



Faculté de médecine

Année 2021

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Virginie VERNA

Née le 4 novembre 1992 à Vitry-sur-Seine (94)

Inhibiteurs de la pompe à protons au long cours : quelle est la représentation des patients ?

Présentée et soutenue publiquement le **jeudi 9 décembre 2021** devant un jury composé de :

Président du Jury :

Professeur Jean-Pierre LEBEAU, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :

Professeur Driffa MOUSSATA, Gastro-entérologie, Faculté de Médecine – Tours

Professeur Gilles PAINAUD, Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Alain AUMARECHAL, Médecine Générale – Vendôme

Directeur de thèse : Docteur Cécile RENOUX, Médecine Générale, MCU, Faculté de Médecine – Tours

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESEURS

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*

Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*

Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr Patrick VOURC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972

Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON

Pr Gilles BODY

Pr Jacques CHANDENIER

Pr Philippe COLOMBAT

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Pascal DUMONT

Pr Dominique GOGA

Pr Gérard LORETTE

Pr Dominique PERROTIN

Pr Roland QUENTIN

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – P. COSNAY – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel.....	Immunologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora.....	Pharmacologie clinique
BERHOUEZ Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne.....	Cardiologie
BERNARD Louis.....	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique.....	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe.....	Anatomie
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague.....	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan.....	Médecine intensive – réanimation
FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand.....	Gériatrie
FOUQUET Bernard.....	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle.....	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
GRUEL Yves.....	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine.....	Médecine intensive – réanimation
GUYETANT Serge.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier.....	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis.....	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice.....	Physiologie
LABARTHE François.....	Pédiatrie
LAFFON Marc.....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude.....	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent.....	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François.....	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie

MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénérologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophthalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénérologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénérologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien Soins palliatifs || POTIER Alain | Médecine Générale |
| ROBERT Jean | Médecine Générale |

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine Anglais |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra	Médecine interne
BARBIER Louise	Chirurgie digestive
BINET Aurélien	Chirurgie infantile
BISSON Arnaud	Cardiologie (CHRO)
BRUNAUT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo	Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas	Cardiologie
DENIS Frédéric	Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure	Hépatologie – gastroentérologie
FAVRAIS Géraldine	Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
GUILLOIN-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HOARAU Cyrille.....	Immunologie
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien.....	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine.....	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
PARE Arnaud.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille.....	Médecine légale
ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte.....	Thérapeutique
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl.....	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
NICOGLU Antonine.....	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile.....	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

BARBEAU Ludivine.....	Médecine Générale
ETTORI-AJASSE Isabelle.....	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOUILLEUX Fabrice.....	Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 - ERL CNRS 7001
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERREUR Julie.....	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR CNRS 1069
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille.....	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'École d'Orthophonie

DELORE Claire.....	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie.....	Praticien Hospitalier

Pour l'École d'Orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....	Orthoptiste
SALAME Najwa.....	Orthoptiste

Pour l'Éthique Médicale

BIRMELE Béatrice.....	Praticien Hospitalier
-----------------------	-----------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A ma directrice de thèse, le Docteur Cécile RENOUX

Un grand merci de m'avoir accompagnée tout au long de ce travail. Votre partage et nos échanges ont été très précieux à mes yeux.

A Monsieur le Professeur Jean-Pierre LEBEAU

Je te remercie de me faire l'honneur d'accepter de présider ce jury de thèse. Nos échanges lors des debriefs au cours de mon SASPAS et maintenant sur le « pas de la porte » sont très enrichissants.

A Madame le Professeur Driffa MOUSSATA

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter de juger ce travail. Soyez assurée de ma profonde considération.

A Monsieur le Professeur Gilles PAINAUD

Je vous prie de recevoir toute ma reconnaissance pour avoir accepté de juger ce travail.

A Monsieur le Docteur Alain AUMARECHAL

Un grand merci pour ton partage et ta confiance tout au long de ma formation. J'ai pu apprendre beaucoup à tes côtés entre le niveau 1, le SASPAS et actuellement comme médecin adjoint. Je t'en suis reconnaissante !

A Madame le Docteur Valérie MOLINA

Je te remercie pour nos échanges et mes escapades chez vous « à la campagne », rythmant mes années d'internat.

A toutes les personnes que j'ai croisées lors de ma formation de Montargis à Orléans, autour d'un café ou lors des consultations, un grand merci !

Une spéciale dédicace à l'**équipe dynamique du « cabinet Courtiras »**, vous m'avez accueillie et grâce à vous je grandis de jour en jour, quelle belle aventure !

A ma famille « **les cinq doigts de la main** », toujours présente à mes côtés

A ma maman, merci pour ces moments de partage, de complicité lors de nos gourmands « tea-time »

Un grand merci pour ta relecture et tes conseils tout au long de la rédaction de mon travail

A mon papa, merci pour ces moments « vitaminés » qui m'ont permis de m'évader ; ta sagesse et tes conseils me sont très précieux

Un grand merci à mes 2 frères, Fernando et Aurélien, grands par la taille et par leurs cœurs, j'apprends beaucoup à vos côtés.

Merci à Paloma, Aurélien et Julien pour votre aide dans la mise en page de mon travail

A « la mia nonna » « il mio nonno » grazie mille !!!

A mon pépé, merci pour ton partage, ton sourire

A toutes les étoiles qui veillent sur moi (my grandfather, Babette) et une pensée toute particulière pour toi, « ma mémé Laurette », une femme courageuse, discrète et généreuse

A mes ami(e)s toujours présent(e)s à mes côtés, à nos fous rires, nos soirées karaokés passées et à venir...

A toutes les personnes qui ont œuvré autour de ce travail

A mes patients

« Le chemin est aussi important que le but à atteindre » P. Coelho

RESUME

Titre : Inhibiteurs de la pompe à protons au long cours : quelle est la représentation des patients ?

Introduction : Une consommation importante d'inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), hors des indications d'autorisation de mise sur le marché, est souvent constatée en France. La représentation des patients sur leurs IPP pourrait être un frein à leur arrêt. L'objectif de cette étude était d'explorer la représentation des patients sur l'IPP qui leur était prescrit depuis plus d'un an et leur éventuel arrêt.

Méthode : Etude qualitative dans une approche par analyse interprétative phénoménologique auprès de quatorze patients majeurs prenant un IPP depuis plus d'un an.

Résultats : Les patients avaient une représentation positive de l'IPP. Trois profils de patients prenant un IPP au long cours ont émergé de l'analyse. Un premier profil où les patients considéraient l'IPP comme un médicament obligatoire, avec une prise continue et un arrêt inenvisageable. Un deuxième profil où les patients géraient la prise de leur IPP afin de soulager leurs symptômes. Un troisième profil où les patients respectaient une « prescription médicale » avec une prise continue et un arrêt possible après discussion avec leur médecin.

Discussion et conclusion : La prise en compte de la représentation des patients concernant leur IPP pourrait être utile au cours de la réévaluation de leur ordonnance. Le repérage d'un des trois profils par le médecin pourrait être une étape-clef permettant d'amorcer une démarche de déprescription.

Mots-clés : inhibiteurs de la pompe à protons, prescription au long cours, patients, représentation

ABSTRACT

Title: Long-term proton pump inhibitor treatment: What are the patients' perceptions?

Introduction: A high use of proton pump inhibitors (PPIs), out of the indications of marketing authorisation is often observed in France. Patients' perceptions on their PPIs could be a barrier to the withdrawal of treatment. The aim of this study was to explore the patients' perceptions on their PPIs which were prescribed to them for more than a year and a possible withdrawal of their treatment.

Method: Qualitative study in an interpretative phenomenological approach of fourteen adult patients taking a proton pump inhibitor for more than a year.

Results: The patients had positive perceptions of PPIs. Three profiles of patients taking a long-term PPI treatment emerged from the analysis. A first profile includes patients who considered PPI treatment as mandatory, with a continuous taking of it and an unthinkable withdrawal. A second profile includes patients who managed to cope with PPI treatment to relieve their symptoms. A third profile includes patients who complied with the doctor's prescription, continued to take the PPI treatment, and would likely discontinue it after discussion with their doctor.

Discussion and conclusion: It could be useful to consider the patients' perceptions on their PPI treatment during the reassessment of their prescription. The doctor's identification of one of the three profiles could be a key-step allowing the deprescribing process.

Keywords: proton pump inhibitors, long-term prescription, patients, perceptions

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	11
METHODE	13
RESULTATS	14
DISCUSSION	23
CONCLUSION	26
BIBLIOGRAPHIE	27
ANNEXES	29
ANNEXE 1 : FICHE DE BONNE PRATIQUE ET BON USAGE (OMEDIT)	29
ANNEXE 2 : LETTRE A DESTINATION DES PHARMACIENS DE VILLE	31
ANNEXE 3 : LETTRE DE PRESENTATION AUX PARTICIPANTS.....	32
ANNEXE 4 : LETTRE D'INFORMATION DE LA RECHERCHE	33
ANNEXE 5 : GUIDE D'ENTRETIEN	35
ANNEXE 6 : QUESTIONNAIRE.....	37
ANNEXE 7 : AVIS ETHIQUE	38

INTRODUCTION

En 1987, la commercialisation du premier inhibiteur de la pompe à protons (IPP), l'oméprazole, a révolutionné la prise en charge des pathologies digestives hautes. En effet, les données pharmacologiques et cliniques avaient montré une supériorité antisécrétoire des IPP par rapport aux inhibiteurs des récepteurs H₂ à l'histamine (1). Les IPP inhibent la sécrétion d'acide chlorhydrique par les cellules pariétales de l'estomac en bloquant l'enzyme H⁺/K⁺ ATPase.

