

PUBLIVIGIL éTIC:



LA LETTRE DU GRAS n°143

Janvier - Février 2026

[Qui sommes-nous ?](#)

[Vous voulez soutenir notre action ?](#)

[De l'éthique dans notre pratique:](#)

[Retrouvez-nous sur LinkedIn](#)

NDLR: les textes en *italique* sont repris des sources citées

Le GRAS vous invite à une rencontre virtuelle (via zoom)

le **JEUDI 2 AVRIL 2026** (de 20H30 à 22H30)

avec **Marilys CORBEX,**

Regional adviser, unité cancer, Bureau Regional de l'OMS pour Europe
autour du thème

Les déterminants commerciaux des maladies non-transmissibles

ou

Comment l'appât du gain affecte la prévention, le dépistage et le traitement des cancers

Cette séance est gratuite pour les participants et ne bénéficie d'aucun subside ni sponsoring. S'inscrire [ICI](#) pour recevoir le code d'accès.

Une demande d'accréditation en éthique et économie de la santé a été introduite pour les médecins belges.

A. PUBLIVIGILANCE°: des nouvelles de nos campagnes

A.1. JEUX D'INFLUENCE: Voir étiquette "[manipulation](#)" et "[conflits d'intérêts](#)" sur le site du GRAS

- **FRANCE: recommandations contre la désinformation en santé.**

Le Pr M Molimard, Mme D Costagliola et Hervé Maisonneuve ont remis ce 12 janvier 2026 un rapport à Mme Stéphanie Rist, Ministre de la Santé, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes handicapées: *Bilan des forces et des faiblesses Recommandations pour une stratégie nationale d'information et de lutte contre la désinformation en santé*

Neuf recommandations sont proposées :

1. Promouvoir l'éducation à l'esprit critique, à la science, à la santé et aux médias
2. Renforcer la formation à la science, à l'esprit critique, à la littératie numérique et à la communication
3. Élaborer un plan public d'information et de lutte contre la désinformation dans chaque institution
4. Développer et déployer un Info-Score Santé
5. Créer un Observatoire de l'information en santé
6. Développer un système d'infovigilance au sein de l'Observatoire de l'information en santé
7. Inverser le risque : sanctionner les désinformateurs et protéger les scientifiques
8. Faire de l'infodémiologie une priorité de recherche Agir au niveau européen

Vous trouverez ce rapport [sur le blog 'Revue et Intégrité'](#).

Face à la circulation massive de fausses informations en santé, la ministre de la Santé et de la Famille, de l'Autonomie et des Personnes handicapées, a annoncé lundi 12 janvier 2026 le lancement d'une Stratégie nationale de lutte contre la désinformation en santé. Éclairée par les propositions du Rapport sur la désinformation en santé, dans le cadre duquel l'Ordre national des pharmaciens a été auditionné, cette stratégie vise à impulser des actions afin de garantir à toutes et tous une information en santé fiable, accessible et compréhensible

Certaines recommandations rejoignent les préoccupations du GRAS, en Belgique francophone. Quand la Belgique se réveillera-t-elle ?

En Belgique, il s'agit de renforcer l'information environnementale pour lutter contre la désinformation 28/01/2026

La mise en place du Baromètre Belge de l'Information Environnementale est désormais effective depuis le 28/01/26. Ce projet, initié par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement et par le Conseil supérieur de l'audiovisuel (CSA), vise à comprendre et renforcer le traitement des questions environnementales dans les médias belges, ainsi qu'à lutter contre la désinformation. *“ Il vise à fournir aux médias belges des clés de lecture pour les accompagner dans cette mission.”*

NDLR: Et pourquoi pas un baromètre BELGE de l'information en santé, tel que proposé en France ? Pourquoi pas la même obligation de déclarer ses liens d'intérêt quand un “expert” prend la parole en santé et environnement ?

- **Les "sephora kids" en proie à un marketing ultra-agressif**
<https://www.rtbef.be/article/les-sephora-kids-en-proie-a-un-marketing-ultra-agressif-11646026>

- **Les organismes de réglementation devraient fonder leurs décisions sur des preuves scientifiques**

La dystrophie musculaire de Duchenne est une maladie neurodégénérative incurable à ce jour. En 2014, la FDA et l'EMA ont évalué un nouveau médicament pour cette affection : l'ataluren. L'ataluren (*Translarna*) n'a pas été approuvé par la FDA en raison de son manque d'efficacité tandis que l'EMA a accordé une approbation conditionnelle et a autorisé l'entreprise à poursuivre les essais cliniques afin de démontrer l'efficacité du traitement. Onze ans plus tard (mars 2025), l'EMA retire l'autorisation conditionnelle du médicament après des échecs répétés à prouver son efficacité (cfr. BMJ). Le système national de santé espagnol (comme la Belgique) avait refusé le remboursement de ce médicament - coût: environ 200 000 euros par patient et par an - en raison de son manque d'efficacité.

