

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

COMMISSION DE LA SANTÉ
PUBLIQUE, DE
L'ENVIRONNEMENT ET DU
RENOUVEAU DE LA SOCIÉTÉ

van

du

WOENSDAG 19 DECEMBER 2007

MERCREDI 19 DÉCEMBRE 2007

Voormiddag

Matin

De vergadering wordt geopend om 10.16 uur en voorgezeten door mevrouw Muriel Gerkens.

01 **Vraag van mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de minister van Middenstand en Landbouw, belast met Ontwikkelingssamenwerking over "het politiek akkoord over de voorstellen voor een richtlijn en voor een verordening inzake bestrijdingsmiddelen op de Europese Landbouwrapraad van 18 december 2007" (nr. 612)**

01.01 **Thérèse Snoy et d'Oppuers** (Ecolo-Groen!): Twee teksten betreffende het "pakket bestrijdingsmiddelen" die op 23 oktober door het Europees Parlement werden aangenomen, werden vorige maandag door de Raad besproken.

De eerste tekst bevat een voorstel voor een richtlijn tot oprichting van een kader voor Europese initiatieven om tot een verantwoord gebruik van bestrijdingsmiddelen te komen. Welk standpunt neemt België in ten aanzien van dit dossier? Hoe zal het federaal programma voor de reductie van pesticiden met die richtlijn in overeenstemming worden gebracht, rekening houdend met de beoogde vermindering van het gebruik met 25 procent?

De tweede tekst is een voorstel voor een verordening betreffende de vermarkting van nieuwe bestrijdingsmiddelen. In hoeverre onderschrijft België de door het Europees Parlement gestelde eisen?

01.02 Minister **Sabine Laruelle** (*Frans*): Ik treed op als woordvoerder van België in de Europese Landbouwrapraad. Sommige bevoegdheden zijn federaal en andere regionaal, wat verklaart waarom ik niet eerder uitspraken gedaan heb. Er werden twee teksten voorgelegd. Op de ene tekst, die betrekking had op het vermarkten van producten, werd bijzonder weinig commentaar gegeven en werden nauwelijks opmerkingen geformuleerd. Harmonisatie en haalbaarheid staan voor ons voorop.

België wenst een gelijklopende evolutie van de kaderrichtlijn, de vermarkting en de richtlijn "statistieken".

Wij hebben de wens geuit dat biociden integraal deel zouden uitmaken van de reflectie daar ze in België meer dan 50 procent van de gebruikte actieve stoffen vertegenwoordigen. Het politiek akkoord betreffende het gebruik van de fytosanitaire producten vormt voor ons geen echt probleem, aangezien de opleiding ter zake en de opslag van die producten al streng gereguleerd zijn.

Zowel op federaal als op gewestelijk niveau vindt er overleg plaats. Bovendien buigt een Interministerieel Landbouwcomité zich regelmatig over deze zaken. Het uiteindelijke standpunt wordt bepaald binnen de FOD Buitenlandse Zaken.

Het politiek akkoord werd gunstig onthaald.

Zowel op Belgisch als op Vlaams niveau bestaat er een verminderingsplan. Het Waalse en het Brusselse Gewest beschikken nog altijd niet over een plan. We moeten er op toezien dat elk deelgebied tegen 2010

beantwoordt aan het kader dat zal worden goedgekeurd.

01.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): De enige opmerkingen van België slaan dus op het punt met betrekking tot het toevoegen van de pesticiden en van de biociden en de statistieken? Voor het overige stond u achter de beslissingen van het Europees Parlement?

01.04 Minister Sabine Laruelle (Frans): We staan achter het politiek akkoord dat door het Portugees Voorzitterschap ter tafel werd gebracht en dat gedeeltelijk rekening houdt met de opmerkingen van het Parlement. We hebben akte genomen van de voortgang van de werkzaamheden.

Het incident is gesloten.

De bespreking van de vragen wordt onderbroken van 10.26 uur tot 10.36 uur

02 Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Europese Zaken over "ernstige huidinfecties door Staphylococcus aureus, een bacterie die Pantón-Valentine Leucocidine produceert" (nr. 537)

02.01 Colette Burgeon (PS): Er lijkt zich in Vlaanderen een gevaarlijke variant van de ziekenhuisbacterie te ontwikkelen die zich over het hele continent dreigt te verspreiden.

Het opduiken van communautaire stammen die resistent zijn tegen meticilline en de Pantón-Valentine Leucocidine (PVL) toxine afscheiden, betekent voor de volksgezondheid een ware tijdbom.

Deze kiemen zijn verantwoordelijk voor ernstige huid- en longinfecties en zeer ziekteverwekkende necroserende pneumonieën.

De gemeenschappelijke kamers en het onderlinge contact tussen ziekenhuispatiënten werken de verspreiding van deze MRSA-stammen (*Methicillin-resistant Staphylococcus aureus*) in de hand. Er werden zelfs gevallen vastgesteld waarbij deze stammen overgedragen werden via huisdieren.

Welke maatregelen zal u nemen om deze plaag in te dijken en de bevolking correct te informeren?

02.02 Minister Didier Donfut (Frans): De resultaten van een passieve surveillance die in 2003 werd gestart, worden regelmatig op internet gepubliceerd. Daaruit blijkt dat er in 2003 twee bevestigde gevallen waren, in 2004 vijftien, in 2005 zesentwintig, in 2006 dertig en een dertigtal in 2007. Met uitzondering van twee gevallen ging het steeds om niet-ernstige huidinfecties. Het aantal gevallen lijkt stabiel. Er schijnt geen sprake te zijn van een epidemie, aangezien er geen cluster werd vastgesteld en de geïsoleerde stammen tot verschillende klonen behoren.

Het medische korps werd van die ontwikkelingen op de hoogte gebracht via een professioneel en een wetenschappelijk tijdschrift en via de site van het referentielaboratorium voor MRSA en stafylokokken.

Het departement *Incident and Crisis Management* van de FOD Volksgezondheid werd eveneens op de hoogte gebracht en volgt de evolutie van het probleem. De *Belgian Infection Control Society* heeft beslist de MRSA-richtlijnen te herzien.

Desgevallend zal aan de Commissie voor de coördinatie van het antibioticabeleid een advies worden gevraagd voor het geval dat bijkomende voorzorgsmaatregelen noodzakelijk zouden blijken.

De dienst Communicatie van de FOD Volksgezondheid ziet toe op de brede verspreiding van die informatie.

Het incident is gesloten.

02.03 Jean-Luc Crucke (MR): Ik ben bereid mijn vragen (nrs. 554 en 697) in schriftelijke vragen om te zetten.

De **voorzitter**: Aldus zal geschieden.

03 Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Europese Zaken, over "het belang van peulvruchten in de voeding" (nr. 433)

03.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Zou het niet mogelijk zijn om in samenwerking met de vakmensen uit de sector van de gastronomie en de agro-industrie een voorlichtingscampagne op te zetten om op het belang van de peulvruchten te wijzen die in ons land al te weinig genuttigd worden?

We zouden op die wijze de plaatselijke gastronomische cultuur in de kijker kunnen zetten en de burgers de keuken van hun burens kunnen laten ontdekken, wat dan weer het – op dit ogenblik problematische – “samenleven” in de hand zou kunnen werken.

03.02 Minister Didier Donfut (Frans): Een van de doelstellingen van het Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan (NVGP) bestaat er net in om de consumptie van complexe koolhydraten, die voornamelijk in brood, pasta's, rijst, griesmeel, aardappelen en peulvruchten voorkomen, op te trekken tot ongeveer 35 procent van de totale calorieopname.

Bovendien zijn peulvruchten een belangrijke bron van vezels.

Over deze kwestie werd reeds een brede bewustmakingscampagne gevoerd, onder meer via de verspreiding van de voedingsgidsen van het NVGP.

Momenteel vinden er gesprekken plaats met de betrokken sectoren, met als voornaamste doel om het zoutgebruik terug te dringen.

Er zou overleg met de horecasector kunnen georganiseerd worden om het gebruik van peulvruchten in de aangeboden maaltijden te promoten. Dat kan ook op andere vlakken gebeuren, bijvoorbeeld om de culturele en gastronomische aspecten (die tot de bevoegdheid van de gemeenschapsministers van Cultuur behoren) op school en elders meer aan bod te laten komen.

03.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): De nieuwe federale regering zou op dit stuk met de regeringen van de Gemeenschappen en Gewesten moeten samenwerken.

Het incident is gesloten.

04 Samengevoegde vragen van

- de heer Jean-Jacques Flahaux aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Europese Zaken over "een betere communicatie van het FAVV" (nr. 544)

- de heer Jean-Jacques Flahaux aan de minister van Middenstand en Landbouw, belast met Ontwikkelingssamenwerking, over "een betere communicatie door het FAVV" (nr. 525)

04.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Het zou wenselijk zijn dat, wanneer het FAVV een strafmaatregel neemt ten aanzien van een bedrijf, het ook de consideransen van die beslissing meedeelt en het de uitbaters informeert over de duur van de bewarende maatregelen die het genomen heeft, zodat zij zich daarnaar kunnen schikken. Zou u er bij het FAVV kunnen op aandringen dat het die koers volgt? Zoals u wel weet, is er onlangs een kalkoenproducent uit Ronquières het slachtoffer geworden van een dergelijke strafmaatregel.

