

UNIVERSITÉ DE LILLE

UFR3S-MÉDECINE

Année : 2025

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

État des pratiques sur le renouvellement des inhibiteurs de la pompe à protons par les médecins généralistes installés et remplaçants en ambulatoire du Nord et du Pas-de-Calais chez les patients chroniques de plus de 65 ans, étude quantitative.

Présentée et soutenue publiquement le Mardi 7 octobre 2025 à 14h00
au Pôle Formation

Par Ylona BLANCHARD

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Sébastien DHARANCY

Assesseur :

Madame le Docteur Sabine BAYEN

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Franck AMMEUX

Travail de la Faculté de Médecine & Maïeutique – Institut Catholique de Lille

AVERTISSEMENT

L'université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

LISTE DES ABREVIATIONS

AINS	Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien
AVK	Antivitamine K
CRDMM	Commission de Recherche et de Développement de Médecine et de Maïeutique
DCI	Dénomination Commune Internationale
EOGD	Endoscopie Œso-Gastro-Duodénale
HP	Helicobacter Pylori
IPP	Inhibiteurs de la Pompe à Protons
MSU	Maitre de Stage Universitaire
RGPD	Règlementation Générale sur la Protection des Données
UGD	Ulcère Gastro-Duodéal

Table des matières

Avertissement	2
Remerciements	3
Liste des abréviations	7
Résumé	1
Introduction	2
Matériels et méthodes	9
I. Type d'étude	9
II. Élaboration de la méthode et du questionnaire	9
III. Critères d'inclusion et de non-inclusion	9
IV. Diffusion du questionnaire	10
V. Objectifs principal et secondaires	10
a. Objectif principal	10
b. Objectifs secondaires	10
VI. Critère de jugement principal	10
VII. Nombre de sujets nécessaires	11
VIII. Analyse des données	11

Résultats	12
I. Analyses descriptives	12
A. Population étudiée	12
B. Utilisation des IPP et réévaluation	13
C. Critères d'arrêt	15
D. Represcription et facteurs l'influençant.....	16
a. Represcription des IPP	16
b. Facteurs influençant la represcription des IPP	17
II. Analyses bivariées	19
III. Analyses multivariées.....	23
Discussion	24
I. Choix de la méthode	24
II. Limites et biais.....	24
III. Forces de l'étude	26
IV. Analyse des résultats	27
Conclusion	31
Références bibliographiques.....	32
Annexes	36

RESUME

Contexte : Les inhibiteurs de la pompe à protons sont une classe thérapeutique largement prescrite en médecine générale, particulièrement chez les patients âgés de plus de 65 ans. Ces traitements figurent sur des ordonnances au long cours renouvelées malgré des recommandations strictes de la HAS quant à leurs indications. Quelle est la pratique des médecins généralistes installés et remplaçants quant à la réévaluation des IPP au long cours chez les plus de 65 ans ? Quel est le taux de represcription et quels sont les facteurs qui l'influencent ?

Méthode : Étude quantitative et observationnelle transversale réalisée via un questionnaire informatisé transmis aux médecins remplaçants et installés dans le Nord (59) et dans le Pas-de-Calais (62).

Résultats : 103 médecins ont participé. Les IPP étaient prescrits chez un tiers des patients chroniques âgés de plus de 65 ans. 75% des médecins déclaraient réévaluer régulièrement, et 50% mentionnaient les critères d'arrêt. La represcription restait fréquente (61%). 50% des médecins prescrivaient par manque de temps, et 75 % sans tenir compte du prix. La réévaluation était corrélée à l'âge du praticien ($p=0,04$), au statut installé ($p=0,006$), à la connaissance de la fiche HAS ($p=0,015$), au manque de temps ($p<0,001$), à la proportion de la patientèle sous IPP ($p=0,022$) et aux informations délivrées aux patients (durée et effets indésirables ($p<0,001$)). La represcription était liée à la fréquence de réévaluation du traitement par IPP ($p=0,023$).

Conclusion : La réévaluation des IPP reste partielle et la represcription fréquente, surtout chez les jeunes et les remplaçants, tandis que les médecins installés et plus âgés réévaluent davantage. Ce processus est limité par le manque de temps en consultation et par le défaut d'informations délivrées aux patients favorisant la represcription. Une relation médecin-patient de confiance semble favoriser la réévaluation des IPP. Une campagne par l'Assurance Maladie auprès des patients sur les mésusages médicamenteux pourrait faciliter leur déprescription.

INTRODUCTION

Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) représentent une classe thérapeutique majeure dans la prise en charge des pathologies intestinales. En France, ils sont au nombre de cinq (1; 2) :

- OMEPRAZOLE, premier IPP sur le marché en France en 1989
- LANSOPRAZOLE (1990)
- PANTOPRAZOLE (1995)
- RABEPRAZOLE (2000)
- ESOMEPRAZOLE (2000)

Tableau 1: inhibiteurs de la pompe à protons disponibles en France. (3)

DCI	Nom commercial	Demi-dose Adulte	Pleine dose Adulte
Ésoméprazole	INEXIUM® et génériques	20 mg	40 mg
Lansoprazole	OGAST®, OGASTORO®, LANZOR® et génériques	15 mg	30 mg
Oméprazole	MOPRAL®, ZOLTUM® et génériques	10 mg	20 mg
Pantoprazole	INIPOMP®, EUPANTOL® et génériques	20 mg	40 mg
Rabéprazole	PARIET® et génériques	10 mg	20 mg

Il existe des IPP sur liste II délivrés sur ordonnance ou des IPP disponibles en vente libre. Les IPP sur liste II sont remboursés à hauteur de 65% par l'Assurance Maladie. Leur coût moyen ne varie que très peu selon l'IPP :

Tableau 2: prix selon l'IPP et la quantité de comprimés. (4)

DCI	Prix en euros
Ésoméprazole 20mg, une boîte de 28 gélules	5,06
Pantoprazole 20mg, une boîte de 14 comprimés	3,05
Rabéprazole 10mg, une boîte de 28 comprimés	5,06
Lansoprazole 15mg, une boîte de 14 comprimés	3,25
Oméprazole 10mg, une boîte de 28 comprimés	4,44

Leur mécanisme est bien connu. (3)

Les IPP bloquent la pompe à protons ($H^+/K^+ATPase$) dans l'estomac pour réduire la production d'acide. Une seule prise à jeun 20 à 30 minutes avant un repas suffit pour 18 à 24 heures d'efficacité. En cas de reflux acide nocturne, une prise en soirée avant le dîner peut être envisagée dans les mêmes conditions : à jeun 20 à 30 minutes avant le repas (1 ; 6 - 8).

Les IPP sont les traitements les plus couramment prescrits pour la prise en charge des pathologies gastro-intestinales.

Les principales pathologies, la posologie des IPP et leur durée de prescription sont présentées dans le tableau ci-dessous (9 - 13 ; 15 ; 20) :

Tableau 3: indications et durée traitement par IPP

Pathologie	Posologie	Durée
Prévention ulcère gastroduodéal (UGD) chez patients sous anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) à risque (≥65 ans, antécédent d'ulcère, association avec antiagrégant/corticoïde/anticoagulant)	Demi-dose	Concomitante aux AINS
Reflux gastro-œsophagien (RGO) (pyrosis, brûlures gastriques post prandiales ou de régurgitations acides) sans œsophagite	Demi-dose ou pleine dose selon la molécule	4 semaines
Œsophagite peptique non sévère (grade A-B)	IPP pleine dose	4 semaines, puis prévention à dose minimale efficace
Œsophagite peptique sévère (grade C-D)	IPP pleine dose	8 semaines, puis prévention à dose minimale efficace
Sténose peptique	Double dose initiale, puis pleine dose au long cours	Selon évolution clinique
Ulcère gastrique avec <i>Helicobacter pylori</i> (HP)	IPP double dose	Entre 10 et 14 jours selon antibiogramme
Ulcère gastrique sans HP	Dose simple IPP	4 à 8 semaines (jusqu'à cicatrisation contrôlée en EOGD)
Ulcère duodéal sans HP	Dose simple IPP	4 semaines

Le traitement par IPP semble donc bien encadré.

Pourtant, d'après le dernier rapport de l'Assurance Maladie du 14 novembre 2024, environ **16 millions** de patients se voient délivrer des IPP, avec 50% des prescriptions jugées injustifiées selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) (10). La moitié de ces prescriptions concerne des patients de plus de 65 ans.

Les IPP participent à la **polymédication** et, par conséquent, au risque **iatrogène** de par les interactions médicamenteuses (5). Dans 80% des cas, les patients âgés de plus de 65 ans sous IPP au long cours ont plus de **7 lignes de traitements**. Leur présence sur les ordonnances majore donc les risques d'erreur de prise et de mauvaise observance. D'après l'Assurance Maladie, **1 600 000** patients âgés de 65 ans et plus ont été traités par IPP durant plus de 6 mois consécutifs en 2020 ; soit un montant annuel remboursé **de 84 millions d'euros** (16).

Les abus de prescription concernent principalement des prescriptions systématiques, des durées de traitement excessives ou des indications inappropriées comme la prophylaxie de lésions gastro-intestinales induites par les AINS chez des patients à faible risque (1 ; 17 - 19).

Les médecins généralistes jouent un rôle central dans la coordination des soins et le suivi clinique. Pour les personnes atteintes de pathologies chroniques, cela implique un suivi régulier et une adaptation constante des traitements, avec renouvellement des prescriptions si nécessaire.

La convention médicale signée en juin 2024 définit quinze programmes d'actions partagées afin d'atteindre des objectifs communs de pertinence des soins et des prescriptions. Parmi ces programmes figure la nécessité de recentrer les prescriptions d'IPP sur les indications recommandées par la HAS (14).

Dans le secteur libéral, la prescription des IPP est très largement dominée par les médecins généralistes, qui en initient près de 90 %. Les gastroentérologues représentent la deuxième spécialité prescriptrice, tandis que les rhumatologues occupent la troisième position (7).

Cependant, si les IPP sont généralement considérés comme bien tolérés à court comme à long terme, ils ont pourtant des effets secondaires non négligeables dans la population générale et, en particulier, dans la population gériatrique (8).

Les principaux effets indésirables sont **digestifs**, comme les nausées, les diarrhées ou les douleurs abdominales (9). D'autres complications ont été rapportées, notamment des carences en fer, magnésium, calcium et vitamine B12 pouvant provoquer des **anémies** (carence martiale), **troubles du rythme cardiaque** (hypomagnésémie), **troubles neurologiques** (hyponatrémie, carence en B12), des **interactions médicamenteuses** (21) ou des **ostéoporoses** (avec des fractures vertébrales et du col du fémur par la diminution de l'absorption de vitamine B12 et de calcium (21 – 24)). Les **infections intestinales**, notamment à *Clostridium difficile*, **pulmonaires** et **spontanées du liquide d'ascite** (1 ; 6 – 7 ; 16 ; 21 ; 23 ; 25 - 29) représentent également un risque important. La malabsorption liée à une carence en vitamine B12 reste discutée (1). Un **effet rebond d'acidité** après l'arrêt d'un traitement prolongé par IPP a été évoqué, pouvant contribuer à la réapparition des symptômes, bien que les données restent contradictoires (21 ; 30). Parmi les autres effets secondaires, un risque accru de **démence** a également été rapporté de manière significative chez les patients âgés prenant des IPP sur une longue période (31). Enfin, il est rapporté de rares cas de néphrites interstitielles sans qu'un lien avec la durée d'exposition aux IPP ni l'existence d'une dose minimale impliquée n'ait pu être établi (7 ; 21 ; 30).

