

23^e CONGRÈS NATIONAL

CNGE COLLÈGE ACADÉMIQUE



Exercer
et enseigner
la médecine
générale

29 NOV.
1^{ER} DÉC.
2023

40 ANS
du
CNGE

Centre
des congrès de
Lyon

Fluoroquinolones ou pas

#CNGE2023

www.congrescnge.fr

23^e CONGRÈS
NATIONAL

CNGE COLLÈGE ACADÉMIQUE



Exercer
et enseigner
la médecine
générale

29 NOV.
1^{ER} DÉC.
2023

40
ANS
du
CNGE

Centre
des congrès
de
Lyon

Fluoroquinolones ou pas

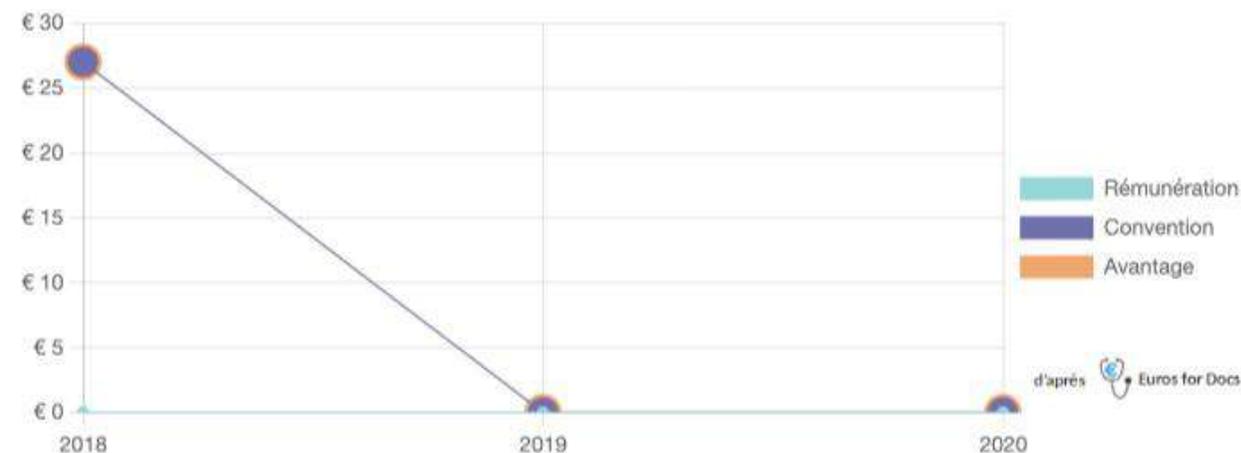
Benjamin Soudais – CCU MG

DMG, UFR Santé UNIROUEN

#CNGE2023

www.congrescnge.fr

Financements reçus de l'industrie



Liens spécifiques à l'intervention

« Fluoroquinolones ou pas (CNGE Lyon 2023) »

- Thématique de recherche

Autres liens d'intérêts

Activité professionnelle

- Médecine Générale libérale secteur 1 en cabinet pluriprofessionnel (2017-En cours)
- Chef de Clinique des Universités (2017-En cours)

Engagements

- Adhérent au Collège Haut Normand des Généralistes Enseignants (CHNGE) (2017-En cours)
- Membre du bureau de la TRAME (Table Ronde de l'Association des Médecins d'Elbeuf) FMC locale (2018-En cours)

