

Utilisation des inhibiteurs de la pompe à protons chez les nouveau-nés

Une publication des Mutualités Libres
Route de Lennik 788 A à 1070 Bruxelles
T 02 778 92 11
commu@mloz.be

—

Rédaction > KESTENS Wies, DE GROOTE Thomas, HUYGHEBAERT Claire
MACKEN Evelyn

www.mloz.be
(©) Mutualités Libres / Bruxelles, juillet 2026
(numéro d'entreprise 411.766.483)

Utilisation des inhibiteurs de la pompe à protons chez les nouveau-nés

01	Introduction	3
02	Questions de recherche	4
03	Méthodologie	5
	Période de l'étude	5
	Population de l'étude	5
	Inhibiteurs de la pompe à proton	5
	Analyses	6
04	Résultats.....	6
	Évolution de l'utilisation des Inhibiteurs de la pompe à proton chez les nourrissons ..	6
	Profil des enfants ayant reçu des IPP dans les 12 mois suivant la naissance	7
	Initiation du traitement par IPP chez les nouveau-nés	9
05	Discussion	11
06	Conclusion	12
07	Recommandations.....	13
08	Références	14

01 Introduction

Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), tels que l'oméprazole, l'ésoméprazole et le pantoprazole, sont souvent utilisés en Belgique pour le traitement et la prévention des affections liées à l'acidité gastrique, telles que les ulcères gastriques, l'œsophagite ou le pyrosis (brûlures d'estomac) [1]. L'INAMI rapporte que l'utilisation des IPP a fortement augmenté au cours des dernières années et qu'une grande partie de cette utilisation a lieu en dehors des indications normales, avec des doses inutilement élevées et une durée de traitement excessivement longue [2]. Le rapport MORSE le plus récent montre que les dépenses dans le cadre de l'assurance obligatoire pour les « Médicaments contre l'ulcère gastrique et la maladie de reflux gastro-œsophagien », catégorie dans laquelle s'inscrivent les IPP, ont augmenté de 3,8 % entre 2023 et 2024, pour atteindre 114,1 millions d'euros [3]. Ces médicaments ont été délivrés à 2,4 millions de patients, soit environ un Belge sur cinq. La Belgique figure dès lors parmi les pays de l'OCDE présentant l'un des niveaux d'utilisation les plus élevés de ces médicaments : en 2023, 105,5 doses journalières standard par 1.000 habitants ont été délivrées, contre par exemple 27,7 en Autriche et 76,1 au Danemark [4]. C'est dans ce contexte que le Conseil National de la Promotion de la Qualité a introduit, fin 2024, deux indicateurs destinés à évaluer la prescription adéquate de ces médicaments [2]. Ces indicateurs s'appliquent exclusivement aux médecins généralistes et non aux autres médecins, tels que les pédiatres.

Le reflux gastro-œsophagien (RGO), à savoir le reflux de lait ou du contenu gastrique vers l'œsophage, est un phénomène fréquent chez les nouveau-nés et les jeunes nourrissons. Il affecte environ la moitié des bébés de moins de 3 mois, avec un pic autour de l'âge de 4 mois [5]. À l'âge de 10 à 12 mois, seuls 5 % des enfants en souffrent encore. Dans la plupart des cas, le reflux provoque peu de symptômes, se résout spontanément [5] et ne nécessite aucun traitement [6]. Dans certains cas, en revanche, le reflux peut entraîner des problèmes : on parle alors de 'maladie de reflux gastro-œsophagien'(RGO pathologique, ou RGO-P) lorsque le reflux (avec ou sans régurgitations) provoque des symptômes gênants ou des complications [6]. Des données internationales font état d'une prévalence allant de 25,5 % chez les nourrissons âgés de 0 à 1 mois à 1,1-1,6 % chez les enfants d'un an [7]. Gezondheid en Wetenschap indique que le RGO-P est plus fréquent « *chez les bébés présentant des affections de l'estomac ou de l'œsophage, chez les prématurés et chez les bébés exposés à la nicotine pendant la grossesse ou après la naissance* » [5]. Dans de tels cas, il peut être indiqué de consulter un médecin généraliste ou un pédiatre pour poser un diagnostic adéquat et envisager un éventuel traitement. La nécessité d'un traitement, ainsi que son type, dépendent de plusieurs éléments, tels que l'âge de l'enfant, les manifestations cliniques et la présence de complications [8]. Il existe cependant peu de preuves en ce qui concerne le traitement par IPP de la maladie de reflux gastro-œsophagien chez les nouveau-nés [8], [9]. Une revue systématique récente indique même que les IPP ne sont pas plus efficaces qu'un placebo chez les enfants jusqu'à l'âge de 18 mois [7]. Par ailleurs, les IPP ne sont pas dénués de risques : des études observationnelles ont mis en évidence un risque accru d'asthme, d'infections graves et d'autres effets indésirables chez les jeunes enfants chez qui un traitement par IPP a été instauré [7], [10], [11]. Le CBIP (Centre Belge d'Information

Pharmacothérapeutique) indique qu'un traitement médicamenteux n'est en tout cas pas indiqué chez les « enfants présentant un reflux léger à modéré (régurgitations) sans symptôme d'alarme, tels qu'une évolution pondérale anormale » [9]. En Belgique, le traitement de la maladie du reflux gastro-œsophagien chez les nourrissons de moins d'un an ne figure pas dans le RCP (« notice ») des différentes spécialités.

