

COMMISSIE VOOR DE  
VOLKSGEZONDHEID, HET  
LEEFMILIEU EN DE  
MAATSCHAPPELIJKE  
HERNIEUWING

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

van

du

WOENSDAG 19 DECEMBER 2007

MERCREDI 19 DECEMBRE 2007

Voormiddag

Matin

La séance est ouverte à 10.16 heures et présidée par Mme Muriel Gerkens.  
De vergadering wordt geopend om 10.16 uur en voorgezeten door mevrouw Muriel Gerkens.

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

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

**01.01** Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, je vous avais déjà posé la question le 31 octobre, mais vous l'aviez jugée prématurée. Le "paquet pesticides" est passé en Conseil lundi dernier. J'espère que cette fois vous pourrez nous donner une information d'autant plus complète sur les décisions prises au Conseil et la position défendue par la Belgique.

Je dois préciser aux parlementaires ici présents qu'il s'agit de deux textes, réunis sous le nom de "paquet pesticides". D'une part, il comprenait une proposition de directive établissant un cadre pour l'action communautaire afin d'atteindre un usage soutenable des pesticides. Son ambition est de réglementer l'utilisation des pesticides. D'autre part, il incluait une proposition de règlement concernant la mise sur le marché des nouveaux pesticides.

Le Parlement européen avait voté ces deux textes le 23 octobre en y intégrant des niveaux d'exigence supplémentaires.

J'ai obtenu un compte rendu provisoire très bref du Conseil. En ce qui concerne la mise sur le marché des produits phytopharmaceutiques, le Conseil n'a rien décidé, mais a pris note de l'état d'avancement et des remarques formulées par quelques délégations.

La Belgique a-t-elle exprimé certaines remarques au sujet du règlement? Si oui, lesquelles?

Dans quelle mesure la Belgique soutient-elle le niveau d'exigence demandé par le Parlement, étant donné que ce règlement prévoit d'imposer une interdiction des substances génotoxiques, cancérigènes, toxiques pour la reproduction et susceptibles de perturber le système endocrinien.

Par ailleurs, le Parlement avait limité les quelques exceptions proposées par la Commission, si bien qu'à la liste des produits interdits ont été ajoutées les substances entraînant des effets endocriniens, neurotoxiques ou immunotoxiques et des conséquences sur le développement humain.

Les députés souhaitent en outre durcir les règles relatives aux tests sur les animaux qui ne devraient être autorisés qu'en dernier recours. Dans quelle mesure tout cela a-t-il été suivi?

Pour ce qui concerne la proposition de directive, je vois que le Conseil est parvenu à un accord politique débouchant sur une position commune suite à sa première lecture. Là aussi, quelle position la Belgique a-t-elle défendue? J'aimerais faire un lien avec le plan fédéral de réduction des pesticides puisque nous avons entendu ici l'administration fédérale nous expliquer comment se déroulait ce plan. Or ce plan affiche des objectifs de réduction de 25% seulement pour les pesticides agricoles alors que la directive semble avoir des objectifs plus ambitieux, allant jusqu'à 50% de réduction, à moins que cela ait changé depuis le passage au Parlement.

J'espère que vous pourrez nous donner une réponse la plus complète possible

**01.02 Sabine Laruelle**, ministre: Madame la présidente, madame Snoy, tout d'abord, comme vous l'avez bien dit, le Conseil européen de l'Agriculture s'est saisi de ces deux dossiers lundi et cela explique pourquoi je n'ai pas pu vous répondre plus tôt. Je suis porte-parole de la Belgique au Conseil européen de l'Agriculture mais je ne définis pas toute seule les positions belges en la matière qui sont déterminées par plusieurs organes de concertation. Certaines compétences ressortissent au fédéral, comme l'agrégation par exemple, d'autres aux Régions, comme l'utilisation des produits phytosanitaires et des pesticides et d'autres encore aux Communautés, en matière de formation par exemple. Cela demande donc des concertations, ce qui explique la prudence dans mes déclarations avant que la position belge soit définie.

Deux textes ont été présentés. L'un d'eux a vraiment été sujet à très peu de commentaires et de remarques. Il concerne la mise de produits sur le marché. À ce sujet, on a entendu un rapport de la situation qui n'a pas appelé de remarques de la part de Belgique. Pour nous, les discussions en cours sont d'ordre technique et ce sont les représentants du ministre de la Santé, de l'Environnement et des Régions qui sont concernés. Par conséquent, nous avons écouté le rapport. Ce qui nous intéresse au niveau belge – tous les pays et les interventions de mes collègues allaient en ce sens – c'est de parvenir à une harmonisation en vue de faciliter la pratique en la matière. Aujourd'hui, dans le domaine des produits phytosanitaires ou vétérinaires, on rencontre parfois des situations invraisemblables. En effet, certains produits vétérinaires sont autorisés en France et pas en Belgique. Mais une vache, si elle a été traitée, peut passer la frontière. Il en va donc de même pour les produits phytosanitaires et les pesticides.

Par rapport à ces deux points, la Belgique a évidemment rappelé son intérêt de voir évoluer les trois textes de façon parallèle car ils sont interdépendants. Il y a la directive cadre au sujet de laquelle un accord est intervenu, seul le processus de décision relatif à l'utilisation devant encore être défini. Il y a ensuite le règlement concernant la mise sur le marché de nouveaux pesticides et notamment l'harmonisation éventuelle des normes de mise sur le marché. Enfin, il y a la directive "Statistiques". L'obtention d'un "paquet pesticides" comme vous l'avez nommé, va de pair avec un minimum de cohérence au niveau de ces travaux. Voilà pourquoi nous souhaitons vivement que la directive "Statistiques" avance en parallèle.

Nous avons également souhaité que les biocides fassent partie intégrante de la réflexion; pour la Belgique, cela représente plus de 50% des matières actives utilisées. Vous avez parlé des pesticides agricoles; j'utilise le mot de produits phytopharmaceutiques ou sanitaires – c'est peut-être ma formation qui veut cela. L'utilisation non agricole, à savoir les produits que les citoyens utilisent parfois dans leur jardin, représente 50% de l'utilisation totale en Belgique. Par ailleurs, lorsqu'un agriculteur doit payer plusieurs centaines d'euros par litre pour une matière active, il fait attention. Il y a déjà en Belgique des obligations de formation et de contrôle des pulvérisateurs. C'est la raison pour laquelle l'accord politique concernant l'utilisation des produits phytosanitaires ne nous pose pas beaucoup de problèmes. En effet, nous sommes déjà en avance. On le dit parfois trop peu mais le contrôle des pulvérisations est d'application depuis plusieurs années. La formation ainsi que le stockage des produits phytosanitaires et pesticides en Belgique sont déjà fortement réglementés. L'étiquetage des produits présente soit la tête de mort, soit la croix de Saint-André. De plus, il y a des récupérateurs, etc.

Lorsque le citoyen lambda se voit recommander de verser un dixième de dé à coudre dans son arrosoir, il se propose d'y verser l'entière. À cet égard, on se rend compte qu'il y a pas mal d'abus. Ainsi, en matière d'herbicide total, l'atrazine a été interdite. Cependant, le long des voies de chemin de fer, elle était utilisée à des doses beaucoup plus importantes que dans un champ de maïs.

Voilà en quelque sorte la position de la Belgique.

Les concertations ont lieu tant au niveau fédéral que régional et en particulier dans le cadre du groupe de

travail "Pesticides" du groupe directeur des produits chimiques qui se situe dans la structure du comité de coordination de la politique internationale de l'Environnement. De plus, un comité interministériel de l'Agriculture se penche régulièrement sur ces questions. Enfin, la position finale est organisée au sein du SPF Affaires étrangères comme c'est le cas pour chaque Conseil européen.

Comme je l'ai dit, nous avons accueilli favorablement l'accord politique.

Au niveau belge, beaucoup de choses sont déjà mises en place, mêmes si elles doivent encore être affinées notamment au niveau des pourcentages. Toutefois, un plan de réduction existe déjà au niveau belge et au niveau de la Flandre. Il faudra surtout veiller à que ce plan soit appliqué partout. En effet, la Région wallonne et la Région bruxelloise n'ont toujours pas de plan de réduction d'utilisation. Il faudra peut-être que nous réorganisions le nôtre, mais il faudra surtout que nous nous assurions qu'à l'horizon 2010 chaque entité, y compris l'entité fédérale, réponde au cadre qui aura été adopté de façon définitive.

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

**01.04 Sabine Laruelle**, ministre: Nous avons soutenu l'accord politique présenté par la présidence portugaise et qui tient compte partiellement des remarques du Parlement. Mais ce n'est qu'un accord politique. Il y a donc encore du travail en perspective.

Nous avons pris acte de l'état d'avancement. En effet, nous travaillons dans les groupes techniques où sont représentés les ministres de la Santé et de l'Environnement.

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

*De bespreking van de vragen wordt onderbroken van 10.26 uur tot 10.36 uur.  
La discussion des questions est interrompue de 10.26 heures à 10.36 heures.*

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

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

**02.01 Colette Burgeon** (PS): Madame la présidente, veuillez m'excuser pour ce nom compliqué, que vous prononcez mieux que moi!

Monsieur le ministre, une variante encore plus dangereuse de la bactérie nosocomiale active dans les hôpitaux, les crèches, les écoles et les salles de sport se développe en Flandre alors qu'elle n'avait sévi jusqu'à présent qu'aux États-Unis et en Grande-Bretagne. Il est probable qu'elle s'étendra à l'ensemble du continent d'ici peu.

Alors que la contamination par staphylocoque doré a été longtemps considérée comme un problème presque exclusivement du milieu hospitalier, l'émergence de souches communautaires qui résistent à la méticilline et qui libèrent la toxine de Panton-Valentine (PVL), un poison particulièrement virulent, constitue actuellement une véritable bombe à retardement pour la santé publique.

Ces germes sont responsables d'infections cutanées pulmonaires sévères à évolution nécrotique et de pneumonies nécrosantes avec une morbidité élevée. Quand les germes atteignent les poumons, il ne faut que deux ou trois jours au poison pour ronger le tissu pulmonaire. Voilà pourquoi on qualifie la bactérie de "carnivore".

La dissémination de ces MRSA communautaires est favorisée par certains facteurs comme les séjours en collectivité et la promiscuité. Des cas de transmission de MRSA PVL par des animaux domestiques ont été également enregistrés.

Monsieur le ministre, quelles mesures comptez-vous prendre, en collaboration avec vos collègues des différentes Communautés, pour prévenir et endiguer ce fléau?

Comment allez-vous informer correctement la population pour éviter des comportements irrationnels dictés par la peur?

Je vous remercie.

**02.02** **Didier Donfut**, ministre: Madame la présidente, je trouve l'ambiance très bonne pour l'instant entre les familles politiques.

