



HAL
open science

Évaluation des freins et des solutions à la dé-prescription des inhibiteurs de la pompe à proton chez le sujet adulte pour la coconstruction d'un outil d'aide à leur dé-prescription

Loïc Froment

► To cite this version:

Loïc Froment. Évaluation des freins et des solutions à la dé-prescription des inhibiteurs de la pompe à proton chez le sujet adulte pour la coconstruction d'un outil d'aide à leur dé-prescription. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02961392

HAL Id: dumas-02961392

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02961392>

Submitted on 8 Oct 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.

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR FACULTÉ DE MÉDECINE DE NICE

28 avenue de Valombrose 06107 Nice

Evaluation des freins et des solutions à la déprescription
des inhibiteurs de la pompe à proton chez le sujet adulte
pour la coconstruction d'un outil d'aide à leur
déprescription

Année universitaire 2020-2021

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Nice
Le 24 Septembre 2020

Par

Monsieur FROMENT Loïc
Né le 12 avril 1991 à Castres

Pour l'obtention du Diplôme d'État de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Jury de thèse

Président du jury : **Pr Olivier GUERIN**
Directeur de thèse : **Dr Nicolas HOGU**
Co-directeur de thèse : **Dr Fabrice GASPERINI**
Assesseur : **Pr Xavier HEBUTERNE**
Assesseur : **Pr Gilles GARDON**

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

Pr. BAQUÉ Patrick

Vice-doyens

**Pédagogie
Recherche
Etudiants**

**Pr. ALUNNI Véronique
Pr DELLAMONICA jean
M. JOUAN Robin**

Chargé de mission projet Campus

Pr. PAQUIS

Philippe

Conservateur de la bibliothèque

Mme AMSELLE

Danièle Directrice administrative des services

Mme CALLEA

Isabelle

Doyens Honoraires
M. BENCHIMOL Daniel

M. RAMPAL Patrick

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Georges	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynecology Osterie (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pediatric (54.01)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M. BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
Mme BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M. BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M. BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M. BERTHET Jean-Philippe	Chirurgie Thoracique (51-03)
M. BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M. BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mme BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M. CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M. DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M. DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M FAVRE Guillaume	Néphrologie (44-02)
M. FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mme GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatric (54.01)
M. GUÉRIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M. IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M. ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M. ROHRLICH Pierre	Pédiatric (54.01)
M. ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M. RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M. SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M. VANBIERVLIET Geoffroy	Gastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
M.	CAMUZARD Olivier	Chirurgie Plastique (50-04)
Mme	CONTENTI-LIPRANDI Julie	Médecine d'urgence (48-04)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
M.	MASSALOU Damien	Chirurgie Viscérale (52-02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	SQUARA Fabien	Cardiologie (51.02)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	THUMMLER Susanne	Pédopsychiatrie (49-04)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)
Mme GROS Auriane Orthophonie (69)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)
M. SICARD Antoine Néphrologie (52-03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles Médecine Générale (53.03)
Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)
M. GASPERINI Fabrice Médecine Générale (53.03)
M. HOGU Nicolas Médecine Générale (53.03)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M. AMIEL Jean	M. GASTAUD Pierre
M ALBERTINI Marc	M. GÉRARD Jean-Pierre
M. BALAS Daniel	M. GILLET Jean-Yves
M. BATT Michel	M. GRELLIER Patrick
M. BLAIVE Bruno	M. GRIMAUD Dominique
M. BOQUET Patrice	M. HOFLIGER Philippe
M. BOURGEON André	M. JOURDAN Jacques
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LAZDUNSKI Michel
Mme BUSSIERE Françoise	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LE FICHOUX Yves
M. CANIVET Bertrand	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CASSUTO Jill-patrice	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
Mme CRENESSE Dominique	M. MOUIEL Jean
M. DARCOURT Guy	Mme MYQUEL Martine
M. DELLAMONICA Pierre	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DELMONT Jean	M. PRINGUEY Dominique
M. DEMARD François	M. SANTINI Joseph
M. DESNUELLE Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DOLISI Claude	M. SCHNEIDER Maurice
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	M. TOUBOL Jacques
M. FENICHEL Patrick	M. TRAN Dinh Khiem
M . FRANCO Alain	M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. FREYCHET Pierre	M. ZIEGLER Gérard

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques	M. GIUDICELLI Jean
M. BASTERIS Bernard	M. MAGNÉ Jacques
M. BENOLIEL José	Mme MEMRAN Nadine
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie	M. MENGUAL Raymond
Mme DONZEAU Michèle	M. PHILIP Patrick
M. EMILIOZZI Roméo	M. POIRÉE Jean-Claude
M. FRANKEN Philippe	Mme ROURE Marie-Claire
M. GASTAUD Marcel	

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury

Au président du jury, Monsieur le Professeur GUERIN,

Je vous suis reconnaissant de m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury de thèse et de l'intérêt que vous y avez porté. Malgré les nombreuses sollicitations que vous avez par ailleurs, vous avez soutenu ce projet de recherche. Pour cela je vous adresse mes remerciements sincères et respectueux.

Au directeur de thèse, Madame le Docteur HOGU,

D'abord pour m'avoir proposé un sujet en accord avec mes convictions, puis pour m'avoir guidé avec bienveillance dans les méandres de l'étude qualitative, ensuite pour m'avoir répondu avec tact, positivisme et rapidité, des caractères nécessaires pour un thésard anxieux. Et enfin pour avoir participé activement à la qualité de ce travail.

Au co-directeur de thèse, Monsieur le Docteur GASPERINI,

Pour votre gentillesse, votre sens de l'accueil et même de l'hospitalité, votre patience, votre envie de transmettre les valeurs de la médecine générale, ces qualités vers quoi j'essaye de tendre. Pas étonnant que vous soyez associé avec le Dr POUILLON, votre alter ego féminin, qui m'a accompagné en tant que tutrice et veillé pour que mon internat se passe sans encombre. Dr POUILLON vous avez été attentive à mes doutes, et rassurantes quand il le fallait. Merci à vous deux.

Monsieur le Professeur HEBUTERNE,

Je vous remercie d'avoir accepté de siéger dans ce jury pour juger mon travail en tant qu'expert de la molécule abordée. J'en suis honoré. Je vous prie de croire à mon immense reconnaissance.

Monsieur le Professeur GARDON,

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en siégeant dans ce jury. Merci d'évaluer en tant qu'expert du sujet. Veuillez recevoir mes remerciements les plus respectueux.

Aux participants à l'étude,

A tous les médecins investigateurs qui ont pris le temps de me recevoir, de répondre à mes questions et qui sont la matière grise de ma thèse.

A mes maîtres de stages et de formation universitaire

Merci pour votre patience, votre pédagogie, d'avoir enrichi mon bagage professionnel et humain.

A ma famille

A mes parents,

Merci de m'avoir mis au monde, car sans vous, je crois bien que je n'existerai pas. Vous avez été, vous êtes et vous serez mes modèles. Merci pour votre générosité, votre clairvoyance, et votre gentillesse. Aussi, merci de m'avoir inculqué le goût du travail. Sans tout ceci, sans vous, je n'en serais pas là aujourd'hui.

A mon frère,

Merci d'avoir été un grand frère exempl... merci. Tu as hérité de la générosité de nos parents et c'en est devenu un credo. Tu as toujours été là pour moi comme pour les autres. Garde cette grande qualité qui est tienne.

A Cécile,

Merci d'être rentré dans notre cercle familial, d'avoir accepté mon frère dans ta vie et de le supporter.
Merci pour ta bonne humeur et ton entrain.

A ma tante et mon oncle, les cousins

Mika, Olivier, merci d'avoir été là pour moi pendant mes études à Poitiers et de m'avoir accueilli chez vous. Ça a été et ça sera toujours avec un immense bonheur que je vous retrouve, que je partage des moments en famille. Mahé, Noémie, Anouk, vous avez l'intelligence et la beauté de votre mère, le reste de votre père, que vos projets se couvrent de réussites

A mes grands-parents,

Vous avez toujours été des exemples de courage, de travail et de réussite pour moi. Sans prétention, je pense que vous êtes fier de moi, mais sachez que j'éprouve beaucoup de fierté quand je repense à votre parcours de vie. Un parcours semé d'embûches mais vous en êtes sorti, plus fort, plus beaux.

Tata Béa,

Merci pour ces quatre années d'études supérieures dans le sud-est. Merci de m'avoir accueilli toujours avec bienveillance malgré mon retard, merci de m'avoir aidé plus d'une fois à rejoindre Nice en plein milieu de la nuit. Et surtout, merci d'avoir partagé la vie avec mon grand-père, d'avoir été là quand le reste de la famille n'y étais pas.

A ma belle-famille,

Merci de m'avoir accueilli chez vous avec complaisance et bonté. Merci pour votre attention à mon égard à chaque fois que l'on se voit ou que l'on se contacte. Vous prenez la vie avec humour et riez de vos ennuis, si bien que chez vous, je me sens chez moi. Vous avez élevé Léa et veillez sur son équilibre, je prends le relais maintenant.

A mes amis

Mes amis du Gers,

Mes parents m'ont inculqués les valeurs fondamentales, c'est avec vous que mon caractère s'est précisé. Merci d'avoir été vous, simples, naturels, attentifs. On n'a pas fait les 400 coups, mais quelques-uns quand même. Ces années dans le Gers ont été belles grâce à vous. Après > 10 ans passé loin du sud-ouest, je reviens !

Mes amis de Poitiers,

Si j'ai supporté l'éloignement de mon cocon familial c'est parce que je vous ai eu vous. Vous avec qui j'ai passé sept belles années dans le Poitou. Vous avez réussi à rendre meilleurs les mauvais moments et exceptionnel les bons. Merci pour toutes les aventures que l'on a vécues et vivement les prochaines !

Mes amis de Nice,

Je vous ai découvert dans un internat sombre, où on se faisait voler des affaires lors d'un stage parfois stressant. Heureusement que vous étiez là à la fin des journées, que vous étiez là pour ces longues soirées d'hiver. Depuis, les moments avec vous ont toujours été heureux. Je pars du sud-est mais je garde un peu de vous dans mon cœur. A bientôt !

A ceux que j'ai connu après mon premier semestre, j'ai eu de la chance de rencontrer des personnes souriantes, plaisantes. Merci pour tous les moments que l'on a vécus.

A Léa,

Mon amour, mon soutien de toujours. Merci d'être entrée dans ma vie. J'ai passé 8 années merveilleuses à tes côtés. Ce que je ressens pour toi n'appartient qu'à nous deux, je te dirai donc seulement : merci de prendre autant soin de moi et un jour, j'espère, de nous.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	9
TABLE DES MATIERES	11
ABREVIATIONS.....	12
INTRODUCTION.....	13
MATERIELS & METHODES.....	18
RESULTATS	20
DISCUSSION.....	34
CONCLUSION ET OUVERTURE.....	41
BIBLIOGRAPHIE.....	43
ANNEXE	48
SERMENT D'HIPPOCRATE	55
RESUMÉ.....	56
ABSTRACT	57

ABREVIATIONS

ACCF : American College of Cardiology Foundation

ACG : American College of Gastroenterology

AHA : American Heart Association

AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdiens

AMM : Autorisations de Mise sur le Marché

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

ARS : Agence Régionale de Santé

AVK : Antivitamine K

CFPC : College of Family Physicians of Canada

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

EBO : endobrachyoesophage

Gp Pluri pro : Groupe Pluriprofessionnel

HAS : Haute Autorité de Santé

HP : Helicobacter Pylori

IDRES : Institut de recherche et de Documentation en Economie de la Santé

IPP : Inhibiteurs de la Pompe à Proton

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

MSU : Maitre de Stage des Universités

OMÉDIT : Observatoire des Médicament Dispositif Médicaux et Innovation Thérapeutique

RGO : Reflux Gastro-Œsophagien

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

UGD : ulcères gastro-duodénaux

INTRODUCTION

La polymédication, un enjeu majeur

Le vieillissement de la population et les risques iatrogéniques font que la lutte contre la polymédication est un des enjeux majeurs de la qualité des soins et de l'efficacité de la prescription (1).

Au 1er janvier 2018, la proportion de personnes d'au moins 65 ans représentaient 19,6 % de la population française (2). Leur part a progressé de 4,1 points en vingt ans et ceci devrait continuer de s'accroître.

Le risque iatrogénique est, lui, inhérent à la polymédication. D'après un rapport de l'IRDES (1) ces accidents iatrogéniques sont responsables de 5 à 25 % des admissions hospitalières et de 10 % des admissions aux urgences.

Cette polymédication est justifiée par l'augmentation des pathologies après 65 ans, et, concerne, en 2016, au moins 1 personne sur 5 (3). D'autres raisons à la polymédication sont le nombre croissant d'intervenants médicaux auprès d'un même patient, des prescriptions en cascade (prescription d'un médicament pour traiter l'effet secondaire du précédent) ou encore l'automédication. Il en revient donc aux médecins de réguler cette surprescription.

Une solution, la déprescription

Une des solutions pour limiter la polymédication est la déprescription de thérapeutiques jugées inappropriées. La déprescription peut se heurter à différentes problématiques, notamment à l'acceptation du patient (4), surtout quand leurs traitements ne leur paraissent pas néfastes, elle bénéficie, pourtant, d'outils dont l'efficacité est démontrée (5) (6).

Inhibiteur de la pompe à proton, son utilisation

Le groupe des inhibiteurs de la pompe à proton (IPP) est le successeur des antihistaminiques H₂, il les a largement supplanté depuis son apparition sur le marché en 1987 du fait de sa supériorité clinique (7).

Les IPP sont utilisés pour diminuer la quantité d'acide produite par l'estomac, par inhibition de la pompe H⁺, K⁺-ATPase. Cinq molécules sont actuellement disponibles sans différence d'efficacité ni de tolérance (8) : oméprazole, pantoprazole, lansoprazole, rabéprazole et ésoméprazole.

Les IPP sont utilisés en cure courte, d'après les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), dans les indications suivantes chez l'adulte (8) (9) :

- le traitement du reflux gastro-œsophagien (RGO) et de l'œsophagite par RGO
- l'éradication d'*Helicobacter pylori* (HP),
- le traitement des ulcères gastro-duodénaux (UGD),
- et la prévention des lésions gastro-duodénales dues aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) chez les patients à risque,

À noter que la population à risque de lésions gastro-duodénales concerne les patients de plus de 65 ans, l'utilisation conjointe d'antiagrégant ou de corticoïdes, ou l'antécédent d'ulcère gastro-duodéal.

Lorsque les pathologies précédemment citées se compliquent, il peut être recommandé d'utiliser un IPP au long cours:

- RGO, en cas de rechutes fréquentes ou précoces à l'arrêt du traitement
- UGD avec HP impossible à éradiquer
- Ulcère duodéal non lié à *Helicobacter pylori* ou aux AINS, si complication, récurrence ou comorbidité sévère
- Œsophagite peptique sévère ou compliquée

Deux autres situations où un IPP est prescrit au long cours:

- Endobrachyoesophage (EBO) symptomatique ou associé à une œsophagite
- Syndrome de Zollinger-Ellison

Les IPP sont également utilisés dans la pratique courante, en dehors des recommandations de la HAS, dans de nombreuses situations : dans la prévention des saignements digestifs hauts en co-prescription avec un antiagrégant (10) (11) (12) ou un anticoagulant et dans un contexte de dyspepsie fonctionnelle si échec d'un traitement par antihistaminique H2 (13) (14).

Inhibiteur de la pompe à proton, un traitement surprescrit

En 2011, la Caisse National d'Assurance Maladie (CNAM) a comparé la France à 7 pays du même niveau socio-économique (Allemagne, Espagne, Italie, Royaume-Uni, Suisse, Pays-Bas). La France était au 2ème rang de la consommation des IPP mais au 1er rang des dépenses (15) (16). La raison est qu'en France, les IPP non génériques sont plus prescrits qu'ailleurs (63%) donc plus coûteux.

Plus récemment, l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) a mené une étude observationnelle publiée en Décembre 2018 sur l'utilisation des IPP(17). Ce travail, basé sur les données de santé de 2015, met en évidence que les IPP sont probablement surprescrits. En effet 15,8 millions de personnes en France ont eu une prescription d'IPP en 2015 et leur consommation est croissante. Entre 2010 et 2015, en France, les ventes d'IPP ont augmenté d'environ 27%. Dans cette études, 45% des utilisateurs d'IPP sans remboursement, ont eu une co-prescription d'AINS sans qu'ils soient considérés comme à risque par les auteurs.

