

Prescription et déprescription appropriées des inhibiteurs de la pompe à protons

Nouvelle trousse d'outils de Choisir avec soin Canada

Elaine Bland BM CCFP(PC) FCFP Sander Veldhuyzen van Zanten MD PhD FRCPC Wade Thompson PharmD PhD

Question clinique

Comment puis-je prescrire de manière plus efficace les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) à mes patients? Quel est le diagnostic probable qui exige des IPP, et comment faut-il traiter les patients?

Résultats

Les IPP comptent parmi les médicaments les plus prescrits au Canada et, pourtant, de 30 à 40 % des ordonnances d'IPP ne sont pas indiquées sur une base continue^{1,2}. Les médecins de famille sont bien placés pour réduire les prescriptions d'IPP puisqu'ils rédigent 75 % de telles ordonnances³, mais d'autres membres de l'équipe de soins, y compris les pharmaciens, les patients et les gastroentérologues, jouent aussi un rôle important à cet égard. La réduction de la surutilisation des IPP nécessite ce qui suit : prescrire les IPP seulement pour des indications fondées sur des données probantes, et le faire à une dose et pour une durée appropriées; envisager régulièrement la déprescription (cessation ou réduction de la dose); et savoir et documenter les raisons pour lesquelles les patients continuent de prendre des IPP à long terme.

Cas

Une femme de 59 ans se plaint d'une sensation de brûlure derrière le sternum. Elle ressent ce malaise presque tous les jours de la semaine, et ce problème nuit à son sommeil. Les antiacides ont aidé « un peu ». Elle ne prend pas d'autres médicaments.

Données probantes

Les taux d'utilisation des IPP varient selon la population et le milieu. En Alberta, 11 % de la population en général reçoivent au moins 1 ordonnance d'IPP chaque année, tandis qu'environ 30 % des Canadiens de 65 ans et plus prennent des IPP^{3,4}. Selon les estimations, chez 30 à 40 % des patients qui prennent des IPP à long terme, un usage continu pourrait ne pas être indiqué^{1,2}. Si les IPP procurent un soulagement des symptômes dans les cas de reflux gastro-œsophagien pathologique (RGOP) et de dyspepsie, les taux de réponse pour un RGOP sont plus élevés, puisque jusqu'à 80 % des patients voient leurs symptômes soulagés en 8 semaines⁵⁻⁷. La durée recommandée du traitement initial avec des IPP est habituellement d'au plus 8 semaines^{5,7}. Chez certains

patients, il sera indiqué de continuer les IPP à long terme (p. ex. œsophage de Barrett, patients à risque élevé de saignement gastro-intestinal [GI] qui ont besoin d'un anti-inflammatoire non stéroïdien [AINS]). Chez les patients qui ont été traités à long terme (p. ex. >1 an) et dont les symptômes ont disparu, s'il n'y a pas d'indication d'une utilisation continue, il est raisonnable d'envisager une tentative de déprescription des IPP⁸. Parfois, les IPP peuvent avoir été entamés pour des indications dont les bienfaits n'ont pas été étayés par des données probantes (p. ex. toux chronique)⁹. Dans de tels cas, il est aussi justifié d'envisager la déprescription⁹.

Pour déprescrire des IPP pris à long terme, on peut choisir, entre autres, de réduire la dose ou de les prendre sur demande (au besoin, jusqu'à la disparition des symptômes), ou encore de réduire la dose et la fréquence à une posologie qui empêche les symptômes de réapparaître^{8,10,11}. La cessation abrupte des IPP chez ceux qui les ont pris à long terme pose un risque plus élevé d'une hypersécrétion d'acide de rebond temporaire et d'une récurrence des symptômes, et elle n'est généralement pas recommandée^{10,11}.