Madame Burgeon, une surveillance passive a été mise en place en 2003 par le laboratoire de référence pour MRSA et staphylocoques, dès l'occurrence des premiers cas, dans le but de confirmer les cas déclarés, moyennant des analyses de laboratoire supplémentaires.

Les résultats sont régulièrement publiés sur internet et révèlent que 2 cas ont été confirmés en 2003, 15 cas en 2004, 26 en 2005, 30 en 2006, et, pour 2007, une trentaine de cas jusqu'à aujourd'hui. À l'exception d'un cas de septicémie et de péritonite en 2004, il s'agit toujours d'infections de peau peu graves. Le nombre de cas paraît stable; l'augmentation apparente qu'on observe pendant les années 2003 à 2005 s'expliquant probablement par la phase de démarrage de cette nouvelle surveillance.

On n'observe aucun agglomérat de cas et les souches isolées appartiennent à différents clones, ce qui semble contredire une épidémie. En tout cas, le corps médical a été informé de ces développements à travers des publications dans une revue professionnelle "NOSO-info" 2004 n° 8, dans une revue scientifique et sur le site web du laboratoire de référence pour MRSA et staphylocoques.

Le département "Incident and Crisis Management" de la DG2 du SPF Santé publique a également été informé et suit l'évolution du problème. La "Belgian Infection Control Society" a déjà décidé de réviser cette directive MRSA. Finalement, il est envisagé de demander un avis scientifique à la Commission de coordination de la politique antibiotique concernant des précautions supplémentaires à considérer si besoin est.

En ce qui concerne votre deuxième question, le service Communication du SPF Santé publique veille à ce que ces informations soient relayées tous azimuts.

**02.03** **Colette Burgeon** (PS): Monsieur le ministre, je suis quelque peu rassurée par vos réponses.

Je vous en remercie.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

La **présidente**: Chers collègues, si vous êtes d'accord, nous allons regrouper toutes les questions de M. Flahaux.

**02.04** **Jean-Luc Crucke** (MR): Madame la présidente, j'attire votre attention sur le fait que je dois être parti à 11.30 heures pour participer à une réunion et j'ai aussi déposé une série de questions dans une autre commission.

Néanmoins, je n'ai pas de difficultés à transformer mes questions en questions écrites si je peux obtenir la réponse directement du ministre.

La **présidente**: J'en prends note et transforme donc vos questions n° 554 et 697 en questions écrites.

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

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

**03.01** **Jean-Jacques Flahaux** (MR): Madame la présidente, monsieur le ministre, le Plan National Nutrition

Santé a mis en relief le peu de consommation de légumineuses (pois, petits pois, pois chiches, haricots en grains, lentilles, fèves) dans notre pays au regard de leur grande qualité nutritionnelle.

Ne serait-il pas possible, en lien avec les professionnels de la gastronomie et les industries agroalimentaires, de mettre au point une campagne de communication présentant l'intérêt de ces aliments et des recettes attrayantes les accommodant en s'appuyant sur nos traditions culinaires?

Nous pourrions ainsi mettre en avant la culture gastronomique de nos différents terroirs et permettre aux habitants de nos différentes provinces de découvrir les différentes manières de manger de leurs voisins. La cuisine, chacun le sait, est un espace majeur de rencontre de l'autre en ces temps où le "vivre ensemble" – et je n'évoque pas les négociations gouvernementales – est quelque peu malmené. Ce pourrait être un moyen de faire mieux se connaître nos concitoyens entre eux.

**03.02 Didier Donfut**, ministre: Chers collègues, l'augmentation de la consommation des glucides complexes jusqu'à environ 35% de l'apport calorique total est en effet un des objectifs nutritionnels du Plan National Nutrition Santé (PNNS). Ces glucides complexes sont principalement fournis par le pain, les pâtes, le riz, les semoules, les pommes de terre mais aussi les légumineuses.

Les légumineuses sont également une source importante de fibres.

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

Par ailleurs, un dialogue est actuellement mené, dans le cadre du PNNS, avec les secteurs concernés dans différents domaines. Pour l'instant, c'est la réduction du sel qui a été choisie comme priorité pour la reformulation des aliments.

On pourrait également prévoir d'organiser un dialogue avec le secteur de l'horeca pour mieux valoriser les légumineuses dans les repas proposés.

Les légumes, y compris les légumineuses, et les fruits devraient représenter une plus large portion dans les menus. Ceci ne peut être imposé au secteur mais encouragé par des collaborations et des négociations avec l'horeca. Cela peut être réalisé dans le cadre du PNNS pour l'aspect Santé mais également à d'autres niveaux, pour l'aspect culture et gastronomie (qui sont de la compétence des ministres communautaires de la Culture) dans les écoles, etc. Il s'agit en effet d'un domaine dans lequel les Communautés interviennent en termes de promotion de la santé notamment.

**03.03 Jean-Jacques Flahaux** (MR): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse.

Il sera en effet utile que le nouveau gouvernement fédéral travaille en collaboration avec les gouvernements des Communautés et des Régions en la matière.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

#### **04 Questions jointes de**

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

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

#### **04 Samengevoegde vragen van**

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

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

La **présidente**: Vous posiez votre question aux deux ministres, mais M. Donfut répond pour les deux.

**04.01 Jean-Jacques Flahaux** (MR): Madame la présidente, c'est tout à fait exact. Ce ne sera donc pas "madame la ministre", mais ce sera donc "monsieur le ministre".

Monsieur le ministre, l'AFSCA a fait en maintes occasions la preuve de son efficacité dans son souci de préserver la bonne santé de nos concitoyens. Pour lui permettre de travailler au mieux dans ce sens et aux Belges de continuer à manger tranquillement, en toute confiance, les produits de nos fermes, il serait cependant souhaitable que, lorsque l'AFSCA prend une décision disciplinaire à l'encontre d'une exploitation, elle communique sur les attendus de la décision en question et qu'elle informe les exploitants de la durée des mesures conservatoires qu'elle a prises afin que ces derniers puissent s'organiser en conséquence. J'ai eu le cas personnellement dans ma ville, puisque récemment, comme vous le savez, un producteur de dindons de Ronquières en avait été victime.

J'ajoute que communication et transparence sont les meilleures garanties d'une bonne perception de cet outil performant. Aussi, pourriez-vous intervenir auprès de l'AFSCA pour qu'elle œuvre dans ce sens? D'ores et déjà, je vous remercie de votre réponse.

**04.02 Didier Donfut**, ministre: Madame la présidente, monsieur Flahaux, l'AFSCA s'est toujours efforcée à réaliser ses contrôles de manière uniforme dans tout le pays, et ce, quel que soit l'opérateur contrôlé ou le contrôleur qui effectue la mission. C'est pourquoi les contrôles sont effectués sur base de check-lists à points, mentionnant les différents items contrôlés, ainsi que, pour chacun d'entre eux, les références légales correspondantes.

Dans un souci de transparence et d'information, ces check-lists sont publiées sur le site internet de l'AFSCA et peuvent donc être consultées par tous. Cela permet à l'opérateur de savoir précisément sur quoi il sera contrôlé. À la fin du contrôle, la check-list est parcourue par le contrôleur et par l'opérateur afin que les manquements constatés lui soient expliqués. Ces check-lists lui sont alors présentées à la signature de l'opérateur pour prise de connaissance, une check-list étant, rappelons-le, une photo d'une situation constatée à un moment donné. Une copie de ces check-lists est remise à l'opérateur en fin de contrôle.

L'opérateur est donc bien, dès le début, au courant des motifs et des constatations qui peuvent conduire à d'éventuelles mesures.

Si une saisie conservatoire de produits ou de documents a été effectuée, un procès-verbal de saisie conservatoire est remis à l'opérateur. Ce procès-verbal mentionne quels sont les produits ou documents saisis ainsi que leur référence légale et tous les renseignements relatifs à cette saisie.

En matière de communication et d'information de l'AFSCA, un bel exemple vous a été fourni la semaine passée avec le cas pour lequel vous interpellez l'Agence et pour lequel vous avez reçu une réponse datée du 28 novembre.

Dans cet exemple, l'opérateur concerné a reçu, ces quatre dernières années, plusieurs visites de l'AFSCA. À chacune de ces visites, l'opérateur a été informé des nombreuses non-conformités constatées et il lui a été expliqué quelles étaient les actions à prendre pour régulariser sa situation. Malgré ces nombreuses mises en garde, l'opérateur n'a pas cru bon de se mettre en ordre. Contrairement à ce que la rumeur peut rapporter ou à ce qui peut être lu dans la presse, ce n'est qu'après avoir constaté des non-conformités pendant quatre années, ce n'est qu'après avoir discuté, informé et expliqué, en vain, que l'AFSCA a pris les mesures répressives. Communication, information et transparence sont donc bien de mise à l'Agence alimentaire.

**04.03 Jean-Jacques Flahaux** (MR): Monsieur le ministre, je vous remercie. Dans le cas que vous évoquez, il s'agissait d'une personne un peu "rebelle" mais son but était louable. Je rappelle que sa relance des dindons de Ronquières, qui avaient complètement disparu en Belgique – il a fallu aller en chercher en Allemagne –, a permis de relancer une tradition bien belge.

Nous sommes quand même en période de Noël.

La **présidente**: Il faut préparer les petits plats.

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

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

européenne" (n° 616)

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

**05.01** Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la présidente, je tiens tout d'abord à remercier Mme Detiège, Mme Snoy et M. Doomst d'avoir accepté que je pose mes questions avant eux.

Madame la présidente, monsieur le ministre, nombre de citoyens belges se rendent en Afrique du Nord, notamment en Tunisie, pour subir des opérations de chirurgie esthétique à un coût moins élevé que dans nos centres de soins. Les résultats obtenus ne sont pas toujours à la hauteur des attentes des patients. Ils peuvent revenir de leurs interventions avec de graves séquelles. Comment les autorités médicales belges peuvent-elles instaurer un suivi des opérations en question et surtout s'assurer en amont d'une garantie de qualité des soins prodigués? Cela éviterait aux patients de subir des souffrances physiques et morales parfois très fortes, avec les conséquences en termes de chirurgie réparatrice et d'accompagnement psychologique que causent les traumatismes consécutifs à des pratiques non déontologiques de la part de certains praticiens nord-africains.

La **présidente**: Merci, monsieur Flahaux. Je vois que vous étendez notre territoire de compétence.

**05.02** Didier Donfut, ministre: Madame la présidente, monsieur Flahaux, j'ai l'honneur de porter à votre connaissance les informations suivantes.

Les patients belges qui subissent des opérations de chirurgie esthétique en Afrique du Nord le font sous leur propre responsabilité. J'imagine que vous êtes bien conscient de cela.