Principaux financeurs

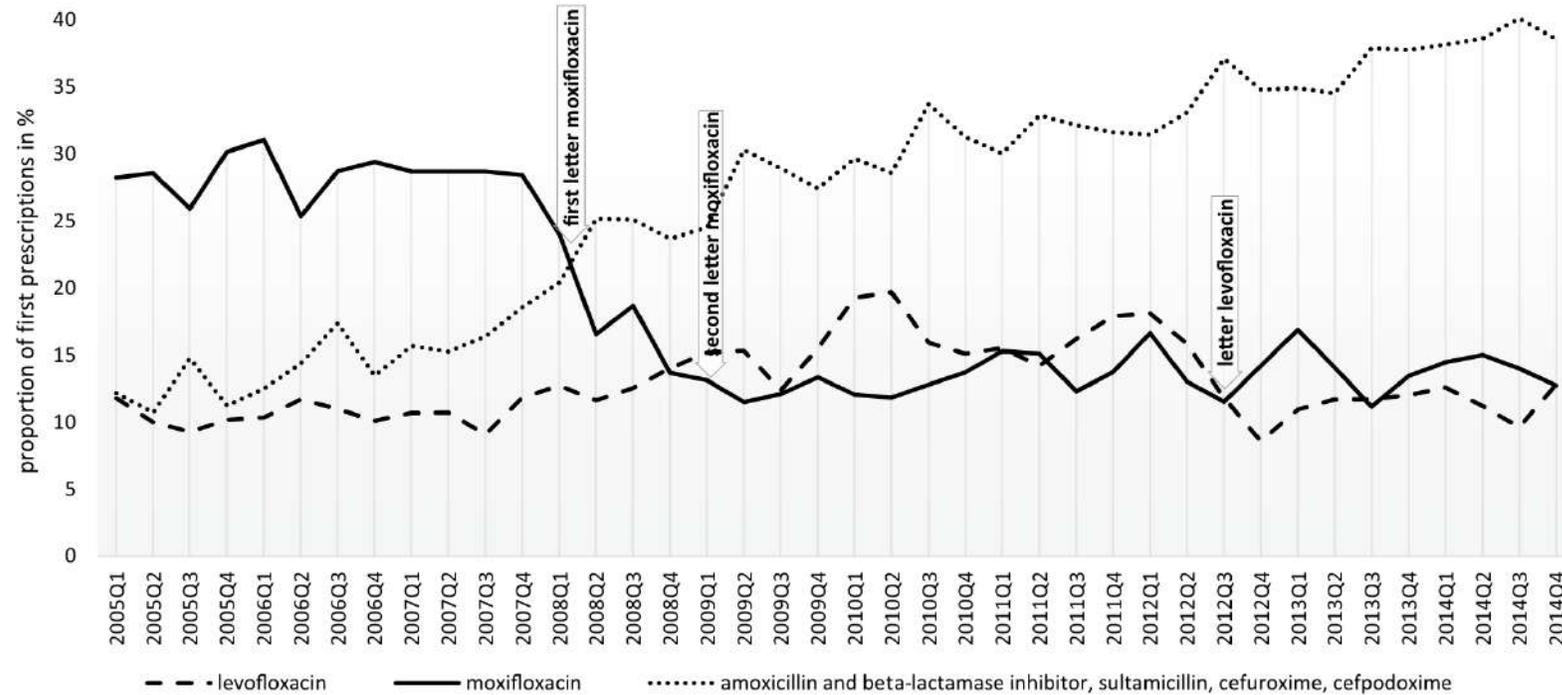
- Aucun

Déclaration complète

- disponible sur Archimede.fr



Quels impacts des alertes ?



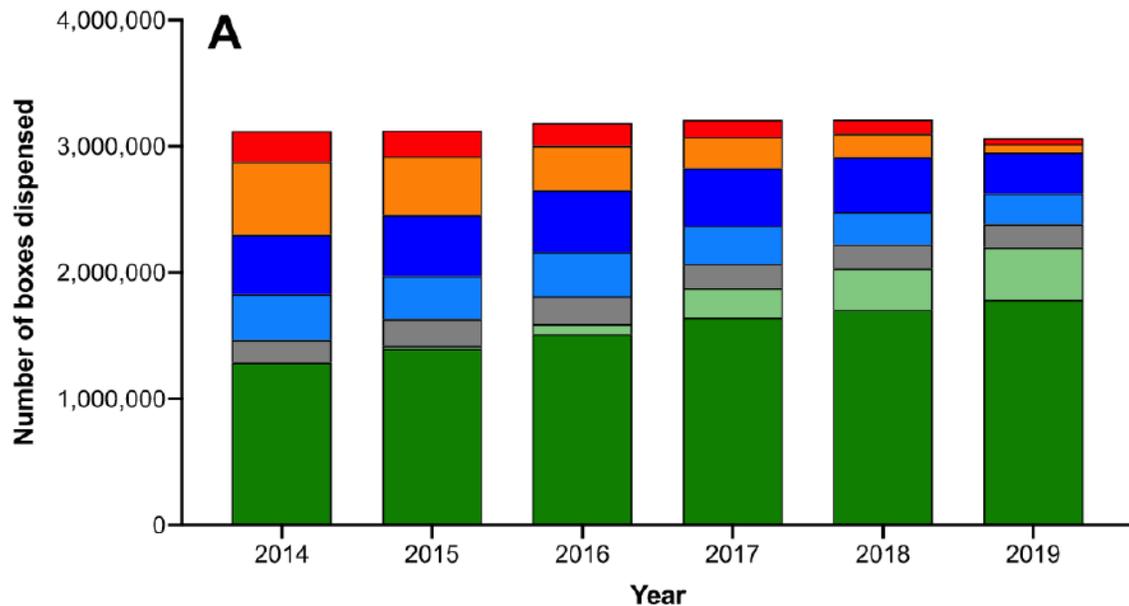
Base de données Allemagne (Saxe)
Séries temporelles : 2005-2014
Pneumopathie communautaire

Moxifloxacin : - 56 % (RR)
Levofloxacin : - 31 % (RR)

Effet compensatoire
moxiFQ -> levoFQ -> bêta lactamine

Georgi et al. Infection, 2023

Quels impacts des recommandations ?



Base remboursement OpenMedic France

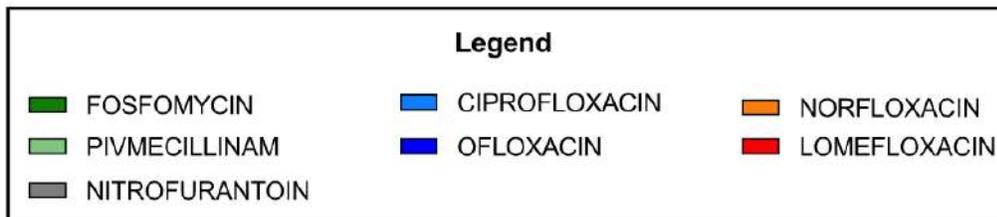
RBCP 2016 : cystite aiguë non compliquée féminine

1^{ère} intention : fosfomicine -> idem

2^{nde} intention : nitrofurantoïne, FQ unidose/3 jours -> pivmecillinam

→ + 41 % fosfomicine, + 7430 % pivmecillinam, - 80 % lomeFQ et norFQ, - 26 % ciproFQ

