

La Lettre du GRAS n° 85

Avril — mai — juin 2015

La Lettre du GRAS

La revue trimestrielle du
Groupe de Recherche et
d'Action pour la Santé

Sommaire

Edito.....	3
MIGRATIONS DU PERSONNEL DE SANTE OU FUITE DE CERVEAUX ?	5
Be-cause health	5
Réaction de notre Comité de lecture :.....	6
Extrait de l'allocution du Dr Margaret Chan, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé, prononcée devant les Ministres de la Santé du G7 - session sur le virus Ebola - Berlin, Allemagne - 12 octobre 2015	6
OMS : un programme progressiste pour les personnels de santé au XXIe siècle.....	6
« LE MANIFESTE DES 30 »	7
La justice reconnaît la responsabilité civile des laboratoires Servier	7
A découvrir en ligne : une parodie du célèbre « <i>Bridge over troubled water</i> » de Simon & Garfunkel par James McCormack	8
Délai de grâce pour un médicament aux graves effets secondaires	8
Un cardiologue belge critique : « <i>Pourquoi je ne prescris plus de statine</i> »	9
<i>Lumière sur Sunshine</i> : à découvrir en ligne sur www.regardscitoyens.org/sunshine/	9
Pandémie mondiale de médicaments falsifiés	9
Contestation du CBIP au sujet de l'utilisation illégitime de son logo et de ses informations à des fins promotionnelles	9
La médecine personnalisée s'oppose-t-elle à la santé publique ?	10
Echos de FARMAKA	11
Nouvelles du Front de la... PUBLIVIGILANCE	12
Action n°141: GRINTAX, REDUCTIN (06/2015) : encore des médicaments camouflés sous forme de compléments alimentaires – <i>Plainte auprès de l'afmps belge (Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé)</i>	12
GRINTAX.....	12
REDUCTIN.....	12

Edito

Par Zoé Pletschette, Assistante en Médecine Interne

La médecine est historiquement décrite comme un art mais son application dans nos sociétés a vite montré un besoin d'encadrement par des règles, parfois simplement déontologiques, parfois légales et surtout basées sur la rigueur scientifique.

Ce numéro dénonce dans plusieurs de ses articles la déroute entraînée par le non-respect de ces règles de base, bafouées par des intérêts commerciaux.

Alors que la saga Servier/Mediator continue de défrayer la chronique avec le délit de fuite judiciaire du laboratoire, nous faisons également écho au débat sur les mérites relatifs de la médecine personnalisée dont le développement nuit aux principes de distribution équitable des bénéfices de la santé publique.

En effet, l'idée de ne produire des molécules que pour certains groupes d'individus risque d'en augmenter les coûts et d'en limiter ainsi l'accès à une population déjà pénalisée par ses disparités socio-économiques.

L'austérité actuelle n'épargne pas la Belgique, tout au contraire.

Le secteur public des soins de santé risque de ne plus pouvoir assumer ses missions de base suite aux coupures sélectives du budget de la santé, publié récemment par la ministre de la santé.

De même que la médecine personnalisée peut dérapier vers la création de deux catégories de la population, la première pouvant s'offrir les traitements, la seconde devenant insolvable, les décisions prises actuellement en terme de gestion de la santé doivent faire redouter le basculement vers la médecine à deux vitesses en contradiction parfaite avec les fondements de la sécurité sociale telle qu'on l'a connue depuis son essor dans les années quarante.

En parallèle à l'émergence de ces inégalités d'accès au sein de pays développés, que penser alors des situations des pays à plus faibles revenus créées suite à la fuite organisée de leurs cerveaux médicaux ?

A petite ou grande échelle, le ressaisissement et la mobilisation s'imposent.

La Lettre du

GRAS

est une
publication
digitale
trimestrielle
du

Groupe de
Recherche
et d'Action
pour la Santé

**Association sans
but lucratif**

Rue de Courcelles, 154
6044 ROUX

Éditeur responsable:

Zoé Pletschette
196, av. Brugmann
1050 Ixelles

Comment vous abonner à *La Lettre du GRAS* ?

La Lettre du GRAS est envoyée depuis 2012 en format électronique. Le prix de l'abonnement annuel est de :

- 15 € /an pour l'abonnement individuel
- 5€ /an pour les étudiants
- 20€/an pour les institutions, asbl,...

