

COMMISSIE VOOR DE  
VOLKSGEZONDHEID, HET  
LEEFMILIEU EN DE  
MAATSCHAPPELIJKE  
HERNIEUWING

COMMISSION DE LA SANTE  
PUBLIQUE, DE  
L'ENVIRONNEMENT ET DU  
RENOUVEAU DE LA SOCIETE

van

du

DINSDAG 16 MAART 2010

MARDI 16 MARS 2010

Namiddag

Après-midi

La séance est ouverte à 14.13 heures et présidée par Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers.  
De vergadering wordt geopend om 14.13 uur en voorgezeten door mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers.

**01** **Vraag van mevrouw Magda Raemaekers aan de vice-eerste minister en minister van Werk en Gelijke Kansen, belast met het Migratie- en asielbeleid, over "racisme door portiers" (nr. 19607)**

**01** **Question de Mme Magda Raemaekers à la vice-première ministre et ministre de l'Emploi et de l'Égalité des chances, chargée de la Politique de migration et d'asile, sur "le racisme chez les portiers" (n° 19607)**

**01.01** **Magda Raemaekers** (sp.a): Mevrouw de vice-eerste minister, ik dank u omdat u speciaal voor deze ene vraag bent willen komen.

Heel wat allochtone jongeren ondervinden in het weekend problemen wanneer zij willen uitgaan en hun de toegang tot discotheken geweigerd wordt door portiers. Het Centrum voor Gelijke Kansen en Racismebestrijding krijgt jaarlijks zo'n 50 tot 60 meldingen van discriminatie of racisme door portiers. Ik spreek hier over de meldingen die binnenkomen, maar men kan stellen dat het aantal feiten waarvan geen melding is binnengekomen driemaal hoger ligt.

Binnen een aantal wettelijke grenzen mogen discotheken zelf bepalen wie binnen mag en wie niet. Om dat te controleren mogen zij een portier aan de deur zetten. Dat recht houdt echter geen absolute vrijheid in. Er is een antiracismewet. Op basis van die wet kan een discotheek geen bezoekers weigeren enkel en alleen omdat zij zagezegd van een ander ras zijn, omdat zij een andere huidskleur hebben of omdat hun ouders of voorouders immigranten waren.

Het Centrum wil deze discriminatie aanpakken en pleit voor een logboek voor portiers in elke discotheek, naar analogie van wat reeds in Leuven gebeurt. Bovendien heeft het Centrum een brochure uitgewerkt voor discotheekbezoekers en –uitbaters, waarin de rechten van alle partijen zijn opgenomen.

Mevrouw de minister, omdat in ons land elkeen het recht heeft op ontspanning en omdat discriminatie op basis van etnische afkomst niet langer tolereerbaar is in onze multiculturele samenleving, heb ik de volgende vragen.

Hebt u er zicht op hoeveel meldingen van racisme door portiers effectief een gevolg krijgt? Is de brochure van het Centrum voldoende verspreid onder de uitbaters? Overweegt u discotheekuitbaters te verplichten een logboek bij te houden naar analogie van Leuven? Hoeveel gemeenten beschikken vandaag over een lokaal meldpunt voor discriminatie? Overweegt u ook daarvoor een verplichting in te voeren?

**01.02** **Minister Joëlle Milquet**: Mevrouw Raemaekers, hartelijk dank voor uw vraag. Ik heb zulke klachten ook van mijn kinderen gekregen, dus ik ken de situatie tamelijk goed.

Tussen 2003 en 2008 heeft het Centrum voor Gelijke Kansen en Racismebestrijding 258 meldingen

gekregen over selectiepraktijken aan de ingang van grote discotheken en dancings. Voor 2005 en 2007 beschikt het Centrum over de cijfers van de federale politie. Daaruit blijkt dat in 2007 108 processen-verbaal werden opgesteld inzake discriminatie bij het verstrekken van diensten en goederen. Het is echter onmogelijk het exacte aantal dossiers te bepalen waar portiers bij betrokken waren.

Tot slot, de parketten hebben in 2008 1 024 dossiers geopend op basis van de algemene racismecode. 104 daarvan hadden betrekking op discriminatie.

In elk arrondissement worden dossiers zonder gevolg geklasseerd als er te weinig bewijzen zijn of als de aanklacht als niet zwaar genoeg wordt beschouwd. Bovendien wordt er in een aantal gerechtelijke arrondissementen overgegaan tot een minnelijke schikking. Er moet wel worden opgemerkt dat het soms moeilijk te bewijzen is dat de etnische afkomst de reden is van de weigering. Andere elementen zoals het aantal personen dat naar de dancing komt, hoe dronken zij zijn, of het feit dat een klant tevoren al eens voor problemen heeft gezorgd, zijn ook elementen op basis waarvan de ingang geweigerd kan worden.

Toch werden er al verschillende beslissingen strafrechtelijk vervolgd en hebben deze aanleiding gegeven tot uiteenlopende gerechtelijke beslissingen. In november 2009 heeft de correctionele rechtbank van Hasselt de uitbater en de portier van een discotheek vrijgesproken. Allebei verschenen zij voor de rechter voor 4 feiten die dateerden van 2006 en 2007 inzake discriminatie bij het verlenen van toegang tot de dancing. De rechter oordeelde dat er te veel twijfel bestond over de grond van de zaak en het draaide uit in het voordeel van de twee beklaagden.

De correctionele rechtbank van Gent daarentegen heeft de uitbater en de portier van een cafédancing veroordeeld. Het was een vernieuwend vonnis omdat uitbaters van dit soort etablissementen zelden worden veroordeeld. In dit geval werd de uitbater zwaarder gestraft dan de portier, 6 maanden met uitstel en een boete. De portier kreeg alleen een boete. De rechter oordeelde dat de portier zich niet kon verschuilen achter de discriminerende eisen van de uitbater.

Wat de brochure van het Centrum betreft, die is opgesteld op basis van de wetten van 10 mei 2007. Algemene informatie hierover kan gevonden worden op de website van het Centrum. De recente preventiecampagne van het lokale Meldpunt Discriminatie Leuven was daarentegen gericht op zowel de portiers van dancings en nachtclubs als op de bezoekers. Het Centrum heeft samen met de politie een lijst opgesteld met belangrijke punten bij het opstellen van een proces-verbaal wanneer iemand op grond van discriminatie de toegang tot een dancing wordt geweigerd.

In zijn strategisch plan voor 2010 heeft het Centrum ten slotte ook de intentie vermeld samen te werken met de horeca, maar dat plan zit nog in de operationele fase.

Op dit moment kan elke gemeente via een politiereglement administratieve boetes opleggen. Voor de gemeenten is het echter niet altijd gemakkelijk die last op zich te nemen. De gemeente en de directie Private Veiligheid van de FOD Binnenlandse Zaken kunnen ook de gemeentelijke toelating en de identificatiekaarten van portiers die allochtonen weigeren tijdelijk afnemen of intrekken.

In 2006 werd binnen de directie Private Veiligheid van de FOD Binnenlandse Zaken een permanente directiecel opgericht. Deze cel voert controles uit op het schenden van de vrijheid en de rechten van de burgers.

