

Modalités d'usage des inhibiteurs de la pompe à protons

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



Modalités d'usage des inhibiteurs de la pompe à protons

Rédaction

Geneviève Duplain Cyr
Benoît Laffont

Coordination scientifique

Marie-Claude Breton

Direction

Catherine Truchon
Ann Lévesque



La présente réponse rapide a été préparée par une équipe multidisciplinaire de la Direction de l'évaluation et de la pertinence des modes d'intervention en santé de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).

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

Laura Guiol

Équipe de l'édition

Jean Talbot
Nathalie Vanier

Sous la coordination de

Catherine Olivier, Ph. D.

Avec la collaboration de

Gilles Bordage, révision linguistique

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2025
ISBN 978-2-555-01033-8 (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, figures ou citations 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.qc.ca.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Modalités d'usage des inhibiteurs de la pompe à protons. Réponse rapide rédigée par Geneviève Duplain-Cyr et Benoit Laffont. Québec, Qc : INESSS; 2025. 40 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^r 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^r Jean-Daniel Baillargeon, gastroentérologue, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSSE-CHUS)

D^r Alexandre Gougeon, gastroentérologue, Centre hospitalier universitaire (CHU) de Québec – Université Laval

M^{me} Carol-Anne Kamel-Gravel, infirmière praticienne spécialisée (IPS) en soins aux adultes, Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Laval

D^{re} Marie-Claude Lacaille, médecin de famille, CISSS des Laurentides

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

M^{me} Thi Thanh Yen Nguyen, pharmacienne, Pharmaprix de la Place Ville Marie, Montréal

D^r Félix Trottier-Tellier, gastroentérologue, CISSS de Chaudière-Appalaches, Hôtel-Dieu de Lévis

D^r Philippe Willems, gastroentérologue, service d'hépatologie et de greffe hépatique, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

Autres contributions

L'Institut tient aussi à remercier les personnes suivantes qui ont contribué à la préparation de ce rapport en fournissant soutien, information et conseils clés :

Déclaration d'intérêts

D^r Denis Audet : honoraires de Lundbeck Canada pour la présentation d'une conférence.

D^r 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^{me} Thi Thanh Yen Nguyen : honoraires de Profession Santé pour la rédaction d'articles dans la revue Québec Pharmacie.

D^r Félix Trottier-Tellier : financement de recherche pour des études en cours sur le risankisumab et l'upadacitinib en colite ulcéreuse et maladie de Crohn et honoraires de Takeda et Abbvie pour la présentation de conférences.

D^r Philippe Willems : honoraires de Boston Scientific et Advenz Pharmaceuticals pour la présentation d'une conférence.

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. Les conclusions de cette réponse rapide pourraient être appelées à changer.

TABLE DES MATIÈRES

MODALITÉS DE REMBOURSEMENT DES INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS	I
SIGLES ET ACRONYMES	III
INTRODUCTION	1
1 MÉTHODOLOGIE.....	2
1.1 Méthodologie sommaire	2
1.1.1 Question d'évaluation	2
1.1.2 Mobilisation des savoirs	2
2 RÉSULTATS.....	3
2.1 Modalités de traitement par un IPP	3
2.1.1 Description des documents répertoriés.....	3
2.1.2 Informations et recommandations tirées des documents retenus	3
2.1.3 Perspective des parties prenantes	8
2.2 Éléments contextuels	12
2.2.1 Lois et règlements	12
2.2.2 Critères de remboursement des IPP dans les autres provinces et territoires du Canada	13
2.2.3 Perspective des parties prenantes	13
FORCES ET LIMITES DES TRAVAUX.....	15
MISE EN ŒUVRE ET ÉVALUATION DE L'IMPACT	16
RÉFÉRENCES	18
ANNEXE A.....	21
Méthodologie détaillée.....	21
ANNEXE B.....	27
Stratégies de repérage de l'information scientifique	27
ANNEXE C.....	33
Sélection des documents	33
ANNEXE D.....	35
Liste des documents exclus et raison de l'exclusion.....	35
ANNEXE E.....	36
Liste et caractéristiques des documents retenus pour l'analyse.....	36
ANNEXE F	39
Évaluation de la qualité méthodologique des documents retenus	39
ANNEXE G	40
Information et recommandations issues des documents retenus	40

LISTE DES TABLEAUX

Tableau A-1	Critères d'inclusion et d'exclusion des documents incluant de l'information et des recommandations cliniques	22
Tableau B-1	Autres sources consultées.....	32
Tableau C-1	Documents retenus dans le cadre des travaux	34
Tableau D-1	Liste des documents et raison de l'exclusion	35
Tableau E-1	Caractéristiques générales des documents retenus.....	36
Tableau F-1	Évaluation des guides de pratique clinique et lignes directrices de nature clinique – Grille AGREE II détaillée.....	39

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Diagramme de flux.....	33
----------	------------------------	----

MODALITÉS DE REMBOURSEMENT DES INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS

Contexte

Le présent document ainsi que les constats qu'il énonce ont été rédigés en réponse à une interpellation du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), qui constate que les médicaments de la classe des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) génèrent un volume d'ordonnances et des coûts importants. L'objectif est de réaliser une recension de la littérature ainsi qu'une consultation de diverses parties prenantes afin d'informer les décideurs publics et les professionnels de la santé et des services sociaux sur les modalités de traitement initial et à long terme des symptômes de dyspepsie et de reflux gastro-œsophagien (RGO) par un IPP chez l'adulte.

Vu la nature rapide de cette réponse, les constats qui en découlent ne reposent pas sur les processus habituels de réalisation des avis de l'INESSS. Ainsi, certaines des étapes régulières peuvent avoir été omises ou restreintes afin de répondre aux besoins urgents tout en maintenant une approche méthodologique rigoureuse et transparente. Dans les circonstances, l'INESSS reste à l'affût de toutes nouvelles données susceptibles de lui faire modifier ou retirer cette réponse rapide.

CONSTATS DE L'INESSS [MARS 2025]

Ce document formule des constats sur les modalités de traitement initial et à long terme des symptômes de dyspepsie et de reflux gastro-œsophagien (RGO) par un IPP chez l'adulte. Ces constats ont servi de base pour l'élaboration d'une recommandation au ministre concernant la mise à jour des modalités de remboursement des IPP publiée séparément par la Direction de l'évaluation des médicaments et des technologies à des fins de remboursement de l'INESSS [INESSS, 2025].

Modalités de traitement initial et à long terme par un IPP

En se basant sur des documents qui présentent de l'information et des recommandations cliniques disponibles, l'INESSS formule les constats suivants :

- La durée d'usage d'un IPP recommandée pour le traitement initial de la dyspepsie non investiguée, du RGO, de l'œsophagite et de la dyspepsie fonctionnelle varie de **quatre à huit semaines**;
- La durée d'usage recommandée d'un IPP pour le traitement initial d'un ulcère gastrique ou duodéal varie de **quatre à huit semaines**, mais peut être prolongée en présence de facteurs retardant la cicatrisation;
- La durée d'usage recommandée d'un IPP pour le traitement des symptômes extradiGESTIFS de RGO (ex. : toux chronique, gorge enrouée, raclement de gorge, asthme, laryngite) accompagnant les symptômes classiques de RGO varie de **huit à douze semaines**. Le traitement empirique par un IPP n'est cependant pas recommandé en présence de manifestations extradiGESTIVES isolées sans symptômes classiques de RGO;

- La durée d'usage d'un IPP recommandée pour le traitement d'éradication d'une infection à *H. Pylori* est de **14 jours**;
- Un traitement d'IPP à dose minimale efficace, préférablement **à prendre au besoin**, peut être considéré en cas de récurrence des symptômes après un traitement initial efficace pour la dyspepsie non investiguée ou fonctionnelle, le RGO, l'œsophagite non sévère ou l'ulcère gastrique ou duodénal en l'absence d'une infection à *H. Pylori* ou de la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS).

Selon les parties prenantes consultées :

- Afin de viser un usage optimal d'un IPP pris au besoin, les personnes devraient 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).

Enjeux relatifs aux pratiques de prescription

Certains enjeux relatifs aux pratiques de prescription des IPP ont été soulevés par les parties prenantes au cours des présents travaux :

- En raison de la surcharge de travail des prescripteurs en première ligne, le code de remboursement PP205 est parfois utilisé d'emblée dès l'ordonnance initiale d'un IPP, sans qu'un essai de traitement d'une durée maximale de 90 jours ait été effectué (ordonnance sans code). Cette pratique serait employée, notamment, en raison de la difficulté à pouvoir réévaluer la personne après une première prescription de courte durée.
- Le code de remboursement PP205 implique une réévaluation régulière par le pharmacien ou le prescripteur afin de favoriser la déprescription ou une diminution à la dose minimale efficace de l'IPP dans les indications visées par ce code, ce qui ne semble pas être effectué dans tous les cas.
- L'indication pour laquelle la personne est traitée ne correspond pas toujours au code inscrit sur l'ordonnance.
 - Une révision des indications pour les ordonnances d'IPP en cours apparaît nécessaire afin d'éviter qu'une déprescription ou une diminution de la dose d'IPP soit amorcée chez les personnes pour qui un usage à long terme est recommandé. Il importe de s'assurer que le code de remboursement inscrit sur l'ordonnance correspond à l'indication.

SIGLES ET ACRONYMES

ABCPQ	Association des bannières et chaînes de pharmacies du Québec
AGREE	<i>Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation</i>
AINS	Anti-inflammatoire non stéroïdien
anti-H2	Antagonistes des récepteurs H2 de l'histamine
AINS	Anti-inflammatoire non stéroïdien
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSSE	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie
CHU	Centre hospitalier universitaire
CHUM	Centre hospitalier de l'Université de Montréal
CHUS	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
ETMISSS	Évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux
GMFU	Groupe de médecine de famille universitaire
HAS	Haute autorité de santé
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
IPP	Inhibiteurs de pompe à protons
IPS	Infirmière praticienne spécialisée
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NICE	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i>
OPQ	Ordre des pharmaciens du Québec
PMP	Prix maximal payable
RGAM	Régime général d'assurance médicament
RGO	Reflux gastro-œsophagien

INTRODUCTION

Problématique

Depuis plus de 20 ans, au Québec, diverses actions ont été entreprises et des mesures ont été mises en place pour favoriser l'usage optimal des inhibiteurs de la pompe à proton (IPP) et la réduction des coûts pour le système de santé. Des critères d'usage optimal ont été établis en 2002 et actualisés en 2009. En 2010, des formations ont été offertes aux professionnels de la santé. Un prix maximal payable (PMP) a été fixé en 2013, puis réduit en 2015. En 2016, l'INESSS a formulé des recommandations pour améliorer l'usage des IPP à long terme, entraînant en 2017 l'instauration de modalités de remboursement par le régime général d'assurance médicaments (RGAM) associées à une durée de traitement. Malgré l'instauration de ces modalités de remboursement, une tendance à un usage inapproprié des IPP semble s'observer de nouveau, engendrant une pression financière sur le RGAM en raison du volume d'ordonnances et des coûts importants associés à cette classe de médicaments¹. En effet, bien qu'empreinte de biais et de limites associés à son devis, une étude transversale comparant les prescriptions d'IPP injustifiées avant et après les recommandations d'usage optimal de l'INESSS de 2017 a constaté une utilisation inappropriée des codes de remboursement d'IPP de la RAMQ, ce qui, par conséquent, ne semble pas réduire les prescriptions inappropriées [Nguyen *et al.*, 2023].

Contexte de l'amorce des travaux

C'est dans ce contexte que l'INESSS a reçu un mandat de la Direction des affaires pharmaceutiques et du médicament du MSSS afin d'élaborer une recommandation au ministre concernant la mise à jour des critères de remboursement des IPP (indications reconnues pour le paiement).

Objectifs des travaux

L'objectif des présents travaux est de présenter les constats sur les modalités de traitement initial et à long terme des symptômes de dyspepsie et de RGO par un IPP chez l'adulte. Ces constats ont servi de base pour l'élaboration d'une recommandation au ministre concernant la mise à jour des modalités de remboursement des IPP publiée séparément par la Direction de l'évaluation des médicaments et des technologies à des fins de remboursement de l'INESSS [INESSS, 2025].

Dans le cadre d'un deuxième volet de ces travaux, des recommandations sur les conseils à transmettre aux personnes souffrant de RGO ou de dyspepsie en ce qui concerne la modification des habitudes de vie et sur la déprescription des IPP seront élaborées.

¹ Source : document non publié, RAMQ, 2025.

1 MÉTHODOLOGIE

1.1 Méthodologie sommaire

1.1.1 Question d'évaluation

Quelles sont les modalités de traitement initial et à long terme par un IPP chez l'adulte?

1.1.2 Mobilisation des savoirs

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

Type de revue de la littérature : Revue systématique, selon les [lignes directrices de revues rapides de l'INESSS](#), de guides de pratique clinique, de lignes directrices et de positions d'autres organisations.

Base de données consultées : MEDLINE, Embase, EBM Reviews (Cochrane Database of Systematic Reviews).