La déprescription des IPP s'impose aujourd'hui comme un enjeu majeur de santé, visant à limiter les risques liés à un usage prolongé tout en maintenant une efficacité thérapeutique adaptée aux besoins du patient.

Certaines études ont analysé la déprescription de cette classe médicamenteuse. En 2023, une étude rétrospective menée dans un service hospitalier de Marseille a évalué l'impact des recommandations sur la déprescription des IPP. Elle a montré qu'un tiers des patients dont le traitement au long cours a été réévalué ont pu arrêter définitivement leur traitement (32). D'après cette étude, une **meilleure collaboration entre la ville et l'hôpital** pourrait favoriser une plus large adhésion à ces recommandations. Une autre étude de 2022 met en évidence des **freins à la déprescription**, notamment la crainte de **conflits** avec les patients et le **manque de temps** pour expliquer aux patients l'intérêt d'arrêter le traitement (38).

Une étude de 2020 en Nouvelle-Aquitaine révèle qu'en dehors des troubles digestifs, les effets secondaires des IPP restent peu connus des médecins généralistes. Une **meilleure compréhension de ces risques** pourrait amener à interrompre le traitement lorsque cela est justifié. Les praticiens bien informés adoptent alors des mesures adaptées, ce qui montre l'importance d'une information complète pour une prescription raisonnée et une déprescription efficace (33 ; 34).

La HAS recommande l'arrêt des IPP dans les situations suivantes (40) :

- **Absence d'indication thérapeutique avérée** : lorsque le traitement est prescrit sans raison claire ou que l'indication initiale n'est plus présente.
- **Traitement prolongé** : toute prescription d'IPP au long cours, notamment au-delà de huit semaines, doit faire l'objet d'une réévaluation régulière pour justifier sa continuation.

- **Surveillance des effets indésirables** : en cas d'apparition d'effets indésirables liés à l'utilisation d'IPP, la poursuite du traitement doit être réexaminée.

Il est essentiel que les professionnels de santé réévaluent régulièrement la pertinence du traitement par IPP, en considérant les indications, les risques et les alternatives thérapeutiques (1 ; 37). Peu d'études portent sur les modalités de déprescription, mais les données disponibles suggèrent que la réduction progressive de la dose ou le traitement à la demande limite davantage la réapparition des symptômes qu'un arrêt brutal (35).

En se basant sur les recommandations, la prescription des IPP est donc très stricte. Ces traitements peuvent provoquer des effets indésirables avérés, et l'Assurance Maladie alerte sur leur surprescription, en particulier chez les personnes de plus de 65 ans. Dans ce contexte, il est essentiel que les médecins généralistes soient bien informés de ces risques et réévaluent régulièrement les prescriptions au long cours. Une telle réévaluation est primordiale pour adapter la prise en charge à chaque patient et limiter les traitements non justifiés. Quels obstacles et leviers rencontrent les médecins généralistes dans la déprescription des IPP à long terme ?

MATERIELS ET METHODES

I. Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative et observationnelle transversale, réalisée dans les départements du Nord (59) et du Pas-de-Calais (62) du 11/02/2025 au 16/04/2025.

II. Élaboration de la méthode et du questionnaire

La réalisation du questionnaire s'est basée sur la littérature.

Le questionnaire était composé de deux grandes parties (annexe 1).

Une partie sur les **caractéristiques de la population** étudiée : genre, âge, statut (remplaçant ou installé), statut Maître de Stage Universitaire (MSU), mode d'exercice principal (rural ou urbain).

Puis une seconde partie concerne les **IPP** : le pourcentage estimé de patient sous IPP, leur réévaluation, les critères **d'arrêt** de prescription, les **facteurs** influençant la represcription (prix et le temps en consultation), leur **represcription**, les **informations** données aux patients sur les effets indésirables et la durée recommandée, et enfin la connaissance de la **fiche de bon usage des IPP** réalisée par la HAS (annexe 2).

III. Critères d'inclusion et de non-inclusion

Le critère d'inclusion était d'être médecin généraliste avec une activité ambulatoire. Il n'y avait pas de critère de non-inclusion.

IV. Diffusion du questionnaire

Le recueil des données a été réalisé grâce à un questionnaire mis en ligne sur le site Sphinx. Ce dernier répond aux réglementations de la RGPD. Le questionnaire était disponible à l'adresse suivante : <https://sphinx.univ-catholille.fr/SurveyServer/s/szhih5>.

Le lien vers le questionnaire a été diffusé le 11/02/2025 puis une relance a été effectuée le 5/03/2025.

V. Objectifs principal et secondaires

a. Objectif principal

L'objectif de ce travail était d'évaluer la pratique des médecins généralistes installés et remplaçants quant à la réévaluation des IPP au long cours chez les patients chroniques de plus de 65 ans.

b. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer la represcription des IPP et les facteurs pouvant l'influencer.

VI. Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal était la fréquence de réévaluation des IPP par les médecins généralistes estimée par une échelle de Likert à 6 entrées (allant de 1 à 6 : « jamais », « rarement », « parfois », « souvent », « très souvent » et « toujours »).

VII. Nombre de sujets nécessaires

Le recueil était considéré comme suffisant à partir de 81 sujets, seuil nécessaire pour atteindre une précision de 10 % sur une fréquence de réévaluation des prescriptions d'IPP estimée à 40 % (entre « souvent » et « toujours »), avec un risque alpha fixé à 5 %.

VIII. Analyse des données

Les données étaient analysées à l'aide du logiciel SPSS 25.0 (IBM®).

Les variables quantitatives étaient exprimées par leur moyenne et écart type ou par leur médiane et espace interquartile selon leur distribution. Les variables qualitatives étaient exprimées par leur pourcentage ou leur fréquence.

La distribution des variables quantitatives était vérifiée par un test de Shapiro-Wilk.

Les moyennes étaient comparées entre elles par un test de Student si les conditions d'application étaient vérifiées ou un test U de Mann et Whitney dans le cas contraire.

La recherche de lien entre variable quantitative contrôlée et variable quantitative aléatoire était réalisée au moyen d'une régression linéaire.

La recherche de modèle explicatif multivarié était réalisée au moyen d'une régression multiple avec inclusion des variables explicatives de manière pas à pas, ascendante suivant le taux de corrélation associé à la modélisation.

Le seuil de significativité était fixé à 5% pour l'ensemble des tests.

RESULTATS

I. Analyses descriptives

A. Population étudiée

Le recueil de données a été effectué du 11 février 2025 au 16 avril 2025 et a inclus un total de **103** participants.

Parmi eux, 67 se sont identifiés comme femmes (65 %) et 35 comme hommes (34 %), correspondant à un **sex-ratio de 0,52**.

Une personne s'est définie comme « autre ». Pour des raisons statistiques, cette valeur a été considérée comme valeur manquante afin d'obtenir deux groupes pour les analyses bivariées concernant le sexe.

L'âge moyen des participants s'élevait à **38 ± 13 ans**, les valeurs s'étendant de 26 à 69 ans, avec une médiane de **31 ans**.

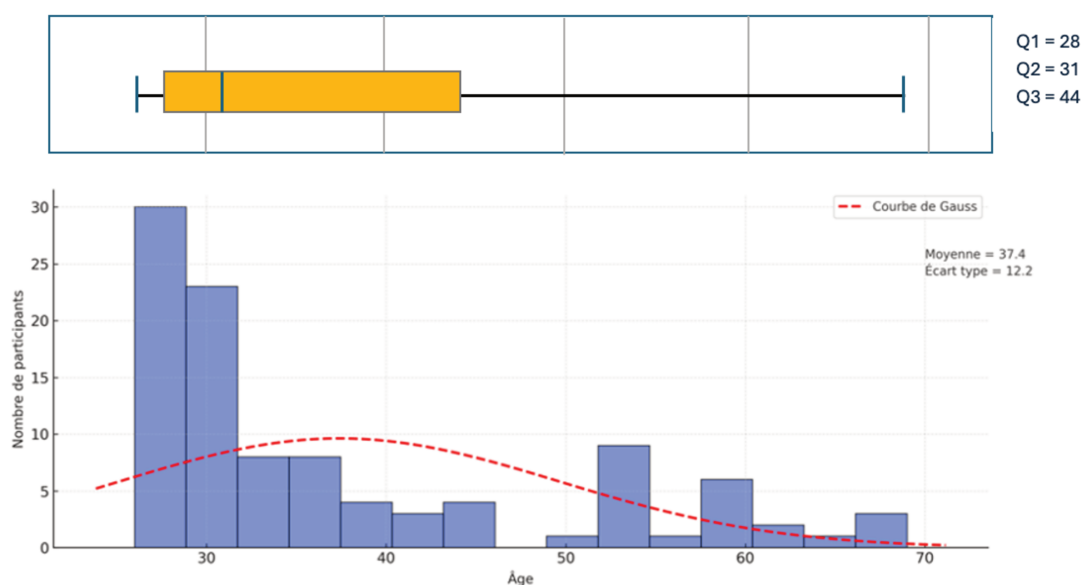


Figure 1 : histogramme avec courbe de densité et box-plot de l'âge de l'échantillon.

La répartition médecins remplaçants/installés était similaire avec 51 médecins remplaçants (49%) et 52 médecins installés (51%).

Parmi les médecins installés, 36 étaient MSU, soit 35%. Aucun MSU ne figurait parmi les médecins remplaçants.

Il y avait autant de médecins ayant une activité rurale (52 médecins soit 51%) qu'une activité urbaine (51 médecins soit 49%).

B. Utilisation des IPP et réévaluation

Selon les participants, au sein de leur patientèle chronique de plus de 65 ans, en moyenne **36% $\pm$ 20%** des patients prennent des IPP, avec un minimum à 0% et un maximum à 85%. La médiane, à 30%, révèle que, selon la moitié des participants, un patient chronique de plus de 65 ans sur trois est traité par IPP de manière prolongée.

