

2024-2025

**THÈSE**

pour le

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Qualification en Médecine Générale**

**Ressenti des médecins  
généralistes sur la  
rationalisation de la  
prescription des IPP**

Une étude qualitative dans le Maine-et-Loire

**BOULAIRE Yoann**

Né le 17/06/1997 à Bourges (18)

Sous la direction de Monsieur le Docteur CHOPIN Matthieu

Membres du jury

Madame la Professeure ANGOULVANT Cécile | Présidente

Monsieur le Docteur CHOPIN Matthieu | Directeur

Madame la Docteure ROLLAND Céline | Membre

Soutenue publiquement le :  
27 novembre 2025



**FACULTÉ  
DE SANTÉ**

UNIVERSITÉ D'ANGERS



# ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné **BOULAIRE Yoann**  
déclare être pleinement conscient que le plagiat de documents ou d'une  
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,  
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.  
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées  
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant le **27/11/2025**

## SERMENT D'HIPPOCRATE

*« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

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

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

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

# LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

---

**Doyen de la Faculté** : Pr Cédric ANNWEILER

**Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie** :  
Pr Sébastien FAURE

**Directeur du département de médecine** : Pr Vincent DUBEE

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

|                             |   |           |
|-----------------------------|---|-----------|
| ABRAHAM Pierre              | PHYSIOLOGIE                                 | Médecine  |
| ANGOULVANT Cécile           | MEDECINE GENERALE                           | Médecine  |
| ANNWEILER Cédric            | GERIATRIE ET BIOLOGIE DU<br>VIEILLISSEMENT  | Médecine  |
| ASFAR Pierre                | REANIMATION                                 | Médecine  |
| AUBE Christophe             | RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE             | Médecine  |
| AUGUSTO Jean-François       | NEPHROLOGIE                                 | Médecine  |
| BAUFRETON Christophe        | CHIRURGIE THORACIQUE ET<br>CARDIOVASCULAIRE | Médecine  |
| BELLANGER William           | MEDECINE GENERALE                           | Médecine  |
| BELONCLE François           | REANIMATION                                 | Médecine  |
| BIERE Loïc                  | CARDIOLOGIE                                 | Médecine  |
| BIGOT Pierre                | UROLOGIE                                    | Médecine  |
| BONNEAU Dominique           | GENETIQUE                                   | Médecine  |
| BOUCHARA Jean-Philippe      | PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE                  | Médecine  |
| BOUET Pierre-Emmanuel       | GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE                     | Médecine  |
| BOURSIER Jérôme             | GASTROENTEROLOGIE ;<br>HEPATOLOGIE          | Médecine  |
| BOUVARD Béatrice            | RHUMATOLOGIE                                | Médecine  |
| BRIET Marie                 | PHARMACOLOGIE                               | Médecine  |
| CAMPONE Mario               | CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE                | Médecine  |
| CAROLI-BOSC François-Xavier | GASTROENTEROLOGIE ;<br>HEPATOLOGIE          | Médecine  |
| CASSEREAU Julien            | NEUROLOGIE                                  | Médecine  |
| CLERE Nicolas               | PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE                 | Pharmacie |
| COLIN Estelle               | GENETIQUE                                   | Médecine  |
| CONNAN Laurent              | MEDECINE GENERALE                           | Médecine  |
| COPIN Marie-Christine       | ANATOMIE ET CYTOLOGIE<br>PATHOLOGIQUES      | Médecine  |
| COUTANT Régis               | PEDIATRIE                                   | Médecine  |
| CUSTAUD Marc-Antoine        | PHYSIOLOGIE                                 | Médecine  |
| CRAUSTE-MANCIET Sylvie      | PHARMACOTECHNIE HOSPITALIERE                | Pharmacie |
| DE CASABIANCA Catherine     | MEDECINE GENERALE                           | Médecine  |
| DERBRE Séverine             | PHARMACOGNOSIE                              | Pharmacie |
| DESCAMPS Philippe           | GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE                     | Médecine  |
| D'ESCATHA Alexis            | MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL                | Médecine  |

|                          |   |           |
|--------------------------|---|-----------|
| DINOMAIS Mickaël         | MEDECINE PHYSIQUE ET DE<br>READAPTATION                           | Médecine  |
| DUBEE Vincent            | MALADIES INFECTIEUSES ET<br>TROPICALES                            | Médecine  |
| DUCANCELLE Alexandra     | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ;<br>HYGIENE HOSPITALIERE                 | Médecine  |
| DUVERGER Philippe        | PEDOPSYCHIATRIE   | Médecine  |
| EVEILLARD Matthieu       | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE   | Pharmacie |
| FAURE Sébastien          | PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE   | Pharmacie |
| FOURNIER Henri-Dominique | ANATOMIE  | Médecine  |
| FOUQUET Olivier          | CHIRURGIE THORACIQUE ET<br>CARDIOVASCULAIRE                       | Médecine  |
| FURBER Alain             | CARDIOLOGIE   | Médecine  |
| GAGNADOUX Frédéric       | PNEUMOLOGIE   | Médecine  |
| GOHIER Bénédicte         | PSYCHIATRIE D'ADULTES   | Médecine  |
| GUARDIOLA Philippe       | HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION   | Médecine  |
| GUILET David             | CHIMIE ANALYTIQUE   | Pharmacie |
| HUNAUT-BERGER Mathilde   | HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION   | Médecine  |
| JEANNIN Pascale          | IMMUNOLOGIE   | Médecine  |
| KAZOUR François          | PSYCHIATRIE   | Médecine  |
| KEMPF Marie              | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ;<br>HYGIENE HOSPITALIERE                 | Médecine  |
| KUN-DARBOIS Daniel       | CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET<br>STOMATOLOGIE                      | Médecine  |
| LACOEUILLE FRANCK        | RADIOPHARMACIE  | Pharmacie |
| LACCOURREYE Laurent      | OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE  | Médecine  |
| LAGARCE Frédéric         | BIOPHARMACIE  | Pharmacie |
| LANDREAU Anne            | BOTANIQUE/ MYCOLOGIE  | Pharmacie |
| LASOCKI Sigismond        | ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION                                       | Médecine  |
| LEBDAI Souhil            | UROLOGIE  | Médecine  |
| LEGENDRE Guillaume       | GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE   | Médecine  |
| LEGRAND Erick            | RHUMATOLOGIE  | Médecine  |
| LEMEE Jean-Michel        | NEUROCHIRURGIE  | Médecine  |
| LERMITE Emilie           | CHIRURGIE GENERALE  | Médecine  |
| LEROLLE Nicolas          | REANIMATION   | Médecine  |
| LIBOUBAN Hélène          | HISTOLOGIE  | Médecine  |
| LUQUE PAZ Damien         | HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE  | Médecine  |
| MARCHAIS Véronique       | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE   | Pharmacie |
| MARTIN Ludovic           | DERMATO-VERERELOGIE   | Médecine  |
| MAY-PANLOUP Pascale      | BIOLOGIE ET MEDECINE DU<br>DEVELOPPEMENT ET DE LA<br>REPRODUCTION | Médecine  |
| MENEI Philippe           | NEUROCHIRURGIE  | Médecine  |
| MERCAT Alain             | REANIMATION   | Médecine  |
| ORVAIN Corentin          | HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION   | Médecine  |
| PAISANT Anita            | RADIOLOGIE  | Médecine  |
| PAPON Nicolas            | PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE<br>MEDICALE                            | Pharmacie |

|                              |  |           |
|------------------------------|--|-----------|
| PASSIRANI Catherine          | CHIMIE GENERALE                                    | Pharmacie |
| PELLIER Isabelle             | PEDIATRIE  | Médecine  |
| PETIT Audrey                 | MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL                       | Médecine  |
| PICQUET Jean                 | CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE         | Médecine  |
| PODEVIN Guillaume            | CHIRURGIE INFANTILE                                | Médecine  |
| PROCACCIO Vincent            | GENETIQUE  | Médecine  |
| PRUNIER Delphine             | BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE                  | Médecine  |
| PRUNIER Fabrice              | CARDIOLOGIE  | Médecine  |
| PY Thibaut                   | MEDECINE GENERALE                                  | Médecine  |
| RAMOND-ROQUIN Aline          | MEDECINE GENERALE                                  | Médecine  |
| REYNIER Pascal               | BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE                  | Médecine  |
| RIOU Jérémie                 | BIostatistique                                     | Pharmacie |
| RINEAU Emmanuel              | ANESTHESIOLOGIE REANIMATION                        | Médecine  |
| RIQUIN Elise                 | PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE                     | Médecine  |
| RODIEN Patrice               | ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES   | Médecine  |
| ROQUELAURE Yves              | MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL                       | Médecine  |
| ROUGE-MAILLART Clotilde      | MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE               | Médecine  |
| ROUSSEAU Audrey              | ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES                | Médecine  |
| ROUSSEAU Pascal              | CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE | Médecine  |
| ROUSSELET Marie-Christine    | ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES                | Médecine  |
| ROY Pierre-Marie             | MEDECINE D'URGENCE                                 | Médecine  |
| SAULNIER Patrick             | BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES                     | Pharmacie |
| SERAPHIN Denis               | CHIMIE ORGANIQUE                                   | Pharmacie |
| SCHMIDT Aline                | HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION                          | Médecine  |
| TESSIER-CAZENEUVE Christine  | MEDECINE GENERALE                                  | Médecine  |
| TRZEPIZUR Wojciech           | PNEUMOLOGIE  | Médecine  |
| UGO Valérie                  | HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION                          | Médecine  |
| URBAN Thierry                | PNEUMOLOGIE  | Médecine  |
| VAN BOGAERT Patrick          | PEDIATRIE  | Médecine  |
| VENARA Aurélien              | CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE                   | Médecine  |
| VENIER-JULIENNE Marie-Claire | PHARMACOTECHNIE                                    | Pharmacie |
| VERNY Christophe             | NEUROLOGIE   | Médecine  |
| WILLOTEAUX Serge             | RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE                    | Médecine  |

#### MAÎTRES DE CONFÉRENCES

|                 |                                    |           |
|-----------------|------------------------------------|-----------|
| AMMI Myriam     | CHIRURGIE VASCULAIRE ET THORACIQUE | Médecine  |
| BAGLIN Isabelle | CHIMIE THERAPEUTIQUE               | Pharmacie |

|                              |   |           |
|------------------------------|---|-----------|
| BASTIAT Guillaume            | BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES                      | Pharmacie |
| BEAUVILLAIN Céline           | IMMUNOLOGIE   | Médecine  |
| BEGUE Cyril                  | MEDECINE GENERALE                                   | Médecine  |
| BELIZNA Cristina             | MEDECINE INTERNE                                    | Médecine  |
| BENOIT Jacqueline            | PHARMACOLOGIE                                       | Pharmacie |
| BERNARD Florian              | ANATOMIE  | Médecine  |
| BESSAGUET Flavien            | PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE                           | Pharmacie |
| BLANCHET Odile               | HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION                           | Médecine  |
| BOISARD Séverine             | CHIMIE ANALYTIQUE                                   | Pharmacie |
| BOUCHER Sophie               | ORL   | Médecine  |
| BRIET Claire                 | ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES<br>METABOLIQUES | Médecine  |
| BRILLAND Benoit              | NEPHROLOGIE   | Médecine  |
| BRIS Céline                  | BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE                   | Pharmacie |
| BRUGUIERE Antoine            | PHARMACOGNOSIE                                      | Pharmacie |
| CAPITAIN Olivier             | CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE                        | Médecine  |
| CHABRUN Floris               | BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE                   | Pharmacie |
| CHAO DE LA BARCA Juan-Manuel | BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE                   | Médecine  |
| CHOPIN Matthieu              | MEDECINE GENERALE                                   |           |
| CODRON Philippe              | NEUROLOGIE  | Médecine  |
| DEMAS Josselin               | SCIENCES DE LA READAPTATION                         | Médecine  |
| DESHAYES Caroline            | BACTERIOLOGIE VIROLOGIE                             | Pharmacie |
| DOUILLET Delphine            | MEDECINE D'URGENCE                                  | Médecine  |
| FERRE Marc                   | BIOLOGIE MOLECULAIRE                                | Médecine  |
| FORTRAT Jacques-Olivier      | PHYSIOLOGIE   | Médecine  |
| GHALI Maria                  | MEDECINE GENERALE                                   | Médecine  |
| GUELFF Jessica               | MEDECINE GENERALE                                   | Médecine  |
| HADJ MAHMOUD Dorra           | IMMUNOLOGIE   | Pharma    |
| HAMEL Jean-François          | BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE              | Médicale  |
| HAMON Cédric                 | MEDECINE GENERALE                                   | Médecine  |
| HELESBEUX Jean-Jacques       | CHIMIE ORGANIQUE                                    | Pharmacie |
| HERIVAUX Anaïs               | BIOTECHNOLOGIE                                      | Pharmacie |
| HINDRE François              | BIOPHYSIQUE   | Médecine  |
| JOUSSET-THULLIER Nathalie    | MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE                | Médecine  |
| JUDALET-ILLAND Ghislaine     | MEDECINE GENERALE                                   | Médecine  |
| KHIATI Salim                 | BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE                   | Médecine  |
| LEFEUVRE Caroline            | BACTERIOLOGIE ; VIROLOGIE                           | Médecine  |
| LEGEAY Samuel                | PHARMACOCINETIQUE                                   | Pharmacie |
| LEPELTIER Elise              | CHIMIE GENERALE                                     | Pharmacie |
| LETOURNEL Franck             | BIOLOGIE CELLULAIRE                                 | Médecine  |
| MABILLEAU Guillaume          | HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET<br>CYTOGENETIQUE         | Médecine  |
| MALLET Sabine                | CHIMIE ANALYTIQUE                                   | Pharmacie |
| MAROT Agnès                  | PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE                 | Pharmacie |
| MESLIER Nicole               | PHYSIOLOGIE   | Médecine  |
| MIOT Charline                | IMMUNOLOGIE   | Médecine  |
| MOUILLIE Jean-Marc           | PHILOSOPHIE   | Médecine  |

|                              |  |           |
|------------------------------|--|-----------|
| NAIL BILLAUD Sandrine        | IMMUNOLOGIE                                      | Pharmacie |
| PAILHORIES Hélène          | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE                          | Médecine |
| PAPON Xavier                 | ANATOMIE   | Médecine |
| PASCO-PAPON Anne             | RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE                  | Médecine |
| PENCHAUD Anne-Laurence       | SOCIOLOGIE                                       | Médecine |
| PIHET Marc                   | PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE                       | Médecine |
| PIRAUX Arthur                | OFFICINE   | Pharmacie |
| POIROUX Laurent              | SCIENCES INFIRMIERES                             | Médecine |
| RONY Louis                   | CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET<br>TRAUMATOLOGIQUE     | Médecine |
| ROGER Emilie                 | PHARMACOTECHNIE                                  | Pharmacie |
| SAVARY Camille               | PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE                        | Pharmacie |
| SCHMITT Françoise           | CHIRURGIE INFANTILE                              | Médecine |
| SCHINKOWITZ Andréas         | PHARMACOGNOSIE                                   | Pharmacie |
| SPIESSER-ROBELET<br>Laurence | PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION<br>THERAPEUTIQUE | Pharmacie |
| TEXIER-LEGENDRE Gaëlle      | MEDECINE GENERALE                                | Médecine |
| VIAULT Guillaume             | CHIMIE ORGANIQUE                                 | Pharmacie |

