



HAL
open science

Comprendre les déterminants de la prescription d'inhibiteurs de la pompe à protons au long cours en soins premiers

Arthur Baget

► **To cite this version:**

Arthur Baget. Comprendre les déterminants de la prescription d'inhibiteurs de la pompe à protons au long cours en soins premiers. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02952221

HAL Id: dumas-02952221

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02952221>

Submitted on 29 Sep 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Arthur BAGET

Le 13 Juin 2018

**Comprendre les déterminants
de la prescription d'inhibiteurs de la pompe à protons
au long cours en soins premiers**

Directeur de thèse : Dr Jean-François BOURGAUX

JURY

Pr Michel AMOUYAL
Pr Eric ASSENAT
Dr Béatrice FOLCO-LOGNOS
Dr Jean-François BOURGAUX

Président
Assesseur
Assesseur
Assesseur

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Arthur BAGET

Le 13 Juin 2018

**Comprendre les déterminants
de la prescription d'inhibiteurs de la pompe à protons
au long cours en soins premiers**

Directeur de thèse : Dr Jean-François BOURGAUX

JURY

Pr Michel AMOUYAL
Pr Eric ASSENAT
Dr Béatrice FOLCO-LOGNOS
Dr Jean-François BOURGAUX

Président
Assesseur
Assesseur
Assesseur

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves	DIMEGLIO Alain	MEYNADIER Jean
ALRIC Robert	DU CAILAR Jacques	MICHEL François-Bernard
ARNAUD Bernard	DUBOIS Jean Bernard	MICHEL Henri
ASTRUC Jacques	DUMAS Robert	MION Charles
AUSSILLOUX Charles	DUMAZER Romain	MION Henri
AVEROUS Michel	ECHENNE Bernard	MIRO Luis
AYRAL Guy	FABRE Serge	NAVARRO Maurice
BAILLAT Xavier	FREREBEAU Philippe	NAVRATIL Henri
BALDET Pierre	GALIFER René Benoît	OTHONIEL Jacques
BALDY-MOULINIER Michel	GODLEWSKI Guilhem	PAGES Michel
BALMES Jean-Louis	GRASSET Daniel	PEGURET Claude
BALMES Pierre	GROLLEAU-RAOUX Robert	POUGET Régis
BANSARD Nicole	GUILHOU Jean-Jacques	PUECH Paul
BAYLET René	HERTAULT Jean	PUJOL Henri
BILLIARD Michel	HUMEAU Claude	PUJOL Rémy
BLARD Jean-Marie	JAFFIOL Claude	RABISCHONG Pierre
BLAYAC Jean Pierre	JANBON Charles	RAMUZ Michel
BLOTMAN Francis	JANBON François	RIEU Daniel
BONNEL François	JARRY Daniel	RIOUX Jean-Antoine
BOUDET Charles	JOYEUX Henri	ROCHFORT Henri
BOURGEOIS Jean-Marie	LAFFARGUE François	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BRUEL Jean Michel	LALLEMANT Jean Gabriel	SAINT AUBERT Bernard
BUREAU Jean-Paul	LAMARQUE Jean-Louis	SANCHO-GARNIER Hélène
BRUNEL Michel	LAPEYRIE Henri	SANY Jacques
CALLIS Albert	LESBROS Daniel	SENAC Jean-Paul
CANAUD Bernard	LOPEZ François Michel	SERRE Arlette
CASTELNAU Didier	LORIOT Jean	SIMON Lucien
CHAPTAL Paul-André	LOUBATIERES Marie Madeleine	SOLASSOL Claude
CIURANA Albert-Jean	MAGNAN DE BORNIER Bernard	THEVENET André
CLOT Jacques	MARY Henri	VIDAL Jacques
D'ATHIS Françoise	MATHIEU-DAUDE Pierre	VISIÉ Jean Pierre
DEMAILLE Jacques		
DESCOMPS Bernard		

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude
BLANC François
BOULENGER Jean-Philippe
BOURREL Gérard
BRINGER Jacques
CLAUSTRES Mireille
DAURES Jean-Pierre
DAUZAT Michel
DEDET Jean-Pierre
ELEDJAM Jean-Jacques
GUERRIER Bernard
JOURDAN Jacques
MAURY Michèle
MILLAT Bertrand
MARES Pierre
MONNIER Louis
PRAT Dominique
PRATLONG Francine
PREFAUT Christian
PUJOL Rémy
ROSSI Michel
SULTAN Charles
TOUCHON Jacques
VOISIN Michel
ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe - Neurochirurgie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MAUDELONDE Thierry - Biologie cellulaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick - Cardiologie
MOURAD Georges-Néphrologie
PELISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
CAMU William-Neurologie
CANOVAS François-Anatomie
CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal-Anesthésiologie-réanimation
CORBEAU Pierre-Immunologie
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
COURTET Philippe-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves-Physiologie
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEMOLY Pascal-Pneumologie ; addictologie
DEREURE Olivier-Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane -Urologie
DUCROS Anne-Neurologie -
FRAPIER Jean-Marc-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel-Génétique moléculaire
LABAUGE Pierre- Neurologie
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel-Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis-Pédiatrie

NAVARRO Francis-Chirurgie générale
PAGEAUX Georges-Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TOUITOU Isabelle-Génétique
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CAPTIER Guillaume-Anatomie
CAYLA Guillaume-Cardiologie
CHANQUES Gérald-Anesthésiologie-réanimation
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent-Ophtalmologie
DE VOS John-Cytologie et histologie
DORANDEU Anne-Médecine légale -
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud -Oto-rhino-laryngologie
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
GENEVIEVE David-Génétique
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice-Physiologie
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
LAVIGNE Jean-Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric-Rhumatologie
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier-Néphrologie
MOREL Jacques -Rhumatologie
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David-Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PRUDHOMME Michel-Anatomie
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François-Pédiatrie
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François-Cardiologie
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
SEGNARBIEUX François-Neurochirurgie
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
SULTAN Ariane-Nutrition
THOUVENOT Éric-Neurologie
THURET Rodolphe-Urologie
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max-Ophtalmologie
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry-Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

DAVID Michel
RAMBAUD Jacques

PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie)
PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique
CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie
PUJOL Joseph-Anatomie
RAMOS Jeanne-Anatomie et cytologie pathologiques
RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie
RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
STOEBNER Pierre -Dermato-vénéréologie

MCU-PH de 1^{re} classe

ALLARDET-SERVENT Annick-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire
BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire
BOULLE Nathalie-Biologie cellulaire
BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline-Hématologie biologique
COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire
GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie
GIANSILY-BLAIZOT Muriel-Hématologie ; transfusion
GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion
LE QUINTREC Moglie-Néphrologie
MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie
MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERTRAND Martin-Anatomie

BRUN Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
DU THANH Aurélie-Dermato-vénéréologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
LESAGE François-Xavier-Médecine et Santé au Travail
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

COSTA David
FOLCO-LOGNOS Béatrice

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard
GARCIA Marc
MILLION Elodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SEGURET Pierre

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences
BERNEX Florence - Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé
CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire
DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences
MOUTOT Gilles - Philosophie
PASSERIEUX Emilie - Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie - Histologie
TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie

BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

FAILLIE Jean-Luc- Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique

HERLIN Christian -Chirurgie plastique ; reconstructrice et esthétique ; brûlologie

HERRERO Astrid-Chirurgie générale

PANTEL Alix-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

PERS Yves-Marie-Thérapeutique, médecine d'urgence ; addictologie

PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médical

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury

Monsieur le Professeur Michel AMOUYAL, merci de m'avoir fait l'honneur de présider cette thèse. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance. Ce travail conclut une formation de qualité accompagnée par votre département, soyez certain que votre implication continuera d'être louée auprès des futurs étudiants.

Monsieur le Professeur Eric ASSENAT, merci d'avoir accepté si rapidement de juger mon travail en siégeant dans ce jury. En espérant que vous porterez intérêt à ce sujet auquel je crois vous êtes régulièrement confronté.

Madame le Docteur Béatrice FOLCO-LOGNOS, recevez mes sincères remerciements d'avoir accepté de juger mon travail. Merci d'avoir suggéré il y a plusieurs mois maintenant de modifier la méthodologie initiale, je crois que les résultats y auront gagné en pertinence.

Au **Docteur Jean-François BOURGAUX**, merci infiniment d'avoir fait germer ce projet et de m'avoir accompagné tout au long de sa réalisation. Je garderais parmi mes meilleurs souvenirs ce 1^{er} semestre d'internat passé dans ton service, ce mélange de sérieux et de camaraderie qui y régnait, au point de m'avoir presque fait regretter mon choix de spécialité. Je ne regretterais véritablement que les cuisantes défaites que tu m'as fait subir sur les terrains de squash. Merci encore.

A tous ceux ayant contribué à ma formation :

Que le chemin fût long et quel régal de savoir qu'il reste encore tant à parcourir.

Merci à toute les équipes et enseignants auprès desquels j'ai eu plaisir à travailler et me former. A tous les services et leurs personnels m'ayant accueillis depuis mes 1eres années d'externat aux CHU Pontchaillou et hôpital sud, à Rennes, puis au sein des hôpitaux du Languedoc :

Au service d'hépatogastroentérologie du CHU de Carémeau et sa formidable équipe, au Docteur Chamille Chories et sa boîte à goodies, à la Val' retrouvée régulièrement sur les dancefloor de la région ou de Corse, à Stéphane Obled, au reste de l'équipe et notamment aux infirmières de gastro B ayant déployé des trésors de patience à l'encontre de notre fournée de débutant du 1^{er} semestre.

Au service de gériatrie de l'hôpital de Perpignan et à son personnel, qui a contribué à faire de ce semestre un régal du début à la fin, à celui des Urgences d'Alès, à l'équipe de la PMI du Pic Saint Loup, aux praticiens et infirmières des consultations de cardiologie, pneumologie et dermatologie du CHU de Montpellier.

Un remerciement particulier à **Patrice Gimbert** et **John Groneman** auprès de qui j'ai véritablement découvert la médecine générale et qui m'ont permis d'en poursuivre l'apprentissage avec envie.

Aux co-internes rencontrés lors de ces stages et avec qui l'amitié perdure.

Aux amis d'externat :

A **Lolo**, le vieux pote de P2, merci d'avoir supporté si longtemps mes retards, ma tendance procrastinateur, mon indécision. Je garde des souvenirs grandioses de ce « stage » à Montréal, des moments passés là-bas, avec pour seul regret de ne pas t'avoir vu te régaler de ce gâteau d'anniversaire dont tu t'étais goinfré. Merci pour ta droiture, ton amitié fidèle malgré mes réponses tardives et ma phobie à écouter tes messages vocaux (tu ne peux blâmer personne pour cela Loïg). A **Caro**, sa douce et tendre, merci de prendre soin de lui et de lui imposer de rester chaque fois jusqu'à tard dans la nuit ! Au plaisir de vous revoir très vite.

A **Max**, je tiens d'abord à présenter mes excuses les plus sincères. Le cabinet sur Miami Beach se montera sans moi... à moins que, on ne sait jamais ce que la vie nous réserve ! Et puis ne m'en veut pas, tu as toi aussi renoncé à gagner rudement ta vie en bricolant des boobies. Merci pour tous ces bons moments et ces bonnes soirées ! On se revoit très vite avec la **Jenny**, avec pour objectif de faire mieux encore que lors de la dernière cérémonie des 2 amis précédents cités !

A la **Jacob**, gratitude éternelle pour tous ces bons moments, des soirées rennaises aux plages Rétaises (?) puis aux week-end Bordelais, pour ton oreille attentive en toutes circonstances, ta loyauté et ton amitié sincère même quand je tarde à rappeler la mienne. Très heureux d'avoir pu rencontrer le **JB** grâce à toi (quoique, j'y étais aussi ce soir-là !). Il me tarde de chanter (crier) de nouveaux quelques airs bretons a cappella entre 2 bolées.

Au reste de la team week-end post exam : à **Frifri**, ce beau mâle prof de voile, aux tenues riches en couleurs. Souvenir ému de notre première dégustation vinicole entourés de bons livres. Au plaisir de te revoir rapidement.

A **Chacha et Raf** (je vous préviens, mon 1^{er}, qui sera un homme si la vie est juste, s'appellera aussi Léonard !), à **Mathilde et Alex**, à **Joaq, Ninon, Elise, P.M, Zino, J.B**, bref tous ceux grâce à qui et auprès de qui j'ai vécu tant de bons moments, et à ceux que j'oublie certainement... Merci !

A ce bon vieux **Boixel**, celui grâce à qui j'ai pu obtenir une réputation d'externe studieux. Petit souvenir ému de nos stages communs de neurochir, psy et ophtalmo notamment où nous formions un duo compétent lorsque tu nous honorais de ta présence. Grandioses souvenirs du combo Barcelone/ Pampelune/ Saragosse et de quelques virées parisiennes. Au plaisir de te revoir très bientôt !

Pensée émue également pour les partenaires de la 1ere heure, les squatteurs assidus des amphis de P1 (bien haut placés si possible, armés d'une bonne liasse de feuilles A4/ avions de combat) :

A **Nico**, j'ai l'impression de te connaître depuis toujours mais ça ne fait « que » 12 ans ! Je ne vais pas énumérer les bons moments, ils ont été trop nombreux durant ces années émaillées d'un peu plus de 4 ans de colloc. Etonnant comme une seule et même personne peut rappeler tant de choses contraires, des séances farniente au RdC de la BU (ou comment ronfler en « récitant ») à ses soirées enfiévrées sur du gros son tech (se terminant tout de même régulièrement les coudes sur les genoux, tête basse). Je suis heureux de t'avoir retrouvé, avec un léger décalage, sur Montpellier et j'espère profiter de ton amitié longtemps encore.

A **Pico**, le Ratatouille de la colloc : reconnaissance éternelle pour ces plâtrées de pate bolo salvatrices en période de famine, pour ces traversées mouvementées du Golfe et ces escales plus encore, ce séjour « culture Maya » à Playa del Carmen. En espérant pouvoir remonter au pays plus souvent, t'accompagner dans une gourmande chasse aux araignées (après avoir appris à nager).

A **Galou**, sa sagesse de légende, sa barbe respectable. Je ne t'ai pas revu depuis une éternité, peut être aurons-nous l'occasion de se croiser cet été. Et je te porterais un maillot MHR, bien plus tendance que les tuniques du 15 du trèfle que tu affectionnes tant.

A **Thomas** et **Guston** notamment, pour ces vacances Croates et ces photos *parental advisory* mais aussi tous ces bons moments Rennais puis Montpellierains. Au vieux **Neush**, à **Fanchou**, **PM** et les autres...

Aux compagnons d'internat :

A **Gasparou**, heureuse rencontre que la tienne dès le 1^{er} semestre. S'en est suivi de nombreuses années entre squattage de chambre (toujours rangée avec soins) puis collocation. Fidèle parmi les fidèles lors des jeudis Carémeau, quelle ne fut pas ma surprise en apprenant que tu te lançais dans une carrière de Lindi Hop malgré tes aptitudes à la danse tech et beatbox... 1^{er} d'entre nous à parvenir au caecum, j'ai deviné très tôt que la suite serait brillante. Quel que soit l'endroit où mes pas me mèneront, tu feras assurément partie de ceux que je prendrais grand plaisir à venir rendre visite, avec pour conditions que tu promettes de ne pas te mettre aux fourneaux pour ma venue. J'en profite pour tirer mon chapeau et embrasser **Héloïse**, qui a su mettre un peu d'ordre dans ce bordel. Merci à vous.

A **Elie**, « toujours chaud » d'après ta moitié, ce qui ne m'étonne guère pour te connaître depuis 5 ans. Merci pour ton enthousiasme, tes conseils muscle up, ta motivation pour débiter « une petite partie de 20 minutes, on est larges », cette frénésie « méga toboggan de la mort » à l'aqua Park... Je suis heureux de te compter parmi mes amis. A **Julie**, merci de lui ramener un peu de bon sens parfois, merci pour cet accent délicieux presque aussi drôle que du belge. On vous reprend Kipiti quand vous voulez.

A **Charlène Laval**, pour avoir enduré ce 1^{er} semestre à nos côtés, apportant cette touche de féminité à la team gastro. Un grand bravo pour ton petit gars qui semble être déjà un sacré casse-cou (merci le papa !) et un demi d'ouverture d'avenir ! Merci pour ces sourires et ces rires aux éclats toutes dents dehors !

A la **Marie**, qui a su passer outre mes ronchonneries à m'occuper des petits vieux. Merci pour ces bons moments, ce brin (ou cette tige ? cette liane ?) de folie. Je t'ai un peu perdu de vue mais que de bons souvenirs !

A **Bensodo**, révélation de la saison 1 d'« Opération séduction aux internats ». Un des assidus du jeudi soir 4 du mat, toute en décontraction, malgré des matinées éprouvantes sur la terrasse de Carémeau. Au plaisir de repartager ce genre de moments avec toi.

A **Elliot**, ce campagnard refoulé qui a finalement cédé à sa nature profonde pour s'exiler vers de verts pâturages. La sérénité faite homme. Merci d'avoir esquiné tant de genou cette année que je puisse croire un peu en ce bout de bois moi aussi, sans réussite. Félicitations pour ce début de carrière, pour cette vie rondement menée et ta réussite auprès de ta belle. Merci à toi aussi **Tubtub**, pour ton soutien sans faille à tous ceux qui comptent et pour cette gentillesse.

Au **Boti**, qui m'a fait prendre conscience ce que c'était qu'être vraiment en retard lors de ces déjeuners à l'internat de Perp. Toujours facile, comme si le mec ne subissait rien, jamais. Maître ès calembours, merci pour ces fous rires et cette folle ambiance que tu sais inventer !

A **Françis Yaniss Abdelharim** (ou un truc comme ça), principal contributeur à la bonne ambiance. Ses bains de soleil/ huiles d'olive, ses dates romantiques à contre-sens, sa caverne Perpignanaise craint des gens sensés me resteront longtemps en mémoire. Mais surtout, merci pour ta sincérité et ta camaraderie.

A la **Carole**, ambianceuse en chef, toujours prête à s'encanailler, que de bons moments également, entre festoch et invitation à dégoupiller aux Coulisses. Merci pour ta bonne humeur et ton amitié.

A **Matthias**, 1^{er} compagnon de cordée qui m'a refilé le virus en m'amenant chez Marcel. Chaque semestre, profitant d'une de tes innombrables dispo, j'imagine pouvoir hausser le niveau et te laisser au pied du mur, et après chaque retour j'ai finalement droit à une correction sitôt délaissé la moulinette...De cela je continue à croire que je prendrais ma revanche, pour tout le reste, merci. En espérant te revoir rapidement toi et **Caro** en la capitale des Gaules.

A **Ben Kanular**, son sourire bright, ses blagues toujours à propos, ses biceps saillants, ses tentatives avortées de choper mon asiat'. Merci pour tout, je te souhaite le meilleur !

A **Momo** l'uro, **Elsa**, **Sarah Saf**, **Anne-So**, **Hugo**, **Oliv**, **Flo Garo**, **Alex**, **JB** et bien d'autres.

A **Bousquetos**, que je ne savais pas trop dans quelle rubrique placer puisqu'il postule dans chacune. Ça fait maintenant un petit bout de temps que nos chemins se croisent sans

cesse, pour mon plus grand plaisir ! Des tonus rennais aux soirées Montpelliéraines, puis de colloc en presque colloc d'internats, du Stanley à la Dune, le mec toujours présent. J'ai toujours été rassuré d'avoir un mec plus encore à l'arrache que moi durant toutes ces années, et voilà la désillusion : le 8 février 2018. Même si beaucoup te pensaient le plus responsable d'entre nous, te voir devenir papa parmi les 1ers fut le coup de maître ultime. Un grand bravo, et un grand merci, en espérant vous retrouver toi et **Hélène Momo** régulièrement sur la côte Bretonne. Je suis certain qu'il reste quelques « petits verres devenus subitement teiteilles » à savourer en ta compagnie !

Aux amis du rugby, grâce à qui j'ai l'impression d'être pleinement devenu celui que je suis aujourd'hui :

A **Marsou**, mon numéro 12 véloce depuis cadet. On a littéralement grandi ensemble (pas beaucoup certes) et je garderais à jamais de superbes souvenirs de ces années de Lycée entre Séné et Vannes, de ces fous rires en entendant le Gué découvrir son casse-croûte, du petit Jacob sur qui veiller, de toutes ces soirées et ces week-ends passés sur le pré, à partager des moments heureux. Je te remercie pour tout et te félicite d'être celui que tu es devenu. Embrasse ta tribu pour moi.

Au **Bichou** au grand cœur sous ses airs patibulaires, à **Kévin**, à **Max** et à ces bons souvenirs dans la Belle Province, à **Ygouf**, **Bibi**, **Marco**, **Tristan**, **Loïc**, **Martin** et les autres. Que de belles aventures à vos côtés.

A nos coachs successifs, qui nous ont empêchés de trop prendre... le boulard !

Aux collègues du MHR pour votre accueil et vos bons conseils : à **Ludo**, **Jacques**, **Philippe**, **Alain**, vous qui m'avez permis de vivre cette belle aventure, grand merci ! Je vous quitte avec regrets en espérant pouvoir vous rendre un jour la confiance accordée. Quand vous voulez pour refaire la saison autour d'une bière et d'un barbeuc, nous avons je crois quelques spécimens qui pourraient nous dévoiler leurs fournisseurs !

Et aux autres, **Rémy**, **Max**, **Quentin**, **Dom**, **Matthieu**, **Renaud**, **Scott**, les **Berny** pour votre patience et votre accueil également. En vous souhaitant bonne continuation ! A cette équipe également, aux joueurs trop nombreux pour être cités qui je l'espère ramèneront le bouclier place de la Com' d'ici peu.

A mes proches :

A mes parents tout d'abord. Ce travail je vous le dédie. Jamais je ne pourrais vous remercier suffisamment pour tout ce que vous avez su m'apporter, pour toute votre bienveillance, votre attention, votre amour. Grâce à vous, à la confiance que vous m'avez donnée, j'ai toujours pu aller au bout de ce qui me tenait à cœur, d'une enfance heureuse à ces belles années Vannetaises puis lors de ces longues études pour lesquelles je choisis de m'éloigner un peu.

A **Papa**, dont j'ai hérité de bien des traits de caractère, y compris une pointe d'impulsivité et d'entêtement permettant d'avancer, et du goût des grands espaces, du dépassement de soi, de l'ambition d'aller toujours plus loin sans orgueil déplacé.

A **Maman**, qui a su tempérer cela et m'adoucir, me faire garder les pieds sur terre et me rappeler qu'il est bon d'apprécier les choses simples comme la présence des êtres aimés.

A **Benjamin**, le grand frère que j'ai toujours voulu rattraper, depuis tout petit. Nous avons tant de choses en commun, tant de souvenirs d'enfance heureux. Tout au plus regretterais je que nous soyons tous les 2 partis de notre côté si tôt, j'espère pouvoir un jour ou l'autre rattraper ce temps-là.

A **mamie Thérèse**, qui m'a tant chérie et apporté tant d'amour, chez qui les retours de l'école sentaient le chocolat chaud et les gaufres-confiture, et à mon **papy Gérard** avec qui j'aimais tant me chamailler.

A **mamie Manette**, chez qui les vacances chaque été me restent en mémoire comme les plus belles qui puissent être, et à mon **Papy Paul**, qui m'a donné comme à ses fils l'amour de la nature, du grand air. Seule la distance nous a empêché de d'avantage profiter les uns des autres.

Je vous aime de tout mon cœur !

Au reste de notre petite famille, à **Maryline** et **Stéphane**, dont j'admire la force de caractère, tonton **Gustave**, tat'**Yvonne**, tonton **Jean-Marc**, taty **Babé**, **Marc** et **Manon**, vous faite partie de ma vie également, et il me plait de croire que je me suis construit un peu grâce à vous tous également.

A **Hyosun**, enfin :

Depuis plus de 5 ans, tu partages ma vie.

Tu es parvenue à supporter mon caractère parfois irascible et mes remarques pénibles, cet exploit est de taille. Saches que chaque fois, lorsque nos chemins nous ont amenés à nous éloigner un peu, j'ai été le plus heureux du monde de te rejoindre : de Prades à Montpellier chaque week-end, puis lors de ton escapade à Paris, bien que j'aurais souhaité t'y accompagner plus encore. J'ignore où nous serons dans quelques mois, mais sois certaine que je t'y suivrais sans regrets pour avoir le bonheur de te trouver encore profondément endormie à mes côtés au réveil.

Je sais comme tu as besoin de l'entendre dire alors je le répéterais sans hésitation : j'admire ta combativité, ton perfectionnisme, ton jusqu'aboutisme lorsque tu te lances dans une tâche que l'on te confie. De cela comme de bien des choses j'ai beaucoup à apprendre de toi. J'ai appris à connaître ta grandeur de cœur sous une timidité parfois maladroite, ton altruisme, la loyauté dont tu fais preuve envers ceux qui ont pris le temps de t'appivoiser.

Peut-être y trouves-tu une sorte de banalité à l'entendre depuis ces 5 années, mais il me faut te le répéter encore, m'assurer que tu en aies conscience : tu es devenue pleinement nécessaire à mon équilibre. Je t'aime de tout mon cœur.

Table des matières

I. INTRODUCTION	4
A. Généralités	4
1. La maladie ulcéreuse et le RGO.....	4
2. Les inhibiteurs de la pompe à protons.....	5
B. Objet de l'étude.....	11
II. MATERIEL et METHODES	13
A. Type d'étude.....	13
B. Sélection de l'échantillon	13
C. Déroulement des entretiens	14
D. Grille d'entretien	15
E. Retranscriptions écrites.....	15
III. RESULTATS	16
A. L'échantillonnage	16
B. Données socio-démographiques de l'échantillon.....	19
C. Les déterminants de la prescription au long cours d'IPP	20
1. Une représentation largement partagée :	21
2. Modalités de prescription	23
3. L'instaurateur du traitement.....	26
4. Le suivi des recommandions de bonnes pratiques	27
5. La place des examens complémentaires.....	28
6. La réévaluation du traitement.....	31
7. L'arrêt du traitement.....	33
8. Les effets secondaires connues / constatés.....	36
9. Opinions concernant l'intérêt de la diffusion de fiches infos sur la déprescription	38
IV. DISCUSSION	40
A. Biais	40
B. Un constat partagé.....	41
1. Une prescription d'IPP courante :	41
2. Nécessité de rester vigilant :	44

C.	Une réévaluation difficile :	44
1.	Par manque de temps :	44
2.	Des recommandations peu adaptées.....	45
3.	La place de la fibroscopie discutée.....	46
D.	Des effets secondaires méconnus.....	48
1.	Une information peu diffusée	48
2.	Peu d'évidences cliniques	48
3.	Des travaux de recherche à développer	49
E.	Le développement d'outil d'aides à la déprescription.....	49
V.	CONCLUSION	51
VI.	BIBLIOGRAPHIE	52
VII.	ANNEXES	57

ABREVIATIONS

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

AINS : Anti Inflammatoire Non Stéroïdien

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

EBO : EndoBrachyOesophage

FOGD : Fibroscopie Oeso-Gastro-Duodénale

HP : Helicobacter pylori

IPP : Inhibiteurs de la Pompe à Protons

MUGD : maladie ulcéreuse gastro-duodénale

RGO : Reflux Gastro-Oesophagien

I. INTRODUCTION

A. Généralités

1. La maladie ulcéreuse et le RGO

a) *La maladie ulcéreuse gastro duodénale*

La maladie ulcéreuse gastroduodénale (MUGD) est une maladie plurifactorielle résultant d'un déséquilibre entre les facteurs d'agression (sécrétion d'acide gastrique, via gastrine ou histamine, facteurs environnementaux tels tabac, stress ou alcool, prise médicamenteuse telle aspirine ou AINS, enfin infection par *Helicobacter Pylori* (HP) présente dans 80 % des ulcères gastriques et 90 % des ulcères duodénaux) et les facteurs de défense et de réparation de la muqueuse gastroduodénale (rôle de la sécrétion de mucus et de bicarbonates, barrière physique constituée par les cellules épithéliales, modulation de la vascularisation muqueuse via le monoxyde d'azote et les prostaglandines). Sans traitement, elle évolue spontanément par poussées. L'ulcère peut être symptomatique ou non, il peut être source de complications graves : hémorragie, perforation ou sténose.[1]

Maladie fréquente à la fin du siècle dernier (8% de la population active en 1990), son incidence est en diminution dans les pays occidentaux depuis la découverte de l'*H. Pylori*. Ce bacille, répandu dans le monde, colonise exclusivement la muqueuse gastrique. La contamination se fait dans l'enfance, essentiellement dans les cinq premières années de vie. En France, la prévalence est de l'ordre de 15 à 30 %. On estime que 6 à 10% des malades infectés développeront un ulcère et que 1 % développera un adénocarcinome gastrique après plusieurs décennies.[2]

b) Le reflux gastro-œsophagien

Le reflux gastro-œsophagien (RGO) désigne le passage à travers le cardia d'une partie du contenu gastrique dans l'estomac. En partie physiologique, il devient pathologique lorsqu'il entraîne des lésions de la muqueuse œsophagienne et/ou des symptômes retentissant sur la qualité de vie. Il s'agit d'une pathologie courante touchant jusqu'à 30% à 40% de la population avec une sévérité des symptômes variée. On estime que près d'un français sur 10 s'en plaint de manière quotidienne, et cela représente de fait, un motif de consultation fréquent en médecine générale.[3] [4] [5]

2. Les inhibiteurs de la pompe à protons

Outre la découverte en 1983 du rôle de l'*Helicobacter pylori* dans l'apparition et le développement des ulcères gastro-duodénaux, à travers les travaux qui valurent à Barry Marshall et Robin Warren le prix Nobel de médecine en 2005, un 2^e élément est venu révolutionner la prise en charge de ces pathologies : le développement à la même époque d'une nouvelle classe thérapeutique, les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP).

Développés dans les années 80 et dont le 1^{er} représentant en 1987 en France fut le Mopral (oméprazole), les IPP ont révolutionné la prise en charge et le traitement des affections gastriques en comparaison avec leurs alternatives thérapeutiques alors commercialisées (antagonistes du récepteur de l'histamine de type 2 principalement).

La chirurgie anti-reflux qui occupait alors une place de choix dans l'arsenal thérapeutique est aujourd'hui discutée uniquement pour des cas réfractaires au traitement et impactant la qualité de vie, la fundoplicature ayant supplanté la fixation cardiotubérositaire associée à une réfection de l'angle de His, progressivement abandonnée. Elle s'envisage dans de rares cas chez des patients bien sélectionnés.[6] [7]

Leur action anti sécrétoire efficace et prolongée repose sur un mécanisme bien défini. Ils agissent en inhibant directement l'ATPase (H⁺/K⁺) gastrique, responsable de la sécrétion de l'ion H⁺ au pôle apical de la cellule, diminuant ainsi son transfert vers la lumière gastrique.[8]

Les IPP ont une action antisécrétoire puissante, dose-dépendante, avec un plateau atteint entre le 3ème et le 5ème jour de traitement. L'effet se maintient au même niveau lors des traitements prolongés. Les IPP contrôlent mal l'acidité nocturne. Ils maintiennent le pH gastrique au-dessus de 4 pendant 10 à 14 heures sur le nycthémère en fonction des principes actifs et de la posologie utilisée

Les résultats obtenus lors des traitements par IPP se sont révélés supérieurs à ceux obtenus par anti-H2 sur la cicatrisation des ulcères gastro-duodénaux, sur le taux de récurrence après traitement et dans la prévention des complications digestives sous AINS chez les patients à risque[9] (dans une proportion plus discutable, sur la prévention des complications hémorragiques dues aux ulcères de stress en réanimation[10]).

En plus d'une efficacité moindre, ces anti-H2 ont l'inconvénient de présenter plus de risque d'interactions médicamenteuses que les IPP.

a) Indications

Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) constituent une classe médicamenteuse efficace sur un certain nombre de symptômes et pathologies œsophagiennes et gastro-duodénales.

Ils sont indiqués (avec Autorisation de Mise sur le Marché, AMM) dans le traitement du reflux gastro-œsophagien (RGO) et de l'œsophagite par RGO, dans la prévention et le traitement des lésions gastroduodénales dues aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) chez les patients à risque ainsi que dans l'éradication d'*Helicobacter pylori* et le traitement des ulcères gastro-duodénaux.[11], [12]

5 molécules sont actuellement disponibles en France, désormais toutes génériques :

oméprazole (Mopral, Zoltum), ésoméprazole (Inexium), pantoprazole (Inipomp, Eupantol, Ipraalox), rabeprazole (Pariet) et lansoprazole (Lanzor, ogast, Ogastoro).

Il est à noter que des recommandations de bonnes pratiques diffusées par l'AFSSAPS encadrent la prescription initiale puis le suivi au long cours d'un traitement par IPP.[13]

La fibroscopie oeso-gastro-duodénale apparaît comme la clé de voûte permettant d'éliminer une complication de la pathologie avant et pendant le traitement et de s'assurer de l'absence de signe de malignité, notamment chez des sujets décrits comme à risque.