Les effets indésirables d'une utilisation de longue durée des IPP ont fait l'objet de recherches exhaustives, mais la plupart des études n'étaient pas bien conçues¹². La majorité d'entre elles prétendaient qu'il était improbable que les effets indésirables chroniques soient causés par les IPP¹³. Les rares effets indésirables établis incluent une légère hausse du risque d'infections entériques, de faibles taux de magnésium et la diarrhée¹³. En dépit de leur innocuité, l'utilisation à long terme inutile des IPP contribue au fardeau pharmacologique, aux coûts des médicaments et aux interactions médicamenteuses potentielles et, par conséquent, demeure une cible importante pour une éventuelle déprescription chez les patients appropriés.

Approche

Chez tous les patients, il importe de déterminer si des problèmes liés au mode de vie, comme le tabagisme, l'obésité ou une alimentation malsaine, ont contribué aux symptômes. Lorsqu'une ordonnance d'IPP est d'abord rédigée, leur utilisation devrait être justifiée par une indication appropriée et être initiée à la bonne dose, et des instructions devraient être communiquées concernant la durée exacte du traitement. Le **Tableau 1** présente des renseignements plus détaillés sur ces

3 points¹⁴⁻¹⁸. Il met en évidence les principes d'une prescription appropriée d'IPP pour les indications les plus courantes en soins primaires (p. ex. RGOP symptomatique, dyspepsie, prévention des saignements GI), de même que les indications fondées sur une évaluation en gastroentérologie.

En soins primaires, un diagnostic de RGOP peut être posé lorsque le patient présente des symptômes prédominants de brûlures gastriques ou de régurgitations^{5,19}. Dans les cas de dyspepsie, la douleur ou un inconfort épigastrique est le symptôme prédominant, mais des brûlures d'estomac peuvent l'accompagner comme symptômes connexes¹⁹. Le chevauchement entre ces 2 entités est fréquent. Au Canada, le RGOP est plus commun que la dyspepsie²⁰. Pour la plupart des indications, la dose initiale est d'une fois par jour, le matin avant le déjeuner. Les principales indications pour une posologie

initiale de 2 fois par jour sont le traitement d'un saignement GI et une thérapie contre l'*Helicobacter pylori* (pour la durée de l'antibiothérapie). Une perle clinique utile mentionne que les IPP sont efficaces pour la dyspepsie de type ulcères (lorsque le principal symptôme est une douleur épigastrique) et la dyspepsie de type reflux (des brûlures d'estomac aussi présentes), mais ils ne le sont pas dans les cas de dyspepsie de type dysmotilité (lorsqu'un ballonnement du haut de l'abdomen est le symptôme prédominant)²¹.

La durée recommandée d'une thérapie initiale est de 4 à 8 semaines. Après cette période, il faudrait réévaluer les patients pour voir si les symptômes se sont améliorés. Il peut parfois être nécessaire de continuer le traitement pendant plus longtemps (4 à 8 semaines additionnelles) ou d'essayer une posologie de 2 fois par jour si la réponse des symptômes est équivoque, puis de

Tableau 1. Prescription appropriée des inhibiteurs de la pompe à protons : A) Indications et durée fondées sur des données probantes pour les inhibiteurs de la pompe à protons, et B) indications pour les inhibiteurs de la pompe à protons basées sur les conseils d'un spécialiste en gastroentérologie.

