

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

Handelingen

Annales

INTEGRAAL VERSLAG
VAN DE OPENBARE VERGADERING VAN DE

COMMISSIE VOOR DE VOLKSGEZONDHEID,
HET LEEFMILIEU
EN DE MAATSCHAPPELIJKE HERNIEUWING

VAN

12-07-2000

COMPTE RENDU INTÉGRAL
DE LA RÉUNION PUBLIQUE DE LA

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

DU

12-07-2000

AGALEV-ECOLO	:	Anders gaan leven / Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales
CVP	:	Christelijke Volkspartij
FN	:	Front National
PRL FDF MCC	:	Parti Réformateur libéral - Front démocratique francophone - Mouvement des Citoyens pour le Changement
PS	:	Parti socialiste
PSC	:	Parti social chrétien
SP	:	Socialistische Partij
VLAAMS BLOK	:	Vlaams Blok
VLD	:	Vlaamse Liberalen en Democraten
VU&ID	:	Volksunie&ID21

Afkortingen bij de nummering van de publicaties :

DOC 50 0000/000 : Parlementair Document van de 50e zittingsperiode +
het nummer en het volgnummer
QRVA : Schriftelijke Vragen en Antwoorden
HA : Handelingen (Integraal Verslag)
BV : Beknopt Verslag
PLEN : Plenumvergadering
COM : Commissievergadering

Abréviations dans la numérotation des publications :

DOC 50 0000/000 : Document parlementaire de la 50e
législature, suivi du n° et du n° consécutif
QRVA : Questions et Réponses écrites
HA : Annales (Compte Rendu Intégral)
CRA : Compte Rendu Analytique
PLEN : Séance plénière
COM : Réunion de commission

Officiële publicaties uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers

Bestellingen :
Natieplein 2
1008 Brussel
Tel. : 02/549 81 60
Fax : 02/549 82 74
www.deKamer.be
e-mail : alg.zaken@deKamer.be

Publications officielles éditées par la Chambre des représentants

Commandes :
Place de la Nation 2
1008 Bruxelles
Tél. : 02/549 81 60
Fax : 02/549 82 74
www.laChambre.be
e-mail : aff.generales@laChambre.be

Inhoud

Woensdag 12 juli 2000

COMMISSIE VOOR DE VOLKSGEZONDHEID, HET LEEFMILIEU EN DE MAATSCHAPPELIJKE HERNIEUWING - COM 268

Samengevoegde interpellaties van :

- de heer Arnold Van Aperen tot de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu over "de caudotomie bij het Belgisch trekpaard" (nr. 456)

- de heer Bart Laeremans tot de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu over "het blokstaarten van het Brabants trekpaard" (nr. 469)

- *sprekers* : **Arnold Van Aperen, Bart Laeremans, Magda Aelvoet**, minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, **Robert Denis**

Mondelinge vraag van de heer Jo Vandeurzen aan de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu over "de dringende medische hulpverlening per helikopter" (nr. 2301)

- *sprekers* : **Jo Vandeurzen, Magda Aelvoet**, minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, **Robert Denis**

Mondelinge vraag van de heer Luc Goutry aan de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu en aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "het besmettingsgevaar bij OCMW-maatschappelijk werkers die het onthaal verzorgen van politiek vluchtelingen" (nr. 2318)

(Het antwoord werd verstrekt door de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu)

- *sprekers* : **Luc Goutry, Magda Aelvoet**, minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, **Yvan Mayeur**

Samengevoegde mondelinge vragen van mevrouw Anne-Mie Descheemaeker, de heer Hubert Brouns en mevrouw Magda De Meyer aan de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu over "de complementaire en alternatieve geneeswijzen" (nrs. 2329, 2360 en 2366)

- *sprekers* : **Anne-Mie Descheemaeker, Hubert Brouns, Magda De Meyer, Magda Aelvoet**, minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu

Sommaire

Mercredi 12 juillet 2000

COMMISSION DE LA SANTÉ PUBLIQUE, DE L'ENVIRONNEMENT ET DU RENOUVEAU DE LA SOCIÉTÉ - COM 268

Interpellations jointes de :

- M. Arnold Van Aperen à la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement sur "la caudotomie chez le cheval de trait belge" (n°456)

- M. Bart Laeremans à la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement sur "la caudotomie pratiquée sur les chevaux de trait brabançons" (n°469)

- *orateurs* : **Arnold Van Aperen, Bart Laeremans, Magda Aelvoet**, ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement, **Robert Denis**

Question orale de M. Jo Vandeurzen à la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement sur "l'aide médicale urgente par hélicoptère" (n° 2301)

- *orateurs* : **Jo Vandeurzen, Magda Aelvoet**, ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement, **Robert Denis**

Question orale de M. Luc Goutry à la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement et au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "le risque de contamination pour les travailleurs sociaux des CPAS qui assurent l'accueil des réfugiés politiques" (n° 2318)

(La réponse a été donnée par la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement)

- *orateurs* : **Luc Goutry, Magda Aelvoet**, ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement, **Yvan Mayeur**

Questions orales jointes de Mme Anne-Mie Descheemaeker, M. Hubert Brouns et Mme Magda De Meyer à la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement sur "les médecines complémentaires et alternatives" (n°s 2329, 2360 et 2366)

- *orateurs* : **Anne-Mie Descheemaeker, Hubert Brouns, Magda De Meyer, Magda Aelvoet**, ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement

Mondelinge vraag van de heer Hubert Brouns aan de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu over "de verdeling van medische stalen" (nr. 2359)

17

- *sprekers* : **Hubert Brouns, Magda Aelvoet**, minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu

Mondelinge vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu over "het gevolg dat gegeven werd aan de zaak-Cidex" (nr. 2370)

18

- *sprekers* : **Colette Burgeon, Magda Aelvoet**, minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu

Mondelinge vraag van de heer Yvan Mayeur aan de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu over "de eventuele herziening van de erkenningsnormen voor rust- en verzorgingstehuizen" (nr. 2371)

19

- *sprekers* : **Yvan Mayeur, Magda Aelvoet**, minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu

Mondelinge vraag van de heer Jean-Marc Delizée aan de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu over "het gebrek aan dringende medische hulpverlening aan het meer van l'Eau d'Heure en de moeilijkheden om dergelijke hulp te financieren in de streek tussen Samber en Maas" (nr. 2368)

21

- *sprekers* : **Jean-Marc Delizée, Magda Aelvoet**, minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu

Question orale de M. Hubert Brouns à la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement sur "la distribution d'échantillons médicaux" (n° 2359)

17

- *orateurs* : **Hubert Brouns, Magda Aelvoet**, ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement

Question orale de Mme Colette Burgeon à la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement sur "les suites données à l'affaire du Cidex" (n° 2370)

18

- *orateurs* : **Colette Burgeon, Magda Aelvoet**, ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement

Question orale de M. Yvan Mayeur à la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement sur "l'éventuelle révision des normes pour l'agrément des maisons de repos et de soins" (n° 2371)

19

- *orateurs* : **Yvan Mayeur, Magda Aelvoet**, ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement

Question orale de M. Jean-Marc Delizée à la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement sur "l'absence d'aide médicale urgente sur le site des Lacs de l'Eau d'Heure et les difficultés de financement de celle-ci dans l'Entre-Sambre-et-Meuse" (n° 2368)

21

- *orateurs* : **Jean-Marc Delizée, Magda Aelvoet**, ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement

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

RÉUNION PUBLIQUE DU
MERCREDI 12 JUILLET 2000

COMMISSIE VOOR DE VOLKSGEZONDHEID,
HET LEEFMILIEU
EN DE MAATSCHAPPELIJKE HERNIEUWING

OPENBARE VERGADERING VAN
WOENSDAG 12 JULI 2000

De vergadering wordt geopend om 14.36 uur door mevrouw **Yolande Avontroodt**, voorzitter.

La réunion est ouverte à 14.36 heures par Mme **Yolande Avontroodt**, présidente.

Samengevoegde interpellaties van :

- de heer **Arnold Van Aperen** tot de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu over "de caudotomie bij het Belgisch trekpaard" (nr. 456)
- de heer **Bart Laeremans** tot de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu over "het blokstaarten van het Brabants trekpaard" (nr. 469)

Interpellations jointes de :

- M. **Arnold Van Aperen** à la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement sur "la caudotomie chez le cheval de trait belge" (n°456)
- M. **Bart Laeremans** à la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement sur "la caudotomie pratiquée sur les chevaux de trait brabançons" (n°469)

De heer **Arnold Van Aperen** (VLD) : Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, collega's, op 31 mei 2000 heb ik in plenaire vergadering een mondelinge vraag gesteld over de caudotomie of het blokstaarten van paarden. De minister heeft geantwoord dat zij, als er bijkomende argumenten aangereikt worden, de zaak eventueel opnieuw wil bekijken. Ik heb gelezen dat een lijst van toegelaten amputaties werd ingediend waarop het blokstaarten van paarden niet vermeld zou zijn. Deze lijst is nog niet gepubliceerd. Via deze interpellatie probeer ik mijn steentje bij te dragen om het blokstaarten van paarden alsnog aan die lijst toe te voegen. Bij bepaalde schapen en honden zou het wel toegelaten zijn.

Ik heb de wijsheid niet in pacht, maar er zijn toch een aantal argumenten om het blokstaarten toch toe te staan. Het Belgisch trekpaard is op Europees en op wereldvlak bekend met een korte staartje; het is een exportproduct bij uitstek; het is wereldbekaamd. Men kan zich afvragen waarom een korte of lange staart zo belangrijk zijn. Sinds 1990 is het Belgisch trekpaard door de Europese instanties erkend als een uitstervend ras. Sta me toe een aantal argumenten aan te halen waarom het blokstaarten toch zou moeten worden toegestaan.

Zoals u weet, wordt het Belgisch trekpaard nog altijd gebruikt in de bosbouw bijvoorbeeld, vooral in Wallonië. Ook in Vlaanderen wordt het economisch en recreatief ingezet, in het hoevetoerisme bijvoorbeeld. Voor hoeveel huifkarren wordt tegenwoordig geen Belgisch trekpaard gespannen, die zowel kinderen als volwassenen vervoeren? Het trekpaard is dus niet alleen recreatief maar ook economisch belangrijk. Welnu, de korte staart van het paard komt de veiligheid van de inzittenden ten goede. Bovendien heeft de korte staart ook iets te maken met de voortplanting van het paard. Ik zal daar straks dieper op ingaan.

Het stamboek dat door de VZW Koninklijke Maatschappij voor het Belgisch Trekpaard wordt bijgehouden, werd door de Europese autoriteiten erkend als moederstamboek voor koudbloedpaarden in Europa. Dit betekent dat in het Belgische stamboek de richtlijnen met de Europese fok-technische imperatieven worden ingeschreven die aan de paardenfokkerij moeten worden opgelegd.

Het couperen van de staart bij het Belgisch trekpaard gebeurt niet alleen om de eigenheid te bewaren van dat edele dier uit conservatieve gewoonte of om esthetische overwegingen. Het heeft ook een functioneel doel. Het is immers zo dat dit paard slechts door één teugel bestuurd wordt. Zoals gezegd, wordt het Belgisch trekpaard gebruikt in de bosbouw en voor recreatieve doeleinden. Welnu, een paard dat door één teugel bestuurd wordt, wordt totaal onbestuurbaar als deze teugel door de staart 'gegrepen' wordt en zo geklemd raakt. In de huidige verkeerssituatie is dit voor de voerman en voor andere

Arnold Van Aperen

weggebruikers een zeer gevaarlijke toestand, want de voerman heeft geen enkele controle meer op de bewegingen van het paard. Deze manier van paarden besturen met slechts één teugel of kordeel is eigen aan onze contreien en is het gevolg van het multidisciplinaire gebruik van dit trekpaard in de voorbije anderhalve eeuw.

Het zou volgens mij jammer zijn indien de inspanningen van het voorbije decennium die ervoor zorgden dat dit deel van ons nationaal patrimonium niet is uitgestorven, maar integendeel opnieuw in de belangstelling gekomen is, tenietgedaan zouden worden door het verbieden van caudotomie. Het is evident dat een paard met een beperkte bestuurbaarheid een groot veiligheidsrisico vormt op de openbare weg, niet alleen voor de begeleider van het paard, maar ook voor de andere weggebruikers en de inzittenden van de kar, kinderen en volwassenen. Wie ooit voerman is geweest, zal mijn stelling beamen.

Bovendien maak ik u erop attent dat familiale landbouwbedrijven voor weideafsluitingen vaak gebruik maken van prikkeldraad, wat verwondingen bij paarden kan veroorzaken, zeker bij trekpaarden die immers meer schuren dan andere paarden.

Belgische trekpaarden worden tevens gebruikt voor vleesproductie. Bij de extensieve paardenhouderij wordt steeds vaker geopteerd om de merries samen met de hengsten vrij te laten lopen in de weide. Wanneer de merries de staart lang dragen, gebeurt het dat de sterke, lange staartharen verwondingen veroorzaken aan de penis van de hengst. Deze bewering wordt gesteund op praktijkervaringen. Zij werd ons door enkele fokkers signaleerd, waarvan er bij één een twintigtal merries samen met een hengst vrij in de wei lopen.