#### AUTRES ENSEIGNANTS

|                         |                                  |           |
|-------------------------|----------------------------------|-----------|
| <b>ATER</b>             |                                  |           |
| BARAKAT Fatima          | CHIMIE ANALYTIQUE                | Pharmacie |
| ATCHADE Constantin      | GALENIQUE                        | Pharmacie |
| <b>PRCE</b>             |                                  |           |
| AUTRET Erwan            | ANGLAIS                          | Santé    |
| BARBEROUSSE Michel      | INFORMATIQUE                     | Santé    |
| COYNE Ashley            | ANGLAIS                          | Santé    |
| O'SULLIVAN Kayleigh     | ANGLAIS                          | Santé    |
| RIVEAU Hélène         | ANGLAIS                          |           |
| <b>PAST-MAST</b>        |                                  |           |
| AUBRUCHET Hélène      |                                  |           |
| BEAUVAIS Vincent        | OFFICINE                         | Pharmacie |
| BRAUD Cathie            | OFFICINE                         | Pharmacie |
| CAVAILLON Pascal        | PHARMACIE INDUSTRIELLE           | Pharmacie |
| DILÉ Nathalie          | OFFICINE                         | Pharmacie |
| GUILLET Anne-Françoise | PHARMACIE DEUST PREPARATEUR      | Pharmacie |
| MOAL Frédéric         | PHARMACIE CLINIQUE               | Pharmacie |
| CHAMPAGNE Romain        | MEECINE PHYSIQUE ET READAPTATION | Médecine |
| KAASSIS Mehdi           | GASTRO-ENTEROLOGIE               | Médecine |
| GUITTON Christophe      | MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION   | Médecine |
| LAVIGNE Christian       | MEDECINE INTERNE                 | Médecine |
| PICCOLI Giorgina        | NEPHROLOGIE                      | Médecine |

|                  |                            |          |
|------------------|----------------------------|----------|
| POMMIER Pascal   | CANCEROLOGIE-RADIOTHERAPIE | Médecine |
| SAVARY Dominique | MEDECINE D'URGENCE         | Médecine |
|                  |                            |          |
| <b>PLP</b>       |                            |          |
| CHIKH Yamina     | ECONOMIE-GESTION           | Médecine |

# REMERCIEMENTS

## **A mon jury,**

### **A Madame la Professeure Cécile ANGOULVANT,**

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de présider ce jury. Recevez mes sincères remerciements et le témoignage de ma profonde considération.

### **A Monsieur le Docteur Matthieu CHOPIN,**

Merci d'avoir accepté de me suivre dans ce travail. Du stage de niveau 1 jusqu'au SASPAS, tu as su me guider au travers de mon internat du début à la fin. Ta rigueur et ton savoir ont été extrêmement précieux. Merci pour tes conseils, ta patience, ta bienveillance et ta disponibilité. Je t'en serais à jamais reconnaissant.

### **A Madame la Docteure Céline ROLLAND,**

Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Votre expertise et vos conseils, au travers de votre spécialité, ont été d'une grande aide.

## **A mes maîtres de stage et tuteurs,**

### **A Madame la Professeure Catherine DE CASABIANCA,**

Voyez au travers de ces quelques mots toute ma reconnaissance pour vos enseignements, vos debriefings riches et constructifs, la transmission de votre passion pour la Médecine Générale. Votre accompagnement attentif a constitué une expérience inestimable pour la suite de ma vie professionnelle. Merci pour la confiance que vous m'avez accordée.

### **Aux Docteurs Corine et Christian CHAUDON,**

Merci pour votre accompagnement pendant ces 3 années, votre bienveillance constante, vos encouragements, votre écoute et la richesse de votre expérience partagée.

## **A ma famille,**

### **A mes parents,**

Merci pour votre soutien sans faille depuis le début. Vous avez toujours été présents durant les moments de doute et vous avez su me rappeler l'importance de persévérer. Votre amour a toujours été un élément moteur pour moi. J'ai eu à cœur de vous rendre fiers pendant toutes ces années.

### **A mon frère Aymeric,**

Tu as été une grande source d'inspiration pour faire de moi une personne meilleure. Tes nombreuses qualités font de toi une personne drôle, de confiance et d'une extrême gentillesse. Merci d'être qui tu es.

### **A Papy Joël,**

Merci pour cette complicité, pour ces grands moments de rire, pour tes imitations, pour les réveils très matinaux saupoudrés de chansonnettes toujours plus incongrues les unes que les autres, pour ces longues balades le long des plages et pour tes anecdotes de vie passionnantes. J'ai de nouveau hâte de manger des croustillons avec toi. Tu es une personne exceptionnelle.

### **A Papy Bernard,**

Merci pour tes encouragements depuis le début.

### **A Mamie Rose, Mamie Annie et Mémé Constance,**

J'espère vous avoir rendues fières de là-haut. Je pense quotidiennement à vous. Vous me manquez terriblement.

# REMERCIEMENTS

**A mes amis,**

**Aux Approfondis,**

A ce groupe déjanté mais si équilibré. Nous nous sommes tous rencontrés sur ce semestre d'été et nous ne nous sommes plus quittés. Je n'aurais jamais pensé rencontrer des personnes aussi formidables et complémentaires. Merci d'avoir tous contribué à votre façon à devenir la personne que je suis aujourd'hui. A nos remakes des Bronzés font du ski, à ces week-ends campagnards, je lève mon verre et vous demande ... CAN I GET A OH YEAAAAH ?!

**A Doriane,** une des personnes les plus importantes de ces 3 dernières années. Un vrai binôme qui en aura fait voir de toutes les couleurs. Ma jumelle maléfique. Ton aide dans ce travail a été cruciale. Merci pour tout.

**A Robin,** mon colocataire si taré. A toutes ces soirées cuisine à deux et séries en folie, à toutes ces discussions sérieuses et folles, à toutes ces fois où je t'ai freiné avec humour pour ne pas transformer notre salon en musée Lego. Tu prends ta revanche quand tu veux sur Mario Kart. Merci d'avoir été là.

**A Gaspard,** mon binôme de sport, mon rival emblématique. Merci d'avoir contribué à améliorer mon cardio et mon revers. Mais je ne te remercie pas pour les tannées. On s'invite au prochain concert de Sabaton quand tu veux.

**A Clothilde,** merci d'être aussi drôle, folle mais tout aussi sensible. Merci d'avoir répondu à mes appels quand les hypernatrémies me faisaient suer et que les greffés rénaux chauffaient. Je n'oublierai jamais ces danses incongrues et ces discussions sans fil conducteur qui passent du coq à l'âne. Peut-être qu'au final, on n'a pas forcément envie d'appuyer sur ce bouton off ...

**A Louis et Sarah,** ce couple goal. Ne changez rien, vous êtes géniaux.

**A Andy, Grégoire, Hugo, Martin et PLF,** les partenaires qu'il vous faut au quotidien. Je ne vous remercierai jamais assez pour ces fous rires. Vous êtes les meilleurs animateurs de soirée qui puissent exister.

**A Emma, Eulalie, Hélène, Héloïse, Léa, Lise-Marie et Valentine,** merci d'être aussi souriantes et joviales au quotidien. Vous dégagez une aura de gentillesse toujours aussi réconfortante. Je chérirai tous ces moments passés ensemble, tant ils étaient précieux.

**A Coline et Raphaël,**

Merci d'avoir supporté mes bêtises pendant tous ces semestres et toutes mes inepties durant les escape games. J'espère que vous n'en avez pas trop bavé ... Je suis heureux de vous compter parmi mon entourage proche.

**A Aymeric et Marion,**

Mes petits bouts de chou. Merci pour ces soirées « couple de la vingtaine » et toutes celles qui viendront. Merci pour votre gentillesse. Merci Aymeric pour tous ces semestres, tous ces tonus et leurs dossiers uniques, pour ces bières-pong aussi peu intelligents, pour ces semblants de rôle de barmen, pour ces fous rires. Merci pour tout.

**A Vincent, Morgan et Alexis,**

J'ai appris à vous connaître au fil des semestres. Vous êtes des personnes géniales.

**A Manon S. et Corentin,**

Mes petits manceaux. Merci pour tous ces moments et toutes ces gardes passés ensemble. Qu'est-ce qu'on a ri ... et ce n'est pas fini !

**A Lisa,**

Ma petite berruyère devenue parisienne. Nous nous sommes suivis depuis la classe de 6<sup>e</sup>. Cette amitié infailible n'est pas près de s'achever. Merci pour tous ces moments passés ensemble. Je te souhaite le meilleur.

**A Océane B, Maxandre, Manon B., Joanna et Sarah,**

Mes petits tourangeaux. Merci d'avoir été là pendant ces 5 années. Vous m'avez fait découvrir tellement de choses. Le Tutorat a été et restera une grande famille. Nous avons passé ensemble de superbes moments qui resteront à jamais gravés dans ma mémoire. Vous êtes des personnes tellement importantes. Merci pour tout, vraiment.

**A Océane,**

Une réunion de début de semestre, un regard, un sourire, une blague, un sms, un date, un bisou, un emménagement, une vie commune et maintenant des projets plein la tête. Une évidence. La personne que j'attendais tant. Merci pour tes encouragements, ton amour, tes attentions, ton sourire quotidien. Tu es mon binôme pour la vie et au-delà. Je t'aime aussi fort que les châteaux forts.



# Plan

## SERMENT D'HIPPOCRATE

## INTRODUCTION

## MÉTHODES

1. **Type d'étude et population d'étude**
2. **Recrutement et échantillonnage**
3. **Recueil des données**
4. **Retranscription et analyse des données**

## RÉSULTATS

1. **Caractéristiques de la population et des entretiens**
2. **Perception des IPP et de leur usage**
  - 2.1. Une efficacité manifeste
  - 2.2. Une surprescription historique liée à la banalisation
  - 2.3. Une sensibilisation croissante aux effets secondaires
  - 2.4. Un changement de paradigme thérapeutique
  - 2.5. Un médicament dédramatisé
3. **Pratiques de prescription des IPP**
  - 3.1. Prescriptions courtes pour des symptômes aigus
  - 3.2. Préférence pour les alternatives médicamenteuses et la modification du mode de vie
  - 3.3. Influence de la santé du médecin
  - 3.4. Influence de l'expérience du patient avec les AINS
  - 3.5. Privilégier le confort dans certaines situations
  - 3.6. Réticence à prescrire en pédiatrie
4. **Les défis autour de la déprescription des IPP**
  - 4.1. L'effet rebond comme obstacle principal
  - 4.2. Rendre symptomatique un patient asymptomatique
  - 4.3. L'évaluation objective d'un symptôme subjectif
  - 4.4. L'absence d'indication initiale connue
  - 4.5. L'attrait du soulagement rapide contre la durabilité des modifications du mode de vie
  - 4.6. Gagner du temps sans traitement
  - 4.7. Impact de la psychologie du patient
  - 4.8. La fragilité de l'alliance thérapeutique
  - 4.9. L'absence de contrôle des IPP en vente libre
  - 4.10. Déprescrire l'IPP ou le médicament auquel il est rattaché ?
  - 4.11. Réévaluation clinique adéquate et adressage spécialisé
  - 4.12. Approche progressive de la déprescription
  - 4.13. Des recommandations jugées impersonnelles et théoriques
5. **Rôle du médecin généraliste et relation médecin-patient**
  - 5.1. Importance de la connaissance du patient
  - 5.2. Communication pour obtenir l'adhésion
  - 5.3. Énoncer les risques sans dramatiser

- 5.4. Temporalité de la consultation
- 5.5. Prudence face aux prescriptions des spécialistes
- 6. Contraintes contextuelles et influences professionnelles**
- 6.1. Difficultés d'accès aux spécialistes
- 6.2. Manque de coordination interprofessionnelle
- 6.3. Influences extrinsèques
- 6.4. Incohérence des traitements substitutifs éphémères
- 6.5. Réception controversée de la campagne de l'Assurance Maladie
- 6.6. Modifications des pratiques consécutives à la campagne de l'Assurance Maladie

## **DISCUSSION**

### **1. Résultats principaux**

- 1.1. Efficacité perçue et surprescription historique
- 1.2. Sensibilisation aux effets secondaires et inquiétude croissante
- 1.3. Effet rebond et difficultés de la déprescription
- 1.4. Alternatives, mode de vie et préférences du patient
- 1.5. Prescription chez les patients âgés et fragiles
- 1.6. Influence du prescripteur et de la temporalité
- 1.7. Un médicament non prioritaire
- 1.8. Influence de la psychologie du patient
- 1.9. Coordination interprofessionnelle
- 1.10. Recommandations institutionnelles, réception et changement de paradigme
- 1.11. Analyse des facteurs de variabilité maximale

### **2. Forces et limites de l'étude**

## **CONCLUSION ET PERSPECTIVES**

## **BIBLIOGRAPHIE**

## **LISTE DES FIGURES**

## **LISTE DES TABLEAUX**

## **TABLE DES MATIERES**

## **ANNEXES**

## INTRODUCTION

Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) constituent aujourd'hui l'une des classes médicamenteuses les plus prescrites dans le monde. Leur efficacité dans la prise en charge du reflux gastro-œsophagien (RGO), de l'ulcère gastro-duodéal et dans la prévention des complications liées aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) est bien établie (1). Toutefois, leur usage prolongé s'accompagne d'interrogations croissantes quant à la balance bénéfice-risque avec des effets indésirables potentiels rapportés au long cours, tels qu'un risque accru d'infections digestives et pulmonaires, de carences nutritionnelles ou de fractures (1,2).