A)					
SYMPTÔME PRINCIPAUX	INDICATION FONDÉE SUR DES DONNÉES PROBANTES	DÉPISTAGE DE L' <i>HELICOBACTER PYLORI</i> *	PRESCRIPTION INITIALE†	TRAITEMENT À LONG TERME	DÉPRESCRIPTION ET OUTILS
Les brûlures d'estomac ou les régurgitations sont dominantes Si les symptômes sont légers ou pires pendant 2 jours par semaine ¹⁴	RGOP symptomatique ¹⁵	Pas de manière systématique	DS : IPP 1 fois par jour pendant de 4 à 8 semaines, puis réévaluation des symptômes Si la réponse est équivoque, prescrire des IPP 2 fois par jour pendant de 4 à 8 semaines, puis décider si un traitement d'entretien de longue durée s'impose	Certains patients auront besoin des IPP 1 fois par jour ou peuvent devoir passer à 2 fois par jour pour maintenir le soulagement des symptômes	Oui—Figure 1 ¹⁶
Les douleurs ou les malaises épigastriques sont dominants Les brûlures d'estomac ou les régurgitations ne sont pas dominantes, mais peuvent être présentes	Dyspepsie ¹⁷	Envisager un dépistage	DS : IPP 1 fois par jour pendant de 4 à 8 semaines, puis réévaluation des symptômes Si la réponse est équivoque, prescrire des IPP 2 fois par jour pendant de 4 à 8 semaines, puis décider si un traitement d'entretien de longue durée s'impose	Certains patients auront besoin des IPP 1 fois par jour ou peuvent devoir passer à 2 fois par jour pour maintenir le soulagement des symptômes	Oui—Figure 1 ¹⁶
Utilisateurs chroniques d'AINS ayant d'autres facteurs de risque‡ : anticoagulation et AAS ou DTAP		SO	Envisager une prophylaxie des hémorragies digestives hautes : IPP 1 fois par jour	Dépend de l'indication et du profil des facteurs de risque du patient	Oui, une fois l'arrêt des médicaments exigeant une prophylaxie par IPP (Figure 1 ¹⁶). Non, chez les patients à risque élevé‡

Suite du Tableau 1 à la page e70

Suite du **Tableau 1** de la page e69

B)				
INDICATIONS FONDÉES SUR DES DONNÉES PROBANTES	DÉPISTAGE DE L'HELICOBACTER PYLORI*	PRESCRIPTION INITIALE†	TRAITEMENT À LONG TERME	POSSIBILITÉ DE DÉPRESCRIPTION
Œsophagite érosive (confirmée par gastroscopie)	Pas de manière systématique	DS : IPP 1 fois par jour pendant 4 à 8 semaines, puis réévaluation des symptômes	De nombreux patients vont devoir passer à 2 fois par jour pour maintenir le soulagement des symptômes	Oui, si grade A Non, si ≥ grade B
Ulcère gastroduodénal (UGD), ulcère duodénal ou gastrique	Recommandé : souvent effectué au cours d'une gastroscopie diagnostique (envisager de demander le test si cela n'a pas été fait)	DS pour ulcère sans complication : IPP 1 fois par jour pendant 8 à 16 semaines Ulcère hémorragique : IPP 2 fois par jour	Oui, mais pas toujours. Les ulcères hémorragiques prennent plus que 4 à 8 semaines de traitement	Non, pas systématiquement. Si elle est envisagée, elle peut nécessiter une intervention en GE
Œsophage de Barrett	Non	DS : IPP 1 ou 2 fois par jour	Oui	Non, IPP à vie
Œsophagite à éosinophiles	Non	DS : IPP 1 ou 2 fois par jour	Oui, souvent	Non, pas systématiquement. Si elle est envisagée, elle peut nécessiter une intervention en GE
Maladies rares				
Affections hypersécrétoires, comme le syndrome de Zollinger-Ellison	Non	DS : IPP 1 ou 2 fois par jour	Oui, posologie recommandée par un spécialiste en GE	Non, IPP à vie
Douleur thoracique d'origine non cardiaque – présumément provoquée par le RGOP	Pas de manière systématique. Nécessite une gastroscopie, un bilan cardiaque et, souvent, un test de motilité œsophagienne confirmant l'absence d'autres causes expliquant les symptômes	IPP 2 fois par jour	Oui	Oui, peut nécessiter une intervention en GE (Figure 1) ¹⁶

