

**SURPRESCRIPTION (OVERUSE) DES INHIBITEURS DE LA POMPE A PROTONS
CHEZ LES PERSONNES AGEES EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR
PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

Etude descriptive et transversale dans trois établissements de France

MEMOIRE DU DIPLOME INTERUNIVERSITAIRE DE COORDINATION
GERONTOLOGIQUE

Dr. BELE-BELE Joa-Marina

Dr. HUGOT Sandrine

Dr. ZAFITATSIMO Bahala Lucie

Directrice de mémoire : Dr. SCHWAB Camille

Université Paris Cité

Année universitaire 2024/2025

SOMMAIRE :

1. INTRODUCTION

Contexte général

Rappel sur les inhibiteurs de la pompe à protons : mécanisme, indications, effets indésirables

Prescription des inhibiteurs de la pompe à protons chez les personnes âgées : spécificités et risques

Données récentes sur la surprescription des inhibiteurs de la pompe à protons

Recommandations nationales et internationales

2. PROBLEMATIQUE

3. JUSTIFICATIF DE L'ETUDE

4. METHODOLOGIE

Type de l'étude : descriptive, transversale

Lieux de l'étude

Population de l'étude

Critères d'inclusion et d'exclusion

Données collectées

Outils et traitement des données

Considérations éthiques

5. RESULTATS

Résultats chiffrés et interprétation

Analyse statistique

6. DISCUSSION ET LIMITES DE L'ETUDE

7. CONCLUSION

8. BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

Liste des abréviations

Liste des figures

Liste des tableaux

Résumé / Abstract

1. INTRODUCTION

Contexte général

La polymédication, selon l'Organisation Mondiale de la Santé OMS, est définie par « l'administration de nombreux médicaments de façon simultanée ou l'administration d'un nombre excessif de médicaments ». Dans la littérature, les seuils de cinq médicaments ou plus, et de dix médicaments ou plus sont les plus fréquemment utilisés pour définir la polymédication [1]. Elle est répandue en gériatrie du fait de la polypathologie, devenant ainsi un problème majeur de santé publique.

Plusieurs facteurs intriqués favorisent la polymédication. L'accroissement de la prévalence des maladies chroniques en lien avec l'allongement de l'espérance de vie, la reconnaissance de l'efficacité de la prévention secondaire, y compris au-delà de 75 ans, ainsi que l'expansion des thérapeutiques font partie de ces facteurs.

Dans des études récentes, il semble que deux tiers des personnes âgées de plus de 70 ans prennent des médicaments et en consomment au moins cinq quotidiennement [2].

Parmi ses poly-prescriptions, il n'est pas rare de constater des prescriptions inappropriées, ayant un rapport bénéfice/risque défavorable et/ou une efficacité discutable chez le sujet âgé alors qu'il existe d'autres options plus sûres.

Une cascade médicamenteuse se crée par la prescription des traitements pour lutter contre la iatrogénie induite par un autre traitement, et ainsi de suite [17].

La iatrogénie dans la population âgée est fréquemment la conséquence de l'automédication, le manque de coordination optimale des différents spécialistes (généralistes ou spécialistes) prenant en charge un sujet gériatrique.

La prescription inappropriée peut se présenter sous trois formes : l'*underuse*, l'*overuse* et le *misuse* c'est-à-dire la prescription de médicaments potentiellement inappropriés.

L'*overuse* correspond à la prescription de médicaments en l'absence d'indication et de justification médicale. Les conséquences de la polymédication et de la prescription inappropriée, en termes de morbidité, de mortalité et d'altération de la qualité de vie, sont colossales. La première conséquence est un risque accru d'effets indésirables liés aux effets directs des médicaments (accidents iatrogéniques), aux interactions médicamenteuses ou aux effets inattendus sur les comorbidités.

Parmi les médicaments fréquemment en *overuse*, les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) sont aujourd'hui parmi les médicaments les plus prescrits dans le monde. Leur usage est particulièrement répandu en gériatrie, du fait de la forte prévalence des pathologies digestives et des traitements à risque gastro-intestinal chez les personnes

âgées. Ils sont commercialisés depuis 1988 et ont révolutionné la prise en charge des pathologies digestives liées à l'acidité gastrique. Leur consommation n'a cessé d'augmenter depuis la fin des années 90 [3].

L'explosion de leur prescription est probablement liée à l'absence, à priori, d'effets indésirables immédiats. Ils sont retrouvés sur 46 % des ordonnances des plus de 65 ans aussi bien en ville qu'en milieu hospitalier [4][5][6].

Une étude publiée en 2020 montre la fréquence de prescription de l'IPP aussi bien à long terme qu'à court terme chez les patients hospitalisés [7].

Les IPP prescrits au long cours concernent 30 à 70 % des personnes âgées [5].

Rappel sur les IPP

Mécanisme d'action :

Les IPP sont des pro-médicaments dont les formes galéniques sont gastro-résistantes. Ils sont absorbés au niveau de l'intestin grêle, parvenant sous forme non ionisée, *via* la circulation sanguine, jusqu'à leur cible pharmacologique située au niveau des cellules pariétales gastriques.

Ils agissent en bloquant l'enzyme $H^+/K^+-ATPase$ (pompe à protons). Ce mécanisme d'action unique permet une réduction puissante et prolongée de la production d'acide gastrique, les rendant ainsi très efficaces dans le traitement de pathologies telles que le reflux gastro-œsophagien, l'œsophagite peptique, l'ulcère gastrique ou duodénal, et pour la prévention des hémorragies digestives chez les patients à risque.

Pharmacocinétique :

Une prise unique d'IPP permet l'inhibition de la sécrétion acide de près de 24 heures. L'effet maximal de l'IPP est obtenu en cas de prise à jeûn, 20 à 30 minutes avant le premier repas de la journée, afin de bloquer les pompes à protons (PAP) au moment de leur stimulation induite par le repas et les protéines alimentaires. En cas de reflux acide nocturne prédominant et difficilement contrôlé, une prise vespérale avant le dîner est possible, en respectant le délai de 20 à 30 minutes entre la prise et le repas.

Leur efficacité est bien documentée dans le traitement des pathologies suivantes [8][9] :

- l'éradication d'*Helicobacter Pylori*,
- le syndrome de Zollinger-Ellison,
- le reflux gastro-œsophagien objectivé sans œsophagite, avec symptômes fréquents,
- le reflux gastro-œsophagien (RGO) objectivé avec œsophagite,

- le traitement des lésions dues aux anti-inflammatoires non stéroïdiens AINS,
- l'ulcère gastrique évolutif sans infection à Helicobacter Pylori,
- l'ulcère duodénal évolutif sans infection à Helicobacter Pylori,
- le traitement d'entretien de l'ulcère duodénal,
- la prévention des lésions gastroduodénales dues aux AINS, antiagrégants plaquettaires.