Het standpunt van de Koninklijke Maatschappij voor het Belgisch Trekpaard is duidelijk over het technische aspect: het blokstaarten dient te gebeuren door een erkend dierenarts. Onafhankelijk van de leeftijd van het paard moet het blokstaarten gebeuren onder algemene of lokale anesthesie. Bij een algemene sedatie ligt een epidurale anesthesie voor de hand; ze is ook het meest gebruikelijk. De lengte van de staart moet volgens de regelgeving voor schapen minstens drie staartwervels bedragen. Zo wordt vermeden dat insecten niet verjaagd zouden kunnen worden van het perineum en de vulva. Indien de ingreep wordt uitgevoerd door een deskundig en ervaren dierenarts, mag men stellen dat ze zonder risico verloopt en geen dierenleed veroorzaakt. De ingreep is in elk geval minder traumatiserend en pijnlijk dan een klassieke castratie.

Tot besluit wil ik dus stellen dat caudotomie bij trekpaarden een ingreep is die beter wordt toegevoegd aan de lijst van toegelaten amputaties bij dieren, dit naar analogie met schapen waar ze wel wordt toegestaan. Ik heb

getracht een aantal argumenten en verzuchtingen van nagenoeg alle fokkers en liefhebbers van het Belgisch trekpaard aan te brengen. Ik hoop dat zij in overweging genomen zullen worden bij de eventuele toevoegingen aan de lijst.

Mevrouw de voorzitter, ik ben wel afkomstig van 'de boerenbuiten' en ik ken het Belgische trekpaard. De leden van de Koninklijke Maatschappij voor het Belgische Trekpaard zijn echter nog veel beter geplaatst zijn om dit thema toe te lichten. Vandaar mijn verzoek om hen na het parlementair reces in oktober uit te nodigen, samen met de tegenstanders van caudotomie bij trekpaarden, zodat hier het voor en tegen kan worden afgewogen. Of dit gebeurt in een hoorzitting, in een verhoor of in een toelichting, speelt voor mij geen rol. Zij kunnen beter dan ikzelf de voordelen, en eventueel de nadelen, opsommen.

Van het Belgisch trekpaard zegt men wel eens dat het een levend monument is. Ik lees voor uit een tekst: "Het is een traditie dat in ons land sterke en zware werkpaarden van hoge kwaliteit worden gefokt. Hun genetisch potentieel is van onschatbare waarde. Het Belgisch trekpaard heeft een belangrijke rol gespeeld, zowel historisch, sociaal-economisch als cultureel. Het is de uitdrukking van een roemrijk verleden. Geen dode, maar een levende creatie van onze fokkers. Meer nog dan kerken, kastelen en andere monumenten maakt het deel uit van ons geschiedkundig erfgoed. Door de eeuwen heen heeft het een culturele uitstraling gekend. Het is veelvuldig aanwezig in beeldende kunst, in schilderkunst, in literatuur en poëzie. Het is een geliefkoosd onderwerp voor vele artiesten en een inspiratiebron in de taal van dichters en gewone volksmensen, in spreken en in gezegden. Het enige autochtone Belgisch trekpaard verdient het zonder twijfel als levend monument beschermd te worden. Sinds kort wordt dit uitzonderlijk trekpaard door de overheid trouwens beschouwd als deel uitmakend van ons levend cultureel patrimonium. Het Bestuur van Monumenten en Landschapszorg en het ministerie van Leefmilieu zijn nu bezig met de officiële bescherming ervan. Het renoveren van geklasseerde gebouwen kost jaarlijks miljarden. Met slechts een miniem deel ervan kan het Belgische trekpaard, met korte staart, ons landschap blijven sieren".

De heer **Bart Laeremans** (Vlaams Blok): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, collega's, ik heb mij bij de interpellatie van mijn collega Van Aperen aangesloten, omdat ik zelf gecontacteerd werd door personen die met deze problematiek begaan zijn. Ik woon in een gemeente waar het trekpaard altijd een belangrijke rol onder meer op toeristisch vlak gespeeld heeft, met een jaarlijks terugkerend hoogtepunt tijdens de jaarmarkt van Grimbergen. Ik voel me dus ook bij deze problematiek betrokken.

Bart Laeremans

Om elk misverstand te vermijden, de benaming "blokstaarten" heeft absoluut niets met het Vlaams Blok te maken. De term "blokstaarten" mag dus geenszins enige wrevel of huiver wekken.

Ik treed de stelling van collega Van Aperen bij, omdat zijn argumenten overduidelijk zijn. Indien wij afstappen van het recht die staarten in te korten, kan dit leiden tot de verdwijning van het Brabants, of zoals sommigen het noemen, het Belgisch trekpaard. Ik vind dat Brabants hier overigens beter op zijn plaats is.

Wanneer men de staarten ongekort laat, kunnen ze in het gareel verstrengelen en worden ze inderdaad minder functioneel. Wanneer het gevaar bestaat dat een paard in een stoet op hol slaat, omdat zijn staart in het gareel verstrengeld geraakt, zal men er daarvoor geen gebruik meer van maken. Dat geldt zeker in het Waalse lands-gedeelte waar ze gebruikt worden voor het wegslepen van boomstammen en dergelijke, wat nochtans een zeer milieuvriendelijke activiteit is. Met een lange staart zouden deze paarden disfunctioneel worden.

Er zijn ook een aantal hygiënische overwegingen naast redenen die met de voortplanting te maken hebben. Deze paarden zijn blijkbaar niet meer geneigd zich op een natuurlijke manier voort te planten als hun staarten niet ingekort zijn. Ik dring er bijgevolg op aan om in te gaan op het verzoek van de betrokken organisaties om het inkorten onder medisch verantwoorde omstandigheden te handhaven.

Mevrouw de minister, hebt u contact gehad met de betrokken organisaties om u van hun standpunten te vergewissen ?

Minister **Magda Aelvoet**: Mevrouw de voorzitter, collega's, om te antwoorden op de vragen van de twee Kamerleden, verwijs ik eerst naar de wet van 14 augustus 1986. Daarin wordt duidelijk gestipuleerd dat ingrepen die nutteloos zijn en die vermijdbaar lijden veroorzaken bij dieren, absoluut verboden moeten worden. Het is perfect juist dat op die wet uitzonderingen gemaakt kunnen worden voor ingrepen die als verantwoord beschouwd kunnen worden uit functioneel standpunt. Hiervoor werden argumenten aangebracht. Indien het functionele voordeel van de ingreep voor het dier groter is dan het nadeel kan het eventueel wel.

Een tweede uitzondering kan ontstaan als het voordeel dat nadien ontstaat, ruimschoots opweegt tegen het nadeel, vooral wanneer de ingreep zelf niet als miltelerend of pijnlijk omschreven kan worden. Dat is dus wat we nu moeten onderzoeken.

Men moet eerst en vooral de vraag stellen : is deze ingreep al dan niet pijnlijk ? Het klopt volledig dat de caudotomie, of het blokstaarten, meestal onder verdoving gebeurt. Dit betekent dat de dieren gedurende de

operatie zelf daar niets van voelen. Nadien is er, zoals bij elke ingreep, echter een genezingsfase. Deze genezingsfase kan niet als pijnloos omschreven worden. In de literatuur zijn er trouwens heel wat gevallen beschreven van fantoompijnen na een amputatie. Dat is niet alleen zo bij mensen, maar blijkbaar ook bij dieren. De aandacht moet ook gevestigd worden op het feit dat bij een aantal paarden het genezingsproces wel degelijk gepaard gaat met ontstekingen. Daardoor duurt die fase langer en wordt ze pijnlijker. De momenteel meest gebruikte methode van caudotomie, namelijk het door middel van een elastische band laten afsterven van de staart bij het pasgeboren veulen, houdt nog altijd een risico in op tetanus en ontstekingen en de aantasting door maden van de groene vleesvlieg, met fatale afloop in niet veel, maar toch een aantal gevallen. Deze ingreep zonder meer onderbrengen in de categorie 'pijnloos' lijkt me dus niet te kloppen.

Een tweede vraag die gesteld moet worden is : is dit voor het dier nuttig ? In dat verband wordt verwezen naar schurft. Als een dier een staart heeft, ontstaan er meer schurftproblemen dan wanneer het er geen heeft. Er is in dit verband echter een ongelooflijke weg afgelegd op het vlak van de diergeneeskunde. Schurft kan nu wel degelijk met andere middelen behandeld worden dan met afgedraaide olie, een oude methode die in het begin van de eeuw de enige mogelijke was. Een verwijzing naar manen- en staartontsteking heeft weinig zin, omdat niemand ooit amputatie voorstelt bij de talloze andere paardenrassen als "geneesmiddel" voor een analoge ziekte.

Een ander punt, dat u zijdelings en vrij delicaat hebt aangesneden, is uiteraard wat er bij de paring gebeurt. Men zegt wel eens dat de stijve haren van de staart van de merrie schade zouden kunnen toebrengen aan de penis van de hengst. De administratie van Landbouw, die dit antwoord voor ons voorbereidde, stelt echter dat de dekking meestal gebeurt op een begeleide en artificiële manier, met name in het bijzijn van de eigenaar van de merrie en de hengst en onder gecontroleerde omstandigheden. Mocht er toch een situatie zijn waarbij de paarden vrij loslopen en de paring niet begeleid wordt, dan bestaat er nog een methode om de staarten in te wikkelen zoals dat ook voor zeer kostbare paarden gebeurt. Elke beschadiging wordt daardoor uitgesloten.

Rest nog het argument van het nut voor de mens. Wat is het bijkomend nut van het inzetten van dat dier voor de mens ? In dit verband wordt er verwezen naar ten eerste de bosbouw in Wallonië, waarvoor het trekpaard wordt ingezet. In Wallonië werkt men vooral met een bepaalde variant van het Belgische trekpaard, met name het Ardeense trekpaard. De vertegenwoordigers van dat paardenras zijn tegen het blokstaarten ! Het is dus absoluut niet zo dat iedereen uit de sector die zich met het

Magda Aelvoet

Belgische trekpaard bezighoudt, absoluut voorstander is van de instandhouding van het systeem van blokstaarten. Bovendien zijn er heel wat kruisingsproducten van trekpaarden. Ook de staart van deze halfbloeden wordt niet afgezet.

De tweede activiteit waarvoor trekpaarden worden ingezet, is het hoevetoerisme. Men verwijst naar het probleem dat de staart gevangen zou raken in de teugel, waardoor er onvoldoende controle zou zijn en gevaarlijke situaties zouden kunnen ontstaan. Mag ik uw aandacht vestigen op het feit dat in een heel aantal paardensporten waar paarden met teugels worden geleid, helemaal niet wordt overgegaan tot het afzetten van de staarten, denken we maar aan de paardenrennen met sulky's, menwedstrijden enzovoort? Hier is een goede bestuurbaarheid van de paarden van maximaal belang en toch hebben de paarden daar een staart! Indien men opwerpt dat de staart van trekpaarden zwaarder is dan die van renpaarden, klopt dat volledig. Dan moet ik eraan herinneren dat alle andere trekpaardenrassen in de wereld wel degelijk een staart hebben en die ook behouden.

De administratie signaleert mij bovendien dat de export van de Belgische trekpaarden momenteel bijna helemaal stilstaat, omdat de caudotomie die in ons land wordt toegepast, helemaal niet gewenst is in die andere landen. Men wenst dus ook niet meer te importeren vanuit België, omdat men dit een storend anachronisme vindt. Zo wordt het daar omschreven.

Een laatste element dat ik ter tafel wil brengen, is het volgende. Het Belgische trekpaard is bij de Belgen vooral bekend door de afbeelding ervan op het Palm-bier. Ik kan u meedelen dat de stoeterij van het Palm-bier is overgeschakeld op Belgische trekpaarden met lange staarten en ze gebruikt dus niet langer geblokstaarte beesten. Ze gaan daarvoor zelfs reclame maken. Het imago van het trekpaard en 'het beste bier van onze bodem' wordt dus op vanzelfsprekende manier ingevuld door paarden met lange staarten in plaats van met blokstaarten.

De heer **Arnold Van Aperen** (VLD): Mevrouw de voorzitter, ik hoor dat mevrouw Aelvoet haar argumenten haalt bij de administratie van Landbouw. Ik kan dat begrijpen. Er zijn voor- en tegenstanders. In ieder geval zag ik graag dat vertegenwoordigers van de vzw Koninklijke Maatschappij voor het Belgisch Trekpaard hun argumenten naar voor kunnen brengen. Dat is toch niet zomaar een vereniging van enkele jaren oud. Dan kan men ze confronteren met de administratie die argumenten te berde brengt in verband met het pijnlijk karakter, het functionele, het nut voor de mens en de veiligheid. Ook degenen die het paard dagelijks in het bos of op de baan inzetten, komen hier best aan het woord. Zij kunnen hun stelling met meer details en precisie verwoorden dan ik dat kan. Nogmaals, ik dring erop aan dat men een hoorzitting organiseert om hen in commissie te horen.