Les autorités belges n'ont aucune compétence pour assurer le suivi, ainsi que la qualité de ces interventions esthétiques. Ce n'est qu'en cas d'un accord de collaboration éventuel avec le pays concerné que l'on pourrait prévoir quelque chose. Je ne peux donc que conseiller aux patients de s'informer de la manière la plus complète possible et d'être conscients des risques encourus avant de se laisser tenter par une intervention chirurgicale peu coûteuse à l'étranger.

**05.03** Jean-Jacques Flahaux (MR): Monsieur le ministre, je ne peux que marquer mon accord avec ce que vous venez de dire. Mais peut-être faudrait-il faire des campagnes visant à bien faire prendre conscience des risques et des conséquences de cette pratique? J'abonde cependant dans le sens de ce que vous avez dit.

**05.04** Didier Donfut, ministre: Au-delà de la réponse formelle que je vous communique, je crois qu'il y a un vrai débat à avoir sur les pratiques de cette médecine un peu touristique. Nous connaissons le cas inverse également. Des questions ont été posées, il y a quelques semaines, sur le problème de personnes étrangères qui viennent se faire soigner en Belgique. Je pense qu'il est bien que l'on nous reconnaisse ces qualités. Mais il faudrait peut-être globalement se poser la question de savoir si, par rapport aux consommateurs, il n'y a pas des informations qualitatives à donner sur les différents contextes. Ce sujet mérite réflexion.

Je me sens assez interpellé par la question. Je pense qu'il faut parfois protéger les gens contre eux-mêmes. Je pense à la lutte contre quelques formes de publicité mensongère. Cela mérite sans aucun doute l'attention du prochain ministre et de la commission parlementaire. Et pourquoi ne pas impliquer des groupements de consommateurs, qui viendraient relayer des informations et seraient plus convaincants qu'une éventuelle directive ministérielle ou médicale? Quoi qu'il en soit, il faut orchestrer la conscientisation au niveau belge.

**05.05** Jean-Jacques Flahaux (MR): Merci, monsieur le ministre.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

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

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

**06.01** **Jean-Jacques Flahaux** (MR): Madame la présidente, monsieur le ministre, les sites médicaux sur internet attirent particulièrement les jeunes et les malades. Aussi voit-on ces espaces d'information se multiplier sans pour autant toujours offrir des garanties de fiabilité dans le contenu et de nécessaire mise en garde des usagers.

L'objectif de ces consultations n'est pas seulement de s'informer, mais aussi de pratiquer l'automédication sans recours au corps médical.

Si, dans certains cas, cette pratique peut avoir des effets positifs tant sur la santé des patients que sur celle des finances de notre couverture santé, elle peut aussi, selon les pathologies et les soins curatifs qui sont apportés, se révéler source de risques médicaux.

Monsieur le ministre, pourriez-vous nous donner des informations concernant les observations qui ont éventuellement déjà pu être faites devant le développement de l'automédication? Si aucune initiative n'a encore été prise dans ce sens, quels sont les projets de vos services en la matière? Quelles mesures d'accompagnement de cette pratique ont-elles été ou vont-elles être prises? Une campagne de mise en garde contre les dangers potentiels d'une automédication non maîtrisée est-elle prévue? Enfin, est-il envisagé de mettre en place une commission de la qualité et de la diffusion de l'information médicale avec recommandation par cette dernière de ne consulter que des sites certifiés, par exemple par la "Health On The Net Foundation" ou toute autre institution officielle de ce type?

**06.02** **Didier Donfut**, ministre: Madame la présidente, cher collègue, premièrement, il ressort des données fournies par l'Association professionnelle de l'industrie des médicaments que les chiffres de vente de médicaments sans ordonnance dans les pharmacies en Belgique sont très stables et même en légère régression. Ainsi en 1990, les ventes représentaient 91.419.580 unités, soit 41,6% du volume total. En 2006, elles s'élevaient à 89.082.148, soit 39% du volume total. Ces chiffres peuvent sensiblement varier d'une année à l'autre, notamment en fonction de l'acuité des pathologies hivernales.

Deuxièmement, dans sa décision d'avoir recours à l'automédication et dans son choix d'utiliser un certain médicament, le patient peut être grandement influencé par la publicité pour les médicaments en vente libre à laquelle il est exposé par le biais des divers médias ou des comptoirs des pharmacies. C'est la raison pour laquelle toutes ces publicités font l'objet d'un contrôle préalable à leur diffusion. Les publicités télévisuelles ou radiophoniques doivent avoir obtenu un visa préalable accordé par le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, sur avis de la Commission de contrôle de la publicité sur les médicaments. Les publicités diffusées par les autres médias doivent être notifiées au moins 30 jours avant leur diffusion à l'Agence des médicaments et des produits de santé, qui en contrôle la conformité à la législation. Les campagnes d'information relatives à la Santé ou à des maladies faisant référence à des médicaments sont également soumises à un visa préalable quand elles sont diffusées à la radio ou à la télévision. Il faut également souligner le rôle du pharmacien dont un conseil avisé fait partie des bonnes pratiques officinales.

Troisièmement, les choses sont beaucoup plus problématiques en ce qui concerne l'usage d'internet. Normalement, la publicité pour des médicaments sur prescription est interdite dans tous les pays européens. Il n'en est pas de même ailleurs, comme aux États-Unis. De plus, l'internaute peut avoir accès à de très nombreuses publicités et offres en vente en ligne diffusées hors des circuits légaux, ce qui l'expose à des risques certains. Nous n'avons pas de chiffres globaux concernant l'importation de médicaments via des circuits illégaux. Beaucoup d'envois sont saisis en douane. Certaines actions sont également entreprises sur base de la directive sur le commerce électronique, transposée en Belgique par les lois du 11 mars 2003, sur certains aspects juridiques des services de la société de l'information.

Quatrièmement, il est clair qu'il est difficile de maîtriser ce commerce illégal et qu'il est donc essentiel d'alerter encore et encore les patients sur les dangers de l'achat de médicaments par des circuits illégaux. En Belgique, depuis 2000, le site web de l'actuelle Agence contient un message de mise en garde à l'encontre des sites internet offrant en vente des médicaments ou autres produits de santé. La visibilité de cette mise en garde doit être améliorée. Chaque fois qu'un problème est signalé, l'Agence rappelle ce danger dans un communiqué. Ce fut encore tout récemment le cas lors de la saisie, en Belgique, de médicaments falsifiés et vendus par internet.

La question d'une information adéquate des patients sur les médicaments est à l'ordre du jour, notamment au niveau européen. La question de leur qualité et de la possibilité pour l'internaute d'en apprécier la qualité fera prochainement l'objet de propositions.

**06.03 Jean-Jacques Flahaux (MR):** Je vous remercie, monsieur le ministre. C'est vrai que c'est une préoccupation sur laquelle nous devons plus que certainement revenir. Au-delà de la vente dans les officines, dans les pharmacies en Belgique, de plus en plus de Belges achètent de plus en plus de médicaments dans les autres pays, soit parce qu'ils sont en vente libre ailleurs et non en Belgique, soit parce qu'ils sont moins chers ailleurs par rapport à la Belgique.

Vous évoquez le problème des achats de médicaments ou autres par internet. Je vais citer un cas sur lequel je compte déposer une interpellation. Il s'agit de ce qu'on appelle la "drogue du viol", c'est-à-dire le GBL ou le GHB, qui est en vente libre sur internet, avec tous les problèmes que cette situation peut entraîner.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

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

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

**07.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!):** Madame la présidente, monsieur le ministre, je reviens sur la question des pollutions électromagnétiques. Je crains que vous-même ou votre successeur m'entendiez encore souvent à ce sujet.

Une information nous est parvenue comme quoi les patients du centre hospitalier régional de Namur disposent dorénavant de l'accès à internet dans leur chambre. On peut se réjouir de l'accès à internet pour les patients. Notre intention n'est vraiment pas de le critiquer. Le problème est que cet accès à internet se fait par un système sans fil, le WiFi.

L'article disait: "une antenne, un boîtier dans le plafond et le tour est joué. Désormais, quelque deux cents patients peuvent bénéficier simultanément de ce système sans fil, connecté à une nouvelle ligne ADSL et indépendant du réseau interne de l'hôpital." C'est là que le problème se pose. On peut effectivement s'étonner que les responsables n'aient pas pris en compte les risques avérés sur la santé d'une exposition intensive aux rayonnements électromagnétiques. Ces risques ont été rappelés lors de la parution, en août dernier, du rapport Bio Initiative au sujet duquel je vous avais déjà interrogé. Je continue d'ailleurs à protester contre le fait que le site d'information du SPF n'est pas suffisamment actualisé.

Il est flagrant que de nombreuses initiatives des pouvoirs publics visent à éviter l'exposition du public aux rayonnements. Ainsi, à la ville de Paris, le principe d'un moratoire sur le WiFi a été voté pour les bibliothèques publiques. Le syndicat l'avait demandé et cela a été soutenu par les associations spécialisées dans les questions d'environnement et de pollution électromagnétique. Ces associations s'appuyaient sur une étude américaine récente qui montre les effets génotoxiques des ondes de 2.450 Mhz (la fréquence du WiFi) et sur le rapport d'expertise Bio Initiative. Entre-temps, j'ai aussi appris qu'en Autriche, le réseau sans fil est interdit dans les écoles du canton de Salzbourg et qu'au Canada, deux universités ont remplacé le WiFi par les câbles.

En l'occurrence, il s'agit des hôpitaux. Des précautions particulières devraient être prises vis-à-vis de gens qui, par définition, sont malades et affaiblis. Il me semble dès lors peu prudent de développer les systèmes WiFi dans les hôpitaux. Donner l'accès à internet aux malades est évidemment positif mais uniquement si cela se fait via un système filaire. On déconseille fortement l'utilisation des gsm dans les hôpitaux, je ne vois dès lors pas pourquoi on accepte le WiFi.

Monsieur le ministre, pourriez-vous nous dire s'il est prévu de généraliser cet accès à internet dans les hôpitaux? Les systèmes filaires seront-ils privilégiés? Le SPF Santé publique compte-t-il diffuser un message de prudence par rapport à des personnes affaiblies par la maladie?

**07.02 Didier Donfut, ministre:** Madame la présidente, madame Snoy, dans différents hôpitaux déjà, les médecins ont un accès rapide et flexible aux données relatives aux patients via un réseau WiFi. Au centre

hospitalier régional de Namur, un réseau WiFi a été installé depuis 2004. Cette année, par extension, il offre également un accès gratuit à internet pour les patients. Dans quelques autres hôpitaux, on a aussi prévu l'accès à internet pour les patients, entre autres via un hotspot, dans la cafétéria. Il s'agit d'initiatives locales.