De gemeenten kunnen ook overleggen met de verschillende partijen – politie, horeca, portiers, gemeenten – om duidelijke en antidiscriminerende selectiepraktijken op te zetten, zoals in Leuven en Gent gebeurt. Het Centrum heeft een brochure opgesteld waarin de rechten van de discotheekbezoekers en van de beheerders van nachtclubs vermeld staan. Het logboek van de portier, zoals de portiers in Leuven hebben, kan de opdracht van het Centrum vergemakkelijken. Ik pleit ervoor dat deze aanpak over het hele land wordt veralgemeend.

De lijst met de verschillende Meldpunten Discriminatie in het land en hun contactgegevens staat op de website van het Centrum voor Gelijkheid van Kansen en Racismebestrijding.

Kortom, wij moeten eerst en vooral beter informeren en meer inlichtingen geven.

**01.03** **Magda Raemaekers** (sp.a): Mevrouw de vice-eerste minister, ik dank u voor uw antwoord.

*Het incident is gesloten.  
L'incident est clos.*

*La réunion publique de commission est suspendue de 14.21 heures à 15.50 heures.  
De openbare commissievergadering wordt geschorst van 14.21 uur tot 15.50 uur.*

**02** **Vraag van de heer Roland Defreyne aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de notificatie van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen voor langdurig gebruik" (nr. 19897)**

**02** **Question de M. Roland Defreyne à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la notification des implants et des dispositifs médicaux invasifs pour utilisation prolongée" (n° 19897)**

**02.01** **Roland Defreyne** (Open Vld): Mevrouw de vice-eerste minister, het koninklijk besluit van 1 maart 2009 regelt, in uitvoering van de wet op de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging de notificatie van implantaten. Artikel 5, §1, van het koninklijk besluit bepaalt dat implantaten moeten worden genotificeerd bij de dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV om aanspraak te kunnen maken op de terugbetaling door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

De firma die een nieuw implantaat op de Belgische markt brengt of de terugbetaling van een implantaat dat reeds op de Belgische markt is, zeker wil stellen, moet voor deze notificatie zorgen. De aanvragers kregen hiervoor een jaar tijd, tot 1 mei 2010. In de praktijk blijkt dat heel wat implantaten nog niet genotificeerd zijn. Dat betekent ook dat de ziekenhuizen de implantaten die zij in stock hebben niet kunnen koppelen aan een identificatienummer en, bijgevolg, die implantaten ook niet kunnen gebruiken omdat de niet aan een identificatienummer gekoppelde implantaten geen recht geven op een teruggave door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

Mevrouw de vice-eerste minister, hebt u weet van moeilijkheden die ondernemingen die implantaten op de Belgische markt brengen, ervaren om de opgelegde deadline van 1 mei te halen? Hebt u weet van de moeilijkheden die ziekenhuizen ervaren om de stock tijdig te koppelen aan de identificatienummers van de implantaten? Bent u bereid de opgelegde deadline van 1 mei uit te stellen? Indien ja, hoeveel extra tijd kan toegekend worden? Indien niet, kunt u die weigering motiveren?

**02.02** **Minister Laurette Onkelinx**: De notificatieprocedure voor de implantaten is gestart op 1 mei 2009. Om de bedrijven zo goed mogelijk te informeren over de procedure heeft het RIZIV op 29 april 2009 en 8 mei 2009 informatiesessies georganiseerd waarop alle bedrijven uitgenodigd werden die implantaten op de Belgische markt brengen en die bekend zijn bij het FAGG en het RIZIV. Op 13 november 2009 heeft een informatiesessie voor de ziekenhuizen plaatsgevonden.

De ziekenhuizen werden eveneens grondig geïnformeerd en kregen zicht op de werkzaamheden nodig om per 1 mei 2010 de nodige schikkingen te hebben getroffen. De ziekenhuizen hebben via de website van het RIZIV toegang tot de lijst van de al gepubliceerde notificaties die zij op een elektronische wijze kunnen downloaden. Het RIZIV volgt de notificaties van de implantaten heel nauw op en contacteert regelmatig de verschillende bedrijven om de notificatie van de op de markt aanwezige producten tegen 1 mei 2010 volledig te krijgen. Ook via UNAMEC, beroepsverenigingen van fabrikanten, invoerders en verdelers van medische hulpmiddelen worden bedrijven aangezet om hun producten tijdig te notificeren.

Tot slot preciezer ik dat ik dit dossier aandachtig volg en dat, ook indien de kalender krap is, het in dit stadium niet noodzakelijk is om de in de wet vastgelegde deadline uit te stellen.

**02.03** **Roland Defreyne** (Open Vld): Mevrouw de vice-eerste minister, ik betwijfel uiteraard niet dat u en uw administratie grondige inspanningen hebben gedaan om de bedrijven en de ziekenhuizen op de hoogte te stellen van de te volgen procedure. Het is maar logisch dat dit gebeurt. Ik stel vast aan de hand van praktische vragen die door bepaalde ziekenhuizen worden gesteld, dat zij met een stock van implantaten zitten en dat zij vrezen – want dit vertegenwoordigt toch een redelijk kapitaal – dat die bedrijven niet in staat zullen zijn om tegen 1 mei alle notificaties te kunnen doen. Om die reden zullen zij geen identificatienummer kunnen krijgen voor die implantaten waardoor zij die implantaten ook niet zullen kunnen gebruiken.

Mevrouw de minister, ik zou u willen vragen om de situatie op de voet op te volgen en als het nodig is – als de ziekenhuizen in de verdringing dreigen te komen omdat zij afhankelijk zijn van de bedrijven die moeten notificeren – op het terrein in te grijpen.

*Het incident is gesloten.  
L'incident est clos.*

La **présidente**: Les questions jointes n° 20115 et n° 20116 de Mme Lieve Van Daele sont transformées en questions écrites. La question n° 20283 de M. Flor Van Noppen est reportée. Mme Sarah Smeyers est absente – il semblerait qu'elle soit à Copenhague – pour poser sa question n° 20298.

### **03** Questions jointes de

- Mme Muriel Gerkens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la durée des études de médecine" (n° 20317)

- M. Koen Bultinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la durée de la formation de base en médecine" (n° 20404)

### **03** Samengevoegde vragen van

- mevrouw Muriel Gerkens aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de duur van de studies geneeskunde" (nr. 20317)

- de heer Koen Bultinck aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de duur van de basisopleiding geneeskunde" (nr. 20404)

**03.01** Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Madame la présidente, madame la ministre, je ne sais si c'est déjà passé au gouvernement fédéral, mais nous pouvions lire que la Belgique, comme d'autres États européens, a opté pour des études de médecine d'une durée de six ans au lieu des sept actuels. Il est vrai que la durée des études est une compétence fédérale, mais que la décision doit se prendre en concertation avec les Communautés; en effet, cela entraînera certainement une modification dans l'organisation des cours et des spécialisations après la formation de base.

Où en êtes-vous au niveau fédéral dans les relations et dans l'organisation avec les Communautés?