En Espagne, la quasi-totalité des services régionaux de santé ont passé outre à l'avis du ministère de la Santé et remboursé l'ataluren aux patients atteints de Duchenne en utilisant leurs propres ressources, cédant à la pression sociale et/ou recherchant un avantage politique. Une étude sur l'efficacité de l'ataluren au sein du système national de santé espagnol a été lancée, mais n'a pas pu être menée à terme faute d'implication des services régionaux de santé.

Les organismes de réglementation devraient fonder leurs décisions sur des preuves scientifiques solides plutôt que sur des preuves faibles, des « résultats prometteurs » ou des « hypothèses raisonnables », en liant plus étroitement les approbations conditionnelles à des essais de confirmation et en évitant des délais excessivement longs. C'est le défi belge (et de bien d'autres pays) des contrats secrets des « *Managed Entry Agreements* ».

A.2. CYBERSANTE ET PROTECTION DES DONNEES : Voir étiquette "[données](#)" sur le site du GRAS

- **La numérisation des données médicales au service de ICE (BMJ 27/01/26) :**

Les agents de l'immigration américaine (ICE), responsables de la mort d'Alex Pretti, un infirmier en soins intensifs de 37 ans, utilisent une application développée par Palantir, qui exploite les dossiers médicaux de millions d'Américains pour localiser et détenir les personnes qu'ils considèrent comme des immigrants illégaux. Palantir, un géant US de la tech a aussi remporté un contrat de 330 millions de livres sterling pour développer des plateformes de données intégrant les informations détenues par différents établissements du National Health Service.

A.3. PRIX, ACCES et DISPONIBILITE DES MEDICAMENTS: Voir étiquette "[prix](#)" et "[indisponibilité](#)" sur le site du GRAS

- **Médicaments : Davantage d'innovations et d'indications. Quel coût pour l'INAMI en 2024 ?**

Le dernier rapport MORSE partage de façon transparente les coûts pour l'assurance soins de santé liés au remboursement de médicaments et prestations pharmaceutiques jusqu'en 2024 inclus, y compris pour les médicaments « sous contrat ».

- **Trump lance une plateforme digitale <https://trumprx.gov/> pour vendre les médicaments moins chers aux USA - 23 décembre 2025**

Donald Trump réclame de longue date une hausse des prix des médicaments en Europe afin, selon lui, de permettre une baisse des tarifs aux États-Unis. Sous la menace d'imposer des droits de douane supplémentaires sur les exportations françaises vers les États-Unis, il met la pression sur le président Macron pour augmenter le prix des médicaments en France cfr. [Le Monde](#) , [Numerikare](#)

A noter que ce site propose des réductions importantes sur des médicaments de marque alors qu'il existe des alternatives moins coûteuses, sous forme générique p.ex.

- **Belgique: Des médicaments innovants accessibles et remboursés avant leur autorisation (à partir du 1/01/26) [INAMI](#)**

BRUXELLES 29/12 - À partir du 1er janvier 2026, les médicaments innovants seront remboursés plus rapidement. Cette mesure vise à offrir de nouveaux traitements prometteurs aux patients, dans les plus brefs délais, avant même qu'ils ne soient approuvés par l'Agence européenne des médicaments (EMA) ou l'Agence fédérale des Médicaments et des Produits de Santé (AFMPS).

Cet accès précoce aux médicaments innovants s'inscrit dans le cadre de la procédure Early and Equitable Fast Access (EEFA), qui vise à moderniser les méthodes de remboursement des médicaments.

Concrètement, l'assurance soins de santé interviendra pour les nouveaux médicaments innovants avant l'autorisation de mise sur le marché (early) et/ou dès que celle-ci sera octroyée (fast), explique l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (Inami). Les firmes pharmaceutiques recevront une rémunération forfaitaire.