Il n'existe actuellement pas de données chiffrées précises concernant l'utilisation des IPP chez les nouveau-nés en Belgique. En revanche, plusieurs études ont analysé l'utilisation de ces médicaments dans d'autres pays européens, mettant en évidence d'importantes variations: en Norvège, en 2020, un IPP a été délivré à 1,1 % des nouveau-nés au cours des 11 premiers mois de vie [12], tandis qu'en France, 7,9 % des enfants sans diagnostic hospitalier de reflux pathologique ont reçu un IPP au cours de leur première année de vie [13]. Au Danemark, 46,6 prescriptions pour 1.000 nouveau-nés âgés de 0 à 11 mois ont été délivrées en 2020, contre 18,9 en Suède [12]. En France, l'utilisation s'élevait en 2019 à 162 prescriptions pour 1.000 enfants de moins de deux ans [14].

Un examen de mesure de l'acidité peut apporter plus de clarté quant à la présence de reflux acide, aidant ainsi le médecin à choisir un traitement. Cette procédure consiste à mesurer le taux d'acidité dans l'œsophage sur une période de 24 heures à l'aide d'une petite sonde introduite par le nez.

Dans ce contexte, la question se pose de savoir dans quelle mesure les inhibiteurs de l'acidité gastrique sont utilisés chez les nouveau-nés en Belgique. Comprendre cette dynamique est essentiel afin d'aboutir à une politique de prescription rationnelle et sûre.

02 Questions de recherche

Nous formulons dès lors les questions de recherche suivantes :

1. Quelle est l'évolution, entre 2016 et 2024, du nombre de nouveau-nés auxquels des IPP sont délivrés et quelle est l'évolution de la durée de ces traitements ?
2. Quel est le profil des nouveau-nés ayant reçu des IPP au cours de leur première année de vie en 2024-2025 ?
3. À quel moment après la naissance, dans quel cadre (ambulatoire ou hospitalier) et par quel type de médecin (médecin généraliste, pédiatre, etc.) les traitements sont-ils initiés chez les enfants nés en 2023 ? Sont les mesures du pH utilisés ?

03 Méthodologie

Période de l'étude

Nous analysons l'évolution de l'utilisation des inhibiteurs de l'acidité gastrique entre 2013 et 2024. Chaque fois, nous étudions la première année de vie, laquelle chevauche dans de nombreux cas l'année civile suivante. Dans ce cas, nous utilisons également des données de soins de santé de l'année 2025 afin de suivre les enfants nés en 2024.

Plus précisément, les années 2016, 2019, 2021, 2022, 2023 et 2024 sont analysées. Les années 2017 et 2018 ont été exclues afin de simplifier la présentation des figures et tableaux. L'année 2020 n'a pas non plus été étudiée en raison de l'impact potentiellement important du report ou de l'annulation de soins lié à la pandémie de COVID-19.

Population de l'étude

Nous identifions tous les enfants nés au cours d'une année donnée, par exemple 2024, sur la base de leur date de naissance. Nous excluons les enfants domiciliés à l'étranger, ceux décédés ou ceux ayant changé de mutualité au cours de la période d'observation de 12 mois suivant la naissance. La population de l'étude comprend chaque année environ 21.000 à 23.000 nouveau-nés. Le Tableau 1 ci-dessous présente le nombre de nouveau-nés par année.

Inhibiteurs de la pompe à proton

Nous ne disposons d'informations que sur les Inhibiteurs de la pompe à proton ayant été délivrés et remboursés. Ceux-ci sont identifiés sur la base du groupe ATC A02BC.

Les Inhibiteurs de pompe à proton peuvent également être prescrits aux adultes ; la dose journalière standard est donc peu informative pour les nourrissons, dont le poids est beaucoup plus faible et pour lesquels les doses sont souvent ajustées en fonction du poids. Nous ne pouvons cependant pas calculer la dose journalière « correcte », faute d'information sur le poids exact des enfants ou sur le schéma posologique précis fixé par le médecin. Dans le reste de l'analyse, nous utilisons systématiquement la dose journalière standard officielle.

À titre indicatif, si l'on suppose un poids moyen de 6 à 7 kilogrammes chez les nourrissons, la dose journalière standard officielle correspondrait en moyenne à 2,5 jours de traitement pour l'oméprazole et à environ 6 jours pour l'ésooméprazole.

Nos données ne contiennent aucune information sur les prescriptions proprement dites, mais nous pouvons faire l'hypothèse qu'une délivrance de médicament équivaut à une prescription, étant donné qu'un médecin ne peut prescrire qu'un seul conditionnement par prescription pour ces médicaments.