Quelles seront les exigences de compétences en fin de cycle? Je suppose que cet élément ressortit du fédéral: seront-elles modifiées vu la diminution d'une année ou bien les connaissances à acquérir resteront-elles identiques, selon qu'il s'agit d'un généraliste ou d'un spécialiste?

**03.02** Koen Bultinck (VB): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, u weet zeer goed dat het dossier van de artsenopleiding en het heel dossier dat daaraan gekoppeld is van contingentering en artsenquota, zeer frequent in deze commissie terugkomt. Uiteraard hebben wij er akte van genomen dat zeer recent, in overleg met de Gemeenschappen, wel degelijk beslist is om de basisopleiding geneeskunde in te korten van zeven jaar naar zes jaar studie. Op die manier brengen wij ons in concordantie met wat in de Europese Gemeenschap voor een stuk de gewoonte is. Ook bij de studenten geneeskunde is er daarover uiteraard tevredenheid, laat daar geen onduidelijkheid over bestaan.

Mevrouw de minister, ik zou van u graag een drietal concrete antwoorden op drie vragen willen krijgen.

Ten eerste zou ik graag verduidelijking krijgen over de juiste inhoud van het akkoord met de Gemeenschappen. Onderwijs is een gemeenschapsbevoegdheid. De Gemeenschappen zijn dus betrokken partij. Op basis van eerdere vragen van collega's en van mijzelf, weet u dat het dossier gevoelig ligt. Daarom vraag ik wat nu juist de inhoud is van het akkoord met de Gemeenschappen.

Tweede element van het debat. U hoort mij al komen. Er is in deze commissie een resolutie van de collega's van de MR hangende over het voldoende attractief maken van heel het dossier van de huisartsenproblematiek en de artsenproblematiek bij uitbreiding. Nu is er een akkoord met de Gemeenschappen om de basisopleiding in te korten van zeven tot zes jaar. Is er daarbij ook gesproken over de eventuele invoering van een ingangsexamen? Aan Franstalige zijde bestaat dat niet, maar in de Nederlandstalige Gemeenschap wel. Is er gesproken over de al dan niet invoering van een numerus clausus? Welk debat werd er daarover gevoerd?

Ten derde, iedereen die een beetje kan tellen, weet dat een cruciaal jaar in dat dossier het jaar 2017 zal zijn. Op dat moment zullen de studenten van de oude opleiding na zeven jaar afstuderen, maar ook de studenten van de nieuwe opleiding die maar zes jaar hebben moeten studeren, zullen dan afstuderen. De logische vraag is dan ook welke aanpassingen zullen worden aangebracht aan de contingentering of de artsenquota, met het zicht op wat zich in 2017 zal voordoen, namelijk dat twee lichtingen studenten op dat moment gelijktijdig zullen afstuderen. Op dat moment komen we minimaal technisch gezien in de problemen met de contingentering.

**03.03 Laurette Onkelinx**, ministre: L'État fédéral est effectivement responsable du nombre minimum d'années d'études pour chaque cycle. Ça, c'est la responsabilité du gouvernement fédéral. Pour le reste, ce sont évidemment les Communautés qui définissent le contenu des études.

En ce qui concerne les spécialisations, nous sommes aussi responsables de tous les statuts des étudiants. Formations, agrément des maîtres de stage, nombre d'heures, par exemple, pour les généralistes dans tel endroit ou dans tel autre, ça c'est aussi le gouvernement fédéral qui en est responsable, car il y a là un statut spécifique de l'étudiant en formation qui allie un aspect "métier".

Actuellement, c'est un arrêté du régent de 1949 qui détermine deux cycles de, respectivement, trois et quatre années. La proposition actuelle définit deux cycles, à savoir trois années ou 180 ECTS (*European Credit Transfer System*) au minimum pour les bacheliers et trois années ou 180 ECTS au minimum pour le Master menant au titre de médecin.

J'en profite pour dire, contrairement à ce qui a été écrit dans certains journaux, que cela va changer quelque chose pour l'ensemble des étudiants. En effet, pour les spécialistes en médecine générale, le nombre d'années d'études et de formation reste le même mais, par contre, ils seront étudiants en spécialisation un an plus tôt. Ils gagneront donc leur vie un an plus vite. C'est une vraie différence malgré tout. En ce qui concerne les autres, il s'agit d'une diminution d'une année d'étude, puisque ce que l'on faisait en sept ans avant la spécialisation, on le fera en six ans. Cela change donc quelque chose pour l'ensemble des étudiants.

Ce n'est pas une proposition qui est née simplement d'une réunion à trois, avec mes deux collègues ministres de l'Enseignement supérieur, même si nous nous sommes évidemment aussi réunis. Il y a eu un travail approfondi qui a été mené avec le Conseil supérieur des médecins généralistes et spécialistes. Il y a eu aussi une concertation qui a abouti à un point de vue consensuel, avec des représentants des syndicats médicaux, des universités, des étudiants et des deux Communautés. Il s'agit donc réellement d'un travail de plusieurs mois de concertation.

En fonction de cette concertation, nous avons décidé de n'entamer la réforme qu'à la rentrée 2011 car les Communautés et les universités avaient besoin d'un an et demi pour préparer l'organisation pratique et le contenu académique; elles l'ont décidé ainsi en fonction du travail à mener en la matière.

Cela ne change rien en ce qui concerne la planification médicale. Le dossier reste le même si ce n'est qu'en 2017, des étudiants sortiront après sept années d'études et d'autres après six années d'études. Deux générations d'étudiants obtiendront en même temps le titre de médecin. La commission de planification examine actuellement cette problématique et proposera des solutions.

Cela étant dit, je rappelle qu'en 2008, j'ai progressivement augmenté les quotas de 750 à 1 230. Depuis lors, j'ai également instauré des quotas minimums pour diverses spécialités.

Het kadaster van de gezondheidswerkers en de eraan gekoppelde gegevens van onder andere het RIZIV en de specifieke enquête over de huisartsen en specialisten voeden thans de denkoefening van de planningcommissie en zouden binnenkort tot andere wijzigingen van de quota kunnen leiden.

De selectie van de studenten behoort niet tot mijn bevoegdheid, maar het is duidelijk dat de hervorming, die de duur van de basisstudie geneeskunde vermindert, thans beide Gemeenschappen doet nadenken over de wijze van selecteren.

Cette matière ne relevant pas de mes compétences, il appartient aux Communautés de décider en la matière. J'ajouterai, à titre personnel, eu égard à la planification, que je ne suis pas favorable au *numerus clausus*. Si on n'y prend garde, il y aura pénurie. Je le dis depuis longtemps. Progressivement, nous avons

réussi à obtenir davantage de souplesse, à augmenter les quotas. Par contre, je suis en faveur d'une planification, car nous aurons toujours besoin de connaître le nombre de spécialistes. C'est une évidence. Cette matière particulière doit faire l'objet d'encadrement, de normes et de planification.

**03.04 Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, je rejoins vos propos quant à la nécessité d'une planification et dans le fait que l'outil en place est sans doute obsolète par rapport à l'exigence de planification, de présence et d'organisation sur le territoire.