04.02 Minister Didier Donfut (Frans): De controles worden uitgevoerd op basis van lijsten waarop de verschillende gecontroleerde items vermeld staan, samen met de overeenkomstige wettelijke referenties. Met het oog op transparantie en informatieverstrekking worden die lijsten gepubliceerd op de website van het FAVV. Daardoor kan de exploitant exact weten waarop hij gecontroleerd zal worden. Op het einde van de controle overlopen de controleur en de exploitant de lijst zodat die laatste uitleg kan krijgen bij de vastgestelde inbreuken. Vervolgens wordt de lijst ter ondertekening voorgelegd aan de uitbater, die er een kopie van ontvangt.

De exploitant is van bij het begin dus op de hoogte van de redenen en vaststellingen die tot eventuele maatregelen kunnen leiden. Als bewarend beslag op producten of documenten wordt gelegd, ontvangt de uitbater een proces-verbaal waarin de producten of documenten vermeld staan waarop beslag werd gelegd, alsook de wettelijke referentie en alle informatie met betrekking tot die beslaglegging.

De in uw voorbeeld genoemde operator kreeg gedurende de vier voorbije jaren meerdere keren het bezoek van het FAVV dat een reeks non-conformiteiten vaststelde. De operator werd daarvan in kennis gesteld en werd gewezen op de maatregelen die hij moest treffen om zijn toestand te regulariseren, wat hij echter nagelaten heeft. Het FAVV heeft dan strafmaatregelen moeten treffen.

04.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): In dit geval ging het om een “dwarsligger”, maar zijn opzet – het heropstarten van de kalkoenkwekerij in Ronquières – was niettemin lofwaardig. Het is immers bijna Kerstmis.

Het incident is gesloten.

05 Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Europese Zaken over "de bescherming van patiënten die buiten de Europese Unie worden geopereerd" (nr. 616)

05.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Tal van Belgische burgers reizen naar Noord-Afrika, meer bepaald naar Tunesië, waar zij cosmetisch-chirurgische ingrepen ondergaan die minder kosten dan in onze zorgcentra. Het gevaar bestaat echter dat zij met ernstige complicaties krijgen af te rekenen. Hoe kunnen de Belgische medische autoriteiten dergelijke ingrepen laten opvolgen?

05.02 Minister Didier Donfut (Frans): Wanneer Belgische patiënten cosmetisch-chirurgische ingrepen in Noord-Afrika laten uitvoeren, zijn ze zelf verantwoordelijk. De Belgische overheid is niet bevoegd voor de follow-up van dergelijke operaties. De mogelijkheid om een of andere maatregel te treffen, hangt af van het bestaan van een samenwerkingsakkoord met het betrokken land. Aan de patiënten die zulke ingreep overwegen, kan ik dus enkel zeggen dat zij, alvorens een beslissing te nemen, zoveel mogelijk informatie moeten inwinnen en de risico's goed moeten inschatten.

05.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Zouden geen campagnes moeten worden gevoerd om de burgers op de gevaren en de mogelijke gevolgen van deze praktijken te attenderen?

05.04 Minister Didier Donfut (Frans): In globo moet men zich misschien afvragen of het niet zinvol zou zijn om de consument over de verschillende toestanden vanuit een kwalitatieve invalshoek te informeren. Soms moet men mensen ook tegen zichzelf beschermen. Ik denk hierbij aan de strijd tegen bepaalde vormen van bedrieglijke reclame. De nieuwe minister en de parlementaire commissie dienen daar ongetwijfeld oog voor te hebben. Misschien kunnen consumentenverenigingen hierbij betrokken worden.

Het incident is gesloten.

06 Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Europese Zaken, over "de risico's van onoordeelkundige zelfmedicatie" (nr. 617)

06.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): De medische sites op internet zijn erg populair bij jongeren en zieken. Die sites worden niet enkel bezocht om er informatie op te zoeken, maar ook met het oog op zelfmedicatie. Werden al stappen gedaan om na te gaan in welke mate zelfmedicatie is toegenomen? Zo niet, wat zijn uw diensten in dat verband van plan?

06.02 Minister Didier Donfut (Frans): Uit de gegevens die ons door de Algemene Vereniging van de geneesmiddelenindustrie werden bezorgd, blijkt dat de verkoopcijfers van de geneesmiddelen die zonder voorschrift verkrijgbaar zijn in de Belgische apotheken erg stabiel blijven en zelfs licht achteruitgaan. De beslissing van een patiënt om zijn toevlucht te nemen tot zelfmedicatie kan sterk worden beïnvloed door de reclame voor geneesmiddelen die vrij worden verkocht. Daarom wordt al die reclame vooraf gecontroleerd. Ook voor de apotheker is een belangrijke rol weggelegd.

De zaken liggen veel moeilijker wat het internetgebruik betreft en het toezicht op de reclame die erop wordt gemaakt, ook al is die reclame in Europa verboden. Bovendien is het duidelijk dat het moeilijk is de illegale handel, waarover wij geen kwantitatieve evaluaties hebben, aan banden te leggen. Op de website van het huidige Agentschap staat een bericht dat waarschuwt voor internetsites die

geneesmiddelen of andere gezondheidsmiddelen te koop aanbieden. De zichtbaarheid van deze waarschuwing moet worden verbeterd. Telkens wanneer er een probleem wordt gesignaleerd, wijst het Agentschap via een bericht op het gevaar. De problematiek van het adequaat informeren van de patiënten over de geneesmiddelen staat op de agenda, meer bepaald in Europees verband.

06.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Het gaat hier om een bekommernis waarop wij zeer zeker zullen moeten terugkomen. In het kader van deze problematiek ben ik zeer gevoelig voor het thema van de "verkrachtingsdrug" en ik ben van plan over dit onderwerp te interpellieren.

Het incident is gesloten.

07 Vraag van mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Europese Zaken over "WiFi in de ziekenhuizen" (nr. 569)

07.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Ondanks de gekende risico's van de blootstelling aan elektromagnetische stralen, beschikken de patiënten van het Centre hospitalier régional van Namen voortaan over een draadloze internetaansluiting (Wi-Fi).

In het buitenland worden er veel initiatieven genomen om de diverse vormen van elektromagnetische vervuiling te vermijden. Een internetaansluiting aanbieden in ziekenhuizen is zeker positief, maar enkel via een normale draadverbinding. Er wordt afgeraden om gsm's te gebruiken in ziekenhuizen, waarom dan Wi-Fi wel toestaan?

Is men van plan in alle ziekenhuizen in internetaansluitingen te voorzien? Zal men dan de voorkeur geven aan draadverbindingen? Is de FOD Volksgezondheid van plan om een aanmaning tot voorzichtigheid te laten verspreiden, met name ten aanzien van patiënten die door hun ziekte reeds fel verzwakt zijn?

07.02 Minister Didier Donfut (Frans): Verscheidene ziekenhuizen hebben het initiatief genomen om een Wifi-netwerk te installeren. In zijn advies van 7 februari 2007 stelde de Hoge Gezondheidsraad dat dergelijk systeem kan worden toegelaten op plaatsen waar zich geen levensondersteunende apparatuur bevindt. Uit de vakliteratuur blijkt immers dat de biologische effecten van elektromagnetische straling slechts worden waargenomen indien een toestel zeer dicht bij het lichaam wordt gehouden.

Volgens het recente rapport van het Europese SCENIHR (Scientific Committee on Emerging and Newly Identified Health Risks) is er geen enkele reden om te vrezen dat draadloze netwerken een negatief gezondheidseffect zouden hebben. Ik zal op die vraag terugkomen zodra de Hoge Gezondheidsraad zijn advies over de mogelijke risico's van zwakke stralingsbronnen heeft uitgebracht.

07.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Het voorzorgsbeginsel wordt eens te meer niet in acht genomen. De langetermijngevolgen van de blootstelling aan lage straling zijn niet bekend. Bovendien wordt geen rekening gehouden met elektrogevoelige personen. Bepaalde plaatsen en zeker de ziekenhuizen zouden tegen dergelijke risico's moeten worden beschermd.

07.04 Minister Didier Donfut (Frans): Dit is een belangrijke en interessante vraag, maar een individuele weigering om het minste risico te lopen volstaat niet om een algemeen verbod uit te vaardigen. Wel moet worden gezorgd voor duidelijke informatie om er de elektrogevoelige personen op te wijzen dat ze een zone betreden waar ze aan de straling van bepaalde apparatuur worden blootgesteld. We moeten de commissies die zich over deze problematiek buigen ertoe aanzetten hun aanbevelingen zo passend mogelijk te formuleren, zodat de regering en het Parlement zo nodig begeleidingsmaatregelen kunnen bekrachtigen.

07.05 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Aangezien er een draadverbinding bestaat, zou een omzendbrief moeten worden opgesteld om de ziekenhuizen ertoe aan te zetten zich tegen die risico's te beschermen.

Het incident is gesloten.

08 Vraag van mevrouw Maya Detiège aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Europese Zaken, over "de Impulseo-premie" (nr. 589)

08.01 Maya Detiège (sp.a-spirit): De Impulseo-premie wordt toegekend aan huisartsen in zones waar weinig huisartsen gevestigd zijn, of in zones die afgebakend zijn voor positieve acties in het kader van het grotestedenbeleid.

De afbakening van de zones voor positieve acties gebeurde op basis een studie die erop gericht was te bepalen wie in aanmerking kwam voor belastingvermindering voor renovatie-uitgaven. De vraag is of deze afbakening ook geschikt is om te bepalen of een jonge huisarts een premie krijgt of niet. De ligging van de praktijk in een arm gebied impliceert niet altijd dat de arts ook met arme patiënten bezig is. De ligging van een praktijk 500 meter verderop en buiten het afgebakende gebied houdt niet per definitie in dat die arts niet met arme patiënten te maken heeft, zeker ook omdat in grootstedelijke gebieden veel patiënten rondlopen die niet als inwoner worden beschouwd. Het zou beter zijn om een criterium als het patiëntenprofiel te hanteren.

