


## Inhibiteurs de la pompe à protons : déprescription et modification des habitudes de vie

Une production de l'Institut national  
d'excellence en santé  
et en services sociaux (INESSS)

Direction de l'évaluation et de la pertinence  
des modes d'intervention en santé



# Inhibiteurs de la pompe à protons : déprescription et modification des habitudes de vie

## *Rédaction*

Geneviève Duplain Cyr  
Benoît Laffont

## *Coordination scientifique*

Marie-Claude Breton

## *Direction*

Catherine Truchon  
Ann Lévesque



Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

### **Membres de l'équipe de projet**

#### **Auteure et auteur principaux**

Geneviève Duplain Cyr, B. Pharm., M. Sc.  
Benoît Laffont, Ph. D.

#### **Coordonnatrice scientifique**

Marie-Claude Breton, Ph. D.

#### **Directrice adjointe**

Ann Lévesque, Ph. D.

#### **Directrice**

Catherine Truchon, Ph. D., M. Sc. Adm.

#### **Repérage de l'information scientifique**

Mathieu Plamondon, M.S.I.

#### **Soutien documentaire**

Bin Chen, techn. docum.

#### **Soutien administratif**

Théodore Dubois

---

### **Équipe de l'édition**

Jean Talbot  
Nathalie Vanier

#### **Sous la coordination de**

Catherine Olivier, Ph. D.

#### **Avec la collaboration de**

Littera Plus, révision linguistique  
Mark A. Wickens, traduction

---

### **Dépôt légal**

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2025  
ISBN 978-2-555-01591-3 (PDF)

Tous droits réservés

© Gouvernement du Québec, 2025

Ce document peut être utilisé, reproduit, imprimé, partagé et communiqué, en tout ou en partie, à des fins non commerciales, éducatives ou de recherche uniquement, à condition que l'INESSS soit dûment mentionné comme source. Les photos, images ou figures peuvent être associées à des droits d'auteur spécifiques et nécessitent une autorisation de la part de l'INESSS avant utilisation. Tout autre usage de cette publication, y compris sa modification en tout ou en partie ou visant des fins commerciales, doit faire l'objet d'une autorisation préalable de l'INESSS. Une autorisation peut être obtenue en formulant une demande à [droitdauteur@inesss.gc.ca](mailto:droitdauteur@inesss.gc.ca).

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Inhibiteurs de la pompe à protons : déprescription et modification des habitudes de vie. Rapport en soutien rédigé par Geneviève Duplain Cyr et Benoit Laffont. Québec, Qc : INESSS; 2025. 43 p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

## Comité consultatif

Pour ce rapport, les membres du comité consultatif sont :

**D<sup>r</sup> Denis Audet**, médecin de famille, groupe de médecine de famille universitaire (GMFU) Saint-François-d'Assise, professeur de clinique, Département de médecine de famille et de médecine d'urgence, Université Laval

**D<sup>r</sup> Jean-Daniel Baillargeon**, gastroentérologue, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSSE-CHUS)

**D<sup>r</sup> Alexandre Gougeon**, gastroentérologue, Centre hospitalier universitaire (CHU) de Québec – Université Laval

**M. Fabrice Leong**, pharmacien, Pharmacie Fabrice Liang Guo Wa Leong Koan, Lacolle

**M<sup>me</sup> Thi Thanh Yen Nguyen**, pharmacienne, Pharmaprix de la Place Ville-Marie, Montréal

**M<sup>me</sup> Ann-Marie Paradis**, diététiste-nutritionniste, Université Laval, Maison Michel-Sarrazin et Centre Bonenfant-Dionne

**D<sup>r</sup> Philippe Willems**, gastroentérologue, service d'hépatologie et de greffe hépatique, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

## Lectrices et lecteur externes

Pour ce rapport, les lecteurs externes sont :

**M<sup>me</sup> Chantal Beaudoin**, diététiste-nutritionniste, Prévost

**M<sup>me</sup> Mélanie Carrier**, pharmacienne, groupe de médecine de famille (GMF) Rive-de-l'Échemin, Centre médical Lévis-Lauzon, Clinique Circa

**D<sup>r</sup> René Wittmer**, médecin de famille, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

## Patientes et patients

L'Institut tient à remercier les patients qui ont participé aux travaux : M<sup>me</sup> Gisèle Aubut, M<sup>me</sup> Nancy Cloutier, M. Robert Grégoire, M. Richard Locas et M<sup>me</sup> Maïka Saint-Gelais.

## Autres contributions

L'Institut tient à remercier aussi les personnes suivantes qui ont contribué à la validation externe de l'outil clinique à titre de futurs utilisateurs :

**D<sup>r</sup> Jacques Bouchard**, médecin de famille

**M<sup>me</sup> Alexandra Charron**, pharmacienne, Mercier

**M<sup>me</sup> Laurie Fournier**, pharmacienne, Montréal

**M<sup>me</sup> Caroll-Ann Kamel-Gravel**, infirmière praticienne spécialisée (IPS) en gastro-entérologie, Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Laval

**D<sup>re</sup> Thérèse Nguyen**, médecin de famille

## Déclaration d'intérêts

**M. Denis Audet** : honoraires de Lundbeck Canada pour la présentation d'une conférence.

**M<sup>me</sup> Mélanie Carrier** : bourse d'études supérieures provenant de subventions de recherche.

**M. Alexandre Gougeon** : honoraires des compagnies Abbvie, AMGEN, AVIR Pharma, Celltrion, Eli Lilly, Ferring, Janssen, Pendopharm, Pfizer, Regeneron/Sanofi et Takeda pour participation à des comités-conseil et pour la présentation de conférences.

**M<sup>me</sup> Thi Thanh Yen Nguyen** : honoraires de Profession Santé pour la rédaction d'articles dans la revue *Québec Pharmacie*.

**M. Félix Trottier-Tellier** : financement de recherche pour des études en cours sur la prise de risankisumab et de l'upadacitinib en cas de colite ulcéreuse et de maladie de Crohn et honoraires de Takeda et Abbvie pour la présentation de conférences.

**M. Philippe Willems** : honoraires de Boston Scientific et Advenz Pharmaceuticals pour la présentation d'une conférence.

**M. René Wittmer** : honoraires pour la présentation de conférences sur la pertinence clinique et la déprescription, président de Choisir avec soin Québec, chercheur affilié au Réseau canadien pour la déprescription et l'usage optimal des médicaments, président du Groupe de travail sur les meilleures pratiques du Collège québécois des médecins de famille.

## Responsabilité

L'INESSS assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs de ce document au moment de sa publication. Ses conclusions ne reflètent pas forcément les opinions des personnes consultées aux fins de son élaboration.

# TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ .....	I
SUMMARY.....	IV
SIGLES ET ACRONYMES .....	VII
INTRODUCTION.....	1
1 CADRE D'ÉVALUATION ET MÉTHODOLOGIE.....	3
1.1 Cadre d'évaluation.....	3
1.2 Méthodologie sommaire.....	4
1.2.1 Questions d'évaluation .....	4
1.2.2 Mobilisation des savoirs .....	5
1.2.3 Intégration des savoirs en soutien à la création de valeur .....	6
2 ARGUMENTAIRES, CONSTATS ET RECOMMANDATIONS .....	7
2.1 Modalités de déprescription des IPP.....	7
2.1.1 Description des documents répertoriés.....	7
2.1.2 Information et recommandations tirées des documents retenus.....	7
2.1.3 Perspective des parties prenantes.....	9
2.2 Modification des habitudes de vie .....	13
2.2.1 Description des documents répertoriés.....	13
2.2.2 Information et recommandations tirées des documents retenus.....	13
2.2.3 Perspective des parties prenantes.....	17
2.3 Considérations économiques et environnementales.....	19
2.3.1 Considérations économiques .....	19
2.3.2 Considérations environnementales.....	20
FORCES ET LIMITES DES TRAVAUX .....	22
ENJEUX RELATIFS À LA MISE EN ŒUVRE ET RETOMBÉES POTENTIELLES DES TRAVAUX.....	23
MISE À JOUR .....	25
RÉFÉRENCES.....	26
ANNEXE I .....	28
Méthodologie détaillée.....	28

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Coût d'acquisition des inhibiteurs de la pompe à protons et des principales options de traitement .....	20
Tableau I-1	Questions d'évaluation, aspects, principes et enjeux éthiques ciblés par dimension en soutien au jugement de valeur.....	28
Tableau I-2	Sources d'information et type de revue pour documenter les questions d'évaluation et les aspects ciblés par dimension en soutien au jugement de valeur .....	30
Tableau I-3	Critères d'inclusion et d'exclusion des documents avec recommandations aux fins de la revue systématique (dimension clinique) – question d'évaluation sur la déprescription des IPP .....	33
Tableau I-4	Critères d'inclusion et d'exclusion des documents avec recommandations aux fins de la revue systématique (dimension clinique) – question d'évaluation sur les modifications des habitudes de vie .....	34
Tableau I-5	Formulation des recommandations .....	41

# RÉSUMÉ

## Introduction

Depuis plus de 20 ans, au Québec, diverses actions ont été entreprises et des mesures ont été appliquées pour favoriser l'usage optimal des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) et la réduction du volume d'ordonnances de cette classe de médicaments. Malgré certaines améliorations à la suite de ces efforts, une tendance à un usage inapproprié des IPP est de nouveau observée; elle engendre une pression financière sur le régime général d'assurance médicaments (RGAM).

C'est dans ce contexte que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a demandé à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) d'effectuer une série de travaux sur l'usage des IPP. Dans une première phase, publiée en mai 2025, des constats sur les modalités de traitement initial et à long terme par un IPP chez l'adulte ont été élaborés et une recommandation au ministre concernant la mise à jour des modalités de remboursement des IPP a été transmise [INESSS, 2025].

Le présent document constitue la deuxième phase des travaux, qui ont pour objectif d'outiller les professionnels de la santé de première ligne dans la déprescription des IPP et de les informer sur les stratégies recommandées concernant les modifications des habitudes de vie permettant de soulager les symptômes du reflux gastro-œsophagien (RGO) et de la dyspepsie chez l'adulte.

## Méthodologie

Pour ces travaux, une revue rapide de documents qui présentent de l'information et des recommandations cliniques sur la déprescription des IPP et sur la modification des habitudes de vie pour le soulagement des symptômes de la dyspepsie et du RGO a été réalisée à partir de publications répertoriées dans des bases de données bibliographiques et dans d'autres sources d'information. L'analyse et la synthèse de l'information et des éléments contextuels recueillis ont été effectuées dans une perspective de contextualisation de la pratique au Québec, en se basant notamment sur des éléments de contexte législatif, réglementaire et organisationnel propres au Québec et sur la perspective des différentes parties prenantes consultées. La perspective des parties prenantes a été recueillie par le biais d'un comité consultatif formé de professionnels de la santé de différentes spécialités et expertises. La perspective des personnes qui prennent ou ont déjà pris un IPP concernant les enjeux d'acceptabilité liés à la déprescription des IPP et à la modification des habitudes de vie a également été recueillie par le biais d'entrevues individuelles. Enfin, la qualité globale des travaux, leur acceptabilité et leur applicabilité ont été appréciées par des lecteurs externes spécialistes du domaine d'intérêt ainsi que des futurs utilisateurs qui n'avaient pas participé aux travaux.

## Résultats

Au terme de l'analyse de l'ensemble de l'information colligée et du processus itératif avec les parties prenantes, les constats et messages clés suivants ont été reconnus comme porteurs pour soutenir l'harmonisation de la pratique clinique et faciliter la déprescription des IPP ainsi que la modification des habitudes de vie pour le soulagement des symptômes de dyspepsie et du RGO.

### **Le traitement par IPP devrait être réévalué chez les personnes qui le prennent depuis plus de huit semaines sans indication justifiant un usage à long terme**

En présence d'une indication de traitement à long terme, la déprescription est non recommandée, mais la réduction de la dose à une prise une fois par jour pourrait être envisagée chez les personnes qui prennent un IPP deux fois par jour. En cas de symptômes persistants malgré une adhésion optimale au traitement par IPP et s'il n'y a pas de condition justifiant un traitement à long terme, la prise de l'IPP devrait généralement être interrompue pour cause d'inefficacité. La recherche d'autres causes pour expliquer les symptômes et une investigation supplémentaire pourraient être envisagées.

### **Les différentes approches de déprescription des IPP sont la réduction de la dose, la prise au besoin ou leur arrêt complet**

Le choix entre les différentes approches de déprescription des IPP devrait être discuté entre la personne et le professionnel de la santé. La réapparition transitoire des symptômes est susceptible de survenir lors de l'arrêt ou de la réduction de la dose des IPP, mais ces symptômes ne justifient pas leur reprise. Certaines stratégies sont proposées pour soulager ces symptômes transitoires, comme l'usage d'antiacides ou d'anti-H2 ou encore la prise d'un IPP au besoin seulement, en complément de modifications des habitudes de vie. Certaines modifications en lien avec les habitudes alimentaires, liées au sommeil, à la gestion du stress, à l'activité physique ainsi qu'à la consommation de tabac ou d'alcool devraient être discutées avec les personnes concernées.

### **Le suivi de la déprescription des IPP devrait inclure la réévaluation des symptômes et les conseils sur les autres approches, pharmacologiques ou non**

Un suivi rapproché (c.-à-d. après quatre à douze semaines) est recommandé à la suite de la déprescription d'un IPP, idéalement sous la responsabilité du pharmacien communautaire. Le suivi devrait avoir pour objectif de réévaluer et documenter la présence de symptômes de RGO ou de dyspepsie, notamment la fréquence, la gravité et l'efficacité des mesures non pharmacologiques ou des autres traitements. La reprise de l'IPP à la dose précédente efficace peut être envisagée si les symptômes persistent après l'arrêt ou la réduction de la dose, si les inhibiteurs de la pompe à protons interfèrent avec les activités quotidiennes et si la personne n'est pas soulagée par les autres approches, pharmacologiques ou non. Le cas échéant, un suivi devrait être

effectué après quatre à douze semaines afin d'envisager une nouvelle tentative de déprescription. En cas de poursuite du traitement, le suivi subséquent peut être annuel.

### **Recommandations et outil clinique**

À la suite du processus itératif avec les membres du comité consultatif, où l'information clinique et les recommandations tirées de la littérature, les éléments contextuels et la perspective de différentes parties prenantes consultées ont été triangulés, une série de constats et de recommandations ont été formulés relativement à la déprescription des IPP et à la modification des habitudes de vie pour le soulagement des symptômes de dyspepsie et de RGO. Ces recommandations sont mises en encart tout au long du présent rapport et elles sont intégrées dans l'outil clinique qui découle de ces travaux, soit un algorithme décisionnel pour la déprescription des IPP.

### **Conclusion**

L'élaboration de l'algorithme décisionnel pour la déprescription des IPP s'appuie sur des recommandations de pratique clinique qui ont été bonifiées par la perspective des parties prenantes consultées, y compris celle des patients, et contextualisées par rapport à la pratique québécoise. Cet outil devrait permettre le rehaussement et l'harmonisation de la pratique et contribuer à la prise en charge efficace des personnes pour qui la déprescription des IPP est pertinente. Le rehaussement et l'harmonisation de la pratique dépendront cependant :

- de la diffusion de l'algorithme décisionnel;
- de l'adhésion aux changements et de l'appropriation des recommandations par les professionnels de la santé concernés;
- de la disponibilité de formations lorsque nécessaire;
- et de la promotion de cet outil au sein du réseau.