J'estime qu'une année sera nécessaire, car cela impliquera une modification du programme de cette formation de base. J'avais cru comprendre que les études de médecin généraliste comprendraient six années au lieu de sept et qu'une spécialité porterait sur trois années plutôt que sur deux, ces dernières années étant consacrées au travail formatif.

**03.05 Laurette Onkelinx**, ministre: C'est exactement cela! Jusqu'à présent, les études se poursuivent sur sept années avec trois années de spécialisation, mais la dernière année de formation générale pouvait compter comme première année de spécialisation. Au fil du temps, les études portaient sur sept années et deux de spécialisation.

Dorénavant, la spécialisation en médecine générale sera plus poussée, car il s'agira d'une vraie spécialisation pendant trois ans, au cours desquels ils exerceront déjà en qualité de praticiens.

**03.06 Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen!): À ce niveau, la réforme est intéressante. Cela peut donner un statut plus reconnaissable et plus valorisé pour la médecine générale. C'est une vraie spécialisation. J'espère que les Communautés en profiteront pour intégrer dans leur programme les stages en médecine générale beaucoup plus tôt auprès de tous les étudiants, pour qu'ils découvrent que la médecine générale n'est pas un calvaire. Je souhaite que nous puissions travailler sur la planification de manière ouverte.

Lors de la présentation de la présidence belge, vous avez parlé d'un congrès relatif à la formation...

**03.07 Laurette Onkelinx**, ministre: Il s'agit d'une conférence sur les besoins des professionnels de la santé et sur leur situation. Ce n'est pas une conférence ministérielle mais une conférence de haut niveau.

**03.08 Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen!): Quand aura-t-elle lieu?

**03.09 Laurette Onkelinx**, ministre: Il faut que je consulte mon planning mais je pense que ce sera à l'automne.

**03.10 Koen Bultinck** (VB): Mevrouw de minister, ik denk dat we het erover eens zijn dat het een goede zaak is dat de basisopleiding geneeskunde met een jaar wordt ingekort. Ik denk dat er daarover geen discussie is.

Ik wil nog een punctuele bijkomende vraag stellen over het specifieke dossier van 2017 en de al dan niet aanpassing van de contingentering. Kunt u ons min of meer een zicht geven op het tijds kader waarbinnen de planningscommissie met een aanzet tot oplossing zal komen?

**03.11 Minister Laurette Onkelinx**: Ik weet het niet, maar ze werkt aan de problematiek van 2017.

**03.12 Koen Bultinck** (VB): Als ze spreekt over "binnenkort", is dat dan in een tijds kader van enkele maanden?

**03.13 Laurette Onkelinx**, ministre: Je ne peux vous le dire précisément mais ce sera de toute façon avant l'été. Notez que je n'ai pas dit avant le printemps! Ne vous trompez pas de saison!

**03.14 Koen Bultinck** (VB): Dat is duidelijk voor de opvolging van het dossier. Dat maakt het de Parlementsleden gemakkelijker om het dossier concreet van nabij te volgen.

*L'incident est clos.  
Het incident is gesloten.*

**04** Question de Mme Isabelle Tasiaux-De Neys à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "l'ouverture d'une pharmacie sur le site du siège de l'OTAN à Evere" (n° 20331)

**04** Vraag van mevrouw Isabelle Tasiaux-De Neys aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de opening van een apotheek op de site van de zetel van de NAVO te Evere" (nr. 20331)

**04.01** **Isabelle Tasiaux-De Neys** (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, le Conseil des ministres du 27 janvier dernier a approuvé un avant-projet de loi portant assentiment à l'échange de lettres entre l'Organisation du Traité de l'Atlantique Nord et la Belgique concernant l'ouverture d'une pharmacie sur le site de l'OTAN à Evere. Signé début 2009, cet accord répond au souhait du personnel de l'OTAN de disposer d'une pharmacie sur son siège qui soit disponible tant pour le personnel que pour les visiteurs. C'est en tout cas ce qu'on peut lire dans un communiqué diffusé à l'issue du Conseil des ministres.

Les critères en vigueur pour organiser la répartition des pharmacies n'autorisent pas l'établissement d'une pharmacie sur le site d'Evere. Cependant, par cet accord, la Belgique s'engage à autoriser la possibilité de transférer une pharmacie existante vers le siège de l'OTAN.

L'officine est dispensée de l'obligation de participer à un service de garde. Pour le reste, la législation belge reste d'application pour cette pharmacie. D'un côté, l'association pharmaceutique belge, par la voix de sa secrétaire générale, prétend que le transfert est déjà réglé mais garde l'opacité sur toute la procédure utilisée ou en cours. D'un autre côté, le président de la *Brabantse Apothekers Federatie* prétend que la procédure n'est pas encore lancée dans un article publié dans les *Annales pharmaceutiques* du 1<sup>er</sup> mars 2010, à la page 5.

Madame la ministre, pourriez-vous nous communiquer l'état de ce dossier et expliquer la procédure suivie pour l'implantation de cette pharmacie au sein du siège de l'OTAN, puisqu'il semble y avoir des divergences à l'intérieur même du monde pharmaceutique.

**04.02** **Laurette Onkelinx**, ministre: Madame la présidente, chère collègue, l'accord avec l'OTAN implique qu'une pharmacie autorisée existant déjà en Belgique peut être déplacée vers le siège de l'OTAN à Evere et qu'en vertu du statut particulier de cette organisation, la pharmacie est dispensée de l'obligation de participer aux services de garde prévus par la réglementation belge. Ce privilège constitue une dérogation au critère de dispersion, tel que fixé en vertu de l'article 4, § 3 de l'arrêté royal de 1978.

Pour le reste, la législation belge reste entièrement d'application, de telle sorte que, par exemple, en ce qui concerne la procédure, les prescriptions de l'arrêté royal concernant l'ouverture, le transfert et la fusion d'officines pharmaceutiques ouvertes au public devront être respectées.

Comme vous le savez, un traité doit d'abord être ratifié avant de pouvoir produire ses effets dans l'ordre juridique interne. Il faut encore attendre un peu. Une demande est prématurée. Le principal élément d'une demande éventuelle sera toutefois la preuve que le demandeur peut disposer du lieu d'implantation demandé, au plus tard au moment où l'autorisation de déplacement est accordée. À défaut, la demande serait irrecevable.

**04.03** **Isabelle Tasiaux-De Neys** (cdH): Madame la ministre, je vous remercie pour ces précisions. La procédure n'a donc pas encore été entamée.

*L'incident est clos.*  
*Het incident is gesloten.*

La **présidente**: Les questions n° 20298 de Mme Smeyers, n° 20334 de Mme De Bont et n° 20349 de Mme Van Broeckhoven sont reportées.