De heer **Bart Laeremans** (Vlaams Blok): Mevrouw de minister, ik sluit mij aan bij de repliek van de vorige spreker. Ik had trouwens in mijn schriftelijke voorbereiding gevraagd of u contact gehad hebt met vertegenwoordigers van de sector. Ik heb een verwijzing teruggevonden dat u op een brief van hen zou hebben geantwoord, maar ik heb echter geen uitsluitsel gekregen over de vraag of u met hen gesproken hebt. Wij zijn met die sector niet zo bekend, dat begrijpt u wel. U hebt een aantal zinnige argumenten gegeven, maar het gaat hier om een lange traditie waar die mensen zeer veel belang aan hechten. Het verzet is algemeen. Ik zou er dus niet te lichtzinnig overheen gaan. Ik denk dat zij niet alleen heel wat bijkomende argumenten hebben, maar ook heel wat zinnige tegenargumenten op wat u vandaag gezegd hebt, zouden kunnen formuleren. Ik kan er dus alleen maar op aandringen dat u luisterbereidheid ten aanzien van de betrokkenen aan de dag zou leggen, en het voorstel steunen om hen hier te horen. Waarom zouden wij moeten neerkijken op wat sommigen misschien een heel pietluttig detail in de landbouw vinden? Ik vind dat het heel zinnig is om hier te luisteren naar de argumenten van degenen die echt opkomen voor deze traditie. Dat is geen tijdverlies. Integendeel.

M. **Robert Denis** (PRL FDF MCC): Madame la présidente, madame la ministre, chers collègues, même s'il s'agit certainement ici d'un faux débat, je me permets toutefois de vous exprimer mon opinion à ce sujet.

Force est de constater que Mme la ministre s'oppose à cette pratique de la caudotomie chez le cheval de trait belge, alors que mes collègues y sont favorables. Pour ma part, il me semble que la position qu'il convient d'adopter dans ce débat se situe entre ces deux extrêmes.

Comme l'ont expliqué mes collègues, il est exact que la caudotomie s'inscrit dans le cadre des traditions de notre pays et des caractéristiques du cheval de trait belge que l'on entend préserver.

En outre, le cheval ne souffre guère de cette pratique et le risque d'infection postopératoire n'est certainement pas plus élevé que celui encouru par le cheval de se blesser à la queue. Aussi les arguments au niveau médical se contrebalancent-ils.

En sus, même si la caudotomie se range encore aujourd'hui parmi les caractéristiques de la race du cheval de trait belge, il nous faut néanmoins constater qu'elle tend à disparaître progressivement. Et ce pour les deux raisons suivantes: d'une part, parce que, dans notre pays, l'on utilise, pour le débardage, de plus en plus le cheval ardennais en lieu et place du cheval de trait belge; et, d'autre part, parce que les importateurs étrangers de chevaux de trait belges exigent que la queue de ces derniers ne soit pas coupée.

Robert Denis

Partant, la position qu'il y aurait lieu d'adopter - selon moi - dans ce débat consisterait à admettre cette pratique pour le moment, tout en sachant qu'elle est vouée à disparaître d'elle-même progressivement.

Aussi, madame la ministre, ne serait-il pas envisageable de régler ce problème, dans l'entretemps, en admettant d'insérer dans la législation une exception qui autoriserait la caudotomie pendant les dix années à venir, par exemple ? Car, à mon avis, d'ici les dix, quinze ou vingt prochaines années, elle sera complètement abandonnée.

Par contre, interdire dès aujourd'hui la caudotomie chez le cheval de trait belge ne peut que porter atteinte, à court ou moyen terme, à son image et engendrer des conséquences commerciales néfastes.

Bref, selon les arguments avancés par les différentes parties, la caudotomie se révèle tantôt utile, tantôt pas. Mais quoi qu'il en soit, elle appartient à l'image du cheval de trait belge. Aussi, je propose que nous la tolérions pendant les quelques années à venir, afin d'éviter à nos éleveurs de chevaux des difficultés commerciales, et que nous réexaminions, dans quelque temps, l'évolution de ce dossier - la caudotomie ayant probablement été d'ici là complètement abandonnée.

Minister **Magda Aelvoet** : Mevrouw de voorzitter, ik neem notitie van wat er allemaal gezegd is en geef toe dat ik niet helemaal overtuigd ben om van standpunt te veranderen. Zoals de heer Denis zegt, is deze praktijk aan het verdwijnen. Ik denk dat het beter is op tijd met de evolutie mee te gaan dan een oude traditie op kunstmatige manier te rekken. Dat is mijn eerste repliek.

Als men ziet hoe weinig het trekpaard nog in België wordt ingezet, is de export van het ras met lange en niet met korte staart de garantie voor het voortbestaan van het ras. Men mag de mogelijkheden terzake niet beknotten. Zoals terecht is opgemerkt, dalen die exportmogelijkheden drastisch, omdat in ons land de caudotomie, in tegenstelling tot de meeste andere landen, nog steeds niet verboden is.

De argumenten moeten tegenover elkaar worden afgewogen. Ik zeg dus niet categoriek neen, maar ik ben evenmin overtuigd op het moment om caudotomie verder toe te laten.

De heer **Bart Laeremans** (Vlaams Blok) : Niemand verbiedt, ook de wet niet, dat men de staart laat groeien. De mensen die dat ras paarden kweken, kunnen omwille van de export de staart gewoon laten groeien. Daar is geen enkel probleem op het moment.

Minister **Magda Aelvoet** : Dat is niet juist. Als er een bepaalde traditie bestaat om de staart van een bepaald ras van paarden kort te knippen, zullen de paarden met korte staart het gros uitmaken van de kweek.

Overigens is de realiteit dat niet de hele sector tegen een verbod gekant is. Voor het Ardeens trekpaard is de zaak reeds anders geëvolueerd. Bovendien staan er een aantal andere nadelen tegenover; ik had het in mijn uiteenzetting over nog andere argumenten dan het exportprobleem die pleiten voor het verbod. In ieder geval vind ik dat de argumenten van de interpellanten in het geheel onvoldoende zwaar opwegen. Dat is mijn appreciatie van de kwestie op het moment.

De heer **Arnold Van Aperen** (VLD) : Mevrouw de voorzitter, ik wil alsnog vragen om te overwegen om in oktober of november een hoorzitting in commissie te organiseren. Misschien geraken wij dan wel overtuigd van het standpunt van de minister. De betrokkenen kunnen dan allen hun standpunt naar voren brengen. We kunnen toch niet ontkennen dat ook de VZW Koninklijke Maatschappij voor het Belgische Trekpaard valabele argumenten hebben. Ik begrijp dat de minister daarvan nog niet overtuigd is en dat de administratie daar anders over denkt. Als we beide kampen met mekaar kunnen confronteren, kunnen we ongetwijfeld met meer kennis van zaken de discussie sluiten en het verbod aanvaarden of misschien raken de administratie en de minister wel overtuigd. Of deze aangelegenheid al dan niet dringend is, hangt ervan af wanneer de lijst van toegelaten amputaties gepubliceerd wordt. Alleszins verzoek ik om met de publicatie te wachten tot een dergelijke hoorzitting kan plaatsvinden in het najaar.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

Mondelinge vraag van de heer Jo Vandeurzen aan de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu over "de dringende medische hulpverlening per helikopter" (nr. 2301)

Question orale de M. Jo Vandeurzen à la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement sur "l'aide médicale urgente par hélicoptère" (n° 2301)

De heer **Jo Vandeurzen** (CVP) : Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, collega's, mijn vraag heeft betrekking op de oproepen die gebeuren via het systeem 100 waarbij hulp per helikopter wordt gevraagd. Nu het mobiliteitsprobleem acuter en nijpender wordt, rijst de vraag of bepaalde interventies niet per helikopter moeten gebeuren als men de hulp nog tijdig ter plaatste wil

Jo Vandeurzen

krijgen. Men signaleert mij dat het aantal vragen naar helikopterinterventies stijgt. In Brugge wordt er bijvoorbeeld een helikopter vertrekkenklaar gehouden. Ik heb heel wat praktische vragen over het gebruik ervan.

Mijn eerste vraag luidt : wie beslist over het uitschepen van een helikopter ? Doet de aangestelde van het eenvormig oproepstelsel dat ? Wie draagt eventueel de extra-kosten die gepaard gaan met zo'n interventie ? Mogen zij aan de patiënt worden aangerekend en wat als blijkt dat de helikopter onnodig werd ingezet ? Acht de minister het niet wenselijk om gelet op het stijgend aantal interventies met helikopters in de wet van 8 juli 1964 betreffende de dringende geneeskundige hulpverlening specifieke bepalingen in te voegen over interventies per helikopter en de eraan verbonden kosten ? Moet terzake geen initiatief genomen worden ? Ik denk dat het beter is te anticiperen op een eventueel probleem dan achteraf maatregelen te moeten nemen, zoals we dat onder andere in verband met de MUG hebben moeten doen. Is het niet beter nu regelgevend op te treden ?

Minister **Magda Aelvoet** : Mevrouw de voorzitter, collega's, mijn administratie is er niet van op de hoogte dat er een zeer grote toename zou zijn van helikoptervluchten na oproepen bij het centrum 100. Wel is het zo dat de administratie zeer recent een vraag kreeg van een persoon die blijkbaar maar liefst 143 000 frank zou moeten bijbetalen voor een secundair transport van een patiënt tussen twee ziekenhuizen.

Voor het inzetten van een helikopter komt de federale overheid niet tussen. Volgens de informatie waarover wij beschikken, zijn er nu drie helikopters die geregeld worden ingezet. De eerste is verbonden met het Sint-Jansziekenhuis in Brugge, een tweede is in Wallonië verbonden met een ziekenhuis in de buurt van Bras-sur-Yenne. Ten slotte is er een Seaking die afhangt van het ministerie van Defensie en die niet als zodanig met het systeem 100 is verbonden.

Ik vestig er de aandacht op dat voor geen enkele van deze helikopters een tussenkomst bestaat vanuit Volksgezondheid of het RIZIV. Wat de situatie in Brugge betreft, is er blijkbaar een overeenkomst gesloten tussen het ziekenhuis en alle omliggende gemeenten om bij te dragen aan de extra-kosten voor het inzetten van de helikopter. Dat zou er zeer verantwoord zijn, omdat men zo de hele aanvoer vanuit de kuststreek kan realiseren, doordat er op de Belgische stranden nogal wat landing-smogelijkheden zijn. Dit blijkt de reden te zijn waarom al die gemeenten bereid waren de inzet van deze helikopter mee te financieren.

De Seaking van Koksijde functioneert ook onder het kwaliteitslogo van de dienst 100, maar staat niet rechtstreeks onder bevel van de 100-centrale. Blijkbaar hangt die helikopter af van het ministerie van Defensie.

In Wallonië is er wel een helikopter maar die is niet erkend als 100-transportmiddel. De aangestelde van de dienst 100 heeft evenwel het recht volgens de wet van 1964 om elk geschikt middel te vorderen. Binnen dat kader fungeert deze helikopter als MUG-dienst. De bezetting omvat dus ook een arts die verbonden is met de dienst spoedgevallen van een ziekenhuis in de buurt van Bras-sur-Yenne. Zoals alle MUG-diensten in België is ook deze nog niet officieel erkend. U weet dat het proces daartoe hangende is en dat we moeten wachten op het advies van de provinciale commissies die in september aan het werk moeten gaan.

Het uitschepen van een helikopter in het kader van de dringende medische hulpverlening wordt door de aangestelde van de dienst 100 beslist en door niemand anders. De kosten van de interventie mogen worden aangerekend volgens de vigerende reglementering. Dat betekent precies dat er geen uitzonderingen zijn voor helikopters. Er is dus geen speciaal tarief voor helikopters. Evenmin heeft men het recht om voor dringende medische hulpverlening supplementen te vragen aan de patiënt, die dan plots een enorm bedrag zou moeten betalen.

Ik ben er mij van bewust dat de bestaande financieringswijze ontoereikend is. Ik heb de details over Brugge. Hoe men het in Wallonië regelt, weet ik niet precies. Ik weet wel dat er geen enkele tussenkomst is uit federale middelen. Het is wel mijn grote bezorgdheid dat de dringende medische hulpverlening toegankelijk blijft voor de hele bevolking. Het is niet tolerabel dat personen in nood of hun familieleden hun nood moeten afwegen tegenover te verwachten financiële repercussies. Daarom heb ik de Nationale Raad voor de Dringende Medische Hulpverlening gevraagd mij te adviseren over het nut, de noodzaak en de modaliteiten van het gebruik van helikopters in de dringende medische hulpverlening. In functie van hun antwoord zal de noodzaak van een aanpassing van de wet van 1964 onderzocht worden. In afwachting daarvan handhaaf ik het standpunt dat de normale 100-tarieven van toepassing zijn.

Vanzelfsprekend staat het de heli-hulpdiensten vrij zich bijkomend te laten financieren door gemeentelijke heffingen en dergelijke als deze gemeenten van oordeel zijn dat zij baat hebben bij deze dienstverlening.

De inzetbaarheid van helikopters is overigens volgens een aantal personen, met wie ik contact opnam naar aanleiding van uw vraag, veel minder groot dan men wel zou denken. 's Avonds en 's nachts is er bijvoorbeeld onvoldoende verlichting om helikopters veilig uit te sturen, waardoor ze tegen hoogspanningsleidingen kunnen aanvliegen. Verder heeft men bij experimenten in het Limburgse moeten vaststellen dat het helemaal niet simpel is vast te stellen wat de juiste standplaats van zo'n helikopter is.

Magda Aelvoet

Nogmaals, ik heb de Nationale Raad voor de Dringende Medische Hulpverlening om advies over deze aangelegenheid gevraagd. Afhankelijk van het antwoord zal ik zo vlug mogelijk bekijken welke aanpassingen er aan de wet moeten worden aangebracht.