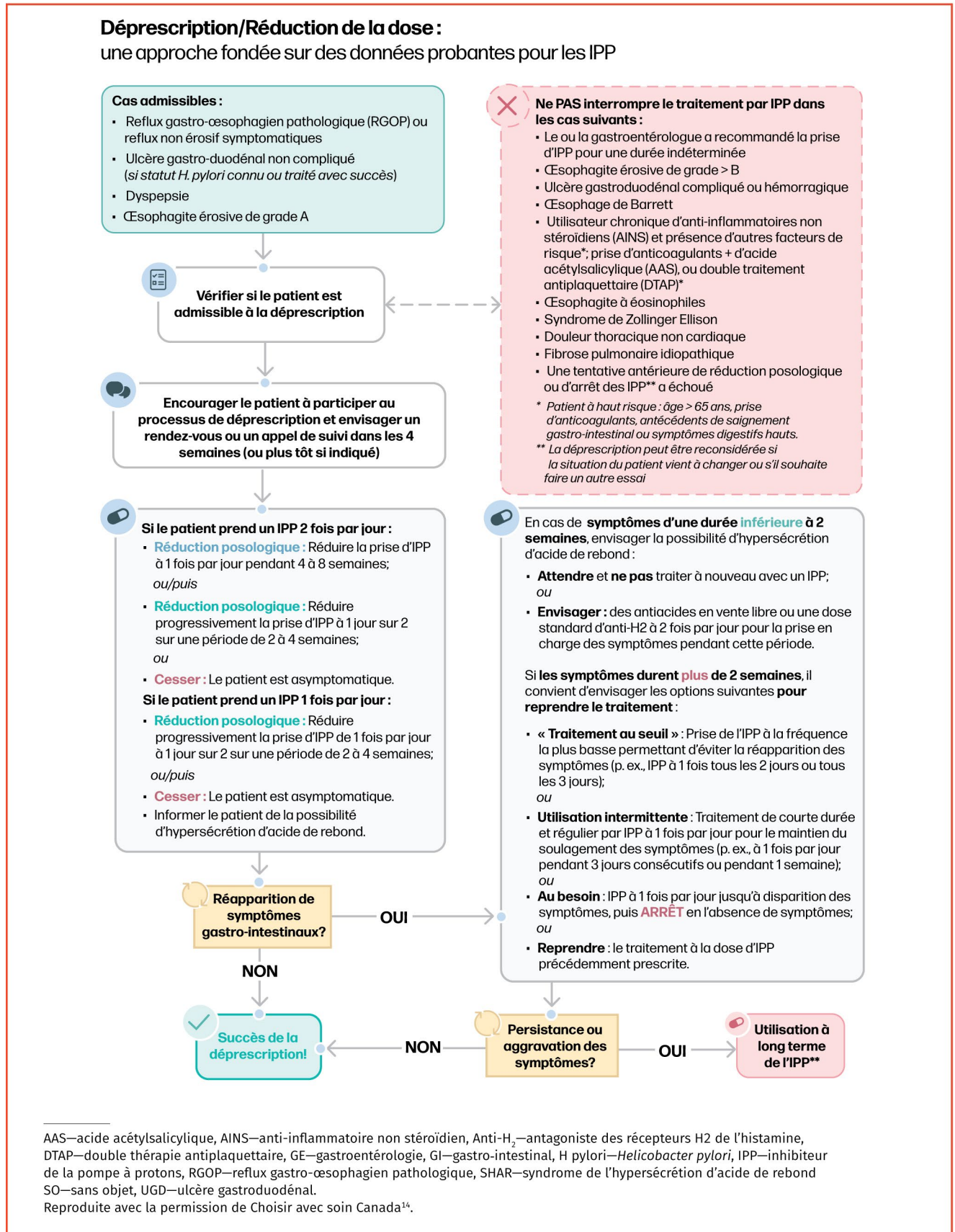
AAS—acide acétylsalicylique, AHS—Alberta Health Services, AINS—anti-inflammatoire non stéroïdien, DS—dose standard, DTAP—double thérapie antiplaquettaire, GE—gastroentérologie, GI—gastro-intestinal, IPP—inhibiteur de la pompe à protons, RGOP—reflux gastro-œsophagien pathologique, SO—sans objet.
 *Dépistage de *H Pylori* par une recherche de l'antigène de *H Pylori* dans les selles ou par un test respiratoire à l'urée. Traitement : antibiotiques et IPP 2 fois par jour pendant de 10 à 14 jours. De nombreuses personnes auront encore besoin d'un IPP à long terme après le traitement pour *H Pylori*. Pour de plus amples renseignements, voir le parcours à suivre pour un dépistage de *H Pylori* publié par les AHS¹⁸.
 †Prescription initiale : pour les DS, les IPP sont considérés comme étant équivalents sur le plan thérapeutique : pantoprazole à 40 mg; ésoméprazole à 40 mg; lansoprazole à 30 mg; dexlansoprazole à 30 mg; oméprazole à 20 mg; rabéprazole à 20 mg.
 ‡Les facteurs de risque incluent un âge supérieur à 65 ans, la prise d'anticoagulants, des antécédents de saignements gastro-intestinaux et des symptômes digestifs hauts.
 Reproduit avec la permission de Choisir avec soin Canada¹⁶.

