

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2011

N° 27

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES DE MEDECINE GENERALE

Par

Bérengère Féron

Née le 3 décembre 1981 à Cherbourg

Présentée et soutenue publiquement le 3 mai 2011

**Prescription des inhibiteurs de la pompe à protons :
Identification de facteurs explicatifs de pratiques s'écartant des recommandations.**

A partir de 120 observations en cabinet de médecine générale.

Président du jury : Monsieur le Professeur S. Bruley des Varannes

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur C. Rat

Membres du jury : Monsieur le Professeur M. Hamidou

Madame le Professeur J. Lacaille

ABREVIATIONS

AFSSAPS	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
AINS	Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
APP	Anti-Agrégant Plaquettaire
AVK	Anti-Vitamine K
BPS	Bio-Psycho Social
CIRS	Cumulative Illness Rating Scale
CPAM	Caisse Primaire d' Assurance Maladie
DF	Dyspepsie Fonctionnelle
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EBM	Evidence-Based Medicine
EBO	Endo-BrachyOesophage
FOGD	Fibroscopie Oeso-GastroDuodénale
HAS	Haute Autorité de Santé
HP	Helicobacter Pylori
HTA	Hypertension Artérielle
IPP	Inhibiteurs de la Pompe à Protons
IV	Intra-veineux
MG	Médecin Généraliste
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ORL	Oto-Rhino-Laryngologie
ORS	Observatoire Régional de la Santé

RGO	Reflux Gastro-Oesophagien
RHD	Règles Hygiéno-Diététiques
SDM	Shared-Decision Making
UGD	Ulcère Gastro-Duodéal

AVANT-PROPOS

*« Le bon praticien traite la maladie,
Le grand praticien traite le patient qui a la maladie. »*

Sir William Osler

TABLE DES MATIERES

1	LES CONCEPTS.....	7
1.1	De la médecine expérimentale aux recommandations.....	7
1.1.1	Naissance de la médecine moderne, basée sur l'essor de la science.....	7
1.1.2	Le modèle biomédical	7
1.1.3	Vers une médecine reposant sur des données scientifiquement prouvées	7
1.1.4	Description du 1 ^{er} mouvement de l'Evidence-based Medicine.....	8
1.1.5	Les recommandations.....	9
1.1.5.1	Définition	9
1.1.5.2	Objectifs	9
1.2	Limites et difficultés identifiées à une pratique basée uniquement sur les données scientifiques et recommandations.....	10
1.2.1	Les limites du modèle biomédical.....	10
1.2.2	Les critiques de l'EBM :	10
1.2.3	Un effet variable des recommandations sur les pratiques médicales	10
1.2.4	Mieux comprendre les barrières à l'application des recommandations, données issues de la littérature	11
1.2.5	« Implementing clinical guidelines »: « from best evidence to best practice ».....	12
1.2.6	Des données non scientifiques à prendre en compte ?.....	12
1.3	Modèles BPS, EBM, SDM...des modèles intégrant l'importance de facteurs non scientifiques dans la décision médicale.....	13
1.3.1	Un nouveau paradigme : le modèle biopsychosocial	13
1.3.1.1	Description	13
1.3.1.2	Conceptualisation du modèle BPS	13
1.3.1.3	Les ingrédients d'une pratique clinique intégrant le modèle BPS : les différences avec le modèle biomédical	13
1.3.2	Modèle EBM 2 ^{ème} mouvement : les apports par rapport au premier courant de l'EBM	14
1.3.3	Le patient recentré au cœur de la relation thérapeutique	15
1.3.3.1	Information du patient.....	15
1.3.3.2	Les modèles de relation médecin-patient	16
1.3.4	Modèle de décision médicale partagée ou Shared-Decision making : intégration des valeurs et préférences des patients	17
1.3.4.1	Définition de Charles	17
1.3.4.2	Quand partager la décision ?	18
1.3.4.3	Respecter le besoin de participation du patient.....	19

2	ETUDE APPLIQUEE A LA PRESCRIPTION DES ANTISECRETOIRES GASTRIQUES..	20
	Introduction.....	23
	Matériel et méthode.....	26
	Résultats.....	29
	Discussion.....	36
3	CONCLUSION.....	42
	BIBLIOGRAPHIE	39
	TABLE DES FIGURES.....	54
	LISTE DES TABLEAUX.....	54
	ANNEXES.....	55

1 Les concepts

1.1 De la médecine expérimentale aux recommandations

1.1.1 Naissance de la médecine moderne, basée sur l'essor de la science

La médecine moderne a vu le jour à la fin du XVIème et au début du XVIIème siècle. Pour certains, c'est la découverte de la circulation sanguine par William Harvey qui signe l'entrée dans la médecine moderne (1). A cette époque, Francis Bacon fait reposer l'approche scientifique sur l'observation et l'expérimentation.

Au XIXème siècle, la médecine moderne assiste à de nouvelles découvertes en raison des progrès de la chimie, bactériologique, virologie... En France, Pasteur (1862) établit un lien entre maladie et micro-organismes (2), tandis que Claude Bernard pose les bases de la médecine expérimentale. Dans le même temps, en Allemagne, Robert Koch découvre le bacille de la tuberculose (1882) aboutissant à la découverte de la tuberculine...

L'essor d'une médecine reposant sur les progrès scientifiques se poursuit au XXème siècle. Les succès thérapeutiques confortent la conception et la méthode : le savoir médical est issu d'une construction rationnelle.

1.1.2 Le modèle biomédical

Le modèle biomédical a été le modèle prédominant dans la conception et le diagnostic des maladies jusqu'au milieu du siècle précédent. Il procède de l'application en médecine de la méthode analytique des sciences exactes (3,4). Il se concentre sur les processus physiques tels que biochimie, physiologie, pathologie pour expliquer la maladie.

Dans cette méthode analytique, « être malade » (avoir mal, se sentir mal, être perturbé...) se réduit à avoir une maladie, une entité « morbide » à l'intérieur de l'organisme. La maladie est une déviance par rapport au fonctionnement normal, elle peut être vue indépendamment de la personne qui souffre, et de son contexte social (5).

1.1.3 Vers une médecine reposant sur des données scientifiquement prouvées

Un exemple parmi d'autres (6), dans le traitement des traumatismes crâniens aigus. Pendant de nombreuses années, l'enseignement sur la question préconisait une injection IV de corticoïdes pour lutter contre l'œdème cérébral en phase aiguë. Cette conduite à tenir avait été étayée à partir des bases physiologiques de la pathologie et des propriétés pharmacologiques de la substance. En 1990, l'étude CRASH¹ a testé cette théorie auprès de 10 000 patients. Les

¹ Grand essai contrôlé contre placebo des effets d'une perfusion de 48 heures de corticostéroïdes sur la mort et sur le handicap neurologique, chez les adultes présentant un traumatisme crânien et certains troubles de la conscience.

résultats mettaient en évidence en fait une augmentation du risque vital après l'administration des corticoïdes. Cet exemple avait montré qu'une présomption biologique ne se vérifie pas toujours pour la pratique médicale.

C'est dans ce contexte que l'EBM, dans son premier mouvement, va émerger. L'EBM fut un changement dans le fait de proposer des données scientifiquement vérifiées par la pratique clinique.

1.1.4 Description du 1^{er} mouvement de l'Evidence-based Medicine

L'Evidence Based-Medicine (EBM) relève d'un double courant. Le premier, né dans les années 90, est dirigé par les chercheurs de l'université de McMaster au Canada qui développent initialement l'EBM comme une technique d'évaluation de la qualité de la littérature médicale destinée à synthétiser les connaissances médicales validées scientifiquement.

En 1992, la revue JAMA publie un article écrit par Guyatt G et al. (7) qui suggèrent de façon audacieuse que l'EBM est un nouveau paradigme pour apprendre et pratiquer la médecine : l'EBM vise à appliquer les meilleures données issues de la méthode scientifique pour la prise de décision clinique (7, 8).

Dans cette méthode, les données scientifiques sont classées en fonction de la « puissance » de la preuve (9). Sur ce point, il faut rappeler que la collaboration Cochrane², dont le fondateur est Archie Cochrane³, est une force majeure dans la méthode EBM. Il existe de nombreux systèmes de classement de preuves selon les pays : US Preventive Services Task force, National Health Service (Royaume-Uni), GRADE⁴ group, catégories des recommandations en France.

En pratique, les promoteurs de l'EBM distinguent les trois stades successifs suivants (7,10) :

- **Définition du problème** du patient, identification des informations nécessaires pour répondre au problème du patient, conversion de l'information désirée pour résoudre le problème en questions de recherche.⁵
- **Rechercher** méthodiquement dans la littérature médicale les meilleures preuves permettant d'y répondre.⁶
- **Sélection** par une lecture critique des articles les plus valides et les plus pertinents pour répondre aux questions de recherche. Sur ce point, on peut relever une des

² Le but de la Cochrane Collaboration est de mettre à jour des revues systématiques d'essais contrôlés randomisés (preuves) de telle sorte que les meilleures preuves actuelles soient accessibles à partir d'une base de données pour prendre des décisions médicales.

³ Epidémiologiste écossais. Il publie en 1972 son livre *Effectiveness and efficiency : random reflexions on health services* qui énonce clairement pour la première fois l'importance d'essais contrôlés randomisés dans l'évaluation des traitements.

⁴ Groupe de lecture d'évaluation et de diagnostic d'évaluation.

⁵ La Cochrane Collaboration a proposé la méthode PICO. Par exemple, si on veut savoir s'il faut prescrire des antibiotiques à un enfant de 18 mois avec une première otite moyenne aigue : on formule la question en précisant P (patient, ex : enfant de 18 mois avec première otite moyenne aigue sans comorbidité), I (intervention, ex : antibiotique), C (comparaison, ex : comparé au placebo), O (outcome = résultat évalué, ex : guérison). Chaque terme est recherché séparément puis relié ensuite par « AND » (11).

⁶ Grâce à la diffusion de revues de littérature à partir d'études primaires (12).

principales limites de l'EBM qui tient à la constitution des groupes d'études d'où sortent les « preuves ». Ces groupes issus de nombreux critères d'inclusion et d'exclusion correspondent rarement à la population générale.

Les défenseurs de l'EBM voient dans cette méthode la possibilité d'offrir une démarche de décision médicale et plus largement une démarche de qualité des soins, par la diffusion de données issues d'essais randomisés ou d'études de populations et l'élaboration de textes de recommandations.

1.1.5 Les recommandations

1.1.5.1 Définition

La décision médicale se fonde en premier lieu sur des connaissances scientifiques reconnues : à telle situation clinique correspond telle démarche diagnostique et thérapeutique. Plus précisément, depuis les années 90, de nombreuses situations cliniques ont fait l'objet de recommandations afin de définir la réponse thérapeutique à y apporter en termes de médecine scientifique pure.

« Les **recommandations de bonne pratique** et les **références médicales** définissent une stratégie **optimale** en fonction de l'état actuel des connaissances et précisent ce qui est utile ou inutile, voire dangereux, de faire dans une situation clinique donnée ». Elles « résultent de l'analyse des données actuelles de la science issues de la littérature et prennent en compte les évaluations réalisées pour délivrer l'autorisation de mise sur le marché (AMM) des médicaments concernés » (13).

1.1.5.2 Objectifs

Les recommandations sont élaborées et diffusées pour que :

- les décisions prises par les médecins soient le plus possible en accord avec « les meilleures données de la science »,
- visent à améliorer la qualité des soins en réduisant les pratiques médicales inappropriées,
- permettent de structurer la décision médicale pour minimiser la variabilité des pratiques (14,15,16).

Cette démarche impose au praticien de se former à la recherche de données dans la littérature scientifique et à l'analyse critique d'articles (7), mais permet d'harmoniser les pratiques, autour du meilleur niveau de preuve démontré et classé selon des grades des recommandations (17).

1.2 Limites et difficultés identifiées à une pratique basée uniquement sur les données scientifiques et recommandations

1.2.1 Les limites du modèle biomédical

Le modèle biomédical va être remis en question sur certains points (18,19) :

- Dualisme du modèle biomédical : la séparation corps-esprit (raisonnement remontant à la méthode de Descartes).
- Réductionnisme : tout ce qui ne peut être expliqué au niveau moléculaire ou cellulaire est ignoré. Le risque étant de négliger la dimension humaine de la souffrance.
- Causalité linéaire pour expliquer les maladies : la maladie est une conséquence.
- Il ne tient pas compte du rôle des facteurs sociaux ou de la subjectivité individuelle pour expliquer les maladies.

1.2.2 Les critiques de l'EBM :

Le modèle EBM a été exposé à de nombreuses critiques, entre autres (7,20,21) :

- « *Le praticien qui fait de l'EBM ne s'adonne plus qu'à la recherche* ».

Au contraire : seule une minorité des praticiens dit EBM font également de la recherche. L'EBM est une méthode ayant pour but ultime d'améliorer le soin des patients, pas de faire de la recherche.

- « *L'EBM n'est qu'un livre de recettes* ».

Au contraire : les données de la science peuvent informer le médecin, mais jamais remplacer son expertise qui seule décidera si ces données sont applicables à son patient, et si oui, comment.

- « *L'EBM est au service de politiciens qui veulent faire des économies de santé* ».

C'est effectivement une dérive possible de l'EBM, mais l'EBM visant à maximiser la qualité et la quantité de vie des patients, elle tendra parfois au contraire à augmenter les coûts de santé (par exemple : prescription d'hypocholestérolémiant après un infarctus du myocarde, même si les chiffres de cholestérol sont normaux).

- « *Dans l'EBM, seuls les essais randomisés et les méta-analyses constituent une source de preuve et sont utiles* ».

Ce n'est pas vrai, car même d'autres études peuvent éclairer une prise de décision, même si le niveau de preuve est plus faible. De plus, si les essais randomisés sont le *gold standard* pour évaluer la balance bénéfice-risque d'un traitement, ce n'est pas la méthodologie la plus adaptée pour étudier d'autres questions telles que celles se rapportant à un diagnostic, un pronostic, ou la qualité de vie. D'autres fois, ce seront les sciences fondamentales comme la génétique ou l'immunologie qui apporteront les preuves dont nous aurons besoin.

1.2.3 Un effet variable des recommandations sur les pratiques médicales

De nombreuses études montrent que malgré une large diffusion, les recommandations n'auraient qu'un effet limité sur le changement des pratiques médicales (22,23,24). Une étude

réalisée par le NICE⁷ retrouvait que l'utilisation des recommandations ainsi que l'impact sur les prescriptions étaient variables (25). Grol et Grimshaw retrouvaient la même tendance en Europe (26).

1.2.4 Mieux comprendre les barrières à l'application des recommandations, données issues de la littérature

Ce déficit entre, d'une part les « meilleures données disponibles », et d'autre part, leur mise en pratique par les médecins de terrain a généré de nombreuses études.

Une revue de littérature réalisée de 1966 à 1999 par l'équipe de Cabana MD et al. a permis de décrire les barrières⁸ à l'adhésion des recommandations (27). Chacune des barrières était quantifiée selon sa fréquence : une barrière fréquente est une barrière « forte », donc un obstacle au soin optimal. La connaissance de ces barrières permet de mieux comprendre pourquoi elles constituent un obstacle dans le changement de la pratique des médecins.

La séquence qui aboutit à un changement de comportement dans la pratique est résumée ainsi (27,28) (Voir figure 1) :

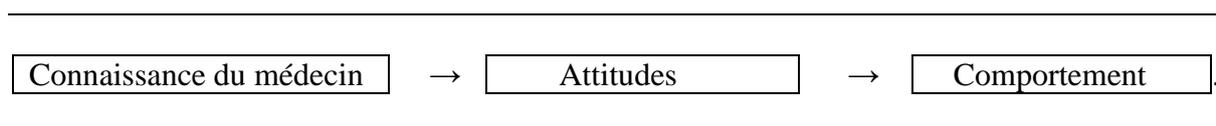


Figure 1 : Etapes aboutissant à un changement de comportement de la pratique médicale d'après l'équipe de Cabana MD et al. (27).

Les barrières décrites se regroupaient ainsi :

- des barrières qui peuvent influencer **la connaissance du médecin** (donc à l'EBM): volume d'information, temps nécessaire pour rester informé, l'accès aux sources scientifiques.
- des barrières qui peuvent modifier **l'attitude du médecin** : le manque d'agrément aux recommandations spécifiques (interprétation des preuves, la confiance dans les preuves, applicabilité à chaque patient, le manque de bénéfice coût-efficacité), le manque d'agrément aux recommandations en général (« recettes de cuisine », trop rigides, perte d'autonomie du praticien), manque de motivation et inertie des pratiques, habitudes de prescription (28,29).
- des barrières qui peuvent influencer **le comportement du médecin** : barrières externes liées au patient (incapacité de concilier les caractéristiques du patient aux recommandations, les préférences du patient), les facteurs environnementaux (manque de temps, manque de ressources, contraintes organisationnelles, organisation de l'offre de soin).

⁷ NICE est le National Institute of Clinical Excellence

⁸ Une barrière est définie comme un facteur qui limite ou restreint l'adhérence du médecin (ou tout professionnel de santé) dans l'application des recommandations dans la pratique clinique. (27)

Par la suite, Lorna J. Cochrane et al. ont précisé par une revue de littérature de 1999 à 2007 (30), que les barrières influençant l'attitude et le comportement du médecin ont eu une empreinte plus forte lors de la dernière décennie.

D'autres auteurs ont apporté des réponses dans l'étude des barrières (31,32). Deux auteurs britanniques ont insisté sur 4 dimensions qui expliqueraient selon eux l'inégale application des recommandations (31) :

- La pratique médicale fondée sur les preuves issues de la recherche clinique est mise en avant, alors que dans le même temps, on observe un puissant mouvement pour identifier et valoriser le savoir-faire et les connaissances issus de la pratique du terrain.
- De nombreux médecins s'interrogent sur l'intérêt réel de subordonner un savoir-faire issu de leur expérience au profit de recommandations.
- Les conditions d'exercice clinique et le contexte professionnel propre à chaque praticien constituent un défi aux stratégies mises en œuvre pour que les médecins appliquent les recommandations.
- Divers « raccourcis » intervenant dans le processus décisionnel issus de l'expérience sont ignorés par les recommandations.

1.2.5 « Implementing clinical guidelines »: « from best evidence to best practice »

Certains auteurs ont réfléchi à la façon de présenter les recommandations en tenant compte des barrières précédemment décrites (26,33). La notion d'« Implementation »⁹ voit le jour (34). Straus et Jones parlent de « grand challenge » lorsqu'il faut changer les comportements cliniques pour que les données scientifiques soient effectivement utilisées par les médecins dans leur pratique (35).