Il existe des indications au long cours des IPP hors Autorisation de mise sur le marché AMM, mais à usage documenté. Il s'agit de :

Antiagrégant avec un facteur de risque parmi :

- Association avec anticoagulant
- Association avec un 2^{ème} antiagrégant
- Antécédent d'ulcère gastroduodénal
- Corticothérapie

Les IPP disponibles en France sont les suivants :

- Pantoprazole (Eupanthol®, Inipomp®, Ipraalox®)
- Lansoprazole (Lanzor®, Ogast®, Ogastoro®)
- Oméprazole (Mopral®, Zoltum®)
- Esoméprazole (Inexium®, Nexium control®)
- Rabéprazole (Pariet®)

Aucun IPP n'est écrasable.

En 2004, leurs génériques sont apparus. Certains IPP sont disponibles en vente libre, dans les pharmacies, depuis 2008 en France (générique Pantoprazole 20 mg).

Il existe une bioéquivalence entre les dénominations communes internationales DCI pour une même indication avec une correspondance de doses à connaître entre les différents IPP.

Tableau d'équivalence de doses entre les IPP :

	½ dose orale (mg)	Dose standard orale (mg)	Dose iv (mg)
Oméprazole	10	20	40
Esoméprazole	20	40	40
Lansoprazole	15	30	
Pantoprazole	20	40	40
Rabéprazole	10	20	

2. PROBLEMATIQUE

Les sujets âgés présentent des spécificités physiologiques qui les rendent plus vulnérables aux effets indésirables des IPP. L'altération des fonctions hépato-rénales liée à l'âge peut impacter leur métabolisme, majorant ainsi le risque d'accumulation et de toxicité. De plus, la polypathologie et la polymédication fréquentes chez ces sujets complexifient leur prise en charge en amplifiant le risque de iatrogénie, qui peut être grave et potentiellement fatal. Cette population requiert une évaluation attentive et régulière des prescriptions d'IPP, en pesant rigoureusement les bénéfices par rapport aux risques.

Bien que d'une efficacité remarquable pour le traitement des pathologies gastro-oesophagiennes, de nombreuses études ont mis en évidence cette problématique concernant les IPP : leur utilisation excessive, souvent sans indication clinique claire parfois injustifiée chez les sujets âgés, se superposent avec des prescriptions prolongées au-delà des durées recommandées [10][11][12].

L'*overuse* des IPP constitue actuellement, un enjeu majeur de santé publique tant au niveau médical que financier. Les dépenses pour les IPP représentent un coût important pour l'Assurance maladie à large échelle depuis plusieurs années comme l'indique un rapport à la Commission des comptes de la sécurité Sociale datant de 2009 [13].

Parmi les indications de prescriptions d'IPP non justifiées, on retrouve :

- la dyspepsie fonctionnelle en l'absence de RGO associé,
- le soulagement de manifestations extradigestives isolées (toux chronique, asthme, douleur thoracique non cardiaque),
- le RGO non documenté (l'IPP ne constitue pas un traitement d'épreuve),
- la prévention de l'ulcère de stress chez les sujets non à risque,
- la prévention des lésions gastroduodénales sous corticoïde, AINS, antiagrégant plaquettaire ou anticoagulant sans facteur de risque chez des patients non à risque,

- l'hypertension portale,
- le test thérapeutique en cas de douleur abdominale aiguë.

Longtemps considérés comme dénués de toute toxicité en raison de leur spécificité d'action au niveau des PAP gastriques, les IPP sont depuis quelques années incriminés dans la survenue d'effets indésirables fréquents et parfois graves surtout auprès de la population gériatrique.

L'*overuse* d'IPP systématique est préoccupante dans un contexte de polypathologie, car elle expose potentiellement les patients à des effets indésirables supplémentaires dont (tableau 1) :

- Les infections pulmonaires,
- Les infections digestives à *Clostridium difficile*,
- Les troubles de l'absorption du magnésium, du fer, de la vitamine B12,
- L'hyponatrémie,
- Les fractures ostéoporotiques,
- Les cancers digestifs dont ceux de l'estomac et de l'œsophage
- Les colites microscopiques (au lansoprazole)
- Les céphalées, nausées, diarrhées, douleur abdominale
- Les affections cutanées sévères
- Le diabète
- Le risque de COVID-19 sévère [4][5][14] [15].
- Voire le risque accru de démence ou de néphropathies interstitielles chroniques [14].

Il faut évidemment en plus de la liste non exhaustive des effets indésirables sus-cités, prendre en compte le risque iatrogène avec les interactions médicamenteuses chez les sujets âgés ayant une polymédication comprenant le clopidogrel, le citalopram, le diazepam, la digoxine, les antifongiques azolés, etc.

L'*overuse* des IPP est une pratique non conforme aux recommandations. Elle expose les sujets âgés, dont les résidents des EHPAD, à des risques accrus d'effets indésirables.

Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) sont fréquemment prescrits chez les personnes âgées, souvent au long cours, parfois sans indication documentée. Face à ce constat, une évaluation des pratiques locales est indispensable.

Ce travail s'inscrit dans une démarche de réévaluations des prescriptions d'IPP au sein des EHPAD et, de quantification de l'ampleur du phénomène dans différents départements de France métropolitaine, à petite échelle.

3. JUSTIFICATIFS DE L'ETUDE

Dans les EHPAD, la rationalisation de la prescription médicamenteuse est un enjeu majeur de santé publique. L'optimisation des traitements passe par une évaluation régulière et rigoureuse de leur pertinence, notamment pour les classes médicamenteuses à usage chronique comme les IPP. La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande de limiter la durée de prescription des IPP à la durée strictement nécessaire et d'instaurer des protocoles de déprescription en l'absence d'indication pérenne [11] [12].

Objectifs de l'étude

L'objectif principal de notre étude est de déterminer la fréquence, la durée et la pertinence des prescriptions d'IPP chez les personnes âgées résidant en EHPAD.

Les objectifs secondaires sont :

- d'évaluer dans quelle mesure ses prescriptions respecte-t-elle les recommandations actuelles,
- quelle est la proportion des prescriptions d'IPP justifiée chez les résidents en EHPAD ?
- Comment éviter la sur-prescription des IPP en EHPAD ?

4. METHODOLOGIE

Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive transversale basée sur l'analyse des ordonnances et des dossiers médicaux des résidents ayant reçu une prescription d'IPP au sein de trois EHPAD en France. L'extraction des données a été effectuée le 1^{er} avril 2025.

Lieux de l'étude

Cette étude a été réalisée dans 3 établissements situés en France métropolitaine, dans trois départements distincts, à savoir la Meuse, les Côtes d'Armor et le Morbihan.

Pas de médecin coordonnateur dans l'EHPAD de la Meuse, 190 résidents présents, trois médecins prescripteurs à temps plein. Cet EHPAD sera pour notre étude l'EHPAD A.

Un médecin coordonnateur et prescripteur à 1 ETP équivalent temps plein dans l'EHPAD des Côtes d'Armor avec 106 résidents. Il correspond à l'EHPAD B de l'étude.

Pas de médecin coordonnateur dans l'EHPAD du Morbihan, comptant 145 résidents, un médecin salarié à 0.6 ETP, et une Infirmière en pratiques avancées (IPA). Il s'agit de l'EHPAD C dans notre étude.

Population d'étude

La population étudiée est constituée de résidents âgés de 75 ans et plus, ayant une prescription d'IPP au 1^{er} avril 2025.

