

PROPOSITION DE RÉSOLUTION 1062/001 DOC 562 AVIS DU GBO (Cartel)

Mesdames, Messieurs,

Nous vous remercions pour votre demande d'avis au sujet de la proposition de résolution concernant **la promotion de l'utilisation correcte et rationnelle des médicaments** déposée par Madame Funda Oru et Monsieur Jan Bertels.

Le GBO (Cartel) se rallie à leur analyse étoffée de la situation.

En tant que représentants majoritaires des médecins généralistes francophones, nous adhérons au principe de la recherche indispensable de réduction des effets iatrogènes liés à notre propre activité, en particulier concernant la prescription des médicaments.

Avant d'analyser en profondeur les demandes énoncées dans ce documents, nous voulons introduire deux concepts qui nous semblent essentiels : l'impact environnemental de la prescription médicamenteuse et la nécessité de renforcer le binôme médecin généraliste/pharmacien.

1. Se soucier des impacts de la prescription médicamenteuse sur l'environnement et des impacts sanitaires et sociaux des dégradations environnementales.

Vu la qualité de cette proposition de résolution, nous souhaitons profiter de l'occasion pour y ajouter une préoccupation majeure concernant l'influence que « le médicament » a sur l'environnement. Sachant qu'il est la plus grande cause de pollution provoquée par les soins de santé, tant dans son impact d'émission de carbone que de micro-pollution par les résidus dans les eaux¹. Raisons pour lesquelles cette proposition gagnerait à y adjoindre des recommandations sur la prescription éco-responsable, avec sa promotion dans la formation initiale et continue de tous les médecins, spécialistes et généralistes. En particulier pour les antibiotiques, les médicaments hormonaux et les anticancéreux.

Une autre raison de se préoccuper de la prescription la plus proche de l'utilisation par le patient, outre le gaspillage des ressources économiques, est le risque environnemental que représentent les déchets des médicaments non utilisés : certes, la récupération en pharmacie de médicaments non utilisés est bien organisée, mais nous ne pouvons que

¹ « • -Les hormones de synthèse ou d'autres composés qui agissent comme des hormones, même à très petites doses ont des effets potentiels. De nombreuses observations, telle la « féminisation » des poissons, confirment le risque environnemental associé à ces substances, même si les effets observés peuvent résulter de molécules à effets perturbateurs endocriniens qui ne sont pas des médicaments (pesticides, métaux, retardateurs de flamme...). Ainsi la faune aquatique connaît aujourd'hui des diminutions de population importantes.

• -Les interactions possibles avec d'autres polluants déjà présents dans les milieux aquatiques (par exemple chimiques ou pesticides), appelées parfois effet « cocktail », constituent un sujet de préoccupation qui à ce jour n'a pas encore reçu de réponses claires.

• - A ces différents éléments vient s'ajouter la préoccupation du renforcement de l'antibiorésistance des bactéries dans l'environnement, mises en contact prolongé et répété avec des résidus d'antibiotiques.

Ces éléments indiquent un risque émergent qui nécessite de définir une stratégie sur le moyen terme afin d'agir, en anticipation, avant d'être confrontés à des problèmes environnementaux ou de santé avérés. » - Cellule environnement de la SSMG – Sébastien Cleeren

constater, lors de nos visites à domicile, des pharmacies personnelles qui regorgent de boîtes non ou partiellement utilisées, dont la date de péremption pousse les patients à s'en débarrasser, et cela souvent par la voie des déchets classiques (eau des WC, poubelles de déchets « restants »...).

Nous demandons que soit affiché dans nos logiciels de prescription l'indice de Persistance, Bioaccumulation et Toxicité (PBT)² donnant l'impact des médicaments sur l'environnement. Le Conseil du County de Stockholm et la corporation nationale des pharmacies suédoises a établi une liste des médicaments avec leur indice PBT. La Belgique doit pouvoir s'en inspirer. Nous demandons à nos politiques d'appuyer cette demande.

2. Renforcer le binôme médecin généraliste/pharmacien.

Si garantir un accès aisé aux soins de santé met en exergue l'importance du binôme généraliste/pharmacien, la démarche du GBO est de repenser de manière globale l'efficacité et la dynamique de ce binôme, avec un recentrage sur la médecine générale.