Zeer onlangs is er in de media nog melding gemaakt van de redding van een kindje dankzij het inzetten van een bepaalde helikopter. Naar aanleiding daarvan werd mij gevraagd of dit niet veralgemeend moest worden. Ik wil echter niet in functie van één geval, waar het inzetten van de helikopter succesvol is gebleken, een politiek uitstippen die voor de rest niet coherent zou zijn.

De heer **Jo Vandeurzen** (CVP) : Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord.

Mijns inziens is het inderdaad opportuun om objectieve regels vast te leggen voor het zinnig inzetten van helikopters. Bij dringende medische hulpverlening moet men telkens afwegen welke middelen men inzet en of men in een permanentie voorziet tegenover de resultaten. Zoals u al zei, is het in bepaalde omstandigheden niet altijd evident om gebruik te maken van helikopters. Ik heb ervaring met de MUG en ken ook de situatie van de diensten spoedgevallen op het moment. Welnu, een helikopter mag niet uitgroeien tot een statussymbool dat het ene ziekenhuis hiërarchisch hoger zou plaatsen dan een ander, waarbij de top een helikopter ter beschikking heeft, waarna de ziekenhuizen met een MUG worden gerangschikt enzovoort. Het probleem moet proactief worden aangepakt vooraleer er zich een situatie voordoet waarbij men moet uitmaken welk ziekenhuis een landingsplaats of een helikopter moet hebben. Voor mijn provincie lijkt het mij bijvoorbeeld evident dat men het probleem regionaal zou bekijken. Het is immers helemaal niet verantwoord dat een ziekenhuis zich door het bezit van een helikopter gaat profileren.

Ook de financiering moet beter worden geregeld. Deze begint te lijken op de financiering van de dienst 100. Sommige gemeenten betalen voor de dienst 100. In andere gemeenten wordt deze dienst door een commercieel bedrijf verzorgd. In West-Vlaanderen bestaat er dan weer daarover een akkoord met de gemeenten. Elders is er een helikopter van het ministerie van Landsverdediging. De financiering dreigt zeer divers te worden. Ik wil het probleem niet overroepen, maar hou alleszins een pleidooi om dit dossier goed te beheersen.

Ten slotte, naarmate het mobiliteitsprobleem in ons land acuter wordt, wordt de vraag naar de inzet van helikopters pertinent. Als er zich op de ring rond Brussel een ongeval voordoet, waar men normaal niet bij geraakt - files kan men nu eenmaal niet vermijden -, rijst de vraag hoe men daar het snelst aanwezig kan zijn. En hoe moet het met het secundair transport van organen of patiënten die dringend naar een universitair ziekenhuis of een grote gespecialiseerde instelling moeten ?

Mevrouw de minister, ik verheug er mij over dat u erkent dat er financieel iets moet gebeuren. Voor de patiënten is de inzet van een helikopter toch een groot financieel avontuur. Meestal moet er terzake zeer snel beslist worden, vaak niet eens door de betrokkenen zelf. Het kan toch niet dat zij achteraf onaangenaam verrast worden door al te hoge rekeningen.

Ik pleit ervoor dat er nu oplossingen worden uitgewerkt, zodat kan worden voorkomen dat we later een heroïsch debat moeten voeren over een programmatie.

M. Robert Denis (PRL FDF MCC) : Madame la présidente, madame la ministre, chers collègues, je connais particulièrement bien la problématique du service de secours hélicoptéré de Bra-sur-Lienne, puisque je suis moi-même le bourgmestre de l'une des communes ayant développé ce projet, incontestablement indispensable.

Cependant, de nombreuses réclamations sont signalées quant à la facturation de ce secours hélicoptéré. En effet, dans la mesure où le titulaire du secours médicalisé est seul à décider de mettre en oeuvre plutôt une ambulance ou plutôt l'hélicoptère et a manifestement tendance à recourir à ce dernier plus souvent qu'il ne faudrait, surviennent alors, de la part du patient transporté ou de ses ayants droit, des contestations relativement au bien-fondé du transport par hélicoptère.

Nonobstant, en matière d'interventions primaires essentiellement - car le transfert d'un hôpital à un autre relève souvent davantage d'une question de confort que d'un motif d'impérieuse nécessité -, le transport par hélicoptère demeure indispensable, d'autant que la circulation routière se montre de moins en moins fluide. Bien sûr, il faut éviter de faire appel à ces hélicoptères lorsque cela ne se justifie pas.

Aussi serait-il sans doute opportun de mener, au niveau fédéral et en collaboration avec le ministère de la Défense nationale, une réflexion en vue d'organiser l'affectation judicieuse de quelques hélicoptères sur l'ensemble du territoire national, dont celui basé à Bra-sur-Lienne.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Mondelinge vraag van de heer Luc Gouty aan de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu en aan de minister van Sociale Zaken en Pensioenen over "het besmettingsgevaar bij OCMW-maatschappelijk werkers die het onthaal verzorgen van politiek vluchtelingen" (nr. 2318)

(Het antwoord zal worden verstrekt door de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu)

Question orale de M. Luc Goutry à la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement et au ministre des Affaires sociales et des Pensions sur "le risque de contamination pour les travailleurs sociaux des CPAS qui assurent l'accueil des réfugiés politiques" (n° 2318)

(La réponse sera donnée par la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement)

De heer **Luc Goutry** (CVP) : Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, collega's, de vraag komt van de betrokkenen zelf, maatschappelijk werkers van OCMW's die in hoge mate worden geconfronteerd met de problemen van vreemdelingen en vluchtelingen. Intussen heb ik de vraag ook reeds gesteld aan de minister van Binnenlandse Zaken, die zegt dat slechts een klein deel tot zijn bevoegdheid behoort en dat voor het overige Volksgezondheid en Sociale Zaken bevoegd zijn.

Veel asielzoekers die hier aankomen, en die volgens het spreidingsplan over de verschillende gemeenten worden verspreid, bieden zich op een bepaald ogenblik aan bij het OCMW. Zij bezitten niets, zijn vrij haveloos, hebben kinderen en worden meestal niet verzorgd. Ik verwijs naar de beelden van mensen die bijvoorbeeld met vrachtwagens worden verscheept. Ik veronderstel dat zij dan reeds weken onderweg zijn, in ontbering leven en niet in goede fysieke conditie verkeren.

Ik heb de minister van Binnenlandse Zaken reeds gevraagd waarom niet iedereen door de Dienst Vreemdelingenzaken wordt gescreend op een aantal kwalen en aandoeningen die een epidemisch karakter zouden kunnen vertonen. Ik denk bijvoorbeeld aan tbc, een ziekte die bij ons vrijwel is uitgeroeid, maar die samenhangt met ondervoeding en slechte levensomstandigheden. Ook ziektes als hepatitis kunnen besmettelijk zijn wanneer zij niet worden verzorgd.

Mevrouw de minister, het is reeds gebeurd dat maatschappelijk werkers, die met deze mensen in contact komen, werden besmet. Er is een geval bekend van een maatschappelijk werker die tbc zou hebben opgelopen omdat het zijn taak was deze mensen op te vangen.

Ik heb de minister van Binnenlandse Zaken gevraagd waarom hij deze mensen niet systematisch laat screenen. Men beschikt toch over de mogelijkheden daarvoor. Het gaat toch niet om een gewichtig onderzoek, rekening houdend met het aantal verplichte onderzoeken dat dagelijks in ons land plaatsvindt. Op school en vroeger in het leger moest iedereen de meest nauwkeurige onderzoeken ondergaan. Nu kan dat blijkbaar niet, want men beperkt zich tot een steekproef. Wie niet wordt onderzocht, trekt gewoon het land in en moet zich beredderen, met het gevaar dat hij anderen kan besmetten.

Dit is in het kort het probleem zoals het mij werd voorgelegd. De betrokkenen zijn er niet gerust in omdat ze de nodige bescherming ontberen. Zij vragen bovendien naar preventie door middel van vaccinaties. Dit zou echter moeten gebeuren op eigen kosten, zowel voor wie zich preventief wil beschermen als voor wie reeds ziek is. Er blijken voor hen geen voorzieningen te bestaan. Zij moeten dit regelen met de middelen die voorhanden zijn, zoals het ziekenfonds. Zij worden ook niet gedekt door het Fonds voor de Beroepsziekten.

Mevrouw de minister, ik kom tot mijn vragen.

Wat is uw standpunt in deze zaak ? Is het probleem u bekend ? Bent u van plan hieraan enig gevolg te geven ? Moet de zaak verder worden bekeken ? Kortom, wat is uw visie op deze aangelegenheid ?

Minister **Magda Aelvoet** : Mevrouw de voorzitter, collega Goutry, de problematiek is mij zeker bekend. Wij hebben reeds werkvergaderingen gehad om te voorzien in een meer volledige screening van de asielzoekers inzake tbc. Daarmee zijn wij begonnen in de maanden november en december van vorig jaar. Er hebben ook verschillende follow-up vergaderingen plaatsgevonden. Onze maatregelen hebben ertoe geleid dat op het ogenblik een groter aantal personen wordt opgevolgd dan in 1999. Zoals u weet werden wij in 1999 door zeer grote aantallen asielzoekers overspoeld, waardoor het moeilijk werd de zaak ten gronde te organiseren.

Nog geen week geleden hadden wij opnieuw een vergadering met de twee Franstalige diensten van de gemeenschappen, VRGT en FARES. Wij hebben samen aan tafel gezeten om de juiste stand van zaken op te volgen. Er is een evolutie naar een betere dekking, maar zij is nog niet volledig, en daaraan moet worden verdergewerkt.

Als bij de Dienst Vreemdelingenzaken een besmettelijke ziekte wordt vastgesteld, dan worden de betrokkenen doorverwezen naar de OCMW-ziekenhuizen. U vindt dat eigenaardig, maar in de praktijk geldt dit ook voor de Belgen. Ook onder Belgen is er immers een toename van tbc, en dit staat los van de problematiek van de asielzoekers. Men stelt trouwens wereldwijd een toename van tbc vast.

Mijnheer Goutry, dit was mijn antwoord op uw derde vraag, waarom zij naar het OCMW worden doorverwezen.

De heer **Luc Goutry** (CVP) : Ik zal mijn vraag verduidelijken. Volgens het spreidingsplan verwijst men deze mensen naar het OCMW, quid van welk ziekenhuis. Daar gebeurt dan ook het eerste onthaal en gaat men na waar

Luc Goutry

zij kunnen worden gehuisvest. Het contact met deze mensen die in onverzorgde toestand verkeren, baart de maatschappelijk werkers steeds meer zorgen, want precies dan bestaat er gevaar voor besmetting.

Minister **Magda Aelvoet** : Het is natuurlijk een probleem dat niet iedereen kan worden opgevangen op één centrale plaats, want daarvoor zijn de aantallen te groot. Daarom is er gedecentraliseerde spreiding. Op plaatsen met een grote concentratie aan asielzoekers worden wel inspanningen gedaan om de screening zo volledig mogelijk te laten verlopen.

Bij een positieve screening wordt de betrokkene doorverwezen naar een OCMW-ziekenhuis. Soms stelt men vast dat de betrokkene er geen gevolg aan geeft. Wanneer hij echter weigert zich aan te melden, zal een verpleegkundige van de VRGT of de FARES de persoon in kwestie begeleiden naar een ziekenhuis binnen de provincie.

Volgens u kunnen intussen maatschappelijk werkers met hen in contact zijn geweest. Men kan echter niet alle maatschappelijk werkers, die met deze mensen in contact komen, preventief laten vaccineren. Er bestaat immers alleen een goedwerkend vaccin voor kinderen tussen 0 en 2 jaar, niet voor mensen ouder dan 2 jaar. Zeer geregeld, met tussentijden van enkele maanden, worden cutiproeven uitgevoerd. Bij een positief resultaat gaat men dadelijk verder. Meestal wordt met medicatie het probleem in een zeer vroeg stadium gedetecteerd. Mijn moeder, die destijds als geneesheer bij de rentegratie van gehandicapten was betrokken en ook veel instellingen bezocht, werd ook op die manier besmet. Het blijft dus een risico dat men loopt.

Mijnheer Goutry, de ziekte behoort wel tot de erkende beroepsziekten voor maatschappelijk werkers bij het OCMW. Dat deel van uw vraag is niet juist. Het verbaast mij enigszins dat men u dat heeft verteld. Indien men kan aantonen dat men besmet werd door een contact, valt men onder deze bepaling. Bovendien sluiten de meeste OCMW's een verzekering af bij OMOB om gedekt te zijn bij eventuele problemen. De arbeidsgeneeskundige diensten moeten ook controleren of werkgevers, in dit geval de OCMW's, de nodige maatregelen nemen. Als er op dat gebied problemen zouden zijn, moeten de gemeenschappen optreden, niet de federale minister.

Kortom, ik neem het probleem ter harte. Een volledige screening van alle asielzoekers is voor mij het belangrijkste, zodat alle mensen met problemen tijdig kunnen worden behandeld en het besmettingsgevaar beter kan worden ingedijkt.

M. **Yvan Mayeur** (PS) : Madame la présidente, madame la ministre, chers collègues, j'appréciais jusqu'à ce jour les interventions de M. Goutry. Mais je dois bien avouer que je suis particulièrement stupéfait de la question qu'il

pose aujourd'hui à Mme la ministre et j'aurais été de loin moins étonné s'il s'était agi d'un membre du Vlaams Blok. De telles assimilations entre "étrangers" et "malades contagieux" sont non fondées et idéologiquement connotées.