"Grâce à la nouvelle procédure, les patients n'auront plus à attendre des négociations de prix interminables: le nouveau traitement sera remboursé à titre temporaire. Cette mesure rendra notre marché plus attractif pour les entreprises pharmaceutiques et augmentera les chances des patients d'avoir rapidement accès à de nouveaux traitements", fait valoir le ministre fédéral de la Santé, Frank Vandenbroucke

Grâce aux nouvelles règles, un médicament sera accessible sur le marché belge dès que des études cliniques auront démontré son efficacité potentielle pour une affection contre laquelle aucun traitement n'est encore disponible. La procédure permettra également aux thérapies innovantes qui ont déjà reçu une recommandation positive d'être rapidement remboursées, résume le cabinet Vandenbroucke. MediQuality 29/12/25

- Le vaccin contre le tétanos a 100 ans:

100 cas en France entre 2005 et 2017 avec 30% de mortalité (**RTBF**). Alors que les prix des nouveaux vaccins explosent, rappelons que les vaccins contre la polio développés par Jonas Salk (inactivé, 1955) et Albert Sabin (oral, 1961) n'ont volontairement pas été brevetés par leurs inventeurs, rendant ces technologies accessibles à tous. Salk a notamment déclaré, en réponse à une question sur le brevet, que le vaccin appartenait au peuple et a comparé le brevetage à une tentative de « breveter le soleil ».

Dans son article "La finance s'offre la santé publique" paru dans BIP Occitanie 2025, n°3, p.14, le prof Bégaud (orateur d'une conférence du GRAS l'an passé, prof. émérite de pharmacologie à Bordeaux)) s'insurge contre le prix des nouveaux vaccins dont "la conséquence attendue et vérifiée est la mise en question, si ce n'est à mort, des deux principes de base de la vaccination : l'accès universel sans discrimination de revenu ni de classe sociale et l'immunisation la plus complète possible de la population pour faire tomber le risque de contamination à un niveau négligeable ou nul.". Il égratigne au passage une politique de prix basée sur le calcul des économies réalisées en évitant aux personnes vaccinées les maladies ciblées. Avec cette logique, combien auraient dû coûter les vaccins contre la polio, ou la tuberculose ?

- **Rendre le risdiplam plus accessible aux patients atteints d'amyotrophie spinale (SMA)**

La Haute Cour de Delhi rejette l'appel de Roche, ouvrant la voie à un risdiplam générique abordable. L'Évrysdi® est ainsi le troisième médicament autorisé dans l'amyotrophie spinale proximale liée à SMN1 après le Spinraza® et le Zolgensma®. Le brevet de Roche a été invalidé par manque de nouveauté. Cette décision permet à Natco de commercialiser son risdiplam générique sur le marché indien à un prix environ 97 % inférieur à celui du produit de Roche. L'affaire du risdiplam est cruciale pour tous ceux qui s'inquiètent du prix inéquitable des médicaments en général. Voir, par exemple : Risdiplam et le coût de la survie : l'industrie pharmaceutique joue-t-elle franc jeu ? Merci à JJ Gervas pour les infos

- **CANCERO: formulation sous-cutanée de médicaments anticancéreux: un vrai progrès pour le patient, ou juste un moyen de plus de prolonger son brevet?**

L'arrivée du pembrolizumab sous-cutané ne représente pas qu'une simple évolution pharmacologique ; elle constitue un test crucial pour l'avenir économique de l'oncologie. S'agira-t-il d'une innovation pertinente ou d'une stratégie de préservation des profits ? Cela dépendra moins des données scientifiques que des choix que nous ferons collectivement dans les années à venir. En fin de compte, l'avenir de l'oncologie sera façonné non seulement par les molécules, mais aussi par les valeurs que nous choisirons de soutenir.

- **Étendre les délais de péremption des médicaments : un enjeu économique et écologique (Prescrire 2/2026)**

Le délai de péremption peut être étendu après mise sur le marché d'un médicament sur demande de la firme auprès de l'Agence du médicament européenne (EMA) ou française (ANSM). Depuis le début des années 2020, les demandes d'extension de délai de péremption sont chaque année de l'ordre de 250 au niveau de l'EMA et de l'ANSM. Sauf avis défavorable, la demande est considérée comme étant acceptée au bout de 30 jours . Contrairement aux USA qui, dès 1986, affichent une volonté politique d'étendre les délais de péremption des médicaments, en Europe, aucune volonté politique de ce genre n'est affichée au niveau de l'EMA (Agence Européenne des Médicaments). Fin 2024, puis fin 2025, l'ANSM a annoncé sa volonté de promouvoir, auprès des firmes, l'extension des délais de péremption de certains médicaments. Une étude en officine a commencé en 2025 afin de mieux catégoriser les médicaments périmés le plus souvent rapportés. Le volontarisme des firmes pour demander des extensions de délais de péremption permettrait de potentielles économies pour les systèmes d'assurance maladie, des réponses possibles à des pénuries de médicaments et s'inscrirait dans une démarche écologique.