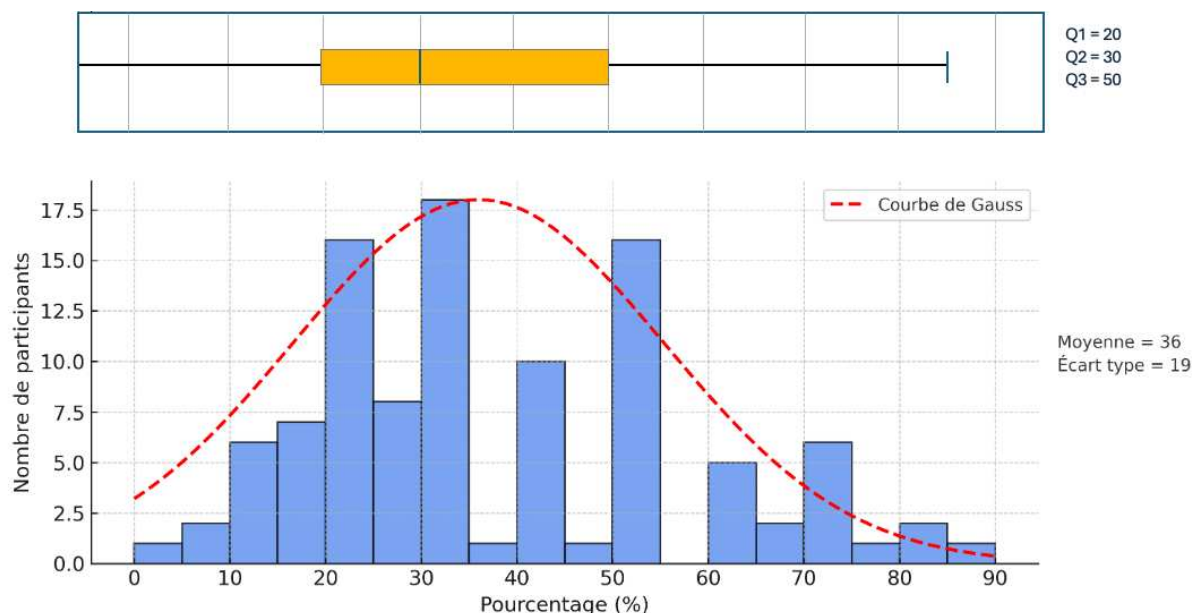


Figure 2 : histogramme avec courbe de densité et box-plot selon les réponses des médecins à la question : Selon vous, selon vous, quel pourcentage de patients chroniques de plus de 65 ans que vous suivez prennent des IPP ? (%)

Sur 103 participants, **75%** déclarent réévaluer au moins « **souvent** » c'est-à-dire « souvent », « très souvent » ou « toujours » la place des IPP sur les ordonnances des plus de 65 ans lors du renouvellement de leurs traitements au long cours. Parmi eux, 37 disent réévaluer « souvent », 20 réévaluent « très souvent » et 20 réévaluent « toujours ».

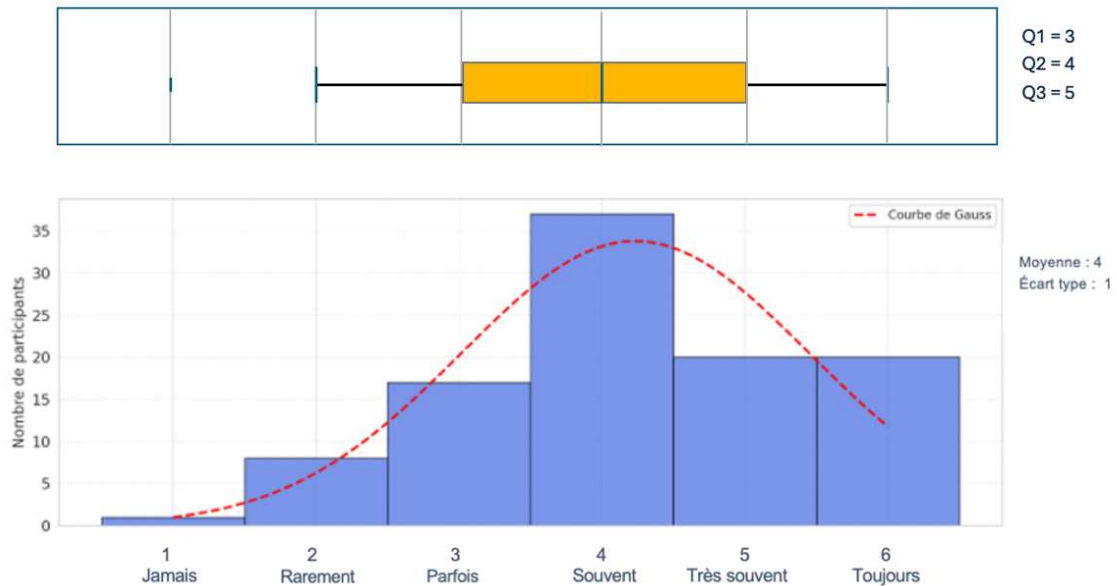


Figure 3 : histogramme avec courbe de densité et box-plot sur la répartition des médecins selon la fréquence de réévaluation des IPP chez les patients chroniques de plus de 65 ans lors du renouvellement de leurs traitements au long cours.

C. Critères d'arrêt

Parmi les critères d'arrêt de prescription des IPP, figuraient dans le questionnaire les réponses suivantes :

- Amélioration clinique : 72 personnes ne prescrivait pas les IPP devant une amélioration clinique, soit 70% des participants.
- Absence d'amélioration clinique malgré les IPP : 52 personnes ne prescrivait pas les IPP devant une absence d'amélioration clinique, soit 50% des participants.
- Apparition d'effets indésirables : 59 personnes ne prescrivait pas les IPP devant l'apparition d'effets indésirables, soit 57% des participants.
- Fin de la durée recommandée du traitement : 47 personnes ne prescrivait pas les IPP pour cause de fin de durée recommandée de prise des IPP, soit 45% des participants.
- Absence d'indication claire lors de la réévaluation : 91 personnes ne prescrivait pas les IPP devant une absence d'indication claire lors de la réévaluation, soit 89% des participants.
- Demande du patient : 51 personnes ne prescrivait pas les IPP suite à la demande des patients, soit 49% des participants.
- Autre : 2 personnes ont coché la case « autre » en précisant
 - Arrêt pour « limiter la iatrogénie ».
 - Modification de la prescription en passage « à la demande ».

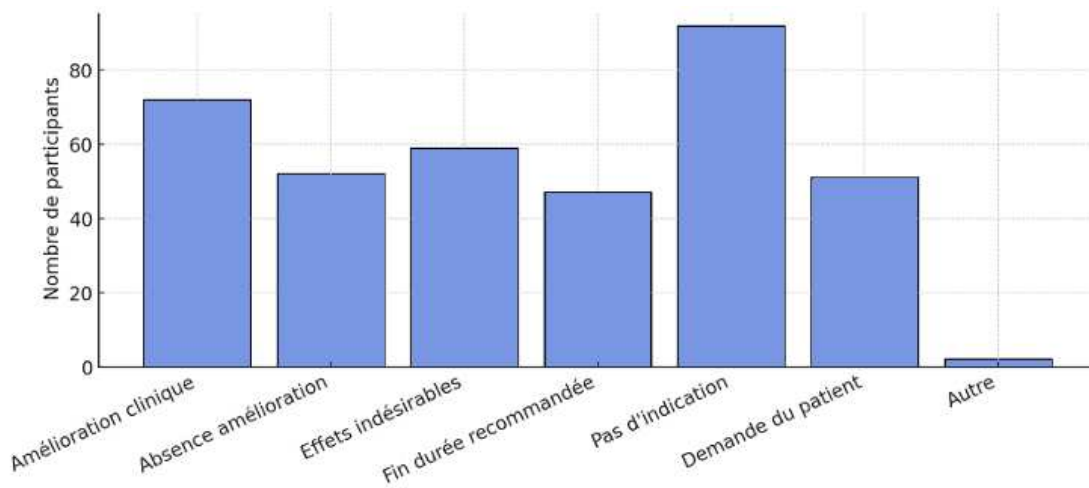


Figure 4 : histogramme de répartition selon les raisons déclarées d'arrêt des IPP.

D. Represcription et facteurs l'influençant

a. Represcription des IPP

Le taux de represcription des IPP chez les patients chroniques de plus de 65 ans est estimé en moyenne à **61%**. Trois participants sur quatre déclarent represcrire les IPP une fois sur deux.

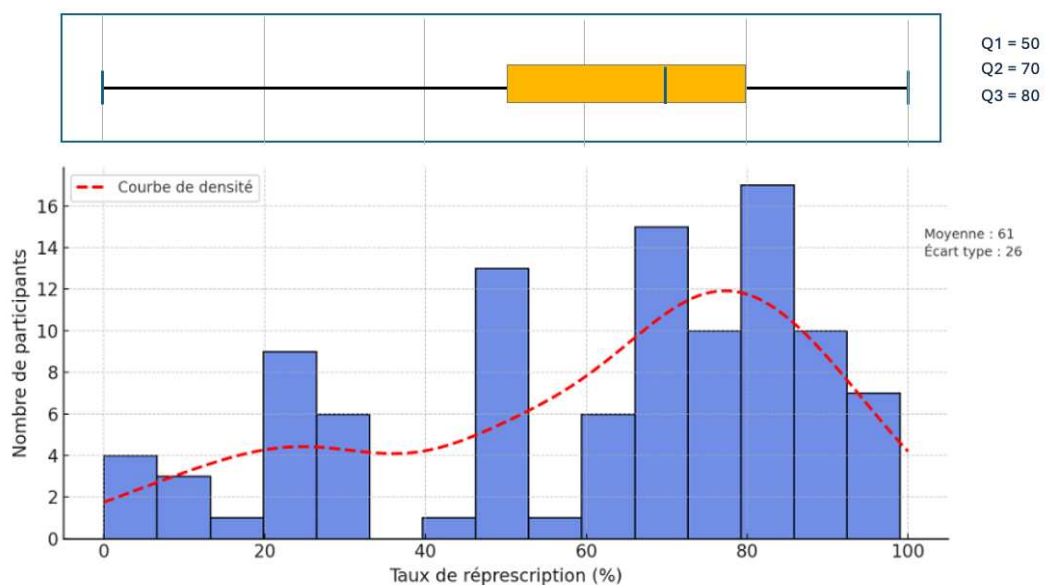


Figure 5 : histogramme avec courbe de densité et box-plot sur le taux de represcription déclaré des IPP chez les plus de 65 ans.

b. Facteurs influençant la represcription des IPP

75% des praticiens déclaraient ne pas être influencé par le prix des IPP lors de leur represcription.