En 2015, près d'un quart de la population française a utilisé un IPP obtenu sur prescription médicale (2). D'après le rapport de la Commission des Comptes de la Sécurité Sociale d'octobre 2009, 15% des IPP seraient prescrits hors indication de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) et représenteraient 150 millions d'euros de remboursements par la Sécurité Sociale. Les IPP étaient au troisième rang des dépenses de l'Assurance Maladie en 2006, après les traitements liés à l'hypertension artérielle et les statines (3).

Face à ces prescriptions injustifiées responsables de dépenses importantes de Santé Publique, la Haute Autorité de santé (HAS) a mis à disposition une fiche de bon usage des IPP en 2009. Les trois indications principales sont rappelées : le traitement du reflux gastro-œsophagien (RGO) et de l'œsophagite par RGO, la prévention et le traitement des lésions gastroduodénales dues aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) chez les patients à risques, l'éradication d'*Helicobacter pylori* et le traitement des ulcères gastroduodénaux (4). Devant l'enjeu économique, la HAS insistait sur l'absence de différence d'efficacité et de tolérance entre les IPP, et la nécessité d'une prescription médicale observant la plus stricte économie. De plus, les IPP étaient souvent prescrits à 100% alors qu'ils étaient peu fréquemment liés au traitement d'une affection de longue durée (5).

Cette surprescription d'IPP pourrait être liée à un sentiment de sécurité thérapeutique (une bonne tolérance et peu d'effets indésirables à court terme) (6). Pourtant de nombreuses études observationnelles rétrospectives rapportaient des effets indésirables dans les prises prolongées d'IPP. Malgré des résultats pas toujours concordants, il semble justifié d'en tenir compte devant la surconsommation de cette

classe thérapeutique et les dépenses de Santé Publique importantes engendrées. Parmi les effets indésirables retrouvés dans les prises prolongées d'IPP sont notés une augmentation du risque de fractures osseuses, des infections digestives notamment à *Clostridium difficile*, des infections pulmonaires, des troubles métaboliques (hypomagnésémie, déficit en vitamine B12), un risque de néphrite interstitielle aiguë et d'insuffisance rénale chronique (7–9).

Pour illustrer ces propos, la co-prescription d'un antiagrégant plaquettaire et d'un IPP régulièrement retrouvée en pratique sur les ordonnances de traitement chronique peut être prise comme exemple. Il n'existe actuellement pas de recommandation systématique à cette co-prescription. D'après l'étude observationnelle à partir des données du Système National des Données de Santé, cette co-prescription était retrouvée chez 400 000 sujets en 2015 (2). Dans la littérature scientifique, les études sur l'efficacité des antiagrégants plaquettaires lors de la prise concomitante d'un IPP étaient discordantes (8). De plus, une interaction médicamenteuse probable avec le Clopidogrel a été mise en évidence justifiant l'éviction de cette association (10).

Des aides pratiques à la déprescription sont diffusées, comme les fiches de bonne pratique et de bon usage mises en place par l'observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (OMEDIT) du Centre Val de Loire (Annexe 1). Elles sont mises à la disposition des professionnels de santé mais aucune recommandation validée n'a été publiée. Par ailleurs, il a été mis en évidence un effet rebond à l'arrêt de l'IPP pouvant être responsable d'une difficulté d'interruption de celui-ci (11).

Des études explorant les connaissances qu'ont les patients sur leurs médicaments ont montré qu'ils en avaient une image plutôt délétère concernant leur système digestif (12). Les médicaments soulageant les douleurs d'estomac étaient souvent considérés comme de bons médicaments (13). Cette représentation pourrait être un frein supplémentaire à l'arrêt des IPP. Aucune étude récente centrée sur la représentation qu'ont les patients ambulatoires sur les IPP n'a été retrouvée dans la littérature. L'objectif de cette étude était d'explorer la représentation des patients sur l'IPP qui leur était prescrit depuis plus d'un an et leur éventuel arrêt.

METHODE

Une étude qualitative dans une approche par analyse interprétative phénoménologique a exploré le ressenti des patients ayant en commun le vécu d'une prescription chronique d'un IPP de plus d'un an.

Un échantillon raisonné homogène a été constitué en recrutant des patients majeurs, capables de comprendre et de s'exprimer en français, prenant un IPP depuis plus d'un an (possibilité d'une modification de la posologie ou du nom de la molécule au cours de l'année).

Les patients ne devaient pas présenter de troubles cognitifs majeurs. En pratique, ils devaient être autonomes dans la gestion et la prise de leurs médicaments.

Le recrutement des patients a été fait par les pharmaciens dans trois officines de ville, situées dans les départements du 37 et du 41.

Les pharmaciens ont été contactés par l'enquêteur afin de leur remettre une lettre de présentation de l'étude (Annexe 2). Le pharmacien a ensuite remis aux patients répondant aux critères une lettre d'information (Annexe 3). Les coordonnées des patients acceptant de participer à l'étude ont été récupérées régulièrement auprès des pharmaciens. Après un premier contact téléphonique où l'enquêteur se présentait, une rencontre était proposée. Les entretiens se sont tenus au domicile des patients.

En début d'entretien, un formulaire d'opposition à l'utilisation des données de santé pour la recherche a été remis aux participants (Annexe 4).

Un guide d'entretien avec des questions ouvertes a été élaboré (Annexe 5). Il comportait une question dite « brise-glace » à propos des médicaments présents sur l'ordonnance du patient avant de l'interroger sur son IPP. Ce guide a évolué au cours des entretiens et s'est enrichi des données issues du codage.

Un questionnaire de recueil des caractéristiques des patients a été rempli avec l'aide du patient à la fin de l'entretien (Annexe 6).

Les entretiens ont été enregistrés sur un dictaphone. Ils ont été intégralement retranscrits sur un fichier Word®, avec anonymisation et destruction des enregistrements après retranscription. Les retranscriptions n'ont pas été soumises à relecture par les participants.

Après chaque entretien, les impressions et les observations de l'enquêteur ont été rédigé dans un carnet de bord (fichier Word®). Les échanges avec la directrice de thèse y ont également été notés.

La triangulation des analyses a été assurée par une analyse des entretiens et un échange sur le codage avec la directrice de thèse.

Le recueil de données et l'analyse se sont fait en parallèle, dans une démarche itérative. Cette analyse a été initialement centrée sur chaque entretien qui a été exploré en profondeur. Dans un second temps, une analyse de l'ensemble des entretiens a été réalisée afin de faire émerger des catégories conceptuelles communes.

Cette étude a été enregistrée auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés sous le n° 2020_043. Le comité Espace de Réflexion Ethique Région Centre Val de Loire a donné un avis favorable à la conduite de cette étude (n° 2020 031, le 11/06/2020) (Annexe 7).

RESULTATS

Quatorze entretiens ont été conduits entre juin 2020 et janvier 2021. Trois participants n'avaient pas répondu à l'appel téléphonique de l'enquêteur, ni repris contact à la suite du message vocal laissé. Un entretien a dû être annulé devant un cas contact Covid-19 chez ce patient. Un seul entretien (E9) a été fait par téléphone sous la demande de la personne. Deux patients (E9 et E13) ont été recrutés par effet boule de neige. E10 et E11 ont été interrogé au cours d'un même entretien.

Les caractéristiques des participants et des entretiens sont détaillées dans le tableau 1.