Autres sources de données : Sites Web des agences et organismes d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux (ETMISSS), associations et sociétés savantes, moteur de recherche Google, listes de médicaments remboursés par les régimes publics d'assurance médicaments des autres provinces et territoires du Canada, sites Web d'associations ou d'ordres professionnels du Québec et site Web de Santé Canada. Les références des publications retenues ont été consultées afin de répertorier d'autres documents pertinents. La consultation initiale a été menée en janvier 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].

Consultation de parties prenantes : Un comité consultatif a été mis sur pied lors de la planification du projet pour recueillir la perspective des cliniciens et documenter les enjeux organisationnels. Ce comité comprenait des représentants de la gastroentérologie et des soins de première ligne, soit la médecine familiale, la pharmacie et les soins infirmiers.

2 RÉSULTATS

2.1 Modalités de traitement par un IPP

2.1.1 Description des documents répertoriés

La recherche d'information a permis de repérer 547 documents dans les bases de données bibliographiques et 8 documents provenant d'autres sources. Parmi ces documents, sept ont été retenus pour les travaux, dont six guides de pratique clinique et un document d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. 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 B à F du présent document.

2.1.2 Informations et recommandations tirées des documents retenus

La majorité des documents retenus concernent principalement la prise en charge des symptômes du reflux gastro-œsophagien (RGO) chez l'adulte [Madisch *et al.*, 2024; HAS, 2022; Iwakiri *et al.*, 2022; Katz *et al.*, 2022; Yadlapati *et al.*, 2022; Buyukkaramikli *et al.*, 2020]. Plusieurs documents offrent aussi des recommandations sur la prise en charge de la dyspepsie, de l'ulcère gastrique ou duodénal ainsi que de l'œsophagite [Madisch *et al.*, 2024; HAS, 2022; Iwakiri *et al.*, 2022; Katz *et al.*, 2022; Yadlapati *et al.*, 2022; NICE, 2019].

2.1.2.1 Traitement initial par un IPP

Selon les documents retenus, la durée du traitement initial empirique par un IPP varie de quatre à huit semaines pour la majorité des conditions pouvant provoquer de la dyspepsie. Les recommandations issues des documents retenus sur le traitement initial par un IPP sont résumées ci-dessous.

2.1.2.1.1 Dyspepsie non investiguée

Pour le traitement empirique initial de la dyspepsie non investiguée, un des documents retenus recommande un IPP à dose standard pendant quatre semaines [NICE, 2019]. Un autre document précise cependant que la prescription d'un IPP n'est pas justifiée en cas de dyspepsie sans symptômes de reflux ou sans RGO documenté [HAS, 2022].

2.1.2.1.2 Reflux gastro-œsophagien (RGO)

La durée de traitement initial empirique du RGO est variable selon les documents retenus. Trois documents recommandent un traitement de quatre à huit semaines avec un IPP [Madisch *et al.*, 2024; Yadlapati *et al.*, 2022; NICE, 2019]. Un des documents retenus recommande un traitement de huit semaines [Yadlapati *et al.*, 2022; NICE, 2019], alors que deux autres documents recommandent plutôt un traitement empirique

initial de quatre semaines [HAS, 2022; Iwakiri *et al.*, 2022]. Tous recommandent l'usage d'une dose standard d'IPP, à l'exception d'un document qui recommande plutôt l'usage d'une demi-dose – sauf pour l'oméprazole qui doit être administré à dose standard [HAS, 2022].

En présence d'une réponse satisfaisante à un traitement initial d'un RGO, la poursuite du traitement devrait être systématiquement réévaluée, selon un des documents retenus, en fonction du soulagement ou de la persistance des symptômes, des effets indésirables du traitement et du résultat de l'endoscopie digestive haute, le cas échéant [HAS, 2022].

Selon ce document, la poursuite du traitement au-delà de quatre semaines est rarement justifiée [HAS, 2022]. Un des documents retenus recommande de cesser l'IPP après le traitement initial chez les personnes qui y ont répondu favorablement – à l'exception des personnes avec une œsophagite érosive ou un œsophage de Barrett, qui devraient poursuivre un traitement à long terme [Katz *et al.*, 2022]. Selon ce document, les preuves scientifiques concernant le risque de rebond acide suivant la cessation brusque des IPP ne sont pas suffisantes pour émettre une recommandation à ce sujet [Katz *et al.*, 2022].

Selon trois documents retenus, l'optimisation du traitement par un IPP devrait être tentée en cas de réponse insatisfaisante après un essai de quatre à huit semaines à dose standard [Madisch *et al.*, 2024; Katz *et al.*, 2022; Yadlapati *et al.*, 2022]. L'optimisation du traitement du RGO peut inclure une augmentation de la dose (p. ex. deux fois par jour), un changement d'IPP ou encore une modification des moments de prise de l'IPP [Madisch *et al.*, 2024; Yadlapati *et al.*, 2022; NICE, 2019]. Des investigations supplémentaires devraient être considérées en cas de réponse insatisfaisante après quatre à huit semaines de traitement d'IPP optimisé [Madisch *et al.*, 2024; Yadlapati *et al.*, 2022].

2.1.2.1.3 RGO – Symptômes extradijestifs

Deux des documents retenus recommandent un traitement avec une dose élevée d'IPP, administrée deux fois par jour pendant huit à douze semaines lorsque des symptômes extradijestifs (ex. : toux chronique, gorge enrouée, raclement de gorge, asthme, laryngite) accompagnent les symptômes classiques de RGO [Madisch *et al.*, 2024; Katz *et al.*, 2022]. En cas de manifestations extradijestives isolées sans symptômes classiques de RGO, deux documents ne recommandent pas de traitement empirique par un IPP [HAS, 2022; Yadlapati *et al.*, 2022].

2.1.2.1.4 Œsophagite

Deux des documents retenus recommandent un traitement initial avec une dose standard d'IPP pendant huit semaines en cas d'œsophagite sévère (grades Los Angeles C et D) [HAS, 2022; NICE, 2019]. Selon un des documents retenus, les doses standard pour l'oméprazole et l'ésoméprazole utilisées pour le traitement de l'œsophagite sévère seraient plus élevées que pour la majorité des autres indications, soit 40 mg une fois par jour [NICE, 2019]. Un autre document retenu recommande l'usage d'un IPP plutôt que d'un anti-H2 pour le traitement de l'œsophagite érosive, sans toutefois préciser la dose ou la durée de traitement [Katz *et al.*, 2022]. Un autre document retenu ne recommande

pas l'usage des IPP en première intention de traitement de l'œsophagite sévère, lui préférant le vonoprazan, non commercialisé au Canada [Iwakiri *et al.*, 2022].

En cas d'échec au traitement initial de l'œsophagite sévère, deux des documents retenus recommandent d'optimiser le traitement par un IPP, par exemple en augmentant la posologie à une prise deux fois par jour ou en changeant d'IPP [Yadlapati *et al.*, 2022; NICE, 2019].

En cas d'œsophagite non sévère (grades Los Angeles A ou B), deux des documents retenus recommandent un IPP [Iwakiri *et al.*, 2022; Yadlapati *et al.*, 2022]. L'un d'eux précise qu'une dose standard pour une durée de huit semaines est recommandée [Iwakiri *et al.*, 2022]. Un autre document mentionne qu'en présence d'une œsophagite non sévère, seul un traitement symptomatique devrait être proposé [HAS, 2022].

2.1.2.1.5 Dyspepsie fonctionnelle

Dans le cas d'une dyspepsie fonctionnelle persistante malgré l'éradication ou l'absence d'*Helicobacter Pylori* (*H. Pylori*), un traitement avec une faible dose d'IPP pendant quatre semaines pourrait être considéré, selon l'un des documents retenus [NICE, 2019]. Un autre document soutient toutefois que l'intérêt des IPP n'est pas justifié, considérant le niveau de preuve scientifique chez l'adulte [HAS, 2022].

2.1.2.1.6 Ulcère gastrique ou duodéal

L'ulcère gastrique ou duodéal secondaire à la prise d'un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) sans infection à *H. Pylori* devrait être traité avec un IPP à dose standard pendant huit semaines, selon l'un des documents retenus [NICE, 2019]. Un autre document recommande plutôt une durée de traitement de quatre à huit semaines chez les personnes pour lesquelles la poursuite du traitement avec un AINS est justifiée [HAS, 2022].

L'ulcère gastrique ou duodéal non causé par un AINS ou une infection à *H. Pylori* devrait également être traité avec un IPP à dose standard pendant quatre à huit semaines, selon l'un des documents retenus [NICE, 2019]. Un autre document distingue l'ulcère gastrique de l'ulcère duodéal non causé par un AINS ou une infection à *H. Pylori* en recommandant une durée de traitement de quatre semaines pour l'ulcère duodéal, alors qu'une durée de quatre à huit semaines – pouvant être prolongée s'il existe des facteurs retardant la cicatrisation, comme la taille de l'ulcère – est recommandée pour l'ulcère gastrique [HAS, 2022].

2.1.2.1.7 *Helicobacter Pylori*

Étant donné que l'INESSS a publié en décembre 2024 un guide d'usage optimal sur l'infection à *H. Pylori*, les recommandations relatives à l'usage d'un IPP pour cette condition seront considérées dans le cadre des présents travaux². Aucune recommandation n'a été extraite à ce sujet dans les documents retenus.

Le guide d'usage optimal de l'INESSS recommande l'usage d'un IPP à dose standard deux fois par jour pour une durée de 14 jours pour éradiquer une infection à *H. Pylori*, en association avec le bismuth, une antibiothérapie ou les deux, selon le traitement choisi [INESSS, 2024].

2.1.2.2 Traitement par un IPP à long terme

2.1.2.2.1 Dyspepsie – symptômes récurrents

Les IPP à dose faible en prise continue ou au besoin pourraient être considérés en cas de symptômes récurrents après un traitement initial efficace de la dyspepsie non investiguée ou fonctionnelle, selon l'un des documents retenus [NICE, 2019]. Il est à noter que, selon un autre document, l'usage d'un IPP est non justifié dans le traitement de la dyspepsie fonctionnelle ou de la dyspepsie sans symptômes de reflux ou sans RGO documenté [HAS, 2022].

2.1.2.2.2 RGO – symptômes récurrents après un traitement initial efficace

Selon cinq documents retenus, la dose d'IPP devrait être réduite à la dose minimale efficace, à prendre au besoin si possible, en cas de symptômes récurrents après le traitement initial du RGO sans évidence d'œsophagite sévère [Madisch *et al.*, 2024; HAS, 2022].

Un document recommande, en présence d'un RGO sans évidence d'érosion sévère, de baser la prise en charge à long terme sur la gestion de symptômes et d'éviter le surtraitement [Madisch *et al.*, 2024]. Un autre document retenu soutient que la prise en charge à long terme du RGO peut être justifiée au cas par cas, notamment en présence de RGO non érosif documenté et répondant aux IPP [HAS, 2022].

Les données scientifiques ne permettent pas de favoriser la prise d'IPP en continu plutôt qu'au besoin pour le traitement à long terme du RGO, selon un des documents retenus [Buyukkaramikli *et al.*, 2020]. Selon les informations rapportées dans ce document, en Suisse, les personnes qui prennent des IPP pour traiter un RGO non érosif ou non investigué consomment en moyenne de 120 à 200 comprimés par année [Buyukkaramikli *et al.*, 2020]. Selon ce document d'évaluation des technologies des modes d'intervention en santé, le traitement avec un IPP au besoin est coût-efficace lorsque l'usage des IPP est limité à 200 comprimés par année [Buyukkaramikli *et al.*, 2020].

² Les travaux de l'INESSS sur l'infection à *Helicobacter Pylori* sont consultables au : <https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/infection-a-helicobacter-pylori.html>.

2.1.2.2.3 Œsophagite sévère et complications

Selon la majorité des documents retenus, la poursuite à long terme d'un IPP est justifiée en cas d'œsophagite sévère (grades Los Angeles C ou D) [Katz *et al.*, 2022], d'œsophage de Barrett [Katz *et al.*, 2022] ou de sténose œsophagienne [Madisch *et al.*, 2024; HAS, 2022].

Le traitement à long terme de l'œsophagite non sévère est abordé dans deux documents. Dans les deux cas, il est mentionné qu'une dose minimale d'IPP peut être considérée [Iwakiri *et al.*, 2022; Yadlapati *et al.*, 2022].

2.1.2.2.4 Prévention de l'ulcère gastrique ou duodéal causé par un AINS

Deux des documents retenus recommandent un IPP à faible dose chez les personnes avec un antécédent d'ulcère gastrique ou duodéal à haut risque de saignement qui doivent continuer de prendre un traitement à base d'AINS [HAS, 2022; NICE, 2019], ainsi que chez les personnes qui prennent des AINS et qui ont au moins un facteur de risque de saignement gastro-intestinal – par exemple si elles sont âgées de 65 ans ou plus ou si elles prennent un antiplaquettaire, un corticostéroïde ou un anticoagulant [HAS, 2022]. L'IPP doit être cessé en même temps que l'AINS, le cas échéant [HAS, 2022]. Selon un des documents retenus, l'usage d'un IPP en prévention des complications digestives hautes secondaires aux AINS, aux antiplaquettaires ou aux anticoagulants n'est pas justifié chez les personnes à faible risque de ces complications [HAS, 2022].