Selon l'avis du Conseil supérieur d'hygiène du 7 février 2007, le WiFi peut être utilisé dans les hôpitaux, comme un système à faible risque d'interférences, mais de façon professionnelle, c'est-à-dire à l'exception des endroits où il y a des appareils sensibles pour aider les gens à rester en vie.

À mon avis, les actions citées sont dues au fait que l'on applique des technologies sans fil à large échelle les yeux fermés. Toutefois, les effets biologiques, entre autres les indications citées d'un fonctionnement génotoxique des ondes radio, sont mentionnés dans la littérature comme des valeurs de rayonnement, des valeurs SAR, qui peuvent varier de 0 à 0,1 et 0,5 W/kg si l'appareil est tenu près du corps. À une plus grande distance, par exemple lorsque l'appareil est fixé au plafond, l'exposition est nettement inférieure.

Le récent rapport du comité SCENIHR est à ce point de vue très positif: "Nous n'attendons pas d'effets néfastes pour la santé dans les créations standard de réseau sans fil". Le Conseil supérieur d'hygiène est occupé à rédiger un avis relatif aux risques potentiels pour la santé des sources de rayonnement faible, comme le WiFi. Je reviendrai sur la question à la lumière de cet avis lorsqu'il sera rendu.

**07.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers** (Ecolo-Groen!): Je constate à nouveau qu'on n'applique pas le principe de précaution. S'il est vrai que les doses sont faibles, à partir du moment où les patients sont à plusieurs mètres de la base émettrice, on ne connaît toujours pas l'impact à long terme de ces doses de rayonnements faibles. De plus, on nie complètement les personnes électro-sensibles. Il est flagrant que nous avons de plus en plus de cas qui arrivent à nos oreilles – mais c'est peut-être parce qu'on se préoccupe de cela – de gens qui ne peuvent pas supporter ces rayonnements et qui ont des symptômes immédiats de mal-être ou de douleur. Ces mêmes personnes sont parfois dans les hôpitaux pour essayer de résoudre ce problème ou d'autres problèmes. Je trouve qu'il faudrait que certains lieux soient protégés, et les hôpitaux en premier lieu.

Je sais bien que le rapport du SCENIHR est rassurant pour le moment mais je trouve qu'il est incroyable que dans des endroits sensibles comme les hôpitaux, on n'applique pas plus le principe de précaution.

**07.04 Didier Donfut**, ministre: La question est évidemment importante et intéressante. Nous sommes toujours partagés entre plusieurs sentiments dans l'évolution des choses.

Dans votre question, vous mentionnez le fait qu'on l'interdit à certains endroits. Je pense que c'est tout sauf scientifique dans le sens où si un jour quelqu'un estime qu'il ne veut prendre aucun risque, qu'il est militant de cette cause et décide de fermer, ce n'est pas pour cela que partout ailleurs dans le monde on va également fermer. Je ne peux donc pas prendre ce raisonnement en compte.

Cela étant dit, votre argument sur les personnes électro-sensibles est intéressant et important. Il est bien clair, et je l'ai dit dans ma réponse, que par rapport aux appareillages il y a une forme de précaution à avoir car ce sont des appareillages qui peuvent avoir une influence très grave par rapport à l'accompagnement des patients. Il faut bien sûr faire attention à des personnes qui ont une sensibilité personnelle ou des implantations particulières.

Il faut se poser la question de l'information. Dans n'importe quel endroit, il est clair que ce genre d'élément doit faire l'objet d'une information claire. Les gens doivent savoir qu'ils rentrent dans une telle zone.

Le débat est intéressant et il ne faut pas l'éluder. Nous devons sensibiliser les commissions qui sont chargées d'examiner ce genre de problématique pour qu'elles fassent les recommandations les plus adéquates et que le gouvernement et le Parlement puissent en être informés et puissent éventuellement valider des mesures d'accompagnement.

La **présidente**: Madame Snoy, vous avez droit à une dernière réaction si vous le souhaitez. Le dernier mot revient au parlementaire.

**07.05 Thérèse Snoy et d'Oppuers** (Ecolo-Groen!): Puisque l'alternative existe avec un système avec fil – on n'est pas contre internet –, je ne vois pas pourquoi on ne peut rédiger pas une circulaire à destination des hôpitaux pour les inciter à se protéger contre ces risques.

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

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

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

**08.01 Maya Detiège** (sp.a-spirit): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, mijn eerste vraag handelt over de Impulseopremie. Op zich is dat een heel goed en lovenswaardig initiatief. Ik heb hierover echter een aantal vragen.

De Impulseopremie van 20.000 euro wordt nu toegekend aan de huisarts die zich na 1 juli 2006 vestigde in volgende zones.

Ten eerste kan dat in een huisartsenzone waar relatief weinig huisartsen per inwoner beschikbaar zijn. De criteria hiervoor zijn ofwel in een huisartsenzone met minder dan 90 huisartsen per 100.000 inwoners ofwel in een huisartsenzone met minder dan 125 inwoners per km<sup>2</sup> en minder dan 120 huisartsen per 100.000 inwoners.

Ten tweede kan dat in een zone afgebakend voor positieve acties in het kader van het grootstedenbeleid.

In 2006 werd in totaal 4,4 miljoen euro door het Impulsfonds uitgegeven.

Over de eerste afbakening, dus de densiteit van de huisartsen, is er weinig discussie.

De tweede afbakening is gebaseerd op de wetenschappelijke studie "Sociale structuren en buurten in moeilijkheden in de Belgische stadsgewesten" die in het verleden op vraag van de minister van Economie en Wetenschappelijk Onderzoek belast met het Grootstedenbeleid, werd uitgevoerd door twee onafhankelijke Belgische universitaire instellingen.

De zones werden oorspronkelijk afgebakend om aan te duiden wie in aanmerking komt voor een belastingvermindering voor uitgaven voor renovatie van de woning. Deze zones zijn zeer gedetailleerd omschreven, straat per straat en huisnummer per huisnummer.

De vraag rijst of dit ook een goede afbakening is voor het toekennen van een extra financiële stimulus voor de inplanting van een nieuwe huisartsenpraktijk. Ik begrijp dat een jonge huisarts die in een probleemwijk start het wat moeilijk heeft met het feit dat hij twee huisnummers verder een premie van 20.000 euro zou hebben ontvangen. Het is natuurlijk ook zo dat men bij een afbakening steeds ergens een lijn moet trekken. Meestal gaat het om het systeem alles of niets.

Een ander punt is dat in grootstedelijke gebieden artsen veel patiënten hebben waarvan sommigen niet als inwoner gelden, zoals studenten, asielzoekers en illegalen. Ook bestaat het risico dat in de kleine afgebakende zones zich meer huisartsen vestigen, terwijl dit niet noodzakelijk overeenkomt met de nood. Het lijkt mij een gevaarlijk precedent dat een groepspraktijk op 500 meter afstand interessanter wordt om zich mee te associëren dan een andere omdat deze eerste juist wel in zo'n gebied valt.

De vraag is dus of de ligging van de praktijk het goede criterium is. Het zou zeker beter zijn om een parameter, zoals het patiëntenprofiel, te hanteren. Ik weet dat het dan ingewikkelder zal worden en ik begrijp ook wel de reden waarom men zich eerst gebaseerd heeft op de studie "Sociale structuren en buurten in moeilijkheden in de Belgische stadsgewesten", maar in de praktijk zien wij vaak het volgende in een arme buurt.

Ik heb zelf een aantal jaren in een apotheek gewerkt. Heel veel praktijken in arme buurten draaien rond kansarmen, maar andere artspraktijken zijn minder gericht naar die categorie van mensen. Ik vind het dan een beetje bizar dat de ene praktijk die midden in de wijk ligt, wel wordt beloond, terwijl de andere die een straat verder ligt en zich misschien wel richt naar allochtonen en methadonverslaafden, niet wordt beloond.

Ik heb in het verleden gezien hoe apothekers – dat was dan in mijn sector – methadonverslaafden en

mensen die probeerden af te kicken, weigerden, want het ging om het imago van hun zaak. Ik kan mij inbeelden dat dit bij huisartsen ook het geval is. Om die reden wil ik toch echt wel iets meer nuance. De Impulseo-premie is een eerste aanzet geweest: ze bestaat nog niet zo lang. Ik hecht er veel belang aan dat dit op zich goed initiatief verder gefinetuned kan worden, maar dan is er een eerste evaluatie van een simuleringsbeleid nodig. Daarvan moet dan werk worden gemaakt.

Ik kom tot mijn vragen.

Hoeveel premies werden er reeds toegekend in de jaren 2006 en 2007? Wat is de spreiding ervan over de vastgelegde zones?

Over welk type van praktijken gaat het met betrekking tot de grootte en de organisatievorm?

Wat is het patiëntenprofiel van de artsen bij wie de premies terechtkwamen inzake terugbetalingsstatuut, chronische aandoeningen en globale medische dossiers?

In de wijk waar ik werkte zag men bijvoorbeeld dat steeds meer mensen tuberculose kregen. Hebben artsen zich ja dan nee speciaal naar die mensen gericht? Welke indicaties zijn er dat dit deel van Impulseo zijn doel bereikt?

Hoe evalueert men de afbakening van de zones op basis van de bijlage van het KB tot vaststelling van de zones voor positief grootstedelijk beleid?

Worden voor de toekomst andere criteria overwogen dan de vestigingsplaats van de artspraktijk?

**08.02** Minister **Didier Donfut**: Mevrouw de voorzitter, ik heb de eer het geachte lid te kunnen informeren dat tijdens het jaar 2006, 35 huisartsen konden genieten van de premie voor de eerste installatie in een prioritaire zone. In 2007 hebben 74 personen kunnen genieten of zullen binnenkort genieten van een tussenkomst.

De 109 rechthebbenden zijn over de volgende postcodes geografisch verspreid: 18 voor een postcode beginnend met het cijfer 1, 36 met een 2, 14 met een 3, 5 met een 4, 2 met een 5, 10 met een 6, 1 met een 7, 7 met een 8 en 12 met een 9. Voor deze begunstigden gaat het om 2.140.000 euro.

Het initiatief, genomen in het kader van het Impulsfonds van huisartsen voor de toekenning van maximum 15.000 euro voor een eerste installatie en voor de toekenning van de premie van 20.000 euro voor een nieuwe installatie in een prioritaire zone, is een echt succes en overtreft zelfs de initiële verwachtingen.

Er zijn recentelijk geen statistieken verzameld door het Participatiefonds, noch door het RIZIV, betreffende het soort van praktijk van de premieaanvrager of het patiëntenprofiel van die huisartsen. Wij beschikken immers nog niet over de profielgegevens voor het jaar 2006.