Critères d'inclusion : résidents âgés de 75 ans minimum possédant un dossier médical accessible, et ayant un IPP prescrit à la date du 01/04/2025, quelque soit la molécule et la forme galénique.

Données collectées

Les informations ont été extraites des dossiers médicaux informatisés et/ou papiers.

Les variables suivantes ont été recueillies :

- Données démographiques dont l'âge et le sexe,
- Niveau de dépendance par l'usage de la grille GIR Groupe isoressource,
- Comorbidités principales reflétées par le calcul du score de Charlson,
- Nombre de médicaments sur l'ordonnance y compris les prescriptions dites « en si besoin »,
- Type et posologie de l'IPP prescrit,
- Indication de la prescription d'IPP : documentée ou présumée,
- Date de début et durée du traitement avec mention éventuelle de réévaluation ou d'arrêt de l'IPP.
- Prescription concomitante de médicaments à risque gastro-intestinal : AINS, anticoagulants oraux directs AOD, corticoïdes, Antiagrégant plaquettaire (AAP).

Outils et traitement des données

Les données rendues anonymes ont été saisies dans un tableau Excel (en annexe). Une analyse descriptive a été réalisée à l'aide de statistiques simples.

L'analyse statistique de ces données, bien que basique pour une étude descriptive transversale, s'est concentrée sur le calcul des fréquences et des pourcentages. Les données ont permis de déterminer le nombre de prescriptions sans indication justifiée

ou à la durée indéterminée, de faire la corrélation avec l'âge, le sexe, la polymédication, et d'identifier les types d'IPP les plus utilisés.

Les variables quantitatives sont exprimées sous forme de moyennes ou, médianes, $\pm$ écarts-types.

Les variables qualitatives sont présentées sous forme de pourcentages.

Les prescriptions ont été comparées aux recommandations nationales (HAS, ANSM) pour évaluer leur pertinence.

Les recommandations de bonnes pratiques de prescription des IPP sur lesquelles se basent notre étude sont les suivantes : [4] [6]

- Traitement de l'ulcère gastrique et duodénal
- Eradication de l'*Helicobacter pylori*
- Traitement du RGO sans œsophagite
- Traitement de l'œsophagite peptique
- Prévention des lésions gastro-duodénales sous AINS chez les patients à risque*
- Syndrome de Zollinger-Ellison

* facteurs de risque (AFSSAPS 2007, HAS 2009) : âge > 65 ans, antécédent d'ulcère gastro-duodénal, association à un anti-agrégant plaquettaire (notamment aspirine à faible dose et/ou clopidogrel), à un anticoagulant ou à un corticoïde.

Considérations éthiques

L'étude a été réalisée dans le respect de la confidentialité des données médicales. Aucun nom ou identifiant personnel n'a été conservé. Un accord institutionnel a été obtenu auprès de la direction de chaque établissement.

5. RESULTATS

Caractéristiques des résidents inclus

L'échantillon analysé est composé de 441 résidents. Il en ressort respectivement pour chaque EHPAD, un âge moyen des résidents de 86,8 ans (écart-type = 7 ans) dans le A, 89,1 ans (écart-type = 5.7 ans) dans le B et 87,8 ans (écart-type = 5 ans) dans le C ; avec une majorité de femmes.

Une dépendance moyenne avec des GIR moyen allant de 3,1 pour le A, 3,4 pour le B, jusqu'à 2,7 pour le C.

Les comorbidités modérées pour les deux premiers EHPAD avec une moyenne du score de Charlson estimée à 5,1 et une comorbidité plus élevée dans le C avec une moyenne du score de Charlson estimée à 6,2 s'accordant avec une polymédication plus conséquente. En effet, nous notons une moyenne de 11,2 médicaments dans cet établissement, plus importante dans les deux autres institutions, 9,9 pour le A et 9,8 pour le B.

Indications retrouvées

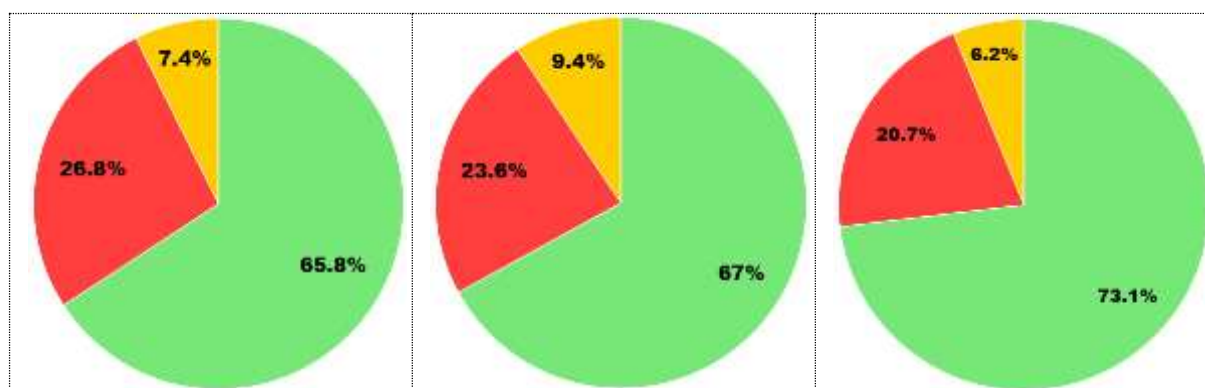
L'analyse globale des indications a mis en lumière une alarmante proportion de prescriptions inappropriées.

Sur les 441 résidents, 139 résidents ont une prescription d'IPP, soit 31,5% de la population étudiée.

Seuls 33 (environ 24%) de ces résidents ayant une prescription d'IPP avaient une indication justifiée tels que l'ulcère gastrique ou duodénal, la gastrite, l'oesophagite, etc et 106 (76 %) résidents n'avaient ni indication retrouvée dans les dossiers, ni indication justifiée.

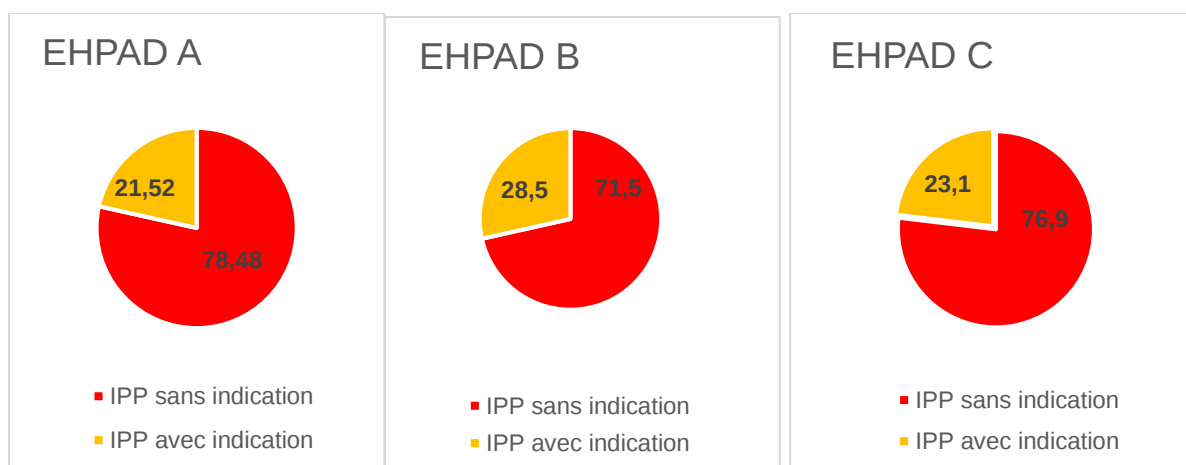
De manière spécifique, sur le total des résidents, dans l'EHPAD A, 26,84 % des résidents ont un IPP sans indication justifiée contre 7,36 % avec une indication justifiée ; dans l'EHPAD B, 23,58 % sans indication justifiée contre 9,43 % avec indication justifiée; dans l'EHPAD C, 26,89 % sans indication justifiée et 6,2 % avec indication justifiée.