En France, les IPP occupent une place majeure dans la consommation médicamenteuse. Dès 2013, l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) soulignait que les IPP figuraient parmi les médicaments les plus vendus (3). En 2015, près de 16 millions de patients avaient bénéficié d'au moins une prescription d'IPP (4). Ces volumes importants de prescriptions soulèvent la question d'un mésusage, souvent lié à des prescriptions inappropriées, trop prolongées ou initiées sans réelle indication.

Les autorités sanitaires ont rappelé à plusieurs reprises l'importance d'un usage raisonné de ce traitement. La Haute Autorité de Santé (HAS) souligne que les IPP restent utiles mais doivent être « moins et mieux prescrits » (5,6), et a diffusé des fiches de bon usage à destination des prescripteurs (7). Des initiatives régionales et nationales ont été mises en place, notamment par l'Assurance Maladie, afin de sensibiliser les professionnels de santé et les patients à la nécessité d'une déprescription raisonnée (8,9). Les patients étaient sensibilisés via un flyer envoyé par courrier (Annexe 1).

Sur le plan international, la déprescription des IPP est devenue un axe de réflexion majeur pour optimiser la qualité des soins et réduire l'exposition aux traitements potentiellement

inappropriés (10-14). Plusieurs stratégies de réduction ou d'arrêt progressif ont été étudiées, allant de la prise « à la demande » au sevrage progressif (15,16), et des recommandations pratiques ont été publiées pour guider les médecins (12-14).

Pour les médecins généralistes, premiers prescripteurs et acteurs du suivi au long cours, la prescription des IPP se heurte à plusieurs défis. La demande des patients, la pression ressentie pour prescrire (17,18), la crainte d'une récurrence des symptômes et l'influence des pratiques hospitalières rendent parfois la démarche complexe. Le vécu et le ressenti des patients face à la déprescription ajoutent une dimension relationnelle et communicationnelle essentielle (19). Une étude antérieure sur l'évaluation des pratiques professionnelles en médecine générale a montré l'hétérogénéité des comportements et la difficulté à modifier des habitudes bien ancrées (20).

L'objectif de ce travail est d'analyser le ressenti des médecins généralistes concernant la rationalisation de la prescription des IPP, d'évaluer secondairement l'impact perçu de la campagne nationale de déprescription menée par l'Assurance Maladie et au travers de ce double regard, à la fois centré sur la pratique quotidienne et sur l'environnement institutionnel, essayer de comprendre les freins et leviers à une prescription plus appropriée.

# MÉTHODES

## 1. Type d'étude et population d'étude

Une étude qualitative par entretien semi-dirigé a été réalisée auprès de médecins généralistes. Les critères COREQ de restitution d'une étude qualitative ont été suivis afin de garantir la validité interne du travail (Annexe 2).

## 2. Recrutement et échantillonnage

L'échantillonnage a débuté par le recrutement de 3 médecins généralistes faisant partie des connaissances professionnelles du chercheur. Le recrutement suivant a été mis en œuvre selon la méthode boule de neige, c'est-à-dire dans laquelle les participants de l'étude recrutent d'autres sujets parmi leur entourage qui seraient susceptibles d'apporter de nouvelles réponses à la question posée.

L'échantillonnage devait respecter le principe de variation maximale : les éléments recherchés comprenaient des âges variés, des durées d'exercice différentes, des milieux d'exercice hétérogènes, le niveau socio-économique moyen de la patientèle et les conditions d'installation des médecins (création d'une patientèle, reprise gratuite ou rachat).

Les médecins connus du chercheur étaient sollicités par message téléphonique, puis la prise de contact différait en fonction des possibilités les plus adéquates (mail, secrétariat téléphonique, numéro direct). Le thème général de l'entretien était expliqué au moment du recrutement sans détailler les sujets abordés.

Le guide d'entretien a été réalisé par l'investigateur principal et son directeur de thèse sur le logiciel Microsoft Word® (Annexe 3).

### **3. Recueil des données**

Les données ont été collectées au travers d'un entretien individuel semi-dirigé en face à face sur le lieu de travail des médecins interrogés à partir d'un guide d'entretien rédigé au préalable.

Les entretiens ont été menés entre novembre 2024 et septembre 2025.

L'enregistrement des données s'est fait simultanément via un dictaphone sur téléphone et sur ordinateur pour éviter toute perte d'information en lien avec l'éventuel dysfonctionnement d'un des deux appareils, après obtention d'un consentement écrit et remise d'une lettre d'information.

L'entretien a débuté par une question ouverte pour laisser aux personnes interviewées le maximum de liberté de parole, puis les questions étaient semi-dirigées afin d'amener l'interviewé sur certains sujets tout en rebondissant sur son discours.

Les entretiens étaient menés jusqu'à saturation des données, c'est-à-dire lorsque la collecte des nouvelles données cesse de générer de nouvelles idées.

### **4. Retranscription et analyse des données**

Les entretiens ont été retranscrits dans leur intégralité sur le logiciel Microsoft Word® pour composer le verbatim de l'étude. Les participants avaient le droit à une relecture et une correction de leur verbatim. Le verbatim a été fragmenté pour créer des propriétés rassemblées entre elles dans le but de faire émerger les principaux thèmes à l'aide du logiciel Microsoft Excel®. Le double codage a été réalisé par le chercheur ayant mené les entretiens (YB) et par un deuxième chercheur (DL) puis mis en commun.

L'analyse des données s'est inspirée de la théorisation ancrée.

Le logiciel Zotero® a été utilisé pour la mise en forme des données bibliographiques.

# RÉSULTATS

## 1. Caractéristiques de la population et des entretiens

Sept entretiens ont été menés. Le profil des médecins est présenté dans le tableau I.

Tableau I – Caractéristiques de la population

| Indicatifs | Sexe | Age    | Durée d'exercice | Milieu d'exercice | Niveau socio-économique patientèle global | Mode d'acquisition patientèle |
|------------|------|--------|------------------|-------------------|---|-------------------------------|
| M1         | H    | 36 ans | 9 ans            | Semi-rural        | Moyen                                     | Reprise                       |
| M2         | F    | 68 ans | 44 ans           | Urbain            | Moyen                                     | Reprise                       |
| M3         | H    | 73 ans | 46 ans           | Urbain            | Moyen                                     | Création                      |
| M4         | F    | 29 ans | 3 ans            | Urbain            | Précaire                                  | Création                      |
| M5         | F    | 58 ans | 29 ans           | Urbain            | Aisé                                      | Création                      |
| M6         | F    | 48 ans | 21 ans           | Urbain            | Aisé                                      | Rachat                        |
| M7         | H    | 40 ans | 12 ans           | Rural             | Moyen                                     | Reprise                       |

La répartition des sexes était équilibrée, avec 57% de femmes et 43% d'hommes. Leur âge s'étend de 29 à 73 ans et la durée d'exercice de 3 à 46 ans. Le milieu d'exercice actuel était hétérogène et représenté à 72% par le milieu urbain. Le niveau socio-économique était également hétérogène et dominé à 57% par une classe moyenne. Trois médecins ont créé leur patientèle, trois médecins ont repris gratuitement la patientèle du médecin qui les précédait et un médecin a racheté sa patientèle. La durée moyenne des entretiens était de 57 minutes. La saturation des données a été obtenue au sixième entretien.

## 2. Perception des IPP et de leur usage

### 2.1. Une efficacité manifeste

L'efficacité des IPP pour traiter les symptômes aigus est avérée. Ils sont perçus comme une solution rapide et fiable particulièrement valorisée depuis plusieurs années.

*M3 « Ca a été quand même une sacrée révolution pour ceux qui avaient des ulcères [...] parce qu'on n'avait pas de traitement. C'était le remède miracle ».*

*M7 « Le gros avantage de ce médicament c'est qu'il est hyper efficace, c'est radical. ».*

### 2.2. Une surprescription historique liée à la banalisation

La surprescription passée est attribuée à une banalisation initiale des IPP encouragée par leur disponibilité, leur efficacité et l'influence des laboratoires pharmaceutiques.

*M5 « Je crois qu'on a vraiment banalisé ce traitement au départ. On a fait avec les connaissances des IPP qu'on nous a servies à l'époque et c'est l'évolution des données de la science qui font qu'on fait parfois rétropédalage ».*

*M6 « Je pense qu'il y a eu des effets de laboratoire sur ces trucs-là ».*

### 2.3. Une sensibilisation croissante aux effets secondaires

Les recommandations récentes et les revues scientifiques ont accru la vigilance face aux risques d'effets secondaires à long terme.

*M1 « Souvent je le dis au patient qu'il peut y avoir des risques osseux avec les IPP au long cours et que ça peut être intéressant de le diminuer [...] une fracture de hanche chez une personne âgée, elle peut en mourir ».*

M3 « Prescrire® ce mois-ci a publié une étude allemande sur l'augmentation de la mortalité.  
Je leur dis que ça va entraîner plus d'inconvénients que d'avantages ».

## 2.4. Un changement de paradigme thérapeutique

Le changement de paradigme médical entraîne des difficultés à justifier l'arrêt du traitement après avoir passé une longue période à inciter leur prescription.

M2 « On a été tellement persuasif pour les mettre que maintenant pour faire du rétropédalage et pour dire qu'on n'en veut plus, les patients disent 'ah bah oui mais vous m'avez dit que ça m'avait fait du bien'. On n'a pas le même discours, on va dans l'autre sens ».

## 2.5. Un médicament dédramatisé

Une hiérarchie symbolique semble se dégager entre les différentes classes médicamenteuses et influence la motivation à déprescrire.

M1 « Je suis beaucoup moins content d'arrêter un IPP qu'une benzodiazépine [...] Si je n'arrive pas à l'arrêter [...] bon bah tant pis on l'arrête pas, c'est pas grave ».

M3 « Je trouve qu'on arrête plus facilement les IPP que les benzodiazépines ».

# 3. Pratiques de prescription des IPP

## 3.1. Prescriptions courtes pour des symptômes aigus

Les IPP sont prescrits pour des indications précises pendant 4 à 8 semaines avec une réévaluation systématique au décours.

*M1 « Pour les patients qui ont une épigastralgie nouvelle, il n'y a aucun mésusage des IPP, on met le traitement pour 1 mois ».*

*M4 « Il faut être clair qu'on part sur 3-4 semaines de traitement et on réévalue, mais ce n'est pas un traitement qu'on doit garder au long cours ».*

### **3.2. Préférence pour les alternatives médicamenteuses et la modification du mode de vie**

Les habitudes alimentaires jouent un rôle prépondérant dans la persistance des symptômes de pyrosis ou de régurgitations.

*M3 « On a beaucoup de maghrébins qui mangent super épicé et ils prennent tous un peu de Mopral®, comme ça, ça passe mieux ».*

*M6 « Les personnes âgées avec la petite soupe et la tisane le soir, 1h après ils se couchent. Bah forcément ça remonte toute la soirée ».*

Pour autant, les patients entreprenant des modifications de leur mode de vie ressentent une rapide amélioration des symptômes.

*M6 « Quand elles changent leur alimentation et qu'elles diminuent les quantités, elles disent bien que les premières choses qu'elles ressentent c'est qu'elles n'ont plus les troubles digestifs qu'elles avaient auparavant ».*

Ainsi, les conseils hygiéno-diététiques sont privilégiés avant la prescription des IPP et semblent efficaces.

*M3 « Quelqu'un qui a un reflux, tu lui dis simplement de ne pas s'allonger ni de faire sa sieste après le repas, de se mettre en position assise, de se mettre du côté gauche aussi.*

*Parfois c'est miraculeux ».*

*M6 « Je leur demande de fractionner, d'éviter de manger liquide le soir [...] Manger un peu moins riche et diminuer les quantités ».*

Prendre en compte la globalité du patient permet de mettre en lumière les leviers possibles pour induire un changement plus profond et durable de ces habitudes.

*M7 « J'essaye de comprendre comment vivent les gens. Si je vois qu'il y a des endroits pour lesquels un changement pourrait apporter quelque chose, j'essaye de les amener à réfléchir à ce changement ».*

Les anti-acides sont préférés aux IPP lorsqu'ils sont efficaces.

*M1 « Remplacer par du Gaviscon®, des alginates [...] si ça permet d'empêcher les symptômes, il vaut mieux garder le Gaviscon® plutôt que les IPP ».*

*M4 « Sur des symptômes intermittents, ne pas aller d'emblée sur les IPP ».*

### **3.3. Influence de la santé du médecin**

Le partage d'expérience des médecins en tant que malades facilite l'explication des choix thérapeutiques.

*M2 « J'aurais mal à l'estomac, je prendrais un Maalox® ou un Gaviscon® mais je ne me mettrais pas sous IPP pendant 1 mois ».*

M3 « Je suis épigastralgique. En respectant les mesures hygiéno-diététiques, ça marche très bien, je suis persuadé de ça, je sais que ça sert à quelque chose. C'est plus facile pour expliquer aux patients [...] vivre les symptômes c'est important ».

### 3.4. Influence de l'expérience du patient avec les AINS

La décision de prescrire un IPP avec un AINS dépend plus de l'expérience antérieure du patient que des critères stricts de l'HAS.

M5 « Il a déjà eu des anti-inflammatoires et il connaît l'effet que ça va faire [...] de la diarrhée et des épigastralgies quel que soit le moment de la prise ou la posologie [...] Pour ces 6 à 8 jours d'AINS je ne vais pas lutter ».

M7 « Je leur mets pour la durée du traitement anti-inflammatoire [...] Je ne leur mets pas systématiquement. Ça dépend de leur âge, de leur expérience avec l'AINS ».

### 3.5. Privilégier le confort dans certaines situations

Le confort du malade est privilégié à l'indication chez certains patients, notamment dans le cadre des soins palliatifs ou chez les sujets âgés pour qui le confort prime.

M2 « Ce que je veux c'est le confort du malade. Je ne veux pas être responsable d'une aggravation des effets secondaires ».

M6 « Si j'ai quelqu'un en soins palliatifs avec des douleurs abdominales, on s'en fiche de mettre l'IPP. L'important c'est qu'il soit confortable ».

### 3.6. Réticence à prescrire en pédiatrie

La prudence particulière est de mise en pédiatrie, où les laits épaissis et le Gaviscon® sont privilégiés. Les IPP sont réservés aux cas graves nécessitant un avis spécialisé.

M5 « *La pathologie des RGO chez les enfants est rarissime. On prescrit très rarement des IPP [...] J'essayerai peut-être plus les laits épaissis [...] d'utiliser de préférence du Gaviscon®. C'est toujours un enjeu de faire une fibroscopie à un enfant* ».