Le GBO est d'ailleurs membre actif au sein de l'ASBL Concertation médico-pharmaceutique qui promeut le dialogue permanent entre médecins et pharmaciens.

L'**orientation des patients** par le pharmacien doit être faite préférentiellement vers le médecin généraliste pour éviter l'intensification du by-pass actuel de la 1^{re} ligne.

Intensifier la mission première du pharmacien : la gestion de la médication.

La mission première du pharmacien, qui doit d'ailleurs rester sa principale mission à nos yeux, est la gestion de la médication. Le GBO s'inscrit pleinement dans cette collaboration pour diminuer les "drug related problems" liés à la complexification des traitements chroniques et au vieillissement de la population.

Pour que ce binôme fonctionne de façon optimale, il est indispensable de permettre aux deux professions de communiquer efficacement autour et avec le patient, dans le respect des missions de chaque profession et en l'absence de conflit d'intérêt marchand. L'intérêt du dossier pharmaceutique commun Médecin-Pharmacien est à ce titre à promouvoir.

Il faut promouvoir chez les pharmaciens les moyens qui assureront la réduction des problèmes liés aux médicaments, la meilleure compréhension et la meilleure adhésion des patients aux traitements. Effets secondaires, dépendances, sous-consommation, surconsommation, consommation inappropriée par incompréhension ou confusion dans le schéma thérapeutique, doublons dans les prises suite à des délivrances de boîtes de génériques différentes, contre-indications, associations médicamenteuses non adéquates parfois dangereuses menant à l'augmentation des résistances bactériennes, des

² Environmental hazard expresses the inherent environmentally damaging characteristics of the substance in the following terms:
PERSISTENCE – ability to resist degradation in the aquatic environment. BIOACCUMULATION – accumulation in adipose tissue of aquatic organisms. TOXICITY – the potential to poison aquatic organisms. The hazard model was formulated by Stockholm County Council and Apoteket AB (The National Corporation of Swedish Pharmacies). Since 2006, all information about persistence, bioaccumulation and toxicity is obtained from www.fass.se.

hospitalisations ou même des décès et à la dégradation générale de l'état de santé de la population, sont autant de défis à relever par le pharmacien.

Vous signalez qu'en 2022, plus de 1,3 million de somnifères ont été vendus sans prescription dans notre pays, soit 33 % de plus qu'en 2019. Une des tâches essentielles est donc aussi la surveillance de la légalité de la prescription : prescription avec ordonnance, Bf, chapitre IV, contrôle a posteriori ou a priori. L'exemple du *semaglutide* est à ce point remarquable³.

La revue régulière des schémas médicamenteux est là aussi à promouvoir.

Préciser le rôle de prévention et de dépistage des pharmaciens.

La détection précoce d'une suspicion d'une maladie par le pharmacien ne peut aucunement aboutir à la prescription de traitements (remboursés). La prescription d'antibiotiques, l'examen clinique, l'annonce de mauvaises nouvelles (que pourraient engendrer certains tests de détection précoce en officine) doivent être réservés aux médecins. Les gestes diagnostiques et d'éducation à la santé doivent être encadrés dans une perspective globale de soins en accord avec le médecin généraliste. La détection précoce doit éviter l'écueil du surdiagnostic (ex. : détermination du taux de cholestérol non utile pour tous). Les généralistes ambitionnent de développer le principe de prévention quaternaire pour tenter de réduire la surmédicalisation. Les pharmaciens doivent s'inscrire dans cette même dynamique.

Algorithmes de dé-prescription sécurisée, algorithmes d'interactions secondaires, indice PBT doivent être accessibles aux généralistes et spécialistes, ainsi qu'aux pharmaciens.

"Entretien d'accompagnement de bon usage des médicaments" (BUM) aux patients asthmatiques chroniques (et depuis peu également aux patients souffrant de BPCO), réduction progressive de la consommation quotidienne de somnifères, Révision de la médication pour les patients chroniques qui prennent (ou doivent prendre) au moins cinq médicaments différents par an sont les premiers exemples de collaboration intéressante entre les deux professions, que nous appelons à intensifier. Le renouvellement autonome de délivrance de médicaments demandé par les pharmaciens ne peut se faire que si et seulement s'il y a garantie de l'établissement du cadre de collaboration avec le médecin généraliste.