Le mésusage des IPP a été aussi mis en évidence dans de nombreuses études nationales et internationales (18) (19) (20), où les IPP sont prescrits de manière inadaptée entre 25% et 67% des cas.

Cette surprescription, entraine bien évidemment un coût : Entre 23 et 30 millions d'euros remboursés par mois par l'assurance maladie concernant les IPP sur l'année 2019 (source CNAM) (21).

Pour réagir à cette surprescription, depuis octobre 2019, une Rémunération Sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) a été créé sur ce thème : Part des patients de moins de 65 ans sans facteur de risque mesurable de lésions digestives induites par les AINS, avec codélivrance d'IPP et d'AINS, parmi les patients sous AINS.

Inhibiteur de la pompe à proton, effets indésirables.

Considéré comme bien tolérés et très efficaces, les IPP sont, comme nous l'avons vu précédemment, utilisés à l'excès.

En plus d'un impact sur l'économie, les inhibiteurs de la pompe à proton ont des conséquences sur la santé des patients.

Nous connaissons très bien les effets indésirables à court terme, tel que les céphalées et les troubles digestifs. Toutefois l'utilisation prolongée des IPP peut entrainer des effets indésirables graves (22) (23).

Ils sont responsables de défaut d'absorption de calcium, de magnésium, de vitamine B12 et de fer (24). Ils entrainent un surrisque fracturaire osseux chez les patients à risque d'ostéoporose, un risque de démence (25)(26)(27), d'infarctus du myocarde (28), de néphropathies interstitielles, d'infections à clostridium difficile (29), d'infection du liquide d'ascite et d'encéphalopathie hépatique chez le patient cirrhotique (30) (31), et d'hyponatrémie (32) (33). Moins grave, les IPP peuvent être aussi responsables de gynécomastie (34).

Toutefois les risques d'effets indésirables graves en cas de prise d'IPP au long cours sont souvent faibles, et parfois controversés (tel que l'infection pulmonaire, et la néoplasie

gastrique), et ne doivent pas contre indiquer une prescription d'antiacides quand celle-ci est justifiée.

Pas toujours identifié par le médecin qui déprescrit, le rebond d'acidité gastrique survient dans les deux premiers mois suivant l'arrêt. Les symptômes sont des régurgitations acides et/ou des brûlures digestives (22)

Un autre point à souligner est le risque d'interactions médicamenteuses par modification du pH gastrique (35) ainsi que par interactions avec des médicaments métabolisés par l'isoenzyme CYP 2C19 du cytochrome P450 que l'IPP inhibe. Bien qu'il augmente, in vitro, la concentration plasmatique de certains médicaments tel que l'antivitamine K (AVK), et qu'il diminue la concentration d'autres tel que le clopidogrel, il n'a pas été démontré que l'IPP augmente le risque d'un surdosage en AVK (36) ainsi que des évènements cardiovasculaires chez les patients prenant une bi-anti-agrégation plaquettaire (37) (38)

Prescription d'inhibiteur de la pompe à proton

87% des prescriptions d'IPP, renouvellement ou initiation, sont réalisées par un médecin généraliste (17). D'après une étude quantitative, les déterminants du renouvellement des IPP sont : (39).

- la volonté de soulager le patient,
- dépendant du moment de la consultation,
- la non considération du coût de santé,
- l'informatique via le renouvellement automatique,
- la difficulté de modification d'une prescription faite par le spécialiste,
- l'absence de réévaluation ou de connaissance systématique de l'indication,
- et une vision positive des IPP

Déprescription d'inhibiteur de la pompe à proton

Notre travail s'orientera donc vers la déprescription d'IPP chez les médecins généralistes.

Un travail quantitatif a identifié trois freins pour les médecins généralistes à la déprescription d'IPP chez les patients de plus de 75 ans (40).

Le principal frein est, pour plus d'un tiers des médecins généralistes (37 %), l'existence d'une symptomatologie évocatrice d'un reflux gastro-œsophagien et/ou d'une œsophagite sévère sans diagnostic initial.

Pour 24% d'entre eux est la présence d'un traitement par antiagrégant plaquettaire, AVK ou anticoagulants oraux directs.

La difficulté de réalisation d'une fibroscopie œsogastroduodénale est le troisième frein le plus important pour 20 % des médecins généralistes.

Ces freins concernent des situations fréquentes qui sont peu ou mal spécifiées dans les recommandations actuelles. L'auteur conclut qu'un outil d'aide à la déprescription semble être une solution envisageable pour limiter l'utilisation non justifiée des IPP au long cours.

Outils d'aide à la déprescription d'IPP

Plusieurs outils d'aide à la déprescription d'IPP sont disponibles et certains ont été évalués dans des pays de niveau socio-économique proche de la France (6) .

Au Canada, un tableau (annexe 1) qui rappelle les indications des IPP a été évalué avec succès, sur 43 patients, seulement 37% continuaient de prendre un IPP (41).

En Ecosse, une consultation avec un(e) « a specialist nurse advisor» accompagné d'un questionnaire destiné aux patients prenant un IPP a mené à une déprescription de la molécule dans 88,6% des 157 consultations (42), nous trouvons les mêmes résultats dans une étude similaire réalisée en Angleterre(43).

Un algorithme d'aide à la déprescription destiné aux médecins a été créé lors d'une étude canadienne, publiée dans le College of Family Physicians of Canada (CFPC) (5) (annexe 2). Cette algorithme (annexe 2) n'a pas été évalué. Toutefois il a été synthétisé par l'Observatoire du Médicament, des Dispositifs Médicaux et des Innovations Thérapeutiques (OMÉDIT) du Val de Loire (annexe 3) (44).

Ce groupe de travail, placé auprès de l'Agence régionale de santé (ARS), a aussi mis en place un tableau d'aide à la prescription d'IPP (annexe 4) (45), comparable à celui évalué avec succès (annexe 1).

Objectifs de l'étude

Coconstruction d'un outil d'aide à la déprescription d'IPP. Pour ce faire nous nous intéresserons dans un premier temps aux freins des médecins généralistes à la déprescription d'IPP dans la population adulte. Puis nous les interrogerons sur leurs solutions à apporter à ce problème. Et pour finir, nous les questionnerons sur la validité de l'algorithme de déprescription et leur proposition de modification. Nous nous servirons des deux arbres (annexe 2 et 3) et du tableau (annexe 4) précédemment cités comme base de réflexion pour créer un outil adapté à la pratique de la médecine générale.

MATERIELS & METHODES

L'investigateur est un homme, interne en médecine générale, qui déclare être connu par 4 des médecins interrogés avant la réalisation des entretiens.

Étude qualitative et entretiens semi-dirigés

Nous avons choisi de réaliser une étude qualitative sachant que des études quantitatives sur le sujet ont déjà été réalisées, comme nous l'avons vu dans l'introduction (39) (40).

Nous avons décidé d'utiliser une méthode avec plus de libre arbitre. En effet par des entretiens semi-dirigés, nous avons écouté les médecins généralistes, éléments centraux de la réflexion, pour explorer les entraves à la déprescription et trouver avec eux une ou plusieurs solutions. Ceci permettant de répondre au mieux à la problématique de la surprescription d'IPP. Avec ses données et en utilisant les outils représentés dans les annexes 2, 3 et 4 nous allons coconstruire un outil d'aide à la déprescription adapté à la pratique de la médecine générale.

Guide d'entretiens

Le guide d'entretiens est une série de questions ouvertes rangées par thème. Nous l'avons rédigé en faisant abstraction de nos connaissances tirées de la bibliographies réalisées en amont. Notre but était de ne pas influencer la personne interviewée par des questions orientées. Les thèmes reflétaient les objectifs de notre étude.

Le premier entretien n'a pas été inclus mais considéré comme un test de cohérence, ceci pour évaluer la pertinence du guide et la technique d'analyse.

Population étudiée

L'échantillonnage de l'étude a été dirigé vers des médecins généralistes (MG) exerçant dans les Alpes-Maritimes, L'Hérault, le Var, la Corse et le Gers. Nous souhaitons avoir un panel de médecins représentant les différentes zones d'exercices. Le département des Alpes-Maritimes, le Var et l'Hérault étant plus urbanisé que la Corse et le Gers où les médecins sont plus facilement confrontés à la ruralité et au défaut d'accès aux soins médicaux spécialisés. En effet la densité des médecins spécialistes est deux fois plus forte dans les Alpes-Maritimes que dans le Gers (source Insee) ce qui devrait influencer les MG sur leurs pratiques et donc sur leurs réponses lors des entretiens.

Être un médecin généraliste, non remplaçant, était aussi un critère d'inclusion. Nous avons décidé d'exclure les médecins généralistes remplaçants. Le manque de suivi des patients rend la déprescription plus difficile. En effet, le médecin remplaçant, a moins de chance de connaître l'indication initiale de la prescription et craindre que celle-ci soit justifiée, de plus il ne peut suivre les symptômes à l'arrêt de l'IPP. Déprescrire un traitement que le médecin traitant habituellement reconduit risque d'être considéré comme une atteinte au code de déontologie (Art R.4127-56).

Recrutements et entretiens

Les médecins ont été contactés par courriel. Ce mode de communication a permis d'informer, de façon claire, que l'entretien, durerait environ 15 à 20 minutes, porterait sur la déprescription des IPP, et que nous discuterons d'un outil d'aide à la déprescription d'IPP. Cet outil était présenté à chaque entretien, soumis à des vagues successives de questionnement pour mettre en évidence des convergences. Il était donc modifié, amélioré, lorsque deux médecins ou plus suggéraient la même correction.

Une fiche d'information a été fournie à chaque participant avant la signature du consentement (Annexe 10) permettant d'utiliser les données recueillies. Dans cette fiche nous avons précisé que les données seraient anonymes.

Les caractéristiques socio-professionnelles du médecin ont été recueillies.

L'ensemble des entretiens a été enregistré par un dictaphone, retranscrit verbatim sous Word® puis rendus anonymes.

Les entretiens ont pris fin quand les données ont été saturées.

Analyse des données

Les verbatims ont fait l'objet d'une analyse par théorisation ancrée sans l'aide de logiciel.

Initialement, une première lecture après retranscription, a permis de s'imprégner du texte dans sa globalité. L'analyse s'est basée sur le verbatim retranscrit, une retranscription mot pour mot, dans un document texte du discours enregistré dans un fichier son.

Chaque entretien a été analysé individuellement une première fois. Les mots et expressions porteurs de sens ont été identifiés puis regroupés en thématiques qui ont ensuite été divisées en sous catégories. Les entretiens ont ensuite été analysés une seconde fois avec cette liste de thématiques. Ce qui a permis de l'étoffer. Les thèmes communs et les plus pertinents ont été développés dans la partie résultats.

L'avis du comité de protection des personnes n'était pas requis. L'étude, qui est hors champ de la loi Jardé, respectait les règles éthiques nationales en vigueur

RESULTATS

Les intervenants

21 médecins généralistes ont accepté l'interview. Le premier entretien n'a pas été inclus dans les résultats car considéré comme test.

La description des caractéristiques des interviewés figure dans le **tableau 1**. Il y avait 14 hommes et 6 femmes, la médiane d'âge est de 40 ans.

Seulement 7 médecins travaillent en zone urbaine, les autres côtoient la ruralité. À l'exception d'un médecin, tous travaillent dans un groupement de professionnels de santé. Il y a 10 médecins qui travaillent dans un milieu où la densité médicale est faible, le Gers et la Corse, contre 10 où l'accès aux soins est plus aisé.

Les entretiens ont été réalisés du 4 Juillet 2019 au 21 Mars 2019. La durée des entretiens était comprise entre 5 et 42 minutes, avec une médiane à 17 minutes et 30 secondes. La description de l'échantillon est représentée dans le tableau 2.

Une saturation des idées a été obtenue à la fin du dix-huitième entretien. Nous avons décidé de prolonger jusqu'au vingtième pour s'en assurer. Aucun médecin n'a coupé court à l'entretien avant la fin des questions prévues dans le guide d'entretiens.

	Age	Sexe	Année d'installation	Zone d'exercice	Mode d'exercice	MSU	Département	Durée (min)
Test	31	Femme	2015	Semi-rurale	Gp Pluripro	Oui	Alpes-Maritimes	26
1	32	Homme	2016	Urbaine	Gp Pluripro	Oui	Alpes-Maritimes	23
2	34	Homme	2018	Urbaine	Gp Pluripro	Non	Alpes-Maritimes	25
3	59	Homme	1988	Rurale	MSP	Oui	Corse	18
4	34	Homme	2016	Urbaine	Gp Pluripro	Non	Alpes-Maritimes	31
5	38	Homme	2011	Semi rurale	Gp Pluripro	Oui	Alpes-Maritimes	23
6	43	Femme	1991	Rurale	MSP	Oui	Corse	9
7	30	Femme	2018	Semi rurale	Gp Pluripro	Non	Hérault	22
8	34	Homme	2016	Urbaine	Gp Pluripro	Non	Alpes-Maritimes	20

9	31	Homme	2018	Rurale	Gp Pluripro	Non	Gers	27
10	57	Femme	1990	Semi-rurale	Gp Pluripro	Oui	Gers	21
11	55	Femme	1998	Semi-rurale	Gp Pluripro	Non	Gers	17
12	31	Homme	2019	Rurale	Gp Pluripro	Non	Gers	34
13	40	Homme	2010	Rurale	Gp Pluripro	Oui	Gers	12
14	31	Femme	2018	Rurale	Gp Pluripro	Non	Gers	13
15	50	Homme	1990	Rurale	Gp Pluripro	Oui	Gers	13
16	62	Homme	1987	Semi rurale	Seul	Oui	Gers	10
17	57	Homme	1993	Semi-rurale	MSP	Oui	Var	13
18	60	Homme	1991	Semi-rurale	MSP	Oui	Var	13
19	59	Homme	1992	Semi-rurale	MSP	Oui	Var	6
20	40	Femme	2015	Semi-rurale	MSP	Non	Var	5

Tableau 1 : Caractéristique des médecins interrogés

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire ; Gp Pluripro : Groupe Pluri professionnel ; MSU : Maitre de Stage des Universités

	<i>Pourcentage</i>
<i>Femme</i>	30%
<i>Maitre de stage universitaire</i>	52%
<i>Zone d'exercice</i>	
- Urbain	20%
- Semi-rural	45%
- Rural	35%
<i>Mode d'exercice :</i>	
- Groupe pluripro	95%
- Seul	5%
<i>Informatisé</i>	100%

	<i>Médiane</i>
<i>Age</i>	40 ans
<i>Durée d'enregistrement</i>	17 min et 30 sec

Tableau 2 : Description de l'échantillon.

Les freins à la déprescription

Le patient

Les entretiens étaient uniquement réalisés avec des médecins, le point de vue du patient ci-dessous n'est qu'une projection des professionnels de santé interrogés.

Comme nous l'avons vu lors de l'introduction (4), le patient peut être réticent à l'idée d'avoir une modification de son traitement au long cours. C'est ce qu'ont rapporté les médecins durant les entretiens, E14 : « *L'habitude des gens déjà, quand le patient a un traitement depuis des années, c'est très compliqué de leur faire arrêter* ».

La déprescription peut entraîner une anxiété pour le patient à qui on change ses **habitudes**.

Une autre cause aux freins à la déprescription d'IPP : E2 : « *Je le prends parce que j'avais mal, je n'ai plus mal parce que je le prends... **association de cause à effet*** ». Cette **logique** que met le patient en place est difficile à enrayer. On la retrouve dans d'autres entretiens, E13 : « *les signes qu'il y avait avant et la peur de les avoir à nouveau* ».

Le patient peut aussi avoir de **fausse représentation** de l'utilisation de l'IPP. Une idée qui revient souvent est le fait que l'IPP est un « protecteur gastrique » de ce fait, E8 « *ça les aide à supporter le reste de leur autre traitements* ».

Certains médecins parlent d'une **dépendance** telle qu'ils ne parviennent pas à critiquer la prise médicamenteuse, E9 : « *Il peuvent adorer le médicament, la substance* »

Le Médecin généraliste

Sans surprise, le **manque de temps** est un facteur limitant à la déprescription des IPP. E3 : « *lorsqu'on a le temps d'expliquer au patient* », en parlant des freins à la déprescription d'IPP. E12 : « *tout dépend de la consultation, si j'ai déjà 4 ou 5 motifs je ne vais pas m'attarder là-dessus. J'ai peut-être plus important* ».