Hoeveel premies werden er in 2006 en 2007 toegekend? Wat is de spreiding ervan over de afgebakende zones? Over welke types praktijken gaat het met betrekking tot de grootte en de organisatievorm? Wat is het patiëntenprofiel van de artsen die een premie kregen? Welke indicaties zijn er dat Impulseo zijn doel bereikt? Hoe evalueert men de afbakening van de zones? Worden voor de toekomst andere criteria overwogen dan de vestigingsplaats van de artsenpraktijk?

08.02 Minister Didier Donfut (Nederlands): In 2006 kregen 35 artsen de premie, in 2007 zijn dat er 74. De 109 rechthebbenden zijn geografisch gespreid over alle negen postcodegebieden.

Het initiatief is een succes dat de verwachtingen overtreft.

Er zijn geen statistieken verzameld over het soort praktijk van de premieaanvrager, noch betreffende het patiëntenprofiel.

De methodologie om de zones af te bakenen is een bevoegdheid van mijn collega van Financiën. Op dit moment wordt geen ander criterium dan de vestigingsplaats overwogen.

08.03 Maya Detiège (sp.a-spirit): Ik draag dit project een warm hart toe, maar een evaluatie zou goed zijn om gericht te kunnen werken. Om de doelgroep echt te kunnen bereiken, moeten de juiste gegevens, zoals het soort praktijk en het patiëntenprofiel, beschikbaar worden.

Het incident is gesloten.

09 Vraag van mevrouw Maya Detiège aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Europese Zaken, over "het grensoverschrijdend ambulanceverkeer voor noodhulp" (nr. 590)

09.01 Maya Detiège (sp.a-spirit): Op initiatief van de Beneluxraad wordt al sinds 2000 gewerkt aan een overeenkomst tussen Nederland en België over het grensoverschrijdend ambulancevervoer. Het doel van een dergelijke overeenkomst is om zonder financiële of juridische problemen bijstand te kunnen verlenen in een buurland.

Het ontwerpverdrag dat een snelle en doeltreffende geneeskundige hulp aan weerszijden van de Belgisch-Nederlandse grens invoert, wacht op ondertekening van Belgische zijde.

In 2005 antwoordde minister Demotte op een vraag dat de Nederlandse administratie aan een ontwerp werkte en dat de overeenkomst in 2005 zou worden ondertekend. In 2006 antwoordde hij op mijn vraag dat het dossier vastzat in Nederland en dat dat met de verkiezingen aldaar te maken had. Hij zou er bij zijn collega op aandringen het dossier af te werken.

Op 19 november jongstleden bleek echter dat niet de Nederlandse, maar de Belgische regering het ontwerpverdrag nog niet heeft ondertekend. Wat is de reden daarvoor? Wat is de precieze stand van zaken?

09.02 Minister **Didier Donfut** (*Nederlands*): Mijn voorganger heeft ervoor gekozen om eerst het dossier Frankrijk-België af te werken omdat het dossier aan Nederlandse zijde zolang vast bleek te zitten. Zodra dat dossier afgewerkt is, zal mijn administratie het dossier Nederland-België opnieuw op gang trekken.

09.03 **Maya Detiège** (sp.a-spirit): Ik hoop dat het pingpongspel nu eindelijk stopt. Vanuit de Beneluxraad blijven wij aandringen. Ik ben heel benieuwd naar de resultaten op korte termijn. Ik vrees dat dat 'wordt vervolgd' zal worden.

09.04 Minister **Didier Donfut** (*Frans*): We onderhandelen over het nieuwe Benelux-verdrag in samenwerking met Nederland. Het is belangrijk dat beide landen, afgezien van de verdragen, een partnerschap onderhouden en elkaar waarderen.

Het incident is gesloten.

10 **Samengevoegde vragen van**

- de heer Michel Doomst aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Europese Zaken, over "de MUG-problematiek in Zuidwest-Vlaams-Brabant" (nr. 595)

- de heer Bart Laeremans aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Europese Zaken, over "de MUG-problematiek in Vlaams-Brabant" (nr. 769)

10.01 **Michel Doomst** (CD&V - N-VA): Ook dit is een dossier waarin wij blijven aandringen en waarop wij ook in deze overgangperiode moeten terugkomen. Wij kunnen immers met de huidige regeling inzake paramedische interventieteams in het zuidwesten van Vlaams-Brabant niet akkoord gaan. De laatste weken waren er in mijn regio verschillende medische interventies die langer duurden dan het aanvaardbare gemiddelde van 13 minuten en waarbij dokters, verpleegkundigen en patiënten mekaar blijkbaar niet verstonden.

Wat zijn de resultaten van de evaluatie van de paramedische interventieteams (PIT)? Wat zijn de gevolgen voor Halle? Hoe vaak ging een PIT effectief mee met de MUG? Wat is de gemiddelde interventietijd? Hoe ver staat men met de oprichting van een MUG in het ziekenhuis van Halle? Op grond van welke criteria bepaalt de geïntegreerde meldkamer de dringendheid van de hulpvraag?

10.02 **Bart Laeremans** (Vlaams Belang): Ik sluit mij aan bij de vraag van de heer Doomst. Een van de problemen ligt bij het ziekenhuis van Halle, dat geen blijk geeft van goede wil.

Op 2 december werd in Oetingen een oproep gelanceerd voor een spoedinterventie naar aanleiding van een ernstige verslikking. De ploeg kwam te laat en de 42-jarige patiënt overleed. Een snelle MUG had het verschil kunnen maken. De vertraging zou onder meer te wijten zijn aan het feit dat er werd getelefoneerd vanuit een 054-zone, waardoor men automatisch in Gent terechtkomt en nadien de centrale van Leuven wordt ingeschakeld. Dat probleem bestaat ook voor Londerzeel, dat in een 052-zone ligt. De burgemeester van Londerzeel heeft daartegen terecht geprotesteerd.

Wij vragen al heel lang een MUG in Halle en zullen nooit vrede nemen met de PIT's.

Werd een onderzoek ingesteld naar de feiten die zich op 2 december 2007 voordeden? Waarom liet de interventie zo lang op zich wachten? Waarom werd het PIT van Halle niet ingeschakeld? Wie beslist daarover?

Wat zijn de resultaten van de evaluatie van het PIT in Halle? Werd de mogelijkheid om dit PIT om te vormen tot een MUG al besproken?

Is het technisch mogelijk telefonische oproepen meteen door te schakelen naar de juiste provinciehoofdplaats? Zo neen, kunnen de diensten van de naburige provinciehoofdplaats dan de nodige instrumenten krijgen om meteen zelf de juiste hulpdiensten te contacteren?

10.03 Minister **Didier Donfut** (*Nederlands*): Er is inderdaad een onderzoek geweest. Ik zal de gebeurtenissen tijdens de interventie van 2 december overlopen.

(*Frans*) Om 16.56 uur ontvangt de 100-centrale van West-Vlaanderen een oproep voor een interventie in Oetingen, waarbij sprake is van zware ademnood en een persoon die het bewustzijn heeft verloren en niet meer beweegt. De oproep wordt doorgegeven aan de 100-centrale van Vlaams-Brabant, die een interventieteam ter plaatse stuurt. De operatoren volgen de registratieprotocollen. Op basis van de meegedeelde gegevens moest er een MUG uitgestuurd worden.

Om 17.06 uur volgt er een tweede oproep waarbij wordt gemeld dat de MUG nog niet is aangekomen. De ziekenwagen komt aan om 17.08 uur. Een verpleger en een arts waren op dat moment de patiënt reeds aan het reanimeren, en deze taak wordt overgenomen door het interventieteam van de ambulance van Lennik.

(*Nederlands*) Er werd dus geen tijd verloren tijdens deze interventie, ook al begrijp ik dat de mensen ter plaatse dit misschien anders hebben aanvoeld.

Wat de criteria voor de dispatching betreft, wordt er meer en meer gebruik gemaakt van de Belgische regulatiegids om een oproep te ontvangen, te analyseren en te beantwoorden.

Bij de oproep op 2 december ging het duidelijk over een levensbedreigende situatie door verstikking. De dispatcher volgde daarom fiche 26 van de regulatiegids, waarop wordt bepaald dat er een PIT moet worden gestuurd als de patiënt nog kan spreken en dat er een MUG en een ziekenwagen gestuurd moeten worden als de patiënt bewusteloos is. De dispatcher van Vlaams-Brabant stuurt de dichtstbijzijnde ziekenwagen en MUG, respectievelijk uit Lennik en Tubeke, zoals bepaald wordt in de wet.

Een PIT sturen was geen betere optie, want die had er bijna negen minuten langer over gedaan dan een ziekenwagen om ter plaatse te geraken. In de huidige fase van het PIT-project is het voordeel van een PIT te sturen in plaats van de MUG verwaarloosbaar als de tijdswinst minder dan vijf minuten is ten opzichte van de MUG en als de ziekenwagen al ter plaatse is. Het was dus een correcte beslissing om de MUG van Tubeke te sturen, die er ongeveer even lang over deed als door CityGis werd berekend. De hulpverleners in de ziekenwagen van Lennik waren trouwens toevallig ook in staat om op te treden als een PIT.

Nadat er een jaar werd gewerkt met het PIT-project, werd een evaluatieverslag opgesteld, dat door de nationale stuurgroep werd goedgekeurd. Dit verslag moet nog worden gedrukt. In een niet onbelangrijk aantal gevallen heeft het sturen van een PIT een duidelijke meerwaarde.