Analyses

Nous décrivons l'évolution de l'utilisation des IPP à l'aide des indicateurs suivants : la proportion d'enfants ayant reçu un IPP, le nombre moyen de doses journalières standard et le nombre de délivrances par 1.000 enfants. Ce dernier indicateur est utilisé comme alternative au nombre de prescriptions par 1.000 enfants, un indicateur fréquemment rapporté dans la littérature. Nous présentons ensuite l'évolution de la proportion d'enfants ayant reçu des IPP pendant au moins 2 semaines, au moins 4 semaines, au moins 8 semaines et au moins 16 semaines.

Nous analysons ensuite le profil des enfants ayant reçu des IPP, en tenant compte notamment du sexe, du lieu de résidence et du droit à l'intervention majorée. À l'aide du test du chi-carré, nous évaluons l'existence de différences significatives dans l'utilisation des IPP en fonction de ces indicateurs. Nous visualisons enfin la variation géographique, au niveau des arrondissements, de la proportion d'enfants ayant reçu un IPP et du nombre moyen de doses journalières standard délivrées. Dans cette analyse, nous incluons l'ensemble des enfants nés en 2022-2023.

Pour conclure, nous examinons l'initiation du traitement par IPP sur la base de la première délivrance. À l'aide d'un histogramme, nous représentons la date de début du traitement par rapport à la date de naissance. Nous calculons aussi le nombre de traitements initiés lors d'une hospitalisation et la proportion de prescriptions émanant de pédiatres, de médecins généralistes et d'autres médecins. Enfin, nous présentons la distribution du comportement de prescription des pédiatres ayant suivi au moins 50 enfants, en analysant la proportion d'enfants auxquels des IPP ont été prescrits par ces médecins.

04 Résultats

Évolution de l'utilisation des Inhibiteurs de la pompe à proton chez les nourrissons

Parmi les enfants nés en 2024, 7,1% ont reçu au moins une délivrance des IPP au cours des 12 premiers mois de vie, ce qui correspond à environ 1 enfant sur 13. Par rapport à 2016, la proportion de nouveau-nés ayant reçu des IPP a diminué relativement de 6,4% (soit une baisse de 0,5 point de pourcentage). Un pic d'utilisation a été observé en 2021 (8,1% des enfants, soit environ 1 sur 12), après quoi l'utilisation a progressivement diminué.

La consommation moyenne, exprimée en doses journalières standard (DDD), s'élève pour les enfants nés en 2024 à 68,6 DDD. Cela signifie qu'un enfant reçoit en moyenne des IPP pendant plus de deux mois. Par rapport à 2016, cette consommation moyenne diminue de 3,1%.

Le nombre de délivrances des IPP par 1.000 enfants s'élève en 2024 à 178. Autrement dit, pour 1.000 nouveau-nés, un IPP est délivré 178 fois au cours de la première année

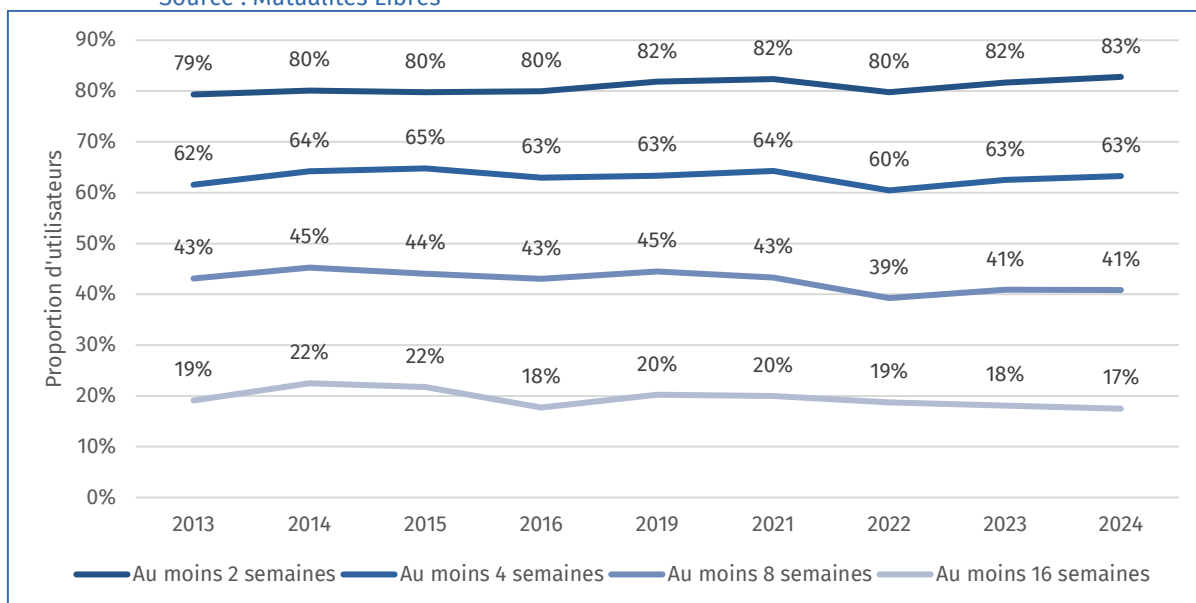
de vie, un même enfant pouvant recevoir plusieurs délivrances. Par rapport à 2016, il s'agit d'une baisse de 5,2 %.