**05** Question de Mme Colette Burgeon à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "l'interdiction d'exposer des cigarettes à l'étal des commerces" (n° 20373)

**05** Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en

## **Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het verbod om sigaretten uit te stallen in handelszaken" (nr. 20373)**

**05.01 Colette Burgeon (PS):** Madame la présidente, madame la vice-première ministre, alors qu'en Belgique les chiffres sur l'évolution de la consommation de tabac sont pour le moins contradictoires, le producteur américain de tabac Philip Morris International a annoncé qu'il allait attaquer l'État norvégien en justice pour tenter d'obtenir l'annulation d'une loi interdisant l'exposition de cigarettes dans les magasins.

En effet, afin de limiter l'achat impulsif de tabac, la Norvège interdit depuis le début de cette année la présentation de cigarettes sur les étals des commerces, une pratique déjà adoptée en Irlande et en Islande. Les paquets de cigarettes sont désormais relégués sur des étagères fermées ou dans des distributeurs automatiques qui dissimulent les logos des producteurs.

La direction norvégienne des Affaires sanitaires a accueilli la procédure judiciaire avec sérénité, estimant que si cette interdiction n'avait pas d'impact sur la consommation de tabac, le puissant cigarettier ne s'inquiéterait pas de l'existence de cette loi. En fait, Philip Morris International se retranche derrière la liberté de commerce pour intenter son action contre le gouvernement norvégien.

Madame la vice-première ministre, même s'il est beaucoup trop tôt pour mesurer l'impact de cette loi sur la consommation de tabac en Norvège, des chiffres existent dans d'autres pays, qui ont adopté auparavant une législation similaire. Confirmez-vous, dès lors, les propos du porte-parole de Philip Morris, Anne Edwards, qui affirme "qu'en observant les statistiques officielles des pays qui ont mis en place une telle interdiction, on constate qu'elle n'a pas été suivie par une diminution du nombre de fumeurs"?

Ensuite, si des résultats encourageants dans la lutte contre le tabac devaient être obtenus suite à la mise en application de cette loi, seriez-vous prête à légiférer dans le même sens que les pays susmentionnés?

Enfin, des études ont-elles déjà été menées dans le but de mesurer l'impact de photos sur les paquets de cigarettes montrant les ravages causés par le tabac sur la santé des consommateurs? Avec quels résultats?

**05.02 Laurette Onkelinx, ministre:** Au sein de l'Union européenne, deux pays ont voté jusqu'à présent une telle mesure: l'Irlande, depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2009, et l'Angleterre où cette mesure a été votée mais ne sera d'application qu'au 1<sup>er</sup> octobre 2011 dans les grands magasins et au 1<sup>er</sup> octobre 2013 dans les plus petits magasins. Une évaluation de la mesure est évidemment un peu prématurée. Cependant, il me semble important de préciser que l'application de cette loi en Irlande n'a posé aucun problème pratique particulier et que la mesure a été bien suivie dans les commerces.

Mes services sont attentifs à l'évolution de la situation dans les pays ayant introduit de telles mesures et me rapporteront tous les éléments permettant leur évaluation, ce qui nous permettra d'envisager l'application en Belgique.

Il est vrai qu'en Belgique, les points de vente des produits du tabac sont très sollicités par l'industrie du tabac. Il est encore permis, selon l'exception prévue dans la loi du 24 janvier 1977, relative à la protection de la santé des consommateurs en ce qui concerne les denrées alimentaires et autres produits, d'afficher la marque des produits de tabac à l'intérieur et sur la devanture des magasins de tabac et des magasins de journaux.

Il est donc évident que l'industrie investit énormément dans ce type de publicité puisqu'il s'agit de la seule autorisée. Cela a pour conséquence de voir fleurir des librairies entièrement décorées aux couleurs d'une marque de tabac. Les producteurs profitent également de cette autorisation d'afficher pour introduire des présentoirs promotionnels. Par ailleurs, des contrats sont signés entre les producteurs et les magasins dans lesquels il est spécifié la manière dont les produits du tabac sont présentés dans les magasins. Dans certains cas, cela entraîne par exemple la mise en place de murs de paquets de cigarettes d'une seule marque. Les fabricants les plus importants contrôlent donc le marché via les points de vente. Il y a là vraiment tout un créneau où l'on pourrait agir.

Il faut dire aussi que suite à l'introduction en 2007 des avertissements combinés sur les paquets de cigarettes, l'enquête de prévalence annuelle de la Fondation contre le cancer, financée par le Fonds de lutte contre le tabagisme, a étudié l'impact de ces avertissements sur le consommateur. Il en ressort un effet

positif, puisqu'il apparaît que les photos ont un effet dissuasif. Elles réduisent l'attrait du paquet de cigarettes aux yeux des jeunes et offrent une motivation supplémentaire aux fumeurs désireux d'arrêter de fumer. Les principaux résultats de cette enquête ont en effet montré que 37 % des fumeurs déclarent avoir discuté de ces nouvelles photos avec des amis et des membres de leur famille; 29 % des fumeurs estiment que les photos constituent une incitation supplémentaire à arrêter de fumer; et 38 % des fumeurs estiment que les nouvelles photos rendent les paquets moins attrayants. Les pourcentages sont encore plus élevés parmi les jeunes de 15 à 24 ans, tranche d'âge au cours de laquelle on commence à consommer les produits du tabac, et chez les fumeurs décidant d'arrêter de fumer dans l'année.

**05.03 Colette Burgeon (PS):** Madame la ministre, je vous remercie pour vos réponses. Ce dossier est à suivre; je prends le seul exemple de l'exposition près des caisses; les gens se servent facilement.

*L'incident est clos.  
Het incident is gesloten.*

**06 Question de Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la mauvaise utilisation de la pilule contraceptive" (n° 20442)**

**06 Vraag van mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het verkeerde gebruik van de anticonceptiepil" (nr. 20442)**

**06.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!):** Madame la ministre, à l'occasion de la Journée de la Femme, la Mutualité socialiste a publié les résultats d'une enquête menée sur les opinions et les comportements des femmes en matière de contraception. Il ressort de l'enquête qu'en raison des prix trop élevés des moyens de contraception et du manque d'information à ce sujet, de nombreuses femmes, surtout des adolescentes, n'utilisent pas ou pas assez ces produits et tombent enceintes pour se faire avorter dans 13 % des cas ou recourent à la pilule du lendemain; 22 % des femmes en Wallonie et à Bruxelles ont déjà eu recours à la pilule du lendemain, un moyen de contraception d'urgence, et 39 % des filles de 14 à 19 ans.

En janvier 2009, vous avez annoncé avoir dégagé un budget de 6 millions d'euros pour que le remboursement de la pilule pour les jeunes femmes de moins de 21 ans soit garanti pour une année supplémentaire à défaut d'une solution structurelle. Où en sommes-nous en mars 2010? Avez-vous trouvé une solution structurelle pour la question du remboursement de la pilule aux jeunes filles de moins de 21 ans? Comment faire pour qu'elles soient mieux informées et pour qu'on n'assiste pas à ces situations qui peuvent être très négatives pour les femmes comme pour les enfants?