# SUMMARY

## Proton pump inhibitors: deprescription and lifestyle changes

### Introduction

In Québec, over the past 20 years, various initiatives have been undertaken and measures have been put in place to promote the optimal use of proton pump inhibitors (PPIs) and reduce the number of prescriptions for this class of drugs. Despite certain improvements due to these efforts, a trend toward inappropriate PPI use is once again being observed. It is resulting in financial pressure on the basic prescription drug insurance plan (RGAM).

It is against this backdrop that the Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) asked the Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) to carry out a series of projects on the use of PPIs. In the first phase, published in May 2025, findings concerning initial and long-term PPI treatment approaches in adults were drawn up, and a recommendation was sent to the Minister concerning the updating of the conditions of coverage for PPIs [INESSS, 2025]. This report constitutes the second phase of the work, the objective of which is to equip front-line health professionals to deprescribe PPIs and to acquaint them with the recommended strategies for lifestyle changes that can provide symptomatic relief of gastroesophageal reflux disease (GERD) and dyspepsia in adults.

### Methodology

For this phase, a rapid review of the literature containing information and clinical recommendations concerning PPI deprescription and lifestyle changes for relieving the symptoms of dyspepsia and GERD was carried out on publications found in bibliographic databases and other information sources. The data and contextual elements gathered were analyzed and synthesized with a view to contextualizing the practice in Québec, based mainly on legislative, regulatory and organizational contextual information specific to Québec and on the perspectives of the different stakeholders who were consulted. These perspectives were gathered by means of an advisory committee consisting of health professionals from different specialties and areas of expertise. The perspectives of current and past PPI users regarding the acceptability issues relating to PPI deprescription and to lifestyle changes were gathered by means of one-on-one interviews. Lastly, the overall quality of the work, its acceptability and its applicability were assessed by external reviewers specializing in the field of interest and by future users who did not participate in the project.

## Results

Following the analysis of all of the gathered data and the iterative process with the stakeholders, the following key findings and messages were considered to have the potential to support the harmonization of clinical practice and to facilitate PPI deprescription and lifestyle changes for relieving dyspepsia and GERD symptoms.

### **PPI therapy should be reevaluated in those who have been taking it for more than 8 weeks with no indication justifying its long-term use**

In the presence of an indication for long-term treatment, deprescription is not recommended, but consideration should be given to reducing the intake to a once-daily dose in those taking a PPI twice daily. If there are persistent symptoms despite optimal adherence to PPI therapy and no condition justifying long-term treatment, the PPI should generally be discontinued because of its ineffectiveness. Consideration could be given to looking for other causes that might explain the symptoms and to conducting an additional investigation.

### **The different PPI deprescription approaches are dose reduction, on-demand dosing, and complete discontinuation**

The choice between the different PPI deprescription strategies should be discussed between the person and health professional. Symptoms may reappear transiently when the PPI is discontinued or when the dose is reduced, but these symptoms do not warrant restarting the drug. Certain strategies for relieving these symptoms are proposed, such as using antacids or an H<sub>2</sub> receptor antagonist or taking a PPI only as needed, in addition to lifestyle changes. Certain lifestyle changes concerning eating habits, sleep, stress management, physical activity and smoking and alcohol consumption should be discussed with the persons concerned.

### **A PPI deprescription follow-up should include a symptom reassessment and advice concerning the other approaches, pharmacological or otherwise**

A close follow-up (i.e., after 4 to 12 weeks) is recommended after a PPI is deprescribed and should ideally be done under the responsibility of the community pharmacist. The objective of the follow-up should be to reassess and record the presence of GERD or dyspepsia symptoms, in particular, their frequency and severity, and the effectiveness of the nonpharmacological measures or other treatments. Returning to the previous effective dose may be considered if the symptoms persist after the discontinuation or dose reduction, if the PPI interferes with the person's daily activities or if they do not obtain relief with the other approaches, pharmacological or otherwise. If applicable, a follow-up should be done in 4 to 12 weeks with a view to considering a new deprescription attempt. If the treatment is continued, the subsequent follow-up can be done annually.

## **Recommendations and clinical tool**

Following the iterative process with the advisory committee's members, during which the clinical data and literature recommendations, the contextual information and the perspectives of the different stakeholders consulted were triangulated, a series of findings and recommendations were drawn up regarding PPI deprescription and lifestyle changes for relieving dyspepsia and GERD symptoms. These recommendations appear in text boxes throughout this report and have been incorporated into the clinical tool stemming from this project, namely, a PPI deprescription decision algorithm.

## **Conclusion**

The PPI deprescription decision algorithm is based on clinical practice recommendations, which were supplemented with the perspectives of the stakeholders consulted, including those of patients, and contextualized for Québec practice. This tool should help enhance and harmonize the practice and contribute to the effective management of persons in whom deprescribing a PPI is indicated. However, the enhancement and harmonization of the practice will depend on :

- The dissemination of the decision algorithm;
- The adherence to the changes and the uptake of the recommendations by the health professionals concerned;
- The availability of training, when needed; and
- The promotion of this tool within the health and social services system

## SIGLES ET ACRONYMES

AGREE	<i>Appraisal of Guidelines for Research &amp; Evaluation</i>
AINS	Anti-inflammatoire non stéroïdien
AMSTAR	<i>A MeaSurement Tool to Assess systematic Reviews</i>
anti-H2	Antagonistes des récepteurs H2 de l'histamine
ASA	Acide acétylsalicylique
CRDS	Centre de répartition des demandes de service
ETMISSS	Évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux
GES	Gaz à effet de serre
GIP	<i>Gastric inhibitory polypeptide</i>
GLP-1	<i>Glucagon-like peptide-1</i>
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPP	Inhibiteurs de la pompe à protons
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
RGAM	Régime général d'assurance médicaments
RGO	Reflux gastro-œsophagien

# INTRODUCTION

## Problématique

Depuis plus de 20 ans, au Québec, diverses actions ont été entreprises et des mesures ont été appliquées pour favoriser l'usage optimal des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) et la réduction du volume des ordonnances de cette classe de médicaments. Malgré certaines améliorations à la suite de ces efforts, une tendance à un usage inapproprié des IPP est observée de nouveau, qui engendre une pression financière sur le régime général d'assurance médicaments (RGAM).

Selon un rapport de Choisir avec soin Canada, les IPP sont souvent utilisés de manière inappropriée, sans indication, ou pour des durées plus longues que celles qui sont recommandées [Wintemute et Train, 2017]. En outre, l'usage à long terme des IPP pourrait être lié à un nombre de plus en plus important d'effets indésirables [Targownik *et al.*, 2022]. Par conséquent, la déprescription, soit le processus planifié et supervisé de réduction de la dose ou d'arrêt des IPP, est une stratégie importante pour réduire la charge médicamenteuse et les risques, tout en diminuant les coûts et en maintenant ou en améliorant la qualité de vie [Targownik *et al.*, 2022; Farrell *et al.*, 2017].

## Contexte de l'amorce des travaux

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a demandé à l'INESSS d'effectuer des travaux sur l'usage des IPP, qui se sont déroulés en deux phases.

Dans la première phase de ces travaux, des constats sur les modalités de traitement initial et à long terme par un IPP chez l'adulte ont été élaborés. De plus, une recommandation au ministre concernant la mise à jour des modalités de remboursement des IPP (indications reconnues pour le paiement) a été transmise (avril 2025) [INESSS, 2025]. Dans la deuxième phase des travaux, des recommandations sur les modalités de déprescription des IPP et sur les modifications des habitudes de vie pour le soulagement du reflux gastro-œsophagien (RGO) et de la dyspepsie chez l'adulte ont été formulées. Ces recommandations sont présentées dans le présent document.

## Objectifs

Les objectifs de ces travaux sont :

- d'outiller les professionnels de la santé de première ligne pour la déprescription des IPP;
- de les informer sur les stratégies recommandées relativement aux modifications des habitudes de vie qui pourraient contribuer au soulagement des symptômes de RGO ou de dyspepsie chez les adultes; et
- de favoriser un usage optimal des IPP.

Les recommandations visent à soutenir les milieux cliniques et faciliter le travail interprofessionnel au sein, notamment, des consultations médicales, groupes de médecine familiale, cliniques de soins infirmiers, cliniques privées et pharmacies communautaires.

### **Livrables**

- Rapport Guides et normes
- Outil clinique pour la déprescription des IPP chez les adultes, comprenant des recommandations sur la modification des habitudes de vie pour le soulagement du RGO et de la dyspepsie

### **Aspects exclus**

Les aspects suivants ont été exclus des travaux :

- Recommandations sur l'organisation des soins et services en lien avec la trajectoire de soins.

Des considérations ou enjeux relatifs à cet aspect ont toutefois été relevés à travers l'analyse de la littérature grise ainsi que les consultations auprès des différentes parties prenantes, et ils ont fait l'objet de certaines pistes d'amélioration.

# 1 CADRE D'ÉVALUATION ET MÉTHODOLOGIE

La transformation des pratiques cliniques et organisationnelles découlant de l'introduction, l'amélioration de l'usage ou le retrait d'une intervention peut contribuer à la création de valeur pour le réseau de la santé et des services sociaux. Dans l'optique d'atteindre les objectifs anticipés par les présents travaux, l'évaluation s'est concentrée autour de la question décisionnelle suivante :

- Quelles sont les pratiques cliniques optimales au regard de la déprescription des IPP chez l'adulte et des modifications des habitudes de vie chez l'adulte pour le soulagement du RGO ou de la dyspepsie?

Pour y répondre, une approche générale d'appréciation globale de la valeur à l'issue de la triangulation des données scientifiques, contextuelles et expérientielles a été employée. Au cœur de l'évaluation, les dimensions populationnelle<sup>1</sup>, clinique<sup>2</sup> et organisationnelle<sup>3</sup> de [l'Énoncé de principes](#) ont été approfondies.

Les dimensions économique et socioculturelle, de même que les considérations environnementales associées aux interventions ciblées, ont été retenues dans les travaux, mais elles n'ont pas fait l'objet de questions d'évaluation.

## 1.1 Cadre d'évaluation

Le cadre d'évaluation a été bâti selon la nature du mandat et en tenant compte des éléments du modèle PIPOH<sup>4</sup> (population, interventions d'intérêt [aspects à documenter], professionnels à qui s'adressent les travaux, objectif poursuivi par les interventions ciblées [*outcome* – dépistage, diagnostic, traitement, suivi] et le milieu/contexte clinique où s'appliquent les interventions [*health care setting*]).

---

<sup>1</sup> Contribuer à un meilleur état de santé et de bien-être pour la population dans un souci d'équité.

<sup>2</sup> Améliorer la santé et le bien-être des usagers et usagères.

<sup>3</sup> S'insérer dans le contexte organisationnel des soins et services d'une façon qui contribue à renforcer le système de santé et de services sociaux.

<sup>4</sup> <https://g-i-n.net/wp-content/uploads/2021/03/ADAPTE-Resource-toolkit-March-2010.pdf>

Éléments	Description
Populations d'intérêt	Personne de 18 ans ou plus qui présente des symptômes de RGO ou de dyspepsie
Interventions <sup>5</sup> ciblées	Modalités de déprescription des IPP par voie orale Modification des habitudes de vie pour le soulagement des symptômes de RGO ou de dyspepsie
Porteurs de l'intervention	Médecins, infirmières, pharmaciens, nutritionnistes
Objectifs poursuivis par les interventions ciblées	Évaluation, traitement, suivi
Contexte/milieu d'utilisation des interventions	Clinique médicale, groupe de médecine familiale, clinique de soins infirmiers, clinique privée, pharmacie communautaire

## 1.2 Méthodologie sommaire

### 1.2.1 Questions d'évaluation

Les questions d'évaluation ont été déterminées selon les aspects principaux à documenter pour élaborer des recommandations sur la démarche clinique, la conduite thérapeutique, le suivi et l'orientation vers la médecine spécialisée, et ce, de façon à couvrir les dimensions populationnelle, clinique et organisationnelle de [l'Énoncé de principes](#) qui sont en soutien au jugement de valeur.

1. *Quelle est la perspective des personnes qui présentent des symptômes de RGO ou de dyspepsie concernant la déprescription des IPP et les modifications des habitudes de vie?*
2. *Quelles sont les modalités de bonne pratique clinique concernant :*
  - a. *La déprescription des IPP chez l'adulte (p. ex. évaluation des candidats à la déprescription, modalités de prise en charge et de suivi, information à transmettre aux patients)?*
  - b. *Les modifications des habitudes de vie chez l'adulte pour le soulagement du reflux gastro-œsophagien (RGO) ou de la dyspepsie?*
3. *Quels sont les enjeux professionnels et organisationnels concernant :*
  - a. *La déprescription des IPP chez l'adulte?*
  - b. *La recommandation de modification des habitudes de vie pour le soulagement du RGO et de la dyspepsie chez l'adulte?*

---

<sup>5</sup> Comprennent les tests, procédures, dispositifs, équipements, médicaments, thérapies cellulaires et géniques et modes d'intervention, d'organisation et de gouvernance.

Les autres aspects à considérer à l'égard des dimensions économique et socioculturelle, les enjeux éthiques, de même que les considérations environnementales associées aux interventions ciblées, sont décrits au [tableau I-1](#) de l'annexe I du présent document.

### 1.2.2 Mobilisation des savoirs

La méthodologie complète pour mener à terme ces travaux est décrite à l'[annexe I](#) du présent document.

**Types de revues de la littérature** – Revue rapide, selon les normes de l'INESSS, de guides de pratiques cliniques, de lignes directrices et de positions d'autres organisations. Revue narrative pour documenter certains aspects des dimensions populationnelle, organisationnelle, économique et socioculturelle, puis des considérations environnementales.

**Bases de données consultées** – MEDLINE, Embase, EBM Reviews (Cochrane Database of Systematic Reviews).

**Autres sources de données** – Sites Web des agences et des organismes d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux (ETMISSS) ainsi que ceux d'associations professionnelles associées au thème des travaux, moteur de recherche Google, sites Web des gouvernements fédéraux, territoriaux, provinciaux et paragouvernementaux, sites Web d'associations professionnelles, de fédérations et d'ordres professionnels du Québec. Les références des publications retenues ont été consultées afin de répertorier d'autres documents pertinents. La consultation initiale a été menée en février 2025.

**Évaluation de la qualité méthodologique** – Les lignes directrices et les guides de pratique clinique ont été évalués à l'aide de la grille *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation* (AGREE II) [Brouwers *et al.*, 2010]. Les revues systématiques avec recommandations ont été évaluées avec la grille *A Measurement Tool to Assess systematic Reviews* (AMSTAR 2) [Shea *et al.*, 2017].

**Consultation de parties prenantes** – Un comité consultatif a été mis sur pied lors de la planification du projet pour recueillir des savoirs expérientiels et des perspectives cliniques, organisationnelles et éthiques. Ce comité était constitué de représentants des secteurs de la gastro-entérologie, de la nutrition et des soins de première ligne via la médecine familiale et la pharmacie. Trois lecteurs externes, soit un médecin de famille, une pharmacienne et une diététiste-nutritionniste, ont aussi été invités à partager leur perspective en plus d'évaluer la pertinence du contenu, la faisabilité des recommandations et la qualité globale des travaux.

De plus, afin de recueillir la perspective des personnes atteintes de reflux gastro-œsophagien ou de dyspepsie concernant les enjeux liés à la déprescription des IPP et à la modification des habitudes de vie, des consultations sous forme d'entrevues individuelles ont été menées auprès de cinq personnes. Ces consultations avaient pour objectif d'identifier les enjeux d'acceptabilité des mesures visant la déprescription des IPP et l'adoption des habitudes de vie par les personnes concernées. L'information

obtenue lors de ces consultations a également permis d'anticiper certains enjeux d'implantation des recommandations.

