



## **Freins à la déprescription des inhibiteurs de la pompe à protons en médecine générale**

Réflexion basée sur une étude qualitative menée auprès  
de médecins généralistes pratiquant en Belgique

**Travail de fin d'études**  
Dr Jean-Baptiste Veyret

Master de spécialisation en médecine générale  
Année académique 2022 – 2023  
Promotrice : Dr Olivia Caller



## Remerciements

---

J'aimerais dire merci...

En premier lieu à Olivia, mon amie et promotrice de TFE. Merci pour ton amitié, toutes ces années passées à tes côtés, merci pour ta gentillesse, ta bienveillance, ton honnêteté, ton soutien, merci pour tout mais surtout merci de m'avoir accompagné dans ce TFE jusqu'à son terme.

À mon amie Victoria, qui m'aura accompagné pendant toutes ces années d'études et la rédaction de ce TFE. Qui me fait profiter d'une amitié précieuse depuis de nombreuses années et sur qui je sais que je peux compter.

À ma mère et à mon père qui m'ont soutenu dès le premier jour et m'ont permis de devenir le médecin que je suis. Et qui aujourd'hui encore se montre d'un soutien infaillible.

À mon ami Alex qui année après année, en plus de m'offrir son amitié, m'a supporté, a su me conseiller et continue à m'inspirer en tout moment.

À mon ami Louis que j'ai rencontré à mi-parcours de mes études, qui m'aura réinsufflé l'énergie nécessaire pour les continuer le plus sereinement possible. Merci pour ton amitié et ton soutien.

À mon ami Jérôme pour ses trois années passées ensemble et pour l'aide apportée pour ce travail.

À mon ami Gilles loin de moi cette année, mais dont le soutien, l'écoute et l'amitié n'auront pas souffert de la distance.

À mes amis Daniel et Angela pour leur bienveillances et leurs conseils avisés

À mon autre ami Alex pour m'avoir guidé dans la formation de ma question de recherche, puis m'avoir soutenu dans mon travail.

À mon amie Mathilde, pour sa bonne humeur et son réconfort dans les moments difficiles.

À mes collègues et amis de la maison médicales Daphné, Laura, Chant et tous les autres qui m'ont guidé pendant trois ans pour que je puisse m'épanouir en tant que médecin généraliste.

À tous mes amis et ma famille qui m'ont soutenu dans mes études, ma vie et mon travail.

À tous les participants de cette étude qui ont pris de leur temps pour me permettre d'avancer dans un questionnaire.

Et finalement à Pascal pour sa compagnie durant les heures de rédaction de ce TFE.

## Résumé

---

**Introduction :** Le nombre de prescription d'IPP a considérablement augmenté ces dix dernières années, représentant un coût conséquent pour les mutuelles belges. Dans ce travail nous nous intéresserons à la façon de prescrire des médecins généralistes et surtout quels freins ceux-ci perçoivent à la déprescription.

**Méthode :** Nous avons opté pour une approche qualitative, dans laquelle des entretiens semi-dirigés ont été menés auprès de sept médecins généralistes belges. La première partie des entretiens questionne les médecins sur leur façon de prescrire des IPPs, tandis que la deuxième partie les invite à nous raconter leur expérience dans la déprescription de ces médicaments, ainsi que sur les obstacles qu'ils rencontrent dans cette démarche. Les entretiens ont été analysés à l'aide d'une méthode de théorisation ancrée.

**Résultats :** Les médecins estiment qu'une bonne prescription de départ est indispensable à une bonne déprescription des inhibiteurs de la pompe à protons. Et pourtant nous observons d'entrée de jeu une grande hétérogénéité dans leur façon de prescrire. À partir de leur vécu de la déprescription, nous retenons des freins multiples, qu'ils soient plus mis en place par le patient, par le corps médical ou dû à des difficultés relationnelles médecins-patients.

**Conclusion :** La sur-prescription des IPPs est un problème croissant, avec des effets secondaires prolongés qui ne sont pas encore bien connus des médecins. Les freins à leur déprescription sont multiples mais il est évident que se former en tant que médecins à une meilleure prescription diminuerait énormément la nécessité de déprescrire.

**Mots-clés :** déprescription, inhibiteur de la pompe à protons, médecine générale, prévention quaternaire.

## Liste des abréviations

---

**AINS** : anti-inflammatoires non stéroïdiens

**AMM** : autorisation de mise sur le marché

**ANSM** : agence nationale de sécurité du médicament et des produits de la santé

**Cellules ECL** : cellules entérochromaffines

**HAS** : haute autorité de la santé

**INAMI** : Institut national d'assurance maladie invalidité

**IPP** : inhibiteurs de la pompe à protons

**KCE** : Kenniscentrum : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé

**MG** : médecin généraliste

**MGTFE** : Médecine générale, Travaux de fin d'étude

**MHD** : Mesures hygiéno-diététique

**NOAC** : New oral anticoagulant

**RGO** : reflux gastro-œsophagien

**SMR** : service médicale rendu

## Table des matières

---

<b>1</b>	<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Cadre théorique .....</b>	<b>2</b>
<b>2.1</b>	<b>Mécanisme d'action des IPP .....</b>	<b>2</b>
2.1.1	La régulation de la sécrétion acide (2)(3) .....	2
2.1.2	Le mécanisme d'action des IPP .....	4
<b>2.2</b>	<b>Indications.....</b>	<b>4</b>
2.2.1	Les indications de traitement à court terme (de 4 à 8 semaines).....	5
2.2.2	Les indications de traitements à long terme (plus de 8 semaines) .....	6
<b>2.3</b>	<b>Pourquoi déprescrire ? .....</b>	<b>6</b>
2.3.1	Effets Indésirables.....	7
2.3.2	Un coût trop important pour la société.....	8
<b>2.4</b>	<b>Recommandations de déprescription.....</b>	<b>9</b>
<b>3</b>	<b>Méthodologie.....</b>	<b>11</b>
<b>3.1</b>	<b>Recherche bibliographique.....</b>	<b>11</b>
<b>3.2</b>	<b>Élaboration de la question de recherche .....</b>	<b>12</b>
<b>3.3</b>	<b>Méthode d'investigation .....</b>	<b>12</b>
3.3.1	Méthode Qualitative par entretien individuel semi-dirigé.....	12
3.3.2	Échantillonnage .....	12
3.3.3	Déroulement des entretiens.....	13
3.3.4	Analyse .....	14
<b>4</b>	<b>Résultats .....</b>	<b>15</b>
<b>4.1</b>	<b>Description de l'échantillon.....</b>	<b>15</b>
<b>4.2</b>	<b>Analyse des résultats.....</b>	<b>15</b>
<b>4.3</b>	<b>Présentation des résultats.....</b>	<b>16</b>
4.3.1	Une prescription qui doit être bien faite .....	16
4.3.2	Soigner un patient autrement que par la prescription d'un IPP .....	19
4.3.3	Faut-il déprescrire ? .....	20
4.3.4	La déprescription des IPPs, un processus qui peut être difficile .....	22
4.3.5	Une déprescription qui peut être bien menée .....	26

4.3.6	Vers une meilleure déprescription.....	28
<b>5</b>	<b><i>Discussion</i></b> .....	<b>31</b>
5.1	Sur la méthodologie .....	31
5.2	Sur les résultats .....	31
5.2.1	Résumé des résultats .....	31
5.2.2	Confrontation à la littérature .....	34
<b>6</b>	<b><i>Conclusion</i></b> .....	<b>40</b>
<b>7</b>	<b><i>Bibliographie</i></b> .....	<b>41</b>
<b>Annexe 1</b>	.....	<b>44</b>
<b>Annexe 2</b>	.....	<b>45</b>
<b>Annexe 3</b>	.....	<b>46</b>
<b>Annexe 4</b>	.....	<b>47</b>

# 1 Introduction

---

Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) sont des médicaments largement prescrits en Belgique. En 2020, le pantoprazole était le deuxième médicament le plus prescrit parmi les 25 médicaments coutant le plus au Royaume. Avec 1.503.732 consommateurs, il représente une addition de 63.986.505 euros de remboursement pour les mutuelles. La surconsommation d'IPP est un problème de longue date qui a progressivement pris, au cours des dix dernières années, une ampleur telle que, en 2021, près d'un Belge sur cinq s'est vu prescrire au moins une boîte d'IPP.

Dès le début de mon assistanat, il m'a semblé retrouver de façon très fréquente l'un ou l'autre IPP dans le traitement chronique des patients de ma maison médicale. Lors de ma deuxième année, après m'être installé dans une routine de pratique un peu plus confortable, me laissant le temps de prendre en charge mes patients au-delà de la plainte aiguë, j'ai rapidement réalisé que proposer aux patients un sevrage de leurs indispensables inhibiteurs de la pompe à protons pouvait être une tâche ardue.

En approfondissant mes recherches sur le sujet, j'ai rapidement pris conscience de l'étendue de la quantité importante de prescriptions faites dans le pays. Pourtant, les publications, les états des lieux, les statistiques de prescription, les recommandations, les modules d'apprentissage, ... rien ne paraissait manquer au praticien pour lui permettre d'adopter une prescription pertinente et mesurée d'IPP et le soutenir dans la déprescription lorsque celle-ci s'avérait nécessaire.

Les dernières statistiques quant à la consommation d'IPP en Belgique révèlent une importante dissonance entre ce que la littérature suggère ou recommande et ce qui semble être appliqué en consultation.

C'est pourquoi j'ai été intéressé de comprendre le phénomène. Ayant du mal à identifier des obstacles concrets à la déprescription des inhibiteurs de la pompe à protons dans ma propre pratique, j'ai décidé de réaliser une étude qualitative sur les obstacles que les médecins généralistes peuvent rencontrer lors de la déprescription de ces médicaments chez leurs patients et comment ils y font face.

## 2 Cadre théorique

---

Les inhibiteurs de la pompe à proton sont un des traitements principaux de la régulation de l'acidité gastrique (1), comme le prouve la prévalence de leur prescription, en comparaison avec les antiacides et les anciennement utilisés anti-H2. Nous proposons dans ce cadre théorique, un bref rappel du mécanisme d'action de cette classe médicamenteuse, de leurs principales indications selon notre revue de la littérature, des principaux effets secondaires et, afin de clarifier le sens de notre étude, des raisons principales qui justifient la préconisation d'une déprescription.

### 2.1 Mécanisme d'action des IPP

Le traitement médicamenteux des pathologies gastro-duodénales peut se subdiviser en deux catégories : une classe de médicaments *antiacides* qui, avec des mécanismes propres à chaque molécule, ont comme mécanisme d'action général de neutraliser l'acidité du milieu gastrique en aval de la sécrétion propre de l'estomac tandis que l'autre classe de médicaments, les *inhibiteurs de la sécrétion acide* (qui regroupent les inhibiteurs de la pompe à protons et les antihistaminiques de type 2) interviennent en amont de cette sécrétion en agissant directement sur les cellules pariétales de l'estomac.

#### 2.1.1 La régulation de la sécrétion acide (2)(3)

Les inhibiteurs de la pompe à proton, IPP, inhibent une enzyme présente au niveau du pôle apical (luminal) des cellules pariétales de l'estomac qui porte également le nom de H<sup>+</sup>/K<sup>+</sup>/ATPase. Cette enzyme assure le transfert d'ions H<sup>+</sup> à travers la membrane de la cellule pariétale depuis le cytoplasme vers le milieu extracellulaire (la lumière gastrique). Ce transfert de protons vers un milieu déjà acide nécessite un apport énergétique, fourni par l'hydrolyse d'une molécule d'ATP, c'est ce qui lui confère le qualificatif de pompe.

L'activité de cette enzyme, qui est la responsable principale de la sécrétion acide gastrique, est régulée par trois molécules pour lesquelles la cellule pariétale gastrique présente des récepteurs membranaires : la gastrine, l'histamine et l'acétylcholine.

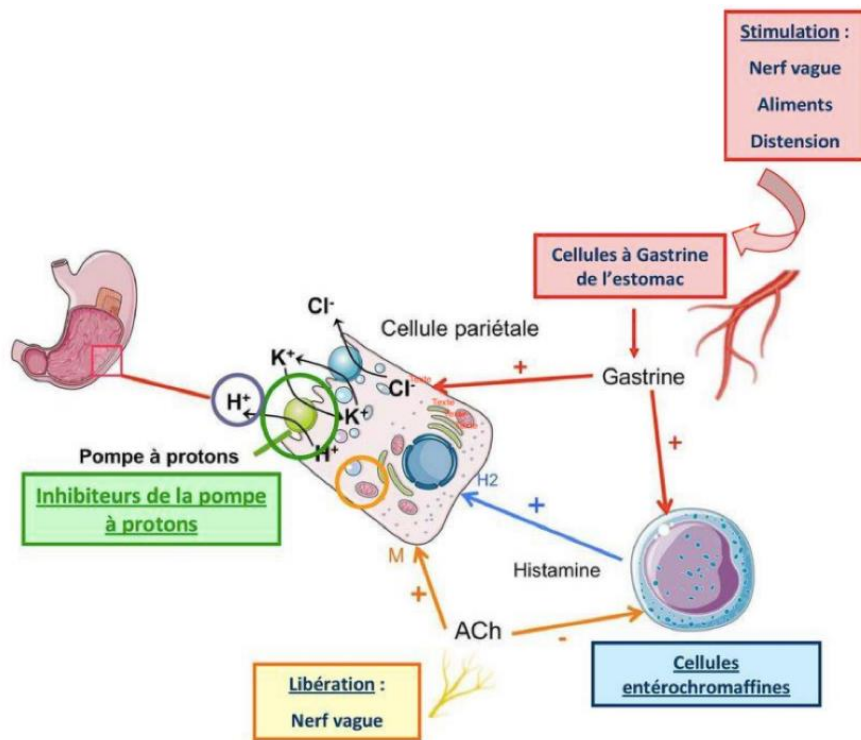


Figure 1 : sur l'activation de la pompe à protons

La **gastrine** est une hormone libérée dans le sang. Elle est sécrétée par les cellules G de l'estomac lors de la digestion ; sa sécrétion est activée par la distension de l'estomac provoquée par l'arrivée du bol alimentaire. La gastrine active directement la pompe à protons via des récepteurs CCK2 présents au niveau des cellules pariétales, et indirectement en stimulant la sécrétion d'histamine.