Le **renouvellement automatique** est prégnant dans la surprescription. E11 « *on les represcrit un peu par habitude* », E13 : « *c'est vrai qu'en pratique, les patients l'ont au long cours et je ne me pose pas toujours la question* ».

L'IPP n'est pas un médicament à déprescrire en priorité. A la question, « quel traitement à déprescrire en priorité ? » les médecins répondent : E2 : « *Le premier, ça doit être les statines, en deux je mettrais les benzo au sens large ...* ».

Pourquoi ne pas privilégier la déprescription des IPP ? Une raison évoquée est la confiance des médecins en cette thérapeutique qui a un **service médical rendu important**. Comme souligné précédemment, l'arrivée de la famille des IPP a rapidement supplanté les traitements jusque-là utilisés pour les pathologies œsogastriques. E3 : « *J'ai un certain âge. J'ai connu, devant les ulcères gastriques, on utilisait la vagotomie... du bismuth... des antiulcéreux qui*

n'étaient pas très efficaces avec beaucoup d'effets secondaires ». E7 « je pense que c'est un traitement qui est efficace ».

En plus d'un traitement efficace, il y a **peu d'effets indésirables objectivés** dans la pratique de la médecine générale, E5 : *« Actuellement, j'en pense qu'on l'a très largement prescrit, en se disant, c'est un traitement génial, il n'y a aucun effet secondaire, c'est extrêmement efficace ».*

Au cours des entretiens, nous nous sommes rendu compte que le reflux gastro-œsophagien, était la principale cause de prescription d'IPP par les médecins généralistes. En effet, environ 8% de la population générale en France (9). Une cause identifiée de RGO et pour laquelle les intervenants paraissent en difficulté : la **hernie hiatale**. E4 : *« j'ai souvent des patients qui ont une hernie hiatale. J'ai l'impression que c'est ceux-là qui en prennent au long cours ». Symptomatique ou non, la hernie hiatale par glissement est source de surprescription.*

Le manque de connaissance de la posologie de l'IPP en fonction de la pathologie est un frein à la juste prescription. En fonction de la pathologie, la posologie peut varier, ce qui engendre de la confusion. Exemple, dans le cadre de la prévention des récurrences d'œsophagites par RGO, pour le pantoprazole, l'autorisation de mise sur le marché (AMM) correspond à une pleine dose alors qu'en cas d'utilisation d'ésoméprazole, c'est une demi-dose qui doit être prescrit. A la présentation du tableau d'aide à la déprescription, les médecins ont avoué avoir quelques lacunes quant à la juste posologie de l'IPP. E4 : *« Alors déjà, qu'il y avait des dosages différents en fonction de l'indication, je ne le savais pas. », E1 « qu'il y a beaucoup d'IPP différent donc ça peut engendrer des confusions ».*

Utilisation d'IPP hors recommandation

L'utilisation hors AMM d'IPP en cas de **co-prescription d'un antiagrégant plaquettaire**, met les médecins généralistes dans l'embarras. La prévention du saignement gastro intestinal, en cas de prise d'antiagrégant n'est pas totalement codifiée et donc laisse libre cours à une pratique médicale basée sur l'expérience, et la formation médicale continue. Ces dernières étant différentes entre chaque médecin généraliste, cette co-prescription est donc variable. Notre guide d'entretiens a mis en lumière la complexité de cette pratique. Nous avons des intervenants pour qui une co-prescription n'est pas systématique, voir illogique, E1 : *« Il y a le patient qui sort de l'hôpital avec la prescription de Kardégic® et d'IPP. Il n'y a pas de raison de continuer l'IPP », E2 « Ca n'a aucun sens de prescrire un IPP avec du Kardégic® ». A l'inverse, d'autres médecins généralistes mettent en avant un risque à ne pas prescrire un antiacide, E4 « je repense aux indications. Comment par exemple, la co-prescription avec le Kardégic®, le Plavix®. Il y a des risques de saignements ». Des médecins interrogés ont évoqué le cas de prescription d'IPP lors bi-antiagrégation plaquettaire pour souligner le risque*

d'hémorragie gastro-duodénale, E13 : « *Je le laisse, surtout quand le patient sort, il a une double antiagrégation plaquettaire* ». Il y a donc une hétérogénéité de réponse sur cette question. A l'interrogation, « pouvez-vous me dire ce que vous pensez de l'association antiagrégant et IPP ? », certains me retournent la question E12 : « *Alors si tu as des infos sur ça, je veux bien* ». Cela montre toute la difficulté de répondre à cette question qui est fréquente dans la médecine générale.

Un autre point abordé spontanément par les intervenants est l'**associations anticoagulants et IPP**. Certains le faisant couramment, E4 : « *J'avais l'habitude de prescrire volontiers l'IPP avec un anticoagulant* ». D'autre moins favorable E9 : « *Il me semble pas que les anticoagulants ... Après on se pose toujours la question* » me répondait l'interviewer à la question : quels sont les indications d'une prescription d'IPP au long cours ?

Une dernière association à visée de protecteur gastrique concerne les **corticothérapies au long cours**. L'analyse des verbatims concernant cette association a montré une certaine disparité entre les pratiques. A la question, est-ce qu'une corticothérapie au long cours justifie une prescription d'IPP : E18 : « *en général oui, la plus part du temps, mais pas tout le temps... ils ont des effets digestifs possible mais peut-être moins que les AINS, les anti coagulant ou les anti agrégants plaquettaires.* », a contrario, E19 : « *non toutes les corticothérapie au long cours non pas forcément un IPP* ».

Au cours des entretiens nous avons vu une utilisation des IPP hors recommandations et non étudiée par les sociétés savantes, par exemple, lorsqu'un patient de moins de 65 ans déclare avoir des douleurs épigastriques à la prise d'AINS. Ces cas sont plus sources de surprescription que de frein à la déprescription d'IPP. E1 : « *pour les autres, on demande aux gens s'ils sont sensibles de leur estomac.* », en parlant de la **coprescription AINS et IPP hors recommandation**.

La **dyspepsie fonctionnelle**, n'entraînerait pas de prescription d'IPP hors AMM au long cours, E18 : « *Non, je pense qu'il faut que ça soit un traitement de courte durée* ».

Relations interprofessionnelles

Les relations interprofessionnelles sont décrites comme pouvant contrarier la déprescription. Les médecins ciblent leurs relations **avec les spécialistes**. Contacter un spécialiste n'est pas toujours évident, E1 : « *Ce n'est pas toujours facile d'avoir le spécialiste, lui demander ce qu'il en pense.* ». E3 : « *c'est une prescription de spécialiste, et donc nous généraliste [il insiste sur le mot généraliste] on a parfois du mal à faire accepter à notre patient qu'on va un peu dédire ce qu'a dit le spécialiste* ». Aussi, interférer dans les prescriptions d'un confrère est complexe, E1 « *Peut-être que c'est par déontologie. C'est un collègue qui l'a mis on ne va pas lui enlever*

son traitement. ». La représentation des interlocuteurs sur la pratique des médecins spécialistes interpelle. E10 : « *il m'a mis « IPP au long cours ». Parfois je me demande s'il pense à l'arrêter* ». Le gastroentérologue ne serait pas toujours un atout dans la décroissance thérapeutique. Autres spécialités prescripteurs d'IPP sont les cardiologues, E9 : « *bien souvent les IPP sont prescrits par les cardiologues en sortie d'hospitalisation* ».

C'est le cas aussi dans le cadre des rapports entre les **médecins généralistes**. E2 : « *J'ai fait des remplacements pendant 3 ans. C'est dur de s'immiscer dans les prescriptions des confrères, notamment des associés* » « *on a l'impression d'être anti-confraternelle.* ».

De même que pour les prescriptions émanant de **l'hôpital** qui pourrait être une entrave à la déprescription pour les intervenants, E1 : « *le patient qui sort de l'hôpital.... Il n'y a pas de raison de continuer l'IPP, tout le monde voit la prescription mais personne n'ose le déprescrire car ça vient de l'hôpital* ».

Par contre en milieu de faible densité médicale, le temps d'attente pour une consultation avec un gastroentérologue, n'était pas un frein à l'initiation de la déprescription chez les médecins généralistes.

Les solutions d'aide à la déprescription d'IPP

Les patients

Nous avons vu précédemment que les patients pouvaient être un frein aux retraits de traitements dans l'ordonnance. Mais dans certains cas, ils sont un catalyseur à la déprescription. **L'inobservance thérapeutique** restreint la prescription, E7 : « *qui ne le prenait pas systématiquement.... Donc je l'ai déprescrit* ».

La connaissance des effets indésirables : E12 : « *il y a des patients qui ne veulent pas prendre les médicaments parce qu'ils ont vu des effets indésirables possible sur internet* ».

Les patients s'informent, par le biais de divers médias et sont susceptibles de prendre connaissance d'éventuels effets indésirables.

Un médecin a évoqué **la famille du patient** comme moteur pour lutter contre la polymédication. E9 : « *chez la famille de la personne âgé. Quand elle voit l'ordonnance et qu'il y a une grosse liste de médicaments, elle se dit qu'il serait bien d'en retirer certains* ».

Le Médecin généraliste

Lors des entretiens, une solution à la surprescription d'IPP, initialement non prévue dans le guide, a fait surface. Certains médecins ont été informé par des représentants de la sécurité sociale, pour évoquer les prochaines **ROSP**. Nous l'avons vu lors de l'introduction, depuis

Octobre 2019, une des ROSP est la part des patients sous AINS de moins de 65 ans sans facteur de risque d'ulcère gastro duodéal mais avec codélivrance d'IPP. E4 « *je n'avais pas l'idée de les déprescrire, j'avoue* » en faisant référence à la discussion, hors micro, qu'un délégué de la sécurité sociale est venu lui expliquer qu'il prescrit trop d'IPP. Les ROSP sont une source de motivation à la juste prescription.

Un intervenant a déclaré que sa pratique concernant la prise en charge d'un patient prenant un IPP au long cours avait été changé après un échange avec un confrère **gastro-entérologue**, E5 : « *il y a un gastro-entérologue j'avais vu qu'il commençait à enlever les IPP. Je l'ai eu au téléphone, on en a parlé.* »

Vu lors de l'introduction, il existe des risques à l'utilisation d'IPP au long cours. Les médecins progressivement s'informent et **se sensibilisent aux effets secondaires** des IPP au long cours, E5 : « *en se disant... il n'y a aucun effet secondaire... Et depuis quelques mois, années, il y a probablement des effets secondaires au long cours avec l'ostéoporose et peut être une association avec Alzheimer* ».

Nous avons vu que les nombreux IPP pouvaient entraîner une confusion chez le prescripteur. D'après la Commission de la Transparence (HAS), aucune des molécules n'a prouvé de supériorité par rapport à aux autres. Certains intervenants trouvent donc une solution en **limitant le nombre de molécule utilisée** parmi les cinq IPP disponibles. E2 : « *j'avais tendance à utiliser toujours le même ... j'ai vu que le générique de l'oméprazole qui est moins cher. Donc ça me fait un peu changer ma prescription* ».

Comment les médecins procèdent pour réussir la déprescription ?

Tout d'abord, le moment où le traitement par IPP va être remis en cause est lors du renouvellement d'ordonnance. Le médecin ne retrouvera pas **l'indication initiale**, ou bien la durée du traitement aura dépassé l'indication initiale. E14 : « *Alors première chose que je cherche à savoir c'est pourquoi il a été prescrit initialement, par qui et dans quel contexte, depuis combien de temps* ».

Les médecins traitants ont plusieurs armes à disposition pour limiter la polymédication. Une « information loyale, claire et appropriée » pour un « consentement éclairé » en est une. En d'autres termes **expliquer au patient le rapport bénéfice/risque** de la prise d'IPP, E5 : « *que les molécules ont une balance bénéfice/risque ... et après le patient choisit* ».

Les règles hygiéno-diététiques sont un point incontournable, dans la l'arrêt des IPP. C'est ce que soulignent quasi systématiquement les médecins interrogés, lorsqu'ils évoquent la déprescription de l'IPP à leurs patients, E2 : « *Quand je l'arrête.... Je donne les règles hygiéno-diététiques.* »

La technique de déprescription est différente selon les médecins. Certains déprescrivent par paliers, en diminuant progressivement la dose si possible, voir en proposant une prise d'IPP un jour sur deux,

E2 : « *Je tente une décroissance avec un arrêt en moins de 3 mois. Je le fais un peu au pif... J'ai pas du tout d'algorithme* ». Cette décroissance progressive serait en accord avec la prévention de l'effet rebond à l'arrêt de l'IPP. C'est ce que souligne, sans le mentionner le terme, un intervenant, E5 : « *est ce qu'il y a pas un effet addictif des IPP du fait qu'on va prescrire une molécule qui va baisser l'acidité de l'estomac ? Et en effet on n'a pas d'algorithme...je réduis progressivement...Ça paraît assez logique de diminuer progressivement* ». D'ailleurs, aucun des médecins interrogés n'ont évoqué le terme « rebond d'acidité ».

D'autres médecins, déprescrivent sans décroissance. E14 : « *Je ne diminue pas la dose ..., je l'arrête* ».

Le médecin peut s'aider de traitement, type antiacide ou antihistaminique H2 pour accompagner le patient dans l'arrêt de l'IPP. E1 : « *Je lui ai seulement demandé de prendre un Gaviscon plutôt qu'un IPP* ».

Après avoir pris la décision, avec le patient, d'arrêter le traitement, il est nécessaire de l'accompagner dans sa démarche. En effet, un autre rôle du médecin traitant est **le suivi** de sa patientèle, E14 : « *de nous contacter lors de l'arrêt si ça ne va pas* ».

Les outils

Au fil des interviews, le guide d'entretiens a évolué pour insister sur les outils à proposer pour aider à la déprescription.

Un site internet d'aide à la décision de déprescription d'IPP a été proposé par le premier intervenant, E1 : « *Ou faire carrément un site en ligne, comme antibioclic* ». Les autres intervenants n'ont pas approuvé cette proposition, E14 : « *juste pour les IPP, je ne pense pas. La question n'est pas si vaste* ».

Un support pour le patient. C'est également la proposition du premier médecin interviewé, E1 : « *Une fiche d'information des effets secondaires... Ça donnerait des arguments supplémentaires pour déprescrire* ». L'idée n'est pas partagée par tous les médecins, E14 : « *C'est plus facile que ça vienne d'un entretien avec le médecin* ». Certains médecins redoutent l'effet « contre-productif » d'une fiche d'information si elle énumère les effets indésirables qui peuvent entraîner une crainte et un refus du traitement lorsqu'il est nécessaire. E12 : « *Oui, mais il ne faut pas lui faire peur* ». Nous n'avons pas rappelé au médecin que,

dans chaque boîte de médicament, des fiches destinées aux patients reprennent les effets indésirables.

Nombreux sont les médecins interrogés à avoir émis l'idée d'un **algorithme d'aide à la déprescription**. Un médecin travaillant dans une MSP, a suggéré d'éditer une protocolisation de déprescription des IPP E3 : « *je pense que ça serait intéressant d'avoir un arbre décisionnel pour la déprescription* ».

L'arbre et le tableau décisionnel

À chaque entretien, les intervenants étaient questionnés sur la validité d'un arbre décisionnel d'aide à la déprescription d'IPP dans le cadre d'une consultation de médecine générale. Au cours des entretiens nous nous sommes rendu compte que nous pouvions améliorer l'outil. Tout comme le guide d'entretiens, l'arbre décisionnel s'est vu donc modifié au fur et à mesure des interviews.

Le tableau décisionnel

Comme nous avons vu dans le chapitre sur les freins à la déprescription, le manque de connaissance de la posologie de l'IPP en fonction des indications pouvaient entraîner un mésusage de la molécule et une surprescription. A la présentation d'un tableau reprenant les différentes AMM des cinq IPP disponibles en France (Annexe 4), **les médecins**, hormis l'intervenant numéro 2, **n'ont pas approuvé cet outil** comme une aide à la déprescription.

E1 : « *Je trouve que ça va. C'est bien systématisé* ». E2 : « *il est pas génial ce tableau. J'aime pas trop. Il m'embrouille plus qu'autre chose* ».

A la question « est ce que le tableau décisionnel apporte de la clarté ou de la confusion ? », l'intervenant 4 a répondu : « *De la clarté... non* ». Ce tableau paraît trop chargé d'informations.

E17 : « *en fait dose standard et dose forte je ne sais pas ce que ça veut dire* ». Le tableau décisionnel n'est pas opérationnel dans le cadre d'une consultation de médecine générale d'après les entretiens menés.