³ Des remboursements litigieux, en constante augmentation, chiffrés actuellement à 21,5 millions d'euros pour la période de janvier 2021 à mai 2024 : 13,5 % du montant total remboursé pour les spécialités pharmaceutiques OZEMPIC® et RYBELSUS® sont litigieux car non conformes aux conditions limitatives du chapitre IV.

Analyse de la demande au gouvernement fédéral :

1. de promouvoir une utilisation correcte et rationnelle des médicaments, le cas échéant en concertation et en collaboration avec les entités fédérées ;

Le GBO pense que cela devrait être fait de façon très systématique.

2. en ce qui concerne les médecins (généralistes) :

Remarque préalable

S'il est vrai que l'on peut penser que les généralistes prescrivent 80 % des médicaments consommés, il faut réaliser que souvent la prescription initiale, de certains produits en tous cas, est faite par le spécialiste consulté... et qu'il est difficile alors pour le généraliste qui continuera le traitement, dans un échelonnement légitime des soins, d'en changer en prenant le risque d'une sorte de « discrédit » de la prescription spécialisée parfois mal vécu par le patient.

Profils prescripteurs réguliers

« 2.1 de veiller à ce que les médecins (généralistes) aient une vision plus claire de leur comportement prescripteur »

Le GBO y est très favorable depuis toujours. Cela doit valoir pour les spécialistes en accord avec la remarque préalable.

Prévention quaternaire

« 2.2 en collaboration avec les entités fédérées, d'accorder plus d'attention à l'arrêt et à la diminution progressive d'un traitement médicamenteux dans la formation de base, dans les formations accréditées et dans les campagnes d'information de proximité et ciblées à l'attention des médecins »

- Le GBO appuie les efforts remarquables de nos départements universitaires de médecine générale et de notre Société scientifique de médecine générale (SSMG) quant à la formation initiale et continue qu'ils procurent aux généralistes concernant la dé-prescription, le prescrire mieux et moins, les alternatives non médicamenteuses.

Comme maîtres de stage, nous rencontrons une nouvelle génération de médecins en formation de plus en plus attentifs à cette prévention quaternaire qui tente de diminuer la médicalisation et les effets iatrogènes et écologiques de nos pratiques.

- "Promouvoir une utilisation correcte et rationnelle des médicaments" nécessite de réformer le système d'accréditation qui valide la formation continue des médecins de toutes générations pour plus d'impartialité et une expertise indépendante. Il faut appuyer le projet de moduler le nombre d'unités attribuées à une formation en fonction de priorités de santé publique (p.ex. résistance aux antibiotiques, eHealth, dé-prescription, prévention quaternaire et impact environnemental de la prescription...) et de la qualité de la formation (pas de sponsoring privé, promotion des outils EBM. Soulignons le rôle que le CBIP peut et doit exercer dans ces formations.
- Il faut imposer légalement la déclaration des liens d'intérêt des experts qui prennent la parole en public ou lors de formations médicales comme en France.
- La réforme envisagée de la Commission de Remboursement des Médicaments (CRM) à l'INAMI doit limiter l'influence des firmes pharmaceutiques qui, quoique ne votant pas, sont présentes et risquent d'abuser de leur droit de parole tout en surveillant les experts dont elles financent souvent les recherches ou le département universitaire.
- Il importe en outre d'obtenir la publication de la motivation du ministre et de la CRM en cas de refus de remboursement d'un nouveau médicament.
- Il nous importe d'obtenir le rapport du Comité déontologique institué auprès du SPF Santé publique *chargé d'analyser les systèmes de gestion de conflits d'intérêts et de proposer des ajustements* ([Art. 124](#) – Pas encore d'AR d'application ?)
- Une subsidiation étatique suffisante des sociétés scientifiques de médecine générale (Domus Medica en Flandre et SSMG en Francophonie) permettra de les rendre totalement indépendantes du sponsoring des firmes pharmaceutiques.
- Le GBO insiste pour une restauration des visiteurs indépendants de FARMAKA et un soutien étatique suffisant aux publications totalement indépendantes 4 .