1.2.6 Des données non scientifiques à prendre en compte ?

Par opposition aux données scientifiques, il existe des facteurs non médicaux qui influencent la prise en charge du patient. Ces facteurs non médicaux définissant l'environnement du patient, ses préférences et l'expérience clinique du praticien. Ils interviennent dans l'interaction médecin-patient, et expliquent que le médecin s'adapte au cas par cas. Ces facteurs non médicaux ne sont pas des facteurs définis dans les textes de recommandations, ni même mentionnés comme partie active de la décision médicale. Il peut s'agir de facteurs sociaux, psychologiques, environnementaux... Pourtant, ils peuvent avoir une grande influence sur l'issue d'une consultation et être à l'origine d'une grande variabilité des pratiques (36).

Nous allons maintenant étudier des modèles qui font intervenir ces facteurs en plus des données scientifiques.

⁹ Processus de dissémination active, incluant les stratégies pour dépasser les barrières. (34)

1.3 Modèles BPS, EBM, SDM...des modèles intégrant l'importance de facteurs non scientifiques dans la décision médicale

1.3.1 Un nouveau paradigme : le modèle biopsychosocial

1.3.1.1 Description

En 1977, George Engel propose un nouveau paradigme : le modèle biopsychosocial (BPS) (3,4). Sur le plan théorique, il s'agit d'une représentation de l'être humain dans laquelle les facteurs biologiques, psychologiques, sociaux sont considérés comme participant simultanément au maintien de la santé ou au développement de la maladie. C'est un élargissement du modèle biomédical. Il remplace des systèmes de causalité simples et linéaires par des causalités multiples et circulaires.

1.3.1.2 Conceptualisation du modèle BPS

L'idée de base est que rien dans le vivant n'existe à l'état isolé : toute personne est un système complexe intégrant des sous-systèmes et elle-même la composante d'unités plus larges constituant un environnement (4).

Dans son article de 1977, Engel fait une approche d'un cas d'infarctus du myocarde à partir du modèle BPS. Il décrit moment par moment comment les dimensions psychologiques et sociales s'ajoutent aux modifications biologiques liées à la maladie. Ces modifications biologiques sont analysées à partir des particules atomiques jusqu'aux molécules, cellules, organes et systèmes (4).

Quelques exemples documentés qui mettent en évidence le rôle des facteurs psychosociaux dans le développement d'une pathologie :

- Dans le domaine cardiovasculaire, on sait que des facteurs psychosociaux comme le stress sont impliqués dans le développement ou l'entretien de diverses affections. Un des articles du texte fondateur du modèle BPS présente un infarctus (4,37).
- Dans la lombalgie : les facteurs psychosociaux sont prédictifs du risque de passage à la chronicité. Par exemple, un élément hautement corrélé à un arrêt de travail prolongé est la croyance du patient, exprimée dès l'installation d'une lombalgie aiguë, qu'il ne sera pas capable de reprendre le travail 6 mois plus tard (38).

1.3.1.3 Les ingrédients d'une pratique clinique intégrant le modèle BPS : les différences avec le modèle biomédical

Dans le modèle biomédical, l'essentiel de l'action clinique consiste à repérer et tenter de corriger les « déviations » des paramètres physiologiques par rapport à la normalité. Dans une démarche clinique inspirée du modèle BPS, la pratique vise un élargissement des perspectives et une participation active du patient (39,40).

Au cours de l'évaluation, en plus de l'examen somatique, le praticien sera sensible aux attitudes, attentes, croyances, facteurs émotionnels, contexte social, culturel, professionnel du patient. Il inclut l'expérience subjective du patient à côté des données de la science. (Voir tableau 1)

Tableau 1 : Démarche décisionnelle devant une douleur thoracique : différences entre le modèle biomédical et BPS d'après Lakhan SE (40).

	Modèle biomédical	Modèle biopsychosocial
Motif de consultation	Douleur thoracique	Douleur thoracique
Démarche décisionnelle du médecin	L'intérêt porte sur les causes physiques. Le clinicien va poser des questions sur le régime alimentaire, l'histoire de la douleur, les antécédents familiaux. Les symptômes d'atteinte coronaire sont considérés comme primordiaux.	Le clinicien recherche des facteurs physiques et psychosociaux qui pourraient causer une douleur thoracique. Il questionne en plus sur les facteurs de stress actuellement vécus et sur les comportements.
Les données cliniques et biologiques	Le modèle biomédical est basé sur des examens biologiques, et prise des constantes vitales.	Est basé sur une combinaison des éléments mentionnés ci-contre et des facteurs psychologiques.
Traitement	Le docteur décide d'une prise en charge basée sur l'étiologie et la pathogénie.	Le clinicien discute des interventions possibles avec une attention supplémentaire sur les comportements et styles de vie qui pourraient influencer la douleur et l'adhérence au traitement. Le patient participe et entretient une relation avec le clinicien.

Ainsi, l'évolution de la conception de la maladie va provoquer une évolution dans la prise en charge du patient, on passe progressivement d'une médecine de la maladie à une médecine du patient.

1.3.2 Modèle EBM 2^{ème} mouvement : les apports par rapport au premier courant de l'EBM

La définition du mouvement EBM a considérablement évolué à partir des années 1990 en intégrant l'expérience du clinicien aux côtés des données scientifiques ainsi que les données du contexte(20).

La définition que donne Sackett, un des pionniers de l'EBM, en 1996 est : « *L'EBM se définit comme l'utilisation rigoureuse, explicite et judicieuse des meilleures données disponibles lors de prise de décision concernant les soins à prodiguer à des patients individuels* » (20). Cette approche préconise « d'intégrer l'expertise clinique individuelle avec les meilleures données cliniques externes provenant de la recherche systématique ».

« Dans l'esprit de Sackett, ce passage résume la tension entre l'universel des données issues de la recherche et la singularité de chaque patient » (41).

Enfin, en 2000, l'auteur introduit un troisième acteur dans le processus décisionnel selon l'EBM : à savoir les valeurs et préférences du patient (42,43). Ce point est l'un des plus difficile (44), et malheureusement souvent négligé (45). Haynes et al. expliquent que « *les versions ultérieures du modèle de décision fondée sur les niveaux de preuve ont souligné le fait que les données de la recherche ne peuvent pas constituer à elles seules un guide d'action adéquat. Avant de recommander une prise en charge, le clinicien est en effet invité à utiliser son expérience pour cerner le problème du patient, tout en tenant compte des données issues de la recherche et des préférences de son patient* » (46).

L'EBM aboutit à une décision issue à la fois des données de la recherche, de l'expérience du médecin, et des préférences du patient, ce que l'on représente traditionnellement par trois cercles qui se chevauchent (10,44,47). (Voir figure 2)

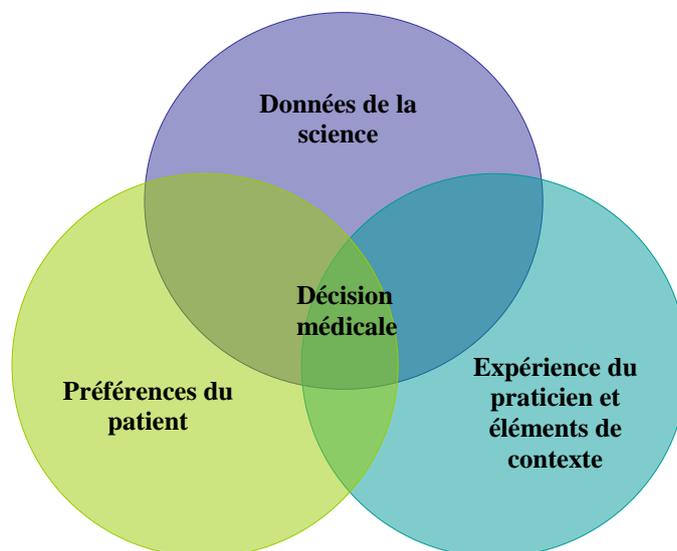


Figure 2 : Modèle de décision clinique selon l'EBM (44).

1.3.3 Le patient recentré au cœur de la relation thérapeutique

On assiste à une modification de la relation thérapeutique, dans laquelle il faut mettre l'accent sur **l'éducation et l'information du patient**.

1.3.3.1 Information du patient

➤ Recommandations de l'ANAES / HAS

Elle publie en 2000 des recommandations destinées aux médecins concernant **l'information des patients** (48). "L'information est un élément central dans la relation de confiance entre le médecin et le patient, et contribue à la participation active de ce dernier aux soins." Elle énonce alors les critères d'une bonne information, qui doit :

- « 1°- être hiérarchisée et reposer sur des données validées ;
- 2°- présenter les bénéfices attendus des soins envisagés avant leurs inconvénients et risques éventuels, et préciser les risques graves, y compris exceptionnels, c'est-à-dire ceux qui mettent en jeu le pronostic vital ou altèrent une fonction vitale ;
- 3°- être compréhensible. »

➤ **Projet de soin et éducation thérapeutique des patients**

Selon la définition du rapport OMS-Europe publié en 1996, *l'éducation thérapeutique* du patient « vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont il a besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, [...] liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider, [...] à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer ensemble [...] dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie » (49).

1.3.3.2 Les modèles de relation médecin-patient

En 1992, les Dr Emanuel et Emanuel mettent en avant les concepts d'autonomie du patient, de valeurs personnelles influant sur la décision médicale, et de partage ou non de la décision. Ils décrivent alors quatre modèles : paternaliste, informatif, interprétatif et délibératif (50) (Voir tableau 3). Actuellement, on retient souvent trois modèles de relation médecin-patient. Ce sont les modèles paternaliste, informatif et de décision médicale partagée, issus des travaux d'Emanuel et Emanuel.

- **Le modèle paternaliste : issu du raisonnement biomédical :** le médecin est actif et le patient passif. Le médecin a un rôle d'expert agissant pour le bien du patient, dominant la consultation en décidant quelles investigations mener et quels traitements prescrire (50). Il assied son autorité sur trois pouvoirs qu'il ne partage pas avec le patient (51).
 - le pouvoir médical, conféré par son savoir
 - le pouvoir charismatique, lié à ses traits de caractères propres
 - le pouvoir social, lié à son haut statut dans la société.
 La consultation est centrée sur la maladie (dans un schéma de raisonnement issu du modèle biomédical décrit ci-dessus : "anamnèse, examen, diagnostic, traitement"), et non sur le patient.
- **Le modèle informatif :** il se situe à l'extrême opposé du modèle paternaliste. Il présume que le patient est seul maître de ses choix, qu'il connaît ses valeurs et préférences, et qu'il ne lui manque que le savoir. Le médecin ne fait qu'apporter le savoir, et c'est au patient seul de décider en fonction de ses préférences (50,52).
- **Le modèle de décision médicale partagée :** c'est un modèle à mi-chemin des deux précédents. Il est souvent présenté comme étant un « idéal » à atteindre (53).

Tableau 2 : Comparaison des différents modèles de relation médecin-patient retenus par Emanuel et Emanuel (1992) (50).

Type de modèle	Paternaliste	Informatif	Interprétatif	Délibératif
Valeurs du patient	Objectives et partagées par le patient et le médecin	Définies et fixées, connues par le patient	En construction et conflictuelles, nécessitant une élucidation	Ouvertes à un développement et à une révision à travers un débat moral
Devoirs du médecin	-Promouvoir le bien-être du patient indépendamment des préférences qu'il exprime	- fournir une information factuelle pertinente - mettre en oeuvre l'intervention choisie par le patient	- élucider et interpréter les valeurs utiles du patient - informer le patient et mettre en oeuvre l'intervention choisie par le patient	- articuler et convaincre le patient des valeurs les plus admirables - informer le patient et mettre en oeuvre l'intervention choisie par le patient
Concept de l'autonomie du patient	Assentiment aux valeurs objectives	Choix et contrôle du soin médical	Compréhension de soi utile au soin médical	Auto-développement moral utile au soin médical
Rôle du médecin	Gardien, tuteur	Expert technique compétent	Conseiller	Ami ou enseignant
Prise de décision	Par le médecin	Par le patient	Par le patient	Partagée

1.3.4 Modèle de décision médicale partagée ou Shared-Decision making : intégration des valeurs et préférences des patients

Les « valeurs et préférences des patients » ne se réfèrent pas seulement aux perspectives, attentes pour leur santé, mais aussi aux processus que les individus utilisent pour prendre en compte les options disponibles ainsi que leur balance bénéfice-risque.

On assiste alors à une évolution de la relation médecin-patient : la « toute-puissance » du médecin laisse place à une relation plus équilibrée où le patient participe, a plus de pouvoir et d'autonomie dans la décision médicale. On se dirige peu à peu vers un modèle de « décision médicale partagée ». Pour certains auteurs, le modèle EBM est un pré-requis pour appliquer le modèle Shared-Decision Making (SDM) (54).

Le modèle SDM repositionne le patient au centre des décisions qui concernent sa propre santé. Le but est d'encourager les patients à exprimer leurs valeurs, préférences, poser des questions et participer activement à la prise de décision (55). Il tient compte du besoin d'information croissant depuis les 20 dernières années de la part des patients (56) et respecte le principe d'autonomie du patient (57).

1.3.4.1 Définition de Charles

La définition la plus communément admise est celle de Charles (53,58) qui décrit 4 étapes nécessaires pour parler de décision médicale partagée :

- 1) **Au minimum, 2 participants : le patient et le médecin sont impliqués** dans la prise de décision. Mais d'autres acteurs tels que les amis, la famille du patient, ou les spécialistes peuvent être amenés à prendre part à la décision.

- 2) **Les deux parties (médecin et patient) s'échangent tous deux des informations.** Le médecin explique l'histoire naturelle de la maladie, expose les différentes alternatives thérapeutiques, les balances bénéfices-risques, les conséquences potentielles pour le patient pour obtenir un consentement informé. Le patient raconte l'histoire de sa maladie, partage son histoire de vie personnelle, explicite ses croyances et peurs au sujet de la maladie, ses connaissances sur le traitement. Le patient peut également exprimer l'investissement qu'il souhaite dans la prise de décision.
- 3) **Médecin et patient délibèrent :** ils expriment leurs préférences pour telle ou telle option thérapeutique (l'abstention étant également une option envisageable). C'est une phase de négociation au cours de laquelle les 2 parties élaborent un consensus sur le traitement retenu.
- 4) **Prise de décision.** La décision est prise à la fois par le médecin et le patient. Le médecin doit obtenir l'agrément du patient pour mettre en place la décision.

1.3.4.2 *Quand partager la décision ?*

- Lors d'une situation présentant un conflit décisionnel.

Le concept « d'equipoise » (littéralement : « même poids ») désigne les situations présentant différentes options dont les balances-bénéfices risques sont perçues comme proches. Ainsi, il peut s'appliquer dans les situations où à la fois le médecin et le patient reconnaissent que différentes options existent, dont les balances-bénéfices risques sont proches, pour lesquelles il faudra délibérer, et pour lesquelles les préférences personnelles seront les arbitres du choix.

O'Connor et son équipe de l'institut de recherche de l'hôpital d'Ottawa définissent le conflit décisionnel comme « *une incertitude quant à l'option à privilégier lors d'une prise de décision impliquant un choix parmi des options contradictoires auxquelles sont potentiellement associées des risques, pertes, regrets ou se situant en contradiction avec des valeurs personnelles* » (59).

- Un concept précisé par Elwyn G.

Pour Elwyn G., les situations de « dual equipoise » présentent les conditions idéales pour pratiquer « la décision médicale partagée » (60).

Elles se démarquent des situations fortement consensuelles parmi les médecins, mais pour lesquelles le patient reste ambivalent (et donc est le seul à ressentir « l'equipoise »). Ainsi, si un patient alcoolo-dépendant hésite entre arrêter de boire au risque de ne plus voir ses amis ou continuer à consommer au risque d'avoir une cirrhose hépatique ; le médecin, bien que respectant le droit à l'autonomie du patient, se doit d'informer le patient des risques qu'il encoure, le but étant d'arriver à un changement de comportement. On est bien plus dans l'éducation du patient (avec ses outils spécifiques tels que l'entretien motivationnel, le diagnostic éducatif...) que dans la décision médicale partagée. Les situations de « dual equipoise », marquées par l'incertitude, sont bien différentes, puisque le médecin ne pourra pas suivre de recommandations consensuelles. Il devra alors expliquer au patient en quoi les différentes options sont «equipoise», et l'aider à faire un choix.

1.3.4.3 Respecter le besoin de participation du patient

« L'information du patient est une chose, sa participation à la prise de décision médicale en est une autre. On ne peut participer aux décisions sans être informé, mais on peut souhaiter être informé sans participer aux décisions » (61).

Le souhait de participation des patients aux décisions est souvent exprimé mais dans des degrés variables. Il varie notamment selon les patients, le type de maladie et le stade de la maladie (62, 63).

Mais depuis les vingt dernières années, les patients souhaitent plus d'informations de la part de leur médecin, et participer plus activement dans les décisions médicales les concernant ainsi que leurs familles (56).

Une revue de littérature entre 1966 et 2003 a tenté d'identifier les différents façons de communiquer les informations médicales qui pourraient augmenter la compréhension et la participation aux décisions médicales, y compris par une meilleure compréhension de leur choix (64).

2 Etude appliquée à la prescription des anti-sécrétoires gastriques

INTRODUCTION

La prescription des IPP fait l'objet de recommandations en France (13,65-67) et à l'étranger (68-72) dans de nombreuses indications : le traitement du reflux gastro-oesophagien (RGO) avec ou sans oesophagite associée, l'éradication d'*Helicobacter pylori*, le traitement des ulcères gastroduodénaux, mais aussi la prévention et le traitement des lésions digestives hautes induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens, ou encore le syndrome de Zollinger-Ellison. (Voir annexe 1)

Dans la pratique réelle, les taux d'adéquation entre prescriptions et recommandations ont été étudiés. Ils variaient de 18,8% (73) à 78,4% (74). Dans les études françaises, entre 33% (75) à 53,7% (76) des patients sous IPP ne présentaient pas d'indication validée par l'AMM. La cause la plus fréquente de prescription hors AMM est la co-prescription aux autres médicaments (73,77-79).

La nature des écarts entre prescriptions et recommandations a été étudiée de plusieurs façons.

De nombreuses études en France (75,76) et à l'étranger (73,74,80-83) ont montré une « sur-utilisation » des IPP, principalement dans le cas de co-prescription aux AINS (77,79).

Paradoxalement, l'existence d'une « sous-utilisation » des IPP en rhumatologie a aussi fait l'objet de plusieurs publications. Une étude rapportait en 2003 que près de 80% des patients à haut risque de complications gastro-duodénales ne recevaient pas de traitement gastro-protecteur (84). En 2010, Thieffin a étudié une population de 2576 patients sous AINS, dont 25% avait au moins un facteur de risque : 40% de cette population à risque n'était pas sous IPP (85). Certains auteurs ont ainsi décrit une relation inverse entre l'adhésion aux stratégies gastro-préventive en co-prescription d'AINS et le niveau de risque du patient (78). Toutefois, l'étude de Marie et al. retrouvait des prescriptions hors AMM plus fréquentes chez les plus de 65 ans (75), de sorte qu'il est aujourd'hui difficile de caractériser la nature des écarts de prescriptions.