A verser sur le compte : IBAN : BE32 0682 0922 6502 , BIC : GKCCBEBB de l'asbl GRAS , rue de Courcelles, 154 à 6044 ROUX (Belgique) En mentionnant votre NOM + PRENOM ou INSTITUTION + Abonnement LLG + année.

N'OUBLIEZ PAS d'envoyer également par mail à François Baivier (francois.baivier@skynet.be) votre demande d'abonnement avec le nom ou l'institution abonnée et SURTOUT L'ADRESSE MAIL à laquelle *La Lettre du Gras* doit être envoyée.

La *Lettre du GRAS* est envoyée par courriel à tous ses abonnés en ordre de cotisation. Elle est accessible également sur le site web du GRAS : www.gras-asbl.be

La Lettre du Gras électronique vous sera envoyée avec également une version imprimable (en noir et blanc) pour ceux qui préfèrent la lecture papier.

Pour les membres de l'Assemblée générale, le montant de la cotisation annuelle est de 25€.

Comité de lecture de
La Lettre du GRAS :
avant publication, tout
article est « *peer-
reviewed* ».

**Le comité de lecture
est constitué de :**
François Baivier
François Bonheure
Marc Bouniton
André Crismer
Monique Debauche
Jérôme Deroubaix
Axel Hoffman
Michel Jehaes
Sophie Lacroix
Olivier Montigny
Michel Pletschette
Zoé Pletschette
Arthur Poncelet

Des lecteurs « extérieurs
» sont sollicités à la
demande suivant les
articles.

**Le GRAS est membre
de l'ISDB**



MIGRATIONS DU PERSONNEL DE SANTE OU FUITE DE CERVEAUX ?

A l'heure où plusieurs hôpitaux belges recrutent du personnel de santé en Tunisie, Roumanie, Grèce, Portugal et ailleurs...

L'insuffisance ou la pénurie du personnel a été longtemps considérée comme l'un des points faibles des systèmes de santé dans les pays à faible revenu. Les ressources humaines sont un des principaux piliers des systèmes de santé. Il est impératif de renforcer celles-ci si l'on veut que les systèmes de santé contribuent efficacement à l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) relatifs à la santé. Or, on déplore, à l'échelle mondiale, une pénurie estimée à plusieurs millions de travailleurs du secteur de la santé possédant les qualifications requises. De nombreux pays pauvres souffrent d'une pénurie grave.

Dans les pays pauvres, cette crise globale des ressources humaines pour la santé (RHS) se traduit également par une répartition inéquitable des personnels de santé existants en défaveur des régions rurales et difficiles, de même qu'au détriment des fonctions cliniques. La mauvaise qualité des formations et le manque d'adéquation entre les besoins et les compétences effectives des personnels de santé aggravent la situation.

La crise des RHS (Ressources Humaines en Santé) procède à la fois de causes externes, telles que l'insuffisance de la production mondiale de RHS qualifiées et l'exode du personnel sanitaire des pays pauvres vers les pays (plus) riches (*brain drain* externe), et de causes internes, comme la mauvaise gestion et le manque de motivation des personnels existants. Parfois, les agences de coopération (bilatérales et multilatérales) et les organisations non gouvernementales (ONG) contribuent, malheureusement et paradoxalement, à cette crise dans les pays pauvres, en détournant le personnel sanitaire, soit à travers le paiement de primes liées à la mise en œuvre de leurs propres interventions, soit en engageant du personnel à leur compte, vidant ainsi progressivement les services publics de leurs meilleurs éléments (*brain drain* interne).

Paradoxalement, certains pays connaissent plutôt une situation de pléthore de personnel de santé, mais d'une qualité tellement médiocre que la pénurie de personnel qualifié demeure entière. Certains pays sont également confrontés à d'autres problèmes tels que des déséquilibres entre les niveaux primaire, secondaire et tertiaire de la pyramide sanitaire ; la désertion du secteur public au profit du secteur privé à but lucratif ; ou encore le manque d'exercice de leur fonction de régulation.