- Place de l'endoscopie dans la prescription d'antisécrétoires gastriques

Situations où l'endoscopie n'est pas recommandée avant la prescription d'antisécrétoires:

- En prévention (AINS, aspirine, situation de stress)
- RGO typique chez le patient < 60 ans
- Dyspepsie chez le patient < 50 ans

Situations où l'endoscopie est recommandée :

- RGO typique chez le patient de plus de 60 ans ou avec signes d'alarme
- RGO chez le patient de 50-60 ans avec facteurs de risque
- RGO avec symptomatologie atypique
- En cas d'échec du traitement ou de récurrences précoces
- Symptomatologie ulcéreuse
- Symptomatologie dyspeptique d'apparition récente chez un patient > 50 ans.

Une fois le traitement instauré, et dans les situations nécessitant qu'il soit poursuivi au long cours, une surveillance est préconisée dans certaines situations, selon le résultat de l'examen inaugural, notamment en cas d'endobrachyoesophage (EBO) : le rythme de

contrôle endoscopique est alors fonction de la hauteur de la lésion et de la présence ou non d'une dysplasie ainsi que du grade de cette dernière si présente.[14]

Il convient pour le médecin généraliste de bien connaître les indications initiales de la fibroscopie gastrique afin de ne pas négliger une lésion dysplasique ou cancéreuse, dont l'expression clinique serait atténuée par la prise d'IPP. Le rythme des contrôles suivants est en revanche du domaine du spécialiste, encore faut-il que la transmission de l'information soit faite et que celle-ci soit conservée par les autres intervenants (et par le patient lui-même).

b) Données socio-économiques

(1) Un volume de prescription conséquent

Cette classe médicamenteuse représente un volume de prescription important, en constante augmentation[15], [16] et un coût élevé pour l'assurance maladie.

Ainsi entre juin 2008 et mai 2009, près de 58 millions de boîtes d'IPP ont été délivrées par les pharmacies d'officine, occasionnant des remboursements par l'assurance maladie proches de 970 M€.[17]

Les IPP sont classés dans les 30 premiers de la liste des 100 médicaments les plus prescrits en 2008 d'après la Caisse Primaire d'Assurance Maladie. [17] Ils sont la 3ème classe de médicaments la plus coûteuse pour l'assurance maladie après les médicaments de l'hypertension artérielle et de l'insuffisance cardiaque.

En 2011, si le coût des prescriptions d'IPP a chuté par rapport à 2010, les quantités de médicaments délivrés sont restées en augmentation, cela s'expliquant par la générication de l'Inexium en Mai de cette même année.[18]

Entre 75 et 90 % de ces prescriptions émanent de médecins généralistes, puis des rhumatologues et gastro-entérologues.

86% des boîtes d'IPP sont prescrites à des patients âgés de 40 ans et plus, ceux-là même qui seront les plus impactés par les éventuels effets secondaires du traitement et sujets aux risques d'interactions médicamenteuses.

Une consultation de database issue de la Sécurité Sociale retrouve ce fort taux de prescription et même une augmentation lors de la dernière décennie du nombre de boîtes délivrées par patient et par an, à des posologies plus fortes, surtout chez les plus âgés.[19] Cette tendance semble se confirmer dans la plupart des pays du globe.

(2) [Une importante prescription hors AMM](#)

Selon plusieurs études et rapport de la commission des comptes, les prescriptions hors AMM s'élèveraient à 15 à 40%[20], avec 3 situations identifiées comme sources principales de « mésusage » : les co-prescriptions IPP/AINS dans le cadre de pathologies non chroniques chez des patients non à risque ; les symptômes ORL traités de façon empirique comme symptômes extra-œsophagiens du reflux gastro-œsophagien (RGO) et la prévention des lésions hémorragiques digestives hautes chez les patients hospitalisés en unité de soins intensifs.

Cette utilisation massive peut être favorisée par plusieurs éléments : la forte incitation commerciale des laboratoires à valoriser un traitement qui n'était pas encore systématiquement génériqué il y a peu et surtout le fait que les IPP ont révolutionné le traitement des affections gastriques en comparaison avec leurs alternatives thérapeutiques, notamment du fait de leur efficacité et de leur bonne tolérance. De plus, son apparente innocuité en traitement de courte durée, l'adhésion des patients à un traitement bien toléré, d'usage aisé (en une prise quotidienne unique), ses rares contre-indications (hypersensibilité aux constituants) et précautions d'emploi, l'absence de cas grave de surdosage en font une classe largement prescrite.[21]

La disponibilité de certaines de ces molécules en officine, délivrées sans ordonnance, ont contribué à sa banalisation aussi bien pour les patients que pour les prescripteurs.

Enfin, leur arrêt peut s'avérer problématique, du fait d'un effet rebond sur l'acidité gastrique pouvant ainsi provoquer une recrudescence de symptômes.[22], [23]

Peu nocifs en traitement de courte durée, les effets secondaires potentiellement graves et insidieux des IPP en font cependant un traitement dont la balance bénéfico-risque est à réévaluer régulièrement, comme tout traitement au long cours.[24]

c) Effets secondaires avérés ou suspectés

Malgré une bonne tolérance, de rares contre-indications et peu d'effets secondaires lors de prescription de courte durée, des complications sont actuellement suspectées chez les patients consommant des IPP au long cours (plus de 6 semaines à 3 mois selon les auteurs, voire au-delà d'un an pour certains[25]).

(1) Usage de courte durée

Les diarrhées, les nausées et vomissements, les douleurs abdominales et les maux de tête sont les symptômes les plus souvent rapportés[23], [26], touchant moins de 5% des patients et régressant rapidement à l'arrêt du traitement.

(2) Usage au long cours

L'innocuité des IPP au long cours n'a jamais été démontrée. De nombreuses études récentes tendent a contrario à suspecter de nombreux effets secondaires, insidieux, et pouvant réellement porter préjudice notamment aux patients âgés, chez qui la prescription de ces médicaments est particulièrement fréquente (17,5 % de la population française de plus de 65 ans selon les chiffres INSEE au 1er janvier 2013).[27]

Parmi les plus documentés, on retiendra la majoration du risque de fracture chez les patients âgés, dose et durée dépendante, par malabsorption du calcium (défaut de ionisation en lien avec l'augmentation du pH gastrique).[28], [29]

La majoration du pH gastrique favoriserait la multiplication bactérienne dans le tractus digestif mais également respiratoire en cas de RGO, majorant ainsi de façon significative

la prévalence des infections gastro-intestinales à Clostridium difficile (et autres souches)[30], [31] et des pneumonies.[32], [33]

Les IPP pourraient induire hypomagnésémies, déficits en vitamine B12 (cyanocobalamine) et en zinc. Les niveaux de preuve sont faibles mais suffisants pour avoir incité la FDA américaine à alerter les praticiens à prendre en compte cette iatrogénie.[34], [35]

Des cas, rares, de néphrites interstitielles dues à la prise d'IPP ont été rapportés.[36]

Plusieurs études ont mis en évidence une augmentation du risque de cancer et polypes gastriques.[37], [38] D'autres encore une diminution de l'efficacité anti-agrégante de l'aspirine chez des patients coronariens.[39], [40]

Enfin, bien que ces résultats soient à interpréter avec prudence, plusieurs études suggèrent une augmentation du risque statistique de développer une démence suite à la prise d'IPP au long cours, sans que le mécanisme causal ne soit bien identifié.[30] Il pourrait notamment s'agir d'une perturbation du potentiel membranaire et électrochimique des cellules neuronales et d'une action sur les protéines Tau.[41]

Des auteurs ont été jusqu'à suggérer un lien significatif entre prise d'IPP et mortalité chez une population âgée, alors même que 44% de ces prescriptions n'avaient pas d'indications identifiées...[42]

B. Objet de l'étude

L'objectif de ce travail était de comprendre ce qui pouvait inciter les médecins généralistes, principaux prescripteurs en soins premiers, à prescrire puis à maintenir des IPP au long cours avec ce que cela implique en termes de coût pour le système de soins et surtout avec la découverte récente et chaque jour mieux documentée des effets secondaires que ces traitements peuvent provoquer de manière bien souvent peu évidente ou alarmante. Les entretiens réalisés avec un échantillon de médecins

généralistes avaient pour but de les inciter à s'exprimer sur leurs méthodes de suivi, et sur les barrières qu'ils pouvaient rencontrer à la déprescription.

II. MATERIEL et METHODES

A. Type d'étude

Cette étude a été menée avec un objectif qualitatif, particulièrement adapté à la compréhension des déterminants pouvant influencer la pratique de chacun et à décrire le phénomène, sans porter le moindre jugement sur la pratique des participants.

Des entretiens semi dirigés (ou semi-directifs) ont ainsi été menés auprès de médecins généralistes volontaires, thésés et installés. Ce mode de recueil a été choisi du fait de la moindre expérience nécessaire à l'obtention de données intéressantes en comparaison à un entretien ouvert/ non structuré.

Au préalable, une bibliographie concernant la méthode sus-citée a été effectuée.[43]–[45]

B. Sélection de l'échantillon

Le but n'a pas été ici d'obtenir un échantillon le plus parfaitement représentatif mais un petit nombre de sujets « exemplaires », afin de faire ressortir des divergences de pratique, d'opinions.

Ont été contactés entre Juillet 2017 et Février 2018, des médecins généralistes thésés, installés (sans conditions de durée d'installation), dans le département de l'Hérault. La sélection des médecins à contacter s'est faite de manière aléatoire, par contact téléphonique après avoir obtenu leurs coordonnées sur l'annuaire (Pages Jaunes).

De plus, 2 des praticiens ont été recrutés par effet boule de neige, c'est-à-dire recrutés via d'autres participants nous ayant fourni ces contacts car potentiellement intéressés.

Les appels sans réponse n'ont pas été recontactés, pas plus que les médecins ayant eux-mêmes ou par voie de leur secrétaire proposé de nous recontacter afin de discuter plus amplement du sujet et ne l'ayant pas fait.

Les médecins ayant donné leur accord ont été recontactés afin de convenir d'un rendez-vous sur leur lieu de travail, avec une grande amplitude horaire laissée à leur préférence. Un entretien a été réalisé par téléphone suite à un empêchement à honorer le rendez-vous prévu, le médecin ayant alors proposé ce moyen pour éviter à l'intervieweur un nouveau déplacement.

La taille de l'échantillon n'a pas été fixée aléatoirement au début du travail mais réévaluée afin d'obtenir une saturation d'idées, impliquant la réalisation de 3 entretiens sans donnée nouvelle à analyser.

2 entretiens supplémentaires ont été réalisés après saturation soit finalement 13 entretiens.

C. Déroulement des entretiens

Les entretiens ont eu lieu (à l'exception d'un) au bureau des praticiens, au terme de leur journée de travail, ou durant leur pause, jamais lors de créneaux de consultation afin de ne pas pénaliser l'activité et de respecter l'emploi du temps du participant.

Date et horaire étaient cependant laissés à leurs convenances mais ce temps de réalisation convenait à la totalité d'entre eux.

L'entretien en lui-même était mené assis face à face, au calme (puisque en dehors de l'activité) et tous ont été menés par le même interlocuteur ; l'objectif étant de créer un climat de confiance et de détente.

L'échange était enregistré par un dictaphone Olympus VN-540PC après accord du médecin interviewé, en rappelant son caractère anonyme et confidentiel, afin de ne pas nécessiter une retranscription écrite permanente, risquant de briser la relation de confiance et l'ouverture nécessaire à son bon déroulement.

Notes étaient prises à l'occasion sur l'attitude du médecin et afin de préciser des changements d'intonation ou autres événements jugés à relever.

D. Grille d'entretien

L'échange débutait par la présentation de l'étude, suivait un questionnaire de présentation du médecin généraliste participant à l'étude à visée socio-démographique. (Annexe 1)

Venait alors l'entretien à proprement parler, guidé par une grille d'entretien (annexe 2). Le médecin n'y avait pas accès durant l'échange.

Les questions portaient sur la représentation des IPP et les habitudes de prescription des praticiens, en rappelant qu'aucune réponse ne pouvait être qualifiée de bonne ou mauvaise, et que le travail en cours vise à la compréhension des mécanismes menant à ces prescriptions courantes sans que jugement de valeur ou de compétence ne soit porté.

De par la nature même de l'entretien, orienté mais incitant tout de même l'interviewé à étendre le débat, des questions de relance ont été posées si nécessaire, et des pistes inattendues ont été suivies au gré des réponses de chacun.

La grille a été modifiée après 3 entretiens afin d'élargir les réponses, en proposant plus de questions ouvertes, et suite aux réponses de praticiens menant vers des pistes qui n'avaient pas été envisagées initialement à la rédaction dudit guide, selon une analyse par comparaison constante.

E. Retranscriptions écrites

Les enregistrements ont été transposés par écrit, menant à la rédaction de verbatim reprenant mot à mot l'échange, en conservant tournure de phrases, marque d'hésitation et en essayant d'être le plus fidèle possible aux réponses données. Ont été ajoutées entre parenthèses les modifications marquées de l'intonation (EI).

Les retranscriptions ont été complètement anonymisées et rédigées sur logiciel Microsoft Word 2010. Elles ont été signalées de E1 à E13, dans l'ordre de leur déroulement.

III. RESULTATS

A. L'échantillonnage

L'échantillon est constitué de 13 médecins généralistes thésés et installés, 5 médecins interrogés étaient des femmes pour 8 hommes.

- 10 médecins ont d'abord été contactés initialement, 2 ont refusé par manque de temps, 1 n'a pas répondu après demande initiale à son secrétariat.
- 2 ont été recrutés par effet boule de neige lors des premiers entretiens.
- 4 médecins sur les 7 suivants ont accepté (1 a refusé, 2 autres n'ont pas donné de réponse).

Soit au total 6 refus ou absence de réponse sur 19 sollicitations. (*Figure 1*)

La saturation de données a été obtenue après 11 entretiens.

Les entretiens ont duré entre 13 minutes 30s et 28 min 44s, pour une moyenne de 18 minutes 29s, sans prendre en compte la partie initiale visant à établir les données démographiques de l'échantillon (annexe 2), les réponses à celle-ci ayant été manuscrites.

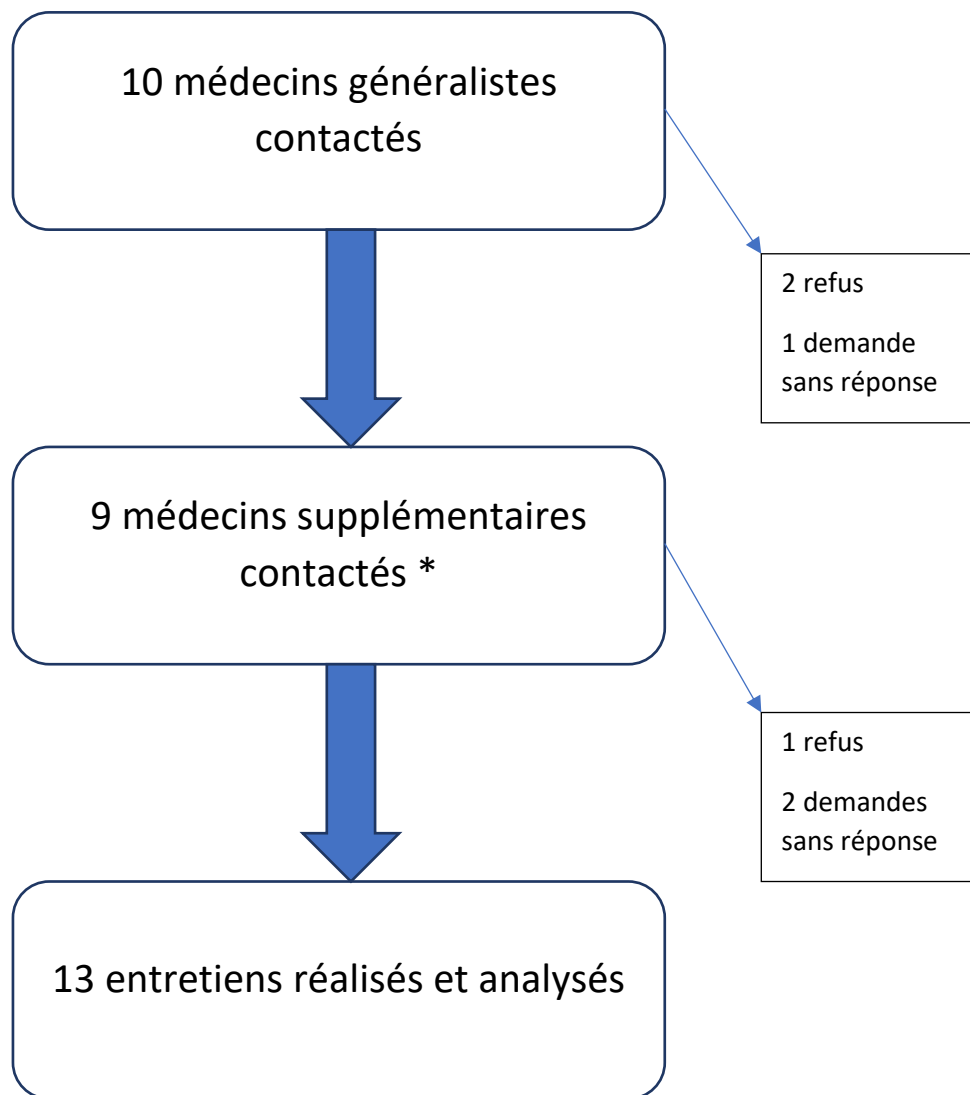


Figure 1: diagramme de flux
(* : dont 2 par effet boule de neige suite aux premiers entretiens)

	Age (ans)	Sexe	Zone d'exercice / durée d'installation (années)	Associés/ Collaborateurs ?	Accueil d'étudiants ?	Formation Complémentaire	Taille de la patientèle	Nombre d'actes/jour *
E1	30	F	Urbaine / 2	1 associé 1 collaborateur	Oui	Non	550	20-25
E2	31	H	Urbain / 3	Non	Non	Non	1000	30
E3	45	H	Rurale / 12	1 associé	Oui	CAMU Du gériatrie	1000	25
E4	60	H	Semi-rurale / 30	1 associé	Non	DU médecin vasculaire	>1200	25
E5	46	H	Semi-rurale / 17	5 associés	Oui	Formation maître de stage	1200	35
E6	53	F	Semi-rurale / 13	2 associés	Non	DU soins palliatifs	940	25
E7	34	F	Semi-rurale / 6	2 associés	Non	Non	500	20-25
E8	47	H	Semi-rurale / 6	3 associés	Oui	CAMU Anglais médical	800	25
E9	36	H	Urbaine / 4	1 associé	Non	DU ostéo	>1500	25-30
E10	35	F	Urbaine / 5	2 associés	Oui	Non	1000	25
E11	57	H	Rurale / 25	3 associés	Oui	Non	1400	30
E12	58	F	Urbaine / 30	1 associé	Oui	Med du sport	1600	25
E13	42	H	Semi-rural / 11	2 associés	Non	DU Geriatrie	2000	30

Tableau 1: caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon.

(F : femmes, H : homme ; pas de distinction faite entre accueil d'externes ou d'internes ;

* : Total d'actes quotidiens incluant indifféremment consultations et visites)

B. Données socio-démographiques de l'échantillon

Au total, 13 médecins ont participé à l'étude. Parmi eux, 5 femmes et 8 hommes.

L'âge moyen des participants était de 44 ans. L'âge des femmes variant de 30 à 58 ans, pour une moyenne de 42 ans ; celui des hommes variant de 31 à 60 ans pour une moyenne de 45 ans.

La durée moyenne d'exercice en cabinet 12 ans et demi.

Le milieu d'exercice est principalement semi-rural pour 6 sur 13 participants ; rural pour 2 praticiens ; et urbain pour 5 d'entre eux.

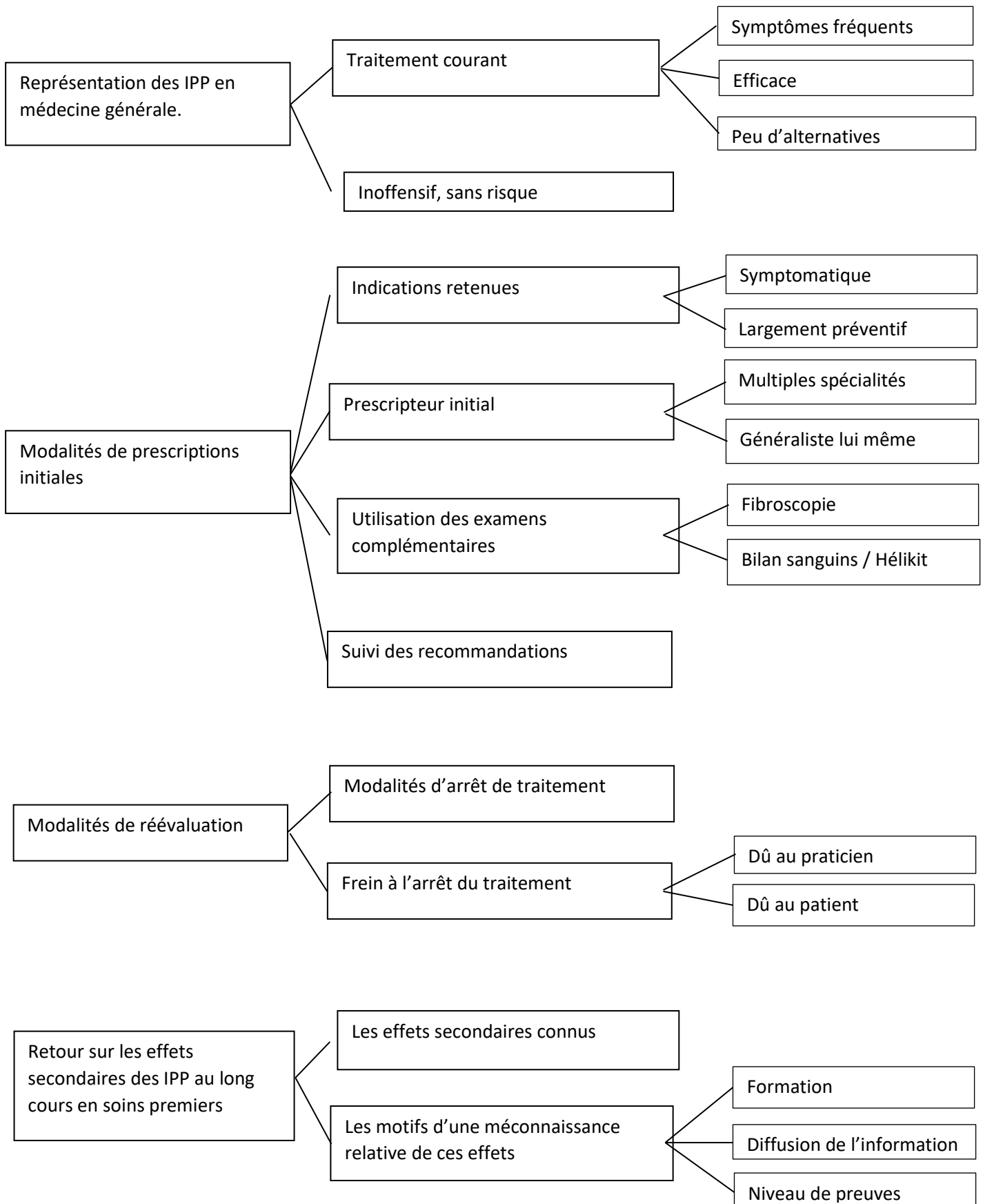
De nombreux praticiens accueillent ou ont accueilli des étudiants : 7 sur 13.

La taille moyenne des patientèles est de 1130 patients, avec une grande variabilité : 500 pour 2 jeunes praticiens récemment installés, jusqu'à près de 2000 patients, sans compter la patientèle de pédiatrie, non incluse par ceux ayant pu nous donner une réponse chiffrée précise basée sur les retours des caisses d'assurance maladie.

Le nombre moyen d'actes réalisés quotidiennement, consultations et visites comprises, est de 26.6 actes/jour.

De nombreux médecins ont reçu des formations diverses sans qu'une orientation particulière ne se dégage.

C. Les déterminants de la prescription au long cours d'IPP



1. Une représentation largement partagée :

Avant même de nous intéresser aux raisons pouvant expliquer les forts volumes de prescription d'IPP, en particulier au long cours et en médecine de soins premiers, constatés largement dans la littérature et par divers organismes publics, il nous est apparu utile de comprendre comment la classe médicamenteuse était perçue par ses principaux prescripteurs.

- La totalité des médecins s'accordaient sur la **banalité du traitement, utilisé très voire trop couramment** et sans précautions particulières :

E3 : c'est-à-dire, un médicament courant déjà. [...] ce que ça m'évoque c'est peut-être le problème de sur-prescription en gériatrie, parce qu'en gériatrie c'est souvent prescrit de manière un peu... presque systématique.

E4 : Les inhibiteurs de la pompe à protons... assez banals. (EI) Faciles de prescription...

E7 : C'est plutôt courant. (EI) Assez facile de prescription. Oui, ça paraît assez anodin.

E8 : c'est un traitement qui est facile à mettre en œuvre.

E10 : la notion d'habitude aussi. Habitude du patient parce qu'il apporte un soulagement [...] Comment dire... il y a une sorte d'accoutumance, au moins psychologique.

E13 : c'est vrai qu'on n'y fait pas trop gaffe, c'est plutôt banalisé, [...] (EI) enfin moi perso je prescris ça comme... comme du chocolat quoi ! Sans trop faire gaffe.

- La plupart s'accordait sur l'**innocuité du médicament** :

E2 : Donc c'est un médicament qui ne fait « pas peur », comme le Doliprane.

E4 : avec assez peu d'effets secondaires, de rares contre-indications.

E5 : C'est-à-dire que ce sont des médicaments qui ont peu d'effets secondaires, qui sont efficaces !

E7 : Je n'ai pas spécialement de signal qui s'allume, moi au départ je n'ai pas l'impression que c'est dangereux. [...] Mais bon, en soi c'est un médicament que je n'hésite pas à prescrire. (E1) Il me fait pas peur quoi...

E8 : Super efficace et avec peu d'effets secondaires.

- Un médecin signalait la **bonne observance** due à la facilité de prise :

E9 : En général il y a une bonne observance ! Heu... Un comprimé par jour ça... c'est bien pris par les patients.

- Les médecins ayant connu l'apparition des premiers traitements par IPP soulèvent **l'importante amélioration qu'ils ont permise dans la prise en charge des pathologies œsogastroduodénales** :

E2 : c'était du pain béni pour les labos parce que c'est efficace, et que c'est un symptôme qui est très, très fréquent donc automatiquement ça engendre beaucoup de prescriptions.

E8 : enfin je sais plus de quand ça date exactement mais moi quand j'étais interne on ne les utilisait pas et bon, c'est arrivé après et ça a été un peu la révolution quoi.

E11 : Une révolution ! Je suis installé depuis 93 hein, donc voilà, par rapport à la pratique d'avant, c'est vrai que ça a été pour nous un énorme progrès dans la prise en charge de la pathologie gastrique. [...] pour nous ça a été une sorte de petit miracle.

E12 : Donc si tu veux, moi je suis de la génération où voilà... c'était un médicament quand même un peu révolutionnaire !

- Ces mêmes médecins ont **un regard plus critique** sur la classe en elle-même :

E4 : Et quand les IPP sont arrivés, on disait « attention aux sécheresses gastriques et cetera... », c'étaient les représentants des labos de la cimétidine qui nous disaient ça. Et donc on nous parlait déjà d'effets secondaires des IPP.

E12 : je m'en rappelle, quand c'est arrivé sur le marché, d'abord alors, c'était très cher par rapport à ce qu'on donnait, la ranitidine ou... Et puis on ne pouvait jamais le prescrire en 1^{ère} intention, il fallait avoir... que le patient ait eu une fibroscopie et tout, donc moi je suis une génération où les IPP on ne les a pas prescrits comme ça, d'emblée.

2. Modalités de prescription

Les prescriptions sont courantes, oscillant selon les praticiens sollicités entre 10 et 20% de la patientèle totale, voire jusqu'à plus de 50 % dans la population gériatrique. Un médecin nous a même confié que presque tous ses patients de plus de 65 ans ayant un renouvellement pour un autre traitement sont sous IPP conjointement.

Les IPP sont instaurés puis poursuivis dans diverses situations par l'échantillon interrogé :

- **En prévention des hémorragies digestives** et complications ulcéreuses, chez les sujets à risque définis par la HAS mais fréquemment de façon bien plus étendue :

E1 : la prescription préventive que je mets dans le cadre de... chez les personnes âgées qui sont par exemple sous Kardégic, pour éviter que... qu'ils saignent. [...] ça devrait être beaucoup moins que ça (*rires*) mais moi à partir de 40, 50 ans je prescris des IPP avec les AINS.

E2 : Toujours en association avec les AINS (EI) de manière systématique ! Pour éviter les effets indésirables des anti-inflammatoires que l'on connaît bien.

E8 : Alors déjà pour toute la prévention, on prescrit quand même beaucoup de manière un peu systématique en association, chez les gens un peu âgés.

Ces prescriptions sont notamment poursuivies en cas d'antécédent d'ulcère, y compris après traitement et/ou éradication d'HP.

E1 : Après ce que j'arrête pas c'est chez les gens qui ont... (EI) un antécédent d'ulcère, parce que ça me fait... je sais qu'ils resaignent avec l'arrêt d'IPP.

- **En traitement symptomatique du RGO :**

Les cures sont alors initialement de courte durée, mais peuvent être renouvelées et chroniciser le traitement :

E2 : je le prescris en association avec le Gaviscon, si le traitement est résistant au Gaviscon ou s'il y a des motifs, je crois que c'est plus de 3 prises par semaine, je les prescris en continu.

E4 : En général 3 mois, parce que ma patientèle je la revois souvent tous les 3 mois. [...] je le continue 3 mois de plus et j'arrête, enfin j'essaye de l'arrêter. Et si ça leur reprend je leur redonne, au long cours.

E6 : Ecoute, comme ça marche bien le problème c'est qu'ils sont demandeurs donc souvent je represcris, donc c'est vrai je peux partir sur longtemps...

- **En traitement d'épreuve d'une symptomatologie extra-digestive :**

E1 : chez les patients qui ont des signes de reflux gastro œsophagien ou des signes de gastrite, voilà je mets en place des IPP.

E12 : (EI) Mais en plus ça marche super bien ! Enfin on en voit des patients qui font des sinusites, des toux chroniques, des angines à répétitions.

E9 : Et parfois j'en mets aussi en traitement probabiliste pour une toux chronique ou une rhinite ou quelque chose, ça m'arrive aussi de le prescrire, peut-être pas au long cours mais... oui sur 3 mois et puis après si ça marche bien on voit.

Dans ce dernier cas, le traitement est alors instauré en traitement d'épreuve et ne sera que rarement poursuivi.

- **Les posologies ne sont pas uniformes** chez tous les médecins interrogés, qui basent leur pratique sur leur propre expérience d'utilisation :

E3 : je crois que c'est juste une habitude de prise mais par exemple l'oméprazole je le prescris systématiquement en 20, alors que si je me souviens bien c'est comme une double dose.

E7 : Quand ils ont vraiment mal, avec de vraies douleurs, assez importantes, je mets en pleine dose, et je mets 6 semaines.

E9 : En 1^{ère} intention je vais partir sur une simple dose et puis... je réévaluerais 1 mois après en gros le traitement. Si ça a amené une légère amélioration mais que ce n'est pas suffisant je passe à une double dose.

- Il ressort que **la nécessité de prescrire une double-dose voire d'utiliser une dose pleine d'IPP est considérée comme un signe d'alarme par les praticiens.**

E6 : Si je ne suis pas efficace en demi-dose j'envoie sur le gastro. Je me méfie de la pleine dose parce que ça m'avait masqué un cancer de l'estomac chez un patient donc je m'en méfie.

E11 : Si ça résiste à ce genre de traitement, alors oui je l'envoie chez le gastro pour faire une exploration. (*Assez rapidement donc ?*) Ah oui, ce n'est pas normal si tu veux, ça marche tellement bien que ce n'est pas normal si ça marche pas !

- Très vite, les praticiens amenés à poursuivre le traitement vont **rechercher la dose minimale efficace.**

E4 : Et si ça leur reprend je leur redonne, au long cours. (E1) Mais en essayant de diminuer la posologie là par contre, en demi-dose.

E8 : En général je mets oméprazole en 1^{ère} intention, 10 mg pendant 1 mois et puis après s'il faut le continuer on essaye de trouver la dose minimum efficace.

E12 : Après si le patient récidive rapidement je vais vers l'avis gastro-entérologue. Si le patient a une gastroscopie qui n'a pas montré de problèmes très graves, simplement une hernie hiatale ou un reflux simple, à ce moment je le prescris à la demande. (E1) Enfin je dis au patient en tout cas de prendre le minimum efficace.

