

Demandez pourquoi à propos des IPP

Trousse pour optimiser l'utilisation appropriée
des inhibiteurs de la pompe à protons chez les
personnes adultes et adolescentes dans
divers établissements de soins de santé.



Cet outil est approuvé par les organismes suivants :

THE COLLEGE OF
FAMILY PHYSICIANS
OF CANADA



LE COLLÈGE DES
MÉDECINS DE FAMILLE
DU CANADA

Canadian Society of
Healthcare-Systems
Pharmacy



Société canadienne
de pharmacie dans les
réseaux de la santé



deprescribing.org



Canadian
Pharmacists
Association

Association des
pharmaciens
du Canada

Améliorer la qualité des soins et crédits de formation médicale continue

Collège des médecins de famille du Canada :

Obtenez jusqu'à cinq crédits en effectuant les exercices « Relier l'apprentissage à l'évaluation » pour témoigner de la façon dont le présent outil a influencé votre pratique.



www.cfpc.ca/fr/education-professional-development/cpd-at-cfpc/linking-learning-exercises

Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario :

Programme d'amélioration de la qualité pour les particuliers et programme de partenariat pour l'amélioration de la qualité pour les hôpitaux



www.cpso.on.ca/en/Physicians/Your-Practice/Quality-Improvement-Program

Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada

Programme de Maintien du certificat



www.royalcollege.ca/fr/cpd/moc-program

Sommaire

Raison d'être

Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) font partie des médicaments les plus utilisés dans le monde¹. Bien qu'ils soient généralement sûrs et efficaces, les IPP sont souvent prescrits pour une durée plus longue ou à une dose plus élevée qu'on le recommande dans les directives².

En 2022, les données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) indiquaient que les IPP étaient le deuxième médicament le plus prescrit (17,3 %), après les statines. Les dépenses publiques en médicaments consacrées aux IPP s'élevaient à 263,5 millions de dollars (1,53 %) sur un budget total de 17,2 milliards de dollars³. Entre 2000 et 2018, la population de la Colombie-Britannique a augmenté de 20,4 %, tandis que le nombre d'utilisateurs d'IPP a augmenté de 257 % et que les ordonnances annuelles d'IPP ont augmenté de 440 %⁴. En Alberta, de 2017 à 2020, de 11 à 12 % de la population ont reçu au moins une ordonnance d'IPP; de 22 à 23 % des nouvelles ordonnances d'IPP concernaient des traitements biquotidiens, et de 75 à 77 % des ordonnances ont été rédigées par des médecins de famille².

Les données probantes portent à croire que de 30 à 40 % des prescriptions d'IPP n'ont pas d'indication continue⁵. Il faut s'efforcer de réduire la dose et la durée du traitement, ainsi que de déprescrire les IPP lorsque l'indication initiale a été résolue, était obscure ou reposait sur un traitement empirique de symptômes attribués par la suite à une autre cause.

Chez moins de 1 % de la patientèle, les IPP peuvent avoir des effets secondaires, notamment un risque légèrement accru d'infections entériques, de colite microscopique, d'hypomagnésémie, de carence en vitamine B12 et de néphrite interstitielle^{6,7}. Les préoccupations antérieures concernant des événements indésirables associés aux IPP, comme les fractures, la pneumonie et la démence, étaient principalement basées sur des études qui montraient un lien avec l'utilisation des IPP^{6,7,8}. Cependant, en raison de facteurs introduisant une confusion, une relation de cause à effet n'a PAS pu être établie.

La déprescription doit être fondée sur l'absence d'une indication continue, plutôt que sur des préoccupations concernant des événements indésirables^{1,6}. En ne les prescrivant que lorsqu'ils sont indiqués, en respectant la dose et la durée recommandées, et en les déprescrivant lorsqu'ils ne sont pas nécessaires, l'optimisation de l'utilisation des IPP peut générer des économies de coûts pour la patientèle et le système de santé, réduire l'impact environnemental et diminuer les risques associés aux événements indésirables et à la polypharmacie^{1,5,9,10}.

Objectif

Créée originellement en 2017 et mise à jour en 2025, cette trousse est conçue pour aider les prescripteurs et les pharmaciens à mettre en œuvre des interventions efficaces, soit :

1. Prescrire les IPP uniquement pour des indications, des durées et des doses appropriées;
2. Déprescrire les IPP lorsqu'il n'y a pas d'indication pour une utilisation à long terme;
3. Inciter la patientèle à réduire l'utilisation continue et inutile des IPP lorsqu'il n'y a pas d'indication continue, que le médicament n'est plus nécessaire, que la dose peut être diminuée ou qu'aucun bienfait clinique n'est évident.

Public cible

Cette trousse est destinée aux professionnelles et professionnels de la santé et paramédicaux exerçant en milieu communautaire, dans les établissements de soins de courte durée et dans les établissements de soins de longue durée. Elle fournit des conseils pour optimiser la prescription des IPP, réduire la polypharmacie et diminuer les coûts inutiles pour le système de santé qui sont associés à une prescription excessive chez les personnes adultes et adolescentes.

Recommandations de Choisir avec soin

Éviter de maintenir un traitement de longue durée par inhibiteur de la pompe à protons (IPP) pour soulager des symptômes gastro-intestinaux sans essayer d'interrompre le traitement ou d'en réduire la posologie chez la plupart des patients. Lors de la prescription d'un IPP, toujours s'assurer que l'indication est appropriée, et que la dose et la durée du traitement sont adéquates.