Déremboursement lomeFQ et norFQ en 2019



23^e CONGRÈS
NATIONAL

CNGE COLLÈGE ACADÉMIQUE



Exercer
et enseigner
la médecine
générale

29 NOV.
1^{ER} DÉC.
2023

40 ANS
du
CNGE

Centre
des congrès
de
Lyon

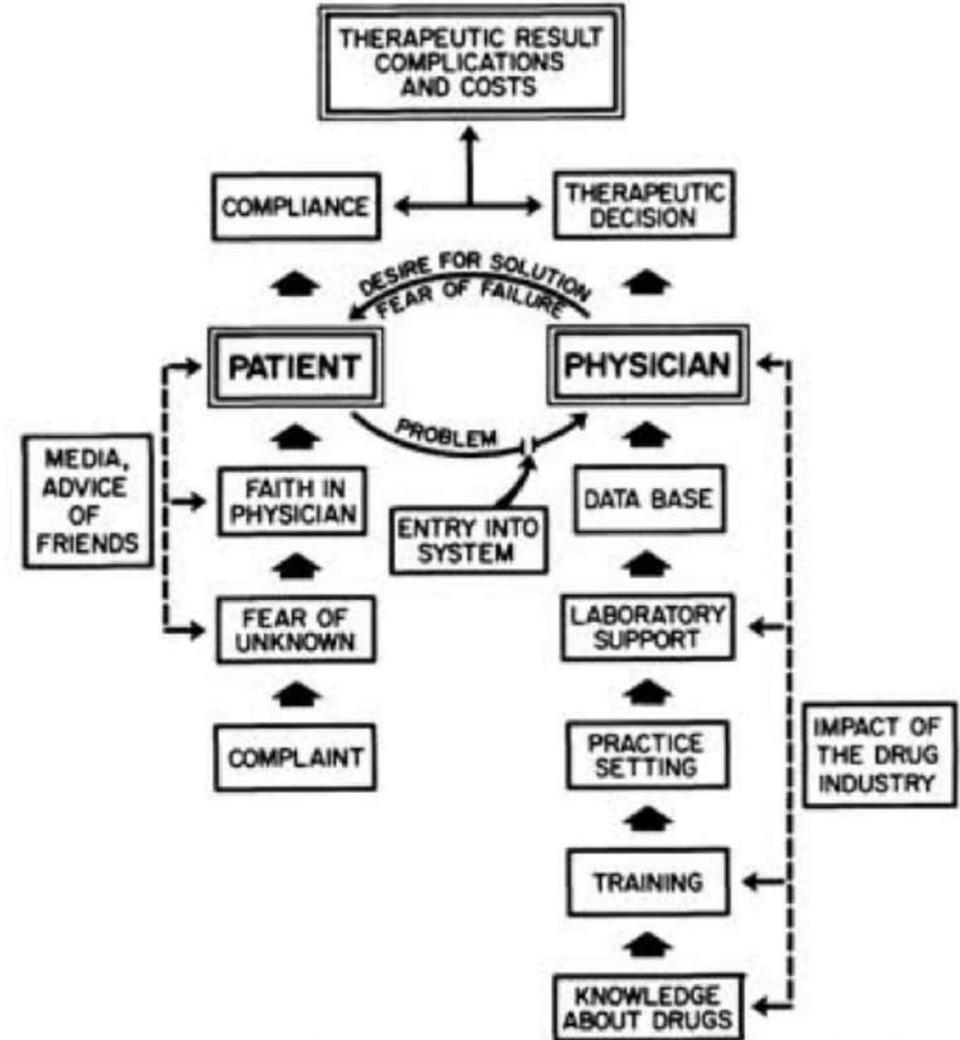
Pour réduire la prescription de FQ, les alertes et le changement des recommandations suffisent-elles ?

« C'est bon mais pas suffisant. »

Déterminants à la prescription d'antibiotique

Une difficulté qui ne date pas d'hier

Kunin. Problems of Antibiotic Usage, Anals of Internal Medicine. 1978



TAVANIC
lévofloxacine

Fluoroquinolone de nouvelle génération
active sur le pneumocoque⁽¹⁾

Bon usage et remboursement⁽²⁾ :
Pneumonies communautaires - Exacerbations aiguës des bronchites chroniques :
en traitement de 1^{re} intention chez les patients avec facteurs de risque*,
en cas d'échec d'une 1^{re} antibiothérapie chez les patients sans facteurs de risque.
Sinusites aiguës : en traitement de 1^{re} intention dans les sinusites frontales,
ethmoïdales et sphénoïdales, en cas d'échec d'une 1^{re} antibiothérapie dans les
autres sinusites aiguës. * voir la documentation bactériologique et/ou radiologique.