L'arbre décisionnel issu du CFPC

Nous avons présenté aux médecins l'algorithme décisionnel publié dans la revue The College of Family Physicians of Canada (CFPC) (annexe 2) et l'arbre décisionnel créé par OMÉDIT Val de Loire (annexe 3) sur les bases du premier. Les médecins étaient d'abord confrontés à l'outil en annexe 3, puis à l'annexe 2.

Concernant l'annexe 2, **les intervenants le juge de façon défavorable**. E1 : « *Celui-là [en désignant l'algorithme canadien], il est un peu plus complexe, un peu moins visuel. Il est moins synthétique... trop d'informations... moins clair.* », E2 : « *Oui, c'est déjà moins lisible..... Oui je préfère l'autre c'est plus lisible.* », E3 : « *Le premier me paraît plus facile évidemment* ».

L'arbre décisionnel, son évolution

Dès le premier entretien, l'intervenant nous a suggéré quelques modifications à réaliser sur l'arbre décisionnel (annexe 3). E1 : « *Je trouve qu'il est simple d'utilisation. On pourrait rajouter, la recherche des effets secondaires qui ne sont pas allégués par le patient. C'est peut-être un peu exhaustif de mettre tous les effets secondaires...* ». **Et si l'arbre** créé par OMÉDIT Val de Loire **pouvait être amélioré** ? Pouvons-nous présenter des versions modifiées de l'arbre aux praticiens rencontrés ? Nous avons donc contacté les auteurs de l'algorithme canadien (annexe 2). Cet outil n'a jamais été testé. D'après nos recherches bibliographiques, il en est de même pour l'arbre décisionnel édité par OMÉDIT Val de Loire (annexe 3). Le fait que ces outils n'aient été approuvés lors d'études nous permet une plus grande liberté d'utilisation. Nous avons donc décidé de modifier l'arbre décisionnel en fonction des entretiens et de la bibliographie réalisée en amont des entretiens. Lorsque deux intervenants évoquaient le même changement à effectuer, nous modifions, en accord avec les recommandations et données de la littérature.

Cité précédemment, l'étude dirigée par l'ANSM a mis en évidence un mésusage important de l'utilisation de l'IPP en tant que protecteur gastrique dans le cadre d'une prescription d'AINS, et une ROSEP a vu le jour à ce sujet. Il nous a donc semblé important de rajouter **les indications de co-prescription AINS-IPP** dans l'arbre décisionnel (Annexe 5).

Nous avons vu, dans un précédent chapitre, que la recherche de l'indication initiale d'une prescription d'IPP est la première étape d'un médecin qui souhaite déprescrire la molécule. De plus, les médecins ne connaissent pas toutes les pathologies pour qui la HAS recommande une **prescription au long cours d'IPP**. Mettre sur l'algorithme, à l'image de l'arbre décisionnel publié dans la revue CFPC, ces indications nous semblait essentiel, nous les avons rajouté. E7 : « *C'est vrai que s'il y a avait quelque chose qui pourrait nous rappeler les indications* ». Nous avons omis par erreurs certaines indications comme l'endobrachyoesophage symptomatique ou associé à une œsophagite et l'UGD en cas d'HP impossible à éradiquer ce qui n'avait pas attiré l'attention des médecins.

L'intervenant numéro 2 a évoqué ce qu'il faisait en cas de déprescription d'IPP complexe, E1 : « *Prendre le téléphone, appeler le gastro* ». Ce qui nous a amené à nous demander qu'elle

est la **prise en charge en cas d'échec de déprescription d'IPP**, lorsque le patient présente des symptômes digestifs haut à l'arrêt du traitement. Ce qui entraîne par conséquent, une nouvelle prise d'IPP. L'algorithme canadien propose une conduite à tenir face à un échec à l'arrêt des IPP. Nous avons donc décidé arbitrairement d'utiliser ce dernier et l'intégrer dans celui de l'annexe 3 en rajoutant l'utilisation de fibroscopie oeso-gastro-duodénale en première intention. Ceci étant recommandé en France. Annexe 5

L'arbre décisionnel, annexe 5

Les intervenants ont donc été questionnés sur sa clarté, son intérêt, son applicabilité dans une consultation de médecine générale et sur les améliorations qu'on pourrait apporter à cet outil (annexe 5).

En première lecture de l'arbre décisionnel, les médecins ont eu une **réaction favorable**, E2 : « je le trouve bien, il est facile à lire ». Puis le guide d'entretiens a orienté les médecins sur chaque point de l'algorithme et des critiques ont émergé.

Certaines allaient dans le sens de l'arbre décisionnel, « Doit-on indiquer les effets indésirables des IPP dans l'arbre décisionnel ? », E3 : « *Je ne pense pas, ça serait l'alourdir.* ». Concernant la définition d'une prescription d'IPP au long cours : E4 : « *Plus de 8 semaines, c'est la plus fréquente des situations* ».

Noté dans l'outil, les **indications d'une association IPP-AINS sont intéressantes** d'après les intervenants, E2 : « *on le garde. J'ai pas les chiffres non plus mais j'ai l'impression que c'est assez systématique. Par peur.... C'est pas pour rien que c'est enseigné* ».

D'autres critiques nous ont fait modifier notre outil. Les intervenants n'approuvaient pas le **temps d'attente, trop court selon eux, pour évoquer un échec** de déprescription d'IPP, E2 : « *j'attends un peu plus que 7 jours* ». Écoutant les médecins, la **définition de l'échec** initialement décrite à 7 jours a été modifiée à **1 mois**. Toutefois ils étaient en accords avec l'orientation vers un gastro-entérologue en cas d'échec, E2 : « *Je l'adresse après à un gastro si besoin* ».

Les abréviations « CTC », « AAG » mis respectivement à la place des mots « corticoïdes », « antiagrégants plaquettaires », pour que l'outil soit plus aéré, n'étaient pas comprises par les médecins. E2 « *CTC, ça veut dire quoi ?* ».

D'autres termes de l'arbre décisionnel étaient non intuitifs, E5 : « *Pansement gastrique c'est quoi ?* », E4 : « **RGO si besoin**. *Si besoin ça veut dire quoi ?* ».

Echanges avec des médecins gastro-entérologues

Évoqué précédemment, l'intervenant numéro 6 a déclaré qu'un gastro-entérologue avait fait changer sa pratique sur le sujet. Ceci met en avant que les spécialistes puissent être d'un grand recours dans la déprescription des IPP. Il nous a donc semblé important de **questionner les médecins spécialistes** qui, d'après nos entretiens, **prescrivaient le plus** d'inhibiteurs de la pompe à proton et qui seraient susceptibles de les déprescrire. Toutefois, par soucis de validité interne de l'étude nous avons décidé de ne pas inclure les verbatims dans l'étude. Nous avons donc interrogé trois gastro-entérologues, deux travaillant en milieu hospitalier et un en milieu libéral. Leurs commentaires sur l'arbre décisionnel a conduit à plusieurs modifications.

Aucun ne connaissait l'indication d'une utilisation au long cours d'IPP dans le cadre de **l'ulcère duodénal** chez un patient non infecté par H. pylori, ou chez qui l'éradication n'a pas été possible. De même pour les intervenants 3 et 4 pour qui il n'y a pas d'indication à mettre en place un traitement d'entretien, E3 : « Il faut vérifier la posologie et au bout d'un moment l'arrêter, non ? », E4 : « Ulcère au long cours... c'est pas toute la vie non plus ? non ? Et l'Helicobacter pylori, on arrive à le traiter non ? ». Cette indication portant à confusion, nous l'avons retirée.

Sur leur conseils et sur les recommandations HAS, nous avons décidé de rajouter l'indication « **œsophage de Barrett** », une maladie pour laquelle un IPP de plus de huit semaines peut être nécessaire.

Le rebond d'acidité peut être pris comme échec de déprescription. Un intervenant seulement l'a évoqué sans le nommer. Nous avons donc rajouté cette notion mal connue dans l'algorithme de déprescription.

Ils nous ont suggéré de préciser **la place du gastro-entérologue** dans le cas où le patient devait prendre un IPP au long cours. Ces situations sont complexes et nécessitent volontiers l'avis du spécialiste.

Une autre indication au long cours n'était pas comprise : **l'œsophagite sévère** E4 : « Une œsophagite sévère c'est censé guérir au bout de 8 semaines ? ». Nous l'avons retirée.

Après avoir analysé ces critiques nous avons décidé que l'arbre décisionnel devait évoluer.

L'arbre décisionnel, annexe 6

A partir du septième intervenant, l'annexe 6 était présenté.

De nouveau les **critiques** furent dans un premier temps **positives** à la présentation de l'arbre décisionnel. E7 : « *Je dirai que c'est très clair car il y a que 3 branches. Voilà avec les points principaux... Je trouve qu'il est bien comme ça.* », E8 : « *Oui c'est simple, il n'y a pas trop de case. Oui ça m'a l'air vraiment pas mal. Pour les techniques de déprescription, oui, donc je vois, éventuellement accompagné avec des traitements* ». E9 : « *c'est bien de mettre les règles pour la déprescription, mettre aussi les règles hygiéno-diététiques, parler du rebond d'acidité* ». Les médecins trouvent un intérêt à préciser dans l'outil la survenue d'un potentiel **rebond d'acidité**. E7 « *Tu vois ça je ne le dis pas souvent au patient.* », E9 : « *je ne parle pas du rebond d'acidité* ». Le terme « RGO, si besoin » a été changé par « **RGO persistant, IPP dépendant** ». Celui-ci était compris par les médecins interrogés, E8 : « *Si le patient a un reflux immédiatement après son arrêt, cela justifie d'un bilan avec le gastro-entérologue* ».

Dans un deuxième temps, les professionnels de santé nous ont apporté des **commentaires amenant à corriger** une nouvelle fois l'arbre décisionnel. Il a eu un manque de compréhension sur l'encadré reprenant la prise en charge en cas **d'échec de déprescription**, E7 : « *Si échec après 1 mois... Du coup après un mois c'est après l'arrêt total du traitement ou après le début de la décroissance ?* ». **Le temps d'attente** avant de parler d'échec thérapeutique n'était pas assez important, E8 : « *un mois ça me paraît un peu court pour parler d'un problème qui nécessiterait soit un nouveau bilan gastro soit une nouvelle reprise* ». **La durée de décroissance** peut être rallongée comme la souligné le cinquième intervenant, E5 : « *Après moi j'estime qu'il n'y a pas d'urgence à le déprescrire donc le l'étale sur 3 mois.* ».

Les médecins ont été unanimes sur le fait de limiter la prescription d'un AINS lorsque qu'un patient est à risque de lésions gastro-duodénales. De ce fait, **l'association AINS et IPP** ne devrait pas figurer dans l'encadré « IPP au long cours », E8 : « *Un patient qui a plus de 65 ans, on mettra rarement un AINS sauf si le patient a une polyarthrite* », E9 : « *Je pense un AINS plus sujet à risque c'est moins de 8 semaines de prescription* »,

Les intervenants exerçant dans le Gers ont pointé du doigt **le manque de gastro-entérologue** dans la région. Cela limite les possibilités d'orienter le patient vers la réalisation d'une fibroscopie gastrique en cas d'échec, E16 : « *le problème c'est que le gastro-entérologue... trois mois pour avoir un rendez-vous.. c'est difficile de faire une fibroscopie* ».

Echanges avec des médecins cardiologues

Nous avons vu précédemment que les médecins généralistes n'étaient pas d'accord sur la co-prescription IPP et antiagrégants plaquettaires. Suggéré par un intervenant, E12 : « *il serait*

*intéressant de voir les cardiologues car le patient qui a fait un infarctus du myocarde et qui a un IPP, il ne verra jamais le gastro » nous avons rencontré deux **cardiologues**. Un cardiologue travaillait en libéral, un autre en milieu hospitalier. Leur pratique concernant la coprescription IPP-antiagrégant convergeait. Dans le cas d'une double antiagrégation, ils prescrivaient systématiquement un IPP, et lorsque le patient n'avait plus qu'un antiagrégant, en fonction des antécédents et de l'âge du patient, l'IPP était retiré ou laissé. Une pratique en accord avec ce qu'a déclaré cet intervenant, E13 : « *Ils ont souvent, pendant 1 an une double anti agrégation plaquettaire, donc je le laisse. Après, à réfléchir, à voir, mais si le cardiologue le laisse, je le laisse aussi* ». Toutefois, lors de ces échanges, nous n'avons pas pu retirer une conduite à tenir précise. Nous avons décidé de ne pas inclure cette prise en charge spécifique dans l'arbre décisionnel.*

À la suite de ces entretiens, en accord avec les remarques des médecins, une modification de l'arbre décisionnel a été apporté. L'indication de l'association AINS et IPP a été retirée de l'encadré « indications au long cours », mais maintenue dans l'outil. La définition **d'un échec de déprescription est passé de 1 mois à 2 mois**, en conformité avec la durée de survenue de rebond d'acidité, mimant un échec de déprescription et à la fréquence de consultation d'un patient chez son médecin généraliste. Nous **étalons donc la déprescription sur deux mois**. (Annexe 7).

Le terme « œsophage de Barrett » n'était pas ou mal compris par trois médecins préférant le terme « endobrachyoesophage ». E18 : « *Alors je suis assez surpris, peut être que j'ai mal lu mais l'endobrachyoesophage n'apparaît pas... [en lisant l'algorithme]* », E19 : « *œsophage de Barrett, je ne sais pas ce que c'est* », E20 : « *Je dis plutôt endobrachyoesophage* ».

Nous avons donc modifié ce terme. Toutefois nous n'avons pas précisé l'indication exacte de la HAS : « endobrachyoesophage symptomatique ou associé à une œsophagite ».

L'arbre décisionnel, annexe 7

À partir du quatorzième intervenant, nous avons présenté l'annexe 7.

Les retours ont été positifs, E14 : « *Après, c'est très bien, je suis très algorithmique comme ça facile* », « *c'est assez simple et assez claire* », E15 : « *Ça paraît pas mal* ».

L'E14 nous a suggéré d'évoquer dans l'outil l'association IPP et antiagrégant. E14 : « *sous antiagrégant ont fait des hémorragies digestives et chez qui l'indication des anti-agrégants est posée. Ça pourrait être une bonne indication hors AMM* ».

À la fin de l'entretiens numéro 18, il y a eu une saturation des idées. Nous avons réalisé 2 autres entretien pour nous en assurer. Nous avons donc gardé l'outil indiqué à l'annexe 7 inchangé.

Où mettre le tableau décisionnel ? Les médecins, tous informatisés, ont répondu qu'ils préféreraient l'avoir sous forme de PDF dans leur ordinateur. E1 : « *je le mets sur le bureau de l'ordinateur, sous forme de PDF, pour l'avoir rapidement sous les yeux* »

DISCUSSION

Validité interne

Nous allons voir les faiblesses de l'étude. Néanmoins, nous n'évoquerons pas les caractéristiques inhérentes à la méthode employée. Notamment, le nombre d'acteurs ne peut pas être comparé à une étude quantitative. Ce nombre est basé sur l'obtention d'une saturation des idées que nous avons eu à la fin du dix-huitième entretien.

Caractéristique de l'échantillon

Lorsque les médecins ont été contactés par téléphone, ou par mail, certains n'ont pas souhaité participer à l'enquête, et d'autres n'ont pas répondu. Les motifs avancés étaient le manque de disponibilité pour participer à l'enquête, et le manque d'expérience dans le sujet avec la crainte de ne pas avoir d'information pertinente à apporter. De ce fait, les intervenants pourraient être ceux qui ont le plus de connaissances dans le sujet. Cependant, l'intervenant 4 a déclaré ne jamais avoir pratiqué de déprescription d'IPP.

Concernant la sélection des intervenants pour cette étude, on retrouve une proportion équilibrée de médecins exerçant dans des zones de faible et de forte densité médicale. En effet, 10 participants travaillent en Corse ou dans le Gers et 10 intervenants sont implantés dans les Alpes-Maritimes, l'Hérault et le Var. Cette équilibre a eu une influence sur les verbatims. La densité de médecins entre spécialistes a pesé sur les réponses à la question de la conduite à tenir en cas d'échec de déprescription d'IPP. C'est le cas des médecins travaillant dans le Gers. A contrario, l'E2 et l'E5, travaillant dans les Alpes-Maritimes, ont évoqué spontanément, l'orientation vers un gastro-entérologue en cas d'échec, pour l'E2, et les échanges avec un spécialiste sur le sujet de la déprescription des IPP, pour l'E5.