Association canadienne de gastroentérologie

Ne pas poursuivre un traitement de longue durée par inhibiteur de la pompe à protons (IPP) pour soulager des symptômes gastro-intestinaux sans revoir l'indication, la posologie et la durée du traitement, et sans essayer d'interrompre ou de réduire le traitement chez les patients appropriés.

Association des pharmaciens du Canada

Ne pas poursuivre un traitement par inhibiteur de la pompe à protons après le congé de l'hôpital, à moins qu'il n'y ait une raison impérieuse de le continuer.

Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux

Table des matières

Prescription appropriée :

Indications et durée d'un traitement par IPP fondées sur des données probantes **6**

Indications pour un traitement par IPP fondé sur une évaluation en gastroentérologie **7**

Déboulonner les mythes sur les IPP **8**

Stratégie de déprescription et de réduction posologique des IPP fondée sur des données probantes **10**

Documentation à l'intention de la patientèle **11**

Conseils de mise en œuvre **12**

Évaluation de votre progression **13**

Références **14**

Prescription appropriée :

Indications et durée d'un traitement par IPP fondées sur des données probantes

Symptômes principaux	Indication fondée sur des données probantes	Dépistage d' <i>Helicobacter Pylori</i> *	Prescription initiale^	Traitement à long terme	Possibilité de déprescription et outil de gestion
Brûlures d'estomac ou régurgitations prédominantes, si > légères pendant 2 jours par semaine ¹	Reflux gastro-œsophagien pathologique symptomatique (RGOP) ²	Pas systématiquement	Dose standard (DS) d'IPP 1 fois par jour pendant 4 à 8 semaines, puis réévaluation des symptômes. Si la réponse est équivoque, administrer un IPP à 2 fois par jour pendant 4 à 8 semaines, puis envisager la possibilité d'un traitement d'entretien à long terme	De nombreuses personnes auront besoin d'un IPP 1 fois par jour, mais certaines devront peut-être passer à 2 fois par jour pour maintenir le soulagement des symptômes	Oui Schéma de déprescription
Douleur ou gêne épigastrique prédominante Brûlures d'estomac ou régurgitations non prédominantes, mais possibles	Dyspepsia ²	Consider testing			
Utilisateurs chroniques d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ayant d'autres facteurs de risque*; anticoagulothérapie + acide acétylsalicylique (AAS), ou double traitement antiplaquettaire (DTAP)		S.O.	Envisager une prophylaxie des hémorragies digestives hautes : IPP 1 fois par jour	Dépend de l'indication et du profil des facteurs de risque de la personne atteinte	OUI, après l'arrêt des médicaments nécessitant une prophylaxie par IPP Schéma de déprescription Non, si la *personne est exposée à un risque élevé : âge > 65 ans, prise d'anticoagulants, antécédents de saignements gastro-intestinaux, ou symptômes digestifs hauts

¹ Junghard O, Carlsson R, Lind T. Sufficient control of heartburn in endoscopy-negative gastro-oesophageal reflux disease trials. Scand J Gastroenterol. 2003 Dec;38(12):1197-9. doi: 10.1080/00365520310004920. PMID: 14750636.

² Pour de plus amples renseignements, voir le [Parcours de soins primaires pour le traitement du RGOP des Services de santé de l'Alberta \(SSA\)](#) et le [Parcours des soins primaires pour le traitement de la dyspepsie des SSA](#) (en anglais seulement).

* Dépistage d'*Helicobacter Pylori* par une recherche de l'antigène d'*Helicobacter Pylori* dans les selles ou par un test respiratoire à l'urée. Traitement : antibiotiques + IPP 2 fois par jour pendant 10 à 14 jours. De nombreuses personnes auront encore besoin d'un IPP à long terme après le traitement initial. Pour de plus amples renseignements, voir le [Parcours des soins primaires pour l'ordonnance du test de l'*Helicobacter Pylori* des SSA](#) (en anglais seulement).

^ Concernant la prescription initiale, à la dose standard (DS), les différents IPP sont considérés comme étant équivalents sur le plan thérapeutique : pantoprazole (Pantoloc) à 40 mg; esoméprazole (Nexium) à 40 mg; lansoprazole (Prevacid) à 30 mg; dexiansoprazole (Dexilant) à 30 mg; oméprazole (Losec) à 20 mg; rabéprazole (Pariet) à 20 mg.

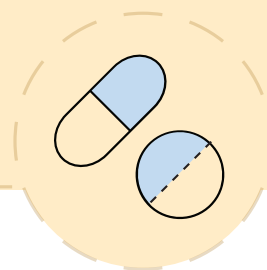
Prescription appropriée :

Indications pour un traitement par IPP fondé sur une évaluation en gastroentérologie