Dans l'indication reflux gastro-oesophagien, Hugues et al. rapportent que certains patients sous IPP utilisent des doses plus élevées que la dose recommandée (74). S'agissant de la prise en charge du RGO non érosif au long cours, près de 75% des patients seraient traités par IPP au quotidien (86,87), alors qu'un traitement à la demande ou intermittent pourrait être efficace (86, 88-90). Lee et al. ont également retrouvé jusqu'à 80% des patients sous forte dose en continu (plus qu'une pleine dose/jour) pouvaient être ramenés à une dose standard (86).

S'agissant de la réalisation de la fibroscopie, le taux d'adéquation entre pratiques et recommandations était de 48% dans l'étude de Jian R et al. (91). Dans une autre étude, seulement 35% des patients sous IPP au long cours avait eu une endoscopie (92).

Quelques auteurs ont rapporté des interventions visant à améliorer l'adéquation entre pratiques et recommandations (93-95). Une intervention directement auprès des patients (93), une intervention sous la forme d'un audit de pratiques auprès des médecins généralistes (94), ont montré un impact. Par contre, la participation à un programme de formation semblait ne

pas modifier les pratiques (95), pas plus que les nombreuses campagnes de communication menées par les autorités pour tenter de réduire les prescriptions (65,77).

Plutôt que de proposer à nouveau une tentative d'intervention, nous avons tenté de comprendre le processus menant à la prescription d'un IPP. Comment des praticiens, sensibilisés aux indications de prescription, et ayant une bonne compréhension des issues économiques entourant les IPP (96) poursuivent-ils des prescriptions hors du cadre de l'AMM ?

Dans la littérature, de nombreux auteurs se sont intéressés au processus de décision. Dans le modèle EBM, les recommandations ont pour objectif de mettre à disposition du praticien l'analyse des données scientifiques actuelles (13-16). Toutefois, leur effet limité sur les pratiques a été décrit depuis longtemps (22,23). Plusieurs auteurs ont donc identifié l'enjeu de l'implantation des recommandations dans la pratique (26,33,34). Nous nous sommes alors intéressés aux autres déterminants de la décision médicale décrits par les modèles « EBM » (20,43) ou « SDM » (53,58) qui influencent le processus décisionnel.

La décision médicale n'est pas uniquement fondée sur des données organiques (3,4). De nombreux auteurs ont rappelé l'importance du patient dans la décision médicale, à l'origine des modèles dits « EBM » (20,43) ou « SDM » (53,58). Les préférences exprimées par les patients, les caractéristiques propres des patients pourraient ainsi être une barrière à l'implantation stricto sensu des recommandations (27). En effet, le patient est légitime pour s'exprimer lors de la prise de décision (97). S'agissant de la prescription d'IPP, il n'existe pas toujours de haut niveau de preuve pour décider, et la situation où il existe des alternatives thérapeutiques (« dual equipoise ») est fréquente. L'enjeu sera donc de permettre au patient de s'approprier les données scientifiques (64,97,98). En ce sens, nous postulons que les recommandations de pratiques devraient intégrer l'existence d'une discussion des prises en charge (en référence aux modèles EBM ou SDM).

La décision médicale est aussi dépendante de facteurs propres au contexte de la consultation et aux patients (3,4,20). Chevreul rapporte aussi que l'existence de poly-pathologies est un facteur de prescription d'IPP chez les médecins généralistes (36). Enfin, l'expérience clinique du praticien ne peut pas être négligée, ce que retrouvaient des auteurs français s'intéressant à la prescription des IPP (36,99).

Dans notre étude, nous nous sommes intéressés aux prescriptions d'IPP. Nous avons cherché à décrire des facteurs expliquant la faible implantation des recommandations à partir des modèles théoriques « EBM » et « SDM » que nous avons détaillés.

Nous avons pensé qu'il fallait d'abord identifier les éléments de discussion entre le médecin et le patient lors d'une prescription d'un IPP. En effet, le patient ne peut exprimer ses préférences en l'absence d'échange d'informations et d'explication de la prise en charge par le médecin. Il est donc intéressant de s'interroger sur l'existence d'une information donnée au patient par le médecin au cours de sa prise en charge par un IPP. L'existence de cette discussion est un préalable pour rentrer dans le cadre d'un modèle de décision médicale partagée (SDM).

Nous avons recherché si l'intégration des préférences des patients, préconisées sur le plan théorique (100-102) et décrites par les modèles EBM et SDM comme un pilier du

processus décisionnel, pouvait être un facteur explicatif d'écart aux recommandations scientifiques.

S'agissant des données de « contexte » décrites dans le modèle EBM, nous avons fait l'hypothèse que 2 déterminants pouvaient influencer sur la prescription :

.L'expérience, soit personnelle, soit communiquée par un confrère clinicien d'une autre spécialité,

.La complexité de certaines situations (poly-pathologies, multiplicité des motifs de consultation) fait passer au second plan la réévaluation du traitement par IPP. Nous avons ainsi recherché s'il existait une corrélation entre complexité de la consultation et fréquence de la réévaluation du traitement par IPP.

MATERIEL ET METHODE

1. Type d'enquête

Une observation directe de 144 médecins généralistes maîtres de stage a été menée du 6 mai au 6 juillet 2010. Les maîtres de stage avaient été préalablement informés d'une étude des pratiques au sein de leur cabinet pour le semestre en cours. (Voir annexe 2) Les enquêteurs étaient 49 internes en médecine. Leur présence était considérée comme normale aussi bien par le praticien que par les patients, puisqu'ils étaient présents dans le cadre d'un stage de formation dans le cadre de leur cursus de médecine générale.

Ces internes ont été réunis initialement pendant deux heures afin de leur expliquer les objectifs et la méthode de l'étude. Plusieurs documents leur ont été présentés : une grille de recueil des données pour chacun des trois praticiens qu'ils devaient observer, une fiche de synthèse sur les IPP rappelant les médicaments concernés par l'enquête et les principaux messages des recommandations de bonnes pratiques de l'AFSSAPS de novembre 2007. (Voir annexes 3 et 4)

Seuls 3 internes n'avaient pas pu assister à cette rencontre. Ils ont été contactés individuellement et immédiatement par téléphone pour leur donner les mêmes directives que leurs collègues. Trois relances ont été faites à intervalle régulier par courriel auprès des internes de médecine afin de recueillir un maximum de grilles de recueil des données pendant les 2 mois d'observation.

2. Population cible et échantillon

L'observation devait porter sur la première consultation comportant une prescription d'IPP chez chaque généraliste. Une seule consultation par médecin était retenue, afin de ne pas surreprésenter les pratiques de l'un d'entre eux. La première consultation que l'interne était amené à observer était retenue, pour garder le caractère aléatoire des consultations en médecine générale et ne pas sélectionner les consultations « les plus intéressantes ». Cela empêchait finalement le généraliste, mis au courant du thème de l'enquête à la fin de la consultation, de modifier ses pratiques en conséquence.

3. Grille de recueil de données

La grille de recueil de données a permis de recueillir des informations diverses :

- ❖ Les caractéristiques d'âge et sexe du binôme médecin/patient étaient recueillies.
- ❖ L'observation portait sur la prescription. Etaient ainsi recueillies des variables permettant de décrire :
 - La thérapeutique : spécialité, posologie, durée de prescription,
 - L'indication,
 - Les données cliniques, para-cliniques et avis spécialisés à disposition,
 - L'existence d'une discussion de la prescription entre le patient et le médecin, que cette discussion porte sur la thérapeutique, l'indication, les examens para-cliniques.

- La complexité du contexte de prescription : motifs de consultation, poly-pathologies, antécédents, problématiques psychosociales abordées en consultation.

4. Recueil et analyse des données

Les données ont été recueillies et analysées à l'aide du logiciel Microsoft Excel 2003. Elles ont fait l'objet d'un traitement quantitatif (selon les données : effectifs, pourcentages, moyennes).

Une analyse statistique a été réalisée avec le logiciel R 9.12 pour rechercher l'existence d'associations statistiques permettant de décrire des facteurs explicatifs d'écarts aux recommandations. La méthode utilisée était une régression logistique descendante. Des analyses monovariées et multivariées ont été réalisées sur certaines variables. Après avoir testé ces variables, un modèle réunissant les variables ayant un $p \leq 10\%$ a été construit.

5. Analyse descriptive

- Description de l'échantillon des médecins et de la population des patients.
- Description des prescriptions.
- Description de l'existence d'une discussion.
- Description de la complexité des contextes de prescription.

6. Analyse de 2 situations : le Reflux Gastro-Oesophagien et la co-prescription avec les AINS

- Analyse des situations de non-conformité aux recommandations.
- Recherche de facteurs explicatifs d'écarts aux recommandations. Nous avons analysé l'influence de différents facteurs décrits dans les modèles théoriques de l'EBM ou SDM sur la conformité de la prescription de l'IPP, en particulier :
 - Les éléments de contexte : en étudiant d'une part, la complexité des contextes de consultation à partir du nombre de motifs et problématiques abordés au cours de la consultation, d'autre part, les caractéristiques propres aux patients, en étudiant l'âge, les antécédents et leurs co-morbidités en utilisant une échelle de calcul des co-morbidités : le score CIRS¹⁰ (103-106).

¹⁰ Le CIRS comprend 15 items décrivant l'ensemble des appareils. Chaque item est coté de 0 à 4 en fonction de la gravité de la pathologie touchant l'organe en question. (Voir annexe 5) Le score final résulte de l'addition des points de chaque item. Par exemple, un score CIRS $>$ ou $=$ 5 en traduction clinique correspond à un patient présentant au moins un diabète et une HTA.

- L'expérience du praticien : soit personnelle¹¹, soit sous la forme d'un partage de l'expérience d'un autre clinicien sollicité pour un avis spécialisé.

- Les préférences du patient : définies par une demande explicite de prescription d'IPP de la part du patient, ou l'expression d'un refus de FOGD.

- La discussion médecin-patient : nous avons cherché à montrer si l'existence d'un partage d'information autour de la prescription, et plus largement une discussion de la prise en charge améliore la conformité des prescriptions.

¹¹ L'expérience personnelle du médecin généraliste a été définie pour le groupe qui reçoit des AINS par la recherche ou la connaissance d'une fragilité digestive chez le patient, la prise en compte par le médecin d'un autre critère de fragilité du patient (une prise au long cours d'AINS ou la présence d'une intoxication alcoolotabagique), la recherche d'une mauvaise tolérance antérieure ou en cours de traitement aux AINS chez le patient. Pour le groupe qui est traité pour un RGO, l'expérience du médecin a pris en compte la prise concomitante d'autres molécules gastro-toxiques (AAP, AVK, corticothérapie).

RESULTATS

▪ Les binômes médecin/patient

120 consultations ont fait l'objet d'une observation exploitable, permettant de décrire 120 binômes médecins/patients différents. Aucun médecin n'a refusé d'être observé.

Tableau 3 : Caractéristiques des médecins et des patients.

Population étudiée		n (N=120)	%
Caractéristiques des médecins			
Sexe ratio (H/F)		1,9	-
Année d'installation	moyenne (min-max)	1989	-
Type d'exercice	individuel	24	20,0
	en groupe	95	79,2
	non répondu	1	0,8
Lieu d'exercice	urbain	41	34,2
	semi-urbain	41	34,2
	rural	36	30,0
	non répondu	2	1,6
Caractéristiques des patients			
Sexe ratio (H/F)		0,8	-
Age moyen (min-max)		59,5	-
Age > ou = 65 ans		55	45,8
Entre 60 et 65 ans		9	7,5
< 60 ans		56	46,7
Age moyen des patients ayant un RGO		65	-
Patients porteurs d'un RGO > 60 ans		25	-
Age moyen des patients sous AINS		54	-
Patients sous AINS > 65 ans		9	-

Les patients de plus de 65 ans représentent 45,8% de l'échantillon. La moyenne d'âge des patients qui présentent un RGO est de 65 ans (60% sont âgés de plus de 60 ans), celle des patients recevant un IPP en co-prescription aux AINS est de 54 ans (dont 30,5% sont âgés de plus de 60 ans).

▪ Situations de prescriptions fréquentes

Les indications de prescription des IPP les plus fréquemment observées ont été le RGO (64,2%) et la prévention des lésions gastro-duodénales en co-prescription avec les AINS (30%).

La plupart des consultations observées correspondent à des situations de renouvellement de traitement (65,8%).

▪ **Les prescriptions**

Tableau 4 : Les prescriptions d'IPP.

Posologie	n (N=120)			%		
	Demi-dose	Pleine dose	Double dose	Demi-dose	Pleine dose	Double dose
Molécule						
Oméprazole	11	37	3	9,2	30,8	2,5
Lanzoprazole	12	2	0	10,0	1,7	0,0
Esoméprazole	14	8	0	11,7	6,7	0,0
Pantoprazole	12	4	0	10,0	3,3	0,0
Rabéprazole	7	9	0	5,8	7,5	0,0

Tableau 5 : Caractéristiques de la prescription.

Caractéristiques des prescriptions	n (N=120)	%
Indication		
Pathologies gastro-duodénales	77	64,2
RGO typique (pyrosis et/ou régurgitations acides)	46	38,3
Oesophagite	5	4,2
Infection à Helicobacter Pylori	4	3,3
UGD	2	1,7
signes digestifs atypiques (brûlure épigastrique, douleur épigastrique, nausées, éructations...)	28	23,3
Co-prescription AINS	36	30,0
Autres co-prescriptions	19	15,8
AAP	11	9,2
Anticoagulants	2	1,7
Corticothérapie	6	5,0
Signes extra-digestifs	5	4,2
Modalités de la prescription		
Introduction	35	29,2
Renouvellement à l'identique	77	64,2
Modifications	8	6,7
Augmentation	2	1,7
Diminution	3	2,5
Arrêt	1	0,8
Changement de molécule	2	1,7

En cas de RGO typique, le renouvellement de l'IPP représente 69,6% des prescriptions.

Les IPP au long cours sont pris de façon quotidienne dans 53/77 cas soit 68,8% des cas.

Lors des consultations, nous avons observé une discussion dans 61,8% des cas.

▪ **La discussion entre le médecin et le patient**

Tableau 6 : Objets des discussions observées.

Objet de la discussion	n (N=120)	%
Prescription de la molécule	74	61,8
Posologie	32	26,0
Durée de prescription	47	39,2
Prise de l'IPP à la demande	18	15,0
Réalisation d'une FOGD	11	9,2
L'avis d'un confrère	4	3,3

Le patient a demandé de façon explicite une prescription d'IPP dans 16,7%des cas.
Le patient a refusé la FOGD une fois (0,8%).

▪ **Complexité des contextes de prescription**

Tableau 7 : Eléments décrivant une complexité des contextes de prescription.

Les éléments de complexité		n (N=120)	%
Liés aux patients			
Nombre d'antécédents	0	8	6,7
	1	21	17,5
	2	40	33,3
	3	18	15,0
	4	12	10,0
	> ou = 5	21	17,5
Nombre de co-morbidités	CIRS entre 0 et 2	25	20,8
	CIRS entre 3 et 4	38	31,7
	CIRS > ou = 5	57	47,5
Liés à la consultation			
Motifs de consultation	1	84	70,0
	2	33	27,5
	> ou = 3	3	2,5
Problématiques totales	1	36	30,0
	2	46	38,3
	3	28	23,3
	> ou = 4	10	8,4

La moyenne du nombre de problématiques (2,16) abordées à la fin de la consultation était supérieure à la moyenne du nombre de motifs de consultation (1,34) dans 70% des consultations observées. Selon lui, le médecin généraliste a répondu à l'ensemble des problématiques définies par la consultation dans 86% des cas. Des différences apparaissent entre le groupe des patients traités pour un RGO et celui qui reçoit un IPP en co-prescription aux AINS. D'une part, ils se différencient par leur âge, d'autre part également par les contextes de consultation. En moyenne, le nombre de pathologies chroniques est supérieur pour les patients traités pour un RGO (3,1/1,9), de même pour le score CIRS (5,7/3,5), le nombre de problématiques abordées au cours de la consultation (2,3/1,7).

Tableau 8 : Description des motifs de consultation exprimés par le patient et des problématiques supplémentaires abordées par le médecin* .

Motifs de consultation	n (N=120)	%	Problématiques abordées en plus	n (N=120)	%
Renouvellement de traitement habituel	79	65,8	Prise en charge psychologique	33	27,5
Plainte digestive	49	40,8	Iatrogénie/éducation thérapeutique	12	15,8
Plainte rhumatologique	25	20,8	Surveillance cardiovasculaire	11	9,2
Renouvellement spécifique de l'IPP	5	4,2	Résultats d'ex. complémentaires	8	6,7
Plainte pulmonaire	4	3,3	RHD/régime/poids	7	5,8
Autres	2	1,7	Prévention/dépistage	6	5,0
			Social/administratif	6	5,0
			Addictions	4	3,3
			Troubles liés au travail	4	3,3
			Asthénie	3	2,5
			Autres	19	15,8

- ❖ Nous avons décrit l'ensemble des situations non-conformes aux recommandations biomédicales de l'AFSSAPS et HAS pour les 2 groupes qui reçoivent fréquemment un IPP.

. Dans le cadre du RGO, les prescriptions ne sont pas conformes aux recommandations décrites par l'AFSSAPS dans 41,5% des cas. (N=32)

Tableau 9 : Description des situations de non-conformité aux recommandations de l'AFSSAPS dans le cadre du RGO.

Situations de RGO non-conformes	Nombre	%
RGO typiques non-conformes	19	41,3
IPP prescrit pour un RGO espacé	5	10,9
Posologie non-conforme	10	21,7
Après 60 ans : FOGD non réalisée	7	28,0
RGO avec signes d'alarme non conforme	1	50,0
FOGD non réalisée	1	50,0
RGO atypiques non-conformes	12	41,4
IPP prescrit pour RGO <1/semaine	2	6,9
Manifestation extra-digestive isolée	1	3,4
Posologie non-conforme	5	17,2
FOGD non réalisée	10	34,5

. 72,2% des prescriptions d'IPP dans le cadre d'une co-prescription aux AINS ne sont pas conformes aux recommandations. (N=26)

Tableau 10 : Description des situations de non-conformité aux recommandations de l'AFSSAPS dans le cadre d'une co-prescription aux AINS.

Non-conformité selon	n (N=36)	%
L'indication	25	69,4
La posologie	3	8,3

* Les différentes catégories sont détaillées en annexe. (Voir annexe 6)

Sur l'ensemble de ces **2 groupes étudiés**, les prescriptions non-conformes représentent **51,8%** des situations.