Consciente de cette importante problématique, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a élaboré à la demande de ses membres un *Code de Pratique pour le recrutement international des personnels de santé* (ci-après le CoP) qui a été approuvé lors de la 63^e Assemblée Mondiale de la Santé en mai 2010. Il s'agit d'un Code volontaire et non contraignant qui ne restreint pas les

Be-cause health

Be-cause health est une plate-forme informelle et pluraliste, ouverte à des membres institutionnels ou individuels, qui sont engagés pour le droit à la santé pour tous.

www.be-causehealth.be



Le [code de bonnes pratiques](#) sur les ressources humaines adopté par l'OMS en 2010 mérite d'être urgemment respecté par toutes les organisations internationales pour éviter de déstabiliser les systèmes de santé déjà fragiles dans les pays à faible revenu.

migrations et reconnaît au contraire que les travailleurs ont le droit de migrer ; mais comme par ailleurs les populations de tous les pays ont droit à l'accès aux services de santé, il recommande de trouver un juste équilibre entre ces deux droits.



Pour toutes ces raisons, le groupe de travail sur les ressources humaines (GT-HRH) de la plate-forme *Be-Cause Health* a pris l'initiative d'élaborer une **Charte** qui a pour objectif de **davantage harmoniser et de rendre plus équitables et efficaces les pratiques des acteurs de la coopération belge en matière de recrutement et d'appui au développement du personnel de santé issu des pays partenaires.**

Ceci est considéré comme un élément essentiel des efforts en vue de

la couverture universelle en soins de santé de qualité. Il s'agit de « repenser le capital humain » notamment en n'excluant pas la possibilité de cofinancer des salaires et/ou primes de performance pour le personnel sanitaire local.

→ Voir aussi LLG n°70 : [FUITE DES CERVEAUX : LES EXODES SUD-SUD ET SUD-NORD DU PERSONNEL DE SANTE](#)

Réaction de notre Comité de lecture :

« Pour info, il y a plus de médecins éthiopiens dans le seul état de Washington que dans toute l'Ethiopie. Le cursus de l'Université d'Addis est calqué sur le cursus US. D'où, départ vers l'Amérique dès le diplôme, d'où l'idée du gouvernement éthiopien de faire payer les études en Ethiopie par le gouvernement US et la démarche du Ministère de la Santé qui renforce la formation des officiers de santé, inexportables, qui font le travail de généralistes.

A signaler aussi, en Ethiopie, la démarche de l'université de Jimma qui forme les médecins dans la communauté et non plus à l'hôpital : non seulement ils sont beaucoup plus conformes aux besoins locaux, mais ils sont inadéquats pour l'Occident. Ceci dit, on m'a dit qu'il y avait 42 docteurs en économie éthiopiens au Texas. Il y en a un en Ethiopie... »
(André)

« L'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest a fait voler en éclat la notion selon laquelle une maladie dans les pays africains pauvres n'aura pas de conséquences ailleurs. Dans un monde où les menaces sont transfrontalières, il faut s'occuper des causes à la racine. C'est la seule approche viable pour la prévention.

Pour la sécurité sanitaire mondiale, cela veut dire d'investir dans des systèmes de santé qui fonctionnent bien et couvrent toute la population avec des services complets et de qualité. »

Extrait de l'allocution du Dr Margaret Chan, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé, prononcée devant les Ministres de la Santé du G7 - session sur le virus Ebola - Berlin, Allemagne - 12 octobre 2015

OMS : un programme progressiste pour les personnels de santé au XXI^e siècle

« Les systèmes de santé ne peuvent fonctionner sans personnels de santé ; l'amélioration de la couverture assurée par les services de santé et des résultats sanitaires dépend de la disponibilité, de l'accessibilité, de l'acceptabilité et de la qualité de ces personnels.

Cependant, les pays, quel que soit leur niveau de développement économique, sont, à des degrés divers, confrontés à des difficultés concernant la formation, le déploiement, la fidélisation et l'efficacité des personnels de santé. Les priorités sanitaires énoncées dans le nouveau cadre de développement pour l'après 2015 – par exemple, enrayer les épidémies de sida, de tuberculose et de paludisme, parvenir à réduire de façon drastique la mortalité maternelle, mettre un terme aux décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de cinq ans, garantir la couverture sanitaire universelle – ne deviendront jamais réalité si on ne met pas en place des stratégies permettant de fournir un effort radical pour renforcer les capacités des personnels de santé. » www.who.int/hrh/fr/

Ressources humaines pour la santé :
stratégie mondiale à l'horizon 2030

« LE MANIFESTE DES 30 »

30 médecins, philosophes et personnalités engagées, rappellent au laboratoire SERVIER et à la profession médicale leurs obligations légales et morales.

« Nous, signataires de ce manifeste, exhortons les professionnels de santé à reconsidérer leurs liens avec le groupe pharmaceutique SERVIER, laboratoire mis en examen pour des comportements d'une extrême gravité à l'origine de milliers de maladies cardiaques graves et de décès.