EHPAD A	EHPAD B	EHPAD C
---------	---------	---------



● Absence d'IPP ● IPP sans indication ● IPP avec indications

En reprenant seulement les résidents sous IPP, dans l'EHPAD A, 78,48 % des résidents ont un IPP sans indication justifiée contre 21,52 % avec une indication justifiée ; dans l'EHPAD B, 71,5 % sans indication justifiée contre 28,5 % avec indication justifiée ; dans l'EHPAD C, 76,9 % sans indication justifiée contre 23,1 % avec indication justifiée.



Durée et modalités de prescription

Seuls 3 résidents sur les 139 résidents sous IPP, ont une prescription avec une durée limitée, soit 2.16 %. Un seul résident a eu seulement 4 semaines de traitement par IPP et les deux autres ont eu 1 an et demi et 6 ans de traitement par IPP.

DISCUSSION ET LIMITES DE L'ETUDE

Interprétation des résultats

L'analyse des résultats a révélé que 106 résidents sur les 139 sous IPP au total sur les trois EHPAD étaient sans indication justifiée, soit 76 % des résidents de notre échantillon d'étude.

Cas de non-conformité ou de surprescription

En combinant les données, il est possible de mettre en évidence des cas de non-conformité flagrants. La majorité des résidents sans indication précise d'IPP ne prenaient pas de médicaments à risque, comme des AOD, AAP ou corticoïdes, pour lesquels la prescription d'un IPP est justifiée seulement s'il y a une combinaison de médicaments à risque hémorragique.

Un seul résident de l'EHPAD A est sous double anti-agrégant plaquettaire ce qui conforte une indication à prescrire l'IPP. Cette observation renforce l'idée que plus de la moitié des prescriptions analysées pourraient être considérées comme inappropriées.

De plus, plus de 99 % de ces prescriptions avaient une durée "indéterminée", suggérant une absence de réévaluation. Par ailleurs, les IPP les plus prescrits sont ceux disponibles dans les pharmacies à usage interne de ces structures.

Ces chiffres sont particulièrement éloquentes et traduisent une pratique de prescription non conforme aux recommandations nationales et internationales.

Les résultats de cette étude descriptive confirment de manière pertinente l'hypothèse de la surprescription des IPP chez les personnes âgées en EHPAD. La proportion de prescriptions sans indication claire, combinée à l'absence de durée de traitement définie, révèle une culture de la prescription par habitude occultant les risques encourus par les résidents. Ce constat est d'autant plus préoccupant que la plupart de ces prescriptions ne s'accompagnent pas de l'usage de médicaments gastro-toxiques, seule justification à un usage prolongé. La surconsommation de ces médicaments expose donc inutilement les résidents à des effets indésirables potentiellement graves.

Comparaison avec la littérature

Les données chiffrées de notre étude sont en parfaite concordance avec celles rapportées dans la littérature. La forte prévalence de la surprescription observée (plus de 70 %) est un chiffre qui interroge sur la problématique du maintien des prescriptions au-delà de la durée recommandée, et est également un point fréquemment évoqué par les travaux de recherche qui s'intéressent aux prescriptions en gériatrie. Cette

convergence de nos résultats avec les données scientifiques existantes valide l'observation et renforce l'urgence d'agir.

Implications cliniques

Les résultats de cette étude ont des implications cliniques directes. Ils soulignent la nécessité de mettre en place des protocoles de réévaluation des prescriptions d'IPP au sein des EHPAD. Ces protocoles devraient inclure une vérification systématique de l'indication et de la durée de la prescription, ainsi qu'une révision régulière des prescriptions. La mise en place de ces mesures réduirait drastiquement le nombre de prescriptions inappropriées.

Recommandations

Sur la base de ces résultats, nous recommandons de :

- sensibiliser les équipes soignantes et médicales sans oublier, les résidents et leurs familles, aux risques d'*overuse* d'IPP,
- mettre en place une feuille de route pour la déprescription des IPP,
- favoriser une réévaluation annuelle des prescriptions pour chaque résident à la lumière des affections médicales présentées,
- utiliser des outils d'aide à la décision comme les critères de Beers, STOPP/START *etc* pour identifier les prescriptions potentiellement inappropriées,
- renforcer la conciliation médicamenteuse entre médecins et pharmaciens au sein des EHPAD,
- valoriser la coordination pluridisciplinaire entre différents médecins

Perspectives d'amélioration

Une revue menée en gériatrie a montré que près de 60 à 70 % des prescriptions d'IPP n'étaient pas justifiées, notamment en EHPAD [17]. La prescription au long cours, initiée souvent lors d'une hospitalisation aiguë sans réévaluation ultérieure, contribue à cette tendance.

1. Usage de deux supports d'aide à la prescription des IPP mis en place par l'HAS (Fiche actualisée de bon usage des IPP + une courte vidéo de synthèse)

La HAS a mis trois messages pour une utilisation appropriée des IPP

2. La déprescription des IPP. La HAS propose un logigramme d'aide à la déprescription d'un IPP dans le cadre du RGO chez l'adulte.

Limites de l'étude

Cette étude présente plusieurs limites. Tout d'abord, sa nature transversale ne permet pas d'évaluer la dynamique des prescriptions dans le temps. De plus, la taille réduite de l'échantillon de 441 résidents et sa concentration sur trois établissements ne permettent pas d'extrapoler les résultats à l'ensemble du territoire national. L'absence de certaines informations dans les dossiers (comme le motif initial exact de la prescription) a également pu biaiser l'analyse de ces données.

CONCLUSION

L'analyse met en évidence une proportion significative de prescriptions prolongées sans justification claire des IPP en EHPAD, soulignant la nécessité d'une réévaluation régulière des traitements. Ces résultats appellent à une optimisation de la prescription des IPP en gériatrie, notamment à travers la mise en œuvre de protocoles de déprescription. Cette étude descriptive et transversale réalisée dans trois EHPAD de France de différents départements, a mis en lumière un *overuse* important des IPP chez les personnes âgées vivant en institution. Sur un échantillon de 139 résidents sous IPP sur les 441 résidents au total, nous avons constaté que plus de la moitié des prescriptions d'IPP n'avait pas d'indication justifiée et était prescrite sur une durée indéterminée. Ces résultats, en adéquation avec les données de la littérature, confirment le besoin urgent d'une prise de conscience et d'une action pour optimiser la prescription des IPP chez cette population vulnérable. La mise en place de protocoles de réévaluation et de déprescription est la voie à suivre pour améliorer la qualité de vie et la sécurité des résidents.