3. L'instaurateur du traitement

- Si les médecins participant à l'étude n'éprouvent aucune difficulté à prescrire les IPP, la prescription initiale est parfois **le fait de collègues spécialistes ou encore du médecin traitant précédent**. L'indication même du traitement est alors parfois sujette à discussion, voire contestée.

E3 : On voit beaucoup de patients qui ont déjà le traitement sans trop se souvenir qui a initié le traitement d'ailleurs.

E6 : Mais ça ce sont les ORL qui en collent à tout le monde ! Les ORL et les pneumos ! *(Vous n'en démarrez pas forcément sur ces indications-là ?)* (E1) Ah non, non. Parce que je suis convaincu que ça ne sert à rien.

E13 : Oui parce que je... je ne vois pas l'intérêt. Si tu l'envoies chez le pneumo c'est que tu penses bien que ce n'est pas un reflux et tu as l'impression que le mec il... il te renvoie ton patient tu sais, vite fait : « prenez ça et puis basta », et puis rien d'autre, donc il te prend un peu pour un...

- A contrario certains médecins ne remettront pas en cause l'indication une fois avis pris :

E5 : Si le rhumato a mis une protection parce qu'il met des AINS au long cours, je ne vais pas aller discuter sa prescription. [...] on va en arriver à faire une nasofibroscopie et

s'entendre évoquer un reflux, dans ces cas ce sont même souvent les ORL qui introduisent les IPP. [...] On n'a pas de raison de remettre en question tout ce qu'a fait le médecin.

E9 : en général si j'ai pris l'avis d'un spécialiste et qu'il me dit de faire quelque chose... ben, je ne critique pas vraiment ce qu'il a mis. Surtout pour un traitement comme ça qui est assez... euh... entre guillemets banal, non ça ne me pose pas de problèmes.

4. Le suivi des recommandions de bonnes pratiques

Si la plupart des médecins concèdent ne pas y avoir prêté attention, ils les jugent différemment après en avoir (re)pris connaissance.

La moitié les jugent adaptées tandis que d'autres estiment qu'elles sont inappropriées notamment au vu de l'absence de discussion sur les prises pour symptômes extra digestifs, et du postulat de départ exigeant une endoscopie gastrique pour guider posologie et durée de traitement initial :

E1 : je ne connais pas les recommandations HAS non. (E1) Après je veux bien les voir ! [...] (E1) Alors cliniquement, comment tu fais ton diagnostic d'œsophagite ? Tu vois ce que je veux dire ? (*À propos des durées de traitement recommandées*)

E3 : Ce n'est pas que les études ne montrent pas d'efficacité, mais il n'y a pas d'AMM ! Si on fait une étude c'est certain qu'on y trouvera un intérêt. Mais ça revient cher au labo aussi de le prouver.

E5 : On n'est pas non plus très, très loin dans notre pratique.

E9 : Ce n'est pas... pas pratique, moi je ne peux pas faire la différence donc déjà (*sur la distinction RGO avec ou sans œsophagite*)... Et puis oui... 9 ans ça date un peu déjà !

Si certains ont une pratique concordante, ce n'est pas en tout cas par volonté de s'y conformer car elles **paraissent très méconnues**. Ces recommandations, éloignées du quotidien du praticien, peuvent-elles en partie expliquer les difficultés à réévaluer le

traitement lors du suivi au long cours ? En effet, nous n'avons pas retrouvé de guidelines facilement applicables concernant la surveillance d'un traitement par IPP.

5. La place des examens complémentaires

- Les examens complémentaires occupent une faible place pour encadrer la prescription, en dehors de bilan de routine prescrit à la patientèle âgée. **La fibroscopie, via la consultation chez le gastro-entérologue, est tout de même jugée indispensable par de nombreux médecins**, au moins une fois au cours d'un traitement renouvelé par IPP ou si les posologies les plus basses ne suffisent pas :

E6 : Si je ne suis pas efficace en demi-dose j'envoie sur le gastro. Je me méfie de la pleine dose.

E7 : Oui, parce que j'aime bien qu'ils aient une fibro au moins une fois.

- Cependant, **pour certains, elle n'est nécessaire qu'en cas de signe de gravité**, d'inefficacité ou lorsque les posologies doivent être augmentées en double dose afin d'obtenir le soulagement des symptômes.

E1 : Et si vraiment l'Hélikit est négatif et qu'il y a toujours une symptomatologie évocatrice de reflux ou de gastrite sous IPP, là je les envoie chez le gastro-entérologue. (La fibroscopie) elle vient dans un 3^e temps. [...] . J'essaye de faire un traitement d'épreuve et si ça marche on temporise.

E2 : Mais si je passe en double dose, je vois avec le gastro quand même.

E3 : ça dépend un peu du profil du patient, si le patient est réticent et qu'on n'a pas beaucoup de signes d'inquiétudes heu...et qu'on a des facteurs diététiques et voilà, comme l'obésité, on peut penser que c'est plutôt fonctionnel, je pourrais accepter qu'on parte sur un traitement prolongé sans gastro quoi.

E4 : si tu es obligé de redonner un traitement de 3 mois et que ça ne va toujours pas, alors là oui tu es obligé de demander une fibroscopie.

E12 : Si c'est un patient qui a plus de 50 ans, qui fume et qui boit, c'est sûr que lui il ira de toute façon chez le gastro.

- Parfois, **le patient lui-même refuse l'examen** :

E5 : Ça dépend des patients, il y a des patients qui sont, bon voilà... qui vont te dire « non, je ne veux pas voir de gastro », « je ne veux pas de fibro », avec eux ça va être plus compliqué.

E6 : Le geste est lourd quand même. [...] ! « Je vais bien comme ça, pourquoi j'irais faire un examen supplémentaire » ?

E7 : C'est le côté invasif ! [...] Alors après tu as beau leur dire vous allez être anesthésiés et tout... Après tu as tous les... tous les patients qui sont actifs, ils n'ont pas forcément le temps d'aller voir le gastro, de se dire qu'ils vont prendre une journée pour aller passer leur examen ! Tu en as qui ont... même sans leur avoir expliqué ce que c'est, il reste sur l'image « on va me passer un tuyau dans la bouche, alors que je le prends depuis des années » ! Et puis après oui, parfois il y a moi aussi je me dis est-ce que ça vaut le coup d'aller emboliser la consultation du gastro alors que finalement, ça ne va pas si mal que ça, qu'on s'en sort comme ça.

E11 : Oh oui, ça reste un examen qui n'est pas de routine oui, bien sûr ! [...] Mais ce n'est pas un examen quand même banalisé. Bon, ici ils le font encore sous anesthésie générale, je ne sais pas si c'est partout pareil !

E12 : (E1) Mais bon il y a des patients aussi qui ont peur de la fibro parce qu'ils ont peur qu'on les contamine !

- **Son association systématique** (dans l'esprit des patients et de certains praticiens) **avec l'AG la dessert** :

E7 : Le truc c'est que j'en ai vu moi des gastros sans anesthésie et... (*rires*) je ne préfère même pas leur en parler.

E9 : Avaler une caméra comme ça par la bouche ça peut angoisser certains patients. Ils demandent tout de suite s'il y a une anesthésie ou pas. (E1) Ca peut angoisser certains patients... et voilà faut insister un peu pour certains.

E12 : Et puis c'est associé à l'anesthésie. Bon, on leur explique que ce n'est pas une grosse anesthésie hein ?

- **L'accès à l'avis du spécialiste et à la fibroscopie est inégale** sur le territoire régional :

E6 : Et puis souvent c'est compliqué à mettre en train pour les patients, tu as des consultations pré anesthésiques, il faut voir le gastro, les délais sont longs, suivant le cabinet que tu appelles tu en as pour 3 ou 4 mois !

E8 : Oui, 15 jours 3 semaines... Enfin quand ils sont là, pendant les vacances d'été forcément... (*C'est plus compliqué*)

E9 : Alors déjà... ouais, oui... ça peut être plusieurs mois pour l'avoir déjà hein ! En fait, heu... (E1) c'est pour ça que je ne le propose pas en 1^{ère} intention parce que je sais que c'est un examen assez invasif et que ça peut être un peu long pour avoir un rendez-vous

- Les autres examens évoqués ne sont pas demandés de façon à cibler particulièrement la prise d'IPP. Il en est ainsi des **bilans sanguins**, dont la plupart des patients bénéficient, qu'ils soient sous traitement ou non. Tout juste retrouve-t-on des prescriptions plus fréquentes visant à éliminer un saignement occulte :

E4 : Donc de toute façon des prises de sang... ces patients-là ils en ont régulièrement des prises de sang.

E7 : Je demande parfois des bilans bio avec une ferritine pour voir qu'il n'y ait pas de saignement qui passe inaperçu.

E12 : souvent je contrôle quand même, je fais des formules avec des ferritinémies tu vois, parce que ça arrive quand même qu'on ait des patients sous anticoagulants, des hémorragies un peu frustes dont ils ne se plaignent pas, et là ça va être un signe d'alerte.

- **L'hélikit** commence à trouver sa place, en contrôle d'éradication d'HP évidemment, parfois en alternative à la fibroscopie

E5 : S'ils sont vierges de traitement par IPP, on commence par ça pour gagner un peu de temps derrière oui.

E9 : Et si au bout de 3 mois de traitement j'ai une amélioration mais ça n'a pas suffi, à ce moment je vais adresser au gastro-entérologue pour faire une fibroscopie. (E1) Ou éventuellement passer directement à un test Hélikit ça peut arriver.

E12 : J'ai des patients qui voilà... qui n'ont clairement pas très envie hein ? Ceux-là si j'estime qu'il n'y a pas trop de facteurs de risque, bon. C'est sur ces patients là que je vais prescrire un traitement d'épreuve ou l'Helikit.

6. La réévaluation du traitement

- Elle est **non systématique**

E1 : C'est très rare de ne pas le renouveler ! Très, très rare de ne pas le renouveler. Honnêtement... moi j'ai l'impression que c'est renouveler de manière un peu systématique, sans trop se poser la question.

E3 : Ah, c'est toujours le problème... lors des renouvellements on est souvent dans le systématisme, on se pose pas à chaque fois la question.

E4 : Mais bon je reconnais qu'en général, je le prolonge assez facilement. [...] Si je suis pressé pendant la consultation, ce n'est pas ma priorité non...

E8 : j'essaye de proposer d'alléger un peu ou je leur dis de l'arrêter quelque temps.

Et puis maintenant il y en a qui sont en vente libre depuis quelques temps, qui sont accessibles sans ordonnance donc bon

E9 : Non, alors je ne dois pas le faire de manière systématique ! Quand je le fais je leur demande depuis combien de temps ils le prennent... Parce que la plupart du temps ce n'est pas moi qui l'ai instauré !

- **Par un manque de temps** qui semble commun à tous les praticiens, quels que soient le mode et lieu d'exercice

E6 : on a de plus en plus de demande, nous je vois au cabinet, on peut difficilement recevoir tout le monde. C'est une catastrophe, on est tellement envahi pas des tâches, des papiers à remplir et tout ça, que l'on ne prend plus assez le temps de se poser et de réfléchir. Alors c'est vrai, les traitements qui semblent pas causer de torts, on renouvelle sans trop réfléchir...

E7 : il y en aussi beaucoup qui arrivent et en fin de consult, « ah au fait, il me faut mon Inexium ! » Et bah tu le fais... C'est plus facile de renouveler que d'expliquer qu'il ne faut pas, si jamais tu as déjà 10 minutes de retard...

- Une des difficultés évoquées est que **les renouvellements d'IPP se font systématiquement au cours de renouvellements d'autres thérapeutiques**, suivies pour des pathologies qui semblent prioritaires.

E11 : Spécifiquement, si tu veux, moi je n'ai pas l'idée d'un type qui vienne que pour son oméprazole, donc bon... [...] C'est vrai qu'ils ne viennent pas forcément pour renouveler ça, donc ce n'est pas celui sur lequel on s'attarde...

- **La fibroscopie, bien que fréquemment demandée à l'instauration du traitement, n'est en revanche presque jamais demandée en contrôle**, quelle que soit la durée de prise :

E8 : Non. C'est un examen suffisamment désagréable pour se dire qu'on y retourne vraiment que s'il y a du neuf.

- Certains patients jugés à haut risque ou pour qui on ne dispose plus des résultats initiaux pourront tout de même en bénéficier :

E12 : Si c'est quelqu'un qui a des facteurs de risque et si vraiment... oui ça m'arrive de redemander des fibroscopies quand même. (E1) Si ce n'est pas documenté, je redemande. Parce que parfois les patients ils ne se rappellent plus, ils ne savent plus s'ils ont un HP positif ou s'ils ont été traités, parfois ils n'ont même pas été contrôlés, ou ils n'ont pas eu de test Helikit.

7. L'arrêt du traitement

- Les modalités d'arrêt :

Là encore, aucune méthode ne fait l'unanimité. La plupart du temps, l'arrêt se fait **sans décroissance préalable**.

E1 : Non, j'arrête. De façon... (E1) d'un coup, brutalement, je les arrête.

E4 : Moi je les arrête brutalement, et si ça pose problème, on les reprend !

E8 : Le mode d'arrêt c'est simple... c'est... on arrête quoi ! Je ne fais pas de paliers ou quoi que ce soit. Je n'ai pas la notion qu'il y ait d'effet rebond particulier

- Certains médecins préconisent un **arrêt progressif**.

E2 : J'aurais tendance à passer en demi-dose d'abord, voir comment ça se passe sur un mois, reconvoquer à un mois, faire le bilan des symptômes et puis éventuellement s'il reste des symptômes mais que c'est très occasionnel, un traitement mixte IPP et Gaviscon.

-> La **notion d'effet rebond** a été mentionnée 1 fois pour justifier les déprescriptions progressives.

E12 : (EI) Mais par contre je leur ne dis jamais d'arrêter d'un coup ! Parce que je sais qu'il y a un effet rebond et que, voilà...

- Les alternatives proposées

Plusieurs médecins citent le respect des règles hygiéno-diététiques dans les thérapies non médicamenteuses :

E3 : je propose aussi chez des personnes qui ont perdu du poids. (*Sous-entendu la perte de poids permettra la diminution de symptômes*)

E5 : l'important ce sera les règles hygiéno-diététiques, de manger assez tôt, d'attendre aller se coucher en proclive etc. Enfin tous les conseils habituels.

E10 : On essaye aussi de revoir au niveau de leur hygiène de vie et en fait ce qu'il faudrait modifier ce n'est pas... S'il modifiait un petit peu leur... hum, comportement ! Moi j'essaie de parler de ça en fait, d'essayer de voir qu'est ce qui pose problème.

Des molécules plus anciennes trouvent encore grâce aux yeux de quelques-uns :

E4 : A la demande, moi je mets surtout de la cimétidine effervescente, parce qu'en fait c'est beaucoup plus efficace et beaucoup plus rapide d'action

Mais leurs propres effets secondaires sont évoqués :

E8 : Les alternatives ne sont pas forcément mieux quoi ! (*Rapport à la toxicité de l'aluminium contenu dans les pansements gastriques*)

- Les réticences rencontrées

Certains praticiens rapportent l'accoutumance de certains patients habitués à leurs traitements « de fond ».

E2 : La reprise des symptômes ! Et du coup une perte de confiance du patient dans la relation médecin-malade. (*Lorsque le médecin insiste pour arrêter et que les symptômes réapparaissent rapidement*)

E6 : Ah oui, il y en a qui ne veulent absolument pas. Et si c'est le cas tant pis, je laisse...

E9 : je le ressens aussi parfois il y a des patients qui sont attachés à des vieux traitements qu'ils ont depuis longtemps et donc... heu... quand on leur enlève ça les gêne, ça les angoisse un peu.

Cependant, certains d'entre eux soulèvent qu'au contraire, **l'époque actuelle est imprégnée de suspicion envers la pharmacopée, et que le patient lui-même ne serait en rien un frein à la déprescription.**

E1 : (E1) Non, pour moi les gens ils sont assez ouverts à l'arrêt des médicaments, globalement.

E9 : Mais il y en a aussi, en ce moment surtout avec les problèmes de statines et des choses comme ça, il y a des patients qui demandent à ce qu'on leur enlève des médicaments, et heu... c'est vrai que l'IPP ça peut être un médicament... on pourrait réévaluer son indication et parfois leur retirer oui, plus souvent.

E13 : Oui, oui. C'est valable un peu pour tous les médicaments, quand tu leur dis « c'est bon, on arrête » généralement ils sont contents !

8. Les effets secondaires connus / constatés

• **Quelques effets secondaires ont été cités, mais de nombreux praticiens n'avaient pas connaissance d'effets graves qui auraient pu impacter leur pratique.**

E1 : je t'avouerais qu'à part les hyponatrémies, je ne pourrais pas te dire tous les effets secondaires. (E1) Et c'est vrai qu'on n'est pas assez informé (E1) et on considère un peu les IPP comme un traitement comme le doliprane quoi au final, qui n'a pas d'effets secondaires. [...] En plus en gériatrie souvent ils ont tout ! (E1) Ils ont l'ISRS, les IPP, ils ont l'IEC, et au final c'est le cocktail Molotov de l'hyponatrémie.

E2 : J'ai appris récemment qu'il y avait cette malabsorption mais c'est tout...

E3 : La seule chose que j'ai retenu de mes cours de gériatrie [...] est qu'en diminuant l'acidité on peut avoir des carences majorées par les IPP

E4 : L'avantage de ce médicament, c'est qu'il y a très peu d'interactions et d'effets indésirables !

E6 : Ce que j'en ai retenu, c'est une majoration du risque de fracture et des infections. [...] En même temps, je n'avais pas appris ça depuis très longtemps, donc peut-être que maintenant je vais être plus vigilante.

E7 : Je crois que je ne pense pas à rechercher leurs effets secondaires honnêtement. Si j'ai un patient qui arrive, je regarde, mais je vais dire « Non, ça ne peut pas être à cause de celui-là »

E8 : Je n'ai jamais un patient qui revient me voir en me disant « à non celui-là docteur je ne le supporte pas » ... Pour moi ça reste un peu flou... des effets secondaires il y en sûrement, ensuite c'est tellement fréquent d'en prendre que bon...

E12 : Après j'ai surtout des troubles du transit, 2 ou 3 patients allergiques, enfin intolérants. Bon après globalement, c'est vrai que c'est quand même relativement bien toléré non ?

● **Une certaine défiance, ou tout du moins prudence, vis-à-vis de la réalité de ces effets secondaires** a été relevée :

E8 : Et puis faudrait voir avec quels médicaments ils sont souvent associés aussi ! (E1) Une ordo avec uniquement l'IPP ça n'existe pas.

E11 : On avait eu une spécialiste de Montpellier qui nous en avait parlé, de la toxicologie, et qui nous disait qu'on ne savait pas trop en fait.

Plusieurs motifs sont évoqués pour justifier une certaine méconnaissance :

● **Peu évoqués lors de la formation** (par rapport à d'autres traitements dont la iatrogénie est affirmée depuis plus longtemps) :

E2 : je me souviens de lointains cours sur les IPP, enfin sur le RGO : on nous a complètement occulté, (E1) ou alors je ne m'en rappelle plus, les effets indésirables. Alors que sur les anti-inflammatoires par exemple c'est... C'est alerte sur alerte.

E7 : Alors non. Autant quand j'étais à la fac on avait des cours sur des tas de trucs, les anticoagulants, les AINS tout ça. Mais les IPP non, je n'ai jamais entendu parler de quoi que ce soit.

E13 : (*En termes de formation, notamment via le DU de gériatrie, il n'y avait pas eu d'informations particulières non plus ?*) Non. Non mais c'était il y a 10 ans quoi, visiblement ça a avancé depuis !

● **Peu abordés si ce n'est dans les revues spécialisées** :

E4 : Alors on ne voit pas beaucoup d'infos non.

E6 : Je l'ai vu dans Prescrire il n'y a pas très longtemps.

E9 : Non, j'en ai très peu entendu parler. Enfin peut-être que c'est moi qui ne me renseigne pas assez aussi, mais je n'ai pas l'impression qu'elle soit trop diffusée cette information.

E11 : c'est vrai qu'à une époque la Sécu avait beaucoup... insisté sur tout ça. Mais depuis c'est un petit peu tombé aux oubliettes, c'est vrai que c'est un peu abandonné. Alors je ne sais pas s'ils ont atteint leurs objectifs recherchés, je ne sais pas. Mais dans la presse non, pas trop. Sur *Prescrire* un peu.

E12 : On n'a pas quand même trop insisté sur les effets secondaires des IPP je pense. Et même moi la première, j'ai l'impression que... j'en prescris peut-être moins ou je fais plus attention sur le dosage mais que depuis quelques années.

E13 : Non, non. D'autant que j'avais communiqué avec la pharmacie récemment, parce qu'ils nous font parvenir certaines études, c'est super intéressant, et on avait eu la dernière fois, il y a peut-être 1 an, une discussion sur les IPP. Mais ça portait sur les heures de prises, pas sur le reste tu vois.

9. Opinions concernant l'intérêt de la diffusion de fiches infos sur la déprescription

- Sans que les moyens ne soient abordés, **de nombreux médecins accueillent favorablement la diffusion d'un dépliant d'aide à la déprescription.**

E9 : Oui ça pourrait être intéressant de faire passer une information, alors je ne sais pas sous quelle forme, je ne saurais pas te conseiller mais c'est vrai que moi j'ai l'impression de ne pas avoir été informé là-dessus et de... de ne pas être bien au courant.

E11 : Ah oui, oui, pour déprescrire oui ! (E1) Oui ça c'est toujours utile hein ?! Déjà d'avoir l'idée... qu'il n'y a aucun médicament anodin en fait, que tout doit être réévalué à chaque fois. Et puis c'est sûr, c'est toujours bien d'avoir un truc simple qui te redonne les indications, pour que tu te dises que si l'indication n'y est pas, et bien le médicament il n'a pas à être là quoi !

- La discussion a pu porter sur le mode de diffusion et ses cibles :

E13 : Après que les patients aient l'info comme ça sans être forcément concernés, tu vois, ils mélangent, je ne sais pas si ça serait énorme. Mais par contre, quand tu as vraiment discuté avec le mec et que tu es en train de l'arrêter, là oui c'est chouette !

- Un médecin émettait en revanche de **sérieuses réserves sur la diffusion d'information « préoccupante » à des patients enclins à la méfiance envers tout traitement :**

E12 : (E1) Alors moi je crois qu'en ce moment il y a tellement de problèmes, de peur des médicaments, de fake news et de trucs comme ça, si tu veux on a quand même des patients qui sont pénibles, alors si on leur fait passer ça, ça va être compliqué, enfin pour nous hein, à gérer.

IV. DISCUSSION

A. Biais

Relevons tout d'abord le peu d'expérience de l'enquêteur dans le travail de recherche qualitatif. Malgré relecture et accompagnement tout au long de l'enquête, la menée des entretiens via le guide réalisé à leurs fins et l'interprétation des opinions des sujets a pu souffrir d'un manque de pertinence.

Ceci étant, la modification du guide après les premiers entretiens et la réalisation de 2 entretiens supplémentaires après saturation de données peuvent apporter davantage de poids à l'étude.

L'étude, monocentrique dans le sens où elle n'a inclus que des praticiens installés dans le département de l'Hérault, ne saurait évidemment regrouper les opinions de l'ensemble des médecins généralistes du territoire national, aux parcours et lieux de formations initiales comme continues diverses. Cependant, le constat établi concernant l'importante prescription d'IPP en soins premiers est lui extensible aux autres départements. Rappelons que le travail qualitatif n'a pour but d'étudier un échantillon le plus représentatif possible mais de faire ressortir des idées d'un échantillon jugé « exemplaire », et d'en ressortir des divergences.

Le mode de sélection a été basé sur le volontariat. Certains médecins ont ainsi refusé de participer à l'étude, arguant principalement d'un manque de temps chez des confrères probablement fort occupés par la gestion de leur cabinet et déjà beaucoup sollicités par les étudiants. Certains n'ont pas donné suite aux messages laissés à leur secrétariat. Manque de temps également, peur du jugement malgré l'anonymat des retranscriptions, ou se sentant peu concernés par le sujet, les justifications peuvent être variées.

L'échantillon a été obtenu par hasard, en essayant de varier les lieux d'installation et par extrapolation les modes d'exercice, mais là encore les médecins contactés l'ont été après

simple consultation de l'annuaire téléphonique, sans logiciel visant à diversifier le recrutement sur d'autres critères.

Durant les entretiens, malgré leur réalisation en face à face et l'attitude de l'enquêteur, se voulant sans jugement de valeur, on peut supposer une certaine retenue des sujets, par crainte de jugement à nouveau (surtout en face d'un jeune confrère, encore imprégné du « moule » universitaire).

Il s'agit là d'un biais de désidérabilité sociale, une peur de se confier par souci d'image.

Un biais d'interprétation a pu exister, du fait de l'analyse des verbatims par un opérateur unique, et l'absence de triangulation. On retrouve en revanche dans les résultats une certaine congruence avec la littérature. Une validation par les enquêtés eux-mêmes a été proposé.

B. Un constat partagé

1. Une prescription d'IPP courante :

a) Car permettant de traiter des affections qui le sont tout autant

Tout d'abord, il faut ici rappeler la raison première du fort taux de prescription des IPP : leurs indications avérées sont nombreuses.[11] La grande prévalence des symptômes liés à la pathologie œsogastroduodénale et aux gastrites dans la population générale aboutissent forcément à un nombre élevé de consultations de médecine générale y étant dédiées [5]. Leur prescription en prévention des complications liées aux AINS dans les populations à risque est aussi largement répandue, à juste titre.

En revanche, alors que leur utilisation est décrite comme insuffisante en prévention des accidents hémorragiques sous AINS chez les patients de plus de 65 ans,[46] les participants à l'étude paraissent au contraire prescrire davantage et pour des conditions bien plus étendues, notamment en regard de l'âge des patients recevant ces traitement

préventifs. Certains travaux[47] remettent d'ailleurs en cause un critère strict d'âge pour définir le patient à risque, suggérant que d'autres paramètres plus globaux pour obtenir le risque gastro-intestinal devraient intervenir. C'est ce dont les praticiens de soins premiers, connaissant bien leur patient, doivent tenir compte au moment de décider de l'instauration et de la poursuite du traitement par IPP chez les personnes amenées à consommer régulièrement des médicaments gastro-toxiques.

b) Efficace

Les opinions des praticiens interrogés sont univoques. Ce type de molécule, perçue au début de leur commercialisation comme une révolution dans le traitement des pathologies de type RGO et gastrite, s'est avéré au fil du temps d'une redoutable efficacité au soulagement des patients souffrant de ce type d'affections,[48], [49] bien supérieure à ses alternatives comme le démontrent nombre d'études.

c) Banalisée

Depuis le décret ministériel paru au journal officiel du 1^{er} juillet 2008[50], plusieurs molécules sont disponibles « over the counter », soit sans ordonnance. Cela a contribué à banaliser, aussi bien aux yeux des praticiens que des patients devenus consommateurs, un traitement jusqu'à alors uniquement disponible sur ordonnance, et donc soumis à prescription médicale.

d) Peu d'alternatives

Certains praticiens remarquent que l'arsenal thérapeutique actuel ne propose que peu d'alternatives, regrettant notamment la quasi disparition des galéniques proposant d'autres anti-acides. Si les anti-H2 et autre citrate de bétaine sont encore commercialisés, leur remboursement est en revanche bien moindre (respectivement de 15% et non remboursé).

Est en revanche cité fréquemment le rôle de l'éducation thérapeutique et des règles hygiéno-diététiques dans la réduction des symptômes de RGO et donc des quantités d'IPP

consommés dans cette indication. Le fait d'éviter la position couchée après un repas, de diminuer sa consommation de tabac et d'alcool, voire de surélever la tête de lit,[51]–[53] paraissent être des mesures permettant de limiter l'acidité œsophagienne. Certains aliments sont à déconseiller, principalement ceux riches en matières grasses. Enfin l'activité physique à distance des repas est préconisée afin de rééquilibrer son poids (l'excès de poids augmentant la pression abdominale et favorisant les reflux acides). Le Club de Réflexion des Cabinets et Groupes d'Hépatogastroentérologie (CREGG) sous l'égide de la Société Nationale Française de Gastro-Entérologie (SNFGE) a publié une fiche sur le RGO résumant ces mesures.[54]

e) Retrouvée dans de nombreuses spécialités

Comme le révèlent les praticiens interrogés, ces gros volumes de prescription ne sont pas l'apanage des médecins généralistes, les IPP s'avérant également énormément prescrits par les spécialistes libéraux, notamment rhumatologues, gastro-entérologues, cardiologues, pneumologues et ORL,[17] bien souvent pour des indications hors AMM, notamment en test thérapeutique sur des symptômes ORL, lors de toux chroniques ou en association systématique avec les anti-agrégants plaquettaires.

En milieu hospitalier également les prescriptions sont courantes et pour une bonne part hors recommandations. A noter qu'une évaluation des pratiques professionnelles a permis une amélioration de la pertinence des prescriptions avec un arrêt plus fréquent des expositions chroniques non conformes et une baisse des prescriptions hors indications.[55]

En outre, il a été démontré que les traitements initiés ou poursuivis en hospitalisation, étaient majoritairement reconduits à la sortie, même si non conformes.[56]

f) Bien tolérée

L'apparente absence d'effets secondaires, ou en tout cas le fait que les patients chez qui le traitement est instauré n'en ressentent pas, contribue à rendre la prescription aisée.

Comme le concèdent les praticiens interrogés, il est exceptionnel que le patient lui-même reconsulte car souffrant d'effets secondaires qu'il considère handicapants.

2. Nécessité de rester vigilant :

Si la bonne tolérance des IPP en cure courte est admise, les prescripteurs s'accordent sur les probables effets secondaires au long cours du traitement, inhérents à tout médicament. Si les dernières générations de médecins considèrent avec peu de suspicion les IPP, les plus anciennes semblent plus méfiantes. Ceux déjà en activité lors du lancement de l'oméprazole sur le marché gardent notamment en mémoire les précautions d'alors, les appels à la prudence de certains laboratoires, et les recommandations enjoignant les prescripteurs à ne pas débiter un traitement sans fibroscopie œsogastroduodénale préalable.

C. Une réévaluation difficile :

1. Par manque de temps :

Plusieurs médecins ont évoqué, non sans fatalisme pour certains, des contraintes de temps dues à un emploi du temps très chargé, avec une multiplication des consultations, et un temps alloué à chacune insuffisant, notamment celles portant exclusivement sur les renouvellements de traitement déjà instauré. Bien que plusieurs travaux aux résultats contradictoires n'aient pas retrouvé une corrélation significative entre durée de consultation et volume de prescription,[57], [58] il paraît évident que la déprescription nécessite un temps spécifique pour être mieux acceptée, permettant une meilleure compréhension du patient et ce afin de le rendre acteur de sa santé.

Les IPP étant souvent noyés dans d'autres prescriptions (et particulièrement chez les patients les plus à risque de souffrir de leurs effets secondaires au long cours : les personnes âgées), l'attention des médecins se porte davantage sur d'autres molécules véhiculant une image bien plus nocive. On pense notamment aux anxiolytiques, anti-dépresseurs, anti-coagulants, anti-inflammatoires...

L'éducation thérapeutique qui pourrait permettre aux patients de diminuer la fréquence et l'intensité du reflux est elle aussi chronophage. De nombreux praticiens la citent pourtant comme une mesure essentielle pouvant conduire à une déprescription plus aisée et mieux acceptée par le patient.[59]

2. Des recommandations peu adaptées

Les prescriptions hors AMM semblent courantes, aussi bien de la part des généralistes que des spécialistes. Celles-ci ne sont évidemment pas encadrées par des recommandations AMM ou de bonnes pratiques, privant le praticien de référentiel en cas de doute concernant le bon usage du médicament.

L'usage des IPP en traitement de symptômes extra-digestifs de RGO, bien qu'utilisé couramment, tout du moins en traitement d'épreuve, ne semble pas pertinent, les nombreuses études n'ayant pas permis de retrouver de corrélation entre l'amélioration du symptôme et sa causalité.[60] Cet usage est pourtant répandu et donne satisfaction à de nombreux praticiens interrogés.

De nombreux participants ont relevé l'inadéquation entre les recommandations HAS et la pratique, y compris dans les documents encadrant la prescription d'IPP de courte durée : posologie et durée de traitement, même pour des pathologies bien codifiées telles le RGO, dépendent de la présence ou non d'une œsophagite. Un critère endoscopique, non accessible en soins premiers, est donc sensé codifier la démarche du soignant qui s'y réfère... La résultante est que les praticiens se basent davantage sur une

expérience personnelle, empirique, et que cette même expérience guidera la suite du traitement, notamment son renouvellement.

Les limites à l'application des référentiels en médecine générale ont été régulièrement observées.[61] Ces recommandations sont proposées pour des maladies prises isolément, moins pour des patients parfois polyopathologiques et pour qui chaque spécialiste définit ses propres priorités.