De methodologie om de zones af te bakenen die kunnen genieten van de positieve maatregelen voor het grootstedenbeleid, valt onder de bevoegdheid van mijn collega van Financiën. Op dit moment is niet voorzien om de criteria verder uit te breiden dan het criterium van de vestigingsplaats.

**08.03** **Maya Detiège** (sp.a-spirit): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord.

U zegt dat er nog geen statistieken over dat soort praktijken bestaan. Ik benadruk nogmaals dat ik voorstander ben van dergelijke projecten.

In arme buurten ziet men vaak dat het, zowel wat het preventieve als het curatieve beleid betreft, heel moeilijk is om die mensen te bereiken. Ik vind het goed dat er bewust in die buurten wordt geïnvesteerd.

Precies daarom wil ik heel graag een evaluatie om na te gaan hoe wij gericht kunnen werken. Ik denk bijvoorbeeld aan het project inzake tandzorg waarvan minister Demotte en ikzelf in het verleden al vonden dat daarvan werk moest worden gemaakt.

Het is heel belangrijk dat doelgroep wordt bereikt. Als u ervoor zorgt dat wij de informatie krijgen, dan kunnen wij patiëntgericht werken. Ik dring daarop aan voor de toekomst.

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

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

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

**09.01** **Maya Detiège** (sp.a-spirit): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, dit is een never ending story. Mijn moeder heeft jaren in het Parlement gezeteld en ik heb van haar geleerd dat de aanhouder wint. Over sommige thema's moet men twintig jaar discussiëren, terwijl anderen op een paar maanden worden geregeld. Dit is een van de onderwerpen die al lang aanslepen. Ik probeer het dus nogmaals.

Het gaat over het grensoverschrijdend ambulancevervoer voor noodhulp. Op aandringen van de Raadgevende Interparlementaire Beneluxraad waarvan de heer Tommelein ondervoorzitter is en waarvan ikzelf voorzitter ben van de commissie voor de Volksgezondheid, wil ik graag het ongenoegen van de drie Beneluxlanden uiten over de samenwerking tussen België en Nederland in geval van grensoverschrijdende medische noodhulp.

Op initiatief van de Beneluxraad werd in 2000 gewerkt aan een overeenkomst tussen België en Nederland omtrent dit ambulancevervoer. Het was de bedoeling om zonder juridische of financiële problemen bijstand te kunnen verlenen in een buurland. In een eengemaakt Europa is het niet meer dan logisch dat wanneer er iets gebeurt in een grensgebied een Nederlandse ambulancier een Belg kan helpen of dat er hulp kan worden geboden aan een Belg in een Nederlands ziekenhuis.

Het zou dus eigenlijk geen rol mogen spelen of het gaat om een Belgische ziekenwagen of een Nederlands ziekenhuis. Het ontwerpverdrag inzake dit ambulancevervoer dat voorziet in een snelle en doeltreffende geneeskundige hulpverlening aan weerszijden van de Belgisch-Nederlandse grens, is reeds sinds geruime tijd klaar en wacht op ondertekening van Belgische zijde.

Zo vroeg de heer Tommelein in het voorjaar van 2005 aan toenmalig minister Demotte hoe het precies zat. De minister antwoordde toen dat de Nederlandse administratie werkte aan een ontwerp en dat een overeenkomst tussen de Nederlandse en de Belgische overheden zou worden ondertekend in het najaar van 2005.

Ik verwijs tevens naar mijn vraag van 23 november 2006 in de plenaire vergadering van de Kamer van volksvertegenwoordigers aan dezelfde minister. Deze vraag werd toen tegelijk gesteld in de plenaire vergadering van de drie landen, zowel in België, Luxemburg als Nederland.

Minister Demotte antwoordde toen als volgt. Ik citeer: "Mijnheer de voorzitter, ik wil over de kwestie heel duidelijk zijn. Op 17 mei 2006 hebben de Nederlanders van onze administratie een brief gekregen waarin om hun standpunt werd gevraagd. Toen werd beloofd dat we in het najaar een concreet antwoord zouden krijgen. Wij hebben het antwoord nog niet gekregen. Dat heeft misschien te zien met de verkiezingen in Nederland op dat ogenblik. Inmiddels moeten wij onze collega's vragen om aan de veel te lange gesprekken een einde te maken. Wij zullen dat doen in een nieuw schrijven aan mijn collega."

Naar aanleiding van de bespreking van het 51<sup>ste</sup> gezamenlijk verslag van de Belgische, Nederlandse en Luxemburgse regeringen aan de Beneluxraad op 19 november 2007 moest de commissie voor de Volksgezondheid helaas vaststellen dat niet de Nederlandse regering, maar wel de Belgische regering in gebreke is gebleven inzake de ondertekening van het ontwerpverdrag.

U begrijpt wellicht de ongerustheid van onze commissie. Ik verneem dan ook graag van u wat de precieze stand van zaken is en waarom het verdrag nog steeds niet werd ondertekend langs Belgische zijde.

**09.02** **Minister Didier Donfut**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Detiège, wat dit dossier van grensoverschrijdend dringend vervoer betreft, hebben mijn voorganger en mijn administratie ervoor gekozen, gelet op de toenmalige stilstand van de Nederlandse partners wegens nationale verkiezingen, om eerst het dossier van Frankrijk en België te finaliseren. Onze ploegen zijn dus vandaag volop bezig om in de

operationalisering van deze akkoorden te voorzien. Na deze lancering zal mijn administratie het dossier Nederland-België verder trekken.

**09.03 Maya Detiège** (sp.a-spirit): Mijnheer de minister, ik hoop dat het niet zoals in het verleden een pingpongspel wordt: nee, het is de schuld van Nederland, nee, het is de schuld van België. Dat is al bezig sinds 2000, stel ik vast. Ik hoop dat het hier niet bij blijft. Ik zal ook druk uitoefenen vanuit de commissie voor Volksgezondheid van het Benelux-parlement. Wij zullen nog aanbevelingen blijven doen, maar ik ben heel benieuwd naar de resultaten op korte termijn.

Ik vrees dat het zal zijn: "Wordt vervolgd". Ik blijf echter nog een tijdje in het Parlement, hoop ik, tenzij er geen regering komt, om dat nog op te volgen. In de politiek weet men dat nooit zeker. Ik zal echter mijn best doen en ik zou nog heel graag willen blijven om dit dossier op te volgen. Ik zou ook graag een foto zien in het journaal van het Benelux-parlement – dat heeft ook een krantje – waarop u staat of de volgende minister bij de ondertekening.

**09.04 Didier Donfut**, ministre: Madame la présidente, j'entends bien l'enthousiasme de Mme Detiège que j'apprécie.

Cela dit, en ce qui concerne nos relations avec les Pays-Bas - ce sont ici mes compétences européennes qui me permettent d'en parler -, nous avançons avec beaucoup d'enthousiasme dans l'élaboration du nouveau Traité Benelux. C'est vraiment important car nous devons, en collaboration avec nos amis néerlandais et luxembourgeois, construire cet espace Benelux qui a une grande importance pour l'Europe de demain. Cela reste un élément majeur de la philosophie européenne.

Par ailleurs, il est, selon moi, très important de mener des actions concrètes. Votre demande est donc tout à fait légitime, peut-être pas dans le cadre du Traité en tant que tel, mais pour démontrer qu'il existe un vrai partenariat et une estime mutuelle entre nos pays. Cet élément doit faire partie de nos priorités dans les semaines et les mois à venir.

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

#### **10 Samengevoegde vragen van**

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

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

#### **10 Questions jointes de**

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

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

**10.01 Michel Doomst** (CD&V - N-VA): Mijnheer de minister, dit is ook een dossier waarin wij – ik ga in op wat mevrouw Detiège heeft gezegd - willen aanhouden om te winnen. Wij willen dus samen met haar aanhouden om te winnen. Dat lijkt mij wel een leuk perspectief.

Ook dit dossier bevindt zich in een overgangperiode, zodat u waarschijnlijk zal zeggen dat u zich nog niet kunt verbinden tot iets en dat dat voor de volgende regeerperiode is. Ik meen echter dat ik hierop moet terugkomen, omdat het een anomalie is waarmee wij echt niet kunnen leven. Er moet daarvoor op korte termijn een oplossing komen.

In de regio Zuidwest-Vlaams-Brabant, die eigenlijk onderbedeeld is, is, wat medische interventie betreft, de idee van het paramedisch interventieteam gegroeid. Dat kan de oplossing zijn om voor de regio de medische hulpverlening vorm te geven. Het was een proefexperiment, waarvan uw voorganger, de heer Demotte, gezegd heeft dat het misschien het vehikel kan zijn en dat hij ervoor zou zorgen dat het team bij elke interventie, samen met het MUG-team, erover waakt dat de mensen de nodige zorg krijgen, wat natuurlijk het belangrijkste is, en vooral in hun taal bediend kunnen worden, wanneer dat nodig is.

Ik moet tot mijn spijt vaststellen dat de afgelopen drie weken twee keer een interventie in mijn regio

ongeveer 25 minuten heeft geduurd – ik heb een aantal details daarover –, terwijl een normale medische, dringende interventie niet langer dan 13 minuten mag duren.

Bovendien heb ik twee keer moeten vaststellen dat de patiënt en de dokter en hulpverleners van het MUG-team elkaar eigenlijk niet begrepen. Het moest dus met gebaren doorgaan en met alle hulpmiddelen die er waren om elkaar toch iets duidelijk te maken. Dat alles maakt dat wij het zogenaamde PIT-project in Halle absoluut dringend moeten evalueren. Mijnheer de minister, dat zou in 2007 zijn gebeurd.

Wat zijn de perspectieven? Hoe vaak is het paramedisch interventieteam, dat eigenlijk elke keer zou meegaan met de MUG-diensten, effectief meegegaan? Wij hebben dat voornemen op papier, in de interventie die minister Demotte hier in de commissie heeft gedaan. Hij heeft gezegd dat in de ondertekende overeenkomst bepaald is dat het paramedisch interventieteam in het zuidwesten van Brabant elke keer zal worden uitgestuurd wanneer een MUG noodzakelijk is.

Ik wou ook vragen wat de gemiddelde interventietijden zijn. We willen immers geen gebruikmaken van pijnlijke incidenten om dat politiek op te schroeven, maar menselijkerwijze is dat niet meer te houden.

Mijn laatste vraag is hoever men nu staat met de oprichting van de MUG-dienst in het ziekenhuis van Halle. Wij hebben de indruk dat in het ziekenhuis van Halle niet alle mogelijkheden worden benut om hier een oplossing voor te vinden, terwijl gelijkaardige ziekenhuizen van dezelfde schaal blijkbaar wel een en ander kunnen realiseren.