Début 2014, le procureur de Paris annonçait la fin de l'enquête pénale menée par les juges d'instruction du Pôle Santé de Paris depuis le retrait du Mediator fin 2009. L'enquête et notamment le rapport d'expertise pénal confirmaient le dramatique bilan humain ainsi que l'existence d'éléments graves justifiant des mises en examen de l'entreprise SERVIER pour « tromperie aggravée avec mise en danger de l'homme », « escroquerie », « homicides et blessures involontaires », « trafic d'influence et prise illégale d'intérêts ».

Plutôt que de faire amende honorable, le laboratoire SERVIER poursuit depuis plusieurs années une guérilla judiciaire pour retarder à la fois le procès pénal et surtout l'indemnisation des victimes au civil. Trahissant ses engagements publics de réparation, il conteste sans relâche chaque étape du processus d'indemnisation jusqu'à contraindre récemment l'Etat

(via l'Oniam*) à se substituer à lui et à indemniser des victimes avec des fonds publics !

Alors que l'état de santé de nombreuses victimes ne cesse de se dégrader, le laboratoire SERVIER pousse nombre d'entre elles au désespoir et à la conviction « qu'en fait, SERVIER attend leur mort ». Cette attitude est contraire à l'éthique scientifique et pharmaceutique.

Dans ces conditions, les signataires de ce manifeste déplorent que le laboratoire SERVIER reste un sponsor favorablement accueilli par une partie de la communauté médicale, certaines sociétés savantes et de nombreux leaders d'opinion médicaux.

Ils appellent solennellement les médecins, soignants et leurs instances représentatives à réévaluer la pertinence des liens les unissant au laboratoire Servier, et à vérifier si ces partenariats sont compatibles avec les principes fondamentaux de la déontologie médicale. »

*Office National d'Indemnisation des victimes d'Accidents Médicaux.

26 août 2015

Plus d'infos sur : www.manifestedes30.com

Affaire Médiateur®

[La justice reconnaît la responsabilité civile des laboratoires Servier](#)

Cette reconnaissance, prononcée à la mi-octobre par le tribunal de grande instance de Nanterre devrait ouvrir la voie à des indemnisations plus rapides des victimes et devrait faire jurisprudence lors des différentes procédures judiciaires lancées en France pour obtenir des réparations. Les laboratoires Servier ont toutefois annoncé qu'ils feraient appel contre cette décision.

www.pourquoidoctor.fr/Articles/Question-d-actu/12571-Mediator-la-responsabilite-civile-de-Servier-reconnue-par-la-justice

Le 7 septembre 2015, M. Olivier Laureau, président des laboratoires Servier, a [publié sur son site](#) une [Lettre ouverte aux signataires du Manifeste](#). Une semaine plus tard, les signataires lui répondaient. Extrait :

« Nous, signataires du manifeste des 30, maintenons l'ensemble de nos propos en réitérant l'expression de notre profonde inquiétude s'agissant du traitement réservé aux victimes du MEDIATOR. Nous réitérons également notre interpellation de la communauté médicale et de ses sociétés savantes en particulier, afin qu'elles reconsidèrent leurs partenariats avec le groupe SERVIER. » www.manifestedes30.com/reponse-des-signataires-la-lettre-ouverte-de-servier/

A découvrir en ligne :
une parodie du célèbre
« *Bridge over troubled
water* » de Simon &
Garfunkel par James
McCormack

Cliquez sur
l'image pour
lancer la
vidéo !



Professeur à la Faculté de Pharmacie de l'Université de la Colombie-Britannique, James McCormack se définit comme un « *Medication Mythbuster, and Healthy Skeptic* ». Les choix de traitements médicaux doivent être basés sur des preuves solides. Pour faire passer ce message, le Prof. MacCormack utilise différents moyens d'expression, dont la parodie musicale. A découvrir notamment sur son site web <http://therapeuticseducation.org/videos> :

- ✓ **Choosing Wisely** - a parody of the infectious Pharrell Williams song "Happy" - choose wisely when it comes to making health care decisions and if you choose wisely it will make you happy.
- ✓ **Bohemian Polypharmacy** - a parody of Queen's classic song Bohemian Rhapsody - a song all about polypharmacy - taking more medicines than are clinically indicated.