Un biais de sélection, la moyenne d'âge de notre population, d'environ 44 ans, est de 7 ans plus jeune que celle des médecins généralistes en France (source sante.gouv). Nous

émettons l'hypothèse que les jeunes diplômés sont plus intéressés par les questionnaires de thèse car probablement utilisé récemment pour leurs propres travaux de recherche.

11 intervenants étaient des MSU. Cela peut s'expliquer par le fait qu'encadrer des internes, les sensibilise à l'envie de partager des connaissances, une expérience.

Nous déclarons connaître 4 intervenants sur 16. 2 intervenants sont des anciens MSU de l'investigateur et 2 sont des amis du cercle familial. Ceci entraîne bien évidemment un biais d'empathie, de relation de proximité. Ces médecins auraient pu être tenté par noter positivement l'arbre décisionnel présenté. Toutefois nous avons eu lors de ces entretiens des critiques objectives amenant à des modifications de l'outil.

Le mode de recueil des verbatims

Il y existe un biais lié au mode de recueil. La méthode de l'entretien semi-dirigé expose au biais de déclaration. En effet, les médecins répondants peuvent manquer d'objectivité quant à leur pratique.

Enfin, malgré des efforts d'objectivité, il est possible que nous ayons orienté l'échange vers certains points de la déprescription qui nous paraissaient les plus importants à traiter.

L'analyse des données

L'analyse a été effectuée par un seul et même enquêteur. Il n'y a donc pas eu de triangulation de l'analyse, ce qui aurait renforcé la validité des résultats.

Construction de l'outil

La méthode Delphi est un outil de construction d'un consensus fait à partir d'un processus structuré de communication organisant les opinions d'un groupe indépendant d'experts. Chaque participant donne son avis anonymement, puis est informé des avis exprimés par les autres ainsi que des réactions par rapport à son propre avis pour lui permettre de réagir en tentant de se rapprocher de la réponse consensuelle.

Notre travail ne se destinait pas à réaliser une méthode Delphi, c'est pour cela que nous n'avons pas respecté nombre de prérequis. Nous n'avons pas confronté les avis des médecins généralistes entre eux. Nous n'avons réalisé qu'un entretien avec chaque participant. Nous n'avons pas clôturé la construction du tableau par un travail avec tous les intervenants.

Il aurait pu être intéressant de revenir vers les praticiens pour écouter leurs retours sur l'utilisation de l'algorithme dans leur pratique. Mais ce dernier changeait régulièrement et nous ne pouvions demander aux participants de réévaluer l'outil à chaque modification.

Toutefois nous avons respecté certaines règles imposées par la Méthode Delphi : l'anonymat, et le fait d'interrogé les acteurs de santé experts dans la déprescription de thérapeutiques jugées inappropriées.

Validité externe

Les freins

Indiqué dans l'introduction, de nombreuses études ont pointé du doigt les moteurs de la surprescription et les freins à la déprescription d'IPP (38)(39). Nos résultats sont donc conformes aux précédents travaux de recherches.

Les solutions

Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature des études médicale sur les solutions à apporter à la déprescription d'IPP émanant d'échange avec des professionnels de santé. Bien que leurs ouvertures concernent les réponses à donner à leur problématique, les travaux de recherches sus-cité se concentrent particulièrement sur les freins à la déprescription.

Les outils d'aide à la déprescription

Concernant l'outil d'aide à la déprescription, une thèse, pour un doctorat en pharmacie, a été publiée : « prescription inappropriée d'inhibiteur de la pompe à protons : état des lieux en 2019 et proposition d'un outil d'aide à la déprescription. ».

Plusieurs outils existent pour aider les prescripteurs à détecter les prescriptions inappropriées chez le sujet âgé mais ne sont pas spécifiques pour l'emploi des IPP : les critères de Beers, la liste de Laroche et MAI : Medication Appropriateness Index.

D'autres outils, portant spécifiquement sur les IPP ont été créé, certains évalués, nous les avons déjà cités plusieurs fois en introduction et dans la partie résultat. Un autre a été testé, (47) avec succès, bien que le taux de participation à l'étude soit très faible (6 participants). Nous noterons qu'il s'appuie sur la recherche d'indication inappropriée comme notre arbre décisionnel. Cependant il ne propose aucune technique de déprescription, ni de conduite à tenir en cas d'échec. (Annexe 8)

L'évolution de l'algorithme décisionnel

Les freins

- *La pratique médicale*

Le manque de temps est un facteur limitant la déprescription, de ce fait nous avons décidé de proposer un outil simple, rapide d'utilisation. Même si **l'absence d'effet indésirable objectif** par les médecins est un des freins, mettre sur l'outil ces derniers, dont certains sont encore controversés encombrerait l'algorithme. En effet on en dénombre une trentaine. Nous avons eu la même réflexion que pour les possibles interactions médicamenteuses.

L'informatique, avec le renouvellement automatique est source de défaut de déprescription. Nous avons donc décidé de faire de cette faiblesse une force en utilisant un algorithme pouvant se lire facilement via un unique PDF pouvant être installé sur l'ordinateur des praticiens libéraux.

- *La représentation des pathologies oeso-gastro-duodénales*

Le service médical rendu des IPP est basé sur les indications AMM proposées par la HAS. Or la **co-prescription IPP avec un anticoagulant ou un antiagrégant** dans le cadre de la prévention des saignements digestifs hauts est hors recommandation mais toutefois faite volontiers par les médecins généralistes. Cette pratique a déjà été évaluée dans une thèse identifiant les prescriptions d'IPP hors AMM (48). Ces derniers évoquent des prescriptions similaires en milieu hospitalier, ou chez leurs confrères cardiologues. Nous avons échangé sur le sujet avec deux cardiologues. Malheureusement, nous n'avons pas pu établir une pratique faisant consensus. A l'image des recommandations de 2008 de l'ACCF/ACG/AHA (annexe 9) (49), nous n'avons pas pu définir un âge cible, des antécédents, ou des symptômes présents. Le « guide de bonne utilisation des antiplaquetaires » rédigé par l'ANSM en 2012 nous apporte peu de recommandations (50). Il a été seulement suggéré de mettre en place un IPP en cas d'antécédent de saignement digestif haut lors d'une prise antiagrégant plaquettaire si ce dernier ne pouvait être déprescrit. Toutefois il aurait pu être intéressant de présenter ce guide aux médecins interrogés ce qui aurait pu entraîner une modification de l'arbre décisionnel.

Nous mettons le doigt sur une réalité, basée sur une littérature conséquente, mais non encadrée par la HAS.

Une autre association dans un but de chimioprévention d'un saignement digestif haut est la **co-prescription IPP et corticothérapie**. Nous pouvons signaler qu'aucun médecin n'a évoqué le sujet spontanément. Lorsque la question a été abordée par notre guide d'entretiens,

l'analyse des verbatims a révélé une disparité dans la pratique. De nouveau, des recommandations claires sont nécessaires.

La **hernie hiatale** par glissement, facteur favorisant des reflux gastro-œsophagiens, est une pathologie donnant lieu à des prescriptions d'IPP au long cours. C'est ce que plusieurs médecins interrogés nous ont rapporté. Or nous savons que de « nombreux porteurs de hernie hiatale n'ont aucun RGO alors que beaucoup de sujets souffrant de RGO n'ont pas de hernie hiatale » (51). Une prescription d'IPP peut avoir lieu en cas de reflux dans un contexte d'hernie hiatale mais ne doit pas être renouvelée si les symptômes disparaissent. De nouveau, il s'agit d'une situation fréquente que nous n'avons pas pu retranscrire de façon synthétique sur l'arbre décisionnel.

Le **syndrome dyspepsique**, pourrait être une indication hors AMM de prescription d'IPP au long cours si échec d'un traitement par antihistaminique H2 (13) (14). Aucun des médecins participants n'a évoqué le sujet spontanément. Lorsque nous orientons le guide vers cette pathologie, les médecins ont répondu que ce syndrome ne devrait pas justifier d'une prescription d'IPP au long cours. Nous suggérons qu'ils comprennent la prise au long cours comme une prise quotidienne pendant plus de 8 semaines et non comme une prise à la demande pendant plusieurs mois.

- *Les relations interprofessionnelles*

Le parcours du patient est basé sur une intervention coordonnée des professionnels de santé tant en ville qu'en établissement de santé. Notre étude a mis en évidence une **relation complexe entre médecins généralistes, et les médecins spécialistes ou hospitaliers** entraînant un défaut de déprescription. Nous trouvons les mêmes résultats que dans une étude évaluant les rapports entre médecins hospitaliers et généralistes (52). Notre outil définit la place du spécialiste, en l'occurrence du gastro-entérologue en fonction des étapes de la déprescription.

Nous avons donc relevé que la prescription d'IPP peut être inscrit dans un parcours de soins impliquant plusieurs médecins et structures médicales. La multiplicité des intervenants dilue la responsabilité de la juste prescription. L'acte de déprescrire est donc ralenti au profit de déresponsabilisation. C'est ce qu'on appelle la « collusion de l'anonymat » décrit par le Dr Balint. (46)

Les solutions

La **non connaissance de l'indication initiale** peut inciter à engager une déprescription d'IPP. C'est de cette manière qu'a commencé la déprescription d'IPP dans une étude prospective

française (53). Sur 41 patients sous IPP au long cours, 35 n'avaient pas d'indication retrouvée, ou cette dernière ne justifiait pas d'IPP au long cours. Il y a eu 74% d'arrêt définitif à 12 semaines. Cette étude, de faible puissance, va dans le sens de la méthode employée pour initier la déprescription.

Concernant les **indications aux longs cours**, nous avons commis plusieurs erreurs.

Tout d'abord Nous avons oublié dans l'arbre décisionnel représenté en annexe 5 l'indication « endobrachyoesophage symptomatique ou associé à une œsophagite ». Lorsque nous l'avons introduit dans l'arbre, nous avons omis de préciser la notion de « symptomatique » et « l'association avec une œsophagite » pourtant importante. En cas d'EBO non symptomatique et sans œsophagite, un IPP au long cours n'est pas recommandé. Concernant les indications « traitement au long cours de l'ulcère duodénal chez les patients non infectés par H. pylori, ou chez qui l'éradication n'a pas été possible » ainsi que « œsophagite sévère », nous les avons introduit dans l'arbre décisionnel puis fait marche arrière car les médecins interrogés ne comprenaient pas l'indication. Nous avons mal interprété les verbatims. En effet ces verbatims correspondaient aux freins à la déprescription par un manque de connaissance des indications et n'auraient pas dû entraîner une modification de l'outil. Une troisième erreur a été de ne pas mettre l'indication « ulcère gastrique où l'éradication HP est impossible ».

La deuxième étape de la déprescription d'IPP consiste à évoquer le **rapport bénéfice/risque** de ce choix. Concernant les risques, la connaissance de ces effets indésirables motive les médecins à déprescrire, et à transmettre cet acquis à leurs patients pour argumenter le choix d'arrêter le traitement. Nous avons évoqué précédemment les raisons pour lesquelles nous n'avons pas indiqué les effets secondaires dans l'outil.

Nous n'avons pas fait ressortir de majorité dans **la façon de déprescrire**. C'est-à-dire, qu'autant de médecins déprescrivaient par palier posologique que sans décroissance. Il n'y a pas dans la littérature de preuve qu'une technique est plus efficace que d'autres. C'est aussi ce qu'a déclaré l'étude canadienne dont est tiré l'algorithme présenté (annexe2) (54) ainsi que l'étude précédemment citée (53). Néanmoins, en prenant conscience d'un risque de rebond d'acidité, nous pensons qu'il serait préférable de déprescrire sous forme de décroissance posologique, voire de prescrire un jour sur deux. Un autre argument serait, la durée d'action d'un IPP est longue. En effet, le renouvellement d'une pompe à proton est de 24h ce qui peut justifier une prescription un jour sur deux.

Les médecins ont indiqué utiliser des **traitements symptomatiques** type antiacide ou antihistaminique H2 pour limiter l'échec d'un arrêt d'IPP. Deux études prospectives, ayant des conflits d'intérêts, avait pour but de proposer un programme de déprescription d'IPP avec l'aide d'un traitement par Gaviscon® (42) (43). Les résultats sont très positifs puisque 83% (138/157) et 75% (4691/6249) des patients ont réduit ou arrêté leur traitement. Les taux d'arrêt définitif

se situent autour de 40%. Ces résultats sont en accords avec une utilisation de traitements symptomatiques pour limiter les échecs de déprescription.

Le rebond d'acidité survient dans les deux mois suivant l'arrêt (55). Deux études menées en double aveugle contre placebo ont mis en évidence un taux de survenue du rebond dans environ 40% des cas suivant l'arrêt de l'IPP, après au moins 4 semaines d'utilisation. Un chiffre non négligeable étant donné l'enjeu médico-économique majeur (56) (57). En effet, ce rebond peut entraîner une reprise du traitement et inciter les patients à poursuivre la prise d'IPP et éventuellement s'exposer à ses effets indésirables. Nous avons noté qu'aucun des médecins n'a évoqué le sujet à leur patient et nous avons donc décidé de le rajouter dans notre arbre décisionnel.

Une autre modification majeure a été de mettre en place une **conduite à tenir en cas d'échec** de déprescription. Dans les différentes études interventionnelles dont l'objectif était une déprescription d'IPP, au moins un tiers des patients reprenaient leur traitement. Il nous a semblé important de ne pas ignorer ces cas fréquents dans le processus de retrait d'un médicament. Nous avons aucune littérature disponible sur le sujet pour pouvoir s'y appuyer, nous avons donc utilisé, arbitrairement la proposition de conduite à tenir de l'outil canadien. Ignorant le risque de survenue d'effet rebond, nous avons placé l'échec thérapeutique à 7 jours après l'arrêt de l'IPP. L'analyse des verbatims a montré cette définition de l'échec ne reflétait pas les pratiques des médecins interrogés. Les fréquences de consultation d'un patient chez son médecin généraliste est de l'ordre de mois, et non de semaines. Nous avons donc changé la durée, nous sommes passé à 1 mois puis à 2 mois en accord avec les commentaires des intervenants. En plus des avis des médecins généralistes, nous souhaitons être conforme à la durée de survenue du rebond d'acidité.

La disparité médicale territoriale influence sur la manière de prendre en charge certaines pathologies. C'est ce qu'ont évoqué deux médecins travaillant dans un zone de faible densité de spécialité médicale. Ils ont relevé qu'ils avaient des difficultés à adresser les patients vers les confrères gastro-entérologues et limitaient donc les indications. De ce fait dans leur pratique, ils leur étaient difficile de suivre notre conduite à tenir proposée en cas d'échec de déprescription. Nous n'avons pas pu traduire cela dans notre outil.

Les autres outils d'aide à la déprescription

- *Tableau décisionnel (annexe 4)*

Nous avons été surpris des avis défavorables fait au tableau décisionnel. Nous pensions qu'il aurait pu être intéressant dans la pratique de la médecine générale. En effet, cité dans

l'introduction, une étude, qui a utilisé un tableau (annexe 1) va dans le sens d'une utilité d'un tableau décisionnel, (40), où sur 43 patients, seulement 37% continuaient de prendre un IPP. En lisant cet outil (annexe 4), des médecins ont avoué être surpris par les posologies recommandées en fonction des indications. Les intervenants l'ont expliqué en déclarant que le tableau présentait trop d'information, et qu'ils n'utilisaient qu'une ou deux molécules. En restreignant leurs options thérapeutiques, ils maîtriseraient ainsi mieux la molécule qu'ils prescriraient. Les termes employés « dose standard » et « dose forte » portaient à confusion. Le tableau, présenté comme tel, n'est donc pas approuvé pour l'utilisation dans une consultation de médecine générale.

- *L'arbre décisionnel issu du CFPC (annexe 2)*

Cet outil non plus n'a pas été validé par les médecins interrogés. Il ne serait pas assez limpide, pas assez intuitif. Notre tort a été de présenter un arbre décisionnel simplifié (annexe 3) puis celui-ci (annexe 2). La différence de clarté a orienté les médecins vers celui qui est le plus simple à déchiffrer. Cependant nous avons utilisé cet outil pour construire l'autre. Car même s'il n'était pas applicable en l'état en consultation, il avait des notions intéressantes à utiliser.

CONCLUSION ET OUVERTURE

En France, la prescription inappropriée des inhibiteurs de la pompe à proton est un enjeu de santé publique, aussi bien sur les conséquences financières, que sur le surrisque d'évènements indésirables graves qu'elle entraîne. Les médecins généralistes étant à l'origine de 87% des prescriptions des IPP en France, ils sont les cibles à prioriser pour agir contre cette pratique.