Entretien - Durée	Date d'entretien	Age	Sexe (H/F)	Profession	Situation maritale	Lieu de vie	Antécédents médicaux	Ordonnance	FOGD
E1 - 35 min	23-juin-20	77 ans	F	Employé de bureau (retraite)	Mariée	Ville	AVC; HTA	Temerit; Cotareg; Kardegic; Eupressyl; Oméprazole 20mg	Non
E2 - 41 min	21-juil.-20	64 ans	F	Ouvrier (retraite)	Mariée	Campagne	PTG; arthrose; hernie hiatale; vertiges	Piroxicam; Doliprane; Esomeprazole 20mg X 2/J ; Flixotide; Tanganil	Oui
E3 -20 min	21-juil.-20	85 ans	F	Ouvrier (retraite)	Veuve	Ville	DT2; anémie; HTA; dyslipidémie	Losartan/Hydrochlorothiazide; Tardyferon; Atorvastatine; Esomeprazole 20mg ; Novomix; Novorapid; Stagid	Oui
E4 - 25 min	8-sept.-20	75 ans	F	Agricultrice (retraite)	Mariée	Campagne	hernie hiatale; HTA; diverticules	Esomeprazole 40mg ; Hydrochlorothiazide	Oui
E5 - 22 min	15-sept.-20	71 ans	H	Employé de bureau (retraite)	Marié	Ville	Helicobacter pilory; DT2; HTA	Metformine; Detensiel; Amlodipine; Adenuric; Mopral 20mg ; Paracétamol	Oui
E6 -19 min	15-sept.-20	25 ans	H	Ouvrier	Concubinage	Ville	migraine	Pantoprazole 40mg ; Doliprane; Ketoprofène	Non
E7 - 47 min	22-sept.-20	76 ans	H	Cadre (retraite)	Marié	Ville	HTA; EBO	Lansoprazole 15mg ; Telmisartan	Oui
E8 - 34 min	27-oct.-20	77 ans	H	Agriculteur (retraite)	Marié	Ville	Cardiopathie ischémique; HTA; HBP; ulcère digestif	Aspegic; Rosuvastatine; Perindopril/Indapamide; Amlodipine; Alfuzosine; Kestinlyo; Oméprazole 20mg ; Paracétamol; Allopurinol; Naratriptan; Gaviscon	Oui
E9 - 41 min	14-nov.-20	24 ans	F	Employé de bureau	Concubinage	Ville	gastrite	Lansoprazole 30mg ; Gaviscon; pilule	Oui
E10 - 61 min	19-janv.-21	64 ans	F	Ouvrier (retraite)	Mariée	Campagne	allergie saisonnière; tremblements sans étiologie	Esomeprazole 40mg ; Gaviscon; Bilaska	Oui
E11 - 61 min	19-janv.-21	68 ans	H	Ouvrier (retraite)	Marié	Campagne	DT2; polypes digestifs	Repaglinide; Inexium 20mg ; Gaviscon	Oui
E12 - 51 min	23-janv.-21	54 ans	H	Cadre	Marié	Ville	DT2; dyslipidémie; agénésie vésiculaire; béance du cardia	Metformine; Janumet; Simvastatine; Omeprazole 20mg	Oui
E13 - 50 min	23-janv.-21	28 ans	F	Enseignante	Concubinage	Ville	gastroparésie	Oméprazole 20mg ; Gaviscon; pilule	Oui
E14 - 26 min	31-janv.-21	60 ans	F	Infirmière (retraite)	Mariée	Ville	hernie hiatale; HTA; dépression	Oméprazole 20mg ; Candesartan; Paroxetine; Uvedose; Paracétamol	Oui

Tableau 1 – Caractéristiques des participants et des entretiens

F : femme, H : homme, AVC : accident vasculaire cérébral, HTA : hypertension artérielle, PTG : prothèse totale genou, DT2 : diabète de type 2, EBO : endobrachyoesophage, HBP : hypertrophie bénigne prostate, FOGD : fibroscopie œsogastroduodénale

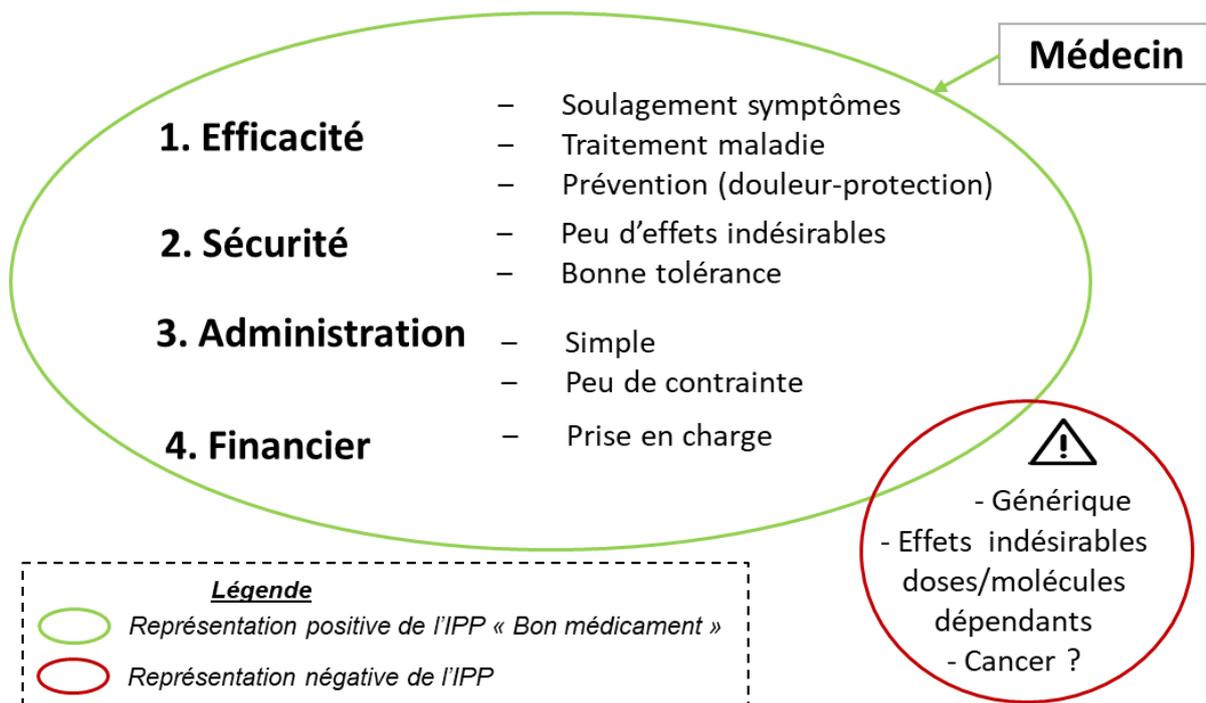


Figure 1 – Représentation des patients sur l'inhibiteur de la pompe à protons pris au long cours

L'IPP, un « bon médicament » ...

Les patients avaient une représentation positive de leur IPP : « *c'est vraiment un traitement qui me convient tout à fait, qui me réussit tout à fait* » (E14), « *le médicament remplit complètement son rôle* » (E12). L'IPP était associé à l'estomac : « *l'inexium, c'est pour l'estomac* » (E2).

L'image positive de l'IPP était liée à son efficacité. L'IPP soulageait les symptômes des patients. Ces symptômes, principalement digestifs, étaient récidivants et douloureux : « *un bloc de ciment là et qui m'appuyait sur l'estomac et ça me pèse, c'est difficile à expliquer mais c'est extrêmement désagréable* » (E14), « *c'étaient des douleurs absolument terribles* » (E13). Ils étaient responsables d'une altération de la qualité de vie des patients : « *ça m'a pris tout l'après-midi du coup je suis partie plus tôt du travail mais j'ai pas travaillé de tout l'après-midi parce que je me tortillais dans tous les sens* » (E9).

L'IPP était perçu comme le traitement le plus efficace des remontées acides, une référence : « *c'est vachement bien comme truc (IPP), c'est mieux que le maalox ou que le gaviscon* » (E7). Il rassurait les patients devant des symptômes vécus comme angoissants. La proximité anatomique du cœur et de l'estomac était source d'inquiétude pour les patients : « *j'ai même peur de faire une crise cardiaque car ça remonte dans la poitrine* » (E9). Il protégeait des effets néfastes des autres médicaments : « *l'estomac, il en prend un coup avec l'anti inflammatoire* » (E2), « *c'est un complément pour pas que j'ai mal d'estomac, parce que sinon avec tout ce que je prends là (il désigne son ordonnance) vous voyez un peu la liste* » (E8).

Les patients décrivaient peu d'effets indésirables sous IPP : « *j'ai pas eu de machin secondaire, moi, je le prends sans problème et je pense que ça me soigne* » (E3). Ils avaient peu d'inquiétude concernant la prise de leur IPP. Ce sentiment de sécurité était conforté par la prise de ce traitement depuis des années : « *ça fait au moins vingt ans que je suis sous oméprazole* » (E12), la tolérance du corps aux médicaments : « *moi je suis tellement habituée à celui-là* » (E2), et par l'efficacité de leur IPP.

L'IPP était facile à prendre : « *là j'ai des antibiotiques, au lieu de le prendre (IPP) le matin, je l'ai pris à midi. Ça ne dérange personne même qu'on peut le prendre n'importe quand. On prend un verre d'eau, ça ne pose aucun problème.* » (E3).

Un autre aspect positif de l'IPP était sa prise en charge par l'Assurance Maladie : « *J'ai commencé à aller à la pharmacie pour avoir des médicaments pour les brûlures et ça faisait effet mais ça revenait à trop cher (...) une boîte de Bianacid il y en avait 40, 45 dans la boîte et ça me prenait une semaine et ça coûte déjà 11,5 euros la boîte, ça fait cher ! C'est pas remboursé* » (E6).

Cette représentation positive de l'IPP par les patients était renforcée par le discours de leur médecin : « *pour lui (médecin) c'était un des meilleurs médicaments pour ce que j'avais* » (E4).

... Avec parfois quelques limites

Un patient évoquait d'une part la crainte d'effets indésirables liés à la prise de l'IPP pendant de nombreuses années : « *si tu prends longtemps des inhibiteurs pompe à protons tu as plus de chance d'avoir un cancer de l'œsophage* » (E7) et d'autre part le risque de ne pas prendre d'IPP : « *en fait de pas en prendre (IPP) favoriserait l'inflammation et le cancer de l'œsophage, à long terme les gens qui ont des acidités gastriques, tu vas vers l'ulcère ou même des proliférations des cellules résistantes à l'acidité donc un cancer type cancer œsophagien* » (E7).