Figure 1 : Évolution de l'utilisation des IPP chez les nouveau-nés entre 2016 et 2024. Source : Mutualités Libres

2016	22,9K	7,6%	70,8	188
2019	23,0K	7,3%	71,3	186
2021	23,4K	8,1%	70,9	214
2022	21,4K	7,8%	68,2	188
2023	21,2K	7,4%	68,1	184
2024	21,1K	7,1%	68,6	178
	Nombre de naissances	Proportion de nouveau-nés ayant reçu des IPP	Nombre moyen de DDD par utilisateur	Nombre de délivrances pour 1.000 nouveau-nés

La durée d'utilisation des IPP est présentée plus en détail à la Figure 2. Parmi les enfants nés en 2024 ayant reçu des IPP : 8 sur 10 en ont reçu pendant au moins 2 semaines au cours de la première année de vie, plus de 6 sur 10 pendant au moins 4 semaines, environ 4 sur 10 pendant au moins 8 semaines, et environ 2 sur 10 pendant au moins 16 semaines. Ces proportions restent relativement stables au fil des années.

Figure 2 : Durée d'utilisation des IPP au cours des 12 premiers mois de vie sur la période 2016-2024. Source : Mutualités Libres



Profil des enfants ayant reçu des IPP dans les 12 mois suivant la naissance

Nous constatons que l'utilisation est significativement plus élevée chez les garçons que chez les filles, qu'elle est près de trois fois plus élevée en Wallonie qu'à Bruxelles ou en Flandre, et qu'elle est plus élevée chez les enfants n'ayant pas droit à l'intervention majorée comparativement à ceux qui bénéficient de ce droit (Tableau 1). Les différences régionales persistent après ajustement pour le droit à

l'intervention majorée et, inversement, les différences entre enfants avec et sans intervention majorée persistent après ajustement pour le lieu de résidence. Ainsi, chez les enfants bénéficiant de l'intervention majorée, l'utilisation est plus de deux fois plus élevée en Wallonie qu'à Bruxelles et en Flandre (8,7 % contre 3,5 % et 2,9 %). Chez les enfants ne bénéficiant pas de l'intervention majorée, l'utilisation est trois fois plus élevée en Wallonie qu'à Bruxelles et en Flandre (13,6 % contre 4,5 % et 4,2 %).

Le nombre moyen de DDD est également plus élevé chez les garçons que chez les filles, plus élevé en Wallonie qu'en Flandre ou à Bruxelles, et plus élevé chez les enfants sans droit à l'intervention majorée que chez ceux qui en bénéficient.

Enfin, le nombre de délivrances par 1.000 nouveau-nés est également plus élevé chez les garçons que chez les filles (210 contre 161), fortement plus élevé en Wallonie qu'en Flandre ou à Bruxelles (349 contre 104 et 112), et plus élevé chez les enfants sans intervention majorée que chez ceux qui bénéficient de ce droit (190 contre 157).

En conclusion, les garçons, les enfants résidant en Wallonie et les enfants sans droit à l'intervention majorée reçoivent non seulement plus fréquemment des IPP au cours de leur première année de vie, mais en reçoivent également pendant une durée moyenne plus longue que, respectivement, les filles, les enfants résidant en Flandre ou à Bruxelles et les enfants bénéficiant de l'intervention majorée.

Tableau 1 : Profil des enfants nés en 2024 auxquels des IPP ont été prescrits au cours des 12 premiers mois de vie. Source : Mutualités Libres

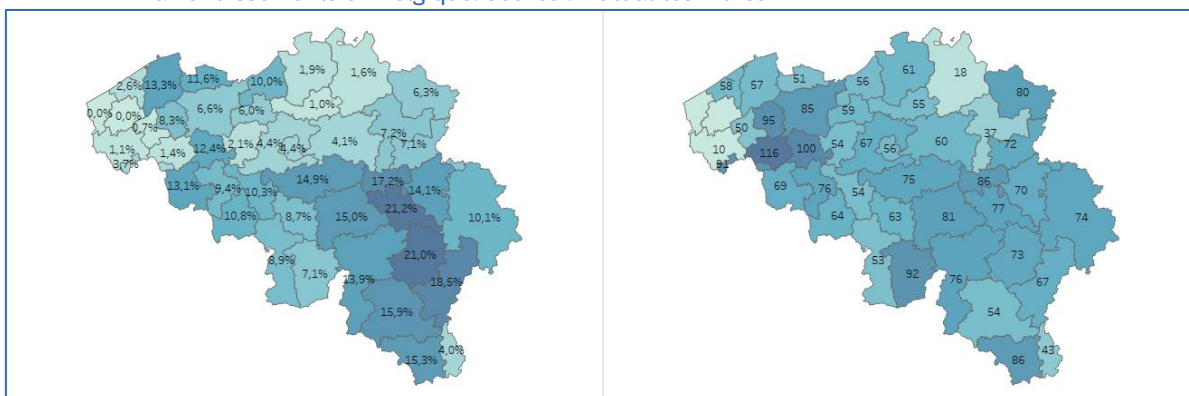
		Proportion de nouveau-nés ayant reçu des IPP	Nombre moyen de DDD	Nombre de délivrances pour 1.000 nouveau-nés
Sexe	Femme	6,2 %	67	161
	Homme	8,0 %	69	210
Domicile	Bruxelles	4,4 %	56	112
	Flandre	4,1 %	66	104
	Wallonie	13,0 %	73	349
Intervention majorée	Non	7,3 %	69	190
	Oui	5,3 %	59	157