BIBLIOGRAPHIE :

1. Mesurer la polymédication chez les personnes âgées : impact de la méthode sur la prévalence et les classes thérapeutiques. Cossec, Sermet, et Perronnin.
2. La polymédication : définitions, mesures et enjeux. Monégat et al.
3. IPP : du bon usage à la connaissance des effets secondaires. FMC gastro. Gilles Macaigne, Philippe Aygalenq. 2024.
4. APHP : Recommandations de Bonnes Pratiques de déprescription des IPP chez le sujet âgé. Sophie CALLAERT, Camille SCHWAB, Aude TARRE, Lorène ZERAH, CLOMEDIMS Sorbonne Université, Comité de gériatrie. Novembre 2024. 27/01/2025.
5. IPP : indices d'effets indésirables rares mais potentiellement graves-mai 2022-CBIP.
6. OMEDIT région Centre Val de Loire-Commission Gériatrie : Fiche de bonne pratique et bon usage « Les IPP per os chez la personne âgée ». Octobre 2022.
7. C. Duvette, V. Bertholle, C. Goubier-Vial, M.-A. Lepine, M. Chuzeville, E. Jean-Bart, Évaluation des pratiques de prescription des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) chez la personne âgée au regard des recommandations AMM et hors AMM : focus en cardiogériatrie, Le Pharmacien Clinicien, Volume 57, page 9, Issue 4, 2022, ISSN 2772-9532, <https://doi.org/10.1016/j.phacli.2022.10.378>.
8. NICE Guideline on Gastro-oesophageal reflux disease (GORD): National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Gastro-oesophageal 2021*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng57>
9. Yamada's Textbook of Gastroenterology (6th Edition): Les IPP : efficacité dans le traitement du reflux, ulcères, éradication de *Helicobacter pylori*. Yamada T, et al. *Yamada's Textbook of Gastroenterology*. Wiley-Blackwell, 2022
10. Lemoine, S., et al. (2023). *Revue de Gériatrie et de Santé Publique*, 41(1), 45-55. <https://doi.org/10.1016/j.repgs.2022.11.003>

11. HAS-Bon usage des IPP, Guidelines et Algorithme du College of Family Physicians of Canada, OMÉDIT Centre-Outils du bon usage des IPP. 8 Septembre 2022
12. Haute Autorité de Santé - Les IPP restent utiles mais doivent être moins et mieux prescrits https://www.has-sante.fr/jcms/p_3213773/fr/les-ipp-restent-utiles-mais-doivent-etre-moins-et-mieux-prescrits. Communiqué de presse - Mis en ligne le 12 nov. 2020
13. https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2009/RAPPORT/CCSS-RAPPORT-OCTOBRE_2009-FICHE-LES_PRESCRIPTIONS_D-IPP.pdf
14. Dubois, M., et al. (2021). *Revue Gériatrique*, 45(3), 210-218. <https://doi.org/10.1016/j.revge.2021.03.005>
15. Legrand, M., et al. (2022). *Revue de Gériatrie et de Gérontologie*, 37(2), 123-130. <https://doi.org/10.1016/j.revger.2022.01.005>
16. SFGG : Choisir avec soin France. Fiche outil = Inhibiteurs de la Pompe à Protons (IPP) pour les personnes de plus de 75 ans et aide à la déprescription.
17. https://www.omedit-centre.fr/ehpad-administration/co/Le_reflexe_iatrogenique.html
18. Etude observationnelle des prescriptions des IPP chez les personnes de 65 ans et plus en officine, Alexandra MAS, mémoire 2022 université de Bordeaux.

ANNEXES :

LISTE DES ABBREVIATIONS :

AAP : antiagrégant plaquettaire

AOD : anticoagulants oraux directs

AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens

AMM : autorisation de mise sur le marché

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

DCI : dénomination commune internationale

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ETP : équivalent temps plein

GIR : groupe isoressource

HAS : haute autorité de santé

IPA : infirmière en pratique avancée

IPP : inhibiteurs de la pompe à protons

OMS : organisation mondiale de la santé

PAP : pompe à protons

RGO : reflux gastro-œsophagien

TABLEAU 1 : effets indésirables rapportés des IPP

Liés à l'hypochlorhydrie induite	Non liés à l'hypochlorhydrie
Effet rebond acide	Pneumopathies infectieuses Hyponatrémie

Pneumopathie infectieuse	Colites microscopiques
Infections gastro-intestinales	Néphrite interstitielle et insuffisance rénale aiguë / chronique
Pullulation bactérienne du grêle	Démence
Infection spontanée du liquide d'ascite	Interactions médicamenteuses (clopidogrel)
Encéphalopathie hépatique	Évolution MICI
Adénocarcinome gastrique / tumeur carcinoïde	
Ostéoporose avec augmentation du risque de fracture osseuse	
Interactions médicamenteuses	
Carence en fer	
Carence en vitamine B12	
Dysbiose (MICI, diabète...)	

Fiche mémo Réévaluation de la prise d'IPP chez la personne âgée

➤ Latrogénie d'un traitement au long cours d'IPP chez la personne âgée



- ☒ fracture ostéoporotique
- ☒ infections pulmonaires et digestives
- ☒ hyponatrémie
- ☒ hypomagnésémie (convulsion, arythmie)
- ☒ carence en vitamine B12
- ☒ néphrite interstitielle

→ IPP au long cours chez les sujets > 85 ans : sur risque de démence et d'insuffisance rénale

➤ Réévaluation

→ Réévaluation sur preuve endoscopique avec recherche d'*Helicobacter pylori* de l'indication d'un traitement au long cours de la prévention des récurrences d'œsophagite ou d'ulcère gastroduodénal (5)



☒ Effectuer une fenêtre thérapeutique accompagnée de règles hygiéno-diététiques

- ☒ Eviter alcool, café, thé, aliments épicés ou acides, boisson gazeuse
- ☒ Repas et boisson chaude avant le coucher recommandés
- ☒ Arrêter le tabac
- ☒ Diminuer une surcharge pondérale
- ☒ Port de vêtement non serré à la taille
- ☒ Eviter de s'allonger immédiatement après le repas

☒ Gérer les symptômes occasionnels avec un antiacide, alginate

☒ Arrêt progressif d'un traitement par IPP de plus de 8 semaines (risque de rebond) (1)