Les effets indésirables rapportés étaient doses-dépendants : « *A 20mg en général ça va. Les effets je n'en ai quasiment aucun ; mais si je passe, par exemple en période de fête, là je suis passée à 40mg par jour, j'en prenais le matin et le soir, et au bout de 3,4 jours j'ai tout de suite difficulté à m'endormir, réveils nocturnes avec une incapacité à se rendormir rapidement et dès que je réduis la dose d'oméprazole, les symptômes, enfin ça s'en va* » (E13).

Un effet indésirable à court terme sous ésoméprazole a été rapporté « *j'ai commencé à avoir des troubles de la mémoire mais plus particulièrement des troubles de l'orientation* » (E12). Cet effet indésirable n'a pas empêché le patient de poursuivre avec un autre IPP et n'avait pas modifié l'image positive de l'IPP.

Les patients étaient très attachés à la molécule prescrite par leur médecin en restant fidèles à leur prescription d'origine. Le changement de nom ou le passage à un générique était mal vécu : « *les génériques, ils disent que c'est la même molécule, mais moi je me demande* » (E4).

Trois profils différents de patients

L'analyse des résultats a fait émerger trois profils de patients prenant un IPP sur de nombreuses années.

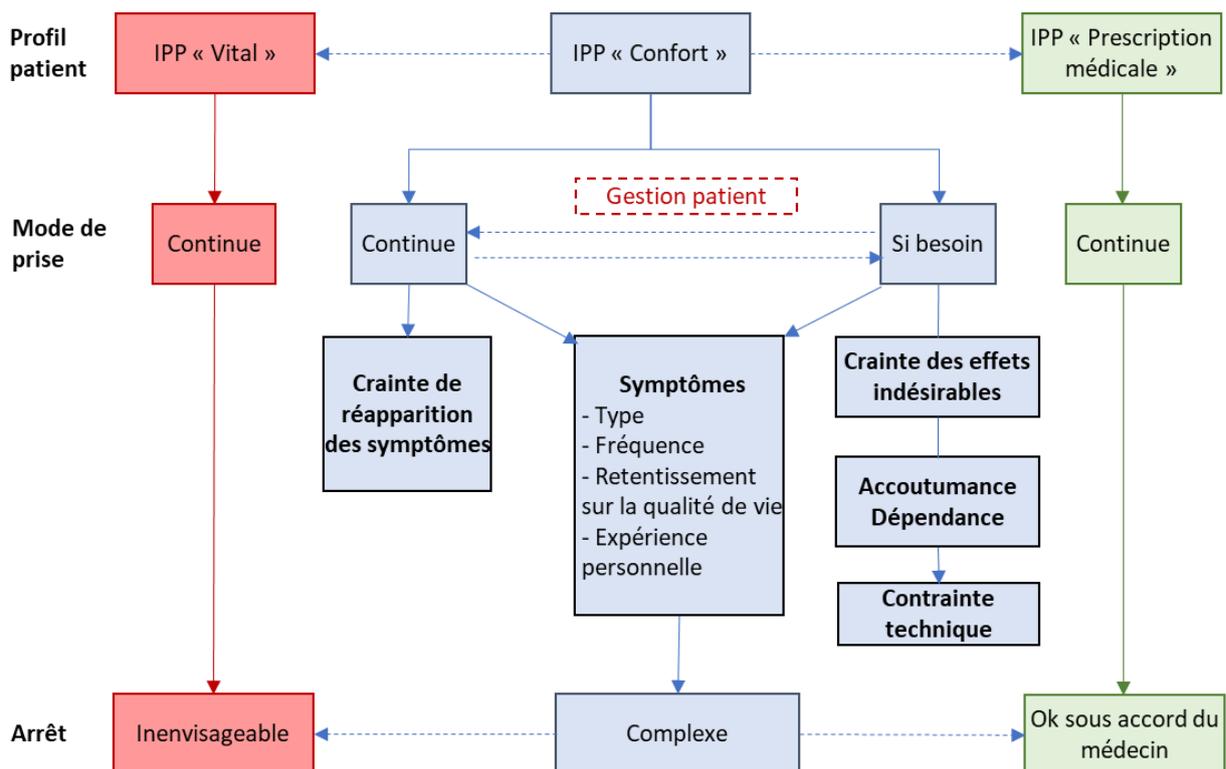


Figure 2 – Profils de patients prenant un inhibiteur de la pompe à protons au long cours

1^{er} profil : l'IPP est un médicament obligatoire, voire « vital »

L'IPP était considéré comme un médicament indispensable : « *pour moi il est indispensable à 100%, je ne peux pas ne pas l'avoir.* » (E13), et qui maintient en vie : « *donc ce médicament est indispensable pour moi, perso, c'est une question de vie ou de mort* » (E3).

Cette représentation « vitale » de l'IPP faisait écho :

- à une expérience personnelle éprouvante : « *j'ai arrêté de prendre l'ésoméprazole, suite à ça il a fallu que je sois hospitalisée puisque je perdais du sang* » (E3).
- à une pathologie chronique avec des symptômes digestifs invalidants : « *si je ne l'ai pas, ce seraient des douleurs, je m'en taperais la tête dans les murs* » (E13).
- à une crainte d'avoir des maladies graves : « *il m'a conseillé de prendre de façon continue de l'oméprazole (...) pour éviter les remontées d'acidité gastrique dans l'œsophage qui pourraient entraîner des inflammations, qui, si elles ne sont pas soignées, peuvent entraîner des ulcères et s'ils ne sont pas soignés, peuvent se dégrader et puis entraîner des cancers ou des tumeurs* » (E12).

L'IPP était pris tous les jours en continu : « *je peux oublier ma simvastatine, je pourrais oublier mon médicament du diabète mais je n'oublierai pas mon oméprazole* » (E12), « *c'est un traitement à vie* » (E14).

L'arrêt de l'IPP était inenvisageable : « *pour moi c'est impensable de ne pas pouvoir le prendre* » (E13) et pourrait être source de conflit avec le médecin : « *Si demain il (médecin) me disait je vous propose de l'arrêter (...) je me fâcherai avec lui* » (E12), « *je changerai de médecin* » (E3).

2^{ème} profil : l'IPP apporte un soulagement des symptômes, un « confort »

L'objectif de l'IPP était de soulager les douleurs et d'apporter du confort au patient. C'était un médicament antalgique : « *l'inexium, le doliprane et le piroxicam parce que pour les douleurs c'est ceux-là les plus importants* » (E2). L'utilisation quotidienne d'IPP était très souvent justifiée par la présence d'une « hernie hiatale » permanente et par l'aggravation des douleurs au fil des années : « *je pense que plus on vieillit, plus on a des problèmes gastriques* » (E10).

L'alimentation, le stress, la prise de médicaments et les activités quotidiennes favorisaient les douleurs et par conséquent, participaient à la prise prolongée des IPP.

L'IPP remplissait complètement son rôle ; il améliorait le quotidien des patients. Le patient gérait le plus souvent la prise de son IPP, sans avoir recours au médecin : « *quand je sais que je vais manger des trucs acides et bien, je ne le coupe pas (inexium 20), je le mets entier mon cachet* » (E4), « *c'est moi qui fais ma médecine moi-même* » (E1). Les patients avaient besoin d'avoir à portée de main leur IPP. Ils avaient peur d'en manquer : « *j'aimais bien en avoir d'avance (...) si ça me prend le week-end d'avoir quelque chose sous la main, c'est pour ça que je m'organise* » (E1).

Le mode de prise des IPP variait selon les patients entre une prise continue et une prise en « si besoin ». Le mode de prise dépendait de plusieurs facteurs, dont leurs symptômes. Face à des symptômes fréquents, générant de l'angoisse « *j'ai cru que j'allais m'étouffer tellement que ça remontait* » (E4), la prise de l'IPP était continue. La crainte de la réapparition des douleurs à l'arrêt de l'IPP favorisait une prise continue : « *on pourrait faire un essai de l'arrêter mais je ne suis pas chaude parce que j'ai trop peur d'avoir mal* » (E2).

Au contraire, la prise de l'IPP en « si besoin » rassurait les patients sur le risque d'effets indésirables liés à la prise prolongée d'un traitement : « *j'y pense je ne vais pas prendre sans arrêt un machin qui te bloque quand même l'acidité gastrique* » (E7), « *bombe à retardement (...) et les conseils que j'ai vus c'est de s'en passer, d'en prendre qu'en cas de nécessité mais de s'en passer quand on en a la possibilité aussi car ce n'est pas très bon* » (E1).

Devant la peur d'une dépendance, d'une accoutumance à leur IPP, les patients privilégiaient la prise en « si besoin » : « *je trouve ça ridicule de le prendre en continue parce qu'après on va être accro, le corps il va être, il s'adapte et arrivé un moment dans le temps il ne fera plus d'effet* » (E10).

L'observance de l'IPP était parfois difficile, ce qui amenait les patients à le prendre en « si besoin » : « *c'est assez contraignant de prendre un médicament tous les soirs et c'est un peu comme la pilule, je l'oublie* » (E9).