L'**histamine** sécrétée par les cellules entérochromaffines (ECL) active la H<sup>+</sup>/K<sup>+</sup>/ATPase via les récepteurs H<sub>2</sub> présents dans la membrane des cellules pariétales de l'estomac. Sa production est principalement stimulée par la gastrine (pour laquelle les ECL possèdent un récepteur) et de façon moindre par l'acétylcholine.

L'**acétylcholine** a une action quantitativement moins importante sur l'activation de la pompe à protons. Il s'agit d'un neuromédiateur activant directement la pompe à protons et indirectement via la sécrétion d'histamine. Il est sécrété via le système nerveux parasympathique.

La boucle de rétrocontrôle de la production acide de l'estomac est orchestrée principalement par la somatostatine. Cette hormone est sécrétée par les cellules D de l'estomac lorsque l'acidité luminale monte, elle exerce son contrôle négatif par inhibition de la sécrétion de gastrine par les cellules G.

## 2.1.2 Le mécanisme d'action des IPP

Les inhibiteurs de la pompe à protons se lient directement de façon covalente aux pompes présentes dans la membrane des cellules pariétales de l'estomac et les rendent inactives. Cette liaison étant non réversible, l'activité des pompes à proton est suspendue tant que de nouvelles enzymes ne les remplacent pas dans la membrane.

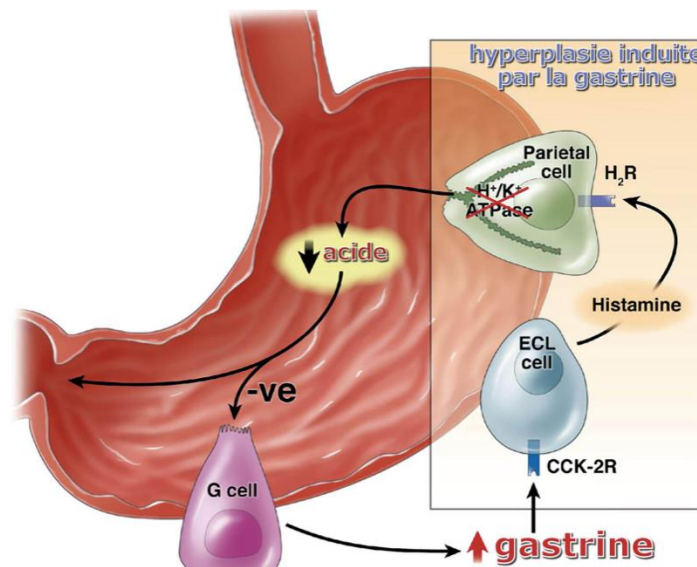


Figure 2 : hyper-gastrinémie provoquée par la diminution de l'acidité de l'estomac. (4)

Le mécanisme d'action des IPPs entraîne lors d'une utilisation à long terme un effet rebond (4). Il est décrit comme étant une augmentation de l'acidité ressentie par un patient lors de l'arrêt d'un traitement au long cours par IPP, l'acidité pouvant être momentanément perçue comme étant plus forte qu'à l'initiation du traitement. Cette augmentation de l'acidité est notamment expliquée par une augmentation de la sécrétion de gastrine, qui se produit lorsque la boucle de rétrocontrôle de la somatostatine est levée lors de la prise d'IPP, ainsi que par l'hypochlorhydrie chronique causée par la prise prolongée d'IPP. La gastrine a également un effet positif sur le développement de la muqueuse gastrique, ce qui peut conduire à une augmentation du nombre de cellules pariétales et ECL. Il est donc normal de constater que plus le traitement par IPP est long, plus la sévérité de l'effet rebond est importante.

## 2.2 Indications

Les IPP sont indiqués dans diverses pathologies gastro-œsophagiennes. La posologie et la durée de traitement varient selon ces pathologies et nous distinguerons particulièrement ici les indications

de traitement à court et à long terme. Ces indications de traitements ont été revues lors d'une réunion de consensus effectuée par l'INAMI sur le bon usage des IPPs (5) :

Les doses peuvent varier selon les pathologies, mais il a été fixé qu'une dose standard, dite dose de base correspond à 20 mg d'oméprazole. Les équivalences entre les différentes molécules d'IPP disponibles sur le marché Belge sont reprises dans ce tableau :

IPP	Puissance relative (comparé à l'oméprazole)	Dose standard
Pantoprazole	0,23	40 mg une fois par jour
Lansoprazole	0,90	30 mg une fois par jour
Oméprazole	1,00	20 mg une fois par jour
Esoméprazole	1,60	20 mg une fois par jour
Rabéprazole	1,82	20 mg une fois par jour

Tableau 1 : « Puissance relative d'abaissement du pH gastrique de différents IPP, d'après Kirchbeiner 2009 et les doses standards recommandées de différents IPP pour le RGO, d'après le GPC NICE 2014 »

⇒ Pour les patients souffrant de **dyspepsie sans reflux cliniquement typique**, les IPPs ne sont pas à privilégier par rapport à des antiacides comme le Gaviscon. Mais s'ils sont prescrits le traitement ne devrait pas dépasser 4 à 8 semaines.

### 2.2.1 Les indications de traitement à court terme (de 4 à 8 semaines)

- Les plaintes de **reflux cliniquement typique** : il va être recommandé de prescrire un IPP ou un antiacide. Un IPP sera prescrit à partir de trois jours de symptômes par semaine, à demi-dose et pour une durée de 4 à 8 semaines jusqu'à 8 semaines maximum, et est d'office réévalué pour envisager un schéma dégressif ou un arrêt.
- Les plaintes de **reflux avec œsophagite de bas grade (grade A-B) objectivée à la gastroscopie** : un IPP va être directement prescrit. Un traitement par demi-dose pendant 4 semaines est instauré, avec un passage à une dose standard si les symptômes persistent. Il n'est pas nécessaire de contrôler par gastroscopie si les symptômes ont disparu.

## 2.2.2 Les indications de traitements à long terme (plus de 8 semaines)

- **Œsophagite de haut grade (C-D) objectivée à la gastroscopie et pour le syndrome de Zollinger-Ellison :**

Une double dose est recommandée pour un traitement de 8 semaines, un contrôle par gastroscopie est indiqué. Un traitement peut être renouvelé pour 4-8 semaines en fonction de l'évolution. Puis un traitement d'entretien peut être installé à la plus faible dose efficace jusqu'à disparition des symptômes. Un traitement à vie peut être justifié pour ces pathologies.

- **En prévention d'apparition d'ulcère gastro-intestinal lors de la prise d'AINS :**

Uniquement en présence de facteurs de risques qui sont : un âge > 65 ans, un ATCD d'ulcère gastrique ou duodénal, une association supplémentaire à un antiagrégant, ou un anticoagulant ou un corticoïde.

- **En cas d'œsophage de Barrett :**

Un traitement par IPP est indiqué (40-80 mg par jour) au long cours seulement en cas de reflux avec une œsophagite objectivée à la gastroscopie. Chez une personne souffrant d'un œsophage de Barrett sans reflux et sans œsophagite, il n'existe pas d'indication pour un traitement par IPP, il n'existe pas de preuve sur l'effet d'un traitement sur la prévention de la métaplasie vers le carcinome

## 2.3 Pourquoi déprescrire ?

Les inhibiteurs de la pompe à protons sont couramment prescrits car ils sont considérés comme sûrs et faciles à prescrire. Cela peut entraîner une sur-prescription, souvent avec des indications inappropriées. Cette sur-prescription coûte cher aux caisses d'assurance maladie et peut représenter un risque pour la santé des patients en raison des effets secondaires différents qui commencent à être répertoriés dans la littérature. Nous sommes de plus en plus stimulés en tant que médecins à rester vigilants sur la quantité de médicaments que nous prescrivons. C'est ainsi que des outils comme les modules sur la déprescription des IPPs sont mis à notre disposition et régulièrement mis à jour (6).

### 2.3.1 Effets Indésirables

Les effets indésirables provoqués par la prise d'IPP ont été reportés de façon équivalente pour la prise des différentes molécules (ésoméprazole, lansoprazole, oméprazole, pantoprazole et rabéprazole).

Au niveau des **effets indésirables immédiats** des IPPs, ont été rapportés : céphalées, vomissements, diarrhée, gêne abdominale. C'est pourquoi il est important d'évaluer la pertinence de la prise d'un IPP chez des patients souffrant de dyspepsie sans reflux (5).

L'effet rebond (4) est lui largement observé. **Effet à moyen terme**, il s'agit d'une augmentation passagère de la sensation d'acidité, supérieure à celle ressentie avant la mise en route du traitement. Comme développé dans le cadre théorique, il s'explique par l'hyper-gastrinémie consécutive à la prise d'IPP, qui provoque une hypersécrétion acide une fois le blocage des pompes à protons levé. L'effet rebond est observé chez plus de 50% des patients ayant pris du pantomed (pantoprazole) 40 mg pendant au moins 8 semaines consécutives. Il peut être ressenti jusqu'à 2 à 3 semaines après l'arrêt du traitement\*. Un traitement par antiacide est indiqué pour y faire face.

Des **effets à long terme (7)(8)** provoqués par une prise chronique d'IPP sont de plus en plus évoqués dans la littérature. La réunion de consensus de l'INAMI de 2020 (5) sur le bon usage des IPPs attire toutefois notre attention sur les effets suivants :

- **effets indésirables cardiovasculaires** : Il est suspecté un risque accru d'AVC ou d'infarctus du myocarde pour les patients prenant déjà de l'acétylsalicylique. Mais vu le faible niveau de preuve, il est recommandé de prescrire un IPP s'il est jugé nécessaire.
- **Infections gastro-intestinales** : l'augmentation du pH de l'estomac résultant du traitement par IPP favorise le développement de population bactérienne. Il peut exister un risque accru d'infection à clostridium difficile chez les patients âgés, les immunodéprimés, les personnes ayant nécessité une antibiothérapie à large spectre, ou les personnes ayant déjà été infectées au clostridium difficile.
- **hypomagnésémie et déficit en vitamine B12** : le déficit en magnésium a été documenté dans certains cas de prise chronique d'IPP ; si des symptômes apparaissent il est recommandé de supplémenter en magnésium. Une étude faite en 1994 tend à penser que l'absorption de vitamine B12 diminuerait significativement (9).

- **Ostéoporose et fractures** : La consommation chronique d'IPP, pouvant altérer l'absorption de calcium, augmente le risque d'ostéoporose et donc de fractures.
- **Pneumonie communautaire** : certaines études évoquent une augmentation des infections respiratoires. La diminution de l'acidité gastrique favoriserait la multiplication des bactéries gastriques et les infections pulmonaires par micro-broncho aspiration.
- **Atteintes Rénales** : Il n'existe pas encore de lien clair établi, mais il est fortement suspecté un risque de néphrite interstitielle et d'insuffisance rénale chronique.
- Des risques accrus de **Cancer Gastrique** et de **Démence** ont été évoqués. Aucune étude ne les ayant encore vraiment démontrés, il n'existe pas de recommandation particulière pour des groupes à risque de ces maladies.

### 2.3.2 Un coût trop important pour la société

Un rapport publié en 2017 par l'INAMI (10) nous donne les chiffres du nombre de prescriptions d'IPP faites par an et du coût qu'elles représentent pour la sécurité sociale. Ces chiffres vont de 2004 à 2017, année où le rapport a été publié :

L'année précédente en 2016 : 1.993.652 patients en Belgique se sont vu prescrire au moins une fois dans l'année une boîte d'IPP, soit quasiment une personne sur six, contre 900.530 patients en 2004.

La dose journalière d'IPP consommée en une journée (defined daily dose) est passée de 142 millions de doses en 2004 à 418 millions en 2017.

Le coût conséquent pour les mutuelles n'a heureusement pas évolué de façon aussi dramatique au cours de ces 13 dernières années grâce à une prescription soutenue des génériques.

Il est important de noter que ces chiffres ne concernent que les IPP qui ont été délivrés par l'intermédiaire d'une prescription. En 2017 on voit que 537682 boîtes ont été délivrées sans prescription, contre plus de cinq millions sous prescription, soit environ 10% des IPPs délivrés qui ne représente donc pas un coût à la société mais est bien le reflet d'une consommation d'IPP non contrôlée

L'IPP le plus prescrit depuis 2011 est le pantoprazole (précédemment l'oméprazole). Avec en 2017 environ 1.300.000 patients prenant du pantoprazole contre 600.000 pour l'oméprazole, et 200.000 pour l'ésoméprazole.

Ces chiffres sont malheureusement encore en augmentation selon un rapport (11) de l'INAMI regroupant les 25 médicaments coûtant le plus à l'assurance de soins de santé en secteur ambulatoire en 2021. Dans ce classement on trouve l'oméprazole en 14<sup>e</sup> position et le pantoprazole en 5<sup>e</sup> position, qui a été consommé par 1.596.164 patients en 2021, ce qui représente pour ce dernier une somme de 64.966.885 pour les mutuelles. Parmi ce top 25 des médicaments les plus coûteux à l'INAMI, le pantoprazole est alors le médicament le plus prescrit de l'année en deuxième position derrière le vaccin contre l'Influenza.

## 2.4 Recommandations de déprescription

Pour permettre aux praticiens de savoir chez quel patient et comment retirer un IPP de façon plus systématique, une équipe médicale a publié un guide de bonne pratique (12) sur la déprescription des inhibiteurs de la pompe à protons. Ce guide est cité dans la réunion de consensus de l'INAMI pour aider les médecins à déprescrire. L'Équipe a développé un algorithme de déprescription en repartant des recommandations de prescription des IPPs, de la littérature disponible sur les potentiels effets d'un usage chronique d'IPP, et du vécu des patients sur l'arrêt des médicaments. Cet algorithme est aussi disponible sur [deprescribing.org](http://deprescribing.org) (13).

Premièrement: nous sommes invités à nous questionner sur la raison de la prise d'IPP, et de retracer le parcours du patients, la date d'apparition des symptômes, et des examens déjà effectués. Nous divisons les patients en deux groupes distincts :

⇒ Les patients nécessitant une prise chronique d'IPP : les œsophagites de haut grade (C-D) diagnostiquées à l'endoscopie, les utilisateurs de NOAC avec des antécédents de saignement gastrique, et les ulcères gastriques avec des épisodes de saignement, ...