De PIT zorgt voor een verkorting van de interventietijden in de streek van Halle wanneer een behandeling nuttig is. De MUG moet minder vaak opgeroepen worden en de verpleegkundigen bereiken heel goede resultaten met de *standing order* die federaal wordt opgesteld. In Halle gebeurt het dringend vervoer tussen ziekenhuizen met de PIT onder begeleiding van de spoedverpleegkundige. Dit geeft positieve resultaten en men moet minder een beroep doen op gespecialiseerde artsen. Ik bezorg een overzicht van de cijfers.

Halle heeft op een bepaald ogenblik het voorstel voor een MUG afgekeurd. Omdat Halle niet van mening veranderde, is er sindsdien geen vooruitgang meer geboekt. Er wordt nog steeds gezocht naar een oplossing om de streek van Halle beter te bedienen.

Mijn departement is samen met minister Dewael de telefoonzones aan het 'her-routeren'. In de toekomst zou een provinciale, geïntegreerde oproepcentrale een volledige provincie bedienen. Voor meer details verwijst ik naar mijn collega.

10.04 **Michel Doomst** (CD&V - N-VA): In de vermelde zaak kwam de MUG een half uur na de oproep ter plaatse aan, terwijl de afstand Oetingen-Halle op nauwelijks tien minuten kan worden afgelegd.

Wij eisen dezelfde urgentiediensten als de andere regio's in België. Het is onaanvaardbaar dat wij niet kunnen communiceren met de dokters en verpleegkundigen die ter plaatse komen. Wij vragen een evaluatie

van de PIT's. Wij hebben de indruk dat de PIT's minder goed zijn gecoördineerd met de telefooncentrale in Leuven en de eigenlijke MUG-diensten. Wij zullen contact opnemen met het ziekenhuis in Halle om daar een MUG te laten verzekeren. Dat moet een inspanning leveren.

10.05 Bart Laeremans (Vlaams Belang): Ik zal het antwoord van de minister over het incident op 2 december vergelijken met wat in de pers verscheen.

Het evaluatieverslag ligt momenteel bij de drukker. Ik verzoek de minister het digitaal naar ons te laten doorsturen, zodat er geen tijd verloren gaat. De feiten bewijzen immers dat er dringend nood is aan een echte MUG in Halle. Zowel de federale als de Vlaamse regering moeten hier zo vlug mogelijk aan werken. Een PIT is een ersatzoplossing. Alleen een MUG heeft een meerwaarde.

Het incident is gesloten.

11 Vraag van de heer Bert Schoofs aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Europese Zaken, over "de open brief van een aantal Limburgse moslimorganisaties met de vraag de regels van de rituele slachtingen in het kader van het nakende Offerfeest te versoepelen" (nr. 655)

11.01 Bert Schoofs (Vlaams Belang): Een aantal Limburgse moslimorganisaties schreef een open brief aan de minister om de nieuwe regelgeving met het oog op de rituele slachtingen van het Offerfeest op 20 december te versoepelen. Wat is het standpunt van de minister?

Een Genkse schepen van Turkse origine beweerde dat deze regeling meer verboden thuisslachtingen zal uitlokken. Klopt dat? Worden de controles opgevoerd en worden ze strenger? Zo ja, hoe? Zo neen, waarom niet?

Is er overleg met de Gemeenschappen en Gewesten? Vlaams minister Keulen stelde aan de moslims voor een gift te doen aan geloofsgenoten in het buitenland in plaats van de rituele slachtingen uit te voeren. Dat is een regeling die beter bij onze cultuur aansluit.

Wanneer precies vindt het Offerfeest plaats? Is dat op 19 of op 20 december?

11.02 Minister Didier Donfut (Nederlands): Via de pers vernam ik dat er in Genk inderdaad een versoepeling van de regels werd gevraagd. De regels voor het Offerfeest zijn identiek aan deze van december 2006 en daarover ontvingen noch mijn voorganger, noch ikzelf ooit klachten. Deze reactie juist voor het Offerfeest en net nu we de erkenningsdossiers voor de tijdelijke slachtplaatsen afronden, verbaast mij, temeer omdat de algemeen geldende regels goed gekend zijn en goed worden gevolgd door de lokale overheden. Ik veronderstel dus dat het hier gaat om een misverstand.

(Frans) Er is evenmin iets veranderd op het stuk van de controleregeling. De erkende veeartsen zien onder toezicht van het FAVV en de lokale politie zoals steeds op de correcte naleving van de regelgeving toe.

Het vademecum dat we al meerdere jaren verspreiden, beschrijft de procedures die moeten gevolgd worden voor de erkenning van de tijdelijke slachtplaatsen. Het stelt duidelijk dat rituele thuisslachtingen om redenen van dierenwelzijn en volksgezondheid verboden zijn. Bovendien wordt het Offerfeest jaarlijks in overleg met de voornaamste betrokkenen op gewestelijk niveau geëvalueerd.

(Nederlands) Ik deel de mening van mijn Vlaamse collega. Onze diensten werken nauw samen voor het opstellen van het vademecum voor Binnenlandse Zaken waarin staat dat, wanneer de slachtcapaciteit niet voldoet aan de vraag, er alternatieven bestaan zoals de gift.

Dat is geen vaste datum. Zodra ik over meer informatie beschik, zal ik ze meedelen aan de parlementsleden die de vraag hebben gesteld.

11.03 Bert Schoofs (Vlaams Belang): Wat de juiste datum betreft, blijf ik op mijn honger zitten, maar blijkbaar liet de Genkse schepen zich leiden door vroegtijdige verkiezingskoorts.

Het incident is gesloten.

12 Vraag van de heer Georges Gilkinet aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Europese Zaken over "de gevolgen van de vernietiging door de Raad van State van de geplande hervorming van de cardiologie" (nr. 783)

12.01 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): De Raad van State heeft het plan van minister Demotte om de cardiologie in de ziekenhuizen te reorganiseren definitief vernietigd. Wat zijn de gevolgen van deze vernietiging voor de betrokken centra en hun patiënten? Vereist het arrest van de Raad van State een nieuwe beslissing van de regering op zeer korte termijn? Welke stappen hebt u ondernomen om de centra op de hoogte te brengen van de beslissing van de Raad van State? Kan u de continuïteit van de cardiologiediensten waarborgen ondanks de vernietiging van dit besluit? Is er voorzien in voldoende financiering voor de cardiologische zorg en diagnose op korte termijn?

12.02 Minister Didier Donfut (Frans): Het enige gevolg van de vernietiging van het koninklijk besluit van 8 maart 2007 is dat we er moeten van uitgaan dat dit specifiek besluit nooit heeft bestaan. De normen voor de verzorgingsprogramma's van hartziekten worden nu opnieuw bepaald bij het koninklijk besluit van 15 juli 2004, zoals dat van kracht was voor het intreden van de wijzigingen waar u naar verwees. Dit heeft met name als gevolg dat men, in het kader van de overgangsbepaling waarin dit koninklijk besluit voorziet, verder de B1-programma's zal kunnen toepassen. Hoewel de juridische situatie nu duidelijk is, betekent dit niet dat deze normen niet meer veranderd zullen kunnen worden. Het zal aan mijn opvolger zijn om in deze een beslissing te treffen.

12.03 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): Dit dossier zal op een andere manier moeten aangepakt worden, en dus op een betere manier dan door minister Demotte.

Het incident is gesloten.

13 Vraag van mevrouw Leen Dierick aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Europese Zaken, over "de gevolgen van de IBR-bestrijding voor prijskampen en tentoonstellingen van runderen" (nr. 722)

13.01 Leen Dierick (CD&V - N-VA): Op 4 januari 2007 verscheen het KB van 22 november 2006 over de bestrijding van de Canadese griep (IBR) bij runderen. Volgens het KB gebeurt de bestrijding van deze ziekte op vrijwillige basis tot 2012. Op tentoonstellingen, jaarmarkten en verzamelingen waarop runderen worden aangeprezen, geldt echter een andere regeling. Runderen die daar verschijnen moeten aan strikte gezondheidsvoorwaarden voldoen die de rundveehouder 18 tot 27 euro extra per rund zal kosten. Dit zou voor kleine jaarmarkten en tentoonstellingen de doodsteek betekenen.

Die strenge voorwaarden zijn in tegenspraak met de voor de rest vrijwillige bestrijding tot 2012 en met de belofte aan de sector dat de nieuwe verplichtingen trapsgewijs zouden worden ingevoerd. Ze zouden in een eerste fase enkel gelden voor prijskampen met een internationale uitstraling.

Waarom zijn die strenge verplichtingen op 1 september 2007 ingevoerd? Kunnen de verplichtingen niet alsnog trapsgewijs worden ingevoerd door het KB van 22 november 2006 aan te passen? Vreest u niet dat het KB de doodstaak betekent voor de traditie van jaarmarkten en prijskampen? Zal de minister nog overleg plegen met de sector?

13.02 Minister Didier Donfut (Nederlands): Het genoemde KB over de bestrijding van IBR werd al gewijzigd door het KB van 27 april 2007. Daardoor is de inwerkingtreding van de verplichtingen voor deelname aan verzamelingen van zuivere runderrassen uitgesteld van 1 juni tot 1 september 2007.

Halfweg jaren '90 drongen maatregelen zich op omdat ons land er slechter voorstond dan andere. Dat had de export kunnen bedreigen. De regeling moest vernieuwd worden. Het nieuwe KB kwam er op vraag van de

sector en in nauwe samenwerking tussen de overheid, de sector, de erkende verenigingen ARSIA en DGZ, het FAVV en het CODA.