## 4. Les défis autour de la déprescription des IPP

### 4.1. L'effet rebond comme obstacle principal

L'effet rebond est unanimement cité comme un frein majeur, décourageant les patients et compliquant la déprescription.

M4 « *Il se sent bien avec et il veut le continuer, il n'a pas envie de prendre le risque d'avoir des symptômes qui reviennent* ».

M5 « *Ce qui conduit à la remise en question ou à l'échec, c'est ce fameux effet rebond où le patient est de nouveau symptomatique* ».

### 4.2. Rendre symptomatique un patient asymptomatique

Prendre le risque de provoquer la réapparition des symptômes chez un patient dont les troubles sont contrôlés interroge.

M7 « *C'est une balance. Est-ce qu'avoir des brûlures gastriques tous les jours crée un danger, un mal-être, des symptômes difficilement supportés et donc des conséquences sur l'état de santé en général dans le quotidien ? Alors que l'IPP règle tout, permet de se sentir bien et d'avoir une vie normale* ».

### 4.3. L'évaluation objective d'un symptôme subjectif

La subjectivité des symptômes entraîne des difficultés à fonder une décision médicale en l'absence d'élément objectif, remettant ainsi en question la sécurité de la déprescription face à une difficulté à trancher entre un effet réel de sevrage ou un inconfort sans preuve clinique.

*M2 « Quand tu arrêtes l'IPP, t'as pas de preuve qu'ils ont mal à l'estomac. C'est trop subjectif. Je ne peux pas dire que j'ai le même mal d'estomac que le voisin. Le ressenti de la douleur ne peut pas être quantifié. Comment justifier que tu arrêtes l'IPP ou tu n'arrêtes pas ? ».*

*M7 « Le même symptôme chez nous deux n'est pas vécu de la même façon. Pourquoi on le vit de cette façon-là ? C'est sur ça qu'on peut agir ».*

### 4.4. L'absence d'indication initiale connue

L'absence de justification tracée ou évidente pour les prescriptions héritées ou hospitalières rend la déprescription difficile.

*M4 « Ne pas connaître l'indication initiale c'est toujours inconfortable, le fait de se demander si je l'arrête ou si je le garde ».*

*M5 « Pas de compte-rendu. Aucune guidance. Il sort avec une ordonnance d'IPP et puis c'est tout ».*

La facilité de prescription et l'ergonomie des logiciels hospitaliers favorise l'absence de réévaluation de la prescription avant la sortie d'hospitalisation.

M7 « C'est tellement facile de prescrire [...] le jour de la sortie, on clique sur le bouton 'impression ordonnance' et on fait presque plus attention qu'il est dessus ».

#### **4.5. L'attrait du soulagement rapide contre la durabilité des modifications du mode de vie**

Les IPP deviennent une solution de facilité permettant de transgresser la prévention et font l'objet de tension entre leur efficacité séduisante et la perte d'opportunité de promouvoir un changement durable du mode de vie.

M7 « Les traitements efficaces n'aident pas à aller vers le changement de comportement, qui est souvent ce qu'on recherche [...] Vous n'aurez pas d'aigreur d'estomac après 3 verres de vin. Les gens l'utilisent comme ça [...] Ça marche bien, c'est en vente libre, pas d'effet secondaire au moment de la prise. Ça coche beaucoup de case pour le prendre ».

#### **4.6. Gagner du temps sans traitement**

Arrêter temporairement un médicament semble bénéfique, dans une logique de réduction de l'exposition médicamenteuse dont l'enjeu est d'introduire de la réversibilité et de donner du mouvement à la prescription plutôt que d'opposer arrêt et maintien.

M7 « Du temps sans médicament c'est toujours ce temps de gagner. S'ils arrêtent 2 mois et qu'au bout de 2 mois on reprend, bah pourquoi pas ».

#### **4.7. Impact de la psychologie du patient**

L'attachement psychologique des patients, renforcé par la perception des IPP comme protecteur, freine la déprescription.

*M1 « Il y a une part psychologique [...] Ils sont tellement habitués à leur médicament qu'ils vont développer l'effet indésirable s'ils ne l'ont plus ».*

*M2 « Il avait une canne, une béquille avec l'IPP. Quand t'arrêtes le traitement, le patient dit que ça repart [...] Est-ce que c'est vraiment à cause de l'arrêt du traitement ou il a d'autres effets liés à sa vie courante qui lui ont donné mal à l'estomac ? ».*

*M5 « Protecteur gastrique, ce n'est pas rien. Ça te protège ».*

L'effet placebo jouerait également un rôle dans le maintien de la prescription.

*M3 « Y a pas un médicament qui n'a pas d'effet placebo [...] L'effet placebo c'est très intéressant et je pense qu'il n'est pas assez exploité ».*

Introduire le traitement sans envisager des modifications du mode de vie semble enfermer certains patients dans une passivité thérapeutique pouvant rendre difficile des opportunités futures de changement de l'hygiène de vie.

*M7 « Y en a qui ont des profils où vous sentez qu'ils vont être plus addicts et on va les enfermer dans un truc où ils vont être passifs ».*

#### **4.8. La fragilité de l'alliance thérapeutique**

La crainte de compromettre l'alliance thérapeutique en provoquant des symptômes semble freiner la déprescription.

M1 « Tu peux éventuellement briser l'alliance thérapeutique ou la diminuer [...] Tout va bien pour le patient quand tu le vois, tu fais un changement volontaire et ça va moins bien. Tu aggraves sa situation ».

M2 « Lorsque je n'arrive pas à déprescrire, je ne sais pas si j'insiste. Je le laisse, tant pis. Et en plus ils iront peut-être voir quelqu'un d'autre qui va leur prescrire si on force l'arrêt ».

#### 4.9. L'absence de contrôle des IPP en vente libre

Le désarroi ressenti des IPP en vente libre aboutit à une impossibilité de contrôler les prescriptions.

M3 « J'ai aussi découvert qu'il y avait des IPP dans les produits conseils des pharmaciens [...] Bah c'est un problème [...] quand je vois tout ce que le pharmacien peut donner, je prends un air catastrophé ».

M7 « Il achète en pharmacie, ça fonctionne donc il revient pour en avoir sous prescription car il les paye ».

#### 4.10. Déprescrire l'IPP ou le médicament auquel il est rattaché ?

Le médicament causal est préférentiellement réévalué plutôt que l'IPP qui l'accompagne.

M2 « On leur a dit que ça protégeait leur estomac des effets secondaires des anti-inflammatoires [...] Je commence par supprimer les anti-inflammatoires quand il n'y en a pas besoin ».

*M6 « Une femme de 60 ans qui a une ostéodensitométrie limite [...] si elle est à risque de chute, j'aurais plutôt envie de réévaluer son anticoagulant plutôt que son IPP ».*

#### **4.11. Réévaluation clinique adéquate et adressage spécialisé**

En cas d'échec de déprescription ou de symptômes persistants, l'orientation vers un gastro-entérologue ne semble pas systématique et dépend de la pathologie suspectée.

*M4 « Les patients que je réoriente vers le gastro-entérologue en général sont ceux pour qui je n'arrive pas à arrêter le traitement. Pour le coup c'est l'indication à la fibroscopie qui se discute ».*

*M5 « Je vais adresser une première fois et après faut savoir lâcher ça aussi. Il faut trouver la dose la plus basse possible avec laquelle il est bien ».*

#### **4.12. Approche progressive de la déprescription**

Les pratiques de décroissance thérapeutique diffèrent entre les médecins et sont fonction des habitudes de chacun, sans qu'un profil de patient ne semble se distinguer pour privilégier une méthode plutôt qu'une autre.

*M6 « Je diminue la dose de moitié pendant 15 jours puis un jour sur deux pendant 15 jours et on arrête ».*

*M7 « Je ne fais pas de décroissance sauf sur des doubles doses ».*

### 4.13. Des recommandations jugées impersonnelles et théoriques

Les recommandations sont perçues comme un guideline théorique dont il faut parfois se défaire pour soigner une personne et non une maladie, insistant sur la prédominance relationnelle de la consultation.

*M1 « Je pense que si la médecine générale ce n'étaient que des recommandations, bah les télécabines de téléconsultation marcheraient très bien. Et ce n'est pas le cas ».*

*M3 « Les recommandations ne sont pas adaptées à la personne [...] C'est supposé que tous les gens soient dans des cases [...] On ne peut pas appliquer à tout le monde ».*

*M6 « Si je peux faire en fonction des recommandations, j'essaye. Mais parfois je ne suis pas dans les clous et les patients sont hors recommandations. Mais pour moi c'est le patient au centre ».*

## 5. Rôle du médecin généraliste et relation médecin-patient

### 5.1. Importance de la connaissance du patient

La compréhension du contexte du patient semble essentielle pour adapter les soins prodigués.

*M2 « Ce n'est pas le médecin de garde qui arrête, c'est le médecin qui a l'habitude [...] Faut bien connaître son patient et la pathologie, comment il fonctionne, son mode de vie ».*

*M7 « J'essaye de comprendre comment vivent les gens. Si je vois qu'il y a des endroits pour lesquels un changement pourrait apporter quelque chose, j'essaye de les amener à réfléchir à ce changement ».*

## 5.2. Communication pour obtenir l'adhésion

La communication ouverte expliquant les bénéfices et les risques favorise l'adhésion à la déprescription.

*M2 « Je pense que le patient, qu'on connaît, nous écouterà si on lui donne des arguments pour arrêter ».*

*M6 « J'entends qu'il y a des risques à prendre au long cours et je ne veux pas faire prendre des risques à mes patients. Je trouve que c'est une décision partagée, on en discute avec eux ».*

## 5.3. Énoncer les risques sans dramatiser

Le discours rassurant est privilégié, évitant de dramatiser les effets secondaires pour ne pas effrayer les patients et préserver l'adhésion.

*M5 « Après, les effets au long cours, j'essaye de ne pas dramatiser la situation. L'idée c'est plutôt de dire qu'ils n'en n'ont probablement plus besoin et c'est peut-être pas mal d'avoir moins de médicaments ».*

*M7 « Ils n'ont pas la même vie, le même rapport aux symptômes. Il y a peut-être des trucs à travailler là-dessus. Notre boulot c'est de rassurer, de dire 'pas de panique'. On a le temps d'essayer de comprendre ».*

## 5.4. Temporalité de la consultation

La déprescription est plus efficace durant des consultations dédiées lorsque les patients sont enclins à accepter la démarche.

*M1 « Dans une consultation idéale de renouvellement, si le patient ne te ramène pas 3 autres motifs aigus, et bien tu as le temps de le faire ».*

*M5 « Quand un patient vient pour un autre motif, si on lui parle d'autres choses, c'est normal qu'il ne soit pas réceptif ».*

Entamer des démarches de déprescription, même si elles n'aboutissent pas, permet de laisser le temps au patient de cheminer et de les entreprendre de lui-même.

*M5 « Quand on lâche cette exigence de vouloir à tout prix arrêter et sevrer, bah le patient revient et dira 'bah finalement j'ai réussi' ».*

Face à un nouveau patient, une approche prudente est adoptée, retardant toute modification thérapeutique afin de disposer d'un temps d'évaluation.

*M2 « Je pense que c'est à la deuxième consultation qu'il faut changer, pas à la première [...] Je préfère attendre pour justifier mon arrêt ».*

## **5.5. Prudence face aux prescriptions des spécialistes**

Une forme de retenue s'exprime face aux prescriptions initiées par les spécialistes, traduisant une perception de moindre légitimité à intervenir sur ce sujet.

*M1 « Les patients qui ont un infarctus on leur met le traitement basique et un IPP avec. Et après pour l'enlever c'est plus compliqué [...] Parce que si ça a été prescrit par le cardiologue, je pense que pour certains patients ça fait partie du traitement cardiologique ».*

*M5 « Souvent les cardiologues arrêtent les IPP à la consultation à un an. La parole du cardiologue a beaucoup plus de valeur que celle du médecin généraliste [...] Celui qui prescrit, il sait. C'est sa prescription et sa responsabilité. Et c'est difficile lorsqu'on est après de déprescrire ce qui a été introduit ».*

Toutefois, les lectures scientifiques et l'évolution de l'internat de médecine générale semblent octroyer des connaissances solides et par conséquent des capacités de contestation face à une prescription qui paraît injustifiée.

*M3 « On avait un certain complexe vis-à-vis des spécialistes qui avaient fait l'internat et pas nous. Mais je pense qu'être un lecteur de la revue Prescrire® t'étaye dans le fait de contester ce que le spécialiste a dit ».*

*M6 « Quand je vois qu'ils ont démarré un anticoagulant pour une fibrillation atriale et qu'ils ont mis un IPP, je n'appelle pas le cardiologue et j'arrête au bout de quelques mois ».*

## **6. Contraintes contextuelles et influences professionnelles**

### **6.1. Difficultés d'accès aux spécialistes**

La difficulté d'accès aux consultations spécialisées agit comme un facteur structurel de maintien des prescriptions, en transférant sur le médecin généraliste la charge de décision.

*M2 « Avant on avait la consultation de gastro facile. Maintenant, on prend plus de nouveaux malades [...] J'ai cette arrière-pensée de me dire que je ne peux pas contrôler ».*

M3 « J'essaye d'avoir de nouveau une fibroscopie. Je dis 'j'essaye' car ils sont à six mois – un an de délai. Ils ne prennent plus personne, il faut envoyer une lettre. Avant je passais un coup de fil au gastro-entérologue, il refusait jamais ».

## 6.2. Manque de coordination interprofessionnelle

Le manque de communication ressenti entre spécialistes et généralistes complique la gestion des IPP, laissant les généralistes seuls face aux prescriptions qui n'émanent pas d'eux.

M2 « On arrive plus à avoir les spécialistes. Avant on avait des collègues, on leur demandait pourquoi il l'avait mis. Maintenant, c'est informel donc tu ne peux plus les avoir, tu ne peux plus discuter. Et c'est plus embêtant.

M5 « L'hôpital introduit et laisse le médecin généraliste prolonger ou arrêter ».

M7 « Y a des médicaments qu'on enlève et quand ils retournent voir le spécialiste, il le remet ».

## 6.3. Influences extrinsèques

Les revues comme Prescrire® et Exercer® représentent une source clé, guidant la prudence face aux effets secondaires et à la déprescription.

M3 « Prescrire® maintenant c'est du solide, ça tient la route ».

M5 « Je lis la revue Prescrire® [...] Je lis la revue Exercer® ».

M6 « Lire Prescrire® sur les effets secondaires au long cours et hop ça te refroidit d'un coup ».