Indications fondées sur des données probantes	Dépistage d' <i>Helicobacter Pylori</i> *	Prescription initiale [^]	Traitement à long terme	Possibilité de déprescription
Œsophagite érosive (confirmée par gastroscopie)	Pas systématiquement	IPP à la dose standard 1 fois par jour pendant 4 à 8 semaines, puis réévaluation des symptômes	De nombreuses personnes devront passer à un IPP à 2 fois par jour pour maintenir le soulagement symptômes	Oui, si grade A Non, si grade $\geq$ B
Ulcère gastroduodénal (UGD), ulcère duodénal ou gastrique	Recommandé : Souvent effectué au cours d'une gastroscopie diagnostique (envisager de la demander si cela n'a pas été fait)	Ulcère non compliqué : IPP à la dose standard 1 fois par jour pendant 8 à 16 semaines Ulcère hémorragique : IPP à 2 fois par jour	Oui, mais pas toujours. Les ulcères hémorragiques nécessitent un traitement de plus de 4 à 8 semaines	Non, pas systématiquement. Si elle est envisagée, elle peut nécessiter l'intervention d'un ou d'une gastroentérologue
Œsophage de Barrett	Non	IPP à la dose standard 1 ou 2 fois par jour	Oui	Non, IPP à vie
Œsophagite à éosinophiles	Non	IPP à la dose standard 1 ou 2 fois par jour	Souvent, oui	Non, pas systématiquement. Si elle est envisagée, elle peut nécessiter l'intervention d'un ou d'une gastroentérologue
Maladies rares				
Affections hypersécrétoires telles que le syndrome de Zollinger-Ellison (SZE)	Non	IPP à la dose standard 1 ou 2 fois par jour	Oui, recommandation de la posologie par un ou une gastroentérologue	Non, IPP à vie
Douleur thoracique d'origine non cardiaque – présumément provoquée par le RGOP	Pas systématiquement. Nécessite une gastroscopie, un bilan cardiaque et souvent un test de motilité œsophagienne confirmant l'absence d'autres causes expliquant les symptômes	IPP à 2 fois par jour	Oui	Oui, peut nécessiter l'intervention d'un ou d'une gastroentérologue Schéma de déprescription

Déboulonner les mythes sur les IPP

Mythes courants sur les indications des IPP à l'intention des prestataires de soins de santé



Mythe	Faits
« Une administration biquotidienne d'IPP inhibe davantage les reflux qu'une administration unique quotidienne » « Prescrire la dose maximale d'IPP procure un soulagement optimal des symptômes ».	Aucune donnée probante n'indique qu'un traitement initial du RGOP par un IPP à 2 fois par jour permet de mieux soulager les symptômes ou de mieux guérir une œsophagite érosive (le cas échéant)^{1,2}. Cependant, certaines personnes atteintes du RGOP auront besoin d'un IPP à 2 fois par jour pour maintenir le soulagement de leurs symptômes.
« Toutes les personnes atteintes ont besoin d'un IPP à long terme ».	Dans les directives actuelles, on recommande de limiter l'utilisation des IPP à des indications précises et d'utiliser la dose recommandée pour soulager les symptômes³. Certaines personnes ont effectivement besoin d'un IPP à long terme, MAIS l'indication doit être clairement définie pour éviter une déprescription inappropriée³.
« Certains IPP sont plus efficaces que d'autres ».	Les IPP à dose standard sont considérés comme étant équivalents sur le plan thérapeutique : pantoprazole (Pantoloc) à 40 mg; esoméprazole (Nexium) à 40 mg; lansoprazole (Prevacid) à 30 mg; dexlansoprazole (Dexilant) à 30 mg; oméprazole (Losec) à 20 mg; rabéprazole (Pariet) à 20 mg.
« Les IPP sont efficaces pour tous les symptômes s'apparentant à la dyspepsie ».	Les IPP sont efficaces en cas de dyspepsie s'apparentant au RGO (p. ex., brûlures d'estomac prédominantes) et à l'ulcère (p. ex., douleurs épigastriques prédominantes), mais PAS en cas de dyspepsie associée à la dysmotilité (p. ex., ballonnements abdominaux hauts prédominants)⁴.
« Si l'on arrête les IPP, les symptômes réapparaissent. »	L'arrêt d'un IPP engendre parfois une surproduction temporaire d'acide gastrique. Cette hypersécrétion d'acide de rebond est provoquée par une hypergastrinémie engendrée par l'utilisation des IPP et elle peut causer des symptômes qui peuvent durer de 1 à 2 semaines. Il convient d'avertir la patientèle de ce phénomène et d'attendre avant de reprendre le traitement par IPP (voir le segment suivant pour plus d'information).