faire un suivi pour évaluer les symptômes. Le **Tableau 1** donne des conseils concernant les patients chez qui il serait justifié de faire un dépistage de *H pylori*¹⁴⁻¹⁸. Le dépistage et le traitement de *H pylori* procurent des bienfaits à long terme chez certains patients, mais pas chez tous ceux qui souffrent de dyspepsie²². Au contraire, l'évolution clinique du RGOP (symptômes continus, besoin d'IPP) n'est pas modifiée par un traitement de *H pylori*²³. La décision de commencer une thérapie de longue durée (d'entretien) avec des IPP pour le RGOP ou la dyspepsie se base sur la récurrence des symptômes une fois que les IPP ont été arrêtés. Certains patients auront besoin d'une thérapie à long terme ou, avec le

temps, d'IPP 2 fois par jour pour maintenir le soulagement de leurs symptômes²⁴. Au **Tableau 1** se trouve une liste des indications d'une thérapie d'entretien à long terme, y compris pour les patients chez qui les indications se fondent sur des constatations à l'endoscopie, comme l'œsophage de Barrett¹⁴⁻¹⁸.

En général, les meilleures pratiques recommandent de passer en revue la liste des médicaments des patients à intervalle régulier, ce qui inclut d'évaluer si la cessation ou une réduction de la dose d'un médicament est possible (déprescription). Au nombre des raisons de déprescrire des IPP figurent l'indication du maintien a disparu (p. ex. le patient ne prend plus des AINS), le médicament n'est plus

Figure 1. Algorithme de déprescription



nécessaire (p. ex. les symptômes du RGOP ont disparu), la dose peut être réduite, ou aucun bienfait clinique n'est éprouvé (dyspepsie de type dysmotilité, toux chronique).

La **Figure 1** explique plusieurs stratégies fondées sur des données probantes pour aborder la réduction de la dose des IPP¹⁶. Certains patients signaleront une brève période de réapparition des symptômes lorsqu'un IPP pris à long terme est discontinué. On croit que la cause serait une hypersécrétion d'acide de rebond qui est temporaire et dure habituellement de 1 à 2 semaines²⁵. Il y a lieu d'en avertir les patients, puisqu'il ne s'agit pas d'une raison immédiate de recommencer les IPP. L'utilisation à court terme des antiacides en vente libre suffit souvent à maîtriser ces symptômes. La trousse de Choisir avec soin Canada présente diverses approches qui encouragent la participation et la responsabilisation actives des patients (<https://choisiravecsoin.org/toolkit/pourquoi-des-ppi>), notamment des fiches à remettre aux patients, qui donnent des renseignements pratiques sur les IPP et le traitement du RGOP¹⁶.