➤ Indications

Indications AMM	Situations HORS AMM non justifiées
RGO et œsophagite par reflux	Dyspepsie en l'absence de RGO prolongé ou fréquent (Dyspepsie fonctionnelle)
Prévention des lésions gastroduodénales dues aux AINS chez les sujets <u>à risque</u> (> 65 ans ou antécédent d'ulcère gastroduodénal ou traitement par anticoagulant, AAP ou corticoïde)	Prévention des lésions gastroduodénales dues aux AINS chez des patients <u>non à risque</u> (< 65 ans + sans antécédent d'ulcère gastroduodénal + sans traitement avec anticoagulant ou AAP ou corticoïde) en l'absence d'infection à <i>Helicobacter pylori</i> .
Traitement des lésions gastroduodénales dues aux AINS	Prévention des lésions gastroduodénales chez des patients <u>non à risque</u> sous AAP dont aspirine à faible dose en l'absence d'infection à <i>Helicobacter pylori</i> .
Ulcère gastrique et duodénal avec ou sans infection à <i>Helicobacter pylori</i> .	Prévention des lésions gastroduodénales chez des patients <u>non à risque</u> sous corticoïdes en l'absence d'infection à <i>Helicobacter pylori</i> .
Éradication <i>Helicobacter pylori</i> en association avec une antibiothérapie dans la maladie ulcéreuse gastroduodénale	IPP pour les douleurs thoraciques non documentée ou pour l'asthme ou une toux ou symptômes ORL (tests thérapeutiques)
Syndrome de Zollinger-Ellison	
Prévention des récurrences d'œsophagite par RGO	
Uniquement pour l'oméprazole, prévention des récurrences d'ulcère duodénal sans infection par <i>Helicobacter pylori</i> ou prise d'AINS	

ATTENTION!

➤ Interactions médicamenteuses (source thésaurus ANSM 2019)



↗ concentration

- Méthotrexate
- Tacrolimus,
- Digoxine
- Phénytoïne
- Citalopram, imipramine, clomipramine
- Antivitamine K



↘ concentration

- Clopidogrel
- Mycophénolate mofétil
- Atazanavir, nelfinavir, rilpivirine (contre-indication)
- Antifongiques azolés
- Inhibiteur des tyrosines kinases sauf imatinib et vandétanib

➤ Surveillance d'un traitement au long cours d'IPP chez la personne âgée

→ Dosage vitamine B12, natrémie, magnésémie, fonctions rénale et cognitive, surveillance fracture, pneumopathie, colonisation à *C. difficile*



POSOLOGIE DES INHIBITEURS DE LA POMPE A PROTONS DANS LES INDICATIONS CIBLEES						
	Durée du traitement	Esomeprazole	Lansoprazole	Omeprazole	Pantoprazole	Rabéprazole
Reflux gastro-œsophagien et œsophagite par reflux						
Traitement symptomatique du reflux gastro-œsophagien (RGO) sans œsophagite	4 semaines puis éventuellement traitement à la demande (à long terme) si réponse insuffisante (rechutes fréquentes ou précoces).	20 mg	15mg 30 mg si réponse insuffisante	10mg 20mg si réponse insuffisante	20mg	10mg
Traitement de l'œsophagite par RGO (cicatrisation)	4 à 8 semaines	40mg	30mg	20mg 40mg si œsophagite sévère résistante	20mg en cas d'œsophagite légère 40mg	20mg
Traitement d'entretien et prévention des récurrences de l'œsophagite par RGO	Au long court : la dose minimale efficace doit être recherchée	20mg	15mg	10mg	20mg 40mg en cas de récurrence	10mg
Lésions gastroduodénales dues aux AINS						
Prévention des lésions gastroduodénales dues aux AINS chez les sujets à risque	Jusqu'à la fin du traitement par AINS	20mg	15mg	20mg	20mg	Pas d'indication
Traitement des lésions gastroduodénales dues aux AINS (chez les patients pour lesquels un traitement par AINS doit être poursuivi).	4 semaines à 8 semaines	20mg	30mg	20mg	Pas d'indication	Pas d'indication
Ulcère gastrique et duodénal						
Éradication d' <i>Helicobacter pylori</i> en association à une antibiothérapie appropriée, en cas de maladie ulcéreuse gastroduodénale avec infection par <i>H. pylori</i>	2 fois par jour pendant 7 jours	20mg 2 fois par jour	30mg 2 fois par jour	20mg 2 fois par jour	40mg 2 fois par jour	20mg 2 fois par jour
Traitement de l'ulcère gastrique évolutif sans infection à <i>Helicobacter pylori</i>	4 à 8 semaines de traitement 4 à 6 semaines pour l'omeprazole 6 à 12 semaines pour le rabéprazole	Pas d'indication	30mg	20mg	40mg	20mg
Traitement de l'ulcère duodénal évolutif sans infection à <i>Helicobacter pylori</i>	4 semaines de traitement 2 semaines pour le lansoprazole si la cicatrisation est complète 4 à 8 semaines pour le rabéprazole	Pas d'indication	30mg	20mg	40mg	20mg
Traitement d'entretien (prévention des récurrences) de l'ulcère duodénal	Au long court : la dose minimale efficace doit être recherchée	Pas d'indication	Pas d'indication	10 à 20mg par jour après échec anti H2	Pas d'indication	Pas d'indication
Traitement d'entretien (prévention des récurrences) de l'ulcère gastrique	Au long court : la dose minimale efficace doit être recherchée	Pas d'indication	Pas d'indication	20 à 40mg par jour après échec anti H2	Pas d'indication	Pas d'indication
Syndrome de Zollinger-Ellison	Selon la symptomatologie	80mg	30mg	60mg en 1 prise	80mg	60mg en 1 prise



Pour en savoir plus

- Un kit de bon usage des IPP comprenant des outils de réévaluation du traitement, une fiche récapitulant par indication les posologies et les durées de traitement est disponible sur le site de l'OMEDIT Centre : <http://www.omedit-centre.fr/accueil>
http://www.omedit-centre.fr/portail/gallery_files/site/136/2953/5062/7112.pdf
- Un algorithme de déprescription des IPP est accessible sur le site du collège des médecins généralistes Canadien <http://www.cfp.ca/content/63/5/e253>
- La fiche de bon usage des inhibiteurs de la pompe à protons chez l'adulte de l'HAS juin 2009 : https://webinaire.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-06/rpp_adulte_juin_2009.pdf
- Les recommandations de bonne pratique sur les antisécritaires gastriques chez l'adulte de l'AFSSAPS : http://www.puppeim.com/Documents/AFSSAPS_RBP_antisecretoire-gastrique-argu_11-2007.pdf
- Le guide 2014 de la SFGG prescriptions médicamenteuses adaptées aux personnes âgées.
- Effets secondaires des IPP au long cours. G. Macaigne, Post'U 2018 : <https://www.fmgastro.org/texte-postu/postu-2018-paris/effets-secondaires-des-ipp-au-long-cours>