ROUSSEL URSAPHARM

"Nouvelle génération ?" Rev
Prescrire 2001 ; 21 (215) : III

Aujourd'hui, une **Cystite**
peut se traiter avec
la prise unique
de 2 comprimés

2 comprimés = 7 jours d'efficacité

PEFLACINE
péfloxacine

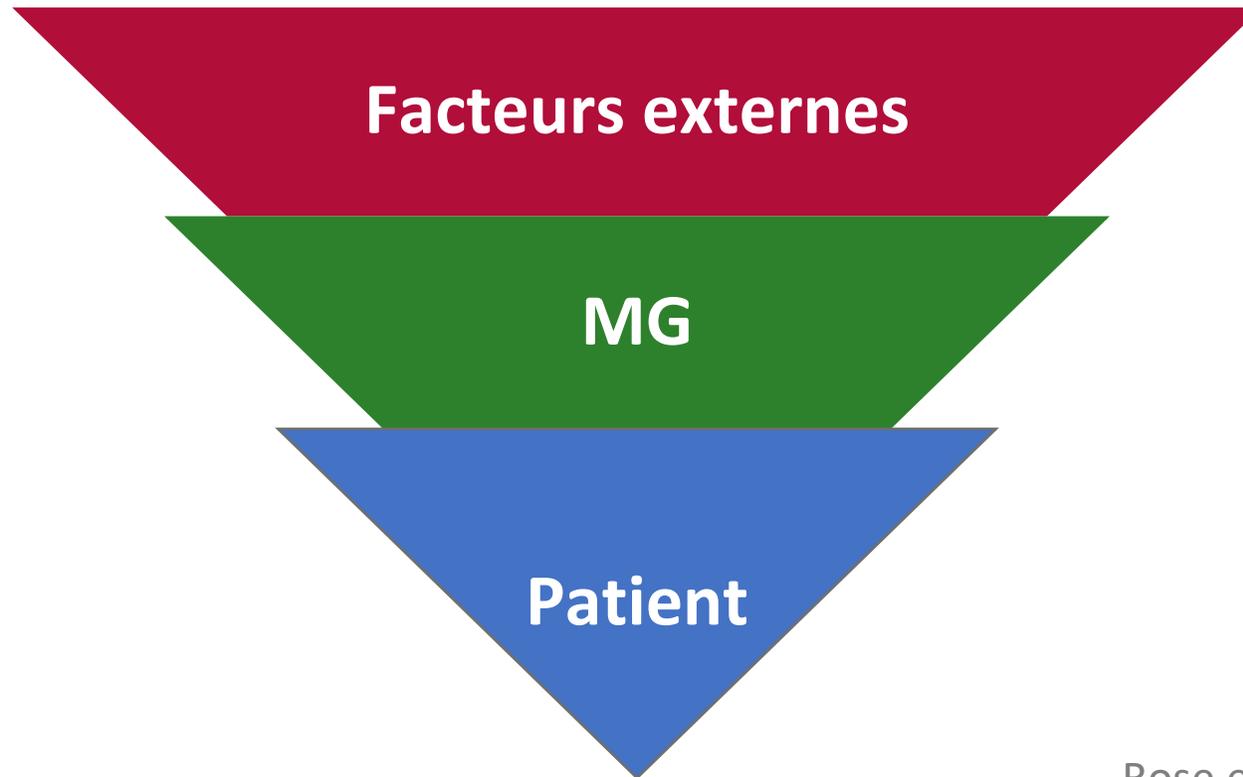
*4 fois plus cher
qu'une boîte de
Clamoxyl[®] 500mg!*

Les femmes d'abord et les médecins ensuite savent que de nombreux antibiotiques sont actifs en traitements courts dans la cystite : du Rufol[®] au Bactrim[®], en passant par Négram[®], Clamoxyl[®], etc. Péflacine[®] n'est pas l'inventeur de la prise unique.

FICTION : Si en 1989, 30 000 prescripteurs, voyant en moyenne 5 cystites par mois, choisissaient le traitement-minute par Péflacine[®] au lieu de 3 g d'amoxicilline, cela représenterait au moins un surcoût de 187 millions de francs lourds ; sans supplément d'intérêt clinique envisageable.

"Péflacine[®], un coût exorbitant" Rev
Prescrire 1988 ; 8 (78) : III

Déterminants à la prescription d'antibiotiques



Facteurs externes

Pression organisationnelle

- Plusieurs intervenants, influence de l'industrie pharmaceutique, peur des plaintes, manque de temps, fin de journée/semaine

Manque de soutien décisionnel

- Absence de décision partagée, de rétroaction, du patient, test diagnostic, aide à la décision

Guide de bonnes pratiques

- Laxité avec les recommandations ou peu adaptées

Facteurs MG

Sources informations

- Année de pratique, éducation médicale, antibiorésistance

Attitudes de prescription

- Gut feeling, transfert de responsabilité, relation médecin malade, faible adhérence aux RBPC, complaisance

Anxiété

- Fuite patientèle, diagnostic incertain, « si besoin », manque d'expérience, stratégie d'évitement, manque de confiance envers d'autres thérapies, absence de continuité des soins, « et si cela s'aggrave ? »

Facteurs patients

Influence du patient

- Transfert anxiété, demande, peur de la maladie

Communication

- Barrière communicationnelle, compréhension sur les effets indésirables / résistances

Autres

- Statut socio-économique et comorbidités

Représentations sur les FQ par les MG

La santé immédiate du patient prime sur le risque collectif

- « Cocktail » d'antibiotique
- Couvrir le plus large possible
- Nécessité
- Frapper fort
- « *Les [FQ] sont très efficaces. En fait, si j'ai une infection, je les prends moi-même.* »

Responsabilité sociale

- moyens et résultats

- Sensibilité et préoccupation des résistances
- Peu d'expérience d'effets indésirables

Infections Urinaires Masculines (IUM)

- RBPC française de la SPILF (2014) : prostatite -> IUM
- 2 IUM par MG par an
- Absence de consensus international sur les recommandations de bonnes pratiques cliniques (RBPC)
- Fluoroquinolones toujours