Mise en application

Les demandes de renouvellement d'ordonnances et le bilan comparatif des médicaments à l'admission et au congé de l'hôpital sont des occasions de passer en revue le bien-fondé de prendre des IPP et de discuter de la déprescription, le cas échéant. D'autres stratégies pour cerner des possibilités de déprescrire peuvent inclure la revue de tous les patients qui prennent des IPP 2 fois par jour ou la concentration sur les patients qui prennent plus de 5 médicaments (p. ex. à l'aide des rapports des dossiers médicaux électroniques). Les stratégies d'éducation des patients et la formation continue en pharmacothérapie sont aussi des approches prometteuses²⁶. Il est important de documenter l'indication de l'utilisation à long terme des IPP pour les patients qui en ont besoin; cette démarche inclut souvent des commentaires d'un spécialiste en gastroentérologie ou en endoscopie. Les patients devraient participer à la décision et au plan de déprescription, et être informés s'ils doivent continuer à prendre des IPP à long terme. Les pharmaciens peuvent jouer un rôle important dans les discussions avec les patients concernant les possibilités de déprescription.

Résolution du cas

En nous basant sur les symptômes prédominants de brûlures gastriques de notre patiente, un diagnostic de RGOP est posé. On lui prescrit un IPP 1 fois par jour pendant 8 semaines. On l'informe que le traitement devrait être à court terme et que ses symptômes devraient avoir disparu après 8 semaines. Ses symptômes étaient bel et bien disparus après 8 semaines, et elle a été capable d'arrêter les IPP à ce moment-là. Deux mois plus tard, ses symptômes sont revenus, nécessitant un autre traitement par IPP pendant 8 semaines, ce

qui a encore réglé ses symptômes. Après avoir réussi à cesser de fumer et à éviter les déclencheurs alimentaires, elle est demeurée asymptomatique.

Conclusion

La nouvelle trousse de Choisir avec soin Canada, intitulée « Demandez pourquoi à propos des IPP », est un document utile pour aider les médecins à prescrire de manière appropriée, à utiliser judicieusement et, le cas échéant, à déprescrire les IPP (<https://choisiravecsoin.org/toolkit/pourquoi-des-ppi>)¹⁶.

La **D^{re} Elaine Bland** est chargée de cours cliniques au Département de médecine familiale de la Faculté de médecine Cumming de l'Université de Calgary (Alberta). Le **D^r Sander Veldhuyzen van Zanten** est professeur à la Division de gastroentérologie de l'Université de l'Alberta à Edmonton. Le **D^r Wade Thompson** est professeur adjoint au Département d'anesthésiologie, de pharmacologie et de thérapeutique à la Faculté de médecine de l'Université de la Colombie-Britannique, à Vancouver.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Références