La Société Française de Médecine Générale a développé depuis 2016 un outil informatique visant à diffuser les recommandations francophones, le DReFC (Diffusion des Recommandations Francophones en Consultation de Médecine Générale) : <http://drefc.sfmfg.org/>

Cependant, cet outil ne vise qu'à faciliter l'accès aux données de la littérature applicables au champ de la médecine générale. Les recommandations répertoriées ne sont pas pour autant forcément adaptées à toutes les situations rencontrées en pratique. Le développement des Groupes de Pairs apparaît alors comme un espace de réflexion sur la transgression de ces recommandations et d'échange de pratiques.[62]

3. La place de la fibroscopie discutée

Sans guidelines pratiques et accessibles, les praticiens font la demande d'une fibroscopie œsogastroduodénale de manière non consensuelle. Certains la réclameront très vite, sitôt une récurrence précoce des symptômes constatée après la prescription initiale. D'autres passeront par plusieurs molécules ou une augmentation de dose avant de juger de sa nécessité, en l'absence de signes d'alarme tels hémorragie digestive, anémie ferriprive sur un bilan de routine, terrain alcool-tabagique, signes faisant d'ailleurs l'unanimité.

La place de la fibroscopie de contrôle lors du traitement au long cours est encore plus sujette à discussion.

Si elle s'impose d'évidence après la découverte d'un ulcère gastrique, ses indications sont méconnues en contrôle d'EBO. Le gastroentérologue est alors seul juge, si tant est que le généraliste recevant son patient au cabinet ait été correspondant des résultats de fibroscopie initiaux. Le nomadisme médical et les départs à la retraite de nombreux médecins dans les dernières années ont pu favoriser la perte d'information de ces pathologies nécessitant suivi et contrôle prolongé.

Hors pathologie constatée lors de la fibroscopie initiale, qui reste fréquemment demandée lorsque les prescriptions se prolongent par nécessité plus de 4 à 6 semaines, le contrôle fibroscopique des patients sous IPP ne répond à aucune injonction ou recommandation particulière.

Selon la zone d'exercice, son accessibilité est inégale.

Si les médecins généralistes font appel à leurs collègues gastro-entérologues sans hésitation, leurs patients pourraient eux retarder la consultation. La nécessaire programmation d'un acte parfois obtenu bien à distance et dont le patient, asymptomatique sous un traitement qu'il supporte bien, ne voit pas l'intérêt, peut être un frein à sa réalisation.

Y est couramment associée l'anesthésie générale, bien qu'elle ne soit pas indispensable. La tolérance à la FOGD est en effet médiocre. L'exploration par naso-fibroscopie, en développement, pourrait aider à vaincre cette cause de réticence de la patientèle, d'autant qu'elle semble permettre d'obtenir de bons résultats.[63]

Son développement pourrait permettre de s'affranchir de l'inquiétude des patients à « subir » un examen invasif, de proposer plus facilement l'examen à une certaine population pour qui le médecin lui-même peut redouter l'anesthésie générale. Enfin cela pourrait probablement raccourcir le délai d'obtention de l'endoscopie dans certaines zones sous-dotées, en s'affranchissant de la nécessité d'un médecin anesthésique / du bloc opératoire à disposition.

D. Des effets secondaires méconnus

1. Une information peu diffusée

Il apparaît que l'information portant sur les effets secondaires des IPP au long cours soit mal parvenue à la connaissance des médecins de soins premiers. Peu d'entre eux paraissent alertés sur les dangers induits par ces prescriptions, et la totalité des participants estiment ne pas être suffisamment au courant de la iatrogénie imputable.

En termes de pharmacovigilance publique, tout au plus relèvent-ils une mise en garde de la Sécurité Sociale il y a quelques années, mais le message a depuis disparu. Quelques papiers sortent dans les revues, mais pas suffisamment pour avoir réellement amené à une nette prise de conscience.

2. Peu d'évidences cliniques

Ces effets secondaires sont de plus difficilement observables, leur mise en évidence est difficile. Ils ne s'expriment que rarement par des symptômes exprimés par le patient.

Aucun suivi aussi bien clinique que paraclinique n'a pour l'heure été proposé par les autorités de santé ou par les collèges nationaux. Il n'existe pas, par exemple, de bilan biologique, nutritionnel et vitaminique préconisé pour les patients à risque (gériatrie) malgré le risque de malabsorption et de carence vitaminique induit.

Cependant, certaines équipes, au vu du mécanisme d'action des IPP et de leurs effets sur la vitamine B12, sur les transporteurs ioniques membranaires et ainsi du surrisque de démence d'Alzheimer, incitent à surveiller l'état nutritionnel et les bilans électrolytiques des patients sous IPP au long cours. Elles préconisent également d'évaluer les fonctions cognitives au moment de l'instauration du traitement, d'autant plus que le patient suit une autre médication telle benzodiazépines, anti-dépresseurs...[41]

3. Des travaux de recherche à développer

Si les travaux portant sur la mise en évidence d'effets secondaires au long cours d'IPP se multiplient, les niveaux de preuves de ces derniers ne sont pas tous satisfaisants. Les résultats ne sont pas forcément significatifs, et l'attribution de ces effets aux IPP, alors même que ceux-ci sont dans l'immense majorité des cas mélangés à de nombreuses co-prescriptions, peuvent laisser sceptiques les généralistes. Quelle part tiennent les interactions médicamenteuses diverses dans ces résultats ?

Malgré tout, ces études se multiplient. Une large et récente revue de la littérature (2017) a de nouveau identifié une association entre prise d'IPP et risques accrus de fractures ostéoporotiques, d'infections à *Clostridium difficile*, de pneumopathies bactériennes communautaires, de déficits en vitamine B12, de pathologies rénales et de démence.[64] Cette publication doute du fait qu'une étude prospective, randomisée contrôlée puisse bientôt voir le jour. Les auteurs y invitent donc à s'interroger sur les meilleures méthodes de déprescription d'IPP et sur quel type de patients les proposer.

Il n'est pas question de se priver d'un traitement révolutionnaire lors de son développement et qui reste aujourd'hui le gold standard dans la pathologie œsogastroduodénale et ulcéreuse. Mais disposer d'arguments forts et d'études avec un niveau de preuve plus élevé incitera le médecin et son patient à plus de prudence afin de ne pas renouveler d'ordonnance de façon systématique, y compris quand tout semble se passer pour le mieux.

E. Le développement d'outil d'aides à la déprescription

Lorsqu'il est proposé de distribuer un outil d'aide à la déprescription, à l'intention des médecins ou à celle de leur patientèle, les opinions ont été diverses.

La plupart semble favorable au fait de disposer d'un mémo consultable rapidement voire d'une plaquette à distribuer aux patients traités depuis longtemps et rechignant à se passer de leur IPP. Le mode de distribution n'a pas été défini, mais des modèles ont déjà

été proposés par différentes équipes, notamment par ONMÉDIT Centre-Val de Loire (Annexe1). L'intérêt premier est de faire prendre conscience par un message simple et non alarmiste que les IPP sont des médicaments comme les autres, avec leurs bénéfices évidents, mais non dénués de risques à bien évaluer au cas par cas. De plus, l'accent semble devoir être mis sur le rappel d'un risque d'effet rebond à l'arrêt, temporaire et ne devant pas décourager le patient, d'autant que tous les médecins ne semblaient pas au courant de cet effet fréquent.

Une équipe canadienne proposait pour sa part un intéressant algorithme de déprescription à destination des praticiens, celui-ci semble en revanche trop complexe pour être adapté à une pratique quotidienne et plus instantanée en cours de consultation.[65]

Certaines opinions ont en revanche été bien plus réservées. A une époque où la médecine moderne, conventionnelle, est régulièrement montrée du doigt voire décriée, le risque existe de renforcer la suspicion d'une patientèle pour qui l'IPP s'avère pourtant utile, voire indispensable. Il convient donc de ne pas « diaboliser » cette classe médicamenteuse qui continue à rendre de grands services aux sujets atteints de pathologie ulcéreuse ou de RGO. D'où une certaine réticence à diffuser pareils information / outil au grand public.

V. CONCLUSION

Les inhibiteurs de la pompe à protons constituent une classe de médicaments très efficaces, prescrits de façon courante afin de soulager ou prévenir des symptômes et pathologies œsogastroduodénaux qui le sont tout autant.

Instaurés et renouvelés par de nombreux praticiens, généralistes comme spécialistes, en exercice libéral comme hospitalier, ils induisent de nombreux effets secondaires au long cours et ce alors que leur usage dépasse largement leurs indications.

Banalisés par de nombreux médecins comme par les patients eux-mêmes et par les pouvoirs publics, car bien tolérés et responsables d'effets secondaires insidieux (ostéoporose, malabsorption, pullulation microbienne, surrisque de démence...), la réévaluation de leur intérêt est difficile pour les médecins de soins premiers que sont les généralistes : manque de temps, recommandations peu adaptées, négligée car le traitement conserve son étiquette d'innocuité...

Si l'indication demeure, il est recommandé que le patient traité ait pu bénéficier au moins une fois d'une endoscopie œsogastrique, ce que leur appréhension vis-à-vis de cet examen ainsi que sa disponibilité et sa lourdeur relatives peuvent retarder. Le développement des endoscopies par voie nasale et sans anesthésie générale pourrait permettre de s'affranchir en partie de cet obstacle.

Si les effets secondaires des IPP au long cours sont désormais connus, les niveaux de preuve des études les mettant en évidence semblent parfois insuffisants. Il convient de poursuivre les travaux en ce sens et de diffuser les résultats de ces derniers aux principaux prescripteurs.

Enfin, il apparaît qu'un outil d'aide à la déprescription pourrait être utile, via la réalisation et le partage d'une plaquette d'information notamment.

VI. BIBLIOGRAPHIE

- [1] N. Bouarioua, M. Merrouche, D. Pospai, and M. Mignon, "Physiopathologie de la maladie ulcéreuse gastroduodénale à l'ère d'« *Helicobacter pylori* »,» *EMC - Gastro-Entérologie*, vol. 2, no. 4, pp. 1–12, Jan. 2007.
- [2] H. M. Malaty, "Epidemiology of *Helicobacter pylori* infection," *Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol.*, vol. 21, no. 2, pp. 205–214, Apr. 2007.
- [3] Jean-François Bretagne, Bruno Richard-Molard, Charles Honnorat, Agnès Caekaert, Philippe Barthélemy, "Le reflux gastro-œsophagien dans la population générale française Résultats d'une enquête sur 8 000 sujets adultes," *La Presse Médicale Vol 35, N° 1-C1 - janvier 2006*.
- [4] J Dent, "Epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review."
- [5] Article original, *Gastroentérologie clinique & biologique* 1999; 23: 1139, © Masson, Paris, 1999, Facteurs prédictifs de la consommation de soins sur un an, and Thierry Vallot, "Epidémiologie du reflux gastro-œsophagien en médecine générale."
- [6] Thierry Perniceni, "Traitement du RGO : indications de la chirurgie." *FMC en hépato-gastro-enterologie*.
- [7] F. Zerbib, "Traitement du reflux gastro-œsophagien de l'adulte," *Gastro-Entérologie 78014*.
- [8] "M. J-M Lewin. Les inhibiteurs de la pompe à protons gastrique : mode d'action et intérêt thérapeutique. *medecine/sciences* 1995."
- [9] N. D. Yeomans *et al.*, "A Comparison of Omeprazole with Ranitidine for Ulcers Associated with Nonsteroidal Antiinflammatory Drugs," *N. Engl. J. Med.*, vol. 338, no. 11, pp. 719–726, Mar. 1998.
- [10] R. MacLaren, P. M. Reynolds, and R. R. Allen, "Histamine-2 Receptor Antagonists vs Proton Pump Inhibitors on Gastrointestinal Tract Hemorrhage and Infectious Complications in the Intensive Care Unit," *JAMA Intern. Med.*, vol. 174, no. 4, p. 564, Apr. 2014.
- [11] "AFFSAPS. Recommandations de bonne pratique: les anti sécrétoires gastriques chez l'adulte, novembre 2007." .
- [12] "HAS, commission de la transparence: médicaments inhibiteurs de la pompe à protons chez l'adulte réévaluation, janvier 2009." .
- [13] AFSSAPS 2007, "Recommandations de bonnes pratiques: les anti-sécrétoires gastriques chez l'adulte." .
- [14] Musquer N, Coron E, "Endobrachyoœsophage (EBO) : surveillance et indications thérapeutiques." *FMC gastro*.

- [15] P. Haastrup *et al.*, “Rapidly increasing prescribing of proton pump inhibitors in primary care despite interventions: A nationwide observational study,” *Eur. J. Gen. Pract.*, vol. 20, no. 4, pp. 290–293, Dec. 2014.
- [16] I. Forgacs and A. Loganayagam, “Overprescribing proton pump inhibitors,” *BMJ*, vol. 336, no. 7634, pp. 2–3, Jan. 2008.
- [17] “Rapports à la Commission des comptes de la sécurité sociale - Octobre 2009 10-3.” .
- [18] Assurance Maladie, “Points de repère n°41 - juin 2013 - Une stabilité des dépenses du médicament de ville en 2011.” .
- [19] Q. Boucherie, F. Rouby, D. Frankel, P. Roll, and J. Micallef, “Proton pump inhibitors prescriptions in France: Main trends from 2006 to 2016 on French health insurance database,” *Thérapie*, Mar. 2018.
- [20] Claire Schönheit, “Prescription des inhibiteurs de la pompe à protons chez les sujets âgés : adéquation aux recommandations. Médecine humaine et pathologie. 2013.”
- [21] C. W. Howden and P. J. Kahrilas, “Editorial: Just How ‘Difficult’ Is It to Withdraw PPI Treatment?,” *Am. J. Gastroenterol.*, vol. 105, no. 7, pp. 1538–1540, Jul. 2010.
- [22] A. B. Lødrup, C. Reimer, and P. Bytzer, “Systematic review: symptoms of rebound acid hypersecretion following proton pump inhibitor treatment,” *Scand. J. Gastroenterol.*, vol. 48, no. 5, pp. 515–522, May 2013.
- [23] R. M. Martin, N. R. Dunn, S. Freemantle, and S. Shakir, “The rates of common adverse events reported during treatment with proton pump inhibitors used in general practice in England: cohort studies,” *Br. J. Clin. Pharmacol.*, vol. 50, no. 4, pp. 366–372, Oct. 2000.
- [24] L. Roulet, N. Vernaz, E. Giostra, Y. Gasche, and J. Desmeules, “Effets indésirables des inhibiteurs de la pompe à proton : faut-il craindre de les prescrire au long cours ?,” *Rev. Médecine Interne*, vol. 33, no. 8, pp. 439–445, Aug. 2012.
- [25] A. S. Raghunath, C. O’Morain, and R. C. Mcloughlin, “Review article: the long-term use of proton-pump inhibitors,” *Aliment. Pharmacol. Ther.*, vol. 22, no. s1, pp. 55–63, Aug. 2005.
- [26] D. Compare *et al.*, “Effects of long-term PPI treatment on producing bowel symptoms and SIBO: PPI AND BOWEL SYMPTOMS AND SIBO ONSET,” *Eur. J. Clin. Invest.*, vol. 41, no. 4, pp. 380–386, Apr. 2011.
- [27] C. Bourne *et al.*, “Effets indésirables émergents des inhibiteurs de la pompe à protons,” *Presse Médicale*, vol. 42, no. 2, pp. e53–e62, Feb. 2013.
- [28] J. B. Richards and D. Goltzman, “Proton pump inhibitors: balancing the benefits and potential fracture risks,” *Can. Med. Assoc. J.*, vol. 179, no. 4, pp. 306–307, Aug. 2008.

- [29] Y.-X. Yang, J. D. Lewis, S. Epstein, and D. C. Metz, "Long-term Proton Pump Inhibitor Therapy and Risk of Hip Fracture," *JAMA*, vol. 296, no. 24, p. 2947, Dec. 2006.
- [30] S. Dial, "Use of Gastric Acid-Suppressive Agents and the Risk of Community-Acquired *Clostridium difficile*-Associated Disease," *JAMA*, vol. 294, no. 23, p. 2989, Dec. 2005.
- [31] K. A. Yearsley, L. J. Gilby, A. V. Ramadas, E. M. Kubiak, D. L. Fone, and M. C. Allison, "Proton pump inhibitor therapy is a risk factor for *Clostridium difficile* - associated diarrhoea," *Aliment. Pharmacol. Ther.*, vol. 24, no. 4, pp. 613–619, Aug. 2006.
- [32] R. J. F. Laheij, M. C. Van Ijzendoorn, M. J. R. Janssen, and J. B. M. J. Jansen, "Gastric acid-suppressive therapy and community-acquired respiratory infections," *Aliment. Pharmacol. Ther.*, vol. 18, no. 8, pp. 847–851, Oct. 2003.
- [33] R. J. F. Laheij, "Risk of Community-Acquired Pneumonia and Use of Gastric Acid-Suppressive Drugs," *JAMA*, vol. 292, no. 16, p. 1955, Oct. 2004.
- [34] L. Z. Krupa and I. W. Fellows, "Lansoprazole-induced hypomagnesaemia," *Case Rep.*, vol. 2014, no. jan10 1, pp. bcr2012006342-bcr2012006342, Jan. 2014.
- [35] "Proton Pump Inhibitor drugs (PPIs): Drug Safety Communication - Low Magnesium Levels Can Be Associated With Long-Term Use, Mars 2011."
- [36] F. Sierra, M. Suarez, M. Rey, and M. F. Vela, "Systematic review: proton pump inhibitor-associated acute interstitial nephritis: SYSTEMATIC REVIEW: PPI-INDUCED INTERSTITIAL NEPHRITIS," *Aliment. Pharmacol. Ther.*, vol. 26, no. 4, pp. 545–553, Jun. 2007.
- [37] A. Zelter *et al.*, "Fundic Gland Polyps and Association with Proton Pump Inhibitor Intake: A Prospective Study in 1,780 Endoscopies," *Dig. Dis. Sci.*, vol. 56, no. 6, pp. 1743–1748, Jun. 2011.
- [38] G. J. Wetscher, R. A. Hinder, T. Smyrk, G. Perdakis, T. E. Adrian, and C. Profanter, "Gastric acid blockade with omeprazole promotes gastric carcinogenesis induced by duodenogastric reflux," *Dig. Dis. Sci.*, vol. 44, no. 6, pp. 1132–1135, Jun. 1999.
- [39] M. Wurtz, E. L. Grove, S. D. Kristensen, and A.-M. Hvas, "The antiplatelet effect of aspirin is reduced by proton pump inhibitors in patients with coronary artery disease," *Heart*, vol. 96, no. 5, pp. 368–371, Mar. 2010.
- [40] M. Charlot *et al.*, "Proton pump inhibitor use and risk of adverse cardiovascular events in aspirin treated patients with first time myocardial infarction: nationwide propensity score matched study," *BMJ*, vol. 342, p. d2690, May 2011.
- [41] G. Ortiz-Guerrero, D. Amador-Muñoz, C. A. Calderón-Ospina, D. López-Fuentes, and M. O. Nava Mesa, "Proton Pump Inhibitors and Dementia: Physiopathological Mechanisms and Clinical Consequences," *Neural Plast.*, vol. 2018, pp. 1–9, 2018.

- [42] M. A. Pegoli, M. Dedigama, A. A. Mangoni, P. T. Russell, L. E. Grzeskowiak, and T. Thynne, "Proton pump inhibitors and risk of readmission and mortality in older patients discharged from a tertiary hospital to residential aged care facilities," *Ther. Adv. Drug Saf.*, vol. 8, no. 4, pp. 137–139, Apr. 2017.
- [43] G. Imbert, "L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie," *Rech. Soins Infirm.*, vol. 102, no. 3, p. 23, 2010.
- [44] C. Baribeau and C. Royer, "L'entretien individuel en recherche qualitative : usages et modes de présentation dans la Revue des sciences de l'éducation," *Rev. Sci. L'éducation*, vol. 38, no. 1, p. 23, 2012.
- [45] Oude-Engberink A, Lognos B, Clary B, David M, Bourrel G., "La méthode phénoméno-pragmatique : une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé," *Exerc. 20131054-11*.
- [46] F. Hoffmann, G. Glaeske, and G. Schmiemann, "Underuse of proton-pump inhibitors in older patients newly starting NSAID treatment," *Int. J. Clin. Pract.*, vol. 69, no. 7, pp. 791–795, Jul. 2015.
- [47] S. Medlock *et al.*, "Co-prescription of Gastroprotective Agents and Their Efficacy in Elderly Patients Taking Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs: A Systematic Review of Observational Studies," *Clin. Gastroenterol. Hepatol.*, vol. 11, no. 10, p. 1259–1269.e10, Oct. 2013.
- [48] E. C. Klinkenberg-Knol *et al.*, "Long-term omeprazole treatment in resistant gastroesophageal reflux disease: efficacy, safety, and influence on gastric mucosa," *Gastroenterology*, vol. 118, no. 4, pp. 661–669, Apr. 2000.
- [49] S. Vigneri *et al.*, "A Comparison of Five Maintenance Therapies for Reflux Esophagitis," *N. Engl. J. Med.*, vol. 333, no. 17, pp. 1106–1110, Oct. 1995.
- [50] "JORF n°0152 du 1 juillet 2008 page 10577 texte n° 31." .
- [51] S. Chen, J. Wang, and Y. Li, "Is alcohol consumption associated with gastroesophageal reflux disease?," *J. Zhejiang Univ. Sci. B*, vol. 11, no. 6, pp. 423–428, Jun. 2010.
- [52] P. J. Kahrilas and R. R. Gupta, "The effect of cigarette smoking on salivation and esophageal acid clearance," *J. Lab. Clin. Med.*, vol. 114, no. 4, pp. 431–438, Oct. 1989.
- [53] R. F. Harvey *et al.*, "EFFECTS OF SLEEPING WITH THE BED-HEAD RAISED AND OF RANITIDINE IN PATIENTS WITH SEVERE PEPTIC OESOPHAGITIS," *The Lancet*, vol. 330, no. 8569, pp. 1200–1203, Nov. 1987.
- [54] J-C Létard *et al.*, "Le reflux gastro-oesophagien." CREGG.
- [55] A. Daumas *et al.*, "Impact d'une évaluation des pratiques professionnelles sur la pertinence des prescriptions d'inhibiteurs de la pompe à protons à l'hôpital," *Rev. Médecine Interne*, Apr. 2018.

- [56] M Villiet, L Giraudon, C Combescure, S Hansel-Esteller, "Bon usage des inhibiteurs de la pompe à protons: étude observationnelle des prescriptions en milieu hospitalier," *Journal de pharmacie clinique*.
- [57] "La durée des séances des médecins généralistes." DRESS N° 481 • avril 2006, Etudes et résultats.
- [58] "Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants." DRESS N° 440 • novembre 2005, Etudes et résultats.
- [59] URML Midi Pyrénées, "Pratique de l'éducation thérapeutique par les médecins généralistes en Midi-Pyrénées." Juin-2010.
- [60] F Zerbib, S Roman, "Prise en charge thérapeutique des formes typiques et atypiques de RGO," *HEPATO-GASTRO et Oncologie digestive vol. 21 n8 1, janvier 2014*.
- [61] J-L Gallais, "Les normes en santé: avis, recommandations, guides de bonnes pratiques (2e partie)," *Journal de droit de la santé et de l'assurance maladie*, 2015.
- [62] J-L Gallais, "Règles du jeu, effets et enjeux des Groupes de Pairs comme procédure dans le soin, la formation et la recherche." DRMG 59 - page • 6 • Société Française de Médecine Générale.
- [63] S. S. Sami *et al.*, "Performance characteristics of unsedated ultrathin video endoscopy in the assessment of the upper GI tract: systematic review and meta-analysis," *Gastrointest. Endosc.*, vol. 82, no. 5, pp. 782–792, Nov. 2015.
- [64] M. L. Maes, D. R. Fixen, and S. A. Linnebur, "Adverse effects of proton-pump inhibitor use in older adults: a review of the evidence," *Ther. Adv. Drug Saf.*, vol. 8, no. 9, pp. 273–297, Sep. 2017.
- [65] B. Farrell *et al.*, "Deprescribing proton pump inhibitors: Evidence-based clinical practice guideline," *Can. Fam. Physician Med. Fam. Can.*, vol. 63, no. 5, pp. 354–364, May 2017.

VII. ANNEXES

Annexe 1 :

GRILLE D'ENTRETIEN INDIVIDUEL :

(Entretiens semi dirigés, échantillons anonymisés)

Présentation de l'étude :

« Bonjour, je m'appelle Arthur Baget, j'ai terminé mon internat de médecine générale à l'université de Montpellier et travaille désormais en tant que remplaçant dans divers cabinets du Languedoc Roussillon.

Je vous ai donc sollicité dans le cadre de mon travail de thèse, dirigé par Le Dr BOURGAUX, gastro-entérologue au CHU de Nîmes.

Les inhibiteurs de la pompe à protons sont une classe médicamenteuse d'usage courant, représentant un important volume de prescription, tant par les généralistes que par les autres spécialistes, et un coût conséquent en soins primaires. Leur apparente bonne tolérance est actuellement remise en question avec des effets secondaires insidieux au long cours. Enfin les recommandations HAS en vigueur sont strictes et laissent peu de place au ressenti clinique des praticiens.

L'objectif de cet entretien est donc de recueillir votre ressenti et votre point de vue sur l'usage au long cours de ces IPP et sur la iatrogénie qu'ils peuvent entraîner.

Cet entretien sera, avec votre accord, enregistré puis retranscrit afin d'en tirer des idées clés. Son exploitation sera anonymisée et jointe au travail de thèse. Il ne sera jamais utilisé à d'autre fin que cette étude et ne portera en aucun cas un quelconque jugement sur les pratiques de chacun. »

Présentation du praticien :

« Pour débiter, et afin d'établir une vision globale des participants à l'étude, quelques questions concernant votre personne et votre mode d'exercice :

- Quel âge avez-vous ?
- Quel est votre sexe ?
- Exercez-vous en milieu rural / semi-rural / urbain ?
- Depuis combien d'années êtes-vous installé ?
- Exercez-vous seul(e) ou avec des associés / collaborateurs ?
- Accueillez-vous des étudiants, êtes-vous maître de stage universitaire ?
- Avez-vous une formation complémentaire (ostéopathie, médecine du sport, gériatrie, homéopathie...) ? Si oui, laquelle ?
- Quel est approximativement la taille de votre patientèle ?
- Combien de patients en moyenne recevez-vous quotidiennement au cabinet ? Et en visite ? »

Pratique courante concernant les IPP

« Concernant maintenant votre pratique courante :

- 1) Quelle est votre représentation des IPP, que vous évoque cette classe médicamenteuse ?

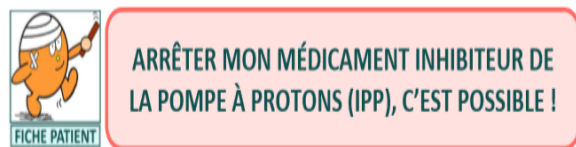
- 2) Tout d'abord, pouvez-vous me dire quelques mots sur votre usage des inhibiteurs de la pompe à protons dans votre pratique courante ?
(Relancer sur distinction entre la prescription courte vs longue durée, au-delà du délai préconisé pour le traitement d'une pathologie aiguë)

- 3) Qui est régulièrement le prescripteur initial du traitement par IPP de vos patients ?
(médecin généraliste lui-même ou gastro-entérologue, cardiologue, oncologue, autres...)
- 4) Prescrivez-vous des examens complémentaires avant de débiter une prescription d'IPP au long cours ou avant son renouvellement ?
Si oui, lesquels ? Si non, pourquoi ?
Avec quelle modalité ?
(Quelle est votre habitude concernant la demande de fibroscopie oeso-gastro-duodénale et la recherche d'Helicobacter pylori ?)
- 5) Quel est votre regard sur les recommandations HAS de prescription d'IPP au long cours ? Les estimez-vous adaptées à votre pratique en soins primaires ?
(Recommandations HAS à disposition si besoin)
Voyez-vous d'autres situations cliniques où la prescription paraît adaptée ?
(Développer)
- 6) Quelle est approximativement la proportion de votre patientèle sous IPP au long cours ? Pour quelles indications ? (Prévention, rechute ou récurrences fréquentes des symptômes)
- 7) Comment réévaluez-vous l'indication du traitement avant renouvellement ?
- 8) Evoquons l'arrêt des IPP au long cours chez des patients « habitués » à ce traitement. Cela peut-il s'avérer compliqué, si oui pourquoi ?
Par quelles méthodes parvenez-vous à les déprescrire ? *(Réduction posologie, prise à la demande, switch anti-H1, arrêt brutal ?)*
- Rappel des effets secondaires principaux des IPP au long cours :*

9) Considérez-vous être suffisamment alerté des effets secondaires de cette classe médicamenteuse au long cours ?

10) Avez-vous déjà relevé des effets secondaires imputables aux IPP dans votre patientèle ? De quel ordre ?»

Annexe 2 :



Lequel ?	<input type="checkbox"/> Pantoprazole	<input type="checkbox"/> Lansoprazole	<input type="checkbox"/> Oméprazole	<input type="checkbox"/> Esoméprazole	<input type="checkbox"/> Rabéprazole
	Eupantol® Inipomp® Pantozol Control® et génériques	Lanzor® Ogast® et génériques	Mopral® Zoltum® et génériques	Inexium® et génériques	Pariet® et génériques
Pour quoi ? 	<input type="checkbox"/> Traitement du Reflux gastro-œsophagien (RGO) et de l'œsophagite par reflux <input type="checkbox"/> Prévention et traitement des lésions gastroduodénales dues aux Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens (AINS) chez les patients à risque <input type="checkbox"/> Éradication d' <i>Helicobacter pylori</i> et traitement des ulcères gastroduodénaux <input type="checkbox"/> Autre indication moins fréquente : _____ <input type="checkbox"/> Je ne sais pas				



QUIZ

Je prends un IPP : sur prescription depuis plusieurs mois.
 de ma propre initiative régulièrement.

- Si vous avez coché une des affirmations ci-dessus, parlez-en avec votre médecin ou pharmacien.
- La prescription d'IPP doit le plus souvent être limitée dans le temps. Seules certaines situations justifient une durée de traitement supérieure à 8 semaines.
- L'automédication doit être de courte durée. Si les symptômes persistent, parlez-en avec votre médecin ou pharmacien.



POUR LIMITER LE RISQUE D'ACIDITÉ GASTRIQUE, JE DOIS :

- ✓ Éviter les aliments et boissons **acides et gazeuses** (ex : agrumes, tomates, sodas, café)
- ✓ Éviter les aliments **trop sucrés** (ex : miel, bonbons)
- ✓ Éviter les repas **trop gras et trop copieux**
- ✓ Éviter l'**alcool** et le **tabac**
- ✓ Manger **au calme, à heure fixe et régulièrement**
- ✓ Manger plus de **fibres** (ex : fruits, légumes verts)
- ✓ **Ne pas m'allonger** dans les 30 minutes suivant le repas
- ✓ En cas de surcharge pondérale, perdre du poids si possible

Si les symptômes persistent, des traitements symptomatiques peuvent être utilisés. Demandez conseil à votre médecin ou pharmacien.

Mai 2017

A retrouver sur le site internet : <http://www.omedit-centre.fr/>



SI J'ARRÊTE, J'AI :

- 1 médicament en moins à prendre par jour
- Une diminution du risque d'effets néfastes à long terme :



Fragilité des os



Manque en magnésium,
sodium et vitamine B12




Inflammation des reins



Cancers de l'estomac ou
de l'œsophage



Infections pulmonaires et
gastro-intestinales

- Une diminution des interactions avec d'autres médicaments (ex : citalopram (Seropram® et génériques), clopidogrel (Plavix® et génériques))
- Une diminution du risque d'addiction au traitement 



MAIS JE PEUX RENCONTRER CES EFFETS TEMPORAIRES :

- Possible augmentation de l'acidité de l'estomac à l'arrêt
 - peut être **SOULAGÉ** en suivant des règles simples (voir devant)
- Possible sensation de manque à l'arrêt du traitement

→ Ces effets sont **temporaires**, ils vont disparaître rapidement.

→ **VOTRE TRAITEMENT PEUT ÊTRE ARRÊTÉ PROGRESSIVEMENT AFIN DE LIMITER CES EFFETS.**

LES IPP, CE N'EST PAS POUR L'ÉTERNITÉ



Mai 2017

A retrouver sur le site internet : <http://www.omedit-centre.fr/>

Fiche d'information patient : « arrêter mon IPP, c'est possible », Omédit Centre Val de Loire 28.06.2017

Annexe 3 : Verbatims

Entretien 1

Pour commencer, concernant votre pratique courante, pouvez-vous me dire quelques mots sur l'utilisation que vous avez des IPP ?