Les fortes variations géographiques observées se confirment au niveau des arrondissements. La figure ci-dessous présente la proportion de nourrissons nés en 2023-2024 ayant reçu au moins une délivrance d'IPP au cours des 12 premiers mois de vie (à gauche), ainsi que le nombre moyen de doses journalières standard délivrées (à droite). Dans deux arrondissements, Dixmude ($n < 100$) et Furnes ($n < 100$), aucun nouveau-né n'a reçu d'IPP. Dans certains arrondissements comptant un plus grand nombre de nouveau-nés, tels que Anvers (proportion IPP = 1,9 %), Turnhout (1,6 %) et Malines (1,0 %), l'utilisation est également très faible. À l'inverse, une utilisation très élevée - jusqu'à près d'un nouveau-né sur cinq - est observée à Huy ($n > 500$, proportion IPP = 22,1 %), Marche-en-Famenne ($n > 100$, 21,0 %) et Bastogne ($n > 100$, 18,5 %). Dans plusieurs arrondissements comptant plus de 1.000 nouveau-nés en 2023-2024, comme Namur, Nivelles et Liège, la proportion d'enfants ayant reçu des IPP est également élevée (14-15 %). De manière générale, l'utilisation est plus élevée dans la plupart des arrondissements wallons que dans la

plupart des arrondissements flamands ou à Bruxelles, ce qui est cohérent avec nos résultats précédents.

En ce qui concerne la durée d'utilisation (figure de droite), Courtrai (proportion IPP = 1,4 %) constitue une valeur extrême, avec une durée moyenne de 116 DDD, suivie par Audenarde (proportion IPP = 12,4 %; durée moyenne = 100 DDD). À l'inverse, la durée moyenne d'utilisation est de 61 DDD à Anvers et de 56 DDD à Bruxelles.

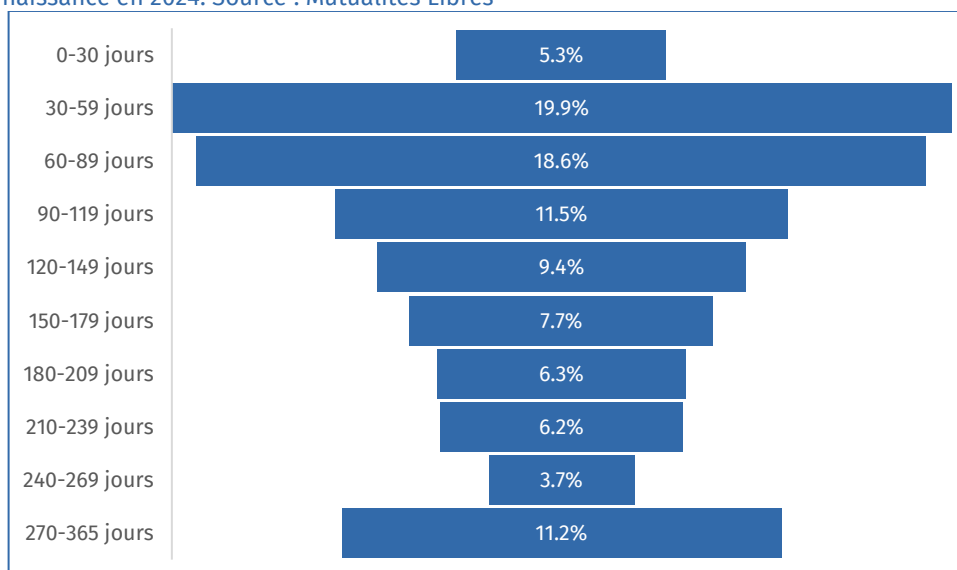
Figure 3 : Variation de l'utilisation des IPP chez les nouveau-nés nés en 2023-2024 selon les arrondissements en Belgique. Source : Mutualités Libres



Initiation du traitement par IPP chez les nouveau-nés

La Figure 4 montre que chez 5,3 % des nouveau-nés, les IPP sont initiés au cours du premier mois de vie, et chez 19,9 % au cours du deuxième mois de vie. Ainsi, chez environ un quart des nouveau-nés, le traitement par IPP est instauré au cours des deux premiers mois de vie. Au cours des mois suivants, de nombreux traitements sont encore initiés : 30,1 % pendant le troisième et le quatrième mois de vie. Au total, plus de 7 traitements sur 10 par IPP au cours de la première année de vie sont initiés dans les six premiers mois (jusqu'à 179 jours).

Figure 4 : Moment de l'initiation des IPP au cours des 12 premiers mois de vie, relatif à la date de naissance en 2024. Source : Mutualités Libres



Chez 10,9 % des enfants nés en 2024 ayant reçu des IPP, le traitement est initié lors d'un séjour hospitalier.