L'acceptabilité et l'applicabilité des recommandations cliniques véhiculées au sein de l'outil clinique de même que la pertinence du contenu et la convivialité de ce dernier ont été appréciées par six futurs utilisateurs qui n'ont pas participé aux travaux.

### **1.2.3 Intégration des savoirs en soutien à la création de valeur**

L'information colligée a été intégrée au sein d'une analyse sommaire ancrée dans [l'Énoncé de principes et des fondements éthiques](#) de l'INESSS. Basées sur l'appréciation de l'ensemble de la preuve et tenant compte des recommandations des guides de pratiques cliniques retenus, d'éléments contextuels et de la perspective de parties prenantes consultées, des propositions de repères cliniques clés et des recommandations ont été présentées aux membres du comité consultatif. Ces derniers ont été invités à les bonifier, à les modifier ou à en suggérer des nouveaux. Enfin, la qualité globale des travaux, leur acceptabilité et leur applicabilité ont été appréciées par des lecteurs externes spécialistes du domaine d'intérêt ainsi que de futurs utilisateurs qui n'avaient pas participé aux travaux.

## 2 ARGUMENTAIRES, CONSTATS ET RECOMMANDATIONS

### 2.1 Modalités de déprescription des IPP

#### 2.1.1 Description des documents répertoriés

La recherche d'information a permis de repérer 483 documents dans les bases de données bibliographiques et 13 documents provenant d'autres sources. Parmi ceux-ci, trois documents qui présentaient de l'information et des recommandations cliniques ont été retenus pour les travaux. La stratégie de repérage de la littérature, le diagramme de flux, la liste des documents exclus ainsi que les raisons de leur exclusion, la liste et les caractéristiques des documents inclus et l'évaluation de leur qualité méthodologique sont présentés aux annexes A à E du document *Annexes complémentaires*.

#### 2.1.2 Information et recommandations tirées des documents retenus

Deux des documents retenus portent spécifiquement sur la déprescription des IPP [Golub *et al.*, 2022; Targownik *et al.*, 2022], alors qu'un autre porte sur la prise en charge du reflux gastro-œsophagien chez l'adulte, mais il inclut des recommandations sur la déprescription des IPP [HAS, 2022].

##### 2.1.2.1 Évaluation en vue de la déprescription d'un IPP

Selon deux documents retenus, toute prise d'IPP depuis plus de quatre semaines devrait faire l'objet d'une réévaluation régulière afin de vérifier et documenter l'indication de l'IPP pour éviter une prescription à long terme injustifiée [HAS, 2022; Targownik *et al.*, 2022]. Cette réévaluation devrait être la responsabilité du professionnel de la santé de première ligne, selon un des documents [Targownik *et al.*, 2022]. En cas de doute sur l'indication, un des documents suggère de vérifier les antécédents de la personne (p. ex. endoscopie, hospitalisation due à un ulcère hémorragique, usage chronique d'anti-inflammatoires non stéroïdiens [AINS] ou d'acide acétylsalicylique [ASA] dans le passé, brûlures d'estomac, dyspepsie, etc.) [HAS, 2022].

Un des documents précise que la recherche de facteurs de risque de saignement gastro-intestinal haut devrait être effectuée chez tous les utilisateurs d'IPP avant d'amorcer une déprescription, y compris les facteurs de risque invisibles comme la prise d'AINS ou d'ASA en vente libre [Targownik *et al.*, 2022].

La décision d'amorcer la déprescription des IPP devrait être basée seulement sur l'absence d'une indication claire pour une prise à long terme et non sur le risque d'effets indésirables liés aux IPP [Targownik *et al.*, 2022].

#### 2.1.2.1.1 Candidats pour la déprescription des IPP

Selon un des documents retenus, un essai de déprescription devrait être envisagé chez les personnes qui n'ont pas une indication justifiant un usage à long terme des IPP – soit l'œsophage de Barrett, l'œsophagite érosive sévère, la sténose œsophagienne, le syndrome de Zollinger-Ellison, l'œsophagite à éosinophiles, la gastroprotection chez les utilisateurs d'AINS ou ASA à risque élevé de saignement gastro-intestinal et la prévention de la progression de la fibrose pulmonaire idiopathique. Les personnes qui prennent des IPP pour ces indications ne devraient pas être considérées comme des candidates à la déprescription [Targownik *et al.*, 2022].

En cas de prise d'IPP depuis plus de quatre semaines pour traiter un RGO non compliqué, un des documents recommande de vérifier si les symptômes sont toujours présents. S'il n'y a pas de symptômes persistants, un essai de déprescription de l'IPP est recommandé. Toutefois, si les symptômes persistent, ce document suggère d'investiguer (p. ex. par endoscopie) et, si possible, de réduire à dose minimale efficace d'IPP puis de réévaluer le traitement trois mois plus tard [HAS, 2022]. Selon un autre document, la déprescription est recommandée pour les personnes à faible risque de complications et asymptomatiques après quatre semaines de traitement avec un IPP pour traiter un RGO [Golub *et al.*, 2022].

En raison de l'amorce des IPP généralement empirique, la présence d'un RGO compliqué sous-jacent non investigué (p. ex. œsophagite érosive sévère, sténose peptique, ulcère œsophagien) est possible. Si des symptômes suggestifs d'un RGO compliqué apparaissent à l'arrêt de l'IPP, celui-ci devra être repris rapidement, après avoir envisagé une endoscopie digestive haute pour confirmer le diagnostic [Targownik *et al.*, 2022].

Enfin, l'état de la majorité des personnes qui prennent un IPP deux fois par jour pour une indication pour laquelle un usage à long terme est justifié devrait être évalué pour tenter une réduction de la dose d'IPP à une fois par jour [Targownik *et al.*, 2022]. Les données actuelles ne justifient pas l'usage de doubles doses d'IPP, qui engendrent des coûts supplémentaires et pourraient être associées à certains effets indésirables, comme la pneumonie acquise en communauté, les fractures de la hanche et l'infection à *Clostridium difficile* [Targownik *et al.*, 2022].

#### 2.1.2.2 Méthodes de déprescription

Plusieurs méthodes de déprescription des IPP existent, et elles ont un succès plus ou moins limité, selon un des documents retenus [Golub *et al.*, 2022]. Selon un autre document, l'arrêt des IPP peut être abrupt ou graduel [Targownik *et al.*, 2022]. Dans les deux cas, un rebond acide est susceptible de survenir [Golub *et al.*, 2022; Targownik *et al.*, 2022].

L'arrêt graduel des IPP n'est cependant pas préconisé, selon un autre document [HAS, 2022].

### 2.1.2.3 Suivi et information à transmettre

Les personnes qui cessent de prendre leur IPP devraient être avisées que des symptômes gastro-intestinaux transitoires sont possibles à l'arrêt de l'IPP et que ceux-ci ne justifient pas la reprise de ce médicament [HAS, 2022; Targownik *et al.*, 2022].

Certaines stratégies sont proposées pour soulager ces symptômes transitoires, telles que l'usage d'antiacides, d'antagonistes des récepteurs H2 de l'histamine (anti-H2) ou encore l'usage d'IPP au besoin seulement, en complément à la modification des habitudes de vie [Golub *et al.*, 2022; HAS, 2022; Targownik *et al.*, 2022]. Selon un document, le passage de la prise continue à la prise au besoin permet de réduire la consommation d'IPP d'environ les deux tiers, mais il réduit également la satisfaction des personnes et le contrôle des symptômes [Golub *et al.*, 2022].

Si les symptômes persistent plus de deux mois après l'arrêt de l'IPP ou s'ils sont sévères, des investigations supplémentaires pourraient être envisagées afin de vérifier la présence d'une indication pour un usage à long terme d'un IPP ou d'une autre cause pour expliquer les symptômes [Targownik *et al.*, 2022].

## 2.1.3 Perspective des parties prenantes

### 2.1.3.1 Perspective des cliniciens

Selon les parties prenantes consultées, la connaissance de l'indication pour laquelle la personne prend un IPP est essentielle à l'évaluation en vue d'une déprescription, sans égard au code de remboursement en vigueur sur l'ordonnance. En effet, l'indication de traitement par IPP peut évoluer au fil du temps. En outre, plus d'un code de remboursement peut être applicable en cas d'indications multiples, alors qu'un seul est inscrit sur l'ordonnance. Il importe donc de rechercher la ou les indications de traitement par IPP afin de s'assurer de ne pas être en présence d'une condition qui justifierait une prise d'IPP à long terme ou chronique pour laquelle la déprescription n'est pas une option acceptable.

Si les symptômes de RGO ou de dyspepsie persistent malgré un traitement d'IPP pris depuis quatre à huit semaines avec une adhésion optimale, les parties prenantes consultées recommandent de cesser le traitement par IPP et d'examiner davantage la cause des symptômes. L'orientation de la personne vers la gastro-entérologie ou l'endoscopie via le formulaire du Centre de répartition des demandes de service (CRDS) pourrait être envisagée. Certaines parties prenantes ont également mentionné que, dans certains cas, l'optimisation du traitement par IPP (p. ex. en augmentant la dose à deux fois par jour) pourrait être envisagée s'il est inefficace à dose standard, mais cette approche devrait être subséquente à une investigation. Par ailleurs, les modalités de prise en charge des symptômes de RGO ou de dyspepsie réfractaire au traitement ne font pas partie du mandat des présents travaux.

Les parties prenantes ont souligné l'importance de rechercher les causes non pharmacologiques de la dyspepsie et du RGO (p. ex. habitudes de vie), ou pharmacologiques : p. ex. agonistes du *glucagon-like peptide-1* [GLP-1] et analogues combinés *gastric inhibitory polypeptide* [GIP]/GLP-1 pour la perte de poids, sulfate ferreux, anticholinergiques, inhibiteurs des canaux calciques, progestagènes, AINS, biphosphonates. L'ajustement de ces médicaments pourrait être utile au succès des stratégies de déprescription.

Les parties prenantes sont d'avis que le choix de la stratégie de déprescription – soit la réduction à la dose minimale efficace, la prise au besoin ou l'arrêt de l'IPP – devrait être discuté entre le professionnel de la santé et la personne concernée. Une réduction de la dose de l'IPP peut notamment être envisagée lorsqu'il est prescrit deux fois par jour, selon les cliniciens consultés. La prise une journée sur deux ou à la dose minimale disponible pourrait également être envisagée. Selon l'information récoltée auprès des parties prenantes dans le [premier volet de ces travaux](#), la prise optimale d'un IPP au besoin implique de le prendre régulièrement, mais de façon ponctuelle (p. ex. pendant les périodes de récurrence des symptômes), plutôt qu'irrégulièrement (c.-à-d. seulement lorsque surviennent les symptômes).

En cas de réapparition des symptômes à la suite de l'arrêt des IPP, certaines parties prenantes ont souligné que beaucoup de gens sont réfractaires à la modification de leurs habitudes de vie et ont tendance à reprendre leur IPP dès les premiers symptômes de rebond. Toutefois, ils recommandent que la personne soit informée de reprendre par elle-même son traitement, sans reconsulter, si les symptômes persistent plus d'une semaine malgré l'essai des approches non pharmacologiques ou des autres traitements et qu'ils interfèrent avec les activités de la vie quotidienne. Il est cependant important de souligner que la présence de symptômes d'alarme (p. ex. : symptômes d'hémorragie digestive [méléna, hématurie], vomissements réfractaires, perte de poids non volontaire, dysphagie d'apparition nouvelle et rapidement progressive) nécessite une consultation médicale. Selon les parties prenantes consultées, le dépistage de l'infection à *H. Pylori* devrait être envisagé lors de la réapparition persistante de symptômes de dyspepsie à l'arrêt de l'IPP, mais pas lors de la réapparition de symptômes du RGO classique.

À la suite de la reprise du traitement, une réévaluation en vue d'une nouvelle tentative de déprescription devrait être faite après quatre à douze semaines, selon les parties prenantes consultées, et ce suivi devrait idéalement être effectué par le pharmacien communautaire. En effet, les parties prenantes ont souligné que les contraintes organisationnelles ne permettent généralement pas un suivi médical rapproché. Le fait d'indiquer directement sur l'ordonnance à quel professionnel le suivi est délégué est souvent approprié. Ils ont également souligné l'importance de s'assurer de ne pas dupliquer le travail entre les différents professionnels de la santé. Toutefois, si la prise d'un IPP s'avère appropriée après deux suivis espacés de quatre à douze semaines, les parties prenantes sont d'avis que le suivi peut être espacé d'un an.

### 2.1.3.2 Perspective des patients

Parmi les cinq personnes qui ont été rencontrées lors d'entrevues individuelles, quatre prenaient un IPP pour une indication pour laquelle une réévaluation en vue d'une déprescription pourrait être envisagée.

Chez toutes les personnes consultées, l'IPP a été prescrit d'emblée pour une durée d'un an avec possibilité de renouvellement. Une seule personne a été informée de prendre l'IPP en continu pendant une durée limitée, soit une à deux semaines, afin d'évaluer l'efficacité du médicament et de le cesser en cas d'inefficacité. Aucune information ne lui aurait été remise au sujet de la durée de traitement préconisée, et aucun suivi n'a été planifié. Deux autres personnes ont aussi rapporté ne pas avoir reçu d'information au sujet de la durée de traitement prévue ou de la possibilité de prendre l'IPP au besoin après une période de prise régulière. Une personne a rapporté que la prise d'un IPP est réévaluée au moins une fois par année par son médecin de famille et qu'une réduction graduelle de la dose lui a déjà été proposée dans le passé. Deux personnes ont rapporté une intervention du pharmacien communautaire, dont une évaluation pour une déprescription, suivie d'une ordonnance d'arrêt graduel de l'IPP sur deux semaines.

Trois des quatre personnes pour lesquelles la déprescription de l'IPP pourrait être considérée se sont dites favorables à un essai de déprescription – l'une d'entre elles a d'ailleurs déjà cessé de prendre son IPP et une autre ne le prend que rarement et au besoin.

#### **RECOMMANDATIONS – MODALITÉS DE DÉPRESCRIPTION DES IPP**

À la suite de l'analyse de l'ensemble de l'information recensée et du processus itératif avec les membres du comité consultatif, les recommandations suivantes ont été formulées :

##### **Évaluation**

- Une évaluation de la pertinence de la poursuite du traitement par IPP devrait être envisagée pour toutes les personnes qui les prennent depuis plus de huit semaines;
- Un essai de déprescription devrait être envisagé pour toutes les personnes qui n'ont pas d'indication justifiant un usage des IPP durant plus de huit semaines;
  - En cas de doute sur l'indication, rechercher les antécédents (p. ex. endoscopie, hospitalisation due à un ulcère hémorragique, usage chronique d'AINS ou d'ASA dans le passé, etc.) et la prise d'AINS ou d'ASA en vente libre;
  - Une réduction de la dose d'IPP à une fois par jour pourrait être envisagée chez les personnes pour qui un usage à long terme est justifié, mais qui prennent un IPP deux fois par jour.