⇒ Les Patients avec :

- une œsophagite de bas grade (A-B) ayant été traitée par une cure d'IPP pendant 4 à 8 semaines et présentant une amélioration des symptômes sous traitement.
- un ulcère gastrique traité durant de 4 à 12 semaines et disparition des symptômes
- les personnes présentant un reflux ou un pyrosis pendant au moins trois jours consécutifs, sans endoscopie
- les personnes mises sous IPP de façon prophylactique à l'hôpital traitées depuis leur sortie d'hospitalisation

- les patients avec un Helicobacter Pylori traité depuis plus de deux semaines et ne présentant plus de symptômes
- les patients sans indications connues

Les patients présentant une métaplasie de Barret sont d'après cette étude censés continuer un traitement à vie par IPP. Alors que le rapport de consensus de l'INAMI ne préconise qu'une prise que si le patient présente des symptômes de reflux ou une œsophagite à l'endoscopie.

Pour le deuxième groupe une déprescription est préconisée. Deux possibilités sont proposées au patient : soit un arrêt net du traitement, soit diminuer progressivement à la plus petite dose efficace qui permet de contrôler les symptômes et proposer un schéma à la demande à partir de cette dose. Une période de suivi est de toute façon proposée de 4 à 12 semaines où le patient sera revu à terme pour évaluer les symptômes.

Si les symptômes sont suffisamment bien contrôlés et ne surviennent que une à deux fois par semaine, une approche non médicamenteuse est préférable avec l'application de mesures hygiéno-diététiques revues avec les patients. Si les symptômes sont occasionnels, il vaut mieux recourir à un antiacide, un alginat, un IPP à la demande, ou un antihistaminique H2 (qui n'est plus commercialisé en Belgique).

Si les symptômes persistent durant cette désescalade plus de 3x/semaine il est conseillé d'effectuer une gastroscopie à la recherche d'Helicobacter Pylori, et de revenir à la plus petite dose efficace.

## 3 Méthodologie

---

### 3.1 Recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été effectuée de novembre 2022 à avril 2023, et elle s'est déroulée en plusieurs temps.

Dans un premier temps elle s'est intéressée à la prescription des IPPs et la prise en charge de la dyspepsie en médecine générale. Les recherches ont été effectuées principalement dans les guides de bonnes pratiques belges et français, dans les revues de littératures francophones belges, et dans la base de données Pubmed.

Dans un deuxième temps, la recherche s'est intéressée au chiffre de prescription des IPPs en Belgique, les recherches ont été effectuées dans les bases de données Pubmed, Cochrane, tripdatabase ont générés des données intéressantes dans des pays voisins comme la France.

Les informations sur les statistiques Belges ont été trouvées dans les rapports INAMI sur la prescription médicamenteuse publiée en 2021 et dans le folia du CBIP.

La question de recherche se concentrant sur les freins à la déprescription des inhibiteurs de la pompe à proton, une troisième phase de la recherche de littérature s'est faite plus en continue sur l'entièreté de l'élaboration de ce travail de fin d'étude. Les recherches ont généralement été effectuée sur Pubmed. D'autres sources de données ont été consulté comme : le CBIP, la revue prescrire, la banque de données de MGTFE, le HAS santé.

Les différentes recherches bibliographiques se sont faites dans les bases de données anglophone et francophone.

Les articles datant d'il y a plus de 20 ans n'ont pas été retenus.

Pour chaque recherche, Un premier tri a été effectué en lisant les titres et les abstracts des articles, puis un deuxième en lisant les articles, pour voir si des informations intéressantes pouvaient être utiles à l'élaboration de notre question de recherche puis après à notre discussion.

## 3.2 Élaboration de la question de recherche

Les études concernant l'utilisation appropriée des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) dans le traitement des symptômes de dyspepsie, ainsi que les rapports sur les chiffres concernant la quantité d'IPP prescrits en Belgique, révèlent une certaine incohérence entre ce qui est pratiqué et ce qui serait souhaitable en termes de prescription d'IPP.

Le constat est qu'il y a une sur-prescription d'IPP en Belgique, ce qui entraîne un coût important pour la société.

Par conséquent, je me suis intéressé à ce qui empêche une bonne déprescription de ces médicaments chez les patients qui les prennent de manière chronique.

La recherche reste ouverte sur la gestion de la déprescription des inhibiteurs de la pompe à protons en médecine générale. Ainsi, nous avons cherché à évaluer les connaissances des médecins en matière de prescription d'IPP, mais surtout de déprescription, ainsi que leur ressenti en termes de sur-prescription.

## 3.3 Méthode d'investigation

### 3.3.1 **Méthode Qualitative par entretien individuel semi-dirigé**

Afin d'explorer ces connaissances et permettre aux médecins de partager leurs expériences sans influencer leurs discours, j'ai décidé d'effectuer une étude qualitative en utilisant des entretiens individuels semi-dirigés.

Ayant identifié différents obstacles à la désinscription des IPPS lors de ma recherche bibliographique, j'ai choisi de ne pas restreindre les réponses des participants avec un questionnaire fermé, mais de leur permettre de s'exprimer le plus librement possible sur le sujet en leur posant individuellement des questions qui se voulaient les plus ouvertes possibles.

### 3.3.2 **Échantillonnage**

Pour étudier les connaissances et pratiques des médecins généralistes en Belgique, un unique critère a été choisi de façon subjective pour la sélection des participants : la langue française. Étant utilisées pour les demandes d'entretiens et les entretiens eux-mêmes, seuls des médecins francophones ont été inclus. Aucun autre critère d'inclusion ou d'exclusion n'a été retenu.

Pour maximiser la variation de l'échantillon, deux variables ont été prises en compte dans son élaboration : le type de pratique et l'expérience professionnelle. Le type de pratique a été divisé en trois catégories : pratique individuelle, pratique en groupe et pratique en maison médicale. Quant à l'expérience, trois niveaux ont été retenus : en cours d'assistantat, agréé depuis moins de cinq ans et agréé depuis plus de cinq ans.

Étant moi-même assistant, j'ai reçu un grand nombre de réponses positives de la part d'autres assistants lorsque j'ai sollicité des médecins via des plateformes d'entraide d'assistants sur les réseaux sociaux. J'ai également pu interroger rapidement des médecins agréés depuis moins de cinq ans, qui étaient rapidement disponibles et enclins à répondre à l'étude. Finalement pour varier l'échantillonnage j'ai envoyé directement des propositions d'entretien par courrier électronique à des médecins agréés depuis plus de 5 ans en leur demandant s'ils portaient un intérêt au sujet. Quatre ont répondu positivement, trois entretiens ont été prévus mais seulement un seul a pu avoir lieu. Les différents types de pratique ont été représentés dans l'échantillon avec une prépondérance pour les médecins travaillant au forfait en maison médicale.

### **3.3.3 Déroulement des entretiens**

Les entretiens ont été menés durant les mois de février à avril 2023. Pour programmer les rencontres, un premier contact par mail ou par téléphone a été établi. Étant donné que les médecins pouvaient avoir des horaires et des lieux de consultation incompatibles avec les miens, j'ai proposé plusieurs moyens d'interview. J'ai d'abord privilégié les rencontres en face-à-face en me déplaçant jusqu'à leur lieu de travail ou dans un lieu privé. Si une rencontre en personne était impossible, nous avons opté pour la plateforme de vidéoconférence Teams. Tous les médecins participants ont signé un formulaire de consentement éclairé (voir annexe 3), conforme aux normes du comité d'éthique. Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un enregistreur vocal.

Un guide d'entretien, initialement composé de six questions ouvertes, a été élaboré pour permettre aux participants de s'exprimer librement, sans biais ni contraintes. Des points de vue intéressants, pouvant être abordés en fonction d'un entretien ou d'un autre. Ceux-ci ont été évalués après chaque entretien pour permettre d'interroger les participants suivants de façon plus complète. La première partie de l'entretien porte sur la gestion de la dyspepsie et la prescription d'inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), puis sur la déprescription et la façon dont les médecins généralistes procèdent, et enfin sur les difficultés que les médecins rencontrent dans la déprescription. Bien que le guide ait

évolué au cours des entretiens, les six questions principales sont restées les mêmes pour tous les médecins.

La retranscription des entretiens s'est faite grâce au logiciel happy scribe, puis a été affinée manuellement. Tout au long de l'étude, l'anonymat des participants a été préservé en leur attribuant un numéro. La liste correspondante a été conservée en toute confidentialité sur mon ordinateur avant d'être définitivement supprimée.

### **3.3.4 Analyse**

L'analyse des entretiens a été réalisée à travers la méthode de la théorisation ancrée (14), qui est une approche dite inductive permettant de développer des thèmes et des idées émanants des données collectées. Ceci afin de répondre à une question liée à un phénomène étudié : la déprescription des IPPs.

Les entretiens ont été lus à plusieurs reprises pour permettre une compréhension optimale de leur contenu. Ensuite, chaque retranscription a été examinée minutieusement en isolant chaque phrase et chaque concept, qui ont été étiquetés en fonction de l'idée qui s'en dégagait. Finalement, toutes les étiquettes de tous les entretiens ont été rassemblées en concepts plus larges, afin de déterminer des thèmes de réponses pour répondre à notre question de recherche.

Cette méthode permet de mettre de côté nos connaissances et préjugés sur le sujet ou les entretiens, et ainsi faire émerger de nouvelles théories et de nouveaux points de vue à partir des données récoltées.

## 4 Résultats

---

### 4.1 Description de l'échantillon

Nous avons interrogé sept médecins généralistes entre le 27 février et le 8 avril 2023. La durée des entretiens a varié entre 24 et 39 minutes. Les différentes caractéristiques des médecins participants sont répertoriées dans le tableau suivant :

	Genre	Statut	Années de pratique	Type de pratique	Lieu de pratique
MG 1	F	Assistante	1 an	Maison médicale	Bruxelles
MG 2	H	Assistant	2 ans	Maison médicale	Bruxelles
MG 3	H	Assistant	2 ans	Maison médicale	Bruxelles
MG 4	H	Agréé	5 ans	Maison médicale	Bruxelles
MG 5	F	Agréée	27 ans	Solo	Namurois
MG 6	F	Agréée	5 ans	Maison médicale	Bruxelles
MG 7	H	Agréé	4 ans	Solo, cabinet pluridisciplinaire	Bruxelles

Tableau 2 : caractéristiques des participants de l'échantillon

### 4.2 Analyse des résultats

Comme expliqué dans la présentation de la méthodologie, les entretiens ont été retranscrits puis analysés selon la méthode de théorisation ancrée (14). Pour ce faire, chaque entretien a été relu à plusieurs reprises avant d'être analysé par étiquetage. Chaque phrase et chaque concept ont été marqués avec une étiquette correspondante, ce qui a permis de diviser les entretiens en un minimum de 47 étiquettes et un maximum de 61 étiquettes.

Ensuite, toutes les étiquettes des entretiens ont été regroupées, et en fusionnant celles qui étaient identiques, Nous avons obtenu un total de 132 catégories. Il convient de noter que de nombreuses

nouvelles catégories ont émergé lors des premiers entretiens, mais se sont finalement répétées et les participants ont apporté peu de nouvelles idées dans les deux derniers entretiens. Cela montre que nous approchons une saturation des données.

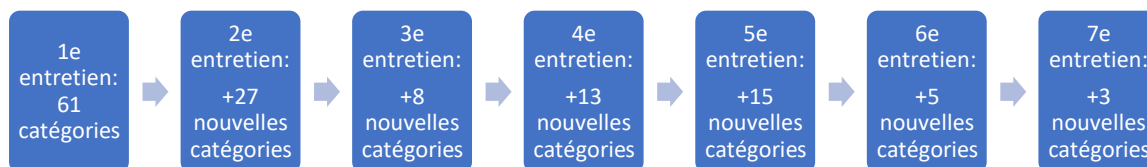


Schéma 3 : Illustration du nombre de nouvelles catégories émergeant au fur et à mesure des résultats.

Ces 134 catégories ont ensuite été regroupées en thèmes plus larges, qui, en les organisant, ont fourni des éléments de réponses globaux à nos questions de recherche. Pour permettre une présentation le plus fidèle possible des résultats, nous les avons classés en fonction des thèmes forts qui se sont dégagés lors de l'analyse des entretiens. Nous commencerons par discuter de la façon dont les généralistes prescrivent des IPPs et de leur niveau de connaissance en matière de prescription et de gestion du reflux. Ensuite, nous aborderons leur perception de la nécessité de retirer ces médicaments. Puis les difficultés rencontrées lors de la déprescription. Et nous conclurons en présentant les expériences de chacun d'une déprescription réussie, ainsi que les pistes d'amélioration envisagées.