Ik weet dat het al een uitgebreid amalgaam van vragen is. Op grond van welke criteria beslist onze geïntegreerde meldkamer – ik hoor immers dat daar nog wel wat problemen zijn inzake communicatie – met welke diensten de patiënt op welk punt zal worden bereikt?

**10.02 Bart Laeremans** (Vlaams Belang): Ik wens mij graag aan te sluiten bij hetgeen zonet is gezegd. Ik ben ook blij dat ik hier hoor dat een van de problemen bij het ziekenhuis zelf ligt. Wij zeggen al enkele jaren dat de bereidheid of de goede wil ook daar ontbreekt.

De omstandigheden van het ergste incident, het tweede, namelijk van 2 december, had ik nog niet vernomen en ze zijn zeer tragisch. De betrokken patiënt die het slachtoffer was van een slikincident, is overleden mede ten gevolge van de te laattijdige interventie. Dat is toch wel bijzonder pijnlijk. Die man was amper 42 jaar. Een tijdige MUG had hier het verschil kunnen maken, wat nog maar eens het belang van de problematiek aantoont.

Wij vragen al jaren dat er een volwaardige MUG zou komen in Halle. Op een gegeven moment was er ook licht aan het einde van de tunnel, in die zin dat na de fameuze BHV-clash in 2005 in het Vlaamse regeerakkoord werd gezegd dat er een MUG zou komen. Toen was er die ersatzoplossing van een PIT, waarmee wij nooit vrede hebben genomen.

Daarbij is er nog een ander aspect dat toevallig ook met de situatie te maken heeft. De burgemeester van Londerzeel heeft daarvoor onlangs nog zwaar gereclameerd. Dat heeft ook te maken met wat er in Gooik is gebeurd. Men zit daar in een 054-zone. In Londerzeel zit men in een 052-zone en men komt dan blijkbaar automatisch in Gent terecht bij de hulpdiensten. Zij moeten zich met Leuven in verbinding stellen, waardoor men nog eens tijd verliest en op die manier kan ook informatie verloren gaan. Ook daarvoor zou een oplossing moeten worden gevonden.

Concreet zijn mijn vragen de volgende, mijnheer de minister. Ten eerste, werd een onderzoek ingesteld naar de gebeurtenissen van 2 december? Kunt u verklaren waarom die interventie zo lang op zich liet wachten?

Ten tweede, kunt u uitleggen waarom in dit geval geen gebruik werd gemaakt van het PIT van Halle, dat toch dichterbij ligt dan Tubeke? Op basis van welke criteria worden zulke beslissingen genomen?

Ten derde, hoe wordt de werking van het PIT in Halle geëvalueerd? Die vraag werd al gesteld.

Ten vierde, heeft u of uw administratie sinds de installatie van het PIT in Halle nog besprekingen gevoerd om het PIT alsnog om te vormen tot een MUG? Hoeveel zouden de extra kosten bedragen?

Ten vijfde, op welke wijze kan er efficiënter worden opgetreden inzake gemeenten die tot een telefoonzone

behoren van een naburige provincie, zoals bijvoorbeeld Gooik en Londerzeel? Is het technisch mogelijk om meteen door te schakelen naar de juiste provinciehoofdplaats? Zo neen, kunnen de diensten van de naburige provinciehoofdplaats dan de nodige instrumenten krijgen om meteen zelf de juiste hulpdiensten te contacteren? Ook in Londerzeel bijvoorbeeld is het al eens gebeurd dat er een half uur tijd zat tussen een vraag om hulp en de interventie. Nochtans was de hulpdienst van dezelfde gemeente. Zoveel tijd kan er dus verloren gaan door slechte communicatie.

**10.03** Minister **Didier Donfut**: Dank u voor de vragen.

Een onderzoek heeft inderdaad plaatsgevonden. Graag schets ik u hier een verslag van de interventie die op 2 december plaatsvond.

À 16.56 heures et 50 secondes, la centrale 100 de Flandre occidentale reçoit un appel pour une intervention à Oetingen, Kerkplein 12, zaal Elckerlyc.

Lors de l'appel, on dit qu'il s'agit d'une grosse suffocation, que la personne est inconsciente et qu'elle ne bouge plus.

L'appel est transmis à la centrale 100 du Brabant flamand qui envoie les moyens nécessaires. Pour ce faire, les préposés utilisent les protocoles d'enregistrement. Sur la base des données transmises, un SMUR devra être envoyé.

À 17.06 heures, un deuxième appel arrive selon lequel les moyens ne sont pas encore sur place. Le préposé signale que le nécessaire a été fait. Il n'y a pas d'autre appel car à 17.08 heures l'ambulance est sur place.

Lorsque l'ambulance de Lennik est arrivée, un infirmier et un médecin généraliste étaient déjà en train de réanimer la personne.

La réanimation a été reprise par les ambulanciers de Lennik. Ils ont libéré les voies respiratoires et poursuivi la réanimation.

Le SMUR de Tubize a repris la réanimation à l'arrivée même si ce n'était plus utile.

Ik moet dus besluiten dat in tegenstelling tot het aanvoelen van de mensen ter plaatse, tijdens deze interventie geen tijd werd verloren.

Ik kom tot uw vraag over de criteria voor de dispatching. In België wordt de Belgische regulatiegids steeds meer gebruikt om een oproep te leiden, te analyseren en de middelen uit te sturen.

Wat de interventie te Gooik op 2 december betreft, ging het bij de oproep over een duidelijk levensbedreigende toestand als gevolg van een verstikking. De aangestelde valt hiervoor terug op fiche 26 van de Belgische regulatiegids. Deze fiche stelt voor om een PIT te sturen wanneer de patiënt nog kan spreken, doch wanneer deze bewusteloos is, wordt de MUG en de ambulance voorgesteld. De aangestelde van Vlaams-Brabant geeft zich rekenschap van de ernst van de situatie en stuurt de dichtstbijzijnde ambulance van Lennik en de MUG van Tubize. De wet bepaalt immers dat de medische hulp met de dichtstbijzijnde adequate beschikbare middelen moet uitgevoerd worden. Wat de keuze om geen PIT te sturen betreft, kan ik u melden dat Basic Life Support vooraan staat in de hulp. Het is geen alternatief om de PIT te sturen in plaats van de ambulance omdat deze er bijna negen minuten langer over doet om ter plaatse te geraken. Het is geen optie om een PIT te sturen in plaats van de MUG. In de huidige fase van het PIT-project wordt de regel toegepast dat wanneer de thuiswinst van de PIT tegenover de MUG minder dan vijf minuten is, het voordeel van de PIT als derde middel naast ambulance en MUG verwaarloosbaar is als de ambulance al ter plaatse is.

De beslissing van de aangestelde om de MUG van Tubize te sturen, is dus een goede beslissing. De MUG van Tubize heeft er in werkelijkheid ongeveer even lang over gedaan om ter plaatse te komen als door City Jeeps berekend werd.

Toevallig stemde de bemanning van de ambulance van Lennik overeen met wat geëist wordt van een PIT.

Ik kom tot uw vraag over de evaluatie de PIT's, mijnheer Doomst. Een verslag van de PIT-projecten, jaar 1, werd door de experts opgesteld en door de nationale stuurgroep goedgekeurd. Dit verslag ligt momenteel bij de drukker in opdracht van de FOD Volksgezondheid. De PIT-oplossing toont een duidelijke meerwaarde in een niet onbelangrijk aantal gevallen.

Wat betekent dit voor de PIT van Halle? Het verslag heeft geen resultaten per PIT-project opgesteld. Uw vraag 2.1 zal pas later beantwoord kunnen worden, gelet op de korte termijn om een mondelinge vraag voor te bereiden. Toch kan ik u melden dat de PIT voor een duidelijke reductie van de interventietijden in de streek van Halle zorgt wanneer een behandeling nuttig is. De MUG moet minder vaak ingeroepen worden en de verpleegkundigen bereiken heel goede resultaten met de federaal opgestelde standing order.

Ook specifiek voor Halle gebeurt het dringend interhospitaalvervoer nu met de PIT onder begeleiding van de spoedverpleegkundigen, met positieve resultaten en minder gebruik van gespecialiseerde artsen. Ik geef u ook een overzicht van de cijfers, zonder ze af te lezen, als u het mij toestaat.

Ik kom tot uw vragen over de MUG van Halle. Ik herinner eraan dat Halle een MUG heeft afgekeurd toen die voorgesteld werd. Er werd sindsdien geen vooruitgang geboekt, daar Halle daarin niet van mening verandert. Er wordt nog steeds gezocht naar een oplossing om de streek van Halle beter te bedienen.

Wat uw vraag over de komende initiatieven betreft, mijnheer Laeremans, kan ik mededelen dat mijn collega Dewael, minister van Binnenlandse Zaken die bevoegd is voor de logistiek, de technische inrichting en de werking van een eenvormig oproepstelsel, in nauwe samenwerking met mijn departement, bezig is de telefoonzone te herrouteren.

In de toekomst is het de bedoeling dat een provinciaal geïntegreerde oproepcentrale een volledige provincie zal bedienen, ongeacht de technische verdeling in zones, historisch door Belgacom opgericht. Mag ik u vragen om u tot mijn collega te richten om meer details te verkrijgen?

**10.04 Michel Doomst** (CD&V - N-VA): Mijnheer de minister, ik wil vooraf beklemtonen dat wij in het typische geval van het huidige slachtoffer binnen drie à vier minuten hadden moeten kunnen reageren. Mijn vraag is echt niet gekoppeld aan dit specifieke incident. Het blijft evenwel werkelijk onverantwoord dat een MUG-team met alle verantwoordelijken die aan deze situatie iets kunnen doen pas om 17.21 uur is aangekomen, nagenoeg een half uur later dan de eerste oproep om 16.56 uur. Ik heb zelf in de familie een aantal voorvallen gehad waarbij ik mij met mijn auto, weliswaar iets sneller dan mocht, naar de kliniek van Halle heb begeven. Ik doe dat op tien minuten. Ik blijf er dus bij dat een degelijke MUG-dienst vanuit Halle binnen tien minuten in Oetingen aanwezig moet kunnen zijn.

Ik vind ook dat wij in onze regio niet alleen moeten blijven ijveren voor dezelfde urgentiediensten, met alles erop en eraan, als andere regio's in dit land, wij moeten dat in de komende maanden echt eisen. Het blijft, mijns inziens, onaanvaardbaar dat een patiënt met de verpleegkundigen en de dokter – met alle respect voor het feit dat die mensen hun best doen om hun patiënt zo goed mogelijk te verzorgen – niet in dezelfde taal kan communiceren. Vanuit onze regio kunnen wij dit niet blijven aanvaarden. Wij zullen dus blijven aandringen op een evaluatie van het PIT-systeem waarvan wij in de praktijk de indruk hebben dat het veel minder goed gecoördineerd is met de telefooncentrale in Leuven en de eigenlijke MUG-diensten die uitrukken dan men hier laat verstaan. Ingaand op deze correcte gegevens zullen we met het ziekenhuis van Halle contact opnemen om de vraag te blijven stellen. Ik verneem immers dat evenwaardige ziekenhuizen zo'n MUG-dienst wel kunnen installeren. Ik vind dat er ook vanuit het ziekenhuis van Halle inspanningen moeten worden gedaan om dezelfde dienstverlening voor onze regio te verzekeren.