Mise à jour: janvier 2020

TABLEAU 2 : Recueil de données de l'étude dans les 3 EHPAD

Identification	Age	Sexe	GIR	Score de Charlson	Nombre de médicaments	Molécule	Dose (SD, DD)	Indication	Prescription justifiée	Durée du traitement	AAP, AOD, corticoïde
C2113	90	F	2	8	16	PANTO	SD	Anémie + méléna	NON	durée indéterminée	OUI
B32	82	F	4	10	12	PANTO	SD	Prévention de récurrences de l'oesophagite + ulcère peptique	OUI	durée indéterminée	NON
B127B	92	F	2	7	14	PANTO	SD	Adénocarcinome colorectal + diverticulose colique	NON	durée indéterminée	OUI
C2138	96	F	1	8	10	PANTO	SD	Anémie sous APIXABAN	NON	durée indéterminée	OUI
C2128	98	F	3	6	16	PANTO	SD	Anémie sur probable saignement, sans exploration digestive	NON	durée indéterminée	OUI
A765128	92	F	3	7	12	ESO	DD	Anémie sur suspicion de saignement digestif	NON	durée indéterminée	OUI
A554444	91	M	3	7	13	PANTO	DD	Anémie sur suspicion de saignement digestif	NON	durée indéterminée	NON
A51628	76	M	4	4	2	ESO	SD	UGD	OUI	durée indéterminée	NON
A620734	81	F	2	7	14	PANTO	SD	AOD + AAP	OUI	durée indéterminée	OUI
A620252	76	F	2	7	9	PANTO	SD	Association bi-antiagrégants plaquettaires	OUI	durée indéterminée	OUI
A1150480	75	F	3	4	9	ESO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	NON
A3221	75	M	4	6	6	ESO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	NON
A540544	78	F	4	3	5	ESO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	OUI
A22957	101	F	4	7	15	ESO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	OUI
A855988	82	M	3	6	11	PANTO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	OUI
A233825	87	F	3	6	6	ESO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	NON
A71101	88	M	1	10	16	ESO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	OUI
A1121893	80	M	4	6	10	PANTO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	OUI
A156023	84	F	2	6	10	ESO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	OUI

A525777	81	M	2	5	6	ESO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	NON
A28347	87	F	2	6	13	ESO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	OUI
A246817	79	F	4	6	14	ESO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	OUI
A151276	88	F	2	5	11	ESO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	OUI
A1149119	80	F	5	5	11	LANSO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	NON
A100672	87	F	4	6	14	ESO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	OUI
A538202	85	F	3	6	8	PANTO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	NON
A1111808	86	F	2	9	11	ESO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	OUI
A562356	87	F	4	6	7	ESO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	OUI
A586396	88	M	4	7	11	ESO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	OUI
A523406	94	F	2	6	6	ESO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	NON
A1152232	78	M	4	7	6	ESO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	OUI
A526346	87	F	3	8	10	ESO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	OUI
A603990	81	M	4	7	10	ESO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	OUI
A44889	88	F	3	7	7	PANTO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	OUI
A573465	91	F	2	8	6	ESO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	OUI
A526161	81	M	2	6	6	ESO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	NON
A105898	85	F	2	7	13	ESO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	OUI
A617175	97	F	2	7	10	ESO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	OUI
A35575	80	M	1	6	9	ESO	DD	Aucune	NON	durée indéterminée	NON
A279113	102	F	4	14	6	PANTO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	OUI
A211833	99	F	4	7	4	ESO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	NON
A296035	91	F	2	7	10	PANTO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	OUI
A248859	92	M	4	8	5	ESO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	NON
A78985	86	M	4	8	13	ESO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	OUI
A1940	83	F	4	7	7	PANTO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	OUI
A83520	83	F	4	4	11	ESO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	NON
A572748	91	M	3	6	10	ESO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	OUI
A1151267	87	F	3	5	7	ESO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	NON

A551017	91	F	3	10	11	ESO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	OUI
A546831	85	M	4	6	5	ESO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	NON
A605779	90	F	4	7	9	PANTO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	NON
A265187	86	M	2	5	7	ESO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	NON
A501697	88	M	4	8	8	LANSO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	NON
A585981	96	F	2	6	7	ESO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	OUI
A1149702	78	F	2	4	11	ESO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	OUI
B102	95	F	2	11	21	LANSO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	OUI
B124	87	M	1	12	12	LANSO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	OUI
B110	77	F	4	9	18	PANTO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	NON
B112	78	F	3	9	13	PANTO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	NON
B9	87	F	2	5	21	LANSO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	OUI
B116	92	F	2	8	14	PANTO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	OUI
B22	94	F	1	8	11	LANSO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	OUI
B146	89	F	1	8	13	LANSO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	NON
B37	78	F	1	5	7	LANSO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	NON
B160	92	F	1	8	11	PANTO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	NON
B39	95	F	3	8	11	PANTO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	NON
B10	87	M	6	6	13	PANTO	SD	Aucune	OUI	durée indéterminée	NON
B155	80	F	1	11	17	LANSO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	OUI
B33	87	M	3	9	14	PANTO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	OUI
B154	95	F	2	7	10	PANTO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	NON
B11	90	F	1	8	20	PANTO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	OUI
C1113	89	M	2	6	8	PANTO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	NON
C1117	92	F	2	6	17	PANTO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	NON
C1106	87	F	2	10	16	PANTO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	NON
C1112	87	F	2	8	14	PANTO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	OUI
C1145	85	F	1	5	13	PANTO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	OUI
C1140	94	M	2	12	18	PANTO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	OUI

C1124	91	F	3	6	12	PANTO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	OUI
C1131	84	F	4	8	16	PANTO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	NON
C1219	88	M	2	6	15	PANTO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	OUI
C1241	89	F	3	7	12	PANTO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	OUI
C2102	95	F	2	7	9	PANTO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	NON
C2104	91	M	1	7	14	PANTO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	NON
C2218	94	F	1	9	15	PANTO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	OUI
C1244	91	M	1	7	9	LANSO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	NON
A500072	84	F	4	5	6	PANTO	SD	Aucune	NON	durée indéterminée	NON
A37342	87	F	4	5	9	ESO	SD	Aucune (Notion de corticothérapie de courte durée)	NON	durée indéterminée	NON
C2117	92	M	1	5	13	PANTO	SD	Cancer œsophage 2019	NON	durée indéterminée	NON
B157	87	F	3	7	22	PANTO	SD	Colite ischémique + diverticulose colique	NON	durée indéterminée	OUI
B126	90	F	2	9	23	PANTO	SD	Diverticulose	NON	70 semaines	OUI
B134	84	F	2	11	11	LANSO	SD	Diverticulose sigmoïdienne + pancréatite aiguë	NON	durée indéterminée	NON
C2118	93	F	2	6	8	PANTO	SD	Douleurs épigastriques, traitement d'épreuve	NON	durée indéterminée	NON
C1236	82	F	3	5	13	PANTO	SD	épaississement estomac pet scan FOGD impossible (asymptomatique)	NON	durée indéterminée	NON
C2135	87	F	1	6	7	PANTO	SD	Gastrite auto-immune grade C + Maladie de Biermer + Hélico bacter pylori	OUI	durée indéterminée	NON
A537675	77	F	1	7	12	ESO	SD	Gastrite chronique	OUI	durée indéterminée	NON
A528713	96	F	2	6	6	ESO	SD	Gastrite chronique	OUI	durée indéterminée	OUI
A22553	76	F	2	4	10	PANTO	SD	Gastrite entérale érosive	OUI	durée indéterminée	OUI
C2136	89	M	2	8	11	PANTO	SD	Gastrite grade C	OUI	durée indéterminée	NON
C1141	89	F	4	4	7	PANTO	SD	Gastrite grade C (biopsie 01/2022) + hernie hiatale symptomatique	OUI	durée indéterminée	NON
C2132	98	F	2	7	19	PANTO	SD	Hélicobacter pylori 2018 traitée	NON	durée indéterminée	OUI
C2139	90	F	1	5	12	PANTO	SD	Hémorragie digestive 2024 sous APIXABAN	OUI	durée indéterminée	NON
C2207	89	F	4	8	15	PANTO	SD	Hernie hiatale + Ulcère gastrique	OUI	durée indéterminée	OUI
A65771	96	F	4	6	11	ESO	SD	Hernie hiatale	NON	durée indéterminée	OUI
B119	89	F	3	7	20	PANTO	SD	Hernie hiatale	NON	durée indéterminée	OUI