- ❖ Nous avons alors recherché des facteurs explicatifs des écarts aux recommandations. Les facteurs d'influence retenus sont :

- les éléments de contexte¹²,
- l'expérience du clinicien personnelle¹³ ou partagée avec d'autres confrères,
- les préférences¹⁴ des patients
- et la présence d'une discussion entre le médecin et le patient.

Tableau 11 : Description des facteurs intervenant dans la démarche médicale selon les modèle EBM/SDM pour les prescriptions conformes et non-conformes aux recommandations de l'AFSSAPS.

Facteurs	Groupe RGO et AINS				RGO				AINS			
	Non conformes		Conformes		Non conformes		Conformes		Non conformes		Conformes	
	n=58 (%)	n=54 (%)	n=32 (%)	n=45 (%)	n=26 (%)	n=10 (%)						
Eléments de contexte												
Age moyen	57,4	-	60,4	-	64,6	-	58,4	-	48,5	-	71,2	-
Nombre de pathologies chroniques	2,3	-	3,1	-	3,0	-	3,1	-	1,4	-	3,4	-
CIRS moyen	4,7	-	5,4	-	5,9	-	5,5	-	3,2	-	4,4	-
Nombre de motifs de consultation	1,5	-	1,2	-	1,4	-	1,4	-	1,2	-	1,3	-
Nombre de problématiques	2,3	-	2,0	-	2,2	-	2,4	-	1,7	-	1,9	-
Expérience du clinicien	28	48,3	11	20,3	6	18,7	6	13,3	22	84,6	5	50,0
Expérience avec les confrères	11	18,9	25	46,3	13	40,6	28	62,2	-	-	-	-
Avis gastro-entérologue	11	13,8	25	46,3	11	25,0	25	55,5	-	-	-	-
Avis ORL/pneumologue	1	1,7	3	5,5	1	3,1	3	6,7	-	-	-	-
Autres	1	1,7	0	0,0	1	3,1	0	0,0	-	-	-	-
Préférences du patient	14	24,1	6	11,1	7	21,9	6	13,3	7	26,9	0	0,0
Demande de prescription explicite	14	24,1	5	9,2	7	21,9	5	11,1	7	26,9	0	0,0
Refus de réaliser la FOGD	0	0,0	1	1,8	0	0,0	1	2,2	0	0,0	0	0,0

Une discussion a été observée pour ces 2 groupes dans 65,2% des cas. Dans le cadre du RGO, la discussion est intervenue dans 64,9% des cas, et dans le cadre d'une co-prescription aux AINS dans 63,9% des cas.

¹² L'âge des patients, le nombre de pathologies chroniques, le score de CIRS, le nombre de motifs de consultation, le nombre total de problématiques abordées dans la consultation.

¹³ Dans le cadre des AINS, l'expérience a été définie par la recherche d'une fragilité digestive chez le patient au moment de prescrire l'AINS (11), la recherche d'une mauvaise tolérance aux AINS lors d'une prise antérieure ou en cours de traitement chez le patient (10, dont 7 fois une douleur épigastrique, 6 fois une brûlure épigastrique), la prise en compte par le médecin d'autres critères « de fragilité » tels que la prise au long cours de l'AINS (1), alcool-tabagisme (1). Dans le cadre du RGO, le clinicien a considéré pour 6 patients que la prescription simultanée d'autres molécules gastro-toxiques (AAP/anticoagulants/corticothérapie) était un facteur de « fragilité » supplémentaire justifiant l'IPP.

¹⁴ Demande explicite de prescription de l'IPP ou bien par un refus de réaliser une FOGD.

Tableau 12 : Description d'une discussion médecin-patient selon les modèles EBM/SDM pour les prescriptions conformes et non-conformes aux recommandations de l'AFSSAPS.

Eléments discutés	Prescriptions non conformes						Prescriptions conformes					
	Groupe		RGO		AINS		Groupe		RGO		AINS	
	n=58	(%)	n=32	(%)	n=26	(%)	n=54	(%)	n=45	(%)	n=10	(%)
Prescription de l'IPP	35	60,3	17	53,1	18	69,2	36	66,7	31	68,9	5	50,0
FOGD	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	20,4	11	24,4	0	0,0
Avis d'un confrère	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	5,5	3	6,7	0	0,0
Total	35	60,3	17	53,1	18	69,2	38	70,4	33	73,3	5	50,0

Il semble que la présence d'une discussion entre médecin et patient soit un facteur associé à une plus grande proportion de prescriptions conformes.

Par contre, lors d'un renouvellement de traitement, il apparaît que le médecin discute moins avec son patient

Tableau 13 : Description de facteurs influençant la possibilité de discuter entre le médecin et le patient.

	Prescriptions non discutées (n / %)		Prescriptions discutées (n / %)	
Age moyen du patient		67,3	-	54,4
Nombre de pathologies chroniques		3,5	-	2,3
CIRS moyen		5,9	-	4,5
Nombre de motifs de consultation		1,3	-	1,4
Nombre de problématiques au total		2,2	-	2,1
Groupes étudiés		39	34,8	73
RGO	(n=77)	27	35,1	50
Co-prescriptions d'AINS	(n=36)	13	36,1	23
En cas de renouvellement	(n=71)	31	44,0	40
Initiation de traitement	(n=41)	8	19,5	33
RGO	(n=61)	26	42,7	35
Co-prescriptions d'AINS	(n=10)	5	50,0	5

L'analyse statistique monovariée a retrouvé les facteurs statistiquement associés à une prescription non-conforme aux recommandations de l'AFSSAPS/HAS suivants :

- l'intégration de l'expérience du clinicien pour le groupe co-prescription aux AINS (p=0.000956),
- l'intégration de la demande des patients (p=0.0426) pour les 2 groupes,
- les prescriptions d'IPP en co-prescriptions aux AINS sont plus souvent non-conformes aux recommandations que le groupe RGO (p=0.00223).

L'analyse monovariée a aussi montré que la discussion autour de la prescription de l'IPP est moins fréquente avec l'âge du patient (p=0.000801) et le nombre de co-morbidités (p=0.007617). A l'inverse, la présence d'un avis du gastro-entérologue a permis d'établir un diagnostic certain et une meilleure conformité aux recommandations (p=0.000658). En analyse multivariée, le modèle a retenu comme facteur de non-conformité aux recommandations, l'intégration de l'expérience du clinicien en cas de co-prescription aux AINS, tandis que la mise à disposition de l'avis d'un gastro-entérologue permet une meilleure conformité (Aire sous la courbe= 0,772). De même, seul l'âge a été retenu comme facteur de non discussion des prescriptions d'IPP en analyse multivariée (Aire sous la courbe= 0,704).

DISCUSSION

Les recommandations présentent les données scientifiques pour guider le médecin dans sa démarche décisionnelle. Les modèles EBM et SDM ont décrit d'autres éléments aux côtés des données scientifiques qui interviennent dans le processus décisionnel. Elwyn G. a écrit que les situations d'incertitude doivent faire engager une discussion entre le médecin et le patient dans le cadre d'une décision médicale partagée (60).

Une première notion à mettre en évidence est le degré d'incertitude que le médecin généraliste peut rencontrer face aux diverses situations cliniques où un IPP peut être prescrit. L'incertitude devant une situation clinique peut être à l'origine d'une certaine hétérogénéité des pratiques (que nous pouvons définir comme une différence de prise en charge de patients présentant des tableaux cliniques similaires). Il peut s'agir d'une incertitude diagnostique : le médecin généraliste ne dispose pas toujours d'éléments suffisants pour établir un diagnostic certain ou bien les éléments qu'il réunit ne font pas l'objet de démarches scientifiques explicitées. Il peut s'agir également de situations pour lesquelles le médecin ne dispose pas de niveaux de preuve élevés. L'enquête DREES¹⁵ de novembre 2005 montrait que le degré de certitude du diagnostic influence la prescription de médicament. Le médecin a tendance à prescrire plus en cas de diagnostic probable (107). Notre étude met en évidence qu'une proportion non négligeable de patients peut soulever une incertitude quant au diagnostic. Il s'agit d'une situation fréquente en médecine générale, on parle plus de « résultat de consultation », c'est-à-dire ce qui est certain au moment où le médecin examine le patient.

➤ Un diagnostic clinique pas toujours certain en cas de RGO

Une des difficultés pour la prise en charge du RGO réside dans la définition clinique de la pathologie. Concernant l'enquête clinique pour aboutir au diagnostic de RGO, notre étude a montré que le médecin a pu poser un diagnostic certain de RGO typique (selon la définition de l'AFSSAPS) pour 59,7 % des patients qui consultent pour des symptômes digestifs hauts. Des éléments de sémiologie plus précis (fréquence) n'ont été définis que dans la moitié des cas.

Pour les autres patients présentant des symptômes digestifs hauts (40,3%) et qui reçoivent un IPP, il est apparu plus difficile de poser un diagnostic de certitude. Le cortège de symptômes, souvent associés entre eux, retrouvait par ordre de fréquence : douleurs épigastriques, puis gêne épigastrique, gêne abdominale supérieure, inconfort abdominal, sensation de plénitude gastrique, éructations, nausées, vomissements. Sur ce point, nous pourrions souligner qu'il existe une difficulté pour faire une distinction précise entre la définition du RGO atypique¹⁶ et celle de la dyspepsie fonctionnelle¹⁷ (DF) (111). Malgré

¹⁵ Il s'agit d'une direction de l'administration centrale des ministères sanitaires et sociaux. Elle fait partie du service statistique public. Sa mission est de fournir aux décideurs publics, aux citoyens, et aux responsables économiques et sociaux des informations fiables et des analyses sur les populations et les politiques sanitaires et sociales.

¹⁶ Défini par la conférence de consensus franco-belge sur le RGO de l'adulte de 1999 (108).

¹⁷ Selon les critères de Rome II, la DF est définie par « une douleur ou inconfort abdominal centré sur la partie supérieure de l'abdomen », « durant depuis plus de 12 semaines dans les 12 mois précédents » (109). « Selon les malades, le syndrome dyspeptique s'exprime par une douleur épigastrique d'allure souvent ulcéreuse, une plénitude épigastrique, une sensation de digestion prolongée, des nausées, des vomissements, un ballonnement épigastrique, des éructations » (110).

l'absence d'AMM dans le traitement de la dyspepsie fonctionnelle (112), de nombreuses études ont montré que les symptômes dyspeptiques sont une raison fréquente d'instauration des IPP en dehors du cadre de l'AMM (92,113,114). Notre étude a montré que les patients avec un RGO atypique selon les critères de la conférence de consensus de 1999, présentaient souvent une association avec des signes de DF. En étudiant la balance bénéfico-risque de mettre un IPP en place, n'est il pas légitime que le médecin ait choisi d'instaurer ce traitement dans une situation d'incertitude ?

➤ Un diagnostic clinique de RGO plus difficile avec l'âge

Dans notre étude, après 60 ans, la proportion des signes typiques et atypiques de RGO est similaire (22/21 respectivement). Par contre, les signes atypiques sont plus fréquents après 60 ans (21 contre 9 avant 60 ans). Des études ont montré qu'il était plus difficile de diagnostiquer un RGO chez les personnes âgées du fait d'une présentation clinique « *plus subtile et non spécifique* » (115-118). Une étude réalisée en France (119) retrouvait que la prévalence des signes de RGO typiques augmentait jusqu'à 60 ans, puis diminuait ensuite. Une étude italienne réalisée par Pilotto A et al. a décrit les caractéristiques du RGO dans la population générale. La population adulte était définie par un âge entre 50 et 69 ans, âgée entre 70 et 84 ans et très âgée > ou = 85 ans. La prévalence des symptômes typiques de RGO dans les populations « âgée » et « très âgée » était significativement plus faible que dans la population « adulte » (117).

➤ L'apport de la FOGD et des avis spécialisés

Le médecin généraliste ne dispose d'un avis spécialisé que pour 1/3 des patients de l'échantillon, et près de 58 % des patients porteurs d'un RGO n'ont pas bénéficié d'un avis auprès d'un gastro-entérologue. Le RGO peut être à l'origine de symptômes extra-digestifs (120). Dans notre étude, une faible proportion de patients (3,3%) a présenté ce type de symptômes (toux chronique et dysphonie). Malgré des avis contradictoires sur l'utilisation des IPP en cas de symptômes extra-digestifs (121,122), il arrive que l'avis ORL conseille de l'instaurer (1 patient sur 5). De même, il arrive que le gastro-entérologue conseille d'augmenter la dose de l'IPP avant même de proposer une FOGD.

➤ Des éléments de contexte liés aux patients et aux consultations à prendre en compte

Jean Michel Chabot a écrit dans son article sur le raisonnement et la décision médicale que « *les décisions diagnostiques et thérapeutiques obéissent à de nombreux déterminants parmi lesquels interviennent évidemment l'état du malade et les connaissances du médecin. Cependant, les facteurs extérieurs interviennent aussi, de nature très diversifiée, certains relevant des conditions d'exercice du médecin, d'autres provenant du malade et de son entourage* » (123).

Malgré une bonne connaissance des recommandations sur les IPP par les médecins généralistes (124), nous avons retrouvé 51,8 % des prescriptions non conformes aux recommandations AFSSAPS /HAS.

Notre étude montre d'abord que « l'état du malade » est un déterminant important : nous avons identifié en effet 2 populations très différentes de patients recevant des IPP. La population des patients qui reçoit un IPP en prévention des lésions gastroduodénales liées à la

prise d'un AINS d'une part, et celle qui reçoit un IPP dans le cadre d'un RGO d'autre part. Les patients du premier groupe sont respectivement plus jeunes, présentent moins de pathologies chroniques et co-morbidités à prendre en compte que le second groupe.

➤ La population qui a un RGO est une population âgée avec de nombreuses co-morbidités

Plus de la moitié des patients sous IPP pour une pathologie de la sphère digestive haute a un âge supérieur à 60 ans. Il a déjà été décrit que des facteurs associés à l'âge pouvaient expliquer une augmentation du risque de pathologies gastro-oesophagiennes (115,116). La prévalence du RGO et la sévérité de l'atteinte augmentaient avec l'âge. (115-118,125,126)

Notre étude a retrouvé également que chez les patients porteurs d'un RGO, le score de CIRS était élevé. L'augmentation des co-morbidités avec l'âge a été décrite par l'étude de Fortin réalisée en population générale (127). Un patient porteur d'un RGO et traité par IPP est donc avant tout un patient poly-pathologique, et le nombre moyen des co-morbidités chez ces patients augmente avec l'âge. Dans l'indication du RGO chez les personnes plus âgées, on note que l'âge a un impact sur la conformité des pratiques aux recommandations. Notre étude montre que ce facteur favorise aussi des prescriptions non conformes aux recommandations AFSSAPS / HAS.

Certaines études ont montré que la présence de co-morbidités influence la prescription des IPP et la dose prescrite : Karine Chevreul (36) retrouvait que plus le patient présente de co-morbidités et plus la situation clinique est lourde, plus les IPP sont prescrits. Une étude canadienne (128) a montré un lien entre la présence de co-morbidités et l'utilisation de fortes doses d'IPP (une forte dose était définie par >1,5 dose standard). Une autre étude a montré que les personnes âgées recevaient de plus fortes doses du fait d'une prise en charge qui combinait la présence de co-morbidités et poly-médication (116). Au terme de notre étude, il semble que l'augmentation des prescriptions associée à l'existence de co-morbidités corresponde à des prescriptions plus fréquemment non conformes.

Une étude récente de Mizyed I et al. montrait que les patients présentant un RGO ont de façon plus commune une co-morbidité psychologique qui joue un rôle dans la réponse au traitement par IPP (129). Une autre étude a montré que le profil psychologique (anxiété, stress notamment) des patients porteurs d'un RGO influence les caractéristiques du RGO (130).

Nous nous sommes intéressés à cette dimension de « co-morbidité psychologique » en explorant d'une part les co-morbidités, mais aussi plus largement l'existence de « problématiques associées ». Toutefois, nous n'avons pas pu identifier que les situations de prescription non conformes correspondraient plus fréquemment à des situations où les problématiques abordées seraient particulièrement plus nombreuses.

➤ La discussion entre le patient et le médecin et les éléments de contexte

Dans notre étude, les prescriptions d'IPP discutées ont tendance à être plus conformes aux recommandations. Nous avons fait le postulat qu'une prescription pouvait être réalisée dans un cadre conforme à l'EBM ou au modèle SDM dès lors que le médecin s'astreignait à discuter cette prescription avec le patient, ou bien la réalisation d'une FOGD, ou la prise d'un

avis auprès d'un confrère. Si l'on considère cette définition minimaliste d'une conformité au modèle EBM, il reste que près de 35 % des consultations ne permettent pas d'objectiver un tel échange autour de la prescription. Ce résultat est plus marqué encore lorsqu'on s'intéresse aux consultations qui ont fait l'objet d'un renouvellement de traitement. Dans ce cas de figure, jusqu'à 44% des consultations ne permettent pas d'échange entre le médecin et le patient autour de la prescription d'IPP. Le facteur le plus significatif était l'âge : le MG discute moins les prescriptions d'IPP chez les personnes âgées. Nous avons pensé que le MG a dû hiérarchiser les problématiques, ce qui laisse moins de temps pour revoir l'indication de l'IPP, assurer le suivi de la pathologie digestive qui a motivé la prescription ou la réévaluation de la prescription. Elizabeth Murray dans son article de 2006 rappelle la possibilité d'adapter le modèle SDM en médecine générale et notamment dans la prise en charge des maladies chroniques. Il faut pour cela, l'agrément du médecin et du patient sur les points qui seront abordés le jour de la consultation et ceux qui pourraient être reportés (98).

Afin de mieux comprendre la nécessité de hiérarchisation lors de la consultation, nous avons étudié le contenu réel des consultations où un IPP est prescrit.

➤ « Un extra-ordinaire potentiel dans chaque consultation de médecine générale »

Tel que l'écrivaient Stott NCH et al. (131) en 1979, la consultation de médecine générale est caractérisée, entre autres, par un contenu très varié et un potentiel très large. Les consultations où un IPP est prescrit n'échappent pas à cette règle. Le médecin doit d'une part, répondre aux problèmes exposés par son patient mais d'autres tâches peuvent s'y ajouter qui répondent aux exigences que se fixe le médecin en un temps de consultation qui peut paraître réduit (en moyenne 86% des consultations selon ORS Pays de la Loire sont comprises entre 11 et 20 minutes) (132). A côté du suivi de l'IPP, des questions de dépistage, d'éducation thérapeutique, problèmes administratifs, sociaux, et le suivi psychologique peuvent faire l'objet d'une discussion lors d'une consultation. 90% des médecins considèrent que leur mission de prévention et dépistage est primordiale (133). Une revue de littérature décrivant les patients consultant de façon fréquente un médecin généraliste a décrit la présence concomitante de problèmes physiques, psychologiques et sociaux dans 1/3 des consultations (134).