(Frans) De tentoonstellingen, de prijskampen en de jaarmarkten vallen onder de toepassing van bijlage VII.A. van het besluit. De deelnemingsvoorwaarden gelden voor alle manifestaties.

Het uitstellen van de datum van inwerkingtreding van de modaliteiten voor deelname aan bijeenkomsten, gebeurde in overeenstemming met de sector. De publicatie van het besluit was gepland voor oktober 2006. Tijdens de winterperiode kon de veehouder zijn IBR-statuuut bekomen. Het uitstel van de datum van inwerkingtreding tot 1 september 2007 moest de mogelijkheid bieden om tijdig de nodige vaccinaties uit te voeren en serummonsters af te nemen, en tegelijkertijd met een degelijk programma voor de bestrijding van infectieuze bovine rhinotracheïtis te starten.

Men is het erover eens dat de deelname aan een bijeenkomst een belangrijke risicofactor is voor IBR-besmetting. Door het ontbreken van deelnamevoorwaarden zouden de houders van een statuut bovendien van deelname worden uitgesloten.

De sector zelf was vragende partij voor een degelijk programma met betrekking tot de strijd tegen IBR, maar indien nodig zal de wetgeving ter zake na overleg aangepast worden.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 12.06 uur.

La réunion publique est ouverte à 10 h 16 par Mme Muriel Gerken, présidente.

01 **Question de Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers à la ministre des Classes moyennes et de l'Agriculture, chargée de la Coopération au Développement sur "l'accord politique sur les propositions de directive et de règlement sur les pesticides au Conseil européen de l'agriculture du 18 décembre 2007" (n° 612)**

01.01 **Thérèse Snoy et d'Oppuers** (Ecolo-Groen!) : Deux textes concernant le « paquet pesticides », votés au Parlement européen le 23 octobre, sont passés au Conseil ce lundi.

Le premier est une proposition de directive établissant un cadre pour l'action communautaire afin d'atteindre un usage soutenable des pesticides. Quelle est la position de la Belgique dans ce dossier ? Comment le plan fédéral de réduction des pesticides va-t-il s'adapter à cette directive compte tenu du fait que l'objectif de réduction retenu est de 25 % ?

Le second texte est une proposition de règlement concernant la mise sur le marché des nouveaux pesticides. Dans quelle mesure la Belgique soutient-elle le niveau d'exigence demandé par le Parlement européen ?

01.02 **Sabine Laruelle**, ministre (*en français*) : Je suis porte-parole de la Belgique au Conseil européen de l'agriculture. Certaines compétences sont fédérales et d'autres, régionales ; ce qui explique la prudence de mes déclarations.

Deux textes ont été présentés. L'un, concernant la mise de produits sur le marché, a été sujet à très peu de commentaires et de remarques. Notre objectif est l'harmonisation et la praticabilité.

La Belgique voudrait voir la directive cadre, la mise sur le marché ou la directive « statistiques » évoluer de façon parallèle.

Nous avons souhaité que les biocides fassent partie intégrante de la réflexion vu qu'en Belgique ils représentent plus de 50 % des matières actives utilisées. L'accord politique concernant l'utilisation des produits phytosanitaires ne nous pose pas beaucoup de problèmes, puisque formation et stockage de ces produits sont déjà fortement réglementés.

Les concertations ont lieu tant au niveau fédéral que régional. De plus, un Comité interministériel de l'agriculture se penche régulièrement sur ces questions. La position finale est organisée au sein du SPF Affaires étrangères.

L'accord politique a été accueilli favorablement.

Un plan de réduction existe au niveau belge et au niveau de la Flandre. Les Régions wallonne et bruxelloise n'ont toujours pas de plan. Il faudra assurer qu'à l'horizon 2010 chaque entité réponde au cadre qui aura été adopté.

01.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!) : Les seules remarques de la Belgique ont donc trait à l'aspect inclusion pesticides, inclusion biocides et statistiques. Pour le reste, vous avez soutenu les décisions du Parlement européen ?

01.04 Sabine Laruelle, ministre (*en français*) : Nous avons soutenu l'accord politique présenté par la Présidence portugaise qui tient compte partiellement des remarques du Parlement. Nous avons pris acte de l'état d'avancement des travaux.

L'incident est clos.

La discussion des questions est interrompue de 10 h 26 à 10 h 36.

02 Question de Mme Colette Burgeon au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé des Affaires européennes sur "les infections cutanées sévères à Staphylococcus aureus producteur de Leucocidine de Panton-Valentine" (n° 537)

02.01 Colette Burgeon (PS) : Une variante dangereuse de la bactérie nosocomiale semble se développer en Flandre et risque de s'étendre à l'ensemble du continent.

L'émergence de souches communautaires résistant à la méthicilline et libérant la toxine de Panton-Valentine (PVL) constitue une bombe à retardement pour la santé publique.

Ces germes sont responsables d'infections cutanées et pulmonaires sévères et de pneumonies nécrosantes à morbidité élevée.

Les séjours en collectivité et la promiscuité favorisent la dissémination de ces MRSA (*Methicillin-resistant Staphylococcus aureus*) et des cas de transmission par des animaux domestiques ont même été enregistrés.

Quelles mesures prendrez-vous pour endiguer ce fléau et informer adéquatement la population ?

02.02 Didier Donfut, ministre (*en français*) : Les résultats d'une surveillance passive mise en place en 2003 sont régulièrement publiés sur internet et révèlent qu'il y a eu deux cas confirmés en 2003, quinze en 2004, vingt-six en 2005, trente en 2006 et une trentaine en 2007. À l'exception de deux cas, il s'agit toujours d'infections de peau sans gravité et le nombre de cas paraît stable. Il ne semble pas s'agir d'une épidémie étant donné qu'on n'observe pas d'agglomérat de cas et que les souches isolées appartiennent à des clones différents.

Le corps médical a été informé de ces développements par une revue professionnelle, une revue scientifique et le site du laboratoire de référence pour MRSA et Staphylocoques.

Le département *Incident and Crisis Management* du SPF Santé publique a lui aussi été informé et suit l'évolution du problème. La *Belgian Infection Control Society* a décidé de réviser les directives MRSA.

Il est envisagé de demander un avis à la Commission pour la coordination de la politique antibiotique pour l'éventualité où des précautions supplémentaires s'avèrent nécessaires.

Le service Communication du SPF Santé publique veille à ce que ces informations soient relayées tous azimuts.

L'incident est clos.

02.03 Jean-Luc Crucke (MR) : Je suis prêt à transformer mes questions (n°s 554 et 697) en questions écrites.

La **présidente** : Il en sera ainsi.

03 Question de M. Jean-Jacques Flahaux au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé des Affaires européennes, sur "la mise en valeur des légumineuses dans l'alimentation" (n° 433)

03.01 Jean-Jacques Flahaux (MR) : Ne serait-il pas possible, en lien avec les professionnels de la gastronomie et les industries agroalimentaires, de mettre au point une campagne de communication présentant l'intérêt des légumineuses, insuffisamment consommées dans notre pays ?

Nous pourrions ainsi mettre en avant la culture gastronomique de nos terroirs et permettre aux habitants de découvrir les manières de manger de leurs voisins, ce qui pourrait favoriser le « vivre ensemble », malmené pour l'instant.

03.02 Didier Donfut, ministre (en français) : L'augmentation de la consommation des glucides complexes - principalement fournis par le pain, les pâtes, le riz, les semoules, les pommes de terre et les légumineuses - jusqu'à environ 35 % de l'apport calorique total est un des objectifs du Plan national nutrition et santé (PNNS).

Les légumineuses sont également une source importante de fibres.

Une large sensibilisation à ce sujet a été notamment menée par la diffusion des guides alimentaires du PNNS.

Un dialogue est actuellement mené avec les secteurs concernés, avec comme objectif prioritaire, pour l'instant, la réduction du sel.

Un dialogue avec le secteur de l'horeca pourrait être organisé pour mieux valoriser les légumineuses dans les repas proposés. Cela peut aussi être réalisé à d'autres niveaux, comme par exemple pour l'aspect culture et gastronomie (qui sont de la compétence des ministres communautaires de la Culture) dans les écoles, etc.

03.03 Jean-Jacques Flahaux (MR) : Le nouveau gouvernement fédéral devrait travailler avec les gouvernements des Communautés et des Régions en la matière.

L'incident est clos.

04 Questions jointes de

- **M. Jean-Jacques Flahaux au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé des Affaires européennes sur "une meilleure communication de la part de l'AFSCA" (n° 544)**

- **M. Jean-Jacques Flahaux à la ministre des Classes moyennes et de l'Agriculture, chargée de la Coopération au Développement, sur "une meilleure communication de la part de l'AFSCA" (n° 525)**

04.01 Jean-Jacques Flahaux (MR) : Il serait souhaitable que, lorsque l'AFSCA prend une décision disciplinaire à l'encontre d'une exploitation, elle communique les attendus de la décision en question et qu'elle informe les exploitants de la durée des mesures conservatoires qu'elle a prises, afin que ces derniers puissent s'organiser en conséquence. Pourriez-vous intervenir auprès de l'AFSCA pour qu'elle œuvre dans

ce sens ? Comme vous le savez, un producteur de dindons de Ronquières en a été récemment victime.

04.02 Didier Donfut, ministre (*en français*) : Les contrôles sont effectués sur la base de listes mentionnant les différents items contrôlés ainsi que les références légales correspondantes. Dans un souci de transparence et d'information, ces listes sont publiées sur le site internet de l'AFSCA. Cela permet à l'opérateur de savoir précisément sur quoi il sera contrôlé. À la fin du contrôle, la liste est parcourue par le contrôleur et par l'opérateur aux fins d'explication des manquements constatés. Elle est alors présentée à la signature de l'opérateur, qui en reçoit une copie.