Alors... les IPP, pour moi il y a deux types de prescription on va dire, la prescription préventive que je mets dans le cadre de... chez les personnes âgées qui sont par exemple sous Kardégic, pour éviter que... qu'ils saignent.

Après il y a aussi dans un cadre préventif, il y a les IPP que je prescris en concomitance avec les anti inflammatoire chez les personnes... heu... alors je pense que c'est... enfin que ça devrait être beaucoup moins que ça (*rires*) mais moi à partir de 40, 50 ans je prescris des IPP avec les AINS, ou alors si il y a une notion de douleur épigastrique à la prise d'anti inflammatoire ou d'antécédents ulcéreux ou quoi que ce soit.

Et dans le cadre préventif, voilà, aussi sous corticoïdes. Quand je mets sous corticoïdes.

Et puis après il y a les IPP que je mets en place à titre curatif. Alors... chez les patients qui ont des signes de reflux gastro œsophagien ou des signes de gastrite, voilà je mets en place des IPP.

Dans votre patientèle globalement, qui est le prescripteur initial du traitement par IPP ? C'est souvent vous qui l'instaurez ou ce sont les spécialistes (Ah oui ! EI), gastro-entérologues, oncologues...

(EI) Non, non. C'est souvent moi qui l'instaure. Initialement c'est moi. Si je vois qu'il y a un échec à la prescription d'IPP, je change d'IPP, généralement, enfin quelques fois... (EI) J'essaye encore. S'il y a un nouvel échec, je fais un Helikit puisque depuis peu c'est devenu un test diagnostique pour vérifier qu'il n'y ait pas un HP, voilà.

Et si vraiment l'Helikit est négatif et qu'il y a toujours une symptomatologie évocatrice de reflux ou de gastrite sous IPP, là je les envoie chez le gastro-entérologue. (EI) Mais

initialement c'est toujours, on va dire c'est moi qui le prescris initialement et puis après... voilà.

Et vous vous donnez combien de temps pour réévaluer votre traitement là-dessus ?

Je me donne un mois, je fais toujours une cure de 1 mois d'IPP. Si... je leur dis que si ça s'améliore dans les jours suivants c'est que c'était ça et au bout d'un mois on arrête le traitement et on réévalue la nécessité de poursuivre ou pas le traitement si les signes réapparaissent.

Sinon, si au bout de 15 jours ils me disent qu'ils sont toujours là, je leur dis de revenir et je change d'IPP et je me redonne encore 15 jours et je fais un traitement d'1 mois. Donc je me laisse 15 jours en fait, à peu près.

Au début du traitement, est-ce que vous prescrivez de manière systématique un examen complémentaire, une biologie, une fibro, ou bien ça vient que dans un 2nd temps ?

(E) Non, que dans un second temps. Je fais toujours un test thérapeutique, c'est-à-dire je prescris... je mets des IPP. Alors classiquement c'est souvent les gens qui ont des reflux : symptomatiques avec une langue surchargée, qui se plaignent... (E) Qui ont une toux, très fréquente aussi la toux, moi je mets des IPP souvent quand ça oriente vers un... vers un... vers une cause digestive.

C'est-à-dire que sur des symptômes extra digestifs, vous pouvez aussi faire des traitements par IPP ?

Oui, hum... Voilà. Je mets en route, je leur laisse 15 jours, s'ils ne reviennent pas me voir ça veut dire que... ça a marché ! Et je fais un mois de traitement, et je leur dis que au bout d'un mois ils doivent arrêter, et euh... souvent on en reparle à la consultation d'après et là ils me disent que là ça va mieux, ils n'ont plus de symptômes. Et ceux chez qui ça persiste, je réessaye une fois un autre IPP et sinon je les envoie après chez le gastro.

Donc la fibroscopie elle vient vraiment, dans un 3^e temps, une fois que vous avez un échec, puis un 2^e échec après avoir fait l'Helikit ?

(E) Oui. Oui, à part si signes de gravité bien sûr. Mais oui !

Concernant les recommandations HAS que je peux vous montrer ici, avez-vous des remarques à faire avec votre pratique à vous, est-ce que vous les trouvez adaptées, ou trop restrictives ?

Alors, je vais... en fait je t'avouerais que je ne connais pas les reco HAS qui datent de ? 2014 ?

2009.

Je t'avouerais que je ne pourrais pas te dire si je suis mes reco. Si je suis les recos ou si c'est mon propre, euh... En tout je n'ai pas... enfin je ne connais pas les recommandations HAS non.

(E) Après je veux bien les voir !

(Regarde les recommandations)

Alors bon... ouais.

C'était quoi la question déjà ?

C'est de savoir si vous les trouvez adaptées, ou si vous faites des prescriptions élargies, sont-elles trop restrictives par rapport à la médecine générale ? Quand on les regarde en détails, pour affirmer l'œsophagite par exemple...

Ouais... (E) Alors cliniquement, comment tu fais ton diagnostic d'œsophagite ? Tu vois ce que je veux dire ? Parce que, heu... La clinique d'œsophagite c'est cracher du sang ? C'est ça forcément ? Non, donc il faut la fibro ?!

Sur le reflux là par exemple, sur le reflux. Rien que le reflux. Alors moi je ne sais pas si j'ai la bonne pratique, mais c'est sûr que l'on n'a pas parlé de la dose. Moi généralement en préventif je mets du ½ dose, du 20 mg par exemple et en curatif quand je pense qu'il y a un reflux et qu'il y a une gastrite, je mets du pleine dose, voilà. Après j'ai peut-être tort hein, mais moi je fais comme ça. Et après c'est vrai que je ne me pose pas forcément la question œsophagite ou pas œsophagite, puis je suis d'accord que l'œsophagite c'est un diagnostic clinique... euh fibroscopique et que cliniquement on ne peut pas dire qu'il y a une œsophagite, ou une euh... parce que pyrosis tout ça, ça peut être tout simplement les... bon là forcément s'il crache du sang je l'envoie chez le gastro, ça c'est sûr, pour moi c'est un signe de gravité.

(Sur les posologies, demande de précisions sur l'emploi)

Alors double dose non, rarement, à part... Non. Rarement. A part si, par exemple, ce que j'utilise souvent, je l'ai utilisé récemment : une mamie, troubles cognitifs, déglobulisation sous Plavix, je lui mets double dose d'IPP. Pas de notion de méléna mais en même temps troubles cognitifs... les aides-soignantes je ne les ai pas croisées. J'ai arrêté le Plavix et je l'ai mise sous double dose pendant quelques temps.

Concernant la réévaluation du traitement, vous disiez laisser un mois avant de réévaluer ?

Donc je laisse environ un mois ouais.

Et si c'est efficace, vous poursuivez le traitement ou...

Non, j'arrête. Je fais des traitements d'un mois.

En préventif c'est selon. Par exemple si je mets 5 jours d'AINS, je mets 7 jours d'IPP. Et en curatif ce que je fais c'est que voilà, je le prescris, je le prescris pour un mois, je leur dis que si au bout de 15 jours, 15 jours normalement ça devrait aller mieux, il ne viendra pas me voir. S'ils reviennent me voir c'est que ça ne va pas mieux, je change d'IPP, sinon, si ça va mieux je fais un traitement d'un mois et après j'arrête puisqu'ils vont mieux généralement et je leur dis que si ça revient, qu'ils reviennent me voir, qu'on essayera peut être un autre IPP, et qu'en fonction soit on ira voir le gastro soit on refait un essai d'IPP.

Trouvez-vous compliqué de faire entendre à certains patients, qui parfois les prennent depuis des années, que ces médicaments là ils ne sont plus nécessaires ?

(E1) Non, pour moi les gens ils sont assez ouverts à l'arrêt des médicaments, globalement.

Moi je leur dis que moins ils en ont mieux c'est, que de toute façon plus ils vont avancer dans l'âge plus ils en auront.

Après ce que je n'arrête pas c'est chez les gens qui ont... (E1) un antécédent d'ulcère, parce que ça me fait... je sais qu'ils resaignent avec l'arrêt d'IPP ; ceux qui sont sous Kardégic avec un antécédent de rectorragies, d'hémorragies digestives sous anticoagulants ou sous antiagrégants plaquettaires, ou plus généralement ceux qui sont voilà, qui sont sous antiagrégants plaquettaires ou anticoagulants je ne les arrête pas. Après je n'ai pas le

réflexe systématique, je vous dis des fois je leur mets, mais je le mets pas à (EI) TOUS ceux qui ont des antiagrégants plaquettaires. Quand j'instaure un antiagrégant plaquettaire je ne mets pas de manière systématique, mais j'y pense après coup, mince il faudrait peut-être mettre quand même sous IPP.

Quand vous devez les arrêter, vous les arrêtez du tout au tout, vous repartez sur des prises à la demande, vous switchez pour des anti H2 ?

Non, j'arrête. De façon... (EI) d'un coup, brutalement, je les arrête.

Au niveau des effets secondaires, surtout au long cours, est-ce que vous avez la sensation d'être suffisamment informé sur ces effets ?

Non. Alors le principal que l'on connaît, moi étant donné que j'ai fait beaucoup de gériatrie c'est l'hyponatrémie. C'est vrai qu'en fait on réalise qu'il y a beaucoup, beaucoup, (EI) beaucoup de personnes sous IPP qui ont des hyponatrémies, donc j'essaye de rester vigilant sur ça, et dès qu'il y a une hyponatrémie je l'arrête si il n'y a pas d'indication formelle.

Après non, je t'avouerais qu'à part les hyponatrémies, je ne pourrais pas te dire tous les effets secondaires. (EI) Et c'est vrai qu'on n'est pas assez informé (EI) et on considère un peu les IPP comme un traitement comme le doliprane quoi au final, qui n'a pas d'effets secondaires et qui... qui a plus un effet bénéfique, voilà qui est là hein cet effet bénéfique ! Mais c'est vrai que moi je pense qu'on n'est pas... pas assez informé, et on oublie un peu les effets secondaires des IPP du fait de la fréquence de la prescription.

(Quelques exemples d'autres effets secondaires sont donnés, notamment malabsorption)

Ah je ne savais pas tu vois... Ah oui ? Remarque si j'en avais déjà entendu parler. Mais j'ai retenu surtout les hyponatrémies. En plus en gériatrie souvent ils ont tout ! (EI) Ils ont l'ISRS, les IPP, ils ont l'IEC, et au final c'est le cocktail Molotov de l'hyponatrémie qui devient symptomatique et importante.

Donc pas d'autres effets secondaires relevés dans votre patientèle ?

C'est essentiellement l'hyponatrémie ! (Ei) Après, on trouve ce qu'on cherche donc forcément si on n'y pense pas... Maintenant que tu le dis, la malabsorption de calcium, oui ça me dit mais... généralement les femmes âgées elles sont ostéoporotiques donc est-ce qu'on se dit c'est à cause des IPP ? Je ne sais pas... Tu vois ce que je veux dire ? Alors que l'hyponatrémie tu vas vraiment aller chercher comment régler ça.

S'ils ont d'autres traitements hyponatrémiants je les arrête eux, parce que les IPP je n'y pense pas forcément. Ce ne sont pas ceux que j'arrête en premier.

D'accord. Vous avez des questions, des remarques ?

Après, moi ce que je fais c'est selon mon intuition, quand j'ai des symptômes gastriques, je mets sous IPP, je n'envoie pas chez le gastro. J'essaye de faire un traitement d'épreuve et si ça marche on temporise.

Après ce que je remarque c'est que quand j'envoie chez le gastro, après une 1^{ère} prise d'IPP, ils font un 2^e traitement d'épreuve, (Ei) ils ne se jettent pas de suite sur la fibro non plus ! Ils ont tous des pratiques différentes mais bon, ils temporisent aussi, je ne vais pas les renvoyer à nouveau s'ils n'y pensent pas non plus la première fois.

Entretien 2

Pour commencer, pouvez-vous me parler des IPP dans votre pratique courante, de l'usage que vous en avez?

Alors, les prescriptions, toujours en association avec les AINS (EI) de manière systématique ! Pour éviter les effets indésirables des anti-inflammatoires que l'on connaît bien, les effets indésirables gastriques. Sinon, ça m'arrive d'avoir des patients qui viennent pour des symptômes digestifs, des motifs de reflux gastro-œsophagien ou de gastrite, dans ces cas-là je le prescris en association avec le Gaviscon, si le traitement est résistant au Gaviscon ou s'il y a des motifs, je crois que c'est plus de 3 prises par semaine, je les prescris en continu. Sinon... Attends je réfléchis...

Ces prescriptions, vous les faites sur une durée de combien de temps généralement ?

Quand c'est en association avec du Profenid, ou des antiinflammatoires, la même durée que l'anti-inflammatoire. Quand c'est pour des symptômes de RGO ou de gastrite, dans ces cas-là je fais une prescription d'un mois et on refait le point pour une prescription au long cours. Est-ce que je peux te dire autre chose ?

Et je me mets du demi-dose, sauf si le patient est symptomatique et déjà sous IPP, là je mets du pleine dose, voire double dose. Mais si je passe en double dose, je vois avec le gastro quand même.

La prescription initiale, vous la faites vous-même ou bien ce sont souvent des collègues spécialistes qui la débudent ?

C'est très rare que ce soit les spécialistes, (EI) c'est les généralistes, oui, 9 fois sur 10. Les cardiologues, alors jamais, (*rires*) jamais vu une ordo de cardio avec un IPP. Souvent moi j'ai l'impression que c'est fait en amont de la consultation chez le gastro les IPP. Souvent, j'ai tendance à me dire que le patient va être dirigé vers un spécialiste si les symptômes sont résistants aux IPP, si on suspecte une œsophagite. Donc les prescriptions sont faites par les généralistes.

Prescrivez-vous régulièrement des examens complémentaires, que ce soit de la biologie, des examens d'imagerie, une fibroscopie ou recherche d'HP ?

Pas du tout... (EI) Pas du tout. En toute honnêteté, non... je n'ai pas d'exams complémentaires avant de prescrire un IPP. Après s'il y a un contexte oui.

Mais la prescription simple d'IPP un patient qui vient et qui me dit voilà « le Gaviscon me suffit plus, j'ai du reflux typique 4-5 fois par semaine qui me dérange », là je prescris un IPP, je ne fais pas d'exams. Là où je vais faire une imagerie ce sera à un mois de traitement si les symptômes persistent, là je ferais une fibro, en échec, je vais explorer pour aller voir s'il n'y a pas une hernie hiatale, pour rechercher un Helicobacter. Mais en 1^{ère} intention non.

Et votre utilisation sur des symptômes extra-digestifs ?

Non honnêtement je ne m'en sers pas. Ça ne se présente pas si souvent et je n'y crois pas trop, donc ceux-là je ne les traite pas comme ça.

Les recommandations HAS, est-ce que vous les trouvez adaptées à votre pratique ?

Alors, est-ce que je les connais déjà ? (rire)

Je les ai ici. (Prend quelques instants pour se les remémorer)

Moi, honnêtement oui, je les trouve adaptées. Après c'est celle que j'ai apprise il n'y a pas si longtemps donc pas trop de recul pour avoir un œil critique dessus, mais ça a l'air de correspondre aux situations cliniques où les patients en ont besoin.

Avez-vous une idée de la proportion de votre patientèle avec une prescription d'IPP au long cours, disons plus de 6 semaines ?

Oula ! Oula oula !! Le nombre de fois où j'ai un patient qui vient avec un IPP sur son ordonnance ! C'est toutes tranches d'âge confondues, je dirais... (EI) 40% ? Entre 30 et 40%. En englobant... oui, sachant que l'on a quand même beaucoup de personnes âgées. (EI) Mais je le vois souvent sur les ordonnances oui !

Avant de renouveler un traitement par IPP, comment vous réévaluez son indication ?

Comment ça ?

Alors, quand vous recevez un patient pour son renouvellement d'ordonnance, qui est sous IPP, sur quels critères vous allez juger de le renouveler ou pas ?

S'il faut le renouveler ou pas ? ... (EI) C'est très rare de ne pas le renouveler ! Très très rare de ne pas le renouveler. Honnêtement... moi j'ai l'impression que c'est renouvelé de manière un peu systématique, sans trop se poser la question.

Pour quelles raisons à votre avis ?

Je pense que c'est un médicament qui est perçu comme étant inoffensif, sans effets indésirables. J'ai appris récemment qu'il y avait des effets indésirables à type de malabsorption d'autres médicaments, mais je ne le savais même pas. Donc c'est un médicament qui ne fait pas peur entre guillemets, comme le doliprane, on a tendance à le renouveler sans trop, bon... ça ne correspond pas à des paramètres sanguins ou cliniques ni rien du tout donc bon...

Ce qui va me freiner, ou ce qui pourrait freiner le renouvellement c'est l'instauration d'un nouveau traitement, qui va... ou qui est à risque de malabsorption genre Previscan ou anti épileptiques. Là on peut se poser la question ou en tout cas le déplacer dans la journée ou adapter la poso.

Quand il s'agit de les arrêter, chez des patients qui les ont au long cours, qui y sont habitués, parvenez-vous à les faire arrêter facilement, ou est-ce que certains facteurs vous limitent, une crainte de votre part ou des patients qui souhaitent le poursuivre à tout prix ?

Le cas où typiquement tu as envie d'arrêter les IPP, et puis surtout chez les personnes âgées, (EI) c'est pour les interactions médicamenteuses, quand tu vois des listes de médicaments qui sont interminables et que tu as envie d'élaguer un peu l'ordonnance, là tu te dis « bon voilà, celui-là je vais le retirer il sert à rien ». Ou en tout cas ça mérite de réfléchir et peut-être d'arrêter, d'essayer.

Et qu'est-ce qui vous limite à le faire ?

(EI) La reprise des symptômes ! Et du coup une perte de confiance du patient dans la relation médecin malade, parce que bon le patient il peut se demander, si tu ne prends

pas le temps de lui expliquer, pourquoi... quels sont les bénéfices de l'arrêt du traitement. Lui une fois qu'il va être à la pharmacie il va se rendre compte de ça et il va se dire « mais pourquoi mon médecin m'arrête comme ça brutalement mes traitements », donc il faut prendre le temps de leur expliquer ça c'est sûr, surtout les médicaments qu'ils ont depuis longtemps.

Et vous l'avez ce temps ?

(E1) Ah ça ! Pas toujours non. En tout cas je ne le prends pas, pas assez parfois.

Et si vous décidez de le déprescrire, vous gérez ça comment ? Vous l'arrêtez simplement, vous passez en demi-dose, vous le mettez à la demande ?

J'aurais tendance à passer en demi-dose d'abord, voir comment ça se passe sur un mois, reconvoquer à un mois, faire le bilan des symptômes et puis éventuellement s'il reste des symptômes mais que c'est très occasionnel, un traitement mixte IPP et Gaviscon.

Et le traitement à la demande, vous l'utilisez ?

(E1) Jamais. Jamais parce que j'avais l'impression que ça ne servait à rien, que de toute façon ça marche... ce n'est pas un effet mécanique, ça met un certain temps à agir donc l'idée qu'on prend un Inexium pour calmer des aigreurs ponctuelles c'est ... ça ne me semble pas pertinent. Et souvent les patients arrivent avec leur ordonnance de traitement, mais prennent leur IPP à la demande, comme du Gaviscon, et du coup quand j'ai le temps j'essaye de leur expliquer le principe du traitement par IPP, et la nécessité de poursuivre sur plusieurs semaines. C'est fréquent et du coup ils restent symptomatiques quand ils arrêtent parce qu'ils ne l'ont jamais pris comme il faut, et ils veulent le garder...

Est-ce que vous avez connaissance des effets secondaires qu'ils peuvent provoquer au long cours ?

... Je pense que... J'ai appris récemment qu'il y avait cette malabsorption mais c'est tout...

Ou est-ce que vous avez déjà noté des effets secondaires dans votre patientèle (Non !) que vous pourriez imputer aux IPP ?

Aucun. Non.

Merci beaucoup ! Vous avez des questions ou des remarques ? Quelque chose à rajouter ?

Les IPP là, c'est un traitement qui est... pas surprescrit mais (EI) énormément prescrit. Je pense que, ça a fait comment dire... c'était du pain béni pour les labos parce que c'est efficace, et que c'est un symptôme qui est très très fréquent donc automatiquement ça engendre beaucoup de prescriptions ! Avec très peu de contre-indications. Peu d'effets indésirables. (EI) Connus en tout cas !

Je pense qu'il y a une sous information des effets indésirables, je me souviens de lointains cours sur les IPP, enfin sur le RGO : on nous a complètement occulté, (EI) ou alors je ne m'en rappelle plus, les effets indésirables. Alors que sur les anti-inflammatoires par exemple c'est... C'est alerte sur alerte, et pour pas mal de traitements, pour les IPP non. Donc ça serait intéressant de sensibiliser les médecins traitants oui, sur ces effets indésirables. (EI) Particulièrement chez les personnes à risque quoi, chez les personnes âgées qui sont souvent d'ailleurs les plus intéressées parce c'est chez eux qu'on les prescrit, et qu'ils sont déjà polymédiqués !

Entretien 3

Pour commencer, pouvez-vous me dire ce que vous évoque, comment vous vous représentez la classe médicamenteuse des IPP ?

Alors... c'est-à-dire, un médicament courant déjà. Qui est utilisé principalement comme traitement symptomatique, et parfois en prévention des effets secondaires des AINS. Hum... je dirais peut être, ce que ça m'évoque c'est peut-être le problème de sur-prescription en gériatrie, parce qu'en gériatrie c'est souvent prescrit de manière un peu... presque systématique, comme ça. Voilà. (HI) Et efficace ! Oui, efficace parce que le ressenti des patients... enfin, ils te le disent bien, ça les soulage.

Dans votre pratique, dans quel cadre vous les prescrivez ?

Alors... symptomatique essentiellement, je dirais presque 80% hein. En prévention pas systématique mais en fonction de l'interrogatoire et des antécédents du patient. Et... et puis parfois sur des indications spécifiques, ce ne sont pas les plus courantes mais quand même, on en voit des patients qui ont eu la gastroscopie qui a montré qu'il y avait une œsophagite ou... avec des traitements au long cours à ce moment-là qui sont impératifs quoi, et qui sont étayés.

Et sur vos traitements au long cours, vous avez quelles habitudes de prescription ?

Alors je pense que, c'est parfois un peu bizarre mais je crois que juste une habitude de prise mais par exemple l'oméprazole je le prescris systématiquement en 20, alors que si je me souviens bien c'est comme une double dose car il en existe du 10. L'Inexium, l'esoméprazole, par contre j'ai plutôt tendance à le prescrire en 20 alors que le double dose est à 40, et que le 40 je ne l'utiliserais que dans des situations un peu exceptionnelles, et même j'aurais plutôt tendance à récupérer des patients sous Inexium 40 en essayant de le repasser à 20. Ce qui à mon avis est une erreur mais bon voilà, c'est vrai que selon la molécule j'ai mes petites habitudes... Je prescris principalement ces deux-là.

Je prescris de temps en temps d'autres molécules mais voilà, je ne connais pas de différence entre tous.

A l'instauration du traitement, vous allez partir sur des traitements de combien de temps et comment vous gérez ça par la suite ?

En aigu si j'ai une plainte qui est je dirais, nouvelle, qui n'est pas chronique quoi, un patient qui vient avec une gastrite, ou des symptômes évoquant une gastrite, je vais plutôt le prescrire 5 jours et puis expliquer que si les symptômes récidivent à l'arrêt du traitement à ce moment on se revoit pour évaluer un traitement à la demande.

A ce moment-là si ça a été efficace mais tant mieux, mais s'il y a une récurrence très précoce ou des rechutes régulières, quelles sont vos habitudes ?

Peut-être orienter sur gastro là, de principe, pour faire une gastroscopie. Après ça dépend un peu du profil du patient, si le patient est réticent et qu'on n'a pas beaucoup de signes d'inquiétudes euh...et qu'on a des facteurs diététiques et voilà, comme l'obésité, on peut penser que c'est plutôt fonctionnel, je pourrais accepter qu'on parte sur un traitement prolongé sans gastro quoi. S'il n'y a pas de signe d'alarme et qu'on a un profil de patients qui correspond bien au reflux, euh... je lui expliquerais que c'est quand même lié à son surpoids.

Le prescripteur initial de ce traitement c'est souvent vous-même, ou alors vous avez beaucoup d'instaurations par des collègues, des gastro, des cardiologues par exemple ?

(Réfléchit) Hum, assez difficile à répondre mais... je dirais que... si c'est du chronique, parce que parfois on voit des patients qui ont déjà le traitement, il a pu être initié par un collègue ou une consultation de gastro. (E) On voit beaucoup de patients qui ont déjà le traitement sans trop se souvenir qui a initié le traitement d'ailleurs. Mais oui, c'est principalement moi quand même.

Et des bilans type prise de sang, recherche d'HP par Helikit, vous vous en servez quand vous prolongez ces traitements ou pas du tout ?

Je ne m'en sers pas du tout. Pour moi l'Helikit il est intéressant en suivi mais pas pour un diagnostic donc si on veut vérifier la pertinence, il faut faire une fibroscopie et des prélèvements.

Concernant les recommandations HAS, qu'est-ce que vous en pensez ?

Je ne les ai pas en tête, honnêtement.

Je les ai ici. Alors elles datent un petit peu, 2009. Notamment les prescriptions sur des symptômes extra-digestifs, je sais que ça se fait tout de même régulièrement.

(Après rapide lecture) (E1) Ouais alors ça, c'est vraiment le problème des AMM ! C'est vrai pour les IPP et pour d'autres médicaments : on utilise en médecine générale des médicaments hors AMM de manière courante et je n'ai vraiment aucun problème avec ça parce qu'il y a une efficacité manifeste qui est reconnue de tous quoi. C'est vrai qu'on n'en a pas parlé mais c'est vrai que ça m'arrive régulièrement d'instaurer des IPP sur des manifestations ORL, en traitement d'épreuve au moins, oui, oui. C'est fréquent ça ! Du coup oui, elles sont trop restrictives à ce niveau-là. Enfin pas très adaptées à ce pourquoi moi je m'en sers. C'est intéressant ça.

(E1) Après, ils le disent bien ! Ce n'est pas que les études ne montrent pas d'efficacité, mais il n'y a pas d'AMM ! Si on fait une étude c'est certain qu'on y trouvera un intérêt. Mais ça revient cher au labo aussi de le prouver.

Dans votre patientèle, quelle est la proportion à peu près à consommer des IPP de manière chronique ?

Ahhhh... il y en a hein ! Il y en a ! Il y en a un paquet ! Allez, je dirais entre 10 et 20 %. Au moins chez les personnes âgées. Oui, au moins 20 % !

Comment est-ce que vous réévaluez l'indication du traitement avant renouvellement ? Si vous récupérez un patient sous IPP au long cours, comment vous allez décider de le poursuivre ou non ?

(E1) Ah, c'est toujours le problème... lors des renouvellements on est souvent dans le systématisme, on ne se pose pas à chaque fois la question... Mais ça peut se faire. Je pense qu'on peut expliquer au patient que ça reste des traitements qui sont là pour soulager

des symptômes et que ça peut... ça peut être intéressant d'essayer d'arrêter, de voir comment ça se passe sans le traitement et qu'en fonction, on avisera s'il faut le reprendre ou pas. Après par contre je propose aussi chez des personnes qui ont perdu du poids, qui ont moins de reflux, et qui aurait moins de raisons d'avoir des symptômes.

Si vous décidez de l'arrêter, vous faites un arrêt strict, ou passage à la demande, en demi-dose, à une alternative ?

Non, je pense qu'on peut se permettre d'arrêter directement.

Et les gens l'acceptent bien ou vous rencontrez des réticences ?

C'est surtout que ça doit être expliqué en fait, mais ils ne sont pas un frein pour l'arrêter en général.

A propos des effets secondaires de ces médicaments au long cours, est-ce que vous considérez être suffisamment informé ?

On estime effectivement que c'est un traitement qui ne pose « jamais de problèmes », (EI) qu'il n'a que des bénéfices ! La seule chose que j'ai retenue de mes cours de gériatrie, de mon DU de gériatrie, c'est que chez les personnes âgées ce n'est pas toujours bénéfique en termes de résorption notamment, et qu'en diminuant l'acidité on peut avoir des carences majorées par les IPP. Donc c'est pour ça que je suis un peu plus prudent chez les personnes âgées.

Mais avez-vous constaté vous-même des effets secondaires imputables à la prise d'IPP ?

(EI) Non. Honnêtement non !

Entretien 4

Alors, pour débiter, pouvez-vous me parler de ce que vous évoquent les IPP, de façon générale ?

Les inhibiteurs de la pompe à protons... assez banals. (E1) Faciles de prescription, avec assez peu d'effets secondaires, de rares contre-indications qu'il faut savoir mais... Oui je le prescris facilement. (E1) Et très efficace !

Dans votre activité, vous le prescrivez dans quelles indications ?

Je le prescris dans les RGO, en cas d'échec des produits locaux genre Gaviscon etc... je le prescris beaucoup en préventif chez les sujets de plus de 65 ans avec les anti-inflammatoires et avec les anti-coagulants.

Pour quelle durée de traitement initiale ?

Sur la durée de la cure, je laisse juste quelques jours débiter par rapport aux AINS. Mais après, sur les reflux je mets un mois et puis j'arrête, je ne le remets pas systématiquement.

Après si ça revient, si le reflux reprend, je leur mettrais plus longtemps, mais je cherche la dose minimale quand même.

A quelle dose vous les prescrivez en traitement d'entretien ?

Alors moi je le mets en pleine dose, parce qu'en fait les gens quand ils viennent c'est qu'ils ont mal, et tu as un temps de cicatrisation important, et dès que tu arrêtes tu as 2-3 jours tranquilles, mais si tu as un reflux chronique les symptômes reviennent et tu ne dors pas de la nuit ! Je sais ce que c'est...

Et en cas de récurrence précoce ?

A ce moment-là je le prescris plus longtemps, oui. En général 3 mois, parce que ma patientèle je la revois souvent tous les 3 mois. Je te parle des gens qui ont d'autres pathologies, ils ne viennent pas me voir que pour ça en général. Du coup je le continue 3 mois de plus et j'arrête, enfin j'essaye de l'arrêter. Et si ça leur reprend je leur redonne, au long cours. (E1) Mais en essayant de diminuer la posologie là par contre, en demi-dose.

Vous conservez la même molécule ou vous faites du switch en essayant d'autres produits ?

Non, s'il a été efficace le temps de la prise je repars sur le même, même dose. Je ne fais aucune différence entre les IPP. Non, aucune. Le plus souvent je prescris l'oméprazole, en générique.

Sur l'aigu et le chronique, les traitements c'est vous qui les initiez ou bien vous avez beaucoup de patients qui reviennent avec des prescriptions de spécialistes ?

Non, très rarement les spécialistes.

Avant de débiter ces traitements prolongés, quand vous poursuivez le traitement plus de 4, 6 semaines, faites-vous des examens particuliers ?

Tu sais, en général ce sont des personnes âgées, donc les prises de sang je leur en demande de manière assez fréquente, ne serait-ce que par ce que souvent ils sont sous traitement anticoagulant direct ou AVK, donc je redemande des fonctions rénales ou INR ou autre. Donc de toute façon des prises de sang... ces patients-là ils en ont régulièrement des prises de sang. Avec des contrôles de fonction rénale. C'est de ça que tu voulais parler, la fonction rénale non ?

Pas spécialement non. La question est ouverte, certains collègues demandent des ionogrammes, certains vont directement à la fibro...

Non pas plus. Je ne vais pas directement à la fibro non, j'attends toujours un petit peu.

Et l'Helikit, vous vous en servez de temps en temps ?

Oui.

A quel moment ?

Souvent pour voir s'il y a eu après un traitement par Pylera, euh... 2 mois après en général je fais un Helikit pour voir s'il n'y a plus d'Helicobacter. Par contre en dépistage je ne m'en sers pas trop. Pas assez peut-être. Mais c'est validé depuis très récemment ça.

Et donc, la fibroscopie, à quel moment elle intervient dans le parcours ?

Bah... en cas d'échec, de récurrence. Si je me dis « il ne faudrait pas qu'il ait un ulcère ou un cancer », ou éventuellement s'il a des troubles comme de la dyspepsie importante, basse, tu te dis « bon, si jamais il a une lésion œsophagienne peptique, je la demande ». Mais

pas d'emblée bien sûr ! (E) C'est quand même un examen qui nécessite une anesthésie. Mais c'est vrai qu'en cas de récurrence... Si tu traites quelqu'un, mettons tu l'as traité un mois, si après il va bien, tu ne vas pas la demander. Mais, c'est vrai que si tu es obligé de redonner un traitement de 3 mois et que ça ne va toujours pas, alors là oui tu es obligé de demander une fibroscopie.

Rien d'autre ?

Alors après les pHmétries œsophagiennes et tout ça, c'est le problème des spécialistes.

Concernant les recommandations en elles-mêmes, qu'en pensez-vous ?

Il faudrait déjà que je les connaisse !

(En prend connaissance) Alors déjà là il y a une différence de traitement sur un diagnostic endoscopique ! L'œsophagite il faut déjà l'avoir investiguée.