➤ L'intégration de l'expérience du clinicien préconisée par les modèles EBM/SDM peut expliquer des écarts aux recommandations

Dans notre étude, nous nous sommes intéressés à la conformité des prescriptions d'IPP dans les situations de co prescription avec les AINS, décrites dans la littérature comme les plus fréquemment non-conformes aux recommandations (75-79). Il s'agit d'un groupe de patients plus jeunes et présentant moins de co-morbidités. Nous pourrions attendre que sans l'influence de ces éléments de contexte, les prescriptions soient plus souvent conformes aux recommandations. Pourtant, un fort taux de non-conformité (72,2%) est observé pour ce groupe.

Notre étude a montré que 22 prescriptions « non conformes » sur 26 correspondent à des situations où le médecin a identifié une fragilité gastrique, ou bien a pris en compte la notion de mauvaise tolérance du patient aux AINS. Nous avons pensé que la recherche de ces données par le médecin faisait partie de son expérience avec le patient. Nous savons que les signes de RGO sont fréquents chez les patients qui utilisent des AINS (85,135,136). Certains auteurs ont suggéré que les symptômes GI pourraient être traités si les patients doivent utiliser un AINS (136). De plus, le risque de présenter un effet secondaire sous AINS est élevé de

35% (137) à 60% selon les études (138). Ce risque est plus élevé en cas d'antécédent de mauvaise tolérance aux AINS (139). Un médecin au fait que les AINS provoquent chez le patient un effet secondaire doit-il ou pas prescrire un IPP ? Comment peut-il choisir entre soulager la douleur d'un patient nécessitant la mise sous AINS au risque que ce traitement ait un effet néfaste en terme de tolérance gastro-intestinale et lui voir refuser ce traitement ? Ce dilemme a été exprimé par les médecins au cours de certaines études (96,140). Pollock K et Grime J vont jusqu'à évoquer un « *impact pervers sur les pratiques médicales des réponses que doivent apporter les médecins lorsqu'ils doivent concilier les besoins des patients et se soumettre aux mesures de réduction de prescription des IPP et recommandations* ». (140,141) Certains auteurs ont proposé une dose d'IPP journalière pour diminuer l'apparition des symptômes GI lors d'un traitement par AINS (138, 142-144).

Notre étude a donc montré que dans 85% des cas, cette non-conformité aux recommandations « biomédicales » apparaît légitime selon un modèle EBM aujourd'hui consensuel. Elle montre aussi que si le praticien intègre son expérience clinique avec son patient dans sa décision de prescrire un IPP en co-prescription aux AINS, la prescription s'écarte plus souvent des recommandations de l'AFSSAPS/HAS.

Dans le cadre du RGO, notre étude a montré que le partage d'expérience avec un gastro-entérologue permet d'améliorer le degré de certitude diagnostique et permet d'avoir des prescriptions plus conformes aux recommandations.

➤ L'intégration des préférences des patients dans le processus décisionnel peut entraîner des écarts par rapport aux recommandations.

Accepter que le patient exprime ses préférences ne remet pas en cause la qualité du soin qui lui est donnée, d'autant plus qu'un certain nombre de situations en médecine générale peuvent relever d'une discussion entre soignants et soignés (60,145). Il a été montré par l'équipe d'Elizabeth Murray que les patients qui avaient expérimenté une consultation dans laquelle leurs préférences avaient été prises en compte percevaient leur relation avec leur médecin plus forte et la qualité du soin très bonne (55). Alain Froment propose pour une meilleure participation des patients à la décision (145) :

- De mettre à l'aise, supprimer toute différence hiérarchique et établir une relation égalitaire.
- Ne pas provoquer l'angoisse.
- Répondre honnêtement aux questions posées par le soigné.
- Manifester sa disponibilité.
- Manifester son respect pour le soigné et sa pleine confiance dans son aptitude à participer aux décisions. [...].

Un des points clés à changer selon les patients pour que leurs préférences soient mieux cernées est l'écoute des médecins durant la consultation (146). Une étude s'est déjà intéressée à l'intégration des préférences des patients dans la prescription des IPP et a remis en question de nombreuses « fausses-croyances » véhiculées sur les IPP (141) :

- La demande de prescription d'un IPP par le patient n'est pas ressentie comme une obligation par le médecin. Par exemple, les médecins considèrent que les symptômes traités par les IPP sont invalidant pour le patient, ils prescrivent alors dans le but de soulager le patient pour améliorer sa qualité de vie. La pression de prescrire un IPP ne vient pas du patient mais est

plutôt une pression interne propre au médecin qui considère les IPP comme un traitement efficace.

- Les patients ne considèrent pas les IPP comme une molécule « miracle » puisqu'une partie d'entre eux ressentent toujours les symptômes même sous traitement. (125)
- Les patients poursuivent l'application des RHD sous IPP.
- Les patients sont d'accord pour adapter leur traitement avec des stratégies de prise à la demande.

Alain Froment, qui a développé depuis longtemps une démarche de dialogue soignant-soigné dans son service de cardiologie, a écrit : « *En tant que médecins, il nous faut progresser dans deux sens différents : d'une part, plus de rigueur dans les connaissances scientifiques relatives à l'activité soignante, d'autre part, une plus grande ouverture et un plus grand respect envers celui que nous soignons* » (145).

Ces différentes propositions sont bien évidemment intéressantes, mais qu'en ressort-il en médecine générale ? Notre étude montre que l'intégration des préférences des patients influence les prescriptions des IPP. En pratique, cette demande du patient peut modifier la prise en charge « prévue » par les recommandations : cela peut être une demande explicite de prescription d'un IPP dans 16,7% des cas, ou interférer sur la réalisation d'examen complémentaires. Nous retrouvons que les prescriptions hors recommandations sont plus fréquentes lorsque le patient a demandé explicitement une prescription d'IPP. L'impact des souhaits de patient qui ne voudrait pas réaliser une FOGD ne peut pas non plus être négligé lorsque l'on s'intéresse à la conformité des pratiques aux recommandations. Ainsi une étude grecque a mis en évidence que la principale barrière à la réalisation de la FOGD est la perception que le patient se fait de sa maladie ou de l'examen : le manque de signes sévères, la peur de la douleur, les craintes de la sédation, et la présence de co-morbidités (1467). Notre étude montre que la conformité aux recommandations est liée à l'acceptation par le patient de l'examen. Toutefois, la demande des patients et l'expression de leurs préférences ne doivent pas être sur-estimées. Ainsi, le refus du patient de réaliser une FOGD s'est retrouvé une seule fois.

Notre étude a montré en plus que l'intégration des préférences dans notre décision de prescrire explique des écarts de prescriptions par rapport aux recommandations AFSSAPS/HAS.

3 Conclusion

La décision médicale repose sur des données scientifiques, mais également sur d'autres facteurs qui ont été décrits dans les modèles EBM et SDM. Ces facteurs peuvent être : les attentes et préférences exprimées par le patient, les éléments de contexte liés aux patients ou aux consultations ainsi que l'expérience du praticien.

Notre étude a montré que le médecin généraliste intègre ces différents facteurs dans sa décision de prescrire un IPP. Nous avons retrouvé que les modèles EBM et SDM donnent des pistes pour expliquer les prescriptions d'IPP qui s'écartent des recommandations. L'avis d'experts sur ces facteurs devrait permettre d'en discuter la légitimité.

BIBLIOGRAPHIE

1. INSERM Ethique et santé. Grandes étapes et grandes découvertes dans l'histoire de la médecine. Moutel G.-2003. Disponible sur : <http://infodoc.inserm.fr/ethique/ethique.nsf/397fe8563d75f39bc12563f60028ec43/38ff9e2aa4c89b39c1256cc2004c1ce5?OpenDocument>.
2. INSERM Ethique et santé. Louis Pasteur et la révolution pastoriennne. Belhomme R, MoutelG.-2003. Disponible sur : <http://infodoc.inserm.fr/ethique/ethique.nsf/397fe8563d75f39bc12563f60028ec43/294e407773b0b6a9c1256cc2004c5ead?OpenDocument>.
3. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*.1977;198:129-36.
4. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*. 1980;127:535-44.
5. McWhinney IR. A textbook of family medicine. 2. New York : Oxford university Press;1997.
6. CRASH trial collaborators. Effect of intravenous corticosteroids on death within 14 days in 10008 adults with clinically significant head injury (MRC CRASH trial): a randomized placebo-controlled trial. *Lancet*. 2004;364:1321-8.
7. Evidence based medicine working group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA*. 1992 Nov 4;268(17):2420-5.
8. Timmermans S, Mauck A. The promises and pitfalls of evidence based medicine. *Health Aff (Millwood)* 2005 Jan-Feb;24(1):18-28.
9. Elstein AS. On the origins and development of evidence-based medicine and medical decision. *Inflamm Res*. 2004;53(Suppl 2):S184-9.
10. Chabot JM. L'EBM en pratique. *Rev Prat*. 2005;55(4):413-4.
11. van den Bruel A, Chevalier P, Vermeire E, Buntix F. Evidence-based medicine. Otite moyenne chez l'enfant, comment formuler une question PICO? *Rev Med Liege*. 2004;59(11):671-675.
12. Montori VM, Gordon H, Guyatt MD. Progress in Evidence-based Medicine. *JAMA*. 2008;300(15):1814-16.
13. AFSSAPS. Les anti-sécrétoires gastriques- recommandations (novembre 2007).
14. Audet AM, Greenfield S, Field M. Medical practice guidelines: current activities and future directions. *Ann Intern Med*. 1990;30:709-14.

15. Chassin MR. Practice guidelines: best hope for quality improvement in the 1990s. *J. Occup Med.* 1990;32:1199-1206.
16. Phelps CE. Welfare loss from variations: further considerations. *Journal of health economics.* 1995;14(2):253-260.
17. ANAES. Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations. 2000 Jan.
18. Borrell-Carrio F, Suchman AL, Epstein RM. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *Annals of family medicine.* 2004;2(6):576-582.
19. Derick TW, Halligan PW. Do biomedical models of illness make good healthcare systems? *BMJ.* 2004;329:1398-1401.
20. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ.* 1996 Jan 13;312(7023):71-72.
21. Strauss SE, McAlister FA. Evidence-based medicine: a commentary on common criticisms. *CMAJ.* 2000 Oct 3;163(7):837-841.
22. Lomas J, Anderson GM, Domnick-Pierre K, Vayda E, Enkin MW, Hannah WJ. Do practice guidelines guide practice? The effect of a consensus statement on the practice of physicians. *N Engl J Med.* 1989;321:1306-11.
23. Woolf SH. Practice guidelines: a new reality in medicine, III: impact on patient care. *Arch Intern Med.* 1993;153:2646-55.
24. Mazza D, Russel SJ. Are GPs using clinical practice guidelines? *Australian Family Physician.* 2001;30(8):817-21.
25. Sheldon TA, Cullum N, Dawson D, Lankshear A, Lowson K, Watt I et al. What's the evidence that NICE guidance has been implemented? Results from a national evaluation using time series analysis, audit of patient notes and interviews. *BMJ.* 2004;329:999-1004.
26. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet.* 2003 Oct 11;362(9391): 1225-30.
27. Michael D. Cabana, Cynthia S. Rand, Neil R. Powe; et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? : A framework for improvement. *JAMA.* 1999; 282(15):1458-65.
28. Carthy P, Harvey I, Brawn R, Watkins C. A study of factors associated with cost and variation in prescribing among GPs. *Family Practice.* 2000;17(1):36-41.
29. Ohlsson H, Merlo J. Is physician adherence to prescription guidelines a general trait of health care practices or dependent on drug type? - A multilevel logistic regression analysis in South Sweden. *Pharmacoepidemiology and drug safety.* 2009;18:682-90.

30. Cochrane L, Olson C, Murray S, Dupuis M, Tooman T, Hayes S. Gaps between knowing and doing: understanding and assessing the barriers to optimal health care. *Journal of Continuing Education in the health Professions*. 2007;27(2):94-102.
31. Gabbay J, Le May A. Evidence-based guidelines or collectively constructed mindlines? Ethnographic study of knowledge management in primary care. *BMJ*. 2004;329:1013-8.
32. Chabot JM. Des guidelines aux mindlines...*La revue du praticien*. 2006 ;56(10) :1117-8.
33. Grimshaw J, Eccles M, Tetroe J. Implementing clinical guidelines: current evidence and future implications. *J Contin Educ Health Prof*. 2004;24 (Suppl.1):S13-7.
34. Davis DA, Taylor-Vaisey A. Translating guidelines into practice: a systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines. *CMAJ*. 1997;157: 408-16.
35. Straus SE, Jones G. What has evidence based medicine done for us? *BMJ*. 2004;329:987-8.
36. Chevreur K. Les facteurs non médicaux de la décision médicale en médecine générale dans le cadre de la prescription des IPP. In : *Recherche sur le système de santé: 2005-2007*, Saint-Etienne : RN3S (collection *Études du CIRES*), 2008, p. 237-283.
37. Brotman DJ, Golden SH, Wittstein IS. The cardiovascular toll of stress. *Lancet*. 2007;370(9592):1089-1100.
38. Linton SJ, Hallden K. Can we screen for problematic back pain? A screening questionnaire for predicting outcome in acute and subacute back pain. *Clin J Pain*. 1998;14:209-15.
39. Berquin A. Le modèle biopsychosocial: beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. *Rev Med Suisse*. 2010;1511-13.
40. Lakhan SE. The biopsychosocial model of health and illness. Aug 2006. From the Connexions Project. Disponible sur: <http://cnx.org/content/m13589/1.2>.
41. Masquelet AC. Evidence based medicine (EBM): quelle preuve a-t-on que la médecine basée sur la preuve apporte un réel bénéfice? E-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie. 2010;9(3):27-31.
42. Sackett D, Strauss SE, Richardson W, Rosenberg W. Evidence based medicine. How to practice and teach EBM. 2nd ed. Edinburgh & New York: Churchill Livingstone, 2000. 262 p.
43. Guyatt GH, Haynes RB, Jaeschke RZ, et al. Users' Guides to the medical literature: XXV : evidence-based medicine : principles for applying the users' guides to patient care. Evidence-based medicine working group. *JAMA*. 2000;284(10):290-96.

44. Barratt A. Evidence Based Medicine and Shared Decision Making: The challenge of getting both evidence and preferences into health care. *Patient Educ Couns.* 2008 Déc;73(3):407-412.
45. Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P. Shared decision-making in primary care: the neglected second half of the consultation. *Br J Gen Pract.* 1999 Jun;49(443):477-482.
46. Haynes R, Devereauw P, Guyatt G. La compétence du clinician à l'ère de la médecine fondée sur les niveaux de preuve et de la décision médicale partagée avec les patients. *EBM Journal.* 2003;34:5-8.
47. Taïeb S, Vennin P, Carpentier P. Première partie: décider, sur quelle "evidence"? *Médecine.* 2005 nov;1(2):90-92.
48. ANAES. Information des patients 2000 - recommandations, disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272040/informations-des-patients-recommandations-destinees-aux-medecins.
49. HAS. L'éducation thérapeutique du patient en 15 questions-réponses. 2007.
50. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA.* 1992 Avr 22;267(16):2221-2226.
51. Schiedermayer H. Book review : The Healer's power, by Brody H, Yale University Press, 1992. *NEJM.* 1993;328(67).
52. Taïeb S, Vennin P, Carpentier P. EBM et choix du patient (n°3) : avec quelle information? *Médecine.* 2006;2(1):36-37.
53. Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med.* 1997 Mar;44(5):681-692.
54. Barratt A. Evidence Based Medicine and Shared Decision Making: the challenge of getting both evidence and preferences into health care. *Patient Education and counselling.* 2008;73:407-12.
55. Murray E, Pollack L, White M, Lo B. Clinical decision-making: patients' preferences and experiences. *Patient Education and Counseling.* 2007;65:189-196.
56. Coulter A. Paternalism or partnership? Patients have grown up-and there's no going back. *BMJ.* 1999;319:719-20.
57. Parker M. The ethics of evidence-based patient choice. *Health Expectations.* 2001;4:87-91.
58. Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Soc Sci Med.* 1999 Sep;49(5):651-661.

59. Legaré F, Graham ID, O'Connor AM, Dolan JG, Bélanger-Ducharme F. Prise de décision partagée : traduction et validation d'une échelle de confort décisionnel du médecin. *Pédagogie médicale*. 2003;4(4):7.
60. Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P, Grol R. Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. *Br J Gen Pract*. 2000 Nov;50(460):892-899.
61. Taïeb S, Vennin P, Carpentier P. EBM et choix du patient: pour quelle décision ? *Médecine*. 2006 Fev ;2 :80-83.
62. Cassielth BR, Zupkis RV, Sutton-Smith K, March V. Information and participation preferences among breast cancer patients. *Ann Int Med*. 1980;92:832-6.
63. Butow PN, Maclean M, Dunn SM, Tattersall MHN, Boyer MJ. The dynamics of change: cancer patients' preferences for information, involvement and support. *Ann Oncol*. 1997;8:857-63.
64. Epstein RM, Alper BS, Quill TE. Communicating evidence for participatory decision making. *JAMA*. 2004;291:2359-66.
65. HAS. Les inhibiteurs de la pompe à protons chez l'adulte - Fiche Bon Usage. 2009. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_812066/les-inhibiteurs-de-la-pompe-a-protons-chez-ladulte-fiche-bon-usage.
66. SNFGE. Recommandations de pratique clinique : les anti-ulcéreux. (2001).
67. SNFEG. Conférence de consensus : RGO chez l'adulte. (2001).
68. Guidance on the use of proton pump inhibitors in the treatment of dyspepsia. NICE 2000/022. Jul 2000.n°7.
69. Lee JH, Lee YC, Jean SW, Kim JW, Lee SW ; Korean College of Helicobacter and Upper Gastrointestinal Research ; Korean Association of Gastroenterology. Guidelines of prevention and treatment for NSAID-related peptic ulcers. *Korean J Gastroenterol*. 2009 Nov ;54(5) :309-17.
70. Marzo M, Carillo R, Mascort JJ, Alonso P, Mearin F, Ponce J et al. Management of patients with GERD. Clinical practice guideline. 2008 update. Clinical practice guideline working group on GERD. *Gastroenterol Hepatol*. 2009 Jun-Jul ;32(6) :431-64.
71. Cohen H, Tomasso G, Luisa Cafferata M, Zapata C, Sharma P et al. Latin american consensus on gastroesophageal reflux disease : an update on therapy. *Gastroenterol Hepatol*. 2010 Feb ;33(2) :135-47.
72. Armstrong D, Marshall JK, Chiba N, Enns R, Fallone CA, Fass R et al. Canadian Consensus Conference on the management of gastroesophageal reflux disease in adults-update 2004. *Can J Gastroenterolo*. 2005 Jan ;19(1) :15-35.