**10.05 Bart Laeremans** (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, in verband met de timing hoop ik uw verslag grondig te kunnen lezen, want de minuten die u vermeldt lijken toch wel te verschillen van hetgeen zonet gezegd is en in de krant staat. Ik ga die zaken goed met mekaar vergelijken.

U zegt dat een evaluatie van het PIT-systeem bestaat, maar dat het nog bij de drukker is. Ik hoop dat u die documentatie zo snel mogelijk aan ons ter beschikking stelt. Als de informatie op dit moment reeds bij de drukker is, bestaat die reeds digitaal. Ik veronderstel dat u ze ons digitaal kan doorsturen. Als wij nog moeten wachten tot het allemaal gedrukt is, zijn wij misschien 14 dagen verder, zeker met kerstvakantie in de buurt. Ik zou dus graag over die informatie beschikken.

In elk geval, de feiten hebben nog maar eens aangetoond dat er een dringende noodzaak is aan een echte

MUG in de regio van Halle. Wij kunnen daarmee niet meer wachten. Ik vraag het aan deze regering. U kan het signaal doorgeven, want ik heb begrepen dat uw partij in de regering blijft zitten.

Tegelijkertijd doe ik een oproep aan de Vlaamse regering om daarvan werk te maken. Men heeft dat beloofd. De Vlaamse regering heeft gezegd dat er een MUG. Nu is er de ersatzoplossing van een PIT. Dit is absoluut onvoldoende. Mevrouw Vervotte komt in de nieuwe regering. Het is mij nog niet duidelijk waarvoor zij allemaal zal bevoegd zijn. Zij moet dit werk afmaken, want op dit moment is het voor heel die streek een ersatzoplossing.

Mijnheer de minister, ik heb uit uw antwoord ook begrepen dat de ambulance van Lennik dezelfde mogelijkheden heeft als een PIT. Ik vraag mij af wat de meerwaarde is van een PIT voor die streek. Ook daarom vragen wij ons af waarom men een PIT zal handhaven. Het is duidelijk dat alleen een MUG voor die streek een meerwaarde kan bieden. Wij zullen daarop blijven hameren ook ten aanzien van de komende regering. U kan in elk geval het signaal doorgeven dat dit dossier onaf is, dat dit dossier dringend in de goede zin moet afgewerkt worden.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

De **voorzitter**: Er rest ons nog 15 minuten voor drie vragen. Dat maakt vijf minuten per vraag.

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

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

**11.01 Bert Schoofs** (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, mijn vraag gaat over een opmerkelijk initiatief van enkele Limburgse moslimorganisaties, vooral van Turkse origine. Zij hebben een open brief gericht aan u, zo heb ik vernomen, met de vraag om de nieuwe regelgeving met het oog op de slachtingen in het kader van het Offerfeest van 20 december aanstaande te versoepelen.

Mijnheer de minister, ik had uiteraard graag uw standpunt daarover gekend. U bent namelijk toch ook verantwoordelijk voor de implementatie van de regels.

Zult u ingaan op die vraag van de moslimorganisaties?

Een zeer opmerkelijk feit is dat een Genkse schepen van Turkse origine de regeling op een nogal handige manier in twijfel heeft getrokken, stellende dat door die regeling het aantal verboden thuislachtingen zal oplopen. De reactie zou dan onmiddellijk moeten zijn dat de controles worden opgevoerd. Daarom vraag ik u of u dat dan ook zult doen.

Hebt u van buiten Limburg ook dergelijke oproepen of open brieven gekregen? Het zou eigenaardig zijn dat de Limburgse moslims zich niet kunnen houden aan de regeling en moslims elders te lande wel.

Worden de controles opgevoerd en verstrengd? Zo ja, waaruit zou dat bestaan?

In het verleden hebben bepaalde gemeenten de regels met voeten laten treden. Mijn vraag luidt dan ook of u dat zult toelaten. Ik vermoed dat het het eerste Offerfeest is dat onder uw verantwoordelijkheid wordt georganiseerd. U bent dus degene die de regels punctueel zal kunnen doen naleven en ook gemeenten op hun verplichtingen zal kunnen wijzen.

Zult u voorts de nodige stappen zetten om met de nodige ambtscollega's te overleggen in de Gewesten en de Gemeenschappen? Ik denk aan minister Keulen aan Vlaamse zijde, die een oproep heeft gericht tot de moslims om af te zien van de slachtingen en in de plaats een gift te doneren aan geloofsgenoten in het buitenland, zaken die ikzelf al ooit in gemeenteraden heb voorgesteld als een treffende regeling om niet het feest zomaar af te schaffen, maar om toch ook een regeling te vinden die meer aansluit bij onze cultuur en onze waarden.

Tot slot heb ik nog een bijkomende vraag, die ik ook had ingediend, maar waarvan me werd gezegd dat ze niet beantwoord kon worden gelet op de lopende zaken. Het is toch belangrijk om te weten. Wanneer zal het Offerfeest plaatsvinden? We krijgen alarmerende berichten uit Gent en Antwerpen dat men over de datum van 19 of 20 december in dubio is binnen de moslimgemeenschappen. De Marokkaanse gemeenschap wil het feest op 19 december, de Turkse gemeenschap op 20 december. De moslimsexecutieve, die momenteel gedomineerd wordt door Turkse gekozenen, stelt dat het Offerfeest op 20 december moet plaatsvinden. Mijnheer de minister, ook al is dit geen officieel ingediende vraag, toch denk ik dat iedereen er alle belang bij heeft om te weten wanneer exact het Offerfeest waar georganiseerd zal worden, want anders zal dat leiden tot een chaos en zal de regeling op het terrein helemaal in de chaos verdrinken.

**11.02** Minister **Didier Donfut**: Mijnheer Schoofs, hoewel ik nog niet persoonlijk over deze zaak werd geïnterpelleerd, heb ik via de pers kennisgenomen van een vraag om versoepeling van de geldende regels voor het Offerfeest. Die werd ingediend door leden van de Limburgse moslimgemeenschap bij het college van burgemeester en schepenen van de stad Genk.

Ik wil eraan herinneren dat de regels inzake rituele slachtingen die van kracht zijn tijdens het Offerfeest, dezelfde zijn als dewelke reeds van toepassing waren in december 2006 en waarover noch mijn voorganger de heer Rudy Demotte noch ikzelf ooit klachten hebben ontvangen, noch van onze medeburgers noch van de Executieve van de Moslims van België.

Ik ben dus verbaasd over die reactie enkele dagen voor het feest van 20 december en net nu wij de erkenningsdossiers voor de tijdelijke slachtplaatsen voltooiën.

Ik ben ook verbaasd over die plotse vraag, aangezien de algemeen geldende regels reeds lange tijd zeer goed bekend zijn en perfect worden gevolgd door de lokale overheden, zoals blijkt uit de erkenningsdossiers die door de stad Genk in goede en behoorlijke vormen werden ingediend. Ik durf bijgevolg te veronderstellen dat het hier om een misverstand gaat, dat ondertussen opgelost is.

Pour ce qui a trait au contrôle du bon respect de la réglementation, il n'y a pas de changement non plus par rapport au dispositif mis en place lors des précédentes éditions. Le bon respect des règles en matière d'identification des animaux, de bien-être animal lors du transport et de l'abattage, est toujours contrôlé par des vétérinaires agréés, sous la supervision de l'AFSCA et de la police locale.

Je tiens également à rappeler que le vade-mecum que nous distribuons depuis plusieurs années maintenant décrit les procédures à respecter pour agréer les sites temporaires et met particulièrement l'accent sur la nécessité de rappeler à tous que l'abattage rituel est strictement interdit à domicile et que toute autre interprétation de la loi relative au bien-être animal est erronée.

Il est également bon de rappeler que ces mesures sont également sanitaires et qu'il s'agit là d'une question élémentaire de salubrité publique et d'hygiène générale, en vue d'éviter notamment la manipulation de matériel à risque spécifié par des personnes non qualifiées et éventuellement leur consommation.

Par ailleurs, j'attire votre attention sur le fait que la fête du sacrifice fait chaque année l'objet d'une évaluation en concertation avec les principaux acteurs au niveau régional, ce qui permet de rectifier les manquements constatés.

Tot slot wil ik verduidelijken dat ik voorlopig de mening deel van mijn collega, de Vlaamse minister, waarmee mijn diensten samenwerken voor het bewerken en het verdelen van het vademecum voor Binnenlandse Zaken, dat met reden vermeldt dat, wanneer de slachtcapaciteit onvoldoende is om aan de vraag te voldoen, er alternatieven bestaan zoals de gift waardoor de herdenkingsplechtigheid waardig kan worden gevierd.

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

La **présidente**: J'ai cru comprendre qu'il y avait un accord pour que ce soit aujourd'hui.

**11.03** **Bert Schoofs** (Vlaams Belang): Ik blijf nog even op mijn honger, wat de datum betreft.

Ik meen dat de schepenen in Genk zich heeft laten leiden door vroegtijdig plat electoralisme. U bent zeer

consistent en consequent in uw antwoord. Ik zeg dit niet vaak tegen een PS-minister: ik doe mijn hoed af voor de wijze waarop u mijn vraag hebt beantwoord.

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

La **présidente**: La question n° 697 de M. Jean-Luc Crucke a été transformée en question écrite. Cependant, il n'y sera pas répondu de cette manière: en effet, M. Crucke recevra copie de la réponse à la question n° 783 de M. Georges Gilkinet portant sur le même sujet.

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

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

**12.01** Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): Madame la présidente, monsieur le ministre, par un arrêt du mois de novembre, le Conseil d'État a définitivement annulé le projet du ministre Demotte d'une réorganisation de la cardiologie hospitalière. Ce texte imposait ses effets à 19 hôpitaux dont 15 wallons et aurait conduit à une fermeture au plus tard ce 31 décembre pour les services concernés. Cette réforme en matière de santé avait provoqué beaucoup d'émoi, au point de susciter plusieurs recours. Dans la réforme du ministre Demotte, les pratiques exclusivement diagnostiques étaient renvoyées vers les centres dits "complets" qui pouvaient également pratiquer les interventions nécessaires.