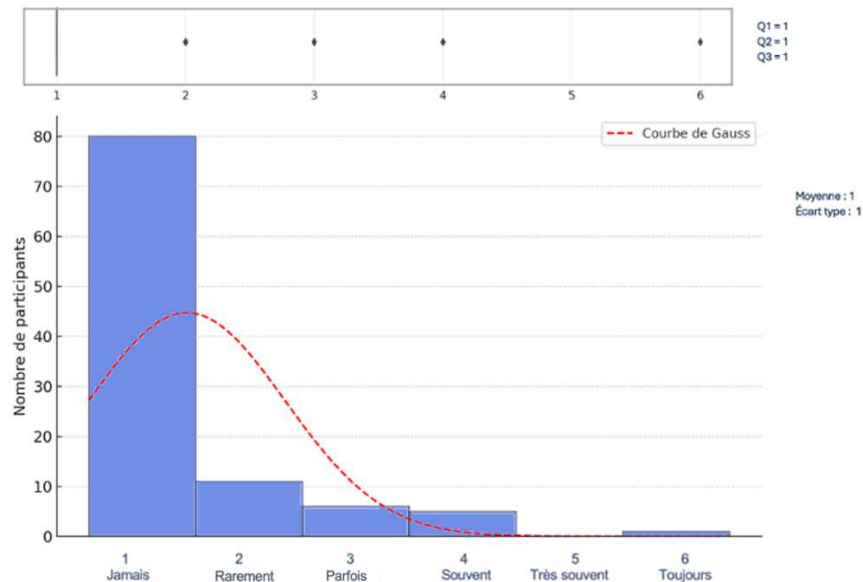


Figure 6 : histogramme avec courbe de densité et box-plot sur répartition des médecins selon l'influence du prix des IPP sur la represcription.

A la question : vous arrive-t-il de represcrire les IPP par manque de temps ? », la moitié des participants déclarait represcrire « **souvent** » par manque de temps. Et en moyenne, les participants represcrivaient « parfois » par manque de temps.

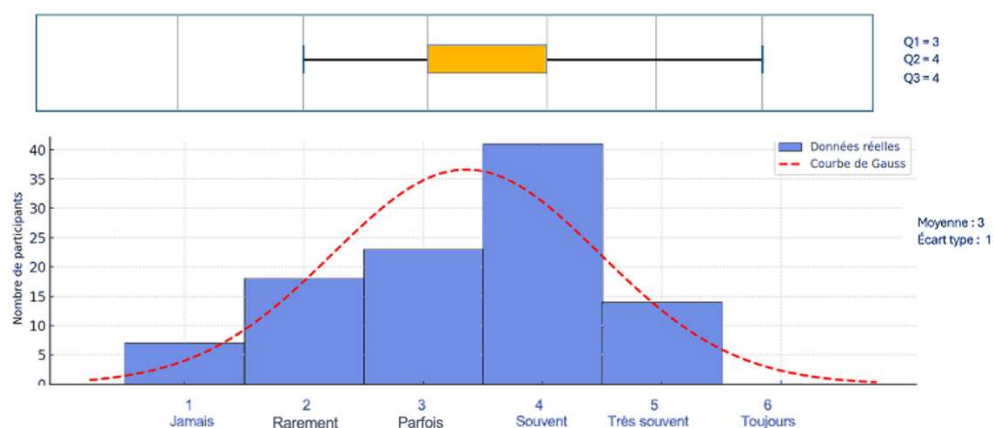


Figure 7 : histogramme avec courbe de densité et box-plot de répartition des médecins selon l'influence du temps sur leur represcription des IPP.

Les effets indésirables des IPP n'étaient que rarement évoqués aux patients lors de leur renouvellement.

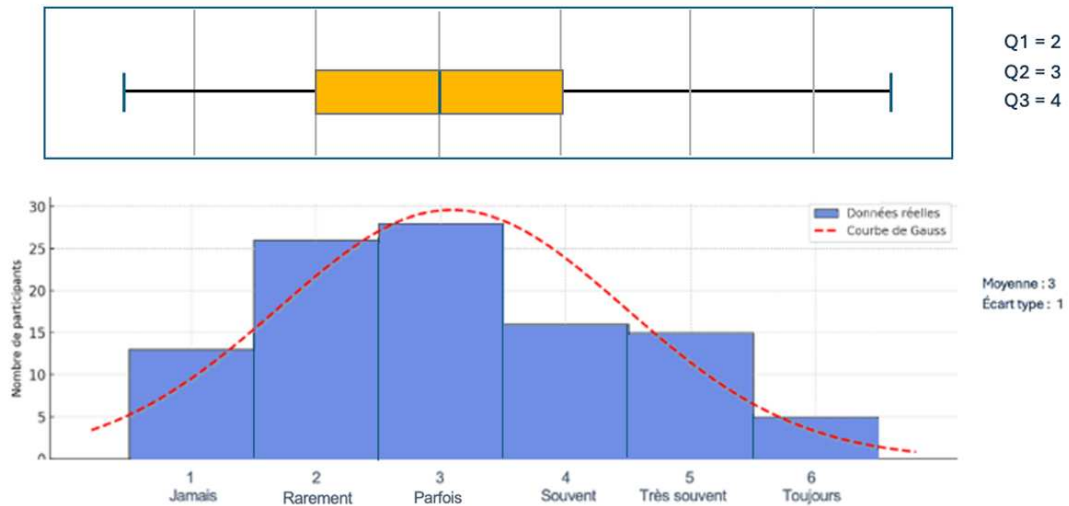


Figure 8 : histogramme avec courbe de densité et box-plot sur la répartition des médecins selon la fréquence d'information des effets indésirables des IPP donnée aux patients.

Enfin, parmi les facteurs pouvant mener à l'arrêt de leur prescription, venait la durée recommandée de prise des IPP. Il y avait une certaine variabilité des données quant à la durée indicative de prescription des IPP transmise aux patients sans pour autant dégager une tendance particulière.

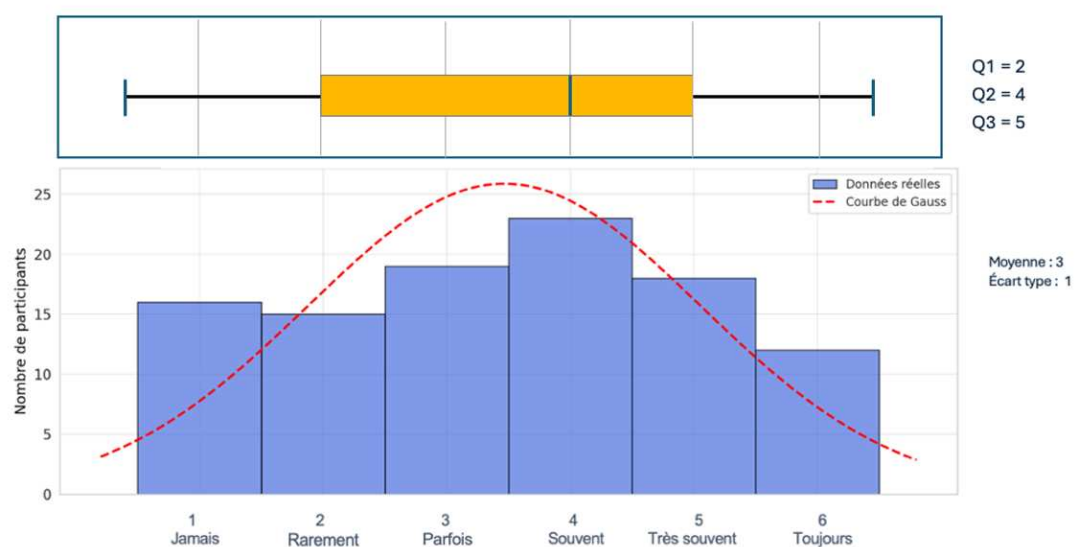


Figure 9 : histogramme avec courbe de densité et box-plot sur la répartition des médecins selon l'information de transmise aux patients la durée recommandée des IPP.

II. Analyses bivariées

Les analyses bivariées entre la fréquence de réévaluation des IPP et les autres variables étudiées sont présentées dans le tableau ci-dessous :

Tableau 4 : analyses statistiques bivariées entre la fréquence de réévaluation des IPP et les autres variables étudiées (1 = jamais, 2 = rarement, 3 = parfois, 4 = souvent, 5 = très souvent, 6 = toujours).

		Fréquence de réévaluation des IPP	Significativité
Sexe	Féminin	4,09 ± 1,252	0,075
	Masculin	4,54 ± 1,120	
Âge		Pente = + 0,02	0,040
Statut	Remplaçant	3,9 ± 1,3	0,006
	Installé	4,56 ± 1,1	
MSU	Oui	4,67 ± 1,07	0,18
	Non	4,31 ± 1,14	0,286
Mode d'exercice	Rural	4,23 ± 1,06	0,985
	Urbain	4,24 ± 1,38	
Pourcentage de patients de plus de 65 ans prenant des IPP		Pente = - 0,14	0,022
Connaissance de la fiche HAS	Non	4 ± 1,26	0,015
	Oui	4,65 ± 1,04	
Prix des IPP		Pente = + 0,2	0,137
Represcription des IPP		Pente = - 4,805	0,023
Manque de temps		Pente = - 0,4	<0,001
Information sur effets indésirables		Pente = + 0,36	<0,001
Information sur durée recommandée des IPP		Pente = + 0,34	<0,001

Il existe une corrélation positive significative entre **l'âge** des médecins et la réévaluation des IPP : plus les médecins sont âgés, plus ils réévaluent les IPP chez leurs patients de plus de 65 ans (**p=0,04**).

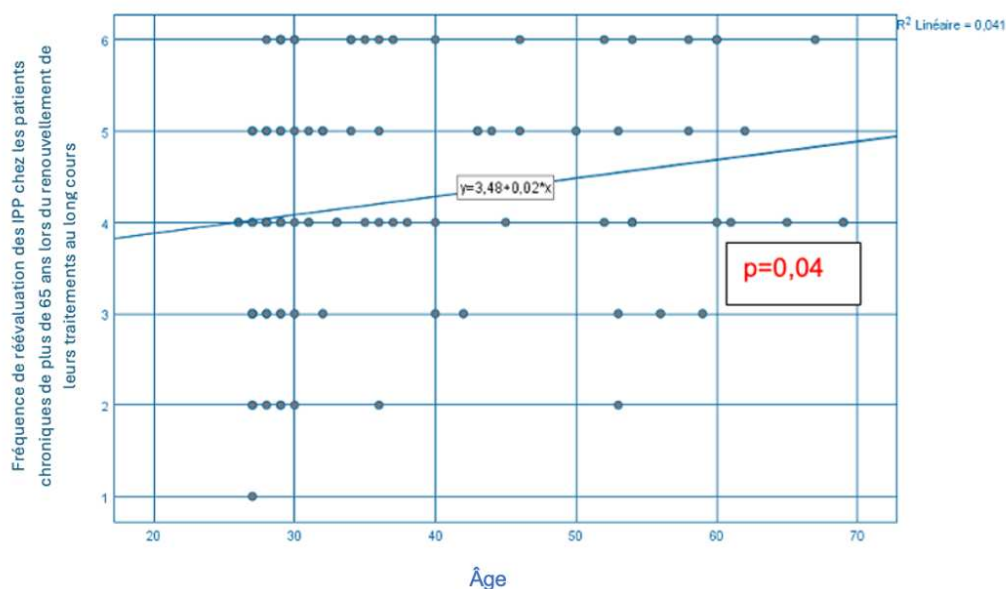


Figure 10 : régression linéaire entre réévaluation des IPP et l'âge des participants.