L'opérateur est donc bien, dès le début, au courant des motifs et des constatations qui peuvent conduire à d'éventuelles mesures. Si une saisie conservatoire de produits ou de documents a été effectuée, un procès-verbal est remis à l'opérateur, qui mentionne quels sont les produits ou documents saisis ainsi que leur référence légale et tous les renseignements relatifs à cette saisie.

Dans votre exemple, l'opérateur concerné a reçu, ces quatre dernières années, plusieurs visites de l'AFSCA, qui, à chaque fois, a constaté de nombreuses non-conformités. L'opérateur en a été informé, ainsi que des mesures à prendre pour régulariser sa situation, ce qu'il n'a pas fait. L'AFSCA a dû prendre des mesures répressives.

04.03 Jean-Jacques Flahaux (MR) : Dans ce cas, il s'agissait d'une personne un peu « rebelle » mais son but, consistant à relancer l'élevage des dindons de Ronquières, était louable. Nous sommes quand même en période de Noël.

L'incident est clos.

05 Question de M. Jean-Jacques Flahaux au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé des Affaires européennes sur "la protection des patients opérés hors Union européenne" (n° 616)

05.01 Jean-Jacques Flahaux (MR) : Nombre de citoyens belges se rendent en Afrique du Nord, notamment en Tunisie, pour subir des opérations de chirurgie esthétique à un coût moins élevé que dans nos centres de soins. Mais ils courent le risque de revenir de leurs interventions avec de graves séquelles. Comment les autorités médicales belges peuvent-elles instaurer un suivi des opérations en question ?

05.02 Didier Donfut, ministre (*en français*) : Les patients belges qui subissent des opérations de chirurgie esthétique en Afrique du Nord le font sous leur propre responsabilité. Les autorités belges n'ont aucune compétence pour assurer le suivi de ces opérations. Ce n'est qu'en cas d'un accord de collaboration éventuel avec le pays concerné que l'on pourrait prévoir quelque chose. Je ne peux donc que conseiller aux patients de s'informer de la manière la plus complète possible et d'être conscients des risques encourus avant de se laisser tenter par ce type d'intervention.

05.03 Jean-Jacques Flahaux (MR) : Ne faudrait-il pas faire des campagnes visant à bien faire prendre conscience des risques et des conséquences de cette pratique ?

05.04 Didier Donfut, ministre (*en français*) : Il faudrait peut-être globalement se poser la question de savoir si, par rapport aux consommateurs, il n'y a pas des informations qualitatives à donner sur les différents contextes. Il faut parfois protéger les gens contre eux-mêmes. Je pense à la lutte contre certaines formes de publicité mensongère. Cela mérite sans aucun doute l'attention du prochain ministre et de la commission parlementaire. Il faudrait peut-être impliquer des groupements de consommateurs.

L'incident est clos.

06 Question de M. Jean-Jacques Flahaux au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé des Affaires européennes, sur "les risques de l'automédication mal maîtrisée" (n° 617)

06.01 Jean-Jacques Flahaux (MR) : Les sites médicaux sur internet attirent particulièrement les jeunes et les malades. L'objectif de ces consultations n'est pas seulement de s'informer mais aussi de pratiquer

l'automédication. Des initiatives ont-elles déjà été prises pour évaluer le développement de l'automédication ? Sinon, quels sont les projets de vos services en la matière ?

06.02 Didier Donfut, ministre (*en français*) : Il ressort des données fournies par l'Association professionnelle de l'industrie des médicaments que les chiffres de vente de médicaments sans ordonnance dans les pharmacies en Belgique sont très stables et même en légère régression. Dans sa décision de recourir à l'automédication, le patient peut être grandement influencé par la publicité pour les médicaments en vente libre. C'est la raison pour laquelle toutes ces publicités font l'objet d'un contrôle préalable à leur diffusion. Le pharmacien joue également un rôle important.

Les choses sont beaucoup plus problématiques en ce qui concerne l'usage d'internet et le contrôle de la publicité qui y est faite, même si celle-ci est interdite en Europe. En outre, il est clair qu'il est difficile de maîtriser le commerce illégal au sujet duquel nous ne possédons pas d'évaluations chiffrées.

Le site web de l'actuelle Agence contient un message de mise en garde à l'encontre des sites internet offrant en vente des médicaments ou autres produits de santé. La visibilité de cette mise en garde doit être améliorée. Chaque fois qu'un problème est signalé, l'Agence rappelle ce danger dans un communiqué. La question d'une information adéquate des patients sur les médicaments est à l'ordre du jour, notamment au niveau européen.

06.03 Jean-Jacques Flahaux (MR) : C'est une préoccupation sur laquelle nous devons plus que certainement revenir. Dans le cadre de cette problématique, je suis particulièrement sensible à la question de la « drogue du viol » et je compte déposer une interpellation à ce sujet.

L'incident est clos.

07 Question de Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé des Affaires européennes sur "l'installation du WiFi dans les hôpitaux" (n° 569)

07.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!) : En dépit des risques avérés liés à une exposition aux rayonnements électromagnétiques, les patients du Centre hospitalier régional de Namur disposent dorénavant d'un accès à internet par Wi-Fi.

À l'étranger, de nombreuses initiatives sont prises pour éviter les pollutions électromagnétiques. Donner l'accès à internet dans les hôpitaux est positif, mais uniquement via un système filaire. On déconseille l'utilisation des GSM, pourquoi accepter le Wi-Fi ?

Est-il prévu de généraliser l'accès à internet dans les hôpitaux ? Les systèmes filaires seront-ils privilégiés ? Le SPF Santé publique compte-t-il diffuser un message de prudence eu égard aux personnes affaiblies par la maladie ?

07.02 Didier Donfut, ministre (*en français*) : Plusieurs hôpitaux ont pris l'initiative d'installer un réseau Wifi. Dans un avis du 7 février 2007, le Conseil supérieur d'hygiène a estimé qu'un tel système pouvait être autorisé là où il n'y a pas d'appareils sensibles pour aider les gens à rester en vie. En effet, selon la littérature, les effets biologiques du rayonnement électromagnétique ne sont observés que lorsqu'un appareil est tenu très près du corps.

Le récent rapport du Comité scientifique européen sur les risques pour la santé émergents ou nouvellement identifiés (SCENIHR) ne donne aucune raison de craindre que les réseaux sans fil aient des effets néfastes pour la santé. Je reviendrai sur cette question lorsque le Conseil supérieur d'hygiène aura rendu son avis relatif aux risques potentiels des sources de rayonnement faibles.

07.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!) : À nouveau, on n'applique pas le principe de précaution. L'impact à long terme de doses de rayonnement faibles n'est pas connu. De plus, les personnes électrosensibles sont oubliées. Certains endroits devraient être protégés contre de tels risques, les hôpitaux

en premier lieu.

07.04 Didier Donfut, ministre (*en français*) : La question est importante et intéressante, mais un refus individuel de prendre le moindre risque ne peut justifier une interdiction générale. En revanche, il faut prévoir une information claire permettant aux personnes électrosensibles de savoir qu'elles pénètrent dans une zone où elles sont exposées au rayonnement de certains appareillages. Nous devons sensibiliser les commissions chargées d'examiner ces problématiques pour qu'elles fassent les recommandations les plus adéquates et pour que le gouvernement et le Parlement puissent éventuellement valider des mesures d'accompagnement.

07.05 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!) : Puisque l'alternative filaire existe, il faudrait rédiger une circulaire pour inciter les hôpitaux à se protéger contre ces risques.

L'incident est clos.

08 Question de Mme Maya Detiège au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé des Affaires européennes, sur "la prime 'Impulseo'" (n° 589)

08.01 Maya Detiège (sp.a-spirit) : La prime Impulseo est octroyée à des médecins généralistes qui travaillent dans des zones où il y a peu de médecins ou qui sont délimitées en vue d'actions positives dans le cadre de la politique des grandes villes.

Les zones d'action positive ont été délimitées sur la base d'une étude visant à déterminer qui entrait en ligne de compte pour le bénéfice d'une réduction d'impôt pour dépenses de rénovation. La question se pose de savoir si cette délimitation permet de décider si un jeune médecin généraliste se verra allouer ou non une prime. Ce n'est pas parce que le cabinet est situé dans une zone pauvre que le médecin s'occupe nécessairement de patients démunis. De même, ce n'est pas parce que le cabinet se situerait à 500 m en dehors de la zone délimitée que le médecin ne serait pas amené à soigner des patients démunis, notamment parce que, dans les grandes villes, tous les patients ne sont pas considérés comme habitant la zone prise en considération. Il serait préférable d'utiliser un critère tel que le profil du patient.

Combien de primes ont été accordées en 2006 et en 2007 ? Quelle en est la répartition entre les zones délimitées ? De quels types de pratique s'agit-il en ce qui concerne la dimension et la forme organisationnelle ? Quel est le profil des patients des médecins qui ont bénéficié d'une prime ? Quelles indications laissent supposer que l'objectif poursuivi par Impulseo a été atteint ? Quelle est l'évolution de la délimitation des zones ? D'autres critères que le lieu d'établissement du cabinet médical seront-ils envisagés à l'avenir ?

08.02 Didier Donfut, ministre (*en néerlandais*) : En 2006, 35 médecins ont reçu la prime et, en 2007, 74 praticiens en ont bénéficié. Les 109 ayants droit sont répartis géographiquement entre les neuf zones postales.