Traitement probabiliste des IUM en ambulatoire

IUM paucisymptomatiques

Différer tant que possible et attendre le résultat de l'antibiogramme

IUM symptomatiques

Ciprofloxacin/Lévofoxacin
ou C3G

IUM documentée en ambulatoire

1^{er} choix

Ciprofloxacin : 500 mg 2 fois par jour *per os*

Lévofoxacin : 500 mg une fois par jour *per os*

Ofloxacin : 200 mg 2 fois par jour *per os*

2^e choix

Cotrimoxazole : 800/160 mg 2 fois par jour *per os*

3^e choix

Céfotaxime : 1 g 3 fois par jour IM ou IV

Ceftriaxone : 1 g une fois par jour IM ou IV ou SC

Durée totale de 14 jours

Tableau 2 - Traitements des IUM en ambulatoire (recommandations de la SPILF 2018)

CONSTAT PARTAGÉ

Faible prévalence, FQ antibiotique de réserve,
Peu d'étude clinique, avis d'experts

OBJECTIF COMMUN

« shorter is better », réduire durée traitement, épargne des FQ

DIFFERENTS MESSAGES

Cystite : pas de FQ

Nitrofurantoine/ trimethoprim/
pivmecillinam

Différente durée de traitement :
Cystite < PNA < prostatite

Pays Scandinaves, Royaume-Uni,
Pays-Bas

Ne pas oublier les IST

La prostatite est rare chez l'homme jeune

Homme d'âge < 35 ans ou risque élevé
d'IST

Traitement immédiat ciblé sur chlamydia
et gonocoque

USA / Pays Africains

Non fébrile : approche vigilante

FQ et CTX :
seuls antibiotiques à efficacité prouvés

Durée d'antibiothérapie :
pas d'étude interventionnelle*

Durée de traitement indifférenciée :
Cystite = PNA = prostatite

Recommandations des pays
francophones

Des pistes de changement...

Rétrospectif

IUM **non fébrile** peut être traité par **pivmecillinam, nitrofurantoiné et triméthoprime**

Holm et al. Scand J Prim Health Care, 2019; Kornfält et al. Scan J Prim Care, 2020; Skow et al. Inf Dis, 2020