L'arrêt de l'IPP pouvait être envisagé à condition de trouver une solution aussi efficace. « L'opération » de la hernie hiatale était évoquée (E4). Certains patients essayaient des méthodes non médicamenteuses sans réelle efficacité : « *je prends du lait, je me gargarise* » (E7), « *au lieu de m'allonger directement juste après manger, je reste à table pendant un certain moment* » (E9).

3^{ème} profil : l'IPP est une prescription médicale

Les patients prenaient leur IPP quotidiennement en suivant scrupuleusement leur prescription médicale : « *je lui (au médecin) ai dit moi on me le donne, je le prends* » (E8).

L'IPP avait été introduit il y a plusieurs années à la suite d'un événement « *découverte d'Helicobacter pylori* », « *hospitalisation pour infarctus du myocarde* ».

Ce traitement était renouvelé par le médecin : « *ils (médecins) ne disent rien ! Ils vous collent ça et puis terminé* » (E8). Les patients avaient confiance dans les prescriptions de leur médecin et envisageaient un arrêt de l'IPP avec l'accord de ce dernier : « *si elle (médecin) devait me dire faut arrêter et bah on arrête* » (E5).

DISCUSSION

A propos des résultats

Une représentation positive de l'IPP

Dans notre étude, les patients interrogés avaient une représentation positive de leur IPP. Cette représentation positive est également retrouvée dans la littérature. Une étude qualitative de 1997, s'intéressant aux patients prenant un IPP, montrait déjà cette image positive de l'IPP notamment par son efficacité dans le soulagement des symptômes et la bonne tolérance de ce médicament (14). En 2019, au cours d'une étude cherchant à analyser l'adéquation des prescriptions d'IPP au long cours avec les recommandations, un questionnaire à destination des patients hospitalisés, a évalué leurs connaissances et leurs observances des IPP. Ces patients ont évalué le rapport bénéfice-risque de l'IPP comme très favorable (15). Cette représentation positive participe sûrement à la prise prolongée de l'IPP.

La notion d'une minimisation de la place des effets secondaires, voire une négation du lien médicament-effets secondaires lorsqu'un médicament est efficace, est retrouvée dans la littérature (16). Cette information amène donc une réflexion par rapport aux résultats de notre étude. Dans nos résultats, les IPP étaient de « bons médicaments » car jugés efficaces par les patients. Peu d'effets indésirables y étaient évoqués. L'efficacité des IPP influence-t-elle le sentiment de sécurité des patients ?

Chez les patients interrogés, la représentation positive de l'IPP était renforcée par l'échange avec leur médecin. Il est donc pertinent de s'intéresser à la représentation des médecins généralistes sur l'IPP. Plusieurs travaux ont montré que les médecins généralistes en avaient également une image positive et étaient les principaux prescripteurs (17,18). Cette image positive partagée entre le patient et le médecin peut renforcer l'observance du patient et la prescription au long cours par le médecin. La réévaluation de l'IPP lors de la réévaluation de l'ordonnance n'est peut-être pas une priorité pour le patient et le médecin, contrairement à d'autres médicaments.

Trois profils différents vis-à-vis de la prise de l'IPP

L'analyse de la représentation des patients sur leur IPP prescrit depuis plus d'un an et leur éventuel arrêt a donné des informations sur la manière dont le patient concevait sa maladie à travers son traitement. Notre étude fait émerger trois profils de patients prenant un IPP au long cours : 1^{er} profil « IPP vital », 2^{ème} profil « IPP confort » et 3^{ème} profil « IPP prescription médicale ».

La notion de médicaments obligatoires « vitaux » et de médicaments « analgésiques » est retrouvée dans la littérature ; l'IPP appartenant aux médicaments « analgésiques », soulageant le mal d'estomac (16). Cela peut se mettre en parallèle avec le 2^{ème} profil décrit dans notre étude. Les caractéristiques des symptômes et le retentissement dans le quotidien sont à prendre en compte dans la prescription de l'IPP et également dans la déprescription de celui-ci. Les mesures hygiéno-diététiques dans le traitement du RGO, présentées par la Société Nationale Française de Gastro-Entérologie, comme la perte de poids, le positionnement, l'éviction d'aliments et le tabac, pourraient être discutées avec le patient (19). Elles reposent sur des avis d'experts. Un travail de recherche a montré que les patients prenant un IPP ont abandonné les mesures hygiéno-diététiques ; la prise de l'IPP étant plus facile et efficace que la modification des habitudes de vie (14).

Le 1^{er} profil « IPP vital » n'est pas décrit dans la littérature. Le caractère « vital » de l'IPP justifie la prescription sur de longues années. La présence de ce profil peut nous amener à réfléchir à l'importance de la présentation de ce médicament par le médecin lors de son introduction. Il pourrait être intéressant de fixer une date d'arrêt de l'IPP dès la première prescription et de justifier l'indication de ce traitement.

Le 3^{ème} profil « prescription médicale » amène à réfléchir à l'indication de l'IPP et à la justification de la poursuite de ce traitement lors de la réévaluation de l'ordonnance. Une déprescription de l'IPP pourrait être envisagée chez les patients appartenant au 3^{ème} profil. Une étude récente réalisée en milieu hospitalier montrait qu'une majorité des patients se déclaraient prêts à arrêter leurs traitements par IPP si leurs médecins le leur proposaient (15). Le rôle du médecin prendrait donc toute son importance dans cette situation. Une étude de 2016 s'intéressant à la déprescription en médecine générale rapportait la méconnaissance des outils disponibles d'aide à la déprescription (20). L'algorithme de déprescription des IPP de 2017 selon les recommandations

canadiennes pourrait être une aide pour les médecins généralistes (21). Cet outil a déjà été utilisé lors d'une étude hospitalière (22). En médecine générale, cet outil pourrait être intéressant car il permet de réfléchir à l'utilisation de l'IPP à travers la question suivante : « pourquoi le patient prend-il un IPP ? ». Cependant, l'outil ne prend pas en compte la représentation et la connaissance du patient sur son IPP. Un travail récent explorant la façon dont les médecins généralistes abordaient la déprescription au cours des consultations a mis en avant l'importance de la communication et de la relation médecin-patient dans la décision d'arrêt d'un traitement (20).

Les forces et limites de l'étude

L'approche par analyse interprétative phénoménologique a exploré les expériences personnelles des patients concernant leurs IPP. Le recueil de données s'est fait au cours d'entretiens individuels. Ces entretiens individuels n'ont pas été réalisés « en ouvert », mais soumis à l'utilisation d'un guide d'entretien qui semblait plus accessible à un enquêteur novice. Ce guide d'entretien constitué de questions ouvertes, et une écoute active de l'enquêteur, ont permis aux patients de s'exprimer librement. L'échange et la relecture du premier entretien avec le directeur de thèse ont permis d'améliorer les entretiens suivants. Ces nombreux entretiens ont confirmé les hypothèses émergentes.

Face à une contrainte technique, un entretien a été fait en binôme chez un couple, ce qui a pu modifier leur discours. Des échanges de regards et des interactions verbales ont perturbé l'entretien ; néanmoins, les données recueillies étaient riches et les temps de parole ont été respectés.

L'entretien réalisé par téléphone a présenté des inconvénients. Il était difficile de respecter les silences, et l'analyse du non-verbal n'a pu être réalisé. L'entretien a pourtant duré 41 minutes et a été riche en informations.

Le recrutement des patients a pu être soumis à une certaine orientation par le pharmacien. Le recrutement à travers plusieurs pharmacies a permis de varier les autres caractéristiques de cette population (âge, genre...).

L'analyse des données a été entièrement réalisée par l'enquêteur, sous supervision du directeur de thèse. Le manque d'expérience de l'enquêteur a pu interférer dans le codage et son interprétation. Néanmoins, la conduite des entretiens par l'enquêteur a permis une interprétation plus juste et pertinente lors du codage et l'émergence des trois profils.

Perspectives

Au cours d'une réévaluation de l'ordonnance, la prise en compte de la représentation du patient concernant son IPP pourrait être utile dans la prescription et la déprescription de celui-ci. En effet s'intéresser à l'IPP permet d'obtenir des informations sur la représentation de la maladie et l'utilisation de l'IPP au quotidien. Le repérage d'un des trois profils pourrait être une étape-clef permettant d'amorcer une démarche de déprescription.

Il serait intéressant d'interroger les médecins généralistes des patients interrogés pour obtenir un regard croisé sur leurs représentations.

CONCLUSION

Ce travail a montré que les patients prenant un IPP au long cours en avaient une représentation positive, représentation principalement liée à son efficacité. Trois profils de patients prenant un IPP au long cours ont émergé. Un premier profil où l'IPP était considéré comme un médicament « obligatoire » justifiant une prise continue et dont l'arrêt est difficile. Un deuxième profil où l'IPP était vu comme un médicament soulageant les symptômes, avec une gestion du patient en fonction de ses symptômes et de son expérience personnelle. Un troisième profil regroupant les patients respectant une prescription médicale et où l'arrêt de l'IPP est envisageable.