Ce travail a permis d'identifier les freins et les solutions à apporter à la déprescription d'IPP en médecine générale pour construire un outil utilisable dans la pratique de ces derniers.

D'après les médecins généralistes interrogés, les patients peuvent freiner la déprescription lorsque ceux-ci craignent une perte d'un possible effet bénéfique, mais aussi de l'inciter en n'étant pas observant.

La pratique des professionnels de santé peut aussi être une entrave comme un moteur à la déprescription. Le manque de temps, l'informatique, la banalisation du médicament, le manque de connaissance des indications au long cours, ne pas souhaiter interférer avec la prescription d'un confrère, la hernie hiatale, et la co-prescription avec un antiagrégant ou un anticoagulant limitent la juste prescription. A contrario, les ROSP, la connaissance des effets

indésirables, de l'effet du rebond d'acidité, l'indication non retrouvée, l'utilisation de traitement antiacides ou antihistaminique H2 et le rappel des règles hygiéno-diététiques, facilite la déprescription d'IPP et favorise son succès.

A partir de ces éléments et selon les critiques émanant des médecins interrogés nous avons élaboré un arbre décisionnel adapté à la pratique de la médecine générale libérale mais non complet concernant les indications au long cours.

Il serait intéressant d'évaluer l'impact cet algorithme sur la déprescription d'IPP en consultation de médecine générale après avoir précisé toutes les indications au long cours. En premier une confirmation de l'outil par une étude quantitative associée secondairement à une étude interventionnelle.

Nous prévoyons d'introduire notre arbre décisionnel, après ajustement, dans le site internet « GASTROLOGIC » créé par Mme Pauline Balestra dans le cadre de sa thèse de docteur en médecine soutenue publiquement le 17 septembre 2020. Ce site est à destination des médecins généralistes pour les aider à prendre en charge les pathologies oeso-gastro-duodénales de leurs patients.

Il est démontré que les tableaux décisionnels sont efficaces dans la déprescription D'IPP. Même si celui édité par OMÉDIT Val de Loire n'a pas été approuvé dans notre étude, il serait intéressant de l'évaluer tout comme d'évaluer notre arbre décisionnel.

Alors que des études de bonne qualité mettent en avant le surrisque de saignement gastro-intestinal en cas de prise d'antiagrégant au long cours en fonction de l'âge, il n'y a pas de recommandation complète sur le sujet. Ce qui entraîne une confusion et une pratique variée entre médecins. Nous suggérons qu'il soit établi clairement si certaines populations de patients sont à risque de saignements digestifs hauts en cas de prise au long cours d'antiagrégant ou d'anticoagulant, justifiant de ce fait une prise d'IPP au long cours.

De même pour les cas de dyspepsie fonctionnelle, aucune recommandation HAS ne prévoit la possibilité de soulager les patients avec un IPP malgré les nombreuses littératures sur le sujet.

BIBLIOGRAPHIE

1. Monégat M, Sermet C. La polymédication : définitions, mesures et enjeux. 2014;8.
2. Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 16 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303333?sommaire=3353488>
3. rapport-charges-et-produits-2019_cp19_01.pdf [Internet]. [cité 16 sept 2019]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/rapport-charges-et-produits-2019_cp19_01.pdf
4. Crest MG. La déprescription: les patients sont-ils prêts? Analyse du vécu et du ressenti des patients à qui le médecin généraliste propose une déprescription. :147.
5. Farrell B, Pottie K, Thompson W, Boghossian T, Pizzola L, Rashid FJ, et al. Deprescribing proton pump inhibitors: Evidence-based clinical practice guideline. *Canadian Family Physician*. 1 mai 2017;63(5):354-64.
6. Reeve E, Andrews JM, Wiese MD, Hendrix I, Roberts MS, Shakib S. Feasibility of a Patient-Centered Deprescribing Process to Reduce Inappropriate Use of Proton Pump Inhibitors. *Ann Pharmacother*. 1 janv 2015;49(1):29-38.
7. Strand DS, Kim D, Peura DA. 25 Years of Proton Pump Inhibitors: A Comprehensive Review. *Gut Liver*. janv 2017;11(1):27-37.
8. ipp_adulte_juin_2009.pdf [Internet]. [cité 16 sept 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-06/ipp_adulte_juin_2009.pdf
9. argumentaire_ipp_2009-04-27_14-15-18_458.pdf [Internet]. [cité 26 nov 2019]. Disponible sur: https://webzine.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-04/argumentaire_ipp_2009-04-27_14-15-18_458.pdf
10. Mo C, Sun G, Lu M-L, Zhang L, Wang Y-Z, Sun X, et al. Proton pump inhibitors in prevention of low-dose aspirin-associated upper gastrointestinal injuries. *World J Gastroenterol*. 7 mai 2015;21(17):5382-92.
11. Li L, Geraghty OC, Mehta Z, Rothwell PM. Age-specific risks, severity, time course, and outcome of bleeding on long-term antiplatelet treatment after vascular events: a population-based cohort study. *The Lancet*. 29 juill 2017;390(10093):490-9.
12. Ray WA, Chung CP, Murray KT, Smalley WE, Daugherty JR, Dupont WD, et al. Association of Oral Anticoagulants and Proton Pump Inhibitor Cotherapy With Hospitalization for Upper Gastrointestinal Tract Bleeding. *JAMA*. 4 déc 2018;320(21):2221-30.
13. Proton pump inhibitors for functional dyspepsia | Cochrane [Internet]. [cité 15 mars 2020]. Disponible sur: https://www.cochrane.org/CD011194/UPPERGI_proton-pump-inhibitors-functional-dyspepsia

14. van Marrewijk CJ, Mujakovic S, Fransen GA, Numans ME, de Wit NJ, Muris JW, et al. Effect and cost-effectiveness of step-up versus step-down treatment with antacids, H2-receptor antagonists, and proton pump inhibitors in patients with new onset dyspepsia (DIAMOND study): a primary-care-based randomised controlled trial. *The Lancet*. 17 janv 2009;373(9659):215-25.
15. Point d'information. :15.
16. *Consommation_et_depenses_de_medicaments_-_Europe.pdf* [Internet]. [cité 28 nov 2019]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Consommation_et_depenses_de_medicaments_-_Europe.pdf
17. *cd53a115d61537a049f16954c021313c.pdf* [Internet]. [cité 16 sept 2019]. Disponible sur: https://www.ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/cd53a115d61537a049f16954c021313c.pdf
18. Delcher A, Hily S, Boureau AS, Chapelet G, Berrut G, de Decker L. Multimorbidities and Overprescription of Proton Pump Inhibitors in Older Patients. *PLoS One* [Internet]. 4 nov 2015 [cité 16 sept 2019];10(11). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4633104/>
19. Forgacs I, Loganayagam A. Overprescribing proton pump inhibitors. *BMJ*. 5 janv 2008;336(7634):2-3.
20. Nawabzad R, Friocourt P. Prescription inappropriée en gériatrie, faisabilité et utilité d'une démarche d'optimisation structurée. *La Revue de Gériatrie*. 2015;8.
21. ameli.fr - Médicaments délivrés par les pharmacies de ville par type de prescripteur [Internet]. [cité 28 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/medicament/medicaments-pharmacies-de-ville-par-prescripteur/medic-am-2019.php>
22. Effets secondaires des IPP au long cours [Internet]. FMC-HGE. [cité 16 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.fmcgastro.org/texte-postu/postu-2018-paris/effets-secondaires-des-ipp-au-long-cours/>
23. Eusebi LH, Rabitti S, Artesiani ML, Gelli D, Montagnani M, Zagari RM, et al. Proton pump inhibitors: Risks of long-term use. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*. 1 juill 2017;32(7):1295-302.
24. Ito T, Jensen RT. Association of Long-term Proton Pump Inhibitor Therapy with Bone Fractures and effects on Absorption of Calcium, Vitamin B12, Iron, and Magnesium. *Curr Gastroenterol Rep*. déc 2010;12(6):448-57.
25. Association of Proton Pump Inhibitors With Risk of Dementia: A Pharmacoepidemiological Claims Data Analysis | Dementia and Cognitive Impairment | *JAMA Neurology* | JAMA Network [Internet]. [cité 2 déc 2019]. Disponible sur: <https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/fullarticle/2487379>

26. Zhang Y, Liang M, Sun C, Song EJ, Cheng C, Shi T, et al. Proton pump inhibitors use and dementia risk: a meta-analysis of cohort studies. *Eur J Clin Pharmacol*. 21 nov 2019;
27. Haenisch B, von Holt K, Wiese B, Prokein J, Lange C, Ernst A, et al. Risk of dementia in elderly patients with the use of proton pump inhibitors. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 1 août 2015;265(5):419-28.
28. Tan JM, Parsons R, Sim TF, Lee YP. The Association between Proton Pump Inhibitors and Myocardial Infarction: What Do Food and Drug Administration Data Tell Us? *J Res Pharm Pract*. sept 2019;8(3):123-8.
29. Kwok CS, Arthur AK, Anibueze CI, Singh S, Cavallazzi R, Loke YK. Risk of *Clostridium difficile* infection with acid suppressing drugs and antibiotics: meta-analysis [Internet]. Centre for Reviews and Dissemination (UK); 2012 [cité 2 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK100331/>
30. Khan MA, Cholankeril G, Howden CW. Proton Pump Inhibitors and the Possible Development of Hepatic Encephalopathy in Cirrhotic Patients: True Association or Residual Confounding? *Gastroenterology*. 1 juin 2017;152(8):2076.
31. Chang S-S, Lai C-C, Lee MG, Lee Y-C, Tsai Y-W, Hsu W-T, et al. Risk of Spontaneous Bacterial Peritonitis Associated With Gastric Acid Suppression. *Medicine* [Internet]. juin 2015 [cité 3 déc 2019];94(22). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4616349/>
32. Falhammar H, Lindh JD, Calissendorff J, Skov J, Nathanson D, Mannheimer B. Associations of proton pump inhibitors and hospitalization due to hyponatremia: A population-based case-control study. *European Journal of Internal Medicine*. 1 janv 2019;59:65-9.
33. Paul LPS, Martin J, Buon M, Gaillard C, Fedrizzi S, Mosquet B, et al. Nouvel effet indésirable fréquent des inhibiteurs de la pompe à protons chez le sujet âgé : l'hyponatrémie modérée. *Thérapie*. 1 mars 2014;69(2):157-62.
34. Batteux B, Llopis B, Muller C, Khouri C, Moragny J, Liabeuf S, et al. The drugs that mostly frequently induce gynecomastia: A national case - noncase study. *Thérapie*. 20 juin 2019;
35. Budha NR, Frymoyer A, Smelick GS, Jin JY, Yago MR, Dresser MJ, et al. Drug Absorption Interactions Between Oral Targeted Anticancer Agents and PPIs: Is pH-Dependent Solubility the Achilles Heel of Targeted Therapy? *Clin Pharmacol Ther*. août 2012;92(2):203-13.
36. a656063d-2b68-4c26-9417-c1b5554f029e.pdf [Internet]. [cité 3 déc 2019]. Disponible sur: <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/a656063d-2b68-4c26-9417-c1b5554f029e>
37. Melloni Chiara, Washam Jeffrey B., Jones W. Schuyler, Halim Sharif A., Hasselblad Victor, Mayer Stephanie B., et al. Conflicting Results Between Randomized Trials and Observational Studies on the Impact of Proton Pump Inhibitors on Cardiovascular

- Events When Coadministered With Dual Antiplatelet Therapy. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*. 1 janv 2015;8(1):47-55.
38. 2009_36_3.pdf [Internet]. [cité 6 déc 2019]. Disponible sur: https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/pharmacologie_et_toxicologie_cliniques/documents/2009_36_3.pdf
 39. 2019TOU31069.pdf [Internet]. [cité 3 déc 2019]. Disponible sur: <http://thesesante.upstlse.fr/2685/1/2019TOU31069.pdf>
 40. Pille Dit Ducamp D. Freins à la déprescription des inhibiteurs de la pompe à protons chez le sujet âgé de plus de 75 ans suivi en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines; 2018.
 41. Walsh K, Kwan D, Marr P, Papoushek C, Lyon WK. Deprescribing in a family health team: a study of chronic proton pump inhibitor use. *J Prim Health Care*. 30 juin 2016;8(2):164-71.
 42. Murie J, Allen J, Simmonds R, de Wet C. Glad you brought it up: a patient-centred programme to reduce proton-pump inhibitor prescribing in general medical practice. *Qual Prim Care*. 2012;20(2):141-8.
 43. Coyle C, Symonds R, Allan J, Dawson S, Russell S, Smith A, et al. Sustained proton pump inhibitor deprescribing among dyspeptic patients in general practice: a return to self-management through a programme of education and alginate rescue therapy. A prospective interventional study. *BJGP Open*. 9 juill 2019;bjgpopen19X101651.
 44. 8301.pdf [Internet]. [cité 5 déc 2019]. Disponible sur: http://www.omedit-centre.fr/portail/gallery_files/site/136/2953/5062/8301.pdf
 45. 7118.pdf [Internet]. [cité 16 sept 2019]. Disponible sur: http://www.omedit-centre.fr/portail/gallery_files/site/136/2953/5062/7118.pdf
 46. Laroche M-L, Bouthier F, Merle L, Charmes J-P. Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées : intérêt d'une liste adaptée à la pratique médicale française. *La Revue de Médecine Interne*. juill 2009;30(7):592-601.
 47. Reeve E, Andrews JM, Wiese MD, Hendrix I, Roberts MS, Shakib S. Feasibility of a Patient-Centered Deprescribing Process to Reduce Inappropriate Use of Proton Pump Inhibitors. *Ann Pharmacother*. 1 janv 2015;49(1):29-38.
 48. Caraveo C. Prescriptions hors AMM des inhibiteurs de la pompe à protons chez l'adulte: croyances et représentations des médecins généralistes des Alpes-Maritimes. :92.
 49. null null, Bhatt Deepak L., Scheiman James, Abraham Neena S., Antman Elliott M., Chan Francis K.L., et al. ACCF/ACG/AHA 2008 Expert Consensus Document on Reducing the Gastrointestinal Risks of Antiplatelet Therapy and NSAID Use. *Circulation*. 28 oct 2008;118(18):1894-909.

50. argumentaire-aap_bon_usage_agents_antiplaquettaires.pdf [Internet]. [cité 6 sept 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-07/argumentaire-aap_bon_usage_agents_antiplaquettaires.pdf
51. Buscail L. LE REFLUX GASTRO-ŒSOPHAGIEN (RGO) DE L'ADULTE. :77.
52. Sailliol M. Étude des relations entre les médecins généralistes de la région de Pau et le centre hospitalier de rattachement de Pau pour améliorer la prise en charge mutualisée des patients. :105.
53. Diane G. Etude de déprescription des IPP CH Sully/Loire. :18.
54. Farrell B, Pottie K, Thompson W, Boghossian T, Pizzola L, Rashid FJ, et al. Deprescribing proton pump inhibitors: Evidence-based clinical practice guideline. *Canadian Family Physician*. 1 mai 2017;63(5):354-64.
55. Rochoy M, Dubois S, Glantenet R, Gautier S, Lambert M. Le rebond d'acidité gastrique après arrêt d'un inhibiteur de la pompe à protons : revue narrative de littérature. *Therapies*. 1 mai 2018;73(3):237-46.
56. Reimer C, Søndergaard B, Hilsted L, Bytzer P. Proton-Pump Inhibitor Therapy Induces Acid-Related Symptoms in Healthy Volunteers After Withdrawal of Therapy. *Gastroenterology*. 1 juill 2009;137(1):80-87.e1.
57. Niklasson A, Lindström L, Simrén M, Lindberg G, Björnsson E. Dyspeptic Symptom Development After Discontinuation of a Proton Pump Inhibitor: A Double-Blind Placebo-Controlled Trial. *American Journal of Gastroenterology*. juill 2010;105(7):1531-7.

ANNEXE

Annexe 1

PPI Deprescribing Tool for Toronto Western Hospital Family Health Team

May 7, 2013

For Patients Taking a PPI ≥ 8 weeks

Please consider ALL indications that apply to your patient and apply the most conservative action.