« Les antagonistes des récepteurs H2 de l'histamine (anti-H2) sont aussi efficaces que les IPP. »	Chez les personnes souffrant d'hypersécrétion d'acide de rebond, une autre option à la reprise de l'IPP consiste à utiliser des antiacides ou des anti-H2. Les anti-H2 sont des inhibiteurs moins puissants de la sécrétion d'acide et peuvent ne pas être aussi efficaces que les IPP, mais ils agissent plus rapidement en cas de symptômes intermittents. Il est également possible d'utiliser les anti-H2 comme traitement de rechange du RGOP, de la dyspepsie et des ulcères (cependant, la dose standard d'anti-H2 ne prévient pas tous les ulcères résultant de la prise d'AINS). On peut aussi avoir recours aux anti-H2 en vente libre. Toutefois, la dose d'anti-H2 en vente libre est inférieure à la dose standard. Les anti-H2 sont considérés comme étant équivalents sur le plan thérapeutique : ranitidine (Zantac) à 150 mg; famotidine (Pepcid) à 20 mg; cimétidine (Tagamet) à 200 mg 2 fois par jour.
« Les IPP peuvent guérir la toux chronique ».	Les IPP ne sont pas efficaces contre la toux chronique en l'absence de brûlures d'estomac. Dans les cas d'affections respiratoires rares, comme la fibrose pulmonaire idiopathique (FPI), les IPP peuvent être indiqués pour une utilisation à long terme⁵.
« Les IPP sont indiqués dans le cadre du traitement de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et de l'asthme. »	Les IPP ne sont d'aucune utilité en l'absence de symptômes de RGOP associés.
« Si des corticostéroïdes sont prescrits, un traitement par IPP est indiqué pour prévenir l'ulcère gastroduodénal. »	L'utilisation isolée de corticostéroïdes (p. ex., traitement par doses intermittentes de corticostéroïdes en cas d'exacerbation d'une maladie telle que la MPOC) n'est PAS une indication pour un traitement par IPP, mais ce dernier est indiqué si la personne présente des facteurs de risque supplémentaires tels qu'un âge > 65 ans, la prise d'anticoagulants, des antécédents de saignements gastro-intestinaux ou de symptômes digestifs hauts.

¹ Bate CM, Booth SN, Crowe JP, Hepworth-Jones B, Taylor MD, Richardson PD. Does 40 mg omeprazole daily offer additional benefit over 20 mg daily in patients requiring more than 4 weeks of treatment for symptomatic reflux oesophagitis? Aliment Pharmacol Ther. 1993 Oct;7(5):501-7. doi: 10.1111/j.1365-2036.1993.tb00125.x. PMID : 8280818.

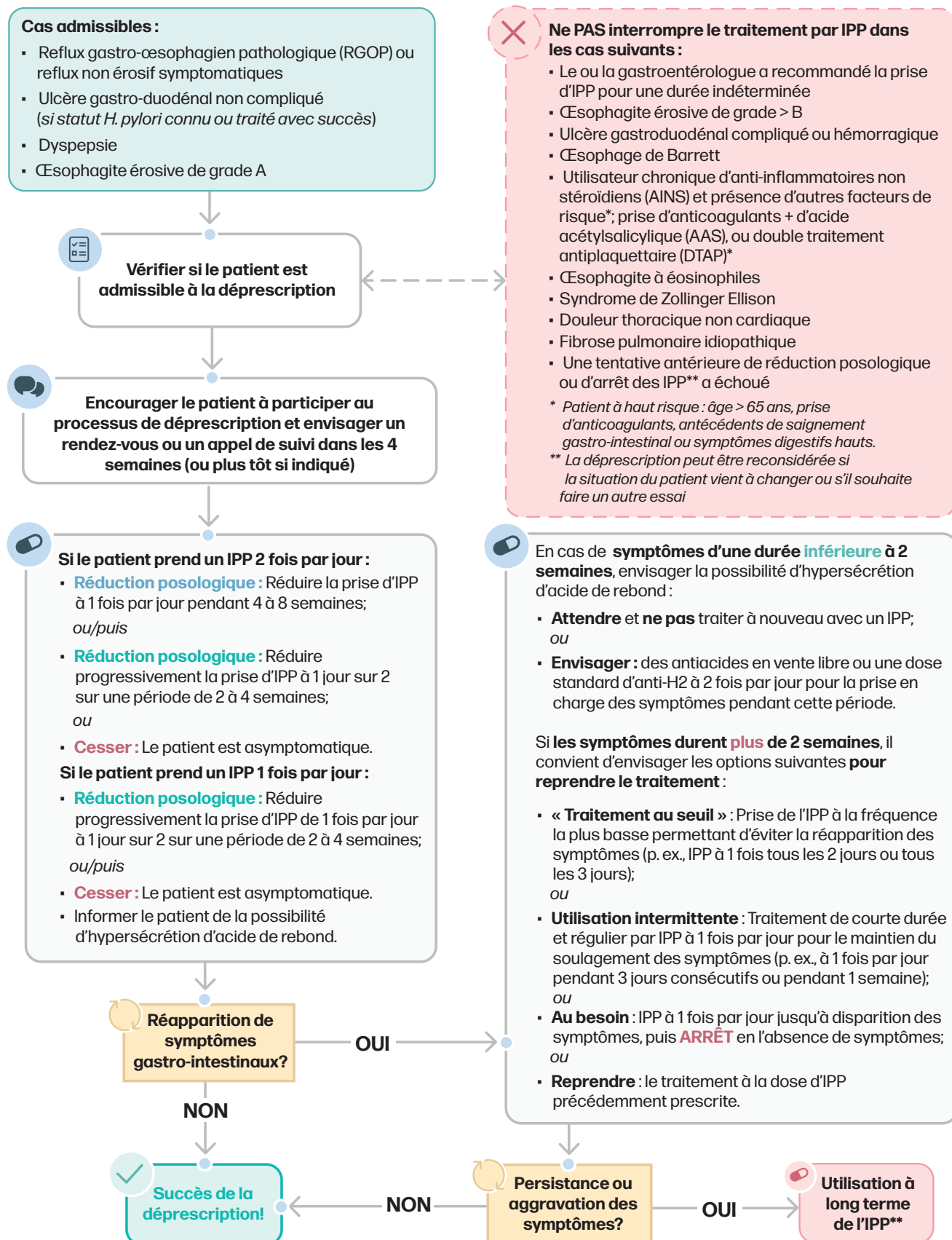
² Document de formation continue et de perfectionnement des compétences en pharmacothérapie de COMPUS sur les inhibiteurs de la pompe à protons. Avril 2007

³ Targownik L. Discontinuing Long-Term PPI Therapy: Why, With Whom, and How? Am J Gastroenterol. 2018 Apr;113(4):519-528. doi: 10.1038/ajg.2018.29. Publication en ligne le 20 mars 2018. PMID : 29557943.