**06.02 Laurette Onkelinx, ministre:** Le remboursement des moyens de contraception aux jeunes filles de moins de 21 ans, sous sa forme expérimentale en termes budgétaires, a été confirmée pour 2010. Sa pérennisation, toujours en termes budgétaires, à partir de 2011 sera à nouveau discutée au sein des organes de l'INAMI et au niveau du gouvernement dans le cadre de la préparation du budget 2011. Je n'envisage en aucun cas un arrêt ou une limitation de cette mesure que j'estime capitale pour la protection des jeunes femmes.

Pour ce qui est du contenu de la mesure, des modifications visant à une meilleure performance du système sont possibles pour 2011. Le rapport final de l'Agence Intermutualiste, qui a été discuté au Comité de l'assurance de l'INAMI en janvier 2010, a en effet eu pour conséquence la création d'un groupe de travail chargé de faire d'éventuelles propositions alternatives pour la prolongation de la mesure.

Le rapport de l'Agence Intermutualiste a montré que le système actuel fonctionne globalement bien, mais que certains éléments pourraient être améliorés. Un premier volet vise à optimiser l'accès financier, notamment pour les jeunes filles les moins favorisées. En termes d'accès, la trop faible prescription des moyens les moins chers est également mise en évidence.

Le second volet concerne la consommation de contraceptifs. Celle-ci ne semble toujours pas adéquate et son impact sur la réduction du nombre de grossesses non désirées apparaît insuffisant.

Le groupe de travail analysera donc tous les éléments du rapport en détail et se penchera notamment sur le lien entre les politiques en matière de contraception d'urgence sans prescription et de contraception

prescrite.

La communication sur la contraception, et sur les MST qui lui sont indissociables, sera certainement à l'ordre du jour du groupe de travail.

L'implication des Communautés en charge de la prévention sera également soulevée.

Quand nous rendrons tout cela structurel, ce qui est inéluctable selon moi, nous le ferons dans un cadre où, après discussion avec les mutuelles, nous essaierons d'adapter pour que cela colle mieux avec les besoins réels.

**06.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers** (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, votre réponse me laisse aussi croire qu'il n'y a pas que l'aspect financier dans cette affaire, mais que le remboursement doit encore être rendu structurel.

Je pense aussi qu'il reste encore toute la question de l'utilisation et le besoin de poursuivre les mesures d'éducation et de sensibilisation à ces contraceptifs.

Comme pour d'autres sujets, tout cela doit se faire en dialogue singulier avec le médecin généraliste et non de manière massive: il convient de déterminer le type de pilule adapté à la patiente. Chaque personne a des besoins particuliers à reconnaître qu'il est nécessaire de prendre en compte.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**07 Question de Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le nombre d'enfants hyperactifs traités aux amphétamines" (n° 20443)**

**07 Vraag van mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het aantal hyperactieve kinderen die amfetamines krijgen toegediend" (nr. 20443)**

**07.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers** (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, cette question vous a déjà été posée en séance plénière mais je souhaiterais y revenir car le sujet m'impressionne et je connais personnellement des cas de jeunes adolescents qui consomment des médicaments prescrits pour l'hyperactivité.

Les statistiques sont parlantes: selon les derniers chiffres disponibles, plus de 26 000 enfants et adolescents qualifiés d'hyperactifs sont traités aux amphétamines en Belgique; en 2004, ils étaient 6 000. Parmi ces amphétamines, on cite plus particulièrement la Rilatine et le Concerta, dont le principe actif est le méthylphénidate, un dérivé prescrit aux enfants présentant des troubles de l'attention.

Le Centre belge d'information pharmacothérapeutique (CBIP) cite comme principaux effets secondaires l'insomnie, l'instabilité émotionnelle et l'anorexie. J'ai entendu parler d'enfants qui consommaient de tels "médicaments" et qui, suite à cela, devaient boire des boissons énergisantes afin de retrouver de l'énergie, leur comportement et leur fonctionnement étant visiblement déséquilibrés.

Madame la ministre, je sais que vous êtes préoccupée par ce problème. Vous avez réuni les syndicats médicaux et les sociétés scientifiques de médecine autour d'une même table jeudi dernier. Dès lors, pouvez-vous me dire ce que vous avez pu conclure de cette première concertation? Des mesures seront-elles prises afin de contrôler de manière plus stricte la prescription de ces psychostimulants?

Pour ma part, il s'agit d'un véritable problème de société, d'un indicateur très inquiétant du mal-être des jeunes générations, que nous n'avons malheureusement pas le temps d'aborder en cinq minutes.

**07.02 Laurette Onkelinx**, ministre: Madame la présidente, je suis heureuse que vous vous intéressiez également à cette problématique. Elle me tient très à cœur et certains chiffres m'inquiètent. De plus, je sais que nombre de professionnels partagent cette inquiétude.

Il est toujours dangereux de prendre des raccourcis dans des matières complexes et sensibles comme la prise en charge des troubles de l'attention et de la concentration. Le méthylphénidate est un psychostimulant de la même classe thérapeutique que les amphétamines mais ce n'est pas une amphétamine.

Par ailleurs, je vous rappelle que le remboursement de la Rilatine, seul médicament à base de méthylphénidate qui est remboursé, ne peut se faire que sur demande d'un pédopsychiatre qui doit établir un diagnostic précis. Ce traitement n'est pas entamé à la légère. Par contre, je suis moins rassurée quant à la prise en charge non médicamenteuse qui doit accompagner la prescription de ce médicament.

Pour ce qui est des mesures d'encadrement de cette prescription, j'ai rencontré les syndicats médicaux, les sociétés scientifiques de médecine et les médecins-coordonateurs en maisons de repos le 11 mars. Cette rencontre était consacrée à la psychomédication au sens large.

On constate une augmentation de la consommation de Rilatine. Elle est plus importante en Flandre que du côté francophone. Nous en avons parlé lors de la table ronde. Un médecin généraliste nous a dit qu'elle prescrivait uniquement après diagnostic d'un pédopsychiatre. Ce médecin nous a montré une publicité rédactionnelle sur les avantages de la Rilatine, distribuée au cours de séances de formation d'enseignants. On peut s'imaginer la situation qui va suivre: les enseignants parlent aux parents et on en vient vite à se dire qu'un enfant est hyperactif, avec les conséquences qui peuvent suivre.

Cela m'a interpellée et j'ai d'ailleurs dit, lors de cette table ronde, que je contacterais les ministres de l'Éducation pour dénoncer ce genre de pratiques inacceptables. De plus, cette brochure publicitaire ne mentionnait aucun effet secondaire, aucun effet pervers. Or, on sait que les effets secondaires de la Rilatine peuvent être très graves, et pas seulement en ce qui concerne les retards de croissance.

La table ronde s'avère intéressante à ce niveau, car on y examine ce genre de pratiques.

Cette table ronde a été organisée avec les médecins généralistes, les sociétés scientifiques de médecine générale à qui j'ai proposé d'être mes partenaires. Je leur ai proposé de travailler ensemble avec moi sur la psychomédication. Ce n'était qu'une étape et nous avons décidé de nous lancer dans l'examen de cette problématique. Pour ce faire, nous allons rencontrer toute une série d'autres professionnels: les spécialistes, car ils sont à la base de nombre de psychomédications; les Régions, les médecins coordonnateurs pour les maisons de repos, les pharmaciens. Ce travail doit être effectué en commun.