- **DIABÈTE: stylos à insuline désormais indisponibles pour raisons commerciales**

Alors que fleurit la vente de Wegovy en stylo injectable, « L'arrêt par Novo Nordisk de la production (dans l'Union européenne NDLR) de stylos à insuline humaine et de stylos à insuline analogues plus anciens et plus abordables tels que Lemevir pour des raisons commerciales, est un autre exemple inacceptable de sociétés

pharmaceutiques faisant passer les profits avant la santé des personnes », a déclaré le Dr Elizabeth Jarman, conseillère technique en maladies non transmissibles chez [MSF Access](#).

- **Les brevets comme monopoles:**

L'Accord sur les ADPIC, un accord international sur des normes minimales de propriété intellectuelle, adopté par l'Organisation mondiale du Commerce, a normalisé la pratique de la protection des inventions par un monopole de marché de 20 ans sous la forme d'un brevet, conférant un droit exclusif sur l'invention. Cette norme a été introduite dans le but d'offrir aux titulaires de brevets la possibilité de rentabiliser leurs investissements en recherche, développement et essais du produit, dans l'espoir de stimuler l'innovation.

En réalité, l'industrie pharmaceutique manipule souvent le système en déposant de multiples brevets – parfois injustifiés – pour un même produit de manière à prolonger leur durée au-delà des 20 ans initiaux (une pratique appelée “evergreening”). Ces pratiques visent à consolider un monopole de brevet et à empêcher l'entrée de concurrents sur le marché. En l'absence de concurrence, les entreprises détentrices de brevets peuvent exploiter ce monopole pour fixer des prix aussi élevés que ce que le marché est prêt à payer afin de maximiser leurs profits. Les monopoles de brevets augmentent les prix, limitent l'accès aux produits de santé et aggravent les inégalités en matière de santé. MSF a partagé un moyen de les contester via [la base de données d'opposition aux brevets](#) . [En savoir plus](#) sur le sujet .

Une [lettre ouverte envoyée par MSF et 10 autres organisations de la société civile](#) à la commission de la santé publique du Parlement européen exhorte à l'adoption d'amendements à la loi sur les médicaments essentiels afin de contribuer à « garantir que chaque investissement public se traduise par un bénéfice public et que personne ne soit laissé pour compte ».

- **Résistance aux antimicrobiens (RAM):**

S'appuyant sur son expérience en matière de lutte contre la résistance aux antimicrobiens (RAM) dans les contextes humanitaires, MSF [a publié un article](#) dans *PLOS Global Public Health* identifiant des lacunes critiques dans les connaissances et appelant à des recherches qui éclairent mieux la mise à jour et la mise en œuvre du Plan d'action mondial sur la RAM dans les contextes fragiles et touchés par un conflit.

- **Renforcer la responsabilisation : le tableau de bord Fair Pharma et l'accès aux médicaments dans un contexte juridique mondial de la santé fragmenté**

À l'occasion de la **Journée des droits de l'homme** , la Pharmaceutical Accountability Foundation a le plaisir d'annoncer la parution d'[un nouvel article dans le Journal of Health and Human Rights](#). Rédigé par Rosalind Turkie, avocate spécialisée dans les droits humains, et par le Dr Pramiti Parwani, spécialiste de la santé et de la propriété intellectuelle, cet article examine les lacunes en matière de responsabilité quant à l'accès aux médicaments, élément essentiel du droit fondamental à la santé. En particulier, les systèmes juridiques peinent souvent à prendre en compte le rôle des entreprises pharmaceutiques et leur obligation de diligence pour garantir aux États la capacité d'assurer cet accès. L'article présente

ensuite le Fair Pharma Scorecard – Cancer Edition, un outil novateur permettant de combler ces lacunes. Ce tableau de bord évalue dans quelle mesure les entreprises pharmaceutiques détentrices de brevets sur des médicaments anticancéreux de premier plan respectent un ensemble de principes issus du droit des droits humains, du droit souple et de l'éthique de la recherche médicale. La méthodologie présentée dans cet article sera utilisée pour rechercher et produire un tableau de bord Fair Pharma – édition cancer en 2026.