Pour ma part, j'ai des contacts réguliers avec les cent vingt assistants sociaux du CPAS de Bruxelles, lesquels viennent en aide à quelques étrangers sans que jamais ne furent évoqués des risques de contamination. Dès lors, si nous devons suivre le raisonnement de M. Goutry, je contamine probablement Mme la présidente, Mme la ministre et M. Goutry lui-même en me joignant à cette commission ! Je pense que nous devons être extrêmement attentifs à ce type de questions et ne pas les laisser passer sans réagir.

Bien sûr, les personnes aidées par nos CPAS se trouvent dans des situations de précarité et de pauvreté, s'accompagnant parfois de problèmes sur les plans sanitaire et hygiénique. Mais il n'en reste pas moins qu'il nous faut demeurer extrêmement vigilants face à ce type de questions - sauf à vouloir reproduire l'exemple des Etats-Unis où les immigrants italiens devaient, au début de ce siècle, demeurer en quarantaine, au large de New-York, durant quarante jours avant de pouvoir être admis sur leur territoire national.

Enfin, sachez que si cette question avait été posée par l'un des membres du Vlaams Blok, j'aurais alors demandé - sur la base de la loi Moureaux de 1980 - qu'il n'y soit pas répondu.

La **présidente** : A mon sens, cette question n'a rien à voir avec la problématique de la loi Moureaux et M. Goutry s'inquiète simplement de la situation des fonctionnaires de nos CPAS.

M. **Yvan Mayeur** (PS) : Excusez-moi, madame la présidente, mais en tant que président d'un CPAS et étant régulièrement en contact avec mes assistants sociaux, je devrais moi-même être assimilé à ces fonctionnaires de CPAS que vous évoquez.

De **voorzitter** : Mijnheer Mayeur, ik wou alleen meedelen aan de heer Goutry dat alle diensten recent preventieve maatregelen hebben genomen ter bescherming van de werknemers die met hen in contact komen.

De heer **Luc Goutry** (CVP) : Mevrouw de voorzitter, normaal mogen bij een mondelinge vraag geen andere leden het woord nemen. De heer Mayeur had zijn betoog gerust achterwege mogen laten als het alleen bedoeld was om mij hier in mijn hemd te zetten.

Mijnheer Mayeur, mijn vraag heeft niets te maken met het Vlaams Blok. Ik verwoord alleen de gevoelens van verontruste mensen, zoals bijvoorbeeld de mensen die dienst doen te Jabbeke. Zij halen mensen tevoorschijn uit

Luc Goutry

vrachtwagens en werken in de meest moeilijke omstandigheden. Vorige week heb ik, samen met leden van de Senaat, hun werkplaats bezocht. Wij stelden vast dat zowel de rijkswachters als alle anderen die met de betrokkenen omgaan, handschoenen dragen. U kunt tegen hen fulmineren en beweren dat iedereen die daar handschoenen draagt leden van het Vlaams Blok zijn. Dat heeft met deze zaak niets te maken. Zoals vroeger bij onze bevolking preventief onderzoeken werden uitgevoerd, zou het hier zeker niet abnormaal zijn om risicodragers van besmettelijke ziekten te screenen teneinde de kwaal te kunnen opsporen en de betrokkenen te kunnen helpen. Als zij aan een bepaalde ziekte lijden, moeten zij zo snel mogelijk kunnen worden geholpen. Het zou toch nefast zijn mocht de besmetting op die manier worden doorgegeven.

Dat was de kern van mijn vraag. Misschien gebeurt het minder dan het mij werd signaleerd, maar het was zeker niet mijn bedoeling de zaak te overroepen. Enkele personen hebben mij erom verzocht die vraag te stellen, wat ik in alle sereniteit heb gedaan. Het antwoord van de minister vind ik voldoende, want ik heb begrepen dat er aandacht aan wordt geschonken. Het is inderdaad geen gemakkelijke zaak, maar men is zich tenminste bewust van het gevaar.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

Samengevoegde mondelinge vragen van mevrouw Anne-Mie Descheemaeker, de heer Hubert Brouns en mevrouw Magda De Meyer aan de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu over "de complementaire en alternatieve geneeswijzen" (nrs. 2329, 2360 en 2366)

Questions orales jointes de Mme Anne-Mie Descheemaeker, M. Hubert Brouns et Mme Magda De Meyer à la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement sur "les médecines complémentaires et alternatives" (n^{os} 2329, 2360 et 2366)

Mevrouw **Anne-Mie Descheemaeker** (AGALEV-ECOLO) : Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, collega's, binnen het zorgaanbod in de gezondheidszorg is er naast de erkende reguliere zorgverstrekking een uitgebreid aanbod aan complementaire, alternatieve of niet-conventionele geneeswijzen. Alhoewel deze niet opgenomen zijn in de ziekteverzekering en de kosten dus integraal door de patiënt of de consument zelf moeten worden gedragen, kennen de alternatieve geneeswijzen een groot succes bij het brede publiek. Dit werd trouwens onlangs nog bevestigd door een enquête van Test-Aankoop.

Door het grote en diverse aanbod van niet-reguliere geneeswijzen - er bestaan immers tientallen verschillende niet-conventionele praktijken - bestaat er voor het brede publiek onduidelijkheid over de kwaliteit, de efficiëntie en de kostprijs van deze geneeswijzen, alsook omtrent de opleiding en de capaciteiten van de beoefenaars. Een belangrijk aantal van deze beoefenaars oefenen op dit moment, volgens de letter van de wet, onwettige geneeskunde uit.

Binnen de reeds bestaande beroepsgroepen van deze beoefenaars van complementaire geneeswijzen bestaan er ook grote tegenstellingen op het gebied van opleiding en praktijkuitoefening.

Vermits er geen erkenningen bestaan, noch van de beoefenaars, noch van de opleidingen in de diverse vormen van alternatieve geneeswijzen, heeft men geen globaal overzicht van de toestand op het terrein.

De wet betreffende de niet-conventionele praktijken van 29 april 1999, de zogenaamde wet-Colla, voorziet uiteindelijk in de registratie van de vier meest gekende praktijken en van hun beoefenaars, met name de chiropraxie, de osteopathie, de homeopathie en de acupunctuur.

Door dergelijke registratie wordt de bevolking een bescherming geboden tegenover het alternatieve aanbod, waarachter onvermijdelijk veel kwakzalverij schuilgaat.

Mevrouw de minister, sta mij toe u een aantal vragen te stellen.

Waarom en omwille van welke knelpunten, laat de uitvoering van de wet inzake de niet-conventionele praktijken zo lang op zich wachten ?

Wat is het standpunt van de minister aangaande de complementaire en alternatieve praktijken ?

Voorziet de minister in de nabije toekomst in initiatieven tot de registratie en/of de erkenning van alternatieve praktijken ?

De heer **Hubert Brouns** (CVP) : Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, collega's, dit thema is reeds een paar maal aan bod gekomen. Ik begrijp goed waarom een en ander niet zo vlot verloopt.

Mevrouw de minister, u hebt gezegd dat de uitvoering wordt bemoeilijkt omdat we de wet zo complex hebben gemaakt.

Minister **Magda Aelvoet** : En contradictorisch ook.

De heer **Hubert Brouns** (CVP) : Inderdaad. Het is de reden waarom wij, vóór de goedkeuring van de wet, daarop hebben gewezen, maar uiteindelijk heeft de minister zijn slag thuis gehaald. Hij is niet ingegaan op onze alternatieve voorstellen om de complementaire zorg een wettelijk kader te bezorgen.

Hubert Brouns

Mijn collega heeft zeer concrete vragen gesteld omtrent de stand van zaken. Ik zal die vragen dan ook niet herhalen. Ik wil er wel één aan toevoegen, met name mijn derde vraag, want mijn eerste twee vragen lopen gelijk met de reeds geformuleerde vragen.

Ik wil peilen naar de congruentie tussen uw houding tegenover de niet-conventionele praktijken, zoals blijkt uit uw beleidsnota, en de wet, zoals wij haar hebben goedgekeurd. In uw beleidsnota staat te lezen : "De complementaire geneeswijzen" - acupunctuur, chiropraxie, osteopathie en homeopathie - "situeren zich binnen de verschillende echelons en dienen hierin conceptueel te worden geïntegreerd".

In welke mate is uw stellingname congruent met de wet zoals wij haar in 1999 hebben goedgekeurd ?

Ik kijk met verwachting uit naar het verdere verloop, maar ik heb in ieder geval mijn toenmalig wetsvoorstel heringediend, om een duidelijkere omschrijving te verkrijgen. Immers, soms spreekt men over alternatieve geneeswijzen, dan weer over niet-conventionele geneeswijzen. Na lange discussie waren we gekomen tot het begrip complementaire zorg, waarbij diegenen zich beter kunnen vinden die het moeilijk vinden om het niet-conventionele te plaatsen binnen de gekende echelons van de zorgverstrekking. Volgens mij is het een benadering die de complexiteit waarin we ons nu bevinden kan verlichten.

Mevrouw **Magda De Meyer** (SP) : Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, collega's, we zijn het met elkaar eens dat er dringend een vervolg moet komen op de wet van 29 april 1999 betreffende de niet-conventionele praktijken. Er moet ook dringend werk worden gemaakt van de uitvoeringsbesluiten.

We hebben in deze commissie al veel gesproken over de complexiteit van de materie, maar zowel voor de beoefenaars van deze niet-conventionele praktijken als voor degenen die er gebruik van maken is het belangrijk dat er snel duidelijkheid komt.

Intussen wint de sector meer en meer aan belang en geraakt hij meer en meer geïntegreerd in de conventionele geneeskunde. Steeds meer praktijken worden overgenomen en geïntegreerd in de conventionele geneeskunde. Een aantal ziekenfondsen neemt niet-conventionele behandelingen op in de aanvullende verzekeringen. Men lijkt ook heel tevreden over de behandelingen. Niet alleen worden zij meer en meer toegepast, zij scoren ook heel hoog qua tevredenheid, zoals ook mevrouw Descheemaeker in haar vraag heeft aangetoond.

De wet is nu meer dan één jaar oud en we verwachten nu de opvolging van de wet. Wij vragen naar een duidelijke timing en een detectie van de overblijvende knelpunten.

Minister **Magda Aelvoet** : Mevrouw de voorzitter, collega's, het kabinet heeft weinig aanspreekpunten om die zaak mee te onderbouwen. Toch werd er sterk genvesteerd in het onderzoek naar de beste aanpak. Er zijn zeer veel contacten geweest met de mensen uit de sector, die, zoals u weet, een veld is met duizend bloemen waarin al de betrokkenen andere opvattingen en andere inzichten hebben.

De wet zelf bevat een aantal probleempunten. De artikelen 3 en 12 bevatten een flagrante contradictie inzake de timing. Ik kan mij hier dus niet houden aan de letter van de wet.

Dit is geen goedkoop excuus om uit te leggen waarom een en ander niet sneller vooruitgaat. Ik wil aantonen dat door de vele amendementen die in laatste instantie werden goedgekeurd, er op bepaalde momenten tekortkomingen zijn ontstaan. In september en oktober 1999 hebben op een congres specialisten in medisch recht zich daarover hebben gebogen. Gedurende een hele dag hebben zij een inventaris van de problemen opgesteld.

Ik kom nu tot de kern van de zaak. Wat kan en zal op korte termijn worden ondernomen ? Nadat wij met de vertegenwoordigers van de betrokken sector een aantal contacten hebben gehad, nadat de wet werd bestudeerd en zijn mogelijkheden werden onderzocht, wordt vandaag een ontwerp van koninklijk besluit inzake de erkenning van de beroepsorganisaties van beoefenaars van homeopathie - wat moest worden voorafgegaan door een koninklijk besluit waarin de criteria waaraan de beroepsorganisaties van beoefenaars van praktijken moeten beantwoorden - bij de Raad van State ingediend.

Dan beschikken wij nog maar alleen over de criteria voor beroepsorganisaties, op basis waarvan ze zouden kunnen worden erkend. Dat is nog maar de eerste stap. Zodra wij het advies van de Raad van State hebben ontvangen, moet het ontwerp ter bekrachtiging bij Kamer en Senaat worden ingediend. Dan pas kan worden overgegaan tot de erkenning van beroepsorganisaties. De volgende stap is het oprichten van de paritaire commissies en van de kamers. Dat proces wordt nu in werking gezet.

Problemen bij de wettelijke samenstelling van de paritaire commissies, waarin onder meer universitaire instellingen hun medewerking moeten verlenen, zouden ertoe kunnen leiden dat de uitvoering van de wet in een patsituatie terechtkomt. Parallel wordt - in het kader van het koninklijk besluit van 1978 - de piste onderzocht van de erkenning van artsen-acupuncturisten, artsen-homeopaten, kinesitherapeuten, osteopaten en kinesitherapeuten-acupuncturisten. Op die manier zou men onder meer een verband kunnen leggen met degenen die in het bezit zijn van een erkend diploma.

Magda Aelvoet

Dat is dus een tweede weg die op het ogenblik wordt onderzocht. Indien iemand dit met kwade bedoelingen naar buiten zou brengen, alsof we ons volledig zouden gaan baseren op het koninklijk besluit van 1978, zou men de indruk krijgen dat we een groot deel van het veld braak laten liggen en dat is zeker niet de bedoeling. We gaan proberen de wet uit te voeren, maar we willen ons wel indekken tegen mogelijke patsituaties.