## 4.3 Présentation des résultats

### 4.3.1 Une prescription qui doit être bien faite

#### 4.3.1.1 *Des schémas de prescriptions différents :*

Tous les médecins interviewés ont prescrit ou prescrivent des IPPs ; c'est une prescription jugée facile :

MG 2 : *Ça soulage rapidement, personne n'a vraiment conscience que ça peut avoir des effets secondaires. (...) C'est une prescription assez simple.*

Dès la première prescription, nous avons observé des disparités importantes dans les prises en charge des participants. La majorité des participants commencent par une cure d'IPP en

recommandant une prise à jeun le matin ; certains proposent deux prises par jours ; alors que d'autre commencent par un schéma à la demande :

MG 5 : *Je mets du 20 milligrammes. Je prescris une boîte de 56. Je leur ai dit de faire ça pendant un mois*

MG 4 : *je vais demander à la personne de le prendre une fois le matin, 30 minutes avant son premier repas et une fois le soir. Pendant deux semaines, normalement, je sais que c'est une semaine ou dix jours.*

MG 2 : *Ce serait dans l'objectif, pour la majorité des patients, de traiter les plaintes de manière ponctuelle, au jour le jour. (...) Si je traite par une cure, c'est en partant du principe qu'il y a eu une endoscopie*

La durée du traitement varie aussi énormément au sein des réponses des participants : un à deux mois, deux semaines, six à douze semaines, il n'y a pas de consensus :

MG 2 : *Je pense que si après, à partir de six semaines, entre six semaines et 12 semaines, pas d'amélioration, je me pencherais quand même par une endoscopie*

MG 4 : *Pendant deux semaines, normalement, je sais que c'est une semaine ou dix jours.*

Finalement le choix de l'IPP et de son dosage est reconnu comme assez hasardeux :

MG 1 : *Entre pantomed 40, 20, 10, ... je suis déjà perdu. Équivalence pantoprazole, oméprazole, je connais pas non plus, je sais pas quoi donner pour quelle situation, je sais qu'il y a des équivalences entre les deux.*

#### *4.3.1.2 Des guidelines claires pour tous ?*

Les recommandations semblent claires et accessibles si un diagnostic par endoscopie a été posé :

MG 6 : *Si je me base là-dessus, franchement, je trouve que c'est assez clair. En tout cas, après gastroscopie, parce que je trouvais que dans le CBIP, le module montrait beaucoup si tu as juste une gastrite ou une œsophagite de tel grade tu dois faire ça.*

Mais semblent moins concrètes ou en tout cas sont moins comprises des médecins s'il s'agit d'un patient se plaignant de RGO mais n'ayant pas encore eu recours à la gastroscopie :

MG 3 : *Relativement oui. C'est vrai que ça aurait pu être plus clair. En tout cas, tout ce qui est gastrite, oui. Mais c'est vrai que toutes ces plaintes de reflux, de dyspepsie, toutes des plaintes un peu moins graves et plus... C'est toutes des plaintes qui sont moins comprises.*

Finalement, même s'ils estiment connaître les schémas de prescription recommandés, les participants disent prescrire de **façon intuitive** :

MG 5 : *Je suis plus une intuitive plus qu'une EBM. Donc oui, je sais ce qu'il faut faire. Je trouve que notre expérience fait que nous pouvons nous adapter à chaque situation. Mais je ne vais pas coller un schéma d'office pour tous les patients.*

MG 2 : *Je dirais que c'est quelque chose qui intuitif, très intuitif même. Très intuitif. Dans le sens où je n'ai pas l'impression de suivre un schéma et que pour chaque patient, je vais un peu m'adapter à ses préférences et ce que j'arrive à faire avec lui.*

#### *4.3.1.3 Et le recours à la gastroscopie ?*

Le recours à la gastroscopie ne sera jamais demandé en première intention chez un patient n'ayant pas encore bénéficié d'un traitement par IPP, mais demandé après une première cure de traitement, notamment pour rechercher la présence d'un Helicobacter Pylori :

MG 5 : *Non, moi, je me fie à la clinique. Dans un premier temps, je n'utilise pas d'examens complémentaires.*

MG 7 : *Et si, effectivement, je vois que ça revient, dans ce cas-là, je vais faire et j'envoie chez le spécialiste pour faire une gastroscopie, voir éventuellement s'il n'y a pas une infection à l'Helicobacter.*

Une participante a toutefois mentionné ne pas se soucier de la présence ou non d'un Helicobacter Pylori :

MG 5 : *Il y en a beaucoup qui ont cité le doute par rapport à l'Helicobacter pylori. Moi, je m'en fous complètement. Je ne sais pas pourquoi il ne m'inquiète pas du tout, celui-là. Parce qu'en fait, il y a quand même plein de porteurs sains.*

#### *4.3.1.4 Si la demande d'IPP persiste, comment prescrire ?*

Si une première cure d'IPP a été effectuée, que la gastroscopie ne montre pas de lésion justifiant un traitement, mais que le patient est demandeur d'une nouvelle prescription. Les médecins proposent d'autres schémas. Ils demandent aux patients, par exemple, d'effectuer des **cures de plus courte durée** à la demande :

MG 3 : *s'il y a persistance des symptômes ce que je propose c'est de le reprendre pour faire certaines cures, des cures d'une semaine ou deux, quand il y a un regain d'acidité ou face à une certaine période, vu que l'acidité ou les problèmes... Ce genre de problèmes d'acidité sont, entre autres, liés parfois au stress ou à un contexte, etc., de pouvoir le reprendre des courtes périodes pendant ce temps-là.*

Ou une **prise ponctuelle à la demande**, c'est-à-dire prendre un comprimé unique quand les symptômes ressurgissent :

MG 5 : *je leur dis de garder quand même une boîte dans leur pharmacie et que quand ils ont un truc très stressant ou qu'ils ont mangé une lasagne ou qu'ils ont un truc bien arrosé, qu'ils en aient et qu'ils puissent prendre*

*itérativement, un comprimé le soir, ou les deux ou trois jours de la réunion où ils vont boire par ex. Quelque chose de plus à la demande.*

## **4.3.2 Soigner un patient autrement que par la prescription d'un IPP**

### *4.3.2.1 Des traitements alternatifs*

Même si cette prescription est facilement octroyée lors d'un premier rendez-vous, les participants parlent d'autres lignes de traitements comme l'utilisation d'antiacides, d'antihistaminiques H2 (maintenant retirés du marché Belge), ou la recommandation de mesures hygiéno-diététiques :

*MG7 : D'abord, j'essaie de commencer par des mesures hygiéno-diététiques. Et parfois, si les symptômes ne sont pas trop importants, j'essaie avec des antiacides type Gaviscon, etc. (...) Et puis après, les IPP, c'est un peu la troisième ligne.*

*MG 5 : Pour l'instant oui pour les IPPs, mais moi, je suis très triste qu'ils aient retiré la cimétidine, qui était un anti-H2. C'est une catastrophe parce que c'était encore un moyen de diminuer aussi, de passer à un truc un peu plus soft.*

### *4.3.2.2 Les mesures hygiéno-diététiques au cœur du traitement*

Tous les participants ont abordé l'application des mesures hygiéno-diététiques par leurs patients, tous les trouvent indispensables pour une bonne prise en charge. Ils abordent différentes mesures ; Ce ne sont pas systématiquement les mêmes qui reviennent mais elles concernent surtout l'alimentation :

*MG 3 : En résumé : je dis acide et gras et en trop grosse quantité. Le fait de manger un gros repas le soir, ça va avoir un plus gros impact sur l'acidité, plus c'est gras aussi, parce que c'est un temps de digestion plus long, donc ça va mettre plus de reflux. Et puis, tout ce qui est acide : voir s'il y a une consommation de café qui est assez forte. Il y a la tomate qui est assez présente, les oignons.*

Les participants mentionnent aussi des mesures qui concernent aussi d'autres aspects de la vie du patient comme le sommeil, le stress, le tabac, l'alcool ou le surpoids :

*MG 2 : Des mesures plus globale autour du stress, du tabac, ou de l'alcool qui peuvent augmenter l'acidité de l'estomac*

*MG 7 : Et la perte de poids aussi. Je pense qu'un exercice physique pour quelqu'un qui de toute façon, est obèse, en surpoids et qui a effectivement une obésité abdominale qui pourrait favoriser un reflux, c'est bien. C'est un bon moment pour en parler.*

Ces mesures sont essentielles et, malheureusement, quand non appliquées par le patient, sources d'échec du traitement par IPP :

MG 1 : *si on prend l'exemple de la cigarette, qui a un effet sur l'estomac et l'œsophage. Bah du coup tu prends des IPPs, te dire que ça fait du bien. Alors qu'en fait c'est un peu le chat et la souris qui tournent en rond.*

Il faut noter que la liste des mesures hygiéno-diététiques n'est exhaustive pour aucun participant :

MG 1 : *J'en ai quelque unes mais ça reste encore très flou pour moi. Je parle en fait surtout de tout ce qui était alimentation. Je dis d'éviter tous les aliments qui vont être trop acides, ou trop gras. Éviter le café, éviter l'alcool. C'est plus au niveau de la nutrition ce que je vais dire.*

Les médecins n'auront de toute façon pas le même discours pour tout le monde et vont s'adapter aux besoins du patient :

MG 6 : *j'ai une patientèle aussi très multiculturelle, donc j'essaie un peu de m'adapter à l'alimentation du patient que j'ai en face de moi.*

### 4.3.3 Faut-il déprescrire ?

#### 4.3.3.1 Il existe une sur-prescription

Les généralistes interrogés reconnaissent que ce sont des médicaments très prescrits et malheureusement connus de beaucoup de patients, qui les demandent :

MG 1 : *Déjà chose que moi j'ai appris cette année : le nombre de personne qui ont un IPP chroniquement c'est vraiment énorme.*

MG 2 : *Ils ont souvent, soit des proches, soit personnellement, déjà eu recours à ces médicaments.*

MG 5 : *Quelque part, maintenant, ça commence vraiment à me gêner. Et comme on fait nos prescriptions, encore un oméprazole, encore un ésoméprazole. J'en prescris, peut-être, cinq par jour. Ils sont souvent connus des patients.*

#### 4.3.3.2 Des effets secondaires ?

Les effets secondaires ont largement été cités comme raison de déprescrire par les médecins traitants. Ils sont des arguments facilement entendus par le patient :

MG 4 : *Parler des effets secondaires : ça, c'est important. Généralement, quand je parle de ça, ça crée des réactions : « Ok, d'accord. C'est un peu plus négociable. ». (...) Au tout début, j'étais peu vigilant. Puis après, j'ai vu les effets secondaires. Entre autres, j'ai eu un patient qui a eu un clostridium difficile. Ça m'a calmé. Globalement, ça m'a bien calmé après un an et demi d'assistantat.*

MG 5 : *Et puis, je discute avec le patient en disant « Écoutez, c'est quand même un médicament, vous le prenez depuis des années, en long terme, on ne sait quand même pas exactement s'il y a une perte d'absorption de certaines vitamines, etc. Potentiellement, il y a peut-être des potentiels effets secondaires.*

Les effets cités sont variés et les mêmes ne reviennent pas d'un participant à un autre. On parle de risque d'infection à clostridium difficile, de diminution d'absorption de nutriments, d'ostéoporose, de diabète, de risque de gynécomastie ou des troubles de l'équilibre. Les effets secondaires restent encore un peu flou : sur ce qu'ils sont et s'ils existent vraiment :

MG 4 : *C'est vrai que ce n'est pas toujours ultra clair pour moi, mais moi, je pense que c'est surtout lié à des infections opportunistes et que le clostridium difficile à cause de changement de la muqueuse et donc du pH, je pense. Je pense qu'il y a d'autres effets à d'autres niveaux peut être...*

MG 6 : *Il me semblait que ça faisait aussi des troubles de l'équilibre et des choses comme ça, mais je ne connais pas par cœur les effets secondaires.*

Avec quand même une expérience personnelle marquante pour un médecin avec un patient ayant fait une insuffisance rénale aiguë induite par la prise d'IPP :

MG 5 : *J'ai juste eu une expérience. Un patient qui chauffait, on faisait une prise de sang, sa créatinine montait. On l'hospitalisait. Chaque fois, on l'envoyait à l'hôpital, on faisait une prise de sang. À l'hôpital, sa créatinine régressait. Et à l'hôpital, il ne prenait pas son oméprazole parce qu'il ne voulait pas. Et puis, il repartait. Et puis, trois mois après, rebelote. Et puis, à un moment, on s'est dit « Qu'est-ce que c'est que ce bignou ? » Et alors, je ne sais pas, on a creusé avec eux, l'interniste a creusé. On s'est rendu compte que chaque fois qu'il prenait l'oméprazole pendant quelques jours et chaque fois, il faisait son IRA à ce moment-là.*

Mais finalement avec ou sans preuves d'effets secondaires, une idée revient : un médicament qui n'est pas utile doit être déprescrit :

MG 7 : *Moi, je pars du principe que ça n'a pas d'intérêt de donner un médicament qui n'est peut-être pas utile.*

MG 5 : *Ou bien leur faire comprendre qu'il n'est plus indiqué et que c'est un médicament de trop.*

#### *4.3.3.3 Un coût trop élevé pour la société*

La deuxième raison majeure évoquée quant à la nécessité de déprescrire est le coût de cette surprescription pour la société, cette fois-ci il n'y a pas de doute pour les participants :

MG 6 : *c'est le coût à la société. Parce que c'est vrai que l'échelle bénéfice/ risque pour le patient, elle est quand même comme ça au niveau du bénéfice, parce qu'ils ne voient pas le risque même à long terme. Mais par contre, le coût pour la société, c'est vraiment un trou. C'est beaucoup d'argent qui part tous les ans dans les IPP.*

MG 5 : *Il y a quand même le coût pour la société. Je pense qu'on ne peut pas continuer à être exponentiel comme ça et quelque part, c'est garder de l'argent pour les gens qui en ont vraiment besoin. Ça, voilà au niveau politique de soins de santé.*

#### 4.3.4 La déprescription des IPPs, un processus qui peut être difficile

##### 4.3.4.1 Peur de l'effet rebond

Connu par une majorité de médecins interrogés, la peur de l'effet rebond est un frein à la déprescription. Pour rappel l'effet rebond est une recrudescence passagère des symptômes de départ à l'arrêt d'un traitement par IPP. Il est donc important de bien l'expliquer au patient avant de déprescrire pour le rassurer et l'inciter à continuer ses efforts :

MG 3 : *il ouvre des grands yeux dès qu'on lui dit ça en disant « Ça n'ira jamais. Dès que j'ai essayé d'arrêter, ça revenait, c'était pire, etc. » (...) Ça, c'est un des premiers trucs que j'essaie de déconstruire chez les personnes qui me disent que ça va revenir plus fort après. C'est justement être sûr qu'ils sont bien au courant que cet effet rebond existe et essayer de leur faire comprendre qu'il est passager. Je ne sais pas moi, ce que j'en sais, ça dure une semaine, quelques jours.*

MG 1 : *Mon premier patient où j'avais essayé de le retirer, je lui avais dit qu'on allait l'arrêter avant de lui expliquer qu'on allait faire un schéma. Et tout de suite il a réagi : « quoi ! ». Et du coup ben ça fait peur de dire qu'on enlève quelque chose qui est ancré dans les habitudes. Du coup c'est important d'aborder les choses progressivement.*

Un effet dont les médecins n'avaient pas forcément conscience au début de leur pratique :

MG 1 : *Mais donc lui m'a dit qu'il a eu l'effet rebond. Et en fait moi je ne savais pas qu'il y avait un effet rebond. Et du coup tu te rends compte, je me suis senti un peu débile.*

MG 2 : *Ab ok j'avoue je ne percevais pas trop, je ne l'expliquais pas trop à mes patients. C'est super à savoir.*

Un schéma dégressif peut même être prescrit intuitivement par des médecins pour soulager des plaintes liées à l'effet rebond, sans pour autant qu'ils n'en aient vraiment connaissance :