BIBLIOGRAPHIE

1. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Recommandations de bonne pratique : Les antisécrétoires gastriques chez l'adulte. 2007.
2. Lassalle M, Dray-Spira R, Dumarcet N. Utilisation des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), étude observationnelle à partir des données du SNDS, France, 2015 [Internet]. 2018 déc [cité 17 janv 2020]. Disponible sur : <https://www.anism.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Pres-de-16-millions-de-personnes-ont-eu-une-prescription-d-inhibiteurs-de-la-pompe-a-protons-IPP-en-2015-en-France-Point-d-Information>
3. Caisse National de l'Assurance Maladie. Consommation et dépenses de médicaments : Comparaison des pratiques des pratiques françaises et européennes. 2007.
4. Haute Autorité de Santé. Bon usage du médicament : Les inhibiteurs de la pompe à protons chez l'adulte. 2009.
5. Caisse National de l'Assurance Maladie. Maîtrise des dépenses de santé : L'Assurance Maladie souhaite agir sur la consommation de médicaments anti-ulcéreux. 2006.
6. 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.* 09 2016;14(1):179.
7. Heidelbaugh JJ, Kim AH, Chang R, Walker PC. Overutilization of proton-pump inhibitors: what the clinician needs to know. *Ther Adv Gastroenterol.* 1 juill 2012 ;5(4):219-32.
8. Reinberg O. Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) : peut-être pas si inoffensifs que cela. sept 2015;11:1665-71.
9. Lazarus B, Chen Y, Wilson FP, Sang Y, Chang AR, Coresh J, et al. Proton Pump Inhibitor Use and the Risk of Chronic Kidney Disease. *JAMA Intern Med.* févr 2016;176(2):238-46.
10. Sanofi-Aventis B-MS. Courriers aux professionnels concernant la prise concomitante de Clopidogrel et d'IPP. 2009.
11. Reimer C, Søndergaard B, Hilsted L, Bytzer P. Proton-Pump Inhibitor Therapy Induces Acid-Related Symptoms in Healthy Volunteers After Withdrawal of Therapy. *Gastroenterology.* 1 juill 2009;137(1):80-87.e1.
12. Jonquet-Franchaud M, Levesque J-L, Pérault-Pochat M-C, Paccalin M, Burucoa C, Parthenay P, et al. Les patients de plus de soixante-cinq ans et la connaissance de leur traitement en médecine générale, conséquences sur la iatrogénie ? Lieu de publication inconnu, France; 2015.

13. Allenet B. Intégration des représentations de la personne âgée face à ses médicaments pour améliorer son observance. *J Pharm Clin.* sept 2005;24(3):175-9.
14. Boath EH, Blenkinsopp A. The rise and rise of proton pump inhibitor drugs: patients' perspectives. *Soc Sci Med* 1982. nov 1997;45(10):1571-9.
15. Gramont B, Bertoletti L, Roy M, Roblin X, Tardy B, Cathébras P. Utilisation et gestion des inhibiteurs de la pompe à protons : une étude observationnelle. *Use Manag Proton Pump Inhib Obs Study Engl.* 1 nov 2020;75(6):649-62.
16. Collin J. Observance et fonctions symboliques du médicament | Cairn.info. 2002;25(103):141-59.
17. Caraveo C, Barisic A-M. Prescriptions hors AMM des inhibiteurs de la pompe à protons chez l'adulte: croyances et représentations des médecins généralistes des Alpes-Maritimes. France; 2017. 91 p.
18. Marquet M. Etude des déterminants du renouvellement des inhibiteurs de la pompe à protons en médecine générale [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2019 [cité 29 mai 2021]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2685/>
19. Recommandations | SNFGE.org - Société savante médicale française d'hépatogastroentérologie et d'oncologie digestive [Internet]. [cité 15 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.snfge.org/recommandations>
20. Boufflet C. La déprescription en médecine générale chez le sujet âgé polymédiqué: expérience et opinion des médecins généralistes de Picardie [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie Jules Verne; 2016.
21. Farrell B, Pottie K, Thompson W, Boghossian T, Pizzola L, Rashid FJ, et al. Déprescrire les inhibiteurs de la pompe à protons: Lignes directrices de pratique clinique fondées sur les données probantes. *Can Fam Physician.* 1 mai 2017;63(5):e253-65.
22. Valette S, Dory A, Gourieux B, Weber J-C. Évaluation de l'implantation d'un processus de dé-prescription des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) à l'aide d'un algorithme au sein d'un service de médecine interne. *Rev Médecine Interne* [Internet]. 13 déc 2020 [cité 1 juin 2021]; Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0248866320308274>

Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)

S'assurer de la pertinence des prescriptions
Réduire la durée des traitements chroniques

Commission Gériatrie
 Mise à jour : Juin 2018

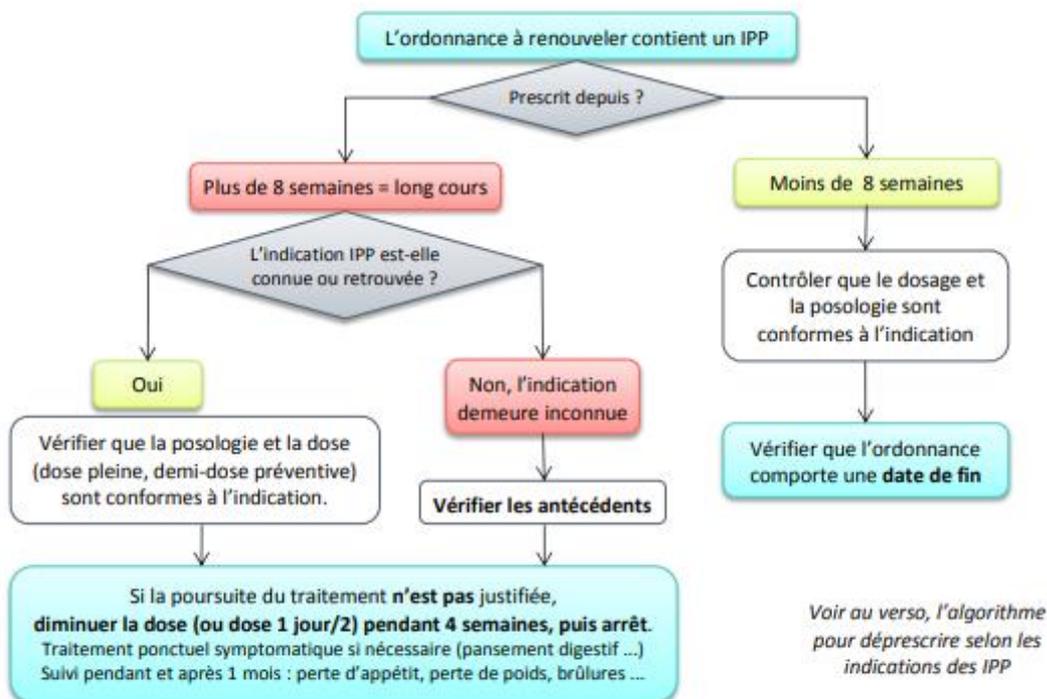
Validation Comité stratégique : Juin 2018

De nombreux patients continuent d'utiliser les antiulcéreux anti sécrétoires gastriques de la classe des IPP au-delà de la durée recommandée de traitement car ils les soulagent efficacement de leurs plaintes : pyrosis, régurgitation, douleur thoracique, toux, dyspnée ...

Les patients sont souvent opposés à l'arrêt car un rebond d'acidité gastrique, source d'inconfort, survient parfois lors de l'arrêt pendant une à deux semaines.