Daar niemand een goed overzicht heeft van de bestaande toestand zal een kadaster van deze beroepspraktijken worden aangelegd om ze in kaart te brengen. We hebben kadasters van geneesheren, waarom zouden we dan geen kadasters aanleggen van deze praktijken? Mevrouw De Block heeft mij daarover niet zo lang geleden een vraag gesteld.

Er zijn slechts twee mogelijkheden om een kadaster aan te leggen. Een eerste mogelijkheid is de vrijwillige melding, waarbij heel wat mensen zich zullen manifesteren, maar wellicht een deel ook niet. Een tweede mogelijkheid is de organisatie van een kadaster via een onderzoek-sopdracht, met alle problemen van dien. De vrijwillige melding draagt dan ook mijn voorkeur weg.

Mevrouw de voorzitter, ik zou nog even willen ingaan op een aantal problemen die door mijn collega's werden aangehaald. Er is nog steeds discussie over het evidence-based karakter van die vier disciplines, maar het blijft een realiteit dat een groot deel van de bevolking er een beroep op doet en er een grote tevredenheid over uitdrukt. Het is belangrijk dat de overheid dit erkent en garanties verleent aan de bijkomende en bijzondere ondersteuning die deze complementaire geneeswijzen bieden.

Daarom is het belangrijk zowel de beoefenaars als het publiek duidelijk te maken welke de betrouwbaarheid, de veiligheid en de efficiëntie van een aantal alternatieve geneeswijzen zijn. Tegelijkertijd moet een regulering van het aanbod mogelijk worden gemaakt, zodat de patiënten zouden weten bij wie ze terecht komen.

Het is niet de bedoeling een parallel circuit te creëren, naast de reguliere geneeskunde. Het is belangrijk dat de twee sectoren samen kunnen functioneren ten bate van patiënten. Artikel 9 van die wet, die toch unaniem is aanvaard, bepaalt duidelijk dat de informatieplicht zeer belangrijk is. Het is volgens mij zeer belangrijk dat een poging wordt ondernomen om via de verplichte informatie de relatie tussen de niet-conventionele therapie en de reguliere geneeskunde vast te leggen.

Op eerder gestelde vragen heb ik reeds geantwoord dat een uitwisseling van informatie nodig is om de samenwerking te bevorderen, vooral op het eerste niveau, niet op alle echelons. Het is volgens mij dan ook logisch dat in het globaal medisch dossier ook de elementen van de complementaire behandelingen worden weergegeven.

Het door de heer Brouns aangehaalde citaat is op een ongelukkige manier geformuleerd. Ik heb steeds gezegd dat ik de complementaire geneeswijzen situeer op het niveau van de eerstelijnszorgenverstrekkers.

Ik wil evenwel mijn verantwoordelijkheid niet ontlopen. Uit de nasleep van de incidenten ingevolge het verkeerd gebruik van bepaalde Chinese kruiden dit jaar, hebben we geleerd dat een minister van Volksgezondheid moet kunnen waarschuwen voor gevaren die er schuilen in bepaalde middelen die niet op een kwaliteitsvolle manier worden voorgeschreven. Overigens vestig ik er uw aandacht op dat de Chinese kruiden, waarvan sprake, door artsen werden voorgeschreven en niet door personen die complementaire geneeswijzen beoefenen. Daarmee is meteen ook duidelijk dat op alle niveaus voor kwaliteit moet worden gezorgd. De regulering, de registratie en de erkenning van de complementaire therapieën staan wat mij betreft los van de financiering hiervan. De financiering is een RIZIV-problematiek, waarvoor collega Vandenbroucke bevoegd is.

Ik ben er voorstander van dat de overheid het wetenschappelijk onderzoek in verband met alternatieve geneeswijzen, waarvan er aanwijzingen zijn dat ze een efficiënte werking kunnen hebben, promoot en ondersteunt. Concluderend hoop ik dat we op korte termijn vooruitgang boeken met de verwezenlijking van de genoemde denksporen. Ik ben er alleszins van overtuigd dat aan de wet een aantal verbeteringen zullen moeten worden aangebracht. Ik zal zeker nakijken of het wetsvoorstel dat de heer Brouns op 4 juli dienaangaande heeft ingediend, daarvoor niet als basis kan dienen.

Mevrouw **Anne-Mie Descheemaeker** (AGALEV-ECOLO): Mevrouw de minister, ik kan alleen maar herhalen dat er dringend stappen moeten worden gedaan, zodat patiënten geen keuzes maken die hun gezondheidstoestand niet vooruithelpen en zelfs schaden, omdat het domein van de alternatieve geneeskunde niet duidelijk omschreven en geregeld is.

De heer **Hubert Brouns** (CVP): Mevrouw de voorzitter, ik dank de minister voor haar antwoord en verheug mij erover dat zij een timing vooropstelt. Wanneer het ontwerp van koninklijk besluit van de Raad van State terugkomt en erover in commissie wordt gediscussieerd, zal er ongetwijfeld opnieuw een debat kunnen worden gewijd aan een aantal fundamentele opmerkingen.

Als het koninklijk besluit nummer 78 hier van toepassing wordt gemaakt, dan zullen ook de beoefenaars van niet-conventionele geneeskunde eenzelfde wetenschappelijke opleiding moeten volgen. Daar is in de vigerende wetgeving niet in voorzien. Degenen die nu al vallen onder de toepassing van het koninklijk besluit

Hubert Brouns

nummer 78, vormen geen gevaar voor de patiënt, want zij hebben een opleiding genoten. Als ze daarnaast niet-conventionele geneeskunde beoefenen, is dat hun eigen verantwoordelijkheid.

Ik heb lange tijd gedacht dat het koninklijk besluit nummer 78 een oplossing kon betekenen, maar die denkpiste heb ik allang verlaten. Immers, wanneer men vaststelt welke beroepsgroepen er zijn ingeschreven en welke complementaire opleiding ze gehad hebben, dan zou de patiënt voldoende waarborgen moeten hebben.

Ik pleit ervoor dat men uitsluitend de bescherming van de patiënt vooropstelt. Die moet zeker zijn dat de therapeut hem kan helpen of ten minste weten volgens welke therapie hij geholpen wordt. Hij moet ook weten of de therapeut al dan niet geregistreerd is. Het principe dat men, mijns inziens, voor ogen moet houden, is de bescherming van de patiënt die zekerheid moet hebben over het feit of hij behandeld wordt door een klassiek geschoolde geneesheer met complementaire opleiding of een niet-conventionele therapeut.

Mevrouw **Anne-Mie Descheemaeker** (AGALEV-ECOLO) : Mevrouw de minister, dat onderscheid is niet zo vanzelfsprekend. Immers, er kunnen artsen zijn met een bijkomende praktijk, bijvoorbeeld in de chiropraxie, terwijl er daarnaast kinesisten zijn met dezelfde bijkomende opleiding. Dus zelfs de toepassing van het koninklijk besluit nummer 78 is niet vanzelfsprekend.

Mevrouw **Magda De Meyer** (SP) : Mevrouw de minister, is er een termijn voorzien voor het advies ?

Minister **Magda Aelvoet** : Het ontwerp is vandaag verstuurd met de vraag om zo snel mogelijk advies te geven. Aangezien de vakantieperiode is begonnen, vermoed ik dat ik het eind augustus zal ontvangen. Zodra ik erover beschik, zal ik het aan de commissie bezorgen.

Mijn hoofddoel is proberen de wet uit te voeren. Met het koninklijk besluit nummer 78 heb ik een maatregel uitgevaardigd om eventueel op terug te vallen, wetende dat daarmee maar een kleine groep bereikt wordt. Die groep heeft nu trouwens al meer werkingsmogelijkheden dan om het even welke andere. Ook ten aanzien van de patiënt biedt deze groep sluitende garanties.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

Regeling van de werkzaamheden
Ordre des travaux

De mondelinge vraag nr. 2350 van de heer Karel Van Hoorebeke wordt naar een latere datum verschoven.

Mondelinge vraag van de heer Hubert Brouns aan de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu over "de verdeling van medische stalen" (nr. 2359)
Question orale de M. Hubert Brouns à la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement sur "la distribution d'échantillons médicaux" (n° 2359)

De heer **Hubert Brouns** (CVP) : Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, collega's, ik stel deze vraag naar aanleiding van een verklaring die u afgelegd hebt tijdens het geneesmiddelen debat.

Op een bepaald moment hebt u aangekondigd dat u de bedeling van de monsters drastisch wou beperken en transparanter maken, waarvoor wetgevende initiatieven nodig waren. Zo zou daarvoor het koninklijk besluit van 11 januari 1993 moeten worden aangepast. Met deze vraag peil ik vooral naar de stand van zaken van die aanpassing.

Tegelijkertijd maak ik van de gelegenheid gebruik om enkele opmerkingen te formuleren. Ik heb op het terrein kunnen vaststellen dat er al initiatieven genomen worden door bedrijven om de stalen op een totaal nieuwe manier te beheren. Wat mij opvalt, is dat de nieuwe aanpak een gezond uitgangspunt heeft. Men koppelt namelijk de bedeling van de monsters los van de artsenbezoeken, waardoor alle misbruiken van de huidige monsterbedeling worden geweerd.

Het systeem dat wordt voorgesteld, is zeer transparant, althans als het goed toegepast wordt. Het systeem maakt het ook mogelijk de monsters gemakkelijk te traceren.

Bent u op de hoogte van initiatieven die op het terrein worden genomen ? Zult u op korte termijn het koninklijk besluit van 11 januari 1993 aanpassen ? Met die aanpassingen zouden de nieuwe initiatieven moeten worden aangemoedigd en de thans gangbare praktijken worden ontraden.

Minister **Magda Aelvoet** : Mevrouw de voorzitter, collega's, ik heb inderdaad kennis genomen van een nieuw project dat in de buurt van de heer Brouns wordt ontplooid en dat Metista heet. Het is naar mijn oordeel een interessant initiatief waarbij de bedeling van de monsters van de artsenbezoeken wordt losgekoppeld. Ik heb daar geen enkel bezwaar tegen en kan alleen maar aanmoedigen dat andere bedrijven het voorbeeld volgen. Dit veronderstelt wel een samenwerkingsakkoord met de farmaceutische industrie, zoals dat bij Metista het geval is.

Ik kom nu tot mijn antwoord inzake de wijziging van het koninklijk besluit van 11 januari 1993. Zoals ik in commissie naar aanleiding van het geneesmiddelen debat

Magda Aelvoet

aankondigde, heb ik gesprekken gehad met de farmaceutische industrie, die positief waren. Wij hebben een akkoord bereikt dat, ingeval er een nieuw product op de markt komt, de bedrijven maximum 8 monsters per arts per jaar mogen uitdelen. Na een jaar wordt dat 5 monsters en na twee jaar 4 monsters. Daar blijft het dan bij. Dat is een zeer sterke beperking tegenover wat volgens het vigerende koninklijk besluit van 1993 mogelijk is, met name 600 monsters per product per arts, een koninklijk besluit dat overigens nog door mevrouw Onkelinx is ondertekend.

Ik zeg niet dat ze inderdaad de artsen 600 monsters bezorgden, maar het staat zo in het koninklijk besluit terzake. Mijns inziens, is er met de industrie een akkoord bereikt over een redelijke formule. De administratie werkt aan de vertaling van het akkoord in een wettekst, die onmiddellijk na het reces klaar zal zijn.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

Question orale de Mme Colette Burgeon à la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement sur "les suites données à l'affaire du Cidex" (n° 2370)

Mondelinge vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu over "het gevolg dat gegeven werd aan de zaak-Cidex" (nr. 2370)

Mme **Colette Burgeon** (PS) : Madame la présidente, madame la ministre, chers collègues, du 11 février au 10 mai de cette année, un lot de Cidex de près de 500 flacons jugés inopérants a été distribué dans 74 hôpitaux belges. Très vite, madame la ministre, vous avez conclu que le risque de contamination pour les hépatites B et C était vraiment minime et celui pour le virus HIV, inexistant.

Une circulaire a alors invité les hôpitaux à convoquer les patients potentiellement contaminés et à organiser des tests de dépistage. Le 29 juin, la firme Johnson & Johnson a adressé, pour la seconde fois, un courrier aux 74 établissements, confirmant qu'elle prendrait en charge l'ensemble des frais et des dépenses supportés par les hôpitaux et les patients. Ainsi, tant du côté de la firme anglaise que du ministère de la Santé publique, a-t-on assuré que l'affaire du Cidex était sous contrôle.

Même si de nombreuses questions ont déjà été posées sur le sujet, je souhaiterais, madame la ministre, encore vous interroger à ce propos. Tout d'abord, pourriez-vous me préciser combien de personnes potentiellement contaminées ont été recensées à ce stade de la procédure ? Ensuite, quel est le décompte exact des hôpitaux

touchés par ce problème ? En outre, est-il exact qu'un montant forfaitaire dégressif par patient de 2 000 francs et un dédommagement individuel de 2 000 francs seraient octroyés par la firme Johnson & Johnson ? Pourriez-vous également nous garantir que ces sommes se révèlent suffisantes pour permettre aux hôpitaux et aux patients de faire face aux frais qu'ils doivent supporter à la suite de cette affaire ? Enfin, ce dossier du Cidex peut-il être considéré comme étant définitivement sous contrôle, quels problèmes se posent encore aujourd'hui et quelles actions éventuelles devrez-vous encore entreprendre ?