2.1.2.2.5 Ulcère gastrique ou duodéal – symptômes récurrents après le traitement initial

Un des documents retenus mentionne qu'une dose faible d'IPP, préférablement prise au besoin, peut être considérée en cas de symptômes récurrents après le traitement initial d'un ulcère gastrique ou duodéal [NICE, 2019]. Cependant, selon un autre document retenu, les situations cliniques qui justifient un traitement à long terme d'un ulcère gastrique ou duodéal sont rares et se limitent aux suivantes : formes idiopathiques, échec de l'éradication de *H. Pylori*, syndrome de Zollinger-Ellison, traitement au long cours par AINS chez les patients à risque de complications digestives hautes [HAS, 2022].

2.1.2.2.6 Gastroentérite éosinophilique

Aucune information ni recommandation n'a été trouvée sur le traitement de la gastroentérite éosinophilique dans les documents retenus.

2.1.2.2.7 Œsophage hypersensible

Aucune information ni recommandation n'a été trouvée sur le traitement de l'œsophage hypersensible dans les documents retenus.

2.1.3 Perspective des parties prenantes

2.1.3.1 Traitement initial par un IPP

En accord avec les informations trouvées dans la littérature retenue, les parties prenantes sont d'avis qu'une durée de traitement de quatre à huit semaines est généralement suffisante pour le traitement initial de la dyspepsie non investiguée ou sans lésion, avec ou sans prédominance de symptômes de RGO. Toutefois, ils sont d'avis que certains ulcères, même s'il s'agit généralement de cas exceptionnels, nécessitent un traitement prolongé – jusqu'à 12 semaines – soit parce que la guérison est plus lente chez certaines personnes ou encore en raison du délai pour l'obtention d'une gastroscopie. Par ailleurs, certaines parties prenantes ont rappelé que certaines formes d'ulcères peptiques idiopathiques récidivants en l'absence de *H. Pylori* ou de prise d'AINS peuvent nécessiter un traitement à long terme par un IPP.

D'autres parties prenantes ont exprimé leur inquiétude de voir les consultations médicales et les examens supplémentaires se multiplier si la prise d'IPP est trop courte pour traiter adéquatement les symptômes.

Par ailleurs, certaines parties prenantes ont rapporté que le code PP205 est parfois utilisé d'emblée dès l'ordonnance initiale d'un IPP, sans qu'un essai de traitement d'une durée maximale de 90 jours ait été effectué (ordonnance sans code). Cette pratique serait employée, notamment, afin de limiter les visites médicales de suivi après deux ou trois mois, qui sont très difficiles à planifier dans le contexte actuel de surcharge de travail en première ligne, selon les cliniciens consultés. Ainsi, bien qu'une réévaluation médicale soit recommandée en cas de persistance des symptômes de dyspepsie après le traitement initial, celle-ci ne semble pas facilement réalisable.

2.1.3.2 Traitement par un IPP à long terme

Plusieurs discussions ont eu cours entre les parties prenantes au sujet de l'utilisation du code PP205 dans le cadre de leur pratique, qui autorise présentement un remboursement pour 12 mois (renouvelable), « lorsque les symptômes de RGO ont été soulagés par un traitement initial et que ces derniers reviennent à l'arrêt des IPP et qu'ils sont présents au moins trois jours par semaine lors de :

- Dyspepsie fonctionnelle répondant aux IPP;
- Dyspepsie non investiguée ou sans lésion repérée lors de l'investigation, avec prédominance de symptômes de RGO;
- Gastroentérite éosinophilique;
- Œsophage hypersensible;
- Symptômes extradiigestifs, dont les douleurs thoraciques, ceux associés à des dysmotilités, ceux de la sphère ORL ou pulmonaire, dont la toux, répondant aux IPP³ ».

³ RAMQ. Remboursement des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) – Mise à jour des considérations thérapeutiques. 2017 : <https://www.ramq.gouv.qc.ca/sitecollectiondocuments/professionnels/infolettres/2017/info146-7.pdf>.

2.1.3.2.1 Durée de traitement

Les parties prenantes sont d'avis qu'un phénomène de surprescription des IPP semble exister au Québec et que la réévaluation du traitement, qui devrait être faite minimalement chaque année, est peu réalisée en pratique en raison du manque de temps de consultation et de la complexité croissante des suivis. Diverses avenues visant à réduire l'usage non pertinent des IPP ont été discutées, dont celle d'imposer une durée maximale d'IPP par période de 12 mois, comme ce qui a été recommandé par le document de la Suisse (qui fixe à 200 jours la couverture), afin de favoriser un usage au besoin plutôt qu'en continu. Toutefois, plusieurs enjeux relatifs à une telle option ont été soulevés :

- Premièrement, des préoccupations éthiques sont mentionnées puisqu'une limite (ex. : 200 jours) risquerait de laisser souffrir plusieurs personnes qui ne sont soulagées que par un traitement à long terme par IPP, alors que les traitements pour soulager d'autres types de douleur ne sont pas sujets à une telle limite.
- Une telle mesure risquerait, selon les parties prenantes, de faire augmenter significativement les coûts liés aux consultations à l'urgence ou au sans rendez-vous, aux examens supplémentaires et aux autres traitements qui seront prescrits pour soulager la souffrance des personnes (ex. : anti-H2, antidépresseurs, analgésiques).
- Finalement, certaines parties prenantes ont souligné qu'une limite de 200 jours est basée sur une moyenne, ce qui implique que certaines personnes auront besoin de moins de jours de traitement, alors que d'autres en auront besoin davantage.

Selon l'ensemble des parties prenantes consultées, chaque ordonnance d'IPP utilisant le code PP205 devrait impliquer une réévaluation régulière par le pharmacien ou le prescripteur en vue d'une réduction de la dose ou d'un arrêt temporaire ou permanent (notamment par une stratégie de déprescription). Certaines ont suggéré qu'un essai de déprescription ou de diminution à la dose minimale efficace soit déjà prévu par le code de remboursement, par exemple en impliquant un arrêt obligatoire chaque année, tout en s'assurant qu'une poursuite du traitement demeure possible en cas d'échec aux stratégies de déprescription ou de réduction de la dose. Les parties prenantes ont cependant souligné qu'une réévaluation régulière par un médecin pourrait entraîner une augmentation significative des consultations médicales.

Finalement, selon l'avis de la majorité des parties prenantes, il importe de rappeler que l'usage d'un IPP au besoin devrait être défini comme étant la prise régulière de l'IPP pendant les périodes de récurrence des symptômes, suivie d'un arrêt lorsque ceux-ci disparaissent (plutôt que la prise irrégulière seulement lorsque surviennent les symptômes).

2.1.3.2.2 Indications de traitement à long terme

Dyspepsie fonctionnelle et dyspepsie non investiguée ou sans lésion, avec prédominance de RGO

Les parties prenantes, en accord avec l'information trouvée dans les documents retenus, soutiennent qu'un traitement prolongé ou à long terme au besoin ou à dose minimale efficace devrait être considéré en cas de dyspepsie fonctionnelle répondant aux IPP ou de dyspepsie non investiguée ou sans lésion repérée lors de l'investigation, avec prédominance de symptômes de RGO.

Plusieurs parties prenantes ont également souligné l'importance d'utiliser les bons codes de remboursement selon l'indication de traitement par IPP afin d'éviter notamment qu'une déprescription soit tentée chez une personne pour qui un usage à long terme est recommandé. Ce constat s'applique autant à la prescription initiale qu'au renouvellement de l'ordonnance, selon les cliniciens consultés.

Symptômes extradigestifs

Bien que l'usage à long terme des IPP pour le soulagement des symptômes extradigestifs du RGO ne soit pas recommandé par les documents retenus, plusieurs parties prenantes considèrent que, lorsque la personne répond favorablement aux IPP, il est fort probable qu'un RGO soit en cause. Si les symptômes extradigestifs reviennent à l'arrêt de l'IPP, il est préférable de traiter la personne de façon prolongée avec une dose minimale efficace d'IPP plutôt que de s'engager dans des investigations potentiellement coûteuses et inutiles, selon les cliniciens consultés.

Gastroentérite éosinophilique et œsophage hypersensible

Ces deux indications peu fréquentes ont été ajoutées au code de remboursement PP205 en 2017 à la suite d'opinions d'experts. Selon certaines parties prenantes consultées, la pertinence de l'indication de la gastroentérite éosinophilique est discutable.

CONSTATS – TRAITEMENT INITIAL ET À LONG TERME PAR UN IPP

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

Modalités de traitement initial et à long terme par un IPP

En se basant sur des documents qui présentent de l'information et des recommandations cliniques disponibles, l'INESSS formule les constats suivants :

- La durée d'usage d'un IPP recommandée pour le traitement initial de la dyspepsie non investiguée, du RGO, de l'œsophagite et de la dyspepsie fonctionnelle varie de **quatre à huit semaines**;
- La durée d'usage recommandée d'un IPP pour le traitement initial d'un ulcère gastrique ou duodénal varie de **quatre à huit semaines**, mais peut être prolongée en présence de facteurs retardant la cicatrisation;
- La durée d'usage recommandée d'un IPP pour le traitement des symptômes extradiigestifs de RGO (ex. : toux chronique, gorge enrouée, raclement de gorge, asthme, laryngite) accompagnant les symptômes classiques de RGO varie de **huit à douze semaines**. Le traitement empirique par un IPP n'est cependant pas recommandé en présence de manifestations extradiigestives isolées sans symptômes classiques de RGO;
- La durée d'usage d'un IPP recommandée pour le traitement d'éradication d'une infection à *H. Pylori* est de **14 jours**;
- Un traitement d'IPP à dose minimale efficace, préférablement à **prendre au besoin**, peut être considéré en cas de récurrence des symptômes après un traitement initial efficace pour la dyspepsie non investiguée ou fonctionnelle, le RGO, l'œsophagite non sévère ou l'ulcère gastrique ou duodénal en l'absence d'une infection à *H. Pylori* ou de la prise d'AINS.

Selon les parties prenantes consultées :

- Afin de viser un usage optimal d'un IPP pris au besoin, les personnes devraient 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).

Enjeux relatifs aux pratiques de prescription

Certains enjeux relatifs aux pratiques de prescription des IPP ont été soulevés par les parties prenantes au cours des présents travaux :

- En raison de la surcharge de travail des prescripteurs en première ligne, le code de remboursement PP205 est parfois utilisé d'emblée dès l'ordonnance initiale d'un IPP, sans qu'un essai de traitement d'une durée maximale de 90 jours ait été effectué (ordonnance sans code). Cette pratique serait employée, notamment, en raison de la difficulté à pouvoir réévaluer le patient après une première prescription de courte durée.

- Le code de remboursement PP205 implique une réévaluation régulière par le pharmacien ou le prescripteur afin de favoriser la déprescription ou une diminution à la dose minimale efficace de l'IPP dans les indications visées par ce code, ce qui ne semble pas être effectué dans tous les cas.
- L'indication pour laquelle la personne est traitée ne correspond pas toujours au code inscrit sur l'ordonnance.
 - Une révision des indications pour les ordonnances d'IPP en cours apparaît nécessaire afin d'éviter qu'une déprescription ou une diminution de la dose d'IPP soit amorcée chez les personnes pour qui un usage à long terme est recommandé. Il importe de s'assurer que le code de remboursement inscrit sur l'ordonnance correspond à l'indication.

2.2 Éléments contextuels

2.2.1 Lois et règlements

Afin de déterminer si la réévaluation de la poursuite, de l'arrêt ou de l'ajustement du traitement avec un IPP peut être effectuée par le pharmacien communautaire, les dispositions prévues par le projet de loi 31⁴ ont été examinées [ABCPQ, 2021; OPQ, 2020].

2.2.1.1 Amorce d'un IPP par un pharmacien

La loi permet aux pharmaciens d'amorcer une thérapie de façon autonome lorsqu'aucun diagnostic n'est requis [ABCPQ, 2021; OPQ, 2020]. Une thérapie pour traiter les symptômes de dyspepsie ou de RGO – incluant les IPP – peut être amorcée par le pharmacien (ordonnance sans code). La durée de traitement permise dans le contexte de la loi 31⁴ étant de quatre à six semaines, la personne devra être orientée vers un médecin s'il est jugé nécessaire que le traitement soit poursuivi [ABCPQ, 2021; OPQ, 2020].

2.2.1.2 Poursuite ou reprise d'un IPP par un pharmacien

Selon la réglementation en vigueur, une réévaluation médicale est nécessaire pour la poursuite d'un traitement par un IPP si l'ordonnance sans code arrive à échéance, qu'elle ait été prescrite initialement par un médecin ou un pharmacien [ABCPQ, 2021; OPQ, 2020].

⁴ Loi modifiant principalement la Loi sur la pharmacie afin de favoriser l'accès à certains services : https://www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_client/lois_et_reglements/LoisAnnuelles/fr/2020/2020C4F.PDF

Le pharmacien peut prolonger une ordonnance d'IPP portant déjà le code PP205 [OPQ, 2020]. Ainsi, dans le cas où une déprescription ou une réduction de la dose serait tentée sans succès, le pharmacien peut represcrire le traitement de façon autonome et orienter la personne vers un médecin selon son jugement clinique.