A.4. ALLAITEMENT: Voir étiquette “[allaitement](#)” et “[alimentation des nourrissons](#)” sur le site du GRAS

- **Enquête sur le marketing des laits infantiles** - RTBF Tendances Première (22 min - 26/01/26)

Clémence Dumont, journaliste, y est invitée pour parler de son enquête parue dans Tchak sur les laits artificiels et comment les firmes influencent les pédiatres et les parents.

A.5. TRANSPARENCE et INDEPENDANCE de l'expertise:
Voir étiquette “[Transparence et indépendance de l'expertise](#)” sur le site du GRAS

A.6. SURMEDICALISATION: Voir étiquette “[surmédicalisation](#)” sur le site du GRAS

- **L'activité physique plutôt tardivement dans la vie adulte (groupes d'âge moyen 54 et 71 ans) mais pas chez les plus jeunes (groupe d'âge moyen 37 ans) diminue ou retarde le risque de démence** JAMA Network Open 19/11/25

A l'heure où le traitement de la Maladie d'Alzheimer n'avance guère malgré beaucoup d'annonces et où nous ne sommes pas à l'abri de fraudes dans la recherche (1, 2, 3)

- Quand un diagnostic fait plus de tort que de bien...

Dans son livre « l'ère du diagnostic » (publié en 2025 - *The age of diagnosis* – non traduit à ce jour) la neurologue Susan O'Sullivan définit le sur-diagnostic (*overdiagnosis*) comme un diagnostic qui peut (ou non) être correct – mais sans bénéfice pour la personne diagnostiquée, et même parfois à son détriment. Les diagnostics se font aujourd'hui à un stade de plus en plus précoce (par exemple chez des personnes asymptomatiques, comme le dépistage du cancer) et pour des pathologies de plus légères. Des personnes en bonne santé sont donc brutalement transformées en malades, mais avec quelles conséquences ? de transformer des personnes en bonne santé en malades ?

Un chapitre explore les enjeux d'un test génétique chez les personnes potentiellement porteuses du variant génétique de la maladie de Huntington (sur base d'antécédents familiaux). L'argument de « pouvoir se préparer » ne semble pas convaincre les personnes concernées qui majoritairement refusent le test après un conseil génétique.

Un chapitre est consacré à l'autisme. L'auteur explique l'explosion des diagnostics d'autisme - presque exclusivement des cas légers – par une augmentation du nombre de symptômes possibles pris en compte pour un diagnostic. Des symptômes si fréquents, vagues et variés que beaucoup peuvent s'y retrouver. Un exemple de « *diagnosis creep* » - un terme utilisé pour décrire l'extension de critères diagnostiques au point que l'on peut légitimement se demander si on n'est pas en train de « pathologiser » l'expérience humaine normale. Est-il besoin d'une étiquette « autiste » pour aider les cas légers ? Au Royaume-Uni, l'explosion des diagnostics d'autisme surcharge les services spécialisés au risque de limiter l'accès aux soins pour les cas les plus sévères. D'autres chapitres traitent de la maladie de Lyme chronique et du COVID long.

Un chapitre aborde les tests génétiques, en particulier les tests prédictifs, qui donnent une probabilité individualisée de développer une maladie. Quelle est l'utilité de connaître son risque génétique de développer une maladie cardio-vasculaire quand les risques liés au mode de vie sont bien plus élevés ? Faut-il tester tout le monde pour les gènes BRAC1 et BRCA2 – prédicteurs de cancer du sein - quand on sait que la valeur prédictive positive du test varie en fonction du contexte familial, qu'il n'est jamais de 100%, et que la chirurgie de réduction des risques est extrêmement mutilante (rappelez-vous, Angelina Jolie) ? Un autre chapitre explore également les tenants et aboutissants de la maladie de Huntington.