Mme **Magda Aelvoet**, ministre : Madame la présidente, chers collègues, je voudrais tout d'abord vous faire remarquer que ce n'est pas moi qui ai dit qu'il n'y avait aucun risque de contamination, mais bien un comité d'experts réunis à ma demande dans le cadre des travaux du Conseil supérieur d'hygiène. De fait, en tant que ministre responsable, je me sentais fortement préoccupée par cette affaire.

Relativement au nombre exact de personnes concernées par ce dossier du Cidex, comme j'ai déjà pu le déclarer à plusieurs reprises ici ou au Sénat, le chiffre de 25 000 n'est pas correct. En réalité, on oscille entre 40 000 et 50 000 personnes. De même, il ne s'agit pas de 74, mais bien de 81 centres hospitaliers en cause dans ce dossier - la différence s'expliquant par le fait que certains hôpitaux possèdent plusieurs sites et que la firme Johnson & Johnson n'avait de contacts qu'avec un seul siège pour chacun d'entre eux.

En principe, tous les hôpitaux devaient avoir effectué les premières analyses pour le 30 juin. En outre, ils se sont engagés à nous faire parvenir toutes les données pour le 20 juillet. Ainsi, une bonne partie de ces données - mais pas leur intégralité - sont déjà en notre possession. Je m'engage par ailleurs à vous faire parvenir à domicile les détails de ces résultats, si vous le souhaitez.

D'autre part, il me semble indispensable de tenir l'ensemble des citoyens au courant des suites de ce dossier. En effet, de nombreuses inquiétudes sont nées au sein de la population. Ainsi ai-je reçu récemment, pendant plus de trois heures, les représentants d'une petite association créée en réaction à ce scandale. Le spectre des affaires du sang contaminé est bien là et il faut donc rassurer l'ensemble des citoyens. Aussi tiendrai-je, à la fin du mois de juillet, une conférence de presse pour communiquer l'ensemble des résultats qui seront en ma possession à propos de ce dossier. De même, je les enverrai à tous les membres de la commission.

Par ailleurs, les montants que vous avez mentionnés sont tout à fait exacts. Pour le détail, les frais administratifs de l'hôpital doivent être exprimés sous la forme d'un montant forfaitaire par patient. Ces frais

Magda

comprennent les courriers envoyés aux patients et aux médecins traitants, les heures prestées par les secrétariats, l'hygiène hospitalière et la pharmacie... Pour ces frais administratifs, il est donc proposé un montant forfaitaire de 2 000 francs pour les 250 premiers patients; 1 850 francs à partir du deux cent cinquante et unième patient et 1 700 francs à partir du cinq centième patient.

D'autre part, les frais directement supportés par les patients - dont les frais de déplacement - sont également indemnisés sous la forme d'un montant forfaitaire de 2 000 francs par patient.

D'après la firme Johnson & Johnson qui a contacté les différents hôpitaux concernés, aucun de ces derniers ne s'est plaint d'une insuffisance des sommes allouées.

A l'heure actuelle, nous pouvons effectivement considérer que cette affaire du Cidex se trouve sous contrôle. Le lot de produits défectueux a été retiré du marché - et ce, à partir du 4 avril. La firme Johnson & Johnson aurait également pris les mesures nécessaires afin d'éviter qu'une telle erreur ne puisse se reproduire à l'avenir et a amélioré sa méthodologie de contrôle des échantillons. De fait, avant que l'affaire n'éclate, elle était passée - avec l'autorisation de la fameuse "autorité notifiée" - d'un système de contrôles journaliers à un système de contrôles hebdomadaires en raison de l'automatisation de toute leur chaîne de production. A la suite de l'incident, la firme Johnson & Johnson a donc modifié à nouveau son système de contrôle des échantillons.

Enfin, lors du dernier Conseil européen des ministres de la Santé publique, la Belgique s'est vue féliciter par la Commission européenne et par la Grande-Bretagne pour avoir signalé ce problème. Lors de la même réunion fut également acceptée la proposition belge de revoir la classification d'un certain nombre de dispositifs médicaux, lesquels sont actuellement moins contrôlés que les médicaments. A titre d'exemple, le Cidex faisait partie de la catégorie "médicaments" jusqu'en 1995, pour appartenir depuis lors aux "dispositifs médicaux".

Pour conclure, je puis vous déclarer que la totalité des interventions financières de la firme Johnson & Johnson pour notre territoire s'élèvera à près d'un demi-milliard de francs belges. A cet égard, l'on peut louer l'action des autorités belges grâce à laquelle la firme a reconnu sa responsabilité et a accepté de l'assumer. Le gouvernement n'a donc absolument pas voulu protéger la firme Johnson & Johnson - contrairement aux fausses rumeurs propagées par certaines associations spontanées créées autour de ce dossier.

Mme **Colette Burgeon** (PS) : Madame la présidente, je remercie la ministre pour sa réponse qui a permis de préciser les différentes données chiffrées. Par ailleurs, j'apprécie la proposition de madame la ministre de nous

faire parvenir par courrier l'ensemble des résultats; de fait, nous ne nous verrons plus pendant quelques semaines. Enfin, il est évident qu'il est également de l'intérêt - financier - de la firme Johnson & Johnson de prendre toutes les mesures nécessaires pour éviter que pareil incident ne se reproduise dans le futur.

Pour terminer, je tiens à féliciter les autorités belges pour leur promptitude à réagir sur ce dossier - promptitude dont la Belgique n'avait malheureusement pas fait preuve par le passé dans d'autres affaires tout aussi délicates. Ainsi avons-nous tiré les leçons du passé. Aussi, je félicite la ministre et l'ensemble du gouvernement pour leur gestion de ce dossier.

Mme **Magda Aelvoet**, ministre : Je voudrais encore vous signaler l'élément suivant. L'Institut de santé publique (ISP) réalise une étude épidémiologique afin d'évaluer les procédures mises en oeuvre par les hôpitaux pour faire face aux conséquences de ce dossier. Voilà assurément une garantie supplémentaire pour les patients.

Mme **Colette Burgeon** (PS) : Je pense en effet que ce type de démarche permettra de rassurer la population.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Question orale de M. Yvan Mayeur à la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement sur "l'éventuelle révision des normes pour l'agrément des maisons de repos et de soins" (n° 2371)

Mondelinge vraag van de heer Yvan Mayeur aan de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu over "de eventuele herziening van de erkenningsnormen voor rust- en verzorgingstehuizen" (nr. 2371)

M. **Yvan Mayeur** (PS) : Madame la présidente, j'ai déjà interrogé la ministre à propos de cette problématique. Néanmoins, si je reviens aujourd'hui encore sur cette question, c'est parce qu'à l'époque, Mme la ministre m'avait répondu qu'elle interrogerait le Conseil national des établissements hospitaliers (CNEH) afin d'obtenir de plus amples informations.

En fait, ma question porte spécifiquement, d'une part, sur la norme architecturale applicable dès 2005 dans les maisons de repos et de soins, laquelle fera passer le nombre de lits par chambre de 3 ou 4 - comme c'est le cas aujourd'hui - à 1 ou 2 maximum; et, d'autre part, sur les normes relatives au cadre du personnel infirmier, faisant passer celui-ci dès octobre de cette année de 3 pour 30 patients à 5 pour 30 patients.

Yvan Mayeur

Madame la ministre, vous avez - avec votre collègue, le ministre des Affaires sociales - interrogé le CNEH à ce sujet. Il me semble en outre qu'une concertation devait être organisée avec les régions et communautés compétentes pour les deux aspects des normes prévues dans l'arrêté royal adopté le 24 juin 1999 et publié au Moniteur belge en début de cette année.

Certes, je sais que votre chef de cabinet a demandé à ce que ma question soit retirée ou qu'à tout le moins, je n'évoque pas le problème des pensionnaires fugueurs dans les établissements de soins et de repos. Toutefois, étant donné que vous avez fait un commentaire dans la presse à ce sujet, je me permets de refaire allusion à ce dossier et de faire le lien avec le problème de l'utilisation de bracelets antifugue dans les maisons de repos.

A ce sujet, certains évoquent cette mesure en déclarant qu'elle permet de suppléer au personnel qui leur manque. Tel est l'argument avancé. Toute la problématique réside donc dans ce recours à l'électronique pour remplacer le personnel.

Pour revenir au sujet qui nous occupe, nous sommes, quant à nous, favorables à ces normes évoquées ci-dessus. Néanmoins, force est de constater - assez paradoxalement - une pénurie de personnel infirmier compétent sur le marché du travail. Aussi, la situation est-elle la suivante : d'un côté, nous voudrions mettre en oeuvre des normes d'encadrement plus importantes et, de l'autre, ces mêmes normes se trouvent inapplicables dans la pratique en raison d'une carence en personnes qualifiées dans ce domaine.

Madame la ministre, vous avez donc interrogé le CNEH à ce sujet en avril dernier. Etant maintenant arrivés à la fin de la session parlementaire et ne pouvant plus nous revoir avant le mois d'octobre - date à laquelle les normes relatives au personnel infirmier entreront en vigueur -, je me permets dès lors de vous interroger à propos de la réponse que le CNEH vous a donnée. Et pour finir, je serais heureux que vous me précisiez si une concertation a eu lieu avec vos collègues des régions et communautés à propos de ces mesures électroniques de contrôle des résidents dans les maisons de repos.

Mme **Magda Aelvoet**, ministre : Madame la présidente, chers collègues, il est exact qu'en concertation avec M. Vandebroucke, j'ai posé, le 10 avril, au CNEH une question relative au fonctionnement des maisons de repos et de soins.

Entre-temps se sont réunis deux groupes de travail au sein de ce CNEH, lesquels ont élaboré une proposition d'avis qui doit encore être entérinée, ce 13 juillet, par le Bureau du CNEH. Ledit avis porte sur les points que M. Mayeur a soulignés.

En outre, j'ai déjà donné l'ordre de réaliser toutes les démarches utiles sur le plan légal afin de modifier l'arrêté royal susmentionné dans le sens de ce qui est proposé par le CNEH et de ce qui répond à vos préoccupations.

Relativement à la concertation avec les régions et les communautés, je dois tout de même attirer votre attention sur le fait qu'il a été décidé, lors de la conférence interministérielle du 29 mars 2000, de créer un groupe de travail entre les différents cabinets en vue d'actualiser le protocole de 1997 en matière de politique des personnes âgées et d'examiner les nouvelles normes pour les maisons de repos et de soins.

Ce groupe de travail intercabinets s'est réuni le 17 mai et le 21 juin 2000. Lors de la réunion du 21 juin, la problématique des nouvelles normes MRS a été mise à l'ordre jour et ses membres ont pris connaissance de l'avis du CNEH. La prochaine réunion de ce groupe de travail intercabinets a lieu aujourd'hui même.

Par ailleurs, les mesures en matière de dispositifs électroniques antifugue relèvent de la compétence exclusive des régions et des communautés. Je ne peux nullement intervenir dans ce domaine. Dès lors, je suis tout à fait étonnée d'apprendre par vous que j'aurais fait des déclarations dans la presse à ce propos, dans la mesure où je n'ai contacté aucun journaliste.

M. **Yvan Mayeur** (PS) : Permettez-moi de citer l'article : "Magda Aelvoet, ministre fédéral de la Santé publique : 'Il faut donner priorité à l'humain. Les bracelets ne devraient être utilisés que dans la mesure où aucun membre du personnel ne peut assurer convenablement la garde des personnes âgées. Nous aurons certainement une discussion à ce sujet très bientôt.'".

Mme **Magda Aelvoet**, ministre : Et bien, Mme Aelvoet n'en savait rien ! Néanmoins, il arrive que la presse vous fasse dire ce que vous n'avez jamais déclaré.

M. **Yvan Mayeur** (PS) : Je vous crois, madame. Mais je tenais tout de même à vous le faire savoir et je vous transmettrai une copie de cet article.

Mme **Magda Aelvoet**, ministre : Je vous en remercie et je ne laisserai pas cette histoire sans suite.

M. **Yvan Mayeur** (PS) : Quoi qu'il en soit, madame Aelvoet, je ne vous reproche rien et je suis même d'accord avec la teneur des propos que l'on vous prête. Simplement, je voulais savoir si les ministres compétents des autres niveaux de pouvoir avaient été prévenus de ces problématiques, compte tenu des relations existant entre le fédéral et les deux communautés.

Mme **Magda Aelvoet**, ministre : Non, nous n'avons pas eu de concertation avec eux. Toutefois, je partage plutôt votre avis. Mais honnêtement, je n'ai pas voulu faire de déclaration, car c'est en contradiction avec les compétences qui sont de mon ressort.

M. **Yvan Mayeur** (PS) : C'est intéressant ce que vous dites là.

Mme **Magda Aelvoet**, ministre : De fait, l'on n'accepte pas dans notre système qu'un ministre se prononce sur un élément qui ne rentre pas dans le cadre de ses compétences et qui, de surcroît, relève d'un autre niveau de pouvoir.

M. **Yvan Mayeur** (PS) : Lorsque vous aurez la réponse du CNEH, en informerez-vous les différents établissements ?

Mme **Magda Aelvoet**, ministre : Bien sûr.