Délai de grâce pour un médicament aux graves effets secondaires

La commission de la transparence de la Haute Autorité de Santé (HAS) daté du 29 avril demande le déremboursement des médicaments contre l'hypertension artérielle (HTA) à base d'olmésartan, en raison d'effets indésirables intestinaux graves... mais seulement dans un an.

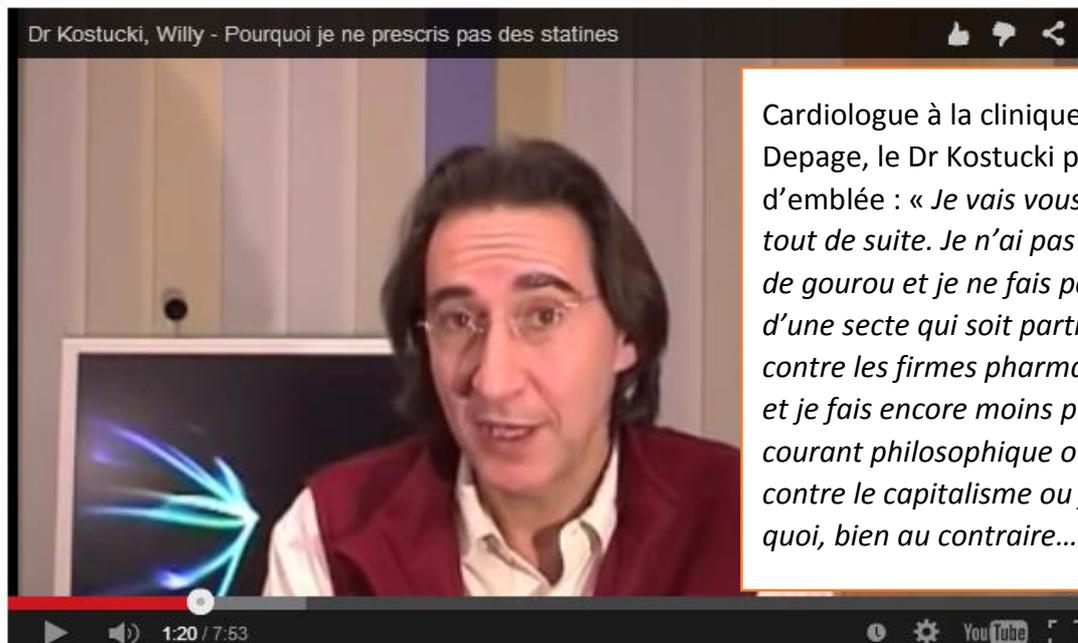
Une recommandation censée donner aux patients « *le temps nécessaire aux éventuelles modifications thérapeutiques* ». On peut se demander si elle ne satisfera pas davantage les industriels qui fabriquent ces molécules, les laboratoires Menarini et Daiichi Sankyo France.

- L'efficacité de l'olmésartan a été démontrée uniquement en termes de réduction des chiffres tensionnels et non en termes de morbi-mortalité, contrairement à la majorité des autres sartans (en dehors de l'HTA essentielle non compliquée).
- A la différence des autres sartans disponibles, l'olmésartan expose à un risque plus élevé, bien que très rare (<1/10 000), d'entéropathie grave.
- Les résultats d'une étude de la CNAMTS ont confirmé un sur-risque d'hospitalisation pour malabsorption intestinale avec l'olmésartan par rapport aux inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC), et non retrouvé pour les autres sartans.
- La prescription d'olmésartan en lieu et place d'un autre sartan pourrait constituer une perte de chance pour les patients. Ces spécialités n'ont donc plus de place dans la stratégie thérapeutique des patients hypertendus.

Un cardiologue belge critique : « Pourquoi je ne prescris plus de statine »

Le Docteur Willy Kostucki explique son point de vue sur la théorie du cholestérol et sur la prescription des statines

Cliquez sur l'image pour lancer la vidéo !



Cardiologue à la clinique Antoine Depage, le Dr Kostucki précise d'emblée : « Je vais vous rassurer tout de suite. Je n'ai pas rencontré de gourou et je ne fais pas partie d'une secte qui soit partie en guerre contre les firmes pharmaceutiques et je fais encore moins partie d'un courant philosophique ou politique contre le capitalisme ou je ne sais quoi, bien au contraire... »

Contestation du CBIP au sujet de l'utilisation illégitime de son logo et de ses informations à des fins promotionnelles

Dans le courant de la semaine du 8 juin, un courrier imprimé a été envoyé aux médecins avec de la promotion pour Influvac S®. A cette lettre promotionnelle était également jointe une feuille avec pour en-tête le logo du CBIP. Cela laissait à penser, à tort, que le CBIP était impliqué dans cette promotion, et nous avons reçu des remarques dans ce sens de certains lecteurs. Le CBIP n'était cependant absolument pas au courant de ce courrier et a introduit une plainte auprès de la firme concernée pour utilisation abusive du logo du CBIP et de de nos informations à des fins promotionnelles.