Notamment, ça c'est intéressant, je crois que l'on est pas mal à le faire : la prescription en traitement d'épreuve sur des symptômes extra digestifs.

Alors ils n'ont pas l'AMM, mais bon... dans les toux chroniques tu as 3 trucs : l'allergie, les trucs infectieux plus rares en chronique et puis le RGO. Mais même moi, je bosse avec les ORL ils prescrivent aussi les IPP « pour voir ». Alors que c'est vrai que ça n'empêche pas le reflux les IPP.

(Etonné de l'absence du Pylera notamment.)

Après, on voit qu'elle date sur l'éradication de l'Helicobacter par exemple !

(E) Et si tu veux, elles n'ont pas l'AMM, mais ce n'est pas pour ça qu'elles ne sont pas efficaces ! Parfois c'est le labo qui ne l'a pas demandé aussi, parce que ça va remettre en cause d'autres trucs en fait, et puis ça leur coûte cher, ce n'est pas pour autant que ce n'est pas efficace.

Là j'en ai une, qui toussait depuis 2 ans je l'ai envoyé voir l'ORL, on n'a pas fait d'examen complémentaire, on l'a mise sous IPP puis ça passait pas, pendant des mois, et en fait elle avait une sarcoïdose ! Elle a une sarcoïdose. Alors en fait le traitement il ne servait pas à grand-chose quoi, donc ces toux chroniques ça vaut le coup d'aller un peu plus loin finalement.

Autre chose qui est évoqué, c'est le traitement à la demande. Ça vous arrive de le mettre à la demande ?

Alors à la demande, moi je mets surtout de la cimétidine effervescente, parce qu'en fait c'est beaucoup plus efficace et beaucoup plus rapide d'action, même beaucoup plus que le Gaviscon. Sur tous les anti-reflux, tampons et tout ça, il n'y a rien qui marche aussi bien. Avant on mettait du bicarbonate de soude mais alors c'était horrible, 2 heures après ça revenait encore plus fort.

Savez-vous approximativement le pourcentage de votre patientèle sous IPP ?

C'est dur à dire... Allez je mettrais un sur six, environ 15%.

Chez des patients ayant des IPP depuis des mois, des années pour certains, est ce vous réévaluez systématiquement la prescription et sur quels critères vous poursuivez le traitement ou non, y compris chez des patients que vous découvrez ?

Je lui demande pourquoi il les a. Après je regarde son traitement, et en fonction je vais le continuer ou peut-être éventuellement le stopper. Mais bon je reconnais qu'en général, je le prolonge assez facilement.

S'il y a une bonne tolérance, on a tendance à les poursuivre ?

Oui, si la tolérance est bonne, j'avoue que je ne me pose pas trop la question. Si je suis pressé pendant la consultation, ce n'est pas ma priorité non...

Vous parliez du reste de l'ordonnance, est-ce qu'il y a des associations qui vous interpellent ?

(Riant) Alors je sais qu'il y en a mais honnêtement je m'en souviens plus ! L'avantage de ce médicament, c'est qu'il y a très peu d'interactions et d'effets indésirables !

Quand vous devez les arrêter, chez quelqu'un qui les a depuis longtemps, vous les arrêtez comment ?

Moi je les arrête brutalement, et si ça pose problèmes, on les reprend !

Au niveau des effets secondaires des IPP, avez-vous vu des infos passer là-dessus ?

Alors on ne voit pas beaucoup d'infos non. Moi ce que retiendrais c'est la constipation. Quand j'ai quelqu'un de constipé, je commence à arrêter les IPP, enfin à moins qu'il y ait d'autres médicaments comme les anticalciques aussi.

(Quelques infos sur les effets secondaires sont abordées, notamment malabsorption/pullulation microbienne...)

(Surpris) Ah ok, je ne savais pas ça. C'est un problème parce que les vieux sont ceux qui en prennent le plus (d'IPP) et ce sont souvent ceux qui sont carencés notamment en vitamine D. Ils ont d'autres risques remarque, ils ne vont pas souvent au soleil, ils ont une alimentation parfois insuffisante...

D'autres effets constatés ?

Non, je n'y ai pas fait attention.

Vous avez des remarques en conclusion ?

Si tu veux, bon : (EI) moi j'ai vécu presque le début de la cimétidine, donc des anti H2. Et quand les IPP sont arrivés, on disait « attention aux sécheresses gastriques et cetera », c'étaient les représentants des labos de la cimétidine qui nous disaient ça. Et donc on nous parlait déjà d'effets secondaires des IPP. Et je ne sais pas pourquoi les anti H2 ont complètement disparu.

Entretien 5

Alors première question un peu générale : est-ce que vous pouvez me donner la représentation que vous vous faites des IPP, de cette classe médicamenteuse ?

Alors, à peu près comme tout le monde, je dirais que l'avantage est que ce sont des médicaments qui sont relativement bien tolérés, ça c'est la première des choses. C'est-à-dire que ce sont des médicaments qui ont peu d'effets secondaires, qui sont efficaces ! Et maintenant avec les années, c'est-à-dire avec quelques dizaines d'années d'expérience on s'aperçoit quand même qu'il y a quelques patients qui sont un petit peu résistants à ces IPP. Moi c'est ce que j'en retiens le plus.

C'est-à-dire que leur efficacité...

L'efficacité n'est pas toujours prouvée, même si dans 90 % des cas ça marche super bien !

Dans quelles indications vous les prescrivez ?

La plupart du temps en association avec les anti-inflammatoires, je suis assez... large dans les prescriptions et systématiquement avec les AINS je mets des IPP le temps du traitement. Ça c'est la première prescription d'IPP, en quantité. Ensuite bon, tout ce qui est pathologie du reflux, gastrite etc...

Et là vous partez sur des traitements de combien de temps, sur du symptomatique ?

En général je leur dis de le prendre au moins 15 jours, enfin sur la gastrite. Sur le reflux on peut commencer par les traitements avec du Gaviscon etc, ou associant en fonction de l'intensité et de la gêne, ou si le Gaviscon n'a pas marché, alors dans ce cas pareil, traiter au moins 15 jours à pleine dose et après je fais soit à la demande soit en demi-dose. Ça dépend un petit peu du profil patient.

Ok, donc à 15 jours vous réévaluez, et si ça n'a pas été efficace...

Enfin je ne réévalue pas, c'est eux qui réévaluent ! Je leur dis « si tout va bien on ne se revoit pas, ou vous prenez de temps en temps » et puis voilà !

Après c'est vrai qu'on a une bonne partie qui les prend de façon très, très régulière !

Si au bout de ces 15 jours-là, échec, ou s'il y a récurrence précoce des symptômes 1 mois après, vous repartez sur la même chose ?

Tout dépend si c'est du reflux pur ou de la gastrite hein ! Et c'est vrai que c'est la difficulté entre les 2 ! Si j'ai le sentiment que c'est un problème de gastrite ou d'ulcère, on va plutôt faire le HP test avant de faire le traitement, ça nous évite de perdre du temps après, soit on repasse à pleine dose pendant 1 mois de traitement. S'il n'y a pas de mieux je le confie au gastro.

L'Helikit vous vous en servez en dépistage alors ?

Oui s'ils sont vierges de traitement par IPP, on commence par ça pour gagner un peu de temps derrière oui. Mais pas s'ils ont déjà pris des IPP, qu'ils connaissent, ils l'ont repris d'eux-mêmes...

En cas d'échec ou de récurrence précoce, il y a systématiquement une consultation gastro pour fibroscopie ?

(Hésitant) Hum... ça dépend des patients, il y a des patients qui sont, bon voilà... qui vont te dire « non, je ne veux pas voir de gastro », « je ne veux pas de fibro », avec eux ça va être plus compliqué. Et puis en fonction encore une fois de l'intensité : si le patient le tolère super bien et te dit « j'ai un peu mal, mais bon ça va, ça me gêne pas tant que ça », on ne va pas partir chez le gastro tout de suite.

Et ces patients quels sont les freins qu'ils évoquent à aller chez le gastro ?

« Pas le temps », « si on fait la fibro on va me proposer la coloscopie », « si on me fait la colo il va falloir que je fasse la réparation » ... (E) L'anesthésie un petit peu aussi !

Le prescripteur initial d'IPP dans votre patientèle, c'est vous majoritairement ?

Oui !

Parfois le stagiaire (elle est présente lors de l'entretien).

Enfin après ça peut être tous les spécialistes qui sont concernés, c'est vrai que je vois beaucoup de rhumatologie par exemple, si le rhumato a mis une protection parce qu'il met des AINS au long cours, je ne vais pas aller discuter sa prescription.

Avant de débiter un traitement ou de renouveler un traitement au long cours, vous faites des examens systématiques ?

Sur le reflux, ce sera le dépistage de l'Helicobacter, après pas plus que ça si je n'ai pas d'autres signes cliniques en dehors du reflux.

Et surtout, l'important ce sera les règles hygiéno-diététiques, de manger assez tôt, d'attendre aller se coucher en proclive etc. Enfin tous les conseils habituels.

Mais sur le bilan non, je ne ferais pas de bio systématiquement sur un reflux même traité au long cours.

La fibroscopie, on en a un peu parlé déjà, vous-même n'y voyez pas de frein particulier, ...

(E1) Non, je n'ai pas de frein du tout, d'autant plus que l'on sait qu'il y a des gens qui ont des reflux, qui sont complètement asymptomatiques parfois sous traitement, et quand on fait les fibro on se dit « oula, il était temps qu'on y aille parce qu'il y a déjà un EBO « ! Nous on sait qu'il y a ces patients-là.

Il y en a d'autres qui sentent le moindre truc, à qui on fait des fibros, qui en ont déjà eu 3 ou 4 et chez qui on ne trouve rien, et ceux qui ne se plaignent pas ou peu, et en allant voir on se dit « heureusement qu'on y est allé maintenant sinon après c'était trop tard ».

Donc c'est vrai qu'il faut toujours avoir ces petits signaux d'alerte pour ne pas passer à côté de choses importantes, c'est la difficulté.

Concernant les recommandations HAS, avez-vous des commentaires ? Les trouvez-vous adaptées, restrictives ? Utilisez-vous des traitements d'épreuve sur des symptômes extra digestifs notamment ?

(En prend connaissance) J'avoue que les recommandations HAS je ne les connais pas toutes par cœur, loin de là ! (Rires)

On n'est pas non plus très, très loin dans notre pratique. C'est vrai que nous comme on n'a pas la fibro soit on part sur le fait que l'on est dans le pire des cas, donc on va traiter comme si.

Après, dans l'extradigestif, dans les toux comme ça, même si c'est assez rare, chez nos patients qui ont des toux chroniques, surtout nocturnes, on va faire un test aux IPP, mais bon c'est juste un test donc on va traiter quelques jours et si ça ne marche pas on arrête. Que ça marche ou non de toute façon on va aller voir l'ORL ou l'allergo derrière, et très souvent on va en arriver à faire une nasofibroskopie et s'entendre évoquer un reflux, dans ces cas ce sont même souvent les ORL qui introduisent les IPP.

Savez-vous à peu près le pourcentage de votre patientèle qui est sous IPP au long cours ?

Il faudrait que je regarde sur les stats de la Sécu. Je n'en ai aucune idée, aucune idée.

Ils vous paraissent nombreux ou pas plus que ça ?

Alors ça dépend, tu veux dire sous IPP en chronique ?

Oui, pendant plus d'un mois de traitement.

(Hésitant) Il y en a pas mal quand même. Ce n'est pas la majorité c'est certain mais bon.

Non, aucune idée.

Quand vous recevez des patients pour des renouvellements, sur quoi vous vous basez pour le renouveler ou non ?

Alors ça c'est l'inconvénient de ces gens, il y a de plus en plus de patients qui demandent à changer de médecin parce que le leur part en retraite ou autre, et c'est vrai que souvent on est étonné, parce que l'on voit des IPP surtout arrivés à un certain âge : « mais pourquoi vous les prenez ces médicaments ? ». Et c'est vrai que là c'est difficile, ils te disent « oh c'est comme ça, on me l'a mis comme ça et voilà ». Ils n'ont jamais fait d'ulcère ni rien. Parfois au bout de 3 ou 4 consultations ça leur revient.

Si on n'a pas de support, on peut toujours essayer soit de diminuer la dose s'ils sont à pleine dose, soit de l'arrêter, ceux qui arrivent quand même régulièrement. Après souvent ils sont associés à l'aspirine, simplement.

Et chez ces patients chez qui vous renouvelez, l'endoscopie vous la refaites régulièrement ?

... Encore une fois le papy de 80 ans qui vient, avec ses IPP depuis des années... on n'a pas de raison de remettre en question tout ce qu'a fait le médecin précédent donc non, je ne vais pas aller refaire de fibro.

L'arrêt des IPP, quand il est nécessaire, vous le faites passer en demi-dose d'abord, à la demande ou autrement ?

(E) Non, on peut arrêter, après il faut les prévenir des symptômes à prévoir et éventuellement nous recontacter si nécessaire.

Les anti H2 type ranitidine ou autres, vous les utilisez ou pas du tout ?

Oui, quand les IPP ne marchent pas et que je suis convaincu que c'est une origine digestive haute, oui. Ça arrive de temps en temps mais ça reste ponctuel.

Les patients qui en prennent depuis longtemps, sont-ils réticents à les arrêter ?

Non, enfin... (E) c'est assez paradoxal, parce qu'on nous dit que l'observance chez nos patients est de l'ordre de 40% à 60 % et à côté de ça quand ils ont leur IPP au long cours ça les dérange pas de continuer leur IPP, donc bon, est-ce qu'ils les prennent vraiment tous les jours je ne sais pas.

Par contre quand on creuse un peu, à force de leur tenir le discours des prises fractionnées qui est là depuis quelques années, je pense que la plupart de mes patients les prennent puis ne les prennent pas puis les reprennent en fonction de la symptomatologie.

On en a sûrement qui les prennent depuis longtemps, avec de bonnes doses finalement mais sans qu'on le renouvelle à chaque fois.

Concernant leurs effets secondaires au long cours, en avez-vous connaissance, avez-vous l'impression d'avoir été alerté par des papiers, des revues ou sur des publications ?

(Réfléchit) (E1) Et bien c'est vrai que non, pas plus que ça. Après c'est comme toute la pharmacopée, on est sensé connaître un petit peu connaître les effets secondaires, mais en pratique dès que j'ai un symptôme un peu bizarre, je vais regarder la liste des médicaments et... On va faire un match dans 99% des cas, on va forcément trouver un médicament qui peut donner tel ou tel symptôme mais bon...

Mais vous n'avez jamais relevé un symptôme justement en lien avec les IPP ?

(Réfléchit) Non, non. Anecdotiquement, je leur dis, s'ils n'en ont pas trop besoin, de ne pas les prendre quand ils partent en Afrique du nord, pour mieux résister aux bactéries !

(Rires)

Entretien 6

Pour commencer, pouvez-vous me dire ce que vous évoque cette classe des inhibiteurs de la pompe à protons, et quels mots vous viennent en tête à son sujet ?

Alors, les mots qui me viennent en tête... (EI) Ulcère ! (Rires)

D'autres craintes vis-à-vis de ce médicament, ce que vous espérez en le prescrivant, d'autres notions ?

Oui, c'est essentiellement prévenir les ulcères gastriques.

Dans votre pratique courante, vous le mettez dans quelles situations ?

Alors, en protection quand je mets un AINS et éventuellement sur du reflux.

En co-prescription avec AINS, chez tout le monde ? Ou sur une population à risque ?

Non, non, non, j'essaie de les proposer qu'aux personnes plus âgées, et aux antécédents d'ulcères.

D'accord et au niveau des prescriptions pour du symptomatique, vous disiez pour le reflux, vous partez sur quelle dose, sur quelle durée généralement ?

Alors je pars sur de la demi-dose, et sur combien de temps... (hésitante) écoute, comme ça marche bien le problème c'est qu'ils sont demandeurs donc souvent je represcrist, donc c'est vrai je peux partir sur longtemps... Je vais prescrire tu vois sur 3 mois, et après ça peut se renouveler quand même.

Si cette demi-dose n'est pas efficace ?

Si je ne suis pas efficace en demi-dose j'envoie sur le gastro. Je me méfie de la pleine dose parce que ça m'avait masqué un cancer de l'estomac chez un patient donc je m'en méfie. Après le gastro il fait ce qu'il veut, il fait la fibro ou pas, mais au moins je suis tranquille. Quand un symptôme résiste avec du demi-dose, pour un reflux, pour un pyrosis, j'envoie chez le gastro.

Initialement, c'est plutôt vous qui faites la prescription ou les onco, les gériatres ?

Oui c'est moi plutôt. Je n'ai pas de problème à les instaurer.

Avant de débiter la prescription, avez-vous l'habitude de prescrire quelque chose en complément, des prises de sang, un Hélikit, de demander une fibro.

Non.

L'Hélikit vous vous en servez un peu ?

Très peu. C'est souvent le gastro, quand ils ont mis un traitement de l'Helicobacter, en contrôle.

Concernant les recommandations HAS, que j'ai ici, vous paraissent-elles adaptées, trop restrictives, trop larges ?

(Se penche dessus quelques instants)

La différence œsophagite ou non, cliniquement c'est difficile à dire, hein ?...

Mais alors attendez, cette différence comment on le sait nous ?

C'est fibroscopique...

(E1) Et voilà !

Après oui, ma foi... *(poursuit sa lecture)* Moi je suis convaincue qu'il n'y a pas de différence entre les IPP, sur leur efficacité.

Et concernant la prescription d'IPP « hors AMM », sur les symptômes extra digestifs ?

Ah voilà ! (E1) Mais ça ce sont les ORL qui en collent à tout le monde ! Les ORL et les pneumos !

Vous n'en démarrez pas forcément sur ces indications-là ?

(E1) Ah non, non. Parce que je suis convaincue que ça ne sert à rien. Je n'ai jamais d'efficacité, (E1) je n'ai jamais vu une toux améliorée par un IPP.

Savez-vous à peu près quelle proportion de votre patientèle est sous IPP ?

(Hésitante)...

Vous avez l'impression qu'il y en a beaucoup, ou en particulier sur une population particulière ?

Je pense qu'il y en a trop, mais te dire combien... Je dirais 10 %. Et puis tu sais les cardio aussi quelquefois, quand ils commencent à mettre un AVK, de l'aspirine, ils associent un IPP, il y a ceux-là aussi. Et c'est vrai qu'eux ils sont beaucoup prescripteurs aussi.

Comment vous allez réévaluer si le traitement est adéquat ou non, dans votre patientèle ou des patients que vous récupérez à des collègues ?

Ce que j'essaye de faire maintenant, depuis que j'ai lu Prescrire, je leur demande s'ils vont mieux, et s'ils vont mieux j'essaye par exemple de faire un jour sur deux, voire à la demande.

Vous utilisez d'autres traitement en alternatives, type cimétidine ?

Ah non, je n'en mets pas. Je ne m'en sers pas.

Vous n'avez pas de soucis à les faire arrêter aux patients ?

(E1) Ah oui, il y en a qui ne veulent absolument pas. Et si c'est le cas tant pis, je laisse...
(souples)

Vous ne faites pas de fibro de contrôle ?

Non !

Qu'est ce qui freine cette demande ?

Le geste est lourd quand même ! Si je suis dans du demi-dose. Les autres ils ont une fibro au départ, après je ne la recontrôle pas systématiquement non, mais il y en a toujours eu une au départ pour du pleine dose.

Quels sont les freins à la fibro ? Donc ce n'est pas anodin pour vous, et des freins des patients également ?

(E1) Ah oui, bien sûr, bien sûr ! « Je vais bien comme ça, pourquoi j'irais faire un examen supplémentaire » ?

Et puis souvent c'est compliqué à mettre en train pour les patients, tu as des consultations pré anesthésiques, il faut voir le gastro, les délais sont longs, suivant le cabinet que tu appelles tu en as pour 3 ou 4 mois !

Après des accidents liés à la fibro gastrique, bon, je n'en ai pas vus beaucoup.

Sur les effets secondaires imputables aux IPP, vous estimez que l'info circule suffisamment ?

Alors ce que j'en ai retenu, c'est une majoration du risque de fracture et des infections ! J'ai retenu ça.

Dans votre patientèle, vous avez déjà eu des gens avec des effets secondaires qui peuvent être dus à ça ? Et vous avez déjà dû arrêter un IPP à cause de ces effets ?

Non. En même temps je n'avais pas appris ça depuis très longtemps, donc peut-être que maintenant je vais être plus vigilante. Je l'ai vu dans Prescrire il n'y a pas très longtemps.

Des choses à ajouter ?

En y repensant j'ai eu des cas de gastro, de diarrhées sous IPP, et on avait mis du temps à trouver d'où ça pouvait venir, c'est vrai.

(Revient sur le sujet avant que je quitte le cabinet)

Et puis, pour les IPP et pour tout le reste, on a de plus en plus de demandes, nous je vois au cabinet, on peut difficilement recevoir tout le monde. C'est une catastrophe, on est

tellement envahi pas des tâches, des papiers à remplir et tout ça, que l'on ne prend plus assez le temps de se poser et de réfléchir.

Alors c'est vrai, les traitements qui ne semblent pas causer de torts, on renouvelle sans trop réfléchir...

Entretien 7

Alors, question d'introduction : à quoi pensez-vous lorsqu'on évoque les IPP ?

Qu'est-ce qu'il me vient en tête ?

Oui, concernant la classe médicamenteuse de manière générale, ce que sa prescription vous évoque ?

Ah le médicament en lui-même ? ... Je n'ai pas spécialement de signal qui s'allume, moi au départ je n'ai pas l'impression que c'est dangereux. Après... j'ai un petit truc qui me dit « attention », je ne sais plus s'il n'y avait pas une histoire de trouble du rythme... Mais bon, en soi c'est un médicament que je n'hésite pas à prescrire. (E1) Il ne me fait pas peur quoi, je ne regarde pas trop les médicaments qu'il y a autour...

C'est plutôt courant.

(E1) Assez facile de prescription.

Oui, ça paraît assez anodin.

Bon je vérifie toujours un peu la monographie pour être sûr qu'il n'y pas une contre-indication avec autre chose, mais c'est vrai que dans l'ensemble je ne vais pas réfléchir comme avec un antiinflammatoire ou ce genre de chose.

Concernant votre pratique courante, vous en avez quel usage ?

Je le mets aux patients que je mets sous anti-inflammatoire, de manière systématique chez les patients de plus de 50-60 ans. Chez les plus jeunes je demande quand je les mets sous AINS, s'ils ont des problèmes d'estomac ou pas.

Je le mets assez facilement sur des épigastalgies, quand les gens ont mal, je le donne beaucoup en traitement d'épreuve en me disant je vais voir un petit peu ce que ça donne. Après il y a... (E1) Et puis alors en renouvellement, j'ai beaucoup de patients en renouvellement aussi... Je redemande pas, c'est vrai que je renouvelle assez facilement, je ne cherche pas à comprendre...

Et parfois je le mets aussi après des gastros quand ils me disent qu'ils ont mal à l'estomac, pendant une petite semaine.

Sur les prescriptions pour les épigastralgies ou le reflux, vous le prescrivez comment ?

Quand ils ont vraiment mal, avec de vraies douleurs, assez importantes, je mets en pleine dose, et je mets 6 semaines. Après 6 semaines je leur demande de revenir, et s'ils ont encore mal à ce moment-là je leur demande de voir le gastro et s'ils n'ont plus mal on arrête là et on voit.

Donc en échec de ce traitement-là, vous passez par la consultation de spécialiste ?

Oui, parce que j'aime bien qu'ils aient une fibro au moins une fois.

Ici, vous les avez assez facilement ?

(E1) Je ne l'ai pas facilement non, mais bon... on attend ! (Rires)

Honnêtement ça dépend, mais souvent les consultations gastro c'est un peu compliqué. Et puis la fibro elle est organisée encore plus tard, donc je préviens les patients que ça va être long.

Si ça a été efficace, mais que le symptôme revient précocement ?

Là ça va dépendre du patient, si le patient est stressé et à ce moment-là je vais l'envoyer chez le gastro, ou il me dit que ça va vachement mieux avec le traitement, par contre quand je l'arrête ça ne va pas, à ce moment-là je lui dis : « écoutez, vous le prenez quand ça fait mal et puis vous l'arrêtez, enfin c'est vous qui le gérez en fait ! » Parce qu'il y en a aussi qui ne veulent jamais faire de gastroscopie ou de trucs comme ça, donc je tempère en fonction du patient.

Et qu'avez-vous noté qui puisse vous freiner vous, ou bien freiner les patients, à avoir ces examens ?

(E1) C'est le côté invasif ! Pour le patient souvent c'est le côté invasif. Alors après tu as beau leur dire vous allez être anesthésié et tout... Après tu as tous les... tous les patients qui sont actifs, ils n'ont pas forcément le temps d'aller voir le gastro, de se dire qu'ils vont prendre une journée pour aller passer leur examen ! Tu en as qui ont... même sans leur

avoir expliqué ce que sais, il reste sur l'image « on va me passer un tuyau dans la bouche, alors que je le prends depuis des années » ! Et puis après oui, parfois il y a moi aussi je me dis est ce que ça vaut le coup d'aller emboliser la consultation du gastro alors que finalement, ça ne va pas si mal que ça, qu'on s'en sort comme ça.

Et proposer des fibros sans anesthésie, ça pourrait les rassurer ? Vous en pensez quoi ? Si vous estimez que c'est nécessaire.

Alors... le truc c'est que j'en ai vu moi des gastros sans anesthésie et... (rires) je ne préfère même pas leur en parler.

Parlez-moi des signes d'alerte qui vont vous faire demander malgré tout et dès l'introduction du traitement, une fibroscopie.

Là il y a tout ce qui est saignement, hématomèse, ou chez les patients qui sont très, très douloureux, je vais leur demander de me rappeler après une petite semaine. Et puis je fais plus attention avec les patients que je ne connais pas. Ceux que je suis depuis des années je suis moins prudente peut-être, ceux que je sais en bonne santé. (E1) Et puis ceux qui ont déjà fait des ulcères !

Qui est généralement le prescripteur initial de ce traitement au long cours ?

(E1) Ah c'est moi ! Oui, oui, ça ne me gêne pas.

Et beaucoup sont mis sous IPP par leurs spécialistes ?

Non... ça c'est assez rare. Enfin... à moins que ça soit... comme je t'ai dit j'ai beaucoup de renouvellement et c'est vrai que tous mes patients je ne sais pas forcément pourquoi ils ont un IPP au départ. Donc après par qui il a été prescrit quand je les récupère d'autres médecins, ça je ne sais pas...

Avant de débiter des IPP, quels usages avez-vous des examens complémentaires ? Type biologie ou Hélikit ?

Je demande parfois des bilans bio avec une ferritine pour voir qu'il n'y ait pas de saignement qui passe inaperçu. L'Hélikit je ne le demande pas, j'ai... je ne sais pas trop ses indications, donc c'est vrai que... ça m'est arrivé de le prescrire une ou deux fois mais plutôt après un traitement.

Les échos ils m'en demandent parfois mais je leur dis qu'on ne verra pas l'estomac donc bon...

Concernant les recommandations d'HAS, qu'en pensez-vous ? Adaptées, trop restrictives, très permissives ? Notamment les prescriptions hors AMM ?

(En prend connaissance) Alors c'est vrai que pour revenir à ta question d'avant, j'ai beaucoup de prescriptions d'IPP par les ORL, c'est vrai qu'ils le font beaucoup, ils font une fibro, voient que c'est un peu irrité et du coup, sur des toux ils en prescrivent beaucoup...

Et vous-même ?

Oui, oui je le prescris aussi là-dessus. Non je n'hésite pas là-dessus.

Et alors là... la différence avec les œsophagites là, pas évident pour nous. Ici au cabinet c'est compliqué. Puis sur les symptômes extra digestifs on a tendance à se dire « il n'y a pas de raison que ça ne fasse pas d'effet ».

(Concernant l'équivalence entre différents IPP)

Et alors... ah ça par contre, moi j'ai eu beaucoup de retour comme quoi l'Inexium ne serait pas efficace alors...

Et tout ça c'est plus trop d'actualité là. *(Concernant le traitement de l'HP)*

Avez-vous un ordre d'idée du pourcentage de votre patientèle qui est sous IPP au long cours ?

Au long cours ? Hum... Pas mal... (E) Pas mal oui ! J'ai beaucoup, beaucoup de mes patients oui. Déjà tous mes patients que je vois en visite, j'en ai vu beaucoup hier, ils sont pratiquement tous sous IPP...

En fait j'ai quasiment tous mes patients âgés qui sont sous IPP. Allez oui, presque tous.

Et justement quand vous les voyez pour le renouvellement, vous avez des questions à poser systématiquement avant de renouveler ?

Ben, je leur pose parfois la question s'il est efficace, s'ils ont mal ou s'ils n'ont pas mal avec. Alors j'arrive à les arrêter quand ils me disent que ce n'est pas efficace, « et alors pourquoi vous les reprendriez ? ».

Et alors vous rebilantez ou vous faites quoi ?

(Rires) Je leur dis que l'on reverra plus tard. Si c'est un symptôme qui est là depuis longtemps bon...

Si vous décidez de l'arrêter, vous l'arrêtez comment ?

En général, je l'arrête d'un coup. Par contre je leur dis « si vous avez une boîte sous le coude et que vous en avez besoin vous le prenez » ! Du coup ça biaise sûrement un peu leur observance mais bon. Si ça ne leur suffit pas ils reviennent m'en parler.

Concernant les effets secondaires des IPP, estimez-vous être suffisamment alertée ou renseignée du moins ?

Alors non. Autant quand j'étais à la fac on avait des cours sur des tas de trucs, les anticoagulants, les AINS tout ça. Mais les IPP non, je n'ai jamais entendu parler de quoi que ce soit.

Si, peut-être une fois la pharma d'à côté m'a dit attention, IPP avec un autre médicament, je sais même plus quoi, « tu es sûre de toi ? » J'ai cette notion qu'un jour on m'a dit attention mais...

Vous avez des souvenirs d'un cas où cette prescription vous avait posé problème, avec des effets secondaires que vous aviez constatés ?

Je crois que je ne pense pas à rechercher leurs effets secondaires honnêtement. Si j'ai un patient qui arrive, je regarde, mais je vais dire « Non, ça ne peut pas être à cause de celui-là » ! Et puis tu ne cherches pas de ce côté-là non.

Ok, des questions ou des remarques à apporter ?

Non, pas particulièrement... enfin...

(Rappel de quelques effets secondaires au long cours.)

D'accord.

Non, pas évident d'y penser à chaque fois à celui-là. Puis après quand tu as une personne âgée qui prend son IPP depuis 15 ans si tu arrives et que tu lui annonces, « bon au fait, celui-là je vais vous l'arrêter »... Bon c'est compliqué.

Mais c'est vrai que c'est le cas avec tous les traitements au long cours, quand tu essayes de débroussailler un peu l'ordonnance tu ne sais pas toujours par où commencer.

Et puis après oui, il y en a aussi beaucoup qui arrivent et en fin de consult, « ah au fait, il me faut mon Inexium ! » Et bah tu le fais... C'est plus facile de renouveler que d'expliquer qu'il ne faut pas, si jamais tu as déjà 10 minutes de retard... (EI) Surtout quand on n'a pas notion de la nocivité !

Entretien 8

Pour débiter, pouvez-vous me dire ce que vous évoquent les IPP, quels sont les choses qui vous viennent en tête quand on est amené à parler de ça ?

Hum... ce que j'explique au patient, c'est que c'est un médicament qui diminue l'acidité de l'œsophage et que c'est très bien toléré, c'est rapidement efficace en plus, très souvent.

Après bon, avant les IPP on avait des médicaments type ranitidine et autres, qui étaient utilisés pour les ulcères, et moi quand les IPP ont commencé à être utilisés, enfin je ne sais plus de quand ça date exactement mais moi quand j'étais interne on ne les utilisait pas et bon, c'est arrivé après et ça a été un peu la révolution quoi. Super efficaces et avec peu d'effets secondaires. Enfin a priori...

En tout cas voilà, c'est un traitement qui est facile à mettre en œuvre. Après quand les symptômes récidivent ou quand ça ne passe pas, on essaye de pérenniser un peu la prescription mais c'est vrai que ça doit être un signal d'alarme, et là on devrait demander son avis au gastro.

Dans votre pratique, dans quelles situations vous êtes amené à le prescrire de manière prolongée ?

Alors déjà pour toute la prévention, on prescrit quand même beaucoup de manière un peu systématique en association, chez les gens un peu âgés. Donc chez ceux-là déjà, effets secondaires ou pas, je vais les garder.

En général je mets oméprazole en 1^{ère} intention, 10 mg pendant 1 mois et puis après s'il faut le continuer on essaye de trouver la dose minimum efficace. Honnêtement c'est quand même assez fréquent quand on fait ça d'avoir les patients qui reviennent avec une... nécessité de ré-augmenter au minimum à pleine dose ! Voire à double dose, mais là c'est avis gastro. D'emblée c'est rarissime.