MG 7 : *Pour ça que j'essaie de diminuer la dose progressivement, sans entrer dans les détails du mécanisme de l'effet rebond, parce que je pense que je ne le connais pas vraiment en fait.*

##### 4.3.4.2 Du temps et de l'énergie qui manquent !

Tous ont relevé que déprescrire prend du temps. Discuter de mesures hygiéno-diététiques, de schéma à la demande, de l'effet rebond, toutes ces explications prennent du temps. Or le temps en

consultation n'est pas illimité et les patients sont en attente d'une réponse rapide à leur plainte : le médecin et le patient doivent prendre leur temps :

MG 2 : *On a beaucoup de mal à aborder tout ce qu'on veut. Souvent, on se consacre à la plainte aiguë et on n'a pas le temps de faire toute la prévention qu'on aimerait faire. Ça comporte aussi toutes les mesures épidémiologiques, l'alimentation, le tabac, l'alcool, toutes ces choses-là, on a souvent peu le temps de les aborder.*

MG 1 : *Bah moi j'ai 20 min de consultation. Franchement déjà 20 minutes, je suis déjà là en train de courir après le temps, pour pouvoir gérer la simple plainte qui est là devant moi. (...) Mais aussi du coup la motivation de se dire que là maintenant y a ça, je sais que y a ça, la prochaine fois je le fais. En fait c'est dur, parce que c'est tout un parcours, on doit s'accrocher encore plus, donner plus d'énergie.*

MG 7 : *L'agenda du patient. Ce n'est pas le motif principal de la consultation. Ça va être un manque de temps puisque généralement, pour expliquer ça, ça va prendre un peu de temps. Il y a déjà toute la consultation à gérer et faut aborder ça à la fin. Je dirais manque de temps, oui. Et donc d'énergie, souvent on a déjà expliqué beaucoup de choses, c'est des nouvelles informations en fin de consultation.*

Même avec de l'énergie, on ne peut pas mener tous les combats en même temps. La déprescription des IPPs n'est pas un problème unique, beaucoup de médecins investissent déjà beaucoup d'énergie dans la déprescription des benzodiazépines. Certains patients nécessitent que l'on parle de plusieurs choses en même temps en consultation. Il faut établir des priorités :

MG 7 : *Et honnêtement oui j'ai dû parler d'IPP avec des patients, mais pour moi la grosse priorité c'est la déprescription des benzos, là c'est une catastrophe, les gens les mangent comme des bonbons, j'ai tout le temps des demandes d'ordonnance*

#### *4.3.4.3 Une manque de collaboration entre généralistes et spécialistes*

Des médecins traitants expriment qu'il ne se sentent pas épaulés par leurs confrères gastro-entérologues, qui, d'après eux, auraient tendance à trop prescrire d'IPP. Et à ne pas donner d'indications assez claires quant à l'arrêt du traitement au moment d'initier celui-ci :

MG 3 : *Il y a la deuxième ligne aussi, je trouve, il y a des patients qui ont comme ça des suivis gastro, sans qu'ils soient spécialement nécessaires. Typiquement, je pense à des gastrites simples ou des œsophagites simples qui continuent à avoir leur gastro tous les ans. Le gastro leur prescrit des IPP de 40 milligrammes.*

MG 5 : *Je pense que les gastros, ils font vraiment pour se couvrir et que quelque part, ils ne mettent jamais « IPP deux mois » et puis diminuent... Ils font IPP et puis hop, il n'y a pas de recommandation pour la suite, c'est « démerdez vous », mais si le patient les recontacte, j'ai l'impression que c'est quand même souvent « Non, continuez, on continue, mais on ne sait jamais.*

MG 7 : *Donc que les guidelines oui pour moi bah oui je vais voir un schéma dans les guides de bonne pratique et en fait le gastro met des doses de cheval alors que le spécialiste est censé t'aider à bien faire.*

Ce qui fait que le médecin généraliste motivé à déprescrire, entamera la démarche avec le patient sans passer par l'avis d'un spécialiste :

MG 6 : *Pour une déprescription qui me semble indiquée. Je ne demande jamais d'avis gastro pour ça, Jamais. J'avoue que j'ai l'habitude de le gérer quand même. C'est bien aussi, parce que franchement, je t'avoue que je n'ai pas l'impression que les gastros, ils sont vraiment dans cette optique-là. Je ne me sens pas aidée. Je ne propose jamais aux patients d'aller voir la gastro pour faire un sevrage d'IPP.*

#### *4.3.4.4 Des habitudes qui ont la peau dure*

Parfois, les participants estiment que le frein provient du patient : la volonté n'y est pas :

MG6 : *Les patients qui sont là « OK, on prend les IPP, je mange n'importe quoi et je fais n'importe quoi pour mon hygiène de vie, parce que j'ai mes IPP derrière qui vont protéger mon estomac. » Tu vois ? Et donc on est sur du palliatif pour l'estomac.*

Et parfois la compréhension n'y est pas, ils peuvent être déstabilisé par un discours qui change d'un médecin à un autre :

MG 1 : *Bah la compréhension. Les gens ont leur prescrit un truc ils vont se dire c'est d'office bon. Puis des années plus tard on va leur dire en fait arrête. C'est difficile pour eux.*

#### *4.3.4.5 Un avantage au niveau du prix*

Le prix de la boîte d'IPP est jugé très abordable quand prescrit par un médecin, ce qui peut rendre la déprescription difficile étant donné que l'alternative proposée, un antiacide comme le Gaviscon, coûte plus cher au patient :

MG 1 : *Mais en fait les IPPs ils sont remboursés ! Et tout ce qui est Gaviscon, bah franchement entre une boîte de 50 comprimés à trois euros ou une boîte de Gaviscon à 10 euros. Et ça c'est un énorme frein parce que si c'était la contrainte, bah on gèrera ça de manière hyper différente.*

#### *4.3.4.6 Le niveau de littératie*

Certains participants identifient de patientèle chez qui il est plus difficile d'aborder le sujet de la déprescription, comme les patients précarisés, avec un faible niveau de littératie :

MG 7 : *Oui, je pense que pour toute problématique un peu de ce même style là, les patients qui sont un peu moins éduqués, moins informés, vont avoir plus de mal à comprendre le pourquoi du comment on fait ça, les raisons de*

*déprescrire. Donc pour moi, oui, je pense que c'est plus difficile, alors qu'un patient qui est peut-être un peu plus aisé économiquement, un peu plus éduqué, va avoir peut-être plus facile à comprendre les raisons de l'arrêt du traitement.*

Pourtant d'autres praticiens voient des freins et des facilités dans la communication dans tous les types de patientèle. Ainsi ils peuvent avoir l'impression de pouvoir être mieux compris quand le niveau d'éducation du patient est haut et en même temps pouvoir exercer une médecine plus « patriarcale » avec des patients moins éduqués :

*MG 6 : ça peut être de tout type. Parce que nous, à la maison médicale, on a vraiment du bobo au sans abri, à la maman africaine, vraiment de tout. Parfois, c'est ceux qui sont les moins... Avec le niveau d'éducation le plus faible, qui vont être les plus enclins à vouloir suivre, à vouloir l'écouter. Parfois aussi, c'est ceux qui ont un niveau d'éducation assez élevé qui vont dire « Oui, effectivement, je vois que ça va avoir des effets secondaires et je veux bien arrêter aussi.*

#### *4.3.4.7 Le type de pratique*

Les avis divergent chez les praticiens travaillant en maison médicale au forfait. Ce genre de pratique peut être vu comme un désavantage s'il y a une mauvaise cohésion au sein d'une équipe, avec des façons de pratiquer différentes :

*MG 6 : Moi, je pense vraiment que c'est un désavantage à fond. (...)c'est un désavantage parce que chacun fait comme il veut et que parfois, tu travailles avec certains confrères ou consœurs qui ne sont pas hyper d'accord ou pas hyper au taquet, qui sont pas toujours même au courant de ça ou qui sont ancrés dans une vieille médecine ou des choses comme ça. Il y en aura toujours un qui va céder dans la maison médicale.*

Pourtant s'il existe un cadre et des consignes claires partagées au sein d'une même équipe. Le forfait peut se révéler un atout :

*MG 2 : C'est un avantage j'ai l'impression inhérent aux maisons médicales dans le sens où le shopping médical est un peu évité parce que les patients, en théorie, ne consultent qu'à la maison médicale pour la médecine générale.*

#### *4.3.4.8 Le renouvellement d'ordonnance*

Le renouvellement d'ordonnance est évidemment un moment important pour parler de déprescription avec les patients, revoir depuis quand le patient prend un IPP et pourquoi. C'est un moment opportun pour amorcer une discussion :

*MG 5 : c'est beaucoup au moment de la demande de renouvellement de prescription que je vais y penser. Je dis « Écoutez, votre esoméprazole ou votre pantomed, vous le prenez depuis des années ». Je regarde l'indication initiale, j'essaye de la retrouver. C'est déjà un grand exploit.*

Le moment où la demande est effectuée joue, surtout quand c'est en fin de consultation lorsque le temps manque pour aborder le sujet. Ce qui fait écho au manque de temps et d'énergie mis en lumière plus haut :

*MG 3 : Typiquement, la prescription qu'on te demande, fin de consulte, main sur la porte, enfin, main sur la poignée de porte, c'est dur à ce moment-là de lancer cette discussion-là, parce que tu sais que ça va être un petit peu de temps, d'éducation thérapeutique, d'explications, etc. Le temps est certainement un facteur limitant.*

Lorsque les patients redemandent une prescription de médicament par téléphone ou par courrier électronique : Pour éviter les abus de médicaments et avoir un suivi satisfaisant de leurs patients, les médecins vont proposer de revoir les patients qui ne sont pas venus en consultation depuis un certain temps et qui

*MG 4 : en tant que solo j'ai tendance, pour moi, je pense que si c'est un traitement chronique, bien supporté, qui est tout à fait toujours indiqué, je ne demande pas forcément aux patients de revenir en consultation. J'essaie quand même, en fonction de la pathologie, de le voir au moins une fois par an. En tout cas, au moins une fois par an, ça c'est sûr. Voir deux fois en fonction d'eux ou plus en fonction des maladies.*

### **4.3.5 Une déprescription qui peut être bien menée**

La déprescription commence par une bonne prescription, avec un patient averti que le traitement prend fin à un moment fixé à l'avance :

*MG 3 : la déprescription, pour moi, devrait être pensée à partir du moment où tu fais une prescription et peu importe laquelle.*

#### *4.3.5.1 Privilégier un climat de confiance avec le patient*

Pour aborder le sujet de la déprescription des IPPs, tous les médecins jugent qu'une relation de confiance est nécessaire, un bon lien thérapeutique, et donc finalement estiment qu'il faut bien connaître le patient et avoir un discours qui se veut rassurant :

*MG 7 : Ouais. Je pense que quand je vois un nouveau patient et qu'il y a ce problème-là, j'essaie de l'aborder d'abord et de peut-être ne pas l'enlever directement, d'établir la relation de confiance et de faire quelques consultations ensemble, de sorte que le patient ait confiance en moi et qu'on ait un lien thérapeutique. Et par la suite, j'essaie de voir un peu si on peut le retirer.*

Mais si certains ont plus de difficultés à déprescrire chez un patient qu'ils ne connaissent pas, un répondant déclare pour sa part être plus à l'aise de déprescrire le traitement introduit par un autre médecin :

MG 3 : *C'est plus facile parce que ce sont des patients où ce n'est pas moi qui les ai prescrits, donc ce n'est pas moi qui les ai renouvelés toutes les autres fois. Et donc je peux arriver un peu en mode « voilà, moi je suis nouveau » et donc je fais un peu de tri dans votre dossier.*

Car proposer de déprescrire un médicament que lui-même a instauré il y a longtemps et renouvelé de façon régulière, est comme un aveu d'échec sur le bon suivi du patient :

MG 3 : *Alors que forcément, si c'est un patient à moi que je suis depuis un an, si je fais du tri dans son dossier maintenant, ça veut dire que ça fait un an que je ne l'ai pas fait. Toutes les fois où j'ai renouvelé comme ça sans y réfléchir, c'est un peu un aveu.*

#### 4.3.5.2 Mobiliser les connaissances des patients

La déprescription nécessite souvent un changement dans les habitudes du patient. Pour faciliter ceci, un répondant s'appuie sur les connaissances et les expériences de ses patients en matière de MHD pour améliorer l'adhérence à celles-ci :

MG 3 : *J'essaie qu'eux-mêmes puissent relever des choses en consultation, parce qu'en général, c'est des gens qui ont déjà essayé pas mal de choses, qui ont entendu, etc, donc que ça reparte d'abord de ce que lui ou elle a entendu, de ce qu'il a déjà essayé, de ce qui marche pour lui ou elle.*

#### 4.3.5.3 Schéma dégressif

L'un des freins principaux à la déprescription est la peur du patient par rapport à l'effet rebond. C'est pourquoi ils proposent un schéma dégressif au patient et réduisent progressivement la dose d'IPP pour pouvoir arrêter le traitement en évitant un regain d'acidité. Chaque médecin à son propre schéma dégressif et l'adapte à chaque patient :

MG 6 : *Je fais du petit à petit. Je divise la dose par deux jusqu'à ce qu'on arrive à du pantomed 20. Là, je fais un jour sur deux et puis plus du tout, autant que possible. Je vais vraiment sur le rythme du patient aussi.*

MG 7 : *J'essaie de diminuer progressivement. Ce que je fais éventuellement, c'est si le patient est sous 20 milligrammes, par exemple, de diminuer la dose peut être de moitié pendant deux semaines et réévaluer, voir si les symptômes sont bien contrôlés avec la moitié de la dose. Et si c'est bien contrôlé, alors de continuer éventuellement et arrêter. J'essaie peut-être si je n'ai pas de dosage approprié pour le médicament pharmacie, de faire une préparation magistrale.*

Un arrêt net du traitement par IPP, avec des antiacides pour pallier les symptômes de reflux est une des options thérapeutiques proposées lors d'un sevrage :

MG 4 : *Je trouve qu'il y a en plus des antiacides pour pallier leur directement à cet effet rebond. C'est d'ailleurs, je pense, la technique principale. Il y a une autre technique, mais je pense pas qu'elle soit vraiment... Je l'ai pas vu dans la revue prescrire, donc j'ai oublié, mais parfois, on diminue aussi les doses petit à petit, de 20 à 10, parfois encore un quart, mais ça, c'est plus difficile parce que le médicament ne se coupe pas facilement.*

### 4.3.6 Vers une meilleure déprescription

#### 4.3.6.1 Une formation continue mis en avant

Avant de proposer des pistes de solutions plus concrètes, les médecins soulignent de l'importance de la formation continue.