De la même manière, il existe une association significative entre le statut « **installé** » et la réévaluation des IPP, les médecins installés réévaluent d'avantage que les remplaçants (**p=0,006**).

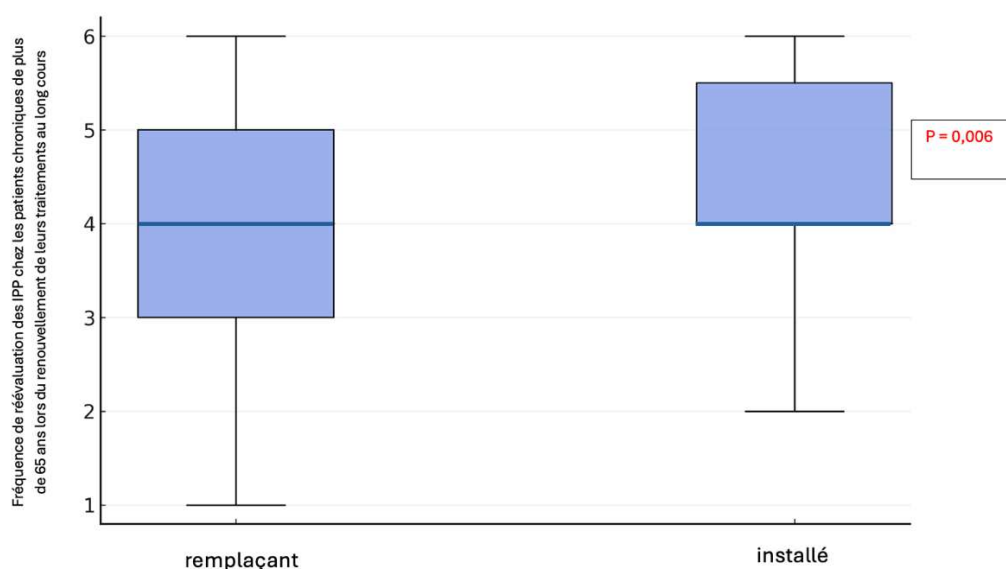


Figure 11: comparaison de la réévaluation des IPP selon le statut du médecin.

Une autre corrélation significative mise en évidence est entre la **proportion** de patients chroniques de plus de 65 ans sous IPP et la fréquence de réévaluation des prescriptions d'IPP par les médecins : plus les médecins ont des patients prenant des IPP et moins ils ont tendance à les réévaluer (**pente négative à - 0,14 et $p=0,022$**).

Les médecins ayant **connaissance de la fiche HAS** sur le bon usage des IPP réévaluent d'avantage les IPP présents sur les ordonnances (**$p=0,015$**).

Il existe également une association significative entre la réévaluation et la **prescription** des IPP : plus les médecins réévaluent l'indication des IPP et moins ils les renouvellent (**pente négative à - 4,805 et $p=0,023$**).

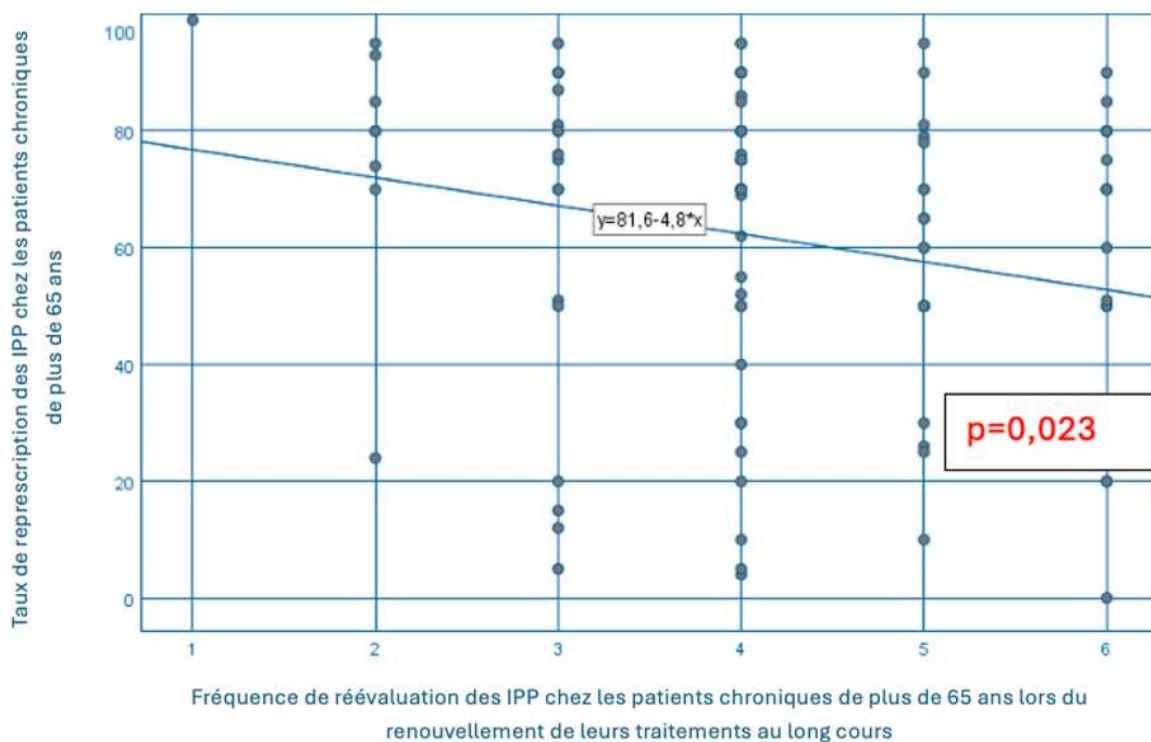


Figure 12 : régression linéaire entre réévaluation des IPP et la represcription des IPP.

On note également une association significative entre le **manque de temps** et la réévaluation des IPP : plus les médecins manquent de temps et moins ils réévaluent leur intérêt sur les ordonnances (**pente négative à - 0,4 et $p < 0,001$**).

Enfin, les dernières variables significatives sont en lien avec l'**information** donnée aux patients. De façon cohérente, les médecins qui ont tendance à informer les patients sur les effets indésirables des IPP (**$p < 0,001$**) et leur durée recommandée (**$p < 0,001$**) réévaluent d'avantage leur présence sur les ordonnances des patients de plus de 65 ans.

III. Analyses multivariées

Une modélisation par régression multiple a été réalisée avec comme variable dépendante la réévaluation de prescription des IPP chez les patients chroniques de plus de 65 ans lors du renouvellement de leurs traitements au long cours.

Les variables explicatives incluses dans le modèle sont le genre, l'âge, le statut (remplaçant ou installé), le mode d'exercice (rural ou urbain), l'influence du prix des IPP, la represcription par manque de temps, l'information des effets indésirables, l'information de la durée recommandée et la connaissance de la fiche HAS.

Le modèle retrouve 3 variables significativement associées à la réévaluation de prescription des IPP sur les ordonnances présentées dans le tableau suivant :

Tableau 5 : modèle de régression multivariée.

Variable	Pente	Significativité
Information sur la durée recommandée	Positive (+0,22)	0,002
Represcription par manque de temps	Négative (-0,29)	0,002
Information sur les effets indésirables	Positive (+0,23)	0,004

Une relation négative significative a été observée entre la **contrainte de temps et la réévaluation des IPP**, indiquant que la fréquence de réévaluation diminue à mesure que le temps disponible des médecins diminue. Enfin, les informations données sur les **effets indésirables (p=0,004) et la durée recommandée des IPP (0,002)** renforcent la probabilité d'une réévaluation optimale.

DISCUSSION

I. Choix de la méthode

Le lien vers un questionnaire en ligne a été la méthode choisie pour sa facilité de diffusion.

Ce lien a été envoyé par mail aux MSU de la Faculté de Médecine et Maïeutique de l'Université Catholique de Lille.

Il a également été relayé sur le réseau social Facebook, sur des groupes de médecins remplaçants et installés.

II. Limites et biais

L'étude étant menée au travers d'un questionnaire en ligne, il existe un **biais de sélection**.

Cette étude présente également un **biais d'échantillonnage** au travers d'une population jeune et féminine surreprésentée.

Le questionnaire menant une évaluation de pratiques des médecins, il peut exister un **biais de désirabilité sociale** c'est-à-dire une tendance à répondre de manière favorable et moins représentative de la réalité.

On peut aussi mettre en avant un potentiel **biais de confusion** en raison de l'oubli de certaines variables qui pourrait fausser les associations entre variables mises en évidence. A posteriori, il a été reconnu que la variable « fréquence d'arrêt de

prescriptions des IPP » aurait été pertinente pour évaluer si la réévaluation conduit effectivement à l'arrêt du traitement lorsque celui-ci est jugé indiqué.

Un autre **biais de confusion** potentiel est le déséquilibre de répartition des MSU, ces derniers étant tous installés. L'effet attribué au statut « installé » versus « remplaçant » sur la réévaluation ou la represcription des IPP pourrait en réalité être partiellement lié au fait que les MSU, par leur rôle pédagogique et leur responsabilité dans la formation des étudiants, adoptent des pratiques plus rigoureuses ou plus conformes aux recommandations.

Du fait de la nature transversale de l'étude, il n'est pas possible d'affirmer une relation causale. Seules des **associations corrélatives** peuvent être relevées.

L'échantillon a atteint le **nombre de sujets suffisant** pour obtenir la précision estimée de notre critère de jugement principal. Un échantillon plus grand aurait pu apporter plus de puissance, nécessaire pour objectiver d'autres différences dans la population.

L'absence de définition précise des termes utilisés, tels que « souvent » ou « très souvent », pourrait avoir induit un **biais de compréhension** chez les participants. Une clarification de ces termes aurait pu modifier les réponses obtenues.

III. Forces de l'étude

L'échantillonnage effectué a permis d'obtenir la précision nécessaire et a mis en évidence de nombreuses corrélations entre les variables.

L'étude s'intéresse à un **sujet de santé publique d'actualité**. La place des IPP sur les ordonnances des patients chroniques de plus de 65 ans participe à la **polymédication**, au risque de survenu **d'effets indésirables** et **d'interactions médicamenteuses**.

La represcription injustifiée des IPP n'est pas seulement un enjeu médical, elle soulève également une **question écologique**. Chaque comprimé produit contribue à une empreinte carbone, engendrant consommation d'énergie et des émissions polluantes tout au long de sa fabrication, distribution et élimination. Dans le contexte actuel de réchauffement climatique, il devient donc crucial de limiter la production aux besoins réels de la population.

Leur prescription représente également un **coût significatif pour l'Assurance Maladie**, limitant ainsi la possibilité d'allouer ces ressources à d'autres sujets de santé.