## Déprescription

- En cas de symptômes de dyspepsie ou de RGO persistant malgré une adhésion optimale au traitement par IPP, le traitement devrait généralement être cessé pour cause d'inefficacité.
  - Rechercher d'autres causes pour expliquer les symptômes;
  - Envisager une investigation supplémentaire.
- Si les symptômes de dyspepsie ou de RGO ont été soulagés par la prise d'IPP, la réduction de la dose, la prise au besoin ou l'arrêt complet de l'IPP sont les approches de déprescription recommandées;
  - Discuter du choix de la stratégie de déprescription avec la personne.
- Il n'y a aucune modalité officielle d'arrêt d'un traitement par IPP : l'arrêt peut être abrupt ou graduel;
  - Dans les deux cas, des symptômes transitoires peuvent réapparaître, mais ils ne justifient pas la reprise de l'IPP. Certaines stratégies sont proposées pour soulager ces symptômes transitoires, comme l'usage d'antiacides ou d'anti-H2, en complément de modifications des habitudes de vie.
- Information à transmettre :
  - Si les symptômes persistent plus d'une semaine ou interfèrent avec les activités quotidiennes malgré l'essai des approches non pharmacologiques ou des autres traitements, reprendre l'IPP à la dose précédente sans attendre de reconsulter;
  - Consulter un professionnel de la santé en cas de symptômes persistants plus de deux mois malgré la reprise de l'IPP ou de symptômes d'alarme – p. ex. symptômes d'hémorragie digestive (méléna, hématurie), vomissements réfractaires, perte de poids involontaire, dysphagie d'apparition nouvelle et rapidement progressive.

## Suivi

- Effectuer un suivi quatre à douze semaines après la déprescription de l'IPP (idéalement par le pharmacien communautaire) afin de réévaluer et documenter la présence de symptômes de RGO ou de dyspepsie (fréquence, gravité et efficacité des mesures non pharmacologiques ou des autres traitements – p. ex. antiacides, anti-H2 ou IPP au besoin);
- Si les symptômes persistent malgré les autres approches (pharmacologiques ou non), envisager :
  - la reprise de l'IPP à la dose efficace précédente;
  - le dépistage de *H. Pylori* en cas de symptômes de dyspepsie persistants (non indiqué en cas de RGO classique).

- Si reprise de l'IPP, effectuer un suivi après quatre à douze semaines afin d'envisager une nouvelle tentative de déprescription. En cas de poursuite du traitement, espacer le suivi annuellement.
- Afin de faciliter la collaboration interprofessionnelle, éviter la duplication des interventions et clarifier à qui revient la responsabilité des différentes étapes.

## 2.2 Modification des habitudes de vie

### 2.2.1 Description des documents répertoriés

Le repérage de la littérature effectué dans le cadre du premier volet a permis de repérer les recommandations de traitement du RGO et de la dyspepsie, y compris celles sur les modifications des habitudes de vie. La sélection des documents portant sur les habitudes de vie a été réalisée à partir de cette même banque bibliographique.

La recherche d'information a permis de repérer 547 documents dans les bases de données bibliographiques et 10 documents provenant d'autres sources. Parmi ceux-ci, cinq documents qui présentaient de l'information et des recommandations cliniques ont été retenus pour les travaux, dont une revue systématique contenant des recommandations. La stratégie de repérage de la littérature, le diagramme de flux, la liste des documents exclus ainsi que les raisons de leur exclusion, la liste et les caractéristiques des documents inclus et les évaluations de la qualité méthodologique des documents retenus sont présentés aux annexes A à E du document *Annexes complémentaires*.

### 2.2.2 Information et recommandations tirées des documents retenus

La majorité des documents retenus portent sur la prise en charge du RGO chez l'adulte [Madisch *et al.*, 2024; Katz *et al.*, 2022; Yadlapati *et al.*, 2022; NICE, 2019], alors qu'un des documents porte plus spécifiquement sur le traitement du RGO nocturne [Schuitemaker *et al.*, 2022].

#### 2.2.2.1 Modification des habitudes de vie

Selon les documents retenus, il est recommandé que les personnes qui présentent des symptômes de RGO modifient certaines de leurs habitudes de vie pour aider à soulager leurs symptômes [Madisch *et al.*, 2024; Katz *et al.*, 2022; Schuitemaker *et al.*, 2022; Yadlapati *et al.*, 2022; NICE, 2019]. Parmi les recommandations les plus courantes, on trouve la perte de poids en présence de surpoids, l'arrêt du tabac, une alimentation saine avec le moins possible de composants associés aux symptômes de reflux (p. ex. l'alcool, le café, le chocolat ou les aliments gras), surélever la tête du lit, espacer le plus possible le repas du soir et l'heure du coucher, ou favoriser une position de sommeil en décubitus latéral gauche [Katz *et al.*, 2022; Schuitemaker *et al.*, 2022; Yadlapati *et al.*, 2022; NICE, 2019].

Selon trois des documents retenus, les personnes qui présentent des symptômes de RGO devraient être sensibilisées à l'importance des habitudes de vie dans la prise en charge thérapeutique [Madisch *et al.*, 2024; Yadlapati *et al.*, 2022; NICE, 2019]. Les conseils en matière d'habitudes de vie constituent souvent la stratégie de prise en charge initiale des personnes atteintes de RGO [NICE, 2019]. Par ailleurs, les cliniciens devraient fournir du matériel pédagogique aux personnes pour les informer sur les mécanismes et la physiologie du RGO, ainsi que sur les données disponibles concernant l'impact d'une modification des habitudes de vie. Cela permettrait de définir les attentes des personnes en matière de réponse clinique et sur l'éventuel besoin d'une stratégie complémentaire [Yadlapati *et al.*, 2022].

#### 2.2.2.1.1 Perte de poids

Dans tous les documents retenus, la perte de poids est recommandée pour le soulagement des symptômes de RGO chez les personnes qui sont en surpoids ou qui sont obèses [Madisch *et al.*, 2024; Katz *et al.*, 2022; Schuitemaker *et al.*, 2022; Yadlapati *et al.*, 2022; NICE, 2019]. Par ailleurs, le maintien d'un poids santé est important pour contrôler les symptômes de RGO chez les personnes qui ne sont pas en surpoids [Yadlapati *et al.*, 2022]. Un autre document rapporte ainsi que la prise de poids a été associée à l'apparition de nouveaux symptômes de RGO, même chez des personnes qui n'étaient pas en surpoids initialement [Katz *et al.*, 2022].

La perte de poids peut contribuer à la réduction des symptômes de reflux et à l'amélioration du pH œsophagien, mais aussi à la réduction de la consommation d'IPP en améliorant leur efficacité clinique [Madisch *et al.*, 2024].

Selon un des documents retenus, l'obésité favorise le développement du RGO et de ses complications via des facteurs mécaniques tels que l'augmentation de la pression intra-abdominale avec une augmentation consécutive du gradient de pression gastro-œsophagienne et des influences directes sur le sphincter inférieur de l'œsophage par des médiateurs comme l'adiponectine [Madisch *et al.*, 2024]. Selon un autre document, l'obésité augmente le risque de RGO, probablement via la combinaison d'un régime alimentaire riche en graisses et d'autres aliments favorisant le reflux, d'une augmentation de la pression intra-abdominale qui favorise le reflux et de changements physiologiques induits par des aliments gras [Katz *et al.*, 2022].

#### 2.2.2.1.2 Sommeil

Selon un des documents retenus, la privation de sommeil (trois heures ou moins de sommeil nocturne) augmenterait considérablement la sensibilité de la muqueuse œsophagienne à l'acide [Madisch *et al.*, 2024]. Par ailleurs, la présence de symptômes de RGO nocturne, tels que des brûlures d'estomac ou des régurgitations, peut avoir un impact majeur sur la qualité du sommeil et est associée à des phénotypes de reflux plus graves [Schuitemaker *et al.*, 2022].

Dans tous les documents retenus, il est recommandé de relever la tête de lit pour les personnes qui présentent des symptômes de reflux nocturnes afin de réduire les symptômes et d'améliorer le pH œsophagien [Madisch *et al.*, 2024; Katz *et al.*, 2022; Schuitemaker *et al.*, 2022; Yadlapati *et al.*, 2022; NICE, 2019]. Un des documents recommande de surélever la tête de lit de 6 à 8 pouces afin que la tête et les épaules soient plus hautes que l'estomac, permettant ainsi à la gravité d'empêcher le reflux acide [Yadlapati *et al.*, 2022]. C'est aussi l'avis des auteurs de deux des documents retenus dont l'un rapporte que le fait de surélever la tête du lit permet à la gravité de retenir l'acide dans l'estomac et améliore son élimination dans l'œsophage en cas de reflux [Schuitemaker *et al.*, 2022], alors que le second souligne qu'être allongé à plat peut augmenter les épisodes de reflux, car la gravité n'empêche pas les régurgitations acides [NICE, 2019]. Selon un des documents retenus, l'usage d'oreillers additionnels n'est pas recommandé pour surélever la tête de lit, car cela peut provoquer une courbure anormale du corps qui augmente la pression sur l'estomac, ce qui peut aggraver le reflux acide. Il est plutôt recommandé de surélever les pieds du lit avec des blocs de bois ou de brique, d'utiliser une cale en mousse sous le matelas ou encore des produits commerciaux conçus à cet effet [Yadlapati *et al.*, 2022].

Dans trois des documents retenus, il est recommandé de favoriser une position de sommeil en décubitus latéral gauche [Madisch *et al.*, 2024; Katz *et al.*, 2022; Schuitemaker *et al.*, 2022]. En effet, la position couchée sur le côté droit augmenterait le reflux nocturne et le reflux après les repas, probablement parce que le décubitus du côté droit place la jonction gastro-œsophagienne dans une position dépendante par rapport au réservoir de contenu gastrique, laquelle favorise le reflux [Katz *et al.*, 2022]. Les auteurs d'un des documents retenus ont rapporté que la position en décubitus latéral gauche est associée à un temps d'exposition à l'acide dans l'œsophage significativement plus court comparativement aux positions en décubitus dorsal et en décubitus latéral droit. Considérant l'anatomie de la jonction gastro-œsophagienne, la position en décubitus latéral gauche permet un positionnement de l'estomac sous l'œsophage, ce qui entraîne moins de reflux [Schuitemaker *et al.*, 2022].

#### 2.2.2.1.3 Régime alimentaire

Dans tous les documents retenus, il est recommandé aux personnes qui présentent des symptômes de RGO de maintenir une alimentation saine et d'éviter les aliments qui provoquent des symptômes de reflux [Madisch *et al.*, 2024; Katz *et al.*, 2022; Schuitemaker *et al.*, 2022; Yadlapati *et al.*, 2022; NICE, 2019]. Parmi les aliments et boissons qu'il est recommandé d'éviter, on trouve l'alcool, le café, les boissons gazeuses, le chocolat, les aliments gras, la nourriture épicée ou les agrumes [Madisch *et al.*, 2024; Katz *et al.*, 2022; Schuitemaker *et al.*, 2022; Yadlapati *et al.*, 2022; NICE, 2019]. Un document souligne toutefois que les aliments qui provoquent des symptômes de reflux peuvent différer d'une personne à l'autre [Yadlapati *et al.*, 2022]. Par ailleurs, les gommes à mâcher ou les pastilles peuvent augmenter la production de salive, ce qui peut aider à neutraliser et à éliminer l'acide gastrique qui a pénétré dans l'œsophage [Yadlapati *et al.*, 2022].

#### 2.2.2.1.4 Tabagisme

Tous les documents retenus recommandent aux personnes qui présentent des symptômes de RGO d'arrêter de fumer afin de réduire les symptômes de reflux [Madisch *et al.*, 2024; Katz *et al.*, 2022; Schuitemaker *et al.*, 2022; Yadlapati *et al.*, 2022; NICE, 2019]. Selon un des guides retenus, la salive aide à neutraliser le reflux acide, et fumer réduit la quantité de salive dans la bouche et la gorge [Yadlapati *et al.*, 2022]. Fumer diminue également la pression dans le sphincter inférieur de l'œsophage et entraîne de la toux, provoquant de fréquents épisodes de reflux acide dans l'œsophage. Arrêter de fumer pourrait ainsi réduire ou éliminer les symptômes de reflux léger [Yadlapati *et al.*, 2022].

#### 2.2.2.1.5 Horaire, fréquence et quantité des repas

Dans tous les documents retenus, il est recommandé aux personnes qui présentent des symptômes de RGO d'éviter les repas tardifs ou de manger durant les deux à trois heures précédant le coucher [Madisch *et al.*, 2024; Katz *et al.*, 2022; Schuitemaker *et al.*, 2022; Yadlapati *et al.*, 2022; NICE, 2019]. Éviter les repas tardifs peut en effet réduire l'acidité nocturne et le reflux chez les patients qui présentent des symptômes de reflux nocturne [Madisch *et al.*, 2024; Yadlapati *et al.*, 2022; NICE, 2019]. Un des documents retenus mentionne d'ailleurs que des études portant sur la surveillance prolongée du pH montrent que le reflux est le plus souvent un événement postprandial [Schuitemaker *et al.*, 2022].

#### 2.2.2.1.6 Respiration

Dans deux des documents retenus, il est recommandé aux personnes qui présentent des symptômes de RGO de pratiquer la respiration abdominale ou diaphragmatique afin de renforcer le diaphragme et de réduire les maladies œsophagiennes ainsi que le reflux [Madisch *et al.*, 2024; Yadlapati *et al.*, 2022]. La diminution des symptômes de reflux par les techniques de respiration peut ainsi permettre de réduire la consommation d'IPP [Madisch *et al.*, 2024].

#### 2.2.2.1.7 Vêtements

Deux des documents retenus recommandent aux personnes qui présentent des symptômes de reflux d'éviter de porter des vêtements serrés. Ces derniers peuvent en effet augmenter la sensation d'inconfort et la pression dans l'abdomen, forçant ainsi le contenu de l'estomac à pénétrer dans l'œsophage [Madisch *et al.*, 2024; Yadlapati *et al.*, 2022].

#### 2.2.2.1.8 Stress

Un des documents retenus recommande aux personnes qui présentent des symptômes de RGO d'intégrer des méthodes pour réduire le stress afin de calmer la connexion surstimulée intestin-cerveau. Parmi ces méthodes de réduction du stress, on trouve la pleine conscience, la méditation et la massothérapie [Yadlapati *et al.*, 2022].

## **2.2.3 Perspective des parties prenantes**

### **2.2.3.1 Perspective des cliniciens**

L'ensemble des membres du comité consultatif étaient en accord avec les recommandations issues des documents retenus.

Les parties prenantes ont mentionné que les recommandations sur l'activité physique proviennent majoritairement de consensus d'experts et qu'elles sont basées sur le bon sens et la logique, et qu'à ce titre l'activité physique régulière devrait être recommandée. La pertinence d'envisager une consultation en nutrition a également été soulignée, car il n'est pas toujours évident pour les personnes d'identifier les aliments et boissons qui augmentent les symptômes, ou de savoir comment garder une alimentation qui répond à leurs besoins. Les personnes qui modifient leurs habitudes alimentaires pour soulager leurs symptômes préconisent parfois une approche trop restrictive, ce qui nuit à une saine alimentation. La restriction amène des compulsions et excès, créant un cercle vicieux dans le cas du RGO, alors que des stratégies nutritionnelles existent afin de réduire les reflux. Selon certaines parties prenantes, les habitudes alimentaires et le poids ont souvent un grand impact chez les personnes qui ont des symptômes de RGO. Il est donc pertinent de faire une évaluation des habitudes de vie, et particulièrement des habitudes alimentaires, car cela peut diminuer le temps de traitement, les coûts associés aux traitements pharmacologiques et augmenter la qualité de vie de la personne.