Pandémie mondiale de médicaments falsifiés

The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene a publié en supplément de son numéro de juin 2015 une série de 16 articles en accès libre sur le thème "[The Global Pandemic of Falsified Medicines : Laboratory and Field Innovations and Policy Perspectives](#)"

Lumière sur Sunshine Ce que les labos donnent à nos médecins

Open Data sur les cadeaux et contrats versés par les laboratoires pharmaceutiques aux praticiens de santé entre janvier 2012 et juin 2014



Lumière sur Sunshine : à découvrir en ligne sur www.regardscitoyens.org/sunshine/

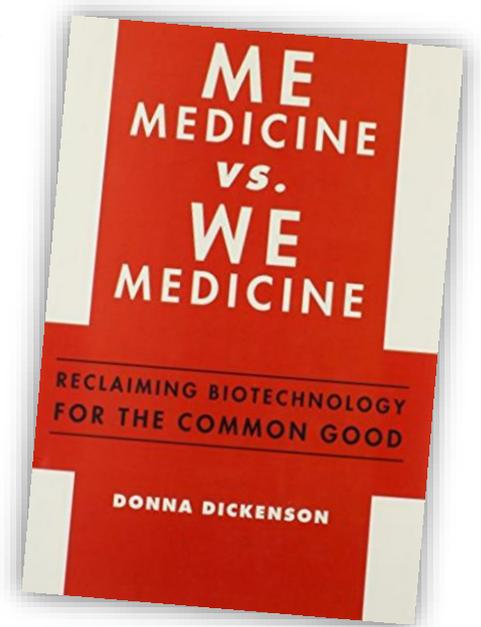


La médecine personnalisée s'oppose-t-elle à la santé publique ?

Intéressante synthèse de livre réalisée par Jean Martin dans [Santé publique volume 25 / N° 6 - novembre-décembre 2013](#) (d'après Emed)

« *Me Medicine vs We Medicine : Reclaiming Biotechnology for the Common Good* »
Donna Dickenson, New York : Columbia University Press ; 2013. 278 p.

Donna Dickenson est une philosophe spécialisée en éthique médicale. Américaine, elle a quitté les États-Unis en 1975, à 30 ans, et a ensuite pour l'essentiel travaillé et enseigné en Grande-Bretagne. Elle est actuellement *Fellow* du *Ethox Centre* de l'Université d'Oxford. À une époque où l'on s'émerveille des perspectives ouvertes par la médecine personnalisée, Dickenson apporte la contradiction. Sans nier la réalité des avancées dans ce domaine, elle présente dans un ouvrage très bien informé, avec une discussion extensive de la littérature, les réserves que l'on doit avoir. Elle entend critiquer la manière quasi-exclusive dont la médecine personnalisée (qu'elle appelle *Me Medicine*) se concentre sur l'individu. Sa préoccupation est que sont souvent négligés les impératifs de santé publique et d'accès aux bienfaits de la médecine de manière équitable pour tous (la *We Medicine*).



Il est clair que la médecine personnalisée tend à transformer le modèle « à tous le même médicament, ou la même méthode, dans une situation pathologique donnée ». Cela étant, derrière ces potentialités, il n'y a pas que des enjeux de soins. Dickenson analyse quatre facteurs jouant un rôle important dans la faveur dont jouit la notion de médecine personnalisée :

- 1) un sentiment, dans la collectivité, de « menace et de possible contamination » (par les maladies, les substances cancérigènes, les pollutions, par certains traitements à l'emporte-pièce pourrait-on dire) ;
- 2) les intérêts de l'industrie à créer de nouveaux produits et de nouveaux marchés de niche, dans une optique néolibérale ;
- 3) la domination qu'exercent aujourd'hui dans nos esprits les principes d'autonomie et de choix personnel du patient (ces principes sont importants mais ne sauraient passer toujours devant d'autres composantes de l'activité de soins) ;
- 4) une tendance narcissique, ultra-individualiste (particulièrement évidente dans la problématique « *enhancement* » (renforcement), amélioration de l'être humain).