⁴ outils indépendants de toute influence des firmes pharmaceutiques. Parmi ceux-ci :

- Les instruments soutenus par les pouvoirs publics : Le **CBIP**: répertoire commenté des médicaments et des résultats des conférences de consensus ; **Farmaka**: centre indépendant d'information sur les médicaments qui envoie des représentants indépendants visiter les généralistes: le GBO déplore sa disparition orchestrée par la Ministre de la Santé Maggie De Block ; **Minerva**: revue d'EBM dont le but est de promouvoir et diffuser une information scientifique indépendante ; **BAPCOC**: le guide belge des traitements anti-infectieux ambulatoires ; **Evikey** : rassemble en un réseau des acteurs de la santé et de l'Evidence Based Practice (EBP) en vue d'améliorer la qualité et l'efficacité des soins de santé. Il organise aussi la collaboration entre centres d'expertise spécialisés en EBP ; **Cebam** : organisme scientifique médical indépendant, interuniversitaire et pluridisciplinaire qui s'adresse aux prestataires de soins de santé, aux patients et aux citoyens.
- Les instruments émanant d'initiatives privées : les publications du **GRAS**. Le Groupe de Recherche et d'Action pour la Santé est soucieux de promouvoir le bon usage des médicaments et pratique la « publi-vigilance». Il réunit des médecins et des pharmaciens « insensibles à toute pression sauf celle de la raison et du bon sens critique » (www.gras-asbl.be) ; La revue française « **Prescrire** » ...

« 2.3 en collaboration avec les entités fédérées, d'accorder davantage d'attention aux solutions non médicamenteuses et multidisciplinaires (par exemple, l'hygiène du sommeil plutôt que les somnifères) et aux thérapies conversationnelles et motivationnelles dans la formation de base, dans les formations accréditées et dans les campagnes d'information de proximité et ciblées à l'attention des médecins... considérant que les prestataires de soins privilégient encore trop souvent les traitements médicamenteux et ne misent pas assez sur la prévention et sur une approche multidisciplinaire non médicamenteuse »

- Le GBO y est favorable. Même remarque qu'au point 2.2. pour la formation.
- Par ailleurs, il importe de rendre les solutions alternatives plus accessibles aux patients.

L'intérêt d'un remboursement de certaines alternatives validées est aussi d'éviter leur prise en charge par certaines professions plus "fantaisistes".

Il importe aussi de prévoir des budgets publics pour des lieux de sociabilisation et de thérapie en groupe.

Prescrire autrement, mieux et moins, une nécessité qui prend du temps

« 2.4 d'examiner comment le modèle de financement actuel, fondé sur les prestations et le paiement par consultation, pourrait être réformé afin d'accorder plus d'importance aux résultats et moins d'importance aux prestations... estimant que l'actuel système de financement à la prestation appliqué aux médecins (généralistes) est susceptible d'entraver le bon usage des médicaments »

- Le GBO signale que le financement des médecins étant actuellement en grande partie à l'acte, la demande pressante des généralistes est de reconnaître le « temps long » en consultation pour leur permettre une prescription alternative en lieu et place d'une médication quand cela est possible : alimentation saine, mobilité active, interaction sociale et santé communautaire, soins par intégration dans la nature, psychothérapie, kinésithérapie, prise en charge sociale, promotion du sport. Démédicaliser les problèmes d'hygiène de vie, la « malbouffe, le mal aimer, le mal bouger... » par une promotion de la santé et l'éducation au patient, dans une relation de partenariat avec lui.

L'accord médico-mutuelliste 2026-2027 a délégué cette mission de reconnaissance du temps long dans la consultation au groupe de travail ACA de la réforme de la nomenclature où ce temps long n'est que trop peu pris en compte à ce stade, à notre avis.

- Le schéma de médication est souvent non mis à jour, le suivi en Maison de repos et de soins (MRS) demande parfois un travail de détective (exemple : malaise suite à la prise des médicaments du voisin de chambre), l'automédication est peu enseignée et donc peu contrôlée : tout cela demande du temps de gestion aussi par le médecin. Le financement du médecin n'est plus du tout à la mesure du travail à faire.