« Un homme en bonne santé est un malade qui s'ignore », professait le Dr Knock il y a plus de 100 ans. Les enjeux commerciaux du sur-diagnostic et du sur-traitement ne sont pas abordés dans ce livre brillant, très bien documenté, nuancé et illustré de nombreux cas cliniques concrets et émouvants. Certaines positions de l'auteur (sur le COVID long par exemple) sont controversées. Le lecteur se fera sa propre opinion. Le livre – nommé « livre de l'année » par la BBC - se termine par un plaidoyer pour remettre les cliniciens, et non les machines, au centre du processus diagnostique. Espérons une traduction rapide pour les lecteurs francophones. Pour ceux qui comprennent l'anglais, plusieurs conférences sont disponibles en ligne, par exemple [ici](#).

- LA SOBRIETE DANS LE SOIN – PRINCIPE CIVIQUE DE SOLIDARITE Académie nationale de médecine française

De nombreux facteurs contribuent à ce que le soin soit devenu un bien de consommation dont on peut abuser : ainsi, la surmédicalisation, l'extra-médicalisation et d'autres facteurs contributifs, concourent à stimuler l'offre et la demande de soins entre convenance, facilité et mercantilisme. La sobriété en soins, à l'opposé de la privation, est un mode d'exercice médical et soignant et de consommation des soins qui privilégie la pertinence et la qualité à la quantité. Sur la base de ce constat, l'Académie Nationale de Médecine émet des recommandations. Il en va d'un impératif civique de sauvegarde de notre système de solidarité nationale.

A.7. UNE RECHERCHE MÉDICALE AU SERVICE DE TOUS/TES: Voir étiquette “ [recherche](#) ” sur le site du GRAS

B. ÉPINGLE:

- Est-il éthique de tester de nouveaux médicaments pour les maladies inflammatoires de l'intestin, vs placebo?

Le traitement des maladies inflammatoires de l'intestin (Crohn, rectocolite hémorragique), révolutionné par l'apparition des anti-TNF à la fin du siècle passé, s'est depuis enrichi de nombreuses molécules (anti-intégrines, anti-interleukines, inhibiteurs JAK...) et de nouveaux traitements "modificateurs de maladie" (*disease-modifying*). Dans la grande majorité des cas, ces nouveaux médicaments sont mis sur le marché sur base d'essais cliniques ayant démontré leur supériorité en comparaison d'un placebo, ce qui revient à priver de traitement "modificateur de maladie" les patients randomisés dans le bras placebo.

Deux méta-analyses parues dans le *Lancet Gastro-enterology* en 2023 se sont attelées à quantifier les risques pour ces patients, d'une part pendant la phase d'induction du nouveau traitement (en général 2 mois) (1) et d'autre part pendant la phase de maintenance (environ 10 mois) (2). Pour les patients dans le bras placebo, le risque d'aggravation des symptômes était nettement plus élevé que pour les patients recevant le produit actif (8,5% vs 4,2% pendant la phase d'induction; 22,8% vs 12,8% pendant la phase de maintenance).

Il est plus facile de montrer qu'un (nouveau) médicament est mieux que rien, que de montrer qu'il est mieux que (ou équivalent à) un traitement existant reconnu. Et les essais cliniques avec comparateur actif sont plus compliqués (par exemple, il faut plus de patients). Mais est-il éthiquement acceptable de priver ainsi des patients de

traitement? Les comités d'éthique qui valident ce type de protocole, ainsi que l'agence européenne du médicament, ne devraient-ils pas revoir leur copie?

(1) [https://www.thelancet.com/journals/langas/article/PIIS2468-1253\(24\)00264-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langas/article/PIIS2468-1253(24)00264-4/fulltext) .

(2) [https://www.thelancet.com/journals/langas/article/PIIS2468-1253\(24\)00233-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langas/article/PIIS2468-1253(24)00233-4/fulltext)

C. ÉCHOS DU TERRAIN:

- Belgique: nouveautés en accréditation ?

Le Conseil national pour la promotion de la qualité (CNPQ) propose de doubler les points d'accréditation en formation continue pour les formations GLEM en « Digital Health Litteracy et eSanté » et sur le bon usage des antibiotiques afin de les rendre plus attractives (Numerikare 10/12/25). Mais pourquoi pas aussi suivant la qualité de la formation proposée ? Pourquoi ne pas moduler la valeur des points en accréditation suivant des critères de transparence de l'expertise sollicitée (déclaration obligatoire des liens d'intérêt), du recours aux outils de l'EBM (niveaux de preuve, NNT, RAR,...), de l'absence de publicité, de la mise à disposition d'outils pour une décision médicale partagée voire de la prise en compte du développement durable dans l'organisation ? Bref de scores de qualité et d'objectivité à définir avec la profession. Le GRAS a contacté M.DAUBIE (Directeur des Soins de Santé à l'INAMI) à ce sujet.