73. Ntaios G, Chatzinikolaou A, Kaiafa G, Savopoulos C, Hatzitolios A, Karamitsos D. Evaluation of use of proton pump inhibitors in Greece. *Eur J Intern Med.* 2009 Mar;20(2):171-3.
74. Hughes JD, Tanpurekul W, Keen NC, Ee HC. Reducing the cost of proton pump inhibitors by adopting best practice. *Qual Prim Care.* 2009;17(1):15-21.
75. Marie I, Moutot A, Tharrasse A, Hellot MF, Robaday S, Herve F, et al. Validity of proton pump inhibitors' prescriptions in a department of internal medicine. *Rev Med Interne.* 2007 Feb;28(2):86-93.
76. Levy-Neumand O, Carniaux F, Bonaz B, Durand A, Roblin X. Proton pump inhibitors in general medicine. Comparison of routine practices with marketing authorization indications. *Gastroenterol Clin Biol.* 2007 Jan;31(1):78-83.
77. Point d'information mensuel de l'assurance maladie (14/11/2006) : l'assurance maladie renforce son programme d'action contre la consommation excessive de médicaments antiulcéreux.
78. van Soest EM, Sturkenboom MCJM, Dieleman JP, Verhamme KMC, Siersema PD, Kuipers EJ. Adherence to gastroprotection and the risk of NSAID-related upper gastrointestinal ulcers and haemorrhage. *Aliment Pharmacol Ther.* 2007;26:265-75.
79. Scagliani R, Magnani E, Pratico A, Bocellini R, sambo P, Pazzi P. Inadequate use of acid-suppressive therapy in hospitalized patients and its implication for general practice. *Dig Dis Scie.* 2005 Déc;50(12):2307-11.
80. Molloy D, Molloy A, O'Loughlin C, Falconer M, Hennessy M. Inappropriate use of proton pump inhibitors. *Ir J Med Sci.* 2010 Mar;179(1):73-5.
81. Batuwitage BT, Kingham JG, Morgan NE, Bartlett RL. Inappropriate prescribing of proton pump inhibitors in primary care. *Postgrad Med J.* 2007 Jan;83(975):66-8.
82. George CJ, Korc B, Ross JS. Appropriate proton pump inhibitor use among older adults: a retrospective chart review. *Am J Geriatr Pharmacother.* 2008 Dec;6(5):249-54.
83. Palkovic LB, Coley KC, Sokos DR. Factors associated with inappropriate inpatient prescribing of acid-suppressive therapy. *Int J Pharm Pract.* 2009 Feb;17(1):73-5.
84. Sturkenboom MCJM, Burke TA, Dieleman JP, Tanglelder MJD, Lee F, Goldstein JL. Underutilization of preventive strategies in patients receiving NSAIDs. *Rheumatology.* 2003;42(Suppl.3):iii23-31.
85. Thieffin G, Schwalm MS. Underutilization of gastroprotective drugs in patients receiving non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Dig Liver Dis.* 2010 Nov 2.
86. Lee TJ, Fennerty MB, Howden CW. Systematic review: is there excessive use of proton pump inhibitors in gastro-oesophageal reflux disease? *Aliment Pharmacol Ther.* 2004;20:1241-51.

87. Nocon M, Labenz J, Jaspersen D, Meyer-Sabelleks W, Stolte M, Linds T et al. Long-term treatment of patients with gastro-oesophageal reflux disease in routine care-results from the ProGERD study. *Aliment Pharmacol Ther.* 2007 Mar;25(6):715-22.
88. Fennerty MB. Review article: alternative approaches to the long-term management of GERD. *Aliment Pharmacol Ther.* 2005;22(Suppl.3):39-44.
89. Inadomi JM. On-demand and intermittent therapy for gastro-oesophageal reflux disease. Economic considerations. *Pharmacoeconomics.* 2002;20(9):565-76.
90. Zacny J, Zamakhshary M, Sketris I, Veldhuyzen van Zanten S. Systematic review: the efficacy of intermittent and on-demand therapy with histamine H₂-receptor antagonists or proton pump inhibitors for gastro-oesophageal reflux disease patients. *Aliment Pharmacol Ther.* 2005;21:1299-1312.
91. Jian R, Hassani Z, El Kebir S, Barthélemy P. Management of gastro-oesophageal reflux disease in primary care. Results from an observational study of 2474 patients. *Gastroenterol Clin Biol.* 2007;31:72-77.
92. Jacobson BC, Ferris TG, Shea TL, Mahlis EM, Lee TH, Wang TC. Who is using chronic acid suppression therapy and why? *The American Journal of gastroenterology.* 2003;98(1):51-58.
93. Krol N, Wensing M, Haaijer-Ruskamp F, Muris JWM, Numans ME, Schattenberg G, et al. Patient-directed strategy to reduce prescribing for patients with dyspepsia in general practice: a randomized trial. *Aliment Pharmacol Ther.* 2004;19:917-22.
94. Kirby CN, Piterman L, Nelson MR, Dent J. Gastro-oesophageal reflux disease-impact of guidelines on GP management. *Australian Family Physician.* 2008 Jan-Feb;37(1-2):73-7.
95. Lanas A, Esplugues JV, Zapardiel J, Sobreviela E. Education-based approach to addressing non-evidence-based practice in preventing NSAID-associated gastrointestinal complications. *World J Gastroenterol.* 2009 Dec;15(47):5953-59.
96. Raghunath AS, Hungin APS, Cornford CS, Featherstone V. Use of proton pump inhibitors: an exploration of the attitudes, knowledge and perceptions of general practitioners. *Digestion.* 2005;72:212-18.
97. van der Weijden T, Légaré F, Boivin A, Burgers JS, van Veenendaal H, Stiggelbout AM, Faber M, Elwyn G. How to integrate individual patient values and preferences in clinical practice guidelines? A research protocol. *Implementation science.* 2010;5:10.
98. Murray E, Charles C, Gafni A. Shared decision-making in primary care: Tailoring the Charles et al. model to fit the context of general practice. *Patient Education and Counseling.* 2006;62:205-11.
99. Beaubeau-Gauthier K. Existe-t-il une variabilité dans la prescription des inhibiteurs de la pompe à protons ? Tentative d'étude des déterminants de cette variation en médecine générale. Thèse de doctorat en médecine. Poitiers:université de Poitiers ;2006,88p.

100. McCormack JP, Loewen P: Adding “value” to clinical practice guidelines. *Can Fam Physician*. 2007;53:1326-7.
101. Chong C, Chen I, Naglie C, Krahn M. Do clinical practice guidelines incorporate evidence on patient preferences? *Med Dec Making*. 2007;27:E63-4.
102. Krahn M, Naglie G. The next step in guideline development: incorporating patient preferences. *JAMA*. 2008;300:436-8.
103. Harboun M, Ankri J. Indices de comorbidité: revue de littérature et application aux études des populations « âgées ». *Rev Epidemiol Santé Publique*. 2001 ;49 :287-98.
104. de Groot V, Beckerman H, Lankhorst GJ, Bouter LM. How to measure comorbidity: critical review of available methods. *J Clin Epidemiol*. 2003 Mar;56(3):221-9.
105. Hudon C, Fortin M, Vanasse A. Cumulative Illness Rating Scale was a reliable and valid index in a family practice context. *J Clin Epidemiol*. 2005 Jun;58(6):603-8.
106. de Decker L. Le Cumulative illness rating scale. *Annales de Gériatriologie*. 2009 ;2(1) :9-11. Fiche pratique.
107. Amar E, Pereira C. “Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants”, DREES:Etudes et Résultats n° 440,2005.
108. Le reflux gastro-oesophagien chez l’adulte : diagnostic et traitement. Conférence de consensus. *Gastroenterol Clin Biol*. 1999 ;23 :56-65.
109. Drossman DA, Corazziari E, Talley NJ, Thompson WG, Whitehead WE. Rome II : a multinational consensus document on functional gastrointestinal disorders. *Gut*.1999 ;45(Suppl 2) :II1-81.
110. Tack J, Bisschops R, Sarnelli G. Pathophysiology and treatment of functional dyspepsia. *Gastroenterology*. 2004;127:1239-55.
111. Quigley EMM. Functional dyspepsia and non-erosive reflux disease: overlapping or discrete entities? *Bast pract res Clin Gastroenterol*. 2004;18:695-706.
112. Talley NJ. Update on the role of drug therapy in non-ulcer dyspepsia. *Rev Gastroenterol Disord*. 2003;3:25-30.
113. Reimer C, Bytzer P. Clinical trial: long-term use of proton pump inhibitors in primary care patients- a cross sectional analysis of 901 patients. *Aliment Pharmacol Ther*. 2009;30(7):725-32.
114. Bashford JNR, Norwood J, Chapman SR. Why are patients prescribed proton pump inhibitors? Retrospective analysis of link between morbidity and prescribing in the General Practice Research Database. *BMJ*. 1998;317(7156):452-6.
115. Greenwald DA. Aging, the gastrointestinal tract, and risk of acid-related disease. *Am J Med*. 2004 Sept 6;117(Suppl 5A):8S-13S.

116. Franceschi M, Di Mario F, Leandro G, Maggi S, Pilotto A. Acid-related disorders in the elderly. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2009;23(6):839-48.
117. Pilotto A, Franceschi M, Leandro G, Scarcelli C, D'Ambrosio LP, Seripa D et al. Clinical features of reflux oesophagitis in older people: a study of 840 consecutive patients. *J Am Geriatr Soc*. 2006 Oct;54(10):1537-42.
118. Poh CH, Navarro-Rodriguez T, Fass R. Review: treatment of gastroesophageal reflux disease in the elderly. *Am J Med*. 2010 Jun;123(6):496-501.
119. Bruley des Varannes S, Marek L, Humeau B, Lecasble M, Colin R. Gastroesophageal reflux disease in primary care. Prevalence, epidemiology and quality of life of patients. *Gastroenterol Clin Biol*. 2006;30(3):364-370.
120. Ducrotté P. Manifestations extra-digestives du reflux gastro-oesophagien chez l'adulte. *Rev Prat*. 2008 ;58(13) :1421-8.
121. Galmiche JP. Non-erosive reflux disease and atypical gastro-oesophageal reflux disease manifestations: treatment results. *Drugs*. 2006;66(Suppl 1):7-13.
122. Poelmans J, Tack J. Extraoesophageal manifestations of gastro-oesophageal reflux. *Gut*. 2005 ;54 :1492-9.
123. Chabot JM. Le raisonnement et la décision en médecine. La médecine fondée sur des preuves. L'aléa thérapeutique. *La revue du praticien*. 2009 ;59 :573-8.
124. Baldesi M. Connaissance des recommandations sur les inhibiteurs de la pompe à protons : enquête auprès de 371 médecins généralistes de Loire-Atlantique et de Vendée. Thèse de doctorat en médecine. Nantes : université de Nantes ;2011,76p.
125. Bretagne JF, Richard-Molard B, Honnorat C, Caekaert A, Barthélemy P. Le reflux gastro-oesophagien dans la population française. Résultats d'une enquête sur 8000 sujets adultes. *Presse Med*. 2006 ;35(1 Pt 1) :23-31.
126. Bretagne JF, Honnorat C, Richard-Molard B, Caekaert A, Barthélemy P. Comparative study of characteristics and disease management between subjects with frequent and occasional gastro-oesophageal reflux symptoms. *Aliment Pharmacol Ther*. 2006;23(5):607-16.
127. Fortin M, Bravo G, Hudon C, Vanasse A, Lapointe L. Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice. *Annals of family medicine*. 2005 may/jun;3(3):223-8.
128. Targownik LE, Metge C, Roos L, Leung S. The prevalence of and clinical and demographic characteristics associated with high-intensity proton pump inhibitor use. *Am J Gastroenterol*. 2007 May;102(5):942-50.
129. Mizyed I, Fass SS, Fass R. Review article: gastro-oesophageal reflux disease and psychological comorbidity. *Aliment Pharmacol Ther*. 2009 Feb 15;29(4):351-8.

130. Lee KJ, Kwon HC, Cheong JY, Cho SW. Demographic, clinical, and psychological characteristics of the heartburn groups classified using the Rome III criteria and factors associated with the responsiveness to proton pump inhibitors in the gastroesophageal reflux disease group. *Digestion*. 2009;79:131-6.
131. Stott NCH, Davis RH. The exceptional potential in each primary care consultation. *J Roy Coll Gen Pract*. 1979;29:201-205.
132. ORS-URML. Panel d'observation en médecine générale - Vague d'enquête 1- Conditions d'exercice des médecins généralistes des Pays de la Loire en 2007. Février 2008, 16 p.
133. ORS-URML. Panel d'observation en médecine générale - Vague d'enquête 4- Vie professionnelle, vécu du travail et état de santé des médecins généralistes des Pays de la Loire. 2008, 8 p.
134. Vedsted P, Christensen MB. Frequent attenders in general practice care: a literature review with special reference to methodological considerations. *Public Health*. 2005 Feb;119(2):118-37.
135. Ruszniewski P, Soufflet C, Barthélémy P. Nonsteroidal anti-inflammatory drug use as a risk factor for gastro-oesophageal reflux disease: an observational study. *Aliment Pharmacol Ther*. 2008 Nov 1;28(9):1134-9. Epub 2008 Jul 30.
136. Silvani MC, Motola D, Poluzzi E, Bottoni A, De Ponti F, Vaccheri A, Montanaro N. Gastro-intestinal problems and concomitant medication in NSAID users: additional findings from a questionnaire-based survey in Italy. *Eur J Clin Pharmacol*. 2006 Mar;62(3):235-41.
137. Hollenz M, Stolte M, Leodolter A, Labenz J. NSAID-associated dyspepsia and ulcers: a prospective cohort study in primary care. *Dig Dis*. 2006;24(1-2):189-94.
138. Laine L. The role of proton pump inhibitors in NSAID-associated gastropathy and upper gastrointestinal symptoms. *Rev Gastroenterol Disord*. 2003;3 Suppl 4:S30-9.
139. Eisen GM, Goldstein JL, Hanna DB, Rublee DA. Meta-analysis: upper gastrointestinal tolerability of valdecoxib, a cyclooxygenase-2-specific inhibitor, compared with nonspecific nonsteroidal anti-inflammatory drugs among patients with osteoarthritis and rheumatoid arthritis. *Aliment Pharmacol Ther*. 2005 Mar 1;21(5):591-8.
140. Pollock K, Grime J. The cost and cost-effectiveness of PPIs. GP perspectives and responses to a prescribing dilemma and their implications for the development of patient-centred healthcare. *European Journal of General Practice*. 2003 Dec;9(4):126-33,140.
141. Grime J, Pollock K, Blenkinsopp A. Proton pump inhibitors: perspectives of patients and their GPs. *Br J Gen Pract*. 2001 Sep;51(470):703-11.

142. Peura DA. Prevention of nonsteroidal anti-inflammatory drug-associated gastrointestinal symptoms and ulcer complications. *Am J Med.* 2004 Sep 6;117 Suppl 5A:63S-71S.
143. Vakil N. The prevention of gastropathy and upper abdominal symptoms caused by nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *Rev Gastroenterol Disord.* 2006 Fall;6(4):221-6.
144. Lazzaroni M, Porro GB. Management of NSAID-induced gastrointestinal toxicity: focus on proton pump inhibitors. *Drugs.* 2009;69(1):51-69.
145. Froment A. La décision médicale partagée. *Prescrire.* 1999 Dec.
146. Longo MF, Cohen DR, Hood K, Edwards A, Robling M, Elwyn G et al. Involving patients in primary care consultations: assessing preferences using discrete choice experiments. *Br J Gen Pract.* 2006 Jan;56(522):35-42.
147. Oikonomidou E, Anastasiou F, Pilpilidis I, Kouroumalis E, Lionis C. Upper gastrointestinal endoscopy for dyspepsia: Exploratory study of factors influencing patient compliance in Greece. *BMC Gastroenterol.* 2011 Feb 14;11:11.

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Etapes aboutissant à un changement de comportement de la pratique médicale d'après l'équipe de Cabana MD et al.	11
Figure 2 : Modèle de décision clinique selon l'EBM.....	15

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Démarche décisionnelle devant une douleur thoracique : différences entre le modèle biomédical et BPS d'après Lakhan SE (40).	14
Tableau 2 : Comparaison des différents modèles de relation médecin-patient retenus par Emanuel et Emanuel (1992) (50).	17
Tableau 3 : Caractéristiques des médecins et des patients.	26
Tableau 4 : Les prescriptions d'IPP.	27
Tableau 5 : Caractéristiques de la prescription.	27
Tableau 6 : Objets des discussions observées.	28
Tableau 7 : Eléments décrivant une complexité des contextes de prescription.	28
Tableau 8 : Description des motifs de consultation exprimés par le patient et des problématiques supplémentaires abordées par le médecin.....	29
Tableau 9 : Description des situations de non-conformité aux recommandations de l'AFSSAPS dans le cadre du RGO.	29
Tableau 10 : Description des situations de non-conformité aux recommandations de l'AFSSAPS dans le cadre d'une co-prescription aux AINS.	29
Tableau 11 : Description des facteurs intervenant dans la démarche médicale selon les modèles EBM/SDM pour les prescriptions conformes et non-conformes aux recommandations de l'AFSSAPS.	30
Tableau 12 : Description d'une discussion médecin-patient selon les modèles EBM/SDM pour les prescriptions conformes et non-conformes aux recommandations de l'AFSSAPS.....	31
Tableau 13 : Description de facteurs influençant la possibilité de discuter entre le médecin et le patient.	31

ANNEXES

Annexe 1. Principaux messages des recommandations de bonne pratique : « Les antisécrétoires gastriques chez l'adulte. »

RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE

LES ANTISECRETOIRES GASTRIQUES CHEZ L'ADULTE

PRINCIPAUX MESSAGES

Les inhibiteurs de la pompe à protons sont les antisécrotoires gastriques les plus efficaces. Leur tolérance est bonne mais leur utilisation doit être raisonnée et tenir compte des données actuelles résultant des essais cliniques effectués dans divers domaines de la pathologie digestive haute. La prescription d'IPP ne peut se faire sans endoscopie préalable que dans deux situations cliniques :

- le reflux gastro-œsophagien typique au moins hebdomadaire chez un patient de moins de 60 ans, sans signe d'alarme ;
- en prévention des lésions induites par les AINS chez des malades de plus de 65 ans ou ayant des facteurs de risque.

• RGO

Si les symptômes sont typiques et espacés, sont recommandés à la demande (Grade A) : les antiacides, les alginates, les anti-H₂.