Selon certaines parties prenantes, la recommandation de perdre du poids peut être difficile à appliquer en raison de la stigmatisation dont les personnes en surpoids sont parfois victimes, de l'inefficacité des régimes amaigrissants et des difficultés de remboursement des médicaments pour traiter l'obésité.

### **2.2.3.2 Perspective des patients**

Les personnes ont rapporté ne pas avoir reçu de conseils ou de recommandations d'un professionnel de la santé au sujet de la modification de leurs habitudes de vie afin de soulager leurs symptômes de RGO ou de dyspepsie. Il convient toutefois de préciser que certaines personnes étaient atteintes d'autres conditions de santé qui les avaient déjà amenées à effectuer de nombreuses modifications alimentaires. En ce qui concerne les modifications des habitudes de vie spécifiques aux symptômes digestifs hauts, la plupart des personnes ont fait des modifications de façon autonome et intuitive à leurs habitudes de vie – p. ex. éviter l'alcool, dormir en position semi-assise, éviter les aliments acides ou épicés, éviter de s'allonger trop rapidement après avoir mangé. Les personnes consultées se sont dites ouvertes à la modification de leurs habitudes de vie afin de réduire leur consommation d'IPP, mais certaines se sont questionnées sur l'effet réel et sur les données probantes qui sous-tendent chaque recommandation relative aux habitudes de vie. Elles rappellent que chaque modification recommandée implique généralement de cesser tel aliment ou telle habitude et qu'il serait intéressant de savoir quelles modifications sont les mieux documentées avant de les mettre en application.

## **CONSTATS – MODIFICATION DES HABITUDES DE VIE**

À la suite de l'analyse de l'ensemble de l'information recensée et du processus itératif avec les membres du comité consultatif, les constats suivants ont été dégagés :

- Les modifications de certaines habitudes de vie font partie de la stratégie de prise en charge initiale des personnes qui présentent des symptômes de RGO, et il est important que ces dernières soient sensibilisées à l'importance des bonnes habitudes de vie dans la prise en charge thérapeutique.
- Tous les guides de pratique et lignes directrices qui abordent la question considèrent qu'une modification de certaines habitudes de vie aide au soulagement des symptômes de RGO.
- Les recommandations associées aux modifications des habitudes de vie se regroupent en cinq dimensions, soit l'alimentation (équilibre alimentaire, moment et quantité des repas); les facteurs physiques (gestion du poids, sédentarité); les habitudes de sommeil; la gestion du stress; et la consommation d'alcool ou de tabac.

## **RECOMMANDATIONS – MODIFICATIONS DES HABITUDES DE VIE**

À la suite de l'analyse de l'ensemble de l'information recensée et du processus itératif avec les membres du comité consultatif, les recommandations suivantes ont été formulées :

### **Alimentation**

- Envisager une consultation en nutrition au besoin.
- Adopter une alimentation saine et limiter la consommation des aliments et boissons qui déclenchent des symptômes (p. ex. aliments frits, épicés ou acides, chocolat, menthe poivrée, caféine).
- Manger lentement et bien mastiquer les aliments.
- Éviter les repas tardifs ou de manger dans les deux à trois heures précédant le coucher.
- Éviter de s'allonger dans les deux heures suivant un repas.
- Éviter de trop manger et opter pour des repas plus légers en fin de journée. Si possible, manger plusieurs repas légers, plutôt que deux ou trois repas copieux par jour.

### **Facteurs physiques**

- Maintenir un poids santé ou perdre du poids, en cas de surpoids ou obésité.
- Porter des vêtements amples autour de la taille et de l'estomac.

- Pratiquer une activité physique régulière en favorisant les activités d'intensité faible à modérée.

#### **Habitudes de sommeil**

- Maintenir une bonne hygiène de sommeil.
- Favoriser une position de sommeil allongée sur le côté gauche.
- Surélever la tête du lit de 15 à 20 cm.

#### **Gestion du stress**

- Pratiquer des exercices de respiration abdominale (p. ex. respiration diaphragmatique).
- Intégrer des méthodes visant à réduire le stress (p. ex. méditation, massothérapie).

#### **Alcool et tabac**

- Limiter la consommation d'alcool.
- Limiter ou, si possible, arrêter la consommation de tabac.

## **2.3 Considérations économiques et environnementales**

### **2.3.1 Considérations économiques**

Le [tableau 1](#), tiré de l'avis transmis au ministre par l'INESSS sur les indications diverses des inhibiteurs de la pompe à protons, fait état des coûts d'acquisition des IPP. Plus de détails sur l'impact budgétaire associé à l'usage des IPP au Québec sont disponibles dans ces travaux [INESSS, 2025].

**Tableau 1 Coût d'acquisition des inhibiteurs de la pompe à protons et des principales options de traitement**

Médicament	Posologie considérée <sup>a</sup>	Prix unitaire <sup>b</sup>	Coût d'acquisition du traitement par jour <sup>c</sup>
<b>Inhibiteurs de la pompe à protons</b>			
Dexlansoprazole, Caps. L.A. Dexilant <sup>mc</sup> et versions génériques	30 à 60 mg, 1 fois par jour	0,36 \$/30 ou 60 mg <sup>d</sup>	0,36 \$
Esoméprazole, Co. L.A. ou Caps. L.A. Nexium <sup>mc</sup> et versions génériques	20 à 40 mg, 1 fois par jour	0,36 \$/20 ou 40 mg <sup>d</sup>	0,36 \$
Lansoprazole, Co. L.A. ou Caps. L.A. Prevacid <sup>mc</sup> et versions génériques	15 à 30 mg, 1 fois par jour	0,36 \$/15 ou 30 mg <sup>d</sup>	0,36 \$
Oméprazole, Co. L.A. ou Caps. L.A. Losec <sup>mc</sup> et versions génériques	20 à 40 mg, 1 fois par jour	0,23 \$/20 mg <sup>d</sup>	0,23 à 0,46 \$
Pantoprazole, Co. Ent. Pantoloc <sup>mc</sup> et versions génériques	40 mg, 1 fois par jour	0,20 \$/40 mg <sup>d</sup>	0,20 \$
Rabéprazole, Co. Ent. Pariet <sup>mc</sup> et versions génériques	10 à 20 mg, 1 fois par jour	0,07 \$/10 mg <sup>d</sup> 0,13 \$/20 mg <sup>d</sup>	0,07 à 0,13 \$

Caps. : capsule; Caps. L.A. : capsule longue action; Co. : comprimé; Co. Ent. : comprimé entérique; Co. L.A. : comprimé longue action; IPP : Inhibiteur de la pompe à protons; Susp. Orale : suspension orale.

- a La posologie considérée est celle recommandée dans les monographies de produit pour la majorité des indications. En pratique, la dose peut être augmentée (p. ex. administrée 2 fois par jour) après une réponse insatisfaisante. Pour le syndrome de Zollinger-Ellison, la dose et la fréquence d'administration des IPP et anti-H<sub>2</sub> peuvent être plus élevées et elles sont ajustées selon les besoins individuels des patients. Pour l'éradication d'*Helicobacter Pylori*, la dose d'IPP recommandée est administrée 2 fois par jour.
- b Il s'agit des prix de vente garantis de la *Liste des médicaments* (mars 2025). Pour les IPP innovateurs pour lesquels le prix le plus bas ne s'applique pas, le prix maximum payable est de 0,3628 \$.
- c Ce coût tient compte du prix payable par la RAMQ. Il exclut celui des services professionnels du pharmacien et la marge bénéficiaire du grossiste.
- d La méthode du prix le plus bas (PPB) ou du prix maximum payable (PMP) s'applique.

### 2.3.2 Considérations environnementales

Les enjeux environnementaux liés aux IPP n'ont pas été abordés dans les documents retenus sur l'usage des IPP et la déprescription. Toutefois, les médicaments contribuent à la diversité des impacts environnementaux au cours de leur cycle de vie, y compris aux changements climatiques, notamment à l'étape de la fabrication, et à la toxicité pour l'être humain et l'écotoxicité, notamment aux étapes de l'utilisation et de l'élimination [ReCAD, 2024; CSH, 2023; Dharmarajan, 2021; Dupont, 2020; Eckelman *et al.*, 2018; Savarino *et al.*, 2018; Kosma *et al.*, 2016].

En ce qui concerne les IPP, une étude menée au Royaume-Uni a estimé que chaque dose est associée à des émissions de gaz à effet de serre (GES) de 0,13 à 0,69 kg CO<sub>2</sub> équivalent, en fonction de la voie d'administration [CSH, 2023]. Un audit de 19 jours réalisé dans un établissement de soins critiques de 16 lits au Royaume-Uni a rapporté qu'il y aurait potentiellement un total de 2,8 doses d'IPP administrées inutilement par jour, ce qui équivaut à environ 21,1 kg d'émission CO<sub>2</sub> au cours de la période d'audit de 19 jours. Extrapolé sur une année, cela représente un peu plus de 400 kg d'émission de CO<sub>2</sub>, soit l'équivalent d'environ 1 900 km parcourus avec une voiture moyenne [CSH, 2023]. Par ailleurs, la réduction du nombre des doses inutiles d'IPP pourrait aussi réduire l'incidence des complications et infections comme le *Clostridium difficile*, permettant ainsi des économies environnementales supplémentaires en réduisant la nécessité de les traiter, et potentiellement la durée du séjour à l'hôpital [CSH, 2023]. Toutefois, selon une revue portant sur l'impact des IPP, de leurs métabolites et de leurs produits de transformation sur l'environnement aquatique, les données disponibles sont insuffisantes pour se prononcer clairement [Kosma *et al.*, 2016]

Afin de classer les médicaments selon leur impact écologique, le comité pour les médicaments et la thérapeutique de Stockholm a publié une liste des médicaments les plus souvent utilisés avec leur impact écologique mesuré par le *hazard score* (anciennement indice PBT). Cet indice détermine une note de 0 à 9 pour chaque molécule selon : la persistance (p) de 0 à 3 (capacité à se dégrader dans le milieu aquatique); la bioaccumulation (b) de 0 à 3 (accumulation dans les organismes aquatiques); et la toxicité (t) de 0 à 3. Selon cette classification, les IPP qui présentent les mêmes indications, ainsi qu'une efficacité et une tolérance équivalentes, ne génèrent pas le même potentiel polluant [Dupont, 2020]. Selon cet indice, l'impact environnemental de l'ésoméprazole serait inférieur à celui des autres IPP en raison, notamment, de sa capacité à se dégrader dans le milieu aquatique. Par ailleurs, la toxicité du rabéprazole serait supérieure à celle des autres IPP [Dupont, 2020]. Toutefois, selon le site Web de [Janus info](#), le risque environnemental associé à l'usage des différents IPP est considéré comme insignifiant comparativement à toutes les substances étudiées dans les eaux suédoises. Aucun des IPP ne devrait être priorisé par rapport à un autre d'un point de vue environnemental [Janusinfo, 2021].

### CONSTATS – CONSIDÉRATIONS ENVIRONNEMENTALES

À la suite de l'analyse de l'ensemble de l'information recensée, le constat suivant a été dégagé :

- La production et l'utilisation des médicaments a un impact sur l'environnement. Toute utilisation non judicieuse exacerbe cette problématique.

## FORCES ET LIMITES DES TRAVAUX

Ces travaux reposent sur une méthodologie rigoureuse qui comprend une recherche systématique de documents présentant de l'information et des recommandations cliniques sur la déprescription des IPP et les modifications des habitudes de vie chez l'adulte pour le soulagement du RGO ou de la dyspepsie, une évaluation critique des documents pertinents par deux professionnels scientifiques ainsi qu'une consultation des parties prenantes engagées dans la prise en charge de ces indications. De plus, la perspective de personnes qui présentent des symptômes de RGO ou de dyspepsie concernant les enjeux liés à la déprescription des IPP et à la modification des habitudes de vie a été recueillie sous la forme d'entrevues individuelles.

Le comité consultatif mandaté pour valider les aspects scientifiques et fournir des éléments contextuels ou les perspectives cliniques nécessaires aux travaux était constitué de cliniciens de différentes spécialités et expertises, y compris la gastro-entérologie, la médecine familiale, la nutrition et la pharmacie. Ce comité a aussi été invité à apprécier les enjeux d'acceptabilité et d'applicabilité des travaux. Par ailleurs, la validation externe du rapport par des lecteurs externes (un médecin de famille, une pharmacienne et une diététiste-nutritionniste) a permis de vérifier en amont de leur publication la clarté et la qualité des présents travaux, en plus d'identifier des enjeux d'applicabilité et d'acceptabilité relatifs aux constats formulés.

Bien que les travaux reposent sur une méthodologie rigoureuse, des limites doivent toutefois être signalées. Parmi les huit documents retenus pour les travaux, selon la grille AGREE II, la rigueur du processus d'élaboration de certains guides est limitée. De plus, même si la stratégie de recherche précise des dates de publication récentes, certains des documents retenus se basent sur des études et des documents moins récents qui devraient, pour certains, être actualisés. Aussi, l'INESSS n'a pas effectué une évaluation et une appréciation des données scientifiques des études primaires portant sur l'efficacité des stratégies évaluées, mais plutôt une appréciation secondaire à la suite de l'interprétation faite par les auteurs des documents retenus. Par ailleurs, la littérature scientifique ou les normes portant sur les aspects économiques, organisationnels, éthiques, d'implantation et de déploiement n'ont pas été consultées.

Enfin, bien que l'approche qualitative de consultation des parties prenantes ajoute une dimension essentielle à la démarche d'évaluation, elle comprend toujours une part de biais et de risque associé, et elle demeure incomplète à plusieurs égards.

## ENJEUX RELATIFS À LA MISE EN ŒUVRE ET RETOMBÉES POTENTIELLES DES TRAVAUX

Les présents travaux pourraient engendrer des modifications aux modalités de traitement et de suivi des personnes qui présentent des symptômes de RGO. Ils serviront de base pour réduire le nombre de médicaments non essentiels et les risques associés aux effets indésirables potentiels, tout en diminuant les coûts associés à cette classe de médicaments. L'algorithme décisionnel pour la déprescription des IPP devrait permettre un rehaussement et une harmonisation de la pratique et contribuer à la prise en charge efficace des personnes pour qui la déprescription des IPP est pertinente. Le rehaussement et l'harmonisation de la pratique dépendront cependant :

- de la diffusion de l'algorithme décisionnel;
- de l'adhésion aux changements et de l'appropriation des recommandations par les professionnels de la santé concernés;
- de la disponibilité de formations lorsque nécessaire;
- et de la promotion de cet outil au sein du réseau.

Plusieurs enjeux de mise en œuvre, soulevés au cours des présents travaux, sont présentés ci-dessous.

- Plusieurs ordonnances d'IPP sont rédigées par des médecins en consultation sans rendez-vous pour des personnes sans médecin de famille ou sans suivi régulier avec celui-ci. L'ordonnance initiale est fréquemment rédigée d'emblée avec un code de remboursement et une durée de traitement d'un an. Aucun suivi du traitement n'est planifié. La personne concernée reçoit généralement peu d'information sur la durée du traitement prévue, ce qui entraîne un grand nombre de traitements prolongés d'IPP sans indication.
- En raison de contraintes organisationnelles (p. ex. temps passé avec le patient), les médecins de famille priorisent les problèmes de santé les plus importants lors de la consultation, et le renouvellement de l'ordonnance d'IPP est pratiquement automatique. Les médecins de famille, tout comme les infirmières, manquent de temps pour donner de l'information aux patients en raison de la surcharge occasionnée par le suivi des maladies chroniques.
- Il existe un risque de duplication des interventions visant la déprescription entre les différents professionnels qui interviennent auprès de la personne en raison du manque de communication entre les professionnels.
- Le suivi étant souvent difficile en GMF, les pharmaciens communautaires sont bien placés pour évaluer la pertinence du traitement par IPP et amorcer et effectuer le suivi d'une stratégie de déprescription, mais ils font également face à des contraintes organisationnelles (p. ex. temps pour des consultations cliniques,

manque de personnel, accès limité aux notes médicales, manque de formation, limites aux activités réservées au sens de la loi).