MG 4 : *Je pense que ça se passera plutôt par la sensibilisation et la formation des médecins, puisqu' en amont, on limiterait les prescriptions peut être à long terme et on aurait un meilleur suivi :*

Et de rester pro-actif sans culpabiliser de ce qui n'a pas encore été fait :

MG 5 : *Mais donc, je pense que s'auto flageller en disant « Ça fait dix ans qu'on aurait dû... » Oui, on aurait pu, mais il n'est jamais trop tard pour bien faire.*

En effet pour ce qui est des IPPs, en début de pratique, les jeunes médecins commencent à peine à percevoir la pertinence de la déprescription :

MG 1 : *Déjà quelque chose que moi j'ai appris cette année : le nombre de personne qui ont un IPP chroniquement c'est vraiment énorme. Alors je savais pas qu'il fallait deprescrire.*

Certains participants disent avoir eu une conscientisation lors de formations ou de modules :

MG 6 : *j'ai fait un module dans le CBIP sur la prescription des IPPs et justement à la déprescription des IPPs. J'ai été quand même un peu sensibilisée au sujet, même si je trouve qu'on fait des modules, et on apprend pleins de trucs pendant les modules.*

#### 4.3.6.2 Rendre le patient acteur de sa santé

Des bonnes prescription et déprescription commencent par rendre le patient maître de sa santé et donc s'assurer de sa compréhension quant à la pertinence et l'application d'un traitement :

MG 1 : *je demanderais au patient pourquoi est-ce qu'il prend ça. Essayer de voir ce que lui il sait, voir un peu ce que c'est le reflux. Revoir un peu les bases, est ce qu'il y avait une indication.*

#### 4.3.6.3 Un accès aux soins facile

Un des médecins interrogés exerçant en maison médicale au forfait trouve qu'une meilleure accessibilité aux soins permet de rapprocher les rendez-vous et donc de mieux suivre les patients et de parler de certains sujets comme la prescription d'IPP :

MG 4 : *Et donc une meilleure accessibilité à la santé aussi permettrait de revoir les gens mieux, pour plus souvent discuter avec, de tous leurs médicaments en chronique ou de leur santé, dont l'oméprazole. Je ne pense pas que des mesures du style « augmenter le coût de l'oméprazole ou autre » vont permettre d'être efficace, parce que si les gens en ont besoin, je pense qu'ils pourraient quand même encore les acheter. Ça serait inéquitable, parce qu'alors, les personnes avec plus d'argent, on continuerait à les consommer.*

#### 4.3.6.4 Une meilleure collaboration entre médecin traitant et spécialiste

Comme soulevé plus haut un des freins majeurs à la déprescription identifiés par les médecins traitants est la mauvaise collaboration entre les médecins généralistes et les gastro-entérologues. Pour les médecins généralistes interrogés, il existe un manque de conscience de la part des spécialistes. Il faut donc qu'ils s'approprient davantage la problématique de la déprescription des IPPs et qu'une homogénéisation se fasse entre la pratique des médecins traitants et celle des spécialistes :

MG 6 : *Il faut vraiment qu'il y ait une meilleure collaboration entre les spécialistes et les médecins généralistes, donc faire des campagnes dans les hôpitaux ou même, je ne sais pas qu'il y ait des groupes de réflexion autour de ça avec des généralistes et des spécialistes, mais moi, j'ai l'impression qu'au niveau des spécialistes, c'est genre le gros frein.*

#### 4.3.6.5 Profiter des consultations qui ne prennent pas beaucoup de temps

Les consultations qui ne durent pas longtemps peuvent permettre de parler de prévention et notamment des médicaments pris par les patients. Il faut réinvestir son temps et son énergie dans ces consultations anodines qui peuvent devenir des consultations de prévention :

MG 5 : *quelque part, moi, j'adore ces petites consultations pour le sport [pour les certificats d'aptitude sportive]. Ce sont des consultations où on peut les attraper pour tout le reste. On peut parler de leur emploi, de leur sport, de leur nuit, de leurs filles, de leurs femmes. Toute la prévention. Et donc, je trouve que ces consultations sont géniales parce que ça oblige des patients qui ne viennent jamais, à au moins venir une fois par an pour signer un papier et du coup, pouvoir s'intéresser à des trucs qui prennent un peu de temps, devoir en discuter ensemble, etc.*

#### 4.3.6.6 *Des outils utiles*

Au fil des différents entretiens, les participants ont partagé les outils qui leur sont utiles pour la prescription des IPPs, ou la gestion non médicamenteuse des plaintes :

- La revue prescrire : MG 4 : *Principalement la revue Prescrire qui m'a aidé à calibrer un petit peu la prise de l'oméprazole et son arrêt selon les circonstances.*
- L'ancienne ASBL Farmaka : MG 3 : *Farmaka, ils ont fait une fiche sur la déprescription des IPP qui est assez bien parce qu'elle propose des alternatives, non médicamenteuses ou médicamenteuses, elle explique les effets secondaires, elle explique les effets rebonds. C'est une fiche qui est à destination de patients assez souvent.*
- Et le CBIP : MG 7 : *mais j'ai fait un module dans le CBIP sur la prescription des IPPs et justement à la déprescription des IPPs.*

## 5 Discussion

---

### 5.1 Sur la méthodologie

Les résultats ont été obtenus à partir d'entretiens semi-directifs menés auprès de 7 médecins généralistes intéressés par le sujet de la prescription et la déprescription des IPP. Les participants ont été sélectionnés dans le but de tendre vers une certaine diversité en termes d'années d'expérience et de types de pratique. Cependant, en raison de difficultés de recrutement et de certaines annulations de dernière minute, la diversité en termes d'années d'expérience n'a pas pu être approchée tel que voulu initialement, l'ensemble des participants exerçant depuis 5 ans ou moins, à l'exception d'une médecin. Par ailleurs, il n'existe pas de diversité dans les lieux de pratique des participants (6/7 exerçant à Bruxelles). Ces deux facteurs constituent des biais importants à notre étude.

### 5.2 Sur les résultats

#### 5.2.1 **Résumé des résultats**

Tous les médecins interrogés sont d'accord pour dire que l'enjeu de la déprescription commence dès la première prescription d'IPP. Lorsqu'un traitement par IPP est initié, une date de fin devrait être convenue avec le patient et il devrait revenir pour une évaluation de ses symptômes avant qu'une deuxième boîte ne soit prescrite. Bien que le fonctionnement global soit similaire chez tous les médecins, nous observons une nette hétérogénéité dans la posologie d'IPP et la durée de traitement recommandées.

L'application de mesures hygiéno-diététiques est essentielle dans les lignes de traitement des plaintes gastro-œsophagiennes pour nos participants. Cela demande des discussions qui prennent du temps et portent principalement sur les habitudes alimentaires et les horaires des repas, mais incluent également la gestion du stress, la consommation de tabac et d'alcool, le sommeil et la prise en charge du surpoids. Bien qu'il soit important de discuter de ces mesures avec les patients, il est difficile de changer les habitudes alimentaires et de mode de vie. C'est pourquoi les médecins

estiment important de comprendre les expériences et les motivations de chaque patient afin de leur donner des explications adaptées et accessibles à leur réalité.

Pour certains participants la sur-prescription des IPPs n'a pas toujours été une réalité, alors que pour d'autres, notamment ceux avec plus d'années d'expérience, la conscience de la quantité d'IPP prescrits est déjà bien acquise. De toute façon, des médicaments qui n'ont pas d'indication à être prescrits doivent être arrêtés. Les médecins interrogés lors de cette étude se disent particulièrement vigilants pour deux raisons majeures : leurs potentiels effets secondaires et le coût qu'ils représentent pour la société.

Lorsque l'on aborde les obstacles rencontrés par les médecins généralistes lors de la déprescription, plusieurs éléments ressortent. Le premier frein majeur est, sans surprise, la crainte de l'effet rebond, qui peut être d'autant plus difficile à gérer si le patient n'a pas été informé dès l'arrêt du traitement de son existence et du schéma dégressif à suivre.

Le deuxième problème signalé concerne le manque de collaboration entre les lignes de soins : plusieurs médecins généralistes expriment un manque de confiance envers les médecins spécialistes. Ils estiment que ces derniers ont tendance à prescrire des médicaments en excès sans fixer de date de fin, afin de gérer des plaintes souvent ponctuelles, et qu'ils abordent rarement l'arrêt du traitement avec le patient. Les médecins généralistes ne se sentent pas soutenus par le corps médical hospitalier, certains narrant des expériences de patients qui ont été hospitalisés qui ont reçu des IPPs comme traitement chronique sans raison apparente.

Un troisième obstacle important est le manque de temps et d'énergie dont souffrent les médecins. Ces derniers doivent souvent établir des priorités et peuvent ainsi reporter la discussion sur la déprescription à une prochaine consultation. Étant donné que la durée moyenne d'une consultation est de 20 minutes, si celle-ci est déjà bien remplie et qu'une demande de renouvellement d'ordonnance est faite à la dernière minute, il peut être difficile d'expliquer pourquoi il est nécessaire de retirer un IPP et comment mettre en place un schéma dégressif. Dans ces conditions, il paraît presque inévitable de renouveler l'ordonnance et de reporter le sujet à une autre consultation.

Bien sûr, en plus de tout ce qui peut être mis en place en consultation pour que la déprescription se passe au mieux, il y a également des freins inhérents aux patients qui ne sont pas encore prêts à les travailler. Par conséquent, même s'ils savent qu'ils doivent modifier certaines habitudes telles

que réduire leur consommation de tabac ou d'alcool, ils ne trouvent pas encore en eux-mêmes les ressources nécessaires pour le faire. Ces patients ne réussiront pas à arrêter les IPP immédiatement et il faudra donc pouvoir les accompagner, le temps qu'ils trouvent les ressources pour changer des habitudes qui provoquent leurs symptômes.

Concernant le niveau d'éducation de la patientèle, les participants ne sont pas unanimes. Certains d'entre eux rencontrent des difficultés plus importantes à effectuer une déprescription avec une population défavorisée, alors que d'autres ne sont pas en mesure d'identifier un type de patientèle exerçant une influence sur la déprescription.

La pratique au forfait peut être considérée comme un avantage pour le suivi des prescriptions s'il existe une bonne cohésion dans la pratique des différents médecins car elle évite le shopping médical. Mais elle peut également être perçue comme un désavantage si des divergences existent dans la façon de pratiquer entre les médecins d'un même cabinet, permettant ainsi de pratiquer un autre type de shopping médical, cette fois entre les médecins d'une même structure.

Le renouvellement d'ordonnance constitue un moment crucial pour aborder la question de la déprescription. Malheureusement, il est souvent effectué en fin de consultation, lorsque le temps manque pour entamer un processus de sevrage. Cette situation peut engendrer de la frustration chez certains médecins généralistes. Pour ceux qui traitent les demandes de renouvellement d'ordonnance par courrier électronique ou par téléphone, ils exigent généralement une consultation en présentiel si le patient n'a pas été vu depuis longtemps pour permettre de faire le point sur sa santé et de discuter de la médication.

Il est donc important pour les médecins de développer une relation de confiance avec leur patient afin de mieux comprendre leurs besoins et motivations. En outre, il est crucial d'expliquer les effets du schéma dégressif et de discuter des mesures hygiéno-diététiques pour optimiser le traitement des plaintes gastro-intestinales. Bien que ce processus puisse être perçu comme difficile, les médecins ont souligné l'importance de prendre le temps nécessaire pour expliquer et échanger avec les patients.

Les médecins interrogés sont unanimes quant à l'importance d'une formation continue.

Afin de mieux gérer la déprescription des IPPs, ils ont soulevé plusieurs pistes de solutions : faciliter l'accès aux soins, rendre les patients davantage acteurs de leur santé, profiter des consultations

courtes pour discuter de la prévention et notamment des médicaments chroniques du patient ou encore améliorer la collaboration entre les médecins traitants et les spécialistes.

## 5.2.2 Confrontation à la littérature

### 5.2.2.1 *Une prescription de départ qui doit être bien faite !*

Les médecins interrogés s'accordent à dire que la déprescription commence dès la prescription, c'est-à-dire une bonne prescription ! Cependant, nos résultats, ont relevé une hétérogénéité évidente dans la façon de prescrire. Étant donné la visée explorative de notre étude et la taille de notre échantillon, nous avons examiné les résultats d'une étude quantitative menée il y a deux ans à l'UCL sur la prescription et la déprescription des IPPs (22). Cette étude a interrogé 149 médecins généralistes en Belgique sur leurs connaissances en matière de prescription, leur perception de l'état de la prescription en Belgique, ainsi que sur leur façon de prescrire et de déprescrire.

Dans cette étude, on constate que les indications de prescriptions sont assez mal connues des médecins généralistes. À la question « pour quelle indication trouvez-vous un traitement prolongé (>8 semaines) par IPP justifié ? », 61,1% des participants ont répondu l'ulcère gastro-duodéal, 47% la prise prolongé d'AINS sans facteurs de risque associés, 32,9% le RGO, et 29,5% l'œsophagite de grade A-B. Comme présenté dans le cadre théorique, ces réponses sont en inadéquation avec les recommandations (5).

Malheureusement, les chiffres concernant le nombre d'ordonnances d'IPP délivrées conformément aux indications belges ne sont pas disponibles mais une étude menée à plus large échelle en France a retenu notre attention.