Les échanges professionnels influencent positivement la pratique en s'informant et se formant continuellement pour être à jour des dernières recommandations.

M6 « Mes lectures, les recommandations, les GEAP avec les internes où j'apprends plein de choses. Hop des fois y a un point qui est fait sur l'IPP et ça te remet au goût du jour. C'est notre auto-formation au fur et à mesure des années ».

M7 « L'échange que j'ai eu avec la déléguée de l'Assurance Maladie, ça c'est pertinent et ça a probablement un impact sur mes raisonnements et mes prescriptions ».

#### **6.4. Incohérence des traitements substitutifs éphémères**

La campagne de l'Assurance Maladie a mené à des incohérences en lien avec une volonté de substitution par un traitement éphémère.

M7 « Au tout début de la campagne, lorsque les gens recevaient chez eux les papiers de la Sécu pour qu'ils arrêtent de prendre ce médicament [...] on avait dit qu'il faut faire un relai avec la Ranitidine, médicament qui a disparu un mois après ».

#### **6.5. Réception controversée de la campagne de l'Assurance Maladie**

Les médecins ressentent une forme de culpabilisation par l'Assurance Maladie, une attaque des valeurs liées à leur travail et un sentiment de contrôle sur leur pratique en cabinet.

*M1 « De base j'aime pas qu'on me dise ce que je dois faire [...] Comme on dit en entretien motivationnel, le réflexe correcteur c'est hyper chiant [...] Est-ce que c'est de ma faute ? Ça vient du patient aussi, on n'est pas derrière chaque patient. Y a un côté culpabilisant de ce message-là qui n'est pas agréable du tout ».*

*M6 « Pour les IPP, le fait de nous proposer une prime de participation, une sorte d'intéressement, de toucher de l'argent, des bénéfices qui vont être ressortis grâce à la déprescription des IPP [...] Ils nous prennent vraiment pour des cons, comme s'il n'y avait que l'argent qui nous intéressait ».*

*M7 « Je vais un peu mal le vivre, on vient me dire comment je dois faire mon métier ».*

Les patients ne sont pas considérés comme les meilleurs vecteurs des messages clés que les institutions veulent transmettre.

*M1 « J'ai été mis au courant par le patient avant d'être mis au courant par l'Assurance Maladie. Donc en effet, ça c'est pas agréable ».*

*M2 « L'Assurance Maladie peut informer, mais je pense que ça aurait été mieux qu'elle fasse des campagnes d'information pour le corps médical [...] Ça ne doit pas être à eux d'informer le patient ».*

En s'adressant aux patients, l'Assurance Maladie semble contourner le dialogue avec les médecins, ce qui peut être perçu comme un manque de confiance dans leur capacité à adapter leur prescription.

M2 « Je pense que c'est donner des responsabilités au patient que de dire 'bah votre médecin ne fait pas son boulot'. C'est diviser pour mieux régner ».

M4 « Ça peut un peu remettre en cause le travail que font les généralistes car c'est quelque chose qu'on est censé faire en consultation ».

Toutefois, les médecins semblent plus difficiles à mobiliser et plus hermétiques au dialogue que les patients.

M5 « Pour faire bouger les médecins, la stratégie de la Sécurité Sociale c'est de passer par les patients. Ça a toujours été comme ça [...] Parce que nous, on a beaucoup plus de mal à nous mobiliser ».

La campagne a cependant permis de donner une information supplémentaire et de rappeler aux patients qu'ils peuvent discuter du traitement avec leur médecin traitant.

M4 « Ça peut quand même être bien que les patients soient informés, des patients pour qui on a eu une consultation prolongée. C'est peut-être un moyen de relayer une information qu'on n'a pas eu le temps de délivrer ».

M5 « Je trouve que c'est toujours intéressant de permettre au patient d'aller discuter avec son médecin. Ça a toujours fonctionné comme ça ».

La campagne n'aurait pas ciblé les patients éligibles à cette déprescription.

M4 « Si ça cible pas les patients c'est un peu délicat. Un patient qui a un endobrachyoesophage on va pas lui dire d'arrêter son traitement ».

L'efficacité et les résultats attendus avec ce procédé de communication semblent remis en cause. Toutefois, la campagne a été bénéfique pour l'arrêt du traitement chez certains patients.

*M6 « Elle y était attachée et le fait qu'elle reçoive ce truc-là lui a permis d'essayer de l'enlever ».*

*M7 « Je crois pas qu'on crée des changements de comportement dans une population en faisant ça ».*

La campagne semble être motivée par des aspects financiers qui influenceraient la pratique médicale.

*M2 « On est là pour soigner. Faut pas qu'il y ait des histoires d'argent entre les patients et nous, de ne pas soigner parce que ça coûte cher ».*

*M5 « Il y a une injonction de la Sécurité Sociale à faire des économies de santé en matière de déprescription médicamenteuse [...] Ce serait bien de déprescrire ça mais l'idée c'est de ne pas travailler avec ses ROSP en tête ».*

## **6.6. Modifications des pratiques consécutives à la campagne de l'Assurance Maladie**

La campagne n'a pas eu le même effet entre tous les médecins interrogés.

M1 essaye d'en prescrire moins et d'être plus vigilant chez les patients traités au long cours.

*M1 « J'y pense plus souvent, d'essayer d'arrêter ou diminuer les IPP au long cours [...] je pense que probablement je prescris un peu moins d'IPP ».*

M2 ne tient pas compte de cette campagne.

*M2 « J'en ai pas tenu compte ».*

M3 et M5 reconnaissent avoir été au courant de la campagne au travers de la revue Prescrire® qui a eu pour effet de diminuer leur prescription.

*M3 « J'étais déjà pour [...] parce que je lisais Prescrire®. Si on reprend les premiers articles, ils disaient déjà de faire attention ».*

*M5 « Je pense que ça a quand même bougé ma pratique professionnelle d'aller lire ça. J'avais un petit caractère assez systématique ou assez facile de prescrire les IPP sur une prescription concomitante avec les AINS de courte durée [...] Aujourd'hui je pense que je suis plus à me poser la question ».*

M6 essaye de respecter les recommandations sans s'acharner.

*M6 « Je vais faire en fonction du patient. Si on peut faire en fonction des recommandations, j'essaye, mais parfois je suis pas dans les clous [...] mais pour moi c'est le patient au centre ».*

M7 recevait déjà les délégués médicaux et constate une meilleure prise de conscience sur l'auto-évaluation de sa pratique.

*M7 « J'essaye toujours de voir le positif dans ce genre de rendez-vous avec la déléguée de l'Assurance Maladie, où je me dis que ça me permet de poser plus précisément et plus souvent la question de la pertinence d'une prescription ».*

M4 n'était pas au courant de la campagne et n'a par conséquent pas été influencée par cette dernière.

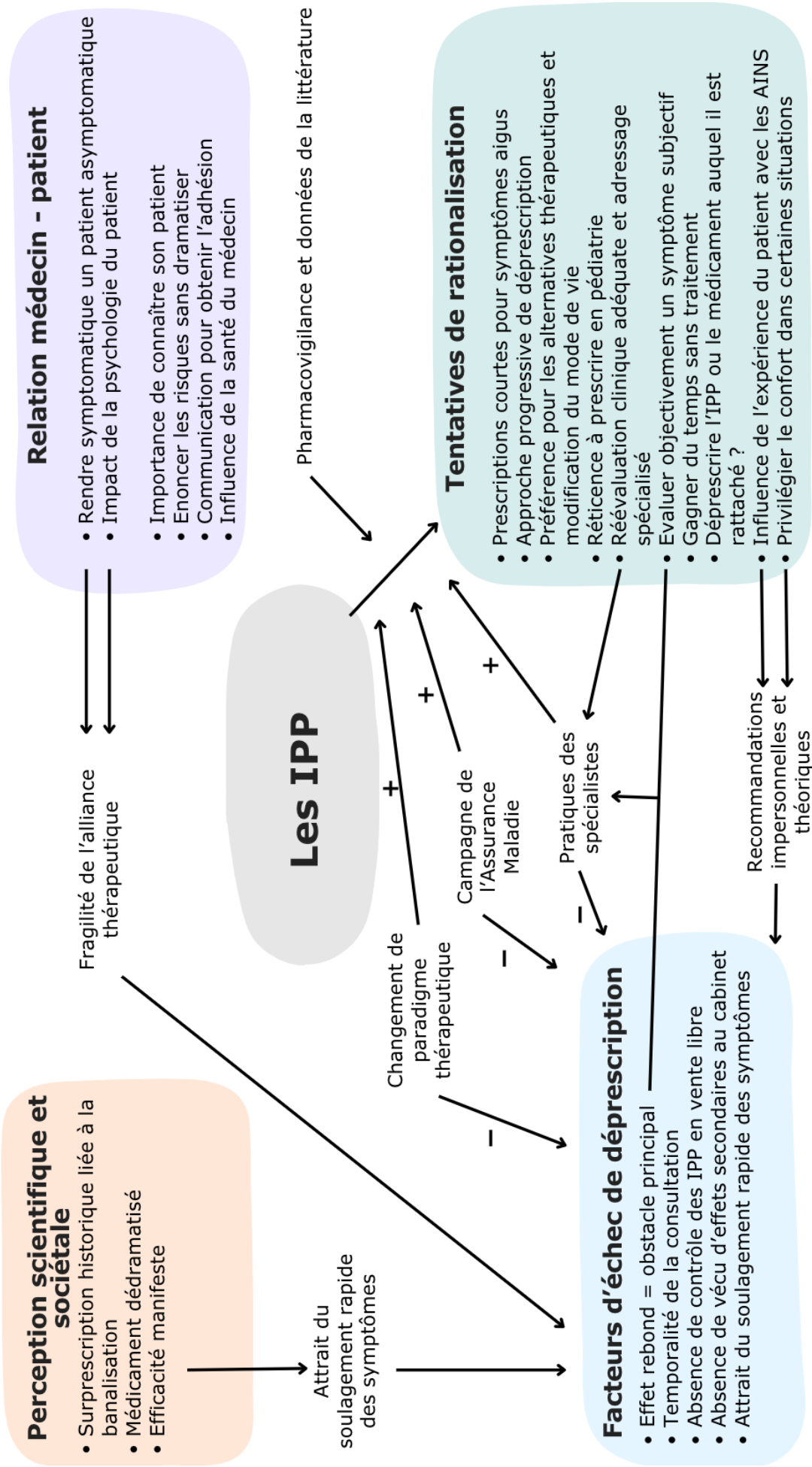


Figure 1 – Carte mentale résumée

# DISCUSSION

## 1. Résultats principaux

### 1.1. Efficacité perçue et surprescription historique

Les médecins généralistes interrogés reconnaissent que l'efficacité des IPP est largement perçue comme une avancée majeure. La littérature confirme que leur efficacité dans les troubles acides est bien établie, ce qui contribue fortement à leur usage répandu (21-23).

La perception d'un traitement puissant, sûr et bien toléré favorise la banalisation de sa prescription, comme le montrent des études qui dénoncent un usage excessif et/ou inapproprié en dépit des recommandations existantes et souvent sans indication claire (21,24). Dans la région Pays de la Loire, 90% des initiations des IPP préventifs en association avec les AINS se faisaient sans facteur de risque justifiant cette prophylaxie (25). Dans nos entretiens, plusieurs médecins évoquent cette logique de prudence induisant une dynamique de prescription par inertie ou par sécurité perçue, ce qui rejoint les déterminants décrits par van Gestel et al. (26). Cette dynamique souligne le besoin de réviser l'indication, la durée et la nécessité de la prescription. En cela, nos résultats s'inscrivent pleinement dans le débat actuel.

### 1.2. Sensibilisation aux effets secondaires et inquiétude croissante

Les effets indésirables au long cours (risques infectieux digestifs et pulmonaires, carences, fractures) apparaissent plus dans les discours de santé publique, les recommandations et dans la littérature, ce qui alimente la réflexion des praticiens (23). Les entretiens ont montré que certains médecins généralistes sont désormais sensibilisés à ces effets secondaires, ce qui peut constituer un levier de déprescription. Toutefois, d'autres ont signalé que la temporalité (suivi, moment de consultation, durée de prescription) rend l'application complexe : la prescription

initiale est souvent faite dans un contexte aigu puis prolongée sans réévaluation formalisée. Ce phénomène est souligné par la revue d'Andrawes et al. (27).

Parallèlement, beaucoup de patients ignorent probablement ces risques, comme le montre ce travail où les médecins ont parfois recours à leur énumération dans un objectif de prise de conscience. Ce constat va dans le sens de la littérature : une étude limousine a mis en évidence que 71% des patients ne connaissaient pas les effets indésirables liés aux IPP (28).

### **1.3. Effet rebond et difficultés de la déprescription**

L'effet rebond est souvent décrit comme un obstacle majeur, ce qui revient dans plusieurs études interventionnelles : la nécessité d'un sevrage progressif ou d'une stratégie à la demande permettrait d'atténuer ce rebond (12-14,21). L'accompagnement par l'éducation thérapeutique et le traitement par des alginates permet une réduction ou un arrêt durable pour une majorité de patients en dépit du risque de symptômes rebonds (29). En France, un processus de déprescription par algorithme en médecine interne a permis la suspension du traitement chez environ 29% des patients avec un maintien dans la majorité des cas après 3 mois (30). La reconnaissance de cet effet rebond et la proposition d'une approche progressive montrent que les généralistes ont conscience du défi.

### **1.4. Alternatives, mode de vie et préférences du patient**

La littérature plaide de plus en plus pour des approches non médicamenteuses (modifications diététiques, hygiène de vie, gestion du poids, arrêt du tabac) dans les cas de symptômes aigus ou légers de reflux, surtout comme stratégie initiale ou adjuvante (21). L'implication du patient, ses préférences, son vécu symptomatique et sa tolérance au risque de rebond acide

sont identifiés comme des éléments-clés dans les stratégies efficaces de déprescription (21,29).

### **1.5. Prescription chez les patients âgés et fragiles**

L'étude en médecine interne indique que, dans cette population, les débats autour de la balance bénéfique/risque sont plus marqués et la tolérance aux effets secondaires est plus faible. Le sevrage progressif est plus souvent envisagé dans ce contexte (30).