IV. Analyse des résultats

L'étude comportait 103 participants avec une majorité de femmes (65%, sex ratio à 0,52) et une moyenne d'âge de 38 ans $\pm$ 13 ans. La population était donc relativement **jeune** et composée de **femmes** faisant écho à la démographie actuelle de la profession médicale :

- dans l'ensemble, la population médicale en activité a rajeuni au cours de ces treize dernières années : l'âge moyen des médecins actifs était de 49,9 ans au 1er janvier 2025, contre 51,1 ans au 1er janvier 2012.
- la profession s'est également féminisée : la part des femmes est passée de 41% à 50% sur la même période (35).

Il y avait autant de médecins installés que remplaçants et de médecins ayant une activité rurale qu'urbaine. En d'autres termes, l'échantillon de l'étude présente un bon équilibre, limitant ainsi les biais liés au statut professionnel ou à la localisation géographique et facilitant des comparaisons fiables entre ces groupes.

L'analyse univariée révèle une consommation non négligeable d'IPP chez les patients de plus de 65 ans, dont un tiers en reçoit de manière prolongée. Ce constat apparaît paradoxal si l'on considère les déclarations des médecins généralistes, puisque 75 % déclarent réévaluer « souvent », « très souvent » voire « toujours » les IPP.

De plus, les résultats mettent en évidence une tendance nette à la represcription : trois médecins sur quatre renouvellent les IPP dans un cas sur deux, et un médecin sur deux les represcrit dans 70 % des cas. Ces données font écho à un autre travail de thèse réalisé en 2024 montrant que la surprescription des IPP persiste et que le renforcement de la formation et des aides à la déprescription est nécessaire (36).

Cette discordance entre discours et pratiques traduit probablement la difficulté à transformer l'intention de réévaluer ce traitement en actes concrets de déprescription. D'autant que les critères d'arrêt semblent bien connus des praticiens, avec des proportions allant de 50 % à 90 % déclarant interrompre le traitement de manière adaptée. Toutefois, l'absence d'un calcul du taux réel d'arrêt des prescriptions manque à cette analyse.

Dans l'ensemble, ces données suggèrent l'existence de freins persistants, qu'ils soient organisationnels, relationnels ou liés à l'incertitude clinique, qui entravent une réévaluation optimale des IPP. Ainsi, malgré une bonne connaissance théorique des recommandations, un décalage important persiste entre les pratiques déclarées et les pratiques réalisées, contribuant au maintien d'un taux élevé de represcription chez les sujets âgés.

Cette thèse n'avait pas pour but de mettre en avant les possibles freins mais une autre thèse sur l'évaluation des pratiques et des connaissances des médecins généralistes réalisée en 2022 semble en avoir identifié. Parmi eux figurent le manque de temps, la crainte de survenue d'un syndrome de sevrage, la crainte d'un conflit avec le patient, le manque de connaissances en pharmacologie ou le manque d'outils à la déprescription (39).

L'analyse bivariée réalisée a permis de mettre en évidence les critères encadrant une bonne réévaluation. Les médecins plus âgés réévaluent significativement davantage les IPP ($p = 0,04$), tout comme les médecins installés ($p = 0,006$). Une des explications possibles pourrait être la relation de confiance installée entre les médecins âgés/installés et leurs patients, favorisant leur réévaluation et leur potentiel arrêt.

Aussi, plus les médecins ont une patientèle consommant des IPP et moins ils ont tendance à les réévaluer ($p=0,022$) : la familiarité avec ce traitement peut créer une forme d'inertie clinique, où le suivi actif de la nécessité de poursuivre le traitement est moins systématique.

La difficulté de réévaluation s'explique principalement par une absence d'information aux patients sur les effets indésirables et les durées recommandées ($p<0,001$), ainsi que par le manque de temps ($p<0,001$). Les médecins ne délivrant pas d'information sur la durée recommandée des IPP sont susceptibles de moins réévaluer les traitements par IPP. Cela paraît expliqué par le manque de temps consacré à la réévaluation de ce traitement lors de la consultation. La fréquence des represcriptions étant étroitement liée au rythme de réévaluation, il est possible de supposer qu'elles étaient davantage pratiquées par les médecins plus jeunes, exerçant en tant que remplaçants, suivant un nombre élevé de patients déjà sous IPP, et confrontés à un manque de temps.

Dans la modélisation multivariée, le statut et l'âge des médecins n'apparaissent pas comme des facteurs significatifs, ce qui suggère qu'ils pourraient agir comme variables confondantes. En revanche, le temps disponible et les informations délivrées sur les effets indésirables et la durée recommandée des IPP semblent influencer la réévaluation de prescription des IPP. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les médecins plus âgés connaissent mieux leurs patients et disposent de davantage de temps pour réévaluer les traitements, favorisant ainsi un suivi plus organisé. Le lien de confiance avec le médecin favorise l'adhésion au changement, mais il est plus fragile lors d'un remplacement.

Les croyances des patients, issues de la crainte d'une rechute et d'un attachement au traitement, compliquent la déprescription, et exigent un temps dont les remplaçants disposent rarement.

Les patients méconnaissent souvent les effets secondaires des IPP (car peu symptomatiques et non reliés de manière intuitive à ces médicaments). Cela peut renforcer leur confiance en leur traitement et les empêcher de remettre en cause la pertinence de cette prescription.

Les médecins ont pleinement conscience de l'importance de la déprescription et considèrent l'information du patient comme un de leurs rôles principaux.

Toutefois, le manque de temps limite cette démarche, ce qui pourrait justifier l'intérêt de campagnes de sensibilisation portées par l'Assurance Maladie, à l'image de celles déjà menées sur les antibiotiques ou la vaccination. Ces campagnes pourraient porter sur les mésusages des IPP, ciblant leurs principaux effets secondaires et leur durée recommandée, afin de sensibiliser la population à cette classe médicamenteuse. Cela pourrait faciliter leur déprescription.

CONCLUSION

Cette étude, menée auprès de 103 médecins généralistes, avait pour objectif d'analyser la réévaluation et la represcription des IPP chez les patients de plus de 65 ans. Elle met en évidence une consommation importante et prolongée d'IPP chez les patients de plus de 65 ans, malgré la réévaluation déclarée par la majorité des praticiens. En effet, la réévaluation apparaît comme une pratique déclarée fréquente (75 % « souvent » ou plus), principalement motivée par l'absence d'indication claire, l'amélioration clinique ou la présence d'effets indésirables. Elle est favorisée par l'âge et le statut d'installation du médecin, la connaissance de la fiche HAS ainsi que l'information délivrée aux patients, mais freinée par le manque de temps et le nombre de patients sous IPP.

La represcription reste élevée (61 % en moyenne), particulièrement chez les médecins réévaluant moins les IPP.

Cette nette tendance à la represcription traduit également un décalage entre intentions et pratiques réelles, confirmant la persistance d'une surprescription déjà décrite dans la littérature malgré les connaissances des médecins sur les recommandations.

Ces résultats suggèrent l'existence de freins à la réévaluation des prescriptions, notamment le manque de temps, les difficultés de communication et les croyances des patients, soulignant l'intérêt de campagnes de sensibilisation ciblées.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. MACAIGNE (Montfermeil) G, AYGALLENQ (Grasse) P. IPP : du bon usage à la connaissance des effets secondaires – FMC-HGE [Internet]. FMC-HGE. 2024 [cité le 22 août 2025]. Disponible sur : <https://www.fmcgastro.org/texte-postu/postu-2024/ipp-du-bon-usage-a-la-connaissance-des-effets-secondaires/>
2. Bavishi C, DuPont HL. Systematic review: the use of proton pump inhibitors and increased susceptibility to enteric infection. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. 2011 Oct 17;34(11-12):1269–81. [cité 22 août 2025] Disponible sur : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdfdirect/10.1111/j.1365-2036.2011.04874.x>
3. Perception pour le compte du Réseau Français des Centres Régionaux de Pharmacovigilance. Inhibiteurs de la pompe à proton, des médicaments pas si anodins... - RFCRPV [Internet]. RFCRPV. 2018 [cité 17 déc 2024]. Disponible sur : <https://www.rfcrpv.fr/inhibiteurs-de-pompe-a-proton-medicaments-anodins/>
4. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), en liaison avec la Haute Autorité de santé (HAS) et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM). Accueil - Base de données publique des médicaments [Internet]. Gouv.fr. 2024. [cité 17 déc 2024]. Disponible sur : <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/>
5. Masson E. La dispensation des inhibiteurs de la pompe à protons en pratique [Internet]. EM-Consulte. 2025 [cité 3 janv 2025]. Disponible sur : <https://www.em-consulte.com/article/169032/la-dispensation-des-inhibiteurs-de-la-pompe-a-prot>
6. Masson E, KORWIN J-D. Action des inhibiteurs de la pompe à protons sur la sécrétion gastrique acide : mécanismes, effets des traitements au long cours [Internet]. EM-Consulte. 2021 [cited 2025 Sep 12]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1437729/action-des-inhibiteurs-de-la-pompe-a-protons-sur-l>
7. Masson E. Toxicité des inhibiteurs de la pompe à protons [Internet]. EM-Consulte. 2021 [cité 3 janv 2025]. Disponible sur : <https://www.em-consulte.com/article/1446753/toxicite-des-inhibiteurs-de-la-pompe-a-protons>
8. Nuagelab. L'optimisation du traitement du RGO à l'aide d'IPP passe par la maîtrise de la production d'acide gastrique durant chaque 24 heures - The Medical Xchange [Internet]. The Medical Xchange. 2013 [cité 3 janv 2025]. Disponible sur : <https://themedicalxchange.com/fr/2013/06/11/semaine-des-maladies-digestives-ddw-de-2013-2/>
9. Assurance Maladie. PRESCRIPTION DES INHIBITEURS DE LA POMPE A PROTONS (IPP) PER OS [Internet]. 2019. [cité 1 avr 2025]. Disponible sur: https://www.omedit-grand-est.ars.sante.fr/system/files/2019-10/IPP_VD_sans%20TDC.pdf