⁴ Moayyedi P, Delaney BC, Vakil N, Forman D, Talley NJ. The efficacy of proton pump inhibitors in non-ulcer dyspepsia: a systematic review and economic analysis. Gastroenterology. 2004 Nov;127(5):1329-37. doi: 10.1053/j.gastro.2004.08.026. PMID : 15521002.

⁵ Targownik LE, Fisher DA, Saini SD. AGA Clinical Practice Update on De-Prescribing of Proton Pump Inhibitors: Expert Review. Gastroenterology. 2022 Apr;162(4):1334-1342. doi: 10.1053/j.gastro.2021.12.247. Publication en ligne le 17 février 2022. PMID : 35183361.

Déprescription/Réduction de la dose : une approche fondée sur des données probantes pour les IPP



Documentation à l'intention de la patientèle :

Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)
Choisir avec soin

Quand vous en avez besoin, et quand vous n'en avez pas besoin.

Que sont les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)?
Les IPP sont des médicaments utilisés pour traiter et prévenir les problèmes d'estomac tels que :

- Les brûlures d'estomac fréquentes, également connues sous le nom de (Reflux gastro-œsophagien pathologique (RGOP);
- Les saignements de l'estomac;
- Les ulcères d'estomac (lésions de la paroi de l'estomac);
- Les dommages causés par des médicaments comme les AINS (par exemple, l'ibuprofène).

Comment agissent-ils?
Les IPP aident à réduire la quantité d'acide produite par l'estomac. Un excès d'acide gastrique peut provoquer des problèmes tels que le RGOP ou des douleurs dans la partie supérieure de l'estomac. Votre prestataire de soins de santé vous expliquera pourquoi vous avez besoin d'un IPP. Si vous ignorez la raison exacte pour laquelle on vous a prescrit ce médicament, renseignez-vous auprès de votre prestataire de soins de santé.

Quand dois-je prendre un IPP?
Les IPP se prennent généralement une fois par jour. Le meilleur moment pour les prendre est juste avant le déjeuner ou lorsque vous vous levez, le matin. Les IPP doivent parfois être pris deux fois par jour : un comprimé avant le déjeuner et un autre avant le repas du soir.

Les IPP sont-ils sûrs?
Les IPP sont efficaces et sûrs. La plupart des personnes n'ont pas d'effets secondaires mais, dans de rares cas, les IPP peuvent provoquer des diarrées infectieuses ou aqueuses, des lésions rénales ou une baisse du taux de magnésium ou de vitamine B12 dans l'organisme. Pris inutilement, certains médicaments peuvent interagir avec d'autres médicaments et provoquer des effets secondaires indésirables.

Pendant combien de temps dois-je prendre un IPP?
Si vous souhaitez arrêter ou réduire votre traitement par IPP, parlez-en à votre prestataire de soins de santé pour savoir :

- Si vous devez continuer à prendre le médicament à long terme;
- Comment réduire la dose ou arrêter complètement de prendre le médicament, si cela ne présente aucun danger;
- Si il existe d'autres moyens de gérer vos symptômes, tels que l'abandon du tabagisme ou la perte de poids;
- Quel est votre plan de suivi, y compris ce qu'il faut faire en cas de problèmes ou de réapparition des symptômes.

Inhibiteurs de la pompe à protons

Fournit des informations sur les IPP, leur fonctionnement et les risques associés à ces médicaments.

Cette ressource peut vous aider à engager la conversation.

Télécharger

Traitement du reflux acide
Choisir avec soin

Également connu sous le nom de reflux gastro-œsophagien pathologique (RGOP).

Qu'est-ce que le reflux acide ?
Le reflux acide survient lorsque l'acide et les aliments de l'estomac remontent dans l'œsophage (le tube qui transporte les aliments de la bouche à l'estomac). Lorsque les symptômes de reflux acide sont fréquents ou causent des problèmes, on parle de « reflux gastro-œsophagien pathologique (RGOP) ».

Quels sont les symptômes du RGOP?
Les symptômes les plus courants sont les suivants :

- Brûlures d'estomac** : sensation de brûlure derrière le sternum (au milieu de la poitrine);
- Régurgitation acide** : phénomène qui se produit lorsque l'acide et les aliments remontent de l'estomac jusque dans l'œsophage, entraînant une sensation de brûlure dans la poitrine. Ils peuvent remonter jusque dans la bouche et avoir un goût aigre ou amer.

Quelle est la cause du RGOP?
Le RGOP survient lorsque l'acide gastrique pénètre dans l'œsophage, alors qu'il ne devrait pas s'y trouver. Dans la partie inférieure de l'œsophage se trouve une petite valvule qu'on appelle « sphincter œsophagien inférieur ». Cette valvule s'ouvre pour laisser passer les aliments et les boissons, puis se referme.