En termes de psychomédication, mon plus grand tracassé est ce qui se passe dans les maisons de repos et dans les maisons de repos et de soins, où des résidents prennent parfois jusqu'à douze médicaments différents; c'est un médecin qui a dressé ce constat. Cela ne s'arrête jamais. On en ajoute, mais on n'en retranche pas! Certains sont parfois contradictoires et provoquent des effets secondaires de par leur association, qui s'avère réellement dangereuse pour la personne. On peut se poser la question du respect de la dignité des personnes en maisons collectives. Une concertation sera également nécessaire avec les ministres régionaux car, en la matière, la compétence est partagée.

Je leur ai déjà formulé quelques propositions. Ainsi pourrions-nous mener des projets pilotes avec des psychologues de première ligne. De temps en temps, la difficulté d'un médecin généraliste est d'être confronté, en fin de journée ou de semaine, à une personne qui est manifestement au bord de la dépression, parce qu'elle se retrouve seule ou a perdu son emploi, etc. On ignore que faire par rapport à cette situation. Certes, ce n'est pas avec un médicament que le problème sera réglé.

Par ailleurs, les consultations en psychologie ne sont pas remboursées. L'une des propositions d'auditeurs relatives à la psychomédication abordait ce sujet. En termes de santé publique, le coût est énorme. Ne pourrions-nous pas travailler avec des projets pilotes? Ne pourrions-nous prévoir pour les médecins des diagnostics de longue durée? Un travail de première ligne est effectué avec le médecin de famille, qui est aussi un intervenant. Il est amené à intervenir au-delà de l'aspect médical. C'est le confident, celui à qui on raconte ses problèmes. C'est un travail de longue haleine. Ce ne sera vraiment pas d'un coup de baguette magique que l'on va régler cela.

Au cours de la table ronde, le premier réflexe de mes interlocuteurs a été de se demander si je les accusais. Et lorsque j'ai expliqué, au contraire, que je leur proposais de devenir mes partenaires pour trouver des solutions, j'ai été très heureuse de constater que la discussion s'est très bien déroulée. Nous allons essayer de nous revoir pour présenter un plan après avoir rencontré tous les professionnels que je vous ai cités.

**07.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers** (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, l'intérêt que vous portez à cette question-là, je pense que nous le partageons et je souhaiterais qu'un débat à ce sujet puisse avoir lieu un jour au sein de cette commission.

Voici quelque temps, je vous avais posé une question sur la consommation des benzodiazépines, également prescrites de façon excessive. Mais là-dedans se cache la question du remboursement des consultations psychologiques. Il y a aussi la revalorisation de la médecine générale et du rôle du médecin de famille, de l'acte intellectuel de soutien moral qu'il peut poser. Le médecin peut parfois, au lieu de donner une consultation d'un quart d'heure, accorder plus de temps au patient pour entendre l'angoisse qui se cache derrière le symptôme d'insomnie, d'hyperactivité ou de ce genre de choses.

Pour ma part, j'aimerais que l'on accorde une attention toute particulière aux enfants, car je trouve affolante l'idée que des adolescents puissent déjà, à 12 ou 15 ans, être rendus dépendants aux médicaments. Après cela, comment faire pour s'en sortir et ne pas tomber dans d'autres dépendances? On ne peut pas leur dire, d'une part, que la drogue est interdite et, d'autre part, que des pilules peuvent tout résoudre.

Certes, il n'y a pas de recette miracle mais des démarches sont à entreprendre dans la conception même de la façon dont on soigne et de la médecine de première ligne.

*L'incident est clos.*  
*Het incident is gesloten.*

**08 Question de Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le dépistage des maladies rénales" (n° 20456)**

**08 Vraag van mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het opsporen van nierziekten" (nr. 20456)**

**08.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers** (Ecolo-Groen!): Le 11 mars, il y a eu la Journée mondiale du rein. Le groupement des néphrologues francophones de Belgique alerte sur le manque de dépistage des maladies rénales.

En Belgique, 11 000 personnes sont en insuffisance rénale terminale. Parmi celles-ci, 6 700 doivent être dialysées. Chaque année, 5 % de nouveaux cas sont diagnostiqués. On prédit que d'ici 2020 le nombre de malades pourrait doubler.

Les causes de ces maladies sont principalement le diabète et l'hypertension. On sait que le diabète augmente pour des raisons alimentaires entre autres.

Les néphrologues veulent améliorer le dépistage des maladies rénales chroniques. Il y aurait moyen de dépister ces maladies afin d'éviter de devoir recourir à la dialyse et à la transplantation. Ils parlent de la possibilité d'une prise de sang et d'un test d'urine qui, exécutés régulièrement, permettraient d'établir un diagnostic et d'intervenir plus tôt. Avez-vous connaissance de ces questions? Pensez-vous qu'un dépistage ainsi qu'un traitement précoce pourraient être efficaces et diminuer le nombre de maladies en stade terminal qui deviennent, à ce moment-là, très lourdes pour la sécurité sociale?

**08.02 Laurette Onkelinx**, ministre: L'évolution à la hausse des maladies rénales chroniques est bien connue.

Le dépistage d'une maladie rénale est aisé: il s'appuie sur une analyse sanguine et un test urinaire simple. Ces explorations sont en général réalisées lors de tout bilan de santé chez un médecin. Il n'existe donc pas de recommandation spécifique en la matière, mais une recommandation plus générale selon laquelle il est souhaitable de réaliser un bilan de santé périodique, en concertation avec le médecin de famille.

Une attention particulière doit être accordée aux situations à risque. Les pathologies les plus fréquentes qui prédisposent à l'apparition de ce syndrome sont en effet l'hypertension artérielle et le diabète. S'agissant, au moins pour le diabète de type II, d'affections peu symptomatiques à leur début et, parfois, pendant une

longue durée, c'est à leur niveau qu'un dépistage plus systématique a des chances d'être plus efficace. Une fois ces facteurs de risque détectés, leur prise en charge est susceptible de réduire ou de ralentir la menace d'évolution vers une insuffisance rénale chronique terminale.

Il faut souligner que ces facteurs de risque en matière d'insuffisance rénale sont aussi des facteurs de risque cardiovasculaire et que les messages à l'intention du grand public, relativement à leur dépistage, sont fréquemment répétés à de nombreux niveaux.

Par ailleurs, tant les associations scientifiques que les collèges de médecins, particulièrement en cardiologie et en néphrologie, s'emploient à sensibiliser le corps médical et à définir des recommandations de bonne pratique en matière de prise en charge des facteurs de risque fréquents et vulnérables dans la population.

On peut rappeler, bien que vous le sachiez déjà, que, depuis juin 2009 pour l'insuffisance rénale chronique et depuis septembre 2009 pour le diabète de type II, j'ai mis en place avec l'INAMI des trajets de soins.