Le succès récolté par cette initiative dépasse toutes les espérances.

Aucune donnée statistique n'est collectée en ce qui concerne le type de médecine pratiquée par le demandeur de la prime ni en ce qui concerne le profil des patients.

La méthodologie utilisée pour délimiter les zones est de la compétence de mon collègue des Finances. Actuellement, le seul critère envisagé est le lieu d'établissement.

08.03 Maya Detiège (sp.a-spirit) : Je suis très favorable à ce projet mais une évaluation serait la bienvenue pour travailler de manière plus ciblée. Pour pouvoir atteindre véritablement le groupe cible, il faut rendre accessible les éléments d'information requis, tels le type de pratique médicale et le profil du patient.

L'incident est clos.

09 Question de Mme Maya Detiège au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé des Affaires européennes, sur "les transports ambulanciers transfrontaliers dans le cadre de l'aide médicale urgente" (n° 590)

09.01 Maya Detiège (sp.a-spirit) : À l'initiative du Conseil de Benelux, une convention entre les Pays-Bas et la Belgique concernant le transport transfrontalier en ambulance est en préparation depuis 2000. Cette convention vise à permettre d'intervenir dans un pays voisin sans problèmes financiers ni juridiques.

La Belgique doit encore signer le projet de convention qui tend à mettre en place un système d'intervention médicale urgente de part et d'autre de la frontière belgo-néerlandaise.

En réponse à une question, M. Demotte avait annoncé en 2005 que l'administration néerlandaise préparait un projet et que celui-ci serait signé dans le courant de l'année. Je l'ai également interrogé en 2006 et il m'a répondu que le dossier était bloqué aux Pays-Bas en raison des élections. Il s'était engagé à intervenir auprès de son homologue néerlandais pour que le dossier soit finalisé.

Il est toutefois apparu, le 19 novembre dernier, que ce n'est pas le gouvernement néerlandais mais bien le gouvernement belge qui n'a pas encore signé le projet de convention. Quelle en est la raison ? Quelle est exactement l'état du dossier ?

09.02 Didier Donfut, ministre (*en néerlandais*) : Mon prédécesseur a choisi de clôturer d'abord le dossier France-Belgique parce que, du côté néerlandais, on observe depuis longtemps un enlèvement du dossier. Dès que ce volet sera clôturé, mon administration relancera le dossier Pays-Bas-Belgique.

09.03 Maya Detiège (sp.a-spirit) : J'espère que les parties cesseront enfin de se renvoyer la balle. Le Conseil de Benelux continue d'insister. J'attends avec curiosité les résultats à court terme. Je crains que ce dossier ne reste « à suivre ».

09.04 Didier Donfut, ministre (*en français*) : En collaboration avec les Pays-Bas, nous négocions le nouveau traité Benelux. Il est important, au-delà des traités, d'entretenir un partenariat et une estime entre nos pays.

L'incident est clos.

10 Questions jointes de

- **M. Michel Doomst** au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé des Affaires européennes, sur "la problématique des SMUR dans le Sud-Ouest du Brabant flamand" (n° 595)

- **M. Bart Laeremans** au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé des Affaires européennes, sur "la problématique des SMUR dans le Brabant flamand" (n° 769)

10.01 Michel Doomst (CD&V - N-VA) : Voilà encore un dossier que nous continuons à suivre de très près et sur lequel il faut que nous revenions durant cette période de transition. Nous ne pouvons en effet pas être d'accord avec la réglementation actuelle régissant les équipes paramédicales d'intervention dans le sud-ouest du Brabant flamand. Ces dernières semaines, il y a eu, dans ma région, plusieurs interventions médicales qui ont duré plus longtemps que la moyenne acceptable de 13 minutes et au cours desquelles des médecins, du personnel infirmier et des patients ne se sont apparemment pas compris.

Quels sont les résultats de l'évaluation des équipes paramédicales d'intervention (EPI) ? Quels sont les conséquences pour Hal ? Combien de fois une EPI s'est-elle effectivement déplacée avec le SMUR ? Quelle est la durée moyenne d'une intervention ? Où en est-on dans la mise sur pied d'un SMUR à l'hôpital de Hal ? En fonction de quels critères le dispatching intégré établit-il le caractère urgent des appels à l'aide ?

10.02 Bart Laeremans (Vlaams Belang) : Je me joins à la question de M. Doomst. Un des problèmes concerne la clinique de Hal qui ne fait pas preuve de bonne volonté.

Le 2 décembre, un appel a été lancé à Oetingen en vue d'une intervention d'urgence pour un cas grave d'étouffement par ingestion. L'équipe est arrivée trop tard, le patient, âgé de 42 ans, étant décédé dans l'intervalle. Un SMUR rapide aurait pu faire toute la différence. Si l'intervention a été aussi lente, c'est notamment parce que l'appel émanait d'une zone 054 et qu'il a automatiquement été dévié vers Gand, après quoi il a été fait appel au central de Louvain. Le même problème se pose pour Londerzeel qui est située dans une zone 052. C'est à juste titre que le bourgmestre de Londerzeel a protesté contre cet état de fait.

Nous réclamons depuis longtemps un SMUR à Hal et nous ne nous satisferons jamais d'une équipe d'intervention paramédicale.

Une enquête a-t-elle été ouverte à propos des faits qui se sont produits le 2 décembre 2007 ? Pourquoi l'intervention s'est-elle fait attendre si longtemps ? Pourquoi n'a-t-il pas été fait appel à l'équipe d'intervention de Hal ? À qui appartient-il d'en décider ?

Quels sont les résultats de l'évaluation de l'équipe d'intervention de Hal ? A-t-on envisagé la possibilité d'en faire un SMUR ?

Est-il techniquement possible de transférer immédiatement des appels téléphoniques vers le chef-lieu provincial compétent ? Dans la négative, les services du chef-lieu de province voisin pourraient-ils être dotés des instruments requis pour contacter les services d'intervention appropriés ?

10.03 Didier Donfut, ministre (*en néerlandais*) : Une enquête a effectivement été menée. Je vais retracer le cours des événements lors de l'intervention du 2 décembre.

(*En français*) A 16 h 56, la centrale 100 de Flandre occidentale reçoit un appel pour une intervention à Oetingen, évoquant une grosse suffocation et une personne inconsciente qui ne bouge plus. L'appel est transmis à la centrale 100 du Brabant flamand qui envoie les moyens nécessaires. Les préposés utilisent les protocoles d'enregistrement. Sur la base des données transmises, un SMUR devait être envoyé.

A 17 h 06, un deuxième appel signale que les moyens ne sont pas encore sur place.

L'ambulance arrive à 17 h 08. La réanimation de la personne, déjà entamée par un infirmier et un médecin avant l'arrivée de l'ambulance, est reprise par l'ambulance de Lennik.

(*En néerlandais*) Cette intervention ne fut donc pas une perte de temps même si je peux comprendre que les gens sur place aient ressenti la situation autrement.

En ce qui concerne les critères de *dispatching*, le guide de régulation belge est de plus en plus utilisé pour recevoir, analyser et répondre à un appel.

L'appel du 2 décembre concernait clairement une situation de danger de mort par asphyxie. Le *dispatcher* a dès lors suivi les instructions de la fiche 26 du guide de régulation, qui prévoit qu'une EPI doit être envoyée si le patient peut encore parler et qu'un SMUR et une ambulance doivent être envoyés si le patient est inconscient. Le *dispatcher* du Brabant flamand envoie l'ambulance et le SMUR les plus proches, respectivement de Lennik et Tubize, conformément à la loi.

Il n'aurait pas été préférable d'envoyer une EPI étant donné qu'elle aurait eu besoin de quasiment neuf minutes de plus qu'une ambulance pour arriver sur place. Dans la phase actuelle du projet EPI, l'envoi d'une EPI plutôt que d'un SMUR ne présente qu'un avantage marginal si le gain de temps est de moins de cinq minutes par rapport au SMUR et si l'ambulance est déjà sur place. L'envoi du SMUR de Tubize était donc la bonne décision puisque le délai était quasiment le même que celui calculé par le système CityGis. Les secouristes dans l'ambulance de Lennik étaient d'ailleurs également en mesure d'intervenir comme une EPI.

Un an après le lancement du projet EPI, un rapport d'évaluation a été rédigé et approuvé par le groupe national d'orientation. Ce rapport doit encore être imprimé. Dans un nombre non négligeable de cas, l'envoi d'une EPI.

L'EPI permet de raccourcir les temps d'intervention dans la région de Hal lorsque des soins s'avèrent utiles. Il est moins souvent nécessaire de recourir au SMUR et les infirmiers obtiennent de très bons résultats avec le *standing order* mis en place au niveau fédéral. À Hal, le transport d'urgence entre les hôpitaux est assuré par l'EPI, encadré par l'infirmier urgentiste. Les résultats sont positifs et il faut moins souvent faire appel à des médecins spécialistes. Je mets à votre disposition un relevé des chiffres.

Hal a désapprouvé la proposition relative à un SMUR à une certaine période. Hal n'ayant pas changé d'avis, plus aucun progrès n'a donc été enregistré depuis. Nous sommes toujours à la recherche d'une solution qui garantirait une plus grande efficacité dans la région de Hal.

Mon département travaille au "reroutage" des zones téléphoniques en collaboration avec le ministre Dewael. À l'avenir, un central d'appel provincial intégré devrait être opérationnel pour une province entière. Je vous renvoie à mon collègue pour davantage de détails.

10.04 Michel Doomst (CD&V - N-VA) : Dans l'affaire mentionnée, le SMUR est arrivé sur les lieux une demi-heure après avoir été appelé alors que la distance Oetingen-Hal peut être accomplie en dix minutes à peine.