- Plusieurs personnes souffrant de RGO ou de dyspepsie sont réfractaires à la modification de leurs habitudes de vie et ont tendance à très peu tolérer les symptômes transitoires de rebond acide à l'arrêt des IPP, rendant ainsi la démarche de déprescription plus difficile.

Ces différents enjeux témoignent de l'importance de réduire le plus possible en amont la prescription inappropriée d'IPP et de préconiser un enseignement préventif optimal concernant les habitudes de vie et le processus de déprescription lorsque pertinent. Ensemble, ces mesures pourraient permettre de diminuer globalement la charge associée au suivi des personnes atteintes de symptômes de RGO ou de dyspepsie.

## **MISE À JOUR**

La pertinence de mettre à jour les recommandations de cet outil clinique sera évaluée au cours des quatre ans à partir de la date de la publication de ces travaux selon l'avancement des données scientifiques, l'évolution des pratiques cliniques ou les besoins du réseau de la santé et des services sociaux.

## RÉFÉRENCES

- Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *Cmaj* 2010;182(18):E839-E42.
- Centre for Sustainable Healthcare (CSH). Critical Care getting 'Pumped Up' to reduce unnecessary doses of Proton Pump Inhibitor medication. Oxford, UK : CSH; 2023. Disponible à : <https://networks.sustainablehealthcare.org.uk/sites/default/files/resources/SusQI%20Case%20Study%20Report%20-%20Reducing%20PPI%20doses.pdf>.
- Dharmarajan TS. The Use and Misuse of Proton Pump Inhibitors: An Opportunity for Deprescribing. *J Am Med Dir Assoc* 2021;22(1):15-22.
- Dupont BF, S. Le hazard score, un outil pour réduire l'impact environnemental des prescriptions. . *Actualités Pharmaceutiques* 2020;
- Eckelman MJ, Sherman JD, MacNeill AJ. Life cycle environmental emissions and health damages from the Canadian healthcare system: An economic-environmental-epidemiological analysis. *PLoS Med* 2018;15(7):e1002623.
- Farrell B, Pottie K, Thompson W, Boghossian T, Pizzola L, Rashid FJ, et al. Deprescribing proton pump inhibitors: evidence-based clinical practice guideline. *Canadian Family Physician* 2017;63(5):354-64.
- Golub Y, Duenas M, Neher JO. FPIN's Clinical Inquiries Deprescribing Chronic Use of Proton Pump Inhibitors. *American Family Physician* 2022;106(6):702-3.
- Haute Autorité de Santé (HAS). Fiche Bon usage des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP). Saint-Denis La Plaine, France : HAS; 2022. Disponible à : [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3372966/fr/fiche-bon-usage-des-inhibiteurs-de-la-pompe-a-protons-ipp](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3372966/fr/fiche-bon-usage-des-inhibiteurs-de-la-pompe-a-protons-ipp) (consulté le 21 janvier 2025).
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Ensemble des avis transmis au ministre en avril 2025. Québec, Qc : INESSS; 2025. 15 mai 2025. Disponible à : [https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Inscription\\_medicaments/Avis\\_au\\_ministre/Mai\\_2025/20250415\\_AvisMinistre.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Inscription_medicaments/Avis_au_ministre/Mai_2025/20250415_AvisMinistre.pdf) (consulté le 16 mai 2025).
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Les revues narratives : fondements scientifiques pour soutenir l'établissement de repères institutionnels. Québec, Qc : INSPQ; 2021. Disponible à : [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2780\\_revues\\_narratives\\_fondements\\_scientifiques\\_0.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2780_revues_narratives_fondements_scientifiques_0.pdf).
- Janusinfo. Omeprazole [site Web]. Stockholm, Sweden: Janusinfo; 2021. Disponible à : <https://janusinfo.se/beslutsstod/lakemedelochmiljo/pharmaceuticsandenvironme nt/databaseenv/en/omeprazole.5.30a7505616a041a09b0625a0.html> (consulté le 16 mai 2025).



- Johnston A, Kelly SE, Hsieh S-C, Skidmore B, Wells GA. Systematic reviews of clinical practice guidelines: a methodological guide. *Journal of clinical epidemiology* 2019;108:64-76.
- Katz PO, Dunbar KB, Schnoll-Sussman FH, Greer KB, Yadlapati R, Spechler SJ. ACG Clinical Guideline for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. *Am J Gastroenterol* 2022;117(1):27-56.
- Kosma CI, Lambropoulou DA, Albanis TA. Analysis, occurrence, fate and risks of proton pump inhibitors, their metabolites and transformation products in aquatic environment: A review. *Sci Total Environ* 2016;569-570:732-50.
- Madisch A, Koop H, Miehlke S, Leers J, Lorenz P, Jansen PL, et al. S2k guideline Gastroesophageal reflux disease and eosinophilic esophagitis of the German Society of Gastroenterology, Digestive and Metabolic Diseases (DGVS). *Zeitschrift für Gastroenterologie* 2024;62(10):1786-852.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Gastro-oesophageal reflux disease and dyspepsia in adults: investigation and management. London, UK : NICE; 2019. Disponible à : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg184> (consulté le 16 janvier 2025).
- Réseau canadien pour l'usage approprié des médicaments et la déprescription (ReCAD). Les médicaments et l'environnement [site Web]. Montréal, Qc : ReCAD; 2024. Disponible à : <https://www.reseaudeprescription.ca/environnement> (consulté le 19 février 2025).
- Savarino V, Marabotto E, Zentilin P, Furnari M, Bodini G, De Maria C, et al. Proton pump inhibitors: use and misuse in the clinical setting. *Expert Rev Clin Pharmacol* 2018;11(11):1123-34.
- Schuitmaker JM, Kuipers T, Smout AJPM, Fockens P, Bredenoord AJ. Systematic review: Clinical effectiveness of interventions for the treatment of nocturnal gastroesophageal reflux. *Neurogastroenterology and Motility* 2022;34(12) (no pagination)
- Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *bmj* 2017;358
- Targownik LE, Fisher DA, Saini SD. AGA clinical practice update on de-prescribing of proton pump inhibitors: expert review. *Gastroenterology* 2022;162(4):1334-42.
- Wintemute K et Train A. Bye-Bye, PPI. A toolkit for deprescribing proton pump inhibitors in EMR-enabled primary care settings. *Choosing Wisely Canada* 2017:1-15.
- Yadlapati R, Gyawali CP, Pandolfino JE. AGA Clinical Practice Update on the Personalized Approach to the Evaluation and Management of GERD: Expert Review. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2022;20(5):984-94.e1.



# ANNEXE I


## Méthodologie détaillée

La méthodologie proposée pour réaliser ces travaux respecte les normes de qualité de l'INESSS. Les questions d'évaluation ont été déterminées selon les aspects à documenter pour élaborer des recommandations sur les modalités de déprescription des IPP et sur modifications des habitudes de vie, et ce, de façon à couvrir les dimensions populationnelle, clinique et organisationnelle de l'[Énoncé de principes](#) qui sont au cœur de la délibération en soutien au jugement de valeur. Les autres aspects considérés dans les travaux à l'égard des dimensions économique et socioculturelle, de même que les considérations environnementales associées aux interventions ciblées, mais qui ne font pas l'objet de questions d'évaluation, sont décrits dans le [tableau I-1](#) ci-dessous.

**Tableau I-1 Questions d'évaluation, aspects, principes et enjeux éthiques ciblés par dimension en soutien au jugement de valeur**

DIMENSION	Questions d'évaluation, autres aspects à considérer, principes éthiques et enjeux associés
 <p>Populationnelle</p>	<p><u>Question d'évaluation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quelle est la perspective des personnes qui présentent des symptômes de RGO ou de dyspepsie concernant la déprescription des IPP et les modifications des habitudes de vie?</li> </ul> <p><u>Aspects à considérer</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pratiques actuelles au Québec relatives à la déprescription des IPP et à la transmission de conseils sur la modification des habitudes de vie, considérant leurs effets sur la santé et le bien-être des usagers, leur accessibilité et leur acceptabilité par ces derniers</li> <li>• Ampleur et cause du phénomène de surprescription des IPP</li> <li>• Acceptabilité des interventions (déprescription, modification des habitudes de vie) par la population concernée</li> </ul> <p><u>Principes éthiques et enjeux associés</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Équité d'accès aux professionnels de la santé (p. ex. nutritionniste, médecin de famille)</li> <li>• Équité d'accès à un régime d'assurance médicaments offrant un remboursement des IPP sans restriction</li> </ul>
 <p>Clinique</p>	<p><u>Questions d'évaluation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quelles sont les modalités de bonne pratique clinique concernant :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- la déprescription des IPP chez l'adulte (p. ex. évaluation des candidats à la déprescription, modalités de suivi et prise en charge, information à transmettre aux patients)?</li> <li>- les modifications des habitudes de vie chez l'adulte pour le soulagement du reflux gastro-œsophagien (RGO) ou de la dyspepsie?</li> </ul> </li> </ul>

DIMENSION	Questions d'évaluation, autres aspects à considérer, principes éthiques et enjeux associés
	<p><u>Principes éthiques et enjeux associés</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ne pas nuire</li> <li>• Adéquation entre l'intervention et les besoins réels des usagers</li> <li>• Utilisation optimale des ressources du système de santé et de services sociaux</li> </ul>
 <p>Organisationnelle</p>	<p><u>Questions d'évaluation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quels sont les enjeux professionnels et organisationnels concernant : <ul style="list-style-type: none"> <li>- la déprescription des IPP chez l'adulte?</li> <li>- la recommandation de modification des habitudes de vie pour le soulagement du RGO et de la dyspepsie chez l'adulte?</li> </ul> </li> </ul> <p><u>Aspects à considérer</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Documentation adéquate de l'indication pour la prise d'IPP</li> <li>• Codification adéquate des ordonnances d'IPP pour les modalités de remboursement</li> <li>• Capacité du réseau à implanter les interventions (déprescription, modification des habitudes de vie)</li> <li>• Obstacles et enjeux liés aux lois et règlements professionnels, aux ressources humaines ainsi qu'aux contraintes logistiques</li> <li>• Facilitateurs et facteurs clés de succès</li> </ul> <p><u>Principes éthiques et enjeux associés</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsabilité du système de santé à fournir les meilleurs soins possibles en optimisant les ressources de santé</li> <li>• Équité d'accès en adaptant les ressources disponibles selon le contexte local et réduction des disparités régionales</li> </ul>
 <p>Économique</p>	<p><u>Aspects à considérer</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Impact économique de la déprescription des IPP (p. ex. augmentation du nombre des consultations médicales ou des coûts liés aux ordonnances d'anti-H2)</li> <li>• Considérations économiques et environnementales relatives à l'usage ou la surutilisation des IPP</li> </ul> <p><u>Principes éthiques et enjeux associés</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Équité dans le remboursement partiel ou complet des IPP selon le régime d'assurance médicaments de l'adhérent</li> </ul>

DIMENSION	Questions d'évaluation, autres aspects à considérer, principes éthiques et enjeux associés
 <p data-bbox="245 533 422 562">Socioculturelle</p>	<p data-bbox="483 306 734 336"><u>Aspects à considérer</u></p> <ul data-bbox="492 363 1469 468" style="list-style-type: none"> <li>• Positionnements et priorités nationales et internationales concernant le phénomène de surprescription des IPP</li> <li>• Modalités de remboursement des IPP au Québec</li> </ul> <p data-bbox="492 485 932 514"><u>Principes éthiques et enjeux associés</u></p> <ul data-bbox="492 541 698 667" style="list-style-type: none"> <li>• Solidarité</li> <li>• Meilleur intérêt</li> <li>• Protection</li> </ul>

**Tableau I-2 Sources d'information et type de revue pour documenter les questions d'évaluation et les aspects ciblés par dimension en soutien au jugement de valeur**

Source d'information selon la méthodologie planifiée		Dimension POPULATIONNELLE	Dimension CLINIQUE	Dimension ORGANISATIONNELLE	Dimension ÉCONOMIQUE	Dimension SOCIOCULTURELLE
Données scientifiques, information, positions et recommandations	Documents d'agences d'évaluation des technologies de la santé, de sociétés savantes, des lignes directrices, des positions institutionnelles, des recommandations cliniques, organisationnelles		RS			
	Listes de médicaments de la RAMQ, critères et codification des médicaments d'exception		X		X	X
Données et éléments contextuels	Documents de ministères et d'organismes gouvernementaux et paragouvernementaux des différentes provinces et territoires ou du Canada, Légis Québec, ordres, fédérations et associations professionnelles, INESSS	X	X	X	X	X
	Consultation des parties prenantes <sup>1</sup> .	X	X	X	X	X

Abréviations et acronymes : RAMQ : Régie de l'assurance maladie du Québec; RS : revue systématique; X : source analysée et considérée dans la triangulation des données et la formulation de recommandations.

<sup>1</sup> Les parties prenantes incluent les membres du comité consultatif, les patients, les lecteurs externes ainsi que les futurs utilisateurs.

# Méthodes de synthèse de l'information et des recommandations cliniques ainsi que des données scientifiques

## Type de revue de la littérature

Revue rapide de la littérature pour la dimension clinique [Johnston *et al.*, 2019]. Revue narrative<sup>6</sup> de la littérature pour les autres dimensions.

## Sources de données et stratégie de repérage de l'information scientifique

Le repérage de la littérature a été mené par un conseiller en information scientifique (bibliothécaire) en collaboration avec l'équipe de projet. Afin de diminuer les biais de divulgation, les bases de données bibliographiques MEDLINE, Embase et EBM Reviews (Cochrane Database of Systematic Reviews) ont été interrogées en février 2025 en tenant compte des concepts suivants : les inhibiteurs de la pompe à protons et la déprescription. Pour la question d'évaluation sur les modalités de bonne pratique clinique concernant la déprescription des IPP, la stratégie ciblait les guides de pratique clinique, les revues systématiques, les méta-analyses et les recommandations publiées en français ou en anglais de 2019 à 2025. Élaborée d'abord dans MEDLINE, elle a par la suite été adaptée dans chacune des bases de données consultées. Pour la question d'évaluation sur les modalités de bonne pratique clinique concernant les modifications des habitudes de vie, veuillez consulter la réponse rapide publiée pour la [première phase de ces travaux](#).

D'autres sources spécialisées, dont des sources de littérature grise, ont été consultées : sites Web des agences et des organismes d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux (ETMISS) ainsi que ceux d'associations professionnelles associées au thème des travaux. Seuls les sites Web d'agences d'évaluation des technologies de la santé et d'autres organismes établis dans des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et dont les revenus, le réseau de la santé, la population et la pratique clinique ont des similitudes avec ceux du Canada ont été consultés (p. ex. États-Unis, Australie, Nouvelle-Zélande, Belgique, France, Espagne, Suisse, Royaume-Uni [y compris l'Écosse], Japon). Le moteur de recherche Google a aussi été utilisé afin de répertorier des documents qui n'auraient pas été indexés dans les bases de données interrogées. Les références bibliographiques des publications retenues ont été vérifiées pour répertorier des documents pertinents additionnels.