ULCERS AND ULCER PREVENTION	
INDICATION	ACTION
Ulcer: H. Pylori	1. Stop PPI once eradication therapy completed <ul style="list-style-type: none"> Exception: if complicated duodenal ulcer (perforation, hemorrhage, large), gastric ulcer, or high risk host (ex. >70 yrs, cardiac/renal/liver disease, on anticoagulation/ antiplatelet) obtain confirmation of eradication before stopping PPI
Ulcer: NSAID/ ASA / COX 2	1. Weigh the risks and benefits of offending agent 2. If possible, stop NSAID / ASA / COX-2 inhibitor then taper PPI (see below) <ul style="list-style-type: none"> Exception: if bleeding/ perforated/ large ulcer or high-risk host (ex. >70, cardiac/renal/liver disease, on anticoagulation/ antiplatelet), continue PPI. Document indication for long term PPI. 3. If can't stop offending agent, use lowest effective dose and continue standard dose PPI ² . Document indication for long term PPI.
Ulcer: Idiopathic (non H. pylori, non NSAID / ASA / COX 2)	1. Continue standard dose PPI ² . 2. Document indication for long term PPI.
Gastroprotection from NSAID/ ASA/ COX 2 inhibitor	1. Weigh the risks and benefits of NSAID / ASA / COX-2 inhibitor. 2. If possible, stop NSAID / ASA / COX-2 inhibitor and taper PPI (see below). 3. If need to continue NSAID/ASA/ COX-2 agent: A) If high risk for ulcers (fulfills i, ii, or iii), continue standard dose PPI ² and document indication for long term PPI: i. Prior complicated ulcer (perforation, hemorrhage, large ulcer) ii. ≥ 2 risk factors: <ul style="list-style-type: none"> Age >60 Multiple agents: NSAIDs, ASA, anticoagulants, other antiplatelets History of uncomplicated ulcer Concurrent steroid use High dose NSAID Comorbidities (CV, renal or liver disease) SSRI use iii. High risk per clinical judgment B) If NOT at high risk, taper PPI (see below).
GERD AND DYSPEPSIA	
INDICATION	ACTION
Asymptomatic GERD or dyspepsia	1. Taper PPI (see below).
GERD w/ Erosive Esophagitis (aka GERD with endoscopic evidence of lesions, erosions or ulcers)	1. If taking more than standard dose PPI ² , reduce to standard dose for 1 week. If tolerated, reduce daily dose again (ex. omeprazole 20mg daily → omeprazole 10mg daily). Document indication for long term PPI. 2. If taking standard dose PPI ² → reduce daily dose (ex. omeprazole 20mg daily → omeprazole 10mg daily). Document indication for long term PPI.
GERD (NOT controlled despite...) - eliminate drugs causes (if possible) - optimal PPI timing (30-60 min before 1st meal)	1. If possible, eliminate drugs that could exacerbate symptoms by lowering esophageal sphincter pressure. <ul style="list-style-type: none"> ex: anticholinergics (eg TCAs), CCBs (ex. amlodipine), estrogen, PDE5 inhibitors (ex. sildenafil), nitrates, alcohol or nicotine (smoking) 2. Continue standard dose PPI ² as long term therapy is indicated. Document indication for PPI.
Dyspepsia (NOT controlled)	1. If possible, eliminate drugs that may irritate the stomach: <ul style="list-style-type: none"> ex: ASA / NSAIDs, bisphosphonate, iron 2. Recommend lifestyle changes: reduce food / beverage triggers, reduce/ stop EtOH and smoking. 3. If symptoms don't improve, consider investigations (H Pylori testing, endoscopy etc). Reassess based on results. Document indication for long term PPI.
OTHER	
INDICATION	ACTION
History of complicated ulcer not caused by H. Pylori (ex. perforation, hemorrhage, large) Peptic strictures Barrett's esophagus MALT lymphoma Zollinger-Ellison syndrome	1. Continue standard dose PPI ² as long term therapy indicated. 2. Document indication for long term PPI.
Other	1. Consult Pharmacist for recommendations if required.

Developed by Kate Walsh, HBSc, BScPhM as part of the research project "Deprescribing in a Family Health Team: A pilot project of chronic proton pump inhibitor PPI Deprescribing Tool for Toronto Western Hospital Family Health Team" May 7, 2013

PPI Dosing				H2RA Dosing		
	Standard Dose	Half Dose				
Omeprazole, rabeprazole, esomeprazole	20mg once daily	10mg once daily	No clinically important differences among the PPIs at standard dose	Ranitidine	150mg twice daily	Higher doses only indicated for acute treatment of erosive esophagitis
Dexlansoprazole, lansoprazole	30mg once daily	15mg once daily		Famotidine	20mg twice daily	
Pantoprazole	40mg once daily	20mg once daily				

***Suggested taper regimen:**

1. If taking more than standard dose PPI², reduce to standard dose x 1 week. If already on standard dose PPI², start at step 2.
2. If taking standard dose PPI², reduce to half dose x 2 weeks then stop if tolerated (ex. omeprazole 20mg daily → omeprazole 10mg daily). ODB only covers rabeprazole and lansoprazole at a reduced dose (10mg and 15mg respectively). Advise on prn antacids for quick relief of rebound symptoms (ex. TUMS®, Maalox®, Gaviscon®). H2RAs work slower than antacids but last longer. H2RAs may be preferred when heartburn is predictable and episodic (ex. before a spicy meal). **If PPI stopped, keep indication documented in problem list but state medication not required.**
3. If unable to tolerate stopping the PPI, consider daily H2RA before resuming daily PPI.
4. **Update the indication for any ongoing anti-secretory therapy in problem list including unsuccessful attempts to taper.**

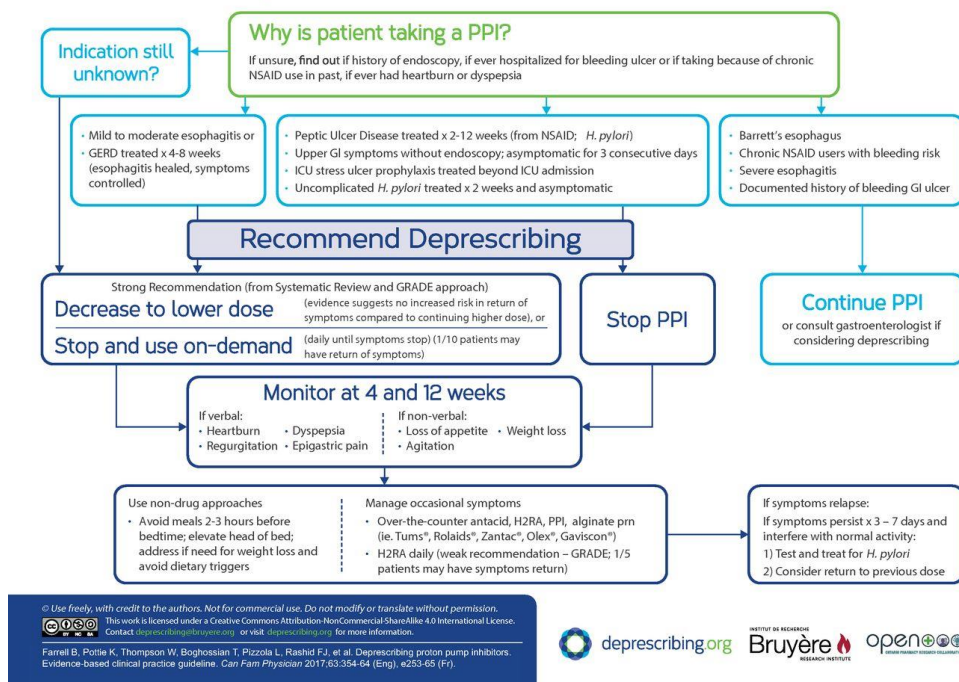
Input on this algorithm was obtained by Toronto Western Hospital Family Health Team physicians, residents, nurses, pharmacists, and a local gastroenterologist to ensure that the content is accurate, concise and relevant to clinicians.

CCB = calcium channel blocker GERD = gastroesophageal reflux disease H2RA = H2 receptor antagonist ODB = Ontario Drug Benefit PPI = proton pump inhibitor TCA = tricyclic antidepressant

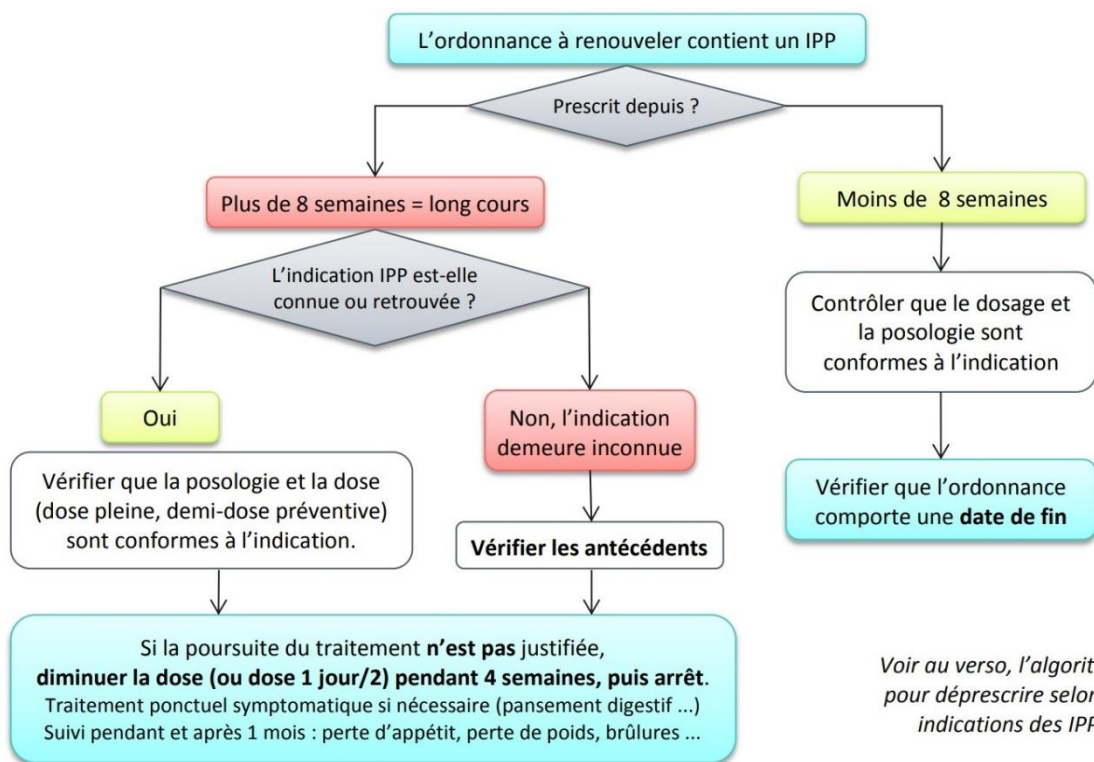
Annexe 2

Figure 1 | Proton Pump Inhibitor (PPI) Deprescribing Algorithm

September 2016



Annexe 3



Annexe 4

INDICATIONS RECOMMANDEES DES IPP ³ ET DOSES QUOTIDIENNES						
	Durée du traitement	Pantoprazole	Lansoprazole	Oméprazole	Esoméprazole	Rabéprazole
Reflux gastro-œsophagien (RGO) et œsophagite par reflux						
Traitement symptomatique du reflux gastroœsophagien sans œsophagite	4 semaines, puis éventuellement traitement d'entretien (à long terme, si rechute fréquente ou précoce)	Dose standard	Dose standard Dose forte si réponse insuffisante	Dose standard Dose forte si réponse insuffisante	Dose standard	Dose standard
Cicatrisation de l'œsophagite par RGO	4 semaines à 8 semaines (si sévère)	Dose forte Dose standard en cas d'œsophagite légère	Dose forte	Dose forte Double dose en cas d'œsophagite sévère résistante après 4 semaines	Dose forte	Dose forte
Prévention des récurrences d'œsophagite par RGO	au long cours	Dose forte	Dose minimale efficace**	Dose minimale efficace**	Dose standard	Dose minimale efficace**
Lésions gastroduodénales dues aux AINS						
Prévention des lésions gastroduodénales dues aux AINS chez les sujets à risques*	Jusqu'à la fin du traitement par AINS	Dose standard	Dose standard	Dose standard	Dose standard	
Traitement des lésions dues aux AINS	4 à 8 semaines		Dose forte	Dose forte	Dose standard	
Ulcère gastrique et duodénal						
Eradication d' <i>Helicobacter pylori</i> (non compliquée), en association à l'antibiothérapie	7 jours	Dose forte x 2	Dose forte x 2	Dose forte x 2	Dose standard x 2	Dose forte x 2
Eradication d' <i>Helicobacter pylori</i> compliquée** en association à l'antibiothérapie	3 à 7 semaines (selon les symptômes)	Dose forte	Dose forte	Dose forte	Dose forte	Dose forte
Traitement de l'ulcère gastrique évolutif sans infection à <i>H. pylori</i>	4 à 8 semaines	Dose forte	Dose forte	Dose forte 4 à 6 semaines		Dose forte 6 à 12 semaines
Traitement de l'ulcère duodénal évolutif sans infection à <i>H. pylori</i>	4 semaines	Dose forte	Dose forte 2 semaines si cicatrisation complète	Dose forte		Dose forte 4 à 8 semaines
Traitement d'entretien de l'ulcère duodénal	au long cours			Dose minimale efficace**		
Syndrome de Zollinger-Ellison	Selon les besoins cliniques	Dose forte x 2	Dose forte	Dose forte x3 en 1 prise	Dose forte x 2	Dose forte x3 en 1 prise

*Eradication *H. pylori* compliquée = avec un ulcère duodénal compliqué d'une hémorragie ou perforation ; ou associé à un traitement par AINS, corticoïdes ou antiagrégant ; ou avec un ulcère gastrique.

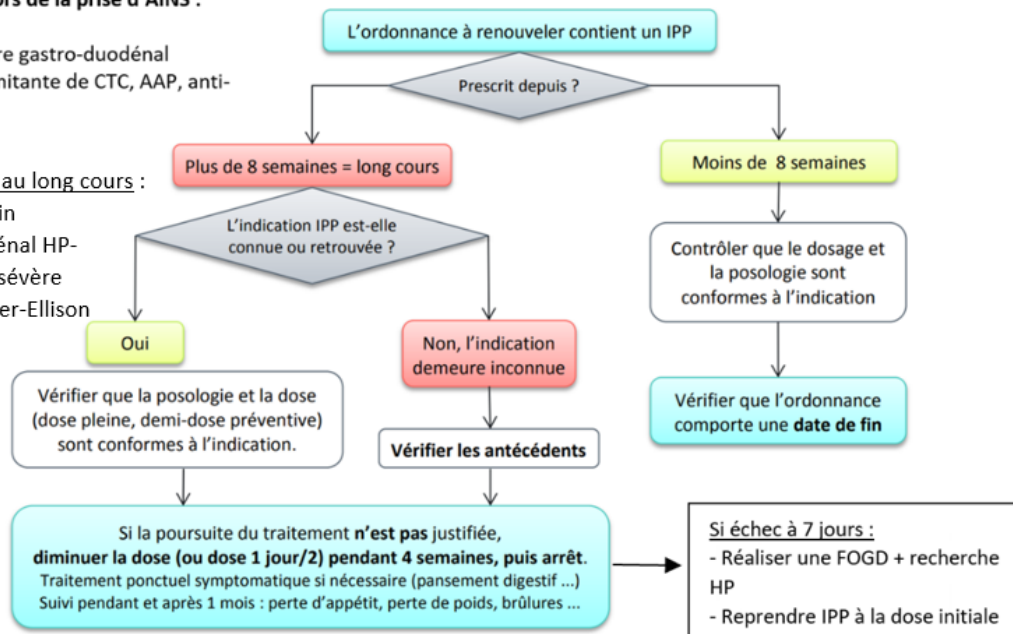
Annexe 5

Sujets à risque de lésions gastro-duodénales lors de la prise d'AINS :