Interventionnelle

IUM **non fébrile** peut être traité
7 jours par FQ

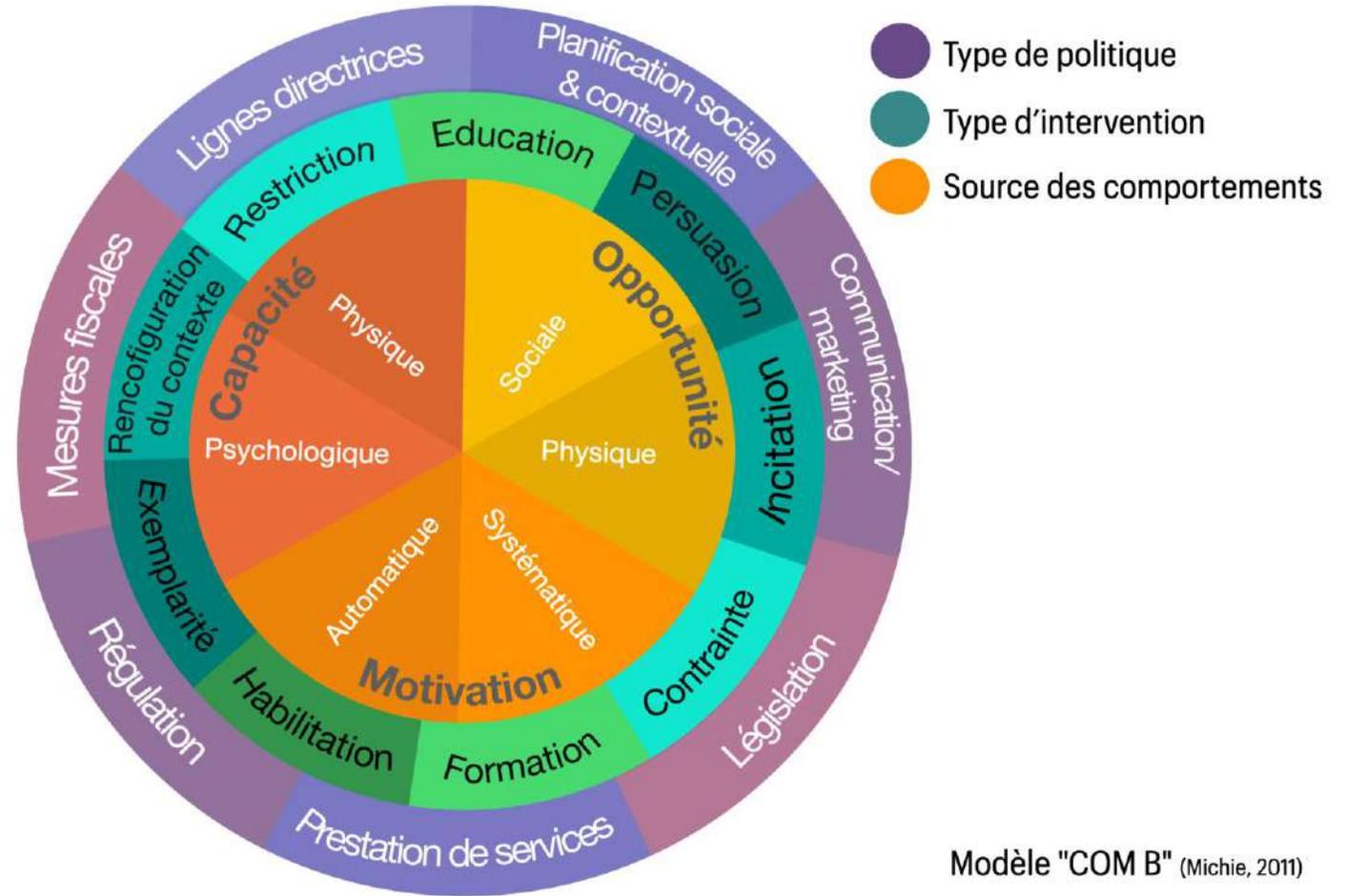
Drekonja et al. JAMA, 2021

IUM **fébrile** doit être traitée
14 jours par FQ

Lafaurie et al. Clin Inf Dis, 2023

Comportement =

Capacité
Opportunité
Motivation



Michie et al. Implementation Sci, 2011
Illustration et traduction : www.influscience.fr

Modèle "COM B" (Michie, 2011)