Parmi les 21 037 enfants nés en 2023, un examen de mesure de l'acidité a été réalisé chez 155 d'entre eux au cours de la première année de vie, soit 0,7 % (Tableau 2). Parmi les enfants chez qui un examen de mesure de l'acidité a été réalisée, plus d'un sur trois (34,2 %) reçoit également des IPP délivrés pendant la première année de vie. L'examen de mesure de l'acidité est réalisé chez 3,4 % des nouveau-nés à qui des IPP sont délivrés durant la première année de vie, contre 0,5 % des enfants ne recevant pas d'IPP.

Tableau 2: Utilisation de l'examen de mesure de l'acidité chez les nouveau-nés en 2023 pendant la première année de vie. Source : Mutualités Libres

	Pas d'examen de mesure de l'acidité			Examen de mesure de l'acidité		
	Nombre de nouveau-nés	Part en colonne	Part en ligne	Nombre de nouveau-nés	Part en colonne	Part en ligne
Pas d'IPP	19 522	92,8%	99,5%	102	65,8%	0,5%
IPP	1 515	7,2%	96,6%	53	34,2%	3,4%
Total	21 037	100,0%	99,3%	155	100,0%	0,7%

Parmi les premières délivrances d'IPP chez les nouveau-nés, 75 % sont prescrites par un pédiatre, 9 % par un médecin généraliste et environ 4 % par un médecin ORL. Pour 12 % des délivrances, y compris celles effectuées à l'hôpital, nous ne disposons pas d'informations concernant le prescripteur. Pour les 608 pédiatres ayant assuré des soins, entre 2022 et 2025, à au moins 50 nourrissons nés entre 2022 et 2024 au sein de notre effectif, le tableau 3 ci-dessous présente la répartition des comportements de prescription des IPP. On observe une grande variabilité dans les pratiques de prescription : 50 % des pédiatres (médiane) prescrivent des IPP à au maximum 1,5 % des nouveau-nés, 25 % (75^e percentile) à au moins 3,2 %, 10 % (90^e percentile) à au moins 6,0 % et 5 % (95^e percentile) à au moins 9,4 % des nouveau-nés.

Tableau 3 : Répartition du comportement de prescription de 608 pédiatres ayant pris en charge au moins 50 nouveau-nés nés en 2022-2024 au cours de la période 2022-2025. Source : Mutualités Libres

Percentile 10	Percentile 25	Médiane (percentile 50)	Percentile 75	Percentile 90	Percentile 95	Moyenne
0,4 %	0,7 %	1,5 %	3,2 %	6,0 %	9,4 %	2,7 %

05 Discussion

Nos résultats montrent qu'environ 1 enfant sur 13 (7,1 %) a reçu au moins une délivrance d'IPP au cours des 12 premiers mois de vie, un niveau comparable à l'utilisation des IPP observée en France au cours de la première année de vie (7,9 %) [13]. Nous ne disposons toutefois pas de données concernant la prévalence de la maladie de reflux gastro-œsophagien chez les nouveau-nés permettant de mettre ce niveau d'utilisation des IPP en regard de la prévalence de la pathologie. Quoi qu'il en soit, les IPP ne sont pas indiqués en Belgique pour le traitement de la maladie de reflux gastro-œsophagien chez les nouveau-nés ; leur utilisation dans ce contexte relèverait donc d'un usage hors indication (« off-label »).

Le nombre de délivrances d'IPP au cours des 12 premiers mois de vie s'élève à 178 pour 1.000 nouveau-nés en 2024, un chiffre nettement plus élevé qu'au Danemark (46,6 délivrances au cours des 11 premiers mois de vie) et en Suède (18,9 au cours des 11 premiers mois), et également sensiblement plus élevé qu'en France (162 délivrances au cours des deux premières années de vie) [12], [14]. L'utilisation des IPP chez les nouveau-nés en Belgique est donc manifestement plus élevée que dans d'autres pays européens.

Sur la base d'une estimation fondée sur la dose journalière standard pour adultes - ce qui constitue vraisemblablement une surestimation importante, compte tenu des doses plus faibles administrées aux enfants - les enfants reçoivent en moyenne des IPP pendant plus de deux mois, avec 41 % d'entre eux traités pendant au moins 8 semaines et 18 % pendant au moins 16 semaines au cours de leur première année de vie.

Trois fois plus de nourrissons reçoivent au moins une délivrance d'IPP au cours des 12 premiers mois de vie en Wallonie qu'à Bruxelles et en Flandre. La variation géographique s'observe également à un niveau plus fin, avec des différences très marquées entre les arrondissements : dans certains d'entre eux, l'utilisation est jusqu'à dix fois plus élevée que dans d'autres. Cette forte variabilité géographique s'explique probablement en grande partie par la variabilité importante des pratiques de prescription des pédiatres, qui sont de loin les médecins initiant le plus fréquemment un traitement par IPP : la moitié des pédiatres prescrivent des IPP à uniquement 1,5 % des nouveau-nés, tandis que 25 % d'entre eux en prescrivent à au moins 3,2 % des nouveau-nés. Les analyses réalisées au niveau du prescripteur doivent toutefois être interprétées avec prudence, car il s'agit d'analyses partielles. En effet, nos données ne couvrent qu'environ 1 nouveau-né sur 5 en Belgique. Cette partie de l'analyse pourrait être reproduite à l'échelle nationale belge, par exemple à l'aide des données de l'Agence intermutualiste (AIM).