La prise en charge du traitement avec un IPP par le pharmacien communautaire, incluant les ordonnances, pourrait aussi être possible à la suite d'une demande de consultation de la part du médecin ou dans le cadre d'une entente de pratique avancée en partenariat⁵. Toutefois, l'application de ces modalités n'est pas possible de façon systématique pour l'ensemble des traitements d'IPP amorcés sans code. De plus, les modalités impliqueraient des honoraires des pharmaciens.

2.2.2 Critères de remboursement des IPP dans les autres provinces et territoires du Canada

D'après les listes des médicaments remboursés par les régimes publics d'assurance médicaments des différentes provinces et différents territoires du Canada, les modalités de remboursement des IPP sont variables [Alberta, 2025; Colombie-Britannique, 2025; Ile du Prince Édouard, 2025; Manitoba, 2025; Nouveau Brunswick, 2025; Nouvelle-Écosse, 2025; Ontario, 2025; Saskatchewan, 2025; Terre Neuve et Labrador, 2025; Yukon, 2025; Gouvernement du Canada, 2024; Territoires du Nord-Ouest, 2024]. La majorité des juridictions canadiennes remboursent au moins deux IPP sans restriction, quelle que soit la dose ou la durée d'usage. Plusieurs juridictions appliquent certains critères, notamment pour l'usage du lansoprazole à dissolution rapide ou de doses d'IPP supérieures aux doses standard. Il est à noter que, hormis le Québec, aucune province ni aucun territoire ne rembourse le dexlansoprazole et la plupart ne remboursent pas l'ésooméprazole. Pour plus d'information concernant les critères de remboursement des IPP dans les autres provinces du Canada, on peut consulter les listes respectives des médicaments remboursés par les régimes publics d'assurance médicaments.

2.2.3 Perspective des parties prenantes

Plusieurs parties prenantes ont souligné le rôle du pharmacien communautaire dans la réévaluation régulière du traitement. Selon elles, la réévaluation du traitement par un IPP serait réalisable dans leur contexte clinique et améliorerait l'accès aux soins des personnes concernées, tout en minimisant les visites médicales. Par exemple, certaines parties prenantes ont mentionné que la réévaluation du traitement à la suite d'une ordonnance initiale sans code pourrait être effectuée par le pharmacien. Cependant, la reprise du traitement, qui nécessite l'application d'un code de remboursement, n'est pas possible avec la réglementation actuelle.

⁵ Légis Québec. Loi sur la pharmacie. Consultable au : <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/p-10>.

De plus, le pharmacien pourrait proposer et entamer une déprescription avec la personne, selon son jugement clinique. La réglementation actuelle lui permettrait de reprendre le traitement et même de le prolonger si nécessaire. Toutefois, il est primordial que le code de remboursement inscrit sur l'ordonnance corresponde à l'indication, afin d'éviter qu'une déprescription soit tentée en présence d'une indication pour laquelle l'usage à long terme d'un IPP est recommandé.

CONSTATS – ÉLÉMENTS CONTEXTUELS

À la suite de l'analyse de l'ensemble de l'information recensée, les constats suivants ont été dégagés :

Lois et règlements

- La réglementation actuelle ne permet pas au pharmacien de prescrire un traitement initial avec un IPP de façon autonome pour une durée de plus de quatre à six semaines;
- Une réévaluation médicale est nécessaire pour la poursuite d'un traitement par un IPP si l'ordonnance sans code arrive à échéance, qu'elle ait été prescrite initialement par un médecin ou un pharmacien;
- Le pharmacien peut prolonger une ordonnance d'IPP portant déjà un code de remboursement. Dans le cas où une déprescription ou une réduction de la dose serait tentée sans succès, le pharmacien peut represcrire l'IPP de façon autonome et orienter la personne vers un médecin selon son jugement clinique.

Remboursement des IPP dans les autres provinces et territoires du Canada

- La majorité des juridictions canadiennes remboursent au moins deux IPP sans restriction, quelle que soit la dose ou la durée d'usage;
- Hormis le Québec, aucune province ni aucun territoire ne rembourse le dexlansoprazole et la plupart ne remboursent pas l'ésoméprazole.

FORCES ET LIMITES DES TRAVAUX

Malgré la nature rapide de ces travaux, ils reposent sur une méthodologie rigoureuse qui comprend une recherche systématique de documents présentant de l'information et des recommandations cliniques sur l'usage des IPP dans leurs indications les plus courantes chez l'adulte, 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 qui a permis de dégager des enjeux organisationnels associés au contexte québécois.

Le comité consultatif mandaté pour valider les aspects scientifiques et fournir des éléments contextuels sur les perspectives cliniques nécessaires aux travaux était constitué de cliniciens de différentes spécialités et expertises, y compris la gastroentérologie, la médecine familiale, la pharmacie et les soins infirmiers. Par ailleurs, une collaboration étroite entre la Direction de l'évaluation et de la pertinence des modes d'intervention en santé et la Direction de l'évaluation des médicaments et des technologies à des fins de remboursement a permis une synchronisation efficace des travaux et des livrables attendus.

Bien que les travaux reposent sur une méthodologie rigoureuse, des limites doivent toutefois être signalées. Parmi les sept documents retenus pour les travaux, selon la grille *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE II)*, la rigueur du processus d'élaboration de certains guides est limitée. Par ailleurs, bien que la stratégie de recherche inclue des dates de publication récentes, certains des documents retenus se basent sur des études et des documents moins récents qui devraient parfois être actualisés. En outre, l'INESSS n'a pas effectué une évaluation et une appréciation des données scientifiques des études primaires portant sur l'efficacité et l'innocuité des traitements, mais plutôt une appréciation secondaire à la suite de l'interprétation faite par les auteurs des documents retenus. Enfin, la littérature scientifique ou les normes portant sur les aspects économiques, organisationnels, éthiques, d'implantation et de déploiement n'ont pas été consultées.

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. De plus, en raison de la portée des travaux qui concernent principalement les professionnels de la santé de première ligne et les gastro-entérologues, la perspective des personnes souffrant de dyspepsie n'a pas été colligée, ni celle de citoyens.

MISE EN ŒUVRE ET ÉVALUATION DE L'IMPACT

Au terme des travaux et à la suite du processus itératif avec les membres du comité consultatif, où ont été triangulés l'information et les recommandations tirées de la littérature consultée, les éléments contextuels et la perspective des différentes parties prenantes consultées, une série de constats sur l'usage optimal des IPP ont été formulés. Ils ont servi de base pour l'élaboration d'une recommandation au ministre concernant la mise à jour des modalités de remboursement des IPP [INESSS, 2025]. Dans le cas où des modifications aux modalités de remboursement seraient apportées, les moyens pour favoriser l'implantation suggérée en 2016 [INESSS, 2016] devraient être mis en place :

- Élaborer et diffuser un plan de communication permettant d'informer les assurés et de soutenir les pharmaciens, les médecins et les autres professionnels de la santé touchés par ces modifications;
- Donner aux usagers et aux professionnels de la santé le temps de bien comprendre les modifications apportées aux modalités de remboursement, et ce, avant leur entrée en vigueur;
- Transmettre des communications aux assureurs privés afin de les informer des modifications concernant la classe des IPP;
- Mettre en place des mesures administratives permettant d'assurer le respect des modalités de remboursement par la RAMQ;
- Assurer un suivi de l'application de ces mesures à l'aide de banques de données administrées par la RAMQ.

Les présents travaux ont permis d'identifier certaines informations à rappeler aux professionnels de la santé :

- Une ordonnance d'IPP sans code de remboursement, d'une validité limitée, doit d'abord être prescrite pour le traitement initial de la dyspepsie non investiguée ou sans lésion repérée lors de l'investigation, avec ou sans prédominance de symptômes de RGO. Une réévaluation médicale est nécessaire en cas de persistance des symptômes après un traitement initial et, si nécessaire, une nouvelle ordonnance assortie du code de remboursement correspondant à l'indication de traitement doit être rédigée.
- Le code de remboursement PP205 implique une réévaluation régulière par le pharmacien ou le prescripteur afin de favoriser la déprescription ou une diminution à la dose minimale efficace de l'IPP dans les indications visées par ce code.
- L'usage d'un IPP au besoin devrait être défini comme un usage régulier pendant les périodes de récurrence des symptômes, suivi d'un arrêt lorsque ceux-ci

disparaissent (plutôt que la prise irrégulière seulement lorsque surviennent les symptômes).

- Une révision des indications pour les ordonnances d'IPP en cours apparaît nécessaire afin d'éviter qu'une déprescription ou une diminution de la dose d'IPP soit amorcée chez les personnes pour qui un usage à long terme est recommandé. Il importe de s'assurer que le code de remboursement inscrit sur l'ordonnance correspond à l'indication.

RÉFÉRENCES

- Association des bannières et des chaînes de pharmacies du Québec (ABCPQ).
Dyspepsie et reflux : Algorithme d'aide à la décision [site Web]. Boucherville, Qc : ABCPQ; 2021. Disponible à : <https://abcpq.ca/algorithmes/dyspepsie-et-reflux/> (consulté le 14 février 2025).
- Alberta. Interactive drug benefit list [site Web]. 2025. Disponible à : <https://formulary.drugplan.ehealthsask.ca/SearchFormulary/CS/56-3577-40-21797-00> (consulté le 20 janvier 2025).
- 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.
- Buyukkaramikli N, Abraham K, Vroiling H, Bunge E, Pennesi E, Al M, et al. Treatment of non-erosive gastroesophageal reflux disease patients with proton pump inhibitor therapy. Berne : FOPH; 2020. 12 June 2020. Disponible à : <https://www.bag.admin.ch/bag/en/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/hta/hta-projekte/protonenpumpeninhibitoren.html> (consulté le 16 janvier 2025).
- Colombie-Britannique. BC PharmaCare Formulary Search [site Web]. 2025. Disponible à : <https://pharmacareformularysearch.gov.bc.ca/Search.xhtml> (consulté le 20 janvier 2025).
- Gouvernement du Canada. Drugs and pharmacy benefits for First Nations and Inuit [site Web]. 2024. Disponible à : <https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1574784515492/1574784549876#a2> (consulté le 20 janvier 2025).
- Haute Autorité de Santé (HAS). Fiche Bon usage des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP). Saint-Denis La Plaine : HAS; 2022. Disponible à : 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).
- Ile du Prince Édouard. Prince Edward Island Pharmacare Formulary [site Web]. 2025. Disponible à : https://www.princeedwardisland.ca/sites/default/files/publications/pei_pharmacare_formulary.pdf (consulté le 20 janvier 2025).
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Usage optimal à long terme des inhibiteurs de la pompe à protons. Avis rédigé par Marie-Claude Breton et Éric Tremblay. Québec, Qc : INESSS; 2016. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Medicaments/INESSS_Avis_IPP_2016.pdf.

- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Helicobacter pylori – démarche diagnostique, conduite thérapeutique optimale et suivi. Rapport en soutien rédigé par Anne Bergeron. Québec, Qc : INESSS; 2024. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Biologie_medicale/GN_Helicobacter_pylori_GUO_INESSS.pdf (consulté le 27 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. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Inscription_medicaments/Avis_au_ministre/Mai_2025/20250415_AvisMinistre.pdf (consulté le 16 mai 2025).
- Iwakiri K, Fujiwara Y, Manabe N, Ihara E, Kuribayashi S, Akiyama J, et al. Evidence-based clinical practice guidelines for gastroesophageal reflux disease 2021. J Gastroenterol 2022;57(4):267-85.
- 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.
- 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.
- Manitoba. Manitoba drug benefits formulary [site Web]. 2025. Disponible à : <https://www.gov.mb.ca/health/mbdif/docs/manitoba-drug-benefits-formulary.pdf> (consulté le 20 janvier 2025).
- Nguyen PV, Boidin C, Bouin M. Effectiveness of prescribing codes in reducing inappropriate proton pump inhibitors in ambulatory care. J Am Pharm Assoc (2003) 2023;63(4):1197-202.
- 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).
- Nouveau Brunswick. New Brunswick Drug Plans Formulary - January 2025 [site Web]. 2025. Disponible à : <https://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/h-s/pdf/en/NBDrugPlan/NewBrunswickDrugPlansFormulary.pdf> (consulté le 20 janvier 2025).
- Nouvelle-Écosse. Criteria for Coverage of Exception Status Drugs [site Web]. 2025. Disponible à : <https://novascotia.ca/dhw/pharmacare/documents/Criteria-for-Exception-Status-Coverage.pdf> (consulté le 20 janvier 2025).
- Ontario. Ontario Drug Benefit Formulary [site Web]. 2025. Disponible à : <https://www.formulary.health.gov.on.ca/formulary/results.xhtml?class=564000000> (consulté le 20 janvier 2025).

- Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ). Guide d'exercice. Les activités professionnelles du pharmacien. Québec, Qc : OPQ; 2020. Disponible à : https://www.opq.org/wp-content/uploads/2020/12/Guide_exercice_nouv_act_fev_2022.pdf (consulté le 13 février 2025).
- Saskatchewan. Saskatchewan drug plan [site Web]. 2025. Disponible à : <https://formulary.drugplan.ehealthsask.ca/SearchFormulary/CS/56-3577-40-21797-00> (consulté le 20 janvier 2025).
- Terre Neuve et Labrador. NLPDP Drug Product Database [site Web]. 2025. Disponible à : <https://www.health.gov.nl.ca/health/prescription/newformulary.asp> (consulté le 20 janvier 2025).
- Territoires du Nord-Ouest. NT Pharmacare Formulary [site Web]. 2024. Disponible à : <https://www.hss.gov.nt.ca/en/services/nt-pharmacare-formulary> (consulté le 20 janvier 2025).
- 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.
- Yukon. Yukon Drug Formulary [site Web]. 2025. Disponible à : <https://ihs.gov.yk.ca/drugs/f?p=161:9000:881091562832> (consulté le 20 janvier 2025).

ANNEXE A

Méthodologie détaillée

Question d'évaluation

Quelles sont les modalités de traitement initial et à long terme par un IPP chez l'adulte?

Méthodes de synthèse de l'information et des recommandations cliniques issues de la littérature

Type de revue de la littérature

Une revue systématique des documents présentant de l'information ou des recommandations cliniques a été effectuée pour répondre à la question d'évaluation sur les modalités de traitement initial et à long terme par un IPP chez l'adulte.

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 du projet. Les bases de données bibliographiques MEDLINE, Embase et EBM Reviews (Cochrane Database of Systematic Reviews) ont été interrogées en janvier 2025 en tenant compte des concepts suivants : les inhibiteurs de pompe à protons; les indications d'usage à court et long terme; la posologie et la durée de traitement; le reflux gastro-œsophagien, l'indigestion et l'ulcère gastroduodéal.

La stratégie ciblait les guides de pratique clinique (GPC), les revues systématiques, les méta-analyses et les recommandations publiés 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.

D'autres sources spécialisées, dont des sources de littérature grise, ont été consultées : sites Web des agences et des organismes d'évaluation des technologies de la santé ainsi que ceux des organismes gouvernementaux et paragouvernementaux et des associations ou ordres professionnels associés au thème des travaux. Les documents de pays dont le réseau de la santé et les pratiques cliniques ont des similitudes avec ceux du Québec (p. ex. États-Unis, France, Angleterre, Écosse) ont été examinés. 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.

La stratégie élaborée pour chacune des bases de données bibliographiques ainsi que la liste des autres sources consultées sont disponibles à l'[annexe B](#).

Critères et processus de sélection des documents

La sélection a été effectuée de façon indépendante par deux professionnels scientifiques à partir des critères d'inclusion et d'exclusion établis ci-dessous ([Tableau A-1](#)). Par la suite, parmi les documents retenus, une seconde sélection a été faite par deux professionnels scientifiques après une lecture complète des publications et sur la base des mêmes critères qu'à l'étape précédente. En cas de divergence d'opinions, l'avis d'une troisième personne a été demandé. Les raisons d'une inclusion ou d'une exclusion lors de la deuxième sélection ont été inscrites dans des tableaux (Annexes [D](#) et [E](#)) et un diagramme de flux selon le modèle de PRISMA illustrant le processus de sélection des documents est présenté à l'[annexe C](#).

Tableau A-1 Critères d'inclusion et d'exclusion des documents incluant de l'information et des recommandations cliniques

	Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Population	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adulte souffrant d'un des troubles suivants : RGO, dyspepsie non investiguée, dyspepsie fonctionnelle, ulcère gastrique, ulcère duodénal, œsophagite 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personne de moins de 18 ans ▪ Personne avec infection à <i>H. Pylori</i> confirmée
Intervention	<ul style="list-style-type: none"> ▪ IPP (dexlansoprazole, esoméprazole, lansoprazole, oméprazole, pantoprazole, rabéprazole) par voie orale 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ IPP par voie parentérale ▪ Autres médicaments gastroprotecteurs (p. ex. anti-H2) ▪ Interventions non pharmacologiques (p. ex. modification des habitudes de vie)
Résultats (outcomes)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indication ▪ Durée de traitement ▪ Dosage et posologie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnostic ▪ Intervention chirurgicale ▪ Modalités de déprescription
Contexte (setting)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ambulatoire 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Milieu hospitalier
Type de publication	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Guides de bonne pratique clinique ▪ Consensus d'experts ▪ Lignes directrices ▪ Revues systématiques avec recommandations ▪ Tout autre document qui présente des recommandations cliniques 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tout autre devis (p. ex. études primaires, lettre à l'éditeur)
Pays/régions	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques membres avant les années 90 et dont le réseau de la santé, la population et la pratique clinique ont des similitudes avec ceux du Canada (p. ex. États-Unis, Australie, Nouvelle-Zélande, Belgique, Espagne, Suisse, France, Royaume-Uni [Écosse incluse], Japon) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Autres pays
Années de publication	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 2019 à 2025 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 2018 et avant
Langue de publication	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Français et anglais 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Autres langues

Extraction des données issues de la littérature

L'extraction de l'information et des recommandations cliniques publiées a été effectuée par un professionnel à l'aide de formulaires d'extraction préétablis et préalablement testés sur quelques documents afin d'en assurer la validité. Les extractions ont été validées par un deuxième professionnel.

Évaluation de la qualité méthodologique

Les documents retenus ont été évalués indépendamment par deux professionnels. En présence d'une divergence importante relative à l'évaluation, un consensus a été recherché, à défaut duquel l'avis d'une troisième personne a été sollicité. Les guides de pratique clinique ont été évalués à l'aide de la grille AGREE II [Brouwers *et al.*, 2010].

Analyse et synthèse des données issues de la littérature

Pour toutes les questions d'évaluation, l'information clinique et les recommandations de pratique ont été extraites et synthétisées sous forme de tableaux. La force des recommandations extraites des guides de pratique clinique ainsi que la qualité de la preuve scientifique qui appuie ces recommandations ont été précisées lorsque disponibles. Enfin, une synthèse narrative a été effectuée en soulignant les similitudes et les divergences entre les différentes positions, le cas échéant.

Méthode de synthèse de l'information contextuelle

Les éléments contextuels peuvent, entre autres, inclure des lois, des règlements, des normes, des programmes, des outils cliniques élaborés par des établissements québécois, des critères de remboursement propres au Québec, des statistiques ou des données de santé.

Type de revue de la littérature

Revue narrative de la littérature.

Stratégie de collecte des données

Les listes des médicaments remboursés par les régimes publics d'assurance médicaments des autres provinces et territoires du Canada ont été consultées par un professionnel scientifique.

La Loi sur la pharmacie a été consultée à partir du site Web de Légis Québec et les modalités d'application du projet de loi 31⁶ ont été consultées sur les sites Web de l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ) et de l'Association des bannières et chaînes de pharmacies du Québec (ABCPQ).

⁶ Loi modifiant principalement la Loi sur la pharmacie afin de favoriser l'accès à certains services : https://www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_client/lois_et_reglements/LoisAnnuelles/fr/2020/2020C4F.PDF

Extraction

L'extraction de l'information sur les modalités de remboursement des IPP a été effectuée par un professionnel à l'aide de formulaires d'extraction préétablis et préalablement testés sur quelques documents afin d'en assurer la validité. Aucune extraction n'a été effectuée pour les lois et règlements.

Analyse et synthèse

Une synthèse narrative des renseignements pertinents relatifs aux lois qui régissent le droit de prescription par les pharmaciens et au remboursement des IPP a été effectuée en soulignant les similitudes et les divergences entre les différentes provinces et différents territoires du Canada.

Méthodes de synthèse des différentes perspectives des parties prenantes

Différentes perspectives ont été recueillies dans le cadre de ces travaux, dont celles des membres du comité consultatif.

Comité consultatif

Afin de documenter la perspective des cliniciens et de préciser les enjeux cliniques, professionnels et organisationnels en lien avec la thématique des travaux, un comité consultatif a été mis sur pied au commencement du projet. Il est composé de professionnels de la santé de différentes spécialités et expertises : gastroentérologie, médecine familiale, soins infirmiers et pharmacie. Le comité consultatif a pour mandat d'assurer la crédibilité scientifique, la pertinence clinique et de pratique et l'acceptabilité du produit livré, et ce, en fournissant de l'information, de l'expertise, des opinions ou des perspectives essentielles à la réalisation des travaux. Dans le cadre des présents travaux, les membres ont été invités à partager leur point de vue à propos notamment des propositions initiales de constats élaborées par l'INESSS à la suite de l'analyse des recommandations cliniques publiées. La rencontre a été enregistrée avec l'accord des participants. Le compte rendu a été rédigé par un professionnel scientifique. Ce document indique la date, le lieu, la synthèse des points saillants de la rencontre et les précisions sur le suivi à effectuer. Le compte rendu a été validé par un autre membre de l'équipe et par les membres présents aux rencontres. Ce document est consigné dans un espace de travail commun. Étant donné l'absence d'information dans les documents retenus pour les travaux concernant deux indications rares (soit la gastroentérite éosinophilique et l'œsophage hypersensible), les membres du comité consultatif ont été consultés afin de valider les modalités de bonne pratique pour leur traitement pharmacologique.

Analyse et synthèse

L'information issue des consultations avec les parties prenantes a été extraite des comptes rendus ou de la compilation des réponses aux exercices courriel par un professionnel scientifique, et ce, en fonction de thèmes liés aux questions d'évaluation préalablement définis par l'équipe de projet. Une portion de l'information ainsi 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 cliniciens. Une synthèse narrative a été réalisée afin de comparer les informations tirées des différentes perspectives recueillies.

Analyses pharmacoéconomiques et d'impact budgétaire

Aucune analyse pharmacoéconomique et d'impact budgétaire n'a été effectuée dans le cadre de cette réponse rapide. Des analyses économiques ont été réalisées dans la mise à jour des modalités de remboursement des IPP, publiée séparément par la Direction de l'évaluation des médicaments et des technologies à des fins de remboursement de l'INESSS [INESSS, 2025].

Processus et méthode d'élaboration des constats

Processus et méthode d'élaboration

L'élaboration des constats a été faite avec le comité consultatif. Pour élaborer les constats, l'ensemble de la preuve a été analysé en tenant compte de l'information clinique ou des recommandations de bonnes pratiques cliniques, de l'information contextuelle et des perspectives des parties prenantes.

Les membres du comité ont d'abord été invités à échanger, dans un processus itératif informel, et à réagir sur les propositions préliminaires formulées par l'équipe de projet et destinées à l'élaboration de la réponse rapide. À cette étape, ils ont été invités à considérer la qualité de la preuve, 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.

Dans un deuxième temps, les membres du comité consultatif ont été invités à se prononcer sur le document final, par courriel.

Validation

Ce document n'a pas fait l'objet d'une validation externe puisqu'aucune recommandation n'a été formulée.

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 déclarations remplies 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 de la réponse rapide par souci de transparence.