De ce que j'avais lu, bon la monographie Vidal je ne l'ai pas forcément en tête là, mais de ce que je me souviens ça peut augmenter les polypes aussi. Si tu veux dans une consultation, sur la journée tu as quand même beaucoup de troubles fonctionnels

intestinaux, et pour surveiller ça il faut la consult du gastro. Parce que cliniquement, les effets secondaires, toi on ne t'en parle pas pendant la consultation donc c'est facile. Quand ça marche bien, c'est facile, on continue.

Oui, c'est rare qu'un patient revienne en se plaignant du médicament la semaine où on l'instaure ?

Voilà oui.

Et alors ces traitements prolongés, c'est vous qui les instaurez ou ce sont les collègues spécialistes ?

Ouais, il y a pas mal de patients qui reviennent avec un IPP suite à une consultation gastro. Et les cardio, il y en a qui le mettent quand on instaure un traitement antiagrégant, qui le mettent systématiquement et voilà.

(E1) Les patients qui l'ont au long cours, quand on leur pose la question « mais au fait, vous prenez ça depuis longtemps, vous l'avez pris pourquoi ? », et là ce n'est pas toujours très clair. Ils nous disent qu'ils ont eu un problème à l'estomac, sans qu'on sache trop de quoi il s'agit si on n'a pas eu de courriers. C'est souvent prescrit pour une gastrite et après par habitude sur les prescriptions on le renouvelle sans trop réfléchir.

Quand vous débutez vous-même la prescription, vous avez l'habitude de demander certains examens complémentaires ? Type biologie, Helikit, fibro ?

Alors je n'ai jamais proposé d'Hélikit en dépistage, en général c'est en post traitement pour vérifier l'éradication, et ça j'ai jamais pensé à le faire en préventif, je ne sais pas si ça se fait en fait, en dépistage ?

Après c'est vrai qu'on ne l'utilise que comme traitement symptomatique hein ? Donc typiquement sans examen préalable ! Et une fois qu'on l'a lancé, peut-être que parfois on masque des choses oui !

Quand j'ai des signes d'alerte, moi je les envoie chez le gastro. Et puis bon ici, quand ils vont chez le gastro, tu peux être sûr qu'ils vont avoir la fibro (*rires*) ! Ça fait partie du package, et puis ça leur fait gagner leur vie aussi, même si elle n'est pas utile (*rires*).

Et dans le suivi, demandez-vous des examens particuliers ?

(E1) Non ! non, non. C'est un examen suffisamment désagréable pour se dire qu'on y retourne vraiment que s'il y a du neuf, avec des arguments pour voir s'il y a une lésion, mais le faire pour s'assurer que tout va bien alors que le patient te demande rien, c'est un peu... gênant ?

Vous ressentez des craintes, un frein des patients à l'idée d'avoir cet examen ?

Oui, c'est clair, quand tu leur dis qu'ils vont devoir avaler un tuyau bon...

Vous y avez un accès facile ici ?

Oui, 15 jours 3 semaines... Enfin quand ils sont là, pendant les vacances d'été forcément...

Concernant les recos, je vous laisse en reprendre connaissance. Vous pouvez me donner votre opinion sur leur pertinence ? En particulier sur le traitement symptomatique et usage extra digestif.

Ah oui, je le donne dans cette optique-là. Oui, oui ! Souvent associés à du bicarbonate, un traitement topique. Par contre je demande plus vite un examen par laryngo, j'ai un ORL qui est assez dispo donc souvent je demande une consultation avant de les débiter sur ces cas-là. Lui ne le prescrit pas mais il me renvoie le compte rendu en disant « signe de reflux ».

C'est assez facile à mettre en œuvre comme traitement d'épreuve, on n'a pas trop d'arrière-pensées, ou même d'interactions ou d'effets secondaires donc en général... on y va.

Pouvez-vous me dire, sans forcément de chiffres, si dans votre patientèle, les ordonnances contenant des IPP sont courantes ? Quelle proportion de votre patientèle est sous IPP ?

(E1) Ah c'est quelque chose de courant oui ! C'est très, très courant ! Je n'ai pas beaucoup de patients à mon avis qui ont des ordonnances avec seulement ça, traitement

uniquement IPP pour une raison quelconque. Après je pense qu'on les retrouve chez quasiment tous les patients chroniques, plus de 50% oui. Je peux le retrouver ça sur le logiciel, je le ferai tiens. Enfin c'est une large majorité oui.

Comment vous vous en sortez quand vous avez quelqu'un qui arrive, pour une 1^{ère} consultation, et qui a un IPP sur l'ordonnance ?

Je vais chercher à savoir pourquoi il l'a évidemment. Après je vais avoir tendance à le continuer. Certains s'en souviennent hein, ceux qui ont eu un ulcère, ils ont eu la fibro, en général eux ils savent, ils font la démarche chez le gastro-entérologue. Je ne mets pas trop l'intérêt en question sur ce genre d'indication. S'ils ne savent pas, ou si c'est une histoire de reflux, j'essaye de proposer d'alléger un peu ou je leur dis de l'arrêter quelques temps.

Et puis maintenant il y en a qui sont en vente libre depuis quelques temps, qui sont accessibles sans ordonnance donc bon, c'est vrai que c'est passé un peu dans le... c'est à la limite entre un traitement dont on découvre les effets secondaires et un traitement qui était un peu comme le Doliprane. (Ei) Bien banalisé quoi !

Voilà... ça reste un traitement symptomatique, donc si les symptômes réapparaissent, on le reprend.

Comment vous les arrêtez quand ils ne vous semblent plus nécessaires ?

Le mode d'arrêt c'est simple... c'est... on arrête quoi ! Je ne fais pas de paliers ou quoi que ce soit. Je n'ai pas la notion qu'il y ait d'effet rebond particulier, ça je n'y ai jamais fait attention.

Après éventuellement s'il vous en reste, et que vos symptômes réapparaissent, vous le reprenez quelques jours. Je pense qu'il y a aussi beaucoup de gens qui le prennent comme ça spontanément.

C'est peut-être un biais d'ailleurs sur les chiffres de prescription, tout le monde ne le prend pas tous les jours, même quand on le demande.

(Bref rappel des effets secondaires) Votre opinion là-dessus ? Vous avez l'impression d'avoir vu passé des alertes, ou par les autorités ou par les revues ?

(Rires) Hum oui... alors ça fait un petit moment que je n'ai pas lu ! Je l'avoue ! Je ne suis pas au fait des derniers trucs, mais par expérience en fait, j'ai des patients qui avaient eu des troubles digestifs à type de diarrhée et qui ont été... alertés disons, par les gastro-entérologues parce qu'on ne trouvait pas d'où ça venait et du coup, on leur a proposé d'arrêter ça, donc maintenant je vérifie cette tolérance, avant je ne posais pas la question. Et comme je te disais moi ce que j'avais vu surtout c'étaient des problèmes de diverticulose, ou de polypose, développement de polypes et tout ça, donc là de toute façon pour savoir si tu as une incidence à ce niveau-là ça va être difficile, parce que ça va être plutôt le gastro-entérologue qui va pouvoir détecter ça...

Depuis j'étais un peu attentiste par rapport à cette situation, et j'essaye d'affiner un peu la prescription mais pour le moment ça reste un ressenti. Ça reste un peu confidentiel...

Au niveau symptomatique, tu as quand même, dans une consultation de médecine générale tu as tous les jours des gens qui se plaignent de troubles fonctionnels intestinaux, enfin oui de troubles fonctionnels digestifs et c'est assez difficile de mettre ça sur le compte d'un médicament en particulier et des IPP notamment.

J'ai jamais un patient qui revient me voir en me disant « à non celui-là Docteur je ne le supporte pas »...

Pour moi ça reste un peu flou... des effets secondaires il y en sûrement, ensuite c'est tellement fréquent d'en prendre que bon... c'est quoi la prévalence de ces effets secondaires ?

(E1) Enfin je ne sais pas le niveau de preuves des papiers mais bon.

Après c'est bien d'y réfléchir !

Et puis faudrait voir avec quels médicaments ils sont souvent associés aussi ! *(E1)* Une ordo avec uniquement l'IPP ça n'existe pas.

Avant de terminer, vous avez des remarques, des questions, quelque chose à évoquer dont on n'a pas discuté ?

Tu parlais de la démence là, par rapport aux IPP. Après j'avais ... enfin pas avec les IPP, mais avec les pansements gastriques à base de sels d'aluminium, et c'est ça, enfin dans le grand public, c'est ça qui posait la question parce que les gens s'aperçoivent qu'ils bouffent de l'alu alors qu'ils ont entendu parler de sa toxicité ! C'est comme la démence, ce sont des choses dont les gens entendent parler.

Les alternatives ne sont pas forcément mieux quoi !

Entretien 9

Alors pour débiter, j'aimerais savoir un petit peu quelles représentations vous avez des IPP, et qu'est-ce que ça vous évoque dans votre pratique ? Sans parler physiopathologie ou mécanisme d'action, juste à propos des notions qui vous viennent en tête quand vous pensez à ce médicament-là ?

Les notions qui me viennent en tête ? Hum... traitement des gastrites, des douleurs épigastriques, heu... parfois des reflux, des RGO. Voilà. Et sans rentrer dans la physiopath, vraiment, ça inhibe l'acidité de l'estomac et ça permet une meilleure cicatrisation de la muqueuse gastrique.

Ok. En termes de... Si vous aviez des adjectifs à donner sur la prescription en elle-même, cela vous paraît banal, au contraire vous faites assez attention ou...

Ah oui, (E1) c'est assez banal, c'est facile à utiliser, il y a beaucoup de patients qui sont sous IPP, c'est facile à utiliser, c'est facile à prendre. (E1) En général il y a une bonne observance ! Heu... Un comprimé par jour ça... c'est bien pris par les patients, et on en met assez facilement, sans trop d'arrière-pensées.

Concernant votre pratique à vous, quel usage vous en avez ? Alors, au long cours toujours, dans tout l'entretien que l'on va faire, c'est vraiment sur des prescriptions de plus de 4 semaines.

Alors au long cours, souvent... ce sont des renouvellements de traitement, ça a déjà été instauré et puis on renouvelle ça. Après, c'est des patients qui vont avoir de l'acidité, des douleurs épigastriques et des reflux régulièrement, ou alors c'est des patients qui ont déjà eu des gastroscopies, qui ont des endobrachyoesophages... ou certaines dysplasies ou des choses comme ça, c'est pour ça que l'on va poursuivre ce traitement. (E1) Et parfois j'en mets aussi en traitement probabiliste pour une toux chronique ou une rhinite ou quelque chose, ça m'arrive aussi de le prescrire, peut-être pas au long cours mais... oui sur 3 mois et puis après si ça marche bien on voit. Voilà... En gros c'est surtout ça les indications...

Et plutôt sur quelles doses ?

En 1^{ère} intention je vais partir sur une simple dose et puis... je réévaluerais 1 mois après en gros le traitement. Si ça a amené une légère amélioration mais que ce n'est pas suffisant je passe à une double dose et euh... voilà. S'il n'y a eu aucun effet, ça m'arrive parfois d'essayer quand même la double dose ou alors j'arrête complètement ça dépend.

Et dans ce cas, vous proposez quoi au patient qui reste symptomatique ?

Hum.... (Hésitant) Alors si c'était pour une toux ou quelque chose comme ça je vais demander un avis, un avis ORL ou je vais chercher, hum... autre chose qu'un reflux. Après pour les douleurs épigastriques, s'il a du reflux à ce moment-là je vais plutôt l'adresser à un gastro. Hum, en cas d'échec je vais plutôt demander un avis gastroentérologique.

Si votre prescription initiale fonctionne, mais que peu de temps après les symptômes reviennent, comment vous réglez ça ?

Je repars pour au moins 4 semaines. (Réfléchit) Oui, en général on refait des cures, mais en simple dose.

C'est vous qui le prescrivez initialement ce traitement-là, ou c'est régulièrement justement les gastro-entérologues, les ORL les cardio ?

(E) Oh ça arrive très fréquemment que ce soit moi hein, qui l'instaure ! Après, ça peut arriver lorsqu'on a pris un avis chez L'ORL, ou chez le gastro, bon ça peut être instauré par un spécialiste mais... je dirais que dans la majorité des cas je dirais que c'est moi qui l'instaure oui !

Quand c'est un de vos collègues spécialistes, ça vous a déjà posé problème, que vous ne soyez pas persuadé de son intérêt.

Hum... Non en général si j'ai pris l'avis d'un spécialiste et qu'il me dit de faire quelque chose... ben, je ne critique pas vraiment ce qu'il a mis. Surtout pour un traitement comme ça qui est assez... euh... entre guillemets banal, non ça ne me pose pas de problème. Ça vaut toujours le coup d'essayer.

Et quel est le retour que vous avez de vos patients quand ils reviennent d'une consult de spécialiste ?

Souvent, enfin quand il y a vraiment l'indication de ce genre de traitement, ça marche plutôt bien, ils sont bien soulagés et ... euh... ils sont ok pour le continuer, ça ne les dérange pas trop. (EI) Même ils en redemandent, ils sont ok pour le continuer, ce n'est pas trop invasif, c'est un comprimé par jour, donc non, ils sont satisfaits !

Quand vous êtes l'instaurateur du traitement, comment vous allez accompagner, est-ce que vous demandez autre chose ? Des bilans quelconques par exemple ?

(EI) Non ! Enfin... moi je ne fonctionne pas comme ça, pas en 1^{ère} intention. En général, si c'est juste une histoire de reflux je vais commencer plutôt par euh...par du Gaviscon ou quelque chose comme ça, et ensuite je passe à l'IPP si ça ne fonctionne pas assez, et heu... Je vais faire (EI) au moins les 3 mois de traitement. Et si au bout de 3 mois de traitement j'ai une amélioration mais ça n'a pas suffi, à ce moment je vais adresser au gastro-entérologue pour faire une fibroscopie. (EI) Ou éventuellement passer directement à un test Hélikit ça peut arriver. Mais jamais en 1^{ère} intention. On part toujours sur au moins les 3 mois de traitement.

La fibroscopie vous en avez quelle opinion ?

Alors déjà... ouais, oui... ça peut être plusieurs mois pour l'avoir déjà hein ! En fait, euh... (EI) c'est pour ça que je ne le propose pas en 1^{ère} intention parce que je sais que c'est un examen assez invasif et que ça peut être un peu long pour avoir un rendez-vous, donc euh... (EI) Voilà c'est pour ça que ne je le fais qu'en 2^e intention, quand j'estime que c'est vraiment nécessaire de le faire. Après ça reste un examen assez courant. Qui se passe bien, il n'y a pas... il y a très peu de risques donc moi ça me pose pas trop de problèmes de le proposer non plus.

Et quand vous le proposez, quelles est la réaction de votre patientèle ?

Il y en qui sont d'accord, parce qu'ils ont envie d'aller plus loin... ils ont envie de savoir ce qu'ils ont... ça les rassure d'aller voir directement ce qui se passe. Il y en a d'autres qui peuvent être réticents parce que... Avaler une caméra comme ça par la bouche ça peut angoisser certains patients. Ils demandent tout de suite s'il y a une anesthésie ou pas. (E) Ca peut angoisser certains patients... et voilà faut insister un peu pour certains, alors que d'autres c'est plus... enfin certains ils la voudraient tous les ans leur fibroscopie ! (Rires)

Concernant les recommandations, vous en avez déjà un peu parlé au début, je les ai ici. (Mises à disposition du patient) Vous en pensez quoi, sachant qu'elles datent un peu ? Vous les trouvez adaptées ?

Euh... clairement, les recos, je les suis dans la plupart... oui la plupart des cas je pense mais euh... voilà, moi je me permets quand même de le mettre sur des symptômes extradigestifs oui, avec de bons résultats.

Après ça ce n'est pas possible, c'est pas... pas pratique, moi je ne peux pas faire la différence donc déjà (*sur la distinction RGO avec ou sans œsophagite*).

Et puis oui... 9 ans ça date un peu déjà !

Vous pouvez me donner un ordre d'idées sur la proportion de votre patientèle sous IPP au long cours ?

Hum... ça dépend. Pour les gens qui ont un traitement chronique, euh... si on prend que ceux qui viennent vraiment pour du renouvellement mensuel ou trimestriel, je pense qu'il y en a quasiment la moitié qui sont sous IPP au long cours ! Après sur la patientèle totale, avec les gens qui viennent juste de temps en temps, ça doit représenter euh... 15-20 % ! 20% peut-être de ma patientèle totale. Et 50% pour les chroniques je pense.

Et c'est une patientèle particulière ?

Ah oui, forcément ils sont plus âgés. Ils ont souvent, enfin ils sont polypathologiques et ils ont pas mal de médicaments sur leurs ordonnances.

Quand vous les réévaluez ces gens-là, comment vous allez réévaluer l'indication ? Est-ce que vous le faites de manière systématique.

Non, alors je ne dois pas le faire de manière systématique ! Quand je le fais je leur demande depuis combien de temps ils le prennent ... Parce que la plupart du temps ce n'est pas moi qui l'ai instauré ! Dans quelles indications ? Et la plupart du temps ils ne savent pas vraiment ! Donc euh... je regarde dans les antécédents et si je ne vois rien dans les antécédents qui justifie cette prise au long cours, je leur propose d'essayer, euh... de l'arrêter, pour quelques mois, et de voir comment ça se passe. Et en général je les revois un ou 3 mois après. Je leur demande comment ça s'est passé : soit ils ont eu à nouveau des symptômes, ils se sentaient gênés et s'ils se trouvaient mieux avec, à ce moment je leur laisse, sinon je l'arrête complètement.

Et la plupart du temps comme ça se passe ?

Oh, je dirais que c'est à peu près la moitié, 50/50. C'est partagé.

Vous utilisez d'autres médicaments anti-acides ?

Type ranitidine ? Hum... Bof, ça va être très, très rare !

Au niveau de l'observance, quel retour vous avez du traitement ?

(E1) Je trouve que c'est plutôt bien suivi, 1 gélule le soir, en général il y a une bonne observance de ce genre de traitement.

A propos des effets secondaires du traitement, ce sont des choses qui vous parlent, que vous avez vu passer dans des revues ou des alertes de l'HAS ou autres ?

Oui... j'en avais entendu parler un petit peu, par rapport à... comme quoi ça pouvait favoriser un petit peu certains débuts de démence ou euh... donner des carences vitaminiques. Mais voilà, je ne sais plus où je l'ai vu, où je l'ai lu, mais j'avais entendu parler de ça oui.

Vous avez la sensation que ces informations-là sont assez diffusées ?

Non, j'en ai très peu entendu parler. Enfin peut-être que c'est moi qui ne me renseigne pas assez aussi, mais je n'ai pas l'impression qu'elle soit trop diffusée cette information.

Avez-vous des souvenirs d'effets secondaires que vous avez constatés chez un de vos patients, ou parlez-moi d'une problématique que ça aurait pu soulever ?

Non, je n'ai pas le souvenir d'un effet secondaire en particulier non, après moi je n'ai pas une longue expérience non plus...

Qu'est-ce que vous pensez de la diffusion d'une info ou d'une fiche patient, voire aux praticiens directement, pour avertir des bienfaits et des méfaits de ces médicaments ? On a peut-être des patients qui sont un peu attachés à ce médicament-là, qui l'ont eu longtemps, ça serait un outil pour leur faire passer le message ?

Ouais. Oui ça pourrait être intéressant de faire passer une information, alors je ne sais pas sous quelle forme, je ne saurais pas te conseiller mais c'est vrai que moi j'ai l'impression de pas avoir été informé là-dessus et de... de pas être bien au courant.

Et tu as raison de dire que... je le ressens aussi parfois il y a des patients qui sont attachés à des vieux traitements qu'ils ont depuis longtemps et donc... euh... quand on leur enlève ça les gêne, ça les angoisse un peu. Et puis... Mais il y en a aussi, en ce moment surtout avec les problèmes de statines et des choses comme ça, il y a des patients qui demandent à ce qu'on leur enlève des médicaments, et euh... c'est vrai que l'IPP ça peut être un médicament... on pourrait réévaluer son indication et parfois leur retirer oui, plus souvent.

Il y a des patients qui sont demandeurs et d'autres qui sont attachés à leur vieux médicaments.

Ça peut être les mêmes non ?

(Rires) Oui c'est vrai ! Ils arrivent en me disant « je veux moins de médicaments » et quand on leur enlève ils me disent « oh non, pas celui-là ! », « il me va bien, pas d'effets secondaires, ils me soulagent. » C'est parfois ambigu oui !

Mais les IPP justement les patients ne s'en plaignent pas ?

Non, là-dessus... on le met facilement parce que généralement il y a une bonne tolérance, personnellement je n'ai pas de souvenir d'un patient qui m'ait dit « celui-là je ne l'ai pas toléré ».

Enfin j'en ai qui sont arrivés en me demandant si ce n'était pas mauvais, qui avaient déjà entendu parler peut-être des problèmes de démence ou des choses comme ça, mais pas plus.

Entretien 10

Pour débiter, en introduction, pouvez-vous me donner quelques « mots clés » ou des notions que vous évoque la classe en elle-même ? Quelles représentations vous avez des IPP ? Sans parler de la physiologie ou des indications, uniquement des idées qui vous viennent en tête concernant le médicament et comment on se le représente ?

Ce n'est pas médical alors ? Sans parler épigastralgies ou ce genre de chose ?

Non voilà, plus des qualificatifs qui vous viennent en tête quand vous allez évoquer sa prescription.

D'accord, alors... pour une partie ça va être effectivement un traitement curatif, dans certains cas, mais... quand même la majorité du temps ça va être symptomatique... hum...qui soulage ; la notion d'habitude aussi. Habitude du patient parce qu'il apporte un soulagement et que, un petit peu de la même façon que certains hypnotiques ou anxiolytiques, ils vont le prendre en amont ... (EI) enfin en prévention alors que finalement, quand ce n'est pas dans l'indication de curatif, ça devrait être pris ponctuellement.

Comment dire... il y a une sorte d'accoutumance, au moins psychologique. Enfin je ne sais pas si on... (EI) on n'est pas dans l'addiction non plus hein ! Mais en tout cas oui, il y a un effet placebo, aussi ! Et une habitude oui.

Dans votre pratique courante, dans quelle situation vous allez le prescrire au patient et à le prolonger, à le renouveler facilement ?

Alors, du coup ça en découle de la précédente. S'il y a une indication curative bien sûr, et là c'est moi qui vais l'initier. Après c'est... c'est à la demande du patient lors du renouvellement, quand on discute. Le patient, souvent, insiste pour qu'on renouvelle celui-là ! Alors que ce n'est pas forcément... enfin c'est discuté mais les patients y tiennent !

Comment vous jugez les alternatives à ce traitement-là ? Type cimétidine ou Gaviscon, Maalox ?

Finally quand c'est purement du symptôme, je trouve que ce n'est pas forcément plus... satisfaisant de mettre l'IPP que de mettre du Gaviscon hein, ou la ranitidine qui a quand même beaucoup de recul en plus donc... Moi je les mets à la même enseigne, quand c'est du confort ou du symptôme.

Et bien souvent on essaye... enfin c'est peut-être après dans ton questionnaire je ne sais pas ?

Allez-y, c'est surtout dans l'ordre que vous voulez !

On essaye aussi de revoir au niveau de leur hygiène de vie et en fait ce qu'il faudrait modifier ce n'est pas... S'il modifiait un petit peu leur... hum, comportement ! Moi j'essaie de parler de ça en fait, d'essayer de voir qu'est ce qui pose problème parce que finalement quand ils te disent qu'ils en ont besoin une fois qu'ils ont trop mangé, bah oui, mais est-ce qu'il ne fallait pas moins manger, ou...

Ne pas aller s'allonger de suite après le repas par exemple ?

C'est ça !! Donc, j'essaie de rappeler les consignes, ce qu'on peut faire et voir d'où ils partent eux. Voilà. Pour moi quand c'est juste du symptôme... même à la limite je vais leur proposer : est-ce qu'avec le Gaviscon ça va ? Si on peut... est ce qu'on ne peut pas essayer le Gaviscon plutôt que l'IPP quand c'est vraiment pour régler du symptôme. Voilà !

Entre votre pratique à vous et le guide de bonne pratique HAS, avec le rappel des AMM, quel est votre regard sur ces recos ? (Proposé à l'interviewé) Est-ce qu'elles vous semblent cohérentes ?

(Après les avoir reparcourues brièvement) (E1) Ah oui, oui, oui, moi je suis d'accord avec les recos ! Après c'est vrai que ça m'est déjà arrivé, enfin rarement mais ça m'est déjà arrivé une fois que tu as exploré la toux dans tous les sens, et que tu évoques un RGO, de

leur mettre mais pas à des posologies de 40. J'ai dû me battre avec des patients qui veulent rester à 40 pour leur redescendre à 20 quoi !

Mais oui, moi je pense que les recos elles vont bien ! Elles vont dans le sens de ne pas surprescrire.

Au niveau de la prescription initiale, qui va la débiter ? C'est vous qui l'instaurerez la plupart du temps ou des gastros, des oncologues, des ORL ?

(Réfléchit) Je pense que le plus c'est quand même les gastros hein ! Je pense que le plus de l'initiation c'est... enfin on l'initie aussi mais... je vais l'initier un mois mais je leur dis qu'au bout d'un mois si l'épigastralgie revient, il faudra faire une gastro voir qu'il n'y ait pas un HP.

Donc oui ça peut être moi, qui l'initie mais bon disons que c'est attendant que le gastro le voie, fasse la gastro et décide s'il faut continuer finalement.

Vous avez un ressenti ou des anecdotes sur le retour des spécialistes justement, sur les indications de traitement ?

Non c'est... (réfléchit) non globalement c'est justifié. Enfin moi je le rediscute en fait, hein. Je ne renouvelle pas sans rediscuter du traitement. C'est loin des 100 % du temps où j'arrive à leur faire arrêter, mais d'en rediscuter à chaque fois ça les interpelle, ils vont prendre conscience aussi que ce n'est pas forcément indispensable.

(E) On va faire en sorte de ne pas le banaliser en fait.

Est-ce que vous pouvez me parler un peu des examens complémentaires à l'instauration, ou au 1^{er} renouvellement, et chez les gens qui l'ont depuis des années et qui en ont besoin, c'est quoi un peu votre recette ?

Hum... là c'est vraiment avoir fait une gastro une fois. (E) Voilà une gastroscopie une fois avec des biopsies et voir s'il y a de l'HP. A ce moment-là on fait le traitement et on recontrôle avec le test respiratoire. Mais après sinon je fais plus.

Et le test respiratoire, vous vous en servez dans quelles indications ?

En contrôle de traitement. Je ne le fais pas au début. Je ne le fais pas parce que je sais que ça va être fait à la biopsie. Donc je ne le fais pas. (E1) Je pense qu'il faut une gastro initiale et après on voit.

L'accès aux spécialistes et à la fibroscopie, ça peut être un frein à l'exploration ?

(Catégorique) Non.

Pas de problème de disponibilité ?

Non, non.

Et de la part des patients eux-mêmes ?

(E1) Alors peut-être un peu oui j'y pensais. Peut-être les patients ne sont pas tous enchantés d'aller faire une gastro. Mais bon... il y a peut-être ça un peu, en frein. Mais... après si on prend le temps de leur expliquer le pourquoi, ils sont quand même réceptifs. Et puis souvent ils sont contents d'aller voir et de pouvoir se rassurer. Ou alors comprendre pourquoi ils ont ça. En général ça passe bien. C'est juste que voilà... « Est ce que je vais me faire endormir » ? Le côté invasif ça peut les freiner un peu. Mais globalement je n'ai pas de problèmes pour qu'ils y aillent non.

Vous pouvez me donner une idée de la proportion de patients sous IPP ? Et chez quel genre de patientèle aussi ?

(Réfléchit) Hum...

Certains me disent j'ai bien 50 % de la patientèle en renouvellement qui...

(E1) Ah noooooon ! Alors c'est vrai que moi... enfin je ne sais pas trop comment ça se répartit la prescription d'IPP. Mais c'est vrai que moi j'ai beaucoup de jeunes quand même. Non, moi je dirais à peine 15%. Après je ne sais pas si je suis objective.

Et alors tu me disais quel type ? Ben c'est souvent... (E1) enfin attends, il y a quand même une proportion de gens qui ont des TFI ! Globalement ! Donc il y a une bonne proportion

de gens qui sont fonctionnels. Et qui vont être quand même sous traitement. Ou alors comme on disait tout à l'heure, pas... enfin sans forcément avoir de TFI, mais qui vont faire de la malbouffe, qui n'ont pas une bonne hygiène d'eux, enfin... au niveau alimentaire !

Quand vous recevez un patient sous IPP au long cours, sur quoi vous vous basez pour réévaluer l'indication ? Ou quelqu'un que vous n'avez jamais rencontré, avec ces patients qui ont un peu la bougeotte au niveau suivi médical, sur quoi vous allez réévaluer si l'indication du traitement elle est pertinente ou non ?

Ha.... (El) c'est là qu'on a... Elle est intéressante cette question parce que c'est là qu'on a vraiment un gros souci. Moi je leur demande de ramener un courrier du gastro ou de la gastroscopie qu'ils avaient faite, mais ... comme tu dis, avec ces patients qui ont la bougeotte, que tu ne connais pas forcément, ceux-là clairement on ne va pas le faire de façon très... très... enfin si ce n'est pas ton patient c'est compliqué.

Et... Donc c'est vrai que malheureusement, c'est quand même sur la symptomatologie. S'il continue à avoir des symptômes de temps en temps, on va leur laisser.

Quand vous arrivez à le déprescrire, comment vous vous y prenez ? En utilisant des alternatives, ou bien vous l'arrêtez d'un coup ?

J'utilise le Gaviscon par exemple, oui. On peut faire ça. Après le but c'est d'essayer en faisant à la demande et puis d'essayer le Gaviscon. Et après c'est encore une fois en rappelant les règles hygiéno-diététiques et... c'est comme ça que tu les sèvres.

Concernant les effets secondaires, vous avez vu des infos passer sur quoi ? Vous avez l'impression que l'info passe pas mal ?

Là j'ai vu dans Prescrire qu'il y avait eu des cas de listériose, j'étais pas mal étonnée. Je ne vois pas trop le lien mais bon. J'avais vu ça passer il n'y a pas longtemps là.

Quels effets secondaires vous avez pu relever dans votre patientèle ? Vous en avez déjà eu ?

Non. Non mais je pense qu'on n'est pas bon sur... on n'est pas bon quand même globalement sur la déclaration d'évènements indésirables et sur le fait de se dire mince, « est ce que ce médicament-là ? » On ne pense pas à celui-là en tout cas. Dans les esprits il est tellement... « safe » et anodin. (Ei) Et puis souvent associés quoi, il y a quand même peu de patients qui ne viennent qu'avec ce médicament-là, donc parfois c'est compliqué de faire la part des choses.

Qu'est-ce que vous pensez du fait de diffuser une petite note d'info, une sorte d'aide à la déprescription, adressée aux patients via leur médecin ?

A bah oui, c'est une super idée ! Je la veux bien si vous pouvez l'envoyer ! (Rires)

On a fait le tour au niveau de la grille d'entretien, vous avez des remarques, des questions, des éléments à compléter ?

Hum... pas particulièrement. Enfin voilà, comme on disait tout à l'heure... on peut comprendre le point de vue du patient. On n'a pas le même angle de vue. Nous prescripteurs on va avoir des traitements curatifs pour lesquels on aimerait que les patients soient très observants et eux ils n'en voient pas le bénéfice, parce que ce n'est pas quelque chose de palpable pour eux, c'est sur du long terme, ça va être de ne pas reboucher leurs coronaires ou avoir une bonne tension. Temps qu'ils n'ont pas des symptômes qui les gênent, et bien... Ils vont avoir du mal, et je peux comprendre, à voir la nécessité d'être observant et au contraire sur ce genre de traitement qui nous... enfin je ne sais pas les chiffres de prescriptions qui sont vraiment justifiées mais je pense qu'il n'y en a pas beaucoup, ça doit être du 10 % ? Mais les patients à la fin de leur consultation ils vont jamais te dire de ne pas oublier l'anti HTA ou le Kardégic mais par contre... (rires) Remettez moi l'IPP, ou l'hypnotique, l'anxiolytique, ça leur tient à cœur. Donc ça pose aussi question sur la façon dont on doit interagir avec le patient. Parce qu'effectivement on n'a pas le même angle de vue. Mais il faut aussi qu'on les entende, sinon on n'est pas en phase.

Mais oui il faudrait qu'on ait d'autres techniques, pour arriver à tomber d'accord.

Et puis rapport aux études, c'est un peu dur de les convaincre quand nous-mêmes on n'a pas trop de ... certitudes.

Entretien 11

Alors pour commencer, pouvez-vous me donner quelques notions qui vous viennent en tête lorsqu'on évoque cette classe médicamenteuse des IPP ? Qu'est-ce que ça représente pour vous ?