Si les symptômes sont typiques et rapprochés, il est recommandé de prescrire un IPP à demi-dose¹ pendant environ un mois (sauf oméprazole à pleine dose).

En cas d'œsophagite non sévère, les IPP sont recommandés en première intention à demi-dose (sauf oméprazole à pleine dose).

Dans les œsophagites sévères, les IPP sont recommandés en première intention à pleine dose pendant 8 semaines (Grade A).

En cas de rechutes fréquentes ou précoces à l'arrêt du traitement, il est recommandé de prescrire un traitement d'entretien par IPP à dose minimale efficace, de façon continue après cicatrisation d'une œsophagite, éventuellement à la demande en l'absence d'œsophagite initiale (Grade A).

Il n'y a pas de preuve de l'efficacité des antisécrotoires dans le soulagement des manifestations extra-digestives isolées telles que les symptômes ORL, la toux chronique, l'asthme, les douleurs thoraciques d'origine non cardiaques (Grade A).

• Lésions induites par les Anti-inflammatoires Non Stéroïdiens (AINS)

D'une façon générale, les IPP pleine dose ont fait la preuve de leur efficacité dans le traitement des lésions induites par les AINS. A demi-dose, ils ont fait la preuve de leur efficacité en prévention des lésions endoscopiques.²

Le misoprostol (800 µg/j) a fait la preuve de son efficacité en traitement curatif et préventif des ulcères induits par les AINS, mais sa mauvaise tolérance à cette dose en limite l'utilisation.

Il n'y a pas actuellement d'argument suffisant pour recommander l'association systématique d'un antisécrotoire lors de l'utilisation isolée d'aspirine à faible dose (≤ 300 mg) ou d'un autre antiagrégant plaquettaire.

• Dyspepsie

Les antisécrotoires ne sont pas recommandés dans la dyspepsie (Accord professionnel).

• Situations de stress (situation de réanimation)

En dehors de la présence d'au moins deux facteurs de risque (l'intubation et les troubles de la coagulation étant les plus importants), il n'y a pas de justification à prescrire un antisécrotoire dans ces situations (Grade A).

• Hémorragies digestives

¹ Pleine dose = 40 mg d'ésoméprazole, 30 mg de lansoprazole, 20 mg d'oméprazole, 40 mg de pantoprazole, 20 mg de rabéprazole

² Le rabéprazole n'a pas d'AMM dans cette situation.

Les IPP sont les seuls antisécrétoires recommandés dans le traitement des hémorragies digestives hautes d'origine ulcéreuse, plus particulièrement pour la prévention des récives précoces après hémostase (spontanée ou secondaire à un traitement local endoscopique) (Grade A).

En cas d'hémorragie digestive haute, il n'y a pas d'argument suffisamment fort pour recommander l'utilisation des IPP avant l'endoscopie diagnostique et/ou thérapeutique si celle-ci est faite dans le délai recommandé, c'est-à-dire les 24 premières heures.

• Schémas d'éradication de *Helicobacter pylori*

	Associations IPP-antibiotiques	Durée du traitement
Traitement de première intention (Grade A)	IPP – clarithromycine - amoxicilline	7 jours
si contre-indication aux β -lactamines :	IPP – clarithromycine - imidazolé	
si contre-indication à la clarithromycine :	IPP – amoxicilline -imidazolé	
Traitement de seconde intention (échec du traitement initial) (Grade B)	IPP – amoxicilline - imidazolé	14 jours

Oméprazole	20 mg/j	10 mg/j
Pantoprazole	40 mg/j	20 mg/j
Rabéprazole	20 mg/j	10 mg/j

2. REFLUX GASTRO-OESOPHAGIEN (RGO) ASSOCIÉ OU NON À UNE OESOPHAGITE

L'association d'antiacides aux IPP n'est pas justifiée, sauf pendant les premiers jours du traitement par IPP, le temps que l'effet antisécrétoire soit maximal.

2.1 DIAGNOSTIC

Chez l'adulte, seul le RGO s'accompagnant de symptômes et/ou de lésions est concerné par ces recommandations.

Le diagnostic de RGO est porté sur les données cliniques si elles sont caractéristiques (pyrosis, régurgitations acides). Il ne peut être que suspecté lorsque les symptômes digestifs sont atypiques ou lorsque les manifestations extra-digestives sont au premier plan.

Indications de l'endoscopie digestive haute avant traitement par IPP :

- symptômes atypiques de RGO ;
- symptômes d'alarme (amaigrissement, dysphagie, hémorragies digestives, anémie) ;
- âge supérieur à 60 ans car il existe une augmentation du risque de découvrir des lésions endoscopiques sévères ou des lésions néoplasiques.

Avant 50 ans, ce risque est faible et ne justifie pas une endoscopie en cas de symptômes typiques de RGO et en l'absence de signe d'alarme.

Entre 50 et 60 ans, il n'y a pas d'attitude consensuelle. L'endoscopie est recommandée en cas de facteurs de risque néoplasique associés (alcool, tabac).

Des mesures posturales (surélévation de la tête du lit) et hygiéno-diététiques (limiter la prise d'alcool...) sont habituellement recommandées. Le traitement du RGO est essentiellement médical, la chirurgie ayant une place très limitée dans la prise en charge.

2.2 TRAITEMENT DU RGO

2.2.1 RGO SANS OESOPHAGITE : TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE

L'objectif du traitement est symptomatique.

2.2.1.1 TRAITEMENT INITIAL À COURT TERME

- Si les symptômes sont typiques et espacés (< 1x/semaine), il est recommandé d'utiliser ponctuellement et indifféremment un traitement d'action rapide (Grade A) :
 - soit un antiacide,
 - soit un alginat,
 - soit un anti-H₂ (cimétidine 200-600 mg/j, ranitidine 75-225 mg/j, famotidine 10-20 mg), en 1 à 3 prises par jour.

Les IPP ne sont pas recommandés, car leur effet n'est pas immédiat.

- Si les symptômes sont typiques et rapprochés (une fois par semaine ou plus), il est recommandé de prescrire un IPP demi-dose (sauf oméprazole à pleine dose) (Grade A) habituellement pendant 4 semaines. En cas d'inefficacité, une endoscopie digestive haute doit être réalisée (Accord professionnel).

2.2.1.2 TRAITEMENT A LONG TERME

En cas de rechutes fréquentes ou précoces à l'arrêt du traitement chez les patients n'ayant pas d'œsophagite, le retentissement sur la qualité de vie impose un traitement d'entretien par IPP en recherchant la dose minimale efficace (Grade A).

Un traitement par IPP peut être proposé selon une modalité dite « à la demande » (prise quotidienne pendant les périodes symptomatiques) chez des patients sans œsophagite, après un traitement initial efficace par IPP pendant 4 semaines (Grade B).

2.2.2 ŒSOPHAGITE PAR REFLUX

2.2.2.1 TRAITEMENT DE CICATRISATION

En cas d'œsophagite non sévère (cf. annexe 3), l'objectif du traitement est symptomatique. Les IPP sont recommandés en première intention à demi-dose (sauf oméprazole à pleine dose) pendant 4 semaines (Grade A). En cas de persistance des symptômes, il est recommandé de prescrire une pleine dose.

En cas d'œsophagite sévère (circonférentielle), les IPP sont recommandés en première intention à pleine dose en prise quotidienne unique pendant 8 semaines (Grade A). L'intérêt d'une double-dose n'a pas été démontré. Une endoscopie de contrôle est recommandée à la fin du traitement, dans le but de vérifier la cicatrisation des lésions anatomiques (Accord professionnel).

En cas de non cicatrisation et sous réserve d'une bonne observance du traitement, une augmentation de la posologie doit être proposée (Accord professionnel).

2.2.2.2 PREVENTION DES RECIDIVES

- *En cas d'œsophagite non sévère avec rechutes fréquentes ou précoces à l'arrêt du traitement, un traitement d'entretien par IPP à dose minimale efficace (demi dose, si possible) est indiqué (Grade A).*

Le traitement à la demande n'est pas indiqué après cicatrisation d'une œsophagite.

- *En cas d'œsophagite sévère*

En raison de la récurrence quasi constante des symptômes et des lésions œsophagiennes à l'arrêt des antisécrétoires, il est recommandé de prescrire au long cours un IPP à dose minimale efficace (à demi-dose si possible) (Grade A).

- *En cas de complications*

La sténose peptique doit être traitée en continu par IPP, à pleine dose (Grade C). En cas de dysphagie associée à la sténose, une dilatation endoscopique doit être associée au traitement médical.

L'endobrachyoesophage symptomatique ou associé à une œsophagite doit être traité par IPP (Grade A). Les formes non symptomatiques et sans œsophagite ne nécessitent pas de traitement. Les antisécrétoires au long cours et la chirurgie ne permettent pas de prévenir l'apparition d'une dysplasie ou d'un cancer. Ces traitements ne modifient donc pas les indications et les modalités de la surveillance endoscopique et histologique.

2.2.3 MANIFESTATIONS EXTRA-DIGESTIVES PREDOMINANTES OU ISOLEES

Il n'y a pas de preuve de l'efficacité des traitements antisécrétoires, quelle que soit la dose utilisée, dans le soulagement des manifestations extra-digestives isolées telles que les symptômes ORL, la toux chronique, l'asthme, les douleurs thoraciques d'origine non cardiaque (Grade A).

La prescription d'IPP comme test diagnostique, n'est pas recommandée (Grade A).

2.2.4 RGO ET GROSSESSE

Une stratégie progressive en commençant par des antiacides est généralement proposée. Les données actuelles suggèrent qu'il n'existe pas de risque fœtal lié à l'exposition aux IPP.

3. ULCERE GASTRIQUE ET DUODENAL

L'endoscopie permet d'établir le diagnostic d'ulcère duodénal ou gastrique. La réalisation de biopsies gastriques est un des moyens de recherche d'une infection à *Helicobacter pylori*.

3.1 ULCERE ASSOCIE A UNE INFECTION A *HELICOBACTER PYLORI*

L'éradication de *Helicobacter pylori* permet de modifier l'évolution naturelle de la maladie ulcéreuse en réduisant fortement la fréquence des récurrences et des complications. Elle dispense d'un traitement au long cours par un antisécrétoire (Grade A).

Dans le cas d'une infection à *Helicobacter pylori* associée à :

- un *ulcère duodénal non compliqué* : une tri-thérapie seule pendant 7 jours est suffisante pour le traitement, sauf en cas de poursuite d'un traitement par AINS et/ou anticoagulant et/ou antiagrégant (Grade A) ;
- un *ulcère duodénal compliqué ou un ulcère gastrique non compliqué ou compliqué* : après une tri-thérapie de 7 jours, il est recommandé de poursuivre le traitement par IPP seul à pleine dose, pendant 3 à 7 semaines selon la symptomatologie clinique (douleurs, hémorragies) et/ou la taille de l'ulcère à l'endoscopie (Accord professionnel).

(cf. chapitre 8)

Le contrôle de l'éradication est réalisé par contrôle endoscopique en cas d'ulcère gastrique ou d'ulcère duodénal compliqué et par un test respiratoire dans les autres cas.

Lorsque l'éradication n'a pas été obtenue, il est recommandé de prescrire un traitement continu par IPP (Grade A).

3.2. ULCERE DUODENAL OU GASTRIQUE SANS INFECTION A *HELICOBACTER PYLORI*

3.2.1 ULCERES ASSOCIES A LA PRISE D'UN MEDICAMENT GASTRO-TOXIQUE (PRINCIPALEMENT AINS), QUELLE QUE SOIT LA DUREE DU TRAITEMENT

Le traitement par IPP est prescrit pour une durée de 4 semaines (ulcère duodénal) à 8 semaines (ulcère gastrique). Si la prise d'AINS est indispensable et qu'il ne s'agit pas d'un ulcère compliqué, le traitement par IPP permet de poursuivre le traitement par AINS (Grade A).

3.2.2 ULCERES EN DEHORS DE LA PRISE D'UN MEDICAMENT GASTROTOXIQUE

La cause d'un ulcère gastrique ou duodénal doit être recherchée. Les causes les plus fréquentes sont l'infection à *Helicobacter pylori* et les AINS. Les autres causes possibles relèvent d'une prise en charge spécifique (syndrome de Zollinger-Ellison, maladie de Crohn, cancers...).

Après les 4 semaines initiales de traitement par IPP d'un ulcère duodénal non lié à *Helicobacter pylori* ou aux AINS, la poursuite du traitement doit être discutée. Le traitement au long cours réduit la fréquence des récurrences, des complications hémorragiques et des perforations. Il est recommandé à dose minimale efficace chez les patients ayant présenté des complications ulcéreuses, des récurrences ou des comorbidités sévères (Grade A). Le plus souvent une demi-dose permet au patient de rester asymptomatique.

La durée conseillée du traitement par IPP d'un ulcère gastrique est de 4 à 8 semaines. Elle peut être allongée s'il existe des facteurs qui retardent la cicatrisation, comme le tabagisme ou la grande taille de l'ulcère (≥ 10 mm). Une endoscopie est indispensable d'une part pour s'assurer de la guérison de l'ulcère gastrique et d'autre part pour faire des biopsies de l'ulcère à la recherche d'un cancer méconnu. Aucun IPP n'a d'AMM dans le traitement de prévention des rechutes de l'ulcère gastrique.

Dans les cas des ulcères anastomotiques, le traitement par IPP pourra être poursuivi de façon prolongée.

4. PREVENTION ET TRAITEMENT DES LESIONS DIGESTIVES HAUTES INDUITES PAR LES ANTI-INFLAMMATOIRES NON STEROIDIENS (AINS), Y COMPRIS LES ULCERES GASTRO-DUODENaux

4.1 TRAITEMENT DES LESIONS INDUITES PAR LES AINS

Chez les patients présentant des lésions digestives hautes sous AINS et pour lesquelles la poursuite du traitement est justifiée, il est recommandé de traiter par IPP à pleine dose pendant 4 à 8 semaines (sauf ésomeprazole à demi-dose) (Grade A).

En cas d'érosions sous AINS, il n'est pas justifié d'instaurer un traitement antisécrétoire.

Le misoprostol peut être utilisé dans cette indication mais n'est pas recommandé en première intention en raison de sa moins bonne tolérance.

4.2 PREVENTION DES LESIONS INDUITES PAR LES AINS

Les antisécrétoires ont montré une efficacité dans cette indication, mais seul le misoprostol a montré une efficacité dans la prévention des complications ulcéreuses (Grade A). Il n'est pas recommandé de prolonger leur prescription après l'arrêt des AINS.

L'utilisation d'un antisécrétoire ne doit pas dispenser de poser avec précision la question du rapport bénéfice-risque de la prescription d'un AINS.

La première attitude de prévention consiste à prescrire l'AINS choisi à la posologie la plus faible possible et pendant la durée la plus courte. L'association de deux AINS est contre-indiquée.

La prescription d'un antisécrétoire en association aux AINS ne se justifie que dans des situations de risque clairement identifiées :

- plus de 65 ans ;
- antécédent d'ulcère gastrique ou duodénal, compliqué ou non compliqué. Dans ce cas une infection à *Helicobacter pylori* doit être recherchée et traitée ;
- association à un antiagrégant plaquettaire, notamment l'aspirine à faible dose et le clopidogrel, et/ou les corticoïdes et/ou un anticoagulant (tout en rappelant que ces associations doivent de principe être évitées).

Le misoprostol est efficace lorsqu'il est prescrit à pleine dose (200 μ g x 4/j).

Les IPP seront utilisés à demi-dose (sauf oméprazole pleine dose), il n'y a pas de bénéfice clinique supplémentaire à prescrire une pleine dose (Grade A).

4.3 PREVENTION DES LESIONS DIGESTIVES INDUITES PAR L'ASPIRINE A FAIBLE DOSE (≤ 300 MG/JOUR)

Il n'y a pas actuellement d'argument suffisant pour recommander l'association systématique d'un gastroprotecteur lors de l'utilisation d'aspirine à faible dose (AFD). Les associations AFD-clopidogrel et AFD-AVK augmentent le risque digestif mais il n'y a pas de preuve de l'efficacité des IPP dans ces situations. En revanche chez des patients ayant eu une hémorragie digestive lors d'un traitement par AFD et devant le poursuivre, il est recommandé d'associer systématiquement un IPP, après avoir recherché, et traité si nécessaire, une infection par *Helicobacter pylori* (Grade A).

5. DYSPEPSIE

Le terme de dyspepsie regroupe un ensemble de symptômes situés dans la partie haute de l'abdomen, liés à la prise alimentaire, persistant ou récidivant depuis plus de 3 mois. Si ces symptômes sont associés à des signes d'alarme tels que dysphagie, vomissements, amaigrissement, douleur nocturne, signes d'anémie ou à des facteurs de risque (antécédent d'ulcère ou utilisation d'AINS), une endoscopie doit être pratiquée.

La classification de la dyspepsie en sous-groupes selon les symptômes (pseudo-ulcéreuse, motrice, et non spécifique) ne permet pas actuellement de guider le clinicien dans ses choix thérapeutiques.

La dyspepsie doit être distinguée de la gastrite chronique qui est définie uniquement sur la base de données anatomopathologiques. Il n'existe pas de preuve que la gastrite chronique soit symptomatique. Il en résulte que la découverte d'une gastrite chronique sur des biopsies ne permet pas de tenir cette affection pour responsable des symptômes.

Le bénéfice des IPP dans cette indication s'observe dans le sous-groupe de patients ayant un reflux gastro-oesophagien atypique. Il n'y a pas d'argument suffisant pour valider l'efficacité des antisécrétoires dans les différentes situations recouvrant l'appellation de dyspepsie (Grade B). Aucun antisécrétoire n'a d'AMM dans le traitement de la dyspepsie.

De la même façon, un bénéfice faible de l'éradication de *H. pylori* a été observé chez ces malades. Il n'est donc pas possible actuellement de recommander systématiquement la recherche de *H. pylori* dans cette situation.

6. LÉSIONS AIGUËS DE STRESS (SITUATION DE REANIMATION)

Aucun médicament n'a l'AMM dans l'indication "traitement préventif des lésions gastroduodénales dans les situations de stress".

Les deux principaux facteurs de risque sont : une intubation avec ventilation mécanique dont la durée prévisible est supérieure à 48 heures et la présence de troubles de la coagulation.

Même en présence de facteurs de risque, les données supportant l'intérêt des antisécrétoires dans cette indication sont quasi inexistantes et, dans ce contexte, il n'est pas possible de recommander préférentiellement l'utilisation d'un IPP ou d'un anti-H₂ (Grade A).

En dehors de la présence de facteurs de risque, il n'y a pas de justification à prescrire un antisécrétoire dans ces situations (Grade A).