L'objectif d'une meilleure répartition géographique des centres et d'une plus grande collaboration entre eux a été rapidement critiqué, notamment par les plus petits centres situés dans des régions rurales, par exemple en province de Luxembourg ou dans le sud de la province de Namur. La rationalisation avait semé inquiétude et désapprobation dans le secteur, en particulier dans les centres B1 qui avaient obtenu un premier sursis au printemps quand le Conseil d'État avait suspendu l'arrêté. M. Demotte avait ensuite modifié son arrêté, lequel dans sa nouvelle version vient d'être annulé définitivement par le Conseil d'État. Il aura manifestement joué de malchance.

Pouvez-vous me dire quelles sont les conséquences de cette annulation pour les centres concernés et pour leurs patients? L'arrêt du Conseil d'État nécessite-t-il une nouvelle décision du gouvernement à très court terme? Je suis conscient que ce serait difficile. Qu'avez-vous entrepris pour informer les centres suite à la décision du Conseil d'État? Pouvez-vous garantir la continuité des services de cardiologie malgré l'annulation de cet arrêté? Des financements suffisants sont-ils prévus pour assurer les soins et diagnostics cardiologiques à court terme?

La **présidente**: Selon moi, la question est identique à celle de M. Crucke.

**12.02** Didier Donfut, ministre: Madame la présidente, voici copie de ma réponse pour M. Crucke.

Monsieur Gilkinet, je vous remercie pour votre question. L'annulation de l'arrêté royal du 8 mars 2007 a pour seule conséquence que cet arrêté spécifique est réputé n'avoir jamais existé. Toutefois, cela ne signifie aucunement qu'il n'existe plus de normes pour les hôpitaux dans le domaine de la cardiologie. En effet, il est clair que l'arrêté royal du 15 juillet 2004, tel qu'en vigueur avant les modifications que vous évoquez, définit de nouveau les normes pour les programmes de soins en pathologie cardiaque. Il en résulte notamment que l'exploitation des programmes B1 peut être poursuivie dans le cadre de la disposition transitoire que cet arrêté prévoit.

Bien que la situation juridique soit claire pour le moment, cela ne signifie pas que ces normes ne pourront pas être modifiées à l'avenir. Toutefois, aucune modification n'est à l'ordre du jour en cette période d'affaires courantes qui se termine. C'est mon successeur qui devra prendre une décision à cet effet.

La **présidente**: Ce qui n'est pas un cadeau!

**12.03** Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): Monsieur le ministre, dans les castings qui figurent dans la presse, je n'ai à ce jour vu personne pour le secteur de la Santé.

**12.04** **Didier Donfut**, ministre: Le mieux est d'écouter la radio!

**12.05** **Georges Gilkinet** (Ecolo-Groen!): Vous en savez certainement plus que moi! Il faudra en tout cas reprendre le dossier "par le bon bout", par un meilleur bout que celui du ministre Demotte, car ses options avaient suscité beaucoup d'émoi, au point d'être annulées aujourd'hui.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

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

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

**13.01** **Leen Dierick** (CD&V - N-VA): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, op 4 januari 2007 verscheen het KB van 22 november 2006 over de bestrijding van de Canadese griep bij runderen, de zogenaamde IBR-bestrijding. De bestrijding van deze runderziekte gebeurt volgens het KB tot 2012 op vrijwillige basis. Er is evenwel een andere regeling voor tentoonstellingen, jaarmarkten en verzamelingen waar runderen worden aangeprezen.

Met ingang van 1 september 2007 worden de runderen die deelnemen aan dergelijke tentoonstellingen en jaarmarkten onderworpen aan stipte gezondheidsvoorwaarden die toch wel een extra kost van ongeveer 18 à 27 euro per rund voor de rundveehouder zouden meebrengen. Deze extra kost zou de doodsteek betekenen voor de vele kleine jaarmarkten en tentoonstellingen die men vooral in Vlaanderen kent.

De strenge voorwaarden die gelden voor tentoonstellingen en jaarmarkten lijken volledig in tegenstelling met de vrijwillige bestrijding van IBR tot 2012 en zouden ook in tegenspraak zijn met wat oorspronkelijk was afgesproken. Blijkbaar was aan de Vlaamse sectororganisaties beloofd dat voor deelname aan prijskampen en tentoonstellingen een soort trapsgewijze benadering zou worden ingevoerd waarbij de verplichtingen in de aanvangsfase enkel zouden gelden voor prijskampen met internationale uitstraling en dus niet voor lokale jaarmarkten. Een voorbeeld van zo'n prijskamp met internationale uitstraling is Agribex dat vorige week plaatsvond en waar de eerste gevolgen van dit KB al merkbaar waren. Er zouden minder rundveehouders zijn opgekomen dan voorheen. Mogelijk is dit toch wel een signaal van wat de gevolgen zullen zijn voor de vele lokale jaarmarkten en tentoonstellingen. Voor hen dreigt volgens de sector het einde.

Mijnheer de minister, ik heb een aantal vragen voor u. Wat is de reden waarom met onmiddellijke ingang van 1 september 2007 in een strikte reglementering voor tentoonstellingen, prijskampen en jaarmarkten is voorzien terwijl de bestrijding van IBR zelf vrijwillig is tot 2012? Zou het niet beter zijn om de kleine jaarmarkten en tentoonstellingen nog een tijdje vrij te stellen van deze extra verplichtingen en dus effectief een trapsgewijze benadering in te voeren waarbij enkel veilingen met een internationaal karakter worden onderworpen aan de verplichtingen van het KB? Overweegt men om het KB van 22 november 2006 aan te passen? Vreest u niet dat deze extra verplichting de doodsteek betekent voor de traditie van de jaarmarkten en prijskampen in Vlaanderen? Zal er nog overleg gepleegd worden met de sector?

**13.02** Minister **Didier Donfut**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Dierick, met genoegen wil ik uw vraag beantwoorden.

Het koninklijk besluit betreffende de bestrijding van IBR dateert van 22 november 2006.

Het KB werd gepubliceerd op 4 januari 2007 en trad in werking op 1 maart 2007. Dit besluit werd reeds gewijzigd door het KB van 27 april 2007, dit om de datum van toepassing van bijlage 7a voor deelname aan verzamelingen van zuivere runderrassen uit te stellen van 1 juni tot 1 september 2007. Halfweg de negentiger jaren was er nood aan een regeling van deze ziekte. Er was een evolutie waardoor andere landen een betere status hadden. Hierdoor zou de export in gevaar kunnen komen. De regeling diende echter vernieuwd te worden. Het KB inzake IBR kwam er op vraag van de sector en de nieuwe samenwerking tussen de overheid, de vertegenwoordigers van de sector, de medewerkers van de erkende verenigingen Harzia en DGZ, het FAVV en het CODA. De FOD Volksgezondheid – Veiligheid van de

Voedselketen en Leefmilieu was verantwoordelijk voor het tot stand komen van dit besluit.

Permettez-moi de poursuivre en français car la réponse est très longue.

Les expositions, les concours et les marchés annuels tombent sous l'application de l'annexe 7A de l'arrêté, notamment la liste des rassemblements où les bovins de race pure sont regroupés. Les conditions de participation sont que les animaux, conformément au point 4 de l'annexe 7A proviennent d'une exploitation qualifiée douce et que les bovins concernés satisfassent aux points 2 et 3 de l'annexe 7A. Il n'était pas convenu que ces conditions n'étaient valables que pour certaines manifestations. Elles s'appliquaient également, par exemple, pour les criées de bovins d'élevage.

Le report de la date de mise en application des modalités de participation à des rassemblements s'est fait en accord avec le secteur. La publication de l'arrêté était prévue pour octobre 2006.

Pendant la période hivernale, le détenteur pouvait obtenir son statut IBR soit 12, 13 ou 14.

Une publication plus tardive entraînait aussi un report de la date d'entrée en vigueur du 1<sup>er</sup> juin 2007 au 1<sup>er</sup> septembre 2007. Ce report devait laisser la possibilité d'effectuer les vaccinations nécessaires et les prélèvements sérologiques dans l'exploitation bovine afin de pouvoir disposer de la qualification requise pour la participation à un rassemblement à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2007.

La volonté de débiter un programme sérieux de lutte contre l'IBR était d'ailleurs la raison principale, lors des négociations à propos du report de la date d'application, pour laquelle on n'a pas voulu repousser celle-ci à une date ultérieure au 1<sup>er</sup> septembre 2007.

À l'époque, le secteur pensait qu'il était encore possible de disposer à temps de suffisamment de troupeaux qualifiés pour pouvoir continuer à organiser les rassemblements.

Dans le cadre de l'application de l'annexe 7A, il était prévu que ce sont principalement les détenteurs de bovins inscrits dans le livre généalogique qui devraient remplir une fonction d'exemple lors de la lutte provisoire contre l'IBR sur base volontaire.

En règle générale, il est admis que la participation à un rassemblement peut toujours être considérée comme un des facteurs de risques importants pour l'introduction d'une contamination IBR dans un troupeau bovin. Il peut difficilement être expliqué à un détenteur de bovins qu'il ne doit maintenant plus satisfaire aux conditions de qualification pour une participation. La non-obligation serait évidemment au détriment des organisateurs de manifestations car les détenteurs d'un statut ne pourraient plus y participer. En exigeant une qualification pour la participation à un rassemblement, comme mentionné à l'annexe 7A, les responsables du secteur voulaient clairement montrer à tous les détenteurs de bovins que la politique de lutte contre l'IBR devait être prise au sérieux.

Le secteur lui-même était demandeur pour démarrer un programme de lutte contre l'IBR. Si on veut arriver à un programme de lutte sérieux et efficace, tous les facteurs de risques conduisant à une dispersion du virus doivent être endigués aussi vite que possible. Comme cela a déjà été répété à plusieurs reprises, un rassemblement est considéré comme un des facteurs de risques les plus importants pour l'introduction d'une contamination IBR. Imposer des conditions de participation à de telles manifestations est l'une des premières étapes qui doit être mise en place dans un plan de lutte.

Enfin, je ne peux pas vous dire qu'il y aura une concertation au sein du conseil du fonds avec le secteur. Si nécessaire, je chargerai mes services d'adapter la législation en ce sens.

**13.03** **Leen Dierick** (CD&V - N-VA): Mijnheer de minister, bedankt voor uw zeer uitgebreid antwoord. U houdt morgen overleg. Het verheugt mij enorm dat u mijn opmerkingen dan zult meenemen.

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

La **présidente**: Nous sommes à peu près dans les temps. Je vous remercie. Bonne fin d'année puisque c'est la dernière fois que nous nous voyons cette année, du moins en commission.

*La réunion publique de commission est levée à 12.06 heures.  
De openbare commissievergadering wordt gesloten om 12.06 uur.*