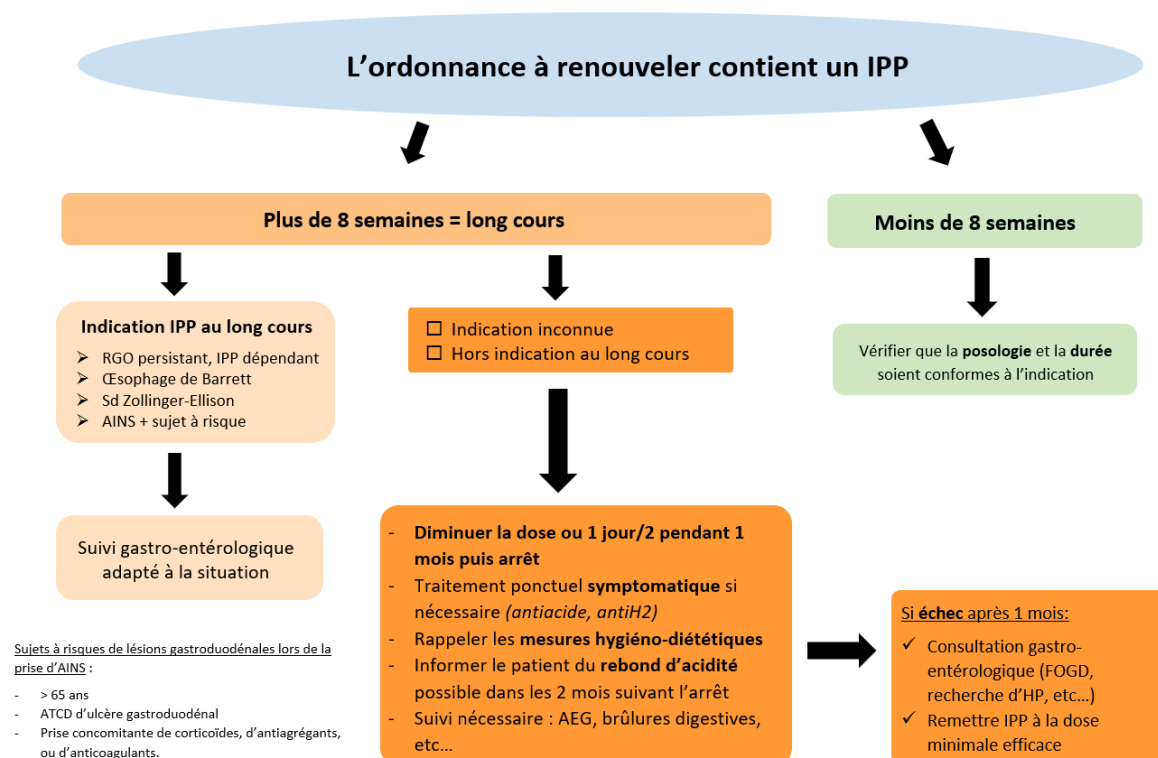
- > 65 ans
- ATCD d'ulcère gastro-duodénal
- Prise concomitante de CTC, AAP, anti-coagulant

Indication IPP au long cours :

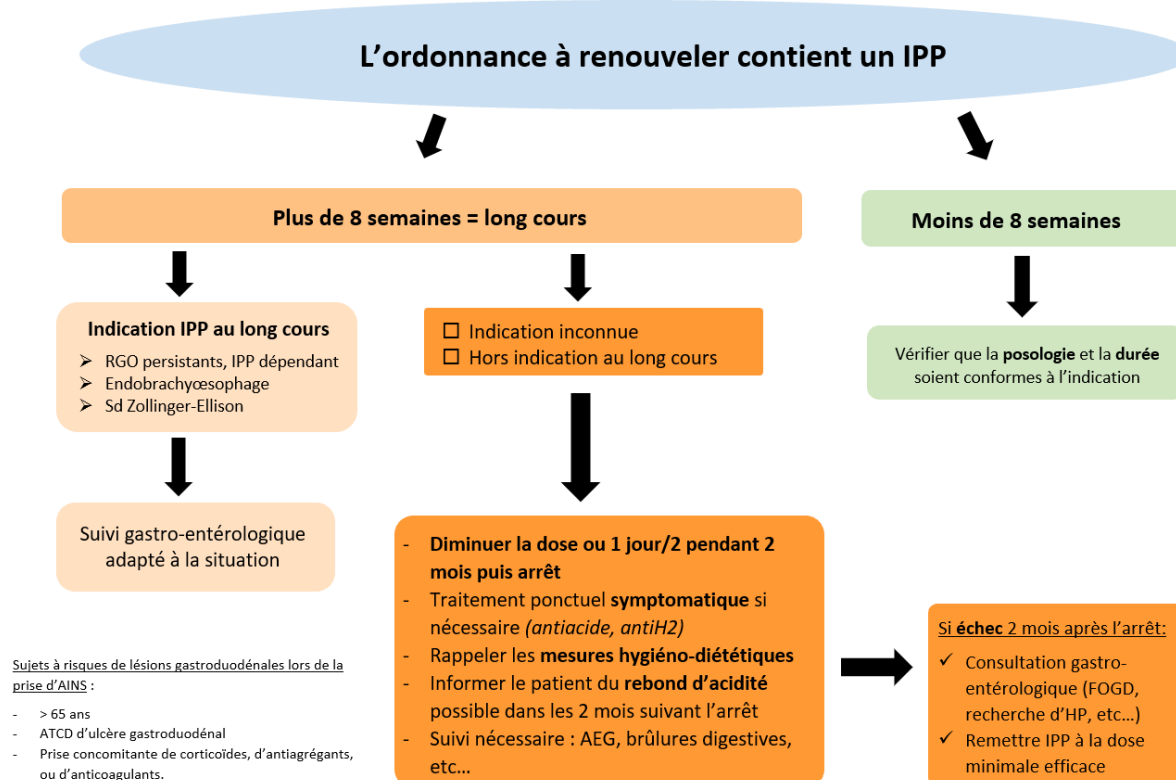
- RGO, si besoin
- Ulcère duodénal HP-
- Œsophagite sévère
- Sd de Zollinger-Ellison



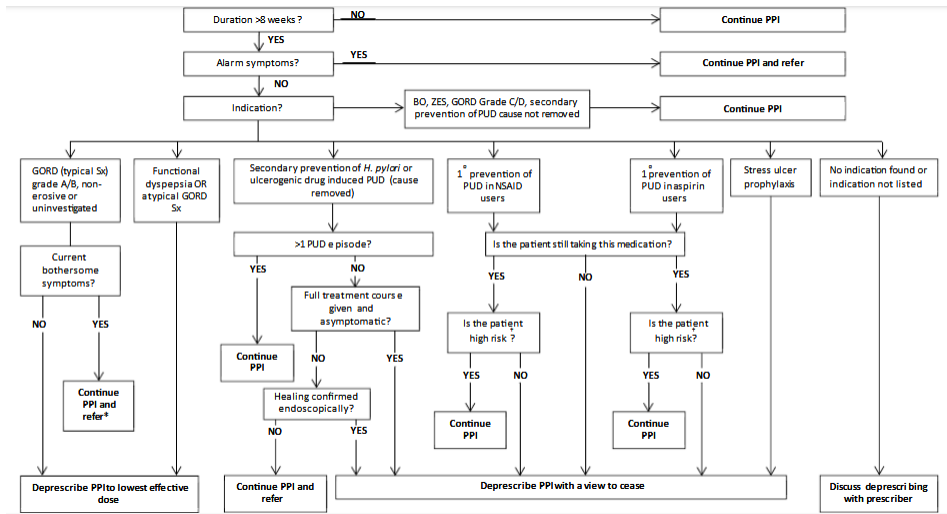
Annexe 6



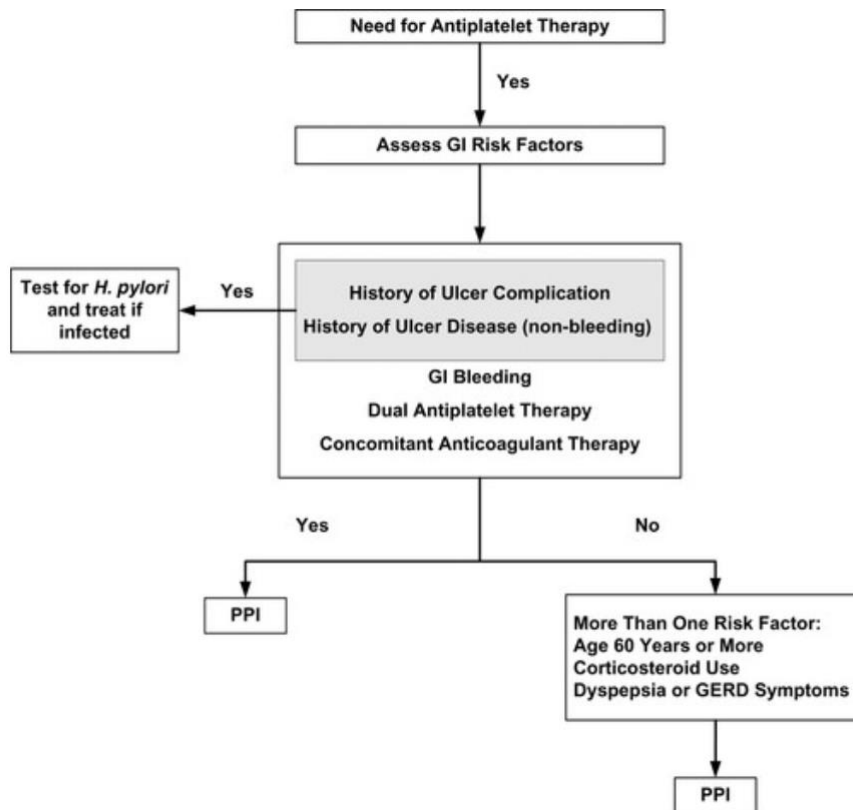
Annexe 7



Annexe 8



Annexe 9



Annexe 10

Consentement pour la participation à la thèse

Madame, Monsieur,

Vous avez accepté de participer à notre étude sur l'évaluation d'un algorithme de déprescription des inhibiteurs de la pompe à protons

Notre rendez-vous a lieu le / / à h

L'entretien durera entre 20 et 30 minutes où vous le souhaitez. Il s'agit d'un entretien anonyme, enregistré grâce à un dictaphone. Il ne sera pas filmé. La retranscription sera numérotée et vous pourrez avoir accès à vos données à tout instant, grâce au numéro relié à votre nom. Un fois transcrit, les enregistrements seront détruits et les transcriptions seront gardées de façon sécurisée. Certaines de vos remarques pourront être citées dans notre travail de manière anonyme. Les résultats seront utilisés dans le cadre de la thèse en médecine et peuvent éventuellement être publiés.

Vous pouvez refuser de participer à cette étude, ou retirer votre autorisation à tout moment.

Nous vous prions de bien vouloir signer l'accord d'enregistrement et d'exploitation des données ci-joint.

Nous vous remercions grandement pour votre participation et restons à votre disposition pour toutes informations complémentaires.

Cordialement,

Mr Loïc FROMENT, interne en médecine générale

Dr ~~Hogu~~ Nicolas, médecin généraliste.

Signature

Annexe 11, guide d'entretiens qualitatif semi-dirigé

1. Caractéristique des interviewés

Age :

Sexe :

Milieu d'exercice :

Informatisé :

Année d'installation :

Associé :

Département :

2. Entretiens

- Introduction

- Que pensez-vous de la prescription des IPP ? Quels sont les avantages et les inconvénients de cette classe ? (Inconvénient, effets indésirable et interaction médicamenteuse)
- Dans quel contexte vous les prescrivez le plus ?
- A partir de combien de temps vous considérez une prescription d'IPP au long cours ?
- Que faites-vous lorsque vous êtes devant une prescription au long cours ?
- Comment ça s'est passé la dernière fois que vous avez déprescrit un IPP ? Comment a réagi le patient ? Quel est la place du patient dans la déprescription d'IPP ? Réticence, moyen employé pour expliquer le bien fondée de la déprescription.
- Quel médicament vous déprescrivez en premier d'habitude ?
- Quels sont, selon vous, les indications à prescrire un IPP au long cours ?
- Comment procédez-vous face à un patient ayant dans son ordonnance un anti-agrégant plaquettaire ? Un anticoagulant ? Une corticothérapie au long cours ?
- Quelle est votre prise en charge face à un patient présentant un syndrome dyspepsique ? peut-il justifier d'une prescription d'IPP au long cours ?

- La déprescription d'IPP en générale :

- Quels moyens utilisez-vous pour déprescrire ? Ou comment déprescrivez-vous ?
- Orientez-vous votre patient vers un gastro-entérologue dans le cadre de la déprescription d'un IPP ? si oui, à quel moment ?
- Que pourrais-t'on vous apporter pour faciliter la déprescription d'IPP ?

- Evaluation de l'algorithme :

- Quels sont vos premiers commentaires sur l'outils de déprescription ?
- Que pensez-vous du format / de l'ergonomie d'aide à la déprescription d'IPP ?
- Que pensez-vous du déroulement des ramifications de cet algorithme ?
- Y a-t-il des situations dans votre pratique qui échappe à l'arbre décisionnel ? si oui quelles sont-elles ?
- Dans votre pratique, qu'elles sont les circonstances où l'arbre décisionnel peut être utilisé ?
- Comment comptez-vous utiliser l'arbre décisionnel ?
- Concernant le complément d'information (idem que pour l'algorithme) ?

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

RESUMÉ

Contexte

La polymédication un enjeux majeurs de qualité des soins et d'efficacité de la prescription. L'inhibiteur de la pompe à proton (IPP) est un traitement surprescrit avec 15,8 millions de consommateurs en 2015, prescrit à 87% par un médecin généraliste. Bien tolérés en apparence, il existe des effets indésirables graves.

Objectifs

Coconstruction d'un outil d'aide à la déprescription d'IPP sur la base d'exploration des freins et des solutions à cette déprescription chez le sujet adulte.

Méthode

Étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes.

Résultats

20 entretiens ont été réalisés auprès des médecins généralistes. Les freins rapportés sont : la peur des patients de perdre l'effet bénéfique du médicament, l'habitude, ou leur fausse représentation du traitement. En pratique, le manque de temps, les automatismes, la banalisation de la molécule, l'antécédent d'hernie hiatale, l'absence de recommandation en cas de co-prescription d'antiagrégant ou anticoagulant, et l'interférence dans les prescriptions de confrères sont des entraves à la déprescription. La connaissance des surrisques d'évènements indésirables et l'inobservance thérapeutique chez les patients motivent la déprescription. Chez les médecins généralistes, les entretiens avec les délégués de l'assurance maladie, les échanges avec les gastro-entérologues, la sensibilisation aux effets secondaires graves en sont les moteurs. L'indication initiale non retrouvée, les règles hygiéno-diététiques, le rapport bénéfice/risque, la décroissance par paliers, l'utilisation des antiacides ou antihistaminique H2 et la connaissance de l'effet du rebond d'acidité favorisent la réussite de la déprescription. Grâce à ces entretiens et à une revue de la littérature un arbre décisionnel a été créé. Il est simple et a pour vocation une utilisation dans une consultation de médecine générale libérale.

Conclusion

Cette étude a permis de coconstruire avec des médecins généralistes un outil d'aide à la déprescription d'IPP. Il serait intéressant d'évaluer notre outil via une étude quantitative, associée secondairement à une étude d'intervention.

Mots clefs : déprescription, inhibiteur de la pompe à proton, médecine générale, recherche qualitative, arbre décisionnel

ABSTRACT

Background

Polymedication is a major issue in terms of quality of care and efficiency of prescription. The proton pump inhibitor (PPI) is an over-prescribed treatment with 15.8 million consumers in 2015, 87% of whom are prescribed by a general practitioner. Well tolerated on the surface, there are serious side effects

Objectives

Coconstruction of a PPI deprescription support tool based on the exploration of the obstacles and solutions to this deprescription in adults.

Method

Qualitative study by semi-directed interviews with general practitioners.

Results

20 interviews were conducted with general practitioners. The obstacles reported were: patients' fear of losing the beneficial effect of the medicine, habit, or their misrepresentation of the treatment. In practice, the lack of time, automatisms, the trivialisation of the molecule, the antecedent of hiatus hernia, the absence of recommendation in case of co-prescription of antiaggregant or anticoagulant, and the interference in the prescriptions of colleagues are obstacles to deprescription. Knowledge of the excess risk of adverse events and patient non-compliance with treatment are reasons for deprescription. Among general practitioners, discussions with health insurance representatives, exchanges with gastroenterologists and awareness of serious side effects are the driving forces. The initial indication not found, the hygieno-dietary rules, the benefit/risk ratio, the step-by-step decrease, the use of antacids or H2 antihistamines and the knowledge of the effect of acid rebound favour the success of the deprescription. Thanks to these interviews and a review of the literature, a decision tree was created. It is simple and is intended for use in a liberal general medicine consultation.

Conclusion

This study made it possible to coconstruct with general practitioners a tool to help with PPI deprescription. It would be interesting to evaluate our tool via a quantitative study, secondarily associated with an intervention study.

Keys words: deprescription, proton pump inhibitor, general practice, qualitative research, decision-making tree.