Une révolution ! Je suis installé depuis 93 hein, donc voilà, par rapport à la pratique d'avant, c'est vrai que ça a été pour nous un énorme progrès dans la prise en charge de la pathologie gastrique. Point de vue de l'efficacité du produit si tu veux hein, par rapport à ce qui existait avant, dans la panoplie d'avant, avec plein d'effets indésirables aussi sur les... C'était quoi avant ? Je sais plus comment ça s'appelait avant, les antisécrétoires ?

Par rapport aux anti H2 type ranitidine par exemple ?

Oui, c'est ça, tu avais Raniplex, les Tagamet et tout ça, tout ce que tu veux. Donc c'est vrai que quand cette classe-là est apparue, pour nous ça a été une sorte de petit miracle si tu veux donc... c'est vrai que les médecins de ma génération, on en a du coup beaucoup utilisé ! Voilà. Donc ce qui me vient à l'idée c'est vraiment une amélioration dans la pratique, enfin dans la prise en charge en tout cas des patients qui souffraient de problèmes gastriques ça a été spectaculaire quoi !

D'accord.

Oui, oui c'est ça !

Alors, dans votre pratique, sur des prescriptions de plus de 6 semaines, vous allez vous en servir dans quels cas, quels usages vous en avez ?

Alors, au-delà des 6 semaines c'est ... Alors moi j'utilise surtout l'oméprazole hein, parce que bon c'est celui que... je pense que ce n'est pas le plus cher et puis c'est celui qu'on connaît le mieux hein, c'est le premier qui est apparu en fait. Donc c'est dans les problématiques de RGO surtout. Après je l'utilise au-delà de 6 semaines, peut-être dans les pathologies rhumatismales tu sais, chez les plus de 60 ans qui prennent régulièrement des anti-inflammatoires et cetera, donc là je l'utilise aussi plus de 6 semaines. (*Hésitation*)

Voilà, le truc qui me vient c'est surtout le RGO, le pyrosis si tu veux, à la demande. Et puis en prévention chez les patients fragiles, qui prennent des AINS.

D'accord. J'ai les recommandations de 2009, et on constate qu'ils n'ont pas l'AMM sur les symptômes extra digestifs, sur les rhinites ou toux chronique par exemple. Est-ce que ça vous arrive de vous en servir dans ce cadre-là aussi ?

(E1) Sur le long cours non. Ça m'arrive d'utiliser le produit quand je sais que c'est très efficace, parfois ça m'aide, (E1) à faire le tri tu vois dans les pathologies qu'on peut évoquer, mais plus à titre de... d'aide au diagnostic si tu veux. Mais pas, voilà, je ne l'utilise pas au long cours dans ce genre de symptomatologie non, pas du tout.

Le plus souvent, est-ce vous qui initiez le traitement ou vous avez beaucoup de retour de spécialistes, de retour de cardiologue, de gastro-entérologue, d'ORL justement...

Ah oui les ORL énormément, oui. C'est vrai que les ORL ils prescrivent eux-mêmes le traitement. Les gastros non, ils sont beaucoup plus... enfin ils en prescrivent mais à bon escient, enfin je pense. Les cardio... non, pas trop non plus. C'est plutôt les ORL. Après si, les pneumos ils font un peu comme moi si tu veux, en désespoir, ils essayent de... un IPP pour voir l'amélioration symptomatique ou pas. Mais c'est essentiellement les ORL.

Et régulièrement c'est vous qui démarrez le traitement, ou justement vous le confiez un peu aux spécialistes ?

Ah non quand il y a des symptômes classiques, sur du RGO, je le démarre oui, je le donne il n'y a pas de problèmes. Je leur conseille si tu veux de faire une phase initiale de, je ne sais pas, 15 jours ou 3 semaines où je leur dis de faire le traitement de façon régulière si tu veux, pour qu'on sache si effectivement on améliore la pathologie ou pas. Si ça résiste à ce genre de traitement, alors oui je l'envoie chez le gastro pour faire une exploration.

Assez rapidement donc ?

A oui, ce n'est pas normal si tu veux, ça marche tellement bien que ce n'est pas normal si ça ne marche pas ! Après c'est plutôt... éventuellement je leur laisse à la demande si tu

veux, que les gens le prennent quelques jours, puis arrêtent. Mais je demande aux gens surtout de me recontacter si le traitement n'est pas du tout efficace, parce que là ça veut dire que je me suis trompé ou que la pathologie résiste et là ce n'est pas normal.

Donc un échec en 1^{ère} intention c'est un signe d'alarme rapidement ?

(E1) A oui, oui, tout à fait oui !

Au niveau examens complémentaires justement, vous demandez des choses de manière systématique ?

Tu veux dire devant une pathologie évoquant un pyrosis ou ?..

Et bien si vous prescrivez le traitement, qu'il n'est pas efficace ou bien si ça marche mais que le patient va vite sentir à nouveau une gêne, un symptôme quelconque de RGO, alors avant de represcrire pour une durée plus longue, vous allez demander davantage ? Comme une fibroscopie, un Hélikit ou autre chose ?

Et bien tout dépend de comment il l'utilise ! Si le type l'utilise beaucoup, s'il me dit « quand je l'arrête 24h je souffre beaucoup », là je vais faire une fibro oui, ça c'est sûr, hein ! Maintenant s'il me dit, « voilà, j'en utilise 2 fois ou 3 fois dans le mois », alors je me lance pas du tout dans les examens non. Mais par contre le type qui ne peut pas l'arrêter 24 h ou 48 h ça ce n'est pas normal, c'est inquiétant !

Et dans la surveillance, est-ce que vous allez redemander certains examens en lien avec cette longue durée de prise ?

Spécifiquement, si tu veux, moi je n'ai pas l'idée d'un type qui vienne que pour son oméprazole, donc bon... pour les effets indésirables c'est sûr que je vais pas doser les vitamines ou quelque chose tu vois, ou aller chercher une néphrite ! Je ferais plutôt un bilan pour autre chose, parce qu'ils ont toujours autre chose sur l'ordonnance, mais je ne ferais pas un bilan sur l'oméprazole non.

Et la fibro, il vous arrive de la contrôler à distance ?

Alors très clairement je fais un peu comme me dit le gastro, je fais le contrôle selon ce que lui il a vu.

Pour votre patientèle, ou pour vous-même, la fibroscopie c'est un examen qui garde des freins à sa réalisation ?

(E1) Oh oui, ça reste un examen qui n'est pas de routine oui, bien sûr ! Mais bon, ils acceptent assez facilement parce que déjà ils sont en souffrance, ils voient qu'ils ont un truc, et puis ils voient que nous ça nous tracasse et qu'on veut savoir, donc ils le font. Mais ce n'est pas un examen quand même banalisé. Bon ici ils le font encore sous anesthésie générale, je ne sais pas si c'est partout pareil ! Je sais qu'à une époque ils les faisaient sous anesthésie loco-régionale.

C'est proposé oui.

Mais ils ont abandonné je ne sais pas pourquoi. Ici ils le font sous anesthésie générale.

(E1) enfin anesthésie c'est peut-être un grand mot mais... c'est sous sédation brève. (E1) ça reste quand même... Voilà c'est la clinique, c'est le spécialiste, ça reste un petit peu... enfin ce n'est pas routinier, voilà.

C'est ça. Vous avez une petite idée de la proportion de la patientèle qui est sous IPP, et est-ce qu'il y a une classe de patient particulière ? Sans forcément de données chiffrées, mais votre ressenti ?

Alors là je ne saurais pas te dire comme ça... Ceci dit chez des patients chroniques, des gens qui sont sous Kardégic c'est sûr qu'il y en a souvent. Mais non je ne saurais pas te dire, je crois que je serais complètement à côté !

Certains me disent que c'est la majorité des gens qui viennent pour des renouvellements, après un certain âge, qui ont un IPP ? Vous ce n'est pas votre...

(E1) Ah non, non, non, non. Non, non. D'ailleurs qui ne viennent que pour un renouvellement d'IPP je crois que je n'en ai pas un seul. Ou alors des pathologies un peu rares, suivies par le gastro, pour des pathologies un peu rares.

Ok. Et quand vous êtes amené à revoir ces patients qui ont le traitement depuis un certain temps, sur quoi vous allez vous fier pour en réévaluer l'indication ?

Bah si tu veux c'est un peu l'interrogatoire. Parfois on tombe sur une ordonnance avec de l'oméprazole, c'est l'occasion de voir les problèmes d'estomac, bon, où on en est ? On en rediscute un petit peu, comme on rediscute... enfin comme on essaye en tout cas... de rediscuter chaque prescription finalement... C'est vrai qu'ils ne viennent pas forcément pour renouveler ça, donc ce n'est pas celui sur lequel on s'attarde...

Et après l'avoir réévalué, si vous proposez au patient de l'arrêter, comment vous vous y prenez ?

Ah je l'arrête, j'arrête d'un coup. Si je pense que l'indication n'y est plus, je l'arrête net et puis voilà, on se tient au courant et voilà.

On arrive à la dernière partie de l'entretien, concernant les effets secondaires des IPP au long cours, est ce que vous avez l'impression d'être assez informé, de voir des infos passer dans la littérature ?

Bah moi, si tu veux ce qui me vient là ce sont les néphropathies parce que j'en ai eues. Et puis des malabsorptions surtout.

Et vous trouvez l'information assez diffusée dans les revues ou différentes alertes publiées ? Ou bien ça reste assez confidentiel ?

Euh... c'est vrai qu'à une époque la Sécu avait beaucoup... insisté sur tout ça. Mais depuis c'est un petit peu tombé aux oubliettes, c'est vrai que c'est un peu abandonné. Alors je ne sais pas s'ils ont atteint leurs objectifs recherchés, je ne sais pas. Mais dans la presse non, pas trop. Sur *Prescrire* un peu.

Ensuite j'ai entendu dire pour la maladie d'Alzheimer et tout ça ?

Oui, des sur-risques de démence.

On avait eu une spécialiste de Montpellier qui nous en avait parlé, de la toxicologie, et qui nous disait qu'on ne savait pas trop en fait, qu'on avait entendu ces bruits-là, que c'était paru dans la presse mais bon...

C'est vrai, les niveaux de preuves sont encore assez faibles. Qu'est-ce que vous pensez de la diffusion d'une information, d'un dépliant destiné aux praticiens pour aider à déprescrire et notamment les IPP donc ?

Ah oui, oui, pour déprescrire oui ! (E) Oui ça c'est toujours utile hein ?! Déjà d'avoir l'idée... qu'il n'y a aucun médicament anodin en fait, que tout doit être réévalué à chaque fois. Et puis c'est sûr, c'est toujours bien d'avoir un truc simple qui te redonne les indications, pour que tu te dises que si l'indication n'y est pas, et bien le médicament il n'a pas à être là quoi !

Moi ça me paraît toujours utile oui. Après c'est de savoir comment le diffuser, quel est l'outil qui permet de... faire ressortir, de faire passer le message. Tu avais pensé à un truc toi ?

Je sais qu'il y a une équipe au Québec et une équipe des Pays de Loire via un service de gériatrie, avec un rappel tout simple, comme vous dites que la réévaluation et la déprescription c'est valable pour tous les médicaments.

Ouais, autant on y pense pour les anti-coagulants les anti-agrégants, les anxiolytiques, autant bon...

Pour conclure, vous avez des remarques, ou des questions avant de terminer ?

Hum... non écoute c'est bien. Il faut que je revoie moi aussi les indications du coup (*rires*). On en a moins parlé mais les indications en prévention chez les patients sous AINS, peut-être je les mets trop parfois... enfin on craint les accidents hémorragiques et je prescris peut-être un peu trop là-dessus aussi. Ça m'a donné envie de réviser là !

Entretien 12

Débutons avec une question assez ouverte : quelle représentation vous faites-vous des IPP, quels mots la classe vous évoque ?

Des mots clés ?

Oui, s'il vous plaît.

Eh bien écoute : reflux, gastralgies, œsophagite. Helicobacter Pylori. Banals, associés avec AINS. Que j'utilise régulièrement.

Ok. Vous les utilisez sur quelles indications ? Alors, précisions : toutes ces questions portent sur des prescriptions qui dépasseront les 4 à 6 semaines, jusqu'aux patients qui les ont depuis des mois voire des années.

Alors, je les utilise chez des gens soit en 1^{ère} intention, un peu en test thérapeutique sur un mois par exemple pour quelqu'un qui a une toux chronique ou des symptômes qui peuvent évoquer un reflux, donc là ça m'arrive souvent de prescrire sur un mois pour voir ce que ça donne, donc en test thérapeutique. Soit après je les utilise bien sûr sur un diagnostic de... sur des gastralgies, avec un Helicobacter Pylori qui est diagnostiqué après gastroscopie. Soit parfois c'est juste sur des patients qui ne sont pas a priori à risque, je ferais faire un Helikit. Et si c'est négatif, je ferais un traitement d'épreuve avec un IPP.

Donc vous disiez en 1^{ère} option vous l'essayez sur un mois. Si ça marche vous faites quoi, vous poursuivez où vous l'arrêtez ?

Alors, si ça marche non, je demande soit de faire un jour sur deux soit je prescris sur une dizaine de jours à moitié dose. Et... après si le patient récidive rapidement je vais vers l'avis gastro-entérologue. Si le patient a une gastroscopie qui n'a pas montré de problèmes très graves, simplement une hernie hiatale ou un reflux simple, à ce moment je le prescris à la demande. (EI) Enfin je dis au patient en tout cas de prendre le minimum efficace ou de le prendre... de ne pas le prendre pardon mais seulement à titre préventif le soir où il fait un gros repas ou boit de l'alcool.

Vous leur donnez des conseils hygiéno-diététiques en fait ?

Je vais leur donner des conseils oui, parfois ils en prennent moins. (E1) Quand ils les suivent en tout cas.

Du coup même s'il a été efficace, mais si le patient a une récurrence assez précoce vous envoyez de suite chez le gastro ?

(E1) Oui, oui. Après ça dépend un peu du, du... des facteurs de risque et du patient. Si c'est un patient qui a plus de 50 ans, qui fume et qui boit, c'est sûr que lui il ira de toute façon chez le gastro.

Le prescripteur initial du traitement : est-ce souvent des gens qui arrivent avec des prescriptions d'IPP par leur cardiologue, leur oncologue, leur ORL ?

(Réfléchi) Pas tellement hein. ORL ils ne voient jamais les patients en premier. Peut-être quelques cardio, éventuellement les patients qui sont sous antiagrégants ou anticoagulants de façon chronique mais bon souvent c'est nous qui gérons.

Donc vous n'avez pas d'interférence là-dessus, ce sont rarement des prescriptions qui vous arrivent sans que vous sachiez trop pourquoi on a instauré ça ?

Pas trop non, pas trop.

On l'a déjà un peu évoqué, quand vous débutez des traitements au long cours ou que vous poursuivez ces traitements, vous demandez des examens systématiques ? Vous me disiez que la fibro vous y alliez assez rapidement quand même ?

Hum, hum, oui. Après si c'est quelqu'un qui est sous anticoagulants, souvent je contrôle quand même, je fais des formules avec des ferritinémies tu vois, parce que ça arrive quand même qu'on ait des patients sous anticoagulants, des hémorragies un peu frustes dont ils ne se plaignent pas, et là ça va être un signe d'alerte.

L'Helikit, vous l'utilisez de temps en temps ?

Oui, oui. (EI) De plus en plus maintenant qu'on peut le prescrire en 1^{ère} intention avant de faire une gastroscopie, c'est vrai que j'utilise assez souvent oui.

La fibroscopie en elle-même vous n'avez pas de frein particulier, ou pour l'obtenir ou de vos patients qui trouvent ça excessifs alors qu'ils se sentent bien ?

(Soupire) J'ai des patients qui voilà... qui n'ont clairement pas très envie hein ? Ceux-là si j'estime qu'il n'y a pas trop de facteurs de risque, bon. C'est sur ces patients-là que je vais prescrire un traitement d'épreuve ou l'Helikit. Et puis ça peut nous donner des arguments supplémentaires chez quelqu'un qui est réticent. Ça permet d'être plus convaincant.

Qu'est ce qui va les bloquer ces patients.

Oh, c'est le fait d'aller voir le gastro, et puis de subir le geste en lui-même. Et puis c'est associé à l'anesthésie. Bon, on leur explique que ce n'est pas une grosse anesthésie hein ?

(EI) Mais bon il y a des patients aussi qui ont peur de la fibro parce qu'ils ont peur qu'on les contamine ! On voit de tout hein !

Vous n'avez pas de problèmes de disponibilité pour la gastroscopie ? Vous avez des délais qui sont corrects ?

(EI) Oui. Oui, oui, bien sûr. Après on a des délais hein, mais c'est rarement urgent. Si c'est urgent on appelle le gastro.

A propos des recos HAS, ce qui faisait assez réagir c'est que, il n'y a aucun des IPP qui a l'AMM sur les symptômes extra digestifs type toux chronique...

Ah ouais ? (EI) Mais en plus ça marche super bien ! Enfin on en voit des patients qui font des sinusites, des toux chroniques, des angines à répétitions. Mais bon... (EI) De toute façon, on prescrit hors AMM, ça c'est... il n'y a pas de doutes !

Lorsque vous êtes amené à réévaluer l'indication du traitement par IPP chez des patients qui ont ça depuis quelques temps, ou un patient qui arrive pour la 1^{ère} fois en consultation, comment vous réévaluez l'indication de ce traitement-là, est-ce que vous allez

redemander autre chose, contrôler par fibroscopie de temps en temps, comment vous gérez ça ?

Moi ça m'arrive souvent de leur demander d'arrêter, pour voir ce que ça donne, ou de diminuer de moitié. Si c'est quelqu'un qui a des facteurs de risque et si vraiment... oui ça m'arrive de redemander des fibroscopies quand même. (EI) Si ce n'est pas documenté, je redemande. Parce que parfois les patients ils ne se rappellent plus, ils ne savent plus s'ils ont un HP positif ou s'ils ont été traités, parfois ils n'ont même pas été contrôlés, ou ils n'ont pas eu de test Helikit. Et puis surtout je m'attache quand même à trouver le minimum efficace. (EI) Mais par contre je leur ne dis jamais d'arrêter d'un coup ! Parce que je sais qu'il y a un effet rebond et que, voilà...

D'accord. C'était un peu la question d'après justement, quand vous estimez que le traitement n'est plus nécessaire vous réduisez la dose ?

Voilà, je réduis la dose. Après de je leur dis éventuellement de passer un jour sur deux. Par contre ces patients-là je leur dis de ne pas hésiter à prendre en prévention, quand il y a des évènements particuliers.

Est-ce que vous savez quelle proportion de votre patientèle prend des IPP, sans forcément de données trop chiffrées, votre impression, et surtout quelle population ?

C'est plutôt tout de même des patients âgés. Quelques enfants, mais c'est assez rare. Après c'est plutôt après 50 ans. Oui plutôt après 50 ans. Après... (EI) bon, les fumeurs hein ! Les gens qui boivent. (EI) Les gros !! (*Rires*)

Ensuite je ne sais pas, sur une journée je dois peut-être en prescrire 2 fois ou 3 fois... je ne sais pas, je ne me rends pas bien compte.

En tout cas, j'essaie de ne pas... je sais que quand même c'est pas très bon hein, d'avoir un IPP au long cours, au niveau de la flore, du microbiote et tout ça, donc j'essaie quand même de donner le minimum.

Alors, c'était justement les 2 dernières questions.

(*Rires*) Désolé !

Au contraire. Estimez-vous qu'il y ait assez d'infos qui passent dans les revues dans les publi ? Parce que c'est assez récent tout ça, mais il y a tout de même pas mal de données qui sortent.

Non, je pense qu'on n'en parle pas assez oui, parce qu'il y a des gens qui prennent ça sans... Enfin on... (E) On n'a pas quand même trop insisté sur les effets secondaires des IPP je pense. Et même moi la première, j'ai l'impression que... j'en prescris peut-être moins ou je fais plus attention sur le dosage mais que depuis quelques années.

Et avez-vous déjà eu des patients qui se sont plaints de ce traitement, ou des effets secondaires que vous avez constatés ?

Alors, effet secondaire, moi j'ai un patient qui a fait de l'urticaire et même un œdème de Quincke sous IPP, donc ça m'a quand même marquée ! Après j'ai surtout des troubles du transit, 2 ou 3 patients allergiques, enfin intolérants. Bon après globalement, c'est vrai que c'est quand même relativement bien toléré non ?

Hum, c'est sûrement pour ça que c'est aussi courant aussi, les gens ne s'en plaignent jamais.

Bah bien sûr. (E) Et puis moi je m'en rappelle, quand c'est arrivé sur le marché, d'abord alors, c'était très cher par rapport à ce qu'on donnait, la ranitidine ou... Et puis on ne pouvait jamais le prescrire en 1^{ère} intention, il fallait avoir... que le patient ait eu une fibroscopie et tout, donc moi je suis une génération où les IPP on ne les a pas prescrits comme ça, d'emblée.

Au début il fallait avoir une fibroscopie avant de débiter un traitement par IPP ?

Ah oui, au tout début quand ça a été mis sur le marché. Alors je ne sais pas si c'est parce que c'était beaucoup plus cher que le reste ou si c'était des précautions, mais au début on ne pouvait pas le prescrire facilement. Donc si tu veux, moi je suis de la génération où voilà... c'était un médicament quand même un peu révolutionnaire mais on n'avait pas le droit de le prescrire comme ça, au tout venant. Donc ça a peut-être contribué au fait que du coup on fait peut-être un peu plus attention que les jeunes médecins qui... pour

lesquels c'était déjà sur le marché. C'est en vente libre maintenant, alors qu'avant même nous on ne pouvait pas le prescrire en 1^{ère} intention. Maintenant pour vous je pense que c'est comme le Doliprane !

Dernière chose, qu'est-ce que vous pensez de faire passer une plaquette d'information, destinée aux patients ou aux praticiens, avec un petit rappel des effets secondaires, de l'effet rebond et tout ça...

(E1) Alors moi je crois qu'en ce moment il y a tellement de problèmes, de peur des médicaments, de fake news et de trucs comme ça, si tu veux on a quand même des patients qui sont pénibles, alors si on leur fait passer ça, ça va être compliqué, enfin pour nous hein, à gérer. Après peut être concernant l'effet rebond de ceux qui l'arrêtent, ça peut être intéressant effectivement.

En tout cas de leur dire que ça reste un médicament, ce n'est pas un bonbon qu'on avale comme ça ! Mais bon... (*soupire*) c'est un peu compliqué. J'ai une patiente qui a un reflux bien documenté, avec plein de symptômes et qui ne veut pas les prendre parce qu'elle a lu un truc... En plus c'est une patiente un peu hypochondriaque, donc elle ne veut pas les prendre mais en même temps elle vient sans arrêt me voir parce qu'elle a mal à la gorge, parce qu'elle tousse.

Mais ce n'est pas que sur les IPP !

Sur les statines notamment non ?

(Discussion s'éloignant du sujet)

Vous avez des choses à rajouter en conclusion ?

(*Réfléchit*) Hum... Non. Non. Je trouve que ça marche bien. Mais bon il faut avertir le patient. (E1) Et puis surtout, je pense, lui donner des conseils hygiéno-diététiques qui vont peut-être l'inciter à reconsidérer la question. C'est vrai que parfois ils prennent les IPP alors qu'un Gaviscon de temps en temps ça pourrait leur suffire !

C'est un peu le cas pour plein de pathologies, il y a beaucoup de choses aux niveaux diététiques et hygiène à mettre en place mais...

(E1) C'est un peu la facilité de prendre le médicament. (E1) Pour le patient lui-même et même pour nous!

Entretien 13

Pour commencer, pouvez-vous me donner quelques mots clés afin de savoir ce que vous évoquent les inhibiteurs de la pompe à protons ? Qu'est-ce qui vous vient à l'idée quand on parle de ce médicament-là ?

Alors, d'emblée, IPP pour moi ça m'amène à chercher tout ce qui va déclencher un petit peu plus d'acidité dans l'estomac, ce n'est pas compliqué. Donc j'en parle toujours avec les patients, c'est le tabac, le café, l'alcool, le stress...

D'accord. En termes de prescription en elle-même, comment vous décririez la prescription d'IPP ?

Alors, en fait, c'est vrai qu'on n'y fait pas trop gaffe, c'est plutôt banalisé, on n'a pas la notion de tant d'effets indésirables que ça sinon à type de constipation chez certains patients. Mais sinon je dirais que l'on... (El) enfin moi perso je prescris ça comme... comme du chocolat quoi ! Sans trop faire gaffe.

Sur quelles indications vous allez vous en servir ?

Alors toujours avec les antiinflammatoires non stéroïdiens. Je m'en sers après toujours sur tout ce qui est plaintes de brûlures, donc en gros, RGO, gastrite, je m'en sers même chez les nourrissons, en cas de suspicion d'œsophagite.

Quand vous êtes amené à le prescrire, et que vous avez des rechutes assez... assez précoces, vous repartez sur des cures identiques, vous changez de molécule, vous prenez l'avis du gastro ?

Tu veux dire s'il y a un échec, ou du moins si le résultat est mitigé ?

Ou surtout si ça a marché, mais que rapidement les symptômes reviennent.

Alors là normalement, je change et je l'envoie chez le gastro.

Et quand vous partez sur des prescriptions un peu plus prolongées, demandez-vous des examens, un bilan sanguin ou un Hélikit ou encore une fibroscopie justement chez le gastro-entérologue ?

Hum... non pas forcément non. L'Hélikit notamment je le demande uniquement après que le gastro ai traité un HP.

Et la fibroscopie en elle-même, avez-vous des craintes particulières concernant l'examen ?

(E1) Ah non ! Aucune réticence en tout cas à la faire faire.

Et dans votre patientèle, vous avez des gens qui craignent la fibroscopie, qui ne veulent pas la faire pour telle ou telle raison ?

Honnêtement sur la gastro non. Sur la colo oui, mais la fibro s'il faut la faire il faut la faire. Ce sont souvent des gens qui sont gênés et qui n'ont pas forcément envie d'avoir un traitement au long cours.

Le prescripteur initial de ce traitement-là, est ce souvent un confrère spécialiste ? Et lorsque c'est le cas, ça vous paraît toujours adapté ?

Souvent le cardio oui. Dans l'ordre, j'ai cardio et en 2^{ème} ORL. Et peut-être en 3^e pneumo, des gens que j'envoie pour toux chronique et qui reviennent en fait avec suspicion de RGO et une prescription d'Inipomp ou autre.

Est-il arrivé que ça vous pose soucis ?

(E1) Oui. Oui parce que je... je ne vois pas l'intérêt. Si tu l'envoies chez le pneumo c'est que tu penses bien que ce n'est pas un reflux et tu as l'impression que le mec il... il te renvoie ton patient tu sais, vite fait : « prenez ça et puis basta », et puis rien d'autre, donc il te prend un peu pour un...

J'ai ici les recommandations HAS. Concernant notamment un usage hors AMM, vous êtes amené à vous en servir pour de la toux chronique, de l'asthme ou des choses comme ça ?

Oui.

Avec un bon retour là-dessus ?

Alors sur la toux chronique, oui, parfois. Mais honnêtement c'est plutôt rare.

Chez le patient qui a ses IPP depuis plusieurs semaines, ou chez des patients que vous découvrez, qui ont leurs IPP depuis des années sans parfois trop savoir pourquoi, sur quoi vous allez vous baser pour réévaluer l'indication de ce traitement ?

Je leur pose des questions sur leur digestion. Qu'est-ce qu'ils ressentent, est-ce qu'ils ont des signes cliniques de reflux, est-ce qu'ils ont une constipation ou une lenteur de digestion. Des trucs simples avec des mots très simples pour qu'ils comprennent bien.

Et allez-vous redemander des examens chez des gens qui n'en ont pas eu depuis des années ?

Non. (E1) Je ne vais pas reconstrôler non, non. Je ne l'impose pas du moins, je vais les arrêter sans faire de contrôle.

Et lorsque vous les arrêtez, vous organisez comment cet arrêt de traitement ?

Je les arrête d'un coup, pendant 2, 3 semaines. Si ça ne va pas je leur dis de le reprendre et puis on se revoit.

Les patients se laissent facilement convaincre de l'arrêt ou...

Oui ! Oui, oui. C'est valable un peu pour tous les médicaments, quand tu leur dis « c'est bon, on arrête » généralement ils sont contents ! Dans ma patientèle je dois en avoir 2, pour qui il n'y a rien à faire, ils ne veulent pas, mais bon ils ont un mode de vie hyper stressé, ils fument, ils mangent hyper acide... Bon eux je ne pourrais jamais leur enlever. Mais ce n'est pas la majorité.

Avez-vous déjà constaté des effets secondaires de ce traitement-là, et de quel type ?

(E1) Ah oui ! Notamment chez les patients qui sont sous chimio, qui décrivent des brûlures. J'ai eu des constipations énormes, des dysgueusies, des nausées.

(Discussion à propos de nombreux autres effets secondaires que l'on cite au médecin.)

Vous aviez entendu parler de ce genre d'effets là, dans des revues ou dans la presse spécialisée ?

Franchement non ! Non, non. D'autant que j'avais communiqué avec la pharmacie récemment, parce qu'ils nous font parvenir certaines études, c'est super intéressant, et

on avait eu la dernière fois, peut-être il y a 1 an, une discussion sur les IPP. Mais ça portait sur les heures de prises, pas sur le reste tu vois.

En termes de formation, notamment via le DU de gériatrie, il n'y avait pas eu d'informations particulières non plus ?

Non. Non mais c'était il y a 10 ans quoi, visiblement ça a avancé depuis !

Dernière question, quelle est votre opinion concernant la diffusion d'une plaquette destinée aux praticiens, avec un petit rappel des effets secondaires récents et puis des consignes d'hygiène à donner aux patients à qui vous allez vouloir arrêter ce traitement ?

Oui, bien sûr. Ou une fiche info patients quoi. Bien sûr ! Après que les patients aient l'info comme ça sans être forcément concernés, tu vois, ils mélangent, je ne sais pas si ça serait énorme. Mais par contre quand tu as vraiment discuté avec le mec et que tu es en train de l'arrêter, là oui c'est chouette !

Des questions ou des remarques avant de terminer ?

Alors une question oui, je suis toujours embêté par rapport aux cardio qui mettent les patients sous IPP au moindre Kardégic 75 ou aspirine protect, je ne sais pas si c'est bien utile ?

(Discussion sur les recommandations, sans élément nouveau apporté à l'entretien)

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

Comprendre les déterminants de la prescription d'inhibiteurs de la pompe à protons au long cours en soins premiers :

Introduction : Les inhibiteurs de la pompe à protons s'avèrent être un traitement largement prescrit en soins premiers dans les pathologies oeso-gastriques. D'une relative innocuité en traitement de courte durée, ils semblent en revanche liés à de nombreux effets secondaires potentiellement sévères lors d'une prise au long cours. L'objectif de l'étude était de comprendre ce qui pouvait amener les praticiens à poursuivre ces traitements au-delà des indications recommandées.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude qualitative, via la réalisation d'entretiens auprès de médecins généralistes installés dans l'Hérault, jusqu'à saturation de données. S'en est suivi, après retranscription en verbatims, une analyse thématique de leurs réponses et remarques.

Résultats : 13 entretiens ont été réalisés lors de l'étude. La totalité des médecins participants s'accordaient sur la grande banalité des traitements par IPP, efficaces, bien tolérés et prescrits largement quel que soit le mode d'exercice et la spécialité. La réévaluation de leurs indications paraissait difficile, par manque de temps, à défaut de recommandations aisément applicables en médecine générale et du fait de la bonne réputation du traitement, rarement jugé coupable d'une quelconque iatrogénie. La réalisation d'une fibroscopie gastrique, indispensable en cas de poursuite d'un traitement au long cours, n'était pas systématiquement demandée initialement ou dans le suivi au long cours. Les effets secondaires des IPP semblaient méconnus du fait d'une moindre importance dans la formation des praticiens, du peu d'informations publiées à leur égard et de la difficulté à leur attribuer une iatrogénie particulière car souvent prescrits en association avec de nombreux traitements chez une patientèle âgée. Enfin, la plupart des participants se montraient favorables à la diffusion d'une plaquette d'information afin de faciliter la déprescription auprès de leur patientèle traitée au long cours.

Conclusion : Bien que les effets secondaires des IPP au long cours soient désormais avérées dans la littérature, leur prescription reste très répandue, sans que les indications soient évidentes. Le traitement reste banalisé et les complications méconnues. Une plus large diffusion de l'information et un outil d'aide à la déprescription pourrait s'avérer utile afin de diminuer l'usage d'un médicament par ailleurs nécessaire dans bien des cas mais dont la prescription doit être limitée dans le temps afin d'en limiter la nocivité.

Mots clés : *étude qualitative, inhibiteurs de la pompe à protons, soins premiers, prescription au long cours, réévaluation, déprescription, balance bénéfice risque*