En présence de RGOP, la valvule ne se ferme pas correctement. Elle reste ouverte après les repas ou lorsqu'on s'allonge. Les aliments, les liquides et l'acide gastrique remontent alors dans l'œsophage, provoquant des brûlures d'estomac et des reflux acides.

Quels sont les moyens de soulager mes symptômes de RGOP?

- Arrêter de fumer :**
Cela peut contribuer au soulagement des symptômes du RGOP. Les médicaments sont également plus efficaces si on ne fume pas.
- Perdre du poids :**
Si vous êtes en surpoids, la perte de poids peut aider à réduire les symptômes et les problèmes associés au RGOP.
- Éviter les aliments déclencheurs :**
Limitez votre consommation d'aliments qui provoquent les symptômes. Réduire la taille de vos repas et ne pas manger tard le soir peut aider.

Traitement du reflux acide

Fournit des informations sur le traitement du reflux acide, la gestion des symptômes et le moment opportun pour consulter un professionnel de santé.

Télécharger

Conseils de mise en œuvre

1. Obtenir le consensus de l'équipe soignante sur les indications appropriées pour l'utilisation à long terme des IPP.

2. Documenter et préciser l'indication pour l'IPP et la durée prévue du traitement sur l'ordonnance avec l'aide d'une équipe pluridisciplinaire (membre du personnel infirmier, infirmière ou infirmier auxiliaire autorisé, pharmacien ou pharmacienne, ou adjoint ou adjointe au médecin) lorsque cela est possible.

3. Rechercher dans les dossiers médicaux électroniques (DME) les personnes qui prennent des IPP et qui ont un rendez-vous à venir.

- Signaler les dossiers des adultes prenant des IPP depuis 8 semaines ou plus et ayant un rendez-vous à venir;
 - Harmoniser le signalement au dossier des patientes et patients pour lesquels un IPP à long terme est indiqué;
 - Envoyer le message « Envisager de déprescrire l'IPP ou d'en diminuer la posologie » aux professionnels et professionnelles de la santé par l'entremise du DME. Ce message pourrait être placé dans le dossier des patientes et patients actifs (c.-à-d. qui ont été vus au cours des 3 dernières années) dont la liste de médicaments actuels contient un IPP, ou à qui un IPP a été prescrit pour 8 semaines ou plus et qui sont admissibles à une déprescription;
 - Dans le DME, utiliser un message standard pour prévoir un suivi téléphonique ou en personne après 4 semaines (ou plus tôt si indiqué) afin de juger des résultats de la déprescription et d'aider à résoudre toute récurrence des symptômes.
-

4. Faire participer le patient ou la patiente à la prise de décision.

- Installer des affiches éducatives dans les espaces de travail; add link to patient facing materials;
 - Informer la patientèle qu'une hypersécrétion d'acide de rebond peut survenir pendant 1 à 2 semaines après l'arrêt du traitement, mais que, si ce phénomène persiste, la personne doit être réévaluée.
-

5. Rechercher les personnes ayant fait l'objet d'une déprescription accidentelle, alors qu'elles nécessitaient un traitement à long terme et ne répondaient pas aux critères d'admissibilité de déprescription.

- Supprimer les alertes erronées dans le DME concernant la déprescription des IPP dans les cas où une utilisation à long terme ou continue des IPP est justifiée.
-

Évaluation de votre progression

1. Vérifications des dossiers médicaux : Procédez à des vérifications mensuelles et servez-vous d'un graphique pour étudier la réponse aux interventions au fil du temps en suivant un ensemble de mesures (voir les suggestions ci-dessous).
2. À l'aide du DME, extrayez la liste des patientes et patients actifs à qui l'on a prescrit des IPP et qui ont des rendez-vous à venir. Cette démarche peut être utile pour créer une base de données sur les médicaments en vue d'un examen ciblé des dossiers.
 - Effectuez une recherche des patientes et patients actifs (par exemple, qui ont été vus au cours des 3 dernières années). Vous pouvez ajouter une restriction d'âge, par exemple > X ans. (A);
 - Dans le groupe (A), recherchez les personnes actuellement traitées par IPP et dont la durée du traitement est > 8 semaines (ou d'une durée plus longue si vous le souhaitez, par exemple 6 mois);
 - Déterminez le nombre de personnes qui prennent un IPP 1 fois par jour et 2 fois par jour (B);
 - Calculez le pourcentage de personnes adultes recevant actuellement un IPP à long terme = $(B/A) \times 100 \%$.

Ensemble de mesures	Exemples
Mesures des résultats L'amélioration principale que vous visez.	▪ Pourcentage de patientes et patients admissibles actifs (sans indication d'utilisation continue d'IPP), ayant une prescription actuelle d'IPP d'une durée ≥ 8 semaines. ▪ Pourcentage de personnes prenant un IPP 1 fois par jour et 2 fois par jour. ▪ Pourcentage de personnes admissibles tentant une déprescription.
Mesures de processus S'assurer que l'intervention est menée et réalisée comme prévu	▪ Pourcentage de personnes (dont les dossiers ont été signalés) qui participent actuellement à une discussion sur les indications, les bienfaits et les risques de l'utilisation continue des IPP. ▪ Pourcentage de personnes (dont les dossiers ont été signalés) qui ont reçu de la documentation. ▪ Pourcentage de prescriptions d'IPP dont l'indication et la durée prévue du traitement sont documentées.
Mesures d'équilibre Toute intervention peut avoir des conséquences nouvelles et imprévues qu'il convient de mesurer.	▪ Mesurer le temps supplémentaire consacré par le professionnel ou la professionnelle de la santé à la déprescription. Envisager de confier cette tâche à un membre du personnel infirmier, à une infirmière ou un infirmier auxiliaire, à un pharmacien ou une pharmacienne, ou à un adjoint ou une adjointe au médecin. ▪ Pourcentage d'alertes erronées de déprescription dans les DME.