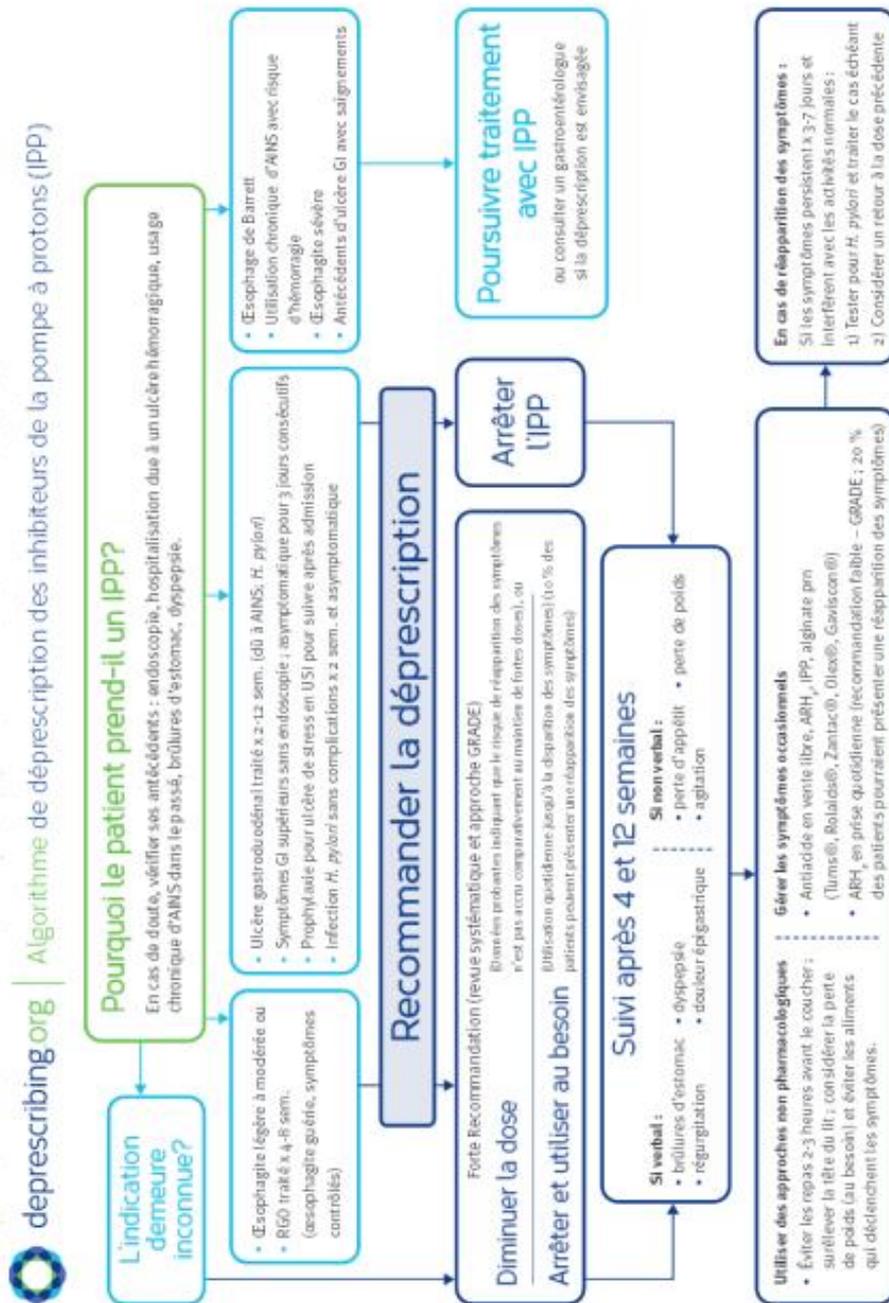
Outre le coût économique d'une utilisation au long cours, il faut tenir compte des **effets indésirables** (troubles neurologiques, digestifs, infectieux, métaboliques, nutritionnels...) et des **interactions médicamenteuses** qu'ils engendrent.

Cette fiche vise à interroger sur le **rapport bénéfice / risque** de la poursuite de l'IPP en tenant compte de la **iatrogénéicité** de la classe.



Quelques interactions médicamenteuses des IPP :

- IPP = inhibiteur de l'isoenzyme CYP2C19 du cytochrome P450 : diminution d'activité du clopidogrel, augmentation des concentrations plasmatiques du diazépam, AVK, escitalopram, phénytoïne, clarithromycine, méthotrexate ...
- Addition d'effets hyponatrémiant avec certains diurétiques, les IRS, les sulfamides hypoglycémiant ...
- Diminution de l'absorption digestive de certains médicaments : vitamine B12, kétoconazole ...
- Diminution de la biodisponibilité de certains antirétroviraux



© 2015 Open Pharmacy Research, avec certains droits réservés. Usage non commercial. Ne pas modifier ou inclure sans permission.

Document issu de la revue de littérature Open Access distribuée sous licence Creative Commons Attribution 4.0.

Guaranteed to be available on the website www.deprescribing.org for at least 5 years from the date of publication.

Farrell B, Potts K, Thompson W, Boghossian T, Rashid FJ, et al. Déprescrire les inhibiteurs de la pompe à protons. Lignes directrices de pratique clinique fondées sur les données probantes. Can Fam Physician 2017;63:e253-e265. Disponible sur: <http://www.cfp.ca/content/63/5/e253> (enq. n°23-09 (0)).

deprescribing.org | Bruyère | open

Bibliographie :

- Boghossian TA, Rashid FJ, Thompson W, et al. Deprescribing versus continuation of chronic proton pump inhibitor use in adults. Cochrane Database Syst Rev 2017, Issue 3. DOI: 10.1002/14651858.CD011969.pub2
- Jiang YX, Chen Y, Kong X, et al. Maintenance treatment of mild gastroesophageal reflux disease with proton pump inhibitors taken on-demand: a meta-analysis. Hepatogastroenterology 2013;60:1077-82. DOI: 10.5754/hge11461
- Reflux gastro-œsophagien chez un adulte. Premiers choix Prescrire. Rev Prescrire 2017;1-5.
- Ulcère gastrique ou duodénal. Premiers choix Prescrire. Rev Prescrire 2017;1-6.
- Farrell B, Pottie K, Thompson W, et al. Déprescrire les inhibiteurs de la pompe à protons. Lignes directrices de pratique clinique fondées sur les données probantes. Can Fam Physician 2017;63:e253-e265. Disponible sur: <http://www.cfp.ca/content/63/5/e253>

Annexe 2

Lettre à destination des pharmaciens de ville

Madame, Monsieur,

Je suis Virginie Verna, médecin remplaçante en médecine générale. Je travaille actuellement sur ma thèse de fin d'étude. A travers mon travail de recherche, je cherche à obtenir des informations sur la représentation qu'ont les patients sur leur traitement par inhibiteurs de la pompe à protons.

En effet, une consommation importante d'inhibiteur de la pompe à protons est constatée en France, avec une prescription pas toujours justifiée.

L'objectif de ma thèse est donc d'aboutir à une amélioration des pratiques dans la prescription et également la déprescription de ces médicaments.

Pour répondre à ma question de recherche, je souhaite réaliser des entretiens auprès de patients. Je sollicite donc votre aide pour le recrutement des patients.

Si vous rencontrez un patient pour lequel un inhibiteur de la pompe à protons lui est prescrit depuis plus d'un an vous pouvez l'informer de mon étude avec ma lettre de présentation.

Pour faciliter mes entretiens, le patient doit avoir une bonne compréhension du français et avoir une autonomie dans la prise de ces médicaments.

Je vous remercie pour votre aide.

Cordialement,

Virginie Verna

Lettre de présentation aux participants

Madame, Monsieur

Je suis Virginie Verna, médecin remplaçante en médecine générale. Je prépare actuellement ma thèse de fin d'études. Je souhaite comprendre le ressenti des patients et donc le vôtre sur les médicaments que vous prenez régulièrement et notamment sur les médicaments protégeant votre estomac. C'est pour cela que je souhaiterai échanger avec vous au cours d'un entretien.

Mon travail respectera la stricte confidentialité des données durant l'entretien.

Si vous souhaitez y participer, veuillez remplir les informations suivantes. Je vous contacterai par téléphone pour organiser une rencontre.

Cordialement

Virginie Verna

Nom :

Prénom :

Age :

Numéro de téléphone (pour vous joindre) :

LETTRE D'INFORMATION DE LA RECHERCHE

Version n°1 du 28/04/2020

Département universitaire de médecine générale de Tours (37)

Coordinateur de la recherche : Mme Cécile RENOUX (médecin généraliste)

Investigateur : Mme Virginie VERNA (médecin remplaçante, médecine générale)

Madame, Monsieur

Vous êtes invité(e) à participer à une étude menée par Virginie VERNA, médecin remplaçante en médecine générale. Cette étude vise à mieux comprendre votre ressenti sur les médicaments que vous prenez régulièrement, notamment ceux protégeant votre estomac. Cette étude ne comporte aucun risque ni contrainte pour vous. Le fait de participer à cette étude ne changera donc pas votre prise en charge. Néanmoins, en l'absence d'opposition, un traitement de vos données pourra être mis en œuvre.

Prenez le temps de lire les informations contenues dans ce document et de poser les questions qui vous sembleront utiles à sa bonne compréhension. Vous pouvez prendre le temps nécessaire pour décider si vous souhaitez vous opposer à ce que les données qui vous concernent soient utilisées dans le cadre de cette recherche.

1. Que se passera-t-il si je participe à cette étude ?

Vous vous entretendrez avec Mme Virginie VERNA au cours d'un entretien individuel. Les échanges seront enregistrés à l'aide d'un dictaphone afin de pouvoir garder une trace précise. Il n'est attendu aucune « bonne » ou « mauvaise » réponse, ce qui importe est que vous puissiez partager vos expériences et représentations sur vos médicaments.

L'étude ne présente aucun risque : aucun geste technique n'est pratiqué, aucune procédure diagnostique ou thérapeutique n'est mise en œuvre.

2. Est- ce que je peux renoncer à ma participation ?

Votre participation est entièrement volontaire. Aucune rémunération (financière ou en nature) n'est prévue.

Vous êtes donc libre de changer d'avis à tout moment et de vous opposer, sans avoir à vous justifier, au traitement de vos données dans le cadre de cette recherche.

3. Est-ce que ma participation restera confidentielle ?

Dans le cadre de la recherche à laquelle Mme Virginie VERNA vous propose de participer, vos données personnelles feront l'objet d'un traitement, afin de pouvoir les inclure dans l'analyse des résultats de la recherche. Ces données seront anonymes et leur identification codée. Toutes les personnes impliquées dans cette étude sont assujetties au secret professionnel.

Selon la Loi, vous pouvez avoir accès à vos données et les modifier à tout moment. Vous pouvez également vous opposer à la transmission de données couvertes par le secret professionnel.