10. Haute Autorité de Santé. Bon usage des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) - RECOMMANDER LES BONNES PRATIQUES [Internet]. [cité 3 janv 2025]. Disponible sur : https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-09/fiche_bum_-_bon_usage_des_inhibiteurs_de_la_pompe_a_protons_ipp.pdf
11. Masson E. Inhibiteurs de la pompe à protons [Internet]. EM-Consulte. 2025 [cité 3 janv 2025]. Disponible sur : <https://www.em-consulte.com/article/716899/inhibiteurs-de-la-pompe-a-protons>
12. Collégiale des Universitaires en Hépatogastroentérologie (CDU-HGE). Cours en ligne officiels R2C HGE – CDU HGE [Internet]. CDU HGE. 2022 [cité 3 janv 2025]. Disponible sur : <https://www.cours-officiels-r2c-hge.fr/documents/271-reflux-gastro-oesophagien-chez-le-nourrisson-chez-lenfant-et-chez-ladulte-hernie-hiatale/>
13. Groupe d'études français des hélicobacter (GEFH). Recommandations de prise en charge de l'infection à Helicobacter pylori en 2021 pour les hépatogastro-entérologues [Internet]. 2021. Disponible sur : <https://www.helicobacter.fr/wp-content/uploads/2021/03/Fiche-HP-specialistes-2021.pdf>
14. Assurance Maladie. Dossier de presse – Chiffres-clés du médicament – Caisse nationale de l'Assurance Maladie; 2024 Nov 14 [cité 2025 Sep 12]. Caisse nationale de l'Assurance Maladie. 2024. Disponible sur https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/20241114_DP%20m%C3%A9dicaments.pdf
15. LASSALLE M, DUMARCET N, DRAY-SPIRA R. Utilisation des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), Étude observationnelle à partir des données du SNDS, France, 2015. [Internet]. 2018. Disponible sur : https://www.epi-phare.fr/app/uploads/2020/04/EPI-PHARE_2018_utilisation_IPP.pdf
16. Assurance Maladie. Focus IPP chez la personne âgée – Mémo Assurance Maladie . PRESCRIPTION D'INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS chez la personne de 65 ans et plus [Internet]. 2022. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/Focus_IPP%20chez%20la%20personne%20agee%20-%20Memo%20Assurance%20Maladie.pdf
17. Masson E. Évaluation des pratiques de prescription des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) chez la personne âgée au regard des recommandations AMM et hors AMM : focus en cardiogériatrie [Internet]. EM-Consulte. 2025 [cited 2025 Sep 12]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1562215/evaluation-des-pratiques-de-prescription-des-inhib>
18. Faucher É. Évaluation des pratiques de prescription des inhibiteurs de la pompe à protons en soins primaires ambulatoires. Étude quantitative transversale descriptive menée par observation des médecins maîtres de stage en situation réelle de soins par les internes de phase socle, en 2021 en Aquitaine (étude AQUIPP). Cnrsfr [Internet]. 2022 Jul 8 [cited 2025 Sep 12];81. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03736222>
19. HUSTACHE-FOSTER MC. ANALYSE DES PRESCRIPTIONS D'INHIBITEURS DE LA POMPE A PROTONS CHEZ LES PERSONNES AGEES EN MILIEU

- HOSPITALIER [Internet]. 2007. Disponible sur : https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01485599v1/file/2007GRE17012_hustache-foster_claire%281%29%28D%29_SO_version_diffusion.pdf
20. Scarpignato C, Gatta L, Zullo A, Blandizzi C, SIF-AIGO-FIMMG Group, Italian, Society of Pharmacology, the Italian Association of Hospital Gastroenterologists, and the Italian Federation of General Practitioners. Effective and safe proton pump inhibitor therapy in acid-related diseases - A position paper addressing benefits and potential harms of acid suppression. *BMC Med*.
 21. Seite F, Delelis-Fanien AS, Valero S, Pradère C, Poupet JY ., Ingrand P, et al. Prescription des inhibiteurs de la pompe à protons en gériatrie. *La Revue de Médecine Interne* [Internet]. 2008 Nov 27;29:S327. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0248866308009818?via%3Dihub>
 22. Haastrup PF, Thompson W, Søndergaard J, Jarbøl DE. Side Effects of Long-Term Proton Pump Inhibitor Use: A Review. *Basic Clin Pharmacol Toxicol*. août 2018;123(2):114-21.
 23. Oh S. Proton pump inhibitors Uncommon adverse effects [Internet]. 2011 Sep. Disponible sur : <https://www.racgp.org.au/getattachment/764b224b-0066-421a-88bd-f5f42feed952/Proton-pump-inhibitors.aspx>
 24. Yang YX, Lewis JD, Epstein S, Metz DC. Long-term Proton Pump Inhibitor Therapy and Risk of Hip Fracture. *JAMA*. 27 déc 2006;296(24):2947-53.
 25. Bajaj JS, Zadvornova Y, Heuman DM, Hafeezullah M, Hoffmann RG, Sanyal AJ, et al. Association of proton pump inhibitor therapy with spontaneous bacterial peritonitis in cirrhotic patients with ascites. *Am J Gastroenterol*. mai 2009;104(5):1130-4.
 26. Eom CS, Jeon CY, Lim JW, Cho EG, Park SM, Lee KS. Use of acid-suppressive drugs and risk of pneumonia: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can*. 22 févr 2011;183(3):310-9.
 27. Bavishi C, DuPont HL. Systematic review: the use of proton pump inhibitors and increased susceptibility to enteric infection. *Aliment Pharmacol Ther*. 2011;34(11-12):1269-81.
 28. Martin RM, Dunn NR, Freemantle S, Shakir S. The rates of common adverse events reported during treatment with proton pump inhibitors used in general practice in England: cohort studies. *Br J Clin Pharmacol*. oct 2000;50(4):366-72.
 29. Trifan A, Stanciu C, Girleanu I, Stoica OC, Singeap AM, Maxim R, et al. Proton pump inhibitors therapy and risk of *Clostridium difficile* infection: Systematic review and meta-analysis. *World J Gastroenterol*. 21 sept 2017;23(35):6500-15.
 30. Niklasson A, Lindström L, Simrén M, Lindberg G, Björnsson E. Dyspeptic symptom development after discontinuation of a proton pump inhibitor: a double-blind placebo-controlled trial. *Am J Gastroenterol*. juill 2010;105(7):1531-7.

31. Haenisch B, von Holt K, Wiese B, Prokein J, Lange C, Ernst A, et al. Risk of dementia in elderly patients with the use of proton pump inhibitors. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. août 2015;265(5):419-28.
32. Rebrein M, Politi F, Correard F, Bouyahia D, Honoré S, Villani P, et al. Et si on arrêta les IPP chez le sujet âgé ? *Pharm Clin*. 1 juin 2024;59(2):e144.
33. Masson E. Connaissances et attitudes des médecins généralistes à l'égard des effets indésirables des inhibiteurs de la pompe à protons [Internet]. EM-Consulte. 2025 [cited 2025 Sep 16]. Disponible sur: <https://www.emconsulte.com/article/1365147/alertePM>
34. Mati E, Mioux L, Ollagnier G, Waissi A, Benzerdjeb N, Messaoudi K, et al. How could proton pump inhibitors de-prescription be managed in geriatric long-term care? *Thérapie*. 2024;79(6):699-708.
35. Prescrire Rédaction. Arrêt d'un traitement par inhibiteur de la pompe à protons. Quelques repères pour proposer une diminution contrôlée des doses. *Rev Prescrire*. juin 2022;42(464):452-4.
36. Meynard C. Surprescription des IPP en médecine générale [Internet]. 2024. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04567513v1/file/th%C3%A8se%20IPP%20good%20-%20Copie-1.pdf>
37. C. Duvette , V. Bertholle , Goubier-Vial , M.-A. Lepine, M. Chuzeville, E. Jean-Bart. Évaluation des pratiques de prescription des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) chez la personne âgée au regard des recommandations AMM et hors AMM : focus en cardiogériatrie
38. ROUQUIER- DEQUIDT E. Évaluation des pratiques et des connaissances des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais concernant les inhibiteurs de la pompe à protons [Internet]. [cited 2022 Oct 21]. Disponible sur : https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2022/2022ULILM442.pdf
39. BUVAL É. Évaluation des freins à la déprescription des inhibiteurs de la pompe à protons en médecine générale [Internet]. 2022. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03769071v1/document>
40. Haute Autorité de Santé. Les IPP restent utiles mais doivent être moins et mieux prescrits. Disponible : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3213773/fr/les-ipp-restent-utiles-mais-doivent-etre-moins-et-mieux-prescrits

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire diffusé

État des pratiques sur le renouvellement des inhibiteurs de la pompe à proton (IPP) par les médecins généralistes installés et remplaçants en ambulatoire du Nord et du Pas-de-Calais chez les patients de plus de 65 ans, étude quantitative.

Bonjour, je suis Ylona BLANCHARD, interne en médecine générale à Lille.

Dans le cadre de ma thèse, intitulée « État des pratiques sur le renouvellement des inhibiteurs de la pompe à proton (IPP) par les médecins généralistes installés et remplaçants en ambulatoire du Nord et du Pas-de-Calais chez les patients de plus de 65 ans », je réalise une étude quantitative encadrée par le Dr AMMEUX.

L'objectif de l'étude est d'évaluer la pratique des médecins généralistes installés et remplaçants quant à la réévaluation des IPP au long cours chez les plus de 65ans.

Ce questionnaire s'adresse donc aux médecins installés et remplaçants ayant un exercice ambulatoire dans le Nord et dans le Pas-de-Calais.

Si vous remplissez ces critères, je vous invite à compléter ce questionnaire d'une durée d'environ 5 min, dont les réponses sont anonymes et utilisées uniquement dans le cadre de ce travail de thèse.

Je vous remercie par avance pour votre participation.

Cordialement,
BLANCHARD Ylona

1/ Vous vous définissez comme :

- ☐ Une femme
☐ Un homme
☐ Autre

Autre :

2/ Quel âge avez-vous ?

20 100

3/ Êtes-vous

Remplaçant

Installé

4/ Êtes-vous MSU

Oui

Non

5/ Quel est votre mode d'exercice principal :

Rural

Urbain

6 / Selon vous, quel pourcentage des patients chroniques de plus de 65 ans que vous suivez prennent des IPP ? (en %)



7/ Réévaluez-vous la prescription des IPP chez les patients chroniques de plus de 65 ans lors du renouvellement de leurs traitements au long cours ?

1	2	3	4	5	6
Jamais			Toujours		

8/ Quand arrêtez-vous les IPP chez ces patients ?

Amélioration clinique

Absence d'amélioration clinique malgré IPP

Apparition d'effets indésirables

Fin de la durée recommandée du traitement

Absence d'indication claire lors de la réévaluation

Demande du patient

Autre

Autre :

9/ Le prix des IPP influence-t-il votre décision lors de leur represcription ?

1	2	3	4	5	6
Jamais			Toujours		

10/ Dans votre pratique, à combien estimez-vous le taux de represcription des IPP chez vos patients de plus de 65 ans? (en %)



11/ Vous arrive-t-il de represcrire les IPP par manque de temps ?

1	2	3	4	5	6
Jamais			Toujours		

12/ Informez-vous ces patients des effets indésirables des IPP lors de leur renouvellement ?

1	2	3	4	5	6
Jamais			Toujours		

13/ Informez-vous ces patients de la durée recommandée des IPP ?

1	2	3	4	5	6
Jamais			Toujours		

14/ Connaissez-vous la fiche de bon usage des IPP réalisée par la HAS ?

Oui
Non

Annexe 2 : Fiche de bon usage des IPP HAS

FICHE**Bon usage des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)**

Validée par le Collège le 8 septembre 2022

L'essentiel

- En instauration ou en renouvellement, un IPP n'est pas toujours pertinent.
- Prévention de l'ulcère gastroduodéal (UGD) : associer un IPP aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) uniquement s'il existe des facteurs de risque de complications digestives.
- Reflux gastro-œsophagien (RGO) : le traitement initial est de 4 semaines. La poursuite du traitement est rarement justifiée, notamment chez les sujets âgés polymédiqués¹.