Les IPP sont également plus fréquemment prescrits aux enfants ne bénéficiant pas de l'intervention majorée qu'à ceux disposant de ce droit. Une étude française a par ailleurs montré une utilisation plus élevée des IPP chez les enfants issus de milieux socio-économiques plus favorisés [13]. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette observation. Tout d'abord, ces médicaments ne sont que partiellement remboursés,

ce qui peut constituer un obstacle financier. En outre, ils peuvent également être perçus comme une médication de confort. Les auteurs de l'étude française suggèrent dès lors que des facteurs de nature non strictement médicale pourraient jouer un rôle dans l'utilisation des IPP chez les nouveau-nés.

Enfin, le fait que la proportion d'enfants recevant des IPP soit plus élevée chez les garçons que chez les filles est également observé en France [13] et mérite des recherches complémentaires. Il demeure notamment incertain que le RGO-P soit plus fréquent chez les nouveau-nés de sexe masculin que chez ceux de sexe féminin.

06 Conclusion

En 2024-2025, environ un enfant sur 13 (7,1 %) reçoit au moins une délivrance d'IPP au cours de ses 12 premiers mois de vie, un niveau comparable à celui observé en 2016-2017 (7,6 %). Les IPP sont prescrits pour une durée moyenne de 68,6 jours, et 18 % des enfants ayant reçu au moins une délivrance utilisent ce médicament pendant au moins 16 semaines.

Nous observons de fortes disparités régionales, avec une utilisation trois fois plus élevée en Wallonie que dans les autres régions. Ces différences sont encore plus marquées au niveau des arrondissements, où l'on observe un écart d'un facteur dix entre l'arrondissement présentant le plus faible niveau d'utilisation et celui affichant le niveau le plus élevé.

Ces médicaments sont également plus fréquemment utilisés chez les garçons que chez les filles, ainsi que davantage chez les enfants ne bénéficiant pas de l'intervention majorée - un indicateur de vulnérabilité socio-économique - que chez ceux qui en bénéficient.

Seulement 3,4 % des enfants ayant commencé un traitement par IPP ont également subi un examen de mesure de l'acidité au cours de leurs 12 premiers mois de vie.

Des analyses partielles du comportement de prescription des pédiatres, qui sont de loin les médecins initiant le plus souvent un traitement par IPP, révèlent également de fortes variations interindividuelles : la moitié des pédiatres prescrivent des IPP à 1,5 % des nouveau-nés au maximum, tandis que 25 % d'entre eux en prescrivent à au moins 3,2 % des nouveau-nés. Étant donné que nos données ne couvrent qu'environ 1 nouveau-né sur 5 en Belgique, cette partie de l'analyse doit être interprétée avec prudence.

07 Recommandations

À l'intention des acteurs de la santé et des autorités publiques

- Il est important de renforcer la sensibilisation des professionnels de santé et des parents sur le caractère bénin du RGO physiologique afin d'éviter des prescriptions médicamenteuses inutiles [13]. L'utilisation d'IPP chez les enfants de moins de 1 an est justifiée dans certaines situations cliniques. Néanmoins, les traitements médicamenteux ne sont pas nécessaires sauf si le RGO affecte l'alimentation, la croissance ou les étapes du développement de l'enfant, ou s'il entraîne des complications.
- La forte variabilité géographique observée met en évidence des pratiques très différentes dans l'utilisation des IPP chez les jeunes enfants. Toutefois, nos données ne couvrent qu'environ 1 nouveau-né sur 5. Les résultats au niveau des prescripteurs sont dès lors, dans une large mesure, partiels. Ces analyses pourraient être reproduites à l'échelle nationale belge, par exemple à l'aide des données de l'Agence intermutualiste (AIM).

À l'intention des prescripteurs et des prestataires de soins

- Chez les enfants à qui des IPP sont prescrits, il convient de réévaluer régulièrement s'ils sont encore nécessaires, et, si possible, d'envisager une réduction progressive. Cela peut par exemple se faire au moment de la délivrance d'une prescription de renouvellement d'IPP.
- La réassurance parentale, en rectifiant les attentes et connaissances des parents, et des mesures hygiéno-diététiques sont généralement suffisantes pour la prise en charge des régurgitations simples.
- Ces médicaments peuvent entraîner des effets indésirables, et leur utilisation n'est recommandée que dans des situations bien définies. Il est dès lors conseillé de fournir une information adéquate aux parents, par exemple en les orientant vers des sources d'information fiables existantes, telle que Infosanté (<https://www.infosante.be/guides/reflux-chez-l-enfant>), afin de parvenir à une décision partagée, éclairée, entre les parents et le prestataire de soins, concernant l'initiation ou la prolongation d'un traitement par IPP, adaptée aux besoins spécifiques du patient.