### **1.6. Influence du prescripteur et de la temporalité**

L'influence du prescripteur initial joue un rôle primordial dans le maintien de la prescription. Les médecins généralistes suivent parfois les recommandations spécialisées même si elles sont non-conformes aux lignes directrices (31), bien que les recommandations d'autres professionnels de santé peuvent conduire les généralistes à commettre des erreurs médicales (32–34). Ces éléments ont induit le développement d'une capacité des médecins généralistes à questionner voire remettre en cause une prescription initiée par le spécialiste, qui a été clairement exprimé par certains médecins interrogés dans cette étude.

La temporalité et la pression du temps en consultation représentent des enjeux en matière de déprescription. La pression temporelle réduit l'adhésion aux bonnes pratiques et la gestion du temps influence l'option de maintenir plutôt que de déprescrire (35,36). L'avis des médecins interrogés s'orientaient dans ce sens, là où le temps était vécu comme primordial pour engager des démarches de déprescription. Les temporalités entre la déprescription initiée par le médecin et la volonté d'un arrêt de la part du patient doivent se rencontrer au même moment pour initier la démarche dans des conditions optimales.

## **1.7. Un médicament non prioritaire**

Les décisions de priorisation apparaissent comme le produit d'un faisceau de critères cliniques et organisationnels. Dans le cas des IPP, l'absence d'indication documentée, l'ancienneté du traitement, la crainte de l'effet rebond et la fragilité du patient ressortent régulièrement comme facteurs déterminants de la hiérarchisation (37,38). Par ailleurs, les praticiens tendent à accorder une priorité moindre aux traitements hérités lorsque la coordination fait défaut ou lorsque l'origine hospitalière de la prescription ne permet pas une réévaluation claire (39). Ces sujets font l'objet de difficultés rencontrées par les médecins interrogés, notamment parmi lesquelles l'absence d'indication rend difficile l'argumentation de l'arrêt. Deux médecins ont clairement exprimé que la déprescription était plus compliquée ou que l'acharnement à déprescrire était plus important pour les benzodiazépines que les IPP, probablement liés au phénomène d'accoutumance et de dépendance que procure cette classe médicamenteuse. Ce phénomène peut également être expliqué par la difficulté à relier causalement les effets indésirables potentiels à l'usage prolongé en consultation courante (40).

## **1.8. Influence de la psychologie du patient**

Les médecins interrogés ont mis en évidence une part psychologique pouvant limiter l'initiation du processus de déprescription. Cette influence a été documentée dans une étude qui distingue 3 profils de patient en fonction de la représentation du traitement : l'IPP vécu comme un médicament vital pour lequel l'arrêt est inenvisageable, comme un moyen de gestion des symptômes pour lequel l'arrêt est complexe et comme une prescription médicale pour laquelle l'arrêt est envisageable sous couvert de l'accord du médecin (41).

## **1.9. Coordination interprofessionnelle**

La coordination interprofessionnelle représente un défi important : le prescripteur hospitalier, le spécialiste, le généraliste et le pharmacien ne sont pas toujours alignés. La vente libre des IPP échappe parfois au contrôle du généraliste. La revue de van Gestel et al. rappelle que les déterminants comportementaux de la prescription nécessitent une approche plus large que la simple éducation : elle prend en compte les habitudes, la routine et la coordination.

Ce constat souligne qu'une campagne de rationalisation et de déprescription doit intégrer la formation du prescripteur, mais aussi l'organisation du soin et les relais.

## **1.10. Recommandations institutionnelles, réception et changement de paradigme**

La progression vers le changement de paradigme « moins mais mieux prescrire les IPP » se confirme dans les verbatim des entretiens. Les recommandations de l'HAS et de l'Assurance Maladie visant à sensibiliser les professionnels de santé trouvent un écho dans certains retours de terrain, bien que la réception soit parfois mitigée.

La littérature souligne que les interventions multicomposantes (algorithmes, audits, supports) obtiennent de meilleurs résultats par rapport aux simples campagnes d'information. Par exemple, une étude récente sur une intervention à grande échelle en pharmacie a montré une réduction significative de l'usage inapproprié des IPP (42).

En ce sens, nos résultats permettent de suggérer que la modification des pratiques est possible mais qu'elle demande un accompagnement adapté aux contraintes de la médecine générale (temps de consultation, patientèle chronique, pression de la demande).

### **1.11. Analyse des facteurs de variabilité maximale**

Nous présumons que l'âge, les durées et milieux d'exercice, les conditions d'installation des médecins et le niveau socio-économique de la patientèle pouvaient influencer les pratiques de prescription. Toutefois, compte tenu du nombre très limité de médecins interrogés, ces résultats doivent être interprétés avec une grande prudence : aucun lien probant ne peut être affirmé, même si cette absence d'association paraît cohérente avec la littérature actuelle. La variabilité de pratique est souvent expliquée par les caractéristiques du patient et son contexte de vie plutôt que par l'âge ou l'ancienneté du médecin (43,44). Les différences entre le milieu urbain et rural modulent la portée des soins mais n'expliquent pas entièrement les différences de pratique pour des décisions cliniques courantes (45). Le mode d'installation peut modifier l'organisation du fonctionnement de la structure médicale mais les preuves sont insuffisantes quant à leur effet direct sur la variation des décisions cliniques individuelles (46). Le niveau socio-économique de la patientèle influence l'accès et l'usage de certains soins, mais il n'est pas le seul déterminant des variations individuelles de pratique, les inégalités persistant même après ajustement (47).

## **2. Forces et limites de l'étude**

Notre étude présente plusieurs forces : elle explore de façon qualitative le ressenti et les représentations des médecins généralistes, ce qui apporte une profondeur et une nuance à la question de la rationalisation des IPP, au-delà des simples données de consommation. Elle prend également en compte l'environnement institutionnel, ce qui permet d'associer les pratiques individuelles avec le contexte. Cette étude met également en lumière la complexité de la démarche : ce n'est pas seulement une question de bonne indication ou de durée respectée, mais aussi une question de relation médecin-patient, de coordination, de

dynamique institutionnelle, de rencontre des temporalités, d'habitudes professionnelles. Elle valide et nuance les déterminants documentés dans la littérature et confirme que les leviers existent, mais demandent un accompagnement adapté. En ce sens, elle fait le pont entre données empiriques, littérature et pratique clinique.

Cependant, des limites doivent être soulignées. Le biais de désirabilité est probable, les médecins peuvent présenter leurs pratiques de manière plus conforme à ce qu'ils considèrent comme attendu. Un biais de sélection doit également être évoqué, le recrutement en boule de neige peut favoriser la participation de personnes déjà sensibilisées ou favorables au sujet étudié, entraînant un risque d'obtenir un échantillon non représentatif de la diversité des attitudes existantes.

Parallèlement, la présence inévitable de représentations et de la pratique propres au chercheur expose au risque d'influence sur les réponses des participants. Une réflexivité constante a été maintenue tout au long du recueil afin de prendre conscience de cette possible interférence et de la contenir autant que possible. Le recours à un guide d'entretien structuré avec des questions semi-dirigées et neutres visait à minimiser l'orientation du discours des participants. Le manque d'expérience initial du chercheur dans la conduite d'entretiens semi-dirigés a pu introduire un biais d'investigation, notamment par une moindre aisance dans la relance ou l'exploration de certains thèmes lors des premiers entretiens. La montée en compétence progressive au cours du recueil a probablement amélioré la qualité des échanges.

## CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Nos résultats s'inscrivent dans une littérature convergente qui souligne le défi de réduire l'usage inapproprié des IPP : l'efficacité, le soulagement, la peur de l'effet rebond sont des forces puissantes qui poussent à maintenir la prescription, tandis que la sensibilisation aux effets secondaires, les alternatives, la déprescription progressive et l'implication des patients apparaissent comme des leviers pertinents. Pour que « moins et mieux prescrire » devienne réalité en médecine générale, il faudra des outils pragmatiques, une meilleure coordination des soins et des recommandations plus vivantes.

Plusieurs pistes apparaissent pour favoriser une rationalisation plus effective :

La mise en place des protocoles de déprescription adaptés à la médecine générale, par exemple une stratégie de « step-down » ou « on-demand » après un traitement initial court, accompagnée d'un traitement substitutif pour l'effet rebond.

Un renforcement de la formation des médecins, dès les études initiales et tout au long de la pratique, constitue un levier majeur. Il s'agirait d'intégrer les risques liés à l'usage prolongé des IPP, le rappel du mésusage historique et la diffusion des données récentes sur la balance bénéfique/risque.

Une formation ciblée sur la communication avec le patient semble indispensable : savoir aborder la réduction ou l'arrêt d'un traitement, rassurer le patient sur la réversibilité du phénomène. Cette compétence communicationnelle est d'autant plus déterminante qu'elle conditionne l'adhésion et la confiance du patient dans la démarche de déprescription.

L'amélioration de la coordination représente un axe central. L'implication accrue des pharmaciens et infirmiers pourrait contribuer à un suivi renforcé des patients, en soutenant la continuité du sevrage et la vigilance vis-à-vis des symptômes de rebond. Une approche

pluridisciplinaire favoriserait une responsabilisation collective dans la rationalisation de la prescription.

Impliquer activement les patients dans la décision est essentiel. Les stratégies de déprescription doivent reposer sur une approche partagée de la décision médicale. Les patients doivent être informés de manière claire, accessible et contextualisée. La décision partagée suppose de peser les bénéfices et les inconvénients du maintien ou de l'arrêt du traitement, en tenant compte des préférences individuelles et du vécu antérieur. Cette implication active renforce l'autonomie du patient et réduit la résistance au changement thérapeutique.

Mesurer et suivre l'impact des campagnes institutionnelles semble pertinent, au travers d'audit et de retour de données, pour adapter les campagnes afin qu'elles soient perçues comme pertinentes par les praticiens.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Freedberg DE, Kim LS, Yang YX. The Risks and Benefits of Long-term Use of Proton Pump Inhibitors: Expert Review and Best Practice Advice From the American Gastroenterological Association. *Gastroenterology*. mars 2017;152(4):706-15.
2. Effets secondaires des IPP au long cours [Internet]. FMC-HGE. [cité 14 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.fmcgastro.org/texte-postu/postu-2018-paris/effets-secondaires-des-ipp-au-long-cours/>
3. Ventes de médicaments en France: le rapport d'analyse de l'année 2013 - Communiqué - ANSM: Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 14 sept 2025]. Disponible sur: <https://archive.ansm.sante.fr/afssaps/S-informer/Communiques-Communiques-Points-presse/Ventes-de-medicaments-en-France-le-rapport-d-analyse-de-l-annee-2013-Communique>
4. ANSM [Internet]. [cité 14 sept 2025]. Actualité - Près de 16 millions de personnes ont eu une prescription d'inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) en 2015 en France. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/actualites/pres-de-16-millions-de-personnes-ont-eu-une-prescription-dinhibiteurs-de-la-pompe-a-protons-ipp-en-2015-en-france>
5. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 14 sept 2025]. Les IPP restent utiles mais doivent être moins et mieux prescrits. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3213773/fr/les-ipp-restent-utiles-mais-doivent-etre-moins-et-mieux-prescrits](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3213773/fr/les-ipp-restent-utiles-mais-doivent-etre-moins-et-mieux-prescrits)
6. CT-18382\_MOPRAL\_ZOLTUM\_PIC\_REEV\_AvisDef\_CT18382.pdf [Internet]. [cité 14 sept 2025]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-18382\\_MOPRAL\\_ZOLTUM\\_PIC\\_REEV\\_AvisDef\\_CT18382.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-18382_MOPRAL_ZOLTUM_PIC_REEV_AvisDef_CT18382.pdf)
7. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 14 sept 2025]. Fiche bon usage des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP). Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3372966/fr/fiche-bon-usage-des-inhibiteurs-de-la-pompe-a-protons-ipp](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3372966/fr/fiche-bon-usage-des-inhibiteurs-de-la-pompe-a-protons-ipp)
8. Ameli.fr [Internet]. [cité 14 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sarthe/assure/actualites/une-etude-pour-mieux-utiliser-les-inhibiteurs-de-la-pompe-protons-ipp-en-pays-de-la-loire-0>
9. La revue francophone de médecine générale [Internet]. [cité 15 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.exercer.fr/search?s=desprescrIPP>
10. Réseau canadien pour l'usage approprié des médicaments et la déprescription [Internet]. [cité 14 sept 2025]. La déprescription. Disponible sur: <https://www.reseaudeprescription.ca/deprescription>
11. Boghossian TA, Rashid FJ, Thompson W, Welch V, Moayyedi P, Rojas-Fernandez C, et al. Deprescribing versus continuation of chronic proton pump inhibitor use in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 16 mars 2017;3(3):CD011969.