- Différences de prix entre triptans de marque et génériques:

Suite à la publication des Folia sur la méta-analyse en réseau comparant l'efficacité des antimigraineux et la relative supériorité des triptans, nous avons comparé le prix des versions génériques et de marque: la différence est importante

D. BRÈVES:

- Le TOP 25 des principes actifs dans les dépenses du secteur ambulatoire de l'assurance soins de santé en 2024 INAMI 14/01/2026

-

- L'éco-prescription, une nouvelle compétence majeure pour les professionnels de santé

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0003450925001488?via%3Di>
hub

- **Sur son site HM: Revue et Intégrité, au 1/01/2026, Hervé Maisonneuve nous propose:**

- Comment la polarisation dans les controverses médicales (dépistage, vaccination, fin de vie, avortement) fragilise l'évaluation collective des interventions ? Un risque pour la démocratie ?
- Banalisation du mensonge alors que l'IA nous transforme en auxiliaires d'algorithmes
- Vidéos de AHCJ sur les fraudes dans la maladie d'Alzheimer
- Le côté obscur de la médecine fondée sur les preuves
- Post-vérité : le discours scientifique mis en danger ?

- **Trop d'argent à l'université de Mons ?**

Ce 29/01/25, l'U-Mons invitait à Charleroi Bruno COLMANT pour une conférence gratuite sur "Donald Trump : le spectre d'un fascisme numérique" qui a rassemblé entre 150 et 200 personnes. Cette conférence était suivie d'une réception - gratuite - avec mousses et buffet traiteur, ouverte à tou(te)s. À l'heure où la communauté française se serre la ceinture et où on augmente le minerval des étudiants, il y a de quoi se poser des questions si on se souvient en plus des débats houleux - entre autres financiers - qui ont entouré la création d'une faculté de médecine complète à Charleroi-Mons il y a peu...

- **Accords bilatéraux en matière de santé entre les États-Unis et les pays africains et stratégie américaine en matière de santé mondiale**

L'aide médicale liée à l'exploitation minière ou à la préservation d'intérêts religieux <https://www.internationalhealthpolicies.org/wp-content/uploads/2026/01/IHPn864-fr.pdf> p.6 et 7

AVAC -14 pays africains ont signé des accords bilatéraux avec les États-Unis dans le cadre de leur stratégie America First Global Health Strategy

<https://mailchi.mp/avac/global-health-watch-april18-2107726?e=f66302bb8e>

« Au moins 14 pays africains ont signé des accords quinquennaux avec les États-Unis dans le cadre de la stratégie « America First » en matière de santé mondiale. Les accords récents conclus avec le Botswana, l'Éthiopie, la Côte d'Ivoire, Madagascar et la Sierra Leone couvrent le VIH, le paludisme, la santé maternelle et infantile, la préparation aux pandémies et d'autres domaines prioritaires. Ils exigent un co-investissement de la part des gouvernements partenaires et comprennent des

engagements en matière de partage des données et de réformes des systèmes de santé. Le montant total dépasse désormais la barre des 16 milliards de dollars... ».

« Si ces accords peuvent permettre de rétablir une partie du financement après les perturbations antérieures de l'aide étrangère, ils renforcent également le passage d'une coopération multipartite à des accords intergouvernementaux assortis de conditions qui peuvent se faire au détriment des pays à revenu faible et modéré. À mesure que ce modèle s'étend à d'autres pays d'Afrique, la manière dont les nations gèrent la souveraineté, la responsabilité et le renforcement à long terme des systèmes de santé sera essentielle pour garantir que ces milliards se traduisent par un impact durable et équitable... »

- **GATES:**

À ce propos, le rapport Goalkeepers de la Fondation Gates de cette année, très alarmant, « *exhorte les dirigeants mondiaux à concentrer les ressources rares là où elles sauvent le plus de vies* ». *Pourtant, la dernière personne à donner des leçons au monde sur la nécessité de « faire plus avec moins » est probablement celle qui dispose de 200 milliards à dépenser d'ici 2045 !*

- **Dépistage génétique : le spectre d'un « Far West » commercial**
08 février 2026 Le Spécialiste