23^e CONGRÈS NATIONAL

Exercer et enseigner la médecine générale

CNGE COLLÈGE ACADÉMIQUE



29 NOV.
1^{ER} DÉC.
2023

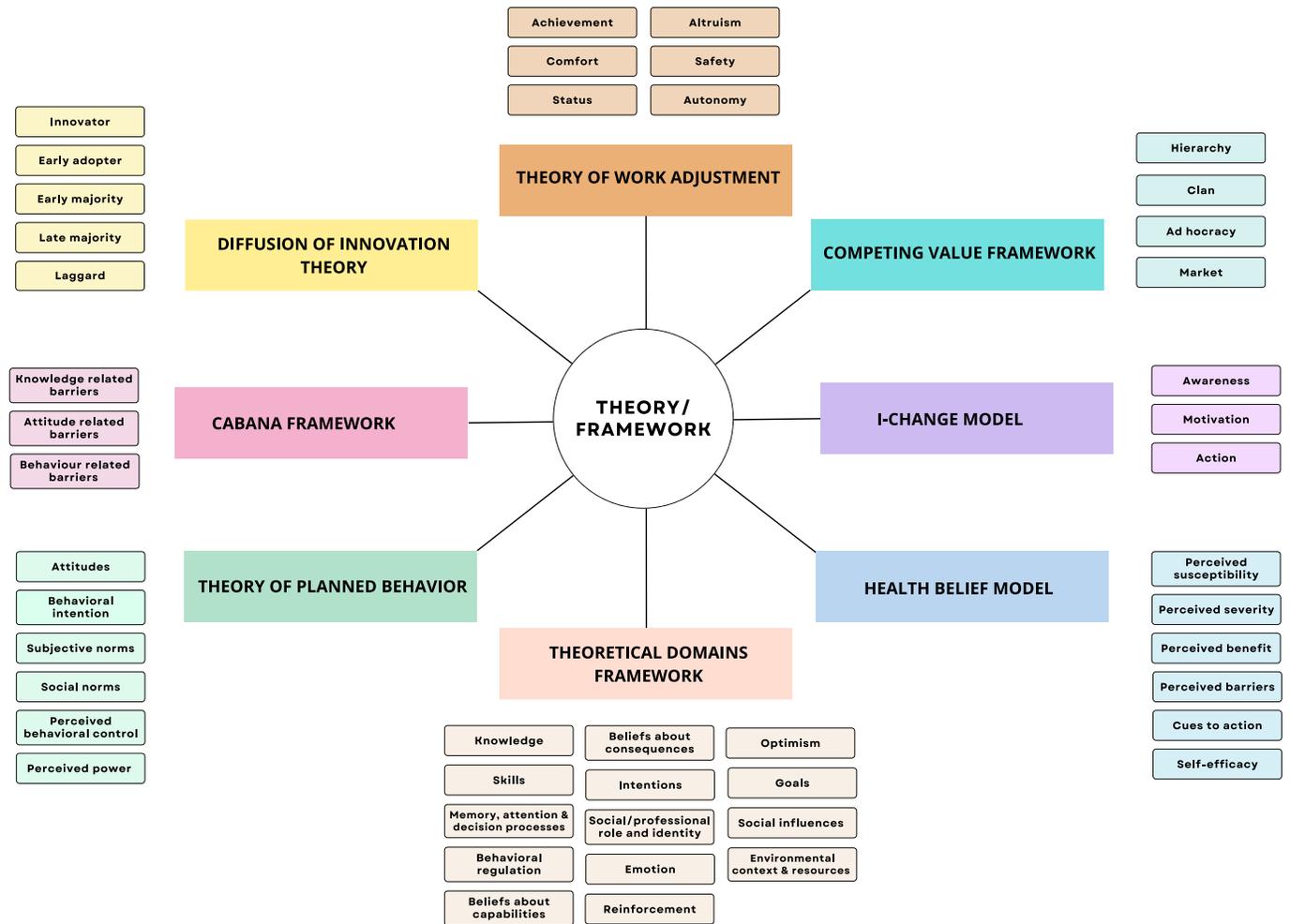
40 ANS du CNGE

Centre des congrès de Lyon

Cadres théoriques du comportement

Stewart et al. Int J Clin Pharm, 2023

#CNGE2023



Déterminants à la prescription FQ dans le cadre des IUM

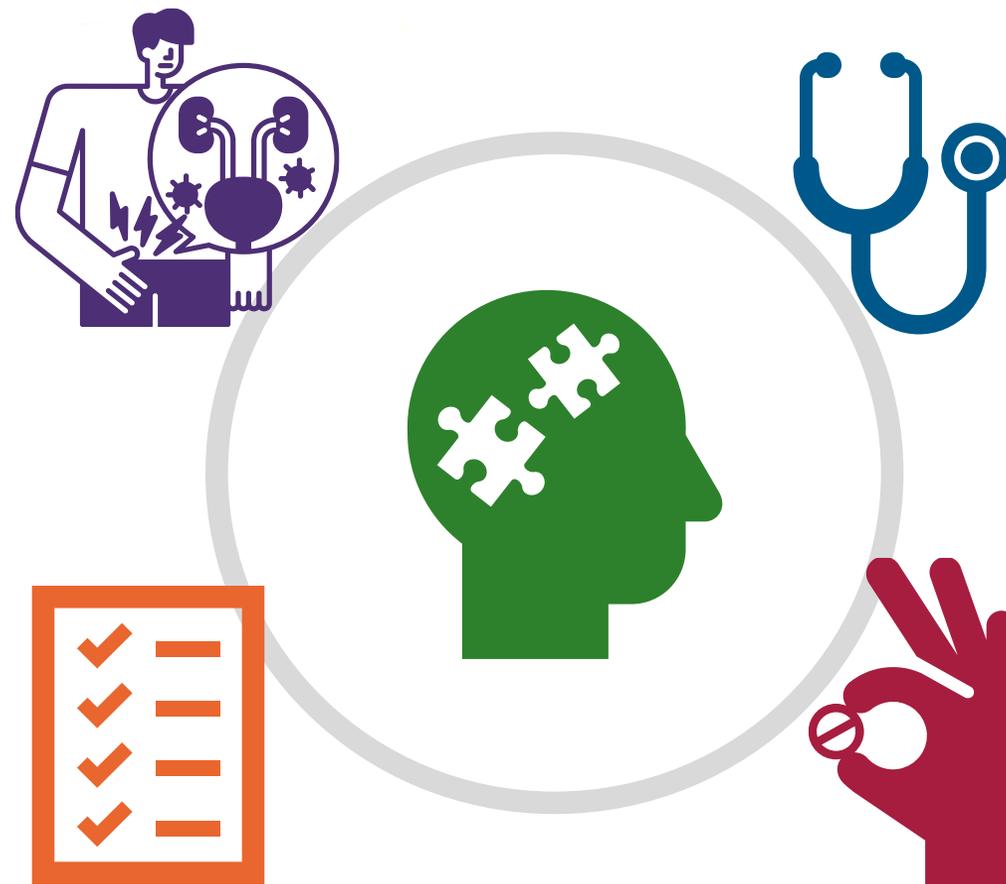
→ Intention et Comportement

Expériences du MG / Patient

Normes subjectives lié au diagnostic des IUM

Attitudes vis-à-vis des FQ

Contrôle de sa prescription de FQ



Soudais et al. en cours de publication

www.congrescngc.fr

VARIABLES EXTERNES

CARACTÉRISTIQUES INDIVIDUELLES

Sociodémographique

Genre

Âge

CARACTÉRISTIQUES PATIENTS

Patients

« Homme de 50 ans avec dysurie »

Aucune expérience de la maladie



EXPÉRIENCES et COMPORTEMENTS PASSÉS

Maladie rare et polymorphe

Définition imprécise
Incertitude diagnostique

NORMES SUBJECTIVES

DÉTERMINANTS PROFESSIONNELS AU DIAGNOSTIC d'IUM

Défi diagnostique

Les hommes n'identifient pas la maladie
Une confirmation bactériologique est indispensable
TR douloureux et peu informatif
BU inutile

Une infection inhabituelle

« Une cystite chez l'homme, ça n'existe pas ! »
« S'il fait une infection urinaire c'est qu'il y a quelque chose derrière. »



Soudais et al. en cours de publication

www.congrescngc.fr



ATTITUDES

DEGRÉ DE FAVORABILITÉ À L'ANTIBIOTHÉRAPIE

Un sentiment d'alerte
Nettoyer la prostate

Fluoroquinolones, toujours mais redoutable
« Le Tavanic® c'est archi puissant ! »
Adhésion du patient nécessaire
Exposition aux FQ est acceptable