12. Farrell B, Pottie K, Thompson W, Boghossian T, Pizzola L, Rashid FJ, et al. Deprescribing proton pump inhibitors: Evidence-based clinical practice guideline. *Can Fam Physician Med Fam Can.* mai 2017;63(5):354-64.
13. A-guide-to-deprescribing-proton-pump-inhibitors.pdf [Internet]. [cité 14 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.primaryhealthtas.com.au/wp-content/uploads/2023/03/A-guide-to-deprescribing-proton-pump-inhibitors.pdf>
14. PrescQIPP-attachment-5-ppis-long-term-safety-and-gastroprotection-deprescribing-algorithm-adults-20.pdf [Internet]. [cité 14 sept 2025]. Disponible sur: <https://northyorkshireccg.nhs.uk/wp-content/uploads/2023/05/PrescQIPP-attachment-5-ppis-long-term-safety-and-gastroprotection-deprescribing-algorithm-adults-20.pdf>
15. Haastrup P, Paulsen MS, Begtrup LM, Hansen JM, Jarbøl DE. Strategies for discontinuation of proton pump inhibitors: a systematic review. *Fam Pract.* déc 2014;31(6):625-30.
16. Jung DH, Youn YH, Jung HK, Kim SY, Huh CW, Shin CM, et al. On-demand Versus Continuous Maintenance Treatment With a Proton Pump Inhibitor for Mild Gastroesophageal Reflux Disease: A Prospective Randomized Multicenter Study. *J Neurogastroenterol Motil.* 30 oct 2023;29(4):460-9.
17. Delga C, Megnin Y, Oustric S, Laurent C, Pauly L, Vergez JP, et al. [A pilot study in general practice: pressure to prescribe]. *Therapie.* 2003;58(6):513-7.
18. Harmand D. Ressenti du médecin généraliste et des remplaçants en médecine générale face à la pression de prescription exercée par les patients. 23 oct 2019;90.
19. Crest MG. La déprescription : les patients sont-ils prêts ? Analyse du vécu et du ressenti des patients à qui le médecin généraliste propose une déprescription. 9 oct 2012;145.
20. 2019\_Medecine\_LepoutreSuzanne.pdf [Internet]. [cité 14 sept 2025]. Disponible sur: [http://memoires.scd.univ-tours.fr/Medecine/Theses/2019\\_Medecine\\_LepoutreSuzanne.pdf](http://memoires.scd.univ-tours.fr/Medecine/Theses/2019_Medecine_LepoutreSuzanne.pdf)
21. Rossi A, Perrella L, Scotti S, Olmastroni E, Galimberti F, Ardoino I, et al. Approaches to Deprescribing Proton Pump Inhibitors in Clinical Practice: A Systematic Review. *J Clin Med.* 21 oct 2024;13(20):6283.
22. Yailian A, Huet E, Charpiat B, Conort O, Juste M, Roubille R, et al. Characteristics of Pharmacists' Interventions Related to Proton-Pump Inhibitors in French Hospitals: An Observational Study. *Int J Clin Pract.* janv 2022;2022(1):9619699.
23. Kahrilas P, Anastasiou F, Bredenoord AJ, El Serag HB, Labenz J, Mendive J, et al. Proton Pump Inhibitors: Rational Use and Use-Reduction – The Windsor Workshop. *Dig Dis Basel Switz.* 21 mars 2024;42(3):211-20.
24. Esteves M, Rollason V, Grosgrurin O. [Proton pump inhibitors overprescription]. *Rev Med Suisse.* 18 oct 2017;13(579):1782-6.
25. Gendre P, Mocquard J, Artarit P, Chaslerie A, Caillet P, Huon JF. (De)Prescribing of proton pump inhibitors: what has changed in recent years? an observational regional

- study from the French health insurance database. *BMC Prim Care*. 30 déc 2022;23(1):341.
26. Determinants of and interventions for Proton Pump Inhibitor prescription behavior: A systematic scoping review | *BMC Primary Care* | Full Text [Internet]. [cité 22 oct 2025]. Disponible sur: <https://bmcpimcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-024-02459-5>
27. Andrawes M, Andrawes W, Das A, Siau K, Andrawes M, Andrawes W, et al. Proton Pump Inhibitors (PPIs)—An Evidence-Based Review of Indications, Efficacy, Harms, and Deprescribing. *Medicina (Mex)* [Internet]. 31 août 2025 [cité 22 oct 2025];61(9). Disponible sur: <https://www.mdpi.com/1648-9144/61/9/1569>
28. Camille K. Etude des modalités de consommation des inhibiteurs de la pompe à protons chez des patients en soins primaires.
29. Coyle C, Symonds R, Allan J, Dawson S, Russell S, Smith A, et al. Sustained proton pump inhibitor deprescribing among dyspeptic patients in general practice: a return to self-management through a programme of education and alginate rescue therapy. A prospective interventional study. *BJGP Open*. oct 2019;3(3):bjgpopen19X101651.
30. Valette S, Dory A, Gourieux B, Weber JC. 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*. 1 août 2021;42(8):535-40.
31. Stoffel ST, Spencer R, Konya J, Vlaev I, Schwenkglens M. Herding-like behaviour in medical decision making: An experimental study investigating general practitioners' prescription behaviour. *PLOS ONE*. 8 juill 2024;19(7):e0297019.
32. Iyengar R, Van Den Bulte C, Lee JY. Social Contagion in New Product Trial and Repeat. *Mark Sci*. mai 2015;34(3):408-29.
33. Saposnik G, Maurino J, Sempere AP, Ruff CC, Tobler PN. Herding: a new phenomenon affecting medical decision-making in multiple sclerosis care? Lessons learned from DISCUTIR MS. *Patient Prefer Adherence*. 31 janv 2017;11:175-80.
34. Yang M, Lien HM, Chou SY. Is There a Physician Peer Effect? Evidence from New Drug Prescriptions. *Econ Inq*. 2014;52(1):116-37.
35. Tsiga E, Panagopoulou E, Sevdalis N, Montgomery A, Benos A. The influence of time pressure on adherence to guidelines in primary care: an experimental study. *BMJ Open*. 2013;3(4):e002700.
36. Freedman S, Golberstein E, Huang TY, Satin DJ, Smith LB. Docs with their eyes on the clock? The effect of time pressures on primary care productivity. *J Health Econ*. 1 mai 2021;77:102442.
37. Del-Pino M, Sanz EJ. Analysis of deprescription strategies of proton pump inhibitors in primary care: a narrative review. *Prim Health Care Res Dev*. 15 févr 2023;24:e14.

38. van Gestel LC, Adriaanse MA, Kanis SL, Mensink-Bout SM, Schoones JW, Numans ME, et al. Determinants of and interventions for Proton Pump Inhibitor prescription behavior: A systematic scoping review. *BMC Prim Care*. 11 juin 2024;25:208.
39. Warmoth K, Rees J, Day J, Cockcroft E, Aylward A, Pollock L, et al. Determinants of implementing deprescribing for older adults in English care homes: a qualitative interview study. 1 nov 2023 [cité 22 oct 2025]; Disponible sur: <https://bmjopen.bmj.com/content/13/11/e081305>
40. Maideen NMP. Adverse Effects Associated with Long-Term Use of Proton Pump Inhibitors. *Chonnam Med J*. mai 2023;59(2):115-27.
41. Exercer et Supervisor [Internet]. [cité 22 oct 2025]. Disponible sur: [https://dumg-brest.fr/fichiers/actualites/exerceretsupervisor\\_2023.pdf](https://dumg-brest.fr/fichiers/actualites/exerceretsupervisor_2023.pdf)
42. Impact of large scale, multicomponent intervention to reduce proton pump inhibitor overuse in integrated healthcare system: difference-in-difference study | *The BMJ* [Internet]. [cité 22 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.bmj.com/content/385/bmj-2023-076484>
43. Shashar S, Codish S, Ellen M, Davidson E, Novack V. Determinants of Medical Practice Variation Among Primary Care Physicians: Protocol for a Three Phase Study. *JMIR Res Protoc*. 20 oct 2020;9(10):e18673.
44. Shashar S, Ellen M, Codish S, Davidson E, Novack V. Unravelling the determinants of medical practice variation in referrals among primary care physicians: insights from a retrospective cohort study in Southern Israel. *BMJ Open*. 16 août 2023;13(8):e072837.
45. Frazee TK, Lewis VA, Wood A, Newton H, Colla CH. Configuration and Delivery of Primary Care in Rural and Urban Settings. *J Gen Intern Med*. sept 2022;37(12):3045-53.
46. Tewfik G, Grech D, Laham L, Chaudhry F, Naftalovich R. The Risks and Benefits of Physician Practice Acquisition and Consolidation: A Narrative Review of Peer-Reviewed Publications Between 2009 and 2022 in the United States. *J Multidiscip Healthc*. 14 mai 2024;17:2271-9.
47. Vikum E, Johnsen R, Krokstad S. Social inequalities in patient experiences with general practice and in access to specialists: the population-based HUNT Study. *BMC Health Serv Res*. 1 juill 2013;13:240.

## **LISTE DES FIGURES**

|                |    |
|----------------|----|
| Figure 1 ..... | 28 |
|----------------|----|

## **LISTE DES TABLEAUX**

|   |   |
|---|---|
| Tableau I - Caractéristiques de la population ..... | 5 |
|---|---|

# TABLE DES MATIERES

|  |           |
|--|-----------|
| <b>INTRODUCTION .....</b>  | <b>1</b>  |
| <b>MÉTHODES .....</b>  | <b>3</b>  |
| <b>1. Type d'étude et population d'étude .....</b>   | <b>3</b>  |
| <b>2. Recrutement et échantillonnage .....</b>   | <b>3</b>  |
| <b>3. Recueil des données .....</b>  | <b>4</b>  |
| <b>4. Retranscription et analyse des données .....</b>   | <b>4</b>  |
| <b>RÉSULTATS .....</b>   | <b>5</b>  |
| <b>1. Caractéristiques de la population et des entretiens .....</b>                              | <b>5</b>  |
| <b>2. Perception des IPP et de leur usage .....</b>  | <b>6</b>  |
| 2.1. Une efficacité manifeste.....   | 6         |
| 2.2. Une surprescription historique liée à la banalisation .....                                 | 6         |
| 2.3. Une sensibilisation croissante aux effets secondaires .....                                 | 6         |
| 2.4. Un changement de paradigme thérapeutique.....   | 7         |
| 2.5. Un médicament dédramatisé .....   | 7         |
| <b>3. Pratiques de prescription des IPP .....</b>  | <b>7</b>  |
| 3.1. Prescriptions courtes pour des symptômes aigus.....   | 7         |
| 3.2. Préférence pour les alternatives médicamenteuses et la modification du mode de vie .....    | 8         |
| 3.3. Influence de la santé du médecin.....   | 9         |
| 3.4. Influence de l'expérience du patient avec les AINS .....                                    | 10        |
| 3.5. Privilégier le confort dans certaines situations.....                                       | 10        |
| 3.6. Réticence à prescrire en pédiatrie .....  | 11        |
| <b>4. Les défis autour de la déprescription des IPP .....</b>                                    | <b>11</b> |
| 4.1. L'effet rebond comme obstacle principal.....  | 11        |
| 4.2. Rendre symptomatique un patient asymptomatique .....  | 11        |
| 4.3. L'évaluation objective d'un symptôme subjectif.....   | 12        |
| 4.4. L'absence d'indication initiale connue.....   | 12        |
| 4.5. L'attrait du soulagement rapide contre la durabilité des modifications du mode de vie ..... | 13        |
| 4.6. Gagner du temps sans traitement .....   | 13        |
| 4.7. Impact de la psychologie du patient .....   | 13        |
| 4.8. La fragilité de l'alliance thérapeutique.....   | 14        |
| 4.9. L'absence de contrôle des IPP en vente libre.....   | 15        |
| 4.10. Déprescrire l'IPP ou le médicament auquel il est rattaché ?.....                           | 15        |
| 4.11. Réévaluation clinique adéquate et adressage spécialisé.....                                | 16        |
| 4.12. Approche progressive de la déprescription.....   | 16        |
| 4.13. Des recommandations jugées impersonnelles et théoriques.....                               | 17        |
| <b>5. Rôle du médecin généraliste et relation médecin-patient .....</b>                          | <b>17</b> |
| 5.1. Importance de la connaissance du patient.....   | 17        |
| 5.2. Communication pour obtenir l'adhésion .....   | 18        |
| 5.3. Énoncer les risques sans dramatiser .....   | 18        |
| 5.4. Temporalité de la consultation .....  | 18        |
| 5.5. Prudence face aux prescriptions des spécialistes .....                                      | 19        |

|   |  |           |
|---|--|-----------|
| <b>6.</b>                               | <b>Contraintes contextuelles et influences professionnelles .....</b>              | <b>20</b> |
| 6.1.                                    | Difficultés d'accès aux spécialistes .....   | 20        |
| 6.2.                                    | Manque de coordination interprofessionnelle.....                                   | 21        |
| 6.3.                                    | Influences extrinsèques.....   | 21        |
| 6.4.                                    | Incohérence des traitements substitutifs éphémères.....                            | 22        |
| 6.5.                                    | Réception controversée de la campagne de l'Assurance Maladie .....                 | 22        |
| 6.6.                                    | Modifications des pratiques consécutives à la campagne de l'Assurance Maladie .... | 25        |
| <b>DISCUSSION .....</b>                 | <b>29</b>  |           |
| <b>1.</b>                               | <b>Résultats principaux.....</b>   | <b>29</b> |
| 1.1.                                    | Efficacité perçue et surprescription historique .....                              | 29        |
| 1.2.                                    | Sensibilisation aux effets secondaires et inquiétude croissante .....              | 29        |
| 1.3.                                    | Effet rebond et difficultés de la déprescription.....                              | 30        |
| 1.4.                                    | Alternatives, mode de vie et préférences du patient .....                          | 30        |
| 1.5.                                    | Prescription chez les patients âgés et fragiles .....                              | 31        |
| 1.6.                                    | Influence du prescripteur et de la temporalité.....                                | 31        |
| 1.7.                                    | Un médicament non prioritaire .....  | 32        |
| 1.8.                                    | Influence de la psychologie du patient .....                                       | 32        |
| 1.9.                                    | Coordination interprofessionnelle .....  | 33        |
| 1.10.                                   | Recommandations institutionnelles, réception et changement de paradigme .....      | 33        |
| 1.11.                                   | Analyse des facteurs de variabilité maximale .....                                 | 34        |
| <b>2.</b>                               | <b>Forces et limites de l'étude.....</b>   | <b>34</b> |
| <b>CONCLUSION ET PERSPECTIVES .....</b> | <b>36</b>  |           |
| <b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>              | <b>38</b>  |           |
| <b>LISTE DES FIGURES .....</b>          | <b>42</b>  |           |
| <b>LISTE DES TABLEAUX.....</b>          | <b>42</b>  |           |
| <b>TABLE DES MATIERES .....</b>         | <b>43</b>  |           |
| <b>ANNEXES .....</b>                    | <b>I</b>   |           |

# ANNEXES

## Annexe 1 - Flyer de l'Assurance Maladie

Quels sont les risques liés à ces médicaments ?

Les IPP sont bien tolérés quand ils sont bien utilisés. Ils peuvent entraîner des effets indésirables quand ils sont utilisés plus longtemps que nécessaire :

**PARLONS DES INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS (IPP)**

Ai-je encore besoin de prendre mon médicament pour le reflux et les brûlures d'estomac ?

Que puis-je faire d'autres pour mes reflux et brûlures ?

**Vous prenez un inhibiteur de la pompe à protons (IPP):**

- Oméprazole (Mopral®, Zoltum®)
- Esoméprazole (Nexium®)
- Lansoprazole (Lanzor®, Ogast®, Ogastoro®)
- Pantoprazole (Eupantol®, Inipepsia®, Inipomp®)
- Rabéprazole (Pariet®)

Je prends ce médicament depuis ..... parce que.....