08 Références

- [1] CBIP, « Fiche patient 'Arrêter mon IPP' » 2025. Accessed: Apr. 21, 2026. [Online]. Available: <https://www.cbip.be/wp-content/uploads/2025/03/Fiche-patient-IPP-FR.pdf>
- [2] INAMI, « Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) : indicateurs pour une prescription efficace par les médecins généralistes ». Accessed: Feb. 19, 2026. [Online]. Available: <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/qualite-des-soins/indicateurs/inhibiteurs-de-la-pompe-a-protons-ipp-indicateurs-pour-une-prescription-efficace-par-les-medecins-generalistes>
- [3] INAMI, « Rapport MORSE - Données 2024 », Bruxelles, 2025. Accessed: Feb. 19, 2026. [Online]. Available: https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/MORSE_rapport_2024_FR.pdf
- [4] OCDE, « Data explorer – Pharmaceutical: Drugs for peptic ulcer and gastro-oesophageal reflux diseases (GORD). » Accessed: Feb. 19, 2026. [Online]. Available: [https://data-explorer.oecd.org/vis?df\[ds\]=DisseminateFinalDMZ&df\[id\]=HEALTH_PHMC%40DF_KEY_INDIC&df\[ag\]=OECD.ELS.HD&dq=..DDD_10P3HB..&pd=2010%2C&to\[TIME_PERIOD\]=false&vw=tb](https://data-explorer.oecd.org/vis?df[ds]=DisseminateFinalDMZ&df[id]=HEALTH_PHMC%40DF_KEY_INDIC&df[ag]=OECD.ELS.HD&dq=..DDD_10P3HB..&pd=2010%2C&to[TIME_PERIOD]=false&vw=tb)
- [5] Infosanté, « Reflux chez l'enfant ». Accessed: Feb. 19, 2026. [Online]. Available: <https://www.infosante.be/guides/reflux-chez-l-enfant>
- [6] Kind en Gezin, « Maagdarmstelsel. » Accessed: Feb. 19, 2026. [Online]. Available: <https://www.kindengezin.be/nl/thema/gezondheid-en-vaccinatie/lichamelijke-aandoeningen/maagdarmstelsel>
- [7] S. M. Fernández-González, A. Moreno-Álvarez, and A. Solar-Boga, « Proton Pump Inhibitors in Pediatric Gastroesophageal Reflux Disease: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials, » Mar. 01, 2024, *Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI)*. doi: 10.3390/children11030296.
- [8] K. Størda, A. Ma, and C. E. Beck, « Reducing the use of proton pump inhibitors in infants with reflux symptoms, » *BMJ*, vol. 385, p. e074588, May 2024, doi: 10.1136/bmj-2022-074588.
- [9] CBIP, « 3.1 Pathologie gastrique et duodénale », Accessed: Feb. 19, 2026. [Online]. Available: <https://www.cbip.be/fr/chapters/4?frag=2493>
- [10] Y.-H. Wang, V. Wintzell, J. F. Ludvigsson, H. Svanström, and B. Pasternak, « Association Between Proton Pump Inhibitor Use and Risk of Asthma in Children, » *JAMA Pediatr.*, vol. 175, no. 4, pp. 394–403, Apr. 2021, doi: 10.1001/jamapediatrics.2020.5710.
- [11] M. Lassalle, M. Zureik, and R. Dray-Spira, « Proton Pump Inhibitor Use and Risk of Serious Infections in Young Children, » *JAMA Pediatr.*, vol. 177, no. 10, pp. 1028–1038, Oct. 2023, doi: 10.1001/jamapediatrics.2023.2900.
- [12] M. Lyamouri, K. Mårild, R. G. Nielsen, and K. Størda, « Proton pump inhibitors for infants in three Scandinavian countries increased from 2007 to 2020 despite international recommendations, » *Acta Paediatr.*, vol. 111, no. 11, pp. 2222–2228, Nov. 2022, doi: <https://doi.org/10.1111/apa.16491>.
- [13] M. Lassalle, S. Sebban, C. Talbotec, and R. Dray-Spira, « Utilisation des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) chez les enfants âgés de moins d'un an en France : Étude à partir du registre EPI-MERES issu du SNDS, » Saint-Denis, May 2025. Accessed: Mar. 17, 2026. [Online]. Available: <https://www.epi-phare.fr/rapports-detudes-et-publications/ipp-enfants-moins-de-1an/>
- [14] S. Yang *et al.*, « Pediatric Prescriptions of Proton Pump Inhibitors in France (2009-2019): Time-Series Analysis of Trends and Practice Guidelines Impact, » *J. Pediatr.*, vol. 245, pp. 158-164.e4, Jun. 2022, doi: 10.1016/j.jpeds.2022.01.041.



Route de Lennik 788 A à 1070 Bruxelles
T 02 778 92 11 – F 02 778 94 04

Nos études sur www.mloz.be

(©) Mutualités Libres / Bruxelles, mai 2026
(numéro d'entreprise 411.766.483)

Les Mutualités Libres regroupent :