- Targownik L. Discontinuing Long-Term PPI Therapy: Why, With Whom, and How? *Am J Gastroenterol*. 2018 Apr;113(4):519-28. doi: 10.1038/ajg.2018.29. Epub 2018 Mar 20.
- Naunton M, Peterson GM, Deeks LS, Young H, et al. We have had a gutful: The need for deprescribing proton pump inhibitors. *J Clin Pharm Ther*. 2018 Feb;43(1):65-72. doi: 10.1111/jcpt.12613. Epub 2017 Sep 11.
- Veldhuyzen Van Zanten S, Jelinski S, Kaplan GG, Reeb L, et al. A79 Provincial data in Alberta reveal a clear need to address overprescribing of proton pump inhibitors. *J Can Assoc Gastroenterol*. 2021 Mar;4(Supplement_1):46-8. doi: 10.1093/jcag/gwab002.077.
- Canadian Institute for Health Information (CIHI). Drug Use Among Seniors in Canada [Internet]. CIHI; 2022 [cited 2023 Apr 1]. Available from: <https://www.cihi.ca/en/drug-use-among-seniors-in-canada>.
- Katz PO, Dunbar KB, Schnoll-Sussman FH, Greer KB, et al. ACG Clinical Guideline for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. *Am J Gastroenterol*. 2022 Jan 1;117(1):27-56. doi: 10.14309/ajg.0000000000001538.
- Bytzer P, van Zanten SV, Mattsson H, Wernersson B. Partial symptom-response to proton pump inhibitors in patients with non-erosive reflux disease or reflux oesophagitis - a post hoc analysis of 5796 patients. *Aliment Pharmacol Ther*. 2012 Oct;36(7):635-43. doi: 10.1111/apt.12007. Epub 2012 Aug 1.
- Moayyedi P, Lacy BE, Andrews CN, Enns RA, et al. ACG and CAG Clinical Guideline: Management of Dyspepsia. *Am J Gastroenterol*. 2017 Jul;112(7):988-1013. doi: 10.1038/ajg.2017.154. Epub 2017 Jun 20. Erratum in: *Am J Gastroenterol*. 2017 Sep;112(9):1484. doi: 10.1038/ajg.2017.238.
- Targownik LE, Fisher DA, Saini SD. AGA Clinical Practice Update on De-Prescribing of Proton Pump Inhibitors: Expert Review. *Gastroenterology*. 2022 Apr;162(4):1334-42. doi: 10.1053/j.gastro.2021.12.247. Epub 2022 Feb 17.
- O'Hara J, Stocken DD, Watson GC, Fouweather T, et al. Use of proton pump inhibitors to treat persistent throat symptoms: multicentre, double blind, randomised, placebo controlled trial. *BMJ*. 2021 Jan 7;372:m4903. doi: 10.1136/bmj.m4903.
- Farrell B, Lass E, Moayyedi P, Ward D, et al. Reduce unnecessary use of proton pump inhibitors. *BMJ*. 2022 Oct 24;379:e069211. doi: 10.1136/bmj-2021-069211.
- Farrell B, Pottie K, Thompson W, Boghossian T, et al. Deprescribing proton pump inhibitors: Evidence-based clinical practice guideline. *Can Fam Physician*. 2017 May;63(5):354-64.
- Nehra AK, Alexander JA, Loftus CG, Nehra V. Proton Pump Inhibitors: Review of Emerging Concerns. *Mayo Clin Proc*. 2018 Feb;93(2):240-6. doi: 10.1016/j.mayocp.2017.10.022.
- Vaezi MF, Yang YX, Howden CW. Complications of Proton Pump Inhibitor Therapy. *Gastroenterology*. 2017 Jul;153(1):35-48. doi: 10.1053/j.gastro.2017.04.047. Epub 2017 May 19.
- Junghard O, Carlsson R, Lind T. Sufficient control of heartburn in endoscopy-negative gastro-oesophageal reflux disease trials. *Scand J Gastroenterol*. 2003 Dec;38(12):1197-9. doi: 10.1080/00365520310004920.
- Alberta Health Services (AHS). Provincial GERD Primary Care Pathway [Internet]. AHS; 2025 [cited 2026 Jan 22]. Available from: <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/aph/if-aph-scndh-pathway-gerd.pdf>.
- Choosing Wisely Canada (CWC). Ask why for PPIs. A toolkit on optimizing the use of proton pump inhibitors for adults and adolescents in a variety of health-care settings [Internet]. CWC; 2025 [cited 2026 Jan 22]. Available from: https://choosingwiselycanada.org/wp-content/uploads/dlm_uploads/2025/07/CWC_Toolkit_AskWhyPPI_2025.pdf.
- Alberta Health Services (AHS). Dyspepsia Primary Care Pathway [Internet]. AHS; 2020 [cited 2026 Jan 22]. Available from: <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/hp/arp-if-hp-arp-dh-dyspepsia-pathway-adult-gi.pdf>.
- Alberta Health Services (AHS). *Helicobacter Pylori* (*H. pylori*) Primary Care Pathway [Internet]. AHS; 2021 [cited 2026 Jan 22]. Available from: <https://www.albertahealthservices.ca/assets/about/scn/ahs-scndh-pathway-hpylori.pdf>.
- Veldhuyzen van Zanten SJ, Flook N, Chiba N, Armstrong D, et al. An evidence-based approach to the management of uninvestigated dyspepsia in the era of *Helicobacter pylori*. *Canadian Dyspepsia Working Group. CMAJ*. 2000 Jun 13;162(12 Suppl):S3-23.