---

<sup>6</sup> Selon la définition de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), une revue narrative se définit comme étant une revue ayant pour objectif de « *présenter un état de connaissances, une synthèse, une information de base ou une vue d'ensemble de la littérature scientifique publiée sur un sujet spécifique* » [INSPQ, 2021].

Pour les revues narratives à réaliser, une recherche spécifique a aussi été effectuée au moyen du moteur de recherche Google par un professionnel scientifique qui a employé des mots clés propres aux thèmes à documenter. Les titres des 30 premières notices issues des recherches manuelles ont été examinés pour repérer tout document pertinent.

Les stratégies élaborées pour chacune des bases de données bibliographiques ainsi que la liste des autres sources consultées se trouvent à l'annexe A du document *Annexes complémentaires*.

### **Critères et processus de sélection des documents**

Les critères de sélection de la littérature pour répondre aux questions d'évaluation ont été établis selon les éléments du modèle PIPOH (population, interventions d'intérêt [aspects à documenter], professionnels à qui s'adressent les travaux, objectif poursuivi par les interventions ciblées [*outcome* – dépistage, diagnostic, traitement, suivi] et le milieu/contexte clinique où s'appliquent les interventions [*health care setting*]), pour les documents avec des repères cliniques, des positions et des recommandations cliniques.

La sélection des publications scientifiques répondant aux questions d'évaluation a été effectuée de façon indépendante par deux professionnels scientifiques à partir des critères d'inclusion et d'exclusion établis ci-dessous (Tableaux [I-3](#) et [I-4](#)). Les deux professionnels scientifiques ont testé un échantillon aléatoire de citations pour s'assurer de la compréhension commune des critères de sélection des documents. La sélection a ensuite été effectuée par lecture des titres et résumés, puis des textes intégraux. En cas de divergence d'opinions, l'avis d'une troisième personne a été demandé. Dans le cas de publications multiples, seule la version la plus récente a été retenue pour analyse.

Pour les documents repérés par la recherche manuelle et la méthode « boule-de-neige », deux professionnels scientifiques ont effectué la sélection par lecture des titres et résumés, puis des textes intégraux à partir des mêmes critères.

Au stade de la sélection à partir de la lecture des textes intégraux, la raison d'une exclusion a été inscrite dans des tableaux (consultables à l'annexe C du document *Annexes complémentaires*). Des diagrammes de flux selon le modèle PRISMA, illustrant le processus de sélection des documents retenus, ont été remplis (consultables à l'annexe B du document *Annexes complémentaires*).

Pour les revues narratives documentant des aspects ciblés de chacune des dimensions, aucun critère d'inclusion et d'exclusion n'a été préétabli. La sélection d'articles phares repérés à partir de la lecture des titres et résumés des publications scientifiques, captés lors de la recherche systématique de la littérature, la recherche manuelle ou la méthode « boule-de-neige » a été basée sur le jugement d'un professionnel scientifique. Elle n'a pas été contrevérifiée par une deuxième personne.

**Tableau I-3 Critères d'inclusion et d'exclusion des documents avec recommandations aux fins de la revue systématique (dimension clinique) – question d'évaluation sur la déprescription des IPP**

	<b>Critères d'inclusion</b>	<b>Critères d'exclusion</b>
<b>POPULATION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Adulte faisant usage chronique d'un IPP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Personne de moins de 18 ans</li> </ul>
<b>INTERVENTION D'INTÉRÊT (aspects à documenter)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Modalités de déprescription des IPP (dexlansoprazole, esoméprazole, lansoprazole, oméprazole, pantoprazole, rabéprazole) par voie orale               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Critères de déprescription</li> <li>– Méthodes de déprescription</li> <li>– Information à transmettre aux personnes</li> <li>– Interventions en cas d'échec de la déprescription</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Autres interventions que la déprescription</li> <li>▪ Déprescription d'un IPP par voie parentérale</li> </ul>
<b>OBJECTIFS CLINIQUES VISÉS (outcomes)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Guider la démarche d'évaluation, la conduite thérapeutique et le suivi d'une personne en vue de la déprescription d'un IPP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sans objet</li> </ul>
<b>CONTEXTE CLINIQUE D'INTERVENTION (health care setting and context)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Clinique médicale, groupe de médecine familiale, clinique de soins infirmiers, clinique privée, pharmacie communautaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Milieu hospitalier</li> </ul>
<b>TYPE DE PUBLICATION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Guides de bonne pratique clinique</li> <li>▪ Consensus d'experts</li> <li>▪ Lignes directrices</li> <li>▪ Revues systématiques avec recommandations</li> <li>▪ Tout autre document qui présente des recommandations cliniques entérinées par un groupe d'experts du thème abordé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Documents reprenant des recommandations d'un autre document retenu.</li> <li>▪ Documents dont les recommandations reposent sur des recommandations de GPC obsolètes (publiés en deçà de 2019 et dont des mises à jour sont disponibles).</li> <li>▪ Revue systématique (avec ou sans méta-analyse) et sans recommandations.</li> <li>▪ Lettre d'opinion, lettre à l'éditeur, résumé de conférence, autre type de devis d'études primaires.</li> </ul>
<b>PAYS/RÉGIONS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les pays de l'OCDE membres avant les années 90 et dont le réseau de la santé, la population et la pratique clinique ont des similitudes avec celui du Canada sont consultés (p. ex. États-Unis, Australie, Nouvelle-Zélande, Belgique, Espagne, Suisse, France, Royaume-Uni [Écosse incluse], Japon</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pays dont le réseau de la santé, la population et les pratiques cliniques sont très différents de ceux du Québec</li> </ul>
<b>ANNÉE DE PUBLICATION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 2019 à 2025</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 2018 et avant</li> </ul>
<b>LANGUE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Français et anglais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Autres langues</li> </ul>

**Tableau I-4 Critères d'inclusion et d'exclusion des documents avec recommandations aux fins de la revue systématique (dimension clinique) – question d'évaluation sur les modifications des habitudes de vie**

	<b>Critères d'inclusion</b>	<b>Critères d'exclusion</b>
<b>POPULATION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Adulte faisant usage chronique d'un IPP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Personne de moins de 18 ans</li> </ul>
<b>INTERVENTION D'INTÉRÊT (aspects à documenter)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Modification des habitudes de vie (p. ex. nutrition, sommeil, tabac, perte de poids, gestion du stress, techniques de respiration)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Autres interventions (p. ex. traitement pharmacologique, chirurgie)</li> </ul>
<b>OBJECTIFS CLINIQUES VISÉS (outcomes)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Guider la conduite thérapeutique non pharmacologique (par la modification des habitudes de vie) en vue de réduire les symptômes de RGO ou de dyspepsie chez l'adulte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sans objet</li> </ul>
<b>CONTEXTE CLINIQUE D'INTERVENTION (health care setting and context)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Clinique médicale, groupe de médecine familiale, clinique de soins infirmiers, clinique privée, pharmacie communautaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Milieu hospitalier</li> </ul>
<b>TYPE DE PUBLICATION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Guides de bonne pratique clinique</li> <li>▪ Consensus d'experts</li> <li>▪ Lignes directrices</li> <li>▪ Revues systématiques avec recommandations</li> <li>▪ Tout autre document qui présente des recommandations cliniques entérinées par un groupe d'experts du thème abordé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Documents reprenant des recommandations d'un autre document retenu.</li> <li>▪ Documents dont les recommandations reposent sur des recommandations obsolètes (publiés en deçà de 2019 et dont des mises à jour sont disponibles).</li> <li>▪ Revue systématique (avec ou sans méta-analyse) et sans recommandations.</li> <li>▪ Lettre d'opinion, lettre à l'éditeur, résumé de conférence, autre type de devis d'études primaires.</li> </ul>
<b>PAYS/RÉGIONS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pays de l'OCDE membres avant les années 1990 et dont le réseau de la santé, la population et la pratique clinique ont des similitudes avec ceux du Canada seront consultés (p. ex. États-Unis, Australie, Nouvelle-Zélande, Belgique, Espagne, Suisse, France, Royaume-Uni [Écosse incluse], Japon)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pays dont le réseau de la santé, la population et les pratiques cliniques sont très différents de ceux du Québec</li> </ul>
<b>ANNÉE DE PUBLICATION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 2019 à 2025</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 2018 et avant</li> </ul>
<b>LANGUE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Français et anglais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Autres langues</li> </ul>

## **Évaluation de la qualité méthodologique**

Après une phase pilote concluante portant sur quelques publications incluses, l'évaluation de la qualité des documents sélectionnés a été effectuée de façon indépendante par deux professionnels scientifiques à l'aide des outils d'évaluation énumérés ci-dessous. Toute discordance a été discutée par les deux professionnels scientifiques et arbitrée par une troisième personne lorsque nécessaire.

Les lignes directrices et guides de pratique clinique ont été évalués à l'aide de la grille *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation* (AGREE II) [Brouwers *et al.*, 2010]. La revue systématique retenue a été évaluée à l'aide de l'outil *A MeaSurement Tool to Assess systematic Reviews* (AMSTAR 2) [Shea *et al.*, 2017].

La qualité méthodologique des publications scientifiques retenues permettant de documenter des aspects clés ciblés des dimensions populationnelle, organisationnelle, économique et socioculturelle n'a pas été évaluée.

Les résultats de l'évaluation de la qualité méthodologique des documents retenus à l'étape de la sélection à partir de leur lecture sont rapportés à l'annexe E du document *Annexes complémentaires*).

## **Extraction des données issues de la littérature**

L'information et les recommandations cliniques d'intérêt pour l'objet de l'évaluation présentes au sein des documents retenus ont été extraites, quelle que soit leur qualité méthodologique. Celle-ci a plutôt été considérée dans l'analyse critique en tenant compte, notamment, du domaine de la rigueur scientifique et de celui de l'indépendance éditoriale évalués avec AGREE II.

L'extraction a été effectuée par un professionnel à l'aide de tableaux d'extraction préétablis et préalablement testés sur quelques documents afin d'en assurer la validité. Les extractions ont été contrevérifiées par un deuxième professionnel.

Par ailleurs, l'information et les recommandations cliniques tirées d'autres publications scientifiques permettant de documenter des aspects clés des dimensions populationnelle, organisationnelle, économique et socioculturelle ciblés n'ont pas été extraites dans des tableaux.

## **Analyse et synthèse**

Dans un premier temps, une courte synthèse des documents retenus à l'étape de la sélection et de l'appréciation de leur qualité méthodologique ou de leur crédibilité scientifique a été effectuée par un professionnel scientifique, puis validée par un second.

Dans un deuxième temps, une analyse critique des documents retenus pour la réalisation des revues systématiques, et la captation des similarités et différences entre l'information et les recommandations, les données scientifiques extraites et les caractéristiques distinctives entre les études ont été effectuées par un professionnel scientifique. L'ensemble a été résumé dans une synthèse narrative en tenant compte de

la qualité méthodologique des documents (p. ex. rigueur d'élaboration, indépendance éditoriale), et en exposant les limites et incertitudes associées à ces résultats. Ces analyses et synthèses ont été validées par une deuxième personne.

## **Méthode de synthèse des données et éléments d'information contextuels**

Les éléments contextuels peuvent, entre autres, inclure des : lois, règlements, normes, plans d'action, cadres de référence, services pour la population ou les personnes atteintes d'une maladie, services de télésanté, soins virtuels, protocoles et outils cliniques élaborés par des établissements québécois, critères de remboursement propres au Québec ou au Canada, programmes de gratuité, statistiques de santé, données clinico-administratives ou de répertoires/registres ou enfin des critiques ou réactions de regroupements ou d'associations d'usagers ou de cliniciens québécois à l'endroit de l'objet d'évaluation. La collecte de cette information sert généralement à documenter des aspects clés des dimensions socioculturelle, populationnelle, organisationnelle et économique.

### **Documentation relative à la régulation et à la gestion des politiques publiques et des normes cliniques**

#### **Type de revue de la littérature**

Revue narrative<sup>7</sup> de la littérature.

#### **Sources de données et stratégie de collecte**

Une recherche manuelle a été effectuée par un professionnel scientifique qui a consulté les sites Web des gouvernements fédéraux et provinciaux, de regroupements, de communautés de pratique ou de sociétés savantes spécialisées dans le domaine des travaux ou encore ceux d'associations, de fédérations et d'ordres professionnels du Québec et du Canada. Des protocoles ou outils cliniques sur la déprescription des IPP ou la modification des habitudes de vie, élaborés par des ministères et organismes en santé et en services sociaux d'autres provinces et territoires canadiens ont aussi été recherchés.

---

<sup>7</sup> Selon la définition de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), une revue narrative se définit comme étant une revue ayant pour objectif de « *présenter un état de connaissances, une synthèse, une information de base ou une vue d'ensemble de la littérature scientifique publiée sur un sujet spécifique* » [INSPQ, 2021].

Pour les aspects professionnels, les lois professionnelles ont été consultées par le biais du site Web de Légis Québec<sup>8</sup>. Les normes, règlements et guides d'exercice sur la formation continue des médecins, infirmières et pharmaciens, ainsi que la télémédecine ou tout autre thème jugé pertinent aux travaux ont été repérés par le biais des sites Web des ordres professionnels ou du MSSS.

Les listes de médicaments et les critères de remboursements des médicaments du régime général d'assurance médicaments du Québec, ainsi que la codification de certains médicaments d'exception, ont été consultés dans la [première phase des travaux](#), tout comme ceux d'autres provinces et territoires canadiens.

### **Extraction**

Aucune extraction dans un tableau n'a été effectuée pour les autres aspects documentés qui ont servi à contextualiser l'information ou les recommandations tirées des documents retenus aux fins d'analyse.

### **Analyse et synthèse**

Une analyse des renseignements pertinents relatifs aux éléments contextuels à documenter a été effectuée. Elle a souligné les similitudes et les divergences entre les différentes sources d'information. Les éléments contextuels pertinents aux travaux ont ensuite été synthétisés de façon narrative par un professionnel scientifique puis vérifiés par une deuxième personne.

## **Méthodes de synthèse et d'analyse des enjeux économiques et environnementaux**

Aucune analyse pharmacoéconomique et d'impact budgétaire n'a été effectuée, puisque les travaux visent principalement à soutenir la pratique clinique des professionnels de la santé pour la déprescription des IPP et la modification des habitudes de vie pour le soulagement des symptômes de RGO et de dyspepsie et qu'aucune recommandation à l'attention des décideurs ne sera élaborée.

Une revue narrative a été effectuée pour les principaux aspects économiques et environnementaux à considérer.

### **Sources de données**

Pour la revue narrative sur les considérations environnementales, une recherche spécifique a été effectuée au moyen du moteur de recherche Google, Google Scholar et Tripdatabase par un professionnel scientifique qui a employé les mots clés *proton pump inhibitors*, *reflux control*, *environment*, *environmental impact*, *carbon footprint*. Les titres

---

<sup>8</sup> <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/M-9,%20r,%2017/>.

des 30 premières notices issues des recherches manuelles ont été examinés pour repérer tout document pertinent.

L'information de la section sur les considérations économiques provient des travaux de la direction de l'évaluation des médicaments et des technologies à des fins de remboursement [INESSS, 2025].