Prescription différée : approche ambivalente

CONTRÔLE PERÇU

AUTO-EFFICACITÉ ET CONTRÔLABILITÉ

Recommandations de Bonnes Pratiques

Standardisation et culture du bon usage

Contrôle de la prescription

Prescription responsable

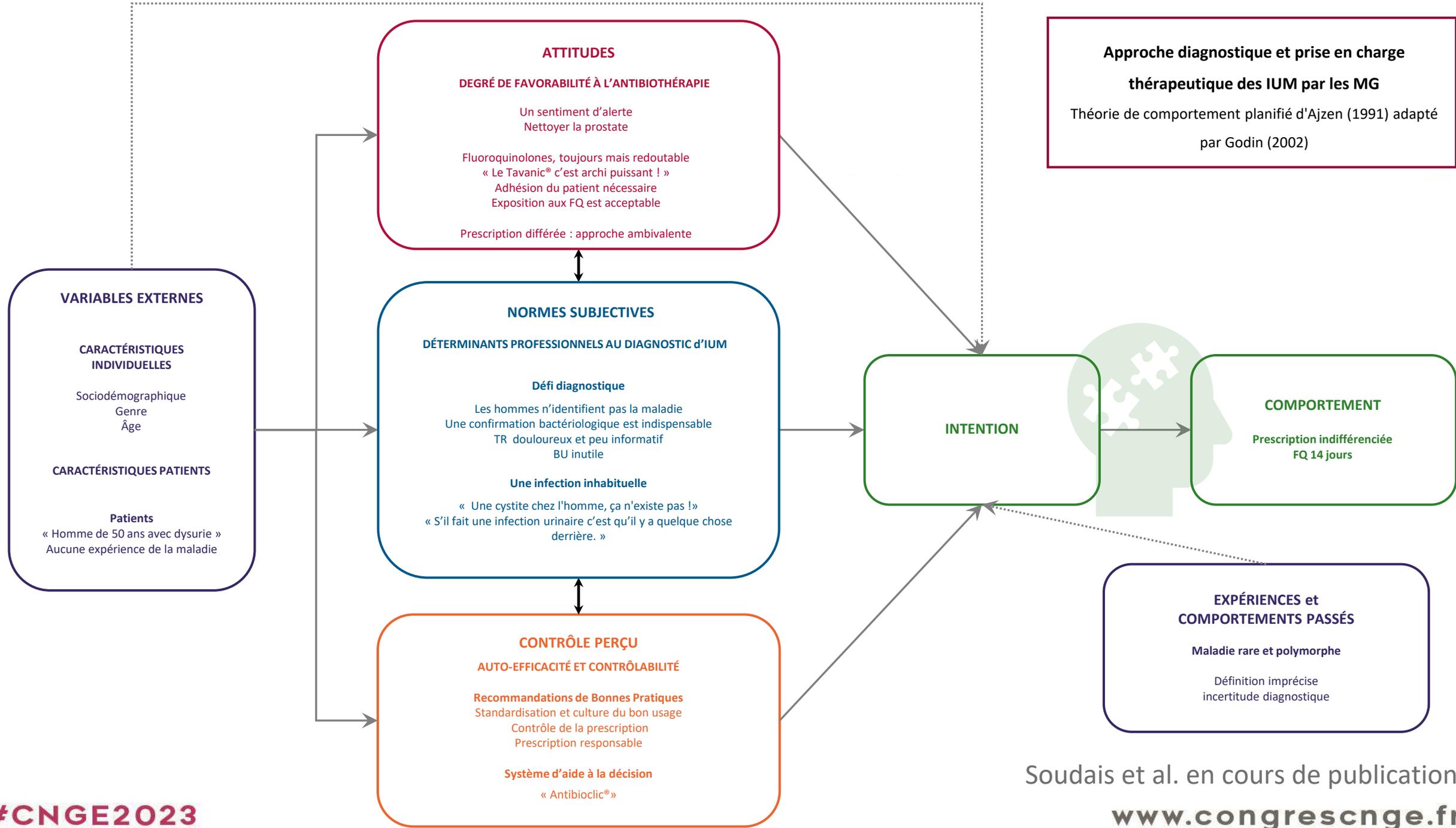
Système d'aide à la décision

« Antibioclic® »



Soudais et al. en cours de publication

www.congrescngc.fr





René Goscinny, Albert Uderzo, Astérix en Corse, Dargaud, 1973, p. 31-32

Enfin a-t-on le choix sur les FQ ?

Prescrire =
avoir tort

Dire du bien =
ne pas avoir raison

Dire du mal =
avoir tort

Ne pas prescrire =
ne pas avoir raison

23^e CONGRÈS NATIONAL

Exercer
et enseigner
la médecine
générale

CNGE COLLÈGE ACADÉMIQUE



29 NOV.
1^{ER} DÉC.
2023

40 ANS
du
CNGE

Centre
des congrès de
Lyon

FQ en pleine conscience...



**23^e CONGRÈS
NATIONAL**

Exercer
et enseigner
la médecine
générale

CNGE COLÈGE ACADÉMIQUE



29 NOV.
1^{ER} DÉC.
2023

**40 ANS
du
CNGE**

Centre
des congrès de
Lyon

Conclusion - Perspectives

Le praticien clinicien

Le patient

Le système et contexte de soins

BON USAGE

- Bonne indication, posologie, durée
- Pas de FQ si prise dans les 6 mois (ou atcd d'EI)
- Attention aux patients à risque (IR, CTC, âgés, greffe)
- Vérifier les notions d'allergie aux Béta-Lactamines
- Restriction supplémentaire dans les recommandations ?



EFFETS INDÉSIRABLES

- Repérage précoce
- Signalement
- Savoir arrêter dès les 1ers effets indésirables
- Réévaluation du pharmacien systématique à 72h?

PATIENT PARTENAIRE

- Information à chaque prescription de FQ
- Tableau de bord d'exposition aux ATB ?
- Education à la santé
- Savoirs de base en infectiologie

SYSTÈME ET CONTEXTE DE SOINS

- Faciliter le signalement
- Alertes des logiciels métiers sur des prescriptions antérieures de FQ
- Lutte contre les pénuries ATB
- Fil d'alerte optimisé
- Antibiogramme ciblé HAS octobre 2023
- ATB critiques AWARE OMS *Access Watch Reserve*