« 2.5 d'examiner si les antibiotiques et, le cas échéant, d'autres médicaments pourraient être plus souvent prescrits de façon différée qu'aujourd'hui, et comment ce comportement prescripteur pourrait être favorisé »

Le GBO y est favorable. Sur la prescription différée, il est important d'y mentionner le délai exigé. Sans cette précision, l'expérience montre que certains patients achètent tout de même directement l'antibiotique en ne respectant pas la consigne de délai.

« 2.6 d'examiner s'il serait pertinent, conformément à la proposition de la Cour des comptes, de fixer automatiquement la date d'échéance d'une prescription pour des antibiotiques à sept jours après la prescription, date qui pourrait, au besoin, être reportée par le médecin »

Le GBO y est favorable.

« 2.7 d'appliquer plus largement un système de soutien décisionnel pour les médecins prescripteurs, en collaboration avec les pharmaciens, ces derniers travaillant quotidiennement avec les médicaments et ayant une connaissance claire des médicaments qui peuvent être combinés ou non »

Le GBO (Cartel) insiste dans l'introduction sur l'intensification du binôme médecin généraliste/pharmacien, l'intérêt du dossier pharmaceutique commun Médecin-Pharmacien, les revues de médications, les algorithmes de dé-prescription sécurisée, les algorithmes d'interactions secondaires, les indices PBT qui doivent être accessibles aux généralistes, aux spécialistes et aux pharmaciens.

Le médecin généraliste doit aussi pouvoir compter sur la mise en place de logiciels d'aide à la décision médicale, qui permettent de confronter les conclusions personnelles du médecin aux recommandations les plus récentes et les mieux établies.

« 2.8 d'examiner les modalités de mise en œuvre de la prescription et de la délivrance des médicaments par unité ou par quantité »

Voir point 7.1. C'est une revendication de notre syndicat depuis plus de 20 ans.

3. En ce qui concerne les pharmaciens

« 3.1 de veiller à ce que les pharmaciens, dans la mesure où c'est nécessaire sur le plan médical, aient connaissance des informations médicales importantes (telles que les paramètres vitaux, certaines valeurs de laboratoire, ...) lorsqu'ils délivrent une médication sur prescription (très) lourde pour l'organisme »

Voir point 6

« 3.2 de contribuer à l'élimination des obstacles à la délivrance de médicaments par unité/quantité »

Voir point 7.1

“3.3 d'examiner si la délivrance à l'unité de médicaments appartenant à certaines classes ATC peut être rendue obligatoire”

Voir point 7.1

4. En ce qui concerne les hôpitaux

« 4.1 de tenir compte, dans le cadre de la réforme des hôpitaux et de la réforme du modèle de financement, de l'importance des revenus de la pharmacie hospitalière pour le financement de l'hôpital et des conséquences négatives qui en découlent sur l'utilisation rationnelle des médicaments »

Le GBO (Cartel) se rallie totalement à cette demande. Trop souvent, le généraliste, à la sortie de l'hôpital tente de changer le traitement prescrit en « marque » par le spécialiste hospitalier au profit du générique. Ce qui pose la question de la « décrédibilisation » de la prescription spécialisée qui est parfois mal vécue par le patient.

Réconciliation thérapeutique en post-hospitalisation

Dans le suivi à la sortie des patients quittant l'hôpital il faut parvenir à un système numérique afin d'éviter les différences de médication, notamment en partageant le schéma de médication entre les pharmaciens de première et de deuxième ligne. Il faut une collaboration étroite entre le pharmacien de référence, le pharmacien hospitalier, le médecin généraliste et le médecin hospitalier. La lettre de sortie pharmaceutique est partagée avec le pharmacien (de référence) et le médecin généraliste gestionnaire du DMG.

Réconciliation thérapeutique à la sortie de prison

La médecine générale demande la même organisation d'échange entre le médecin généraliste traitant, le médecin de prison, le pharmacien de référence et le pharmacien de prison. Cette collaboration en temps réel évitera les demande de prescriptions « fantaisistes » avec le risque d'overdose ou le non-suivi du traitement instauré en prison avec le risque de sevrage intempestif.