### **Critères et processus de sélection des documents**

Aucun critère d'inclusion et d'exclusion n'a été préétabli. La sélection d'articles phares repérés à partir de la lecture des titres et résumés des publications scientifiques, captés lors de la recherche systématique de la littérature, la recherche manuelle ou la méthode « boule-de-neige », a été basée sur le jugement d'un professionnel scientifique. Elle n'a pas été contrevalidée par une deuxième personne.

### **Extraction des données**

L'information tirée des publications retenues permettant de documenter les considérations environnementales des interventions ciblées n'a pas été extraite dans des tableaux.

### **Analyse et synthèse**

Une synthèse narrative a été effectuée.

## **Méthodes de synthèse des différentes perspectives recueillies à partir de consultations**

Différentes perspectives ont été recueillies dans le cadre de ces travaux. Cette collecte permet de compléter les autres sources de données pour mieux répondre aux questions d'évaluation, puis d'apprécier différents aspects des dimensions socioculturelle, populationnelle, organisationnelle et économique importants pour le jugement de valeur. Ces échanges ont notamment permis de comparer l'information recensée dans la littérature à celle issue de la pratique clinique québécoise, de recueillir des données et des savoirs expérientiels, des enjeux, des obstacles et des facilitateurs de la pratique. Les noms des personnes consultées sont indiqués dans les pages liminaires du présent document.

### **Stratégie de collecte, processus et approche pour garantir la qualité et l'intégrité de l'information recueillie**

#### **Comité consultatif**

Afin de documenter la perspective des cliniciens et de préciser les enjeux cliniques, professionnels et organisationnels en lien avec le thème des travaux, un comité consultatif a été mis sur pied lors de la planification du projet. Il est composé de professionnels de la santé détenant différentes spécialités et expertises qui exercent

selon le thème des travaux. Le comité consultatif a pour mandat d'assurer la crédibilité scientifique, la pertinence clinique et de pratique et l'acceptabilité des recommandations formulées et des livrables, et ce, en fournissant de l'information contextuelle (p. ex. organisation des soins et services, trajectoire) et expérientielle, de l'expertise, des opinions sur les enjeux professionnels et organisationnels de même que les obstacles et facilitateurs de la prestation de soins et services, ou d'autres perspectives essentielles à la réalisation des travaux.

La rencontre des membres du comité consultatif a été enregistrée avec l'accord des participants. Les comptes rendus ont été rédigés par un professionnel scientifique. Ces documents indiquent la date, le lieu, un résumé des échanges et les précisions sur le suivi à effectuer. Les comptes rendus ont été validés par les membres de l'équipe de projet présents aux rencontres. Ces documents sont consignés dans un espace de travail commun réservé aux présents travaux.

### **Consultation de patients**

Afin de documenter la perspective des personnes qui prennent ou ont déjà pris un IPP concernant les enjeux d'acceptabilité liés à la déprescription des IPP et à la modification des habitudes de vie, des consultations sous forme d'entrevues individuelles ont été menées auprès de cinq personnes. L'information obtenue lors de ces consultations a également permis d'anticiper certains enjeux d'implantation des recommandations.

Les personnes de 18 ans et plus, vivant au Québec et qui prennent ou ont déjà pris un IPP durant plus de quatre semaines pour soulager des symptômes de RGO et de dyspepsie ont été invitées à participer à cette consultation. Une variabilité relative à l'âge, l'ethnie et la localisation géographique était recherchée. Différentes modalités de diffusion ont été employées par l'intermédiaire d'une association de patients (Coélique Québec) et par la sollicitation des personnes inscrites sur la liste des citoyens de l'INESSS. Les thèmes abordés et les questions posées aux personnes durant l'entrevue individuelle ont été soumis à un processus de validation interne. La liste des questions est présentée à l'annexe G du document *Annexes complémentaires*.

Les personnes ont été rencontrées individuellement par un professionnel scientifique. Toutes les rencontres ont été enregistrées avec l'accord des participants. Les comptes rendus ont été rédigés par un professionnel scientifique. Ces documents indiquent la date, le lieu, un résumé des échanges et les précisions sur le suivi à effectuer. Les comptes rendus ont été validés par un membre de l'équipe de projet. Ces documents sont consignés dans un espace de travail commun réservé aux présents travaux.

### **Analyse et synthèse**

L'information issue des consultations avec les parties prenantes a été extraite des comptes rendus par un professionnel scientifique selon des thèmes liés aux questions d'évaluation. Une portion de l'information extraite a été validée par un autre membre de l'équipe pour assurer la concordance avec ces thèmes. Ces documents ont servi de base pour étayer la perspective des parties prenantes dans l'ensemble des documents

produits. Une synthèse narrative a été réalisée afin de comparer l'information tirée des différentes perspectives recueillies. Une deuxième personne s'est assurée de la justesse des propos rapportés.

## **Processus et méthode d'élaboration des recommandations et du contenu de l'outil clinique**

Les recommandations ont été élaborées en collaboration avec le comité consultatif. Pour chacune des questions d'évaluation, l'ensemble de l'information recueillie a été colligé en fonction des principales étapes du cheminement clinique. Pour élaborer les propositions de recommandations cliniques et de l'outil clinique, l'ensemble de la preuve a été analysé en considérant les dimensions populationnelle, clinique, organisationnelle, économique et socioculturelle et en tenant compte des données scientifiques, si colligées, de l'information clinique ou des recommandations de bonnes pratiques cliniques, des données et éléments contextuels et des perspectives des parties prenantes. Les propositions de recommandations préliminaires ont été élaborées à partir des critères présentés ci-dessous ([Tableau I-5](#)). Basé sur l'ensemble de la preuve, cet outil associe le temps du verbe avec le niveau de confiance que les avantages d'adopter une recommandation excèdent les inconvénients ainsi que le degré attendu d'adoption de celle-ci.

Les membres du comité consultatif ont d'abord été invités à échanger, dans un processus itératif informel, sur l'ensemble de la preuve, et à réagir sur les propositions préliminaires formulées par l'équipe de projet et destinées ultimement à l'élaboration de l'outil clinique. À cette étape, ils ont été invités à considérer la qualité de la preuve scientifique, si pertinent, l'équilibre entre les avantages et les inconvénients, les valeurs et les préférences des professionnels et des usagers, puis à examiner les enjeux d'applicabilité et d'acceptabilité ainsi que les répercussions possibles sur les pratiques et sur les ressources afin d'en venir à une décision pour chacune des propositions. Les principaux constats découlant de ces consultations ont été compilés et analysés. Le contenu a été retenu après l'approbation de la majorité des membres du comité consultatif. À défaut d'un consensus sur la portée ou sur la pertinence d'inclure une information ou une recommandation, celle-ci a été retirée ou reformulée, puis soumise à nouveau aux membres.

Dans un deuxième temps, les membres du comité consultatif se sont prononcés par courriel sur les documents finaux. L'approbation finale des recommandations contenues dans l'outil clinique a été considérée comme unanime lorsque 100 % des participants étaient en accord, et majoritaire lorsqu'au moins 80 % des participants étaient favorables. Un avis partagé a été considéré lorsque 51 % à 79 % des membres étaient en accord. À défaut d'un consensus sur la portée ou sur la pertinence d'inclure une information ou une recommandation, celle-ci a été retirée ou reformulée, puis soumise à nouveau aux membres.

À la suite des rencontres, le rapport et l'outil clinique élaboré par l'équipe de projet ont été envoyés par courriel aux membres du comité consultatif pour obtenir leurs commentaires et les informer de l'issue des recommandations cliniques à la suite du processus itératif. Les documents ont ensuite été soumis à un processus de validation externe.

**Tableau I-5 Formulation des recommandations**

NIVEAU DE CONSENSUS BASÉ SUR L'ENSEMBLE DE LA PREUVE	INTERPRÉTATION DES RECOMMANDATIONS	DIRECTIVE POUR LA FORMULATION DE LA RECOMMANDATION
<p>Le groupe de travail est certain que l'intervention ou la décision :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ est associée à une obligation légale</li> <li>✓ peut avoir des conséquences sérieuses sur la santé ou le bien-être de la population si elle n'est pas appliquée.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pour la pratique L'intervention <b><u>doit ou ne doit pas être appliquée</u></b> à l'ensemble des patients, usagers ou proches aidants.</li> <li>▪ Pour les décideurs publics La recommandation <b><u>doit ou ne doit pas être appliquée</u></b> à l'ensemble des situations.</li> </ul>	<p>La recommandation est formulée comme une norme ou une obligation, en employant le verbe « devoir », ou le verbe à l'infinitif.</p>
<p>Le groupe de travail estime, avec un niveau de confiance élevé, que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ pour la grande majorité des situations, des patients, usagers ou proches aidants, les avantages l'emportent sur les inconvénients, ou l'inverse; et</li> <li>✓ l'intervention ou le choix de la décision est raisonnable dans le contexte québécois, voire efficient (coût-efficacité) – s'applique surtout pour l'introduction d'un nouveau traitement ou technologie.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pour la pratique L'intervention <b><u>devrait ou ne devrait pas être appliquée</u></b> à la grande majorité des patients, usagers ou proches aidants, dans la majorité des situations.</li> <li>▪ Pour les décideurs publics La recommandation <b><u>devrait être appliquée</u></b> à l'ensemble des situations.</li> </ul>	<p>La recommandation est formulée comme une instruction directe,</p> <p>en employant le verbe « devoir » à la forme conditionnelle, suivi d'un verbe d'action,</p> <p>ou</p> <p>en employant un verbe d'action directif à l'infinitif (p. ex. prescrire, recourir, mesurer, administrer, discuter, demander).</p>
<p>Le groupe de travail estime, avec un niveau de confiance élevé, que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ pour la grande majorité des situations, des patients, usagers ou proches aidants, les avantages l'emportent sur les inconvénients, ou l'inverse</li> <li>✓ l'intervention ou le choix de la décision est efficient (coût-efficacité) – s'applique surtout pour l'introduction d'un nouveau traitement ou technologie,</li> <li>✓ mais que d'autres options d'intervention ou d'autres choix décisionnels tout aussi efficaces, mais moins coûteux sont</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pour la pratique L'intervention <b><u>pourrait ou ne pourrait pas être appliquée</u></b> selon les circonstances cliniques, les valeurs ou les préférences des patients, usagers ou proches aidants.</li> <li>▪ Pour les décideurs publics La recommandation <b><u>pourrait être</u></b> appliquée selon le contexte organisationnel.</li> </ul>	<p>La recommandation est formulée comme une instruction directe</p> <p>en employant le verbe « pouvoir » à la forme conditionnelle</p> <p>ou</p> <p>en employant un verbe d'action subjectif (p. ex. proposer, envisager, considérer, offrir, suggérer)</p>

NIVEAU DE CONSENSUS BASÉ SUR L'ENSEMBLE DE LA PREUVE	INTERPRÉTATION DES RECOMMANDATIONS	DIRECTIVE POUR LA FORMULATION DE LA RECOMMANDATION
disponibles et peuvent être considérés.		
<p>Le groupe de travail estime, avec un niveau de confiance élevé, que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sans données probantes, les données expérientielles sont suffisantes pour l'élaboration d'une recommandation applicable à la plupart des patients, usagers ou proches aidants; ou à certains choix décisionnels.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pour la pratique L'intervention <b><u>pourrait être considérée au cas par cas</u></b> selon les circonstances cliniques, les préférences et les valeurs des patients, usagers ou proches aidants.</li> <li>▪ Pour les décideurs publics Le choix décisionnel <b><u>pourrait être considéré au cas par cas</u></b> selon le contexte organisationnel.</li> </ul>	<p>Le verbe « considérer/envisager au cas par cas » est employé.</p>

### Validation par les pairs

Trois lecteurs externes ont été invités à évaluer la pertinence du contenu et la qualité scientifique globale des travaux. Ces lecteurs externes ont été choisis en fonction de leur expertise et de leur engagement dans le domaine concerné et de manière à pouvoir représenter différentes régions du Québec. Ils ont été conviés à formuler des commentaires sur une version préliminaire du rapport « Guides et normes » et sur l'outil clinique. Bien qu'ils révisent l'ensemble du contenu présenté dans le document, les lecteurs externes ne révisent et n'approuvent pas la version définitive.

De plus, afin d'assurer la qualité globale de l'outil clinique, la clarté et la complétude de l'information présentée ainsi que l'applicabilité des recommandations, plusieurs futurs utilisateurs potentiels de différentes régions du Québec ont été sollicités pour répondre à un sondage en ligne afin de recueillir leurs commentaires sur une version préliminaire de l'outil clinique. Les sections de l'outil qu'ils considèrent comme étant les plus utiles à leur pratique, de même que les situations, ou les contextes, où ils croient que la consultation de l'outil constitue une valeur ajoutée (p. ex. formation, contexte réel de soins et services, prise en charge de populations particulières) étaient aussi des aspects abordés. Les futurs utilisateurs n'ont pas validé la version définitive de l'outil.

Les commentaires des lecteurs externes ainsi que ceux des futurs utilisateurs ont été analysés par l'équipe de projet, reproduits dans des tableaux récapitulatifs et sont consignés dans un espace de travail commun. Selon la nature des commentaires et la valeur ajoutée de cette perspective clinique nouvellement recueillie, les documents ont été ajustés en conséquence.

Les questions du guide de lecture externe et du sondage pour les futurs utilisateurs sont consultables aux annexes H et I du document *Annexes complémentaires*, respectivement. Les noms et affiliations des lecteurs externes et des futurs utilisateurs sont indiqués dans les pages liminaires du rapport.

### **Confidentialité et considérations éthiques**

Toute information de nature personnelle ou médicale fournie par les parties prenantes consultées a été rendue anonyme afin de protéger l'identité des participants. Les membres de l'équipe de projet ainsi que toutes les parties prenantes consultées ont également été tenus de respecter le devoir de réserve, de confidentialité, d'intégrité et de respect dicté par l'INESSS. Chaque membre de l'INESSS et chaque collaborateur participant aux travaux ont été invités à prendre connaissance du code d'éthique et se sont engagés à le respecter.

### **Prévention, déclaration et gestion des conflits d'intérêts et de rôles**

Toute personne appelée à collaborer a dû déclarer les intérêts ou rôles d'ordre personnel, professionnel ou institutionnel susceptibles de la placer dans une situation propice au développement de conflits d'intérêts ou de rôles, comme définis dans la Politique de prévention, d'identification, d'évaluation et de gestion des conflits d'intérêts et de rôles des collaborateurs de l'INESSS. Une telle déclaration a été faite sur la base du formulaire standardisé applicable à l'INESSS. Les formulaires de déclaration remplis par les collaborateurs au dossier ont fait l'objet d'une évaluation par l'équipe de projet. Cette évaluation a permis de déterminer les modalités de gestion à appliquer, selon les situations déclarées. L'ensemble des conflits d'intérêts et de rôles qui ont été déclarés sont divulgués publiquement dans les pages liminaires du rapport « Guides et normes », par souci de transparence.

### **Gestion des références**

La gestion des références a été faite avec le logiciel bibliographique EndNote. Les publications ont été classées par groupes identifiés selon les questions d'évaluation et l'information pertinente à référencer dans le rapport. Le fichier EndNote a été enregistré dans un répertoire électronique destiné au projet et géré par les membres de l'équipe de projet.

**Institut national  
d'excellence en santé  
et en services sociaux**

**Québec**



### Siège social

2535, boulevard Laurier, 5<sup>e</sup> étage  
Québec (Québec) G1V 4M3  
418 643-1339

### Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12<sup>e</sup> étage, bureau 1200  
Montréal (Québec) H3A 2S9  
514 873-2563

[inesss.qc.ca](http://inesss.qc.ca)