M. **Yvan Mayeur** (PS) : Et le nouvel arrêté sera-t-il donc publié avant le 1er octobre ?

Mme **Magda Aelvoet**, ministre : J'en ai bien l'intention.
L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Question orale de M. Jean-Marc Delizée à la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement sur "l'absence d'aide médicale urgente sur le site des Lacs de l'Eau d'Heure et les difficultés de financement de celle-ci dans l'Entre-Sambre-et-Meuse" (n° 2368)

Mondelinge vraag van de heer Jean-Marc Delizée aan de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu over "het gebrek aan dringende medische hulpverlening aan het meer van l'Eau d'Heure en de moeilijkheden om dergelijke hulp te financieren in de streek tussen Samber en Maas" (nr. 2368)

M. **Jean-Marc Delizée** (PS) : Madame la présidente, madame la ministre, chers collègues, j'ai déjà eu l'occasion d'interroger la ministre sur le problème de l'aide médicale urgente dans l'Entre-Sambre-et-Meuse il y a quelques mois. Aussi, je souhaiterais évoquer aujourd'hui une situation très précise, à savoir la problématique de l'aide médicale urgente dans le site touristique des Lacs de l'Eau d'Heure.

Je me permettrai de rappeler brièvement l'historique de ce problème. A la suite de plusieurs accidents tragiques survenus dans cette zone il y a quelques années, les autorités avaient mis en place, en 1991, une coordination en vue d'optimiser la sécurité sur ce site destiné à un développement touristique important.

Lors d'une réunion tenue en mai 1991 à la police générale du Royaume, un plan de secours médical avait été approuvé. Ainsi était-il convenu que l'organisation et la gestion du dispositif de secours seraient confiées, pour cinq ans, à une ASBL dénommée "le SAMU des Fagnes", laquelle dépend du Centre de santé des Fagnes situé à Chimay.

Le dispositif de sécurité alors mis en place était composé, d'une part, d'une équipe médicale comprenant un infirmier urgentiste, trois ambulanciers et une ambulance équipée pour la réanimation médicale, et, d'autre part, de plusieurs équipes de protection civile qui assuraient la sécurité sur les plans d'eau.

Ce dispositif, qui n'était présent que durant les week-ends de juillet et d'août et durant les autres périodes de forte affluence, se voulait à l'époque constituer une réponse urgente à une nécessité immédiate; mais il semblait dès l'origine largement insuffisant, au vu de la fréquentation de ce site et des activités qui y sont développées.

Un bilan sanitaire sur le site des barrages de l'Eau d'Heure a été effectué pour les années 1992 à 1998. Et il a été clairement démontré que, sur les quelques 450 interventions, deux jeunes adultes doivent réellement la vie à l'organisation d'actions de prévention mises en place grâce à l'étroite collaboration entre l'AGLEH (Association de gestion des Lacs de l'Eau d'Heure), le Samu des Fagnes et la protection civile.

Malgré tout cela, par manque de volonté politique, le dispositif s'est effiloché au fil du temps, au lieu de se renforcer. Ainsi, en 1994, le ministre de l'Intérieur libéra-t-il son département, par tranche de 20% sur 5 ans, de la prise en charge des prestations des agents de la protection civile présents sur le site des Lacs de l'Eau d'Heure - y entraînant, par là même, la disparition progressive de la protection civile, dont la suppression totale a été confirmée en 1996.

Cette année, malgré les efforts de l'Association de gestion qui, pour remplacer dans une certaine mesure lesdits agents de la protection civile, a engagé des travailleurs dans le cadre du programme de transition professionnelle, le Samu des Fagnes et son responsable médical ont remis leurs démissions. Il faut probablement y voir la conséquence d'une réflexion sur la dégradation du dispositif de sécurité sur le site des Lacs de l'Eau d'Heure, dégradation résultant d'un manque de moyens et de volonté politique.

Plusieurs demandes de réunions d'évaluation ont été formulées; mais à ce jour, aucune n'a eu lieu et aucune décision ne permet d'assurer la crédibilité d'un dispositif minimum de sécurité.

Jean-Marc Delizée

Dès lors, l'Association de gestion des Lacs de l'Eau d'Heure se retrouve aujourd'hui confrontée à un dispositif de sécurité sanitaire insuffisant, avec des travailleurs qui ne peuvent au départ pas se prévaloir d'une formation spécifique, et dans une zone qui n'est pas couverte par un SMUR. Madame la ministre, comme les images frappent parfois mieux les esprits que les longs discours, j'ai mis à votre disposition une carte qui indique toute la zone évoquée qui se trouve en dehors d'une intervention relativement rapide des services d'urgence spécialisés.

Dans l'actualité, des accidents graves - voire mortels - se produisent malheureusement régulièrement dans cette région, même si les statistiques indiquent une régression des accidents mortels.

Ainsi, madame la ministre, je voudrais vous demander quelles initiatives vous comptez prendre, d'une part, pour évaluer avec les acteurs locaux les besoins de sécurité sanitaire sur ce site des Lacs de l'Eau d'Heure et, d'autre part, pour remédier à ce problème durant cette saison touristique. Enfin, de manière plus générale, je serais heureux que vous puissiez me préciser l'état d'avancement de la réforme des normes d'agrément et de financement des SMUR et des SUS et me faire connaître la réponse spécifique que vous avez l'intention d'apporter, avec votre collègue des Affaires sociales, à la situation particulière de l'Entre-Sambre-et-Meuse.

Mme **Magda Aelvoet**, ministre : Madame la présidente, chers collègues, la problématique qui se pose dans la région des Lacs de l'Eau d'Heure n'a été signalée que tout récemment à mon administration. Les inspecteurs de l'Hygiène sont chargés d'analyser ce dossier. A mon sens, il importe d'examiner les raisons qui ont conduit les services de la protection civile à supprimer un dispositif efficace. Mais, pour ma part, je ne suis pas responsable de la protection civile, laquelle relève du ministre de l'Intérieur.

Par ailleurs, il faut également se demander dans quelle mesure l'organisateur d'un événement à risque - ce qui est vraisemblablement le cas ici - doit être tenu responsable de la prise en charge des mesures de sécurité que ce risque exige. Par exemple, ce sont les organisateurs de l'Euro 2000 - et non les moyens fédéraux - qui ont dû supporter les frais liés au dispositif mis en place à l'occasion de cette manifestation. En principe, dans l'organisation d'un événement comportant des risques, ce sont les autorités locales - en l'occurrence le bourgmestre - qui sont compétentes pour en autoriser la tenue sur leur territoire. Aussi le bourgmestre peut-il imposer des conditions de sécurité aux organisateurs d'un événement, lesquels en retirent les bénéfices économiques. En l'espèce, il appartient, en principe, aux personnes qui tirent profit de l'accès aux Lacs de l'Eau d'Heure d'intervenir dans le financement des mesures de sécurité spécifiques.

En outre, s'il est fait appel, pour l'aide médicale urgente, au numéro téléphonique 100, les autorités locales doivent se concerter avec les inspecteurs provinciaux de l'Hygiène, afin de vérifier si cette aide médicale peut être dispensée dans le cadre de cet événement précis selon les paramètres habituels de qualité. Au besoin, l'inspecteur de l'Hygiène conseillera de prendre des mesures supplémentaires en vue de pouvoir respecter le standard de qualité.

Le coût de ces mesures est à charge de l'exploitant. Néanmoins, les autorités locales compétentes décident in fine si l'on tient compte ou non de l'avis d'un inspecteur de l'Hygiène. Si les autorités préfèrent éviter toute augmentation du coût et n'exigent aucune mesure supplémentaire, elles supportent également l'entière responsabilité de la situation ainsi créée.

Concrètement, dans le cas de l'Eau d'Heure, l'inspecteur provincial de l'Hygiène a ainsi été chargé d'examiner ce dossier tout récemment. En attendant les conclusions de cet examen, des solutions provisoires peuvent difficilement être adoptées, au risque d'en faire un précédent. Il est relativement irréaliste et budgétairement impossible d'imaginer pour cette période de vacances de financer et de placer en stand-by un dispositif médical dans chaque plaine de jeux de Belgique.

Bien sûr, je compte clarifier les compétences et les responsabilités respectives quant à l'analyse, à l'organisation et au financement des mesures de sécurité médicale qui doivent accompagner un risque médical potentiel. Je pense particulièrement ici à l'obligation de déclarer les événements - laquelle avait déjà été instaurée par l'ex-secrétaire d'Etat M. Peeters, mais n'avait malheureusement pas été appliquée. En outre, il y aurait lieu d'analyser de manière systématique le lien entre "manifestation" et "risque", ainsi que les dispositifs médicaux standard en fonction des risques.

Relativement à la reconnaissance de la fonction spécialisée en soins d'urgence, les communautés ont communiqué leurs agréments, lesquels sont déjà parus au Moniteur belge - y compris un erratum. Néanmoins, pour les agréments des services SMUR, je vous renverrais à la réponse que j'ai donnée à M. Vandeurzen il y a une ou deux semaines, à l'occasion de laquelle j'avais précisé qu'il appartiendra, à partir de septembre ou d'octobre 2000, aux commissions provinciales pour l'aide médicale d'urgence de formuler les avis en matière d'agrément des services SMUR et d'accords de coopération entre ces derniers. Sur la base des avis rendus par lesdites commissions provinciales, je pourrai alors procéder le plus rapidement possible aux agréments.

Entre-temps, les modifications à la législation dont il est question ici ont été proposées et transmises, le 20 juin, aux confédérations des hôpitaux. J'attends encore

Magda Aelvoet

certaines réponses. En fonction de celles-ci, nous pourrions déterminer si les modifications doivent être, à leur tour, transmises dans leur forme actuelle au Conseil national des établissements hospitaliers.

Monsieur Delizée, j'espère avoir pu répondre à vos préoccupations, tout en sachant que je ne vous ai pas apaisé complètement.

M. Jean-Marc Delizée (PS) : Madame la présidente, je remercie la ministre pour ses réponses. Au-delà de la carte que j'ai mise à votre disposition, j'espère que vous viendrez découvrir par vous-même ce site des Lacs de l'Eau d'Heure, que vous semblez du reste ne pas bien connaître. Ce n'est pas un reproche, mais bien une invitation.

En outre, l'on ne peut pas à proprement parler qualifier le site des Lacs de l'Eau d'Heure "d'événements ou d'activités à risque". Et l'on ne peut assurément pas comparer les activités organisées sur ce site avec une manifestation telle que l'Euro 2000 ! Il s'agit d'un site qui est ouvert toute l'année et qui connaît un succès certain durant la période estivale et pendant les autres vacances et les week-ends. Les visiteurs doivent s'y compter en quelques centaines de milliers par saison. De cet afflux de personnes découlent inévitablement des problèmes de sécurité, des accidents de circulation et autres.

Certes, je suis bien conscient du fait que la protection civile ne relève pas de votre compétence. Néanmoins, votre département me semble en partie concerné par ce dossier.

En sus, c'est tout le problème du financement de l'aide médicale urgente dans cette région particulière de l'Entre-Sambre-et-Meuse qui se profile en arrière-fond, ainsi que celui du déficit chronique de ce Centre de santé des Fagnes. Le résultat en est que, faute de moyens, ce dernier n'est plus présent sur le site des Lacs de l'Eau d'Heure.

Aussi, madame la ministre, la question plus générale qui vous concerne directement réside dans l'évolution de la réforme des agréments et du financement des SMUR et des SUS.

De toute façon, nous sommes confrontés ici à une région à faible densité de population, ne disposant que d'un petit hôpital qui est déjà en dérogation avec 120 lits et connaissant un problème structurel de financement. C'est sur ce dernier problème que porte en fin de compte mon interrogation principale.

Dès lors, à la rentrée, j'évoquerai probablement à nouveau cette question, pour voir comment elle aura évolué entre-temps. Le déficit s'aggravant l'année dernière et cette année, la situation en devient de plus en plus intenable. Aussi, madame la ministre, j'espère que des initiatives seront entreprises à votre niveau et en collaboration avec votre collègue des Affaires sociales, afin de rencontrer ce problème structurel de financement de l'aide médicale urgente dans cette région des Lacs de l'Eau d'Heure.

Mme Magda Aelvoet, ministre : Relativement au problème structurel, comme j'ai pu l'expliquer précédemment, une augmentation des fonctions SMUR est prévue. Et concernant la province du Hainaut, j'avais fourni tous les détails à M. Denis. En conséquence, un meilleur remboursement des frais occasionnés dans le cadre des activités d'un SMUR sera assuré. On passera ainsi d'un montant actuel de 2,5 millions de francs à 8,5 millions de francs par fonction SMUR.

En outre, le système de conventions dans lequel 32 fonctions SMUR avaient été initialement agréées se trouve actuellement dépassé, en raison de l'augmentation du nombre de ces dernières à plus de 60 - augmentation ayant des répercussions sur toutes les provinces. Les commissions provinciales assumeront, quant à elles, la responsabilité d'opérer les délimitations nécessaires.

Relativement à la responsabilité dans le cadre des activités, j'attends le rapport du docteur inspecteur de santé pour le Hainaut.

M. Jean-Marc Delizée (PS) : Madame la présidente, je remercie la ministre pour ses précisions. Nous verrons si les modifications à venir permettront de rencontrer partiellement ou totalement les problèmes de cette région.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

- La réunion publique de commission est levée à 16.55 heures.

- De openbare commissievergadering wordt gesloten om 16.55 uur.