5. En ce qui concerne les patients

Campagnes de sensibilisation

« 5.1 de miser sur des campagnes de sensibilisation à l'attention tant des prescripteurs que des patients afin de limiter la surconsommation, la sous-consommation et l'utilisation incorrecte des médicaments. »

Le GBO (Cartel) appelle à ces campagnes de sensibilisation qui soutiennent leurs propres démarches d'optimisation des prescriptions. Nous avons vu un changement d'attitude des patients par rapport aux antibiotiques il y a quelques années à la suite d'une campagne grand-public. Ces campagnes doivent être répétées régulièrement.

Il est indispensable d'envisager comment contrer la vente en ligne et d'y sensibiliser les patients sur ses dangers.

D'autres campagnes de sensibilisation doivent être faites pour rappeler que le pharmacien ne peut pas délivrer anticipativement sans ordonnance. Nous pensons que cela peut diminuer la pression exercée par les patients sur les pharmaciens.

6. En ce qui concerne les patients et l'ensemble des prestataires de soins :

Partage des données

« 6.1 de poursuivre sans délai la mise en œuvre du projet VIDIS afin que tous les prestataires de soins aient une vue de l'ensemble des prescriptions d'un patient; que le schéma de médication et les notes de journal soient disponibles dans l'application mobile ; que le schéma de médication des enfants mineurs et de leurs mandants soit rendu disponible et que l'application mobile et le logiciel concordent de façon à obtenir un schéma de médication complet et de qualité. »

Le GBO estime que les données de santé doivent être partagées entre médecins et pharmaciens selon un principe de proportionnalité : si l'intention thérapeutique peut être partagée avec les pharmaciens pour leur permettre un soutien correct à la prescription, il est exclu de donner accès au contenu du dossier médical global (DMG). Certaines données doivent être partagées : la fonction rénale par exemple.

Optimiser la communication entre pharmaciens et médecins doit se faire via ~~des~~ canaux de communication adéquats et sécurisés, e.a. par le dossier pharmaceutique partagé avec toutes les prescriptions du patient concerné.

« que le schéma de médication des enfants mineurs et de leurs mandants soit rendu disponible ». N'est-ce pas une erreur d'écriture ? Cette phrase voudrait dire que les données des mandants doivent aussi être disponibles ??

Pharmacovigilance

En signalant les effets indésirables des médicaments sur le terrain, les généralistes participent à un système de pharmacovigilance, mis en place par l'Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé (AFMPS). Le GBO encourage à parfaire cette veille et à évaluer les difficultés que rencontrent les prestataires à une participation plus active et rigoureuse.

7. En ce qui concerne l'industrie :

Prescription à l'unité

« 7.1 d'analyser, en collaboration avec l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) et en concertation avec l'industrie pharmaceutique, la taille des conditionnements des médicaments et d'imposer, au besoin, des conditionnements plus petits, sachant que sur un gaspillage éventuel et sur une consommation potentiellement problématique de médicaments »

Le GBO plaide pour une prescription à l'unité pour tous les médicaments : les prises aiguës ou les débuts de traitement sont les raisons premières de cette demande, ce qui permet de vérifier l'existence d'effets secondaires qui provoquent l'arrêt prématuré du traitement. Lorsque le patient reçoit une boîte de 90 co et doit l'arrêter après 5 jours de traitement, le gaspillage est immense.

Nous demandons un élargissement rapide de la mesure gouvernementale qui prévoit la prescription/délivrance à l'unité pour les antibiotiques. On peut penser qu'un pourcentage non négligeable de médicaments, toutes indications confondues, n'est pas avalé. C'est une réelle question d'économie de ressources et d'écologie qui doit nous mener à cela rapidement.

Publicité

« 7.2 Considérant qu'en Belgique, la publicité est contrôlée et réglementée par le Jury d'éthique publicitaire (JEP), mais que cette instance n'a aucun pouvoir de sanction, d'examiner, en collaboration avec le Jury d'éthique publicitaire (JEP) et le SPF Santé publique, comment réguler plus strictement, voire interdire, la publicité pour certains médicaments. »

Le GBO estime que tout médicament sous prescription et hors prescription (au même titre que le tabac et l'alcool) doit être interdit de publicité, vu les conséquences sanitaires et écologiques de leur consommation.