Un contexte d'usage massif et de mésusage important

En 2019, plus de 16 millions de Français, soit environ un quart de la population, ont été traités par un IPP. Plus de la moitié des usages ne serait pas justifiée. Ces traitements sont souvent prescrits de manière trop systématique ou pour des durées trop longues. [Dans ce contexte, la commission de la transparence a confirmé l'intérêt du maintien du remboursement](#) de ces médicaments dans le cadre de leur AMM mais a rappelé qu'ils doivent être mieux et moins prescrits.

Prévention de l'ulcère gastroduodéal

Les IPP sont prescrits inutilement dans 80 % des cas en prévention des lésions gastroduodénales dues aux AINS chez des patients non à risque de complications gastroduodénales.

La coprescription d'IPP et d'AINS en prévention n'a d'intérêt qu'en présence de facteurs de risque et n'est justifiée que dans les situations suivantes :

- personnes âgées de 65 ans et plus ;
- antécédent d'ulcère gastrique ou duodéal (dans ce cas une infection à *H. pylori* doit être recherchée et traitée) ;
- association à un antiagrégant plaquettaire (notamment l'aspirine à faible dose et le clopidogrel) et/ou un corticoïde et/ou un anticoagulant (tout en rappelant que ces associations doivent de principe être évitées).

Les IPP doivent être interrompus en même temps que le traitement par AINS.

Les IPP sont également inutiles pour prévenir les complications digestives des AAP/anticoagulants (sans AINS) chez les patients ayant un faible risque de complication (pas d'antécédents d'UGD ou d'hémorragie digestive haute notamment).

1. Une fiche mémo élaborée par la CNAM aborde spécifiquement la « prescription d'inhibiteurs de la pompe à protons chez la personne de 65 ans et plus ».

Reflux gastro-œsophagien

Instaurer un traitement : 4 semaines maximum, uniquement en cas de pyrosis, brûlures gastriques post-prandiales ou régurgitations acides

Rappel sur les doses d'IPP dans le traitement symptomatique initial du RGO (sans œsophagite) de l'adulte :

- demi-dose pour ésomeprazole, lansoprazole, pantoprazole et rabéprazole ;
- pleine dose pour oméprazole.

L'intérêt des IPP n'est pas justifié par des données cliniques solides chez l'adulte :

- en cas de « pyrosis fonctionnel » ;
- pour le soulagement de manifestations extradigestives isolées, telles que symptômes ORL, toux chronique, asthme ou douleurs thoraciques d'origine non cardiaque (si un RGO n'est pas documenté, les IPP ne doivent pas être prescrits comme traitement d'épreuve ou test thérapeutique).

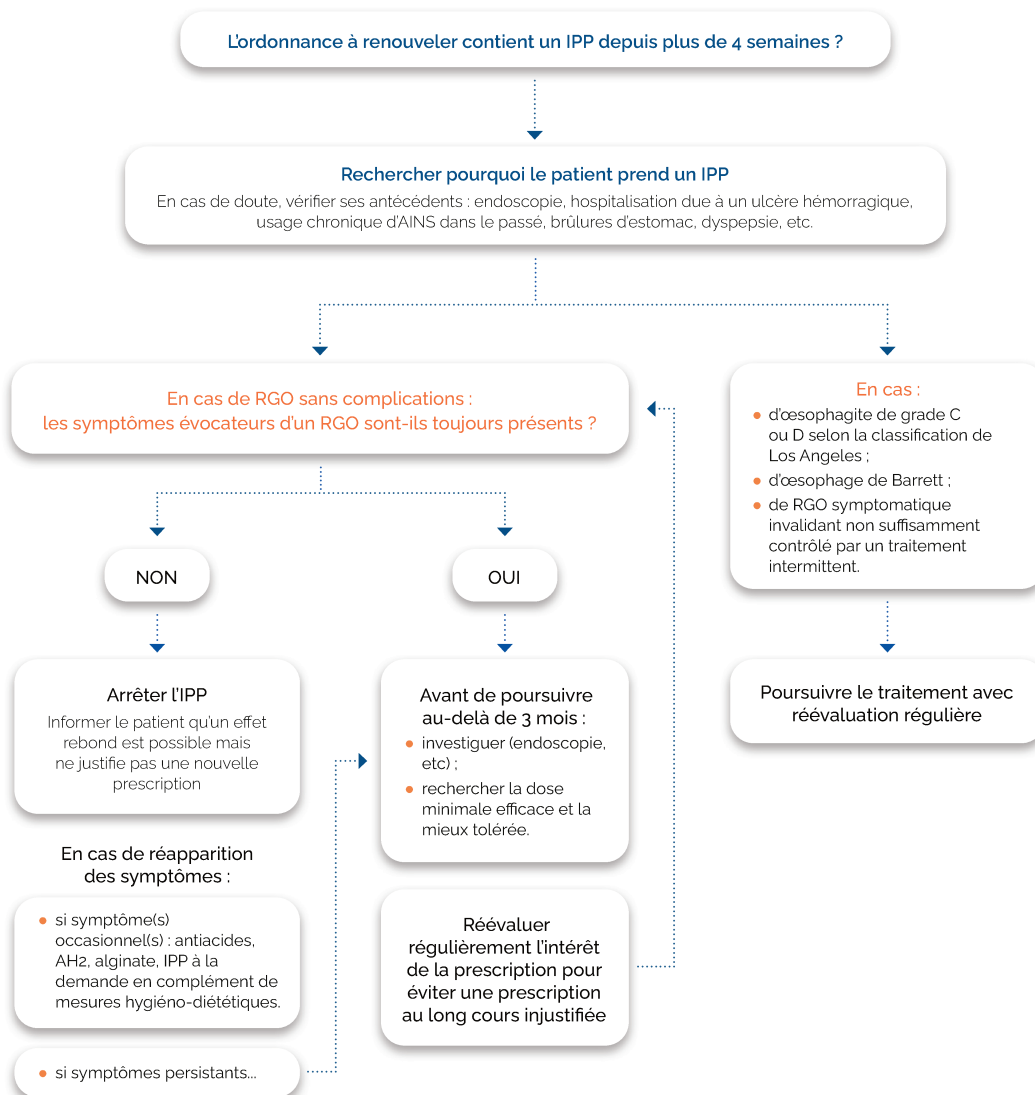
La grande majorité des nourrissons ayant des régurgitations a un reflux gastro-œsophagien non pathologique qui ne relève pas d'un traitement par IPP, selon les données cliniques. La prescription d'un IPP doit être réservée aux nourrissons âgés de plus de 1 mois et aux enfants ayant un RGO persistant et gênant, s'accompagnant de complications ou survenant sur un terrain particulier, si possible après avis spécialisé. Si les vomissements sont récurrents, une recherche étiologique est nécessaire.

Renouveler un traitement : une réévaluation régulière s'impose

Un traitement au long cours par IPP est très rarement justifié. Il expose à un risque iatrogénique lié à la polymédication, en particulier chez les sujets âgés. Toute prescription d'un IPP doit faire l'objet d'une réévaluation de son intérêt (efficacité, qualité de vie, recherche des effets indésirables et interactions médicamenteuses).

La prise en charge au long cours dépend de l'étiologie et de l'évolution de la symptomatologie. Le caractère chronique de la maladie peut justifier des traitements prolongés (voir arbre de déprescription des IPP en cas de RGO chez l'adulte ci-après).

Arrêter un traitement : quand et comment déprescrire un IPP dans le RGO chez l'adulte ?



Le conseil pharmaceutique lors de la dispensation en pharmacie de ville est important pour prendre en compte les interactions médicamenteuses, les effets indésirables, la justification d'un traitement prolongé en l'absence d'avis médical. Une coordination entre le prescripteur et le pharmacien est indispensable. L'information du patient pour obtenir son adhésion doit être recherchée pour le succès de l'arrêt de l'IPP.

Ce document a été élaboré à partir des données de l'AMM, des études disponibles et de l'ensemble des avis de la transparence : Bon usage des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)

Toutes nos publications sont téléchargeables sur www.has-sante.fr

AUTEUR : Nom : BLANCHARD

Prénom : Ylona

Date de Soutenance : 7 octobre 2025

Titre de la Thèse : État des pratiques sur le renouvellement des inhibiteurs de la pompe à protons par les médecins généralistes installés et remplaçants en ambulatoire du Nord et du Pas-de-Calais chez les patients chroniques de plus de 65 ans, étude quantitative.

Thèse - Médecine - Lille 2025

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + spécialité : Médecine Générale

Mots-clés : IPP, réévaluation, represcription, recommandation, déprescription

Résumé :

Contexte : Les inhibiteurs de la pompe à protons sont une classe thérapeutique largement prescrite en médecine générale, particulièrement chez les patients âgés de plus de 65 ans. Ces traitements figurent sur des ordonnances au long cours renouvelées malgré des recommandations strictes de la HAS quant à leurs indications. Quelle est la pratique des médecins généralistes installés et remplaçants quant à la réévaluation des IPP au long cours chez les plus de 65 ans ? Quel est le taux de represcription et quels sont les facteurs qui l'influencent ?

Méthode : Étude quantitative et observationnelle transversale réalisée via un questionnaire informatisé transmis aux médecins remplaçants et installés dans le Nord (59) et dans le Pas-de-Calais (62).

Résultats : 103 médecins ont participé. Les IPP étaient prescrits chez un tiers des patients chroniques âgés de plus de 65 ans. 75% des médecins déclaraient réévaluer régulièrement, et 50% mentionnaient les critères d'arrêt. La represcription restait fréquente (61%). 50% des médecins prescrivaient par manque de temps, et 75 % sans tenir compte du prix. La réévaluation était corrélée à l'âge du praticien ($p=0,04$), au statut installé ($p=0,006$), à la connaissance de la fiche HAS ($p=0,015$), au manque de temps ($p<0,001$), à la proportion de la patientèle sous IPP ($p=0,022$) et aux informations délivrées aux patients (durée et effets indésirables ($p<0,001$)). La represcription était liée à la fréquence de réévaluation du traitement par IPP ($p=0,023$).

Conclusion : La réévaluation des IPP reste partielle et la represcription fréquente, surtout chez les jeunes et les remplaçants, tandis que les médecins installés et plus âgés réévaluent davantage. Ce processus est limité par le manque de temps en consultation et par le défaut d'informations délivrées aux patients favorisant la represcription. Une relation médecin-patient de confiance semble favoriser la réévaluation des IPP. Une campagne par l'Assurance Maladie auprès des patients sur les mésusages médicamenteux pourrait faciliter leur déprescription.

Composition du Jury :

Président :

Monsieur le Professeur Sébastien DHARANCY

Assesseur :

Madame le Docteur Sabine BAYEN

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Franck AMMEUX