Son premier chapitre présente la démarche de *reality check* (évaluation objective) qu'elle adopte et qui est développée dans les sections suivantes. Son avis est que, en général, les faits de la cause sont ambivalents. Il y a des progrès vérifiables dans certains domaines, dans d'autres les indications selon lesquelles il faut s'attendre à une révolution sont lacunaires.

Le deuxième chapitre traite de génétique et des grandes entreprises proposant à tout un chacun de séquencer son génome ; ainsi la diffusion de la « *retail genetics* » (génétique vendue au détail), par exemple par la firme 23andMe. Elle traite ensuite de pharmacogénétique et des banques de sang du cordon ombilical, publiques et privées, qui fleurissent partout.

S'agissant des efforts pour éviter des dérives quant à l'utilisation, commerciale notamment, du génome : « Le principe que le corps humain et ses parties ne devraient pas donner lieu à gain commercial est inclus dans des accords internationaux tels que la déclaration universelle de l'UNESCO sur le génome humain et les droits de l'homme de 1997 ; ces instruments toutefois ne nous donnent, à nous simples citoyens, qu'une faible protection ». Il importe d'éviter les démarches (et il y en a beaucoup) qui voudraient tourner un « héritage commun de l'humanité en occasions d'investissements privés ».

Ces espoirs de « *enhancement* » seraient, en tout cas dans un premier temps, ouverts à un petit nombre d'élus. Elle traite en détail la problématique des vaccinations (qu'on peut voir comme une forme de « *enhancement* », mais elle y est très favorable pour des raisons de santé publique) et des oppositions à l'égard de plusieurs d'entre elles. Pour chacun des chapitres est présentée une revue de la littérature biomédicale puis ce que sont, pour Dickenson, les bénéfiques, d'une part, et les effets négatifs/risques d'autre part qu'on peut attendre.

Sa demande appuyée est que la biotechnologie soit mieux mise au service du bien commun. Elle reprend la formule du politologue Thomas Franck dans son livre *Pity the Billionaire* (2012), disant que « *We the People* » [formule introductive de la Constitution des États-Unis] est devenue « *We the Market* ». Et appelle de ses vœux une « Coalition arc-en-ciel » d'institutions et groupes divers afin de sauvegarder et, le cas échéant, reprendre la maîtrise de l'héritage génétique commun.

Dans sa conclusion : « La notion de *We Medicine* [santé publique] est vivante dans la biomédecine moderne, bien qu'elle ait à faire face à des obstacles politiques et économiques substantiels (...) Si nous décidons d'adhérer à la médecine personnalisée, ce doit être après une évaluation précise des faits et une analyse soigneuse du paysage social dans lequel nous faisons ce choix ».

« Si nous décidons d'adhérer à la médecine personnalisée, ce doit être après une évaluation précise des faits et une analyse soigneuse du paysage social dans lequel nous faisons ce choix ».
Donna Dickenson

En résumé, on a avec ce livre une somme par une auteure qui combine les compétences et l'érudition académiques, d'une part, et un engagement militant d'autre part ; engagement dans le sens d'une attention diligente, devant l'évolution ultra-rapide de la bioscience, aux enjeux sociétaux et au besoin de maintenir une solidarité entre tous au sein de la collectivité.

Echos de FARMAKA

Hommage à David Sackett : « David Sackett nous a quitté le 13 mai dernier à l'âge de 80 ans. La revue BMJ lui a rendu un bel hommage. Il demeure par son inspiration et ses écrits, le père de l'*Evidence-Based Medicine* : chez Farmaka, nous poursuivons son travail. » **Lire l'article complet sur www.farmaka.be/fr/**

Formul R info Nouveautés 2014 : En plus du Formulaire, FARMAKA publie quatre fois par an le bulletin Formul R info. Tous les aspects des traitements médicamenteux et non médicamenteux des personnes âgées y sont explorés. Le Formul R info de mai 2015 est consacré à ce qui peut être considéré comme toute information pharmacothérapeutique nouvelle ou actualisée, glanée au départ de la littérature médicale de qualité et indépendante, publiée en 2014. **Lire le Formul R info www.farmaka.be/fr/**

Action n°141: GRINTAX, REDUCTIN (06/2015) : encore des médicaments camouflés sous forme de compléments alimentaires – *Plainte auprès de l'afmps belge (Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé)*