ANNEXE B

Stratégies de repérage de l'information scientifique

MEDLINE (Ovid)	
Segment : ALL 1946 to January 17 2025	
Date du repérage : 21 janvier 2025	
Limites : 2019- ; français, anglais	
#	Requêtes
1	*Dexlansoprazole/ OR *Esomeprazole/ OR *Lansoprazole/ OR *Omeprazole/ OR *Pantoprazole/ OR *Proton Pump Inhibitors/ OR *Rabeprazole/
2	((hydrogen potassium ADJ (adenosine triphosphatase inhibitor* OR atpase inhibitor*)) OR (proton pump* ADJ2 inhibitor*)) OR ppi OR ppis).ti,kf,bt
3	(dexilant OR dexivant OR dexlansoprazol* OR gladexa OR kapidex OR t 168390 OR t168390 OR tak 390 OR tak 390mr OR tak390 OR tak390mr).ti,kf,bt
4	(esofag OR esomeprazol* OR esomeprax OR h 199 18 OR h 19918 OR h199 18 OR h19918 OR hip 1601 OR hip1601 OR inexistum OR izra OR nexiam OR nexium OR perprazole* OR sompraz OR ulceran).ti,kf,bt
5	(a 65006 OR a65006 OR abt 006 OR abt006 OR ag 1749 OR ag1749 OR agopton OR bamalite OR banilux OR betalans OR compraz OR dakar OR daxar OR dostab OR duomate OR ilsatec OR inhipraz OR keval OR lancid OR lancopen OR langaton OR lanpra OR lanpraz OR lanprol OR lanproton OR lansazol OR lansobene OR lansal OR lansol OR lansone OR lansop OR lansopep OR lansoprazol* OR lansox OR lansozole* OR lanster OR lanston OR lanvell OR lanximed OR lanzo OR lanzol OR lanzopral OR lanzoprazole* OR lanzor OR lanzul OR lapraz OR laprazol OR laproton OR lasgan OR limpidex OR lopral OR monolium OR ogast OR ogasto OR ogastoro OR orgastro OR opiren OR pampe OR praton OR prevacid OR prezal OR pro ulco OR prolanz OR promeco OR prosogan OR pysolan OR sopralan* OR suprecid OR takepron OR tanzolan OR ulpax OR zoton).ti,kf,bt
6	(aleprozil OR antra OR arapride OR audazol OR baromezole* OR belmazol OR desec OR dolintol OR domer OR dudencer OR duogas OR emeproton OR epirazole OR ezipol OR gasec OR gastrocaps OR gastec OR gastop OR gastrimut OR gastrolac OR gastroloc OR glaverol OR h 168 68 OR h-tom OR h168 68 OR h168-68 OR hovizol OR hyposec OR inhibitor OR inhipton OR inhipump OR logastric OR lomac OR lopraz OR losamel OR losec OR losecosan OR ludea OR madiprazole OR maxor OR medoprazole OR medral OR meiceral OR mepral OR mepzol OR mezzopram OR miol OR miracid OR mopral OR mopralpro OR nocid OR nuclosina OR ocid OR ogal OR olexin OR omedar OR omelon OR omep uno OR omepral OR omeprazen OR omeprazol* OR meprazon OR omepril OR omeraz OR omesec OR omestad OR omezin OR omezol OR omezolan OR omezole OR omezzol OR omisec OR omizac OR omolin OR ompranyl OR omprazole OR onexal OR oprax OR ozoken OR parizac OR penrazole OR pepticum OR peptidin OR pepticer OR peptizole OR pra-sec OR prazidec OR prazole OR prilosec OR prisolec OR probitor OR proceptin OR protocol OR ramezol OR reglacid OR (result AND drug) OR risek OR romep OR roweprazol OR secrepina OR severon OR stomacer OR stomec OR stozole OR suifac OR ulceral OR ulcozol OR ulnor OR ulsek OR ulsen OR ulzol OR vulcasid OR wonmp OR xoprin OR zatrol OR zefxon OR zenpro OR zimor OR zoltum).ti,kf,bt
7	(acidwell OR acipan OR alapanzol OR anagastra OR anesteloc OR apton OR b 8610 023 OR b 8610 23 OR b8610 023 OR b8610 23 OR berazol OR brandocare OR branazol OR by 1023 OR by1023 OR citrel OR contix OR controloc OR controloc control OR dicarbocalm control OR digespan OR dosanloc OR dz 2352a OR dz2352a OR eugastrol refluxo OR eupantol OR gastroloc hexal OR gastrostad OR gaxtron start OR gerdin OR gerdin max OR inipant OR inipepsia OR inipom OR inipomp OR inizol OR ippracid OR ipraalox OR kairol OR maalox control OR maalox refluxo OR nedis OR noacid OR nolpacid OR nolpanta OR nolpaza control OR normogastrol OR ozzion OR pacid OR pangest OR panprazox OR panrazol OR pantacid flux OR pantecta OR pantip OR pantium OR panto aiwa OR panto aristo OR panto tad OR pantodac OR pantodar OR pantofir OR pantoflux OR pantogastrix OR pantogen OR pantoloc OR pantomac OR pantomol OR pantomyl OR pantop OR pantopan OR pantopra-q OR pantopraz OR pantoprazol* OR pantopro OR pantoprol OR pantorena OR pantorex OR pantosec OR pantozol OR pantup OR panzilan OR panzol OR peptazol OR pepticus OR pf 05208751 OR pf05208751 OR piador OR praz-up OR prazolan OR pronzek OR protium OR protizole OR protonix OR ranloc OR rifun OR roxitrol OR rvg 22106 OR rvg22106 OR sanopaz OR sedipanto OR seltraz OR "sk and f 96022" OR "sk and f96022" OR "sk & f 96022" OR "sk&f 96022" OR skf 96022 OR skf96022 OR sodac OR somac OR tecnozol OR tecta OR ulcepraz OR ulceron OR ulcotenal OR ulprix OR way 140951 OR way140951 OR xoolam refluxo OR zencopan OR zipantola OR zipantola OR protect OR ziprol OR zolepant OR zolium OR zoltex OR zoprax OR zurcal OR zurcale OR zurcazol).ti,kf,bt

8	(acilesol OR aciphex OR aircodos OR ares OR bacanero OR berlex OR beryx OR dexrabeprazol* OR e3810 OR e3810 OR fodren OR gelbra OR ly 307640 OR ly307640 OR medotis OR noflux OR pariet OR pariprazole OR pepcia OR praber OR rabec OR rabecell OR rabeloc OR rabeman OR rabeprazol* OR raberen OR rabex OR rabcip OR rablet OR rabyprex OR ralic OR rapoxol OR razole OR relitaz OR starab OR stom OR urabis OR yzilan OR zulfex).ti,kf,bt
9	OR/1-8
10	ad.fs
11	(indication* OR indicator* OR "length of treatment").ti,kf,bt
12	(dosage OR dosing OR duration).ti,kf,bt
13	OR/10-12
14	*Gastroesophageal Reflux/
15	((cardioesophageal OR cardioesophageal OR esophageal OR esophagogastric OR esophagus OR gastric OR gastroesophageal OR gastro-oesophageal OR gastroesophagus OR gastrooesophageal OR oesophageal OR oesophagogastric OR oesophagus) ADJ2 (reflux OR regurgitation)) OR GERD OR GORD).ti,kf,bt
16	OR/14-15
17	*Dyspepsia/
18	(dyspepsia OR dyspepsy OR dyspeptic OR indigestion).ti,kf,bt
19	OR/17-18
20	*Peptic Ulcer/
21	(acid peptic disease OR gastro-duodenal ulcer* OR gastroduodenal ulcer* OR gastro-duodenal ulcer OR gastroduodenal ulcer OR marginal ulcer* OR peptic ulcer* OR peptic ulcer OR ulcer gastro duodenalis OR ulcer pepticum).ti,kf,bt
22	OR/20-21
23	((long term OR short term) AND usage).ti,kf,bt
24	9 AND (13 OR 16 OR 19 OR 22 OR 23)
25	exp Algorithms/ OR exp Clinical Protocols/ OR exp Consensus/ OR exp Consensus Development Conference/ OR exp Consensus Development Conferences as Topic/ OR exp Critical Pathways/ OR exp Guideline/ OR exp Guidelines as Topic/ OR Health Planning Guidelines/ OR Clinical Conference.pt OR (guideline* OR guide line* OR CPG OR CPGs OR guidance OR practical guide* OR best evidence OR (best ADJ3 practice*) OR (evidence ADJ2 (base* OR report* OR syntheses* OR research OR practice* OR best)) OR consensus OR algorithm* OR (clinical ADJ2 (path OR paths OR pathway* OR protocol*)) OR ((critical OR clinical) ADJ2 (path OR paths OR pathway*)) OR recommendation* OR committee opinion* OR policy statement* OR position statement* OR practice parameter* OR practice pathway* OR practice protocol* OR ((standard OR standards) ADJ2 (care* OR practice*)) OR (gold ADJ2 standard*)).ti,ab,kw
26	Meta-Analysis/ OR exp Meta-Analysis as Topic/ OR Systematic Review/ OR exp Technology Assessment, Biomedical/ OR (meta-analy* OR metaanaly* OR met analy* OR metanaly* OR meta-review* OR metareview* OR meta regression* OR metaregression* OR meta synthesis OR metasynthesis OR overview of review* OR overviews of reviews OR (systematic* ADJ3 (review* OR overview* OR literature OR search* OR research*)) OR ((quantitative OR methodologic* OR integrativ*) ADJ (review* OR overview* OR syntheses*)) OR umbrella review* OR HTA OR HTAs OR technology assessment* OR technology overview* OR technology appraisal* OR technology reassessment*).ti,ab,kw OR (review.mp AND ((medline OR pubmed) AND (cinahl OR cochrane OR embase OR psycinfo)).ti,ab,kw)
27	OR/25-26
28	Case Reports/ OR Comment/ OR Editorial/ OR Letter/ OR Overall/
29	(case report* OR case stud* OR comment* OR "correction to*" OR corrigenda OR corrigendum OR editor* OR errata OR erratum OR letter* OR meeting abstract OR reply OR replies OR "structured abstract").ti
30	OR/28-29
31	27 NOT 30
32	24 AND 31

Embase (Ovid)	
Segment : 1974 to 2025 January 17	
Date du repérage : 21 janvier 2025	
Limites : 2019- ; français, anglais	
#	Requêtes
1	*Dexlansoprazole/ OR *Esomeprazole/ OR *Lansoprazole/ OR *Omeprazole/ OR *Pantoprazole/ OR *Proton Pump Inhibitor/ OR *Rabeprazole/
2	((hydrogen potassium ADJ (adenosine triphosphatase inhibitor* OR atpase inhibitor*)) OR (proton pump* ADJ2 inhibitor*)) OR ppi OR ppis).ti,kf,bt
3	(dexilant OR dexivant OR dexlansoprazol* OR gladexa OR kapidex OR t 168390 OR t168390 OR tak 390 OR tak 390mr OR tak390 OR tak390mr).ti,kf,bt
4	(esofag OR esomeprazol* OR esomeprax OR h 199 18 OR h 19918 OR h199 18 OR h19918 OR hip 1601 OR hip1601 OR inexistum OR izra OR nexiam OR nexium OR perprazole* OR sompraz OR ulceran).ti,kf,bt
5	(a 65006 OR a65006 OR abt 006 OR abt006 OR ag 1749 OR ag1749 OR agopton OR bamalite OR banilux OR betalans OR compraz OR dakar OR daxar OR dostab OR duomate OR ilsatec OR inhpraz OR keval OR lancid OR lancopen OR langaton OR lanpra OR lanpraz OR lanprol OR lanproton OR lansazol OR lansobene OR lansal OR lansol OR lansone OR lansop OR lansopep OR lansoprazol* OR lansox OR lansozole* OR lanster OR lanston OR lanvell OR lanximed OR lanzo OR lanzol OR lanzopral OR lanzoprazole* OR lanzor OR lanzul OR lapraz OR laprazol OR laproton OR lasgan OR limpidex OR lopral OR monolitum OR ogast OR ogasto OR ogastoro OR orgastro OR opiren OR pampe OR praton OR prevacid OR prezal OR pro ulco OR prolanz OR promeco OR prosogan OR pysolan OR sopralan* OR suprecid OR takepron OR tanzolan OR ulpax OR zoton).ti,kf,bt
6	(aleprozil OR antra OR arapride OR audazol OR baromezole* OR belmazol OR desec OR dolintol OR domer OR dudencer OR duogas OR emeproton OR eprazole OR ezipol OR gasec OR gastrocaps OR gastec OR gastop OR gastrimut OR gastrolac OR gastroloc OR glaveral OR h 168 68 OR h-tom OR h168 68 OR h168-68 OR hovizol OR hyposec OR inhibitron OR inhypump OR logastric OR lomac OR lopraz OR losamel OR losec OR losecosan OR ludea OR madiprazole OR maxor OR medoprazole OR medral OR meiceral OR mepral OR mepzol OR mezzopram OR miol OR miracid OR mopral OR mopralpro OR nocid OR nuclosina OR ocid OR ogal OR olexin OR omedar OR omelon OR omep uno OR omepal OR omeprazen OR omeprazol* OR meprazon OR omepril OR omeraz OR omesec OR omestad OR omezol OR omezol OR omezolan OR omezole OR omezzol OR omisec OR omizac OR omolin OR ompranyl OR omprazole OR onexal OR oprax OR ozoken OR parizac OR penrazole OR pepticum OR peptidin OR peptilcer OR peptizole OR pra-sec OR prazidec OR prazole OR prilosec OR prisolec OR probitor OR proceptin OR protoloc OR ramezol OR reglacid OR (result AND drug) OR risek OR romep OR roweprazol OR secrepina OR severon OR stomacer OR stomec OR stozole OR suifac OR ulceral OR ulcozol OR ulnor OR ulsek OR ulsen OR ulzol OR vulcasid OR wonmp OR xoprin OR zatrol OR zefxon OR zenpro OR zimor OR zoltum).ti,kf,bt
7	(acidwell OR acipan OR alapanzol OR anagastra OR anesteloc OR apton OR b 8610 023 OR b 8610 23 OR b8610 023 OR b8610 23 OR berozol OR brandocare OR branazol OR by 1023 OR by1023 OR citrel OR contix OR controloc OR controloc control OR dicarbocalm control OR digespan OR dosanloc OR dz 2352a OR dz2352a OR eugastrol refluxo OR eupantol OR gastroloc hexal OR gastrostad OR gaxtron start OR gerdin OR gerdin max OR inipant OR inipepsia OR inipom OR inipomp OR inizol OR ippracid OR ipraalox OR kairol OR maalox control OR maalox refluxo OR nedis OR noacid OR nolpacid OR nolpanta OR nolpaza control OR normogastrol OR ozzion OR pacid OR pangest OR panprazox OR panrazol OR pantacid flux OR pantecta OR pantip OR pantium OR panto aiwa OR panto aristo OR panto tad OR pantodac OR pantodar OR pantofir OR pantoflux OR pantogastrix OR pantogen OR pantoloc OR pantomac OR pantomol OR pantomyl OR pantop OR pantopan OR pantopra-q OR pantopraz OR pantoprazol* OR pantopro OR pantoprol OR pantorena OR pantorex OR pantosec OR pantozol OR pantup OR panzilan OR panzol OR peptazol OR pepticus OR pf 05208751 OR pf05208751 OR piador OR praz-up OR prazolan OR pronzek OR protium OR protizole OR protonix OR ranloc OR rifun OR roxitrol OR rvg 22106 OR rvg22106 OR sanopaz OR sedipanto OR seltraz OR "sk and f 96022" OR "sk and f96022" OR "sk & f 96022" OR "sk&f 96022" OR skf 96022 OR skf96022 OR sodac OR somac OR tecnozol OR tecta OR ulcepraz OR ulceron OR ulcotenal OR ulprix OR way 140951 OR way140951 OR xoolam refluxo OR zencopan OR zipantola OR zipantola OR protect OR ziprol OR zolepant OR zolium OR zoltex OR zoprax OR zurcal OR zurcale OR zurcazol).ti,kf,bt
8	(acilesol OR aciphex OR aircodos OR ares OR bacanero OR berlex OR beryx OR dexrabeprazol* OR e 3810 OR e3810 OR fodren OR gelbra OR ly 307640 OR ly307640 OR medotis OR noflux OR pariet OR pariprazole OR pepcia OR praber OR rabec OR rabecell OR rabeloc OR rabeman OR rabeprazol* OR raberen OR rabex OR rabicip OR rablet OR rabyrex OR ralic OR rapoxol OR razole OR relitaz OR starab OR stom OR urabis OR yzilan OR zulbex).ti,kf,bt
9	OR/1-8