20. Thomson AB, Barkun AN, Armstrong D, Chiba N, et al. The prevalence of clinically significant endoscopic findings in primary care patients with uninvestigated dyspepsia: the Canadian Adult Dyspepsia Empiric Treatment - Prompt Endoscopy (CADET-PE) study. *Aliment Pharmacol Ther.* 2003 Jun 15;17(12):1481-91. doi: [10.1046/j.1365-2036.2003.01646.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-2036.2003.01646.x). Erratum in: *Aliment Pharmacol Ther.* 2004 Sep 15;20(6):702.
21. Moayyedi P, Delaney BC, Vakil N, Forman D, et al. The efficacy of proton pump inhibitors in nonulcer dyspepsia: a systematic review and economic analysis. *Gastroenterology.* 2004 Nov;127(5):1329-37. doi: [10.1053/j.gastro.2004.08.026](https://doi.org/10.1053/j.gastro.2004.08.026).
22. Chiba N, Van Zanten SJ, Sinclair P, Ferguson RA, et al. Treating *Helicobacter pylori* infection in primary care patients with uninvestigated dyspepsia: the Canadian adult dyspepsia empiric treatment-*Helicobacter pylori* positive (CADET-Hp) randomised controlled trial. *BMJ.* 2002 Apr 27;324(7344):1012-6. doi: [10.1136/bmj.324.7344.1012](https://doi.org/10.1136/bmj.324.7344.1012).
23. Moayyedi P, Bardhan C, Young L, Dixon MF, et al. *Helicobacter pylori* eradication does not exacerbate reflux symptoms in gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterology.* 2001 Nov;121(5):1120-6. doi: [10.1053/gast.2001.29332](https://doi.org/10.1053/gast.2001.29332).
24. DeVault KR, Castell DO; American College of Gastroenterology. Updated guidelines for the diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol.* 2005 Jan;100(1):190-200. doi: [10.1111/j.1572-0241.2005.41217.x](https://doi.org/10.1111/j.1572-0241.2005.41217.x).
25. Namikawa K, Björnsson ES. Rebound Acid Hypersecretion after Withdrawal of Long-Term Proton Pump Inhibitor (PPI) Treatment-Are PPIs Addictive? *Int J Mol Sci.* 2024 May 17;25(10):5459. doi: [10.3390/ijms25105459](https://doi.org/10.3390/ijms25105459).
26. Wilsdon TD, Hendrix I, Thynne TR, Mangoni AA. Effectiveness of Interventions to Deprescribe Inappropriate Proton Pump Inhibitors in Older Adults. *Drugs Aging.* 2017 Apr;34(4):265-87. doi: [10.1007/s40266-017-0442-1](https://doi.org/10.1007/s40266-017-0442-1).

Cet article donne droit à des crédits d'autoapprentissage certifiés Mainpro+. Pour obtenir des crédits, allez à <https://www.cfp.ca> et cliquez sur le lien vers Mainpro+.

Can Fam Physician. 2026 mars;72(3):e68-73.
doi: [10.46747/cfp.7203e68](https://doi.org/10.46747/cfp.7203e68)

The English version of this article is available at <https://www.cfp.ca> on the table of contents for the **March 2026** issue on **page 179**.



Choisir avec soin Canada est une campagne visant à aider les cliniciens et les patients à entamer un dialogue au sujet des examens, des traitements et des interventions inutiles, et à prendre des décisions judicieuses et efficaces pour assurer des soins de grande qualité. Jusqu'à présent, on compte 13 recommandations portant sur la médecine familiale, mais de nombreuses recommandations concernant d'autres spécialités s'appliquent à la médecine familiale. Les articles produits par Choisir avec soin Canada portent sur des sujets pertinents à la médecine familiale et dans lesquels des outils et des stratégies ont été utilisés pour mettre en œuvre une des recommandations et amorcer une prise de décision partagée avec les patients. Si vous êtes un professionnel ou un stagiaire en soins primaires et que vous avez suivi des recommandations ou utilisé des outils de Choisir avec soin dans votre pratique et que vous aimeriez partager votre expérience, veuillez communiquer avec nous à info@choosingwiselycanada.org.