Nouvelles du
Front de la...
PUBLIVIGILANCE

GRINTAX

Depuis quelques mois, la firme Grunenthal promotionne auprès des médecins le GRINTAX dans la fatigue professionnelle et le *burn out* (cf. lettre aux médecins du 23/03/2015). Il s'agit d'une association de taurine + caséine + extrait de melon + ELEUTHEROCOCCUS SENTICOSUS MAXIM. Pour le GRAS, la "fatigue professionnelle" n'est pas une allégation de santé reconnue par l'EFSA ([Autorité européenne de sécurité des aliments](#)). Nous n'avons rien retrouvé à ce sujet dans leur base de données. Une série d'allégations ont été demandées pour la taurine, la caséine et l'extrait de melon. A ce jour, elles ont toutes été rejetées. Une série d'allégations ont également été demandées pour ELEUTHEROCOCCUS SENTICOSUS MAXIM. La plupart ont été rejetées parce que les allégations proposées ont été jugées trop vagues (par ex. "contribue au bien-être personnel", "soutient le système immunitaire").

En revanche, ELEUTHEROCOCCUS SENTICOSUS MAXIM. a été ajoutée, il y a quelques années, à la "liste des substances végétales, des préparations à base de plantes et associations de celles-ci en vue de leur utilisation dans des médicaments traditionnels à base de plantes", ce qui ouvre la voie à une procédure d'enregistrement simplifiée en tant que médicament traditionnel à base de plantes. L'indication qu'un fabricant peut utiliser dans ce contexte est la suivante: "*symptoms of asthenia such as fatigue and weakness*".

Ce complément alimentaire n'est pas enregistré comme médicament et n'est pas repris comme tel dans le Répertoire Commenté des Médicaments du CBIP. Pourtant, la publicité promotionnant le GRINTAX le présente comme un médicament avec une indication thérapeutique, posologie, étude clinique arguant de son efficacité... Il nous semble là qu'il s'agit d'un cas d'infraction à la loi sur le médicament et la publicité relative au médicament. Nous avons dès lors déposé plainte auprès de l'AFMPS.

REDUCTIN

Depuis fin mars 2015, le REDUCTIN est promotionné dans les médias grand public, entre autres sur les ondes de la RTBF. Il s'agit d'un complément alimentaire avec une "notice" détaillant ses mécanismes d'action, ses indications et sa posologie. Sa publicité et la page d'accueil du site web www.reductin.be ne mentionnent pas explicitement sa qualité de complément alimentaire. Il faut consulter les pages secondaires de ce site internet pour trouver la composition de ce produit et la description de ses mécanismes d'action, de sa posologie et de son indication « complément à l'alimentation dans le cadre de l'amincissement et il aide au maintien d'un poids idéal ». Il y est aussi mentionné « avec la garantie de perdre du poids ».

Les allégations publicitaires soutenant la promotion de ce produit ne sont pas reconnues par l'EFSA ([Autorité européenne de sécurité des aliments](#)) comme "allégation de santé"; nous n'avons rien retrouvé à ce sujet dans leur base de données.

Cette publicité nous apparaît en infraction par rapport à la loi belge sur le médicament et la publicité relative au médicament. Le REDUCTIN y est présenté comme un médicament avec une garantie de résultat. Nous avons dès lors déposé plainte auprès de l'AFMPS.

Le GRAS regroupe des médecins et des pharmaciens soucieux de promouvoir le bon usage du médicament et qui pratiquent, entre autres, la PUBLIVIGILANCE.

Le GRAS étudie les références scientifiques des messages publicitaires contestés et interpelle les firmes concernées et les instances responsables en cas d'abus persistant. Depuis sa création, il a développé plus de 130 ACTIONS dans ce domaine.

La *Lettre du GRAS* résume le suivi des actions de publivigilance en cours; annonce les publications et les recherches du GRAS et présente différents flashes d'information ou brefs renvois vers des articles, publications, sites web ou émissions tv intéressantes qui concernent les médicaments — avec une attention particulière pour des thématiques qui nous tiennent à coeur telles que la solidarité Nord-Sud, l'Europe et le médicament ou le *disease mongering*.

Le GRAS vit des cotisations de ses membres, est insensible à toutes pressions, sauf à celle de la raison et du bon sens critique.

Retrouvez-nous aussi en ligne sur :

www.gras-asbl.be