B141	98	F	1	9	11	LANSO	SD	Hernie hiatale + diverticulose	NON	durée indéterminée	OUI
C2105	85	M	2	6	13	PANTO	SD	Hernie Hiatale + Hélico bacter pylori + Ulcère gastrique 2022	OUI	durée indéterminée	OUI
C2131	83	M	1	7	14	PANTO	SD	Hernie Hiatale +oesophagite	OUI	312 semaines	OUI
B144	89	M	2	6	17	PANTO	SD	Néoplasie colique	NON	durée indéterminée	OUI
B148	92	M	1	11	12	PANTO	SD	Néoplasie sigmoïdienne	NON	durée indéterminée	OUI
C2129	77	M	2	5	16	PANTO	SD	NON	NON	durée indéterminée	NON
A68828	95	F	2	6	11	PANTO	SD	Oesophagite + Hernie hiatale	OUI	durée indéterminée	OUI
C1111	90	F	1	9	15	PANTO	SD	oesophagite objectivée par FOGD 04/2023	OUI	durée indéterminée	NON
A513197	82	F	3	5	6	PANTO	SD	Oesophagite peptique + Hernie hiatale	OUI	durée indéterminée	OUI
A553581	101	M	2	10	5	ESO	SD	Oesophagite peptique ulcéreuse	OUI	durée indéterminée	OUI
A64842	79	M	3	7	14	ESO	SD	Oesophagite ulcérée	OUI	durée indéterminée	OUI
B131	89	F	4	8	11	PANTO	SD	Pancréatite + Pseudopolyarthrite rhizomélisque	NON	durée indéterminée	OUI
C2130	96	M	3	10	8	PANTO	SD	Pas d'indication. En cours d'arrêt après diminution.	NON	4 semaines	OUI
B120	77	M	2	9	19	PANTO	SD	Polypes coliques en janvier 2024 + méléna non exploré	NON	durée indéterminée	OUI
C1128	93	F	2	7	16	PANTO	SD	Prescription de corticoïdes	NON	durée indéterminée	OUI
C1133	85	F	4	4	14	PANTO	SD	Prescription de corticothérapie	NON	durée indéterminée	OUI
B151	86	M	2	5	10	LANSO	SD	Prévention de récurrence d'oesophagite ulcérée	OUI	durée indéterminée	OUI
B2	86	F	3	8	17	LANSO	SD	Prévention de récurrence d'ulcère gastrique	OUI	durée indéterminée	OUI
B20	81	F	1	8	18	LANSO	SD	Prévention de récurrence d'ulcère gastrique sur Helicobacter pylori + reflux gastro-oesophagien	OUI	durée indéterminée	OUI
B107	89	F	4	8	17	PANTO	SD	Prévention des récurrences de l'oesophagite grade C secondaire au reflux gastro-oesophagien	OUI	durée indéterminée	OUI
B115	84	M	3	7	16	LANSO	SD	Prévention des récurrences d'ulcère gastrique à Helicobacter pylori	OUI	durée indéterminée	NON
B38	92	F	2	7	19	LANSO	SD	Prévention des récurrences d'ulcère gastrique hémorragique + hernie hiatale + colite hémorragique?	OUI	durée indéterminée	OUI
C2125	83	M	3	4	16	PANTO	SD	Reflux gastro-oesophagien + oesophagite	OUI	durée indéterminée	OUI

C1233	84	F	1	5	9	PANTO	SD	Reflux gastro-oesophagien sans FOGD	NON	durée indéterminée	NON
A161317	87	F	2	7	9	PANTO	SD	Reflux gastro-oesophagien symptomatique	OUI	durée indéterminée	OUI
B135	97	F	2	9	18	PANTO	SD	Reflux gastro-oesophagien symptomatique + diverticulose	OUI	durée indéterminée	NON
B113	86	F	3	7	12	LANSO	SD	Reflux gastro-oesophagien symptomatique sans oesophagite	OUI	durée indéterminée	NON
C2120	90	M	3	8	14	PANTO	SD	RGO peu symptomatique	NON	durée indéterminée	OUI
C2213	78	M	4	6	17	PANTO	SD	Saignement digestif visible sur vidéocapsule	OUI	durée indéterminée	OUI
C1211	83	M	2	4	11	PANTO	SD	Ulcère du bulbe à <i>Helicobacter pylori</i>	OUI	durée indéterminée	NON
A1136177	94	F	2	6	4	ESO	SD	Ulcère gastrique	OUI	durée indéterminée	NON
A551220	89	F	2	6	5	ESO	SD	Ulcère gastro- duodénal	OUI	durée indéterminée	NON
A52511	75	F	3	4	7	ESO	SD	Ulcère Gastro- duodénal	OUI	durée indéterminée	NON
A153757	100	F	1	9	5	ESO	SD	Ulcère gastro-duodénal	OUI	durée indéterminée	OUI
C2208	90	M	3	6	13	PANTO	DD	Ulcère oesogastrique + choc hémorragique 06/2023	OUI	durée indéterminée	OUI

- ESO = Esoméprazole, LANSO = Lansoprazole, PANTO = Pantoprazole, SD = Simple Dose, DD = Double Dose

Résumé :

Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) sont fréquemment prescrits chez les personnes âgées, souvent au long cours, parfois sans indication documentée. Cette étude transversale qualitative dans trois EHPAD de France a pour objectif d'analyser les pratiques de prescription des IPP chez les résidents âgés. Elle vise à évaluer la pertinence des indications, la durée des traitements, et le respect des recommandations en vigueur. L'analyse met en évidence une proportion significative de prescriptions prolongées sans justification claire, soulignant la nécessité d'une réévaluation régulière des traitements. Ces résultats appellent à une optimisation de la prescription des IPP en gériatrie, notamment à travers la mise en œuvre de protocoles de déprescription.

Abstract :

Proton pump inhibitors (PPIs) are widely prescribed in older adults, often for prolonged periods and sometimes without clear clinical justification. This qualitative cross-sectional study, conducted in three French nursing homes, investigated PPI prescribing practices among elderly residents. The study assessed the appropriateness of indications, treatment duration, and adherence to guideline recommendations. Results demonstrated a high prevalence of long-term prescriptions without adequate indication, highlighting the importance of systematic treatment reassessment. These findings underscore the need to optimize PPI prescribing in geriatric care, particularly through the adoption of structured deprescribing strategies. Improved prescribing practices may reduce polypharmacy, minimize adverse drug events, and lower healthcare costs while enhancing patient safety.