Il est important de s'assurer que la législation concernant les délégués des firmes pharmaceutiques qui visitent les médecins et les « cadeaux » offerts à ces moments est suffisante pour protéger l'indépendance de la prescription.

Revoir le concept des dates de péremption

Le problème de la date de péremption doit aussi être pris en charge. Combien de médicaments sont-ils jetés à la suite d'une date de péremption trop restrictive. Nous savons le danger d'utiliser des antibiotiques qui ont perdu une partie de leur effet par péremption, et comme d'autres médicaments, en neurologie, par exemple. Mais quel risque court un patient avec du paracétamol dosé à 950mg plutôt que 1000mg et déclaré périmé ?

8. en ce qui concerne la société

Nos représentants n'ayant pas évoqué cette démarche spécifique envers la société dans son ensemble, nous avons pris la liberté de l'y ajouter car elle nous paraît essentielle.

Pression sur les prestataires mise par les patients, eux-mêmes mis sous pression d'une société qui mise principalement sur la performance plutôt que la robustesse de ses travailleurs/citoyens

« La première cause avancée de la surconsommation médicamenteuse est celle du comportement prescripteur de nos médecins, qui est également déterminé en partie par les attentes des patients. Plusieurs acteurs de terrain confirment que les médecins généralistes cèdent souvent à cette pression ».

Le GBO estime qu'il est réducteur d'affirmer que la première cause de surconsommation de médicaments est liée au comportement des médecins. Ses causes sont multiples et cela mériterait d'être mieux étudié. Voir aussi point 5.

Le GBO dénonce la mise sous pression des patients par la dérégulation économique, les conditions dégradées de travail, les drames sociaux, environnementaux, migratoires qui trop souvent les amènent à chercher chez le médecin l'aide qu'ils ne trouvent plus ailleurs.

L'inaccessibilité financière, géographique, sociale, culturelle des alternatives thérapeutiques pousse aussi sans doute les médecins à s'orienter vers la prescription de médicaments.

La notion de « Health in all policies » ne doit pas être un vain concept. C'est de la responsabilité de chaque politique d'en imposer son bien-fondé.

Les alternatives aux médicaments doivent être rendues plus accessibles (aide financière à la promotion du sport, aux conseils diététiques, aux thérapies de groupe, aux lieux de sociabilisation, par exemple). Que dire des démarches actuelles de diminution des soutiens étatiques aux organisations sociales et/ou médicales qui prennent en charge les

plus vulnérables ? La médecine générale est souvent le dernier réceptacle de ces vulnérabilités qui n'ont pu, ou ne pourront plus, trouver aide ailleurs⁵.

Évaluation indispensable de certaines politiques publiques.

Nous soulignons également l'importance de l'évaluation dans les stratégies mises en œuvre dans le but de limiter les prescriptions : par exemple, l'augmentation de la quote-part patient lors de la prescription d'antibiotique a-t-elle réellement contribué à diminuer l'utilisation de ceux-ci ? L'augmentation de la quote-part patient pour les statines en prévention primaire ou les Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) dans le but de diminuer les prescriptions devrait également être évaluée. Y a-t-il des effets parallèles insoupçonnés de sous-consommation ou de transfert de consommation vers des produits non remboursés mais tout autant ou plus toxiques et passant sous le « radar » de l'évaluation thérapeutique du médecin traitant ?

Au nom de l'Organe d'Administration du GBO,

Docteur Anne Gillet-Verhaegen,
Vice-présidente

Bruxelles, le 21 janvier 2026

⁵La fermeture récente du centre Athena à Bruxelles est un pas de plus dans cette dynamique. Athéna est un lieu de prise en charge de patients sans ressources. Cette fermeture provoque, dans un contexte de pénurie de généralistes qui peinent à prendre son relais, le risque de non-prise en charge de maladies contagieuses et de facto augmente le risque de contamination de la population dans son ensemble. Et que dire des risques de la non-prise en charge de leur santé mentale ?