
Infection des voies urinaires non compliquée	554	26,4
Infection des voies respiratoires supérieures	322	15,3
Infection uro-génitale compliquée	196	9,3
Infection gastro-intestinale	187	8,9
Pneumonie	92	4,4
Prophylaxie	70	3,3
Dermatologie	55	2,6
Autres	25	1,2
Total	2.102	100

Tableau 4: Distribution des diagnostics en pourcent

Pour estimer la pertinence de la prescription, il faudrait savoir s'il s'agit de prescription de première ou de seconde intention ce qui n'a pas été étudié dans le rapport

Si nous regardons le tableau le plus récent (2014) des prescriptions d'antibiotiques en Belgique sur le site de l'INAMI, nous constatons que le nombre de DDD de quinolones augmente entre 2006 et 2014 de 9 millions à 10,2 millions. Soit une croissance de 13,33%. Pour la même période, la croissance démographique en Belgique a été de 6,7%, soit la moitié. Au total, on peut dire que la croissance nette d'utilisation de quinolones *per capita* a été de 6,6%. Alors qu'on devrait assister à une décre.

Tableau 3.3.2. a Prescriptions des médecins généralistes, spécialistes et dentistes: Antibiotiques – volume (en DDD)

ATC	Chemical subgroup	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
J01A	TETRACYCLINES	7.061.108	7.556.569	8.550.396	8.316.207	8.152.780	8.221.218	8.363.638	8.610.398	8.399.123
J01B	AMPHENICOLS	79.536	85.516	77.430	45.317	66.210	63.980	63.669	63.444	55.540
J01C excl. J01CA04	BETA-LACTAM-ANTIBACTERIALS, PENICILLINS excl. amoxicillin	27.358.657	30.086.116	33.863.455	35.884.039	36.009.260	36.322.252	36.942.097	36.384.966	34.937.751
J01CA04	AMOXICILLIN	20.013.291	22.278.050	26.481.738	27.896.095	28.251.586	29.048.340	30.687.360	31.155.738	29.212.056
J01D	OTHER BETA-LACTAM ANTIBACTERIALS	9.818.285	9.116.122	7.868.983	7.045.097	6.180.066	5.987.981	6.076.878	6.106.593	5.706.862
J01E	SULFONAMIDES AND TRIMETHOPRIM	1.339.019	1.412.738	1.484.433	1.420.315	1.218.571	1.192.098	1.058.580	1.089.585	719.030
J01F	MACROLIDES, LINCOSAMIDES AND STREPTOGRAMINS	9.535.199	10.140.311	10.920.778	11.608.884	11.499.077	12.634.805	13.567.505	13.632.427	13.728.116
J01G	AMINOGLYCOSIDE ANTIBACTERIALS	59.914	54.735	53.877	52.939	50.640	51.285	49.110	50.744	52.596
J01M	QUINOLONE ANTIBACTERIALS	9.000.302	8.766.348	9.404.938	10.122.504	10.444.290	10.762.515	10.962.736	10.514.872	10.208.685
J01X	OTHER ANTIBACTERIALS	7.867.755	8.484.861	9.182.653	9.562.679	9.836.630	10.263.593	10.483.734	10.825.243	11.060.052
	Total	92.133.065	97.981.366	107.888.679	111.954.075	111.709.110	114.548.067	118.255.308	118.434.010	114.079.810

5

⁴ Quinolones, rapport final E-project, 05/010, aout 2007, SECM, INAMI.

⁵ http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/pharma_tableau_de_bord_rapport_2014.pdf

Nous pouvons conclure que la prescription de quinolones reste anormalement élevée. Et que les régulations actuelles n'ont pas suffi. Faut-il pour autant en arriver aux mesures actuelles ?

Nous allons d'abord analyser les mesures prises et ensuite en faire une critique constructive mais serrée.

L'assurance soins de santé continue de rembourser les antibiotiques de la classe des quinolones. Mais à partir du 1er mai 2018, elle les rembourse uniquement pour une de ces infections ou situations :

- **Pyélonéphrite aiguë**, après prise **d'échantillon de culture pour antibiogramme**.
- **Prostatite aiguë**.
- **Prostatite chronique**, après prise d'échantillon de culture pour antibiogramme.
- **Urétrite aiguë**, après prise d'échantillon de culture pour antibiogramme.
- **Orchite/épididymite**.
- **Pelvic Inflammatory Diseases**.
- **Diverticulite aiguë**, non compliquée.
- Pour les patients ayant une **comorbidité sévère** ou sous traitement avec un **immunosuppresseur** ou présentant une **malignité ou atteints d'une infection VIH**.
- Dans une **situation exceptionnelle**⁶ et urgente qui nécessite l'initiation d'un traitement par quinolone.

Globalement nous approuvons les indications, nous tenons à souligner que la moxifloxacine est souvent utilisée à la garde des hôpitaux. Ceux-ci seront-ils soumis aux mêmes règles ???

Conditions de remboursement

1. Le prescripteur s'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil, dans le **dossier médical du patient**, les éléments **de preuve** qui prouvent que tous les conditions de remboursement sont remplies
 - a. soit pour une période de maximum 1 mois sur base chaque fois d'une demande de remboursement électronique introduite par le médecin identifié et authentifié par la **plateforme e-Health** qui ainsi atteste que les conditions reprises au point a) sont remplies.

⁶ Comme cette situation n'est pas précisée, nous retiendrons les traitements en 2^e intention, avec résistance microbienne (prouvée ou supposée) ; ou lors d'une visite de garde à domicile ???

- b. soit sans que le médecin-conseil doive l'autoriser pour autant que le médecin traitant appose sur la prescription la mention « **régime du tiers payant applicable** ». Dans ces conditions, le pharmacien est habilité à appliquer le tiers payant.

Il est très heureux que nous puissions encore écrire **TPA** pour autoriser le remboursement opportun, en effet l'autorisation informatique du chapitre IV est encore trop souvent foireuse avec des réponses (*rejected* non justifiée, ou *en construction* sans fin). Mais la mesure ne suffira pas en particulier pour le domicile ou les maisons de repos (qui disposent d'un autre système de prescription). En effet, il faudra notifier dans son DMG (électronique I suppose) le diagnostic (ou l'hypothèse diagnostique, la glorieuse incertitude de la MG l'exige. Par ailleurs, à domicile⁷, la communication avec le dossier électronique basé au cabinet (le cas de ma pratique groupée) est parfois aléatoire, il faut donc notifier *post hoc* avec le risque de trou de mémoire, ou d'absence de notification par exemple pour une visite tardive le vendredi ou la veille d'un congé. (Après 3 jours tout sera effacé dans les neurones...)

Le plus simple eut été d'appliquer la mesure proposée par le GBO d'une **latitude de 20% de prescription hors guide lines** ce qui est bien suffisant pour un médecin rigoureux et sans le charger avec des mesures bureaucratiques dont on sait pertinemment en haut lieu qu'elles sont une des causes de la désaffection pour notre merveilleux métier

CQFD.

⁷ L'absence d'information dans le dossier était plus fréquente pour les prescriptions faites à domicile (36 %) que pour celles faites au cabinet (16 %). (Quinolones, rapport final E-project, 05/010, août 2007, SECM, INAMI.)