En 2014, cette étude (15) a été menée dans un service de médecine interne français. Il s'agissait d'une étude observationnelle qui consistait à vérifier, pour chaque nouvelle hospitalisation, s'il existait un IPP prescrit en ambulatoire dans le traitement chronique du patient au moment de l'admission. Cette étude a l'avantage de contourner le biais de subjectivité que l'on peut avoir lorsque l'on interroge directement des médecins traitants. Durant les 5 mois de l'étude, sur les 687 personnes hospitalisées, 173 patients (25,2%) avaient un IPP au moment de leur hospitalisation. Parmi ces 173 patients sous IPP, plus de la moitié (52,6%) des ordonnances examinées étaient hors AMM (c'est-à-dire hors indication). Parmi ces ordonnances hors AMM, 33% étaient pour des plaintes de dyspepsie sans reflux, 23% en prévention à la suite d'une prise chronique d'AINS, de

corticoïdes ou d'acétylsalicylique chez des sujets ne présentant pourtant pas de facteurs de risque qui auraient pu le justifier, et 17% pour la prévention d'ulcères de stress chez des sujets sans antécédents. De plus, 15 ordonnances conformes aux indications de l'AMM étaient hors recommandations en termes de posologie ou durée de traitement. Au total 61% des ordonnances examinées n'étaient pas justifiées. Cela se corrèle au sentiment d'une prescription abusive et non justifiée qu'ont les participants. Cette étude s'intéressant uniquement à la population d'un hôpital, il serait intéressant de l'effectuer à plus grande échelle en Belgique ou en France.

#### *5.2.2.2 Entre ce qu'il se fait à l'hôpital et ce qu'il se fait en ambulatoire*

En Belgique, on constate qu'en 2021, 15% des prescriptions de pantoprazole et 13% des prescriptions d'oméprazole délivrées en ambulatoire ont été prescrites par des spécialistes (11), la grande majorité ayant donc été prescrite par des médecins généralistes. L'impression générale des médecins généralistes interviewés était que les spécialistes avaient trop tendance à initier des traitements par IPPs sans les arrêter. Qu'en est-il dans les faits ?

Une étude observationnelle française (16) menée en 2018 par l'agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé (ANSM), nous donne les chiffres de prescription d'IPP sur l'ensemble de l'année 2015 en France.

Durant cette année, on observe que les délivrances d'IPP effectuée à partir d'une première prescription venaient d'une ordonnance réalisée dans 73,9% des cas en ambulatoire, 14,1% en hospitalier, et 12% n'ont soit pas pu être déterminées soit été délivrées sans prescription.

Parmi les ordonnances réalisées en ambulatoire, 87,3% ont été prescrites par des médecins généralistes et 12,7% par des spécialistes travaillant en libéral. Seulement 1,7% des premières prescriptions ont été émises par des gastro-entérologues.

Lorsqu'il s'agit des renouvellements d'ordonnance : 75,4% des renouvellements sont effectués hors de l'hôpital et 87,5% d'entre eux sont prescrits par des médecins généralistes.

#### *5.2.2.3 Un coût trop élevé pour la société*

La plupart des participants ont relevé le coût trop important pour les mutuelles comme raison de déprescrire. Comme vu lors du cadre théorique, les IPPs représentent en effet un coût assez conséquent avec 64.966.885 euros de remboursement uniquement pour le pantoprazole en 2021 (11).

Le rapport sur la quantité d'IPP prescrits en Belgique en 2017, nous montre que la mutuelle a dû payer 106 millions d'euros en 2016 (10). C'était la première fois que l'INAMI a investi plus de 100 millions d'euros de remboursement pour les IPPs depuis 2012. Au vu de cette hausse, une réforme a eu lieu, supprimant le remboursement des boîtes de trop grande taille (100 comprimés) ou de trop haut dosage (80 mg). L'arrêt de ce remboursement a pour but comme suggéré dans les résultats de limiter la sur-prescription et donc réduire les coûts à l'INAMI.

#### *5.2.2.4 Un manque de temps et d'énergie en consultation*

Les entretiens menés ont suggéré une corrélation entre la sensation de manque de temps et d'énergie chez les médecins généralistes, et l'efficacité de leur discours en termes de déprescription d'IPP.

Le projet QUALICOPC\* (quality and costs of primary care in Europe) est une étude de grande envergure menée simultanément dans trente-trois pays européens, y compris la Belgique, pour évaluer la qualité et le coût des soins de santé primaires. Cette étude évalue plusieurs déterminants de la qualité des soins, tels que la communication, l'accessibilité aux soins, la charge de travail ressentie, et la satisfaction des patients.

Une des études menées dans le cadre de ce projet compare la charge de travail ressentie par un médecin traitant et la qualité des soins perçue par les patients. Plus de 60 000 patients et 7 000 médecins ont été interrogés par questionnaire dans toute l'Europe à cet effet.

Les résultats de cette étude indiquent que la Belgique est le pays où les médecins généralistes travaillent en moyenne le plus grand nombre d'heures par semaine, avec 51 heures par semaine, et consacrent en moyenne 17 minutes à chaque consultation. Les résultats suggèrent également que plus un médecin ressent une charge de travail importante (que l'on peut extrapoler à une sensation de manque de temps et d'énergie), plus le patient y sera sensible. En revanche, un patient aura une meilleure expérience au niveau de la prise en charge, de la communication et de l'accessibilité auprès de son médecin généraliste lorsque celui-ci travaille plus d'heures par semaine, accorde plus de temps à ses consultations et a un niveau de satisfaction élevé à l'égard de sa pratique. Ces résultats confirment donc ce que les participants à notre étude ont signalé : lorsqu'ils ont l'impression de manquer de temps en consultation, en plus de devoir établir des priorités de ce dont ils doivent parler, ils ont un impact moindre sur la motivation des patients qui se sentent moins bien accueillis

### 5.2.2.5 Des patients égaux face à un même discours ?

Lorsqu'il est nécessaire de stopper la prescription d'un médicament, les médecins de notre étude peuvent parfois avoir du mal à discuter avec leurs patients du retrait du traitement. Certains médecins considèrent qu'une population de patients avec un niveau d'éducation plus faible peut être moins réceptive à ce type de discussion, tandis que d'autres pensent qu'elle sera plus facile à traiter grâce à un paternalisme médical plus efficace que chez les patients plus éduqués.

En 2019, l'institut Sciensano a publié des chiffres sur la littératie en santé à l'issue d'une enquête nationale sur la santé (17). Ces chiffres ont également été repris dans une publication du KCE sur le sujet (18). Le niveau de littératie en santé est décrit dans le KCE comme : *“la capacité d'une personne à trouver, comprendre, évaluer et assimiler les informations relatives à sa santé, de manière à pouvoir ensuite, dans sa vie quotidienne, poser des choix et prendre des décisions pour maintenir ou améliorer sa santé et sa qualité de vie.”*

Cette enquête, menée auprès d'un échantillon représentatif de la population belge, a révélé que 33,4% de la population avait une compréhension insuffisante ou problématique de la santé. Donc un patient sur trois n'est pas à même de prendre une décision adéquate en matière de santé. Il existe une disparité documentée et prouvée dans l'inégalité quant à la compréhension d'informations médicales données à un patient.

Le KCE encourage les praticiens à se former en ligne ou à développer des méthodes de communication avec leurs patients pour réduire cette disparité dans l'accès aux connaissances en termes de santé. Quatre exemples de moyens de communication sont donnés pour assurer qu'un discours médical soit compris et intégré :

La **health literacy universal precautions** est une approche qui incite les médecins à penser que toute information peut être mal comprise et mal intégrée par le patient, et donc rester vigilant à communiquer le plus clairement possible en diminuant au maximum un langage qui peut être hermétique à celui-ci. Et dans un deuxième temps, inviter le patient à reformuler une discussion pour confirmer l'information : **Teach-back**.

**Ask me 3** : il s'agit d'inviter le patient à poser trois questions en fin de consultation pour s'assurer une bonne compréhension du traitement de la part de celui-ci : *“1/ quel est mon principal problème ? 2/ que dois-je faire ? et 3/ pourquoi est-il important que je fasse cela ?”\**

**Chunk and check** : consiste à diviser une explication en plusieurs morceaux plus petits et vérifier que chacun est compris avant de passer au suivant.

### 5.2.2.6 Réduire les IPPs, mais qu'en est-il des alternatives ?

#### 5.2.2.6.1 L'importance d'appliquer les mesures hygiéno-diététiques (MHD)

Les participants s'accordent à dire que l'application des MHD est incontournable non seulement dans le traitement du reflux, mais est d'autant plus crucial lors du sevrage des IPPs. Les guides de bonnes pratiques recommandent en effet l'application de MHD quel que soit le trouble gastro-œsophagien, sa gravité ou le traitement médicamenteux déjà mis en place (19).

Une revue de littérature effectuée en 2022 (20) dans les bases de données EMBASE et PubMed a cherché à déterminer les indications et surtout l'efficacité des MHD pour la gestion du reflux gastro-œsophagien. Cette revue s'est particulièrement intéressée à l'alimentation, la consommation de tabac et d'alcool, l'obésité, et la position de la tête lors du sommeil. Alors qu'une corrélation entre la gravité des symptômes et l'adhérence au traitement médicamenteux par IPP a été prouvée, aucune étude n'a encore pu démontrer de corrélation claire entre la gravité des symptômes de reflux et l'adhérence aux MHD. Ces MHD étant difficiles à vérifier et à mesurer dans une population test, il n'a pas encore été prouvé par une étude de contrôle qu'elles avaient un effet bénéfique sur les symptômes de reflux.

Il est surprenant de constater de tels résultats, compte tenu des recommandations et des pratiques des médecins interrogés, qui ne remettent aucunement en question l'efficacité des MHD. Au vu de l'expérience des médecins et les bénéfices des MHD en matière de prévention et de santé générale, il n'y a pas lieu de remettre en question leur utilité. Toutefois, compte tenu de leur forte recommandation, il serait intéressant d'effectuer des études comparatives afin de prouver leur efficacité.

#### 5.2.2.6.2 Des antiacides recommandés

Un des freins relevés lors des entretiens était le manque d'alternative abordable pour les patients, les IPPs prescrits étant partiellement remboursés par les mutuelles contrairement aux antiacides.

La prescription d'antiacides est pourtant recommandée dans la gestion du reflux gastro-œsophagien (RGO) à différents niveaux (5), autant dans la gestion des plaintes avant la mise en place d'un traitement par IPP, que pour contrôler les symptômes liés à l'effet rebond lors du sevrage d'un traitement par IPP.

En France, où le Gaviscon est partiellement remboursé (15% du prix), une commission de transparence (21) de la Haute Autorité de Santé (HAS) explique pourquoi le remboursement de

celui-ci n'est pas complet. Elle nous éclaire sur le SMR du Gaviscon : le service médical rendu qui justifie un remboursement ou non :

- Les antiacides et les alginates, tel que le Gaviscon, sont efficaces dans le traitement du RGO mais ont un effet limité.
- Les mesures hygiéno-diététiques, comme un régime pauvre en graisses ou l'abstinence d'alcool et de tabac, sont préconisées en première intention.
- Le Gaviscon est un traitement visant à soulager les symptômes du RGO et il existe des alternatives thérapeutiques : les antihistaminiques H2 (encore commercialisés en France) et les IPPs.

La commission nous explique que le Gaviscon a un service médical rendu **faible** pour l'adulte et qu'il ne bénéficie donc pas d'un remboursement complet. Il paraît donc paradoxal que le remboursement du Gaviscon ne soit pas complet en partie à cause de l'existence d'alternatives thérapeutiques telles que les IPPs... alors que le Gaviscon est proposé comme traitement tout aussi efficace, pour pouvoir remplacer un IPP, dans une plainte de reflux gastro-œsophagien sans œsophagite (5).

## 6 Conclusion

---

La sur-prescription des inhibiteurs de la pompe à protons est un problème croissant dans notre société. Au cours de ces dernières années, des études observationnelles ont révélé de plus en plus d'effets secondaires dus à l'utilisation prolongée des IPPs, qui ne sont pas encore connus et pas entièrement pris en compte par le corps médical. Or en tant que médecins, nous sommes de plus en plus sollicités par les autorités de santé à surveiller nos prescriptions et les justifier nécessaires et sans risques pour le patient. Par ailleurs, il est évident que le coût de cette sur-prescription pour la sécurité sociale est un moteur à cette vigilance.

Le but de notre étude est de sonder les freins rencontrés par les médecins généralistes en Belgique lors de la déprescription des inhibiteurs de la pompe à protons. Les résultats sont riches et variés. Les participants ont mentionné la peur de l'effet rebond, le manque de temps en consultation, des types de patientèle plus difficiles, un manque de motivation de la part du patient ainsi qu'un manque de collaboration entre première et deuxième ligne.

Pour gérer ces difficultés, les médecins interrogés insistent sur l'instauration d'un climat de confiance avec le patient, la mobilisation des connaissances du patient et l'utilisation d'un schéma dégressif à l'arrêt du médicament.

Afin d'optimiser leur prise en charge, ils préconisent par ailleurs une amélioration de la formation continue, un meilleur accès aux soins pour les patients, une meilleure collaboration entre médecins traitants et spécialistes.

Nos résultats soulignent surtout la nécessité d'une prescription rigoureuse, que ce soit en médecine générale ou en milieu hospitalier. Les statistiques à notre disposition ne désignent pas un responsable particulier dans la sur-prescription, mais plutôt un manque de respect des indications en médecine générale et en milieu hospitalier.

Concernant la littératie en santé des patients, des pistes existent pour adopter une communication plus efficace auprès des patients les plus précaires.

Un meilleur remboursement des antiacides a été suggéré dans nos résultats et il est effectivement paradoxal d'observer un sous-remboursement alors qu'il est proposé comme alternative aux IPP. Par ailleurs, les mesures hygiéno-diététiques, centrales dans la prise en charge des plaintes gastro-œsophagiennes, souffrent encore d'un manque de littérature les appuyant et devraient être l'objet d'études avec un meilleur niveau de preuve.