À l'intention des professionnels et professionnelles de la santé

- Targownik L. E., Fisher D. A., Saini S. D. AGA Clinical Practice Update on De-Prescribing of Proton Pump Inhibitors: Expert Review. *Gastroenterology*. 2022 Apr;162(4):1334-1342. doi: 10.1053/j.gastro.2021.12.247. Publication en ligne le 17 février 2022. [PMID : 35183361](#).
- Targownik L. Discontinuing Long-Term PPI Therapy: Why, With Whom, and How? *Am J Gastroenterol*. 2018 Apr;113(4):519-528. doi: 10.1038/ajg.2018.29. Publication en ligne le 20 mars 2018. [PMID : 29557943](#).
- Barbara Farrell, Kevin Pottie, Wade Thompson, Taline Boghossian, Lisa Pizzola, Farah Joy Rashid, Carlos Rojas-Fernandez, Kate Walsh, Vivan Welch, Paul Moayyedi. Déprescrire les inhibiteurs de la pompe à protons : Lignes directrices de pratique clinique fondées sur les données probantes. *Can Fam Physician*. 2017 May;63(5): e253-e265. [PMID : 28500207](#).

Références

1. Targownik LE, Fisher DA, Saini SD. AGA Clinical Practice Update on De-Prescribing of Proton Pump Inhibitors: Expert Review. *Gastroenterology*. 2022 Apr;162(4):1334-1342. doi: 10.1053/j.gastro.2021.12.247. Publication en ligne le 17 février 2022. PMID: 35183361.
2. Van Zanten SV, Jelinski S, Kaplan G, Reeb L, Morrin L, Pow J, McLarty J, Metha A, Novak K, Burak K, Greenway M. Provincial data in Alberta reveal a clear need to address overprescribing of Proton Pump Inhibitors. CDDW, Banff AB, March 4-9. *Can J Gastroenterol*. 2021; 4(Suppl_1): 46-48 doi 10.1093/jcag/gwab002.077.
3. L'Institut canadien d'information sur la santé. Dépenses en médicaments prescrits au Canada, 2023. Tableaux de données 2022. Ottawa, ON: ICIS; 2023.
4. <https://www.ti.ubc.ca/2019/04/15/118-trends-in-utilization-of-proton-pump-inhibitors-in-british-columbia/#ref11>
5. Targownik L. Discontinuing Long-Term PPI Therapy: Why, With Whom, and How? *Am J Gastroenterol*. 2018 Apr;113(4):519-528. doi: 10.1038/ajg.2018.29. Publication en ligne le 20 mars 2018. PMID : 29557943.
6. Vaezi MF, Yang YX, Howden CW. Complications of Proton Pump Inhibitor Therapy. *Gastroenterology*. 2017 Jul;153(1):35-48. doi: 10.1053/j.gastro.2017.04.047. Publication en ligne le 19 mai 2017. PMID : 28528705.
7. Moayyedi P, et al. Safety of Proton Pump Inhibitors Based on a Large, Multi-Year, Randomized Trial of Patients Receiving Rivaroxaban or Aspirin. *Gastroenterology*. 2019 Sep;157(3):682-691.e2. doi: 10.1053/j.gastro.2019.05.056. Publication en ligne le 29 mai 2019. PMID : 31152740.
8. Lam JR, Schneider JL, Zhao W, Corley DA. Proton pump inhibitor and histamine 2 receptor antagonist use and vitamin B12 deficiency. *JAMA*. 2013 Dec 11;310(22):2435-42. doi: 10.1001/jama.2013.280490. PMID : 24327038.
9. 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*. 2017 Mar;152(4):706-715. doi: 10.1053/j.gastro.2017.01.031. PMID : 28257716. .
10. Barbara Farrell, Kevin Pottie, Wade Thompson, Taline Boghossian, Lisa Pizzola, Farah Joy Rashid, Carlos Rojas-Fernandez, Kate Walsh, Vivian Welch, Paul Moayyedi. Déprescrire les inhibiteurs de la pompe à protons : Lignes directrices de pratique clinique fondées sur les données probantes. *Can Fam Physician*. 2017 May;63(5): e253-e265. PMID : 28500192.
11. Lockhart, P.B., et al. Evaluation of Patients Labeled With a Penicillin Allergy to Promote Antimicrobial Stewardship in Dental Practice. *J Am Dent Assoc*, 2024. 155(7): p. 565-573 e1. PMID : 38703160.
12. Khan, D.A., et coll. Drug Allergy: A 2022 Practice Parameter Update. *J Allergy Clin Immunol*, 2022. 150(6): p. 1333-1393. PMID : 36122788.
13. Beacher, N., M.P. Sweeney, et J. Bagg. Dentists, Antibiotics and Clostridium Difficile-Associated Disease. *Br Dent J*, 2015. 219(6): p. 275-9. PMID : 26404991.
14. Cuevas-Gonzalez MV et coll. Antimicrobial Resistance in Odontogenic Infections: A Protocol for Systematic Review. *Medicine (Baltimore)*. 2022 Dec 16;101(50):e31345. PMID : 36550913.
15. BC Centre for Disease Control. Rethink Clindamycin for Dental Patient Safety. Therapeutics Initiative. March-April 2024. PMID : 39432703.
16. NHS England. Antimicrobial Resistance in Dentistry - Audit.