10	(ad OR do).fs
11	(indication* OR indicator* OR "length of treatment").ti,kf,bt
12	(dosage OR dosing OR duration).ti,kf,bt
13	OR/10-12
14	*Gastroesophageal Reflux/
15	((((cardioesophageal OR cardioesophageal OR esophageal OR esophagogastric OR esophagus OR gastric OR gastroesophageal OR gastro-oesophageal OR gastroesophagus OR gastroesophageal OR oesophageal OR oesophagogastric OR oesophagus) ADJ2 (reflux OR regurgitation)) OR GERD OR GORD).ti,kf,bt
16	OR/14-15
17	*Dyspepsia/
18	(dyspepsia OR dyspepsy OR dyspeptic OR indigestion).ti,kf,bt
19	OR/17-18
20	*Peptic Ulcer/
21	(acid peptic disease OR gastro-duodenal ulcer* OR gastroduodenal ulcer* OR gastro-duodenal ulcer OR gastroduodenal ulcer OR marginal ulcer* OR peptic ulcer* OR peptic ulcer OR ulcer gastro duodenalis OR ulcus pepticum).ti,kf,bt
22	OR/20-21
23	((long term OR short term) AND usage).ti,kf,bt
24	9 AND (13 OR 16 OR 19 OR 22 OR 23)
25	Algorithm/ OR Clinical Pathway/ OR Clinical Protocol/ OR Consensus/ OR Consensus Development/ OR Health Care Planning/ OR exp Practice Guideline/ OR (algorithm* OR best evidence OR (best ADJ3 practice*) OR clinical path OR clinical paths OR (clinical ADJ3 pathway*) OR clinical protocol* OR committee opinion* OR CPG OR CPGs OR consensus OR (critical ADJ3 pathway*) OR gold standard* OR guidance* OR guideline* OR guide line* OR policy statement* OR position statement* OR practical guide* OR practice parameter* OR practice pathway* OR practice protocol* OR practice standard* OR recommendation* OR standard care* OR standard of care OR standards of care).ti,ab. OR standard*.ti.
26	Biomedical Technology Assessment/ OR Meta Analysis/ OR "Meta Analysis (topic)"/ OR Systematic Review/ OR "Systematic Review (topic)"/ OR (HTA OR HTAs OR evidence base* OR evidence report* OR evidence synthesis OR evidence syntheses OR meta-analy* OR metaanaly* OR met analy* OR metanaly* OR meta regression* OR metaregression* OR meta review* OR metareview* OR meta synthesis OR metasynthesis OR overview of review* OR (systematic* ADJ3 (review* OR overview* OR search* OR research*)) OR research evidence* OR technology appraisal* OR technology assessment* OR technology overview* OR technology reassessment* OR umbrella review*).ti,ab. OR (review.tw. AND ((medline OR pubmed) AND (cinahl OR cochrane OR embase OR psycinfo)).ti,ab.)
27	OR/25-26
28	Case Report/ OR Editorial/ OR Letter/
29	(case report* OR case stud* OR comment* OR "correction to*" OR corrigenda OR corrigendum OR editor* OR errata OR erratum OR letter* OR meeting abstract OR reply OR replies OR "structured abstract").ti.
30	OR/28-29
31	27 NOT 30
32	24 AND 31

EBM Reviews – Cochrane Database of Systematic Reviews (Ovid)

Segment : 2005 to January 17 2025

Date du repérage : 21 janvier 2025

Limites : 2019-

#	Requêtes
1	((hydrogen potassium ADJ (adenosine triphosphatase inhibitor* OR atpase inhibitor*)) OR (proton pump* ADJ2 inhibitor*)) OR ppi OR ppis).ti,ab
2	(dexilant OR dexivant OR dexlansoprazol* OR gladexa OR kapidex OR t 168390 OR t168390 OR tak 390 OR tak 390mr OR tak390 OR tak390mr).ti,ab
3	(esofag OR esomeprazol* OR esomeprax OR h 199 18 OR h 19918 OR h199 18 OR h19918 OR hip 1601 OR hip1601 OR inexistium OR izra OR nexiam OR nexium OR perprazole* OR sompraz OR ulceran).ti,ab
4	(a 65006 OR a65006 OR abt 006 OR abt006 OR ag 1749 OR ag1749 OR agopton OR bamalite OR banilux OR betalans OR compraz OR dakar OR daxar OR dostab OR duomate OR ilsatec OR inhpraz OR keval OR lancid OR lancopen OR langaton OR lanpra OR lanpraz OR lanprol OR lanproton OR lansazol OR lansobene OR lansal OR lansol OR lansone OR lansop OR lansopep OR lansoprazol* OR lansox OR lansozole* OR lanster OR lanston OR lanvell OR lanximed OR lanzo OR lanzol OR lanzopral OR lanzoprazole* OR lanzor OR lanzul OR lapraz OR laprazol OR laproton OR lasgan OR limpidex OR lopral

	OR monolium OR ogast OR ogasto OR ogastoro OR orgastro OR opiren OR pampe OR praton OR prevacid OR prezal OR pro ulco OR prolanz OR promeco OR prosogan OR pysolan OR sopralan* OR suprecid OR takepron OR tanzolan OR ulpax OR zoton).ti,ab
5	(aleprozil OR antra OR arapride OR audazol OR baromezole* OR belmazol OR desec OR dolintol OR domer OR dudencer OR duogas OR emeproton OR epirazole OR ezipol OR gasec OR gastrocaps OR gastec OR gastop OR gastrimut OR gastrolac OR gastoloc OR glaveral OR h 168 68 OR h-tom OR h168 68 OR h168-68 OR hovizol OR hyposec OR inhibitron OR inhipump OR logastric OR lomac OR lopraz OR losamel OR losec OR losecosan OR ludea OR madiprazole OR maxor OR medoprazole OR medral OR meiceral OR mepral OR mepzol OR mezzopram OR miol OR miracid OR mopral OR mopralpro OR nocid OR nuclosina OR ocid OR ogal OR olexin OR omedar OR omelon OR omep uno OR omepral OR omeprazen OR omeprazol* OR meprazon OR omepril OR omeraz OR omesec OR omestad OR omezin OR omezol OR omezolan OR omezole OR omezzol OR omisec OR omizac OR omolin OR ompranyl OR omprazole OR onexal OR oprax OR ozoken OR parizac OR parizac OR penrazole OR pepticum OR peptidin OR pepticer OR peptizole OR pra-sec OR prazidec OR prazole OR prilosec OR prisolec OR probitor OR proceptin OR protocol OR ramezol OR reglacid OR (result AND drug) OR risek OR romep OR roweprazol OR secrepina OR severon OR stomacer OR stomec OR stozole OR suifac OR ulceral OR ulcozol OR ulnor OR ulsek OR ulsen OR ulzol OR vulcasid OR wonmp OR xoprin OR zatrol OR zefxon OR zenpro OR zimor OR zoltum).ti,ab
6	(acidwell OR acipan OR alapanzol OR anagastra OR anesteloc OR apton OR b 8610 023 OR b 8610 23 OR b8610 023 OR b8610 23 OR berazol OR brandocare OR branzol OR by 1023 OR by1023 OR citrel OR contix OR controloc OR controloc control OR dicarbocalm control OR digespan OR dosanloc OR dz 2352a OR dz2352a OR eugastrol refluco OR eupantol OR gastroloc hexal OR gastrostad OR gaxtron start OR gerdin OR gerdin max OR inipant OR inipepsia OR inipom OR inipomp OR inizol OR ippracid OR ipraalox OR kairol OR maalox control OR maalox refluco OR nedis OR noacid OR nolpacid OR nolpanta OR nolpaza control OR normogastrol OR ozzion OR pacid OR pangest OR panprazox OR panrazol OR pantacid flux OR pantecta OR pantip OR pantium OR panto aiwa OR panto aristo OR panto tad OR pantodac OR pantodar OR pantofir OR pantoflux OR pantogastrix OR pantogen OR pantoloc OR pantomac OR pantomol OR pantomyl OR pantop OR pantopan OR pantopra-q OR pantopraz OR pantoprazol* OR pantopro OR pantoprol OR pantorena OR pantorex OR pantosec OR pantozol OR pantup OR panzilan OR panzol OR peptazol OR pepticus OR pf 05208751 OR pf05208751 OR piador OR praz-up OR prazolan OR pronzek OR protium OR protizole OR protonix OR ranloc OR rifun OR roxitrol OR rvg 22106 OR rvg22106 OR sanopaz OR sedipanto OR seltraz OR "sk and f 96022" OR "sk and f96022" OR "sk & f 96022" OR "sk&f 96022" OR skf 96022 OR skf96022 OR sodac OR somac OR tecnozol OR tecta OR ulcepraz OR ulceron OR ulcotenal OR ulprix OR way 140951 OR way140951 OR xoolam refluco OR zencopan OR zipantola OR zipantola OR protect OR ziprol OR zolepant OR zolium OR zoltex OR zoprax OR zurcal OR zurcale OR zurcazol).ti,ab
7	(acilesol OR aciphex OR aircodos OR ares OR bacanero OR berlex OR beryx OR dexrabeprazol* OR e 3810 OR e3810 OR fodren OR gelbra OR ly 307640 OR ly307640 OR medotis OR noflux OR pariet OR pariprazole OR pepcia OR praber OR rabec OR rabecell OR rabeloc OR rabeman OR rabeprazol* OR raberen OR rabex OR rabcip OR rablet OR rabyrex OR ralic OR rapoxol OR razole OR relitaz OR starab OR stom OR urabis OR yzilan OR zulbex).ti,ab
8	OR/1-7
9	(indication* OR indicator* OR "length of treatment").ti,ab
10	(dosage OR dosing OR duration).ti,ab
11	((((cardioesophageal OR cardioesophageal OR esophageal OR esophagogastric OR esophagus OR gastric OR gastroesophageal OR gastro-oesophageal OR gastroesophagus OR gastrooesophageal OR oesophageal OR oesophagogastric OR oesophagus) ADJ2 (reflux OR regurgitation)) OR GERD OR GORD).ti,ab
12	(dyspepsia OR dyspepsy OR dyspeptic OR indigestion).ti,ab
13	(acid peptic disease OR gastro-duodenal ulcer* OR gastroduodenal ulcer* OR gastro-duodenal ulcer OR gastroduodenal ulcer OR marginal ulcer* OR peptic ulcer* OR peptic ulcer OR ulcer gastro duodenalis OR ulcus pepticum).ti,ab
14	((long term OR short term) AND usage).ti,ab
15	OR/9-14
16	8 AND 15

Tableau B-1 Autres sources consultées

Sites Web d'organisations ETMISSS
Date de consultation : 17 janvier 2025
Agence des médicaments du Canada (AMC/CDA) : Trouver des rapports , Find reports
Alberta Health Services : Policies & Guidelines
BCGuidelines.ca (Colombie-Britannique)
Guidelines International Network (GIN)
Haute Autorité de Santé (HAS, France)
Health Quality Ontario (HQO) : View all quality standards , Reviews and recommendations
International Network for Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA) : HTA database
National Institute for Health and Care Excellence (NICE, Royaume-Uni) : Guidance
Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN, Écosse) : Our guidelines
Moteurs de recherche
Date de consultation : 16 janvier 2025
Google
Associations et sociétés
Date de consultation : 17 janvier 2025
American College of Gastroenterology (ACG) : ACG's Gastroenterology Guidelines
Canadian association of gastroenterology : Clinical practice guidelines and consensus reports
Association des gastro-entérologues du Québec (AGEQ)
American Gastroenterology Association : Clinical Guidance
Choosing Wisely Canada : Recommendations