## 7 Bibliographie

---

1. Folia [Internet]. CBIP. [cité 26 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.cbip.be/fr/articles/888?folia=844&matches=antacides%7C%7C%20tude%7C%7C%20montr%7C%7C%20cacide%7C%7C%20ind%7C%7C%20sirables%7C%7C%20m%7C%7C%20toclopramide>
2. Umbricht V. P. DIPLÔME D'ETAT de DOCTEUR EN PHARMACIE: LA DÉPRESCRIPTION DES INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS À L'OFFICINE, 13 novembre 2020, disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03043129/document>
3. Inhibiteurs de la pompe à proton [Internet]. [cité 27 avr 2023]. Disponible sur: <https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/inhibiteurs-de-la-pompe-a-proton>
4. MACAIGNE G. Effets secondaires des IPP au long cours [Internet]. FMC-HGE. 2018 [cité 27 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.fmcgastro.org/texte-postu/postu-2018-paris/effets-secondaires-des-ipp-au-long-cours/>
5. Vermeyleen M, Hans G, Beyers H. L'usage rationnel des Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) en cas de pathologie gastro-œsophagienne non ulcéreuse (ulcère gastroduodéal exclu) - Réunion de consensus – 31 mai 2018. INAMI. 31 mai 2018;
6. CBIP. Auditorium sur l'usage prolongé des IPPs [Internet]. [cité 27 avr 2023]. Disponible sur: <https://auditorium.flowsparks.com/>
7. Reinberg O. Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) : peut-être pas si inoffensifs que cela. Rev Med Suisse. 9 sept 2015;485:1665-71.
8. Folia du CBIP: Effets indésirables des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP): publications récentes et situation actuelle [Internet]. CBIP. [cité 27 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.cbip.be/fr/articles/query?number=F43F11D>
9. Marcuard SP. Omeprazole Therapy Causes Malabsorption of Cyanocobalamin (Vitamin B<sub>12</sub>). Ann Intern Med. 1 févr 1994;120(3):211.
10. rapport de l'inami: Infospot Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) Octobre - Novembre - Decembre 2017 [Internet]. [cité 27 avr 2023]. Disponible sur: [https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/infospot\\_inhibiteurs\\_pompe\\_protons.pdf](https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/infospot_inhibiteurs_pompe_protons.pdf)
11. Le TOP 25 des principes actifs dans les dépenses du secteur ambulatoire de l'assurance soins de santé en 2021 - rapport inami décembre 2022 [Internet]. [cité 27 avr

2023]. Disponible sur:

[https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/infospot\\_top25\\_medicaments\\_2021.pdf](https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/infospot_top25_medicaments_2021.pdf)

12. Farrell B, Pottie K, Thompson W, Boghossian T, Pizzola L, Rashid FJ, et al. Deprescribing proton pump inhibitors: Evidence-based clinical practice guideline. *Can Fam Physician Med Fam Can.* mai 2017;63(5):354-64.
13. Deprescribing Guidelines and Algorithms - Deprescribing.org [Internet]. [cité 27 avr 2023]. Disponible sur: <https://deprescribing.org/resources/deprescribing-guidelines-algorithms/>
14. Allard É, Genest C, Legault A. La théorisation ancrée : une méthodologie, plurielle. *Rev Francoph Int Rech Infirm.* mars 2020;6(1):100192.
15. Sauvaget L, Rolland L, Dabadie S, Desblaches J, Bernard N, Vandenhende MA, et al. Rapport sur l'utilisation des inhibiteurs de la pompe à protons : les recommandations françaises sont-elles respectées ? *Rev Médecine Interne.* oct 2015;36(10):651-7.
16. Utilisation des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) Étude observationnelle à partir des données du SNDS, France, 2015 [Internet]. [cité 27 avr 2023]. Disponible sur: [https://www.epi-phare.fr/app/uploads/2020/04/EPI-PHARE\\_2018\\_utilisation\\_IPP.pdf](https://www.epi-phare.fr/app/uploads/2020/04/EPI-PHARE_2018_utilisation_IPP.pdf)
17. LITTÉRATIE EN SANTÉ Enquête de santé 2018 \_ RANA CHARAFEDDINE • STEFAAN DEMAREST • FINABA BERETE - Sciensano [Internet]. [cité 27 avr 2023]. Disponible sur: [https://www.sciensano.be/sites/default/files/hl\\_fr\\_2018\\_1.pdf](https://www.sciensano.be/sites/default/files/hl_fr_2018_1.pdf)
18. Rondia R, Adriaenssens J, Van Den Broucke S, Kohn L. Littératie en santé : quels enseignements tirer des expériences d'autres pays ? – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2019. KCE Reports 322Bs. D/2019/10.273/62.
19. Reflux Gastro-Œsophagien (RGO) [Internet]. GASTRO Liège. [cité 27 avr 2023]. Disponible sur: <http://www.gastroliege.be/infos-patients/fiche-par-pathologie/oesophage/reflux-gastro-oesophagien-rgo/>
20. Guadagnoli L, Simons M, McGarva J, Taft TH, van Tilburg MA. Improving Patient Adherence to Lifestyle Changes for the Management of Gastroesophageal Reflux. *Patient Prefer Adherence.* avr 2022;Volume 16:897-909.
21. COMMISSION DE LA TRANSPARENCE Avis 29 juin 2016 alginate de sodium - bicarbonate de sodium - HAS haute autorité de santé [Internet]. [cité 27 avr 2023]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-15239\\_GAVISCON\\_PIS\\_RI\\_Avis2\\_CT15239.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-15239_GAVISCON_PIS_RI_Avis2_CT15239.pdf)

22. Pierman C. Déprescription des inhibiteurs de la pompe à protons en médecine générale: « État des lieux et perspectives ». [Bruxelles]: Université Catholique de Louvain; 2021.

## PDF du formulaire GEIMG.

Le but de la démarche est de permettre d'identifier s'il est nécessaire ou pas de soumettre, avant la rédaction du TFE, un dossier à un des trois comités d'éthique universitaires :

- le comité d'éthique hospitalo-facultaire universitaire de Liège
- le comité d'éthique hospitalo-facultaire UCLouvain
- le comité d'éthique hospitalo-facultaire Erasme – ULB

### Chercheur

Docteur Veyret Jean-Baptiste.

Email : jean-baptiste.veyret@student.uclouvain.be

Gsm : 0473404679

Candidat en master de spécialisation en MG à l'UCL.

### Tuteur

Docteur veyret jean-baptiste .

Email : jean-baptiste.veyret@student.uclouvain.be

Gsm : 0473404679

### TFE en Médecine générale

Travail de fin d'étude dans le cadre d'un master de spécialisation en médecine générale.

**Quel sera le titre prévu pour votre TFE ?**

*déprescription des inhibiteurs de la pompe à proton , entre recommandation et pratique*

**Discipline dont relève l'étude**

Médecine générale. Etude universitaire non commerciale.

**Objectif du TFE (question de recherche)**

Quels sont les freins des médecins généralistes à déprescrire des inhibiteurs de la pompe à proton pris au long cours chez des patients?

**Année académique de présentation du TFE**

2022-2023.

**Description du TFE**

Durant nos études de médecine, il nous est enseigné beaucoup de notions théoriques pour pouvoir suivre et soigner nos patients une fois devenu médecins.

Mais le suivi d'un patient, et surtout en médecine générale, ne dépend pas que des connaissances médicales qu'à son médecin. Il dépend de tellement d'éléments : confiance du patient, motivation, connaissances, compréhension, lien thérapeutique...

Je me suis donc vite rendu compte que souvent il existe un écart entre ce que les guides de bonnes pratiques ou les guidelines médicales préconisent et ce que nous arrivons à installer dans le suivi thérapeutique d'un patient.

Cette notion de dissonance entre recommandations et pratiques est quelque chose qui m'a beaucoup

## Annexe 2

**Annexe 2:** Descripteurs principaux utilisés pour les différentes recherches et leurs *Medical Subject Headings* (MeSH).

Les Mesh ont été générés via l'outil : <http://mesh.inserm.fr>

Descripteurs	Termes Français	Termes Anglais
<b>Inhibiteurs de la pompe à protons</b>	IPP (Inhibiteurs de la Pompe à Protons)	Inhibitors, Proton Pump
<b>Déprescriptions</b>	Déprescription / Réduction de la polypharmacie	Deprescription / Deprescribing
<b>Ordonnances médicamenteuses</b>	Ordonnances de médicaments /	Drug Prescription / Drug Prescribing / Drug Prescribings / Prescribing, Drug / Prescribings, Drug /
<b>Utilisation hors indication</b>	Indication non répertoriée / Prescription hors indication / Prescription hors indications / Prescription hors recommandation / Prescription hors recommandations / Utilisation hors indications / Utilisation hors prescription / Utilisation hors recommandation / Utilisation hors recommandations	Off Label Use / Off-Label Uses / Off-Label Prescribing / Off Label Prescribing / Off-Label Prescribings / Prescribing, Off-Label / Unlabeled Indication / Indication, Unlabeled / Unlabeled Indications / Fractional Dose Drug Use / Reduced Dose Drug Use / Dose-Sparing Drug Use /
<b>Médecine générale</b>	Médecine générale /	Practice, General /
<b>Médecins hospitaliers</b>	Médecin hospitalier / Praticiens hospitaliers /	Hospitalist /
<b>Mode de vie</b>	Style de vie / Maladie liée au mode de vie / Maladie due au mode de vie / Maladie induite par le mode de vie /	Life Styles / Lifestyle / Lifestyles / Life Style Induced Illness /
<b>Coûts des soins de santé</b>	Coûts de la santé / Coûts liés aux soins de santé / Coûts des soins médicaux / Coût du soin médical / Coûts liés aux soins médicaux / Coûts des traitements / Coût du traitement / Coûts liés aux traitements /	Cost, Health Care / Costs, Health Care / Health Care Cost / Health Costs / Cost, Health / Costs, Health / Health Cost / Healthcare Costs / Cost, Healthcare / Costs, Healthcare / Healthcare Cost / Medical Care Costs / Costs, Medical Care / Cost, Medical Care / Medical Care Cost / Treatment Costs / Cost, Treatment / Costs, Treatment / Treatment Cost /
<b>Charge de travail</b>	Charge de travail des employés / Charge de travail	Workloads / Work Load / Work Loads / Employee Workload / Employee

### Formulaire de consentement

Vous êtes invité(e) à participer de façon volontaire à un recueil de données orale pour une étude. Avant d'accepter d'y participer, il est important de lire ce formulaire qui en décrit l'objectif et les modalités pratiques. Vous avez le droit de poser à tout moment des questions en rapport avec cette étude.

#### Objectif et description de l'étude

Il s'agit d'une étude qui devrait inclure environ 10 personnes en Belgique.

Cette étude a pour but de comprendre quels sont les différents freins que peuvent avoir les médecins généraliste en Belgique à déprescrire des inhibiteurs de la pompe à proton chez des patients qui commencent un suivi en cabinet avec ces médicaments déjà présent dans leur médication chronique.

Si vous acceptez de participer à cette étude, il vous sera demandé de passer une interview pendant environ 1 heure qui sera enregistrée et transcrite.

#### Participation volontaire

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire et vous avez le droit de refuser d'y participer. Vous avez également le droit de vous retirer de l'étude à tout moment, sans en préciser la raison, même après avoir signé le formulaire de consentement. Vous n'aurez pas à fournir de raison au retrait de votre consentement à participer ; toutefois, les données collectées jusqu'à l'arrêt de la participation à l'étude font partie intégrante de celle-ci. Votre refus de participer à cette étude n'entraînera pour vous aucune pénalité ni perte d'avantages. La participation à cette étude est non rémunérée.

#### Protection de la vie privée

Votre identité et votre participation à cette étude demeureront strictement confidentielles. Vous ne serez pas identifié(e) par votre nom ni d'aucune autre manière reconnaissable dans aucun des dossiers, résultats ou publications en rapport avec l'étude. La protection des données personnelles est assurée par la loi du 8 Décembre 1992 relative à la protection de la vie privée.

#### Personnes à contacter si vous avez des questions à propos de l'étude

Si vous estimez avoir subi un dommage lié à l'étude ou si vous avez des questions, voulez donner un avis ou exprimer des craintes à propos de l'étude, maintenant, durant ou après votre participation, vous pouvez contacter le responsable de l'étude Jean-Baptiste Veyret.

### **Comment les médecins généralistes gèrent la déprescription des inhibiteurs de la pompe à protons chez leurs patients?**

=>phase de présentation : introduction du sujet, présentation du participant sur son parcours et sa pratique

**1) Alors pour commencer j'aimerais voir avec vous si vous avez l'habitude de prescrire des IPPs, comment vous procéder ?**

- Pour quel plainte le prescrivez-vous ?
- Quel schéma ?
  
- Recourez-vous à des examens complémentaires ?
- Quelle explication donnez-vous aux patients ?
- Donnez-vous d'autres traitements que les IPPs dans les symptômes de dyspepsie? MHD, sommeil, alimentation, avis diététique ?
- Diriez-vous être confortable avec les guidelines sur la prescriptions des IPPS dans la gestion des symptômes de dyspepsie?
- Diriez-vous que les informations données par les guides de bonne pratique sont satisfaisante et accessible ?

**2) Comme je disais moi je m'intéresse plus à la deprescription des IPPs, avez-vous une façon de procéder particulière ?**

- Le deprescrire a-t-il une importance pour vous ? sur-prescription ? cout ? mésusage ? effets secondaire ?
- Schéma particulier lors de la deprescription?
- Schéma à la demande ?
- Utilisation de fiche explicative ?
- Second avis gastro ?
- autres traitements proposés ?

**3) Pour ma part j'ai encore beaucoup de mal à deprescrire les IPPs, avez-vous des exemples de situations qui peuvent vous avoir mis en échec ? avez-vous des exemples de situations qui peuvent vous avoir mis en échec ?**

**4) -vous l'impression qu'il y a d'autres choses dans le comportement du patient qui peut vous mettre en échec dans la deprescription ?**

- peur de l'effet rebond ?
- mauvaise instruction a l'initiation du traitement, mauvais connaissance du patient,

manque d'éducation du patient ?

- difficulté de changer les habitudes, longueur de la prise ?
- manque de motivation pour appliquer des mesure hygiéno-diététique ?

**5) Selon vous qu'est-ce qu'il fait que un médecin généraliste peut ne pas priorisé la deprescription d'un IPP ?**

- Manque de temps/ de motivation/ pas une priorité ?
- Avez-vous l'impression de manquer de ressources ? d'info ou d'outils utiles ?
- Faiblesse du lien thérapeutique, confiance du patient ?
- Certaines médications chroniques vous freinent-elle à deprescrire (ains ,avk, anti-agrégants)?
- Vous semble-t-il plus difficile d'entamer une deprescription ou de la maintenir dans le temps ?
- Manque de traitement alternatif ?
- Vous sentez-vous légitime à deprescrire un IPP instauré par un gastro?

**6) Est-ce que après avoir répondu à ces questions, il vous vient des pistes de réflexion pour une meilleure deprescription des IPPs en médecine générale ?**