La présente trousse a été élaborée à l'origine par :

D^{re} Kimberly Wintemute, M.D., CCMF, FCMF

Ancien coresponsable de soins primaires, Choisir avec soin

Cette trousse a été mise à jour en 2025 par :

D^{re} Elaine S. Bland, B.M., MRCGP, CCMF (SP), FCMF, MAvMed

Médecin de famille

2024/2025 : Membre du programme d'amélioration des soins de santé, Choisir avec soin

Chargée d'enseignement clinique, École de médecine Cumming, Université de Calgary

D^r Sander Veldhuyzen van Zanten, M.D., FRCPC, M. Sc., M.S.P., Ph. D.

Professeur émérite de médecine

Ancien directeur médical principal, Services de santé de l'Alberta, Santé digestive, Réseau clinique stratégique

Division de gastroentérologie, Département de médecine, Université de l'Alberta

D^{re} Mercedes Magaz, M.D., M. Sc. S.

Spécialiste de l'amélioration de la qualité, Centre for Quality Improvement and Patient Safety (CQulPS)

D^{re} Olivia Ostrow, M.D., FAAP

Directrice associée, CQulPS

Directrice de la qualité et de la sécurité, Division de la médecine d'urgence pédiatrique, Hospital for Sick Children

Professeure agrégée, Département de pédiatrie, Université de Toronto

Groupe consultatif :

Sara Hosseina, M.N. (IP)

Infirmière praticienne familiale, Fraser Health Authority (soins primaires)

Comité d'amélioration de la qualité et de la recherche, Association des infirmières et infirmiers praticiens du Canada

D^r Alex Kumachev, M.D., M. Sc., FRCPC

Médecin membre du personnel, Réseau universitaire de santé

Division de médecine interne générale

Division de pharmacologie et de toxicologie cliniques

Professeur adjoint, Université de Toronto

Tony Leamon

Conseiller auprès de la patientèle, Conseil consultatif de patients et patientes, Choisir avec soin

D^{re} Katrina L. Piggott, M.D., M. Sc., FRCPC

Professeure adjointe en médecine gériatrique, Université de Toronto

Directrice, Programme d'apprentissage collaboratif en matière d'amélioration de la qualité,

Département de médecine

Responsable de la gériatrie, Choisir avec soin

Professeure adjointe, Amélioration de la qualité et sécurité des patients, Institut des politiques, de la gestion et de l'évaluation en santé (IHPME)

Tammy Quinn, B. Sc (Pharm), RPh

Rédactrice clinique, Association des pharmaciens du Canada
Pharmacienne communautaire, Sydney, Nouvelle-Écosse

D^{re} Laura E. Targownik, M.D., M. Sc. S., FRCPC

Professeure agrégée de médecine
Directrice de division départementale (gastroentérologie et hépatologie), Université de Toronto
Responsable des tarifs de l'Association médicale de l'Ontario, Section de gastroentérologie
Ancienne présidente, Diversité et équité, Association canadienne de gastroentérologie
Gastroentérologue membre du personnel, Hôpital Mount Sinai

Dr Peter E. Wu, M.D., M. Sc., FRCPC

Spécialiste en médecine interne et en pharmacologie et toxicologie cliniques
Directeur de division départementale (pharmacologie et toxicologie cliniques),
Université de Toronto
Professeur agrégé, Département de médecine, Université de Toronto
Membre du personnel, Division de médecine interne générale, Réseau universitaire de santé
Directeur médical de la qualité et de la sécurité, Réseau universitaire de santé

D^{re} Jennifer Young, M.D., CCMF-MU

Médecin de famille communautaire, Collingwood (Ontario)
Professeure agrégée, Département de médecine familiale, Université McMaster
Médecin-conseil, Collège des médecins de famille du Canada

Cette trousse mise à jour a été évaluée par les pairs suivants :**Dr Michael Kolber, B. Sc., M.D., CCMF, M. Sc.,**

Médecin de famille en milieu rural avec un intérêt particulier pour la médecine gastro-intestinale
Professeur, Département de médecine familiale de l'Université de l'Alberta
Directeur associé, équipe PEER

Dr Mark MacMillan, M.D., FRCPC, CAGF

Gastroentérologie et hépatologie
Directeur de l'endoscopie médicale
Professeur clinicien adjoint, Université Dalhousie et Université Memorial
Hôpital régional Dr Everett Chalmers

D^{re} Emily McDonald, M.D., FRCPC, M. Sc.

Médecine interne générale
Professeure agrégée, Université McGill
Directrice, Réseau canadien pour l'usage approprié des médicaments et la déprescription

D^{re} Guylène Thériault, M.D., CCMF

Médecin de famille
Coresponsable des soins primaires, Choisir avec soin