L'intégration récente de la drépanocytose au dépistage néonatal en Fédération Wallonie-Bruxelles a fait émerger un défi inédit : la gestion des centaines de nouveau-nés identifiés comme « porteurs sains ». Si le Comité consultatif de bioéthique appelle aujourd'hui à la prudence dans la communication de ces statuts, ce n'est pas uniquement pour des raisons éthiques ou logistiques. En toile de fond, une autre inquiétude affleure : celle d'un marché du dépistage génétique en pleine expansion, prêt à occuper le terrain laissé vacant par les pouvoirs publics.

cfr. ALERTE N°208 (1/2025): Un test de dépistage néonatal unique au monde en Belgique: quid de l'éthique ? 30 janvier 2025

E. OUTILS: Voir étiquette "[outils pour la pratique](#)" et "[outils de lecture critique](#)" sur le site du GRAS

- **Essais cliniques : ceux de "non-infériorité" doivent rester une exception**

La revue Prescrire estime que les essais de "non-infériorité" – qui ne sont pas, par définition, conçus pour démontrer un progrès – devraient rester l'exception. Et que les essais de "non-infériorité" versus placebo (dont le but est de démontrer l'absence de nocivité d'un nouveau traitement) devraient être bannis. Prescrire 12/2024

Commentaire du GRAS : il vaut mieux une étude de non-infériorité par rapport à un comparateur actif, qu'une étude de supériorité par rapport à un placebo... Ainsi, comme mentionné plus haut, pour les maladies inflammatoires de l'intestin

Pourquoi prescrire en DCI ?

L'Omédit Centre Val de Loire actualise sa fiche pratique sur la prescription en dénomination commune en sortie d'hospitalisation et en consultation externe.

- Sécurité : identification claire des substances, repérage des doublons et des allergies
- Continuité ville-hôpital (art L.5121-1-2 CSP) et lisibilité internationale
- Obligation réglementaire : la DCI est la règle ; le nom de marque est facultatif (sauf pour les biomédicaments)

À quand une telle obligation en Belgique sur les rapports et ordonnances au sortir de l'hôpital ou de la consultation du spécialiste, ce qui permettrait au médecin généraliste de prescrire les produits les plus adéquats ?

cfr. Action n°144 (01/2017) : Il faut étudier le différentiel de prix des médicaments entre l'hôpital et le domicile

Les anciens numéros de la lettre sont disponibles sur le site du GRAS trois mois après leur parution.

Vous souhaitez réaliser votre TFE en lien avec une des [thématiques suivies par le GRAS](#) ? Contactez-nous !

COMMENT SOUTENIR ET PARTICIPER AUX ACTIVITÉS DU GRAS ?

La Lettre du GRAS est une publication du Groupe de Recherche et d'Action pour la Santé (GRAS asbl) - Editeur responsable : Marc Bouniton, 20, rue Duployé, 6180 - Courcelles. - N'hésitez pas à diffuser largement cette newsletter auprès de vos collègues.

Pour nous faire des suggestions, nous rapporter vos expériences de publivigile ou rejoindre notre équipe, envoyez-nous un mail à l'adresse: le.GRAS.asbl@gmail.com.

Pour recevoir gratuitement les prochaines Lettres du GRAS, il suffit d'envoyer un mail à le.GRAS.asbl@gmail.com.

Vous voulez vous désabonner ?

Envoyez un mail à le.GRAS.asbl@gmail.com

Politique de confidentialité :

L'ASBL GRAS prend les précautions utiles pour que les coordonnées de ses abonnés et de ses membres restent au sein de l'ASBL GRAS aux seules fins de l'envoi de courrier de l'ASBL et de sa lettre d'information 'La Lettre du GRAS'. Les abonnés qui ne souhaitent plus recevoir la 'Lettre du GRAS' sont invités à nous le faire savoir par courriel à l'adresse mail de l'ASBL ci-dessus.

Tout abonné est censé accepter que le GRAS lui adresse la 'Lettre du GRAS' et les courriers informatifs de l'ASBL, sauf avis contraire exprimé uniquement par courriel à cette même adresse mail ci-dessus.

GRAS

Groupe de Recherche et d'Action pour la Santé

ASSOCIATION SANS BUT LUCRATIF

20, rue Duployé, 6180 - COURCELLES

Numéro d'entreprise : 0435.935.717 – RPM Charleroi

Le.GRAS.asbl@gmail.com - www.gras-asbl.be

FB : GRAS-Groupe de Recherche et d'Action pour la Sante - Banque : BE32 0682 0922
6502