ANNEXE C

Sélection des documents

Figure 1 Diagramme de flux

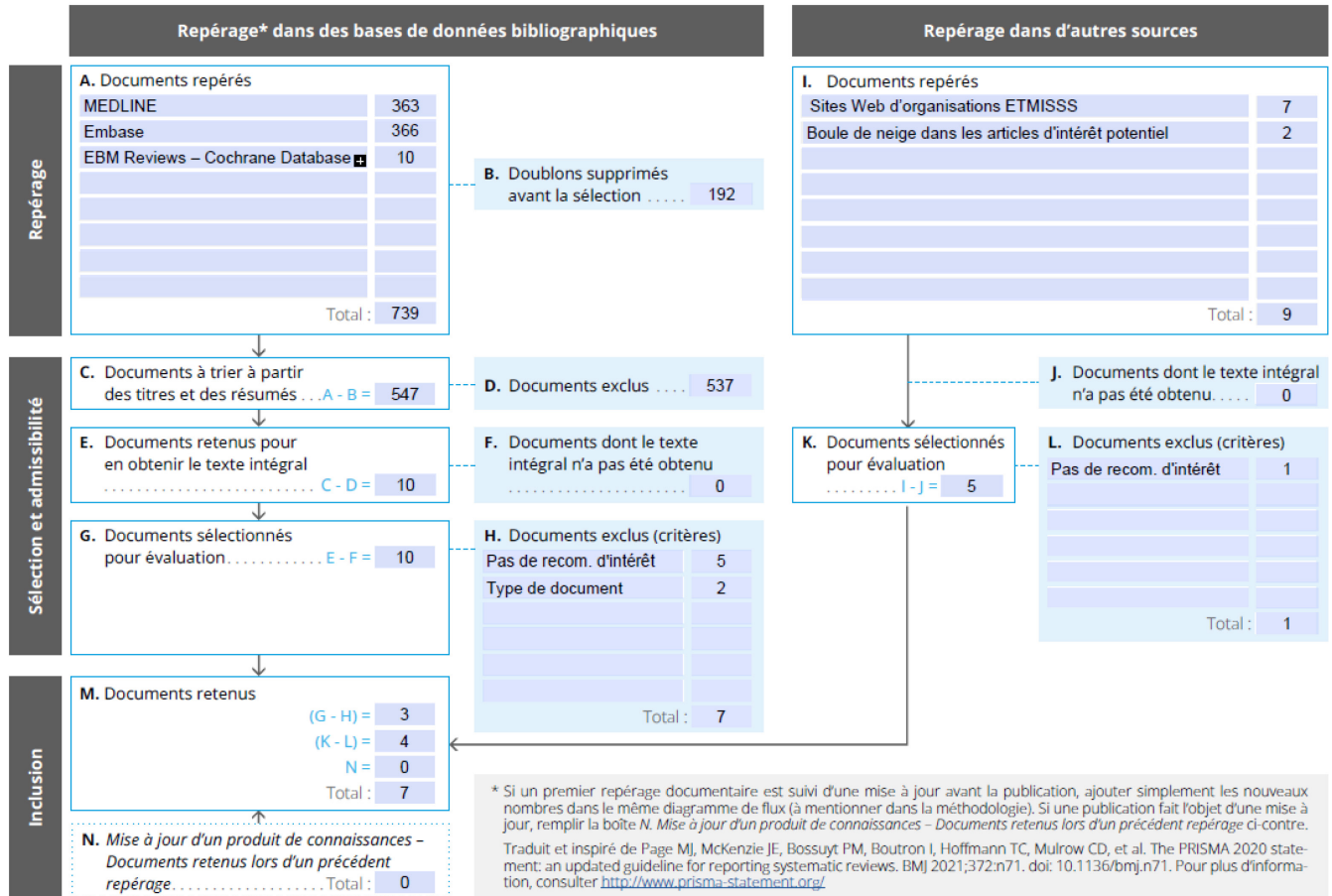


Tableau C-1 Documents retenus dans le cadre des travaux

Référence	Organisation ou auteurs	Titre
[Buyukkaramikli <i>et al.</i> , 2020]	Federal Office of Public Health, Confédération suisse	Treatment of non-erosive gastroesophageal reflux disease patients with proton pump inhibitor therapy
[HAS, 2022]	Haute Autorité de Santé	Bon usage des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)
[Iwakiri <i>et al.</i> , 2022]	Japanese Society of Gastroenterology	Evidence-based clinical practice guidelines for gastroesophageal reflux disease 2021
[Katz <i>et al.</i> , 2022]	American College of Gastroenterology	ACG Clinical Guideline for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease
[Madisch <i>et al.</i> , 2024]	German Society of Gastroenterology, Digestive and Metabolic Diseases	S2k guideline Gastroesophageal reflux disease and eosinophilic esophagitis of the German Society of Gastroenterology, Digestive and Metabolic Diseases (DGVS)
[NICE, 2019]	National Institute for Health and Care Excellence	Gastro-oesophageal reflux disease and dyspepsia in adults: investigation and management [CG184]
[Yadlapati <i>et al.</i> , 2022]	American Gastroenterological Association	AGA Clinical Practice Update on the Personalized Approach to the Evaluation and Management of GERD: Expert Review

ANNEXE D

Liste des documents exclus et raison de l'exclusion

Tableau D-1 Liste des documents et raison de l'exclusion

Titres et références		Raison d'exclusion
1	Armstrong D, Hungin AP, Kahrilas PJ, Sifrim D, Moayyedi P, Vaezi MF, et al. Management of Patients With Refractory Reflux-Like Symptoms Despite Proton Pump Inhibitor Therapy: Evidence-Based Consensus Statements. <i>Aliment Pharmacol Ther</i> 2024;30: 30.	Aucune recommandation d'intérêt
2	Chapelle N, Ben Ghezala I, Barkun A, Bardou M. The pharmacotherapeutic management of gastroesophageal reflux disease (GERD). <i>Expert Opin Pharmacother</i> 2021;22(2): 219-27.	Type de document - Revue narrative sans recommandation
3	Miwa H, Nagahara A, Asakawa A, Arai M, Oshima T, Kasugai K, et al. Evidence-based clinical practice guidelines for functional dyspepsia 2021. <i>J Gastroenterol</i> 2022;57(2): 47-61.	Aucune recommandation d'intérêt
4	Rank MA, Sharaf RN, Furuta GT, Aceves SS, Greenhawt M, Spergel JM, et al. Technical Review on the Management of Eosinophilic Esophagitis: A Report From the AGA Institute and the Joint Task Force on Allergy-Immunology Practice Parameters. <i>Gastroenterology</i> 2020;158(6): 1789-810.e15.	Aucune recommandation d'intérêt
5	Roman S. GERD treatment with PPI: Recommendations and clinical practice. [French]. <i>Hepato-Gastro et Oncologie Digestive</i> 2021;28(8): 968-73.	Type de document - Revue narrative reprenant les recommandations d'autres documents repérés
6	Wauters L, Dickman R, Drug V, Mulak A, Serra J, Enck P, et al. United European Gastroenterology (UEG) and European Society for Neurogastroenterology and Motility (ESNM) consensus on functional dyspepsia. <i>United European Gastroenterol</i> 2021;9(3): 307-31.	Aucune recommandation d'intérêt
7	Zerbib F, Bredenoord AJ, Fass R, Kahrilas PJ, Roman S, Savarino E, et al. ESNM/ANMS consensus paper: Diagnosis and management of refractory gastro-esophageal reflux disease. <i>Neurogastroenterol Motil</i> 2021;33(4): e14075.	Aucune recommandation d'intérêt

ANNEXE E

Liste et caractéristiques des documents retenus pour l'analyse

Tableau E-1 Caractéristiques générales des documents retenus

Gastro-oesophageal reflux disease and dyspepsia in adults: investigation and management [NICE, 2019]	
Organisme	NICE
Années	2019
Pays	Royaume-Uni
Population	Adultes atteints de RGO et dyspepsie
Objectif	Améliorer le traitement des adultes atteints de RGO et dyspepsie
Évaluation des conflits d'intérêts par les auteurs	Oui. Transparence et documentation des intérêts divergents.

Fiche bon usage des inhibiteurs de la pompe [HAS, 2022]	
Organisme	HAS
Années	2022
Pays	France
Population	Personnes atteintes de pathologies du reflux et la maladie ulcéreuse.
Objectif	Favoriser un usage optimal des IPP
Évaluation des conflits d'intérêts par les auteurs	s.o

Treatment of non-erosive gastroesophageal reflux disease patients with proton pump inhibitor therapy [Buyukkaramikli <i>et al.</i> , 2020]	
Organisme	Federal Office of Public Health (FOPH)
Années	2020
Pays	Suisse
Population	Adultes atteints de RGO
Objectif	Évaluer la pertinence d'un usage IPP à long terme à la demande
Évaluation des conflits d'intérêts par les auteurs	s.o

S2k guideline Gastroesophageal reflux disease and eosinophilic esophagitis of the German Society of Gastroenterology, Digestive and Metabolic Diseases (DGVS) [Madisch <i>et al.</i>, 2024]	
Organisme	DGVS
Années	2023
Pays	Allemagne
Population	Personnes atteintes de RGO et œsophagite à éosinophiles.
Objectif	Améliorer la prise en charge des personnes atteintes de RGO et d'œsophagite à éosinophiles.
Évaluation des conflits d'intérêts par les auteurs	Oui. Transparence et documentation des intérêts divergents.

ACG Clinical Guideline: Guidelines for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease [Katz <i>et al.</i>, 2022]	
Organisme	American College of Gastroenterology (ACG)
Années	2022
Pays	États-Unis
Population	Personnes atteintes de RGO
Objectif	Améliorer la prise en charge des personnes atteintes de RGO.
Évaluation des conflits d'intérêts par les auteurs	Oui. Transparence et documentation des intérêts divergents.

Evidence-based clinical practice guidelines for gastroesophageal reflux disease 2021 [Iwakiri <i>et al.</i>, 2022]	
Organisme	Japanese Society of Gastroenterology (JSG)
Années	2022
Pays	Japon
Population	Personnes atteintes de RGO et œsophagite
Objectif	Améliorer le diagnostic et le traitement des personnes atteintes de RGO et d'œsophagite.
Évaluation des conflits d'intérêts par les auteurs	Oui.

AGA Clinical Practice Update on the Personalized Approach to the Evaluation and Management of GERD: Expert Review [Yadlapati <i>et al.</i>, 2022]	
Organisme	American Gastroenterological Association (AGA)
Années	2022
Pays	États-Unis
Population	Personnes atteintes de RGO et œsophagite
Objectif	Améliorer le diagnostic et le traitement des personnes atteintes de RGO et d'œsophagite.
Évaluation des conflits d'intérêts par les auteurs	Oui. Transparence et documentation des intérêts divergents.

ANNEXE F

Évaluation de la qualité méthodologique des documents retenus

Tableau F-1 Évaluation des guides de pratique clinique et lignes directrices de nature clinique – Grille AGREE II détaillée

Nom du guide (référence)	Total							Pourcentage							Recommandation de l'utilisation du guide
	Évaluateur	Domaine 1. Champ et objectifs	Domaine 2. Participation des groupes concernés	Domaine 3. Rigueur d'élaboration de la RPC	Domaine 4. Clarté et présentation	Domaine 5. Applicabilité	Domaine 6. Indépendance éditoriale	Domaine 1. Champ et objectifs	Domaine 2. Participation des groupes concernés	Domaine 3. Rigueur d'élaboration de la RPC	Domaine 4. Clarté et présentation	Domaine 5. Applicabilité	Domaine 6. Indépendance éditoriale	Score global du guide avec pondération	
NICE 2019 [NICE, 2019]	1	21	19	44	21	22	13	100%	86%	76%	100%	69%	96%	83%	Oui
	2	21	18	45	21	19	14								
ACG 2022 [Katz <i>et al.</i> , 2022]	1	15	12	29	19	12	12	69%	47%	44%	94%	25%	92%	50%	Oui
	2	16	11	29	21	8	14								
FOPH 2020 [Buyukkaramikli <i>et al.</i> , 2020]	1	21	12	44	12	14	2	100%	50%	75%	50%	40%	0%	67%	Oui
	2	21	12	44	12	13	2								
DGVS 2023 [Madisch <i>et al.</i> , 2024]	1	15	20	40	19	9	14	72%	89%	69%	94%	19%	100%	67%	Oui
	2	17	18	42	21	8	14								
HAS 2022 [HAS, 2022]	1	19	6	36	20	10	2	78%	17%	58%	92%	19%	0%	50%	Oui
	2	15	6	36	19	7	2								
JSG 2022 [Iwakiri <i>et al.</i> , 2022]	1	15	15	40	21	11	14	61%	58%	65%	100%	23%	88%	67%	Oui
	2	13	12	38	21	8	11								
AGA 2022 [Yadlapati <i>et al.</i> , 2022]	1	13	14	25	21	9	11	50%	53%	36%	100%	15%	71%	50%	Oui
	2	11	11	26	21	6	10								

ANNEXE G

Information et recommandations issues des documents retenus

Les extractions sont disponibles sur demande.

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

Québec



Siège social

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
418 643-1339

Bureau de Montréal

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

inesss.qc.ca