Il me paraît normal de la part d'associations de spécialistes d'attirer l'attention sur les problèmes de santé qui sont de leur ressort, mais la mise au point par les autorités de santé de stratégies de prévention et de dépistage à l'échelle d'une population doit se faire en prenant en compte l'ensemble des risques fréquents auxquels cette population est exposée plutôt que d'aborder le problème au coup par coup ou par organe.

Je voudrais enfin rappeler que le dépistage et la prévention primaire sont du ressort des Communautés.

Cela dit, je reviens de la présentation de l'enquête de santé 2008. Une partie des résultats sont déjà sortis et d'autres sortiront encore en avril, mai, juin et septembre. Les experts sont en train de les expliquer; ils donneront l'occasion de voir de manière plus transversale les grands problèmes: le Belge est trop gros, il ne mange pas suffisamment de légumes, ni de manière équilibrée, il ne fait pas assez de sport, etc.

**08.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers** (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse qui ne fait que mettre de l'eau au moulin de la médecine préventive et de l'intérêt de financer des visites préventives, comme en Chine.

*L'incident est clos.  
Het incident is gesloten.*

La **présidente**: À sa demande, les questions n° 20501 et n° 20502 de Mme Catherine Fonck sont reportées.

**09 Question de M. Xavier Baeselen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la castration des porcelets" (n° 20488)**

**09 Vraag van de heer Xavier Baeselen aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de biggencastratie" (nr. 20488)**

**09.01 Xavier Baeselen** (MR): Madame la ministre, je vous avais interrogée il y a quelques semaines sur la question de la castration à vif des porcelets. Vous avez alors évoqué le vaccin qui pourrait se substituer à cette pratique pour éviter les odeurs de verrat. Dans votre réponse, vous avez dit attendre les résultats d'un groupe de travail avec des représentants des abattoirs et du secteur de la distribution. Êtes-vous en possession de ces résultats? Quelles décisions comptez-vous prendre? Dans le cas contraire, quand seront-ils disponibles?

**09.02 Laurette Onkelinx**, ministre: Je ne dispose pas encore de ces résultats. Le rapport a été rendu mais il y a eu des difficultés à intégrer des avis minoritaires. On me dit qu'un consensus serait intervenu avec des avis minoritaires intégrés et que je le recevrai très prochainement. Je suis désolée de ne pouvoir vous en dire davantage.

**09.03 Xavier Baeselen** (MR): Il n'y a pas de souci. Je vous remercie.

*L'incident est clos.  
Het incident is gesloten.*

**10** Question de M. Xavier Baeselen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le rapport commandé sur les souffrances inutiles des animaux à l'abattoir" (n° 20489)

**10** Vraag van de heer Xavier Baeselen aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het bestelde verslag over het onnodig lijden van dieren in slachthuizen" (nr. 20489)

**10.01** **Xavier Baeselen** (MR): Madame la ministre, Gaïa avait mené une enquête dans les abattoirs. Je sais que le Conseil pour le bien-être animal se penche ces jours-ci sur l'avis qu'il doit vous rendre, mais nous y reviendrons dès qu'il sera connu.

J'aurais voulu savoir si vous aviez pu prendre connaissance des conclusions de l'enquête de Gaïa. Comme elle est en rapport avec les compétences de Mme Laruelle, je suppose que vous allez me renvoyer vers cette dernière.

**10.02** **Laurette Onkelinx**, ministre: J'ai eu connaissance de certains contrôles. L'impression qui en ressort est qu'il y a peu de contraventions par rapport aux réglementations existantes et je pense que ce n'est pas une réalité. Moi-même, j'ai écrit à Mme Laruelle pour en discuter avec elle. Mais ce volet est, en effet, plutôt de son ressort.

En revanche, pour votre première question, le Conseil du bien-être animal doit rendre un avis le 25 mars prochain sur l'abattage rituel. Dans ce cadre-là, je tiens à dire qu'il s'agit d'une question extrêmement difficile. Ayant suivi les discussions au sein du Conseil du bien-être animal, je puis dire que c'est un problème plus que sensible. Les communautés juive et musulmane mettent en avant les aspects de liberté religieuse, tandis que d'autres intervenants insistent sur le bien-être animal, les uns et les autres n'étant pas d'accord sur la souffrance animale. Ce sont des discussions extrêmement compliquées qui ont lieu dans tous les pays de l'Union européenne; la Belgique n'est pas la seule à connaître ces difficultés.

Nous avons une spécificité, à savoir que, comme par hasard, pour certains animaux, il n'y a que des abattages rituels. C'est ce qui me fait dire que le contrôle pourrait être meilleur.

Madame la présidente, l'avis doit être rendu le 25 mars. Ne pourrions-nous pas inviter le Conseil du bien-être animal à venir l'expliquer? Puis, vous pourriez écouter les opinions des uns et des autres. J'ai déjà vu Gaïa et la communauté musulmane et je vais voir la communauté juive.

C'est un problème complexe et délicat. Il ne serait pas inutile que les uns et les autres entendent les différents arguments. Je ne sais pas ce que vous en pensez.

**10.03** **Xavier Baeselen** (MR): C'est une question qui sera très délicate à trancher, j'en suis bien conscient. Cette question est encore plus délicate aujourd'hui qu'au moment où on a commencé à en parler. L'idéal serait qu'il y ait une position européenne commune mais on sait que l'Europe a laissé une certaine latitude aux États et deux ou trois ans pour revenir éventuellement en arrière sur une exception pour les rites.

Madame la ministre, par rapport aux consommateurs, vous soulignez le fait que beaucoup de gens mangent halal sans le savoir. Le consommateur devrait au moins être averti de la chose. Malheureusement, beaucoup de viandes importées proviennent de l'abattage sans étourdissement.

Il serait intéressant de tenir un débat parlementaire sur cette question, peut-être pour éclairer la ministre avant qu'elle ne prenne attitude.

**10.04** **Laurette Onkelinx**, ministre: Il y a différentes techniques afin de respecter ce qu'on considère comme un prescrit religieux et en même temps le bien-être animal.

La **présidente**: En Angleterre, on utilise une technique de secousses électriques qui serait acceptée par les autorités religieuses. Il semble que les autorités musulmanes soient plus ouvertes que les autorités juives à ce sujet.

**10.05** **Xavier Baeselen** (MR): Il est clair qu'on ne peut trancher la question en deux minutes!

La **présidente**: Cela nous renverra à nos responsabilités car on ne pourra pas les mettre d'accord.

**10.06** **Laurette Onkelinx**, ministre: Il ne suffit pas de prendre une petite décision. Cela remue beaucoup de choses et je trouve qu'il ne serait pas inutile d'entendre les uns et les autres. Personne n'a l'impression d'être entendu. Quand les images de Gaïa sont passées à la télévision, tout le monde a trouvé cela inacceptable.

La **présidente**: Je soumettrai cela demain à la commission. D'ailleurs, il y a une série de sujets pour lesquels il y a des demandes de débat plus approfondi.

*L'incident est clos.  
Het incident is gesloten.*

*La réunion publique de commission est levée à 16.46 heures.  
De openbare commissievergadering wordt gesloten om 16.46 uur.*