UNIVERSITÉ DE NANTES DM Nantes Assurance Maladie

Date de révision: 16 juillet 2020

**Quels sont les risques liés à ces médicaments ?**

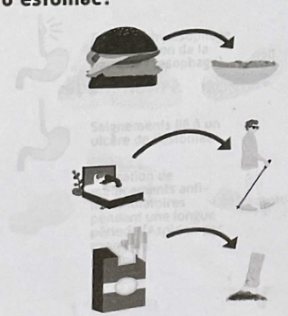
Les IPP sont bien tolérés quand ils sont bien utilisés. Ils peuvent entraîner des effets indésirables quand ils sont utilisés plus longtemps que nécessaire :

- Maux de tête
- Douleurs de ventre
- Nausées
- Diarrhées

**Plus rarement:**

- Problèmes d'absorption du magnésium, du calcium et de la vitamine B12
- Augmentation du risque de fractures
- Augmentation du risque d'infections intestinales et pulmonaires

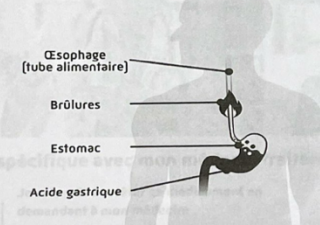
**Que puis-je faire d'autres pour mes reflux et brûlures d'estomac ?**



- Éviter certains aliments et boissons (plats gras ou épicés, chocolat, café, soda, jus d'orange et alcool).
- Prendre de plus petits repas.
- Éviter les dîners juste avant d'aller au lit ou éviter de vous allonger directement après le repas.
- Lutter contre l'excès de poids.
- Diminuer ma consommation de tabac.
- Existe-t-il d'autres médicaments contre les reflux et les brûlures d'estomac ? Oui, par exemple : la Cimétidine ou les pansements gastriques (Alginate).

**Pourquoi ces médicaments sont-ils prescrits ?**

- Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) sont des médicaments qui diminuent l'acidité produite par l'estomac.
- Cette acidité peut provoquer une irritation de l'œsophage.
- Les IPP sont le plus souvent utilisés pour traiter les brûlures d'estomac et les reflux.
- Mais ces médicaments peuvent aussi être prescrits en cas de :



- Inflammation sévère de l'œsophage
- Endobrachyœsophage (modification de la paroi de l'œsophage)
- Saignements liés à un ulcère de l'estomac
- Utilisation de médicaments anti-inflammatoires pendant une longue période (Aspirine par exemple)

**Pendant combien de temps dois-je prendre ces médicaments ?**

Pour des brûlures d'estomac ou des reflux, c'est le temps de guérison de votre œsophage.

**4 à 8 semaines**

Vous les prenez depuis plus longtemps ? Faites le point avec votre médecin pour voir s'ils sont toujours utiles.

**40% des prescriptions d'IPP ne sont pas appropriées.**

**Je prends un rendez-vous spécifique avec mon médecin traitant**

**De quoi dois-je discuter avec mon médecin ?**

- Des possibilités d'arrêt ou de diminution de ce médicament.
- Des autres traitements possibles.
- De ce que je dois surveiller.
- Avec qui faire le suivi.

**Je suis prêt à arrêter ce médicament en demandant à mon médecin:**

- De me prescrire une demi-dose.
- De prendre le médicament un jour sur deux.
- De prendre ce médicament ou un médicament alternatif à la demande (par exemple : Cimétidine ou Alginate à la demande).

**Les questions que je veux poser à mon médecin:**

.....

.....

- Les Inhibiteurs de la Pompe à Protons servent à diminuer l'acidité produite dans l'estomac.
- 4 à 8 semaines**
- Pour des brûlures d'estomac ou des reflux, c'est le temps de guérison de votre œsophage.
- Pour plus de renseignements, parlez-en avec votre médecin traitant.

## Annexe 2 – Grille COREQ

| Items  | Guide questions/description   | Réponse  |
|--|---|--|
| <b>Domaine 1 : équipe de recherche et de réflexion</b>           |   |  |
| <i>Caractéristiques personnelles</i>                             |   |  |
| <b>1. Enquêteur/animateur</b>                                    | Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ?                             | BOULAIRE Yoann   |
| <b>2. Titres académiques</b>                                     | Quels étaient les titres académiques du chercheur ?                                 | Interne en Médecine Générale   |
| <b>3. Activité</b>   | Quelle était leur activité au moment de l'étude ?                                   | Interne en Médecine Générale   |
| <b>4. Genre</b>  | Le chercheur était-il un homme ou une femme ?                                       | Homme  |
| <b>5. Expérience et formation</b>                                | Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?                            | Dernière année d'internat  |
| <i>Relation avec les participants</i>                            |   |  |
| <b>6. Relation antérieure</b>                                    | Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?   | Cinq médecins sur les sept interrogés étaient connus de l'enquêteur  |
| <b>7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur</b> | Que savaient les participants au sujet du chercheur ?                               | Interne en dernière année de Médecine Générale   |
| <b>8. Caractéristiques de l'enquêteur</b>                        | Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur ?                | Interne en Médecine Générale proposant des entretiens pour discuter des IPP autour de leur pratique médicale |
| <b>Domaine 2 : conception de l'étude</b>                         |   |  |
| <i>Cadre théorique</i>   |   |  |
| <b>9. Orientation méthodologique et théorie</b>                  | Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?              | Étude qualitative par entretien individuel semi-dirigé au travers de la théorie ancrée                       |
| <i>Sélection des participants</i>                                |   |  |
| <b>10. Échantillonnage</b>                                       | Comment ont été sélectionnés les participants ?                                     | Effet boule de neige en commençant par deux médecins connus du chercheur                                     |
| <b>11. Prise de contact</b>                                      | Comment ont été contactés les participants ?  | Face-à-face et téléphone   |
| <b>12. Taille de l'échantillon</b>                               | Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?                               | 7  |
| <b>13. Non-participation</b>                                     | Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?          | 0  |
| <i>Contexte</i>  |   |  |
| <b>14. Cadre de la collecte des données</b>                      | Où les données ont-elles été recueillies ?  | Lieu de travail pour tous les participants   |
| <b>15. Présence de non-participants</b>                          | Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ? | Un externe en médecine durant un entretien   |
| <b>16. Description de l'échantillon</b>                          | Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?                    | Sept médecins généralistes dont 3 hommes et 4 femmes, tout milieu d'exercice confondu                        |
| <i>Recueil des données</i>                                       |   |  |

|   |   |  |
|---|---|--|
| <b>17. Guide d'entretien</b>                      | Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ? | Non  |
| <b>18. Entretiens répétés</b>                     | Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?  | Non  |
| <b>19. Enregistrement audio/visuel</b>            | Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?   | Enregistrement audio par dictaphone sur téléphone personnel et ordinateur portable personnel |
| <b>20. Cahier de terrain</b>                      | Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?  | Non  |
| <b>21. Durée</b>                                  | Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?  | Entretiens ayant duré entre 37 et 92 minutes avec une moyenne de 57 minutes                  |
| <b>22. Seuil de saturation</b>                    | Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?   | Oui  |
| <b>23. Retour des retranscriptions</b>            | Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?                        | Non  |
| <b>Domaine 3 : analyse et résultats</b>           |   |  |
| <i>Analyse des données</i>                        |   |  |
| <b>24. Nombre de personnes codant les données</b> | Combien de personnes ont codé les données ?   | 2  |
| <b>25. Description de l'arbre de codage</b>       | Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?   | Oui  |
| <b>26. Détermination des thèmes</b>               | Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?   | Déterminés à partir des données  |
| <b>27. Logiciel</b>                               | Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?   | Microsoft Word®<br>Microsoft Excel®  |
| <b>28. Vérification par les participants</b>      | Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?  | Non  |
| <i>Rédaction</i>                                  |   |  |
| <b>29. Citations présentées</b>                   | Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?   | Oui  |
| <b>30. Cohérence des données et des résultats</b> | Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?  | Oui  |
| <b>31. Clarté des thèmes principaux</b>           | Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?   | Oui  |
| <b>32. Clarté des thèmes secondaires</b>          | Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?  | Oui  |

## A) Présentation du cadre

### Présentation de l’enquêteur :

Bonjour, je m’appelle Yoann BOULAIRE et je suis interne en Médecine Générale.

### Présentation de l’enquête :

Je réalise un travail de thèse autour de la thématique des inhibiteurs de la pompe à proton (IPP). L’objectif de ce travail est de comprendre au travers de votre pratique quotidienne les difficultés de prescription et de déprescription des IPP que vous pourriez rencontrer en médecine générale en regard des recommandations théoriques de l’HAS qui semblent difficiles à mettre en œuvre. Je vous remercie de m’accorder du temps pour cet entretien.

### Déroulé de l’entretien :

L’objectif est de converser autour de votre vécu et vos pratiques en cabinet. En fonction de votre discours, je rebondirai sur vos propos ou vous orienterai sur différentes thématiques. Pour faciliter le recueil de données, je souhaiterais enregistrer l’entretien. Notre conversation restera anonyme et confidentielle. Dans les suites, je retranscrirai intégralement l’entretien puis l’enregistrement sera détruit à la fin de ce travail. Il n’y a pas de limite de temps minimale ou maximale à l’entretien. L’entretien peut être arrêté à tout moment à votre demande. Êtes-vous d’accord ?

## B) Données du médecin à recueillir

Sexe

Age

Milieu d’exercice

Durée d’exercice

Mode d’exercice

Type de patientèle :

- Nouvelle patientèle ou existante d’un ancien praticien
- Aisée, classe moyenne, défavorisée

## C) Trame de l’entretien

**Pouvez-vous me raconter votre dernière consultation dont la thématique principale tournait autour des IPP ?**

**Que pensez-vous de l’usage des IPP de manière générale dans notre système de soin actuel ?**

- *Si trop de prescriptions : comment faire pour y remédier ?*

**Quelles difficultés rencontrez-vous au moment de prescrire un IPP ?**

- *Si difficultés : pourquoi est-ce difficile ? quelle stratégie pour éviter la prescription ? êtes-vous à l’aise dans la prescription ? comment évalue-t-il le bénéfice/risque ?*

**Quelles difficultés rencontrez-vous au moment de déprescrire un IPP ?**

- *Si difficultés : qu’est-ce qui concrètement vous met en difficulté ? Freins médecin/patient ? Planification de la réduction des doses ou son arrêt progressif ?*

**Comment vivez-vous le succès d’une déprescription ? A l’inverse comment réagissez-vous face à une mise en échec ?**

**Comment réévaluez-vous la nécessité de poursuivre un traitement initié par un confrère dans un autre contexte (hospitalisation, consultation spécialisée ...) ?**

**Comment votre expérience et votre mode d'exercice actuels influencent-ils votre pratique de prescription ?**

**Que connaissez-vous des recommandations théoriques de l'HAS pour la déprescription des IPP ?**

- *Si difficultés ou ne sait pas : montrer les recommandations*

**Comment vous positionnez-vous entre ces recommandations théoriques et la réalité de la pratique ?**

**Étiez-vous au courant de la campagne de déprescription des IPP menée par l'Assurance Maladie en début d'année 2023 ?**

**Comment accueillez-vous l'initiative de rationalisation des IPP de l'Assurance Maladie ?**

- *Vécu de la campagne, motivations à appuyer la campagne ou à résister ?*

**Quels sont vos arguments pour appuyer ou non cette campagne ?**

**Comment pensez-vous que les patients ont accueilli cette campagne ?**

**Voulez-vous aborder un sujet dont nous n'avons pas encore discuté jusqu'à présent ?**

## Ressenti des médecins généralistes sur la rationalisation de la prescription des IPP

### RÉSUMÉ

**Introduction** : Les inhibiteurs de la pompe à protons figurent parmi les médicaments les plus prescrits en France en dépit des recommandations invitant à un usage plus raisonné. Leur efficacité est incontestée mais leur usage chronique soulève des interrogations concernant la balance bénéfice-risque. Face à la surprescription persistante, les campagnes nationales de sensibilisation, notamment celles de l'Assurance Maladie, visent à encourager la déprescription. L'étude explore le ressenti et les représentations des médecins généralistes concernant la rationalisation de la prescription des IPP et l'impact perçu des campagnes institutionnelles.

**Méthodes** : Étude qualitative au travers d'entretiens semi-dirigés réalisés avec 7 médecins généralistes du Maine-et-Loire recrutés selon une méthode boule de neige.

**Résultats** : Les médecins reconnaissent les IPP comme une avancée thérapeutique majeure mais soulignent une banalisation historique de leur usage. La sensibilisation croissante aux effets secondaires a modifié les représentations, incitant à privilégier des prescriptions courtes et à envisager des alternatives non médicamenteuses. L'effet rebond, la crainte d'altérer l'alliance thérapeutique, la difficulté à évaluer objectivement des symptômes subjectifs et un manque de coordination avec les spécialistes ont été perçus comme des freins à la déprescription. Les médecins décrivent une démarche progressive de réévaluation, souvent influencée par la connaissance du patient et son vécu. La campagne de l'Assurance Maladie a été perçue comme utile pour les patients mais jugée inadaptée à la réalité du terrain et peu efficace sur les modifications des pratiques médicales.

**Conclusion** : La déprescription des IPP s'inscrit dans une tension entre rationalisation et pragmatisme clinique. Si la prise de conscience progresse, elle reste limitée par des contraintes communicationnelles, relationnelles et organisationnelles. Favoriser la coordination interprofessionnelle, la formation continue et une communication centrée sur le patient apparaît essentiel pour accompagner durablement l'évolution des pratiques

**Mots-clés** : Médecine générale, rationalisation, inhibiteurs de la pompe à proton, campagne de sensibilisation

### General practitioners' views on rationalising PPI prescriptions

### ABSTRACT

**Introduction** : Proton pump inhibitors are among the most commonly prescribed drugs in France, despite recommendations for more judicious use. Their efficacy is undisputed, but their chronic use raises questions about the risk-benefit balance. In response to persistent overprescription, national awareness campaigns, particularly those run by the French national health insurance system, aim to encourage deprescribing. This study explores general practitioners' perceptions and attitudes towards rationalising PPI prescribing and the perceived impact of institutional campaigns.

**Methods** : Qualitative study using semi-structured interviews with seven general practitioners in Maine-et-Loire recruited using a snowball sampling method.

**Results** : Doctors recognise PPIs as a major therapeutic advance but highlight their historically widespread use. Growing awareness of side effects has changed perceptions, encouraging shorter prescriptions and consideration of non-drug alternatives. Rebound effects, fear of damaging the therapeutic alliance, difficulty in objectively assessing subjective symptoms and a lack of coordination with specialists were perceived as barriers to deprescribing. Doctors describe a gradual re-evaluation process, often influenced by their knowledge of the patient and their experience. The National Health Insurance campaign was perceived as useful for patients but deemed unsuited to the reality on the ground and ineffective in changing medical practices.

**Conclusion** : PPI deprescribing is caught between rationalisation and clinical pragmatism. Although awareness is growing, it remains limited by communication, relational and organisational constraints. Promoting interprofessional coordination, continuing education and patient-centred communication appears essential to support lasting change in practices.

**Keywords** : General medicine, rationalisation, proton pump inhibitors, awareness campaign