4. Qui a approuvé la recherche ?

Cette étude a reçu un avis favorable du [Comité d'éthique, ou plus rarement CPP] en date du [date de l'avis]. Elle fait l'objet d'une déclaration à la Commission nationale informatique et libertés [numéro].

5. Qui pourrai-je contacter si j'ai des questions ?

Vous pouvez obtenir toutes les informations que vous jugerez utiles auprès de Mme Virginie VERNA.

Formulaire d'opposition à l'utilisation des données de santé pour la recherche

Version n°1 du 28/04/2020

Département universitaire de médecine générale de Tours (37)

Coordinateur de la recherche : Mme Cécile RENOUX (médecin généraliste)

Investigateur : Mme Virginie VERNA (médecin remplaçante, médecine générale)

A compléter par la personne qui se prête à la recherche uniquement en cas d'opposition

Coordonnées de la personne se prêtant à la recherche :

Nom :

Prénom :

Je m'oppose à l'utilisation de mes données de santé dans le cadre de cette recherche.

Le cas échéant, je m'oppose à l'utilisation de toutes les données recueillies antérieurement.

Vous pouvez à tout moment revenir sur votre décision, il vous suffit de prévenir le coordonnateur de cette recherche.

Date :

Signature :

Après avoir complété ce document, merci de le remettre à Mme Virginie VERNA.

Guide d'entretien

Je suis actuellement remplaçante en médecine générale. Je prépare ma thèse de fin d'études. A travers mon travail de recherche, je cherche à comprendre votre ressenti sur les médicaments qui vous sont prescrits régulièrement et notamment autour des médicaments visant à protéger votre estomac. Ce qui m'intéresse c'est votre pensée, votre ressenti ; il n'y a donc pas de bonne ou de mauvaise réponse.

Je vous propose donc un entretien qui sera enregistré mais qui restera anonyme. Je vous donne une lettre d'information de la recherche.

Avez-vous des questions ?

Pour l'entretien, le patient sera en possession de sa dernière ordonnance de médicaments prescrits par son médecin généraliste.

1. Nous allons commencer par discuter de votre ordonnance. Présentez-moi vos médicaments.

Relances :

Que pensez-vous de vos médicaments ?

Que pensez-vous de leur efficacité ?

Quels sont les médicaments les plus importants pour vous ? Pourquoi ?

D'après vous, lesquels sont les plus importants pour votre médecin ?

2. Et ce médicament « IPP* », pourquoi le prenez-vous ? (* A remplacer par le nom de la molécule ou du princeps écrit sur l'ordonnance) ou Racontez-moi la première fois qu'on vous l'a prescrit.

Relances :

Quels effets en attendez-vous ?

Quel médecin vous l'a prescrit ?

Pourquoi ce médecin vous l'a prescrit ? Quel problème de santé aviez-vous à ce moment ?

C'était en quelle année ?

3. Que pensez-vous de ce médicament « IPP* » ? (* A remplacer par le nom de la molécule ou du princeps écrit sur l'ordonnance)

Relances :

A quoi sert ce médicament ?

Que savez-vous sur ce médicament ?

Où avez-vous eu ces informations ?

Sur une échelle de 0 à 10 avec 0 « pas important pour votre santé » et 10 « indispensable à votre santé » où le placeriez-vous ? Pourquoi ?

4. Et ce médicament « IPP », comment le prenez-vous au quotidien ? Et votre médecin, que vous a-t-il dit sur la manière de le prendre ?

Relances :

Comment se passe la prise de ce traitement ? Y a-t-il des oublis, des périodes où vous ne le prenez pas ?

Y a-t-il eu des changements depuis la première prescription (noms, génériques, posologies) ?

5. En quoi le fait de prendre ce médicament tous les jours pourrait vous inquiéter ?

Relances :

Selon vous ce médicament présente-t-il des risques ? Lesquels ? D'où viennent vos informations ?

6. Quand avez-vous discuté la dernière fois de ce médicament avec votre médecin ? Qu'est-ce que vous vous êtes dit ? Et avec votre entourage ?

Relances :

Comment se passe le renouvellement de ce médicament ?

7. Que penseriez-vous si votre médecin vous proposait de l'arrêter ?

Relances :

L'avez-vous déjà envisagé ? Si oui ou non pourquoi ?

Quelles sont vos craintes liées à l'arrêt du médicament ?

Annexe 6

Questionnaire

Numéro de l'entretien :

Date :

Lieu :

Age :

Sexe : femme homme

Profession :

Situation maritale : marié concubinage divorcé veuf célibataire

Lieu de vie :

Fréquence de consultations : tous les mois 3 mois 6 mois tous les ans autres :

Ordonnances régulières du patient et nom du médecin (à recopier)

Maladies chroniques/ Antécédents

Réalisation d'une fibroscopie œsogastrique : oui non



**GRUPE ETHIQUE D'AIDE A LA RECHERCHE CLINIQUE POUR LES PROTOCOLES DE
RECHERCHE NON SOUMIS AU COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES
ETHICS COMMITTEE IN HUMAN RESEARCH**

AVIS

Responsable de la recherche : Dr Cécile RENOUX / Virginie VERNA

Titre du projet de recherche : Représentations des patients sur l'inhibiteur de la pompe à protons qui leur est prescrit depuis plus d'un an et sur leur éventuel arrêt

N° du projet : 2020 031

Le groupe éthique d'aide à la recherche clinique donne un avis

- FAVORABLE**
- DÉFAVORABLE**
- SURSIS A STATUER**
- DÉCLARATION D'INCOMPÉTENCE**

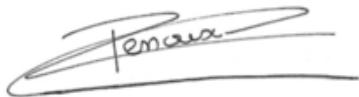
au projet de recherche n° 2020 031

A Tours, le 11/06/2020

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'B. Birmelé', is written over a faint, larger version of the same signature.

**Dr Béatrice Birmelé
Présidente du Groupe Ethique Clinique**

Vu, le Directeur de Thèse

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'P. Renaud', is written over a horizontal line. The signature is stylized with a large initial 'P' and a long horizontal stroke extending to the right.

**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le**

RESUME

Introduction : Une consommation importante d'inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), hors des indications d'autorisation de mise sur le marché, est souvent constatée en France. La représentation des patients sur leur IPP pourrait être un frein à leur arrêt. L'objectif de cette étude était d'explorer la représentation des patients sur l'IPP qui leur était prescrit depuis plus d'un an et leur éventuel arrêt.

Méthode : Etude qualitative dans une approche par analyse interprétative phénoménologique auprès de quatorze patients majeurs prenant un IPP depuis plus d'un an.

Résultats : Les patients avaient une représentation positive de l'IPP. Trois profils de patients prenant un IPP au long cours ont émergé de l'analyse. Un premier profil où les patients considéraient l'IPP comme un médicament obligatoire, avec une prise continue et un arrêt inenvisageable. Un deuxième profil où les patients géraient la prise de leur IPP afin de soulager leurs symptômes. Un troisième profil où les patients respectaient une « prescription médicale » avec une prise continue et un arrêt possible après discussion avec leur médecin.

Discussion et conclusion : La prise en compte de la représentation des patients concernant leur IPP pourrait être utile au cours de la réévaluation de leur ordonnance. Le repérage d'un des trois profils par le médecin pourrait être une étape-clé permettant d'amorcer une démarche de déprescription.

Mots-clés : inhibiteurs de la pompe à protons, prescription au long cours, patients, représentation

VERNA Virginie

42 pages – 1 tableau – 2 figures – 7 annexes

Résumé :

Introduction : Une consommation importante d'inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), hors des indications d'autorisation de mise sur le marché, est souvent constatée en France. La représentation des patients sur leur IPP pourrait être un frein à leur arrêt. L'objectif de cette étude était d'explorer la représentation des patients sur l'IPP qui leur était prescrit depuis plus d'un an et leur éventuel arrêt.

Méthode : Etude qualitative dans une approche par analyse interprétative phénoménologique auprès de quatorze patients majeurs prenant un IPP depuis plus d'un an.

Résultats : Les patients avaient une représentation positive de l'IPP. Trois profils de patients prenant un IPP au long cours ont émergé de l'analyse. Un premier profil où les patients considéraient l'IPP comme un médicament obligatoire, avec une prise continue et un arrêt inenvisageable. Un deuxième profil où les patients géraient la prise de leur IPP afin de soulager leurs symptômes. Un troisième profil où les patients respectaient une « prescription médicale » avec une prise continue et un arrêt possible après discussion avec leur médecin.

Discussion et conclusion : La prise en compte de la représentation des patients concernant leur IPP pourrait être utile au cours de la réévaluation de leur ordonnance. Le repérage d'un des trois profils par le médecin pourrait être une étape-clef permettant d'amorcer une démarche de déprescription.

Mots clés : inhibiteurs de la pompe à protons, prescription au long cours, patients, représentation

Jury :

Président du Jury : Professeur Jean-Pierre LEBEAU

Directeur de thèse : Docteur Cécile RENOUX

Membres du Jury : Professeur Driffa MOUSSATA

Professeur Gilles PAINAUD

Docteur Alain AUMARECHAL

Date de soutenance : Jeudi 9 décembre 2021