Nous exigeons de pouvoir bénéficier des mêmes services d'urgence que les autres régions. Il est inacceptable que nous ne puissions communiquer avec les médecins et le personnel infirmier qui se rendent sur place. Nous réclamons également une évaluation des EPI. Nous avons l'impression que la coordination des EPI avec le central téléphonique de Louvain et les services SMUR de la région est moins bonne. Nous nous mettons en rapport avec l'hôpital de Hal pour y faire assurer un service SMUR. Il appartient à la clinique de Hal de consentir un effort.

10.05 Bart Laeremans (Vlaams Belang) : Je comparerai la réponse du ministre au sujet de l'incident survenu le 2 décembre avec ce qui a été dit dans la presse à ce propos.

Le rapport d'évaluation est chez l'imprimeur. Je demande au ministre de nous le faire parvenir par voie numérique de façon à ne pas perdre de temps. Les faits prouvent, en effet, qu'il est urgent de créer un vrai SMUR à Hal. Tant le gouvernement fédéral que le gouvernement flamand se doivent de participer à sa mise en place. Une EPI n'est qu'un ersatz. Seul le SMUR apporte une valeur ajoutée.

L'incident est clos.

11 Question de M. Bert Schoofs au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé des Affaires européennes, sur "la lettre ouverte de plusieurs organisations musulmanes du Limbourg demandant l'assouplissement des règles régissant les abattages rituels compte tenu de l'imminence de la fête du sacrifice" (n° 655)

11.01 Bert Schoofs (Vlaams Belang) : Des organisations islamistes limbourgeoises ont adressé un courrier au ministre pour lui demander d'assouplir la nouvelle réglementation applicable aux abattages rituels de la Fête du sacrifice qui se tient le 20 décembre. Quel est le point de vue du ministre ?

Un échevin d'origine turque de la ville de Genk a affirmé que la nouvelle réglementation aurait pour effet d'accroître le nombre d'abattages illicites à domicile. Cette affirmation est-elle exacte ? Les contrôles vont-ils être multipliés et renforcés ? Dans l'affirmative, comment ? Dans la négative, pourquoi ?

Les Communautés et les Régions se sont-elles concertées ? Le ministre flamand, M. Keulen, a proposé aux musulmans de faire un don à des coreligionnaires à l'étranger plutôt que de procéder aux abattages rituels. C'est une formule plus compatible avec notre culture.

Quand exactement aura lieu la Fête du sacrifice ? Est-ce le 19 ou le 20 décembre ?

11.02 Didier Donfut, ministre (*en néerlandais*) : J'ai appris par la presse qu'un assouplissement de la réglementation a bien été demandé à Genk. Les règles qui s'appliqueront le jour de la Fête du sacrifice sont identiques à celles qui étaient en vigueur en décembre 2006 et qui n'ont suscité aucune réaction, ni auprès de mon prédécesseur, ni auprès de moi-même. Cette réaction, à la veille de la Fête du sacrifice et au moment où nous clôturons les dossiers de reconnaissance des abattoirs temporaires, m'étonne, d'autant que les règles généralement applicables sont bien connues et sont bien suivies par les autorités locales. J'imagine qu'il s'agit, en l'espèce, d'un malentendu.

(*En français*) Il n'y a pas de changement non plus par rapport au dispositif de contrôle. Le bon respect des règles est toujours contrôlé par des vétérinaires agréés sous la supervision de l'AFSCA et de la police locale.

Le vade-mecum que nous distribuons depuis plusieurs années décrit les procédures à respecter pour agréer les sites temporaires. Il met l'accent sur l'interdiction de l'abattage rituel à domicile. Il s'agit d'une question de bien-être animal et de salubrité publique. En outre, la fête du sacrifice fait chaque année l'objet d'une évaluation en concertation avec les principaux acteurs au niveau régional.

(En néerlandais) Je partage l'avis de mon collègue flamand. Nos services collaborent étroitement en vue de l'établissement du vade-mecum destiné au département de l'Intérieur, qui prévoit que lorsque la capacité d'abattage ne satisfait pas à la demande, d'autres solutions existent, telles que le don.

Ce n'est pas une date fixe. Quand j'aurai plus de détails, je les transmettrai aux parlementaires qui ont posé la question.

11.03 Bert Schoofs (Vlaams Belang) : Je reste sur ma faim en ce qui concerne la date précise. Manifestement, l'échevine gantoise a été prise d'une fièvre électorale précoce.

L'incident est clos.

12 Question de M. Georges Gilkinet au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé des Affaires européennes sur "les conséquences de l'annulation par le Conseil d'État du projet de réforme de la cardiologie" (n° 783)

12.01 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!) : Le Conseil d'État a définitivement annulé le projet du ministre Demotte d'une réorganisation de la cardiologie hospitalière. Quelles sont les conséquences de cette annulation pour les centres concernés et pour leurs patients ? L'arrêt du Conseil d'État nécessite-t-il une nouvelle décision du gouvernement à très court terme ? Qu'avez-vous entrepris pour informer les centres suite à la décision du Conseil d'État ? Pouvez-vous garantir la continuité des services de cardiologie malgré l'annulation de cet arrêté ? Des financements suffisants sont-ils prévus pour assurer les soins et diagnostics cardiologiques à court terme ?

12.02 Didier Donfut, ministre *(en français)* : L'annulation de l'arrêté royal du 8 mars 2007 a pour seule conséquence que cet arrêté spécifique est réputé n'avoir jamais existé. L'arrêté royal du 15 juillet 2004, tel qu'en vigueur avant les modifications que vous évoquez, définit de nouveau les normes pour les programmes de soins en pathologie cardiaque. Il en résulte notamment que l'exploitation des programmes B1 peut être poursuivie dans le cadre de la disposition transitoire que cet arrêté prévoit. Bien que la situation juridique soit claire pour le moment, cela ne signifie pas que ces normes ne pourront pas être modifiées. C'est mon successeur qui devra prendre une décision à ce sujet.

12.03 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!) : Il faudra reprendre le dossier « par le bon bout », c'est-à-dire par un meilleur bout que celui pris par le ministre Demotte.

L'incident est clos.

13 Question de Mme Leen Dierick au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé des Affaires européennes, sur "les conséquences de la lutte contre l'IBR sur les concours et les expositions de bovins" (n° 722)

13.01 Leen Dierick (CD&V - N-VA) : L'arrêté royal du 22 novembre 2006 relatif à la lutte contre la grippe canadienne (IBR) chez les bovins a été publié le 4 janvier 2007. Il dispose que la lutte contre cette maladie sera menée sur une base volontaire jusqu'en 2012. Une autre règle s'appliquera toutefois aux expositions, foires et présentations annuelles. Lors de telles manifestations, les bovins devront en effet satisfaire à des conditions sanitaires très strictes, dont le coût supplémentaire de 18 à 27 euros sera à charge de l'éleveur. Cette mesure condamnerait les foires et les expositions annuelles de taille modeste.

Ces conditions sanitaires strictes sont en contradiction avec le caractère volontaire de la lutte contre la maladie qui vaudra par ailleurs jusqu'en 2012 ainsi qu'avec la promesse faite au secteur d'instaurer progressivement les nouvelles mesures qui, en effet, ne devaient être appliquées, dans un premier temps, qu'aux concours jouissant d'un retentissement international.

Pourquoi ces mesures sont-elles imposées à partir du 1er septembre 2007 ? Une modification de l'arrêté royal du 22 novembre 2007 permettrait-elle encore de les instaurer progressivement ? Ne craignez-vous pas que cet arrêté royal soit fatal à la tradition des foires et des concours annuels ? Comptez-vous encore vous concerter avec le secteur ?

13.02 **Didier Donfut**, ministre (*en néerlandais*) : L'arrêté royal relatif à la lutte contre la rhinotrachéite infectieuse bovine a déjà été modifié par l'arrêté royal du 27 avril 2007. Les modalités de participation des bovins de races pures à des rassemblements entreront dès lors en vigueur non plus le 1^{er} juin, mais bien le 1^{er} septembre 2007.

Des mesures s'imposaient au milieu des années 90. En effet, notre pays était plus mal loti que d'autres à cet égard, une situation qui risquait de nuire aux exportations. Le régime en vigueur devait être modifié. Le nouvel arrêté royal a été élaboré à la demande du secteur, une étroite collaboration s'étant mise en place entre les autorités, le secteur, les associations agréées que sont ARSIA et DGZ, l'AFSCA et le CERVA.

(*En français*) Les expositions, les concours et les marchés annuels tombent sous l'application de l'annexe 7.a de l'arrêté. Les conditions de participation sont valables pour toutes les manifestations.

Le report de la date de mise en application des modalités de participation à des rassemblements s'est fait en accord avec le secteur. La publication de l'arrêté était prévue pour octobre 2006. Pendant la période hivernale, le détenteur pouvait obtenir son statut IBR. Le report au 1^{er} septembre 2007 de la date d'entrée en vigueur devait laisser la possibilité d'effectuer à temps les vaccinations nécessaires et les prélèvements sérologiques, tout en entamant un programme sérieux de lutte contre la rhinotrachéite infectieuse bovine.

Il est admis que la participation à un rassemblement est un facteur de risque important pour la contamination de l'IBR. En outre, l'absence de conditions de participation excluait les détenteurs d'un statut.

Le secteur lui-même était demandeur d'un programme sérieux de lutte contre l'IBR, mais la législation pourra, si nécessaire, être adaptée après concertation.

La réunion publique de commission est levée à 12 h 06.