7. HÉMORRAGIES DIGESTIVES HAUTES D'ORIGINE ULCÉREUSE

7.1 TRAITEMENT CURATIF

Seuls les IPP sont recommandés dans le traitement des hémorragies digestives hautes d'origine ulcéreuse, plus particulièrement pour la prévention des récurrences précoces après hémostase (spontanée ou secondaire à un traitement local endoscopique) (Grade A).

Dans les hémorragies digestives hautes avec signes endoscopiques de gravité (Forrest 1a à 2b), l'utilisation de fortes doses d'IPP diminue la mortalité (Grade B). Dans cette situation, l'utilisation de fortes doses d'IPP par voie intra-veineuse (bolus puis IV lente) est recommandée à la phase aiguë pendant une durée de 48-72h (Grade B) avec relais par voie orale à pleine dose.

En l'absence de signes endoscopiques de gravité, l'utilisation d'une pleine dose d'IPP, par voie orale si celle-ci est possible, est suffisante. *H. pylori* doit être éradiqué, son éradication diminuant fortement le risque de récurrence hémorragique à distance.

Annexe 2. Lettre d'information aux praticiens.

	FACULTE DE MEDECINE DE NANTES 1, rue Gaston Veil - 44035 NANTES cedex	
Département de Médecine générale www.sante.univ-nantes.fr/med/medgen		
Contact : Cédric RAT ☎ 02 40 41 28 26 - 06 61 86 79 53 ✉ cedric.rat@univ-nantes.fr	Nantes, le 12 avril 2010	
La lettre de l'information RECHERCHE		
<ul style="list-style-type: none">• <u>UNE LETTRE D'INFORMATION TOUS LES 6 MOIS :</u> Le DMG souhaite vous tenir informés, parce que vous êtes maîtres de stage, des projets en cours.• <u>UNE THESE A PARTIR DE L' ETUDE MENEES AVEC LES INTERNES LORS DU SEMESTRE D'ETE 2009 :</u> Vous trouverez ci-joint le résultat du travail de thèse de Minh Buisson : « Décision médicale partagée et dépistage du cancer de prostate : observation et description de consultations en médecine générale ». Les inclusions sur 6 mois ont été limitées... On le dit, « l'épidémiologie en soins primaires n'est pas la même qu'en soins tertiaires (au CHU) ». Les travaux de recherche nous le rappellent ! c'est la question de l'incidence (les NOUVEAUX cas) en Soins Primaires ... !• <u>UNE COLLABORATION AVEC L'INSERM SUR L'HTA :</u> Pour l'étude dite « Biomarqueurs de l'hypertension » (avec INSERM U915), il s'agit pour nous d'identifier vingt patients nouvellement hypertendus, non encore traités. Les internes ont été sollicités. 12 maîtres de stage ont accepté de participer. 13 inclusions ont eu lieu... Toujours l'incidence en Soins Primaires ! L'étude n'est donc pas terminée et se poursuit : vous pouvez bien sûr nous solliciter !• <u>UN TRAVAIL D'OBSERVATION LORS DU SEMESTRE A VENIR</u> A nouveau lors du semestre à venir, un travail de recherche sollicite les internes en stage chez le praticien pour une observation participante dans les cabinets médicaux.		
<p>Au plan méthodologique, il est préférable que vous ne soyez pas préalablement informés du détail de l'observation. Il est évident cependant que vous pouvez à tout moment solliciter des informations supplémentaires auprès du DMG.</p>		
VOTRE INTERNE SERA DONC ABSENT LE JEUDI 6 MAI AU MATIN POUR LA PRESENTATION DE L'ETUDE.		
<ul style="list-style-type: none">• <u>THESES, TRAVAUX, CONGRES ...</u> Un projet sur la Périnatalité avance avec les sociologues, les sages femmes... Un échange avec une équipe norvégienne se structure sur les plaintes médicalement inexplicables et autres troubles somatoformes ... Vous êtes intéressés ? Contactez-nous ! Vous souhaiteriez être directeur de thèse ? Vous souhaitez assister au groupe de thèse du jeudi après-midi ? Contactez-nous !		
Nous vous remercions de l'attention que vous porterez à ces quelques informations.		
Cédric RAT Chef de Clinique du DMG	Jean-Paul CANEVET Responsable de la recherche	Marion Bouillot Responsable du site Internet recherche
<small>L'activité recherche du DMG est accessible sur : http://www.sante.univ-nantes.fr/med/medgen/recherche/recherche.htm</small>		

Annexe 3. Grille de recueil de données dans les consultations de médecine générale observées.

Date :
Nom de l'interne
Nom du MG :

Description d'une consultation de médecine générale comportant une prescription d'IPP

INFORMATIONS GENERALES DECRIVANT LA CONSULTATION

Le médecin

- sexe : F/M
- année d'installation :
- mode d'exercice : seul/ cabinet de
groupe
- lieu : urbain/ semi-urbain/ rural

Le patient

- âge : ans
- sexe : F/M
- ANTECEDENTS
- traitements habituels

Quel(s) étai(en)t le/les motif(s) de consultation exprimé(s) par le patient ?



Vous avez vous été amené à aborder des problématiques supplémentaires
- la(les)quelle(s) ?

Vous avez également rempli d'autres missions

- activité de suivi au long cours et prévention
 administratives sociales prise en charge psychologique

Vous avez pu répondre à l'ensemble des motifs exprimé par le patient

Vous avez reporté 1 ou plus motifs lors d'une prochaine consultation

LA PRESCRIPTION DE L'IPP

Molécule : posologie : durée de prescription :

Elle fait suite à :

- une demande de **renouvellement d'un traitement dans son ensemble**
- une demande de **renouvellement SPECIFIQUEMENT de l'IPP**
- une **plainte** digestive
- une **co-prescription avec un AINS**
- autre : *décrire*

Il s'agit :

- d'une **introduction de traitement**
- d'un **renouvellement à l'identique** d'une prescription d'IPP pris de façon ponctuelle
- d'un **renouvellement à l'identique** d'une prescription d'IPP pris de façon régulière
- il y a eu un **changement dans la prescription** :
 changement de molécule arrêt de l'IPP
 diminution de posologie augmentation de la posologie

DE QUELLES INFORMATIONS DISPOSE LE MEDECIN POUR PRESCRIRE ?

(Ce que vous avez pu identifier ...)

1. **La demande explicite du patient qui a demandé « un traitement antiacide »**

2. **Des signes fonctionnels :**

Précisez si les signes fonctionnels sont décrits lors de CETTE consultation ou s'ils ont été mentionnés dans le dossier pour une consultation ANTERIEURE

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> pyrosis | <input type="checkbox"/> gêne abdominale supérieure |
| <input type="checkbox"/> douleur épigastrique | <input type="checkbox"/> sensation de plénitude gastrique |
| <input type="checkbox"/> régurgitations acides | <input type="checkbox"/> inconfort abdominal |
| <input type="checkbox"/> brûlure épigastrique | <input type="checkbox"/> éructation |
| <input type="checkbox"/> gêne épigastrique | |
| <input type="checkbox"/> autres | |
| <input type="checkbox"/> ne sait pas décrire | |

3. **Des éléments de sémiologie plus précis :**

- | | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> l'ancienneté des premiers symptômes : | <input type="checkbox"/> < 1 mois | <input type="checkbox"/> > 1 mois |
| <input type="checkbox"/> la fréquence des symptômes : | <input type="checkbox"/> >1/semaine | <input type="checkbox"/> < 1/semaine |

4. **Vous aviez a disposition / vous avez demandé :**

- **FOGD**

- vous avez un résultat de FOGD dans votre dossier
Si oui, quelle était la date de l'examen ?
quelle était la conclusion ?

- vous avez discuté de la réalisation d'une FOGD lors de cette consultation
- le patient a exprimé son refus de passer une fibroscopie

- **autre exploration** complémentaire
laquelle ?

- **un avis spécialisé** intervenant dans votre décision de prescrire un IPP

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> gastro-entérologue | <input type="checkbox"/> cardiologique |
| <input type="checkbox"/> pneumologique | <input type="checkbox"/> ORL |
| <input type="checkbox"/> autre(s) : le(s)quel(s) ? | |
| - résultat(s) du(des) spécialiste(s) : date : | conclusion : |

Vous avez prescrit des IPP dans le cadre d'une prescription d'AINS

- | | |
|---|--------------------------|
| - Vous avez une information sur une prise antérieure d'AINS | <input type="checkbox"/> |
| - Vous avez identifié une fragilité gastrique et/ou digestive particulière chez votre patient
(Si oui, précisez) | <input type="checkbox"/> |
| - Le patient a des antécédents d'effets indésirables sous AINS
(Si oui, précisez) | <input type="checkbox"/> |

INFORMATIONS / NEGOCIATION AVEC LE PATIENT

Vous avez discuté avec le patient de la prescription de l'IPP

- En particulier, vous avez discuté - de la posologie
- de la durée de prescription
- des modalités de prise de l'IPP à la demande

Annexe 4. Fiche de synthèse sur les IPP à disposition des internes.

FICHE SYNTHESE SUR LES IPP

Voici quelques repères qu'il est bon de se remettre en tête avant de débiter l'observation de vos praticiens lorsqu'ils prescrivent un IPP :

1. Les inhibiteurs de la pompe à protons :

5 molécules sont actuellement disponibles, dont 3 sont *génériques* :

- Esoméprazole (INEXIUM®)
- Lansoprazole (LANZOR®, OGAST®, OGASTORO® et génériques)
- Oméprazole (MOPRAL®, ZOLTUM® et génériques)
- Pantoprazole (EUPANTOL®, INIPOMP® et génériques)
- Rabéprazole (PARIET®)

2. Les indications des IPP :

Les IPP ont 3 indications principales :

- le traitement du RGO et de l'oesophagite par RGO,
- prévention et traitement des lésions gastro-duodénales dues aux AINS chez les patients à risque(*),
- éradication d'Helicobacter Pylori et le traitement des ulcères gastro-duodénaux.

(Ils sont aussi indiqués dans le syndrome de Zollinger-Ellison, maladie rare).

3. Le RGO+/- oesophagite :

- Définition du RGO TYPIQUE et RAPPROCHE (afssaps 2007) = pyrosis+/- régurgitations acides au moins une fois / semaine.

- Le traitement du RGO TYPIQUE et RAPPROCHE : il est recommandé de prescrire un IPP demi-dose (sauf oméprazole pleine dose) pendant 4 semaines.

- Si rechutes fréquentes ou précoces à l'arrêt du traitement, un traitement d'entretien est recommandé.

- Le traitement de l'oesophagite dépend de la sévérité des lésions (objectivées après FOGD) :

- non sévères : IPP recommandé à demi-dose pendant 4 semaines(sauf oméprazole pleine dose) .

En cas de rechutes fréquentes : IPP en entretien .

- sévères : IPP recommandé pleine-dose pendant 8 semaines, et puis IPP au long cours à dose minimale efficace.

4. Prévention des lésions digestives hautes induites par les AINS :

(*) Selon les recommandations de l'afssaps, la prescription d'un IPP en association aux AINS ne se justifie que pour les patients :

- de plus de 65 ans,
- ayant un atcd d'UGD,
- sous anti-agrégant plaquettaire (aspirine, PLAVIX®), corticoïdes, ou anticoagulant.

Annexe 5. Echelle de calcul CIRS (Cumulative Illness Rating Scale)

Chaque appareil est évalué de la manière suivante	
0 = Absent	Absence de lésion de l'organe et/ou de l'appareil.
1 = Léger	L'anomalie ne retentit pas avec l'activité normale ; un traitement n'est pas prescrit ; le pronostic est

Chaque appareil est évalué de la manière suivante	
	bon (exemple : lésions dermatologiques, hernie, hémorroïdes...).
2 = Modéré	L'anomalie retentit sur l'activité normale ; un traitement est nécessaire ; le pronostic est bon (exemples : lithiase urinaire, diabète, fracture...).
3 = Sévère	La pathologie entraîne une gêne dans la vie quotidienne ; un traitement est nécessaire de manière rapide ; le pronostic peut être engagé (exemples : cancer, emphysème pulmonaire, insuffisance cardiaque...).
4 = Très sévère	La pathologie met en jeu le pronostic vital ; un traitement en urgence est indispensable ou n'est pas disponible (exemple : infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, hémorragie digestive, embolie pulmonaire).
a.	Cardiaque.
b.	Hypertension artérielle (le score se fonde sur la sévérité, le retentissement sur les organes cibles est coté séparément).
c.	Vasculaire.
d.	Hématologie (sang, cellules sanguines, moelle sanguine, rate, ganglions).
e.	Appareil respiratoire (sous le larynx).
f.	Tête et cou (yeux, oreilles, nez, pharynx, larynx).
g.	Appareil digestif supérieur (œsophage, estomac, duodénum, voies bilio-pancréatiques).
h.	Appareil digestif bas (intestins, hernies).
i.	Hépatique.
j.	Rénale.
k.	Appareil uro-génital (uretères, vessie, urètre, prostate, appareil génital).
l.	Dermatologique et ostéo-articulaire (muscles, os, peau).
m.	Neurologique (cerveau, moelle épinière, nerfs, hors démence).
n.	Endocrino-métabolique (diabète, infections diffuses, intoxication).
o.	Psychiatrique/comportemental (démence, dépression, anxiété, agitation, psychose).

Annexe 6. Détail par catégorie et par fréquence des problématiques abordées au cours des consultations où un IPP est prescrit.

Type de pathologie	nombre	
Plainte rhumatologique		49
Lombalgie	11	
Epaule douloureuse	10	
Gonalgie	7	
Sciatique/sciatalgie	6	
Cervicalgies	1	
Coxalgies	2	
Tendinites	3	
NCB	1	
Canal carpien	1	
cheville douloureuse	3	
autres	8	
plainte psychologique		33
syndrome dépressif	9	
troubles du sommeil	13	
anxiété	2	
conjugopathie	1	
problèmes familiaux	1	
autres	17	
plainte digestive		25
épigastalgies	9	
douleur abdominale mal définie	6	
RGO	6	
Constipation	1	
Hématémèse	1	
autres	2	
Iatrogénie/éducation thérapeutique		12
Automédication	1	
Intolérance aux traitements	5	
Informations sur un traitement	6	
Suivi cardiovasculaire		11
Suivi d'HTA	4	
Décompensation cardiaque	4	
Tachycardie	1	
Suivi AOMI	2	
Addictions		5
Tabac/alcool	5	
Drogues	1	
Asthénie		3
Prévention/dépistage		6
Vaccinations	3	
Test HémoCult	1	
Autres	2	
Administratif/social		6
Dossier handicap	4	
Certificats	3	
Résultats d'examens complémentaires		8
RHD/poids/régime		7
Divers		25

Annexe 7 : Données à disposition du médecin généraliste pour sa prescription d'un IPP dans le cadre du RGO.

Données à disposition du médecin	n (N=77)	%
Signes cliniques		
pyrosis	35	45,4
douleur épigastrique	30	39
réurgitations acides	23	29,8
brûlure épigastrique	17	22,1
gêne épigastrique	17	22,1
gêne abdominale supérieure	11	14,3
inconfort abdominal	8	10,4
sensation de plénitude gastrique	4	5,2
éructation	4	5,2
nausées/vomissements	2	2,6
signes d'alarme (anémie, dysphagie, hémorragie digestive)	2	2,6
manifestations extradiagnostiques isolées	1	1,3
Fréquence des signes fonctionnels		
> 1/ semaine	24	31,2
< 1/ semaine	7	9
Examens complémentaires		
FOGD	40	51,9
en présence de signes d'alarme	1	
FOGD (+/-) RGO typique	24/22	
FOGD (+/-) RGO typique après 60 ans	18/7	
FOGD (+/-) RGO atypique	15/10	
Résultats de FOGD		
normale	6	7,8
oesophagite	5	6,5
UGD	2	2,6
Autre diagnostic endoscopique	22	28,6
Gastrite HP+	5	-
Gastrite HP-	4	-
Hernie hiatale	6	-
Hernie par glissement	2	-
EBO	2	-
Plages érythémateuses	2	-
Polypes glandulo-kystiques	1	-
Pas de compte-rendu retrouvé	5	-
Autres examens complémentaires		
HP-test	1	1,3
Autres	3	3,9
Avis spécialisé(s)		
Gastro-entérologue	33	42,8
ORL	3	3,9
Pneumologue	1	1,3
Autres	1	1,3

Nom : FERON

Prénom : Bérengère

TITRE : Prescription des inhibiteurs de la pompe à protons. Identification de facteurs explicatifs de pratiques s'écartant des recommandations, à partir de 120 observations en cabinet de médecine générale.

RESUME

Contexte. La prescription des IPP fait l'objet de recommandations en France et à l'étranger. En pratique, le taux d'adéquation aux recommandations reste insuffisant. La nature des écarts entre prescriptions et recommandations a été bien décrite mais les facteurs expliquant ces écarts restent mal connus. **Objectif.** Nous avons tenté d'identifier de tels facteurs en travaillant à partir des modèles théoriques *Evidence Based-Medicine* et *Shared-Decision Making*. **Méthode.** Observation directe de consultations en cabinet de médecine générale par des internes. L'observation portait sur la première consultation concernant la prescription d'un IPP. L'existence d'autres facteurs intervenant dans le processus décisionnel était recherchée: discussion de la prise en charge, attentes et préférences exprimées par les patients, expérience du praticien ainsi que des éléments de contexte (liés aux patients ou aux consultations). **Résultats.** 120 consultations ont été observées. 51,8% des prescriptions apparaissaient non-conformes aux recommandations AFSSAPS. Les facteurs explicatifs suivants ont été identifiés : demande de prescription d'IPP par le patient lui-même ($p=0,0426$). En cas de co-prescription avec les AINS, l'expérience du clinicien qui avait identifié une fragilité gastrique chez son patient ou un antécédent de mauvaise tolérance aux AINS est un facteur explicatif de moins bonne adéquation aux recommandations ($p=0,000956$). Pour la prise en charge du RGO, des éléments de contexte tels que l'âge du patient ($p=0,362$) ou la présence de co-morbidités ($p=0,146$) semblent à l'origine de plus d'écarts aux recommandations. A chaque fois que le médecin a pu disposer de l'avis d'un gastro-entérologue, on retrouve une meilleure conformité aux recommandations ($p=0,000658$). Il apparaît finalement que les médecins généralistes discutent moins les prescriptions d'IPP chez les personnes âgées ($p=0,000801$), pouvant conduire à une plus faible adéquation aux recommandations. **Conclusion.** Les modèles EBM et SDM donnent des pistes pour expliquer les écarts aux recommandations. L'avis d'experts sur ces facteurs explicatifs devrait permettre d'en discuter la légitimité.

MOTS-CLES (*MeSH*)

Inhibiteurs de la pompe à protons (*proton pump inhibitors*); adhésion aux recommandations (*guidelines adherence*); Evidence-Based Medicine ; décision médicale partagée (*Shared Decision Making*); médecine générale (*family practice*).